

Epanchement pleural d'origine hépatique

M. Coronado
E. Pezzetta
J.-W. Fitting

L'hydrothorax hépatique constitue une complication de l'état terminal d'une cirrhose hépatique et provient du passage de l'ascite par des défauts du diaphragme.

Une fois le diagnostic d'épanchement d'origine hépatique retenu, un traitement diurétique et une restriction sodée sont indiqués.

La thoracentèse permet de soulager la dyspnée, mais la mise en place d'un drain pleural est à éviter. Selon l'évolution, une stratégie interventionnelle est à entreprendre jusqu'à la discussion quant à l'indication à la transplantation hépatique.

Mots-clés :

- hydrothorax
- cirrhose
- transplantation

Définition

Un épanchement pleural qui se développe chez un patient souffrant d'une cirrhose hépatique en l'absence d'une maladie cardiaque ou pulmonaire est nommé hydrothorax hépatique. En général, le volume de l'épanchement est supérieur à 500 ml. Cette complication est présente chez environ 6% des patients cirrhotiques, sans relation avec l'étiologie de la cirrhose.

La condition *sine qua non* à la formation de ce type d'épanchement est l'hypertension portale, parfois même en l'absence d'ascite.^{1,2}

Physiopathologie

Normalement, la quantité de liquide pleural résulte d'un équilibre entre sa formation et son absorption. Cet équilibre est rompu lorsque la production de liquide excède l'absorption, ce qui amène au développement de l'épanchement pleural.

Le principal mécanisme de l'hydrothorax hépatique est le transfert du liquide d'ascite de la cavité péritonéale à la cavité pleurale à travers des zones de porosité du diaphragme. Ces porosités peuvent être visualisées par thoracoscopie.³ L'examen microscopique met en évidence des discontinuités des fibres du collagène de la partie tendineuse du diaphragme.¹ L'augmentation de la pression intra-abdominale peut provoquer une hernie intrapleurale du péritoine sous forme d'«ampoules» d'un diamètre inférieur à 1 cm, qui peuvent se rompre et créer une communication libre entre les cavités pleurale et péritonéale. Ces ampoules se forment le plus souvent dans l'hémidiaphragme droit, probablement parce que l'hémidiaphragme gauche est plus musculaire dans sa structure.

Une fois que le liquide d'ascite s'accumule dans la cavité péritonéale d'un patient atteint d'hypertension portale, la pression intra-abdominale augmente, le diaphragme se distend et cette distension peut être à l'origine d'un élargissement de ces défauts microscopiques.

Le mouvement du liquide est unidirectionnel, de la cavité péritonéale à l'espace pleural en raison de la pression subatmosphérique régnant dans ce dernier.¹

Un hydrothorax peut être présent également en l'absence d'ascite décelable.⁴⁻⁶

Clinique

Le tableau clinique est classiquement caractérisé par les signes et symptômes d'une cirrhose et d'une ascite. Un hydrothorax hépatique est à suspecter en présence d'une dyspnée et/ou une douleur thoracique pleurale. L'épanchement est plus fréquemment localisé à droite qu'à gauche, et peut être rarement bilatéral.

Une ponction diagnostique (thoracentèse et paracentèse) est indiquée. Le risque d'un pneumothorax lors de la thoracentèse diagnostique

Caractéristiques cliniques

- Symptômes et signes évoquant une cirrhose hépatique
- Localisation pleurale droite (85%)
- Localisation pleurale gauche (13%)
- Localisation bilatérale (2%)

Caractéristiques au laboratoire

- Nombre de cellules < 1000/mm³
- Concentration totale des protéines < 25 g/l
- Rapport des protéines du liquide pleural au plasma < 0,5
- Rapport du lactate déshydrogénase (LDH) du liquide pleural au plasma < 0,66
- Gradient de l'albumine (albumine sérique – albumine pleurale) > 11 g/l
- Concentration d'amylase du liquide pleural < amylase plasmatique
- pH 7,40 à 7,55
- Présence occasionnelle de chylomicrons

Tableau 1. Caractéristiques cliniques et paracliniques d'un hydrothorax hépatique.

Modifié de Lazaridis KN, et al.¹

Hepatic hydrothorax

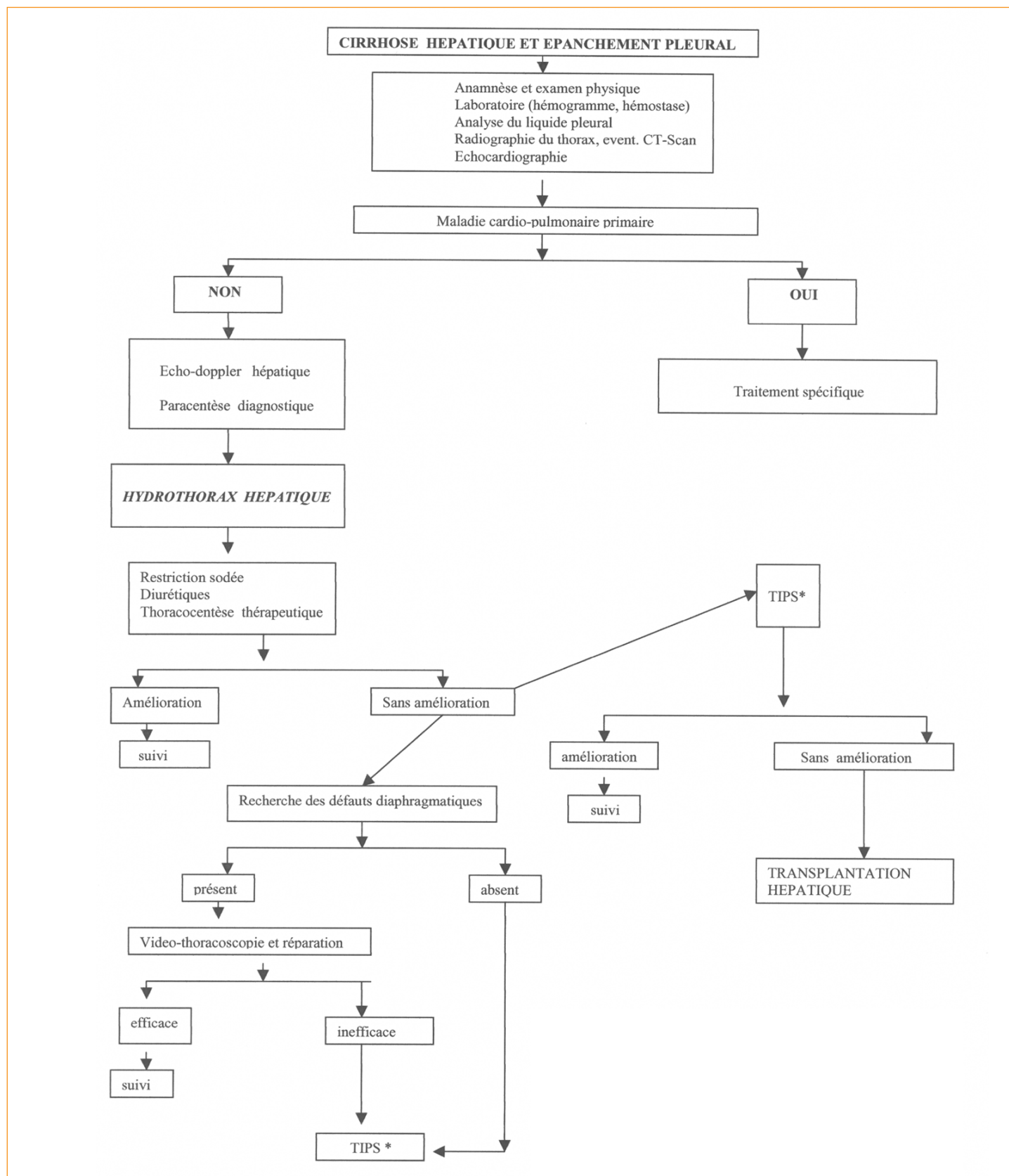
Hepatic hydrothorax represents a complication of terminal liver cirrhosis, and results from the leakage of ascitis through diaphragmatic defects. Once the diagnosis of hepatic hydrothorax is confirmed, the therapy consists of diuretics and restricting sodium intake. Thoracentesis helps to attenuate dyspnoea, but chest tube drainage should be avoided. According to clinical course, various interventions may be envisaged, including liver transplantation.

Med Hyg 2003 ; 61 : 2201-4

est de 1%, ce risque s'élevant à 9% lors d'une ponction thérapeutique.⁷ Le liquide pleural est classiquement un transsudat (tableau 1).

Un CT-scan thoracique est à pratiquer afin d'exclure une lésion médiastinale, pulmonaire

ou pleurale. Une échocardiographie ainsi qu'un écho-doppler hépatique devraient être effectués afin d'estimer la fonction du ventricule gauche, et de mettre en évidence une hypertension portale ou une anomalie du foie.



Algorithme : diagnostic et thérapeutique.

Modifié de Lazaridis.¹; * Shunt porto-systémique intrahépatique par voie transjugulaire.

Bibliographie

- 1 ■■ Lazaridis KN, Frank JW, Krowka MJ, et al. Hepatic hydrothorax: Pathogenesis, diagnosis and management. *Am J Med* 1999; 107: 262-7.
- 2 ■■ Kinasewitz GT, Keddissi JL. Hepatic hydrothorax. *Current Op in Pulmonary Medicine* 2003; 9: 261-5.
- 3 ■ Mouroux J, Hebuteme X, Perrin C, et al. Treatment of pleural effusion of cirrhotic origin by videothoracoscopy. *Br J Surg* 1994; 81: 546-7.
- 4 Mentès BB, Kayhan B, Gorgul A, et al. Hepatic hydrothorax in the absence of ascites. *Dig Dis Sci* 1997; 42: 781-8.
- 5 ■ Hahn MH, Hahn PY, Gadallah SF, et al. Hepatic hydrothorax possible etiology of recurring pleural effusion. *Am Fam Physician* 1997; 56: 523-7.
- 6 ■ Mouroux J, Perrin C, Vnissac N, et al. Management of pleural effusion of cirrhotic origin. *Chest* 1996; 109: 1093-6.
- 7 Xiol X, Castellote J, Cortes Beut R, et al. Usefulness and complications of thoracentesis in cirrhotic patients. *Am J Med* 2001; 111: 67-9.
- 8 Lieberman FL, Hidemura R, Peters RL, Reynolds TB. Pathogenesis and treatment of hydrothorax complicating cirrhosis with ascites. *Ann Intern Med* 1966; 64: 341-51.
- 9 Rubinstein D, McInnes IE, Dudley FJ. Hepatic hydrothorax in the absence of clinical ascites. *Gastroenterology* 1997; 73: 575-7.
- 10 de Campos JRM, Filho LOA, Werebe ED, et al. Thoracoscopy and talc poudrage in the management of hepatic hydrothorax. *Chest* 2000; 118: 13-7.
- 11 Gines P, Arroyo V, Vargas V, et al. Paracentesis with intravenous infusion of albumin as compared with peritoneovenous shunting in cirrhosis with refractory ascites. *N Engl J Med* 1991; 325: 829-35.
- 12 ■ Gordon FD, Anastopoulos HT, Crenshaw W, et al. The successful treatment of symptomatic refractory hepatic hydrothorax with transjugular intrahepatic portosystemic shunt. *Hepatology* 1997; 25: 1366-9.

Adresse des auteurs :

Drs Marcos Coronado et Jean-William Fitting
 Service de pneumologie
 Marcos.Coronado-Lujan@chuv.hospvd.ch
 Dr Edgardo Pezzetta
 Service de chirurgie thoracique
 CHUV
 1011 Lausanne

L'hydrothorax hépatique peut se compliquer d'un empyème bactérien spontané, tout comme l'ascite peut se compliquer d'une péritonite bactérienne spontanée. Les critères de l'empyème sont une culture bactérienne positive et un compte de polynucléaires neutrophiles supérieur à 250/ml, ou bien une culture négative et un compte de neutrophiles supérieur à 500/ml. Dans les deux cas, une pneumonie ou un autre foyer infectieux contigu doivent être exclus.

Traitement

L'hydrothorax hépatique est une complication de l'état terminal d'une cirrhose. La stratégie thérapeutique devrait cibler le problème sous-jacent. L'ascite est la source de l'épanchement pleural, comme conséquence d'une rétention accrue du sodium. Le traitement de première ligne est donc la restriction sodée et l'introduction de diurétiques (furosémide, spironolactone).

Chez le patient dyspnéique, une ponction pleurale évacuatrice est à pratiquer. La thoracentèse est un traitement amenant un rapide soulagement de la symptomatologie respiratoire. Par contre, la mise en place d'un drain pleural est à éviter et les tentatives de pleurodèse par instillation d'un agent sclérosant sont inefficaces, probablement en raison de la rapide formation de liquide pleural empêchant l'adhésion des feuillets pleuraux.⁸ Il est fréquemment constaté des adhésions incomplètes, provoquant la formation d'épanchements cloisonnés.

Quelques études rapportent l'efficacité de plasties de réparation des porosités diaphragmatiques.⁹ Ces défauts ne pouvaient naguère être évalués que par une thoracotomie avec

tous les risques liés à cette intervention. Récemment, la vidéothoroscopie a été utilisée pour l'identification et l'évaluation des défauts diaphragmatiques, avec possibilité thérapeutique d'appliquer une colle biologique ou de fermer les défauts par suture directe.⁶ Parfois, quand ceux-ci ne peuvent pas être identifiés, une pleurodèse par thoracoscopie peut s'avérer efficace.¹⁰

Le shunt péritonéo-veineux (Le-Veen) est utilisé depuis longtemps pour traiter l'ascite réfractaire. Quelques succès ont été observés chez des patients avec hydrothorax hépatique.

Cependant, ces dispositifs ne peuvent pas fonctionner si le liquide tend à fuir vers la cavité pleurale qui a une pression plus négative que le système veineux. De plus, ces shunts sont source d'infections et de thromboses.¹¹

Le shunt porto-systémique intrahépatique par voie transjugulaire (TIPS) consiste en la mise en place d'une endoprothèse dans le parenchyme hépatique entre les systèmes veineux hépatique et portal, sous contrôle radioscopique. Le shunt diminue la pression sinusoidale hépatique qui est la première cause d'ascite. Cette intervention est à envisager en l'absence d'amélioration sous traitement de restriction sodée, de diurétiques, de thoracentèses à répétition (une fois toutes les 2 à 3 semaines), et surtout si le patient est candidat à une transplantation hépatique, qui représente la seule solution à long terme. Une étude récente montre que 14 sur 24 patients avec hydrothorax hépatique ont été bien soulagés sur le plan clinique et n'ont plus nécessité de thoracentèses complémentaires suite à la mise en place d'un TIPS. Cependant, dans le suivi à plus de deux mois de douze patients ayant bénéficié d'un TIPS, une encéphalopathie se développe chez neuf patients, et cinq décèdent suite à l'aggravation de leur insuffisance hépatique.¹² ■

Implications pratiques

- Chez les patients avec une hépatopathie et des épanchements pleuraux symptomatiques, un bilan cardio-pulmonaire devrait être effectué dans le bilan étiologique
- Le traitement de l'hydrothorax hépatique comprend restriction sodée et diurétiques en première intention
- Le shunt porto-systémique intrahépatique par

voie transjugulaire, comme la réparation du diaphragme par thoracoscopie, offrent une amélioration symptomatique mais la morbidité et la mortalité de ces procédures sont élevées en raison de l'état fragile de ces patients

- En cas d'échec d'un traitement médical maximal, la transplantation hépatique est l'option thérapeutique de choix

Mise au point

Epanchement pleural d'origine hépatique

M. Coronado, E. Pezzetta et J. W. Fitting

Med Hyg 2003 ; 61 : 2201-4

L'hydrothorax hépatique constitue une complication de l'état terminal d'une cirrhose hépatique et provient du passage de l'ascite par des défauts du diaphragme.

Une fois le diagnostic d'épanchement d'origine hépatique retenu, un traitement diurétique et une restriction sodée sont indiqués. La thoracentèse permet de soulager la dyspnée, mais la mise en place d'un drain pleural est à éviter. Selon l'évolution, une stratégie interventionnelle est à entreprendre jusqu'à la discussion quant à l'indication à la transplantation hépatique.