

MedWiki-DZ (<https://www.medwiki-dz.com/>)

Pleurésies à liquide claire (non purulente)

Dernière mise à jour : 2019/04/16 13:35

MedWiki-DZ :

Pleurésies à liquide claire (non purulente)

https://www.medwiki-dz.com/doku.php?id=cours:residanat:pneumologie:pleuresies_a_liquide_clair

Dernière mise à jour : **2019/04/16 13:35** - Imprimé le : **2026/01/25 19:03**



Table des matières

Pleurésies à liquide claire (non purulente)	1
Pleurésies à liquide claire (non purulente)	3
1. Physiologie et physiopathologie	3
2. Diagnostic positif	3
2.1. Circonstances de découverte	3
2.2. Affirmer le diagnostic	3
2.3. Ponction pleurale	4
2.3.1. Étude du liquide pleural	4
3. Diagnostic étiologique	5
3.1. Orientation clinique	6
3.1.1. Situations typiques	6
3.1.2. Situations moins typiques	6
3.2. Pas d'orientation clinique	6
3.2.1. Transsudat	6
3.2.2. Exsudat	7
3.3. Causes des principaux épanchements pleuraux	7
3.3.1. Transsudat	7
3.3.2. Exsudats	7

Pleurésies à liquide claire (non purulente)

1. Physiologie et physiopathologie

- Espace pleural = cavité virtuelle à pression négative $\Rightarrow$ maintient le poumon en expansion
- Liquide pleural : constamment sécrété et résorbé (5-20 cc/j) $\Rightarrow$ permet le glissement
- Déséquilibre sécrétion/réabsorption $\Rightarrow$ pleurésie (une pleurésie est toujours pathologique)
- Mécanismes :
 - **Transsudat = anomalie mécanique :**
 - Déséquilibre entre pressions hydrostatiques (insuffisance cardiaque, hypertension portale) et oncotique (hypoalbuminémie par syndrome néphrotique, insuffisance hépato-cellulaire ou dénutrition sévère)
 - Augmentation de la dépression pleurale (atélectasie)
 - Passage de liquide d'ascite vers la cavité pleurale (puits de Ranvier)
 - **Exsudat = agression inflammatoire, infectieuse ou néoplasique**

2. Diagnostic positif

2.1. Circonstances de découverte

- Douleur thoracique, exacerbée à la respiration, la toux et parfois la pression pariétale
- Dyspnée
- Toux sèche, au changement de position
- Hyperthermie (pneumonie sous-jacente)
- Radiographie (découverte fortuite)

Tous ces signes cliniques peuvent manquer (pleurésie minime < 500 cc)

2.2. Affirmer le diagnostic

1. Radiographie thoracique :

- 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 = épanchement libre

- Autres aspects :
 - Poumon blanc refoulant ($\neq$ atelectasie totale $\Rightarrow$ signes de refoulement/signes de rétraction)
 - Épanchement partiellement cloisonné (visible derrière la coupole au cliché de profil)
 - Épanchement sous pulmonaire (augmentation de la distance poumon-poche à air gastrique (≥ 15 mm), surélévation de la coupole droite)
 - Épanchement cloisonné (image médiastinale, arrondie, épanchement scissural, épanchement arrondi postérieur suspendu)

2. Échographie thoracique :

- Image anéchogène
- Utile pour les épanchements cloisonnés, différentier d'un collapsus, repérage et guidage des ponctions difficiles

3. TDM thoracique :

- Pas indispensable en urgence sauf suspicion d'hémothorax ou d'embolie pulmonaire
- Permet de rechercher des signes d'orientation étiologique (plaques pleurales, nodules ou masses, lymphangite carcinomateuse...)

2.3. Ponction pleurale

- Tous épanchement doit être ponctionner, sauf :
 - Faible abondance (risque > bénéfice)
 - Insuffisance cardiaque gauche : pas en première intention, sauf si : unilatéral/asymétrique, douleurs pleurale ou fièvre, non réponse au traitement de l'insuffisance cardiaque
- La ponction doit se faire en urgence si :
 - Épanchement fébrile (visée étiologique et parfois évacuation si épanchement para-pneumonique)
 - Suspicion d'hémothorax
 - Mauvaise tolérance clinique
- Ne pas évacuer tout le liquide d'emblée car :
 - Laisser du liquide facilite la pose secondaire d'un drain thoracique ou la réalisation d'une thoracoscopie
 - Même si l'épanchement est mal toléré, en général évacuer 1 ou 2L suffit à soulager le patient
- Évacuer tout le liquide si :
 - Intérêt pour l'enquête étiologique (vider avant une TDM pour mieux étudier le parenchyme)
 - Épanchement para-pneumonique non cloisonné

2.3.1. Étude du liquide pleural

1. Macroscopie :

- Tout épanchement qui n'est pas franchement citrin et clair est à priori exsudatif
- Purulent (fétide dans les empyèmes à anaérobies)
- Hémorragique : pas toujours synonyme d'hémothorax ; context post-traumatique
⇒ hématicrite pleurale ; si non, premier diagnostic = néoplasique
- Lactescent : oriente vers un chylothorax

2. Examens biologiques de première intention :

- Biochimie : protide et LDH
 - Protides < 25 g/l ⇒ transsudat ; > 35 g/l ⇒ exsudat
 - Entre 25 et 35 g/l : critères complémentaires (de Light)
 - LDH > 200 UI/L OU protides pleuraux/sériques > 0,5 OU LDH pleuraux/sériques > 0,6 ⇒ exsudat
- Cytologie :
 - Leucocytes : en général < 1000/μl dans les transsudats, > 1000/μl dans les exsudats
 - Lymphocytaire : TBK, néoplasique, lymphome, chylothorax, rhumatoïde...
 - PNN : infections (para-pneumonique, réaction à des foyers infectieux sous-phréniques...), EP aiguë, pancréatite aiguë
 - PNE : PNO, hémorragique, médicamenteuse, parasitaire, asbestosique bénigne, cancer...
 - Cellules tumorales :
 - Permettent d'affirmer la nature néoplasique
 - Suffisantes si cancer connu, histologie indispensable si non
 - Immunohistochimie possible (orientation)
- Bactériologie :
 - Recherche de germes pyogènes habituels (examen direct, culture aérobie et anaérobie)
 - Recherche de mycobactéries (examen direct et culture)

3. Examens biologiques de deuxième intention :

- pH pleural : < 7,20 ⇒ justifie un drainage pour certains auteurs (discuté), en cas d'EPL fébrile pas typiquement purulent, bactériologie négative
- Hématocrite : pleurale/sanguine > 0,5 ⇒ hémothorax vrai
- Amylase : élevée en cas de pathologie pancréatique et sous-phrénique
- Glucose :
 - Pleurésie rhumatoïde : taux normal (> 0,5 glycémie) ⇒ peu probable
 - Présence de bactéries : abaissé
- Triglycérides :
 - Liquide lactescent et Tg > 1,1 g/L (1,2 mmol/L) ⇒ confirme le chylothorax

3. Diagnostic étiologique

Principales étiologies des épanchements pleuraux :

Transsudats	Exsudats			
	Cellules tumorales	Neutrophiles	Lymphocytes	Éosinophiles
- Plutôt bilatéral : Insuffisance cardiaque Dialyse péritonéale Syndrome néphrotique	Pleurésie métastatique Mésothéliome Hémopathies malignes	Épanchement para-pneumonique Embolie pulmonaire Pancréatite Foyer sous-phrénique Atteinte œsophagienne	Tuberculose Cancer Lymphome Sarcoïdose Chylothorax Connectivites (PR, LED)	Hémothorax Pneumothorax Embolie pulmonaire Pleurésie asbestosique bénigne Parasitose Pleurésie médicamenteuse Cancer
- Plutôt unilatéral : Cirrhose Atélectasie Embolie pulmonaire				

3.1. Orientation clinique

3.1.1. Situations typiques

- Épanchement associé à une pneumonie ⇒ ponction immédiate
 - Distinguer un EPL para-pneumonique “complicé” d'un “non compliqué”
- Épanchement dans un contexte traumatique ⇒ ponction immédiate
 - Poser le diagnostic d'hémothorax
- Épanchement chez un cancéreux connu ⇒ recherche de cellules tumorales

3.1.2. Situations moins typiques

- Embolie pulmonaire : toujours évoquer cette hypothèse surtout avec un tableau compatible

3.2. Pas d'orientation clinique

3.2.1. Transsudat

- Évaluer les fonctions cardiaque, hépatique et rénale

3.2.2. Exsudat

- **Toujours éliminer en premier lieu un cancer** ⇒ histologie indispensable
- Biopsie pleurale à l'aveugle :
 - En première intention seulement si suspicion de TBK pleurale (lésions diffuses)
 - Nombreux faux négatifs dans les EPL néoplasiques (atteinte souvent discontinue)
- Thoracoscopie :
 - Rendement diagnostique dans le néoplasique ≥ 85%
 - Quelques faux négatifs liés aux adhérences empêchant l'exploration complète de la cavité pleurale
- Enquête négative ⇒ surveillance prolongée (néoplasie +++)

3.3. Causes des principaux épanchements pleuraux

3.3.1. Transsudat

1. **Insuffisance cardiaque gauche** : tableau clinique et radiologique le plus souvent évocateur (ICG, signes de surcharge)
2. **Cirrhose** :
 - EPL typiquement : indolore, bien toléré (sauf si abondant), unilatéral ou prédominant à droite
 - Si douloureux, fébrile ou bilatéral (en l'absence de syndrome œdémato-ascitique) ⇒ pousser les explorations
3. **Syndrome néphrotique** : bilatéral et symétrique
4. **Atélectasie** : majoration de la pression négative intra-pleurale, rarement abondant
5. **Embolie pulmonaire** : peut donner des EPL transsudatifs

3.3.2. Exsudats

3.3.2.1. Néoplasique

- Selon la fréquence : poumon, sein, œsophage, colon...
- Primitif méconnu dans 10% des cas
- EPL abondant et récidivant, séro-hématique, rosé ou citrin
- TDM après évacuation du liquide : masse, épaississement pleural irrégulier, bougeons pleuraux, lâcher de ballons, lymphangite, adénomégalias...
- Cellules tumorales retrouvée dans moins de 30% des cas :
 - N'affirme la nature néoplasique que si cancer connu ou découvert au cours de l'exploration
 - Si non, il faut une confirmation histologique
- Biopsie à l'aveugle (rendement < 50%) ; thoracoscopie : rendement excellent

Mésothéliome :

- Arguments en faveur :
 - Exposition à l'amiante, même faible ; non retrouvée dans 20 à 40% des cas
- Asymptomatique au début, puis souvent douloureux (stade avancé)
- Imagerie :
 - Festonnement pleural, épaississement diffus ; évocateur surtout si circonférentiel (atteinte de la plèvre médiastinale et du péricarde)
 - Rétraction de l'hémithorax
 - Signes d'exposition à l'amiante parfois associés (plaques pleurales calcifiées)
- Liquide citrin ou séro-hématique, formule aspécifique
- Biopsies indispensable pour affirmer le diagnostic (thoracoscopie +++)

3.3.2.2. Infectieux

1. Pneumonies bactériennes : ponctionner pour distinguer :

- EPL para-pneumonique "non compliqué" :
 - Liquide clair, peu abondant, stérile (examen direct et culture), pH > 7,2
 - ⇒ Simple antibiothérapie (évacuation optionnelle)
- EPL para-pneumonique "compliqué" (pleurésie purulente) :
 - Liquide trouble ou purulent ou abondant ou cloisonné ou présence de germe (examen direct ou culture) ou pH < 7,2 (discuté) ou LDH > 1000 ou glycopleurie < 2,2 mmol/L
 - ⇒ Antibiothérapie + évacuation du liquide (ponctions itératives si pas de cloisons, drainage, thoracoscopie de débridement, pas de consensus sur la place du lavage ou de la fibrinolyse pleurale)

2. Pneumonies virales : épanchement peu abondant, lymphocytaire ou mixte, non spécifique ; avec parfois péricardite (pleuro-péricardite virale)

3. Pleurésie tuberculeuse :

- Pleurésie séro-fibrineuse (à distinguer du pyopneumothorax tuberculeux = rupture d'une caverne dans la plèvre ⇒ caséum riche en BK), qui peut survenir au décours immédiat (6 à 12 semaines) d'une primo-infection, ou à distance (réactivation d'un foyer ancien)
- Cliniquement aspécifique : début progressif, fièvre modérée, amaigrissement, IDR positive (négative chez 30% des immunocompétents ⇒ n'exclue pas le diagnostic)
- Peu ou pas de lésions parenchymateuses
- BK de l'expectoration exceptionnellement positive
- Liquide exsudatif riche en protéines, lymphocytaire (parfois mixte au tout début), BK à l'examen directe rarissime, culture + dans 30% des cas
- Biopsie à l'aveugle +++

3.3.2.3. Autres

1. Embolie pulmonaire :

- 20% des EP s'accompagnent d'EPL
- Peu abondant, citrin ou séro-hématique, formule aspécifique
- Peut être transudatif dans 20% des cas

2. Pleurésies bénignes liées à l'amiante :

- Diagnostic d'exclusion
- EPL volontiers à bascule, lymphocytaire non spécifique
- Suspecté devant exposition à l'amiante, plaques pleurales +/- calcifiées
- Toujours penser au mésothéliome ⇒ histologie +++ (thoracoscopie)

3. Post-traumatique

4. Rupture œsophagienne : à gauche, avec présence quasi constante d'un niveau liquidien

5. Pathologie sous-diaphragmatique (pancréas +++)

6. Maladie de système (LED et PR +++)

— Résumé basé sur l'item 202 du référentiel du collège des enseignants de pneumologie (Épanchement pleural), mise à jour 2017