

Le profil thérapeutique des pleurésies purulentes chez l'enfant : à propos de 68 cas

Z.BOUHSINI^{1,2}, K.ELFAKIRI^{1,2}, N.RADA^{1,2}, G.DRAISS^{1,2}, M.BOURROUS^{3,2}, M.BOUSKRAOUI^{1,2}

Service de pédiatrie A, Hôpital Mère-Enfant, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc
Service d'urgence pédiatrique, Hôpital Mère-Enfant, CHU Mohammed VI, Marrakech, Maroc
Laboratoire de Recherche l'Enfance, la Santé et le Développement, FMPM, Université Cadi Ayyad, Marrakech, Maroc

Introduction

La pleurésie purulente, ou empyème, est une pathologie thoracique caractérisée par la présence de liquide purulent dans la cavité pleurale, décrite dès Hippocrate en 500 av. J.-C..(1). Elle reste un problème de santé majeur, avec une morbidité élevée (2), particulièrement dans les pays en développement, en raison de facteurs tels que la malnutrition, le faible statut socio-économique et l'utilisation inadéquate d'antibiotiques. La prise en charge en pédiatrie, allant du traitement conservateur à la chirurgie, vise à drainer le pus, restaurer l'expansion pulmonaire et éviter les complications (3). Cette étude, menée sur 68 patients au CHU Mohammed VI, explore les approches thérapeutiques sur 10 ans pour optimiser la gestion de cette pathologie.

Matériels et méthodes

Cette étude rétrospective et descriptive, menée sur 10 ans (2013-2023) au service de pédiatrie A du CHU Mohammed VI de Marrakech, a inclus 68 enfants hospitalisés pour pleurésie purulente, diagnostiquée par l'aspect macroscopique du liquide pleural ou son analyse. Les pleurésies tuberculeuses ont été exclues. Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux et des registres d'hospitalisation, puis saisies et analysées à l'aide du logiciel Microsoft Excel, avec une vérification minutieuse pour garantir leur fiabilité.

Résultats

La pleurésie purulente représente 0.5 % des hospitalisations enregistrées, une prédominance masculine atteignant 65%. L'âge de nos patients varie entre 10 mois et 14 ans avec une moyenne d'âge de 8.4 ans. La fièvre a été notée dans 72% (54 cas), la toux dans 50% (40 cas), la dyspnée dans 19% (13 cas) et la douleur thoracique dans 24% (16 cas) et la détresse respiratoire dans 27% (19 cas). Un syndrome d'épanchement liquidien a été retrouvé dans 97% (66 cas). La pleurésie était de moyenne abondance dans 54 % (37 cas) et de localisation unilatérale dans 97% (66 cas). Le type purulent a été noté dans 46% des cas et le type trouble dans 27% des cas. Le traitement associe une antibiothérapie à large spectre chez 100% des patients et le drainage thoracique qui a été réalisé dans 53% des cas. La kinésithérapie était prescrite chez 62% de nos patients. La chirurgie thoracique a concerné 10% des patients : la thoracoscopie chez 3% des patients, la décortication pleurale chez 3% des patients et la thoracotomie dans 2%. La durée moyenne d'hospitalisation est de 13 jours. Il n'y avait aucune utilisation des agents fibrinolytiques dans notre contexte. L'évolution est jugée favorable dans 91% des cas, alors qu'elle était défavorable dans 9% des cas. Les complications sont la pachypleurite chez 3% des patients et un patient a gardé une poche pleurale persistante.



Figure 1: Pleurésie gauche de faible abondance



Figure 2: Pleurésie G de grande abondance



Figure 3: Pleurésie D de moyenne abondance

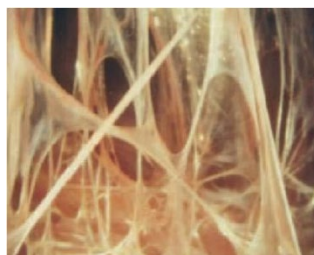


Figure 4: Vue thoracoscopique d'une pleurésie purulente au stade de collection (7)



Figure 5: Vue thoracoscopique d'une pleurésie purulente au stade d'enkystement(6)

Discussion

La moyenne d'âge dans notre étude (8 ans) est plus élevée que celle rapportée dans la littérature(4), confirmant une susceptibilité accrue des jeunes enfants aux pleurésies purulentes en raison de facteurs comme un système immunitaire immature et des infections respiratoires fréquentes(8). Une prédominance masculine a été observée (65 %, sex-ratio de 3), en accord avec les données de Ralph Epaud(9) et d'autres auteurs. Les symptômes principaux étaient la dyspnée et la douleur thoracique, contrairement à certaines études où la fièvre et la toux dominaient. Le pneumocoque a été identifié dans 53 % des cas, proche des 56 % rapportés par Long A. (Angleterre) mais supérieur aux 17 % observés par Hawkins J.A. (Amérique)(4). Les staphylocoques représentaient 10 %, en ligne avec Baram (Iraq, 7,4 %) mais inférieurs à Aydogan (Turquie, 17 %) (1). Le traitement antibiotique combinait amoxicilline, céphalosporines de 3^e génération et gentamicine, comme dans les études de Zampoli (6)(Afrique du Sud) et Epaud (9)(France). Le drainage thoracique a été pratiqué dans 36 cas, avec une durée moyenne de 4 jours, en accord avec Aydogan (6 jours). La fibrinolyse intrapleurale n'a pas été utilisée, contrairement aux recommandations de la British Thoracic Society(2), en raison de contraintes techniques et financières. La chirurgie, utilisée uniquement pour un cas (thoracoscopie diagnostique), est réservée aux échecs du drainage, suivant les recommandations actuelles (3). La kinésithérapie respiratoire, bien que non validée par des études randomisées, a été prescrite dans 62 % des cas pour prévenir les complications.

Conclusion

Au terme de notre étude rétrospective menée sur 68 patients, on en déduit que le meilleur choix thérapeutique dans notre contexte demeure l'antibiothérapie initiale couvrant le pneumocoque et le staphylocoque, Le recours au drainage thoracique et aux ponctions évacuatrices ne s'est pas avéré nécessaire pour l'amélioration du pronostic de nos patients, alors que la chirurgie thoracique reste réservée aux cas compliqués et persistants.

Références

- Jamal M, Reebye SC, Zamakhshary M, Skarsgard ED, Blair GK. Can we predict the failure of thoracostomy tube drainage in the treatment of pediatric parapneumonic collections? J Pediatric Surg. mai 2005;40(5):838-41.
- Finck C, Wagner C, Jackson R, Smith S. Empyema: development of a critical pathway. Semin Pediatric Surg. févr 2002;11(1):25-8.
- Ferguson AD, Prescott RJ, Selkon JB, Watson D, Swinburn CR. The clinical course and management of thoracic empyema. QJM. 1 avr 1996;89(4):285-90.
- Light RW. Parapneumonic Effusions and Empyema. Proc Am Thorac Soc. 1 mars 2006;3(1):75-80.
- Angurana SK, Kumar R, Singh M, Verma S, Samujh R, Singhi S. Pediatric empyema thoracis: What has changed over a decade? J Trop Pediatr. 1 juin 2019;65(3):231-9.
- Zampoli M, Kappos A, Wolter N, Von Gottberg A, Verwey C, Mamathuba R, et al. Etiology and Incidence of Pleural Empyema in South African Children. Pediatr Infect Dis J. déc 2015;34(12):1305-10.
- Taylor JL, Liu M, Hoff DS. Retrospective Analysis of Large-Dose Intrapleural Alteplase for Complicated Pediatric Parapneumonic Effusion and Empyema. J Pediatr Pharmacol Ther. 1 avr 2015;20(2):128-37.
- Zampoli M, Kappos A, Wolter N, Von Gottberg A, Verwey C, Mamathuba R, et al. Etiology and Incidence of Pleural Empyema in South African Children. Pediatr Infect Dis J. déc 2015;34(12):1305-10.
- Epaud R, Aubertin G, Larroquet M, Pointe HD le, Helardot P, Clement A, et al. Conservative use of chest-tube insertion in children with pleural effusion. Pediatr Surg Int. avr 2006;22(4):357-6