

LES PLEURÉSIES PURULENTES

A) DÉFINITION:

Les pleurésies purulentes sont des épanchements pleuraux macroscopiquement purulents ou louches et comportant à l'examen cytologique une prédominance de polynucléaires altérés.

La fréquence des pleurésies purulentes a diminué depuis la généralisation de l'antibiothérapie dans les infections respiratoires.

B) PATHOGÉNIE:

Il existe diverses causes de pleurésies purulentes :

- Foyer septique pulmonaire : pneumonie, abcès, DDB suppurée,
- Infection de voisinage : surtout sous-diaphragmatique.
- Traumatisme : plaie pénétrante,
- Iatrogène : ponctions, drainages, chirurgie,
- Idiopathique.

Les conditions favorisantes sont :

- Mauvais état général, tabagisme, éthylisme.
- Cancer de voisinage,
- Comorbidités : 60-80% des cas.

C) ANATOMOPATHOLOGIE :

La pleurésie purulente évolue en trois phases :

a) Phase initiale de diffusion :

- Liquide louche libre dans la grande cavité pleurale.
- Plèvre inflammatoire, congestive, rougeâtre, mais reste mince et souple.
- Guérison sans séquelle possible.

b) Phase de collection :

- Épanchement franchement purulent et plus épais
- Les deux plèvres qui sont épaissies, rigides.
- Cloisonnement rapide avec accumulation dans la partie postéro inférieure.

c) Phase d'enkystement :

- Liquide purulent, enkysté par la symphyse pleurale.
- Plèvre sclérosée (pachypleurite) avec accolement des 2 feuillets.
- Dépôts fibrineux en lame enveloppant le poumon dans une véritable gangue.
- Lésions souvent irréversibles et une décortication chirurgicale peut être nécessaire afin de libérer le poumon.

D) CLINIQUE : Forme habituelle de l'adulte.

a) Interrogatoire :

- Le début est le plus souvent brutal marqué par un syndrome infectieux : fièvre élevée avec, souvent, frissons et clochers thermiques.
- Altération importante de l'état général.
- Douleurs thoraciques en point de côté.
- Toux en général peu productive.
- Dyspnée.

b) Examen physique :

- Inspection : immobilité relative d'un héli thorax
- Palpation : diminution ou abolition des vibrations vocales
- Percussion : parfois douloureuse , retrouve une matité franche, déclive.
- Auscultation : diminution ou abolition du murmure vésiculaire

Cet examen sera complété en précisant

- Le terrain : souvent, débilité, alcoolisme, tabagisme, diabète, BPCO, affection néoplasique.
- L'existence éventuelle d'un foyer infectieux évident, en particulier ORL, dentaire, cutané etc.
- Le retentissement respiratoire.

E) EXAMENS COMPLÉMENTAIRES :

a) Radiographie thoracique :

Opacité pleurale, homogène, déclive, floue, mal limitée, avec, rarement, une ligne bordante au stade de début. La présence de niveau liquide évoque des germes anaérobies ou une fistule.

b) Ponction pleurale :

La ponction pleurale confirme le diagnostic.

- Effectuée avant toute antibiothérapie avec une aiguille de calibre suffisant.
- Elle recueille un liquide louche ou purulent, parfois fétide (germes anaérobies).
 - Étude biochimique: liquide riche en protéines (exsudatif), pH < 7,20.
 - Étude cytologique : nombre important de leucocytes avec prédominance de polynucléaires altérés.
 - Étude bactériologique: examen direct et culture en milieu aérobie et anaérobie, antibiogramme si le germe est isolé. Éventuellement recherche d'antigènes solubles de pneumocoque, d'Hæmophilus influenzae ou de klebsiella.

c) Reste du bilan :

- Hémogramme : hyperleucocytose a polynucléaires neutrophiles, souvent une anémie de type inflammatoire.
- Vitesse de sédimentation : accélérée.
- Ionogramme, glycémie, bilan hépatique et rénal pour apprécier au mieux le terrain.
- Hémocultures lors des pics fébriles (≥ 39 °C)
- TDM thoracique : permet d'éliminer un abcès pulmonaire et de repérer la topographie exacte de l'épanchement (libre, enkysté...).
- Examen ORL et stomatologique.
- Fibroscopie bronchique pour chercher une cause locale (tumeur, corps étranger).
- Échographie abdominale : à la recherche d'un foyer sous-diaphragmatique.

F) FORMES CLINIQUES :

Les formes atténuées :

- Très fréquentes, sont en général le fait d'une antibiothérapie préalable insuffisante ou d'un terrain particulier (vieillards, sujets immunodéprimés).
- La fièvre est moins élevée et les signes respiratoires d'appel moins nets.
- La ponction met en évidence un liquide louche contenant des polynucléaires altérés et pH inférieur à 7,20.
- Examen direct et culture, le plus souvent, négatifs.

G) DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE :

Selon le germe :

a) Pneumocoque:

- Pneumopathie sous-jacente quasi constante.
- Tendance au cloisonnement très rapide.

b) Streptocoque:

- La pneumopathie sous-jacente est courante, mais il faut chercher particulièrement un foyer ORL, cutané ou dentaire.

c) Staphylocoque:

- Pneumopathie sous-jacente souvent extensive, abcédée, bilatérale, avec tableau grave et détresse respiratoire
- Sujets immunodéprimés, toxicomanes.

d) Entérobactéries:

- Escherichia coli, klebsiella, Proteus... etc.
- Terrain débilité, contexte multi-infectieux ou septicémique

e) Germes anaérobies :

- Bacteroides, Fusobacterium, Peptostreptococcus... etc.
- Souvent inhalation à partir de la flore oropharyngée, en particulier chez l'éthylique au mauvais état dentaire.
- Pouvoir nécrosant important.
- Cliniquement peu de douleurs et fétidité de l'épanchement et de l'expectoration.

f) Bacille tuberculeux :

- Rarement incriminé, doit être recherché systématiquement.

ÉVOLUTION :

- L'évolution classique se fait en trois stades : diffusion, collection, enkystement.
- La précocité du traitement permet dans la majorité des cas de stopper l'évolution bien avant le stade d'enkystement.
- Le stade d'enkystement est responsable de lourdes séquelles (pachypleurite avec insuffisance respiratoire restrictive, rétractions, bronchectasies...) et peut être à l'origine de fistules broncho-pleurales (expectoration parfois vomique, image hydroaérique) ou d'une fistule cutanée (empyème de nécessité).
- Les rechutes et les récives sont rares.

PRONOSTIC :

- Le pronostic redoutable des pleurésies purulentes a été amélioré par l'avènement des antibiotiques.
- Le pronostic est lié :
 - Au terrain, en général fragilisé.
 - Au type de germes (certains germes très pathogène et résistant).
 - À la précocité et à la qualité du traitement.

TRAITEMENT:

a) Traitement général :

- Antibiothérapie :
 - Initialement probabiliste :
Amoxicilline/acide clavulanique (ou Céphalosporine 3^e G) + Métronidazole + Aminoside.
 - Elle sera ensuite adaptée selon le résultat des prélèvements bactériologiques.
 - D'une durée de 4 à 8 semaines.

b) Traitement local :

Évite le passage à la constriction par pachypleurite.

- Stade de diffusion : ponction avec une aiguille de gros calibre et lavage au sérum physiologique.
- Stade d'enkystement : Drainage après repérage échographique et/ou scannographique et lavage au sérum physiologique.

c) Kinésithérapie respiratoire et pleurale :

- Après l'ablation du drain, doit être prolongée.
- Évite la symphyse pleurale et améliore la récupération fonctionnelle du poumon sous-jacent.

d) Mesures associées :

- Recherche et éradication d'un foyer infectieux
- Correction des troubles hydro-électrolytiques et nutritionnelles
- Traitement d'une pathologie associée.