

PLEURÉSIE HÉMORRAGIQUE

DÉFINITION:

La pleurésie hémorragique se définit par la présence dans la cavité pleurale d'un liquide sanglant, incoagulable, sans hémolyse visible, ou d'un liquide séro-hématique ou simplement rosé.

Elle est moins fréquente que la pleurésie à liquide claire et l'étiologie est d'autant plus souvent cancéreuse que l'âge est avancé.

CLINIQUE:

La pleurésie hémorragique peut être découverte lors d'un épisode respiratoire aiguë, parfois le début est insidieux.

a) **Les signes généraux:**

Dépendent de l'étiologie. Lorsque le liquide est franchement hématique, il peut exister un syndrome hémorragique plus ou moins franc avec retentissement sur l'état général.

b) **Les signes fonctionnels:**

- La douleur est un signe fréquent, parfois très vive, déclenchée par le changement de position.
- Dyspnée majorée par le décubitus et qui s'aggrave progressivement.
- La toux de type pleurale sèche déclenchée par l'inspiration profonde et le changement de position.

c) **Les signes physiques:**

L'examen physique révèle chez un patient assis, l'existence par comparaison avec le côté controlatéral d'un syndrome pleural:

- Murmure vésiculaire diminué à l'auscultation
- Matité à la percussion
- Vibrations vocales diminuées à la palpation.

RADIOGRAPHIE DU THORAX:

L'épanchement de moyenne abondance se traduit sur le cliché de face par une opacité homogène, dense de la base comblant le cul-de-sac costo-diaphragmatique sa limite supérieure est concave vers le haut. Cette opacité se prolonge dans la région axillaire par une ligne bordante.

Dans les épanchements de grande abondance, l'hémithorax est totalement opaque. Le médiastin est refoulé vers le côté contre latéral.

Il s'agit d'un simple comblement du cul-de-sac dans les épanchements de faible abondance.

Dans les épanchements enkystés, c'est une opacité ovalaire ou en fuseau,

axillaire ou postérieure.

L'étude radiologique est utile pour chercher les lésions parenchymateuses souvent associées : on cherchera l'existence de nodules pleuraux, de calcifications pleurales ou d'images parenchymateuses (tuberculose, tumeur) ou médiastinales (adénopathies) et on examine le squelette thoracique (lyse costale).

LA PONCTION PLEURALE:

Permet de confirmer le diagnostic de pleurésie hémorragique.

a) Aspect du liquide: dépend de la concentration des globules rouges:

- Rosé: 5000 à 6000 GR/mm³
- Sero hématique: au-delà de 10 000 GR/mm³
- Franchement sanglant au-delà de 100 000 GR/mm³

Un critère diagnostic de valeur est l'incoagulabilité du liquide.

b) Biochimie: Il s'agit d'une pleurésie inflammatoire (exsudat), riche en protéine (> 30 g/l).

Dosage de l'amylopleurie et de l'acide hyaluronique.

c) Cytologie: Comme dans la pleurésie à liquide claire, la formule leucocytaire n'est pas spécifique et ne permet pas d'affirmer un diagnostic.

Les éosinophiles sont souvent abondants dans le liquide pleural des pleurésies hémorragiques, de même que les cellules mésothéliales.

L'étude cytologique est surtout intéressante pour la recherche de cellules malignes (sensibilité de 40%).

d) Étude bactériologique: A la recherche de bactéries à l'examen direct et à la culture. La recherche de BK est souvent négative.

LA BIOPSIE PLEURALE A L'AIGUILLE:

Doit être pratiqué systématiquement (sauf en cas d'un syndrome hémorragique, de prise d'anticoagulants ou d'un état grabataire du patient). Son inconvénient est qu'elle se fait à l'aveugle. L'étude anatomopathologique des fragments permet le diagnostic de la tuberculose (sensibilité 70 à 80%) et du cancer (sensibilité 50 à 60%). La mise en culture d'un fragment de plèvre dans un milieu de Lowenstein-Johnson peut aider au diagnostic de la tuberculose (sensibilité 40%).

La biopsie pleurale à l'aiguille doit être répétée si elle est négative.

LE RESTE DU BILAN:

- IDR à la tuberculine
- L'échographie transthoracique :
 - Permet une mesure millimétrique de l'épaisseur de la plèvre.
 - Peut différencier la présence du liquide, de masses tumorales, des lésions

fibreuses moins denses, des calcifications.

- Peut guider la biopsie en repérant avec précision les zones épaissies où la biopsie aura le plus de chance d'être positive.
- Scanner thoracique.
- Fibroscopie bronchique: Indiquée lorsque l'origine de la pleurésie hémorragique est indéterminée à la recherche d'une tumeur bronchique surtout après 40 ans.
- La thoracoscopie: indiquée lorsque le bilan précédent n'a pas pu déterminer l'étiologie de la pleurésie hémorragique et si cette dernière persiste et devient chronique. Elle permet de voir les lésions et de faire des biopsies dirigées. Sa sensibilité est très élevée.
- La thoracotomie: En dernier recours.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL:

- La piqure d'un vaisseau intercostal au cours de la ponction.
- La transformation hémorragique d'un épanchement citrin.
- L'hémothorax : On distingue:
 - L'hémothorax post-traumatique
 - L'hémothorax spontané (troubles de la coagulation)
 - L'hémopneumothorax par rupture d'une bride).

ÉTIOLOGIES:

a) Les cancers secondaires:

Les épanchements métastatiques sont la cause la plus fréquente des pleurésies hémorragiques. Les tumeurs le plus souvent associées sont le cancer bronchique, le cancer du sein, les cancers du tube digestif et de la sphère ORL, les lymphomes. Se caractérise par l'altération progressive de l'état général, le caractère récidivant du liquide et l'IDR négative. La biopsie pleurale est plus souvent positive par rapport à la pleurésie sérofibrineuse métastatique, car les lésions sont habituellement étendues.

b) La tuberculose:

Les pleurésies tuberculeuses sont exceptionnellement hémorragiques. L'évolution est plus lente que les pleurésies sérofibrineuses tuberculeuses, le liquide est plus abondant et les séquelles ultérieures plus importantes.

L'IDR peut être négative. Le diagnostic repose sur la biopsie pleurale à l'aiguille.

c) Le mésothéliome:

Tumeur primitive de la plèvre liée à l'inhalation d'amiante. L'interrogatoire doit préciser toutes les professions exercées par le patient, car le temps de latence est très long (20 à 30 ans). Les signes cliniques les plus fréquents sont la dyspnée et la douleur thoracique qui peut être intense dès le début avec altération progressive de

l'état général. L'apparition de métastases cutanées sur le trajet de ponction ou de biopsie est très évocatrice.

Sur la radiographie du thorax, on a un aspect festonné de la plèvre.

Le liquide récidivant est riche en acide hyaluronique.

Le diagnostic est souvent obtenu par thoracoscopie (intérêt médico-légal).

d) L'infarctus cortico-pleural:

Suite à une embolie pulmonaire distale chez un patient à risque (alitement prolongé, immobilisation prolongée ...etc.). Le liquide est très inflammatoire avec une intense réaction mésotheliales ou macrophagique.

Le diagnostic est confirmé par une angiographie pulmonaire ou un angioscanner.

e) Pancréatite:

Les pleurésies d'origine pancréatique sont presque toujours hémorragiques avec souvent un liquide noirâtre, siègent toujours à gauche, d'évolution chronique et de reproduction rapide. Le taux d'amylopleurie est élevé.

Ces pleurésies se voient au cours des pancréatites aiguës ou plus souvent chroniques avec en général un faux kyste du pancréas.

f) Les pleurésies hémorragiques infectieuses:

Le seul germe responsable est le Klebsiella pneumoniae.

g) Pleurésie post-IDM et chirurgie cardiaque :

- Délai d'apparition de trois à six semaines.
- Souvent associée à une péricardite (polysérite).
- Liquide sérohémorragique.

TRAITEMENT :

- Les pleurésies hémorragiques néoplasiques :
 - Traitement oncologique : chimiothérapie.
 - Traitement palliatif :
 - Lutter contre la douleur, habituellement par l'usage d'antalgique morphinique.
 - Empêcher la récurrence du liquide, par la symphyse pleurale chimique au talc.
- La pleurésie hémorragique tuberculeuse :
 - Traitement anti-bacillaire : 2 mois RHZ + 4 mois RH
 - Évacuation soignée de l'épanchement (car la résorption du sang est incomplète).
 - Kinésithérapie
 - Éventuellement corticothérapie.
- L'infarctus cortico-pulmonaire : traitement anticoagulant
- La pancréatite : traitement médical suivi habituellement d'un geste chirurgical.