Question mise à jour le 11 février 2005

INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

www.laconferencehippocrate.com

La Collection Hippocrate

Épreuves Classantes Nationales

PNEUMOLOGIE
REANIMATION - URGENCES

Épanchement pleural

III-312

Dr Etienne PIGNE
Chef de Clinique Assistant

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3ème cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site **laconferencehippocrate.com.** Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Épanchement liquidien de la plèvre

Objectifs :

– Devant un épanchement pleural, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

AFFIRMER LE DIAGNOSTIC

A/ Diagnostic positif

1. Circonstances de découverte

- Syndrome pleural : douleur thoracique (point de côté, dyspnée, toux sèche aux changements de position).
- Signes généraux au premier plan : état infectieux aigu ou subaigu, altération de l'état général.
- Bilan d'extension d'une affection responsable de la pleurésie.
- Examen clinique ou radiologique systématique.

2. Affirmer l'épanchement

a) Pleurésie de moyenne et de grande abondance

– Examen clinique ; il est comparatif :
  * abolition des vibrations vocales ;
  * matité déclive ;
  * abolition du murmure vésiculaire ;
  * parfois, frottement pleural (aux deux temps respiratoires, disparaît en apnée, le différencie du frottement péricardique. Ne sera pas retrouvé en cas d'épanchement abondant) ;
  * souffle pleurétique, rare, doux, expiratoire.

– Radiographie thoracique face et profil :
  * opacité dense et homogène déclive, non systématisée, à la limite supérieure floue, effaçant la coupole diaphragmatique et mobile, dessinant avec la paroi la ligne de Damoiseau, convexe en bas et en dedans ;
  * refoulement controlatéral du médiastin si l'épanchement est abondant ; l'absence de déplacement fait suspecter une atélectasie sous-jacente ;
  * éventuellement, anomalies parenchymateuses associées.

b) Épanchement de faible abondance(comblement d'un cul-de-sac)

– Souvent, présence d'un frottement pleural, les autres signes cliniques sont discrets, voire absents.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier



Fig. 21 : Radiographie thoracique. Hydropneumothorax droit volumineux.

– Cliché de face, en décubitus latéral, précise la mobilité de l'épanchement (majoration de la ligne bordante) et le différencie d'un épaississement pleural séquellaire.

c) Épanchement localisé, soit scissural, soit enkysté dans la grande cavité

– Il réalise une opacité non systématisée, parfois ovoïde. Le diagnostic peut être difficile avec une anomalie parenchymateuse.
– La ponction est utilement guidée par repérage échotomographique.
– Utilité du scanner thoracique ++.

d) Épanchement pleural chez les patients en décubitus (en réanimation, par exemple)

– Localisation postérieure de l'épanchement avec diminution de la transparence et aspect de grisaille diffuse.
– Intérêt de l'échographie pleurale et du TDM thoracique.

B/ Diagnostic différentiel

- Il se pose avant la ponction pleurale et surtout dans les formes atypiques localisées :
  – pneumonie ;
  – atélectasie.
- Valeur du scanner thoracique ++.

MÉTHODES D'EXPLORATION

A/ Ponction pleurale

- Tout épanchement pleural doit être ponctionné.
- Il n'existe pas de contre-indication absolue.
- Les contre-indications relatives sont : anomalie de la crase sanguine, traitement anticoagulant curatif, ventilation mécanique, pleurésie de très petit volume.

1. Technique

- Sous anesthésie locale, bord supérieur de la côte inférieure.
- Point de ponction guidé par les données cliniques et radiologiques ; dépend de la nature présumée de l'épanchement (vers les zones déclives pour les pleurésies de la grande cavité, en pleine matité pour les pleurésies purulentes).
- Recueil du liquide sur trois tubes : pour analyse biochimique, cytologique et bactériologique.
- À la seringue ou à l'aide d'une tubulure, en évitant une évacuation trop rapide ou trop abondante (1 500 ml au maximum car risque d'œdème pulmonaire lésionnel *a vacuo*).
- Incidents les plus fréquents : malaise vagal, hémoptysie par piqûre pulmonaire habituellement sans aucune gravité, pneumothorax.
- Accidents rares : piqûre septique, ensemencement néoplasique du trajet de ponction (pleurésies tumorales), blessure sous-diaphragmatique.
- Une radiographie de contrôle est indispensable.

2. Aspect macroscopique

- On différencie les épanchements citrin, hémorragique, puriforme ou chyleux.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

3. Étude du liquide

a) Biochimie

– Le dosage des protéines distingue :
  * transsudat (nature mécanique) < 30 g/l ;
  * exsudat (nature inflammatoire) > 30 g/l.
– Le taux de protides dans la plèvre est très dépendant de l'état nutritionnel du patient.
– En cas de doute, rechercher les critères de Light :
  * gradient avec rapport protéine plèvre/sérum > 0,5 ;
  * rapport LDH plèvre/LDH sérique > 0,6 ;
  * taux dans la plèvre supérieur à 2/3 de la limite supérieure du taux normal des LDH sériques ;
  * un de ces trois critères : signe l'exsudat ;
  * aucun des trois : le transsudat.
– Sont étudiés en fonction du contexte :
  * glycopleurie basse (< 0,6 g/l) lors de pleurésies purulentes, rhumatoïdes, cancéreuse et tuberculeuse ;
  * amylopleurie augmentée lors de pleurésies des pancréatites, parfois lors de néoplasies, ou lors de perforation de l'œsophage (amylase salivaire : intérêt du dosage des isoenzymes) ;
  * pH pleural évolue de façon parallèle à la glycopleurie ; bas (< 7,20, après avoir éliminé une acidose systémique) lors de pleurésies purulentes et rhumatoïdes. Valeur *cut off* à 7,20 permettant de différentier les pleurésies purulentes des épanchements parapneumoniques (qui peuvent avoir les même caractéristiques cytologiques) ;
  * l'acide hyaluronique augmente lors du mésothéliome (valeur biologique ni sensible, ni spécifique, car peut être augmenté dans les pleurésies bénignes asbestosiques et les adénocarcinomes) ;
  * facteurs antinucléaires, facteurs rhumatoïdes, fraction du complément abaissée : lupus, pleurésie rhumatoïde ;
  * dosage triglycérides, cholestérol pour les pleurésies chyleuses ;
  * pas d'intérêt des marqueurs tumoraux.

b) Étude bactériologique

– Direct, culture aéro-anaérobie.
– Recherche de BK au direct et en culture.
– Intérêt de la PCR mycobactérie.

c) Étude cytologique

– Numération < 1 000 mm3 pour tous transsudats.
– Formule :
  * lymphocytes > 75 % :
    ▪ tuberculose ++,
    ▪ lymphome,
    ▪ pleurésie rhumatoïde,
    ▪ transsudats pleuraux ;
  * prédominance de neutrophiles :
    ▪ pleurésie bactérienne ou parapneumonique,
    ▪ pleurésie lupique ;
  * éosinophilie > 10 % : ponctions itératives, hémothorax, embolie, parasitose, médicaments, néoplasie, tuberculose. La découverte d'une hyperéosinophilie pleurale n'a de valeur que pour la première ponction pleurale ;
  * recherche de cellules anormales ++, sensibilité de 60 à 80 % selon les séries.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier
SERVIER

B/ Biopsie pleurale

- Indication : exsudats sans diagnostic étiologique.

1. À l'aveugle

- Sous anesthésie locale après vérification de l'hémostase.
- Aiguille de Castelain ou Abrams.
- Pour étude histologique.
- Et cultures BK.
- Contrôle radiographie de thorax +++ (fréquence des pneumothorax).

2. Sous pleuroscopie

- Avec anesthésie locale ou générale.
- Étude de toute la plèvre, les biopsies sont de meilleures qualités (volumineuses, orientées) et le rendement optimal.

PRINCIPALES CAUSES

A/ Rappel des mécanismes de formation des épanchements pleuraux

- Six mécanismes souvent intriqués :
  - augmentation de la pression hydrostatique dans les capillaires pleuraux (insuffisance cardiaque) ;
  - diminution de la pression oncotique (toutes causes d'hypoalbuminémie) ;
  - augmentation de la perméabilité capillaire (toutes inflammations) ;
  - diminution de la pression pleurale (lors d'atélectasie) ;
  - passage transdiaphragmatique d'ascite ;
  - altération du drainage lymphatique (obstacle ganglionnaire tumoral ou fibreux).

B/ Pleurésies à liquides clairs

1. Transsudats

- Liquide paucicellulaire avec prédominance de lymphocytes.
- Protéinopleurie < 30 g/l. *(cf.)*

a) Insuffisance cardiaque gauche

- Souvent à droite ou bilatérale, scissurite souvent associée.
- Citrin ou sérohématique.
- Intérêt des critères de Light. Taux de protides pouvant s'élever après traitement diurétique. Paucicellulaire.
- Diagnostic : sur les autres signes de l'insuffisance cardiaque.

b) Cirrhose

- Souvent associée à une ascite.
- Volontiers à droite et récidivante.
- Peut être la seule manifestation ascitique.

c) Syndrome néphrotique

- Diagnostiqué sur les autres signes (dans le cadre d'une anasarque).

d) Moins fréquent

- Atélectasie.
- Péricardite chronique constrictive.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

e) Syndrome de Meigs

– Tumeur ovarienne (fibrothécome).
– Ascite.

2. Pleurésies infectieuses (30 %)

a) Pleurésies tuberculeuses

– Fréquentes, elles s'observent soit au décours d'une primo-infection, soit plus souvent chez l'adulte, dans le cadre d'une tuberculose commune.
– Radiologie : rechercher soigneusement des nodules apicaux de petite taille ; le parenchyme pulmonaire est souvent normal.
– Épanchement citrin généralement abondant, exsudat très riche en protéines, lymphocytose prédominante ou exclusive ; parfois formule mixte ou initialement prédominance de neutrophiles.
– Bactériologie :
  * recherche systématique de BK dans les expectorations, l'aspiration perfibroscopique, les tubages gastriques avec direct et mise en culture ;
  * ponction pleurale directe (10 % positif) ; cultures (30 % positif) ;
  * intérêt de la PCR BK sur le liquide pleural ; sensibilité très variable selon les séries ;
  * dosage de l'adénosine-déaminase (à l'étude).
– Anatomopathologie :
  * biopsie à l'aveugle positive dans 60 à 75 % des cas (granulome épithéliogigantocellulaire ou caséofolliculaire) ;
  * biopsie lors de pleuroscopie : sensibilité 100 % ;
  * mettre en culture une partie des prélèvements pour identification et antibiogramme.

b) Autres pleurésies infectieuses

– Pleurésies bactériennes : le plus souvent réactionnelles, parapneumoniques :
  * habituellement puriformes ou purulentes, elles peuvent être à liquide séreux au début ou sous l'effet d'un traitement antibiotique ;
  * épanchement peu abondant, difficile à ponctionner, riche en polynucléaires souvent altérés ;
  * le diagnostic, orienté par le contexte infectieux, est apporté par la bactériologie. L'élévation des antigènes solubles pneumococciques ou Hæmophilus permet de déterminer la responsabilité du germe en cas d'infection décapitée par une antibiothérapie préalable.
– Pleurésies virales :
  * caractérisées par un début aigu, un épanchement peu abondant et inflammatoire ;
  * elles surviennent dans le contexte d'un épisode infectieux respiratoire récent avec souvent une notion d'infection virale dans l'entourage. L'épanchement, très rarement isolé, est associé à des anomalies parenchymateuses qui doivent faire éliminer au préalable une origine tuberculeuse ou tumorale ;
– Pleurésies parasitaires, exceptionnelles sous nos climats :
  * amibiase :
    ▪ satellite d'un abcès amibien hépatique,
    ▪ liquide réactionnel sérofibrineux ou purulent (couleur chocolat) ;
  * hydatidose :
    ▪ rarement isolée,
    ▪ rupture, dans la cavité pleurale, d'un kyste parenchymateux ou hépatique,
    ▪ liquide jaune,
    ▪ le diagnostic est cytologique.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

3. Pleurésies tumorales (30 %)

a) Pleurésies métastatiques

– Fréquentes au cours d'un cancer à point de départ intra- ou extrathoracique.
– Elles compliquent un cancer connu ou révèlent une pathologie tumorale.
– Elles réalisent un épanchement insidieux, abondant, citrin ou sérohématique, avec une formule mixte ou à prédominance lymphocytaire.
– Le diagnostic repose sur :
  * l'existence d'une tumeur maligne connue antérieurement ou la découverte d'une localisation viscérale ;
  * la radiographie de thorax : opacité(s) pleurale(s) mamelonnée(s) suggérant un processus tumoral ;
  * la fibroscopie bronchique avec biopsies : recherche une tumeur bronchique primitive ou une lymphangite carcinomateuse ;
  * les examens cytologiques et histologiques pleuraux : cellules cancéreuses présentes dans 50 % des cas environ dans le liquide pleural, ponction-biopsie pleurale positive dans deux tiers des cas, fournissant des précisions sur la nature de la tumeur en cause.
– Causes :
  * cancer bronchique primitif (origine la plus fréquente de pleurésie tumorale chez l'homme) ;
  * cancer du sein (chez la femme, la cause la plus fréquente d'épanchement pleural métastatique) ; en cas de traitement antérieur du cancer par radiothérapie, la distinction entre un épanchement postradique et une pleurésie métastatique est difficile ;
  * la plupart des autres tumeurs malignes peuvent être responsables d'une pleurésie métastatique ;
  * cas particulier du sarcome de Kaposi. Épanchement souvent associé aux localisations parenchymateuses.

b) Localisations pleurales des hémopathies malignes

– Rarement révélatrice de l'hémopathie.
– L'épanchement est à prédominance lymphocytaire.
– L'examen cytologique et histologique de la plèvre fait le diagnostic : maladie de Hodgkin, lymphome malin non hodgkinien (où s'observent aussi des épanchements postradiques), hématosarcomes et leucoses.

c) Pleurésies des mésothéliomes

– Révélé par des douleurs pleurales et une dyspnée d'installation progressive,
– Liquide pleural citrin ou hémorragique, abondant, riche en protéines, nombreuses cellules mésothéliales (le caractère malin difficile à affirmer sur la cytologie).
– Notion d'une exposition asbestosique (non dose-dépendante. Son absence n'exclut pas le diagnostic) : interrogatoire, signes radiologiques (plaques et calcifications pleurales, fibrose interstitielle),
– Élévation du taux d'acide hyaluronique dans l'épanchement (ni constant, ni parfaitement spécifique),
– Examen histologique, indispensable, effectué sur des lésions prélevées par biopsie pleurale à l'aiguille ou, mieux, sous thoracoscopie (visualisation de la tumeur, d'éventuelles plaques et calcifications pleurales, les prélèvements doivent être de taille suffisante).

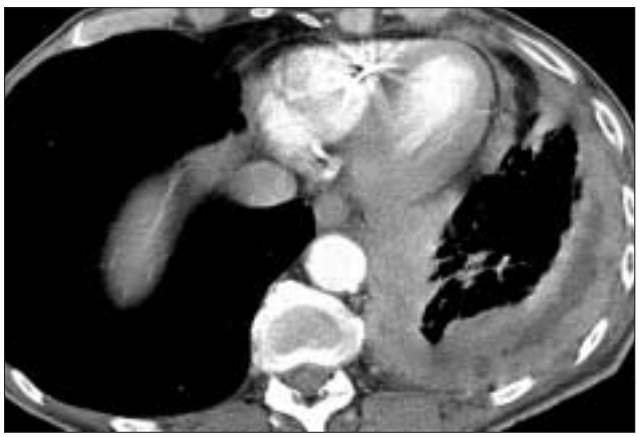


Fig. 22 : *TDM. Mésothéliome pleural.*

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

– Nécessité de réaliser une irradiation sur tous les orifices de ponction pleurale (risque de dissémination avec nodules de perméation).
– Pleuropneumonectomie si techniquement possible (à l'étude).
– Nouveaux protocoles de chimiothérapie très prometteurs.

4. Embolie pulmonaire

- Secondaire à un infarctus pulmonaire.
- Exsudat d'aspect citrin ou hémorragique avec réaction macrophagique et mésothéliale.
- Hyperéosinophilie pleurale fréquente.
- Le diagnostic est évoqué sur un faisceau d'arguments cliniques, radiologiques (angioscanner ++), électriques et scintigraphiques (si épanchement pas trop abondant).

5. Causes plus rares

a) Pleurésies des maladies systémiques inflammatoires :

– Polyarthrite rhumatoïde :
  * exceptionnellement inaugurale ;
  * liquide riche en protéines, pauvre en glucose, pH pleural bas, formule à prédominance lymphocytaire, présence de ragocytes (cellules spécifiques) et dosage du facteur rhumatoïde ;
  * biopsie : présence de nodules rhumatoïdes.
  (plèvre épaissie ++)
– Churg et Straus :
  * survenant dans le contexte de la maladie causale, épanchement inflammatoire, hyperéosinophilie sérique et pleurale fréquente.
– Lupus érythémateux :
  * épanchement fréquent, souvent bilatéral et douloureux, peut être inaugural et/ou associé à une polysérite ;
  * prédominance en polynucléaires ;
  * diagnostic : recherche de cellules LE, de FAN dans le liquide pleural. Complément abaissé. Recherche des autres signes de la maladie.

b) Pleurésies d'origine sous-diaphragmatique

– Pancréatites aiguës ou chroniques (au contact d'un faux kyste, par exemple) : pleurésie gauche, taux très élevé d'amylase dans le liquide pleural.

c) Pleurésie bénigne de l'amiante

– Diagnostic d'élimination, en particulier du mésothéliome.

d) Pleurésie médicamenteuse

– Soit lupus induit : isoniazide, bêtabloquant…
– Soit toxique ou immunoallergique.
– Une pneumonie médicamenteuse peut lui être associée.

e) Pleurésie radique

– À différencier de l'évolution de la néoplasie sous-jacente (souvent difficile en pratique).

f) Pleurésie postIDM et chirurgie cardiaque (très fréquente)

– Délai d'apparition de trois à six semaines.
– Souvent associée à une péricardite (polysérite).
– Liquide sérohémorragique.

C/ Pleurésies purulentes

- Infection pleurale liée à l'irruption dans la plèvre de germes aérobies ou anaérobies, réalisant

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

un épanchement puriforme ou purulent.
- Origine corticale pulmonaire (abcès souvent non retrouvé, secondaire le plus souvent à des inhalations répétées, se rompant dans la plèvre) ou sous-diaphragmatique (abcès sous-phrénique).
- Après un stade de diffusion, l'infection se collecte ; son enkystement doit être prévenu par un traitement précoce et complet.

1. Prélèvements
- Examen et culture du liquide pleural, prélevé de manière strictement anaérobie, transporté immédiatement et mis en culture dès son arrivée au laboratoire.
- Hémocultures pratiquées systématiquement.
- Prélèvements effectués sur une porte d'entrée éventuelle +++.

2. Germes en cause
- Anaérobies souvent associés entre eux et à des aérobies stricts (liquide fétide).
- Aérobies à Gram + (streptocoque, pneumocoque, staphylocoque) et à Gram – (*Entérobacter, Hæmophilus, Pseudomonas, Salmonella)*.
- BK : pleurésie purulente tuberculeuse par ensemencement à partir d'une caverne.

3. Origine de l'infection
- Retrouvée dans deux tiers des cas.
- Interrogatoire +++ : hygiène dentaire, pathologie ORL, facteur de risque de cancer bronchique, alcoolisme, trouble chronique de la déglutition (séquelles de Wallenberg, syndrome pseudo-bulbaire…) :
  - infection locorégionale : examens ORL et stomatologique, radiographie des sinus, panoramique dentaire ;
  - porte d'entrée à distance : cutanée… ;
  - infection pulmonaire :
    * fibroscopie systématique : recherche de cancer ou corps étranger (obstruction intrinsèque ou extrinsèque avec atmosphère anaérobie en aval faisant le lit de l'infection) ;
    * TDM thorax : recherche de cancer, DDB ;
    * fausses routes : examen ORL spécialisé (recherche d'un cancer), transit œsophagien (fistule œsophagienne) et/ou fibroscopie œsogastrique.
  - infection sous-diaphragmatique : échographie abdominale à la recherche d'un abcès sous-phrénique, hépatique…
- Non retrouvée dans deux tiers des cas.
- Terrain ++ (éthylisme, néoplasie, traitement immunosuppresseur, diabète…).

D/ Pleurésies chyleuses
- Épanchement d'aspect lactescent, riche en lipides (> 5 g/l) constitués principalement de triglycérides.
- Le mécanisme est univoque : lésion (compression ou rupture) des grandes voies lymphatiques, principalement du canal thoracique.

1. Nature chyleuse de la pleurésie
- Affirmée par la ponction pleurale :
  - liquide opalescent, taux des lipides très augmenté (5 à 70 g/l avec 80 % de triglycérides, et une teneur en cholestérol basse) ;
  - formule cytologique montrant un important pourcentage de lymphocytes.
- À distinguer des autres pleurésies lipidiques : pleurésies chyliformes lors de certaines pleurésies chroniques, avec taux élevé de cholestérol et taux bas de triglycérides.

2. Causes
- Traumatisme par élongation du canal thoracique.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

- Lésion chirurgicale du canal thoracique (chirurgie cardiologique, pulmonaire, œsophagienne).
- Causes médicales :
  - cancer et surtout lymphome : 80 % des causes médicales (en l'absence de traumatisme, un chylothorax est satellite d'un lymphome jusqu'à preuve du contraire) :
    * diagnostic évoqué aux TDM.
  - causes plus rares :
    * tuberculose ganglionnaire ;
    * filariose lymphatique ;
    * postradique ;
    * lymphangiomyomatose ;
    * idiopathique dans 25 % des cas.

3. Traitement

- Étiologique ++.
- Régime pauvre en graisses à chaînes légères (passage direct dans le sang sans « transiter » par le canal thoracique). Risque de dénutrition en l'absence de mesures diététiques appropriées.

E/ Hémothorax

- Extravasation sanguine dans l'espace pleural :
  - origine fréquemment traumatique, cardiaque ou tumorale ;
  - évolution de divers épanchements chroniques, surtout après évacuations répétées, secondairement hémorragiques.

TRAITEMENTS

A/ Étiologique +++

B/ Symptomatique

- En cas d'épanchement récidivant en l'absence ou malgré un traitement étiologique, on peut proposer une symphyse pleurale (en particulier lors des pleurésies néoplasiques).
- Méthodes :
  - après évacuation de l'épanchement par drainage ou pleuroscopie :
    * talcage (lors de pleuroscopie) ;
    * abrasion pleurale ou pleurectomie pariétale chirurgicale.

C/ Cas particulier de la pleurésie purulente

- Traitement étiologique (+++ recherche et éradication d'un foyer infectieux).
- Traitement symptomatique :
  - oxygène adapté aux GDSA (en général peu de retentissement sur l'hématose : atteinte équilibrée des rapports ventilation/perfusion).
  - voie veineuse périphérique.
  - antibiothérapie :
    * en l'absence de contre indication ;
    * en urgence ;
    * probabiliste sur la flore suspectée : principalement flore oropharyngée, donc anaérobies (retrouvés dans deux tiers des cas si recherchés spécifiquement difficile en pratique), mais aussi streptocoques, pneumocoques et bacilles gram- négatifs ;
    * même population que pour les abcès pulmonaires ;
    * sensibilité conservée à l'association pénicilline A + inhibiteur de la b-lactamase ;
    * aucun intérêt à l'adjonction d'imidazolés (le seul anaérobie potentiellement résistant aux péniA+Ibl est le *Bactéroïdes fragilis*, commensal du côlon, jamais retrouvé dans les pleu-

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

résies purulentes ;
* en revanche, adjonction d'un aminoside en cas de sepsis sévère (bactéricidie synergique dans le sang) ;
* durée du traitement de quatre à six semaines.

– drainage :
* efficace si précoce ;
* au stade d'enkystement (logettes induites par la fibrine), intérêt (après repérage échographique et/ou scannographique du bon positionnement du drain) de la fibrinolyse intrapleurale. Évite le passage à la constriction par pachypleurite.

– kinésithérapie respiratoire et pleurale après l'ablation du drain (prolongée +++).
– mesures associées :
* correction hydroélectrolytique, renutrition.
* prévention décompensation de tare :
* équilibre diabétique.
* prévention du delirium tremens chez l'alcoolique (hydratation, vitamine B1B6, sédatifs). ■

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier