

Problématique de la prise en charge de la pleurésie purulente du diagnostic à la chirurgie

Problematique of the support of purulent pleurisy from diagnosis to surgery

Pierre Marie Lombe

Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Résumé

La pleurésie purulente ou empyème thoracique (origine grecque) est définie comme la présence de pus dans la cavité pleurale.

Il s'agit souvent d'une pleurésie para pneumonique consécutive d'une pneumonie d'origine bactérienne dans environ 44% de cas.

La pleurésie purulente est souvent la complication d'une pneumonie dans le cadre d'une pneumopathie communautaire (pleurésie para pneumonique), d'une pneumonie nosocomiale ou d'un abcès pulmonaire.

Son incidence est variable, environ 44% de cas. 5 à 10% de pleurésies évolueront vers une pleurésie purulente tandis que 90% ont une évolution favorable spontanée sans la nécessité d'un drainage.

Les autres causes de la pleurésie purulente sont : les tumeurs bronchiques, la rupture de l'œsophage, Traumatismes ouverts voir fermés du thorax, médiastinite avec extension pleurale, translocation trans diaphragmatique d'une infection sus ou sous mésocolique, spondylodiscite et les complications chirurgicales post opératoires ou exploration du thorax.

Aux USA environ 32.000 patients par an sont admis pour pleurésie purulente, 15% de ces patients décèdent et 30% nécessitent un drainage pleural (AATS, the, 2017-06-01, n°6 pages 129-146).

La mortalité de la pneumonie semble corrélée à la présence d'une pleurésie puisque le risque de décès est 6,5 fois supérieur en présence d'un épanchement bilatéral et 3,7 fois si l'épanchement est unilatéral (A. Ferre, M. Dres, R. Azarian EMC pneumologie 6-041-A-40).

La prévalence de la pleurésie purulente semble plus élevée aux âges extrêmes de la vie, et chez les patients avec comorbidités, toxicomanie par injection, ethylo tabagisme et mauvaise hygiène bucodentaire.

La prise en charge de la pleurésie purulente à travers le monde n'est pas consensuelle, cependant la morbidité et la mortalité sont conditionnées par la rapidité du diagnostic, l'instauration de l'antibiothérapie adaptée, le drainage pleural et la kinésithérapie.

Explorations. L'échographie trans thoracique semble plus performante dans le diagnostic de l'épanchement pleural et permet de détecter un épanchement de petite abondance et de faire un prélèvement guidé en vue

d'une analyse bactériologique et biochimique qui conditionneront l'attitude thérapeutique.

La radiographie pulmonaire standard est souvent indiquée de première intention mais elle n'est significative que si le volume l'épanchement pleural minimal est d'environ 175 ml.

Le scanner thoracique avec injection de contraste permet une analyse de la cavité pleurale, de l'aspect de l'épanchement et de l'atteinte parenchymateuse.

LIRM n'est pas souvent indiquée dans le diagnostic de la pleurésie purulente. Elle ne peut pas faire la différence entre un épanchement d'origine maligne et d'origine infectieuse. Elle peut être une alternative au scanner thoracique dans certains cas. Son intérêt majeur est dans le diagnostic différentiel entre un transudat et un exudat.

Prise en charge thérapeutique

Le traitement de la pleurésie requiert 3 axes : le traitement anti infectieux par voie systématique, le drainage thoracique et la kinésithérapie.

Une antibiothérapie probabiliste à large spectre doit être instituée après les prélèvements et ajustée après la culture et l'analyse antibiogramme.

Au stade 1 (Phase 1, phase exsudative)

L'épanchement est fluide, les feuillets pleuraux souples. Un simple drainage pleural est de préférence indiqué.

Des ponctions pleurales évacuatrices itératives sont recommandées par certains auteurs et présentent l'avantage d'être moins invasives que le drainage conventionnel dont la faisabilité en certains lieux peut être difficile pour des raisons logistiques.

Il est préférable de pratiquer ces ponctions sous échographie et dans les conditions d'asepsie optimale car cette pratique peut parfois être inefficace voir source de complications iatrogènes (pneumothorax, hémothorax, infection. . .)

Au stade 2 (phase 2, phase de collection)

L'épanchement est louche voir franchement purulent, la fibrine est organisée sous forme de cloisons occupant la cavité pleurale parfois les scissures.

Ces cloisons forment des poches renfermant des locules de diverses tailles contenant un liquide citrin, trouble ou franchement purulent. Un simple drainage n'est pas efficace.

Le traitement consiste alors en une thoracoscopie sur trocart unique, débridement, lavage et drainage sous couvert d'une antibiothérapie adaptée.

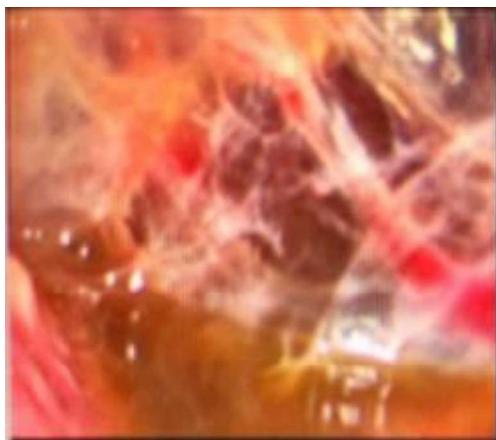
Ann. Afr. Med., vol. 11, n° 1, Déc. 2017

This is an open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Non-Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>)

which permits unrestricted non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

Au stade 3 (phase 3, phase d'enkystement)
L'empyeme est chronique, la fibrose pleurale est organisée sous forme d'une gangue fibreuse retractile. Une simple thoracoscopie ne suffit plus pour obtenir

une expansion pulmonaire. La décortication pleurale par thoracotomie devient obligatoire pour libérer le poumon.



Figur 1 : Pleurésie purulente stade 2

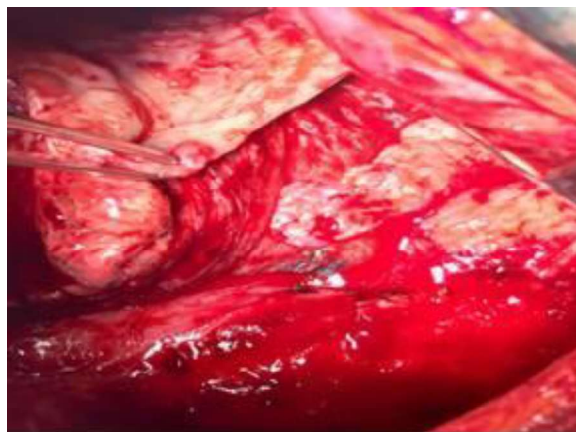


Figure 2: Pleurésie purulente stade 3

Mots clés : pleuresie purulente, problématique, prise en charge