

# LES PLEURESIES SEROFIBRINEUSES

## **I. Définition :**

Les pleurésies sérofibrineuses PSF sont des épanchements à liquide jaune citrin, de type exsudatif, riche en albumine et en fibrine, tendant à coaguler spontanément de composition cytologique variable, liés à une inflammation de la plèvre.

## **II. Physiopathologie :**

- Les lésions pleurales dépendent en partie de l'affection causale mais certains aspects sont communs à toutes les étiologies.
- l'inflammation est responsable : \* des phénomènes congestifs
  - \* de l'œdème
  - \* de l'exsudation fibrineuse
- l'abondance est parallèle à l'importance du inflammatoire.
- Mécanisme de production de l'épanchement : 4 processus peuvent être respectivement en cause
  - ↑ de la P° dans les capillaires sanguins et les lymphatique sous-pleuraux.
  - ↓ de la P° oncotique du sang.
  - atteinte anatomique de la plèvre par processus infectieux, tumoral, vasculaire ou traumatique.
  - ↑ de la P° négative intra-pleurale liée à une atelectasié.

## **II. Diagnostic positif :**

1/ **Circonstances de découverte** : sont diverses

### **a) Le plus souvent brutal :**

- douleur thoracique : quasi constante, bloquant la respiration, exacerbée par la toux, le décubitus latéral du côté de l'épanchement.
- toux : sèche, quinteuse, apparaissant aux changements de position. ----
- dyspnée : proportionnelle à la quantité de l'épanchement.

### **b) Pleurésies fibrineuses de manifestation trompeuses :**

- Douleurs abdominales.
- Signes généraux : fièvre, altération de l'état général.

**2/ Examen clinique :** caractérisé par le syndrome pleural :

- Inspection : immobilité d'un hémithorax.
- . Auscultation : MV atténué ou aboli, souffle pleurétique inconstant et/ou frottement pleural disparaissant en apnée.
- . Percussion : Abolition des VV, matité.

## **IV RADIOLOGIE :**

### **1/ Radiographie de thorax :**

#### **a- Epanchement de moyenne abondance :**

Opacité franche et homogène comblant totalement le cul de sac costo-diaphragmatique la limite supérieur floue, concave en haut et en dedans se prolongeant profondément vers l'apex par une ligne bordante axillaire= ligne de Damoiseau.

**b- Epanchement de grande abondance :** L'opacité occupe tout un demi-thorax refoulant les organes du médiastin : trachée, pointe du cœur.

### **2/ Echographie :**

Elle peut être utile en cas de sémiologie radiologique incomplète ou d'épanchement de faible abondance.

## **V. La ponction pleurale exploratrice :**

Geste fondamental, effectué au lit même du malade, parfois de première intention avant tout autre investigation complémentaire.

Elle est réalisée en pleine matité après une bonne désinfection des mains de l'opérateur et de la peau du malade.

Le plus souvent entre le 7<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> espace intercostal en AR, après anesthésie locale.

Elle authentifie le diagnostic et affirme le caractère séro-fibrineux de l'épanchement en retirant un liquide clair, citrin, poisseux, il coagule plus rapidement l'étude cytologique, bactériologique et biochimique.

Riche en albumine (plus de 30g / l) et en fibrine, rivalta + LDH > 200 UI.

L'étude cytologique et bactériologique du liquide systématique.

## **VI DIAGNOSTIQUE DIFFERENCIEL :**

1- **Condensation pulmonaire**: la matité est localisée et les râles crépitant évoquent l'atteinte parenchymateuse.

2- **Atélectasie étendue** : par son silence respiratoire peut simuler une pleurésie à la radio: il existe une rétraction.

3- **Pachypleurite** : avec ascension de la coupole phrénique.

## **VII ETIOLOGIQUES :**

### **A) Les PSF tuberculeuses**

- La PSF Autonome dite « a figuré » :

Elle survient chez l'adolescent ou l'adulte jeune, à la suite d'une primo infection méconnue ou à tort non traitée.

Son début est variable ; souvent brutal et typique, il peut être trompeur, progressif ou insidieux.

1) **Les arguments du diagnostic :**

#### **a) Les éléments de présomption sont :**

Interrogatoire • Absence de cicatrice de BCG.

- PIT récente.
- Contage familial, scolaire ou professionnel .
- Altération de l'E.G : fièvre, anorexie, amaigrissement,

sueurs nocturnes.

- Virage récent.
- Liquide pleural.

#### **b) Les éléments de certitude :**

La présence de BK : exceptionnelle à l'examen direct, plus souvent positives à la culture.

Biopsie pleurale qui révèle la présence de follicules tuberculeux (75% des cas).

### **B) Les pleurésies SF néoplasiques :**

1/ **Les pleurésies néoplasiques secondaires :**

- facile lorsque le KC est connu.
- difficile lorsque la pleurésie est révélatrice.

La malignité est évoquée devant :

\***Cliniques** : âge avancé, AEG, épanchement récidivant et abondant passant rapidement vers la sérohématité.

\* **Radiologiques** : association à l'épanchement une image radiologique.

\* Les éléments de certitude sont fournis par : - la cytologie du liquide pleurale.

- la biopsie pleurale.

## **2/ Le mésothéliome pleural ou KC pleural primitif :**

Évoqué devant une exposition à l'amiante existence de douleurs vives.

A radiographie de thorax: feuillets pleuraux sont festonnés.

Le liquide est riche en acide hyaluronique, le diagnostic est confirmé par la biopsie.

## **C) Les PSF infectieuses non tuberculeuses :**

### **1/ PSF virales :**

- rare presque toujours associées a une pneumopathie.

- début brutal, fébrile et l'épanchement peu important souvent associés à une péricardite.

### **2/ PSF BACTERIENNES :**

- Toutes les pneumonies et suppuration broncho- pulmonaire.  
Septicémies.

### **3/PSF PARASITAIRE :**

- La pleurésie amibienne.

## **D) Les AUTRES CAUSES :**

### **1/ Hémopathie :**

**2/ Collagénose :** - LED

- PAN ( périarthrite noueuse)

- polyarthrite rhumatoïde

**3/ Syndrome de Démons nerfs :** associe une ascite, fibrome de l'ovaire

**4/ Affection sous diaphragmatique**

à droite : affection hépatique et à gauche : affection pancréatique