

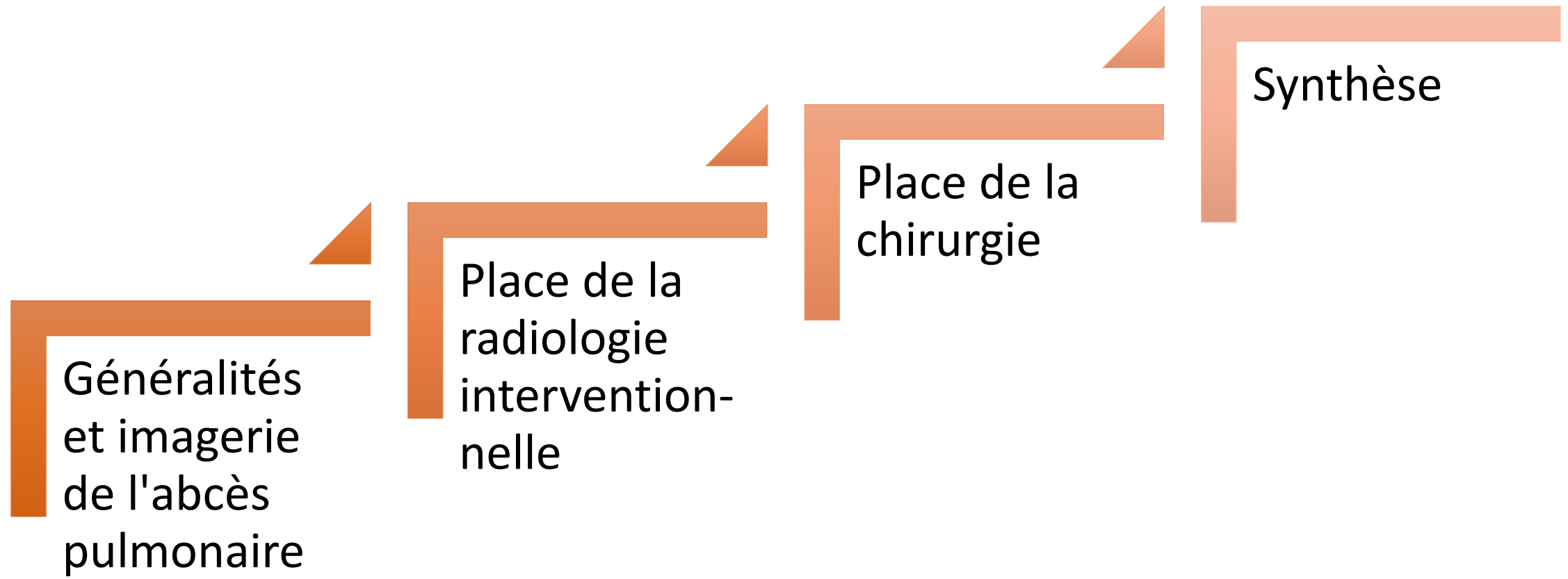


Abcès pulmonaires

Quand appeler le radiologue interventionnel?
Quand appeler le chirurgien thoracique?

Constance de Margerie-Mellon, Radiologie, Hôpital Saint-Louis
Francesco Cassiano, Chirurgie thoracique, Hôpital Foch

Plan



Généralités

Définition et épidémiologie

Zone circonscrite de **nécrose parenchymateuse d'origine infectieuse** générant une ou plusieurs **cavités suppurées**

- Toxines bactériennes
- Thromboses microvasculaires
- Enzymes protéolytiques des neutrophiles

Incidence mal connue

- En baisse depuis l'utilisation large des antibiotiques, H > F
- Facteurs prédisposants: risque d'inhalation, mauvais état bucco-dentaire, immunodépression

3 mécanismes

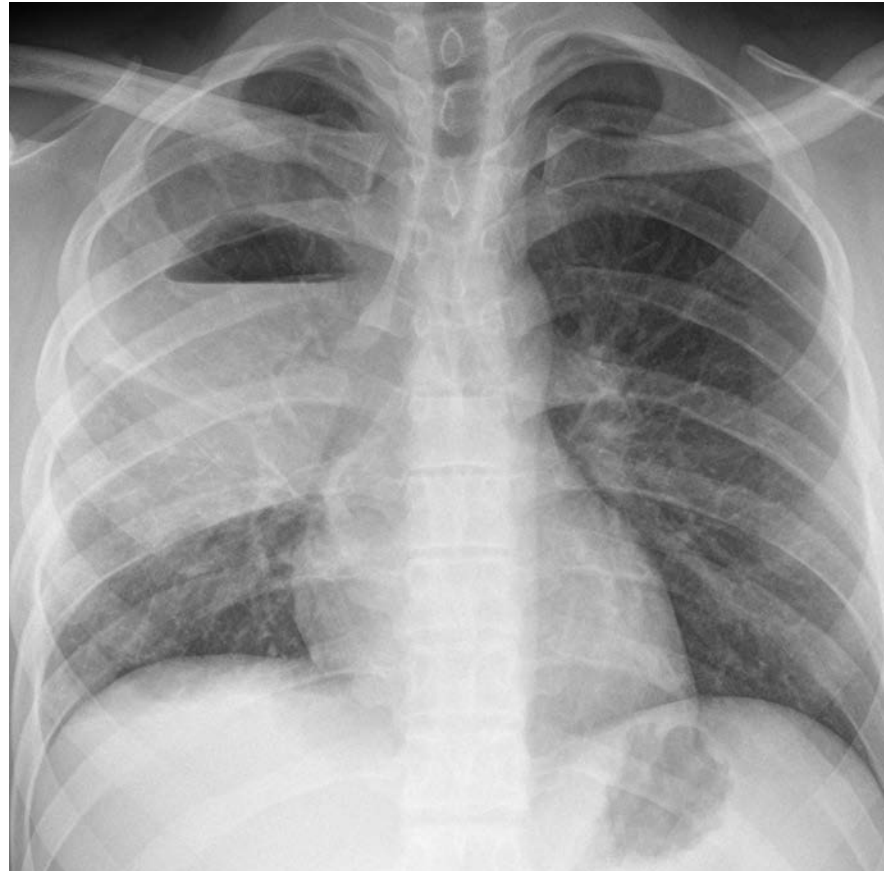
- Inhalation de matériel oropharyngé +++ (abcès polymicrobien à anaérobies)
- Abcédation secondaire d'une pneumonie (abcès monomicrobien à aérobie: *S. aureus*, *K. pneumoniae*, *H. influenzae*, *P. aeruginosa*, *S. pneumoniae*)
- Dissémination hématogène

Localisations: coté Dt > G

- Segments postérieurs LSD/culmen
- Segments apicaux des lobes inférieurs

Imagerie: radio

Nécrose
parenchymateuse
→ fistule bronchique
→ niveau
hydroaérique



Abcès non documenté chez un homme de 21 ans sans ATCD



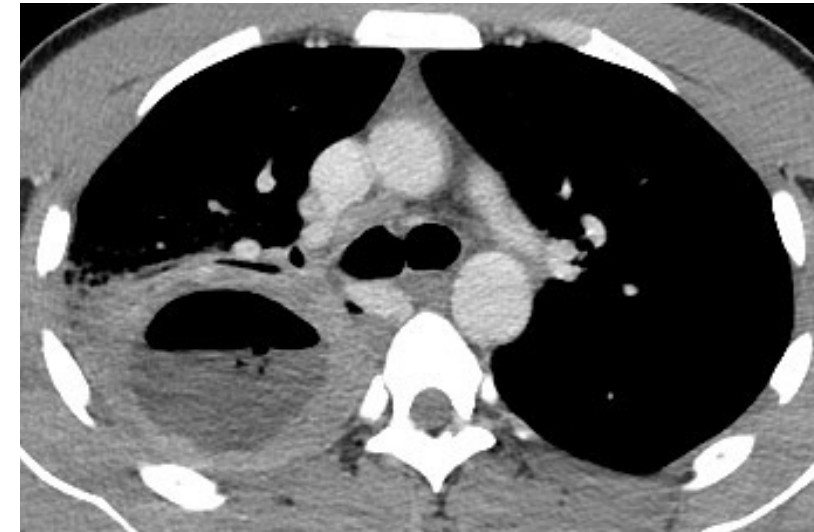
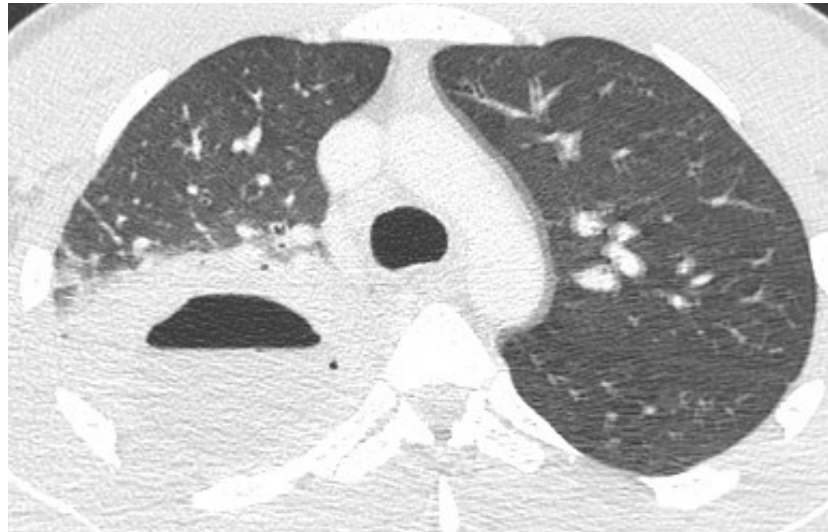
Abcès à *S. pyogenes* dans les suites d'une angine chez une femme de 29 ans sans ATCD

Imagerie: scanner



Abcès non documenté chez un femme de 82 ans aux ATCD de bronchectasies

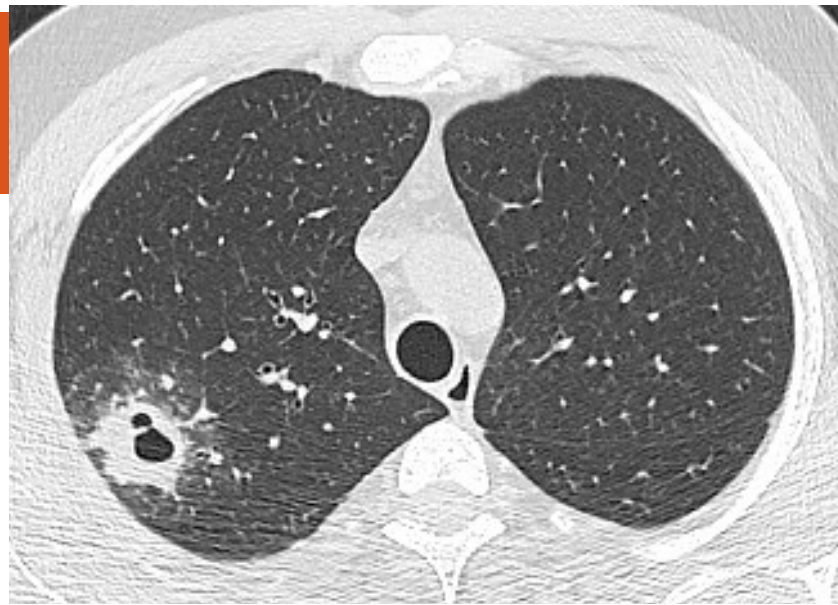
Masse/condensation nodulaire avec clartés aériques centrales au sein d'un parenchyme non rehaussé ± niveau hydroaérique



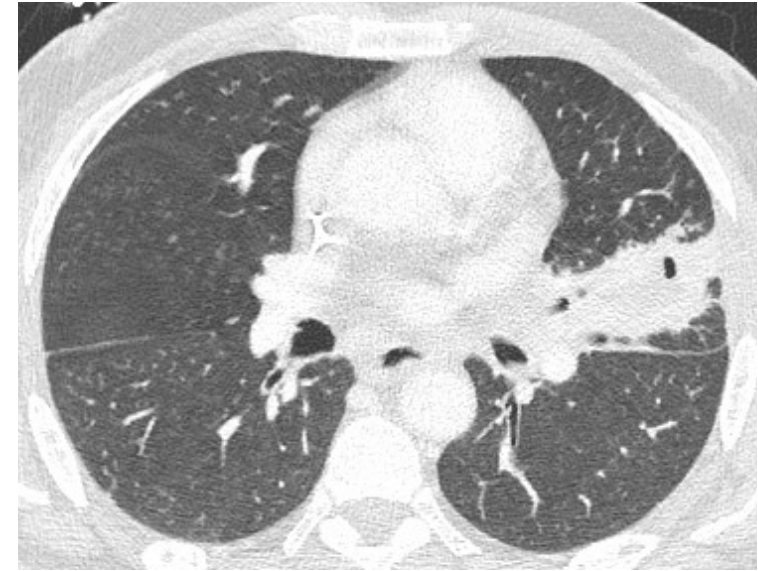
Abcès non documenté chez un homme de 21 ans sans ATCD

Imagerie: scanner

- Taille variable de la collection
- Plusieurs abcès possibles



Abcès non documenté chez un homme de 30 ans sans ATCD



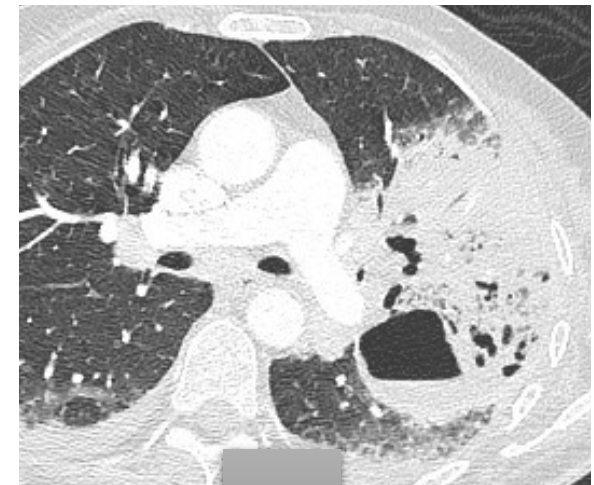
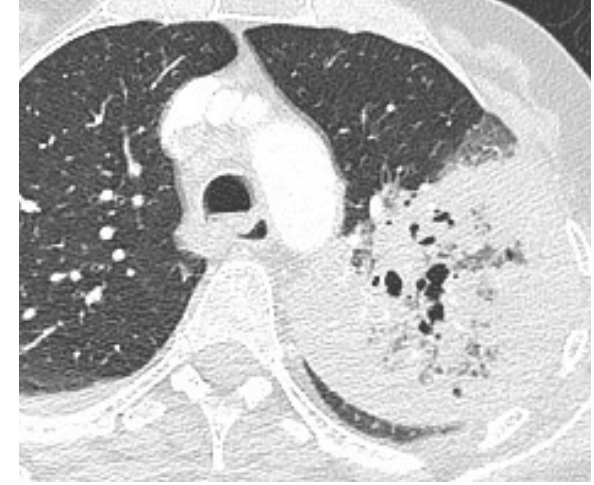
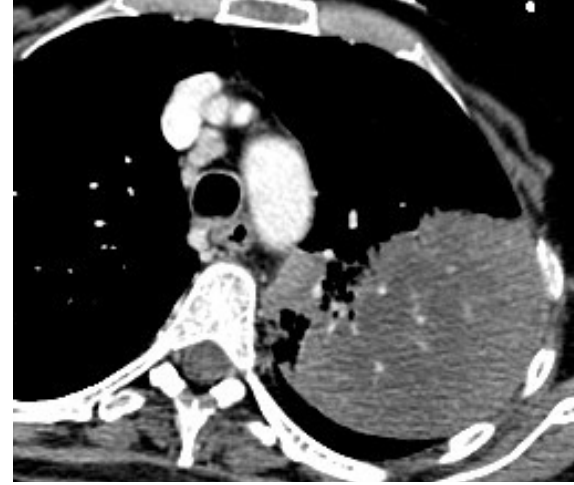
Abcès a *S. aureus* chez un homme de 50 ans porteur d'un PAC pour CBPC



Abcès non documenté chez un patient de 59 ans aux ATCD d'épilepsie

Imagerie: scanner

Lésions
parenchymateuses
étendues quand
nécrose secondaire
de pneumonie



J0

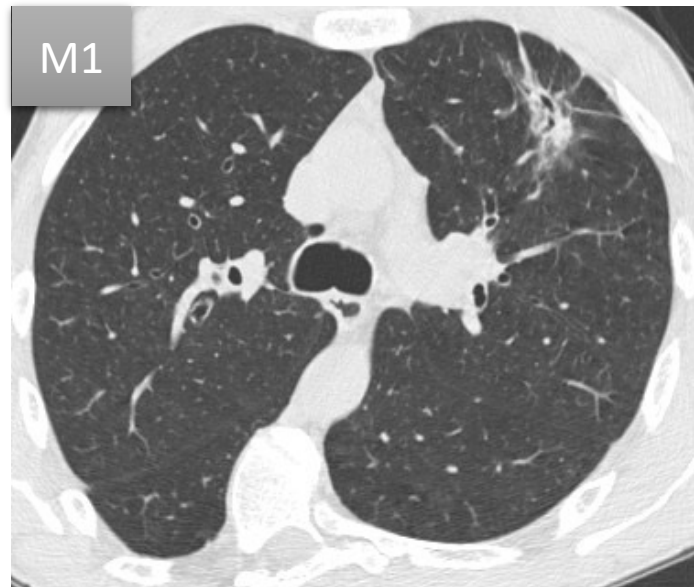
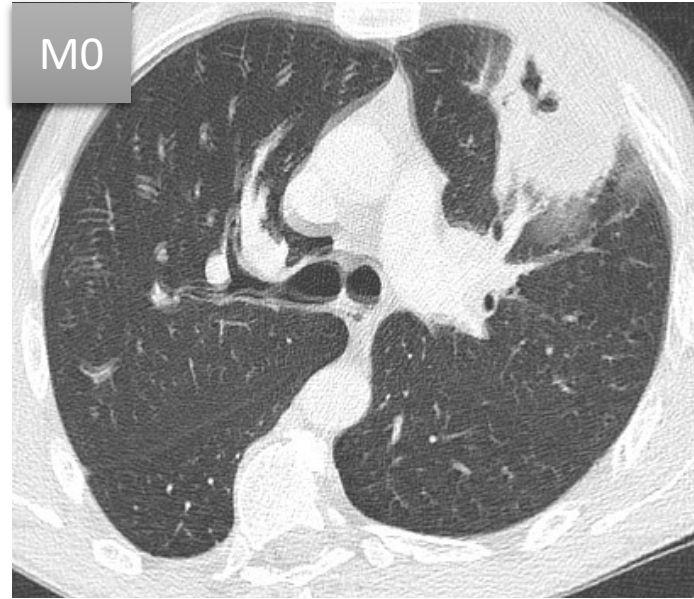
J3

Pneumonie à pneumocoque chez une femme de 62 ans

Imagerie: scanner

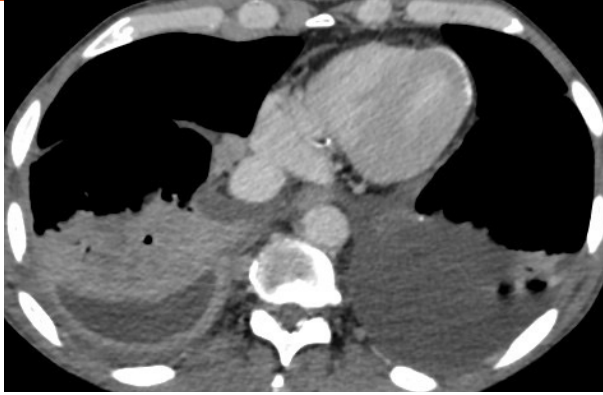
Evolution
progressive vers la
rétraction sous
traitement ATB

Abcès non documenté
chez un homme de 41
ans, sans ATCD

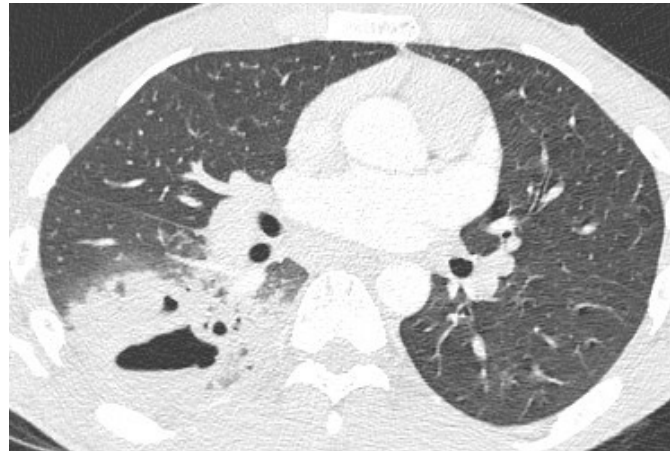


Abcès à Pyo sur
infarctus
pulmonaire chez
un homme de
76 ans

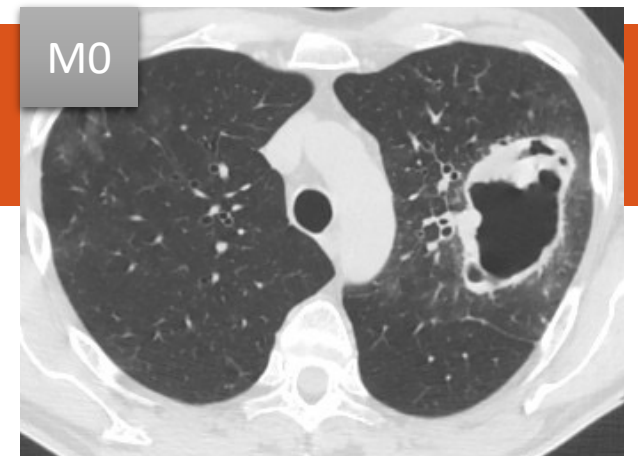
Imagerie: diagnostics différentiels



Empyème



Tuberculose



Cancer bronchique excavé

Place de la radiologie interventionnelle

Indications du drainage percutané: rares

Traitement **conservateur** suffisant dans la grande majorité des cas

- Efficacité des antibiotiques +++
- Drainage spontané du contenu nécrotique dans une fistule bronchique

Traitement **interventionnel** à discuter

- Sepsis non contrôlé
- Absence de drainage spontané
- Fistule broncho pleurale

Données de la littérature: limitées

Effets obtenus

Efficacité thérapeutique dans 87% des cas¹

Le drainage plus précoce réduit la durée d'hospitalisation sans modifier la morbidité²

Complications

Complications majeures dans 8% des cas²

Fistule broncho pleurale

Empyème

Hémoptysie

Pneumothorax

Ponction directe ou technique de Seldinger (guide puis drain)

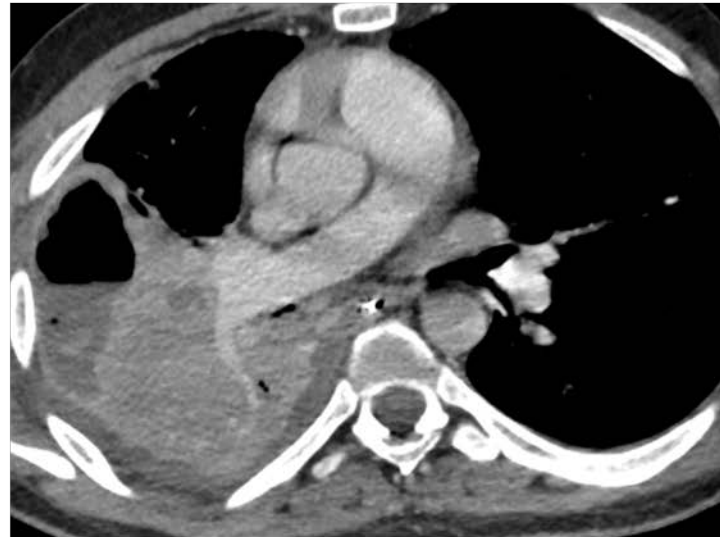
Drain de diamètre suffisant (12F)

Trajet

- Simple si **contact pleural** (« symphyse inflammatoire » avec risque limité de décollement)
- Risque de complications (pneumothorax, hémorragie) augmenté si traversée de **parenchyme sain**



Exemple 1



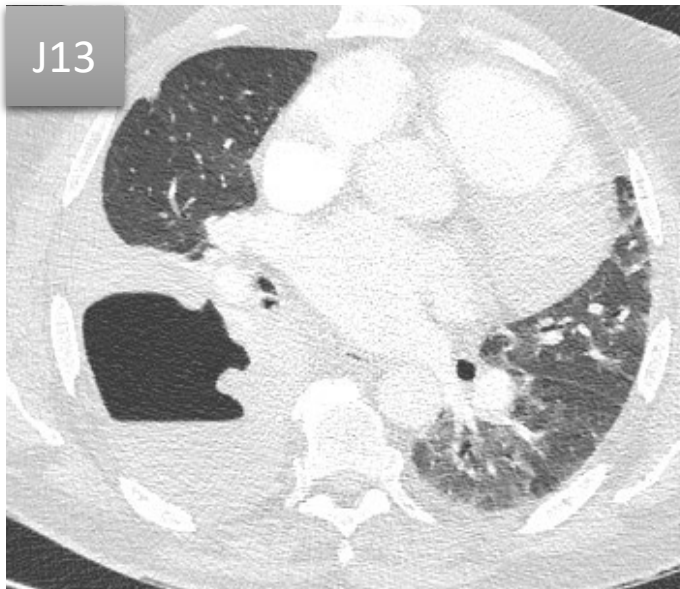
Homme de 42 ans
Pneumonie nécrotique avec
abcès secondairement ouvert
dans la plèvre
Pas d'amélioration clinique

Exemple 1



Pose d'un drain dans la cavité
pleurale droite
Evolution secondaire favorable

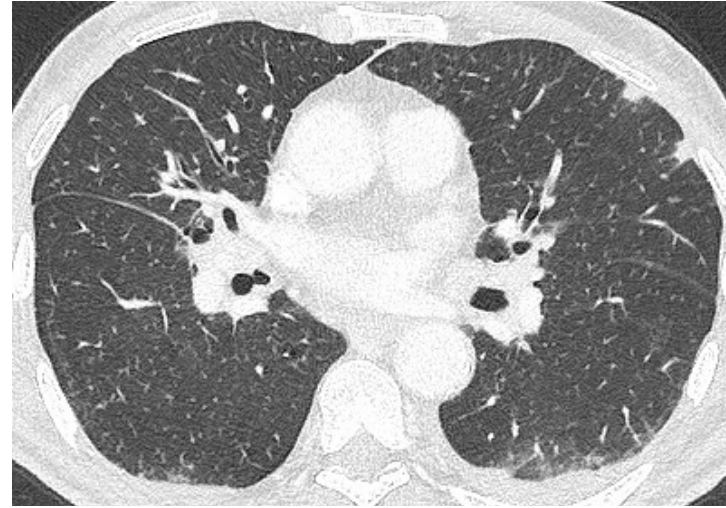
Exemple 2



Homme de 62 ans
PAVM nécrosante avec
apparition d'une fistule
bronchopleurale

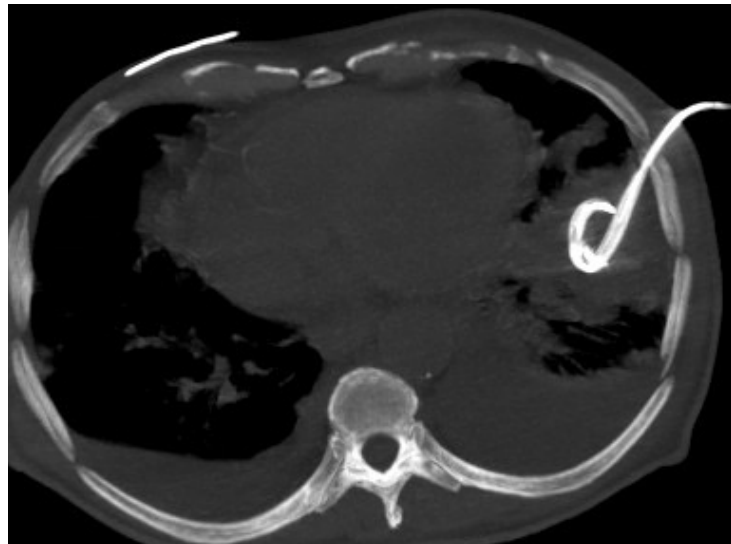
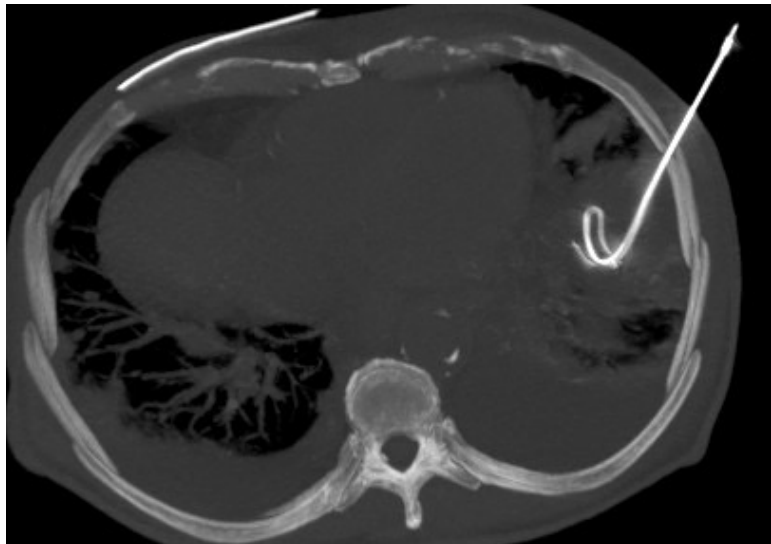
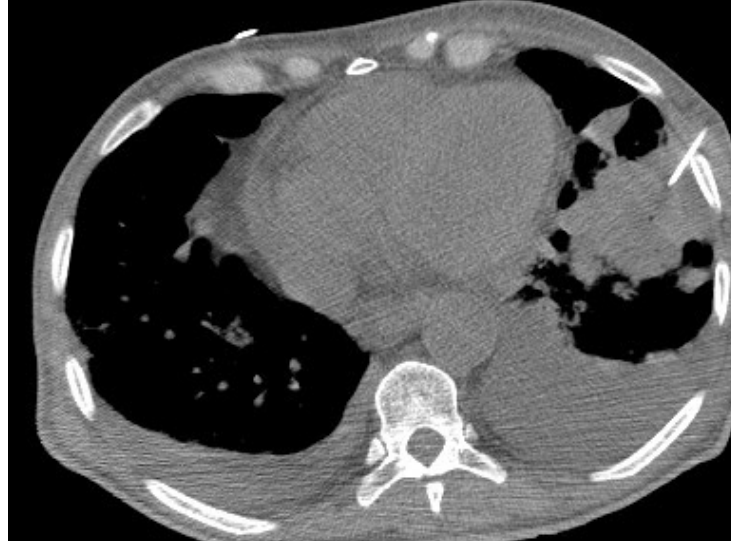
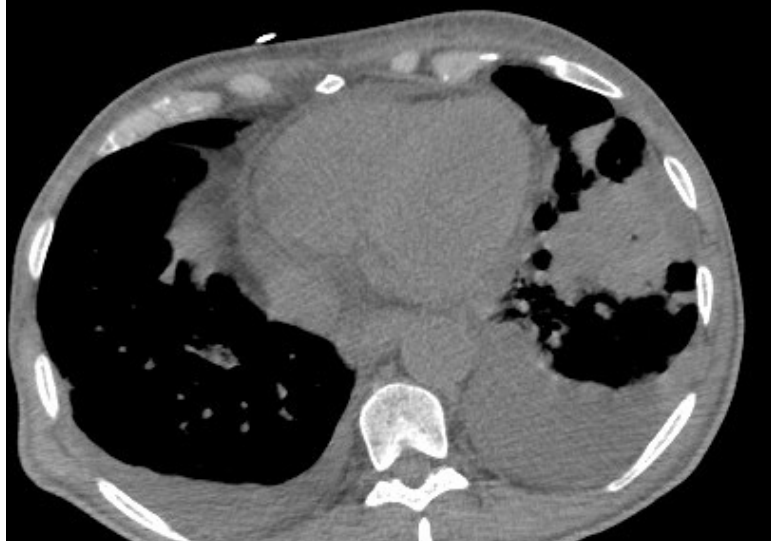


Exemple 3



Homme de 76 ans
En cours de traitement pour
une myélodysplasie
Multiples nodules
pulmonaires et abcès du
lobe inférieur gauche.
Pas d'amélioration clinique à
J10.

Exemple 3



Pose d'un drain pulmonaire
gauche

Place de la chirurgie

Indications 1

Gold Standard : antibiotique



11-20% ECHEC

DRAINAGE NON INVASIF : - endoscopique
-percutanée (radiologique)



ECHEC

CHIRURGIE

Traitements chirurgicaux:

- Drainage chirurgical
- Résection pulmonaire
- Thoracostomie (Gueule de four)

DRAINAGE CHIRURGICALE

AVEC UN TROCAR OU PLEUROTOME:

- Sous anesthésie locale
- Repérage de l'abcès (scanner ou échographie)
- Possible seulement en cas d'abcès périphérique

AVANTAGES

- Calibre du drain
- Evacuation complète de la cavité

DESAVANTAGES

- Risque de faux trajet
- Pneumothorax
- Hémoptysie

ABORD DIRECT:

- Sous anesthésie générale
- Mini thoracotomie

AVANTAGES

- Possibilité de drainer abcès plus difficile à rejoindre
- Pas de risque de faux trajet

DESAVANTAGES:

- Douleur
- Anesthésie générale
- Risque de contamination de la cavité pleurale

RESECTION PULMONAIRE

Indications aiguës:

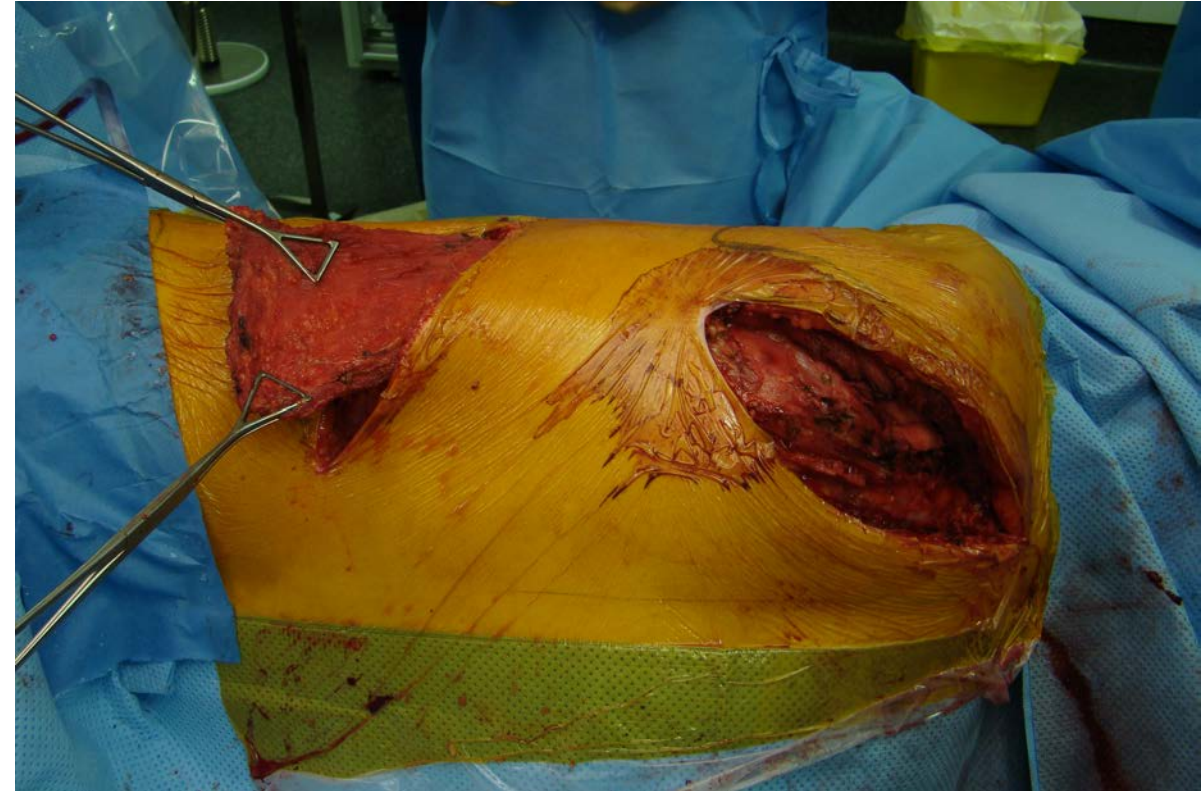
- Hémoptysies
- Sepsis
- Fistule broncho pleurale
- Empyème

Indications chroniques:

- Échec traitement médical après 6 semaines
- Suspicion de cancer
- Cancer abcédé
- Large cavité > 6 cm

RESECTION PULMONAIRE

- Taille de l'abcès : RESECTION ATYPIQUE ,
SEGMENTECTOMIE, LOBECTOMIE, PNEUMONECTOMIE
- Voies d'abord : privilégier la chirurgie mini-invasive
- Dernière option thérapeutique
- Lambeau musculaire pour combler la cavité résiduelle et
protéger le moignon bronchique
- Equipe chirurgicale expérimentée



RESECTION PULMONAIRE

POINTS CLES :

- Dernière option thérapeutique
- Voie d'abord miniinvasive difficilement réalisable
- Difficultés techniques majeures (adhérences , défaut de ré-expansion pulmonaire, saignements)
- Bon état général du patient
- Fonction respiratoire conservée
- Risques de complications post-opératoires augmentés



THORACOSTOMIE

Indications :

- Patient âgé ou comorbidités
- Fonction respiratoire limitée
- Abscès périphériques

AVANTAGES

- EFFICACE
- ALTERNATIVE A LA RESECTION PULMONAIRE

DESAVANTAGES:

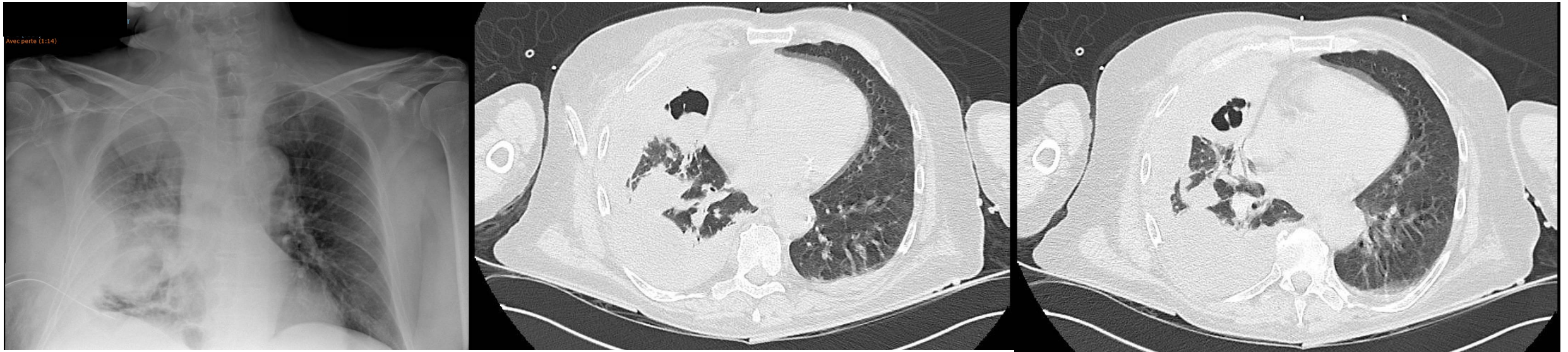
- SOINS CHRONIQUES
- QUALITE DE VIE



THORACOSTOMIE



CAS CLINIQUE 1



L.M homme 68 ans

Pas d'antécédent

Abcès pulmonaire du lobe moyen rompu dans la cavité pleurale avec pleurésie purulente

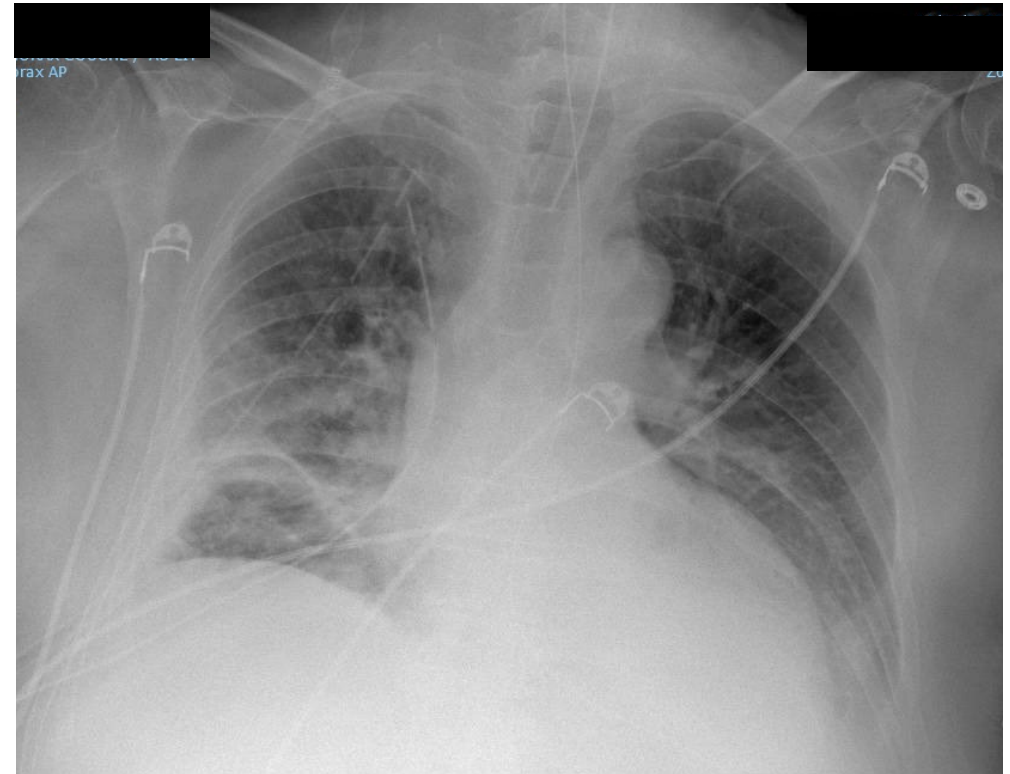
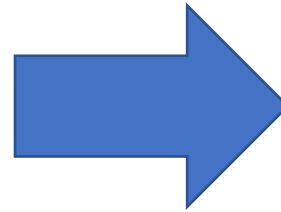
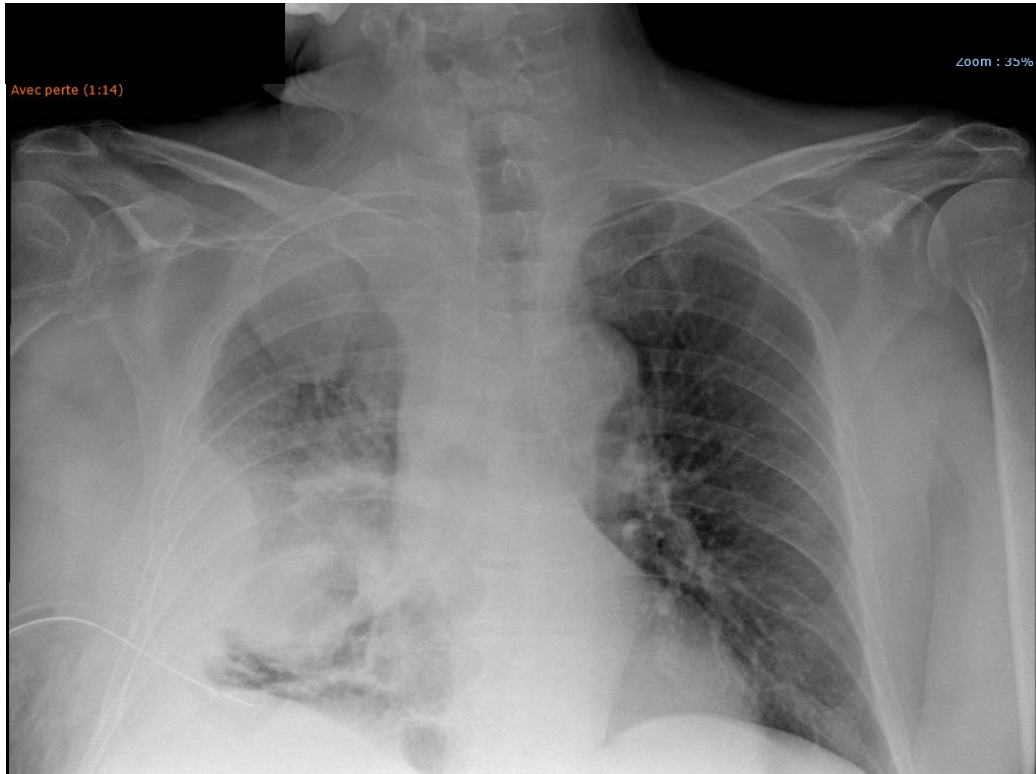


DRAINAGE CHIRURGICAL
+
TRAITEMENT
ANTIBIOTIQUE

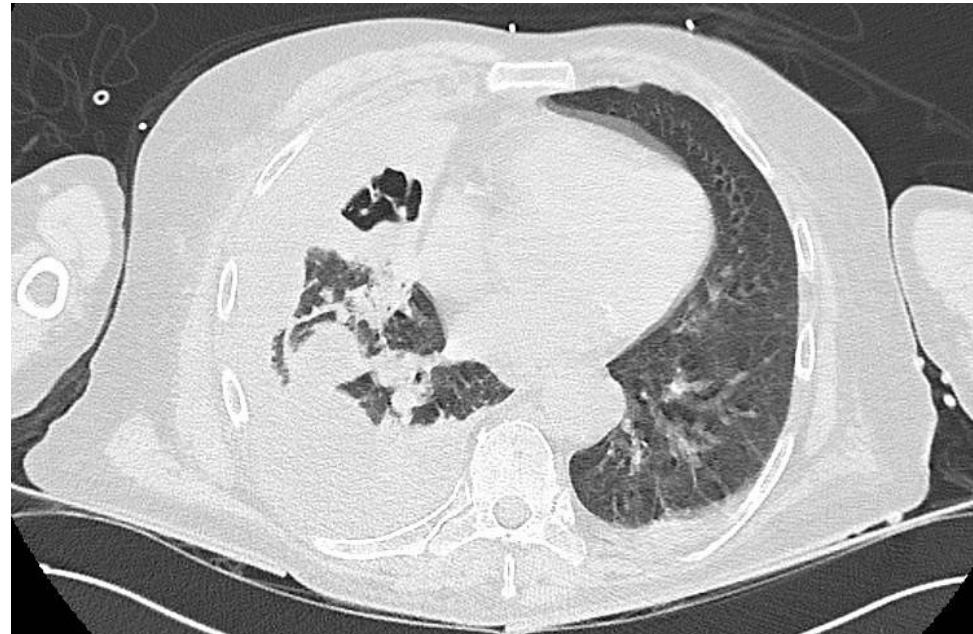


TRAITEMENT
CHIRURGICAL:
VATS + toilette pleurale
+ drainage de l'abcès

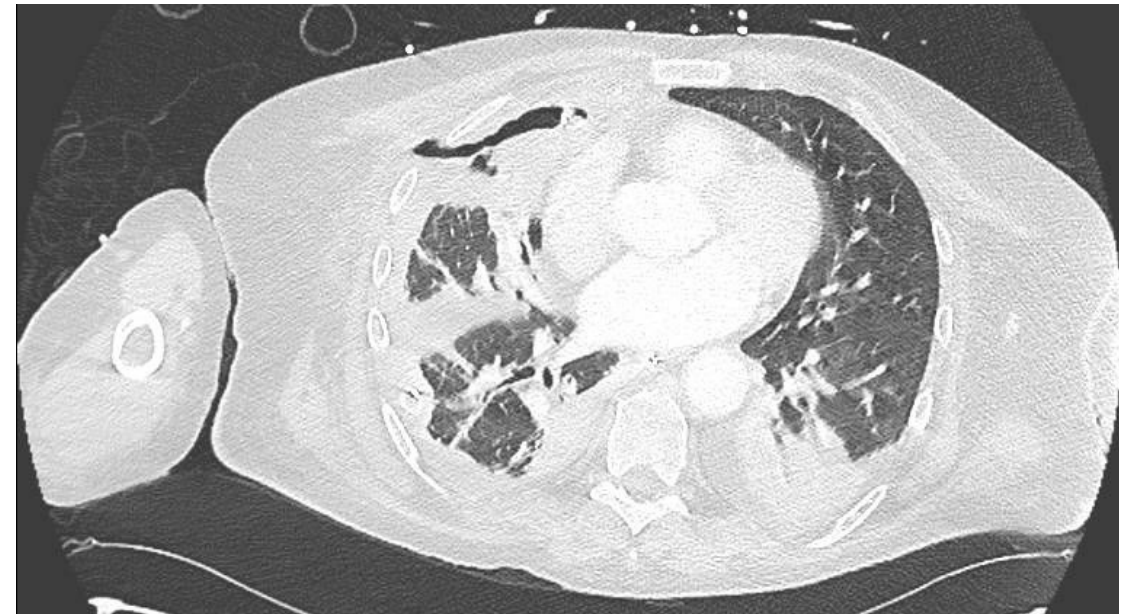
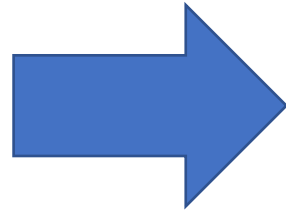
CAS CLINIQUE 1



CAS CLINIQUE 1



PRE-OP



POST-OP

CAS CLINIQUE 2

MMC femme 73 ans

Tabac 40 p/a

Pas d'antécédent notable

HDM:

Découverte d'un abcès pulmonaire de 10 cm dans le lobe supérieur gauche

CRP >350

Fibroscopie bronchique:

Biopsie bronchique du culmen :

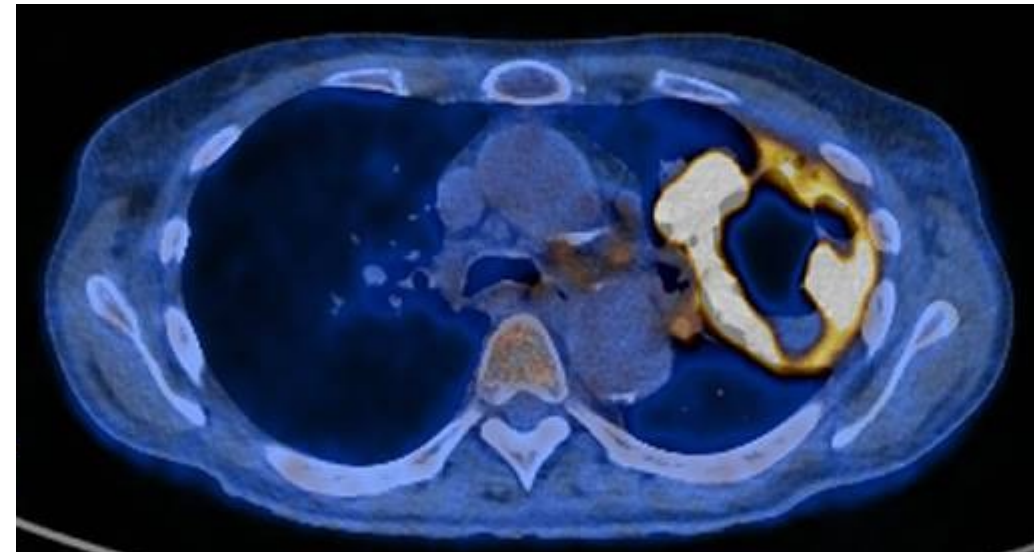
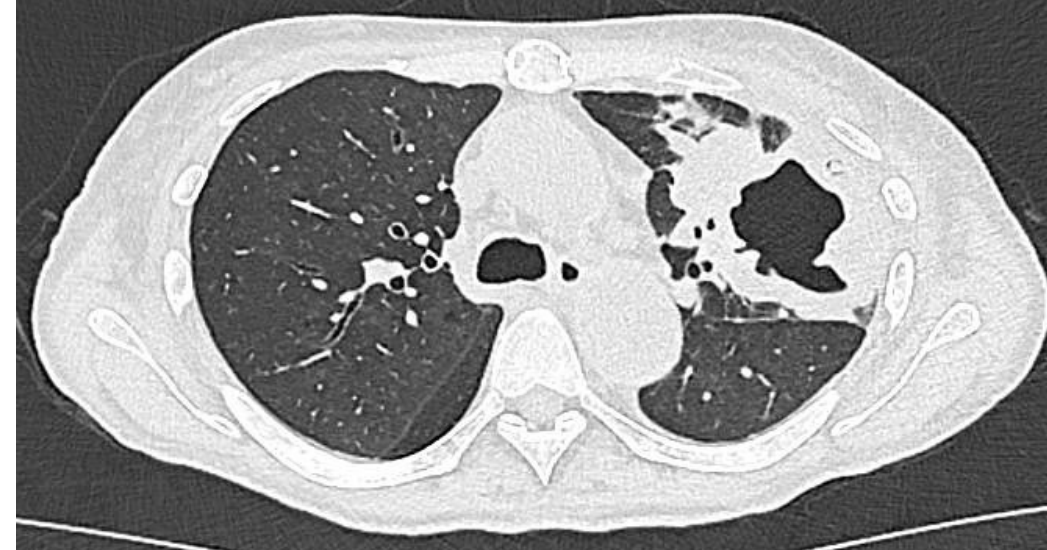
Carcinome épidermoïde infiltrant bien différencié focalement kératisant

IRM cérébrale: pas de lésion secondaire

TEP: fixation de la masse + fixation ganglion hilaire

EBUS: ponction ganglion N2 négatif

EFR: VEMS 82% DLCO 72%



DISCUSSION EN RCP: CHIRURGIE

CAS CLINIQUE 2

MMC femme 73 ans

Intubation sélective
Péridurale thoracique

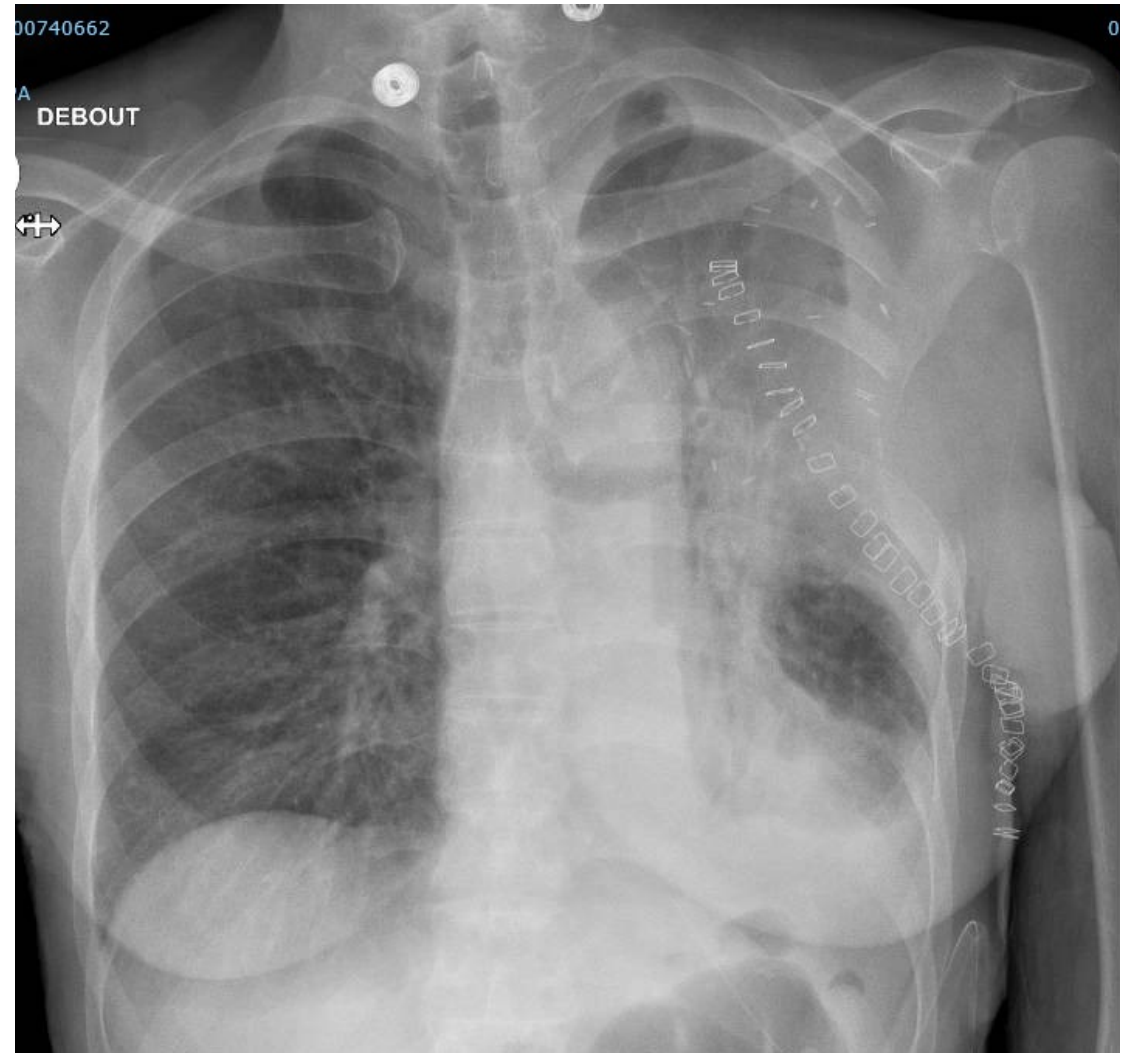
1/Thoracoscopie : pas de carcinose pleurale

2/Thoracotomie postérolatérale + lambeau musculaire du grand dorsal homolatéral

3/Lobectomie supérieure gauche + pariéctomie (arc latéral 4-3-2 cotes)

HOSPITALISATION:

- Fibroscopie
- Sortie à J21
- T4N1R0
- Pas de récurrence infectieuse



Synthèse

- **PREMIER CHOIX THERAPEUTIQUE: Traitement antibiotique**
- **DRAINAGE EN CAS D'ECHEC DU TRAITEMENT MEDICAL**
- **CHIRURGIE DERNIERE OPTION THERAPEUTIQUE ET POUR DES CAS SELECTIONNES**