

Prise en charge d'un épanchement pleural liquidien non traumatique aux urgences

S. KEPKA¹, T. DESMETTRE¹, J.C. DALPHIN², G. CAPELLIER¹,
K. TAZAROURTE³

Points-clés

- Les épanchements pleuraux liquidien représentent une situation fréquemment rencontrée aux urgences.
- Le diagnostic positif d'épanchement pleural est assuré par la radiographie thoracique et conforté par l'échographie pleurale au lit du malade qui permet également de guider un geste de ponction.
- Les étiologies infectieuses, cardiaques et néoplasiques représentent 90 % des cas.
- Des signes de mauvaise tolérance imposent un geste d'évacuation en urgence, par ponction ou drainage.
- Une ponction pleurale en urgence est indiquée en cas d'épanchement pleural dans un contexte infectieux et en cas de suspicion d'hémithorax.
- L'aspect macroscopique et l'analyse biologique du liquide pleural permettent de classer les épanchements selon leur origine exsudative ou transsudative.
- Les épanchements parapneumoniques de grande importance, d'emblée purulents, contenant des germes à l'examen direct ou en culture, ou dont le pH est inférieur à 7,20, nécessitent une évacuation rapide.
- Un scanner thoracique en urgence n'est habituellement pas indiqué dans la démarche diagnostique initiale d'une pleurésie non traumatique sauf en cas d'hémithorax ou de suspicion d'embolie pulmonaire.

1. Service d'Accueil des Urgences, CHU de Besançon, 25030 Besançon cedex.

2. Service de Pneumologie, CHU de Besançon, 25030 Besançon cedex.

3. Pôle Urgences/Réanimation/SAMU, CH Marc Jacquet, 77000 Melun.

Correspondance : Sabrina Kepka – Service d'Accueil des Urgences/SAMU 25, CHU de Besançon, Hôpital Jean Minjoz, 1, boulevard Fleming, 25000 Besançon.

Tél. : + 33 381 668 259. Fax : + 33 381 689 908. E-mail : sabrinakepka@yahoo.fr

1. Introduction

Les épanchements pleuraux liquidiens non traumatiques sont fréquents aux urgences. Leurs modes de présentation et leurs étiologies sont multiples. Il est essentiel en urgence de détecter les signes de mauvaise tolérance nécessitant un geste d'évacuation immédiat. Le plus souvent, le diagnostic positif est réalisé par la radiographie thoracique. Les indications de ponction pleurale à visée diagnostique et de mise en place d'un drain thoracique aux urgences doivent être connues afin d'éviter un retard de prise en charge, source de complications potentiellement graves. La démarche étiologique initiale aux urgences s'appuie sur le contexte clinique, l'analyse macroscopique et biochimique du liquide pleural. Les examens complémentaires à réaliser aux urgences doivent se limiter aux explorations indispensables, c'est-à-dire conduisant à l'initiation d'un traitement immédiat.

2. Rappels physiopathologiques

La cavité pleurale est un espace virtuel constitué de deux membranes : la plèvre viscérale recouvrant le poumon et la plèvre pariétale recouvrant le diaphragme et la paroi thoracique. Un épanchement pleural liquidien ou « pleurésie », correspond à une quantité anormale de liquide dans cette cavité constituée à l'état physiologique d'un mince film liquidien dont le volume est de 7 à 14 ml. Ce liquide est clair, incolore, sa concentration protéique inférieure à 1,5 g/dl, avec 1 500 cellules/L à prédominance monocytaire. Toute pleurésie résulte d'un déséquilibre entre les entrées et les sorties dont les étiologies sont multiples. Plusieurs mécanismes peuvent être impliqués. Il peut exister une fuite capillaire par intervention des médiateurs de l'inflammation, un blocage mécanique du drainage lymphatique, une augmentation de la pression capillaire et veineuse pulmonaire, une diminution de la pression oncotique capillaire, un passage du liquide de la cavité péritonéale vers la cavité pleurale ou une augmentation de la dépression pleurale. Le plus souvent, ces différents mécanismes sont intriqués. Deux groupes étiologiques peuvent être individualisés en fonction de l'apparition sur plèvre normale ou pathologique. Si la plèvre est normale, il s'agit d'un transsudat, pauvre en protéines. Si la plèvre est pathologique, l'épanchement est exsudatif, riche en protéines.

3. Étiologies

Les étiologies des épanchements pleuraux liquidiens sont nombreuses. Les causes cardiaques, infectieuses et néoplasiques représentent la grande majorité des cas avec 90 % des étiologies. Il n'existe pas dans la littérature de données épidémiologiques précises sur la fréquence de cette pathologie aux urgences. Les principales étiologies sont rappelées sur le tableau I. L'aspect macroscopique du liquide

oriente le diagnostic. Il peut être citrin dans les transsudats, hémorragique en cas d'hémothorax, séro-hématique, clair ou jaune foncé dans les exsudats, lactescent dans les chylothorax ou purulent en cas d'empyème. L'analyse biologique du liquide pleural permet de classer l'épanchement selon son caractère exsudatif ou transsudatif. Les exsudats ont une concentration protidique supérieure à 35 g/L. Pour les transsudats, elle est inférieure à 25 g/L. La mesure des LDH permet d'orienter vers un exsudat si ce taux est supérieur à 200 UI/L.

Tableau 1 – Principales étiologies des pleurésies exsudatives et transsudatives

Pleurésies exsudatives	Pleurésies transsudatives
Pathologies néoplasiques	Insuffisance cardiaque gauche
Pleurésie métastatique	Cirrhose
Mésothéliome	Syndrome néphrotique
Hémopathies malignes	Atélectasie
Causes infectieuses	Obstruction veineuse cave supérieure
Parapneumoniques (associés a pneumonie)	Péricardite constrictive
Pleurésies virales	Dialyse péritonéale
Pleurésie tuberculeuse	Glomérulonéphrite
Embolie pulmonaire	Embolie pulmonaire, parfois
Maladies de système	Sarcoïdose
Lupus, Polyarthrite rhumatoïde	
Autres connectivites	
Causes médicamenteuses	
Hémothorax non traumatique	
Chylothorax non traumatique	
Pathologie sous diaphragmatique	
Absès sous phrénique	
Pancréatite	
Cancer du pancréas	

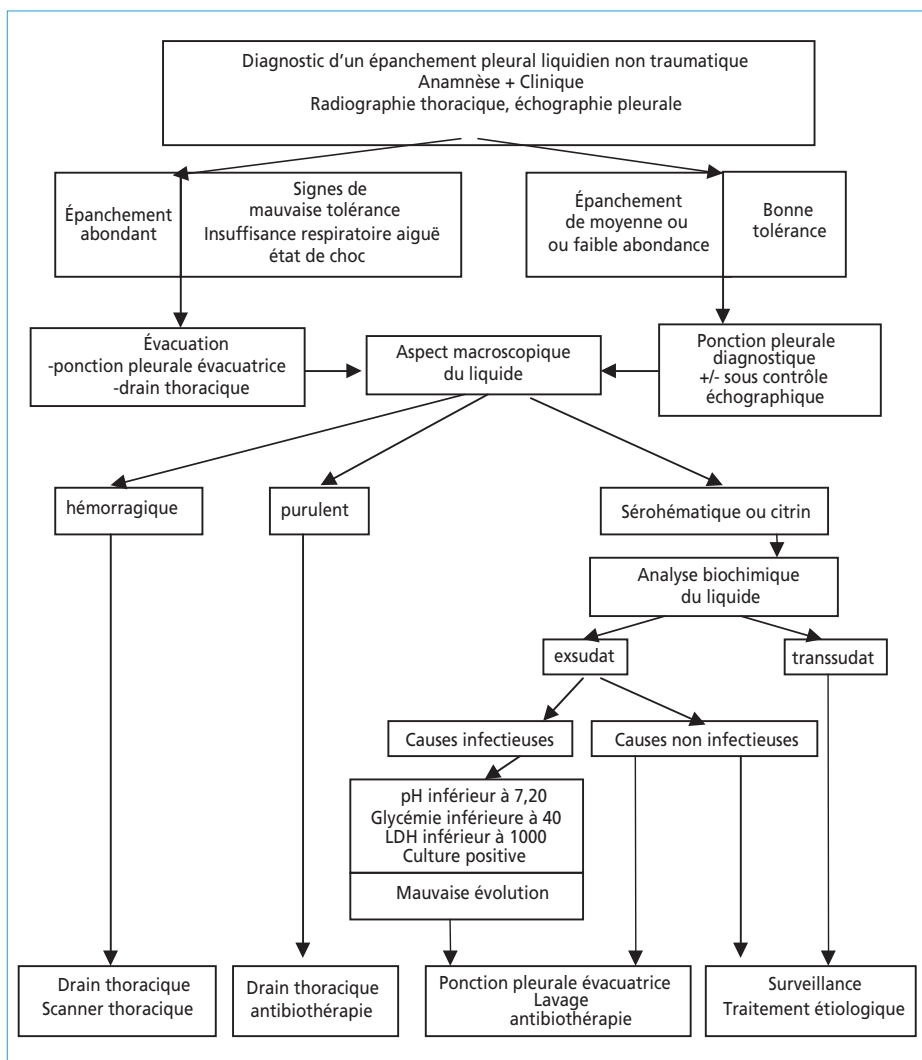
4. Prise en charge en urgence

La démarche diagnostique et thérapeutique précisant les indications de ponction et drainage aux urgences dans la prise en charge des épanchements pleuraux liquidiens non traumatiques est précisée sur la Figure 1.

4.1. Mode de présentation

La présentation clinique initiale est fonction de l'étiologie. Le tableau peut être parfois celui d'une insuffisance respiratoire aiguë ou d'un état de choc. Ces présentations peuvent survenir en cas d'épanchement compressif, du fait de son abondance, de son caractère bilatéral et/ou d'une atteinte du parenchyme pulmonaire sous-jacent. Un état de choc d'origine septique peut être observé en cas

Figure 1 – Démarche diagnostique et thérapeutique précisant les indications de ponction et de drainage aux urgences dans la prise en charge des épanchements pleuraux liquidiens non traumatiques



d'étiologie infectieuse. Un choc hémorragique peut être le mode de révélation d'un hémothorax non traumatique. En cas d'épanchement pleural ayant un retentissement vital ou fonctionnel direct, un traitement symptomatique et étiologique associé à une évacuation en urgence est indispensable (1). Le plus souvent, il existe une suspicion clinique devant les éléments recueillis à l'interrogatoire et au cours de l'examen physique. Dans certains cas, il s'agit d'une découverte fortuite sur la radiographie thoracique.

4.2. Démarche diagnostique initiale

La première étape est clinique.

L'interrogatoire recherche des éléments d'orientation diagnostique. Les signes cliniques en relation directe avec l'épanchement sont peu spécifiques, d'installation souvent progressive, ce qui peut expliquer un retard diagnostique fréquent en l'absence de signes de mauvaise tolérance. On peut noter une dyspnée et une douleur thoracique, classiquement aggravées par l'inspiration profonde, la toux ou les changements de position. À l'inspection, il peut exister une diminution de l'augmentation thoracique du côté de l'épanchement. À la palpation, les vibrations vocales sont diminuées ou abolies. À la percussion, on constate une matité. À l'auscultation, le murmure vésiculaire est diminué ou aboli. On peut retrouver un frottement pleural à la limite supérieure de l'épanchement. Le diagnostic est facile en cas de syndrome pleurétique associant signes à l'auscultation, inspection et percussion. Cependant, ces signes ne sont présents qu'en cas d'épanchement de moyenne ou grande abondance, rendant difficile le diagnostic dans les autres cas. En effet, en cas d'épanchement inférieur à 500 mL, l'examen clinique peut être normal ou retrouver un frottement pleural isolé. Enfin, la mise en évidence de ces signes cliniques peut cependant être difficile dans le contexte d'un service d'urgence.

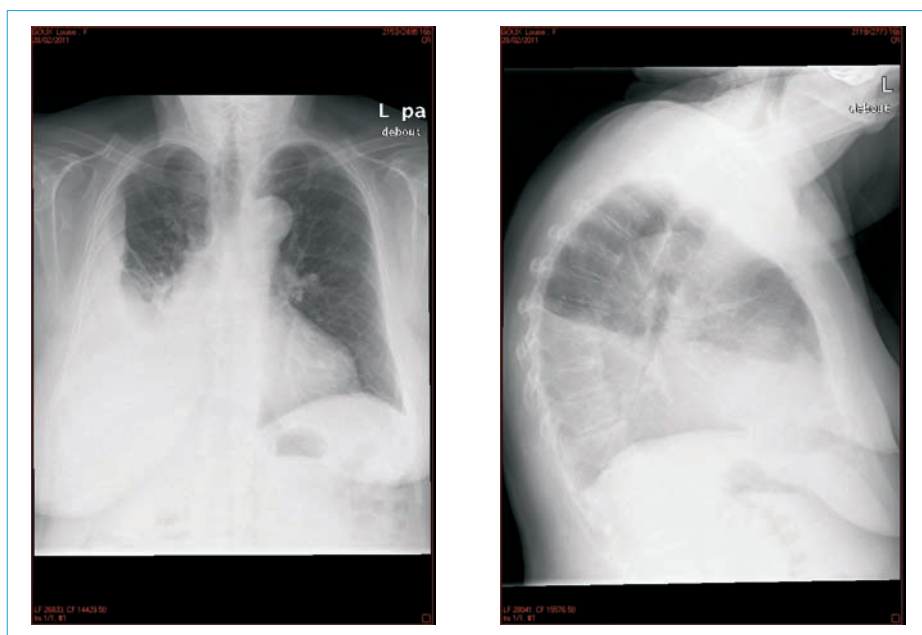
Les signes généraux (fièvre, asthénie, perte de poids, altération de l'état général, signes extrarespiratoires, ...) orienteront dans certains cas vers une étiologie ou un groupe étiologique spécifique.

Dans un second temps, la démarche consiste à réaliser les examens complémentaires utiles à la confirmation du diagnostic et à l'orientation étiologique. Cette démarche nécessite une stratégie de réalisation des examens complémentaires tenant compte de leur pertinence aux urgences. Elle doit donc se limiter aux examens nécessaires et indispensables aux urgences car susceptibles de modifier l'orientation du patient ou l'initiation d'un traitement en urgence.

4.2.1. La radiographie thoracique

Réalisée de face, elle met en évidence une opacité déclive, comblant le cul-de-sac pleural, d'aspect concave à concavité interne (figure 2). La radiographie de profil révèle un effacement du diaphragme du côté atteint appelé signe de la silhouette. Elle met en évidence un épanchement liquidien de plus de 500 ml. Dans le cas d'un épanchement de moyenne abondance, on relève « la courbe de Damoiseau radiologique » qui correspond à une opacité inférieure, dense, homogène, effaçant le diaphragme, à limite supérieure concave en haut et en dedans. Si l'épanchement est de faible abondance, un émoussement du cul-de-sac peut être le seul signe radiologique. Dans certains cas, le diagnostic est plus difficile sur la radiographie standard, notamment en cas d'épanchement de petite taille ou de localisation atypique (aspect pseudo tumoral en cas de pleurésie inter lobaire). La radiographie en décubitus latéral peut être utile, son rendement peut être amélioré par des manœuvres d'expiration ou de Trendelenburg, en cas d'épanchement de faible importance, mais ces manœuvres sont peu adaptées aux services d'urgences.

Figure 2 – Aspect d'épanchement pleural parapneumonique droit sur une radiographie thoracique de face et de profil droit



Épanchement pleural droit de grande abondance : opacité liquidienne délimitée par une ligne de Damoiseau avec signe de la silhouette témoignant d'une extension antérieure en paracardiaque droit, ceci étant confirmé par la radiographie de profil. L'aspect bombant de la ligne de Damoiseau évoque une part organisée de cet épanchement dans sa partie haute. Quelques atélectasies en bande sus-jacentes sont visibles sur la radiographie de face.

4.2.2. L'échographie pleurale

Sa sensibilité est proche de 100 % si le volume de l'épanchement est supérieur à 100 ml. Une récente revue de la littérature révèle une sensibilité de 93 % et une spécificité de 96% dans le diagnostic des épanchements pleuraux (2). Elle est intéressante en cas de diagnostic différentiel, confirmant un simple épaissement pleural qui aurait pu être confondu avec un épanchement liquidien sur la radiographie standard. L'échographie permet de guider la ponction pleurale, notamment en cas d'épanchement cloisonné, difficile à ponctionner. La ponction échoguidée est recommandée car elle a un taux de succès important allant jusqu'à 80% avec peu de complications (3). C'est donc un examen clé aux urgences, auquel les urgentistes peuvent facilement se former afin d'améliorer la rapidité de la prise en charge. Une revue de la littérature confirme sa place essentielle aux urgences dans le diagnostic des épanchements pleuraux du fait de sa facilité d'utilisation au lit du malade qui permet de réduire le délai du diagnostic (4). Enfin, l'utilisation de l'échographie permet également de réduire le nombre de radiographies et de scanners thoraciques et d'éviter le déplacement du malade, avec une efficacité identique (5). En 2010, la British Thoracic Society (BTS) recommande

l'utilisation de l'échographie dans la prise en charge diagnostique de tous les épanchements pleuraux et pour la réalisation des ponctions car elle a un meilleur rendement au niveau diagnostique que la radiographie thoracique, diminue les complications de la ponction avec moins d'échec et guide le site de ponction (6, 7, 8). Le repérage échographique avant la ponction pleurale n'est pas recommandé en cas d'épanchement très abondant (8).

4.3. Place de la ponction pleurale

La ponction et l'analyse du liquide pleural permettent de confirmer la pleurésie, d'orienter le diagnostic étiologique sur l'aspect macroscopique et permet la distinction entre transsudat et exsudat dans presque 100 % des cas. Les contre-indications sont : maladie hémorragique, traitement anticoagulant, ventilation assistée et pleurésie d'étiologie cardiaque sauf en cas de geste urgent. La technique doit être rigoureuse. Elle débute par une désinfection soignée des mains de l'opérateur et le port de gants stériles. La peau du malade est désinfectée dans des conditions de geste chirurgical avec cycle bétadiné. On réalise ensuite une anesthésie locale à la xylocaïne® avec une aiguille adaptée (cathéter, aiguille simple ou aiguille de Boutin) en pleine matité, en général entre le 7^e et le 9^e espace intercostal, à un travers de main des apophyses épineuses et à 2 travers de doigt sous la pointe de l'omoplate, au bord supérieur de la côte inférieure. La progression s'effectue en maintenant le vide à la main jusqu'au recueil du liquide. Les complications potentielles du geste sont la douleur au point de ponction, le saignement local ou intrapleural, le pneumothorax, l'infection pleurale, les blessures hépatiques et spléniques. Il faut au préalable vérifier le bilan de coagulation et le taux de plaquettes sauf en cas d'urgence. Il convient également de vérifier l'absence de traitement anticoagulant ou antiagrégant plaquettaire avant la réalisation du geste et discuter la nécessité d'une réversion si besoin.

L'aspect macroscopique du liquide apporte des premières informations essentielles au clinicien. Lorsque le liquide est purulent, d'aspect jaune ou vert avec une odeur caractéristique, le diagnostic d'empyème est posé. Un liquide clair, citrin est souvent retrouvé en cas de transsudat et peut être constaté dans les pleurésies parapneumoniques. Un liquide rosé ou rouge ne coagulant pas à l'air ou jaune foncé évoque un exsudat, mais il peut aussi être clair dans cette situation. En cas d'hémithorax, le liquide sanglant coagule spontanément. Enfin, un aspect lactescent est caractéristique d'un chylothorax.

4.4. Autres examens

Des analyses complémentaires du liquide pleural sont parfois nécessaires.

Elles sont fonction du contexte clinique et de l'orientation étiologique, ainsi que de l'aspect macroscopique du liquide pleural. Elles sont résumées dans le tableau II.

Le scanner thoracique est un examen de seconde intention, lorsque la radiographie standard et l'échographie ne sont pas assez contributives (9). Le scanner permet de préciser la localisation de l'épanchement, sa complexité notamment s'il est

Tableau 2 – Analyses complémentaires du liquide pleural et diagnostic étiologique

	Exsudat	Transsudat
Protides	inférieur à 25	supérieur à 35
rapport protides pleuraux/ protides sanguins	inférieur à 0,5	supérieur à 0,5
fibrine	absence	présence
LDH	inférieur à 100	supérieur à 200
éléments	inférieur à 500/mm ³	plus de 1 000/mm ³
présence polynucléaires neutrophiles	pleurésie purulente, parapneumonique, tuberculose	
prédominance lymphocytaire	tuberculose, néoplasie, sarcoïdose, pleurésie rhumatoïde	
prédominance éosinophile	médicaments, parasitoses	embolie pulmonaire
glucose inférieur à 0,6	tuberculose, cancer, pleurésie purulente, parapneumonique, rhumatoïde, lupus	rupture de l'œsophage
pH inférieur à 7,20	pleurésie purulente, parapneumonique, rhumatoïde, tuberculose, hémothorax, lupus	
acide hyaluronique	mésothéliome	

cloisonné (figure 3). L'empyème apparaît sous la forme d'une lentille avec des raccords obtus à la paroi et ne prenant pas le contraste alors que les feuillets pleuraux sont réhaussés par le produit de contraste. Le scanner prend donc tout son intérêt lorsque le liquide a été évacué permettant d'évaluer la plèvre, les parties molles, les anomalies thoraciques (adénopathies, tumeur bronchique, métastases, tuberculose pulmonaire, ...), les structures extrathoraciques, permettant d'orienter le diagnostic étiologique, ce qui n'est pas forcément le rôle de la démarche aux urgences. Il différencie empyème et abcès intraparenchymateux (7). Par ailleurs, le scanner permet d'orienter la réalisation de certaines ponctions ou biopsies, de guider le drainage ou de vérifier la position du drain (10). Il peut alors être réalisé sans injection de produit de contraste. Le scanner thoracique peut permettre un diagnostic différentiel, comme par exemple pour les pachypleurites ou pour certains épanchements enkystés qui peuvent mimer des opacités parenchymateuses, ou rétablir un diagnostic de paralysie phrénique ou d'atélectasie.

4.4.1. Autres examens

La biopsie percutanée à l'aiguille est intéressante en cas de suspicion de pleurésie tuberculeuse ou néoplasique. Elle présente cependant des complications et n'a pas sa place dans le cadre d'une prise en charge aux urgences. La biopsie pleurale

Figure 3 – Aspect de pleurésie purulente bilatérale au scanner thoracique



Scanner thoracique : coupe axiale, fenêtre parenchymateuse

À *droite* : épanchement pleural droit de moyenne à grande abondance intéressant à la fois la grande cavité et s'insinuant également dans la scissure d'allure organisée refoulant le lobe inférieur droit et le lobe moyen dans une moindre mesure. Plages en verre dépoli lobaire inférieures droites associées à quelques atélectasies en bande. À *gauche* : épanchement pleural gauche libre déclive de plus faible abondance. Foyers en verre dépoli linguaires.

par thoracoscopie a des indications à peu près similaires à celles de la biopsie à l'aiguille et rentre également dans le cadre d'une prise en charge étiologique dans le service de pneumologie.

5. Prises en charges spécifiques des exsudats en fonction de l'étiologie

5.1. Prise en charge des épanchements parapneumoniques

Les pleurésies parapneumoniques sont présentes chez 20 à 40 % des patients hospitalisés pour pneumonie (11). On parle de pleurésie purulente en cas de liquide macroscopiquement purulent ou présentant des caractéristiques biochimiques ou bactériologiques spécifiques. Une prise en charge précoce est essentielle compte tenu des complications potentielles et de la mortalité importante, de l'ordre de 14 % dans une étude menée sur 85 patients (12). Le plus souvent, il existe une infection pulmonaire contiguë, mais la pénétration de germes dans l'espace pleural peut également survenir dans les suites d'une chirurgie ou d'un

geste tel qu'un drainage, ou en cas de rupture de l'œsophage. Certaines pleurésies purulentes sont ainsi d'origine extrapulmonaire (médiastinales, sous diaphragmatiques, rachidiennes, systémiques, rétropéritonéales) et peuvent aussi être iatrogènes ou idiopathiques.

Il faut distinguer les infections communautaires et nosocomiales. Les germes fréquemment retrouvés sont les streptocoques, *klebsiella pneumoniae*, *haemophilus influenzae* pour les germes aérobies, et *petrostreptococcus* pour les anaérobies. En cas d'infection nosocomiale, elles sont le plus souvent post-chirurgicales, souvent à *staphylococcus aureus*. L'épanchement évolue en trois stades. Le premier stade est qualifié « d'exsudatif ». La pose d'un drain pleural est le plus souvent suffisante à la guérison. Le deuxième stade est dit « fibrino-purulent », avec un exsudat plus épais, conduisant à des dépôts de fibrine et un cloisonnement de l'épanchement. La guérison est plus rare par le drainage pleural simple. Le troisième stade est le stade « d'organisation » ou « fibrineux » (13). Le drain n'est alors plus efficace car l'épanchement est cloisonné.

La prise en charge thérapeutique repose à la fois sur l'évacuation du liquide pleural et sur l'antibiothérapie. Tout épanchement pleural associé à un sepsis requiert une analyse du liquide pleural (7). Les prélèvements bactériologiques sont essentiels avant de débiter une antibiothérapie, bien que les hémocultures soient positives dans moins de 40 % des cas (11, 14). Dans les dernières recommandations de la BTS, les hémocultures ne sont positives que dans 12 % des cas avec une culture positive du liquide pleural dans 54 % des cas chez les patients hospitalisés pour une infection pleurale (7).

L'antibiothérapie doit être débutée précocément, après les prélèvements, de manière probabiliste, en choisissant des molécules ayant une bonne diffusion dans le liquide pleural. Elle est adaptée secondairement à l'antibiogramme. Elle est initiée par voie intraveineuse avec un relais per os dès l'amélioration clinique, pour une durée de traitement de 3 semaines environ (7, 9). Elle peut être étendue jusqu'à 6 semaines selon le contexte clinique, notamment en cas d'immuno-dépression.

En cas d'infection communautaire, l'association amoxicilline-acide clavulanique est le traitement de première intention. Les céphalosporines de deuxième ou troisième génération, le chloramphénicol ou les carbapénèmes représentent une alternative. L'association de clindamycine est nécessaire en cas de suspicion de germes anaérobies. En cas d'allergie aux pénicillines, on peut utiliser la clindamycine seule ou en association avec les quinolones ou les céphalosporines (7).

En cas d'infection nosocomiale, on utilise de la vancomycine si on suspecte un staphylocoque doré, une Blactamine avec un inhibiteur de Blactamase si on suspecte des bacilles gram négatif, de la clindamycine si on suspecte des germes anaérobies, associée à un aminoside si on suspecte un *pseudomonas aeruginosa*.

L'évacuation du liquide pleural est nécessaire précocément pour le contrôle de l'infection, par une ponction évacuatrice ou la mise en place d'un drain thora-

cique. La ponction pleurale évacuatrice semble l'option thérapeutique la plus intéressante aux urgences compte tenu de ses avantages. D'une part, elle est facile et rapide à réaliser, notamment dans le même temps que la ponction pleurale diagnostique. D'autre part, elle est moins invasive, avec moins de complications. Elle peut être associée à des lavages au sérum physiologique deux à trois par jour, sous contrôle échographique avec un taux de succès de plus de 80 % (15). Certaines études montrent une diminution de la durée d'hospitalisation et des complications par l'association de lavages avec une antibiothérapie en cas d'empyème par rapport au traitement de référence associant drainage et antibiotiques (16).

En cas d'évolution défavorable sous traitement, il faut répéter les ponctions et discuter l'indication de mise en place d'un drain thoracique (7).

En cas d'épanchement purulent, le drainage thoracique est indispensable. Le drain thoracique est mis en place sous anesthésie locale et est réservé à des pleurésies plus compliquées, souvent dans le cas d'épanchement cloisonné. Il n'existe pas de recommandations sur la taille du drain à utiliser mais des drains de petits calibres (10 à 14 F) paraissent suffisants dans la plupart des cas selon les dernières recommandations de la BTS (7, 8). La pose sous contrôle scannographique ou échographique est la plus indiquée, notamment en cas d'épanchement cloisonné.

Dans les autres cas, ce sont les caractéristiques biochimiques du liquide pleural, la culture bactériologique et l'importance de l'épanchement qui permettent de distinguer les épanchements parapneumoniques compliqués (*complicated parapneumonic effusion, CPPE*) ou non compliqués (*uncomplicated parapneumonic effusion, UPPE*) (17). La définition d'UPPE diffère selon la BTS (*British Thoracic Society*) et l'ACCP (*American College of Chest Physician*), conduisant à des indications de drainage thoracique sur des critères différents (9) (18) (11) (7) (6). Ces critères sont exposés dans le tableau III.

Tableau 3 – Critères de définition d'un épanchement parapneumonique compliqué selon la BTS (British Thoracic Society) et l'ACCP (American College of Chest Physicians)

Caractéristiques du liquide	BTS	ACCP
pH	inférieur à 7,20	inférieur à 7,20
glycémie	inférieure à 40 mg/mL	inférieure à 60 mg/ml
LDH	supérieure à 1000 Ui/L	non évaluée
culture	positive	positive
quantité	non évaluée	supérieure à un hémithorax

Concernant la fibrinolyse, elle n'a pas sa place aux urgences. C'est une technique de seconde intention, lorsque le drainage seul ne suffit pas mais il n'existe pas

d'indication de son utilisation en routine (7). Il en est de même d'autres techniques, telles que la thoracoscopie de débridement médicale ou chirurgicale, ou la décortication pleurale qui est une technique chirurgicale lourde. Une revue de la littérature en 2000 issue d'une conférence de consensus de l'*American College of Chest physician* définit 4 niveaux de risque de pleurésie parapneumonique, aboutissant à des recommandations sur l'indication de drainage, de fibrinolyse ou de prise en charge chirurgicale (19). Pour les catégories à faible risque, le drainage n'est pas nécessaire. Pour les catégories à haut risque, le drainage est recommandé, la fibrinolyse et le traitement chirurgical possibles car ils diminuent la mortalité et la récurrence.

5.2. Prise en charge des hémothorax non traumatiques

Les étiologies des hémothorax non traumatiques sont rares mais graves. Les deux principales causes sont les pathologies néoplasiques et l'embolie. À côté de ces deux principales étiologies, on trouve les causes vasculaires avec la rupture intrapleurale d'un anévrisme de l'aorte, parfois dans le cas d'une maladie inflammatoire comme la maladie de Behçet (20) ou dans le cas de rupture de thymome (21), ou enfin dans le cadre de rares malformations pulmonaires de type séquestre. Le traitement repose sur l'évacuation de l'épanchement par mise en place d'un drain thoracique et le traitement étiologique. Le traitement peut être conservateur, reposant sur la radiologie interventionnelle dans de nombreux cas, ou chirurgical en cas de complications (22).

6. Conclusion

La prise en charge des épanchements pleuraux non traumatiques aux urgences impose tout d'abord de rechercher les signes de mauvaise tolérance, sur le plan respiratoire et hémodynamique, qui nécessitent un geste d'évacuation en urgence. Tout épanchement pleural dans un contexte infectieux (épanchement parapneumonique) nécessite une ponction diagnostique afin de poser l'indication d'une évacuation en urgence. L'importance de l'épanchement ou ses caractéristiques biologiques (pH, taux de glucose, de LDH, cultures) doivent être parfaitement connus du médecin urgentiste pour poser l'indication de drainage précoce, compte tenu des complications potentielles. La démarche diagnostique impose rarement la réalisation d'un scanner aux urgences, sauf en cas d'hémothorax ou dans le cadre du diagnostic différentiel. L'échographie pleurale est un examen essentiel, dont l'apprentissage est facile, et qui doit être intégrée dans la démarche diagnostique et thérapeutique aux urgences.

Références

1. Negus R.A., Chachkes J.S., and Wrenn K. *Tension hydrothorax and shock in a patient with a malignant pleural effusion*. Am J Emerg Med 1990 ; 8 : 205-7.
2. Grimberg A. et al. *Diagnostic accuracy of sonography for pleural effusion: systematic review*. Sao Paulo Med J 2010 ; 128 : 90-5.
3. Liu Y.H. et al. *Ultrasound-guided pigtail catheters for drainage of various pleural diseases*. Am J Emerg Med 2010 ; 28 : 915-21.
4. Reissig A., Copetti R., and Kroegel C. *Current role of emergency ultrasound of the chest*. Crit Care Med, 2011 ; PMID 21263325.
5. Peris A., et al. *The use of point-of-care bedside lung ultrasound significantly reduces the number of radiographs and computed tomography scans in critically ill patients*. Anesth Analg 2010 ; 111 : 687-92.
6. Maskell N. *British Thoracic Society Pleural Disease Guidelines – 2010 update*. Thorax, 2010 ; 65 : 667-9.
7. Davies H.E., Davies R.J., and Davies C.W. *Management of pleural infection in adults: British Thoracic Society Pleural Disease Guideline 2010*. Thorax 2010 ; 65 Suppl 2 : ii41-53.
8. Havelock T., et al. *Pleural procedures and thoracic ultrasound: British Thoracic Society Pleural Disease Guideline 2010*. Thorax 2010 ; 65 Suppl 2 : ii61-76.
9. Davies C.W., Gleeson F.V., and Davies R.J. *BTS guidelines for the management of pleural infection*. Thorax 2003 ; 58 Suppl 2 : ii18-28.
10. Maskell N.A., Gleeson F.V., and Davies R.J. *Standard pleural biopsy versus CT-guided cutting-needle biopsy for diagnosis of malignant disease in pleural effusions: a randomised controlled trial*. Lancet 2003 ; 361 : 1326-30.
11. Light R.W. *Parapneumonic effusions and empyema*. Proc Am Thorac Soc 2006; 3 : 75-80.
12. Davies C.W. et al. *Predictors of outcome and long-term survival in patients with pleural infection*. Am J Respir Crit Care Med 1999 ; 160 : 1682-7.
13. Murinello A. et al. *Thoracic empyema - a review based on three cases reports*. Rev Port Pneumol 2009 ; 15 : 507-19.
14. Lee-Chiong T.L., Jr. and Matthay R.A. *Current diagnostic methods and medical management of thoracic empyemas*. Chest Surg Clin N Am 1996 ; 6 : 419-38.
15. Simmers T.A., Jie C., and Sie B. *Minimally invasive treatment of thoracic empyema*. Thorac Cardiovasc Surg 1999 ; 47 : 77-81.
16. Storm H.K., et al. *Treatment of pleural empyema secondary to pneumonia: thoracocentesis regimen versus tube drainage*. Thorax 1992 ; 47 : 821-4.
17. Manuel Porcel J., et al. *Usefulness of the British Thoracic Society and the American College of Chest Physicians guidelines in predicting pleural drainage of non-purulent parapneumonic effusions*. Respir Med 2006 ; 100 : 933-7.
18. Porcel J.M. and Light R.W. *Parapneumonic pleural effusions and empyema in adults: current practice*. Rev Clin Esp 2009 ; 209 : 485-94.
19. Colice G.L., et al. *Medical and surgical treatment of parapneumonic effusions : an evidence-based guideline*. Chest 2000 ; 118 : 158-71.
20. Chammakhi-Jemli C., et al. *[Pleural effusion of vascular origin]*. Rev Med Interne 2006 ; 27 : 253-4.
21. Templeton P.A., et al. *Mediastinal tumors presenting as spontaneous hemothorax, simulating aortic dissection*. Chest 1988 ; 93 : 828-30.
22. Shanmugam G., MacArthur K., and Pollock J.C. *Congenital lung malformations--antenatal and postnatal evaluation and management*. Eur J Cardiothorac Surg, 2005 ; 27 : 45-52.

