

LES PLEURESIES

Les Pleurésies à liquide clair

I- DEFINITION

II- MECANISME PHYSIOPATHOLOGIQUE

III- DIAGNOSTIC POSITIF

IV- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

V- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

VI-TRAITEMENT

I- DEFINITION :

C est la Présence de liquide clair ou jaune citrin entre les deux feuillets de la plèvre, espace normalement virtuel.

II- MECANISME PHYSIOPATHOLOGIQUE :

A l'état normal : l'espace pleural ne contient que quelques millilitres de liquide.
La constitution de la pleurésie est le témoin de la perturbation de l'équilibre hémodynamique et lymphodynamique physiologique Deux grands mécanismes :

-Inflammatoire « exsudatif » :

L'augmentation de la perméabilité capillaire: davantage de liquide et de protéines vont s'épancher grâce à des médiateurs de l'inflammation. e plus le drainage lymphatique peut être aboli par occlusion des stomata de la plèvre pariétale par des débris, de la fibrine...
Anomalie du drainage lymphatique: un blocage peut se produire en n'importe quel endroit entre les stomata et les ganglions médiastinaux.

-Mécanique « transsudat » :

L'augmentation de la pression hydrostatique dans la microcirculation
La diminution de la pression oncotique dans la microcirculation

III. DIAGNOSTIC POSITIF

A- clinique : 3 principaux signes :

- Douleur thoracique : point de côté
- Toux sèche
- Dyspnée à type polypnée
- Parfois AEG

- Examen physique : syndrome d'E.P.L

- Abolition des V.V à la palpation
- Matité franche à la percussion
- Abolition des M.V à l'auscultation

B- Radiologie :

La radiographie thoracique est indispensable devant toute pleurésie.

- En position debout, face et profil
- Opacité dense homogène
- Ligne de Damoiseau concave en haut et en dedans
- Ligne bordante axillaire
- Opacité d'un hémithorax et déplacement controlatéral du médiastin si l'épanchement est de grande abondance.
- Comblement du cul de sac pleural si l'épanchement est minime.
- Un cliché en décubitus latéral permet de détecter les épanchements de faible abondance en les mobilisant.

L'abondance de l'épanchement liquidien est variable, la pleurésie pouvant être :

- de moyenne abondance :
- de petite abondance :
- de grande abondance :

Il existe des formes localisées ou ep.Enkystés :

- Diaphragmatique
- Médiastinal
- Axillaire
- Inter lobaire
- Apical

C- Ponction Pleurale « thoracentèse »

Elle est pratiquée dans un but diagnostique et/ou thérapeutique.

La nature du liquide oriente vers différentes étiologies.

L'aspect macroscopique :

Citrin, sérohématique, trouble, purulent, chyleux.

Etude du liquide:

Chimique :

Taux protéines (albumine) > 30g/l = Exsudat
< 30g/l = Transsudat.

Taux glucose (0.5g/l diminué (TBC) +++ dans la P.R (0.20g/)

Cytologique :

Ly, P.N, éosino « parasites » cell malignes

Bactériologique :

Recherche du BK (ex direct + culture)

Recherche de Germes banaux.

D-BIOPSIE PLEURALE:

Le biopsie sera réalisée en présence d'un exsudat sans certitude diagnostique.

Elle nécessite la présence de liquide pleural.

Faire des fragments pour :

- 1^{er} pour examen anapath.
- 2^e fragments pour histoculture et étude bactériologique.

E- PRELEVEMENT PAR PLEUROSCOPIE

Rentabilité= 90%

IV- DC DIFFERENTIEL :

Avant ponction :

Kyste hydatique (attention ponction)

Hémi thorax sombre rétractile :

- Atélectasie de tout un poumon
- Avec attraction du médiastin
- Attraction de la trachée
- Pincement des EIC
- Surélévation de la coupole diaph.

Pneumonie « massive »

Après ponction : on élimine

- Pleurésie purulente
- Pleurésie hémorragique

V -DC ETIOLOGIQUE :

A – Pleurésies infectieuses :

1- P.S.F d'origine Tbc :

Le début est variable, le plus souvent brutal, associant fièvre et douleur thoracique, en rapport avec un épanchement le plus souvent abondant, sans que l'état général ne soit très altéré.

La ponction pleurale met en évidence:

- un liquide inflammatoire (protéines > 30 g /L) ;
- pauvre en glucose (< 0,60 g /L) ;
- riche en lymphocytes (> 80 %) ;

La recherche de bacilles de Koch est presque toujours négative à l'examen direct, et la culture positive dans 25 % des cas.

La biopsie pleurale à l'aiguille doit être effectuée, et est positive dans plus de 70 % des cas.

2-PSF d'origine Bactérienne : Responsable souvent de pleurésie purulente.

3-PSF d'origine virale

B- Les Pleurésies néoplasiques

1- Mésothéliome pleural : Le cancer primitif de la plèvre ou mésothéliome est une tumeur rare qu'il faut évoquer de principe en cas d'exposition à l'amiante.

Quand l'exposition est professionnelle, il faut déclarer la maladie professionnelle.

2- Pleurésies métastatiques :

L'origine la plus fréquente est en effet bronchique chez l'homme, mammaire chez la femme.

Les autres origines possibles sont le tube digestif, le rein, l'ovaire, la prostate, les hémopathies, les cancers O.R.L et les ostéosarcomes.

C- Les Pleurésies d'origine cardiaque :

*Les pleurésies de l'insuffisance cardiaque gauche.

L'épanchement est volontiers bilatéral, prédominant à droite, volontiers

Associé à d'autres signes radiologiques de poumon cardiaque. L'épanchement est transsudatif.

* Les pleurésies post-emboliques.

Elles se voient en cas d'embolie pulmonaire périphérique. La pleurésie est généralement peu abondante, volontiers hémorragique

D- Les Pleurésies d'origine sous diaphragmatique :

*Les pleurésies lors des cirrhoses hépatiques décompensées.

Elles sont souvent bilatérales, associées à une ascite et des oedèmes des membres inférieurs.

Elles sont transsudatives.

* Les pleurésies d'origine pancréatiques s'observent en cas de pancréatite aiguë ou chronique, en cas de pseudo kyste du pancréas ou encore en cas de cancer du pancréas

* Le syndrome de Demons-Meigs comporte un transsudat gauche associé à une ascite et à une tumeur bénigne de l'ovaire.

*Toute intervention abdominale ou suppuration sous phrénique peut s'accompagner d'un épanchement pleural simple réaction inflammatoire ou purulent.

E- Les Pleurésies d'origine systémique : LED, PR, PCE

F- Les Pleurésies idiopathiques ou « Cryptogénétiques » 10%

VI- TRAITEMENT :

- Repos au lit
- Ponction pleurale exploratrice
- Evacuation si abondant et symptomatique
- Biopsie pleurale
Utile si BK (80%) ou néoplasique (30 à 60%)
- Traitement étiologique
- PSF d'origine tuberculeuse
2 RHZ /4RH
Corticothérapies, (Cortancyl 5 mg) Dose adulte 1 mg/kg/j Enfant 2mg/kg/j
- Kinésithérapie.

Les Pleurésies purulentes

I- DEFINITION

II- ETIOPATHOGENIE

III-DIAGNOSTIC POSITIF

* ETUDE CLINIQUE

* EXAMENS COMPLEMENTAIRES

IV-DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

V-EVOLUTION

VI-TRAITEMENT

I- DEFINITION :

C'est la présence entre les deux feuilles pleurales d'un liquide franchement purulent, épais, crémeux, souvent malodorant, ou d'un liquide louche ou clair contenant une majorité de polynucléaires altérés.

II- ETIOPATHOGENIE :

Dans la majorité des cas la cause est pulmonaire sous jacente.

Inoculation directe :

- Traumatique
- Iatrogène (ponction)
- Post opératoire (thoracotomie)

Inoculation indirecte

- Au point de départ : médiastinal, fistule trachéale ou oesophagienne
- Pariétal : ostéite bactérienne
- S/ diaphragmatique : péritonite – abcès S/ phrénique.

III- DIAGNOSTIC POSITIF :

A – Etude clinique : notion de terrain (tabac- éthyliste- BPCO- cancer)

a) Le début typiquement est brutal :

Fièvre + douleur thoracique + malaise général

Altération de l'état général,

b) Phase d'état :

- Syndrome infectieux : fièvre 38° -39°.
- Douleur thoracique.
- Dyspnée
- L'altération de l'état général
- L'examen physique retrouve un syndrome d'épanchement pleural liquidien

B- examens complémentaires

1-Radiographie pulmonaire : La radiographie peut montrer des images d'épanchements pleuraux classiques suggérant une pleurésie libre dans la cavité pleurale.

Plus souvent, on observe une opacité pleurale enkystée postérieure en fuseau sur le cliché de profil.

2-Echographie et scanner thoracique :

Devant une collection enkystée, ces moyens d'imagerie permettent le repérage des poches pleurales avant ponction.

3- Ponction exploratrice:

Cytologie : nombreuses PN altérées.

Bactériologie : germe banaux, BK.

4- Hémoculture

5- FNS : hyperleucocytose à prédominance des polynucléaires neutrophiles

6- VS : très accélérée

7- Rx des sinus

8- Fibroscopie

9- EFR

IV - DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

L'inhalation d'un germe anaérobie d'origine dentaire est souvent du à des circonstances particulières: soins dentaires, troubles de conscience, troubles neurologiques ou psychiatriques.

La recherche de foyers suppurés à distance notamment ORL et dentaire est systématique, de même que la recherche d'une tare telle qu'un terrain éthylotabagique, un cancer ou une cirrhose.

La dilatation des bronches est une des étiologies possibles des pleurésies purulentes. Dès lors, la fibroscopie bronchique doit être pratiquée.

V – EVOLUTION

La précocité du traitement médical local et général abouti au

- * pachypleurite avec symphyse étendue
- * rétraction des espaces inter costaux
- * Sclérose et rétraction parenchymateuse
- * extériorisation de pus vers la paroi : empyème de nécessité
- * extériorisation du pus vers les bronches : fistule broncho pleural

Complications générales

ICD

Amylose

Abcès métastatique

VI- TRAITEMENT

A/ Trt général :

1- Antibiothérapie : B Lactamine ou céphalosporine + aminoside

La durée est de six à huit semaines

2- Réanimation

3- Rééducation respiratoire :

- drainage bronchique

- ré expansion

- rééducation des muscles respiratoires

B- Trt local :

En cas d'échec, du traitement local et général

1- Décortication pleurale : elle supprime le foyer de suppuration libre le poumon s/jacent de la coque qui le paralyse

Technique : empyemectomie + décortication de la face interne de la poche, pneumologie + décortication pariétale.

2-Pleuro-exérèse : l'existence d'un poumon pathologie ou d'une fistule broncho pleurale indique cette intervention (pleuro lobectomie ou pleuro pneumonectomie)

3- Thoracoplastie : résection des côtes –affaissement de la paroi thoracique- disparition de la poche (enkystement)

