

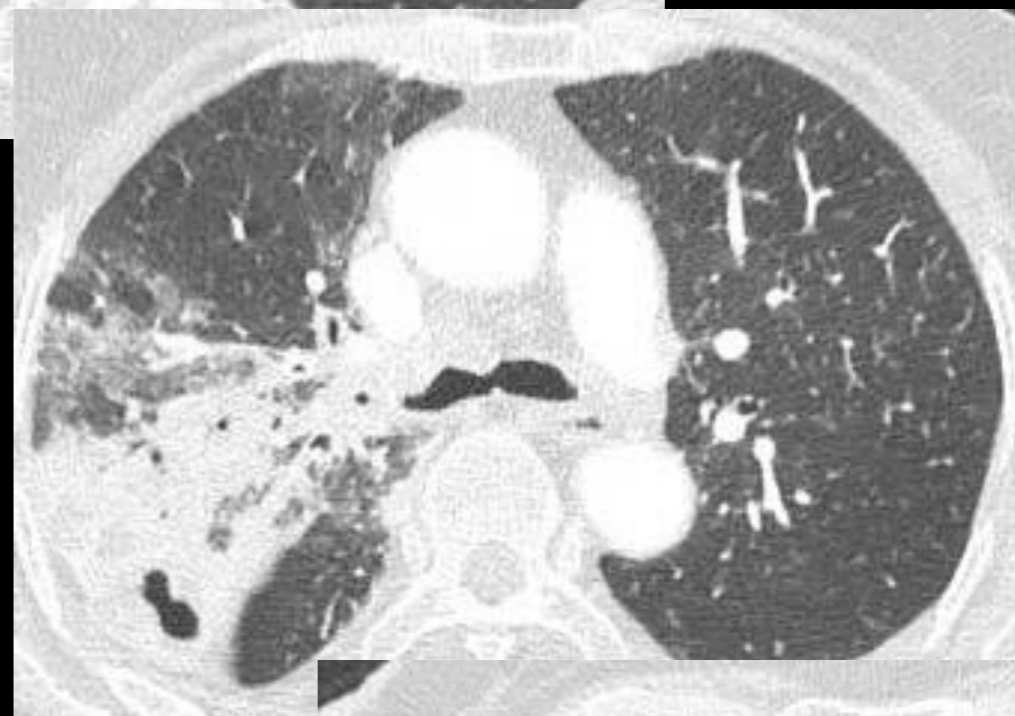
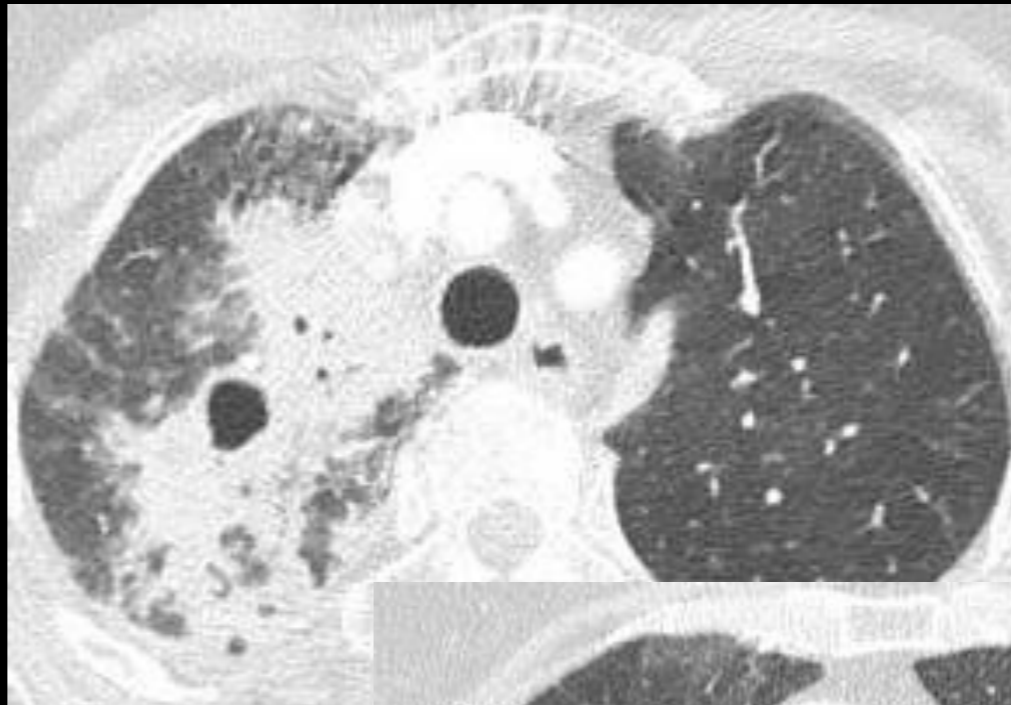
patiente de 78 ans, AEG, toux . ATCD d'embolie pulmonaire ;

**pseudopolyarthrite traitée par corticoïdes d'août à septembre 2014 mars**



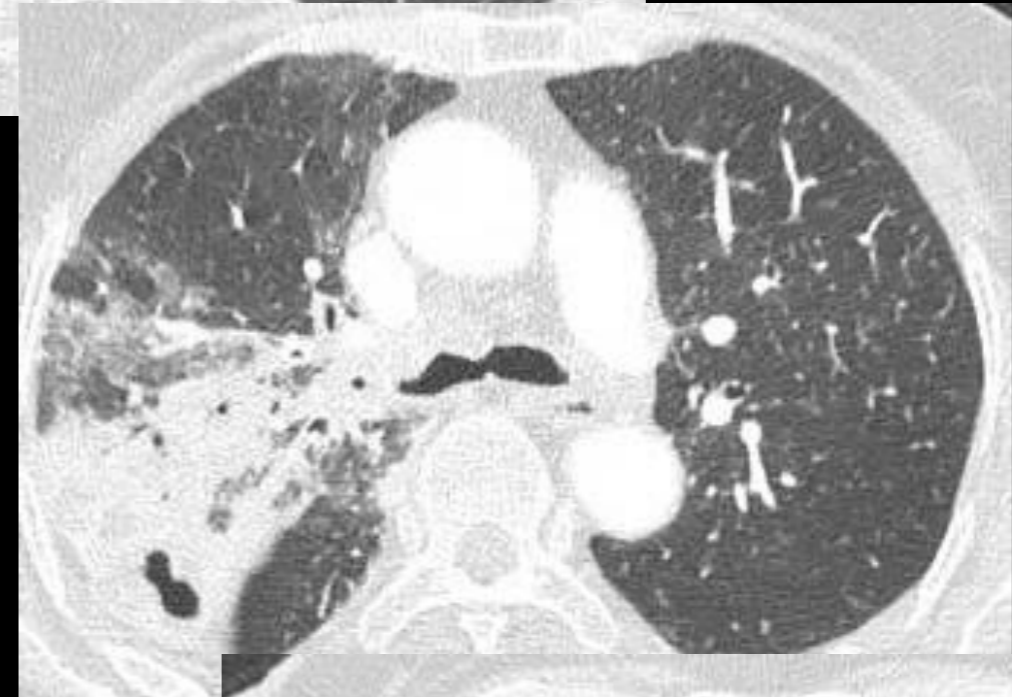
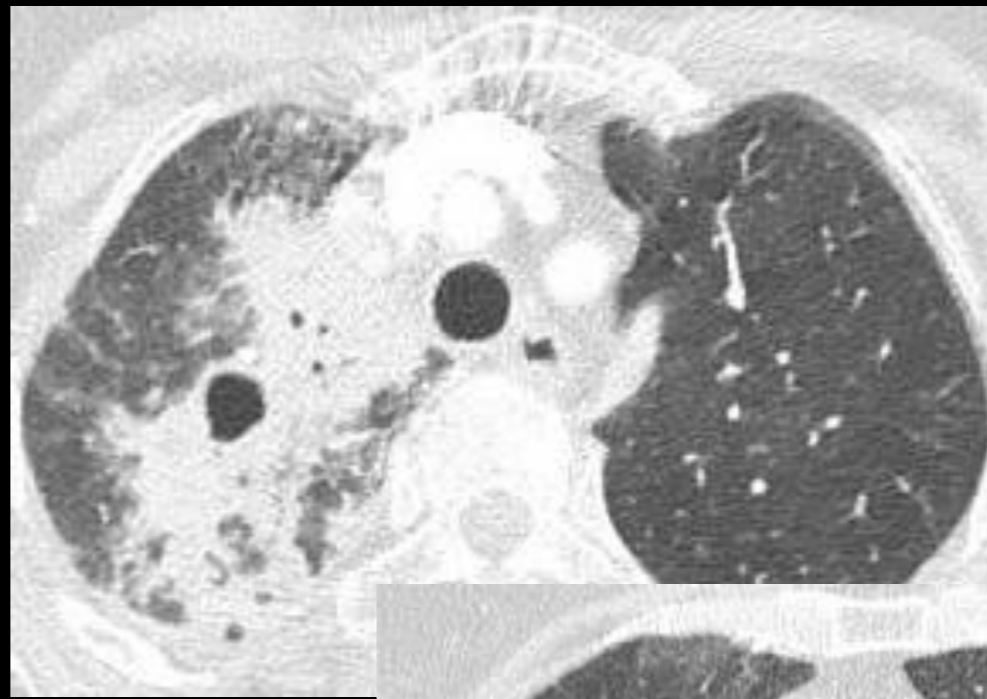
Alexia Savignac IHN

septembre 2014



toux avec expectorations muco-purulente,  
fièvre, sd inflammatoire biologique  
évolution favorable sous ATB probabiliste par  
Augmentin 7j

septembre 2014



multiples foyers de condensation avec multiples zones excavées de petite taille, en lieu et place de foyers de verre dépoli précédemment visibles

réhospitalisation en octobre pour la même symptomatologie

fibroscopie bronchique avec biopsie d'éperon : muqueuse bronchique normale

recherche de mycobactéries négative

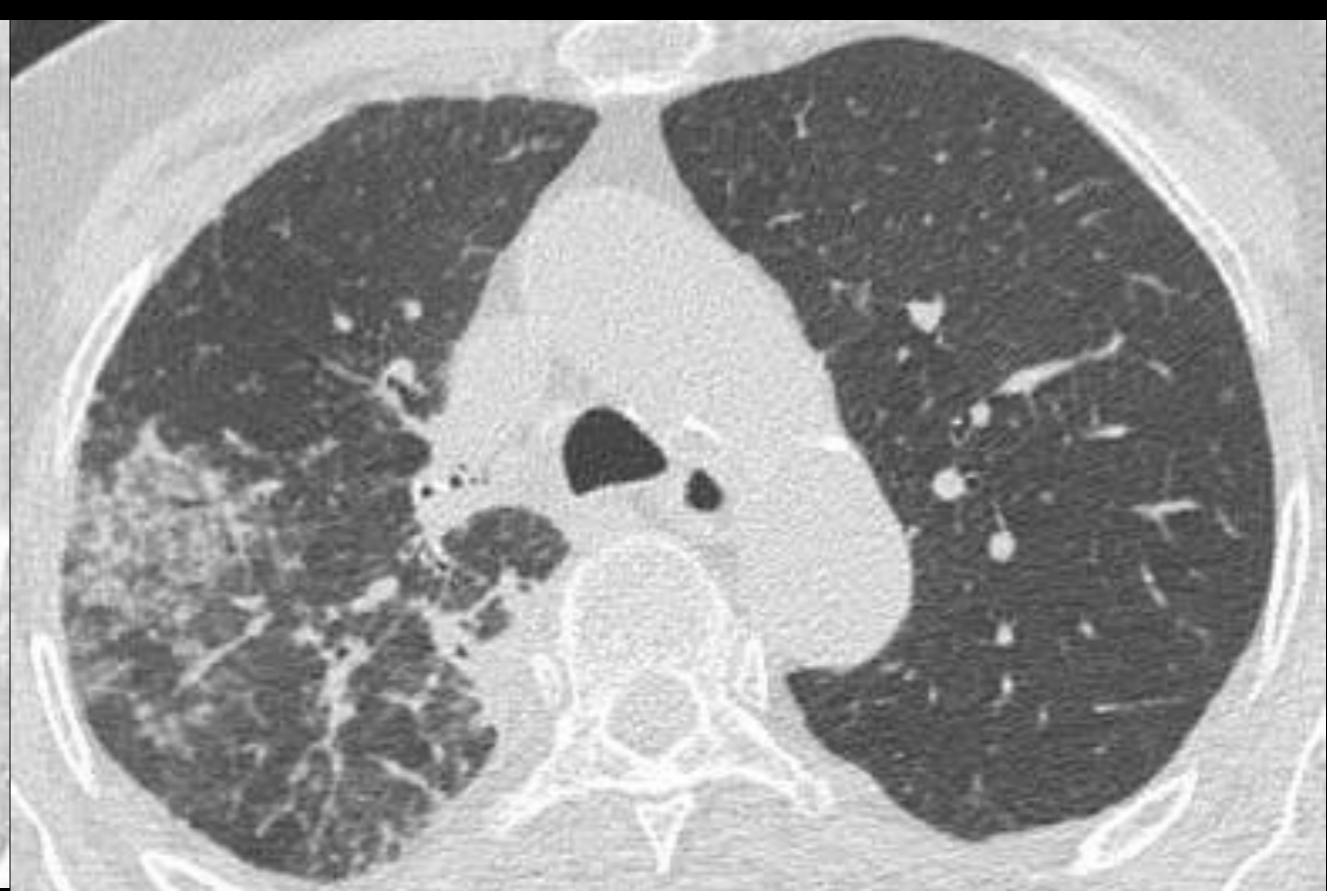
sérologie aspergillaire négative

2 ECBC et l'aspiration bronchique réalisée en fibroscopie mettent en

évidence du **Nocardia**

traitement par Augmentin, amélioration clinique

• janvier 2015



nette régression des foyers de condensation parenchymateuse et des opacités excavées

# Pneumopathies nécrosantes

Klebsiella pneumoniae

Streptococcus pneumoniae

Pseudomonas aeruginosa

SARM

anaérobies (inhalation)

fongiques/ aspergillose

actinomycose/ Nocardia

BK

# Nocardiose



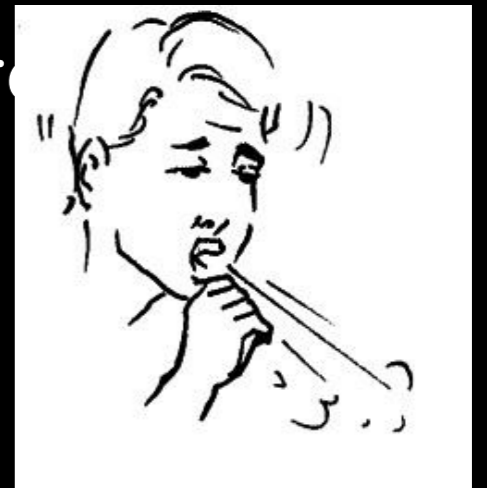
- infection granulomateuse et suppurative, **localisée ou disséminée**
- rare, après 50 ans, **immunodéprimés** ++ mais possible chez les immunocompétents
- **inhalation** de germes le + souvent (forme pulmonaire), possible contamination de plaie

- Nocardia = bactérie G+, **actinomycète aérobie** (filaments ramifiés, mi chemin bactérie/champignon), saprophyte dans le sol
- inf humaine germes les + fréquents (42 espèces pathogènes pour l'homme) = **Nocardia astéroïdes et abcessus**
- diagnostic bactériologique difficile nécessite souvent un prélèvement tissulaire (ponction biopsie transpariétale sous scanner, biopsie transbronchique, biopsie chirurgicale) => **seul diagnostic formel = mise en évidence et identification du germe**



# Nocardiose - facteurs de risque

- **immunodépression** : corticothérapie au long cours (hémato, greffe, LED), granulomatose, éthyliste chronique, diabète, VIH
- parfois maladie pulmonaire sous jacente : emphysème, bronchite chronique, asthme, bronchectasies, sarcoïdose, tumeur ORL ou bronchopulmonaire, DDB
- clinique : évolution le plus souvent **subaiguë ou chronique**, toux, expectorations purulentes, T°, AEG

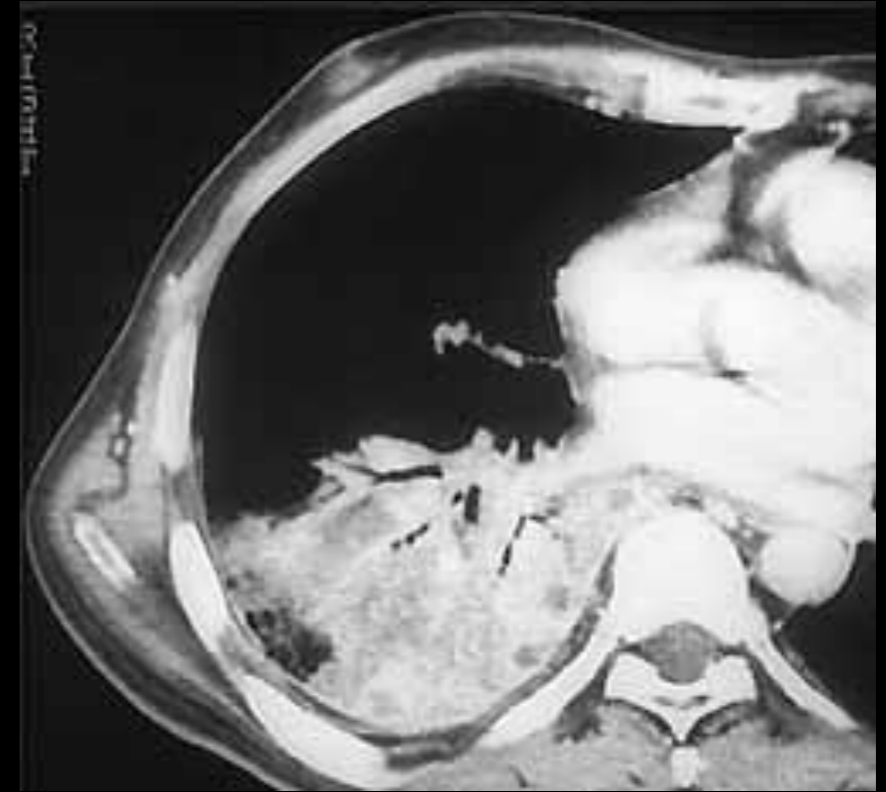


# Nocardiose- imagerie

- Bronchopneumonie subaiguë ou chronique, souvent nécrosante avec abcès multiples
- condensations lobaires, multifocales, nodules ou masses multiples à bords irréguliers/spiculés ou mal définis, excavation fréquente, épaissements pleural



- possible diffusion à la paroi thoracique, destruction costale et **trajet fistuleux**, **extension aux corps vertébraux**



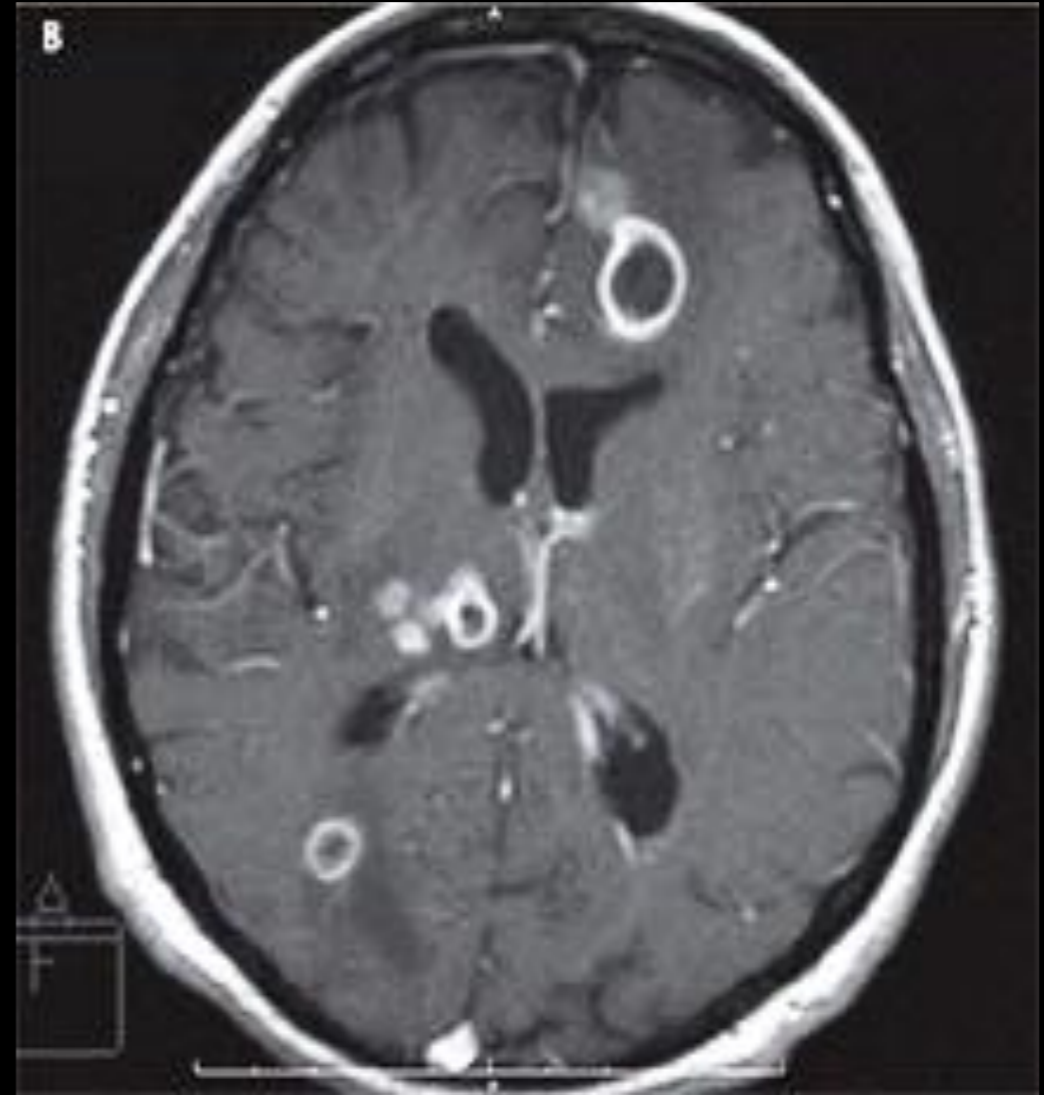
- possible extension médiastinale et médiastinite chronique fibreuse
- chronicisation chez non ID : **pneumonie chronique fibrosante sous pleurale**



# Nocardiose- atteintes extra pulmonaires

- **cérébrale ++** : un ou plusieurs abcès, souvent rupture dans le système ventriculaire => tableau de méningo-encéphalite

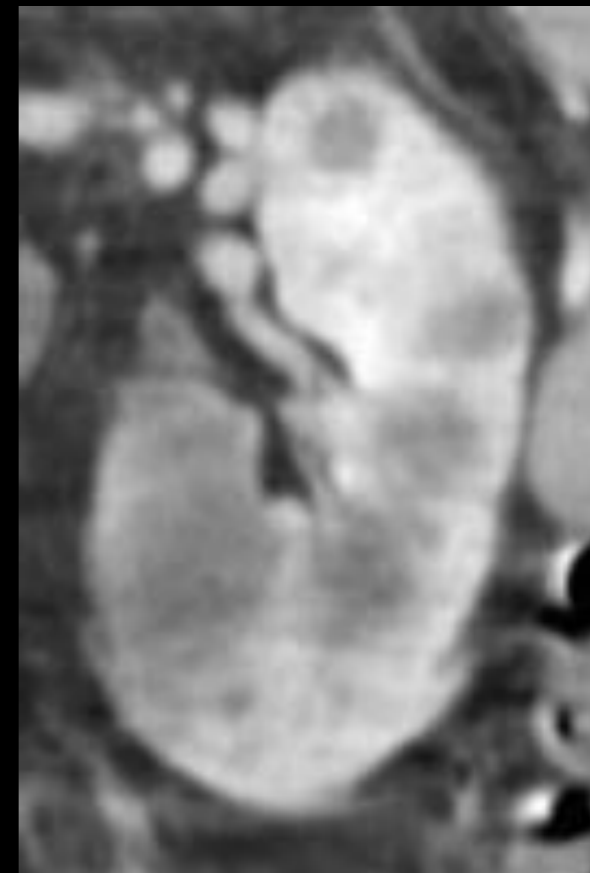
- devant atteinte pulm + cérébrale penser aussi **pneumocoque, BK, cryptocoque, histoplasmosse, bactérioides, aspergillose**



**cutanée** et sous-cutanée : abcès,  
cellulite (cicatrices++), lymphangite,  
mycétome



• **disséminée** : plèvre et paroi thoracique,  
œil, foie, ganglions, rein, etc.



# Abcès pulmonaires

cavité, masse sphérique à paroi d'épaisseur irrégulière **rehaussée**, hypodensité ou excavation centrale

dans la plupart des cas complication d'un foyer localisé de bronchopneumonie, tissu central nécrosé entouré par une zone de granulation +/- tissu fibreux

abcès multiples possibles en cas de bronchopneumonie diffuse

plus de germes **anaérobies** (inhalation > FDR = OH, mauvaise hygiène buccale, épilepsie, troubles de la motilité œso, dysfonction bulbaire)

chronicisation plus fréquente, AEG



# Pneumopathie nécrosante

multiples cavités nécrotiques hypodenses  
(parfois une seule, pnp focale nécrosante)

en général de **petite taille**, < 1 cm puis confluent

pas de paroi rehaussée (embolies septiques ++)

plus de germes **aérobies**

**localisation moins fréquente aux segments gravito-dépendants (moins liée à une inhalation)**

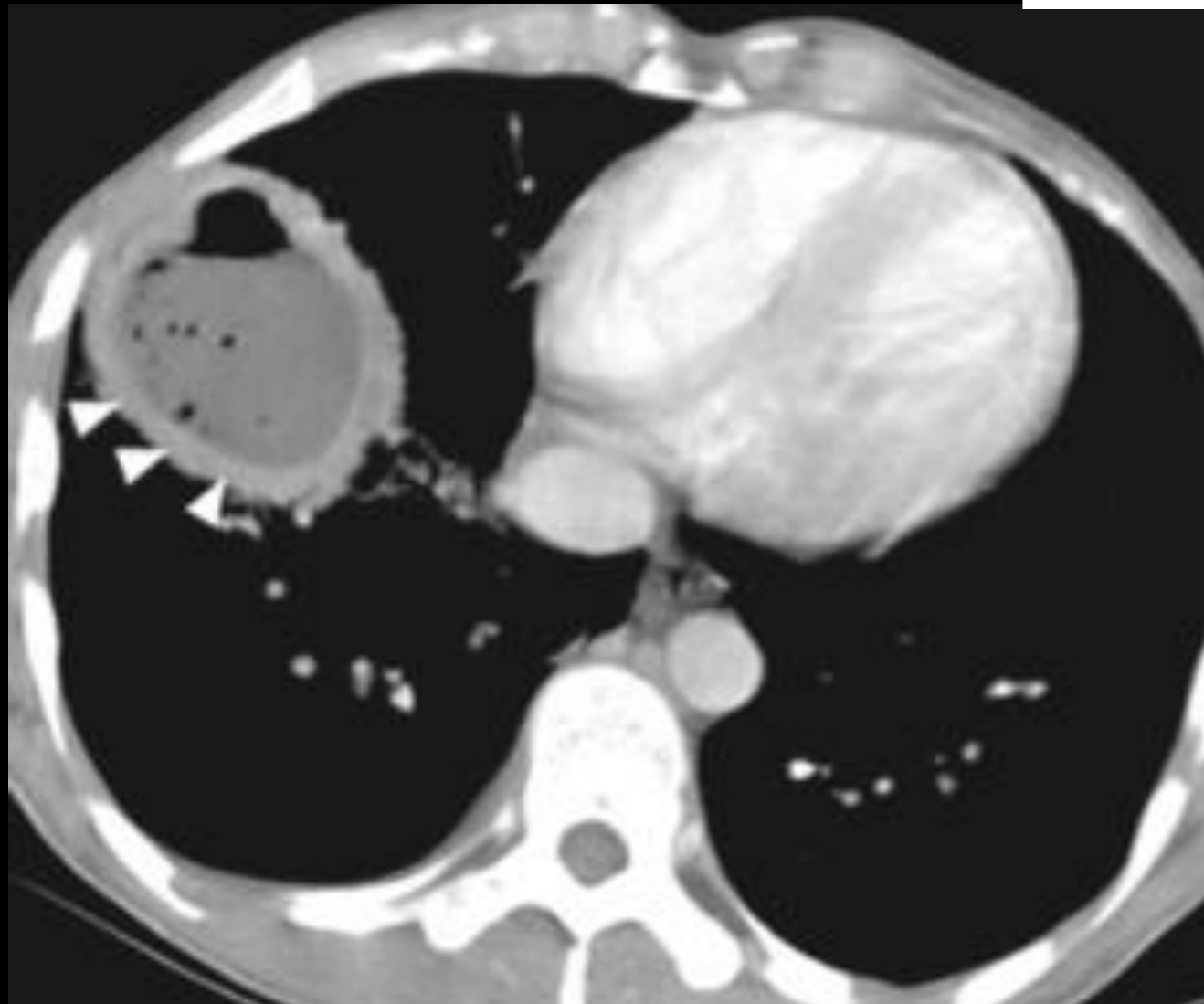
sepsis sévère fréquent

## Gangrène pulmonaire

évolution défavorable, > 50% du lobe  
thrombose de grosses branches de l'AP

### Focal necrotizing pneumonia is a distinct entity from lung abscess

HYEWON SEO,<sup>1</sup> SEUNG-ICK CHA,<sup>1</sup> KYUNG-MIN SHIN,<sup>2</sup> JAEKWANG LIM,<sup>2</sup> SEUNG-SOO YOO,<sup>1</sup> JAEHEE LEE,<sup>1</sup>  
SHIN-YUP LEE,<sup>1</sup> CHANG-HO KIM<sup>1</sup> AND JAE-YONG PARK<sup>1</sup>





## Scanner thoracique injecté ++, indications

Patients hospitalisés pour pneumopathie avec :

- dégradation respi / IRA ou choc septique dans les 72h
- pas de réponse aux ATB : fièvre > 38°C persistante à 72h de ttt ATB bien conduit
- suspicion abcès à la radiographie thoracique

## Scanner thoracique injecté ++, sémiologie

- paroi rehaussée / non
- épaissement pleural / empyème
- embolies septiques / vascularisation résiduelle
- ATB moins efficaces en cas d'embolies septiques

Avis chir thoracique ++

**N Chatha, D Fortin, KJ Bosma. Management of necrotizing pneumonia and pulmonary gangrene: A case series and review of the literature. Can Respir J 2014;21(4):239-245.**

## nocardiose -prise en charge

- traitement **médical** le plus souvent suffisant (bactrim ou imipénème + amikacine IV puis ATB po 6-12M)
- en cas d'abcès fistulisé à la plèvre ou d'évolution défavorable possible **drainage percutané** (voire à l'extrême lobectomie)

N Chatha, D Fortin, KJ Bosma. Management of necrotizing pneumonia and pulmonary gangrene: A case series and review of the literature. Can Respir J 2014;21(4):239-245.

- drainage percutané utile en cas d'abcès isolé mais **peu recommandé en cas de pnp nécrosante** : pas d'exérèse du parenchyme nécrotique responsable de l'inflammation systémique qui empêche le contrôle du sepsis, risque d'obstruction du KT par les débris nécrotiques (anticoagulation non recommandée risque d'hémoptysie), risque de fistules et de pneumothorax persistants
- => **débridement chirurgical**, timing optimal incertain, balance B/R, thoracotomie ouverte > thoracoscopie

N Chatha, D Fortin, KJ Bosma. Management of necrotizing pneumonia and pulmonary gangrene: A case series and review of the literature. Can Respir J 2014;21(4):239-245.

# Conclusion

- pneumopathies nécrosantes
- scanner thoracique injecté
- avis chirurgical



Klebsiella pneumoniae

Streptococcus pneumoniae

Pseudomonas aeruginosa

SARM

anaérobies (inhalation)

fongiques/ aspergillose

actinomyose/ Nocardia

BK

- penser nocardiose en cas d'atteinte pulmonaire atypique, chronique, notamment chez l'immunodéprimé => bilan d'extension (atteinte cérébrale++), diagnostic formel = identification du germe (biopsie ++)