



Item 202 (ex item 312)

Epanchement pleural

Objectifs d'enseignements tels que définis dans le programme de l'ECN :

- **Devant un épanchement pleural, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents**

REMARQUES : Pas de changement en dehors du numéro de l'item

Objectifs pédagogiques terminaux définis par le Collège des Enseignants de Pneumologie

1. Connaître les éléments du diagnostic positif et du diagnostic différentiel d'un épanchement pleural liquidien
2. Savoir proposer une orientation étiologique tenant compte des données épidémiologiques essentielles, des signes cliniques associés et des résultats de l'analyse de la ponction pleurale.
3. Savoir argumenter la conduite à tenir vis-à-vis d'un exsudat qui ne fait pas la preuve de son étiologie
4. Connaître la distinction épanchement parapneumonique non-complicqué et épanchement parapneumonique complicqué

Points clés

1. Le diagnostic d'épanchement pleural est suspecté sur la radiologie et peut être aidé par la réalisation d'une échographie
2. Tout épanchement pleural doit être ponctionné, sauf si sa cause est connue ou si l'épanchement est minime
3. Tout épanchement pleural fébrile et toute suspicion d'hémithorax doivent être ponctionnés en urgence
4. Les deux questions face à un épanchement pleural sont dans l'ordre : s'agit-il d'un exsudat ou d'un transsudat ? s'il s'agit d'un exsudat, quelle est l'étiologie ?
5. L'orientation étiologique repose sur les données biologiques recueillies lors de la ponction.
6. On distingue les transsudats (plèvre saine, liquide clair, taux de protides bas, LDH bas) et les exsudats (plèvre pathologique, liquide d'aspect variable, taux de protides élevé, LDH élevé)
7. Tout exsudat qui ne fait pas sa preuve doit faire l'objet d'une biopsie pleurale
8. On évacue le plus tôt possible les épanchements parapneumoniques abondants, purulents, contenant des germes à l'examen direct ou en culture

I RAPPEL PHYSIOPATHOLOGIQUE

L'espace pleural est une cavité virtuelle au sein de laquelle la pression est négative, ce qui maintient le poumon en expansion. A l'état physiologique, le liquide pleural (production de 5-20 cc/j) permet le glissement des deux feuillets pleuraux l'un contre l'autre. Il est essentiellement produit par la plèvre pariétale (costale, diaphragmatique et médiastinale) et il est en permanence résorbé par les pores (« stomas ») lymphatiques situés entre les cellules mésothéliales de la plèvre pariétale et médiastinale. C'est le déséquilibre sécrétion/réabsorption du liquide qui donne naissance aux pleurésies.

Un épanchement pleural est toujours pathologique et les mécanismes peuvent être :

- une atteinte de l'équilibre sécrétion/réabsorption par anomalie « mécanique »
 - déséquilibre entre les pressions hydrostatiques (insuffisance cardiaque) et oncotiques (syndrome néphrotique)
 - augmentation de la dépression pleurale (atélectasie pulmonaire)
 - passage de liquide d'ascite vers la cavité pleurale par les puits de Ranvier
- une atteinte de la plèvre par agression inflammatoire, infectieuse ou néoplasique

liquide pauvre en protéines
=
transsudat

liquide riche en protéines
=
exsudat

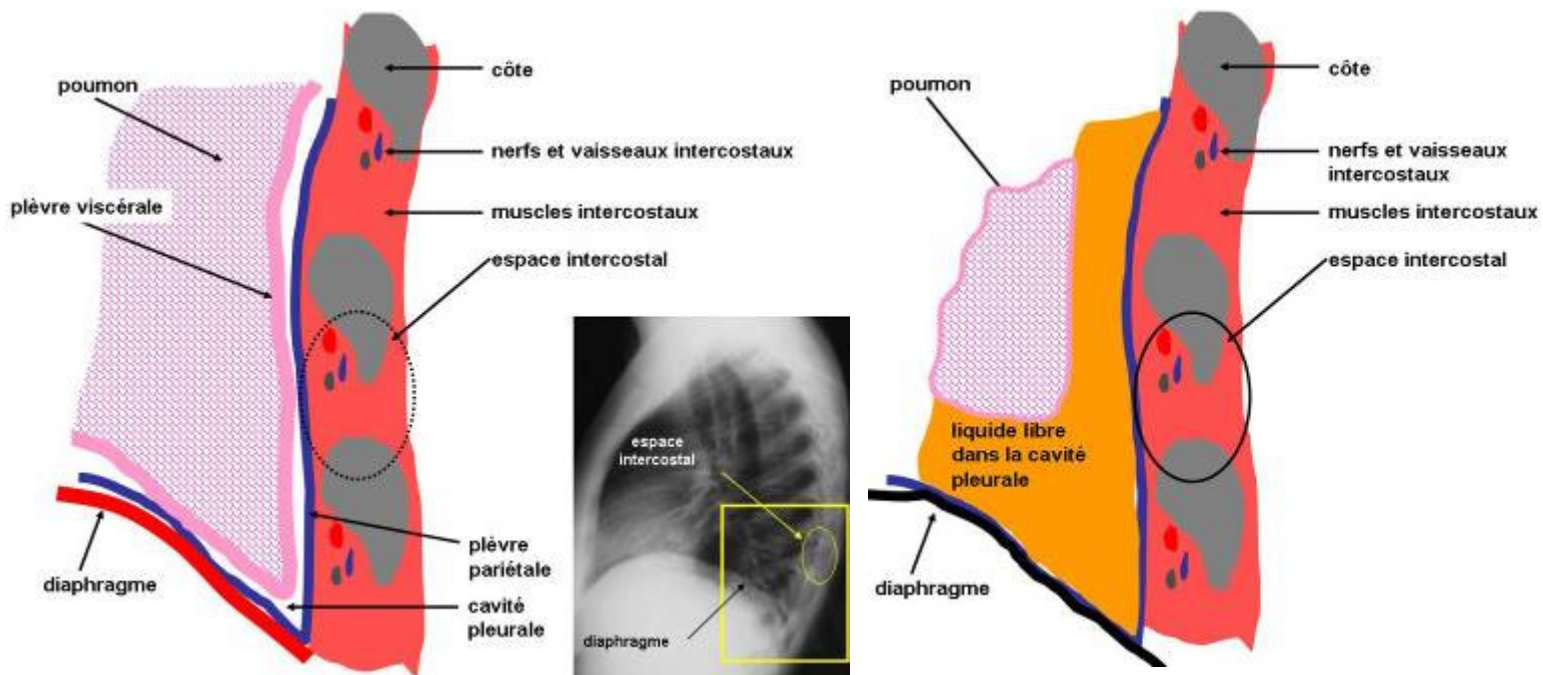


Figure 1 : En l'absence d'épanchement, les deux feuillets pleuraux glissent l'un contre l'autre (à gauche). Emplacement habituel du liquide lors d'un épanchement pleural non cloisonné lorsque le patient est debout ou assis (à droite).

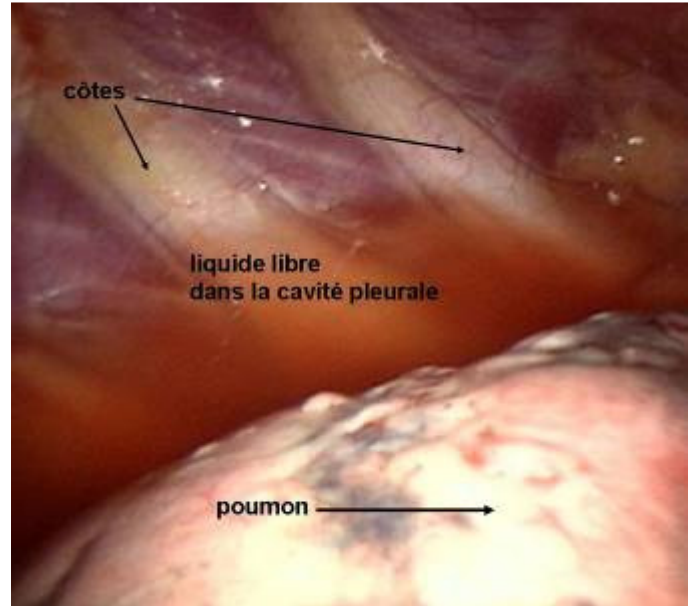
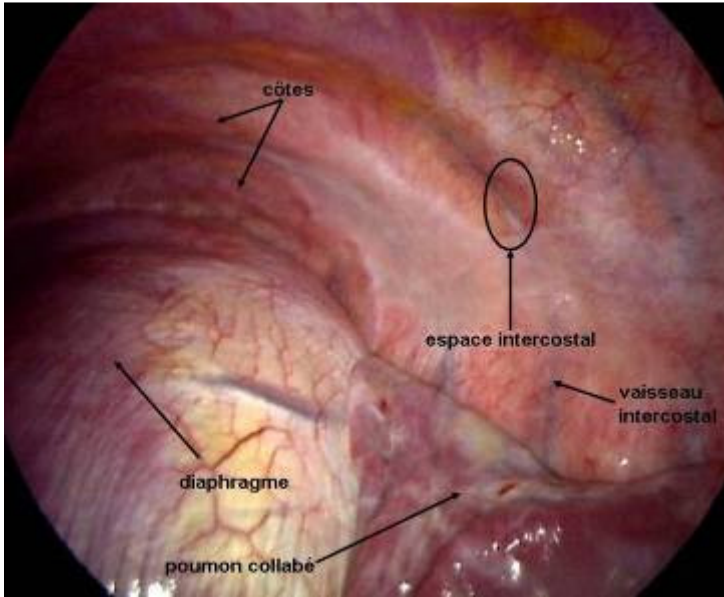


Figure 2 : cavité pleurale telle que l'on peut l'observer lors d'une pleuroscopie

II. DIAGNOSTIC POSITIF D'UN ÉPANCHEMENT PLEURAL

II.1. Quand suspecte-t-on un épanchement pleural ?

II.1.1 Signes d'appel cliniques :

Dyspnée

- sa rapidité d'installation et l'intensité dépendent du terrain sur lequel survient l'épanchement, de son abondance et de l'étiologie

Douleur thoracique

- latéro-thoracique, pouvant irradier dans l'épaule ou dans le dos, d'intensité variable, dépendante de la respiration = exacerbée par la respiration, la toux et parfois la pression pariétale

Toux sèche, au changement de position (signe alors le caractère non cloisonné de l'épanchement)

Hyperthermie :

- dans les formes aiguës, le plus souvent en rapport avec une pneumonie sous-jacente (voir épanchement para-pneumoniques)

L'examen physique permet de retrouver le **syndrome pleural** :

- abolition de la transmission des vibrations vocales
- matité à la percussion
- silence auscultatoire (abolition du murmure vésiculaire)

Ces signes sont évocateurs mais non spécifiques

- Dans les pleurésies de faible abondance (moins de 500 ml) : examen physique souvent normal ou frottement pleural

Le souffle pleurétique est entendu à la partie haute d'épanchements habituellement abondants

Ces signes d'appel imposent :

- la réalisation d'une imagerie thoracique pour confirmer le diagnostic.
- la recherche de signes de mauvaise tolérance de l'épanchement
 - signes de détresse respiratoire

- signes de choc septique en cas de pleurésie fébrile
- signes de choc hémorragique évocateur d'hémothorax

II.1.2 radiographie thoracique systématique

Plus rarement, l'épanchement pleural est une découverte radiographique thoracique

- devant des symptômes extra thoraciques (fièvre, altération de l'état général)
- ou dans le bilan d'une autre maladie (pleurésie « symptôme »), insuffisance cardiaque gauche par exemple

II.2 Comment affirme-t-on le diagnostic d'épanchement pleural

II.2.1 Radiographie thoracique de face.

Cas simples

- 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) en cas de cavité pleurale libre de toute adhérence (figures 4 à 7)
- opacité totale d'un hémithorax si épanchement de grande abondance (figure 8)
- La différence avec une atelectasie pulmonaire se fait sur les signes de déviation médiastinale, vers l'opacité dans un trouble de ventilation, vers le côté sain en cas de pleurésie

Cas plus difficiles.

- épanchement de faible abondance, partiellement cloisonné visible derrière la coupole uniquement sur le cliché de profil
- épanchement sous pulmonaire évoqué à gauche sur l'augmentation de la distance entre la poche à air gastrique et le poumon (≥ 15 mm) ; à droite, l'aspect peut être celui d'une surélévation de coupole
- épanchements cloisonnés: image médiastinale, image arrondie d'un épanchement scissural, image arrondie d'un épanchement postérieur suspendu (figure 9)

II.2.3 Echographie pleurale

Permet d'affirmer l'existence d'un épanchement liquidien: image anéchogène (figure 3)

Fait facilement le diagnostic des épanchements cloisonnés

Fait la part entre pleurésie et collapsus pulmonaire dans les cas difficiles

Permet le repérage précis de l'épanchement, surtout quand il est cloisonné

Guide (en direct ou en différé) les ponctions difficiles

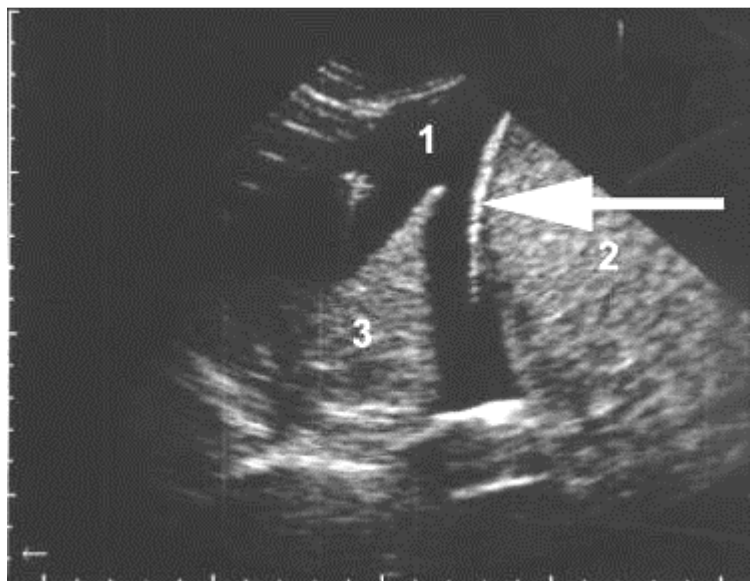


Figure 3 : échographie pleurale montrant l'épanchement (1), la coupole diaphragmatique (flèche), le foie (2) et le poumon tassé (3)

II.2.4 Tomodensitométrie thoracique

N'est pas indispensable en urgence pour affirmer le diagnostic

En urgence (avec injection de produit de contraste) uniquement si une embolie pulmonaire ou un hémothorax sont suspectés

Différé dans le cadre de l'enquête étiologique des pleurésies exsudatives

Grand intérêt pour le repérage des poches cloisonnées

Recherche de lésions associées orientant le diagnostic étiologique des exsudats

- plaques pleurales
- nodule(s) ou masse(s) du parenchyme pulmonaire
- lymphangite carcinomateuse...

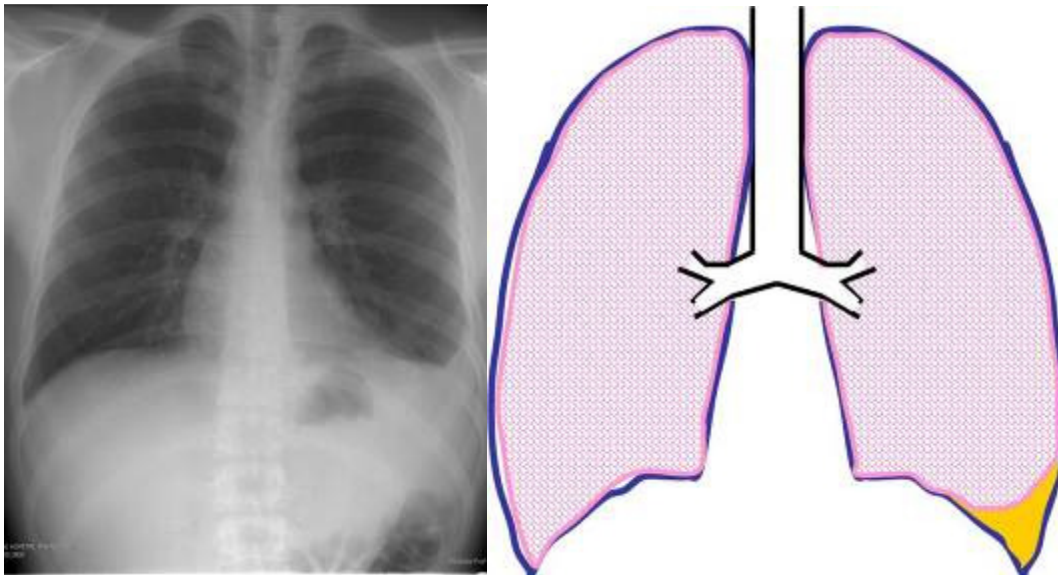


Figure 4 : comblement du cul de sac pleural gauche

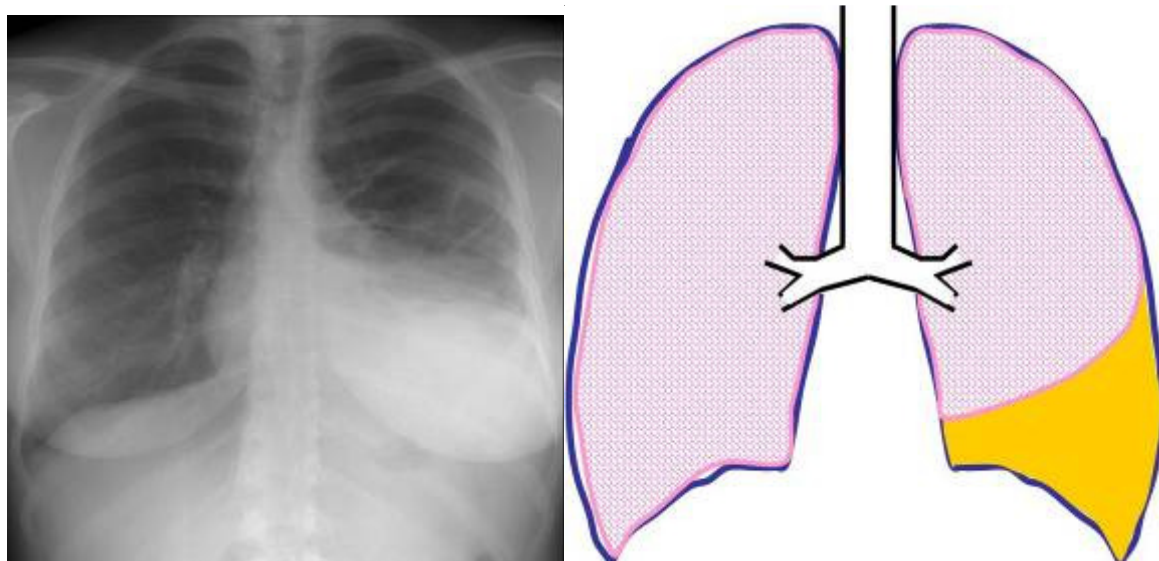


Figure 5 : épanchement pleural gauche de faible abondance

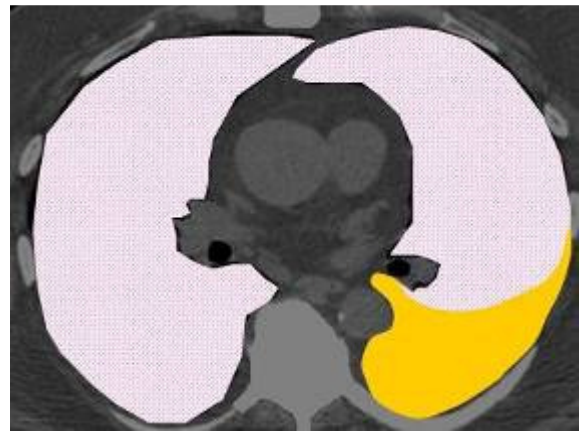
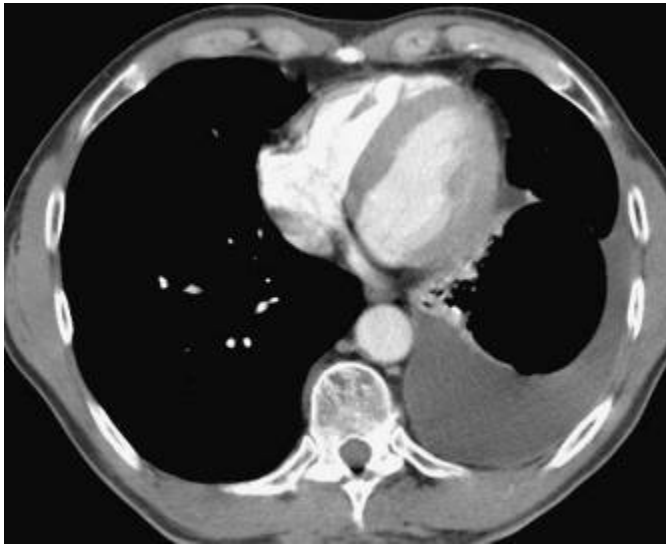


Figure 6 : épanchement pleural gauche de faible abondance (vue TDM)

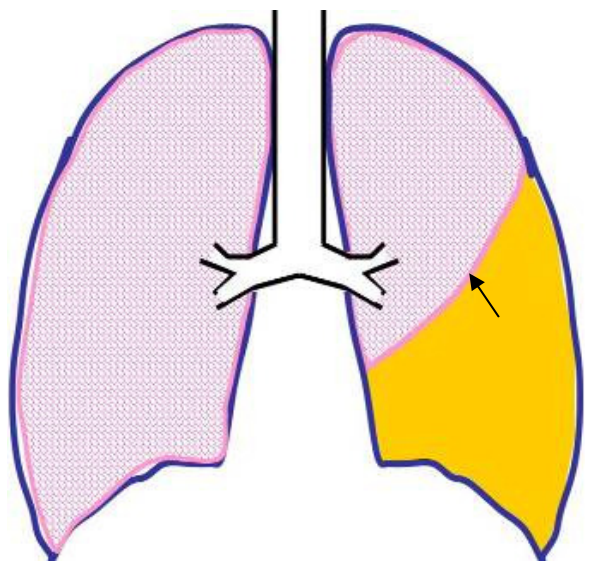


Figure 7 : épanchement pleural gauche de moyenne abondance (flèche : ligne de Damoiseau)

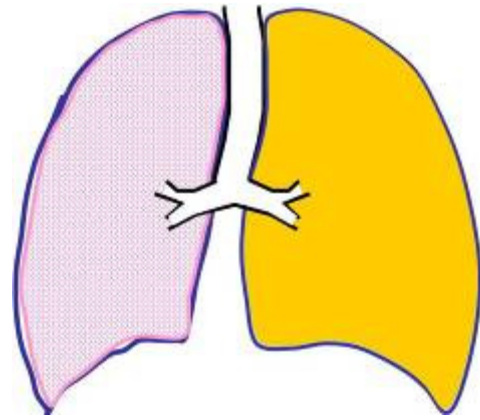


Figure 8 : épanchement pleural gauche complet compressif (noter sur le cliché du centre les nodules tumoraux en situation sous pleurale postérieure et l'épaississement pleural du côté de l'épanchement fortement suspects de maladie néoplasique).

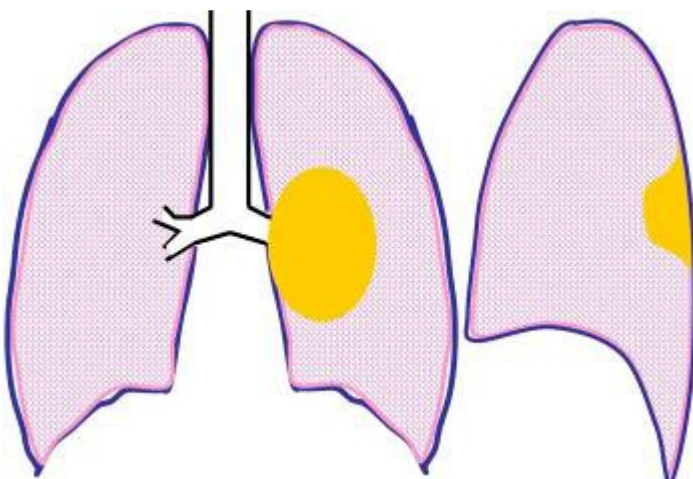
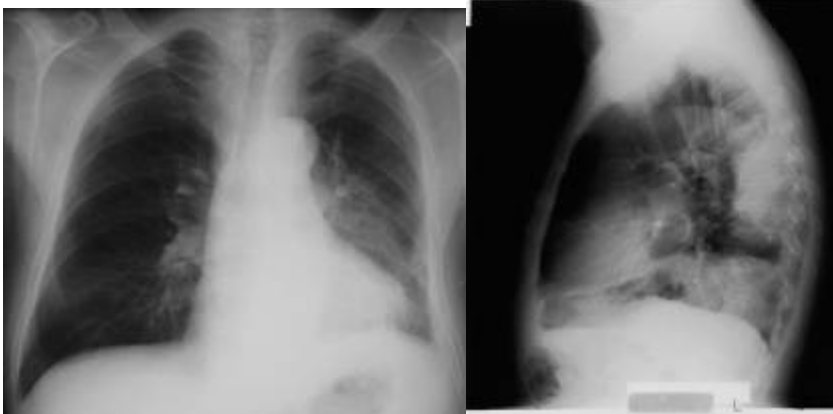


Figure 9 : épanchement pleural gauche suspendu enkysté

III CAUSES DES PRINCIPAUX ÉPANCHEMENTS PLEURAUX (TABLEAU 1)

III.1 Transsudats

III.1.1 Insuffisance Cardiaque Gauche

Clinique: celle de l'insuffisance cardiaque gauche

Radio: cardiomégalie, surcharge vasculaire pulmonaire, comblement alvéolaire, épanchement bilatéral et symétrique, rarement abondant

III.1.2 Cirrhose

Typiquement

- indolore
- bien toléré, sauf si abondant
- unilatéral droit ou prédominance droite

Si douloureux, fébrile ou bilatéral (en l'absence de syndrome œdémato-ascitique) nécessité d'un bilan plus poussé

III.1.4 Syndrome néphrotique

Lié à la diminution de la pression oncotique capillaire

- bilatéral et symétrique

III.1.5 Atélectasie pulmonaire

Lié à la majoration de la pression négative intrapleurale

- rarement abondant

III.1.6 Embolie pulmonaire

Parfois épanchement transsudatif (cf III. 3.3)

III.2 principaux exsudats

III.2.1 exsudats néoplasiques

Pleurésies métastatiques (les plus fréquents)

- primitif par ordre de fréquence : poumon chez l'homme, sein chez la femme, œsophage, colon, ...
- primitif méconnu (+/- 10% des cas)
- épanchement presque toujours abondant et récidivant
- après évacuation du liquide, intérêt du scanner pour rechercher :
 - un épaissement pleural irrégulier
 - des bourgeons pleuraux
 - un aspect de lâcher de ballon parenchymateux
 - un syndrome interstitiel (lymphangite carcinomateuse)
 - des adénomégalies médiastinales
- liquide : sérohématique, rosé, quelquefois citrin
- cytodiagnostics (cellules tumorales dans le liquide retrouvées dans moins de 30% des cas)
 - n'affirme la nature néoplasique de l'épanchement que si le patient est porteur d'un cancer connu, ou si au cours du bilan on trouve un cancer (typiquement cancer du sein ou du poumon qui était méconnu)
 - dans les autres cas il est préférable de confirmer le diagnostic par des biopsies pleurales
- biopsies
 - à l'aveugle : faible rentabilité (< 50%)

- sous contrôle de la vue (biopsies sous thoracoscopie) : excellente rentabilité

Mésothéliome = tumeur primitive de la plèvre

- argument en faveur :
 - exposition professionnelle à l'amiante, même pour de faibles niveaux d'exposition
 - délai de prise en charge 40 ans
 - exposition à l'amiante non retrouvée dans 20 à 40 % des cas
- asymptomatique au début, souvent douloureux à un stade avancé
- imagerie thoracique
 - festonnement pleural, épaissement pleural diffus (figure 10), évocateur si circonférentiel avec/ou atteinte de la plèvre médiastinale, du péricarde et des ganglions hilaires
 - rétraction de l'hémithorax
- liquide : citrin ou séro-hématique, formule aspécifique
- cytodagnostic et biopsie à l'aveugle:
 - permet parfois de poser un diagnostic de malignité mais jamais le diagnostic de mésothéliome lui même
- biopsies sous contrôle de la vue
 - indispensables pour affirmer le diagnostic de mésothéliome (et son sous-type histologique)
 - thoracoscopie +++
 - à défaut : ponction sous scanner ou sous échographie
- noter les trajets de ponction et de biopsies pour irradiation ultérieure de la paroi
- à déclarer au tableau 30 des maladies professionnelles



Figure 10 : épaissement pleural circonférentiel (flèches), chez un patient exposé à l'amiante suggérant fortement jusqu'à preuve du contraire un mésothéliome

Hémopathies malignes: Hodgkin ou Lymphomes non hodgkiniens¹

Epanchements non néoplasiques au cours des cancers thoraciques²

III.2.2 exsudats infectieux

Exsudats associés aux pneumonies bactériennes (épanchements parapneumoniques)

- tableau de pneumopathie bactérienne aiguë avec douleur intense de type pleural
- la ponction à 2 buts :
 - identifier le germe pour orienter l'antibiothérapie
 - orienter le traitement non antibiotique (abstention vs drainage et lavage pleural)

▪ On distingue :

- les épanchements parapneumoniques dits "non compliqués"
 - épanchement de faible abondance
 - liquide clair
 - absence de germe à l'examen direct et en culture
 - pH > 7,2 (ce dernier paramètre est discuté)

→ simple antibiothérapie (évacuation du liquide optionnelle)

- les épanchements parapneumoniques "compliqués" (encore appelés empyèmes ou pleurésies purulentes)
 - épanchement abondant ou
 - épanchement cloisonné ou
 - liquide trouble ou purulent ou
 - germes présents à l'examen direct ou
 - culture bactériologique positive ou
 - pH < 7.2 (ce dernier paramètre est discuté)

→ traitement anti-infectieux impérativement complété par l'évacuation du liquide pleural

- soit par ponctions itératives (si elles sont possibles // cloisons)
- soit par la mise en place d'un drain,
- soit par thoracoscopie dite de débridement au cours de laquelle on effondre les logettes qui cloisonnent l'épanchement.
- Il n'y a pas de consensus sur la place du lavage ou de la fibrinolyse pleurale

Pleurésies infectieuses virales

- contemporain d'une pneumopathie d'allure virale, parfois associé à une péricardite
- épanchement peu abondant
 - formule lymphocytaire ou mixte, non spécifique

¹ témoigne d'un stade avancé, équivalent à l'atteinte d'un organe extrahématopoïétique ; cytodiagnostics: formule lymphocytaire aspécifique, population cellulaire monoclonale rarement mise en évidence; biopsies à l'aveugle peu rentables ; biopsies sous thoracoscopie: apporte le diagnostic de certitude et permet de typer le lymphome

² Embolie ; atélectasie pulmonaire (initialement transsudat) ; blocage lymphatique par envahissement ganglionnaire médiastinal (néo bronchique, sein) ou par fibrose médiastinale post radique ; il s'agit d'un diagnostic d'exclusion: intérêt du scanner thoracique et de la thoracoscopie

Pleurésie tuberculeuse

- pleurésie sérofibrineuse³ qui procède de deux mécanismes :
 - soit au décours immédiat (6 à 12 sem) d'une primo-infection tuberculeuse (sujet jeune, immigré, contagé récent)
 - soit secondaire, après réactivation à partir d'un foyer tuberculeux ancien
- cliniquement aspécifique :
 - début en général progressif, fièvre modérée, amaigrissement, IDR positive (mais une IDR négative, au moins au début, n'exclut pas le diagnostic ; ceci se voit au début chez 30 % des sujets immunocompétents)
 - la recherche de BK dans l'expectoration est exceptionnellement positive dans les formes qui suivent une primo-infection
 - l'isolement (infectieux) du patient est cependant une recommandation
- radiologie: pas ou peu de lésions parenchymateuses
- ponction pleurale:
 - exsudat très riche en protéines, lymphocytaire (parfois mixte au tout début)
 - BAAR à l'examen direct rarissime ; cultures positives dans 30 % des cas
- Biopsies pleurales +++
 - à l'aveugle: c'est dans cette indication qu'elles sont le plus rentables (toujours mettre des biopsies en culture sur milieu spécifique)
 - en vision directe sous thoracoscopie: rentabilité proche de 100 %

III.3.3 exsudats non tumoraux et non infectieux

Accompagnant une embolie pulmonaire (EP)

- clinique et paraclinique sont celles de l'embolie pulmonaire:
- il faut savoir penser à l'EP !
- 20 % des embolies pulmonaires s'accompagnent d'un épanchement pleural
- particularités:
 - épanchement peu abondant
 - liquide citrin ou sérohématique, formule aspécifique
 - exsudat dans 80 % des cas, transsudat dans 20 % des cas



³ à distinguer du pyopneumothorax tuberculeux lié à la rupture d'une cavité tuberculeuse dans la plèvre (caséum riche en BAAR).

Figure 11 : plaques pleurales fibro-hyalines vues en TDM (flèches) et en thoracoscopie chez un patient exposé à l'amiante

Pleurésie bénigne liée à l'amiante

- diagnostic d'exclusion ++
- rechercher une exposition à l'amiante
- suspectée quand la radio ou le scanner montrent des plaques pleurales ± calcifiées (figure 11)
- ponction: liquide lymphocytaire non spécifique
- l'arrière pensée est toujours le mésothéliome => intérêt de la biopsie pleurale sous thoracoscopie

Pleurésie post-traumatique⁴

Pleurésie par rupture oesophagienne

- à gauche
- présence quasi constante d'un niveau liquide associé

Pleurésies témoins d'une pathologie sous-diaphragmatique⁵ (pancréas notamment)

IV. LA PONCTION PLEURALE

IV.1 Qui ponctionner et qui ne pas ponctionner ?

IV.1.1 Le cas fréquent

La majorité des épanchements pleuraux doit faire l'objet d'une ponction à visée diagnostique

IV.1.2 Deux situations conduisent cependant à ne pas recommander la ponction en 1^{ère} intention :

Épanchement pleural de faible abondance (moins de 10 mm d'épaisseur à l'échographie ou "ligne bordante" inférieure à 10 mm sur le cliché en décubitus)

- le rapport risque/bénéfice est alors trop élevé

Patients porteurs d'une insuffisance cardiaque gauche connue, la ponction en 1^{ère} intention est à envisager seulement dans trois cas de figure :

- épanchement unilatéral ou asymétrique ou absence de cardiomégalie
- présence de douleurs de type pleural ou d'hyperthermie
- absence de modification après traitement de l'insuffisance cardiaque

IV.2 Quand ponctionner ?

En urgence si :

- épanchement fébrile → la ponction est à visée étiologique et parfois évacuatrice si épanchement parapneumonique
- suspicion d'hémothorax → la ponction est à visée étiologique
- mauvaise tolérance clinique → la ponction est à visée évacuatrice

Rapidement dans les autres cas

⁴ soit immédiate et hémorragique ; soit liquide citrin, survenant 1 à 2 mois après le traumatisme thoracique

⁵ abcès sous-phrénique: réaction inflammatoire de contiguïté ; pancréatite aiguë ou chronique: amylase augmentée dans le liquide pleural ; cancer du pancréas

IV.3 Comment ponctionner ?

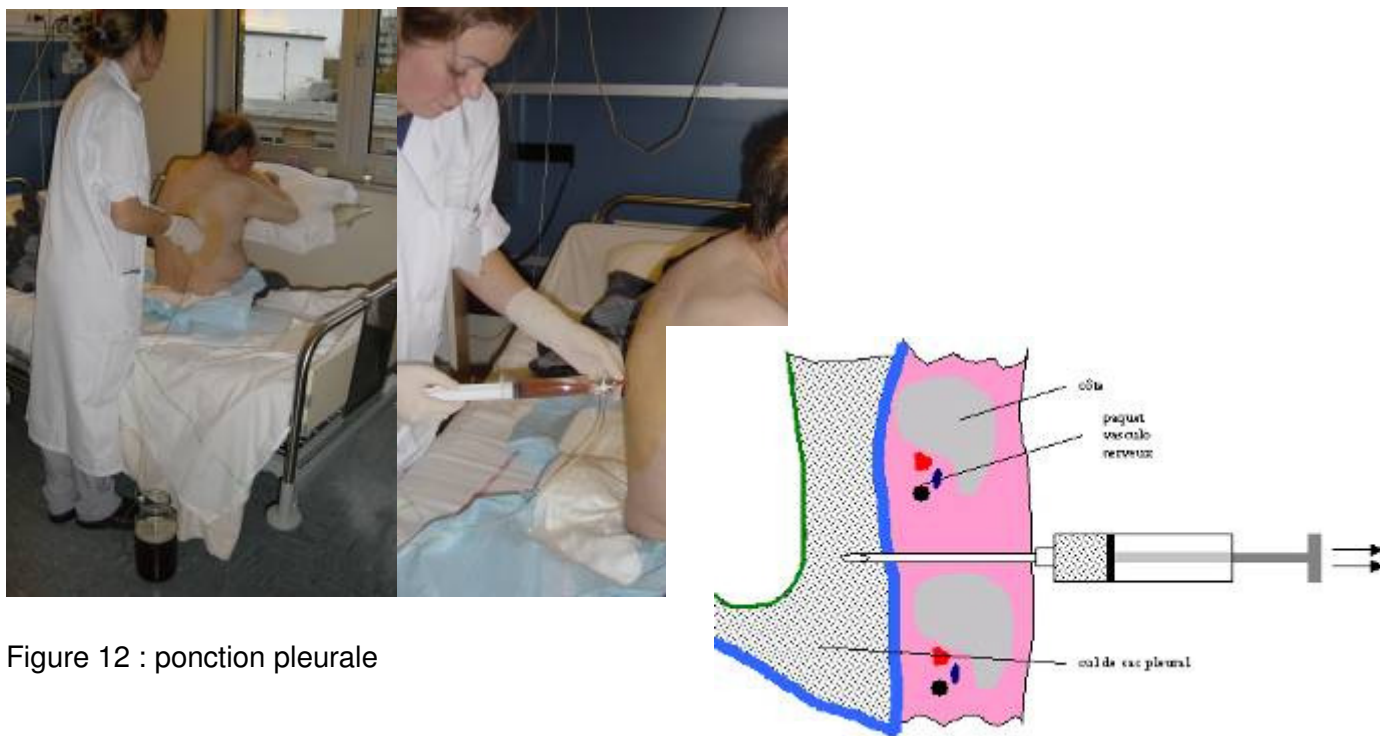


Figure 12 : ponction pleurale

Ponction

- orientée par l'examen clinique
- patient confortablement installé, assis le dos rond (figure 12)
- en pleine matité, idéalement à 2 travers de main des apophyses épineuses et pas à plus de 2 travers de doigts sous la pointe de l'omoplate
- après contrôle du bilan de coagulation
- après repérage échographique en cas de doute à l'examen clinique
- après désinfection de la peau et après anesthésie soignée de l'espace intercostal
- dans l'idéal avec une aiguille ou un trocart dévolu aux ponctions pleurales
- au bord supérieur de la côte inférieure de l'espace intercostal
- trajet perpendiculaire à la paroi thoracique ou vers le bas afin de rester à distance du paquet vasculaire intercostal
- progression le « vide à la main » afin de repérer immédiatement l'entrée dans la cavité pleurale et d'arrêter la progression de l'aiguille, évitant le risque de ponction pulmonaire et de pneumothorax dans les pleurésies de faible abondance

Radiographie de contrôle post ponction systématique

- pour éliminer un pneumothorax iatrogène et rechercher une anomalie parenchymateuse sous jacente (si ponction diagnostique et évacuatrice)

Échographie de contrôle

- Peut remplacer la radiographie si son but est d'éliminer un pneumothorax iatrogène

IV.3 Faut-il évacuer tout le liquide quand on ponctionne ?

Non si épanchement bien toléré : pas d'indication à tout évacuer

- Laisser du liquide en place facilite la mise en place d'un drain pleural s'il faut drainer secondairement (ex : épanchement para-pneumonique compliqué ou épanchement post-traumatique)

- L'abord pleural pour la réalisation d'une thoracoscopie à visée diagnostique
- Si mal toléré : évacuer 1 à 2L suffit le plus souvent à améliorer la tolérance

Oui si

- l'évacuation de l'épanchement a un intérêt pour l'enquête étiologique :
 - pour l'étude tomodensitométrique (scanner) du parenchyme pulmonaire
 - pour la recherche d'une embolie pulmonaire (angio-scanner)
- épanchement para-pneumonique non cloisonné

IV.4 Quelle(s) analyse(s) sur le liquide pleural ?

L'analyse du liquide pleural sert avant tout à distinguer les **transsudats** des **exsudats** dont l'enquête étiologique est fondamentalement différente

IV.4.1 examen macroscopique du liquide pleural (figure 13)

C'est la 1^{ère} étape dans la distinction entre transsudat et exsudat

- tout épanchement qui n'est pas franchement citrin et clair est a priori exsudatif

Purulent

- parfois avec une odeur fétide dans les empyèmes (synonymes pleurésie purulente, pyothorax)

Hémorragique

- ne signe pas toujours un hémithorax car une quantité de sang relativement faible (hématocrite pleural supérieur à 1%) suffit à donner un aspect hémorragique
- dans un contexte post-traumatique impose la mesure de l'hématocrite pleural
- en dehors d'un contexte post-traumatique évoque en 1^{ère} hypothèse un épanchement néoplasique

Lactescent

- orientant vers un chylothorax.

Chocolat

- évoque une rupture de kyste amibien ou une fistule d'un faux kyste pancréatique.



Figure 13 : liquide citrin, séro-hématique, chyleux (de gauche à droite)

IV.4.2 Quels examens biologiques de 1^{ère} intention doivent être réalisés sur le liquide ponctionné

Biochimie pour dosage des protides pleuraux (protidopleurie) et des LDH

Protides (g/l)	Critères complémentaires (dit de Light)	Nature de l'épanchement
< 25	non	transsudat
25 à 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

Cytologie pleurale, rarement discriminante, oriente parfois l'étiologie,

- leucocytes < à 1000 / μ l dans les transsudats et > 1000/ μ l dans les exsudats
 - prédominance lymphocytaire : tuberculose, pleurésies néoplasiques, lymphomes, chylothorax, pleurésies rhumatoïdes...
 - polynucléaires neutrophiles : infections (pleurésie parapneumonique, pleurésies réactionnelles à des foyers infectieux sous phréniques...), embolie pulmonaire aiguë ou pancréatite aiguë
 - éosinophiles (taux de polynucléaires éosinophiles >10%) : pneumothorax, pleurésies hémorragiques mais aussi pleurésies médicamenteuses, parasitaires, pleurésies asbestosiques bénignes ou cancers (en pratique dans tout épanchement pleural chronique)
- cellules tumorales
 - leur présence permet d'affirmer la nature néoplasique de l'épanchement pleural uniquement si le patient est porteur d'un cancer connu. Dans tous les autres cas il convient de confirmer le diagnostic par des biopsies pleurales.

Analyse bactériologique.

- recherche de germes pyogènes habituels (examen direct et culture sur milieu aérobie et anaérobie)
- recherche de mycobactéries (examen direct et culture)

IV.4.3 Quels examens biologiques de 2^{ème} intention doivent être réalisés sur le liquide ponctionné en fonction de l'orientation clinique et de l'aspect macroscopique du liquide

pH pleural

- en cas d'épanchement pleural fébrile, s'il n'est pas typiquement purulent, ne contient pas de germe à l'examen direct ou en culture, un pH pleural < à 7,20 justifierait pour certains le recours au drainage thoracique

Hématocrite pleural en cas d'épanchement macroscopiquement sanglant dans un contexte traumatique

- hématocrite pleural/ hématocrite sanguin > 0,5 oriente vers un hémithorax vrai
- justifie une prise en charge diagnostique et thérapeutique urgente

Amylase pleurale

- en cas de suspicion de pathologie pancréatique et sous-phrénique

Glucose intrapleural

- parfois utile dans le diagnostic des pleurésies rhumatoïdes où un taux normal (>0,5 x la glycémie) rend ce diagnostic peu probable

Triglycérides surtout si liquide lactescent

- un taux supérieur à 1,1 g/l (1,2 mmol/l) affirme le diagnostic de chylothorax.

Pas d'intérêt du dosage de l'acide hyaluronique dans le mésothéliome ou de l'adénosine désaminase pour la tuberculose

V L'ENQUÊTE ÉTIOLOGIQUE FACE À UN ÉPANCHEMENT PLEURAL

V.1 En présence d'une orientation clinique

V.1.1 situations typiques

Epanchement associé à une pneumonie → ponction immédiate

- pour distinguer les épanchements parapneumoniques "complicés" des épanchements parapneumoniques "non complicés"

Epanchement dans un contexte traumatique → ponction immédiate

- pour poser le diagnostic d'hémothorax

Epanchement chez un patient porteur d'un cancer connu → recherche de cellules tumorales dans le liquide pleural

V.1.2 situation moins typique

Tableau compatible avec une embolie pulmonaire → toujours garder à l'esprit cette hypothèse et mener les investigations afin de l'éliminer

V.2 En l'absence d'orientation clinique

V.2.1 distinguer les transsudats des exsudats

La 1^{ère} étape est donc l'analyse du liquide pleural

V.2.2 si transsudats

Voir le cœur, le foie et le rein

V.2.3 si exsudat

LA question est « **s'agit-il d'un cancer ?** »

La priorité est à l'obtention d'une l'analyse de l'histologie pleurale

La biopsie pleurale est réalisée (figure 14)

- soit à l'aveugle par voie transcutanée
 - nécessite un opérateur entraîné
 - après avoir vérifié l'absence de troubles de la coagulation
 - à envisager en 1^{ère} intention si et seulement si on suspecte une tuberculose (car l'atteinte pleurale tuberculeuse est diffuse)
 - nombreux faux négatifs dans les épanchements néoplasiques car l'atteinte pleurale est, dans ces cas, souvent discontinue et le prélèvement à l'aveugle peut être fait à côté des lésions
- soit par thoracoscopie (figure 15)
 - sous sédation ou sous anesthésie générale
 - permet une exploration complète de la cavité pleurale et la réalisation de biopsies sous contrôle de la vue
 - rentabilité diagnostique pour les pleurésies néoplasiques ≥ 85%

- faux négatifs liés à des adhérences empêchant la visualisation de la totalité de la cavité pleurale.



Figure 14 : Biopsie pleurale à l'aveugle: la seringue est montée sur le trocart. Vue interne du trocart à biopsies. La flèche montre le fragment de plèvre pariétale enlevé par le trocart à biopsies

V.2.3 si exsudat à enquête étiologique négative malgré les biopsies pleurales

- surveillance prolongée nécessaire
 - car l'arrière pensée est toujours celle d'un cancer

Tableau 1 : principales étiologies des épanchements pleuraux

TRANSsudATS	EXSUDATS			
	CELLULES TUMORALES	NEUTROPHILES	LYMPHOCYTAIRES	EOSINOPHILES
Plutôt bilatéral: • Insuf Cardiaque • Dialyse péritonéale • Syndrome néphrotique Plutôt unilatéral: • Cirrhose • Atélectasie • Embolie pulmonaire	• Pleurésies métastatiques (bronche, sein, colon) • Mésothéliome • Hémopathies malignes	• Epanchement parapneumonique • Embolie pulmonaire • Pancréatite • Foyer sous phrénique • Atteinte oesophagienne • Dressler	• Tuberculose • Cancers • Lymphome • Sarcoïdose • Chylothorax • Pleurésie des collagénoses (PR, lupus)	• Hémothorax • Pneumothorax • Embolie pulmonaire • Pleurésie asbestosique bénigne • Parasitoses • Médicamenteuses • Cancers

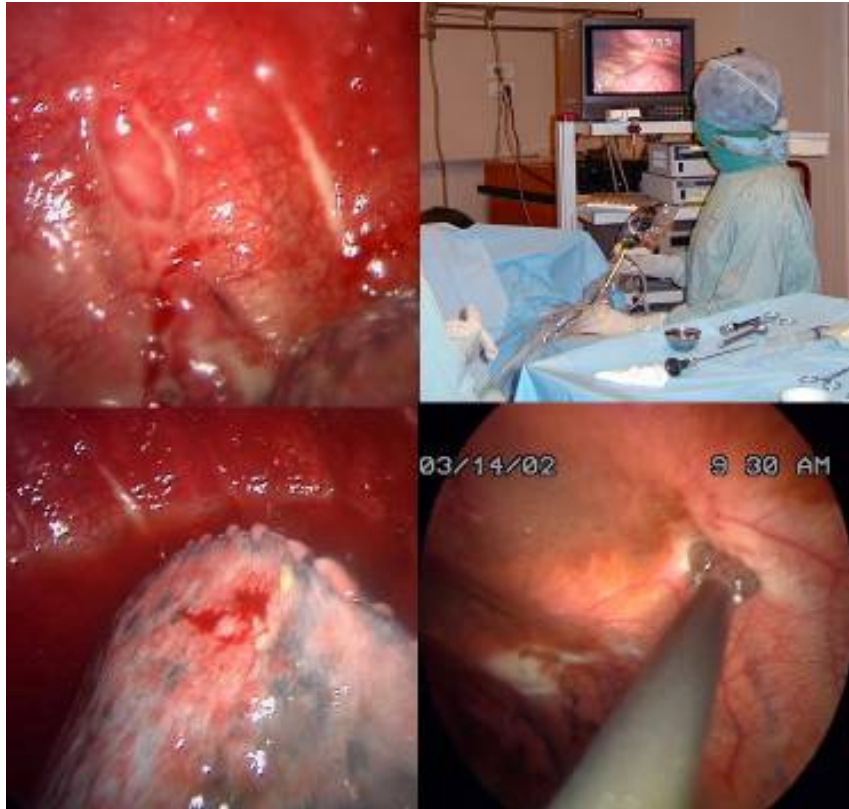


Figure 15 : atteinte pleurale métastatique discontinue de la plèvre pariétale (haut gauche) et viscérale (bas gauche), vidéo-thoracoscopie avec prélèvements sous contrôle de la vue

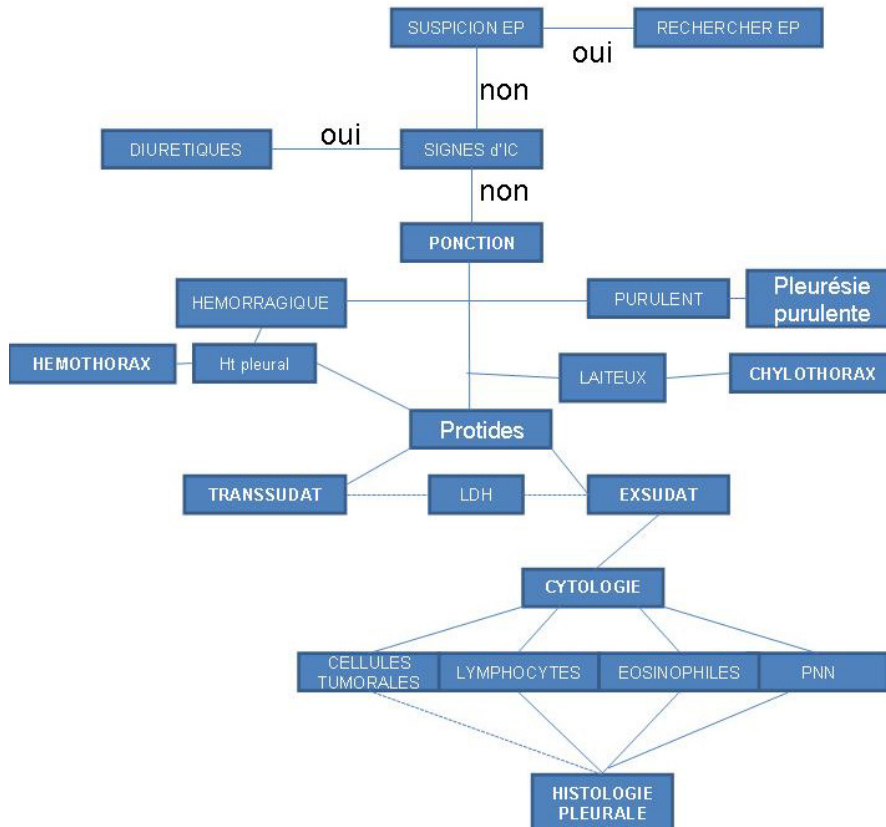


Figure 16 : Démarche diagnostique devant un épanchement pleural (EP = embolie pulmonaire ; IC = insuffisance cardiaque)