

**MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE**

UNIVERSITE DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple – Un But – Une Foi

**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTO –
STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2005-2006

N° /_____/

Titre

**ABCES DU POU MON A PROPOS DE 60
CAS COLLIGES DANS LE SERVICE DE
PNEUMO-PHTISIOLOGIE DU CHU DU
POINT-G**

THESE : Présentée et soutenue publiquement le/...../2005
Devant la **Faculté de Médecine, de Pharmacie et**

d'Odontostomatologie

Par

M.: IBRAHIM FALL

Pour obtenir le Grade de **Docteur en Médecine**

(DIPLOME D'ETAT)

Jury

PRESIDENT : Professeur FONGORO SAHARE

MEMBRES : Dr SISSOKO BOUBACAR FASSARAN

Dr DAO SOUNKALO

DIRECTEUR DE THESE : DR DIALLO SOULEYMANE

Dédicaces

A ALLAH,

Créateur suprême

**Maître de l'univers et de la
rétribution,**

L'unique,

Le Sage,

L'Omniscient,

Le mérite de ce travail Vous revient pour m'avoir
laissé en vie jusqu'à ce jour.

Au Prophète MOHAMMAD

Paix et salut sur Lui.

Pour tout le bien que Tu as fait pour
l'humanité.

A feu mon père **BOUBACAR FALL**

Que Le bon Dieu vous accorde son paradis. Jamais on ne pourra vous oublier car tu nous a toujours appris la droiture, le travail, l'excellence, la franchise, la bonté. J'aurais aimé que tu sois parmi en ce moment pour partager cette joie, mais nul ne peut contre la volonté du Bon Dieu.

Dort en paix papa.

A ma mère **AISSATA TAMBOURA**

Mère courageuse et dévouée pour l'avenir et la réussite de ses enfants. Maman jamais je n'oublierai ces jours de stress vécus en période des examens et de joie au moment des résultats.

Je demande au Bon Dieu de nous assister dans tout ce que l'on fait. Merci maman pour tout et trouve ici l'expression de ma profonde sympathie.

Que Dieu te préserve longtemps.

A mon tonton **ALI TAMBOURA**

Vous avez remplacé le père que j'ai perdu en 1988.

Votre sens de l'humour est sans égal. Tu m'as élevé comme tes propres enfants pendant tout mon séjour au POINT G. Trouve à travers ce document le fruit de ta bonté. Merci pour l'aide apportée.

A ma tante **SALIMATA FOFANA**

Merci de m'avoir adopté avec la plus grande sympathie et tout le respect avec lequel vous nous avez traité. Je n'oublierais pas un seul instant ces périodes d'angoisse des résultats et de joie de la réussite après. Que Dieu vous protège et donne longue vie.

A mes tantes **FILY et FATOUMATA TAMBOURA**

A mes tontons :ISSA
,BAKARI,SEYDOU,BOURAMA,
Zoumana,

A mes frères et
sœurs :Modibo,Mouli,Mama,Fanta ,
Mah et Moussa ;
Et leurs enfants
Je vous adore tous.

A ma fiancée **MAMA DIAKITE**

Pour ta patience et ton soutien.
Que DIEU nous assiste dans les projets
futurs.

A mes ami(es) : MANO,
Lassana,Boubacar,Berthé,
Sinaly,SALIF,ABDOUL KARIM
BILE,
TIDIANI,DIABY,OUSMANE,BRIN,
AMINATA,BAH,
HOUDA et ses sœurs,Badra et sa fiancée AWA,
DIARRA,ADAMA.

Aux différentes familles :

TAMBOURA, FOFANA ET DIABATE DU
POINT G

FOFANA DE BOZOLA
DIALLO DE FALADJE
DIABATE DE KATI

**Aux personnels du service de pneumo-
phtisiologie et des différents cscom de la
commune II.**

A toutes mes cousines et cousins.

A tout mes malades.

A tout le village du point g.

A la colonie DJIBOUTIENNE et NIGERIENNE.

A la mémoire de GOULED

**A tous ceux qui ont participés de loin ou de
près à la réalisation de cette thèse.**

REMMERCIEMENTS

A ma patrie le Mali

Aux enseignants de la FMPOS ,

Pour la qualité de la formation reçue.

A **Dr TOLOBA** pour tes conseils ton sens du devoir et patriotisme.

A mon tonton DIALLO MALICK et sa femme.

A Mme GHANFOUD FATOUMATA.

A SYLLA MAHAMET.

A KOUYATE SADIO.

A ALLASSANE

A Mme SANOGO et Mme DIARRA

**A SEYDOU TAMBOURA , Moussa
DIALLO, KARIM**

Pour l'aide apportée

A Dr BAGAYOGO FATIM

Pour sa confiance.

A **TENIN** et ses enfants.

A **Dr TRAORE** et **Dr SIDIBE.**

A mes collègues du service de pneumo et du
CHU du point G particulièrement à **ADAMOU.**

Aux jeunes internes de la pneumo-phtisiologie.

A mes compagnons de

lutte :**ABASSE, BOUBA, MAH**

**DOUMBIA, LASSI, NOUHOUM, MAMADY, GUIM,
BAMOUSA, SACKO.**

HOMMAGES

AUX

MEMBRES

DU

JURY

**A notre Maître et président du jury :
Professeur FONGORO SAHARE**

- ▶ **Professeur agrégé de NEPHROLOGIE**
- ▶ **Chef de service de la NEPHROLOGIE**
- ▶ **Chargé de cours a la faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.**

Honorable maître, nous sommes très touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Nous vous exprimons notre vive gratitude pour ce grand honneur que vous nous faites. Vous étiez là pour nous prodiguer des conseils a chaque fois que le besoin s'est fait sentir.

Cher maître soyez sûre de notre profonde admiration et sympathie surtout pour votre disponibilité.

Puisse ALLAH vous donne longue vie pour que nous bénéficions d'avantage de vos qualité intellectuelles.

**A notre Maître et Directeur de thèse
Docteur DIALLO SOULEYMANE**

- ▶ Spécialiste en pneumo-phtisiologie
- ▶ Assistant chef de clinique
- ▶ Responsable de cours de pneumologie à la faculté de Médecine de pharmacie et d'odontostomatologie.
- ▶ Colonel des forces armées Maliennes
- ▶ Chef de service de la pneumo-phtisiologie du CHU du POINT G et du GENIE Militaire.
- ▶ Chercheur au programme de recherche NIAID\NIH\FMPOS sur le SIDA et la TUBERCULOSE.

Honorable maître, c'est un privilège et un grand honneur que vous nous avez fait, en nous confiant ce travail.

Nous ne saurions vous dire toutes les qualités humaines, professionnelles, et morales que nous admirons en vous.

Nous avons été marqué par votre sollicitude, votre constante disponibilité et les nombreuses gestes salutaires.

Cher maître les mots me manquent pour vous exprimer nos sincères remerciements.

Que le Bon Dieu vous accorde santé et longévité afin que nous puissions hériter de vos nombreuses vertus.

Vous êtes le garant de la santé et de la sécurité nationale.

A notre maître et juge **Mr SISSOKO Boubacar**

- ▶ Spécialiste en pneumo-phtisiologie
- ▶ Chargé de cours à la faculté
- ▶ Superviseur national du programme national de la lutte contre la tuberculose.

Cher maître, nous avons été touché par la manière de nous accueillir au service.

Votre qualité de formateur, de guide est sans commentaire. Ce travail est le votre.

Votre présence à nos côtés et les conseils au moment les plus difficiles nous a tous touchés.

Trouvez ici, l'expression de notre profond respect et de toute notre reconnaissance pour tout ce que nous avons appris à vos côtés. Que Dieu vous donne longue vie.

A notre maître et juge Docteur **DAO Sounkalo**

► Spécialiste en maladies infectieuses

Assistant chef de clinique,

► Chargé de cours à la FMPOS,

► Chercheur au programme de recherche NIAID\NIH\FMPOS sur le SIDA et la TUBERCULOSE.

Nous avons apprécié votre souci de travail bien fait, votre disponibilité, votre qualité d'écoute.

Vos critiques et vos suggestions ne contribueront qu'à améliorer ce travail.

Cher maître trouve ici, l'expression de notre profonde admiration, respect et reconnaissance pour tout ce qu'on appris à vos côtés. Puisse ALLAH vous assiste dans vos projets.

Sommaire

I- INTRODUCTION.....	3
II- OBJECTIFS	5
1-OBJECTIF GENERAL	
2-OBJECTIFS SPECIFIQUES	
III-GENERALITES.....	7
1- DEFINITION	
2- HISTORIQUE	
3- ANATOMIE PATHOLOGIE	
4- PATHOGENIE	
5- ETUDE CLINIQUE	
6- DIAGNOSTIC	
7- TRAITEMENT	
IV-METHODOLOGIE.....	37
1-CADRE DE L' ETUDE	
2-TYPE ET PERIODE D'ETUDE	
3-CRITERES D'INCLUSION	
4-CRITERES DE NON INCLUSION	
5-ECHANTILLONNAGE	
6-VARIABLES DE L' ETUDE	
7- COLLECTTE DES DONNEES ET ANALYSE STATISTIQUE	
V-RESULTATS.....	41
VI- DISCUSSION.....	60
VII CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	68
VIII-REFERENCES.....	71
IX-ANNEXES.....	77



I- INTRODUCTION

L'abcès du poumon est un foyer de suppuration localisé qui se collecte dans une cavité néoformée creusée dans le poumon par une inflammation aiguë non tuberculeuse.

~~L'abcès du poumon est une pathologie peu fréquente depuis la découverte des antibiotiques. La fréquence de l'abcès du poumon a considérablement diminué dans le monde depuis la découverte et l'emploi des antibiotiques.~~

C'est une pathologie dont le diagnostic étiologique notamment la mise en évidence du germe reste encore difficile. La prise en charge assez longue (six à huit semaines) demande la patience de la part du malade.

~~La fréquence de l'abcès du poumon a considérablement diminué dans le monde depuis la découverte et l'emploi des antibiotiques.~~

D'après une statistique de « Massachusetts general hospital » par lots de 10000 admissions il a été observé 10,8 cas d'abcès du poumon en 1944 contre 0,6 cas en 1951. En France le nombre de cas hospitalisés ne dépasse plus la dizaine par an dans les services de pneumologie [10].

La clinique médicale de l'hôtel Dieu de Paris (Pr. BARIETY) rapporte 40 cas de 1963 à 1967 [10].

Au Togo dans le service de pneumo-phtisiologie du CHU Tokoin il y a eu 144 cas de 1981 à 1993 soit une fréquence de 1,28% [29].

En Tunisie dans le service de pneumo-phtisiologie (CHU-HERCHAKER, SFAX) la fréquence de l'abcès du poumon est de 1% [2].

Au Mali, nous n'avons eu connaissance d'aucune étude portant sur le profil epidemio-clinique et thérapeutique des abcès du poumon, ce qui explique la pertinence de ce travail.



II-OBJECTIFS

1-OBJECTIF GENERAL :

Etudier les aspects cliniques, radiologiques et thérapeutiques des labcès du poumon dans le service de pneumo-phtisiologie du centre hospitalier universitaire de POINT G.

2-OBJECTIFS SPECIFIQUES :

- Déterminer la fréquence des abcès du poumon.
- Déterminer les caractéristiques cliniques des abcès du poumon.
- Analyser les aspects radiologiques des abcès du poumon.
- Elaborer les stratégies thérapeutiques des abcès du poumon.



III-GENERALITES

1-DEFINITION :

L'abcès du poumon est un foyer de suppuration localisé qui se collecte dans une cavité néoformée creusée dans le poumon par une inflammation aiguë non tuberculeuse, cette définition permet d'éliminer de leur cadre les suppurations développées dans une cavité kystique préexistante et les processus de nécrose diffuse auxquelles se rattachent la gangrène pulmonaire et la pneumonie disséquante nécrotique [26].

2-HISTORIQUE :

Dès la fin du XVII siècle, on trouve dans la littérature médicale des observations d'abcès du poumon dont certains sont déjà traités par la pneumectomie, mais ce sont là les faits isolés de l'opinion qui règne pendant tout le siècle dernier est celle établie par l'autorité de DIEULAFOY en affirmant qu'il n'y a pas de lésions organiques plus rares qu'une véritable collection de pus dans le tissu pulmonaire et que sur plusieurs centaines d'ouvertures de péripneumonies, il ne s'est trouvé que cinq ou six fois en présence de cette lésion. Ces notions sont partagées par GRISOLLE et TRIPIER et l'on ne saurait dès lors s'étonner de la place restreinte qu'occupe la maladie dans les traités de médecine de l'époque, lorsqu'elle n'est pas entièrement passée sous silence [26].

A partir de 1920 les publications deviennent plus nombreuses et en 1927 et 1928 paraissent les premiers travaux d'ensemble: la thèse de KOURILSKY qu'inspire SERGENT et la monographie de M L KINDBERG et R MONOD.

Les années suivantes voient se multiplier les recherches, médecins et chirurgiens s'efforcent de préciser les caractères anatomo-cliniques de la maladie et d'en codifier la thérapeutique.

En 1932 au congrès Français de médecine et au congrès de chirurgie de MADRID, SERGENT et KOURILSKY, exposent dans leurs rapports le fruit d'une contribution Lyonnaise à cette étude [26].

Plus récemment enfin sont précisées les indications et la technique chirurgicale dans le cas d'abcès putride; grâce aux travaux de NEUHOFF et TOUROFF aux U S A [21].

3- ANATOMIE PATHOLOGIE:[26]

Les auteurs opposaient les petits abcès miliaires multiples aux grands abcès uniques d'origine pneumonique.

Les travaux plus récents, basés sur l'étude des pièces de lobectomie, les constatations opératoires au cours de la pneumonie et celles des vérifications post mortem, ont apporté des précisions plus grandes et montré l'existence de suppurations collectées, bien limitées peu extensives, à coté d'autres qui sont au contraire caractérisées par leur tendance à la diffusion, l'apparition précoce des lésions de scléroses proliférantes et de modification bronchique. Selon MONOD et M LKINDBERG on a: les abcès simples collectés, les abcès diffus et les abcès multiples.

3-1-DESCRIPTION MACROSCOPIQUE:**- SIEGE ET VOLUME DES ABCES:**

Prédilection particulière pour le lobe inférieur droit.

Le volume est variable.

Le lobe atteint est augmenté de volume et de consistance plus ferme que normalement.

La coupe met en évidence au sein d'une zone hépatisée une excavation à contenu purulent dont l'aspect est différent suivant qu'il s'agit d'abcès collectés ou d'abcès aréolaires diffus.

3-1-1-ABCES SIMPLE COLLECTE:

Ils sont constitués par une excavation bien limitée, de forme assez régulièrement arrondie dont les parois, plus ou moins anfractueuses sont formées par le tissu pulmonaire et dont la cavité est partiellement remplie par un pus bien lié en général non fétide.

Le cathétérisme au moyen d'un stylet permet de découvrir, généralement à la collection de l'orifice de communication bronchique. Le parenchyme au tour de l'abcès est hépatisé, plus rarement atélectasie.

3-1-2- ABCES DIFFUS :

Ils sont formés par une cavité anfractueuse mal limitée, prolongée par de nombreuses logettes diverticulaires. Les parois, déchiquetées, infiltrées de noyaux broncho pneumoniques essaimés, ont un aspect nécrotique.

L'ensemble réalise moins une collection purulente qu'une zone déliquescence, de parenchyme pulmonaire. Le centre de cette cavité est occupé par du pus mal lié, grumeleux, d'odeur fétide; contenant des débris nécrosés en voie d'élimination et souvent une importante escarre constituée par du tissu pulmonaire nécrosé, véritable corps étranger trop volumineux pour s'évacuer par la bronche de drainage qui va jouer dans l'évolution de la maladie un rôle essentiel. A l'opposé de la précédente, cette notion est réalisée par les suppurations putrides, intermédiaires entre l'abcès et la gangrène sub aiguë du poumon, auxquelles BENZANCON donne le nom d'abcès gangreneux.

3-1-3-ABCES MULTIPLES:

A la coupe du poumon, plus dense et turgescent, que normalement, apparaissent de nombreux foyers de suppuration lobaire de petite taille, également distribués dans les deux champs pulmonaires. Dans d'autres cas on trouve deux ou trois collections indépendantes, de taille variable qui occupent le même poumon où se distribuent dans les deux. Ils s'agit généralement dans ce cas d'abcès initialement unique qui essaient à distance par le mécanisme de l'embolie bronchique [21].

3-2-HISTOLOGIE:**3-2-1-ABCES AIGUS:**

De dehors en dedans:

- Masse amorphe constituée par une nappe de polynucléaires altérées parmi lesquels les colorations spéciales mettent en évidence de nombreux microbes;
- Une zone interne de sphacèle déliquescent d'aspects nécrotiques où l'on ne retrouve plus que les restes des parois alvéolaires;
- Une zone d'alvéolite suppurée où l'on trouve la structure des alvéoles infiltrées de polynucléaires ;
- Une zone d'alvéolites fibrino-leucocytaires.

Le point de départ vasculaire ou bronchique de la suppuration est le plus souvent difficile à préciser. Dans le cas de petits abcès broncho pneumoniques on peut par fois mettre en évidence la topographie peribronchique et retrouver au sein de la zone suppurée, l'armature disloquée de la bronchiole centrale.

La bronche de drainage est toujours profondément remaniée: son épithélium tend a prendre le type malpighien et les différentes couches sont dissociées par des infiltrats de polynucléaires. Les vaisseaux sont également atteints par l'inflammation: artères et veines sont oblitérés par un processus d'endo-vascularité végétante (RATHERY et WAITZ).

3-2-2-ABCES CHRONIQUE:

Ils sont histologiquement caractérisés par l'apparition d'un tissu de sclérose.

La paroi interne est alors limitée par une bordure nette de cellules rondes mononuclées serrées les unes contre les autres et séparées par un feutrage de fibrilles collagènes.

En dessous de cette couche existe une zone où l'on trouve, au sein de trousseaux de fibres conjonctives mêlés de fibroblastes, des vaisseaux néoformés.

Rarement ce processus de sclérose reste limité, en bordure de l'abcès le plus souvent il s'étend rapidement envahit et bouleverse le parenchyme pulmonaire: des bandes de tissu fibreux irradiant à partir du foyer de suppuration, formant de véritable bloc compact de pneumonie blanche ou la structure alvéolaire à complètement disparue mais ou, par place on trouve des néoformations histologiques traduisant une sorte de processus de dépense de l'épithélium respiratoire à la destruction

3-3-EVOLUTION ANATOMIQUE:**3-3-1-STADE DE CONSTITUTION DE L'ABCES:**

Le stade initial de formation de l'abcès est représenté par l'apparition d'une zone d'inflammation aigue d'engouement ou d'hépatisation mal connue mais caractérisée par la rapidité de la transformation purulente qui semble commencer dès les premiers jours.

3-3-2-STADE D'EVACUATION BRONCHIQUE:

Elle est également précoce et en règle générale, suit de peu la formation du pus. Dans les observations d'abcès aigus rapidement mortels l'existence d'une communication bronchique est par fois constatée anatomiquement alors que la vomique ne s'est pas encore produite.

Les voies d'évacuations ne sont pas représentées par une seule bronche, mais par plusieurs bronchioles qui débouchent dans la cavité de l'abcès.

3-3-3-STADE DE GUERISON ANATOMIQUE :

Une fois le drainage bronchique effectué. Celui-ci peut être suffisant pour permettre l'évacuation de la collection et la guérison de la maladie. Les données anatomiques concernant cette éventualité sont rares, mais semble établir la remarquable reconstitution du parenchyme pulmonaire.

Dans certains cas de guérisons cliniques la persistance d'une petite cavité résiduelle, à paroi lisse, d'aspect de tissu kystique, ou toute trace de suppuration a disparu est par fois notée.

3-3-4-L' EVOLUTION VERS LA CHRONICITE:

C'est la persistance et l'extension progressive du processus ulcéro-nécrotique, l'apparition souvent très précoce d'une sclérose extensive génératrice de dilatations bronchiques, les complications du côté de la plèvre.

La persistance à l'intérieur de la cavité d'une escarre pulmonaire importante est le plus souvent à l'origine de ces évolutions chroniques.

Au tour du foyer initial apparaissent des diverticules purulents qui le prolongent et qui donnent aux poumons l'aspect d'une éponge purulente.

Très rapidement se constitue une réaction fibreuse péri lésionnelle sous forme d'une coque fibreuse et de traînées blanchâtres irradiant à distance.

Il s'agit d'un processus mutilant, irréversible et progressif. L'ensemble formé par le foyer suppuré et la sclérose qui l'entoure constitue ce coquelet sous le nom de PYOSCLEROSE

3-3-5-LES REACTIONS BRONCHIQUES:

A la phase aigue de la suppuration la bronche de drainage est le siège de lésions congestives. Sa paroi interne est hyperhémiee, oedematiée comme le montre l'examen bronchoscopique. Mais ces lésions contemporaines de la période aigue suivent l'évolution de l'abcès et guérissent avec lui.

Dans certains cas, l'atteinte des bronches est particulièrement précoce et sévère, elle évolue parallèlement avec les lésions pulmonaires, réalisant de véritables lésions broncho pneumoniques suppurées.

3-3-6- LES REACTIONS PLEURALES:

Il existe dans la plupart des cas, un retentissement pleural, mais de degré variable. Des simples adhérences sont fréquentes, il est fréquent de trouver une épaisse gangue de pachypleurite.

Les épanchements pleuraux se présentent tantôt sous l'aspect de pleurésies sero-fibrineuses réactionnelles tantôt et le plus souvent sous celui de pleurésies purulentes ou putrides par propagation, dues à l'extension progressive de l'inflammation

qui, de proche en proche gagne la corticaole pulmonaire et la plèvre.

Elles sont libres dans la cavité pleurale ou restent localisées à l'inter lobe dans les abcès juxtasciriaux, ou encore sont cloisonnées par des adhérences. Dans le cas de rupture de la collection purulente dans la plèvre, il s'agit de pneumothorax généralisés ou enkystés.

4- PATHOGENIE:

L'étude pathogénique des abcès du poumon pose le double problème de l'origine du germe agresseur et des voies d'abord qu'ils utilisent pour atteindre le poumon.

4-1- ORIGINE DES GERMES:

L'étude de départ des germes pathogènes en cause peut être local et se trouver au niveau même de l'appareil respiratoire ou au contraire en dehors de lui.

Dans le premier cas les germes proviennent essentiellement de la cavité rhino pharyngée, seules en effet les voies aerodigestives supérieures contiennent à l'état normal de nombreux saprophytes: streptocoques et pneumocoques dans la cavité nasale, spirochètes et anaérobies dans la bouche.

Les voies respiratoires inférieures sont le milieu septique que représentent les premiers segments de l'arbre aérien peut être toutes fois prolongé au sein du parenchyme pulmonaire par des modifications pathologiques des bronches telles que les bronchites chroniques, dilatations des bronches, Kystes

broncho aériens dont la présence favorise le développement du processus infectieux.

Dans d'autres cas l'origine des germes infectants est manifestement extra pulmonaire: tels sont les abcès survenus au cours des septicémies de phlébites, d'endocardites et au cours du V I H sida, des interventions chirurgicaux : extraction dentaire.

4-2- VOIES D'ABORD:

Si l'on met à part le cas particulier du traumatisme thoracique et l'inoculation directe du parenchyme pulmonaire par une plaie pénétrante trois voies s'offrent aux agents microbiens pour atteindre le poumon :

- la voie lymphatique,
- la voie bronchique,
- la voie sanguine.

4-2-1-LA VOIE LYMPHATIQUE:

Est souvent celle des abcès propagés dont l'origine peut être trouvée dans une infection de voisinage: affections médiastinales, cancers ou diverticules de l'oesophage; ~~ou~~; ou après une intervention sur l'étage supérieur de l'abdomen ~~l'abdomen~~, l'infection gagnant alors par les voies de la lymphe successivement le péritoine, la plèvre, et le poumon.

4-2-2- VOIES BRONCHIQUES ET SANGUINES:

Elles sont plus fréquemment empruntées.

Dans le cas des suppurations survenant au cours des septicopyhemies, des affections cardiaques et vasculaires, l'origine

sanguine ne fait pas de doute lorsqu'il s'agit d'abcès primitifs, le problème est le même que celui des infections pulmonaires à pneumocoque donc d'origine hématogène.

5- ETUDE CLINIQUE:

5-1- SYMPTOMES:

La symptomatologie se calque sur l'évolution anatomique: l'abcès se constitue, revêtant le masque d'une pneumopathie aigüe ou sub aigüe, puis s'évacue par les bronches sous la forme d'une vomique plus ou moins abondante, cependant qu'apparaissent les signes cliniques et surtout radiologiques qui traduisent la perte de substance parenchymateuse.

5-1-1-PHASE DE CONSTITUTION DE L'ABCES:

Une élévation thermique soudaine ; Un point de côté thoracique ; Une toux sèche, marquent le début de l'affection qui se manifeste ainsi sous l'aspect habituel d'une maladie pulmonaire aigüe banale.

Les signes cliniques et auscultatoires sont plutôt ceux d'une congestion pulmonaire:

Zone de matité ou de sub matité,

Râles fins, souffle localisé le plus souvent à la base.

A la radiographie:

Ombre de densité moyenne d'étendue variable dont le contour mal délimité, est généralement bien différent de l'image triangulaire pneumonique.

Dans d'autres cas :

Le début est plus insidieux et plus trompeur; il se fait par un état fébrile d'allure pseudo grippal accompagné de toux.

L'auscultation ne révèle que des signes bronchiques discrets ou demeure même négative.

5-1-2-PHASE D'OUVERTURE BRONCHIQUE : VOMIQUE

La fissuration dans les bronches de la collection purulente se produit.

Rien n'annonce en général l'extériorisation du pus :

-Une hémoptysie prémonitoire,

-Une haleine fétide.

C'est bien souvent d'une façon, opinée qu'apparaît la vomique dont l'aspect est différent suivant l'importance de la communication bronchique et la quantité de pus rejetée au moment de sa constitution.

-Massive et presque dramatique dans certains cas d'ailleurs exceptionnels, elle revêt plus fréquemment l'aspect d'une vomique plus ou moins fractionnée. Le début peut être net:

-Le malade éprouve une sensation de déchirement thoracique et, dans une secousse de toux, rejette une certaine quantité de pus lorsque l'évacuation va se répéter plusieurs fois par décharges successives, à l'occasion d'un changement de position. Souvent l'évacuation de la collection se fait beaucoup plus insidieusement: l'expectoration purulente apparaît alors progressivement sans qu'il soit facile de préciser le début exact de la fissuration bronchique. Ce qui frappe surtout c'est le

changement de caractère de cette expectoration qui jusque là discrète et banale, devient abondante, purulente, par fois striée de sang. Souvent aussi c'est son odeur particulière qui attire l'attention. Ce caractère permet de classer aussitôt l'abcès dans le groupe des suppurations fétides et non fétides.

L'examen bactériologique et cytologique met en évidence des polynucléaires et des cellules alvéolaires altérées, des fibres élastiques, témoin de la désintégration du parenchyme pulmonaire que colore l'orceine, des germes nombreux et variés parmi lesquels les techniques de recherches spéciales descendent: anaérobies, spirilles, pyogènes.

5-1-3- PHASE D'EVACUATION BRONCHIQUE:

Quelque soit le mode d'évacuation bronchique une fois commencée va se prolonger, tantôt d'une façon continue le malade rejetant en 24 heures, 200 à 400 CC de pus par décharges espacées; le matin au réveil et dans la journée, à l'occasion des quintes de toux, de changements de position ; tantôt d'une façon intermittente et irrégulière sous la forme de vomiques répétées qui surviennent après des journées où l'expectoration paraissait se tarir.

La courbe de la température est assez variable suivant l'évolution ultérieure de la suppuration:

- Souvent abaissée au moment de l'apparition du drainage bronchique, elle dépend, en grande partie de lui,
- Dans les cas favorables elle s'abaisse graduellement et régulièrement en lysis,

-Dans les autres, elle est irrégulière tend à prendre par fois le type oscillant et présente des poussées correspondant aux périodes de rétention bronchique qui alterne avec des accalmies consécutives à des nouvelles vomiques. Le faciès du malade, l'amaigrissement l'anorexie, la leucocytose et la polynucléose sanguine traduit l'état infectieux.

Localement, l'apparition d'un syndrome cavitairé peut traduire à l'auscultation de la collection purulente ; souffle creux, gros râles humides de la substance intra -parenchymateuse.

Lorsque le drainage bronchique s'est établi, on voit, en effet, apparaître l'image hydro aérique caractéristique. En un point variable du champ pulmonaire, au sein d'une zone opaque de parenchyme condensé par fois discrète ou au contraire étendue existe une image de caverne à contour assez régulier arrondie ou ovalaire, plus ou moins volumineuse, dont la partie supérieure apparaît claire, par rapport à la grisaille qui l'entoure et dont la partie inférieure est remplie par du liquide, l'opacité à niveau supérieur, horizontal, se détache avec la plus grande netteté.

Plus rarement il existe deux images hydro aériques contiguës avec deux niveaux liquides qui ne répond pas forcément à deux abcès mais à une seule collection bilobée.

Mais, toujours en raison des conditions anatomiques, l'aspect radiologique n'est pas dans tous les cas aussi caractéristique: la perte de substance peut se traduire seulement par une cavité arrondie et claire, sans niveau, ou par une image d'interprétation plus difficile encore de niveau liquide limité sous une ligne opaque horizontale sans tache

claire, au sein d'une zone obscure. L'image d'un épanchement pleural vient par fois jeter son voile sur l'exécution sous jacent. Dans certains cas même l'examen radiologique ne montre qu'une zone sombre de condensation plus ou moins homogène de forme variable, par fois arrondie mais dans laquelle il est impossible de distinguer nettement une perte de substance.

C'est la radiographie qui fournit en générale, les images plus nettes ; On ne saurait cependant méconnaître l'utilité de l'examen radiologique qui, en variant les positions sous l'écran, permet par fois de déceler un abcès difficile à voir.

L'image radiologique n'est d'ailleurs pas immuable; Elle présente, au contraire, d'un examen à l'autre et d'une façon rapide, des variations importantes. Il n'est, en particulier, pas exceptionnel de voir disparaître sous des ombres additionnelles une image hydro aérique nettement trouvée après une vomique et qui pourra ultérieurement d'ailleurs réapparaître. L'extension des lésions péries focales et des modifications au drainage de la cavité expliquent ces remaniements.

La tomographie complète utilement ces données, non seulement en permettant une localisation précise de l'abcès, mais encore en décelant, dans quelques cas, une cavité pulmonaire là ou les films standards ne montrent qu'une opacité diffuse par fois arrondie d'abcès plein.

La bronchoscopie, pratiquée surtout dans un but thérapeutique, permet, dans quelques cas, après aspiration et nettoyage de la muqueuse bronchique de répéterrepérer l'ouverture de la collection normale cachée par des débris sphacétiques. Elle montre surtout l'aspect turgescents et

tuméfié de la bronche de drainage dont la muqueuse est recouverte de pus et de fausses membranes. Les auteurs américains ont également insistés sur la valeur localisatrice de cet examen (KRAMER) qui permet aussi l'introduction bronchique de l'huile iodée.

Exception faite pour quelques petits abcès péri bronchiques et certains abcès bronchectasiques, le lipiodol, comme Sergent et Cottenot l'ont établi ne pénètre pas dans la cavité purulente dont la communication bronchique est étroite et obstruée par les sécrétions; en règle générale, il la contourne et remplit le territoire bronchique voisin.

La ponction exploratrice est rejetée par la plus part des auteurs en raison des risques d'infection de la cavité pleurale et des plans superficiels qu'elle comporte et que ne compensent pas les avantages que l'on peut en tirer. L'injection de lipiodol dans cavité par la voie trans-pariétale, proposée dans certains cas de grands abcès superficiels, d'abord faciles, pour en préciser la forme et l'étendue (Loeper, Lemaire et Soutie Pruvost et Quénu), est, en pratique, peu utilisée.

5-2-EVOLUTION:

— L'évolution de la maladie, une fois constitué le drainage bronchique de la collection purulente, est variable. Un état d'infection grave et l'extension locale rapide des lésions, peuvent emmener précocement le malade. Mais cette éventualité est rare, et l'évolution se fait le plus souvent vers la

guérison spontanée, ou après de remissions, vers un état de suppuration chronique fertile en complication.

Lorsque la guérison doit s'observer, on assiste à une disparition progressive des signes locaux et généraux : l'expectoration purulente diminue régulièrement, la température s'abaisse graduellement et l'état général s'améliore. Parallèlement, les signes pulmonaires, fournis par l'auscultation et surtout par l'examen radiologique, disparaissent : l'image hydroaérique, au début très nette, diminue de volume et de netteté, ses contours s'estompent, la zone de condensation qui l'entoure, s'éclaircit, et l'on assiste, plus ou moins rapidement, à un nettoyage complet. C'est souvent d'une façon précoce que cette évolution favorable se dessine, et d'une façon rapide qu'elle s'affirme, amenant la guérison en un ou deux mois. Radiographiés plusieurs années après la guérison de leur abcès, les malades ne gardent souvent aucune image anormale. Seuls subsistent, dans certains cas, une mince tracée fibreuse ou de petites taches qui marquent la place de l'ancien foyer, une modification discrète du contour du diaphragme et du sinus costodiaphragmatique dans les abcès de la base.

Par fois, la guérison complète est plus lente, retardée par l'apparition d'une ré ascension thermique passagère qui cède à la reprise de la vomique.

La rémission des signes généraux et la diminution de l'expectoration qui laisse entrevoir une évolution favorable peuvent ne traduire qu'une amélioration transitoire. La courbe de température bientôt remonte et demeure irrégulière; l'expectoration variable d'un jour à l'autre ne se tarit pas et peut prendre un caractère de fétidité qui manquait au début.

La radioscopie montre que l'image hydroaérique persiste, marqué, parfois momentanément par des ombres additionnelles pour reparaître sur d'autres clichés. Ceux qui remanient incessamment les images radiologiques et s'étendent progressivement sont de propre abcès chroniques évoluant vers la pyosclerose. Deux, trois mois passent ainsi, en alternatives d'accalmie et de rechute: la suppuration est devenue chronique, c'est surtout à ce stade qu'apparaissent des complications qui sont d'ordre local et général.

5-2-1- COMPLICATONS LOCALES:[26]

-COMPLICATIONS PLEURALES:

L'atteinte de la plèvre est liée

-soit à l'extension progressive du processus de suppuration pulmonaire et à la propagation sans perforation de l'inflammation à la plèvre.

-soit à la rupture de l'abcès dans la cavité pleurale. Elle peut apparaître tardivement ou au contraire d'une façon précoce dans certains abcès de siège sous cortical qu'elle marque parfois le tableau clinique des pleurésies par propagation est relativement torpide. L'épanchement que décèlent ses signes

habituels se constitue de façon insidieuse et la ponction exploratrice en révèle la nature suivant les cas: séreuse, louche, ou purulente.

Il s'agit en effet, tantôt de pleurésies réactionnelles, sérofibrineuses et amicrobiennes dont l'évolution généralement favorable est parallèle à celles des abcès;

Tantôt de pleurésies purulentes microbiennes, secondaires à un épanchement séreux, progressivement transformé, ou d'emblée suppuré qui aggravent le pronostic.

Le pyopneumothorax, par rupture de la collection, donne lieu à une symptomatologie beaucoup plus dramatique. Le début est brusque par un point de coté violent et la dyspnée, la température s'élève tandis que se constitue un épanchement dans la grande cavité dont l'évolution est rapidement très grave.

Le cloisonnement dans la cavité pleurale des adhérences au cours d'abcès sub aigus peut déterminer la formation d'un pyopneumothorax localisé dont la constitution est plus torpide et que décèle seul, parfois, l'examen radiologique.

Le pneumothorax simple, sans épanchement, due probablement à la rupture d'une alvéole périphérique, a été exceptionnellement signalé.

- COMPLICATIONS BRONCHIQUES:[26]

Les bronchectasies compliquées d'abcès secondaires qui subsistent après guérison de l'abcès:

Les dilatations bronchiques séquellaires définitives se traduisent par le syndrome fonctionnel classique de bronchorrhée chronique et l'exploration lipiodolée vérifie leur

existence en précisant leurs formes plus ou moins régulièrement cylindriques.

————— - **HEMOPTYSIE:**

Complications rares des abcès. Seul les suppurations à pneumo bacilles de Friedland s'accompagnent d'une expectoration purulente et hémorragique.

5-2-2-COMPLICATIONS GENERALES:

- Infection généralisée
- Abcès cérébraux métastasiques

5-2-3- SEQUELLES:

Lorsque s'est éteint le processus de suppuration, à coté des cas où la guérison est complète et intégrale, on peut voir subsister les altérations anatomiques assez importantes pour entraîner des troubles et nécessiter des opérations réparatrices.

—Ces séquelles, qui sont l'apanage des abcès à évolution prolongée sont représentées par des:

- Scléroses pulmonaires avec ou sans dilatations bronchiques,
- Des cavités résiduelles intra pulmonaires,
- Des fistules bronchiques.

La sclérose dans certains cas légère de pronostic bénin, peut être, au contraire plus accentuée, elle détermine alors des troubles fonctionnels:

Dyspnée,

Toux,

Expectoration,

Radiologiquement il existe des signes de sclérose dense rétractile, réalisant par fois l'aspect d'un fibro thorax; au sein de laquelle la bronchographie décèle des dilatations bronchiques.

Le malade reste ainsi porteur d'une infirmité.

Une cavité résiduelle, de taille variable, persiste dans des cas d'ailleurs rares. Il est probable que ces cavités à parois lisses d'aspect kystique sont, le plus souvent, antérieures à la suppuration qui est venue se greffer sur elle.

— Mais il y a lieu de tenir compte de l'épithélialisation secondaire de certaines cavités d'abcès chroniques [20].

Quant à la persistance d'une fistule bronchique post opératoire, broncho pleurale, ou broncho cutanée, elle est le plus souvent liée à une cause précise, pyosclérose, ectasie bronchique cavité résiduelle que la radiographie, la tomographie et l'exploration du lipiodol permettent de dépister

5-3- FORMES CLINIQUES:

— Suivant le caractère fétide ou non fétide de l'expectoration et la nature des germes en cause, suivant le siège de la suppuration et les circonstances étiologiques de son apparition, suivant, enfin les modalités diverses de leur évolution, les abcès du poumon se présentent sous des aspects cliniques particuliers.

5-3-1- FORMES SYMPTOMATIQUES :

5-3-1-1-ABCES NON FETIDES A PYOGENES:

Le début généralement brusque et revêt l'aspect d'une pneumopathie aigue fébrile; qui lève le masque cinq à dix jours après le début par l'apparition de la vomique. Celle-ci, abondante et franche, est par la suite facile à retrouver par

l'interrogatoire du malade. L'expectoration purulente ne présente aucune fétidité à ce moment. L'évolution est souvent d'assez courte durée.

Rapidement; après la vomique, la température s'abaisse d'une façon régulière, l'image hydroaériquehydro-aérique généralement bien nette s'estompe, et l'abcès guérit sans laisser de trace. L'expectoration demeure inodore pendant toute l'évolution de ces abcès aigus et rapidement curables.

Dans les cas moins fréquents, ou l'évolution se fait vers la chronicité et ou les vomiques successives se manifestent, la fétidité de l'haleine peut secondairement apparaître. Les germes responsables de ces suppurations sont des pyogènes banaux pneumocoques streptocoques, en particulier. Dans ce groupe d'abcès non fétides, deux formes méritent une place à part: les abcès à pneumo bacilles et les abcès amibiens.

5-3-1-2-ABCES A PNEUMOBACILLES DE FRIEDLANDHER:

Le pneumo- bacille provoque généralement des lésions de nécroses diffusantes. Des suppurations collectées et curables ont été cependant signalées (J FROMENT)

L'expectoration présente un aspect spécial: elle est visqueuse, collante, de couleur grisâtre ou même franchement hémorragique et l'examen bactériologique direct montre facilement de très nombreux bacilles à l'état pur.

5-3-1-3-ABCES AMIBIENS:

Survenant par fois à la suite de manifestations hépatiques ou intestinales évidentes, les suppurations amibiennes peuvent

être également primitives. On a insisté sur l'aspect particulier de l'expectoration qui est souvent mêlée de sang, d'aspect brun chocolat ou panaché, ressemblant alors à des fraises écrasées dans la crème. Le début est stérile mais vite infectée secondairement par des germes banaux. L'existence d'un épanchement pleural réactionnel à liquide clair plus rarement louche, contenant des polynucléaires et par fois des éosinophiles est fréquemment signalée. L'évolution en l'absence de traitement emetinien est celle de beaucoup d'abcès pulmonaires.

La suppuration tend à s'éterniser, le malade conserve une expectoration purulente, de la température et se cachetise. Au contraire l'application du traitement par l'émétine entraîne une remarquable guérison du malade.

5-3-1-4-ABCES FETIDES:

Après une période initiale où l'infection revêt l'allure d'une pneumopathie sub aigue, peu fébrile, apparaît l'expectoration putride. Il s'agit rarement d'une vomique massive le plus souvent, au contraire, elle est fractionnée, et l'ouverture de la collection dans la bronche se révèle seulement par le rejet des crachats purulents abondants et d'odeur caractéristique. Si l'on peut voir à la radioscopie, une image hydroaériquehydro-aérique nette, elle est ici remplacée par une zone de condensation à limites floues, parsemée de taches plus claires symptomatiques d'un abcès aréolaire. Leur allure évolutive est enfin différente (amélioration, aggravation).

5-3-2-FORMES TOPOGRAPHIQUES:

Le siège de la collection en tel ou tel point du parenchyme pulmonaire n'imprime pas toujours une physionomie clinique particulière à l'affection.

Cependant l'intérêt chirurgical qui s'attache à la localisation de l'abcès, les modalités de drainage bronchique, variable suivant le siège, le retentissement pleural fréquent des formes superficielles justifie la description des formes topographiques.

5-3-2-1- LES ABCES DU LOBE INFÉRIEUR:

Sont les plus fréquents. Ils sont le plus souvent consécutifs à une inoculation bronchique et déterminent la formation d'une suppuration sus diaphragmatique collectée ou aréolaire dont le drainage est difficile. La guérison médicale n'est cependant pas rare.

5-3-2-2-LES ABCES DU LOBE SUPÉRIEUR:

Ne sont pas rares. Il s'agit le plus souvent d'infarctus suppuré déterminant une collection fétide dont le volume est de plus variable, qui se présente radiologiquement, tantôt sous l'aspect d'une caverne apicale rappelant les images cavitaires de la tuberculose, tantôt sous celui d'une condensation irrégulière à centre clair. La guérison médicale est possible mais le drainage bronchique théoriquement facilité par la situation de l'abcès est en fait, gêné par la présence d'escarres.

5-3-2-3- LES ABCES DU LOBE MOYEN:

Sont plus rares mais présentent un intérêt particulier, car l'allure clinique en est souvent assez spéciale. Si par fois le tableau évoque d'emblée une suppuration pulmonaire, souvent la symptomatologie fonctionnelle est assez atypique, l'expectoration purulente est peu abondante, les hémoptysies fréquentes. La radiographie de face, de profil montre une image d'atélectasie du lobe moyen sans cavité visible, et la tomographie est nécessaire pour la mettre en évidence. La bronchoscopie révèle l'aspect oedementié de l'orifice de la bronche lobaire moyenne par où s'écoule le pus.

5-3-3-FORMES ETIOLOGIQUES:

Les conditions de leurs apparitions peuvent donner aux abcès pulmonaires un aspect clinique particulier.

— 5-3-3-1-LES ABCES SECONDAIRES A UNE SEPTICOPYOHEMIE:

Ils passent souvent inaperçus au milieu de la scène d'infection générale, et ne sont pas par fois découverts qu'à l'autopsie, sous la forme de foyers de suppuration multiples criblant les deux poumons.

La pratique systématique de la radiographie au lit du malade permet de les déceler.

5-3-3-2-LES ABCES POST OPERATOIRES:

Consécutifs aux interventions abdomino-pelviennes, possédant, du fait des circonstances étiologiques et de leurs modes de constitution, une certaine individualité.

Du 8eme au 10eme jours après l'intervention le malade présente un brusque point de coté thoracique, une élévation thermique en flèche, une légère dyspnée et dans les heures qui suivent quelques crachats hémoptoïques. Après une amélioration passagère, l'état s'aggrave, la température persiste, les signes d'auscultation se précisent et l'abcès, rapidement constitué s'évacue quelques jours plus tard par les voies aériennes.

5-3-3-3-LES ABCES GREFFES SUR DES LESIONS BRONCHOPULMONAIRES PREEEXISTANTES:

S'opposent aux abcès primitifs par leur début plus insidieux, dont les signes peuvent se confondre plus ou moins avec ceux de l'affection causale. Tel est, en particulier le cas des abcès secondaires aux bronchectasies.

— Chez un malade bronchérique chronique, l'apparition de fièvre, la recrudescence de l'expectoration qui prend par fois une odeur fétide, permet de soupçonner le développement d'une suppuration que la radioscopie met en évidence.

5-3-3-4- LES ABCES CONSECUTIFS AUX CORPS ETRANGERS BRONCHIQUES:

Sont surtout observés chez l'enfant.

5-3-4-FORMES EVOLUTIVES:

- ABCES AIGUES
- ABCES CHRONIQUES

6 - DIAGNOSTIC:

6-1-DIAGNOSTIC POSITIF:

Il est porté par: la clinique et les examens complémentaires.

La radiographie ne fait que confirmer le diagnostic en montrant une image hydroaériquehydro-aérique le plus souvent très nette.

La N.F.S-V S montre une hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile avec V S accélérée. La fibroscopie bronchique montre la bronche de drainage précise le siège de l'abcès, et on peut pratiqué une fibro aspiration après brossage endoscopique.

L'étude du pus après fibro aspiration permet de mettre en évidence le germe en cause qui est:

—-Le pneumocoque

-Le streptocoque

-Les anaérobies

Bacteroides fragillis

Bacteroides melanogenica

Bacteroides insolita

fusobacterium necrophorum

Streptococcus foetiolus.

-Les spirochetes

-Enterobacter

-Colibacilles

-Klebsielles

6-2-LE DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:

- Les suppurations pleurales enkystées
- Les suppurations bronchiques
- Les kystes pulmonaires suppurées:
- Les formes suppurées et cavitaires du cancer du poumon.

7- LE TRAITEMENT:

7-1-TRAITEMENT MEDICAL MECANIQUE:

Il a pour but de favoriser par différents procédés l'évolution purulente en utilisant le drain naturel que représente la voie bronchique.

7-1-1-DRAINAGE DE POSTURE:

Venue des Etats Unis ou elle a été préconisée par QUINKE et GAUVIN, la méthode consiste à faire prendre au malade la position qui assure le mieux la déclivité des voies d'évaluation bronchique. Le malade est en décubitus latéral droit ou gauche suivant la localisation de l'abcès; le tronc et les membres inférieurs un peu surélevé par rapport aux parties supérieures, de sorte que le malade est incliné par rapport à l'horizontal du lit [26].

7-1-2-LE DRAINAGE BRONCHOSCOPIQUE:

Utilisé des 1904 par **GUISEZ** dans le traitement des suppurations pulmonaires, le drainage bronchoscopique a été couramment appliqué depuis la mise au point apportée à la technique par CHEVALIER JACKSON

Pratiquée sous anesthésie locale pharyngée, la bronchoscopie permet l'attouchement décongestif de la muqueuse bronchique avec une solution d'adrénaline ou d'éphédrine qui facilite le

drainage, l'aspiration des sécrétions purulentes et l'injection des produits antiseptiques divers.

Les accidents sont rares, mais la méthode n'est pas absolument dénuée de danger. Des syncopes par fois, des hémoptysies ont été signalées.

7-2-LE TRAITEMENT MEDICAL:

Fait appel aux antibiotiques. L'idéal est d'isoler le germe dans le liquide bronchiolo alvéolaire, après une fibro aspiration et faire un antibiogramme.

Les anti-biotiques utilisés sont:

- | ———-la pénicilline G à dose de 100000 à 200000 UI/ jour
- | ———-le métronidazole à la dose de 1,5g/j en 3 prises
- | ———-la gentamicine à la dose de 2 à 4 mg/kg /j
- | ———-la ciprofloxacine à la dose de 1g/j.
- | ———-Amoxicilline + acide clavilanique

L'idéal est de faire une double antibiothérapie ou une triple antibiothérapie et cela pendant 6 semaines.

7-3-LE TRAITEMENT CHIRURGICAL:

- | ———-Une pneumectomie,
- Une pneumonectomie
- | ———-Une lobectomie++++.

Les indications du traitement chirurgical sont actuellement très peu nombreuses. Elles se limitent aux cas suivant :

- Echec du traitement médical
- Abscesses pulmonaires chroniques

- Bloc de pyoscleroses
- Les séquelles
- Les abcès secondaires aux bronchectasies.



IV-METHODOLOGIE

1- Cadre de l'étude :

Cette étude s'est déroulée dans le service de pneumo-phtisiologie du point G situé sur la colline de Koulouba à neuf (9) kilomètres de Bamako (Centre ville). Il est le plus vaste Hôpital du Mali. Il comprend quatre services de chirurgie un service de rhumatologie et 13 services de médecine dont celui de Pneumo-phtisiologie.

Situé au sud-est de l'entrée principale de l'hôpital, le service de Pneumo-phthysiologie est un bâtiment d'un étage qui comprend :

—**Au rez-de-chaussée :**

-Une unité composée de 6 salles avec 20 lits pour l'hospitalisation des malades atteints d'affections respiratoires.

-Quatre bureaux de médecin pour les consultations

-Une salle des internes

-Deux bureaux pour les techniciens de santé

-Une salle de fibroscopie bronchique et de biopsie pleurale

-Une salle des archives

-Une salle des soins

-Une salle d'informatique

-Une salle de prélèvement et d'observation pour le CeReFo ([centre de recherche et de formation](#));

-Une salle pour les techniciens de surface

-Deux magasins de stockage des médicaments antituberculeux et des matériels médicaux

A l'étage

-Une unité composée de 15 salles d'hospitalisation avec 31 lits réservés aux tuberculeux à bacilloscopie positive

-Une salle de conférence

-Une salle pour le major

-Une salle pour les infirmiers

Le personnel

Il est composé de:

-Cinq médecins dont quatre spécialistes et un généraliste

-Six faisant fonction d'internes

-Sept infirmiers

-Un technicien socio- sanitaire

- Une aide soignante
- Quatre techniciens de surface

2-TYPE ET PERIODE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive qui s'est déroulée dans le service de pneumo-phtisiologie de JANVIER 1999 à DECEMBRE 2004.

3-CRITERES D'INCLUSION :

A été inclus dans l'étude l'ensemble des cas d'abcès diagnostiqués sur la base d'arguments clinique et radiologique.

4-CRITERES DE NON INCLUSION :

- Tous les cas d'excavation avec bacilloscopie positiveBK.
- Les suppurations broncho pulmonaires chroniques.
- Tous les dossiers incomplets (absence de radiographie thoracique).

5-ECHANTILLONNAGE :

L'étude étant rétrospective, nous avons sélectionné tous les dossiers des patients disponibles répondant aux critères d'inclusion pendant la période d'étude.

6- VARIABLE DE L'ETUDE :

- les données socio-demographiques (âge, sexe, profession, domicile).
- Les caractéristiques cliniques (signes généraux, fonctionnels et physiques).
- Les paramètres biologiques (numération de la formule sanguine, la sérologie VIH).

- Les aspects radiologiques (le type d'image, la localisation et l'évolution radiologique).

7-COLLECTTE DES DONNEES ET ANALYSE STATISTIQUE:

| -- La recherche des données : fiche d'enquête.

| -La saisie et l'analyse statistique sur épi infos.

Un niveau de signification $P < 0,05$ pour les tests d'associations.



V-RESULTATS

1-LES RESULTATS GLOBAUX :

Durant la période janvier 1999 à décembre 2004 ; 3197 patients ont été hospitalisés parmi lesquels. ~~Sur 3197 patients~~; 60 patients ont présentés un abcès pulmonaires soit une fréquence de 1,87% ~~de nos hospitalisations~~.

2-LES RESULTATS DESCRIPTIFS :

A-Les données socio démographiques

TABLEAU ~~tableau~~ I : Répartition des patients selon l'âge.

<i>Age (ans)</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<20	8	13,33
20 – 39	32	53,33
40 – 59	15	25
>59	5	8,33
TOTAL	60	100

La tranche d'âge 20 – 39 ans était la plus fréquente avec 53,33% ~~avec les extrêmes allant de 6 à 68 ans.~~

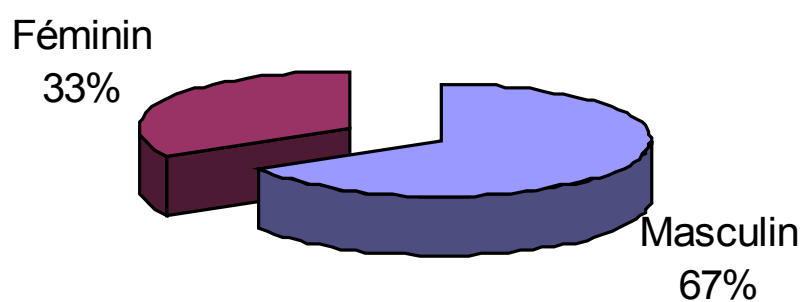


FIGURE 1-Répartition des patients selon le sexe.

Les hommes ont constitué 67% de l'effectif soit un sex- ratio de 2 en leur faveur.

TABLEAU II: Répartition des patients selon la profession :

<i>Profession</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Ménagères	20	33,3
Cultivateurs	18	30
Fonctionnaires	6	10
Etudiant(es)	2	3,3
Eleveur	1	1,7
Autres	13	13,7

Total	60	100
-------	----	-----

Les ménagères ~~représentaient~~ ~~étaient les plus nombreuses avec~~ 33,3%.

~~TABLEAU~~ ~~ableau~~ III: Répartition des patients selon leur provenance :

<i>Provenance</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Bamako	36	60
Kayes	9	15
Koulikoro	9	15
Sikasso	2	3,3
Ségou	2	3,3
Tombouctou	2	3,3

TOTAL	60	100
-------	----	-----

Les patients venant de Bamako étaient majoritaires ~~les plus~~
~~nombreux~~ avec 60%.

B- Les facteurs de risque

~~TABLEAU~~~~ableau~~ IV : Répartition des patients selon les ~~surs~~
facteurs de risque :

<i>facteurs de risque</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
<u>Tabagique</u>	<u>24</u>	<u>40</u>
<u>Pneumopathie</u> <u>bactérienne</u>	<u>24</u>	<u>40</u>
<u>Bronchite chronique</u>	<u>12</u>	<u>20</u>
<u>Infection gingivo-dentaire</u>	<u>8</u>	<u>13,33</u>
<u>Sinusite</u>	<u>8</u>	<u>13,33</u>
<u>Intervention sur</u> <u>l'abdomen</u>	<u>6</u>	<u>10</u>
<u>Antécédent de tuberculose</u>	<u>5</u>	<u>8,33</u>
<u>asthme</u>	<u>4</u>	<u>6,67</u>
<u>Diabète</u>	<u>2</u>	<u>3,33</u>
<u>Alcoolique</u>	<u>2</u>	<u>3,33</u>

Cirrhose	1	1,67
Antécédent de tuberculose	5	8,33
Bronchite chronique	12	20
asthme	4	6,67
Pneumopathie bactérienne	24	40
Sinusite	8	13,33
Abcès dentaires	8	13,33
Diabète	2	3,33
Cirrhose	1	1,67
Intervention sur l'abdomen	6	10
Tabagique	24	40
Alcoolique	2	3,33

Une pneumopathie bactérienne avait été découverte deux semaines avant chez 40% de nos patients.

La sinusite et l'infection gingivo-dentaire ~~abcès dentaire~~ avaient été retrouvés retrouvées dans 13,33%.

C- ASPECTS CLINIQUES

1) Les signes généraux

TABLEAU ~~ableau~~ V : Répartition des patients selon les signes généraux:

<i>Signes généraux</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Fièvre	59	98,3
Fétidité de l'haleine	57	95
Amaigrissement	37	61,7

Les signes généraux étaient dominés par la fièvre présente dans 98,3% des cas.

2) Les signes fonctionnels

TABLEAU VI : Répartition des patients selon les signes fonctionnels :

<i>Symptômes</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Toux	58	96,7

Expectoration purulente	56	93,3
Douleur thoracique	49	81,7
Vomique	41	68,3
Dyspnée	36	60
Hémoptysie	17	28,3

Fréquence	Pourcentage
59	98.3
58	96.7
56	93.3
41	68.3
49	81.7
36	60
37	61.7
57	95
17	28.3

Les signes fonctionnels étaient dominés par la toux dans 96,7% des cas accompagné d'une expectoration purulente dans 93,3% des cas.

3) Les signes physiques

TABLEAU VII : Répartition des patients selon les signes physiques

<i>Signes physiques</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Syndrome de condensation pulmonaire non rétractile	49	81,66
Syndrome cavitaire	6	10
Syndrome de condensation pulmonaire rétractile	5	8,33
Total	60	100

Le syndrome de condensation pulmonaire non rétractile (râles crépitants/sous crépitants, vibration vocale augmentée) était présent dans 81,66% des cas.

D- ASPECTS PARACLINIQUES1- La radiographie thoracique de face et profil

TABLEAU VIII : Répartition des patients selon les anomalies radiologiques :

<i>Image radiologique</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Image hydroaérique hydro-aérique non homogène	56	93.3
Opacité avec image cavitaire	8	13.3
Opacité diffuse	4	6.7

L'image hydro aérique non homogène était présente dans 93,3% des cas.

TABLEAU IX : Répartition des patients selon le siège de la lésion radiologique :

<i>Localisation radiologique</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
----------------------------------	------------------	--------------------

Lobe inférieur droit	28	46,7
Lobe moyen droit	24	40
Lobe inférieur gauche	20	33,3
Abcès multiples	12	20
Lobe supérieur gauche	10	16,7
Lobe supérieur droit	7	11,7

Le lobe inférieur droit était le plus atteint dans 46,7% des cas.

2-La biologie

TABLEAU X : Répartition des patients selon les paramètres biologiques :

<i>Paramètres biologiques</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Hyperleucocytose à polynucléaire	59	98,3

neutrophile		
VS accélérée	56	83,3
Anémie	50	83,3

Une hyper leucocytose à polynucléaire neutrophile a été retrouvé chez 98,3% de nos patients.

TABLEAU XI : Répartition des patients selon la sérologie VIH :

(n=40)

Sérologie VIH	Fréquence	Pourcentage
VIH positive	11	27,5
VIH négative	29	72,5
Total	40	100

Une sérologie V.I.H+ a été retrouvée dans 27,5% des cas (40 patients ayant effectués le test).

3- L'endoscopie bronchique

TABLEAU XII : Résultat de l'endoscopie bronchique :
(n=13)

Résultats	Fréquence	Pourcentage
Processus expansif avec sécrétions purulentes	3	23,07

Suppuration broncho-pulmonaire avec sécrétions purulentes	1	7,69
Inflammation non spécifique avec sécrétions purulentes	9	69,23
Total	13	100

L'endoscopie bronchique a été réalisée chez 13 de nos malades soit une fréquence de 12,7%, et une inflammation bronchique non spécifique a été retrouvée dans 69,23% des cas.

E- La durée d'hospitalisation

TABLEAU XIII : La répartition des patients selon leur durée d'hospitalisation en jour :

<i>Jours</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
1 – 9	3	5,1
10 – 19	12	20

20 – 29	22	36,66
30 – 39	15	25
> à 40	8	13,33
Total	60	100

La durée d'hospitalisation de nos patients variait entre 1 et plus de 40 jours avec une moyenne à 25 jours.

F- L'évolution radio-clinique et prise en charge antibiotique

TABLEAU ~~ableau~~ XIV: La répartition des patients selon leur évolution radio clinique :

<i>Evolution</i>	<i>Fréquence</i>	<i>Pourcentage</i>
Evolution clinique favorable	43	71,2
Evolution clinique non favorable	5	8,8
Résolution radiologique	42	70

Cavités résiduelles	6	9,1
Décès	12	20

Une évolution clinique favorable a été retrouvée dans 71,2% des cas en cours d'hospitalisation associée à un nettoyage radiologique dans 70% des cas.

TABLEAU ~~tableau~~ XV : La répartition des patients selon leur prise en charge antibiotique :

<u>Antibiotique</u> TRAITEMENT	FREQUENCE	POURCENTAGE
<u>Betalactamine+ aminoside</u>	2	3,3%
<u>Double antibiothérapie</u> <u>Betalactamine+ aminoside+</u> <u>imidazole</u>	58	96,7%
<u>TOTAL</u> Triple antibiothérapie	60	100%

Drainage de posture	59	98,33%
---------------------	----	--------

Le drainage de posture a été effectué chez 59 patients soit 98,33% ; 96,7% de nos malades ont été mise sous triple antibiothérapie.

33-RESULTATS ANALYTIQUES :

~~TABLEAU~~ ~~tableau~~ XVI : Répartition des patients ~~selon~~ ~~fonction de~~ l'âge et ~~le~~ ~~du~~ sexe

AGE	<20	20-39	40-59	>59	TOTAL
MASCULIN	5	16	14	5	40
FEMININ	3	16	1	0	20
TOTAL	8	32	15	5	60

KHI 2=2,02

P=0,15

~~La tranche d'âge de 20-39 ans était la plus fréquente (32 sur 60 de nos patients) avec une répartition égale en fonction du sexe.~~

Tableau XVII : Répartition des patients en fonction du sexe et de l'antécédent de tabagisme :

SEXE	TABAGIQUE
MASCULIN	23 _____ 95,83%
FEMININ	1 _____ 4,16%
TOTAL	24 _____ 100%

KHI 2=15,31

P=0,0001

L'antécédent de tabagisme a été fréquent chez les hommes dans 95,83% des 23 cas.

TABLEAU XVIII : Répartition des patients en fonction du sexe et de l'antécédent de bronchite

<i>SEXE</i>	<i>BRONCHITE</i>	
Masculin	12	100%
Féminin	0	0%
Total	12	100%

KHI2=7,5

P=0,06

~~Le sexe masculin était le plus touché par la bronchite dans 100% des cas.~~

TABLEAU XIX : Répartition des patients en fonction de l'anomalie radiologique et de la résolution radiologique

<i>Image radiologique</i>	<i>Résolution radiologique</i>	
Image hydro-aérique non homogène	39	69,64% (khi2=0,51 ; P=0,82)
Opacité diffuse	2	50% (khi2=0,81 ; P=0,36)
Opacité avec image cavitaire	1	12,50% (khi2=0,24 ; P=0,61)

VI- DISCUSSIONS

Difficultés méthodologiques :

-Sur le plan épidémiologique notre travail souffre des insuffisances de renseignements liées aux études rétrospectives.

-Sur le plan paraclinique :

Tous les malades n'ont pas bénéficiés de la fibroscopie bronchique pour des raisons techniques (panne de matériel) et économiques (évoquées par le malade).

La difficulté de prélèvement et la mise en évidence du germe responsable au laboratoire.

Les résultats obtenus au cours de notre étude nous permettent de faire les commentaires et discussions suivants :

1-SUR LE PLAN EPIDEMIOLOGIQUE :

—L'abcès du poumon représente 1,87% des hospitalisations au service de pneumo-phtisiologie. Ce résultat est comparable à celle de AYOUB, SERGENT et TIDJANI qui avaient trouvé une fréquence inférieure à 2% [2, 26, 29]. Ce résultat faible pourrait s'expliquer par :

-- l'utilisation~~arrivée~~ d'antibiotiques efficaces sur les germes responsables de pneumopathie bactérienne~~d'abcès du poumon~~ et,

- l'utilisation abusive d'antibiotiques ~~par les patients,~~ décapitant ainsi la genèse des abcès du poumon.

2- LES DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES :

2-1- LA FREQUENCE SELON L'AGE :

La tranche d'âge 20 – 39 ans était la plus représentée (53,33% des cas) avec une moyenne d'âge de 37 ans et des extrêmes de 6 à 68 ans.

Ces données se rapprochent de celle de AYOUB et TIDJANI qui avaient trouvé une fréquence élevée ~~ee élevée~~ dans cette même la tranche d'âge ~~20 – 39 ans~~.

Cette observation pourrait s'expliquer par le fait que les facteurs de risque tel que le tabagisme et la bronchite, prédisposant à l'abcès du poumon se retrouvent majoritairement au sein de cette tranche d'âge.

2-2- LA FREQUENCE SELON LE SEXE :

Le sex ratio e~~était dest~~ égal à 2 en faveur des hommes.

Les facteurs favorisant à savoir le tabagisme, l'alcoolisme et la bronchite chronique retrouvés habituellement chez les hommes pourraient expliquer cette prédominance masculine.

~~La prédominance masculine dans l'abcès du poumon s'explique par sa survenue sur le terrain débilité ou taré (tabagisme, bronchite, alcoolisme) qui est plus fréquente chez l'homme que la femme.~~

2-3- LA FREQUENCE SELON LA PROFESSION :

Les ménagères étaient les plus atteintes par cette affection pulmonaire (33,33% des cas) suivies des cultivateurs dans (30% des cas). Par contre chez TIDJANI l'affection survenait beaucoup plus chez les cultivateurs (38,2% des cas) que chez les ménagères (16,62%).

~~Cette observation peut être expliquée par :~~

- ~~- leurs nombres élevés dans la couche sociale du MALI.~~
- ~~- Leurs expositions à l'inhalation de poussières et de particules à travers les voies aériennes supérieures pouvant provoquer les abcès du poumon.~~

3- SUR LE PLAN FACTEURS PREDISPOSANTS :

- Une pneumopathie bactérienne aiguë dans 40% des cas et une bronchite chronique dans 20% des cas étaient ~~respectivement~~ retrouvées, ~~dans 40% et 20% des cas;~~ contrairement à AYOUB et COURRY qui avaient trouvé respectivement 7% et 9% [2,10].

Ces deux affections jouent un rôle ~~très important~~ dans la genèse de l'abcès du poumon surtout lorsqu'elles sont mal prises en charge.

~~Concernant dans le cas de~~ la pneumopathie aiguë, c'est surtout une antibiothérapie mal adaptée qui en est responsable.

~~Quant à~~ alors ~~que pour~~ la bronchite chronique, e'est l'accumulation ~~le phénomène de~~ mucus dans l'estase au

~~niveau~~ des bronches peut entraîner une, sur-infection du foyer par les germes anaérobies (26).

- La participation des voies aériennes supérieures (sinusites et infections gingivo dentaires) était de 13,33% respectivement chacun, ce qui est supérieur à celle de AYOUB qui a trouvé 11% mais inférieur à celle de COURY et TIDJANI qui avaient respectivement 15% et 32,5% [2,10].

~~Dans les conditions l'abcès du poumon résulte de l'inoculation directe du parenchyme par~~ Des particules septiques provenant qui proviennent des voies aéro-~~digestives~~ peuvent entraîner un abcès du poumon en provoquant une infection locale du parenchyme pulmonaire.

~~La migration se fait par voie trachéo-bronchite descendante.~~

-Le tabagisme a été le facteur de risque prédominant dans notre étude (40% des cas).

Le tabac est responsable d'inflammation respiratoire chronique qui peut se surinfecter érés secondairement et créer unle- processus d'abcédation.

4- SUR LEAU PLAN CLINIQUE :

-La fièvre, la toux etavec l'expectoration muicro-purulente, l'odeur fétide de l'haleine et la vomique étaient la symptomatologie dominante.

Cette description clinique est presque identique à celle retrouvée chez AYOUB et TIDJANI et AYOUB [2,29].

~~L'expectoration micro-purulente et la fétidité de l'haleine sont dues aux germes anaérobies. Cette fétidité de l'haleine quand elle est présente, a une très grande valeur diagnostique pour les abcès du poumon. Il faut toujours le rechercher par un interrogatoire minutieux.~~

~~La vomique correspond à la rupture de la cavité néoformée qui se déverse dans une bronche dite bronche de drainage.~~

~~Ces trois symptômes permettent parfois de poser le diagnostic de l'abcès du poumon.~~

~~L'hémoptysie a été mentionnée dans 28,3% des cas. Elle est considérée comme une complication tardive de l'abcès du poumon due au processus de nécroses diffusantes.~~

5- SUR LEAU PLAN RADIOLOGIQUE :

~~Le niveau hydro-aérique était le signe radiologique le plus fréquent (93,3% des cases cas) qui est comparable à celui de AYOUB, SERGENT et TIDJANI qui avaient trouvés une fréquence élevée du niveau hydro-aérique [2, 26,29].~~

L'image hydro-aérique à la radiographie thoracique correspond en général au stade de suppuration ouverte de la cavité néoformée.

~~Nous avons obtenus une localisation préférentielle au poulbe inférieur droit dans (46,7% des cas). Ce résultat est le même que celui de AYOUB, SERGENT et TIDJANI [2, 26,29].~~

Cette localisation s'explique par la position anatomique verticale de la bronche souche droite qui est plus réceptive des particules septiques inhalées, exposant par rapport à la trachée ainsi le poumon droité aux infections, provenant des voies aériennes supérieurs que le poumon gauche.

6-SUR LE PLAN BIOLOGIQUE :

Une hyper leucocytose à prédominance polynucléaires neutrophiles était a été retrouveretrouvée dans 98,3% des cas, résultat comparable à celui de TIDJANI et elle oriente vers une origine bactérienne d'une infection. -cas

La sérologie VIH était effectuée chez 40 patients, et positive dans 27,5% des cas soit environ 20 fois plus dans la population général.

L'infection VIH fragilise le terrain à cause de la baisse du taux de CD4 provoquant l'apparition d'infections pulmonaires.

7-SUR LE PLAN ENDOSCOPIE-LA FRIBROSCOPIE BRONCHIQUE :

L'endoscopie bronchique a été réalisée chez 12,17% de nos patients ~~dus à la non disponibilité du fibroscope au cours de l'année 2002 à 2004.~~

Une inflammation non spécifique avec des sécrétions purulentes a été retrouvée dans 60,23%.

Elle a un double intérêt thérapeutique et diagnostique : brossage de la bronche de drainage avec du sérum physiologique et l'aspiration du pus pour la recherche de germe. Dans notre étude aucun germe n'a été mise en évidence probablement du à l'insuffisance de plateau technique et ou de la méthode de prélèvement.

8--LA PRISE EN CHARGE ET EVOLUTION :

La majorité de nos patients {96,7% des cas} ont été misent sous betalactamines + aminoside + imidazole pendant 7 à 10 jours puis betalactamines + fluoroquinolone + imidazole pendant 35 jours. Cette approche thérapeutique a eteété orientée vers les germes les plus fréquemment cités dans la littérature.nt »» _

L'évolution sous traitement a été jugée a partir des éléments cliniques et radiologiques :

-Dans 71,2% l'évolution clinique a été favorable avec disparition des symptômes. ~~triple antibiothérapie avec drainage de posture et~~

~~-nous~~ Nous avons obtenus une résolution radiologique dans 70% a la fin du traitement. Ces données sont les mêmes que de ceux de TESSER R [27] ~~moins favorable de ceux de COURY et~~

~~TIDJANI qui ont retrouvés respectivement 77% et 81% [10, 29], mais plus favorable que celui de AYOUB et [HERRING 27].~~

La résolution des anomalies radiologiques serait étroitement liée à l'âge du patient, le terrain sur lequel survient l'affection, le germe en cause et de l'étendu des lésions. ~~qui ont trouvés respectivement 45%, 68% [2, 5].~~

~~Nous avons obtenus 9,1% de~~ Les cavités résiduelles représentaient 9,1% dans . ~~notre étude.~~ Cet Ce résultat est largement inférieur à ceux des autres auteurs, BARNETT, COURY, ~~BARNETT~~ qui avaient trouvés respectivement 32%, 50% de cavités résiduelles ~~[10[5,10,-5].~~

La mortalité varie selon les auteurs de 0 – 36%, nous avons obtenus 20% de décès. Ce qui est supérieur à celui de AYOUB, COURY, MAILLET, PERLMAN qui avaient trouvés 7% de décès [2, 10, 20, 22,] et de TIDJANI 11% de décès [29].

Ce taux élevé de décès s'explique par :

- La fragilisation du terrain par l'infection VIH dont la prise en charge était très chère.

-Le coût du traitement n'étant pas à la portée de la couche sociale fréquemment atteinte par cette affection.

VII-CONCLUSION- RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

~~En conclusion nous dirons que~~ La fréquence de l'abcès du poumon est ~~de faible~~ 1,87% de nos_

~~—hospitalisation~~ Hospitalisations, avec une prédominance masculine.

~~-Les hommes sont les plus atteints.~~

~~-Quelques particularités semblent se dégager de cette étude :~~

L'âge généralement jeune de nos patients ~~entre 20-39 ans.~~

~~-L'association fréquente avec le V I H 27,57 %.~~

~~-L'absence de germes lors des examens bactériologiques.~~

~~-L'évolution aujourd'hui encore mortelle des abcès du poumon, situation aggravée par la fragilisation du terrain. La mortalité reste élevée.~~

RECOMMANDATIONS

Au décours de ce travail nous recommandons :

AUX AUTORITES SANITAIRES : MINISTERE

~~_Former et recycler le personnel sanitaire pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique des abcès du poumon.~~

~~Mettre en place une unité constituée de pneumologues, laborantins, chirurgiens thoraciques pour la gestion adéquate de tous les cas d'abcès du poumon.~~

A LA DIRECTION DE L'HÔPITAL DU POINT G :

——- Equiper le laboratoire du POINT G pour la recherche des germes anaérobies et autres bactéries.

——- Equiper le service de pneumologie de fibroscopes, ~~et d'une unité de chirurgie thoracique.~~

——- ~~Referez vers le service de pneumologie tout cas d'abcès du poumon pour une prise en charge diagnostique et thérapeutique précoce.~~

AU SERVICE DE PNEUMOLOGIE :

~~Veillez au bon conservatoire des dossiers.~~

Informatiser les dossiers pour faciliter l'exploitation des données et permettre une meilleure conservation.

A decorative border resembling a scroll, with rounded corners and a slight shadow effect, framing the central text.

VIII-REFERENCES

1-ALBERNATHY R-S

Antibiotic therapy of lung abcess effectiveness of penicillin.
Dis. Chest. 1962, 53 : 592-598.

2- AYOUB. (A K) et KARRAY (H).

Aspect actuel de l'abcès du poumon d'après une étude de 100 cas.
Tunisie Médicale 1984, 62 : 131-134.

3- BARIETY M.

L'anatomie pathologie des abcès du poumon depuis l'avènement des antibiotiques de la résection.
J. Franc. Med. Chir. Thor. 1960, 14 : 1- 63.

4- BARTLETT J S GORBACHSL, T. F. G.

Bacteriologies and treatments of primary lung abcess.
Amer, Rev. Resp. Dis. 1974, 109 : 510-518.

5-BARNELT TB. HERRING CC.

Lung abcess. Initial and late results of medical therapy.

Arth. Intern. Med. 1971, 2 : 217-227.

**6- BENNIS. A. ABDELAOUI A . BIAZ A. BARTAL
M. LARAKIA.**

L'abcès du poumon sur poumon sains 100 cas.

Rev. Maroc. Med. Santé 1979, 4 : 245-251.

**7- BERNHARD W. F. MALCOL M. J A WYLIE
R. H.**

Lung abcess a study of 148 cases due to aspiration.

Dis. Chest. 1963, 43 : 620-630.

8- BLOCK A J. WAGLEY P F. FISHER A M.

Relayed closure in lung abcess are evolution of the indicating for surgery.

JHON HOPKINS Med. J. 1969, 125: 19-24.

9- BRISSETE A. CHARBONNEAU. R.

Abcès du poumon dans un hôpital général.

Union Médical du CANADA 1975, 12 : 1796-1800.

10- COURY C. H. DELEPIERRE F.

40 observations d'abcès primitives du poumon de l'adulte étudiées avec un recul de 5 à 10 ans.

SEM HOSP. PARIS 1973.

11- EMMANUEL B, SHULMAN S. T.

Lung abcess in infants and children.

CLINPEDIATRIE (PHILA), 1995, 1: 2-6.

12- ESTERRA A. S. et COLL.

Primery lung abcess.

J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 1980, 2 : 275-282.

13- Franc. J.

Avenir des activités résiduelles des abcès du poumon.

Med. Chir. Thor. 1956, 10 : 220-221.

14- Gunberg. J. et Al.

Abcès du poumon

Path. Resp. de l'enfant. 1979, 247-276.

(Flammarion, Médecines, Sciences). Paris.

15- HAMHOUM. M. CHABBOU A.

ELGHARBIB.

Abcès du poumon.

La Tunisie Médicale. 1976, 3 : 641-644.

16-HERBERT Y, REYNOLD, H. T. R.

Pneumopathie et abcès du poumon.

Principes de Med. Interne : 1992, 5 : 1064-1069.

17- KOURILSKY R. DECROIX. S. GERARD J.

Résultats du traitement Médical de 60 cas d'abcès du poumon.

J. Franc. Med. Chirur. Thor 1955, 9 ; 317-324.

18- KOURILSKY R. DECROIX.

Les cavités résiduelles des abcès du poumon.

J. Franc. Med. Chir. Thor 1956, 10 : 211-220.

19- MAILLET L.

Physionomie actuelle des abcès pulmonaires de l'adulte (à propos de 67 cas).

Thèse Med. TOULOUSE 1980. No 75.

20- M. BERAD et J. DUMAREST.

Epithélisation secondaire des cavités d'abcès chroniques du poumon.

Presse Med. 13 Avril 1946.

21-NEUNHOFF et TOUROFF

Abcès pulmonaires aigues putrides.

Traitement chirurgical et résultats de 86 cas consécutifs.

The Journ of thoracic. Surgery Avril 1940.

22-PERMAN LV. LERNER, D'ESPOSO. N.

Clinical classification and analysis of cases of lung abscess.

Amer. Rev. Resp. Dis. 1969, 99 : 390-398.

23- ROBERT YA., GAVEZ. G.

Lung abscess.

Rev. Thérapeutique Avril 1975, 32 : 264-268.

24- RULLIERE R. DELEPIERRE. F.

Traitement d'abcès du poumon à pyogènes banals.

Sem. Hosp. 1972, 48 : 139-141.

25-SCHEPPE H. I, KNOWLES J. H.

Analysis of the Massachusetts general hospital cases Fran
1943 trough 1956 New Engl.

J. Med 1961, 265 : 1039-1043.

26- SERGENT et KOURILSKY, B. et I.

Rapports aux congrès Franc de med. 1932.

27- TESSER R. et COL.

L'abcès primitifs du poumon, à propos de 56 cas.

BORDEAUX Med. 1973 ; 5 : 609-614.

28- THOMS. N. W. PURO. H. E. ARBULU

A.

Significance of hemoptysie in Lung abscess

J. THORAC. CARDIO. VAS. SURG. 1970 ; 59 : 617-629.

**29- TIDIANI O. GBADOE. AH, G. B. M, AK
LAWSON.**

Abcès du poumon à LOME. A propos de 144 cas.

Bull. Soc. PATH. Ex. 1995 ; 82 : 95-96.

**30- TOURNIER G. SADET FRISMAND. A.
BACULARD A.**

Abcès du poumon

Pneumologie pédiatrique. Masson 1996 ; 52-54.



IX-ANNEXES

FICHE D'ENQUETE

N°

A- IDENTIFICATION DU MALADE**Q3-Age****Q2-SEXE:** /_/_/

1-Masculin 2-feminin

Q4 PROFESSION: /_/_/

1-Etudiant 5-Fonctionnaire

2-Elèveur 6-Sans Emploie

3-Cultivateur 7-Autres

4-Ménagère

Q5 ADRESSE HABITUELLE: /_/_/

1-Bamako 6-Mopti

2-Kayes 7-Tombouctou

3Koulikoro 8-Gao

4-Sikasso 9-Kidal

5-Segou 10-Autre

B/ANTECEDENTS DU MALADE:**Q6 ANTECEDENTS FAMILLIAUX:**

Q6 a Notion de contage tuberculeuse:

1-oui 2-non /_/_/

Q6 b Autres Préciser

Q7 ANTECEDENTS MEDICAUX PERSONNELS:

- Q7 a Tuberculose: /__/
 1-oui 2-non
- Q7 b Bronchite Chronique: /__/
 1-oui 2-non
- Q7 c Asthme: /__/
 1-oui 2-non
- Q7 d Pneumopathie Bactérienne /__/
 1-oui 2-non
- Q7 e Sinusites: /__/
 1-oui 2-non
- Q7 f Abscès Dentaires: /__/
 1-oui 2-non
- Q7g Diabète: /__/
 1-oui 2-non
- Q7 h Cirrhose: /__/
 1-oui 2-non

Q8 CHIRURGICAUX:

- Q8 a Intervention sur l'abdomen:
 1-oui 2-non /__/
- Q8 b Intervention sur les V A S:
 1-oui 2-non /__/
- Q8 c Si Autres Préciser:

Q9 HABITUDES ET MODE DE VIE:

- Q9 a Tabagique: /__/
 1-oui 2-non:
- Q9 b Enolique: /__/
 1-oui 2-non

C-EXAMEN CLINIQUE:

Q10-MOTIF DE CONSULTATION:

Q10 a Fièvre: /__/

1-oui 2-non

Q10 b Toux: /__/

1-oui 2-non

Q10 c Expectoration Purulente: /__/

1-oui 2-non

Q10 d Vomique: /__/

1-oui 2-non

Q10 e Douleur Thoracique: /__/

1-oui 2-non

Q10 g Dyspnée: /__/

1-oui 2-non

Q10 h Amaigrissement: /__/

1-oui 2-non

Q10 i fétidité: /__/

1-oui 2-non

Q10 j Hémoptysie: /__/

1-oui 2-non

Q11 EXAMEN GENERAL:

Q11a Etat Général:

1-Bon 2-Passable 3-Altéré /__/

Q11b Hyperthermie: /__/

1-oui 2-non

Q11 c SYNDROMES /__/**1- condensation pulmonaire non rétractile****2- condensation pulmonaire rétractile****3- syndrome cavitaire****Q12 EXAMEN RADIOLOGIQUE:**

Q12 a Image hydroaérique non homogène: /__/

1-oui 2-non

Q12 b Opacité diffuse: /__/

1-oui 2-non

Q12 c Opacité avec image cavitaire: /__/

1-oui 2-non

Q13 REPARTITION TOPOGRAPHIQUE:

Q13 a Lobe supérieur droit: /__/

1-oui 2-non

Q13 b Lobe moyen droit: /__/

1-oui 2-non

Q13 c Lobe inférieur droit: /__/

1-oui 2-non

Q13 d Lobe supérieur gauche: /__/

1-oui 2-non

Q13 e Lobe inférieur gauche: /__/

1-oui 2-non

Q13 f Abscès multiple bilatérales: /__/

1-oui 2-non

Q14 PARAMETRES BIOLOGIQUES:

Q14 a Hyperleucocytose avec polynucléaire: /__/

1-oui 2-non

Q14 b Anémie: /__/

1-oui 2-non

— Q14 c V S accélérée: /__/

1-oui 2-non

Q14 d V.I.H+ /__/

1-oui 2-non

Q15 ENDOSCOPIE BRONCHIQUE: /__/

1-oui 2-non

Q15 a- Si oui Résultat:

Q16 GERMES RETROUVES:

Q17 LA PRISE EN CHARGE MEDICALE:

A/ ANTIBIOTHERAPIE:

/__/

1- Double antibiothérapie

2-Triple antibiothérapie

3-En fonction des germes

B/ DRAINAGE DE POSTURE:

/__/

1-oui 2-non

Q18 EVOLUTION CLINIQUE:

/__/

1-Favorable

2-Non favorable

3-Décès

Q19- RADIOLOGIQUE:

Résolution:

/__/

1-oui 2-non

Cavités résiduelles:

/__/

1-oui 2-non

Q20- DUREE D'HOSPITALISATION EN JOURS:

/__/

FICHE SIGNALÉTIQUE

Nom : FALL Prénom : IBRAHIM

Titre : ABCES DU POU MON A PROPOS DE 60 CAS COLLIGES DANS LE SERVICE DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE DU CHU DU POINT-G.

Année : 2005-2006

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : santé publique, pneumologie.

Résumé : Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive qui s'est déroulée dans le service de pneumo-phtisiologie de janvier 1999 a décembre 2004. L'abcès du poumon est une pathologie peu fréquente 1,87% de nos hospitalisations. L'affection survient beaucoup plus chez l'adulte jeune de sexe masculin et de rang social bas. La plus part de nos abcès siégeait au lobe inférieur droit. Plus de la moitié des patients ont une évolution clinique favorable et une résolution radiologique par le seul traitement médical. Dans notre étude nous avons eu un taux de décès élevé et une association fréquente de la maladie avec l'infection VIH.

Mots clés : abcès du poumon, pneumo-phthisiologie. _

Summary

This is a retrospective and descriptive study which took place from January 1999 to December 2004 in the pneumo-phthisiology department. The lung abscess is a pathology not very regular, only 1,87% of the hospitalized cases. The disease occurs more to the masculine power class adults.

Most of the concerned abscesses were found in the right lower lobes. More than half of our patients presented favorable clinical evolutions and on x-ray examination resolutions by the only medical treatment.

In this present study we came to a high death rate and a regular connection of the disease to H.I.V infection.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail, je ne participerai a aucun partage clandestin d'honoraires.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrais à leurs enfants, l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leurs estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Je le jure !!!