

SUPPURATIONS PULMONAIRES

GENERALITES :

- Les suppurations sont exceptionnelles chez le sujet antérieurement sain, s'observent chez les sujets tarés (diabétiques, éthyliques, immunodéprimés)
- Sont plus fréquentes chez l'adulte, sauf les staphylocoques
- Les principaux germes responsables sont anaérobies
- L'antibiothérapie doit être adaptée, car les germes sont souvent poly résistants, les infections survenant dans le contexte nosocomial.
- 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

DÉFINITION

- Suppuration collectée dans une cavité néo-formée, creusée dans le parenchyme par une infection aiguë non tuberculeuse
- Trois notions essentielles :
 - un terrain favorisant est souvent associé
 - le traitement médical précoce est efficace
 - la fibroscopie est indispensable

ÉPIDEMIOLOGIE

- Les formes classiques sont devenues plus rares en raison de la banalisation de l'antibiothérapie. Pour les mêmes raisons, émergent des abcès frustes décapités par une antibiothérapie à l'aveugle.
- Les germes responsables (anaérobies, gram -)
- Le Sex ratio: Affection de l'homme SR = 4
- La distribution selon le sexe suit la distribution des facteurs de risques (essentiellement l'alcoolisme et le tabagisme)
- L'âge: Adulte de 40 à 50 ans. Chez l'enfant l'abcès revêt une entité particulière qui est la staphylococcie pleuropulmonaire du nourrisson.

MECANISME DE SURVENANT DES SUPPURATIONS PULMONAIRE :

1/ Inhalation du matériel septiques :

Matériels septiques des voies aéro-digestive supérieur (carré dentaire)

Trouble de la conscience (coma : éthylique, épileptique, toxicomanes)

Lésion et paralysie du carrefour pharyngo-laryngée

2/ Contamination par voie hématogène :

Septicémie avec localisation pulmonaire

Embolie septique (à partir d'un cathéter veineux à partir d'un foyer thrombophlébite des membres inférieurs et d'un foyer endocardite cœur droit)

3 / Causes locales :

- Plaie thoracique septique
 - Extension d'un foyer de la suppuration sous phrénique
 - Suppuration sur sténose (néoplasie bronchique, corps étranger)
- Suppuration sur kyste hydatique rompue, ou d'un kyste broncho génique

PATHOGENIE

Le terrain est toujours particulier: troubles neurologiques, Ethylisme, Tabagisme Diabète, Corticothérapie au long cours, Immuno-suppression

Réanimation respiratoire

Anorexie mentale

La porte d'entrée doit être soigneusement recherchée:

dentaire - anaérobie

sinusienne

cutanée

Forme clinique typique

Circonstances : sujet éthylo-tabagique, notion d'un éthylisme aigu dans les quelques semaines précédentes

Evolution en trois phases

- **PHASE DE FOYER FERME:** Symptômes très proches d'une pneumonie aiguë avec toux, douleur thoracique et fièvre. Mais altération de l'état général plus marquée.
- **VOMIQUE:** maître symptôme de l'abcès. une expectoration très purulente d'odeur putride (rappelant celle de la souris crevée) et de volume souvent très abondant parfois hémoptoïque. La vomique s'accompagne d'une défervescence thermique
- **PHASE DE FOYER OUVERT** Altération très marquée de l'état général. Aux phases de rétention avec faible volume des expectorations et fièvre, succèdent des périodes de détersion avec défervescence et vomique: ainsi, les courbes d'expectoration et de fièvre se croisent.

ETUDE CLINIQUE :

1/ Abcès du poumon (A staphylocoque) :

C'est un foyer de suppuration collectée dans une cavité néoformée creusée dans le parenchyme pulmonaire par une inflammation non spécifique (non tuberculeuse)

Signes généraux et fonctionnels : hyperthermie (39°), toux, expectoration purulente fétide

Radiologie : image hydro-aérique à paroi régulière avec ou sans réaction pleurale

Biologie et évolution : hyperleucocytose GB>15000, bonne évolution sous ATB thérapeutique adaptée (6-8 semaines), possibilité de cicatrice, image stellaire ou bulleuse.

2/ Suppuration à klebsiella pneumoniae : (bacille de FRIEDLANDER)

C'est une suppuration pulmonaire d'immunodéprimé (éthylisme***, diabétique**) à type de pneumonie disséquante.

Signes généraux et fonctionnels : hyperthermie >39°, toux, expectoration purulente, hémoptysie.

Radiologie : opacité en plage hétérogène, siège d'une ou plusieurs hyperclartés ou image mixte

Evolution : mortelle dans 50% des cas.

AGENT MICROBIEN EN CAUSE :

1/ Germe anaérobie :

Responsable de ¾ cas des suppuration dont 50% cas en association avec d'autres germes se sont : bactéroïdes fragiles, fuseau bactérium necrofurum ; pépto streptococcus.

2/ Staphylocoque :

Responsable d'abcès, pleurésie purulente, pyopneumothorax.

3/ Klebsiella pneumonie :

Responsable de nécrose pulmonaire massive pluri focale.

4/ Autre germes :

Pneumocoque - Antéro bactéries- legionella pneumopathie.

5/ Mycose :

Aspergillose pulmonaire.

6/ Parasite :

Abcès amibien pulmonaire, avec ou sans localisation hépatique et intestinale.

EXAMEN COMPLEMENTAIRE :

- Radiographie standard.
- Echographie thoracique, ponction transparietale, et plurale dériver.
- Fibroscopie bronchique prélèvement par aspiration et identification de sténose.
- IDM thoracique (précision les caractères de l'image pathologique, et ses rapport avec les organes de voisinages).
- Mise en évidence du germe :
 - Hémoculture.
 - Fibro aspiration.
 - Ponction transparietale.
 - Ponction pleurale.
 - Ponction transtracheale (rare).
 - E.C.B. des crachats.

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 eme 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

TRAITEMENT

Bases du traitement

Deux objectifs :

- traiter l'infection
- traiter le terrain

Le traitement médical doit être:

- précoce,
- adapté,
- reposant sur des prélèvements fiables
- prolongé : 8 semaines

* Évacuation du pus :

- drainage d'un abcès par séance de kinésithérapie.
- fibro aspiration bronchique.
- ponction pleurale, ou transparietale avec lavage.
- . **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

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.

surveillance :

obligatoire, doit être longtemps poursuivie afin d'éviter les récives qui sont tjrs possibles

Durée : 6-8semaines

- La fièvre
- Le poids
- CRP
- Hémogramme
- La radio du thorax