

MedWiki-DZ (<https://www.medwiki-dz.com/>)

Suppurations pulmonaires

Dernière mise à jour : 2019/04/15 20:25

MedWiki-DZ :

Suppurations pulmonaires

https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:abcès_du_poumon

Dernière mise à jour : **2019/04/15 20:25** - Imprimé le : **2026/01/20 07:24**



Table des matières

Suppurations pulmonaires	1
Suppurations pulmonaires	3
1. Définition	3
2. Intérêt	3
3. Épidémiologie	3
4. Physiopathologie	3
5. Anatomo-pathologie	4
6. Clinique	4
6.1. Tableau clinique	5
7. Examens complémentaires	5
8. Formes cliniques	5
8.1. Selon le germe	5
8.2. Selon l'intensité	6
8.3. Selon le mécanisme physiopathologique	6
9. Diagnostic différentiel	6
10. Traitement	7
10.1. Buts	7
10.2. Moyens	7
10.3. Évolution	7
11. Prévention	8

Suppurations pulmonaires

1. Définition

- Nécroses du parenchyme, liées à des infections à germes pyogènes
- **Suppurations primitives (abcès)** : cavité néoformée par une infection bactérienne (non tuberculeuse), favorisée par un terrain débilité (alcool, tabac, immunodépression)
- **Suppurations secondaires** : sur lésions pré-existantes, le plus souvent séquellaires ou cavitaires (kyste hydatique rompu, cancer nécrosé...)

2. Intérêt

- Thérapeutique : sensibilité des germes
- Étiologique : dominé par le cancer bronchique

3. Épidémiologie

- Germes les plus fréquents : anaérobies, Gram négatifs, Gram positifs (staph doré)
- 4 fois plus les hommes que les femmes, suit la distribution des facteurs de risque
- Âge : 40 à 50 ans, nourrisson : staphylococcie pleuro-pulmonaire du nourrisson (forme particulière)
- À l'ère de l'antibiothérapie : forme classique devenue rare, émergence de formes frustes décapitées

4. Physiopathologie

- **Colonisation aérienne +++ :**
 - Inhalation de particules septiques (AVC, éthylisme, anesthésie générale ⇒ troubles de la déglutition ; mauvais état bucco-dentaire ⇒ anaérobies +++)
 - Complication d'une pneumonie (surtout Klebsiella, Haemophilus, Staphylococcus aureus, Streptocoque bêta-hémolytique)
 - Obstruction bronchique (corps étranger, cancer)
- **Colonisation hématogène :**
 - Embole septique (septico-pyo-hémie à staphylocoque surtout)
- **Propagation loco-régionale :** Exceptionnelle
 - Abscess hépatique, surinfection de néo de l'œsophage

- **Facteurs favorisants :**

- Locaux : mauvais état dentaire, cancer, tabac
- Généraux : éthyisme, diabète, immunodépression

5. Anatomo-pathologie

- **Macroscopie :**

- Habituellement : cavité unique, régulière, taille variable ; parfois, plusieurs cavités au sein d'une pneumopathie

- **Microscopie :**

- Abcès aigu : de la lumière à la périphérie :
 - *Masse amorphe* : nappes de PNN altérés
 - *Zone interne nécrotique* : restes de parois alvéolaires
 - *Zone d'alvéolite suppurée* : structures alvéolaires infiltrées de PNN
 - *Zone d'alvéolite fibrino-leucocytaire*
- Abcès chronique :
 - Apparition d'un tissu de sclérose
 - Qui reste parfois localisé en bordure de l'abcès
 - Le plus souvent, il s'étend, envahit et bouleverse le parenchyme

6. Clinique

Type de description : *Suppuration primitive ou abcès*. Évolution en 3 phases :

1. **Phase de foyer fermé** : soit :

- Tableau de pneumopathie aiguë fébrile :
 - Début brutal
 - Signes généraux (fièvre, AEG)
 - Douleur (point de côté)
 - Toux sèche, rarement expectoration *muqueuse* (foyer fermé)
 - Signes auscultatoire en foyer
- Simple syndrome pseudo-grippal :
 - Puis évolution défavorable vers l'abcédation
 - Se manifeste par la persistance/réapparition de signes généraux, et respiratoires

2. **Phase de vomique** :

- Survenue brutale (du jour au lendemain) d'une expectoration purulente
- Fétide avec certains germes (anaérobies, certains BGN), jamais dans la TBK
- Peut être abondante, asphyxiante, mais le plus souvent fractionnée

3. **Phase de foyer ouvert**

6.1. Tableau clinique

- **Syndrome général** : AEG, fièvre oscillante, faciès pâle et amaigri
- **Syndrome pulmonaire** : Expectoration abondante, souffle cavitair, râles humides localisés en pleine zone condensée

7. Examens complémentaires

1. Biologie :

- Hyperleucocytose à PNN
- VS et CRP élevées
- Hémocultures
- ECBC : utilité non démontrée (sensibilité et spécificité faibles)
- ECB des sécrétions bronchiques (fibro avec aspiration et/ou brossage protégé, ponction trans-trachéale)

2. Radiographie :

- Au début : opacité dense homogène mal systématisée à limites floues
- Après : image hydro-aérique au sein de l'opacité
- Images parfois multiples

3. TDM : précise le nombre, le siège et la nature excavée ou non des lésions

4. Fibroscopie bronchique : *systématique*, recherche une cause locale endo-bronchique (cancer +++)

8. Formes cliniques

8.1. Selon le germe

1. Anaérobies (bactéroïdes, fusobactérium) :

- Les plus fréquents
- Souvent secondaire à des troubles de la déglutition
- Suspectés surtout si : odeur fétide, mauvais état dentaire, éthylisme
- Symptomatologie torpide, prédominance des signes généraux
- Germe rarement identifié

2. Bacilles Gram négatifs (BGN) :

- Milieu hospitalier +++
- Pneumopathie extensive
- Abscesses à Klebsiella : particulier par expectoration hémoptoïque, aspect radiologique (lobite excavée), séquelles importantes (cavités multiples)
- Pronostic grave : terrain précaire, germes multi-résistants, séquelles

3. Staphylococcus aureus :

- Surtout chez le nourrisson (avant 6 mois)
- Abscesses multiples, évolution bulleuse, rupture dans la plèvre possible ⇒ tableau dramatique
- Chez l'adulte : abscesses souvent multiples (évoque l'origine hématologique)

4. **Germes pyogènes banals :**

- Pneumocoque et Haemophilus donnent rarement des abscesses

5. **Infections inhabituelles :**

- De plus en plus reconnus (Aspergillose, candidose...) à cause de l'augmentation de leur incidence (immunodéprimés) et des progrès des méthodes d'identification

6. **Abscesses amibiens :**

- Souvent secondaire à un abscesses hépatique
- Pus d'aspect chocolat caractéristique

8.2. Selon l'intensité

1. **Formes sur-aiguës :**

- Exceptionnelles, surtout chez des tarés alcooliques, rarement chez les diabétiques
- Signes généraux et fonctionnels bruyants
- Décès par cirrhose, IDM, OAP (⇒ retentissement du processus suppuratif)

2. **Formes sub-aiguës :**

- Surtout chez les sujets insuffisamment traités au début (décapité)

8.3. Selon le mécanisme physiopathologique

1. **Suppuration primitive :** atteinte par voie aérienne (ORL, stomato), septicémique (porte d'entrée non suppurée), ou secondaire à une obstruction bronchique (cancer, tumeur bénigne, corps étranger)

2. **Suppuration secondaire :**

- Cavité pré-existante (TBK, kyste hydatique, kyste aérien)
- Suppuration de voisinage (phrénique, appendicite, cholécystite, annexite, prostatite)
- Cancer de l'œsophage
- Septicémie (suppuration initiale à distance)

9. Diagnostic différentiel

- Tuberculose
- Suppuration bronchique (DDB)
- Cancer excavé (nécrosé)
- Suppuration dans une cavité préformée (kystes aériens, bulles d'emphysème, kystes hydatiques, séquestrations pulmonaires)
- Pseudo-vomique d'origine bucco-amygdalienne

10. Traitement

10.1. Buts

- Traiter l'infection et le terrain
- Drainage de la collection

10.2. Moyens

1. Antibiothérapie :

- Doit être : précoce, adapté (secondairement, selon la bactériologie), prolongé (8 semaines), association, parentérale
- Initialement : Béta-lactamine/Céphalosporine 3e génération + Aminoside (+ Métronidazole si suspicion d'anaérobies)

2. Traitement étiologique (porte d'entrée) :

- Foyer infectieux ORL ou dentaire
- Corps étranger (extraction)
- Cancer bronchique (endoscopie interventionnelle)

3. Traitement adjuvant : équilibre hydro-électrolytique, régime hypercalorique, vitaminothérapie (éthylrique), insuline (diabétique)

4. Kinésithérapie et drainage de posture : systématique

5. Traitement chirurgical : si pas de réponse au traitement, lobectomie le plus souvent

10.3. Évolution

1. Favorable :

- Dans 80 à 90% des cas, avec un traitement médical adapté, précoce et prolongé
- Guérison considérée comme acquise, mais nécessité de contrôles durant plusieurs mois

2. Complications :

- Locales : pleurésie réactionnelle (séro-fibrineuse) ou purulente
- Générales : septicémie et embolies septiques (cerveau, reins), CIVD, cachexie

3. Chronicité : rémission radiologique incomplète (persistance de poches de pus)

4. Séquelles : cavité résiduelle pourvoyeuse de DDB, hémoptysies, surinfections et greffes aspergillaires

11. Prévention

— Cours basé sur le résumé de Dr. A. Mekideche - DEMS 2018