

ITEM 202 : EPANCHEMENT PLEURAL

Physiopathologie	- Espace pleural : cavité virtuelle, de pression négative, maintenant le poumon en expansion - Liquide pleural (5 à 20 ml/jour à l'état physiologique) : permet le glissement des 2 feuillets pleuraux, produit par la plèvre pariétale, en permanence résorbé par les pores lymphatiques (stomas) de la plèvre pariétale et médiastinale. - Déséquilibre sécrétion/réabsorption du liquide → pleurésies = épanchement pleural : toujours pathologique		
	Transsudat (pauvre en protéine)	= Atteinte de l'équilibre sécrétion/réabsorption par anomalie mécanique : plèvre saine - Déséquilibre de pression hydrostatique (insuffisance cardiaque, hypertension portale) ou oncotique (syndrome néphrotique, dénutrition sévère, insuffisance hépatocellulaire) - Augmentation de la dépression pleurale : atélectasie pulmonaire - Passage de liquide d'ascite vers la cavité pleurale (par les puits de Ranvier)	
	Exsudat (riche en protéine)	= Atteinte de la plèvre par une agression inflammatoire, infectieuse ou néoplasique	
Diagnostic positif	- Diagnostic évoqué par les signes d'appels fonctionnels, physiques ± Rx - Confirmé par imagerie : RTx, TDM, échographie		
	Signes fonctionnels	- Dyspnée : dépendant du terrain et de l'abondance - Douleur thoracique : - Latéro-thoracique, pouvant irradier dans l'épaule ou le dos, intensité variable - Exacerbée par l'inspiration profonde, la toux et ± pression pariétale - Toux sèche : au changement de position (épanchement non cloisonné) - Hyperthermie : forme aiguë, en rapport avec une pneumonie sous-jacente	
	Signes physiques	= Syndrome pleural liquidien : - Silence auscultatoire (abolition du murmure vésiculaire) - Matité à la percussion - Abolition de la transmission des vibrations vocales - Epanchement abondant : souffle pleurétique (doux, lointain, voilé, expiratoire) à la partie haute - Epanchement de faible abondance (< 500 ml) : examen souvent normal, ou frottement pleural (rude, râpeux, inspiratoire et expiratoire)	
	RTx face + profil (Cas simple)	- Opacité dense, homogène, non systématisée, effaçant les contours des éléments de voisinage, non rétractile, limitée par une ligne bordante concave en haut et en dedans (ligne de Damoiseau), comblant le cul de sac pleural - Opacité totale d'un hémithorax : épanchement de grande abondance → <u>Diagnostic différentiel avec atélectasie</u> : déviations médiastinales vers le côté sain en cas de pleurésie, vers l'opacité en cas d'atélectasie	
	Echographie pleurale	- Affirme l'existence d'un épanchement liquidien : image anéchogène - Repérage précis d'un épanchement cloisonné - Guide la ponction	
	TDM thoracique	→ Non indispensable en urgence pour affirmer le diagnostic (sauf suspicion d'EP ou d'hémithorax) - Grand intérêt pour le repérage des poches cloisonnées - Recherche de lésions associées → diagnostic étiologique des exsudats : plaques pleurales, nodules ou masses parenchymateuse, lymphangite carcinomateuse...	
Diagnostic étiologique	Ponction pleurale +++	Qui	Tout épanchement pleural doit être ponctionné à visée diagnostique, <u>sauf si</u> : - Cause connue - Faible abondance (< 10 mm) → rapport risque/bénéfice défavorable - Suspicion d'une insuffisance cardiaque gauche → ponction envisagée (diagnostic différentiel) si : · Epanchement unilatéral ou asymétrique · Douleur ou fièvre · Absence de modification après diurétiques
		Quand	- <u>En urgence</u> si : Épanchement fébrile → visée étiologique (parapneumonique) ± évacuatrice Mauvaise tolérance clinique → visée évacuatrice - <u>Rapidement</u> dans les autres cas
		Comment	- Orientée par l'examen clinique + repérage échographique - Patient confortablement installé, assis le dos rond. Asepsie + Anesthésie locale. - Ponction en pleine matité : idéalement à 2 travers de main des apophyses épineuses et < 2 travers de doigt de la pointe de l'omoplate - Au bord supérieur de la côte inférieure de l'espace intercostal + Trajet perpendiculaire à la paroi Tx - Progression le « vide à la main » afin de repérer immédiatement l'entrée dans la cavité pleurale et d'arrêter la progression de l'aiguille - RTx de contrôle post-ponction ou échographie systématique : éliminer une PNO iatrogène

CODEX  **S-ECN.COM**

Diagnostic étiologique	Exsudats	Néoplasique	Mésothéliome (rare) = tumeur primitive de la plèvre	- Contexte : exposition professionnelle à l'amiante (même de faibles niveaux d'exposition) Délai de PEC : 40 ans. NB : exposition à l'amiante non retrouvée dans 20 - 40 % des cas - Clinique : asymptomatique au début, douloureux à un stade avancé - Imagerie ++ : • Festonnement pleural, épaississement pleural diffus, évocateur si circonférentiel +/- atteinte de la plèvre médiastinale, du péricarde rétraction de l'hémithorax • Signes d'exposition à l'amiante associés ± (plaques pleurales calcifiées) - Liquide : citrin ou sérohématique - Biopsies sous thoracoscopie +++ : indispensables pour affirmer le diagnostic	
			Exsudats associés aux pneumonies bactériennes = épanchements para-pneumoniques	Non compliqué	- Epanchement de faible abondance - Liquide clair + absence de germe à l'examen direct et en culture → Simple antibiothérapie
				Complicé = empyème = pleurésie purulente	- Epanchement abondant (dépasse le niveau du hile) ou cloisonné - Liquide purulent + germes à l'examen direct ou culture positive → Ttt anti-infectieux + évacuation du liquide pleural (drainage ± lavage ou fibrinolyse pleurale)
		Pleurésie virale	Contemporaines d'une PNP d'allure virale ± péricardite (pleuropéricardite virale) Epanchement peu abondant		
		Pleurésie tuberculeuse	= Pleurésie sérofibrineuse par 2 mécanismes : • Soit au décours immédiat d'une primo-infection tuberculeuse (PIT) • Soit secondaire, après réactivation à partir d'un foyer tuberculeux ancien - Cliniquement aspécifique : • Fièvre modérée, amaigrissement, IDR positive • NB : recherche de BK dans l'expectoration exceptionnellement positive dans les formes qui suivent une PIT - Radiologie : lésions parenchymateuses peu étendues, voire non visibles - Diagnostic : • Liquide pleural : PCR positive, examen direct rarement +, culture (milieux spéciaux) • Biopsies pleurales : à l'aveugle ou sous thoracoscopie (rentabilité proche de 100 %)		
		Pleurésie parasitaire	- Amoebiose pleuropulmonaire : pneumopathie (toux, fièvre, AEG, point de côté) ± pleurésie droite, très douloureuse, contexte de séjour en zone d'endémie - Diagnostic : sérologie - Liquide de ponction pleurale d'aspect « chocolat » (caractéristique)		
		Autres	EP (y penser +++)	- Présentations clinique et paraclinique de l'EP - Dans 20% des EP, épanchement peu abondant dont 80 % exsudat, 20% transsudat	
			Pleurésie bénigne liée à l'amiante	- Suspectée devant des plaques pleurales ± calcifiées - Rechercher une exposition à l'amiante - Diagnostic d'exclusion ++ biopsie pleurale sous thoracoscopie (éliminer le mésothéliome)	
			Pleurésies associées à une maladie de système	- Lupus - Polyarthrite rhumatoïde +++	
		Stratégie : Orientation clinique	Présence	Typique	- Pneumonie → ponction immédiate : distinguer les épanchements parapneumoniques "complicés" de ceux "non compliqués" - Contexte traumatique → ponction immédiate : diagnostic d'hémithorax - Cancer connu → recherche de cellules tumorales dans le liquide pleural : métastase
Moins typique	EP à éliminer !				
Absence	1. Ponction pleurale → transsudat / exsudat 2. Si transsudat → évaluer la fonction cardiaque, hépatique, rénale 3. Si exsudat → LA question est « s'agit-il d'un cancer ? » → biopsie pleurale - à l'aveugle : faible rentabilité - par thoracoscopie (idéalement) sous AG : exploration complète de la cavité pleurale + biopsies sous contrôle de la vue → excellente rentabilité 4. Si exsudat à enquête étiologique négative malgré les biopsies pleurales : surveillance prolongée nécessaire (cancer !)				

Prise en charge	Symptomatique	Drainage	Drainage pleural : - Epanchement de faible abondance : à l'aiguille - Epanchement de grande abondance, purulent, hémorragique, cloisonné : pose d'un drain pleural Lavage pleural : épanchement parapneumonique compliqué
		Récidive	Epanchement récidivant : - Drainages périodiques à l'aiguille : préférable en situations palliatives - Pose d'un drain pleural - Talcage pleural : si récidives rapprochées et mal tolérées
		Rééducation	Kinésithérapie : mobilisation diaphragmatique et ré-expansion pulmonaire - Diminution du risque de séquelles pleurales (pleurésie purulente ++, tuberculeuse)
	Etiologique		- Pleurésie purulente : antibiothérapie, drainage ± lavages ± fibrinolytiques ± chirurgie - Insuffisance cardiaque : oxygénothérapie, diurétiques - Cirrhose, SN : diurétiques - Tuberculose : traitement antituberculeux - Cancer : traitement du cancer, soins de supports oncologiques