

# Pleurésie purulente

## I. Définition:

- C'est la présence d'un liquide trouble ou franchement purulent.
- La purulence est marquée sur le plan cytologiques par la présence de cellules PNN altérées ++
- La présence de germes microbiens dans la cavité pleurale à l'examen direct.
- Leurs fréquence est entrain de diminuer grâce à l'antibiothérapie.

## II. Etiopathogénie: 03 phénomènes:

**1-Extension directe:** à partir des pneumopathies bactérienne (en cas où elles sont mal ou insuffisamment traitées) ; favorisée par une obstruction bronchique ou une infection pleuro pulmonaire=état septicémique.

**2-Inoculation directe :** plaie pénétrante; accident de la circulation ; post opératoire (thoracotomie) ; iatrogène (ponction pleurale septique).

**3-Inoculation indirecte :** nécessite point de départ périphérique au thorax (abcès du sein) ; adénite abcédée ; médiastinale (fistule trachéale ; œsophagienne) ; sous diaphragmatique (péritonite ; abcès sous phrénique ; abcès sous hépatique).

## III. Etude anapath: elle évolue en 03 phases :

### 1-Phase exsudative (initiale): de diffusion

- a- Anapath: pleurésie diffuse dans la grande cavité pleurale ; le liquide est fluide ; plèvre souple.
- b- Rx: le DG est difficile à confirmer à l'aide de l'image radiologique=nécessité d'une echo pleurale qui va nous permettre de localiser cette opacité qui est mal limité occupant le cul de sac postérieur et qui va poser le DG différentiel avec les pneumopathies aiguës.
- c- TRT: la guérison peut être obtenue sans séquelles grâce à une ponction pleurale qui devrait toujours se terminer par antibiothérapie par voie générale et une kinésithérapie respiratoire.

### 2-phase de collection:

- a- Anapath: l'épanchement pleural devient franchement purulent et plus épais, les 02 feuillets de la plèvre tendent à se coller donnant la poche suppurée.
- b- Rx : opacité a limites nettes; ovoïde; régulière; dont l'angle de raccordement sera obtus à la paroi + une TDM qui va nous permettre de faire la différence entre l'abcès parenchymateux et la suppuration pleurale ainsi monter le nombre d'abcès, excavés ou non, avec ou sans niveaux hydro-aériques.
- c- TRT: évacuation et lavage pleural. (ponction lavage).

### 3-phase d'enkystement:

a-anapath : la symphyse s'intensifie et donne une pachypleurite.

b-Rx: : Opacité postérieure ,basale, bien visible sur le profil, parfois de siège axillaire, interlobaire, voir médiastinal (surtout si on a un cancer de l'œsophage..).

c-TRT : le seul moyen de libérer le poumon c'est l'acte chirurgicale---la décortication pleurale.

NB : A chaque stade de la pleurésie il peut exister une image hydro-aérique qui est un signe de complication (fistule broncho-pleurale par ex → seul l'acte chirurgical peut régler le problème) ; à condition que cette image existe avant toute ponction pleurale.

#### IV. Clinique:

-survient à tout âge à prédominance masculine.

-terrain : alcoolisme ; tabagisme ; sujets débilisés ; BPCO sous-jacente ; lésions ORL ; lésions stomatologiques ; diabétique ; immunodéprimés ; cancer ; lésions cardiaques ; lésions rénales == conditionnent le pronostic vital.

-**Phase de début** : brutale ; marquée par la fièvre, douleur thoracique, malaise générale= signe d'une infection broncho-pulmonaire, et une dyspnée en fonction de l'abondance de l'épanchement.

-**Phase d'état** : Les signes évoluent de manière insidieuse pour aboutir au syndrome infectieux avec une fièvre constante → risque de septicémie (surtout à staphylocoque), chez le nourrisson : détresse respiratoire voire une asphyxie ( bulles staphylococciques).

L'examen physique : matité déclive ; diminution des vibrations vocales ; diminution du murmure vésiculaire = >Sd pleurétique.

#### **NB:**

-le diagnostic du Sd d'épanchement liquidien est posé par une ponction pleurale ; exploratrice ; et cette dernière permet de faire les prélèvements:

\*étude cytologique : présence de PNN altérées.

\*étude bactériologique: c'est un temps essentiel ; et l'étude doit se faire avant toute ATBthérapie locale ou générale. - on pratique un examen direct et culture ; sans oublier la recherche des BK.

-les germes par ordre de fréquence: 1-pneumocoque (PFLA) 2-BGN: klebsiella ; entérobactérie ; pseudomonas aeruginosa ; proteus ; E.coli 3-staphylocoque 4-les anaérobies.

\*autres examens à pratiquer: hémoculture ; fibro-aspiration ; hémogramme : ... des globules blanc a PNN.

#### **Bilan général de la pleurésie purulente:**

Il nous permet d'adapter une attitude thérapeutique: examen clinique soigneux ; bilan radiologique et bactériologique.

##### 1-bilan étiologique:

-rechercher le foyer infectieux (localement et à distance)

Terrain: \*diabétique: l'infection déséquilibre le diabète=> mettre sous insulinothérapie.

\* atteinte rénale : certains ATBs sont contre indiqués = aminoside ; sulfamide.

\*atteinte cardiaque ; atteinte pleuro-pulmonaire : chercher les DDB (le sd pleural peut être révélateur comme il peut être une complication; rechercher les lésions sous-jacentes (BPCO ; ...).

##### 2-bilan fonctionnel:

EFR ; gazométrie ; échocardiographie ; en fonction de l'état clinique du malade.

#### V. Evolution:

-dépend de la qualité ; la précocité ; la durée du traitement appliqué tout en gardant à l'esprit le terrain sous-jacent.

1. Favorable: en fonction de l'état de découverte et de la prise en charge : antibiothérapie ( dose et durée du trt) , ponction pleurale et kinésithérapie.

2. Défavorable :

-cloisonnement : évolution naturelle ; si on intervient pas rapidement au stade initial (stade de diffusion).

-le passage à la chronicité.

- Séquelles thoraciques :

- Sur la plèvre: pachypleurite, symphyse étendue, le poumon va être engainé sur la paroi et ne retrouve pas sa position initiale → perte de l'élasticité de la plèvre.
- Sur le parenchyme: une sclérose (fibrose) ; rétraction parenchymateuse avec emphysème paracatriciel et bronchectasie (DDB).
- Sur la paroi thoracique : diminution de la mobilité avec position antalgique → déformation thoracique , sur le coté atteint : rétraction des espaces intercostaux.
- Fistule broncho-pleurale (image hydro-aérique).

### **Les complications d'ordre général :**

- abcès du cerveau.
- arthrite inflammatoire.
- rhumatisme infectieux.
- Infarctus du myocarde.
- maladie amyloïde.

## **VI. traitement:**

### **1-traitement général :**

- Antibiothérapie ; en déterminant le germe en cause+ antibiogramme. La durée du traitement est de 04 à 08 semaines.
- traiter le terrain et la porte d'entrée.
- kinésithérapie surtout en cas de broncho-pneumopathie chronique=drainage.
- rééducation des muscles respiratoires.

### **2-traitement local (évacuation du pus) :**

-Lavage et drainage pleural + administration des fibrinolytiques ( le plus utilisé est la strèptokinase surtout chez l'enfant).

- Indications chirurgicales selon la porte d'entrée:

- Corps étranger à l' origine d'une DDB qui elle même pourvoyeuse de la suppuration pleurale.
- cancer qui peut se révéler par une P.P (surtout le cancer œsophagien avec une fistule broncho œsophagienne).
- fistule broncho-pleurale (pleuro-exérèse).
- pachypleurite (décortication pleurale).