

EPANCHEMENT PLEURAL INFECTIEUX, EMPYEME THORACIQUE: INFECTION COMMUNAUTAIRE SUBAIGUE

• Aspects cliniques et commentaires

- Moins souvent associée à une pneumonie.
- Cours plus indolent que chez les patients avec une infection aiguë.
- Facteurs de risque d'infections à *Streptococcus pneumoniae* résistant à la pénicilline: voyage récent dans une région à haute endémicité, échec thérapeutique après un traitement de première ligne correctement dosé.
- Chez les patients avec un épanchement pleural aigu ou chronique, d'autres pathologies doivent être exclues: tuberculose, malignités, chylothorax, maladies auto-immunes (lupus érythémateux) [test cutané à la tuberculine, test de libération d'interféron gamma (IGRA), thoracocentèse diagnostique ou biopsie pleurale, cultures mycobactériennes, histologie, cytologie, ...].
Présence d'un exsudat typique en cas de tuberculose, présence prédominante de lymphocytes, concentration élevée de protéines et de lactate déshydrogénase, concentration basse de glucose, pH bas. Traitement anti-infectieux empirique pas indiqué (sauf en cas de température élevée), traitement approprié à définir après bilan diagnostique complet.

• Pathogènes impliqués

- *Streptococcus pneumoniae*.
- Autres streptocoques (groupe de *Streptococcus anginosus*).
- Anaérobies.
- Enterobacteriaceae.
- *Mycobacterium tuberculosis*.

• Traitement anti-infectieux empirique

- Régimes.
 - Patients sans facteurs de risque d'infections à *Streptococcus pneumoniae* résistant à la pénicilline.
 - Premier choix: amoxicilline-clavulanate.
 - Alternatives.
 - ▲ Céfuroxime + métronidazole.
 - ▲ Céfuroxime + ornidazole.
 - ▲ Ceftriaxone + métronidazole.
 - ▲ Ceftriaxone + ornidazole.
 - Patients avec facteurs de risque d'infections à *Streptococcus pneumoniae* résistant à la pénicilline.
 - Ceftriaxone + métronidazole.
 - Ceftriaxone + ornidazole.

En cas de sensibilité prouvée à la clindamycine, un switch vers cet antibiotique est indiqué en raison de sa bonne pénétration tissulaire (également valable pour le traitement séquentiel par voie orale).
- Posologies standard.
 - Amoxicilline-clavulanate: (2 g amoxicilline + 200 mg clavulanate) iv q8h ou (1 g amoxicilline + 200 mg clavulanate) iv q6h.
 - Ceftriaxone: 2 g iv q24h.
 - Céfuroxime: 1,5 g iv q8h.
 - Clindamycine: 600 mg iv q8h.
 - Métronidazole: 500 mg iv q8h ou 1,5 g iv q24h.
 - Ornidazole: 1 g iv q24h.
- Durée totale du traitement anti-infectieux adéquat (empirique + documenté).
 - Recommandation générale: 14 à 28 jours.
 - La durée optimale varie en fonction du pathogène impliqué et de l'efficacité du drainage, mais n'a pas été définie sur base d'études cliniques randomisées. Certains experts traitent jusque 7 à 10 jours après la défervescence, d'autres jusque 4 semaines après le drainage.