

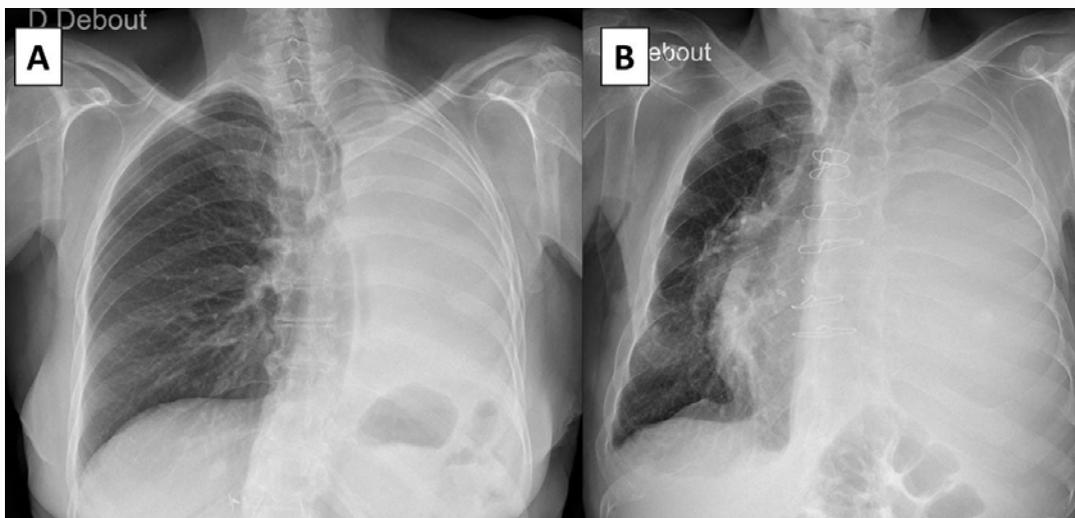
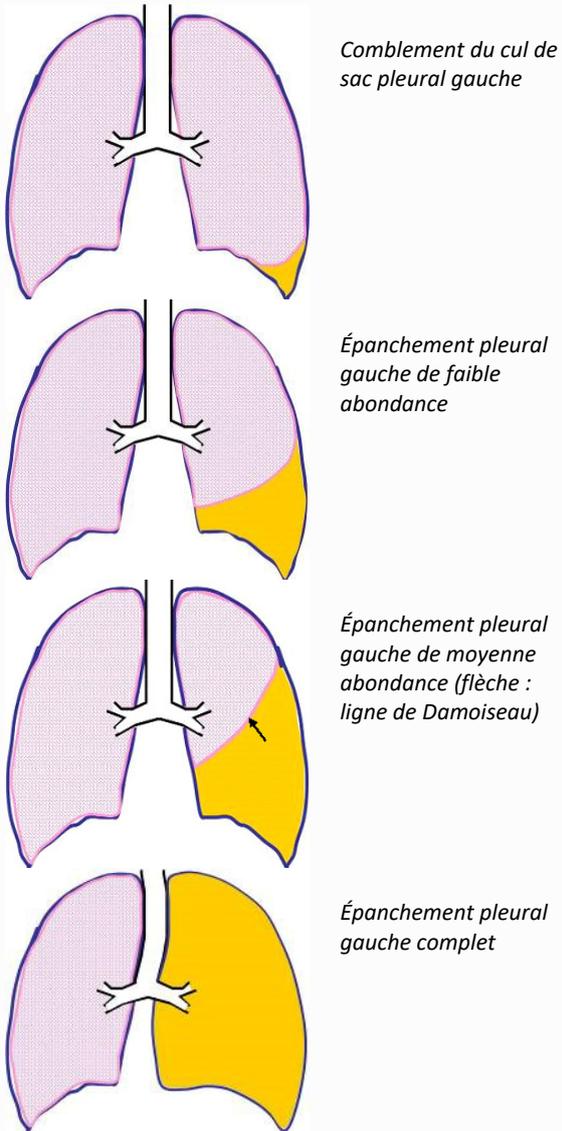
ITEM 206 (ex-202) : ÉPANCHEMENT PLEURAL

Physiopathologie	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic évoqué par les signes d'appels fonctionnels, physiques ± Rx - Confirmé par imagerie : RTx, TDM, échographie 																	
	Signes fonctionnels	<ul style="list-style-type: none"> - 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)	<ul style="list-style-type: none"> - 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 → Diagnostics différentiels : <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Atélectasie</th> <th>Syndrome alvéolaire</th> <th>Pleurésie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médiastin</td> <td>Attiré côté pathologique</td> <td></td> <td>Repoussé côté sain</td> </tr> <tr> <td>Systématisation</td> <td>Oui</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Homogénéité</td> <td>Homogène</td> <td>Bronchogramme aérique</td> <td>Homogène</td> </tr> </tbody> </table>		Atélectasie	Syndrome alvéolaire	Pleurésie	Médiastin	Attiré côté pathologique		Repoussé côté sain	Systématisation	Oui	Oui	Non	Homogénéité	Homogène	Bronchogramme aérique	Homogène
		Atélectasie	Syndrome alvéolaire	Pleurésie														
	Médiastin	Attiré côté pathologique		Repoussé côté sain														
Systématisation	Oui	Oui	Non															
Homogénéité	Homogène	Bronchogramme aérique	Homogène															
Echographie pleurale	<ul style="list-style-type: none"> - Affirme l'existence d'un épanchement liquidien : image anéchoïque - Repérage précis d'un épanchement cloisonné - Guide la ponction 																	
TDM thoracique	<ul style="list-style-type: none"> → 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	Qui	Tout épanchement pleural doit être ponctionné à visée diagnostique, <u>sauf si</u> : - 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	<ul style="list-style-type: none"> - <u>En urgence</u> si : Épanchement fébrile → visée étiologique (parapneumonique) ± évacuatrice - Mauvaise tolérance clinique → visée évacuatrice - <u>Rapidement</u> dans les autres cas 																
	Comment	<ul style="list-style-type: none"> - 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 																

Diagnostic étiologique	Ponction pleurale +++	Complications		- Pneumothorax, hémothorax - Plaies digestives, hémopéritoine - Douleurs, malaise vagal - Œdème à vacuo : œdème pulmonaire lésionnel de réexpansion (prévention : clampage après 1000 cc drainés)				
		Evacuation		Non	- Épanchement bien toléré			
				Oui	- Épanchement mal toléré (dyspnée) → 1 à 2 L suffit - Enquête étiologique : évacuer avant l'étude TDM du parenchyme pulmonaire			
		Analyse du liquide pleural		Objectif	Distinguer les transsudats des exsudats → enquête étiologique			
				Examen macroscopique	- Citrin et clair : transsudats. Si non : <i>a priori</i> exsudatif - Purulent - Hémorragique : Ne signe pas toujours un hémothorax !! Contexte post-traumatique : mesure de l'hématocrite pleural Contexte non traumatique : 1ère hypothèse = néoplasie - Lactescent : chylothorax (rupture du canal thoracique → chyle dans la plèvre)			
				Bio	1 ^e intention	Biochimie	Protides pleuraux (protidopleurie) et LDH Protide < 25 g/L = Transsudat Protide > 35 g/L = Exsudat Protide 25 – 35 g/L → critères de Light : LDH < 200 U/L = Transsudat LDH > 200 U/L = Exsudat	
						Cytologie	- formule cellulaire : oriente rarement l'étiologie - cellules tumorales : indispensable si exsudat	
		Bactériologie	- Germes pyogènes habituels (ex. direct + cultures) - Mycobactéries (ex. direct + culture sur milieux spéciaux)					
		2 ^e	- Amylase pleurale : si suspicion de pathologie pancréatique et sous-phrénique - Hématocrite pleurale : si liquide hémorragique - Triglycérides (si liquide lactescent) : taux > 1,1 g/L (1,2 mmol/L) = chylothorax					
		Principales étiologies	Transsudats		Exsudats			
Bilatéral	Unilatéral		Cellules tumorales	Neutrophile	Lymphocytes			
Insuffisance cardiaque Syndrome néphrotique	Cirrhose EP		Pleurésie métastatique Mésothéliome	Epanchement para-pneumonique	Tuberculose Cancer Collagénose (PR, lupus)			
Transsudats	Insuffisance cardiaque		- Clinique : tableau d'insuffisance cardiaque gauche (OAP) ou droite (RHJ, TJ, OMI, anasarque) - Rx : cardiomégalie, surcharge vasculaire pulmonaire, comblement alvéolaire, épanchement bilatéral et symétrique, rarement abondant					
	Cirrhose		- Epanchement typiquement : indolore, bien toléré (sauf si abondant) unilatéral droit ou prédominance droite - Si douloureux, fébrile ou bilatéral (en absence de sd œdémato-ascitique) → bilan poussé					
	Sd néphrotique		Lié à la diminution de la pression oncotique capillaire → bilatéral et symétrique					
Exsudats	Néoplasique	- Primitifs fréquents : poumon (homme), sein (femme) - Epanchement souvent modéré ou abondant et récidivant - Scanner (après évacuation du liquide) pour rechercher : <ul style="list-style-type: none"> . Une masse suspecte sous-jacente / un aspect de lâcher de ballons parenchymateux . Un épaississement irrégulier ou bourgeons pleuraux . Un syndrome interstitiel (lymphangite carcinomateuse) . Des adénomégalies médiastinales - Liquide : séro-hématique, rosé, ou citrin - Cytodiagnostic : cellules tumorales dans le liquide <ul style="list-style-type: none"> . Si cancer primitif connu : cytodagnostic suffit . Si non : il faut confirmer le diagnostic par des biopsies pleurales - Biopsies pleurales à l'aveugle / sous thoracoscopie ++						

Diagnostic étiologique	Exsudats	Néoplasique	<p>Mésothéliome (rare) = tumeur primitive de la plèvre</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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 ++ : <ul style="list-style-type: none"> . Festonnement pleural, épaissement 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 	
			<p>Exsudats associés aux pneumonies bactériennes = épanchements para-pneumoniques</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tableau de pneumopathie bactérienne aiguë (douleur intense de type pleurale) - La ponction a 2 buts : <ul style="list-style-type: none"> . Identifier le germe pour orienter l'ATB . Orienter le traitement non ATB : abstention vs drainage ± lavage pleural 	
				<p>Non compliqué</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Epanchement de faible abondance - Liquide clair + absence de germe à l'examen direct et en culture → Simple antibiothérapie
				<p>Complicé = empyème = pleurésie purulente</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Epanchement abondant (dépassé 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)
			<p>Pleurésie virale</p>	<p>Contemporaines d'une PNP d'allure virale ± péricardite (pleuropéricardite virale) Epanchement peu abondant</p>	
			<p>Pleurésie tuberculeuse</p>	<p>= 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</p> <p>- Cliniquement aspécifique : . Fièvre modérée, amaigrissement, IDR positive . NB : recherche de BK dans l'expectoration exceptionnellement positive dans les formes qui suivent une PIT</p> <p>- Radiologie : lésions parenchymateuses peu étendues, voire non visibles</p> <p>- Diagnostic : . Liquide pleural : PCR positive, examen direct rarement +, culture (milieux spéciaux) . Biopsies pleurales : à l'aveugle ou sous thoracoscopie (rentabilité proche de 100 %)</p>	
			<p>Pleurésie parasitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amoebose 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	<p>EP (y penser +++)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Présentations clinique et paraclinique de l'EP - Dans 20% des EP, épanchement peu abondant dont 80 % exsudat, 20% transsudat
				<p>Pleurésie bénigne liée à l'amiante</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Suspectée devant des plaques pleurales ± calcifiées - Rechercher une exposition à l'amiante - Diagnostic d'exclusion ++ biopsie pleurale sous thoracoscopie (éliminer le mésothéliome)
				<p>associées à une maladie de système</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Lupus - Polyarthrite rhumatoïde +++
Stratégie : Orientation clinique	Présence	<p>Typique</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pneumonie → ponction immédiate : distinguer les épanchements parapneumoniques "compliqués" de ceux "non compliqués" - Contexte traumatique → ponction immédiate : diagnostic d'hémithorax - Cancer connu → recherche de cellules tumorales dans le liquide pleural : métastase 		
		<p>Moins typique</p>	<p>EP à éliminer !</p>		
Stratégie : Orientation clinique	Absence	<ol style="list-style-type: none"> 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 <ul style="list-style-type: none"> - 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 !) 			

PEC	Etiologique	<ul style="list-style-type: none"> - 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



A : Atelectasie pulmonaire gauche

B : Épanchement pleural gauche massif avec opacité dense et homogène qui repousse le médiastin du côté sain