

Item 202 – Epanchement pleural

Physiopathologie

- Liquide pleural produit par plèvre pariétale et réabsorbé par les pores lymphatiques
- Epanchement pleural est **toujours pathologique** :
 - **Anomalie mécanique** (atteinte équilibre sécrétion/réabsorption)
 - Déséquilibre entre pression hydrostatiques et oncotiques
 - Augmentation de la dépression pleurale (atélectasie pulmonaire)
 - Passage de liquide d'ascite vers cavité pleurale par les puits de Ranvier
 => **Transsudat** (pauvre en protéines)
 - **Agression inflammatoire, infectieuse, néoplasique** (atteinte plèvre)
 - => **Exsudat** (riche en protéines)
- Analyse biochimique :

| Protides g/l | Critères complémentaires (de Light) | Nature de l'épanchement |
|--------------|---|---|
| < 25 | NON | Transsudat |
| 25 – 35 | LDH > 200 UI/L Ou protides pleuraux/sériques > 0,5 Ou LDH pleuraux/sériques > 0,6 | Si non = transsudat Si oui = exsudat |
| > 35 | NON | Exsudat |

Diagnostic

Signes d'appels cliniques

- **Douleur thoracique** : latérothoracique, +/- irradiation dans dos/épaule, dépendante de la respiration (exacerbée par respiration, toux (et pression pariétale))
 - **Dyspnée**
 - **Toux sèche** : au changement de position
 - **Hyperthermie**
 - **Syndrome pleural liquidien** : silence auscultatoire (abolition du murmure vésiculaire) , matité, abolition transmission vibrations vocales, souffle pleurétique
Attention : si pleurésie de faible abondance : examen normal ou frottement pleural
- => Devant ces signes, réaliser :
- Imagerie thoracique
 - Recherche signes de gravité : DRA si épanchement abondant, signes de choc septique si pleurésie fébrile, signes de choc hémorragique si hémothorax)

Signes d'appels radiographiques

- Radio thoracique de face :
 - Opacité dense, homogène, non systématisé, ligne de Damoiseau
 - Opacité totale d'un hémithorax si épanchement de grande abondance
 - *Attention cas difficiles* :
 - *Epanchement faible abondance => cliché de profil*
 - *Epanchement en sous-pulmonaire : à gauche augmentation de la distance entre poche à air gastrique et le poumon, à droite surélévation de la coupole*
 - *Epanchements cloisonnés*
- Echographie pleurale :
 - Image anéchogène
 - Epanchements cloisonnés +++
 - Permet différence entre pleurésie et collapsus pulmonaire
 - Guidage pour ponctions
- TDM :
 - En urgence ssi EP ou hémothorax suspecté
 - Repérage des poches cloisonnées
 - Recherche de lésions associées

Causes des principaux épanchements pleuraux

Transsudats

- **IC gauche** : épanchement bilatéral et symétrique (rarement abondant), cardiomégalie, surcharge vasculaire pulmonaire, comblement alvéolaire
- **Cirrhose** : épanchement indolore, bien toléré, unilatéral droit ou à prédominance droite
- **Syndrome néphrotique** : bilatéral et symétrique
- **EP** : +/-

Exsudats

- **Néoplasiques** : pleurésies métastatiques : épanchement abondant et récidivant, sérohématique /rosé/citrin, cytodiagnostics (cellules tumorales), biopsies +++, + TDM après évacuation du liquide
- **Mésothéliome** = tumeur primitive de la plèvre : exposition amiante, 40 ans, asymptomatique au début puis douloureux à stade avancé, festonnement pleural, épaississement pleural diffus, rétraction hémithorax, plaques pleurales calcifiées, liquide citrin/sérohématique, biopsie +++, tab 30 des maladies professionnelles

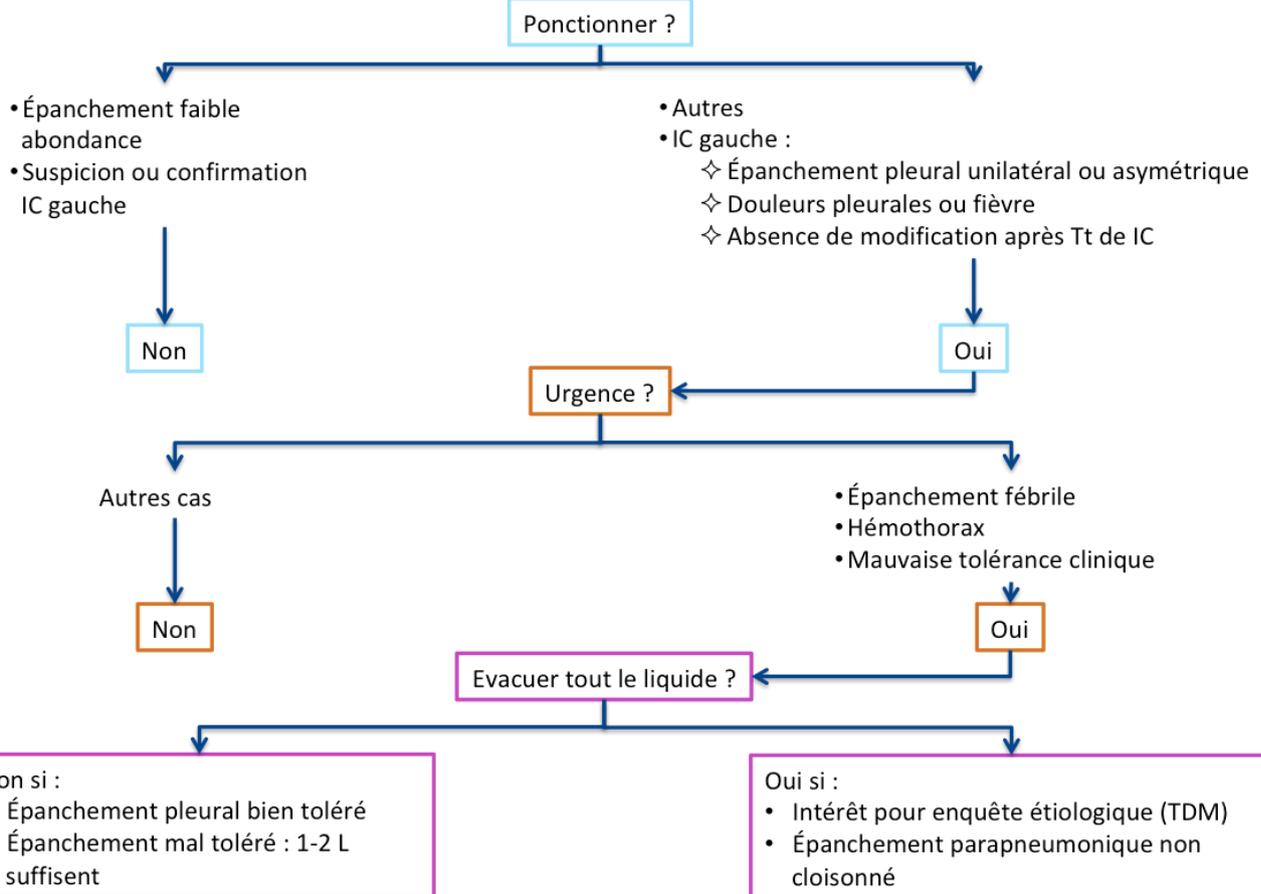
▪ Infectieux :

- Pneumonies bactériennes (épanchement parapneumoniques)
 - Pneumopathie bactérienne aiguë avec douleur intense de type pleurale

| Epanchements parapneumoniques | Non compliqués | Complicés |
|-------------------------------|----------------|---|
| Abondance | Faible | Importante |
| | | <i>Ou</i> |
| Cloisonnement | Non | Oui |
| | | <i>Ou</i> |
| Liquide | Clair | Trouble/purulent |
| | | <i>Ou</i> |
| Germes | Non | Oui à examen direct ou culture positive |
| | | <i>Ou</i> |
| pH | > 7,2 | < 7,2 |
| Tt | ATBt | Anti-infectieux + évacuation du liquide pleural (ponctions itératives, drain, thoracoscopie de débridement) |

- Pleurésie infectieuses virales :
 - Pneumopathie virale +/- péricardite
 - Epanchement peu abondant, lymphocytaire/mixte
 - Pleurésie tuberculeuse : sérofibrinose, riche en protéines, lymphocytaire, clinique aspécifique (progressif, fièvre modérée, amaigrissement, IDR +) => isolement + biopsies pleurales
- **Non tumoraux et non infectieux** :
- **EP (20% des EP)** : épanchement peu abondant, citrin/sérohématique, exsudat 80%/transsudat 20%
 - **Pleurésie bénigne liée à l'amiante** : diagnostique d'exclusion, épanchement à bascule, lymphocytaire +/- plaques pleurales calcifiées
 - **Pleurésie post-traumatique**
 - **Pleurésie par rupture œsophagienne** (à gauche)
 - **Pleurésies témoins d'une pathologie sous-diaphragmatique**
 - **Pleurésies associées à une maladie de système** : LED, PR

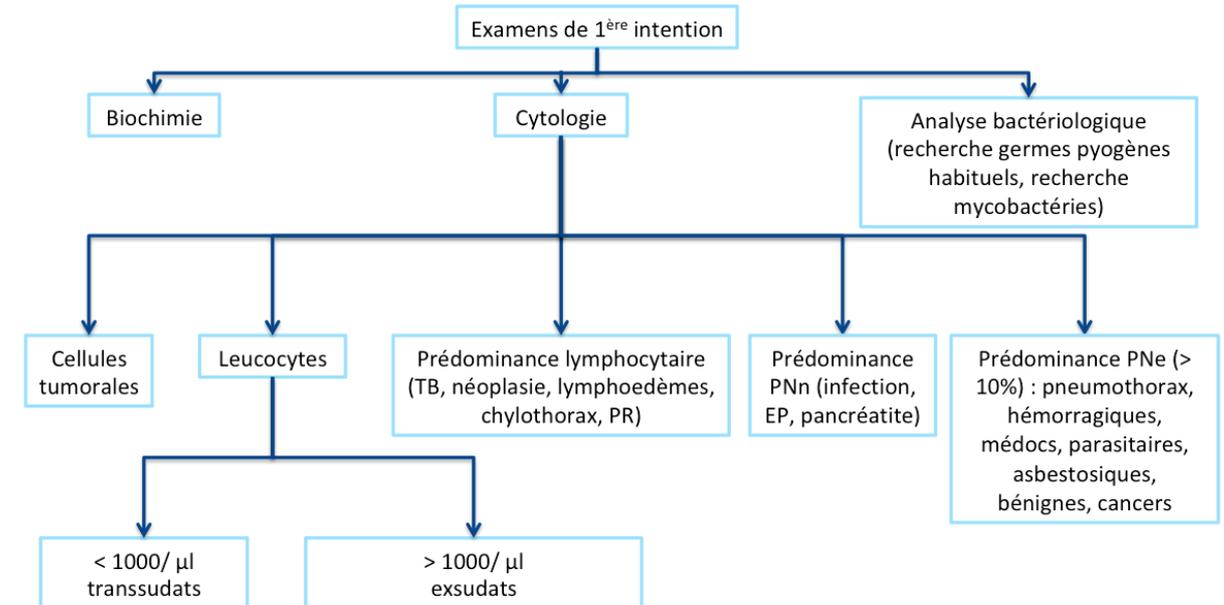
Ponction pleurale



Examen macroscopique :

- Purulent
- Hémorragique :
 - Si contexte post-traumatique : mesure hématocrite pleurale
 - En dehors du contexte post-traumatique : néoplasique ++
- Lactescent : chylothorax

Analyse du liquide pleural



Examen de 2^{nde} intention :

- pH pleural (si fébrile)
- Hématocrite pleurale
- Amylase pleurale (si suspicion pathologie pancréatique ou sous-phrénique)
- Glucose intra-pleural
- TG (si lactescent) si > 1,1 g/L = chylothorax