

L'ABCES DU POUMON (suppuration parenchymateuse pulmonaire)

Madache

I-GENERALITES :

Il s'agit d'une **nécrose parenchymateuse** due à l'agression microbienne du parenchyme pulmonaire par des **germes pyogènes** qui va aboutir à la formation du pus. En fonction de la localisation du pus on identifie 2 groupes :

Au niveau de l'alvéole : suppuration **primitive** = abcès du poumon

Au niveau d'une cavité préexistante : suppuration **secondaire**

II-DEFINITION :

L'abcès du poumon est une suppuration **aiguë**, collectée dans une cavité néoformée, creusée dans le parenchyme pulmonaire antérieurement sain et due à une **infection non-tuberculeuse** (non spécifique).

III-ETUDE CLINIQUE : L'abcès évolue en 3 stades

A. STADE DE FOYER FERME: Le début est **brutal**

* Les signes fonctionnels et généraux sont marqués par :

Un point de côté fixe

Une fièvre à 38 – 39°C, frissons, un pouls accéléré, une asthénie générale avec anorexie (AEG) →PFLA

Toux sèche, pénible, douloureuse.

Une dyspnée modérée.

*L'examen physique : discret, selon l'étendue

Des submatités localisées traduisant des foyers de condensation pulmonaire (alvéolite fibrino-leucocytaire)

Des râles crépitants, rarement souffle tubaire

*La radiologie montre : Une opacité dense, homogène, mal systématisée et à limites floues (**pneumonie alvéolaire**)

B. STADE DE VOMIQUE: Correspond au rejet, dans un effort violent de toux, d'une quantité importante de pus. Elle peut être massive ou fractionnée dans la journée. Donnant la sensation de déchirure.

Les signes annonciateurs ou prodromes sont :

Halène fétide.

Petites hémoptysies.

Douleur déchirante d'allure syncopale ressentie en pleine poitrine +++

C. STADE DE FOYER OUVERT: regroupe 2 syndromes

1-Le syndrome de suppuration générale: fait de

Fièvre oscillante.

Pâleur.

Amaigrissement.

2-Le syndrome de suppuration pulmonaire: Fait de

Expectorations purulentes abondantes.

Râles humides.

Souffle cavitaire.

Zone de condensation.

*Signes physique :

Souffle cavitaire qui devient net

Râles ronflants humides en zone condensée

*La radio montre

- Image hydro-aérique : typique

C'est une image arrondie, à limites épaisses, régulières

A sa base : opacité liquidienne surmontée d'une clarté aérique, limitées par une **ligne horizontale** quelque soit la position du patient

*Dgc différentiel :

Kyste hydatique rompu, mb flottante (ligne ondulante)

Kc bronchique primitif épidermoïde (limite interne anfractueuse)

-Opacité floue unique ou multiple, floue, variable d'un cliché à un autre mais de siège fixe d'où intérêt d'un TDM

*TDM : Précise le nombre, le siège, la nature excavée ou non des lésions et la présence de niveaux liquidiens.

IV-DIAGNOSTIC PARACLINIQUE :

L'examen bactériologique du pus: temps essentiel, permet d'étudier la flore bactérienne, de déterminer le germe dominant et de pratiquer un antibiogramme. Cependant, les BK doivent être négatifs.

La broncho-fibroskopie: Permet de localiser la suppuration, d'y pratiquer des prélèvements et de vérifier la perméabilité des bronches explorées.

La recherche des BAAR

FNS : hyperleucocytose une VS accélérée et une **fibrinémie**↑.

Glycémie : diabète surtt si staph

Les hémocultures qui seront répétées si possible à chaque pic fébrile.

V-FORMES CLINIQUES :

A-Les formes bactériologiques: plus nocive

1-Abcès à germes anaérobies: Survient chez les sujets éthyliques réalisant des abcès à distance→ formes gangreneuses putrides

2-Abcès à Klebsiella pneumoniae ou bacille de Fried lamdert: germe nécrosant donne des expectorations hémoptoïques réalisant des nécroses étendues, Son évolution est sévère et laisse des séquelles importantes à type de cavités multiples → greffe aspergillaire

3-Abcès à Staphylocoque:

Chez le nourrisson : il donne des signes digestifs à type de ballonnement abdominal.

A la Rx : opacités multiples qui se soufflent donnant des clartés touchant la plèvre → pyopneumothorax, Ins. Respiratoire

Chez l'adulte, il donne des abcès multiples + infiltrant nodulaire septicopyohémique surtout chez les diabétiques.

4-Abcès à autres germes: A Pneumocoque, à Streptocoque, à Hémophilus influenzae et à BGN.

5-Abcès parasitaire: Surtout amibien. Il faut rechercher les antécédents de séjour en zone d'endémie ou bien un foyer amibien suppuré.

B- Les formes étiologiques:

***Infections broncho-pulmonaires :**

DDB + BC → chronique

Pneumopathies bactériennes et virales → aiguës

***Suppuration de voisinage :**

Pleurésie purulente, médiastinite suppurée (Kc de l'œsophage), suppuration sous phrénique (abcès du foie, péritonite)

*Foyer infectieux a distance :

ORL, dentaire, intervention chirurgicale (appendicite, cholécystite)

*Contexte particulier : plaie pénétrante du péritoine (trauma), accident de la déglutition suite à un coma ou anesthésie

VI-EVOLUTION :

*Elle est généralement favorable :

Chute et disparition de la fièvre et des expectorations au bout de 8 jours

Signes radiologiques qui se normalisent au environ de la 3^{ème} semaine (elle s'améliore en 10-15J).

*Evolution défavorable : cavité résiduelle qui est le siège d'un abcès chronique. Elle est pourvoyeuse de DDB.

Complications locales :

Pleurésie claire ou purulente.

Hémoptysies

Aspergillome intra cavitaire

DDB.

Surinfection tuberculeuse

Complications générales

Rhumatisme infectieux→cachexie

Abcès à distance notamment l'abcès du cerveau.

Septicémie

Amylose secondaire

VII-TRAITEMENT :

A. Traitement médical: Dépend du germe isolé et du terrain

1- Antibiothérapie adéquate : donner par les tests de sensibilité ou méthode de proportion (antibiogramme), synergique

La durée du traitement est de 4-6 semaine, au maximum de 8 semaines.

2- La porte d'entrée: ORL, dentaire

3- terrain : équilibrer le diabète par ex

4- Kinésithérapie: dépend de l'étiologie

B. Traitement chirurgical: Il est rarement indiqué. Lorsqu'il l'est, il faut faire au préalable un bilan soigneux

Indication : DDB localisé mal toléré, abcès chronique, abcès sur séquelles surinfectés (Kc), obstruction.

C. surveillance : obligatoire, doit être longtemps poursuivie afin d'éviter les récurrences qui sont tjrs possibles

Durée : > 6-8semaines ⇒Rx puisque récurrence possible