

# PLEURESIE PURULENTE

## I-Definition:

- Infection pleurale liée à l'irruption dans la plèvre de germes aérobies ou anaérobies, réalisant un épanchement puriforme ou purulent.
- Origine corticale pulmonaire (abcès souvent non retrouvé, secondaire le plus souvent à des inhalations répétées, se rompant dans la plèvre) ou sous-diaphragmatique (abcès sous-phrénique).
- Après un stade de diffusion, l'infection se collecte ; son enkystement doit être prévenu par un traitement précoce et complet.
- Infections bactériennes non tuberculeuses de la plèvre.
- Synonyme : empyèmes

## II- Classification étiopathogénique :

### 1. Empyème post-pneumonie bactériennes

- au contact d'une pneumonie mal traitée
- rechercher systématiquement une obstruction de la bronche par un cancer
- parfois la pleurésie purulente est la conséquence d'un authentique abcès du poumon

### 2. Empyème par inoculation directe

- plaie par arme blanche
- traumatisme ouvert du thorax
- ponction iatrogène
- post-thoracotomie

### 3. Empyème par inoculation indirecte

- fistule œsophagienne
- fistule bronchique
- abcès sous-phrénique
- abcès hépatique

## III-Physiopathologie

La pleurésie purulente évolue en trois phases dont la connaissance aide la compréhension des phases cliniques et de leurs traitements.

### 1. Phase de diffusion initiale

- inflammation aiguë exudative de la plèvre
- stade où la guérison sans séquelle est possible

### 2. Phase de collection

- liquide franchement purulent
- symphyse pleurale, pachypleurite
- accumulation dans la partie postéro-inférieure

### 3. Phase d'enkystement

- plaque scléreuse inclivable
- collection purulente qui peut se faire en interlobaire (dans la scissure

## III-Conduite à tenir:

### 1. Prélèvements

- Examen et culture du liquide pleural, prélevé de manière strictement anaérobie, transporté immédiatement et mis en culture dès son arrivée au laboratoire.
- Hémocultures pratiquées systématiquement.
- Prélèvements effectués sur une porte d'entrée éventuelle +++.

### 2. Germes en cause

- Anaérobies souvent associés entre eux et à des aérobies stricts (liquide fétide).
- Aérobies à Gram + (streptocoque, pneumocoque, staphylocoque) et à Gram – (*Entérobacter*, *Hæmophilus*, *Pseudomonas*, *Salmonella*).
- BK : pleurésie purulente tuberculeuse par ensemencement à partir d'une caverne.

### 3. Origine de l'infection

- *Retrouvée dans deux tiers des cas.*

- Interrogatoire +++ : hygiène dentaire, pathologie ORL, facteur de risque de cancer bronchique, alcoolisme, trouble chronique de la déglutition (séquelles de Wallenberg, syndrome pseudo-bulbaire...) :
- infection locorégionale : examens ORL et stomatologique, radiographie des sinus, panoramique dentaire
- porte d'entrée à distance : cutanée... ;
- infection pulmonaire :
- \* fibroscopie systématique : recherche de cancer ou corps étranger (obstruction intrinsèque ou extrinsèque avec atmosphère anaérobie en aval faisant le lit de l'infection) ;

- \* TDM thorax : recherche de cancer, DDB ;
- \* fausses routes : examen ORL spécialisé (recherche d'un cancer), transit oesophagien (fistule oesophagienne) et/ou fibroscopie oesogastrique.
- infection sous-diaphragmatique : échographie abdominale à la recherche d'un abcès sousphrénique, hépatique...
- *Non retrouvée dans deux tiers des cas ( ???)*
- *Terrain ++ (éthylisme, néoplasie, traitement immunosuppresseur, diabète...).*

## **VI- Traitement**

- **Traitement étiologique** (+++ recherche et éradication d'un foyer infectieux).

- **Traitement symptomatique** :

– **Oxygène** adapté aux GDSA (en général peu de retentissement sur l'hématose : atteinte équilibrée des rapports ventilation/perfusion).

– **Voie veineuse périphérique.**

– **Antibiothérapie** :

\* *en l'absence de contre indication ;*

\* *en urgence ;*

\* *probabiliste sur la flore suspectée : principalement flore oropharyngée, donc anaérobies (retrouvés dans deux tiers des cas si recherchés spécifiquement difficile en pratique), mais aussi streptocoques, pneumocoques et bacilles gram- négatifs ;*

\* *même population que pour les abcès pulmonaires ;*

\* *sensibilité conservée à l'association pénicilline A + inhibiteur de la b-lactamase ;*

\* *aucun intérêt à l'adjonction d'imidazolés (le seul anaérobie potentiellement résistant aux*

*péniA+Ibl est le Bactéroïdes fragilis, commensal du côlon, jamais retrouvé dans les pleurésies purulentes;*

\* *en revanche, adjonction d'un aminoside en cas de sepsis sévère (bactéricidie synergique dans le sang);*

\* *durée du traitement de quatre à six semaines.*

– **Drainage** efficace si précoce ;

– Au stade d'enkystement (logettes induites par la fibrine), intérêt (après repérage échographique et/ou scannographique du bon positionnement du drain) de la fibrinolyse intrapleurale.

Évite le passage à la constriction par pachypleurite.

– **Kinésithérapie respiratoire et pleurale** après l'ablation du drain (prolongée +++).

– **Mesures associées** :

\* correction hydroélectrolytique, renutrition.

\* prévention décompensation de tare :

\* équilibre diabétique.

\* prévention du delirium tremens chez l'alcoolique (hydratation, vitamine B1B6, sédatifs).



**Université d'Oran**  
**Faculté de Médecine**

**Tous droits réservés. Ce fichier peut être diffusé librement à condition que ce soit gratuitement et qu'il n'y soit apporté aucune modification.**

*Auteur : DR LAKEHAL*

*Numérisation: Khalil BELHAZADJI le 8 September 2014*