

# L'ABCES PRIMITIF DU POUMON : A PROPOS DE 81 OBSERVATIONS

FADIGA (D)\*, YAPI (A)\*, KOFFI (N)\*\*, N'GOM (A)\*\*, KAYENTAO (D)\*\*, COULIBALY (N)\*\*\*

## RESUME

**Quatre vingt un abcès primitifs du poumon sont hospitalisés de 1980 à 1986.**

**Les observations présentées concernent surtout les hommes avec un âge moyen de 51,6 ans. Les infections respiratoires supérieures, les antécédents pulmonaires sont retrouvés dans 32 % des cas et 29 % des malades sont des éthyliques avérés. Le syndrome clinique est celui d'une pneumopathie aiguë, avec expectoration fétide ou hémoptoïque, la vomique est rare.**

**Radiologiquement, les abcès se répartissent d'une manière uniforme dans les deux champs sans prédominance de segment. La bactériologie affirme l'importance des germes gram négatif et du staphylocoque.**

**Le traitement médical, par une antibiothérapie générale, poursuivie suffisamment longtemps permet de guérir 88,8 % des malades.**

**Les décès qui surviennent sur des terrains tarés se produisent dans 11 % des cas.**

**MOTS CLES : Abcès du poumon, Suppuration pulmonaire, Image hydroaérique**

## SUMMARY

**81 cases of early lung abcess were hospitalized between 1980 and 1986.**

**The cases under discussion were 60 % men with an average age of 51,6 years. Upper respiratory infection and previous lung disorders 29 % of the cases confirmed alcoholics.**

**The syndrome is that of acute pneumopathie with foetid or bloody expectoration and rare vomiting.**

**Radiologically the abcess were uniformly divided over both fields without predominance in any other segment. Bacteriological study confirmed the presence of gram negative germs and staphylococci.**

**Medical treatment by general antibiotics cured 88,8 % of the patients after two or three months.**

**Death occurred in 11 % of the most damaged cases.**

## INTRODUCTION

L'abcès primitif du poumon est une suppuration collectée dans une cavité néoformée, creusée dans le poumon par une infection aiguë non tuberculeuse. Il correspond à l'image radiologique de cavité hydroaérique à haut niveau, ou encore à une pneumonie massive suppurée dont l'image pulmonaire est celle d'une opacité pulmonaire en voie de nécrose plus ou moins bien collectée.

Nous excluons ainsi les suppurations secondaires d'une cavité parenchymateuse préexistante, les suppurations en amont d'une sténose bronchique par corps étranger ou par tumeur, les suppurations impliquant une affection sous diaphragmatique.

Alors que l'antibiothérapie a depuis plus de 40 ans, modifié la physionomie de l'infection respiratoire, il nous a été donné de rassembler de 1980 à 1986, 81 observations d'abcès pulmonaire.

1980	10
1981	7
1982	14
1983	8
1984	15
1985	9
1986	8

## NOS OBSERVATIONS

### A - FACTEURS EPIDÉMIOLOGIQUES ET ÉTIOLOGIQUES

1 - Les malades se répartissent selon le sexe comme suit.

SEXÉ	NOMBRE	%
HOMME	49	60
FEMME	32	40

Professeur FADIGA D. Service de Pneumologie  
22 BP 1023 ABIDJAN 22 (COTE D'IVOIRE)

\* Professeurs Agrégés  
\*\* Interne des Hôpitaux  
\*\*\* Professeur

## 2 - Répartition selon l'âge

AGE (ANS)	NOMBRE	%
10 - 20	3	3,70
21 - 30	8	9,87
31 - 40	13	16,04
41 - 50	20	37,03
51 - 60	21	25,92
PLUS DE 60	6	7,40

## 3 - Les facteurs en cause ou prédisposant

- L'existence d'antécédents pulmonaires est constatée chez un cinquième de nos malades (16 cas) : La bronchite chronique est retrouvée 3 fois, avec en outre, des bronchectasies 9 cas, de l'asthme 2 cas, des pneumopathies aiguës 2 cas.
- Cette pathologie est associée à un éthylisme chronique (24 fois) et un tabagisme (12 fois).
- 4 des malades présentaient une endométrite du post partum ; le diabète sucré est noté 2 fois.
- La participation des voies aériennes supérieures dans le processus infectieux a été retrouvée dans 10 cas (sinusite, affections gingivo-dentaires).
- Chez 20 de nos malades (soit 25 %) aucun facteur précis n'a été décelé.

**INFECTIONS PULMONAIRES**

. D.D.E. ....	9
. Bronchite chronique.....	3
. Asthme.....	2
. Pneumopathie aiguë.....	2

**INFECTIONS DES VOIES AERIENNES SUPERIEURES**

. Sinusite.....	6
. Abcès dentaire.....	3
. Otite.....	1

**AUTRES FACTEURS**

. Alcool.....	24
. Tabac.....	12
. Endométrite.....	4
(Post Partum)	
. Diabète sucré.....	2
. Aucune étiologie.....	20

## 4 - Période de l'année

MOIS	NOMBRE	%
Janvier	10	
Février	6	
Mars	7	
Avril	8	
Mai	6	
Juin	8	
Juillet	7	
Août	5	
Septembre	5	
Octobre	7	
Novembre	4	
Décembre	8	

**B - SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE**

Elle est classique : le tableau de syndrome fébrile accompagné de signes fonctionnels pulmonaires d'installation brutale est décrit dans près des 2/3 des cas (61 cas). Dans 16 fois des cas, elle est d'installation progressive.

On note néanmoins une apyrexie chez 4 malades. Dans la majorité des cas, l'abcédation a été insidieuse ; la vomique n'a été observée que chez 16 malades. L'expectoration est presque constante (79 fois) de même que la fétidité de l'haleine (62 fois), les crachats hémoptoïques sont fréquents (44 fois). La douleur thoracique est notée 50 fois.

L'altération de l'état général, avec amaigrissement existe presque toujours (75 fois).

**Durée d'évolution**

JOURS	NOMBRE	FREQUENCE %
1 - 7	10	12,3
8 - 15	18	22,2
15 - 30	13	17
31 - 45	24	29,8
Sup. à 45	16	19,7

### SIGNES DE DEBUT

° Température et signes fonctionnels pulmonaires :	77 fois (95 %)
° Baisse de l'état général	75 fois (92 %)

### SYMPTOMES

° Expectoration	79 fois (97 %)
° Fétide	62 fois (76 %)
° Hémoptoïque	44 fois (54 %)
° Vomique	16 fois (19,9 %)
° Douleur thoracique	50 fois (61,7 %)

### C - DONNEES RADIOLOGIQUES

° La répartition topographique des abcès est la suivante :

- Localisation multiples	4
- Poumon droit	55
. Lobe supérieur	35
. Lobe moyen	8
. Lobe inférieur	12
- Poumon gauche	22
. Lobe supérieur	16
. Lobe inférieur	6

L'importance de la suppuration est plus difficile à schématiser. Quatre fois, les abcès (staphylocociques) étaient multiples - Vingt quatre fois, l'aspect radiologique réalisait une pneumopathie suppurée avec plusieurs niveaux liquidiens - 53 fois, l'abcès était unique.

Chez 8 malades, un discret épanchement homolatéral accompagnait l'abcès. Il s'agissait d'un liquide sérofibrineux, riche en polynucléaires plus ou moins altérés. Les cultures de ces liquides étaient stériles.

### D - DONNEES BACTERIOLOGIQUES

La difficulté de l'identification du germe ou des germes responsables des abcès du poumon a été maintes fois soulignée.

Chez 54 malades, un ou plusieurs germes qui peuvent être considérés comme responsables ont été isolés par l'examen de l'expectoration et/ou celui du produit d'aspiration

bronchique (tous les malades, sauf 3 décédés précocement, ont subi une fibroscopie bronchique).

Par ordre de décroissance, les germes isolés sont les suivants :

1 - Staphylocoque	33
2 - Pneumocoque	24
3 - Protéus	5
4 - Klebsiella pneumoniae	4
5 - Entérocoque	4
6 - Pseudoma aéroginosa	2

### E - DONNEES DE L'HEMOGRAMME

Leucocytose, polynucléose, anémie sont habituelles.

Dans 2/3 des cas (61 cas) la leucocytose par mm<sup>3</sup> était supérieure à 11 000.

### F - TRAITEMENT ET EVOLUTION

L'antibiothérapie, associée à la kinésithérapie et aux fluidifiants, est mise en route dès l'hospitalisation du malade. Elle fait appel à une association de deux antibiotiques à large spectre, couvrant les germes gram positif et gram négatif.

Si une staphylocoécie est soupçonnée par la notion d'une porte d'entrée, par le contexte septicémique, les pénicillines sémi-synthétiques du groupe M, sont prescrites. Le traitement est ensuite adapté en fonction des antibiotiques. L'antibiothérapie par voie générale est poursuivie plusieurs semaines en fonction de l'évolution clinique et radiologique.

La durée du traitement a été inférieure à 60 jours pour 49 malades soit 60,4 % des cas. Pour cette série, les antibiotiques sont actifs vis à vis des signes cliniques en 15 à 20 jours.

Les signes radiologiques ont une évolution plus lente et dans 27 cas, les malades gardent des petites cavités ou opacités résiduelles.

Le traitement fut prolongé pour 32 malades. La guérison fut acquise sans séquelles pour 21 d'entre eux, après plus de 90 jours d'antibiothérapie.

## RESULTATS

- Favorable	49 soit 60,4 %
. moins de 2 mois	
* sans séquelles Rx	22 soit 27,1%
* avec séquelles Rx	27 soit 33,3 %
- Prolongée	23 soit 28,4 %
. plus de 3 mois	
* avec guérison	6 soit 7,5 %
* avec séquelles	17 soit 20,9 %
- Décès	9 soit 11,2 %

## II - COMMENTAIRES

### A - FACTEURS EPIDEMIOLOGIQUES ET ETIOLOGIQUES

. La présente série est très comparable aux autres séries rapportées en ce qui concerne la prédominance masculine (60 % des cas) ; le pourcentage de 40 % de sujets est supérieur à celui donné par KOURILSKY (15 %) ou par GALY (18 %).

. L'âge moyen avoisine la cinquantaine (âge moyen = 51,6) avec une prédominance de 40 à 60 ans (62,96 %) (51,9 selon FESSIER et Coll.).

. Les facteurs étiologiques retrouvés se superposent à ceux cités dans la littérature.

### B - SYMPTOMATOLOGIE CLINIQUE

- La symptomatologie clinique n'offre pas de particularité.

Nous n'avons observé que 16 cas de vomique franche (19,7 %). Celle-ci semble réservée aux suppurations très étendues : 6 fois sur 18 abcès pour DECROIX et Coll.

- L'expectoration était hémoptoïque dans 54 % des cas, ce qui est largement supérieur aux autres séries :

- 27 % pour DECROIX et Coll.
- 30 % pour LAGEZE et Coll.
- 38 % pour SHAFRON et TATE
- 45 % pour COLLINS et Coll.
- 52 % pour SCHWEPPE et Coll.

Nous n'avons pas observé les hémoptysies graves notées par THOMS et Coll.

La fétidité de l'haleine est notée dans 76 % des cas.

- La durée des symptômes cliniques avant la mise au traitement est assez longue puisque 49,5 % de nos malades avaient des symptômes depuis plus d'un mois.

Cette donnée est très importante puisque la précocité du traitement semble un élément majeur du pronostic des abcès du poumon. KOURILSKY et Coll. ont obtenu 90 % de succès par le traitement médical lorsque la symptomatologie clinique durait depuis moins d'un mois.

En revanche, ils ont observé un passage à la chronicité dans respectivement 25, 40 et 62 % des cas, selon que le traitement commençait d'un à trois mois, trois à six mois après le début des signes cliniques.

BARNETT et HERRING n'ont connu qu'un seul échec du traitement médical. Parmi 28 cas évolutifs depuis moins de quatre semaines, ils ont au contraire, enregistré 5 échecs parmi 20 cas dont la symptomatologie excédait quatre semaines.

Il semble que cette durée soit nettement plus courte dans les séries anciennes en Europe.

(Voir tableau).

**Tableau : Durée des symptômes cliniques avant le début du traitement.**

	DUREE DES SYMPTOMES	% DES CAS
KOURILSKY et Coll. (1955)	Supérieure à 1 mois	73,4
SCHWEPPE et Coll. (1961)	Supérieure à 1 mois	60
LAGEZE et Coll. (1965)	Supérieure à 1 mois	16
SHAFRON et Coll. (1968)	Supérieure à 6 semaines	28
COURY et Coll. (1972)	Supérieure à 1 mois	12,5
NOTRE SERIE	Supérieure à 1 mois	49,5

### C - ASPECTS RADIOLOGIQUES

La répartition topographique des abcès dans notre série est comparable à celle publiée ailleurs.

## D - DONNEES BACTERIOLOGIQUES

L'étude bactériologique des suppurations pulmonaires est difficile et délicate à interpréter. Nos résultats semblent néanmoins comme ceux d'ERIKSEN et Coll. et de COURY et Coll., mettre en évidence la fréquence importante des infections dues au staphylocoque doré et aux germes gram négatif.

## E - RESULTATS

Nos résultats sont difficilement comparables à ceux des autres auteurs pour plusieurs raisons :

- les critères de définition des abcès primitifs varient selon les auteurs,
- de nombreuses séries étrangères, notamment américaines, excluent les abcès dus au staphylocoque doré et au Klebsiella Pneumoniae,
- les critères de succès et d'échec du traitement médical

diffèrent également selon les auteurs.

Les différences d'appréciation expliquent les divergences des résultats obtenus, notamment en ce qui concerne la mortalité des malades atteints d'abcès du poumon. Celle-ci varie selon les auteurs de 0 à 36,3 %. Les meilleurs résultats concernent les séries excluant les abcès dus au staphylocoque doré et à Klebsiella Pneumoniae. Ces germes sont souvent générateurs de suppurations pulmonaires tenaces ou gravissimes au cours desquelles la mortalité peut atteindre 30 à 50 %.

Pour notre part, nous avons obtenu par le seul traitement médical, la guérison dans 72 cas (soit 88,8 %). La guérison était clinique et radiologique dans 28 cas (soit 34,5 %).

Ces pourcentages sont un peu moins favorables que ceux de LAGEZE et Coll. : 70 % des cas, et de BARNETT et HERRING : 68 % des cas.

Auteurs	Année d'observation	Nb d'abcès	Nb décès	% décès	Remarques
Wolcott et Coll. (1961)	1956-1959	8	36,3		
Bernhard et Coll. (1963)	1950-1958	148	9	5	- Staphylo.   Exclus - Kl. Pn.
Weiss et Flippin (1967)		25	0	0	- Staphylo.   Exclus - Kl. P.n.
Coury et Coll. (1962)	1963-1967	40	5	12,5	
Notre série	1980-1986	81	9	11,2	

Nous avons observé la persistance d'une bulle résiduelle dans 54,2 % (séquelles minimes) de nos cas. Il s'agit d'une clarté finement cerclée dans un parenchyme sain.

## CONCLUSION

L'abcès primitif du poumon, moins fréquent sans doute

qu'autrefois, reste une maladie grave. Le traitement antibiotique prolongé, par voie générale, permet une guérison dans 88,8 % des cas, avec des séquelles rares ou minimes.

Une prévention des infections des voies respiratoires supérieures et le traitement correct de toute pneumopathie aiguë devrait diminuer la fréquence de l'abcès.

## BIBLIOGRAPHIE

- 1 - CLENET P.A.  
L'abcès Primitif du Poumon - A propos de 39 cas - Thèse, Bordeaux, 1971, n° 214.
- 2 - COCHETON J.J. et POULET J.  
Abcès du poumon  
Enycl. Med. Chir., Paris, Poumon, 6 - 1977, 6003 - F 10.
- 3 - Revue du Praticien  
Les Suppurations Pulmonaires - 1970, XX, 14.
- 4 - SALAGER J. et MILLION A.  
A propos de guérisons médicales sans séquelles d'abcès du poumon à évolution aiguë.  
Lyon Med. 1972, 226, 18, 665 - 667.
- 5 - STEIN KOM, RAQUE C.R., HARREL D;D; et SAMITZ M.M.  
Abcès pulmonaire, complications des stéroïdes dans le pemphigus bulleux.  
Arch. Dermat. Chicago - 1970, 102, 674-676.
- 6 - TESSIER R. et Coll.  
L'abcès Primitif du Poumon - A propos de 56 cas - Bordeaux Med. 1973, 5, 609 - 614.
- 7 - THOMS NOW, PURO H.E. et ARBULU A.  
Valeur de l'hémoptysie dans l'abcès du poumon.  
J. Thor. Cardiovasc - Surg, 1970, 59, 617 - 629.
- 8 - VIDAL J. et VELL  
Abcès pulmonaire à minima.  
Marseille Med. 1971, 108, 655 - 659.
- 9 - RANSON-BITKER J.  
Comparaison entre l'exploration isotopique pulmonaire et la bronchospirométrie.  
Rev. Fr. Mal. Resp. 1975, suppl. 1, 101 - 115.
- 10 - POULET J., COCHETON et ALMOSNI M.  
Les Corps Etrangers intrabronchiques de l'adulte.  
Sem. Hop. Paris, 1972, 48, 1719 - 1724.
- 11 - POULET J.  
Les abcès du poumon. Med. Int. 1967, 2, 191 - 197.
- 12 - MILLENEN, B.  
A propos de 38 observations - L'Abcès du Poumon - Pathologie actuelle  
Thèse Paris, 1974 N° 195, 59 pages.
- 13 - KREMER E.P.  
Abcès Pulmonaire et cardial à Nocardia.  
Med. J. Austr., 1972, 59, 538 - 540.
- 14 - LAGEZE P., GALY P. et BRUNE J.  
Les suppurations pulmonaires apparemment primitives de l'adulte.  
Résultats de la thérapeutique médicale sur une statistique de 110 observations consécutives.  
Rev. Med. Lyon, 1965, 14, 267 - 276.
- 15 - KERNBAUM S.  
Infections bactériennes chez les malades en immuno-suppression.  
Conc. Med., 1967, 98, 5, 557 - 566.
- 16 - GERBEAUX J., COUVREUR, TOURNIER G.  
Pathologie respiratoire de l'enfant.  
Flam. Med. Sc. édit. Paris, 1975.
- 17 - COURY Ch., DELEPIERRE F., LEVEL M.C.  
Résultat à long terme du traitement des abcès du poumon.
- 18 - COURY Ch. et DELPIERRE F.  
40 observations d'abcès primitifs du poumon de l'adulte étudiés avec un recul de 5 à 10 ans.  
Sem. Hôp., Paris, 1973, 49, 1587 - 1594.
- 19 - CHOUBRAC P. et HAAS COTT.  
L'abcès du poumon de l'adulte en 1975.  
Conc. Med., 1975, 97, 43, 6953 - 6964.
- 20 - CAPPEL R., SALHADIN H. et KLASTERSKY J.  
Apport de la ponction transtrachéale dans le diagnostic des infections et des néoplasie pulmonaires.
- 21 - BARIETY M., LESOBRE R., PALLAS, OVRY M.  
Anatomie pathologie des abcès du poumon.  
Jour. Fr. de Med. et Chir. Thor.  
1960, 14, 1, 1 à 64.