



Item202-Épanchement pleural.

Objectifs CNCI		
- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.		
Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
- Polycopié national: > CEP: Epanchement pleural	- Exsudat: infectieux / tumoral / autres - Transsudat: ICG / SN / IHC / autres - D.basiT / dyspnée / toux / frottement - Trépid pleurétique: matité ↓MV ↓VV - RTx: opacité déclive / de Damoiseau - Ponction: macro cyto bioχ bactério - Exsudat: protides > 35g/L ou protides entre 25 et 35g/L avec protides p/s > 0.5 ou LDH p/s > 0.6 ou LDH > 200 UI/L - Purulente: VIH / fibro / ORL-stomato - Transsudat: abstention +/- ponctions - Exsudat: drainage +/- symphyse si T - Purulent: urgence / ponctions-lavages évacuatrices + ABT: augmentin IV puis PO 4 à 6S - Surveillance: radio thorax quotidienne	- Arrêt tabac / alcool / P° DT - Evoquer/chercher un cancer - Exsudat / transsudat (Light) - Pleurésie fébrile = ponction - Réactionnelle = liquide stérile - Purulente: VIH / pas de drain - Kinésithérapie pleurale

Généralités

Définition

- **Epanchement pleural** = pleurésie = liquide dans la cavité pleurale

Selon la nature de l'épanchement on distingue

- **Exsudat**: épanchement = liquide clair / de type inflammatoire / riche en protides
- **Transsudat**: épanchement = liquide clair / de type mécanique / pauvre en protides
- **Cas particuliers**
 - **Hémothorax**: épanchement = sang / signe une étiologie traumatique
 - **Chylothorax**: épanchement = lympho / par obstacle sur canal thoracique (rare)

Physiopathologie = 2 mécanismes possibles

- Agression directe de la plèvre (infection, trauma, tumeur) → pleurésie exsudative
- Déséquilibre entre P hydrostatique (↑) et P oncotique (↓) → pleurésie transsudative

Cas particulier des pleurésies purulentes

- **Mécanisme: diffusion locale**
 - sur foyer sus-diaphragmatique: pneumonie
 - sur foyer sous-diaphragmatique: abcès sous-phrénique ++
- **Germes**
 - Bactéries anaérobies = pneumopathies d'inhalation (30%)
 - Pneumocoque (10%) et staphylocoque aureus (5%)
 - BGN: Klebsiella pneumoniae / pyocyanique / E. Coli (10%)

- **Facteurs étiologiques**
 - Mauvaise hygiène bucco-dentaire +++
 - Troubles de la déglutition (pneumopathie d'inhalation)
 - Cancer bronchique / corps étranger (obstruction bronchique)
 - Immunodépression: cirrhose / diabète / VIH / hémopathie
 - Médicaments: AINS ++ / IS et corticoïdes

Etiologies

Pleurésies exsudatives

- **Etiologies infectieuses (30%)**
 - Tuberculose
 - Réactionnelle sur pneumonie (« parapneumonique »)
 - Bactérienne: pleurésies purulentes (cf infra)
 - Virale (diagnostic d'exclusion)
- **Etiologies tumorales (30% A savoir !)**
 - Cancer broncho-pulmonaire primitif
 - Métastases pulmonaires
 - Mésothéliome pleural
- **Autres causes d'exsudats**
 - Embolie pulmonaire: à toujours rechercher !
 - Causes digestives: pancréatite / abcès sous-phrénique
 - Connectivites: polyarthrite rhumatoïde / LED
 - Iatrogène: post-radique / médicamenteuse

Pleurésies transsudatives

- Insuffisance cardiaque (ICG) (car ↑ P hydrostatique)
- Syndrome néphrotique (car ↓ P oncotique)
- Insuffisance hépato-cellulaire (car ↓ P oncotique)
- **Autres causes de transsudats**
 - Dialyse péritonéale: épanchement transsudatif à droite ++
 - Myxoedème / péricardite chronique constrictive / atélectasie
 - Sd de Demons-Meig: paranéoplasique d'une tumeur de l'ovaire (cf [Tumeurs de l'ovaire](#))

Chylothorax

- **Par obstacle/lésion des voies lymphatiques**
 - Tumeur ou ADP médiastinale +++
 - Plaie du canal thoracique / lymphangioliomyomatose

Diagnostic

Examen clinique

- **Pour diagnostic positif**
 - **Signes fonctionnels**
 - **Douleur basithoracique** unilatérale / ↑ à l'inspiration
 - Toux sèche aux changements de position / dyspnée
 - **Signes physiques**
 - **Syndrôme d'épanchement liquidien (« trépied pleurétique »)**
 - Diminution ou abolition du murmure vésiculaire (MV)
 - Diminution ou abolition des vibrations vocales (VV)
 - Matité hydrique décline (à la base)
 - **+/- signes associés**
 - « Frottement pleural » aux 2 temps (inspiratoire et expiratoire)
 - « Souffle pleurétique »: doux / expiratoire (rare)
- **Pour évaluation du retentissement: signes de gravité**
 - **Prise des constantes:** PA-FC / FR-SpO2 / température
 - **Respiratoires:** hypoxémie (cyanose) / hypercapnie (sueurs) / lutte
 - **Choc:** septique ou cardiogénique: collapsus / marbrures, etc.
- **Pour orientation étiologique**
 - **Terrain:** atcd d'IC / de BK / de cancer / tabagisme actif
 - **Anamnèse:** prise médicamenteuse / facteur déclenchant
 - **Examen physique**
 - **Pour pneumopathie:** fièvre / expectorations / foyer de crépitations

- Pour tumeur: AEG / Gg de Troisier / Dysphagie / Palpation abdo
- Pour inhalation: ID-éthylrique / fausses-routes / ex. bucco-dentaire
- Pour transsudat: signes d'IC: MG et IV/D / S. d'IHC et d'HTP

Examens complémentaires: en 1ère intention

- Radiographie thorax face / profil
 - Opacité liquidienne: dense / homogène / déclive / non systématisée
 - Disparition du cul de sac pleural
 - Ligne de **Damoiseau**: concave en haut / en dedans
 - En profil: opacité déclive concave en haut
 - SdG: déviation médiastinale = compression
- Ponction pleurale exploratrice
 - Indications
 - Systématique devant tout épanchement pleural unilatéral (a priori)
 - En **urgence si patient fébrile** (pleurésie purulente) / hémithorax / mauvaise tolérance clinique / signes de déviation médiastinale (**A savoir !**)
 - Modalités ++ (10)
 - sous AL / après **hémostase** / en pleine matité, 2 travers de main des épineuses, 2 travers de doigts sous la pointe de l'omoplate / en postérieur / en aseptie
 - au bord supérieur de la côte (les vaisseaux passent dessous), en restant perpendiculaire à la paroi (ou en dirigeant l'aiguille vers le bas)
 - progression " le vide à la main"
 - 3 tubes: biochimie / bactériologie (dont mycoB pour BK) / **anapath** (cellules)
 - !! **NPO** dosage protéines + LDH plasmatiques simultanés
 - **RTx** post-ponction systématique pour rechercher un PTx iatrogène
 - exsudat ≠ transsudat (CEP)

Protides (g/L)	Critères complémentaires / Critères de Light	Nature de l'épanchement
<25	non	transsudat
25 à 35	LDH > 200 U/L ET protides pleuraux/sériques > 0,5 ET LDH pleuraux/sériques > 0,6	Si non = transsudat Si oui = exsudat
>35	non	exsudat

Analyse du liquide de ponction

- Epanchement exsudatif (4)
 - Pleurésie réactionnelle
 - Macroscopie: aspect clair ou citrin
 - Biochimie: protides ++
 - Cytologie: prédominance **PNN**
 - Bactério: **stérile** (**A savoir !**)
 - Pleurésie tumorale
 - Macroscopie: aspect **séro-hématique**
 - Biochimie: protides ++ / marqueurs tumoraux à rechercher
 - Cytologie: cellules tumorales dans 50% des cas → biopsie +++
 - Bactério: stérile +++ (sinon C°: drainage en urgence !)
 - Pleurésie tuberculeuse
 - Macroscopie: aspect citrin ou séro-hématique (!! diagnostic ≠ avec cancer)
 - Biochimie: protides +++ (> 50g/L) / glycopleurie ↓
 - Cytologie: prédominance **lymphocytaire** (> 80%)
 - Bactério: BK retrouvé que dans 50% des cas → ECBC +/- **biopsie pleurale**
 - Pleurésie purulente
 - Macroscopie: aspect **purulent** / odeur **fétide** (anaérobies)
 - Biochimie: LDH très élevée / pH acide (**exsudat** aussi)
 - Cytologie: PNN altérés
 - Bactério: bactérie mise en évidence par GRAM + culture
 - Embolie pulmonaire
 - De faible abondance / séro-hématique
- Epanchement transsudatif
 - Macroscopie: aspect **clair**
 - Biochimie: faible taux de protides et LDH (cf critères de Light)
 - Cytologie: peu de cellules inflammatoires (≠ exsudat)

- **Bactério:** stérile
- **Chylothorax**
 - **Macroscopie:** aspect **lactescent** (opalescent / laiteux)
 - **Biochimie:** triglycérides > 5g/L
 - **Cytologie et bactério:** normales
- Pour diagnostic étiologique / bilan au décours**
- **Bilan infectieux +++**
 - Examen bactério sur liquide de ponction (dont recherche BK)
 - VS/CRP - ECBU - hémocultures si fièvre
 - Antigénurie pneumococcique (pneumopathie)
 - IDR et ECBC (crachats): pour diagnostic de BK
- **Si pleurésie purulente, faire systématiquement (A savoir !)**
 - **Sérologie VIH** (recherche immunodépression) +++
 - Endoscopie bronchique/EOGD pour tumeur (terrain alcool-tabagique)
 - Examen ORL/stomato: état bucco-dentaire / panoramique dentaire
- **TDM thorax et fibroscopie bronchique**
 - Si suspicion d'une tumeur à la ponction (séro-hématique)
 - Si terrain alcool-tabagique (sur pleurésie purulente ++)
- **Biopsie pleurale pour examen histologique**
 - **Indications**
 - !! « devant **tout** exsudat qui ne fait pas sa preuve étiologique » (BK / cancer ++)
 - Pour rechercher une pathologie sous-jacente sur une pleurésie purulente
 - **Modalités**
 - à l'aveugle sous AL: si suspicion de tuberculose ++
 - par thoracoscopie sous AG: si suspicion de tumeur ++
 - **!! Remarque**
 - Pleurésie néoplasique ou tuberculeuse est le diagnostic différentiel à ne pas rater
 - → ne **jamais** traiter une pleurésie comme tuberculeuse sans preuve (**A savoir !**)

Traitement

Mise en condition

- Hospitalisation systématique / en urgence / en médecine / repos

Traitement de l'épanchement

- **Epanchement transsudatif**
 - En général **abstention** thérapeutique: le traitement est celui de la cause +++
 - Seulement si mauvaise tolérance: ponctions évacuatrices (!! < 1.5L à la fois)
- **Epanchement exsudatif**
 - **Evacuation si mauvais tolérance:** ponction / **drainage** / kinésithérapie
 - **Si étiologie tumorale:** symphyse pleurale systématique car récurrence +++
- **Epanchement purulent**
 - **Drainage thoracique +++**
 - Evacuation de l'épanchement systématique: par drain pleural +/- large
 - Remarque: ponctions itératives inefficaces et lavages bétadine non consensuels
 - **Antibiothérapie**
 - En probabiliste / parentérale / active sur anaérobies / II adaptée
 - → Augmentin® jusqu'à 6g/j en IV puis relais PO pendant **6-8 semaines**
- **Epanchement parapneumonique**
 - **Différencier compliqués vs non compliqués**
 - **Non compliqués** : faible abondance/ liquide clair/ pas de germe direct + culture/ +/- pH > 7,2
 - **Traitement** : simple antibiothérapie
 - **Complicés** : abondant/ cloisonné/ trouble-purulence / germe direct + culture/ +/- pH
 - **Traitement** : évacuation liquide pleural (ponctions itératives ou drain ou thoracoscopie de débridement)
- **Chylothorax**
 - Ponctions pleurales répétées et régime pauvre en graisse
 - +/- traitement chirurgical = ligature du canal thoracique

Traitement symptomatique

- **Kinésithérapie pleurale +++** / prolongée si pleurésie purulente (**A savoir !**)
- **Antalgique-antipyrétique:** paracétamol IV
- **Oxygénothérapie:** systématique pour SpO2 ≥ 95%

Traitement étiologique +++

- **Exsudat:** traitement anti-tuberculeux / ABT si pneumopathie / HNF si EP, etc.

- **Transsudat**: traitement d'une IC / OAP / rééquilibration hydro-électrolytique
- **Purulente**: traitement de la **porte d'entrée** (bucco-dentaire ++ : avulsion de la dent)

Mesures associées

- Si alcoolique: **prévention du DT**: hydratation + B1-B6-PP +/- BZD
- Arrêt de l'alcool / du tabac / renutrition éventuelle (**A savoir !**)

Surveillance

- **Du drain +++** : débit / aspect du liquide / **oscillation** / **bullage**
- **Clinique**: examen pulmonaire / examen général: fièvre, diurèse, etc
- **Paraclinique**: **RTx quotidienne** systématique

Synthèse pour questions fermées

3 signes physiques du syndrome pleural ?

- Matité à la percussion
- Silence auscultatoire (abolition du murmure vésiculaire)
- Abolition de la transmission des vibrations vocales

(CEP)

2 exceptions à la règle "Tout épanchement pleural doit être ponctionné" ?

- Epanchement pleural de faible abondance (épaisseur en echo ou ligne bordante sur RT < 10mm)
- Insuffisance cardiaque gauche connue

(CEP)

6 indications à la ponction pleurale devant un épanchement pleural chez un patient avec une insuffisance cardiaque gauche connue ?

- Epanchement unilatéral
- Epanchement asymétrique
- Absence de cardiomégalie
- Douleurs de type pleural
- Hyperthermie
- Absence de modification après traitement de l'insuffisance cardiaque

(CEP)

3 indications à la ponction en urgence ?

- Epanchement fébrile
- Suspicion d'hémothorax
- Mauvaise tolérance clinique

(CEP)

Quel est LE diagnostic à éliminer devant un exsudat, en l'absence d'orientation clinique ?

- Cancer

(CEP)

Quelle est la cause la plus fréquente de pleurésie néoplasique ?

- Pleurésie métastatique (poumon chez l'homme, sein chez la femme) (CEP)

3 causes d'exsudat avec prédominance de PNN ?

- Infection
- Embolie Pulmonaire
- Pancréatite Aiguë

(CEP)

2 causes d'épanchement pleural avec aspect macroscopique "chocolat" ?

- Rupture de kyste amibien
 - Fistule d'un faux kyste pancréatique
- (CEP)

Quel élément de l'examen clinique signe le caractère non cloisonné de l'épanchement ?

- Toux sèche au changement de position
- (CEP)