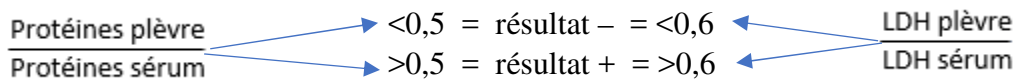


**I- Définition :**

- A l'état physiologique, le mouvement des liquides dans la cavité pleurale est la résultante de :
  - o Flux osmotique allant de la plèvre pariétale (haute pression) a la plèvre viscérale (basse pression)
  - o Pression oncotique
  - o Circulation lymphatique vers les ports de « ??? » de la plèvre pariétale et diaphragmatique
- A l'état pathologique, les épanchements pleuraux se font par 2 mécanismes :
  - o Transsudats : liquide dû à l'augmentation de la pression hydrostatique vasculaire ou diminution de la pression oncotique (diminution du taux des protéines)
  - o Exsudat : liquide inflammatoire, riche en protéines
- Indice de Light  $\frac{\text{Teneur pleurale}}{\text{Teneur sérique}} = 0,5$



**II- Diagnostic positive :**

**1- Clinique :**

*a- Signes fonctionnels et généraux :*

- Dyspnée :
  - o +/- progressif
  - o Selon l'abondance de l'épanchement
- Douleur :
  - o Parfois très vive
  - o Irradiant vers l'épaule et le dos
  - o Peut être un simple point de côté si pleurésie minime
- Toux :
  - o Sèche, tenace
  - o Exacerbée par le changement de position
- Les signes généraux dépendent de l'étiologie

*b- Examen physique :*

- Diminution de la mobilité hemithoracique
- Sd pleurétique : triade de trousseau
- Au début : frottement pleural (bruit inspiratoire/expiratoire)
- Souffle pleurétique (expiratoire)
- Déviation des bruits du cœur (épanchement de grande abondance)

**2- Radiologie :**

- Opacité dense homogène de tonalité hydrique, avec limite supérieur concave en haut et en dedans, se prolongeant par une ligne bordante axillaire.

<b>Pleurésie</b>	<b>Description</b>
<b>Grande abondance</b>	Hémithorax opaque + déviation du médiastin
<b>Petite abondance</b>	Simple comblement des culs de sac
<b>Sous pulmonaire</b>	Surélévation de la coupole diaphragmatique
<b>Axillaire</b>	Fusifforme ou en besace (2 poches)
<b>Inter lobaire</b>	Sur radio de profil : fuseau Lentille biconcave Perles enfilées
<b>Médiastinale</b>	Élargissement unilatéral du médiastin

- Echo : utile pour pleurésie lobaire ou en kystes → aide à la ponction
- TDM : pour mieux visualiser les lésions parenchymateuses sous-jacentes

### **3- Ponction pleurale :**

- Indispensable, d'abord exploratrice :
  - o A l'origine du diagnostic macroscopique de l'épanchement
  - o Intérêt thérapeutique (si épanchement volumineux, la ponction ne doit pas dépasser 1,5L → risque d'œdème a vacuo)

<b>Biochimie</b>	<b>Cytologie</b>	<b>Bactériologie</b>
Rivalta	Nombre de leucocytes (Lymphocyte, PN, éosinophile)	Germes banaux (ED + culture)
Glucose		BK (liquide pleural pauci - Cellulaire → culture)
pH	Cellules atypiques cancéreuses	
Amylose	Cellules LE (lupus) (C de Hargraves)	
Acide hyaluronique	Cellule de ??????????	
Facteurs immunologiques		
Facteurs tumoraux		

<b>Ponction Biopsie</b>		
	<b>Résultats</b>	<b>Contre-indication</b>
-A l'aveugle	Plèvre normale	AEG
-Faible rentabilité	Infection non spécifique	TP < 50%
-Répéter 3 fois	Granulome tuberculoïde	Pleurésie purulente
	Aspect nécrotique	Transsudat

### **III- Diagnostic étiologique :**

#### **1- Exsudat :**

<b>Infectieuses</b>	
<b>Tuberculose</b>	<b>Infections non tuberculeuses</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Primo infection</li> <li>-Notion de contage + surmenage</li> <li>-Lésions radiologiques</li> <li>-IDR +</li> <li>-Exclusion lymphocytaire (90%) = forte présomption tuberculeuse</li> <li>-Hypoglucopeurie</li> </ul>	<p><b><u>Para pneumonique :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Contexte pneumonique</li> <li>-Douleur vive</li> <li>-Sd infectieux avec hyperleucocytose sérique et pleurale</li> <li>-Pleurésie minime</li> </ul> <p><b><u>Virale :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Contexte épidémique</li> </ul>

-pH acide -BK - (pauci-bacillaire) ==> culture ou PCR -Diagnostic de certitude = biopsie	-Signes généraux ++ -IDR - -Faible abondance <b><u>Parasitaire</u></b> : hyper éosinophilie <b><u>Fongique</u></b>
<b>Néoplasique</b>	
<b>Primaire : mésothéliome</b>	<b>Secondaire : métastatique</b>
-Séro-hématique ou rose  -Amiante -Liquide riche en Ac hyaluronique -Rx : aspect mamelonné (festonné) -Douleur atroce -Diagnostic de certitude = biopsie	-Cancer de voisinage (poumon, sein) ou a distance -Diagnostic difficile si KC inconnu ==> contexte clinique, pleurésie bilatérale  -Grande abondance, récidivante -Cachexie -TRT : symphyse pleurale
<b>Immunologique</b>	
<b>Polyarthrite rhumatoïde</b>	<b>Lupus érythémateux disséminé</b>
-Stade tardif -Hypoglucopleurie -Présence de facteur rhumatoïde -Présence de ragocytes -Diagnostic = biopsie (nodule rhumatoïde)	-Lymphocytes +++ -Cellules LE (de Hargraves) -Présence d'AC anti nucléaires
<b>Autres (rares)</b>	
<b>Rupture de l'œsophage</b>	DLR vive, liquide acide, Dg = endoscopie
<b>Pleurésie pancréatique</b>	DLR épigastrique, amylopleurie++, gauche
<b>Pleurésie sous phrénique</b>	Abcès, kyste hydatique, intervention chirurgicale
<b>Pleurésie post radique</b>	Après radiothérapie, chronique
<b>Pleurésie médicamenteuse</b>	Intoxication directe et indirecte

## 2- Transsudats :

- Insuffisance cardiaque gauche : pleurésie bilatérale, peut sécher sous traitement diurétique
  - Insuffisance hépatique : (cirrhose), pleurésie droite, ictère
  - Insuffisance rénale : (sd néphrotique)
    - o Après hémodialyse ou dialyse péritonéale
    - o Urothorax
  - Sd de Demons Meigs :
    - o Pleurésie
    - o Ascite
    - o Tumeur ovarienne bénigne
- } Polysérite