

Fait clinique

**REVUE TROPICALE
DE CHIRURGIE**
Association Malagasy de Chirurgie

A propos d'un cas d'empyème cloisonné de l'enfant: prise en charge non chirurgicale en milieu précaire.

Jonatana D¹, Rasataharifetra H^{*1}, Randrianambinina F²,
Herinirina SAE¹, Rakotovao HJL²

¹Service de Chirurgie Générale, CHU Analankinina, Toamasina, Madagascar
²Service de Chirurgie Thoracique, CHU-JRA, Antananarivo, Madagascar



Résumé

L'empyème pleural de l'enfant vu au stade de cloisonnement est fréquent dans les pays en développement. Une prise en charge en urgence est nécessaire. Nous en rapportons un cas chez un enfant de 30 mois. Le drainage thoracique n'était pas satisfaisant. L'échographie pleurale avait permis de confirmer la présence de cloison mais aussi de guider une ponction. Une amélioration clinique était obtenue avec une antibiothérapie mais il persistait une image séquellaire radiographique. Des séances de kinésithérapie respiratoire étaient prescrites et avaient permis de prévenir la formation d'adhérence pleurale, d'assurer une bonne expansion pulmonaire et d'éviter le recours à la chirurgie. Les particularités de la prise en charge dans notre contexte de pays en développement sont discutées.

Mots clés: Drainage; Empyème; Enfant; Kinésithérapie

Titre en Anglais: One case of loculated empyema in infant: management in non-specialised hospital.

Abstract

The pleural empyema in children seen at the loculated stage is common in developing countries. Urgent care is necessary. We report a case in a 30 month old child. Pleural drainage was unsuccessful. Pleural ultrasound confirmed the presence of loculated empyema but also guided a puncture. Clinical improvement was obtained with antibiotic therapy, but a radiographic sequelae image persisted. Respiratory physiotherapy sessions were prescribed and had helped prevent the formation of pleural adhesion, ensure good lung expansion and avoid the need for surgery. The specifics of care in our developing country context are discussed.

Key words: Child; Drainage; Empyema; Physiotherapy

Introduction

La pleurésie purulente ou empyème de l'enfant complique souvent une pneumonie, après une prise en charge inadap-tée ou tardive. La majorité des patients ne sont ainsi vus qu'au stade fibrino-purulent, avec cloisonnement associé, et à ce stade, le traitement conservateur seul n'est plus indiqué. L'avènement des fibrinolytiques et de la thora-coscopie ont permis une amélioration du pronostic dans les pays développés [1,2]. En Afrique, à défaut de plateau technique adéquat, la chirurgie classique représente la seule alternative lors des échecs de drainage [3,4]. La place de la kinésithérapie n'est pas encore bien établie à ce jour, mais trouverait son intérêt dans la réduction des séquelles et des adhérences pleurales [1,3]. Nous rappor-tons le cas d'un enfant de 30 mois, présentant une pleurésie gauche cloisonnée, avec un drainage partiellement efficace, laissant des séquelles radiologiques traitées par kinésithérapie respiratoire.

Observation

Il s'agissait d'un enfant de 30 mois, de genre féminin, adressée en consultation pédiatrique pour une toux sèche fébrile, évoluant depuis une semaine, traitée par amoxicil-line mais n'ayant pas eu d'amélioration notable. Elle n'avait aucun antécédent particulier, et était vaccinée cor-rectement selon le programme élargi de vaccination (PEV) de notre pays. Elle était alors admise en hospitalisation. L'examen clinique à son admission retrouvait une fièvre à 38°C, une fréquence respiratoire à 38 cycles / min, une fréquence cardiaque à 140 battements / min et un syn-drome d'épanchement pleural liquidien gauche. Le dia-gnostic de pleurésie était confirmé par la radiographie du thorax, retrouvant une opacité occupant plus du deux tiers de l'hémi-thorax gauche. Une ponction pleurale était réali-

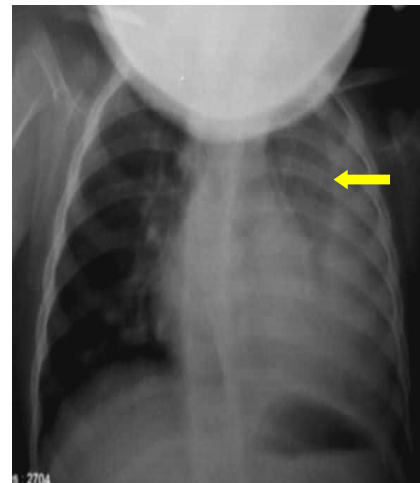


Fig.1: Radiographie pulmonaire: image d'épanchement résiduel gauche après ablation du drain (en faveur d'un cloisonnement du liquide)

sée pour examen cyto- bactério-chimique et avait ramené un liquide purulent, épais, non nauséabond, de faible quantité, ne permettant pas de soulager suffisamment l'en-fant. Une antibiothérapie probabiliste à base d'amoxicil-line et d'acide clavulanique était initiée en attendant le résultat de l'antibiogramme puis l'enfant était adressé en chirurgie pour un drainage pleural. Le drain pleural était posé sans incident, mais ne ramenant au total que 120cm³ sur 24 heures. Une radiographie thoracique de contrôle révélait une image d'opacité résiduelle persistante faisant suspecter un cloisonnement du liquide restant. Ceci était confirmé par une échographie pleurale, objectivant un liquide cloisonné et épais. Le drain était enlevé et une ponction évacuatrice était réalisée grâce au marquage échographique, permettant de ramener 180cm³ supplé-mentaire. Une amélioration clinique était obtenue en 24 heures, avec apyrexie, disparition de la dyspnée et diminu-tion de la fréquence des épisodes de toux. Néanmoins,

* Auteur correspondant

Adresse e-mail: drhanta.mada@gmail.com

¹ Adresse actuelle: Service de Chirurgie Générale, CHU Analankinina, Toamasina, Madagascar

l'image résiduelle radiologique persistait (figure 1). L'antibiothérapie initiale était poursuivie pendant 3 semaines, l'examen bactériologique du liquide étant revenu négatif. Par ailleurs, une kinésithérapie respiratoire était prescrite, poursuivie à sa sortie de l'hôpital, l'enfant étant sorti à J5 d'hospitalisation avec l'image radiologique séquellaire persistante. L'évolution était favorable cliniquement et radiologiquement (figure 2) avec disparition de cette image à 5 semaines de sa sortie, après 15 séances de kinésithérapie au total au rythme de 3 séances hebdomadaires.

Discussion

Chez l'enfant, l'étiologie la plus fréquente d'une pleurésie purulente est une origine pulmonaire, au décours d'une pneumonie (épanchement para-pneumonique) [1]. En Afrique subsaharienne, il est rapporté que les nourrissons sont les plus souvent touchés, et que la majorité n'est vu qu'au stade fibrino-purulent, avec formation de cloisons. Le pronostic est habituellement défavorable et amène à un risque élevé d'échec du traitement conservateur [2]. Le délai moyen de prise en charge est variable selon les auteurs, entre 2 à 3 semaines, mais dépasse constamment les 7 jours d'évolution lors de la consultation, avec toujours une notion d'antibiothérapie antérieure ou une prise de décoction traditionnelle. Dans la littérature, une prédominance droite des épanchements para-pneumoniques est rapportée, et peut être expliquée par la disposition anatomique de la bronche souche droite qui, avec sa trajectoire oblique proche de la verticale (20-30°), prolonge la trachée [3]. La radiographie du thorax est l'examen d'imagerie de première intention [5]. Elle a sa place dans le diagnostic et dans le suivi d'un empyème. Néanmoins, son intérêt est moindre par rapport à l'évaluation de la gravité et pour les cas de pleurésies enkystées [2]. L'échographie apparaît alors comme l'examen de choix. Elle permet non seulement de confirmer le diagnostic (présence de cloisons), mais également d'évaluer l'abondance du liquide, de guider les ponctions ou drainages, et tient une place de choix pour influencer la prise en charge thérapeutique, en plus d'avoir l'avantage de ne pas être irradiant et d'être facile d'accès [2,3,5]. Le scanner n'est pas demandé systématiquement, mais seulement en cas de doute diagnostique [5]. Dans notre observation, le diagnostic d'empyème cloisonné n'était posé qu'après l'échographie, et l'évacuation du liquide n'avait pu être complétée que sous guidage échographique. Nous n'avions pas eu recours au scanner. Sur le plan bactériologique, l'examen du liquide pleural a un faible rendement, avec un taux de négativité pouvant aller jusqu'à 47% du fait de la fréquence élevée de l'antibiothérapie pré-hospitalière. Les germes les plus fréquemment retrouvés sont les pneumocoques et staphylocoque aureus, avec des proportions variables selon les auteurs [3-5]. L'hémoculture n'est positive que dans 10% des cas [1]. Pour notre cas, la culture était négative et nous n'avions pas eu recours à l'hémoculture. La prise en charge thérapeutique des épanchements para-pneumoniques de l'enfant est sujette à beaucoup de controverse. La British Thoracic Society (BTS) recommande à court terme une bonne maîtrise du sepsis, reposant sur une antibiothérapie adaptée associée à une évacuation du liquide pleural, et à long terme, une prévention des séquelles (douleurs, syndrome restrictif) [6]. En France, il est retenu que le traitement évacuateur ne s'impose qu'à partir du stade fibrino-purulent [2]. Le choix de l'antibiothérapie probabiliste est différent selon les pays [3-5], mais classiquement un ou des antibiotiques sensibles aux

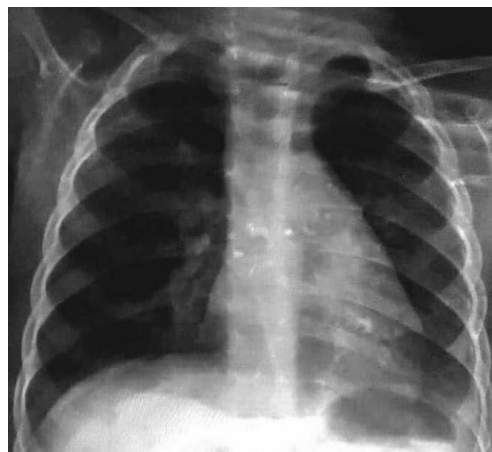


Fig.2: Radiographie pulmonaire de contrôle après 15 séances de kinésithérapie: disparition de l'image séquellaire et expansion pulmonaire satisfaisante

germes les plus retrouvés et à bonne diffusion pleurale sont prescrits. La référence est l'association amoxicilline - acide clavulanique ou une céphalosporine de 3ème génération et métronidazole. Celle-ci sera ensuite adaptée au résultat de l'antibiogramme pour une durée comprise entre 3 à 6 semaines selon l'évolution. Le gros débat se pose surtout sur le choix du traitement évacuateur: thoracentèses répétées, drainage thoracique associé ou non à l'instillation de fibrinolytique, ou thoracoscopie de débridement [1]. Le drainage thoracique représente le traitement évacuateur de première intention recommandé par la BTS [6], longtemps utilisé seul en France, mais qui actuellement est associé à une instillation de fibrinolytique pour en améliorer le rendement et le pronostic du patient [1,2]. La thoracoscopie ou la chirurgie n'est recommandée que s'il y a persistance du sepsis et de la collection pleurale malgré le drainage [6]. La thoracoscopie est une technique fiable, bien tolérée, qui offre une meilleure issue par rapport à la chirurgie en termes de résultats postopératoires et de durée d'hospitalisation, avec moins de complications et de séquelles [1]. Sa pratique n'est pas encore d'usage courant en Afrique subsaharienne au même titre que l'utilisation de fibrinolytique [3,4]. Leurs indications auraient été licites dans notre observation devant la présence du cloisonnement et devant la persistance d'opacité liquidienne après traitement évacuateur, mais leurs indisponibilités nous obligent à adapter notre prise en charge dans le souci d'éviter une chirurgie ouverte trop agressive pour un enfant. Pour notre observation, la bonne évolution clinique avec résolution du sepsis après drainage et thoracentèse écho guidée ainsi que la kinésithérapie respiratoire nous avait permis d'éviter la chirurgie. La kinésithérapie respiratoire avait pour but de réduire les séquelles fonctionnelles et d'empêcher la formation d'adhérences pleurales. Peu d'étude randomisée évalue réellement son efficacité dans la prise en charge des empyèmes pleuraux. Elle est largement utilisée en France, mais reste non recommandée par la BTS [1,6,7]. Dans certains pays d'Afrique, la kinésithérapie respiratoire n'a pas encore sa place dans la pratique quotidienne [3]. Sa pratique doit être faite sur une longue période, habituellement plusieurs mois [1]. Le délai de normalisation radiologique est habituellement de 1 à 16 mois [8]. La normalisation radiologique était obtenue à plus d'un mois de kinésithérapie pour notre cas, permettant d'éviter une chirurgie ultérieure pour les séquelles restrictives.

Conclusion

Malgré de nombreuses avancées observées ces dernières années en Occident, la prise en charge des empyèmes de l'enfant reste l'objet de controverses, notamment en ce qui concerne le traitement évacuateur et la place de la kinésithérapie respiratoire. Cette dernière, qui est largement utilisée en France, peut trouver son intérêt en Afrique dans l'optique de retarder ou d'éviter toute chirurgie ouverte abusive, lourde, devant la persistance d'opacité résiduelle malgré un drainage ou des thoracentèses répétées. L'amélioration radiologique peut être obtenue au bout d'un mois ou plus et la chirurgie ne sera envisagée que pour les séquelles fonctionnelles restrictives symptomatiques ou s'il y a persistance de toute image séquellaire au-delà de 6 mois.

Références

1- Letheulle J, Kerjouan M, Bénézit F, De Latour B, Tattevin P, Piau C,

et al. Les épanchements pleuraux parapneumoniques: épidémiologie, diagnostic, classification, traitement. *Rev Mal Respir* 2015; 32: 344-57.
 2- Guyon G, Allal H, Lalande M, Rodière M. Les pleurésies purulentes de l'enfant: expérience Montpelliéraine. *Arch Pediatr* 2005; 12: S54-7.
 3- Thiam L, Faye PM, Ba ID, Niang B, Boiro D, Seck N, et al. Les pleurésies purulentes de l'enfant: expérience du Centre Hospitalier National d'enfants Albert Royer de Dakar
 4- Garba M, Rabiou S, Kamaye M, Soumaila A, Alido S. Profil épidémiologique et pronostic de la pleurésie purulente chez l'enfant. *Journal Franco-Vietnamien de Pneumologie* 2015; 19: 49-54.
 5- Chibuk TK, Cohen E, Robinson JL, Mahant S, Hartfield DS. La pneumonie pédiatrique complexe: le diagnostic et la prise en charge de l'empyème. *Pediatr child health* 2011; 16: 428-9.
 6- Davies HE, Davies RJO, Davies CWH. Management of pleural infection in adults: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. *Thorax* 2010; 65: ii41-53.
 7- Bénézit F, Letheulle J, Kerjouan M, Desrues B, Jouneau S. Prise en charge des épanchements parapneumoniques compliqués : état des lieux des pratiques en France. *Rev Mal Respir* 2015; 32: 936-40.
 8- Blanc P, Dubus J-C, Bosdure E, Minodier P. Pleurésies purulentes communautaires de l'enfant. Où en sommes-nous? *Arch Pediatr* 2007; 14: 64-72.