

# Pleurésies purulentes

D'après le Dr Le Pimpec-Barthes, Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris

## Introduction

La pleurésie purulente est un épanchement pleural infecté à germes banals, responsable de décès dans 10 à 15% des cas. La multiplicité des intervenants (médecins et chirurgiens) dans la prise en charge de cette pathologie et la diversité de circonstance de survenue des pleurésies expliquent les controverses qui alimentent le sujet. En réalité, il y a très peu d'études randomisées, il s'agit le plus souvent d'une pratique de centre. Les objectifs du traitement vont être le contrôle local (évacuation du pus) et général (antibiothérapie, kinésithérapie) de la maladie.

## Historique thérapeutique

1<sup>ère</sup> étape jusqu'au 19<sup>ème</sup> siècle : le traitement de la pleurésie consistait à inciser, réséquer la côte puis évacuer le pus (Hippocrate 400 Av JC, Galien 200 Ap JC, Eloesser 1835).

2<sup>ème</sup> étape, 19<sup>ème</sup> siècle : le traitement consistait à réaliser une thoracoplastie (Estlander 1879, Schede 1890).

3<sup>ème</sup> étape, fin 19<sup>ème</sup> siècle : les empyèmes tuberculeux étaient traités par la décortication du poumon.

4<sup>ème</sup> étape, début 20<sup>ème</sup> siècle : les premiers cas de drainage sont décrits (Hewitt 1876, Osler 1919), ainsi que les bases physiopathologiques de la formation de l'empyème (Monod et Iselin 1935, ATS 1962) (diffusion ou phase I exsudative, collection ou phase II fibrinopurulente, enkystement ou phase III d'organisation).

## Littérature

En 2000, la conférence de consensus de l'American College of Chest Physicians reposant sur avis d'experts a proposé une guideline pour la prise en charge des pleurésies para-pneumoniques, à partir de l'analyse de 24 articles, 4 essais randomisés de moins de 100 patients (1).

---

Epanchement	Culture liquide	pH	Catégorie	Traitement
-------------	-----------------	----	-----------	------------

---

Minime	Négative	Non connu	1	Pas de drainage
Modéré	Et négative	Et pH >7,2	2	Pas de drainage
Important	Ou Positive	Ou pH <7,2	3	Drainage+SK ou VATS ou chir
	Pus		4	Drainage+SK ou VATS ou chir

\*SK : Streptokinase \*VATS : vidéothoroscopie

-le drainage seul :

Le drainage est largement indiqué dans tout empyème d'une part pour évacuer le liquide septique et faire des prélèvements mais aussi pour observer les possibilités d'amélioration par ce geste simple. Il n'y a aucun consensus dans la littérature sur le type et la taille du drain à préférer.

Le drainage seul serait responsable d'un échec thérapeutique dans 36 à 65% des cas selon deux essais anciens randomisés (2, 3).

-les fibrinolytiques intra pleuraux :

Les fibrinolytiques sont employés depuis plus de 50 ans chez l'adulte et plus récemment chez l'enfant (Urokinase, UK puis Streptokinase, SK). Ils sont indiqués dans les pleurésies de catégories 3 et 4 dans un but de décroissance. Leur utilisation a reposé sur les résultats d'études non randomisées comportant un faible échantillon de malades. Depuis 1997, nous disposons de 7 études randomisées (Tableau I). Les études les plus anciennes comportaient moins de 50 patients et étaient plutôt favorables aux fibrinolytiques, avec peut être une préférence pour la SK. Deux études publiées en 2005, comportant respectivement 127 et 454 patients, ont comparé le drainage seul à l'utilisation de SK (4, 5). Dans la première étude, la SK permettait de guérir davantage de pleurésies alors que dans la seconde la SK et le drainage seul avaient une efficacité identique (Tableau I).

Tableau I : études randomisées évaluant les fibrinolytiques dans le traitement des pleurésies purulentes

Auteur (année)	n	Etude	Durée tt	résultat	Succès primaire (%)
Bouros (97)	50	SK / UK	6	SK > UK	-

Davies (97)	24	SK / S	3	SK = S	100/75
Wait (97)	20	SK / VATS	3	SK < VATS	44/91
Bouros (99)	31	UK / SP	3	UK > SP	86,5/25
Diacon (2004)	44	SK / SP	7	SK > SP	82/48
Misthos (2005)	127	SK / SP	-	SK > SP	87,7/67,1
Maskell (2005)	454	SK / SP	3	SK = SP	89,3/88

---

\*SK: Streptokinase 250000 U UK: Urokinase 100000 U S II: sérum physiologique

- la thoracoscopie :

La finalité de la thoracoscopie est d'accélérer le débridement intra thoracique pour raccourcir la durée de drainage et d'hospitalisation. Elle s'adresse à des patients sélectionnés, souvent d'état précaire, avec une pleurésie de catégorie 2.

-la décortication :

La décortication n'est pas une simple toilette de la cavité pleurale. Elle est indiquée en cas d'échec du traitement non invasif de poches rigides infectées. Si le poumon adjacent est atteint, une exérèse pulmonaire peut s'avérer nécessaire. La décortication reste cependant exceptionnellement nécessaire. L'expérience de l'Hôpital Laënnec portant sur 316 patients atteints de pleurésie (enkystée dans 70% des cas), a montré que le drainage prolongé permettait d'obtenir plus de 90% de guérison, sans jamais nécessiter le recours à la décortication.

-la kinésithérapie :

Elle est le complément indispensable au traitement local pour diminuer les séquelles.

### **Stratégie devant une pleurésie purulente**

Le drainage d'une pleurésie purulente doit être réalisé en urgence permettant l'amélioration rapide des symptômes. Une antibiothérapie et une kinésithérapie seront administrés précocement. En cas d'empyème précoce (catégorie 2), des fibrinolytiques seront utilisés dès J1. S'il persiste un doute diagnostique, si l'évolution est traînante ou si

la pleurésie se cloisonne, une VATS sera envisagée. La décortication ne sera décidée qu'en présence d'un empyème tardif.

## Bibliographie

1. Colice GL, Curtis A, Deslauriers J, Heffner J, Light R, Littenberg B, et al. Medical and surgical treatment of parapneumonic effusions : an evidence-based guideline. *Chest* 2000;118(4):1158-71.
2. Striffeler H, Ris HB, Wursten HU, Hof VI, Stirnemann P, Althaus U. Video-assisted thoracoscopic treatment of pleural empyema. A new therapeutic approach. *Eur J Cardiothorac Surg* 1994;8(11):585-8.
3. Lemmer JH, Botham MJ, Orringer MB. Modern management of adult thoracic empyema. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1985;90(6):849-55.
4. Maskell NA, Davies CW, Nunn AJ, Hedley EL, Gleeson FV, Miller R, et al. U.K. Controlled trial of intrapleural streptokinase for pleural infection. *N Engl J Med* 2005;352(9):865-74.
5. Misthos P, Sepsas E, Konstantinou M, Athanassiadi K, Skottis I, Lioulas A. Early use of intrapleural fibrinolytics in the management of postpneumonic empyema. A prospective study. *Eur J Cardiothorac Surg* 2005;28(4):599-603.