

Les Pleurésies non purulentes

**Dr Souleymane Dia
Pneumologue
Ancien interne des hôpitaux**

Pleurésies à liquide clair

→ Objectifs du cours

1. Définir la pleurésie à liquide clair
2. Citer les trois éléments du trépied pleurétique
3. Citer trois causes d'exsudat
4. Identifier les signes cliniques et para cliniques qui orientent vers une pleurésie tuberculeuse
5. Identifier les signes cliniques et para cliniques qui orientent vers une pleurésie néoplasique

Pleurésies à liquide clair

Plan

I.GENERALITES :

II . SIGNES

III.DIAGNOSTIC

III.1.DIAGNOSTIC POSITIF

III.2.DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

III.3.DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

IV. TRAITEMENT

V. CONCLUSION

Pleurésies à liquide clair

I. GÉNÉRALITÉS

I.1. Définition

La pleurésie à liquide clair est définie comme la présence d'une collection liquidienne non purulente dans la grande cavité pleurale, libre ou cloisonnée en dehors de tout traumatisme ou manœuvre instrumentale.

Pleurésies à liquide clair

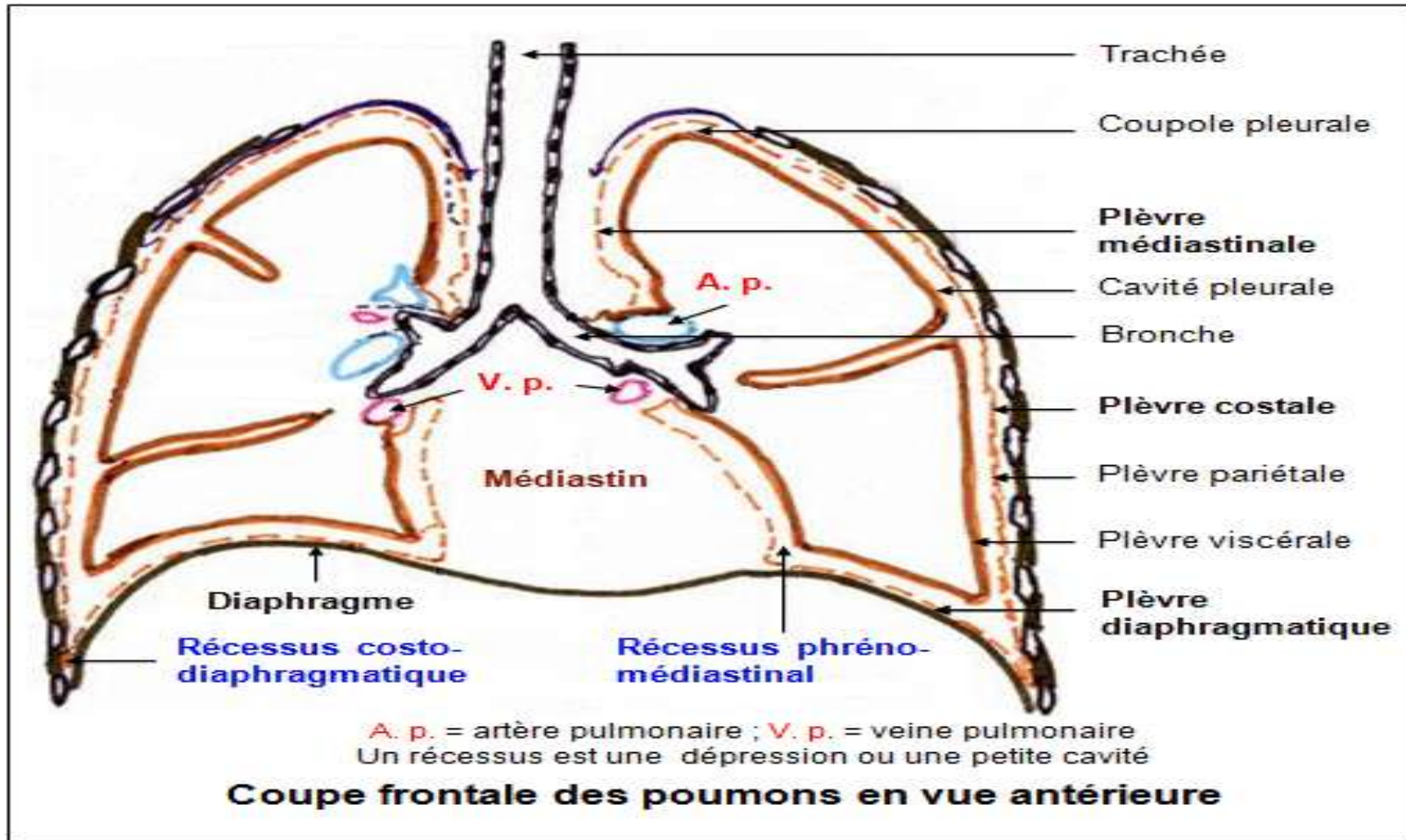
I.2. Intérêts

- Fréquence:
- Mise en jeu du pronostic vital
→ Urgence de la ponction pleurale évacuatrice
- Étiologie multiples: tuberculose+++ , cancer ++++

Pleurésies à liquide clair

I.3. Rappels

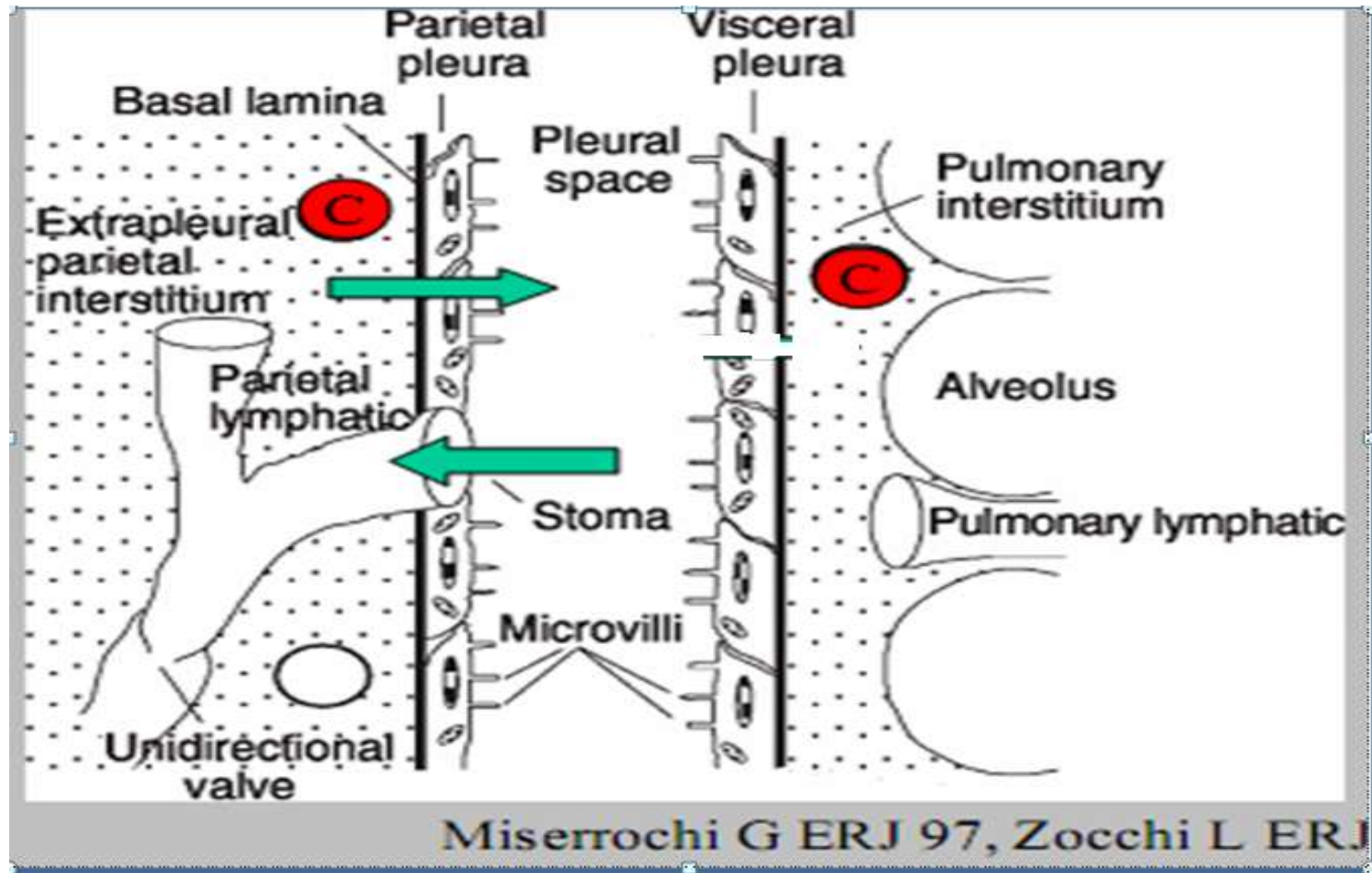
I.3.1. Anatomie



Pleurésies à liquide clair

I.3 Rappels

I.3.2. Physiologie



Pleurésies à liquide clair

I.3 Rappels

I.3.2. Physiologie

Starling

Équation des mouvements de fluide

Surface pleurale

Coeff de réflexion des prot

$$QF = LP \times A [(PCAP - PPL) - \sigma D (piCAP - piPL)]$$

Coeff de filtration

Phydrostatique

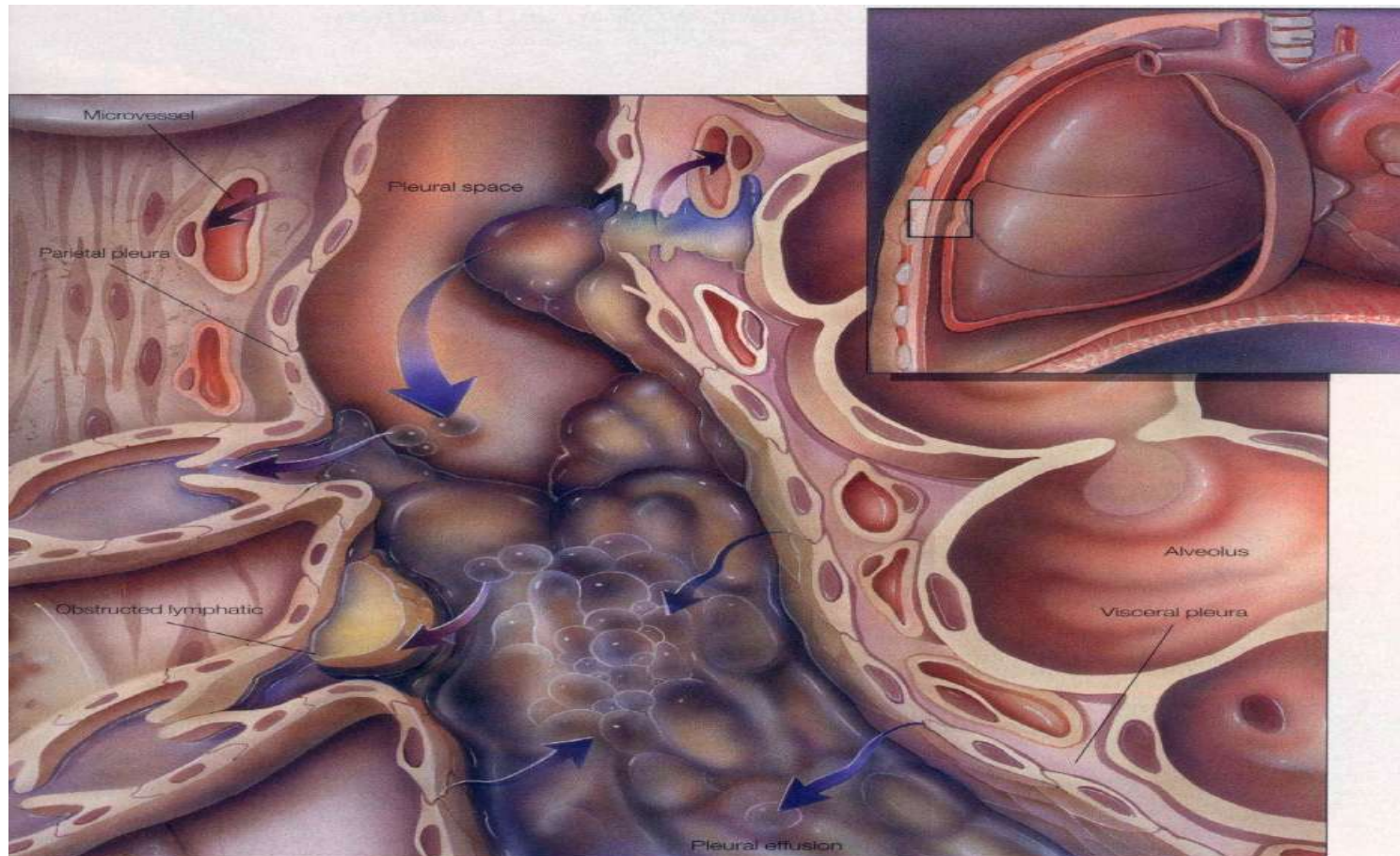
P oncotique

Pleurésies à liquide clair

I.3 Rappels

I.3.3. Physiopathologie

Pleurésie si: Déséquilibre Filtration / réabsorption

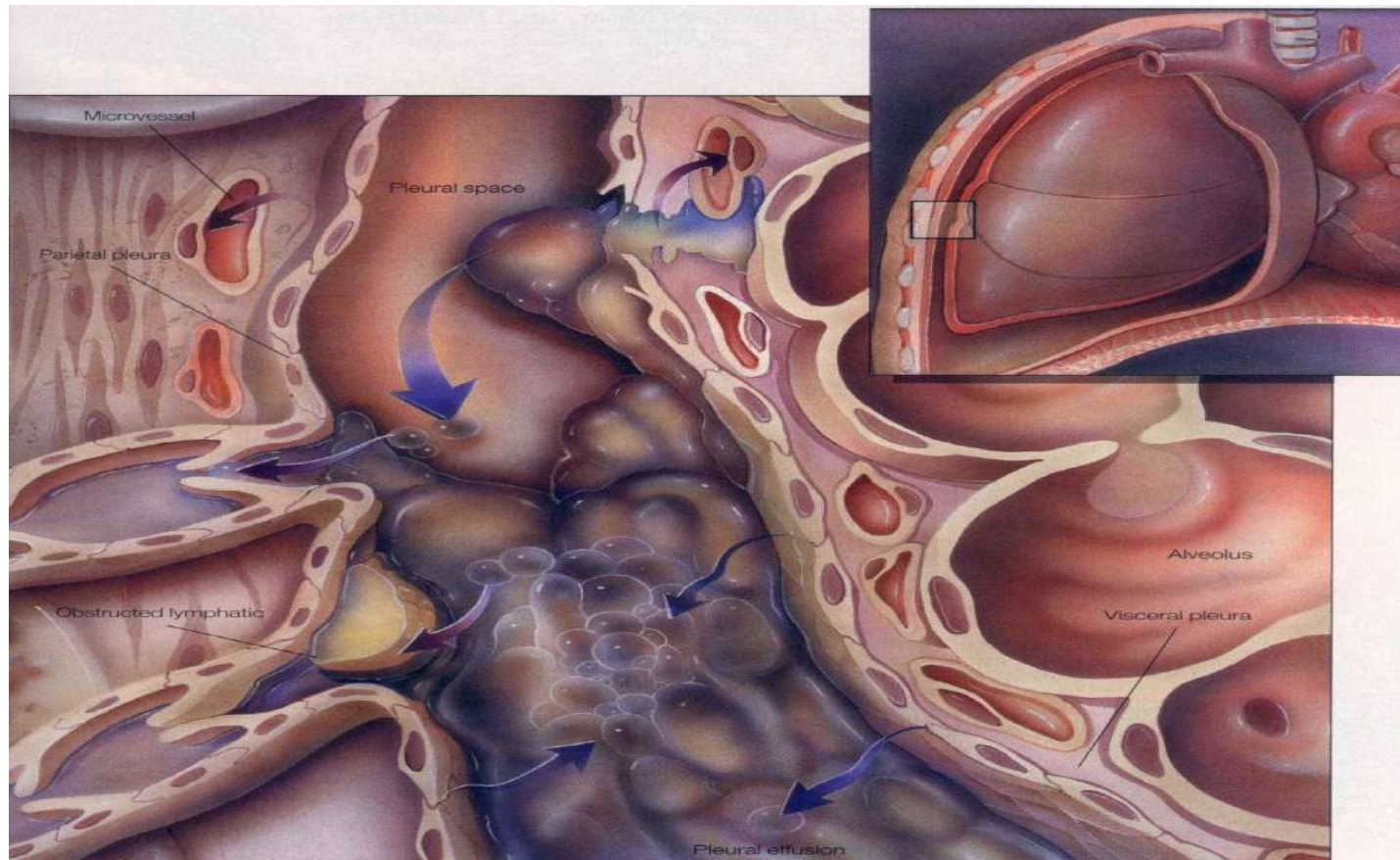


Pleurésies à liquide clair

I.3.3. Physiopathologie

Anomalies de la Filtration

1. Inflammation

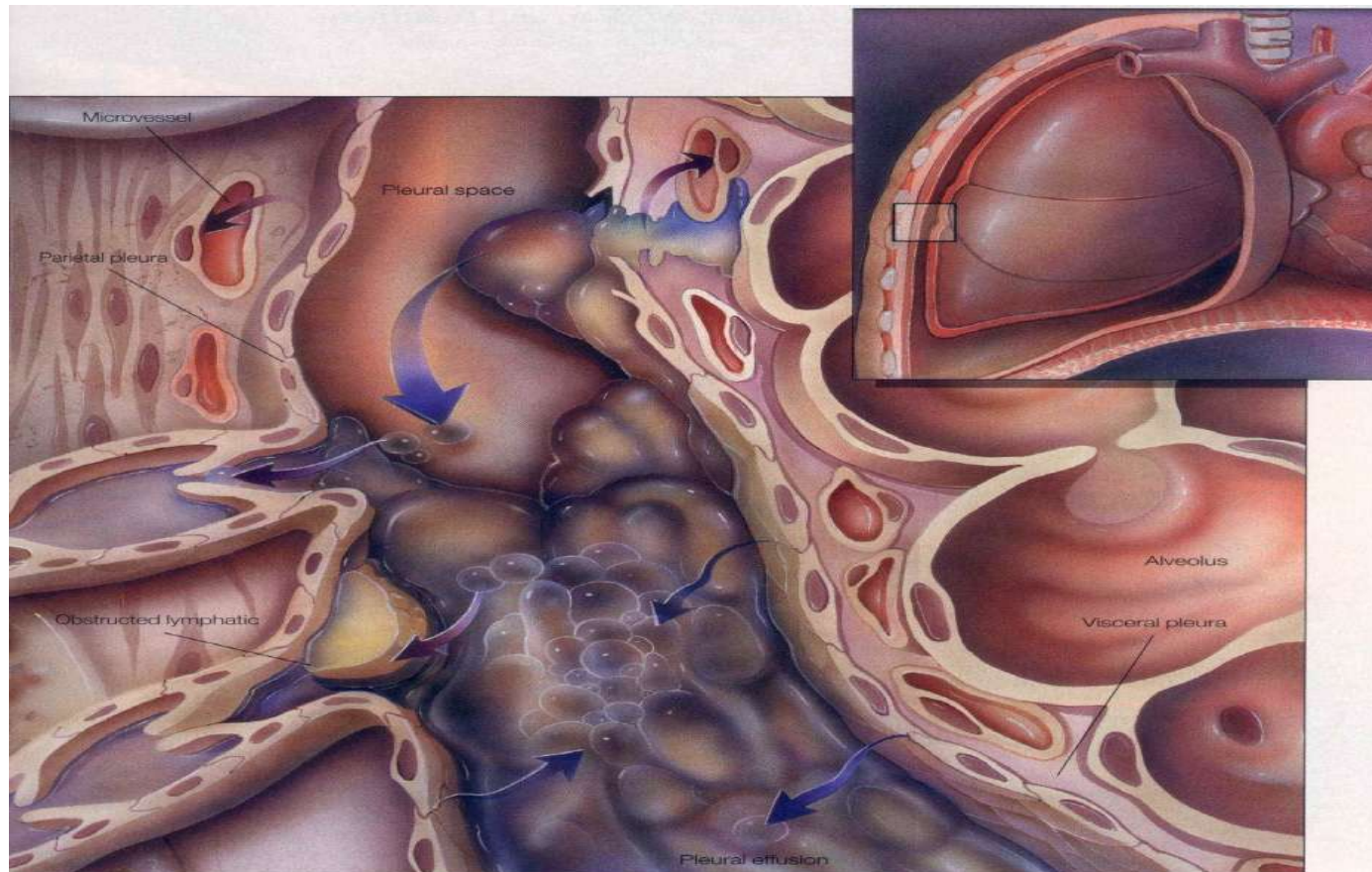


Pleurésies à liquide clair

I.3.3. Physiopathologie

Anomalies de la Filtration

2. Diminution pression oncotique

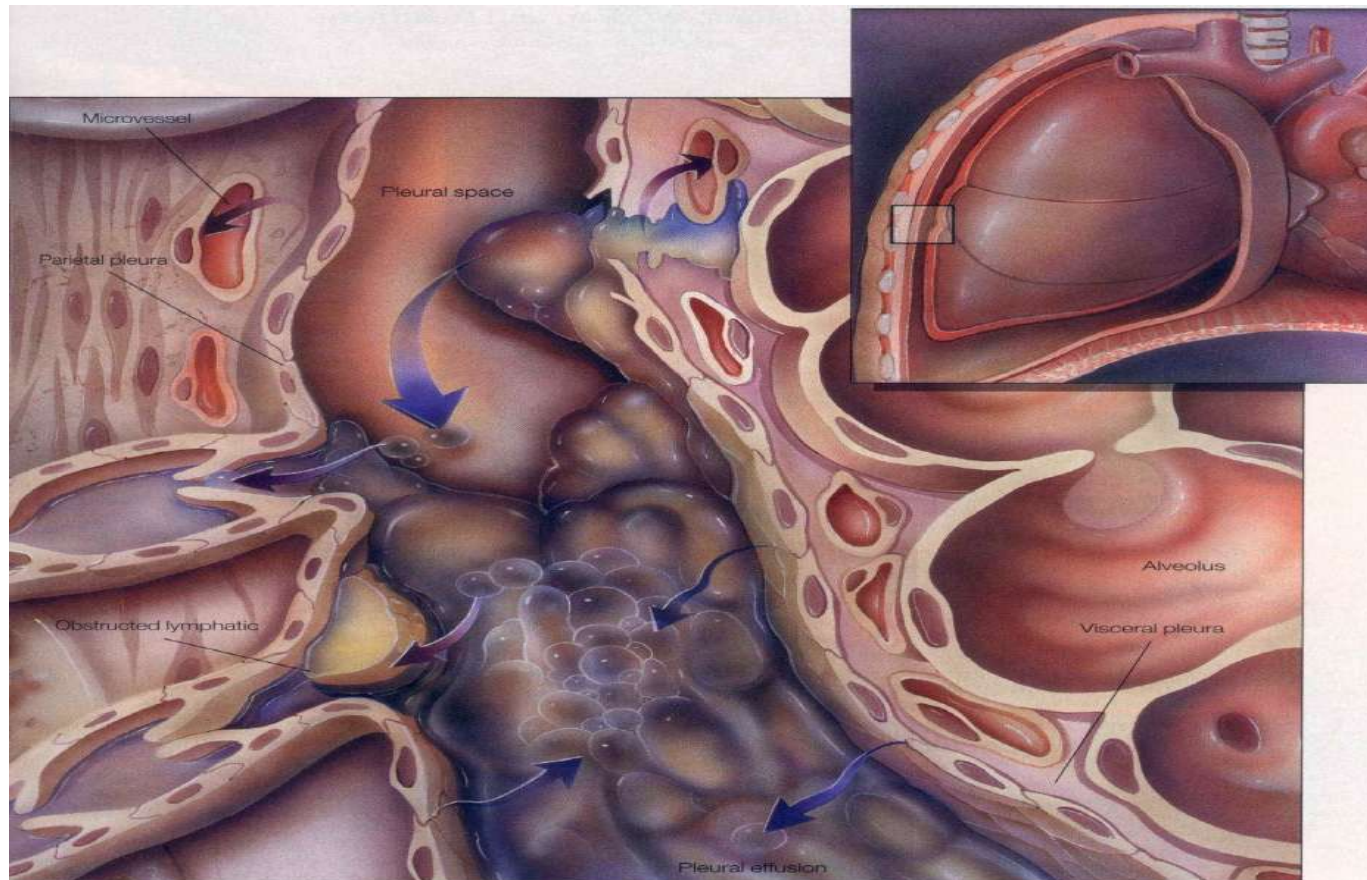


Pleurésies à liquide clair

I.3.3. Physiopathologie

Anomalies de la Filtration

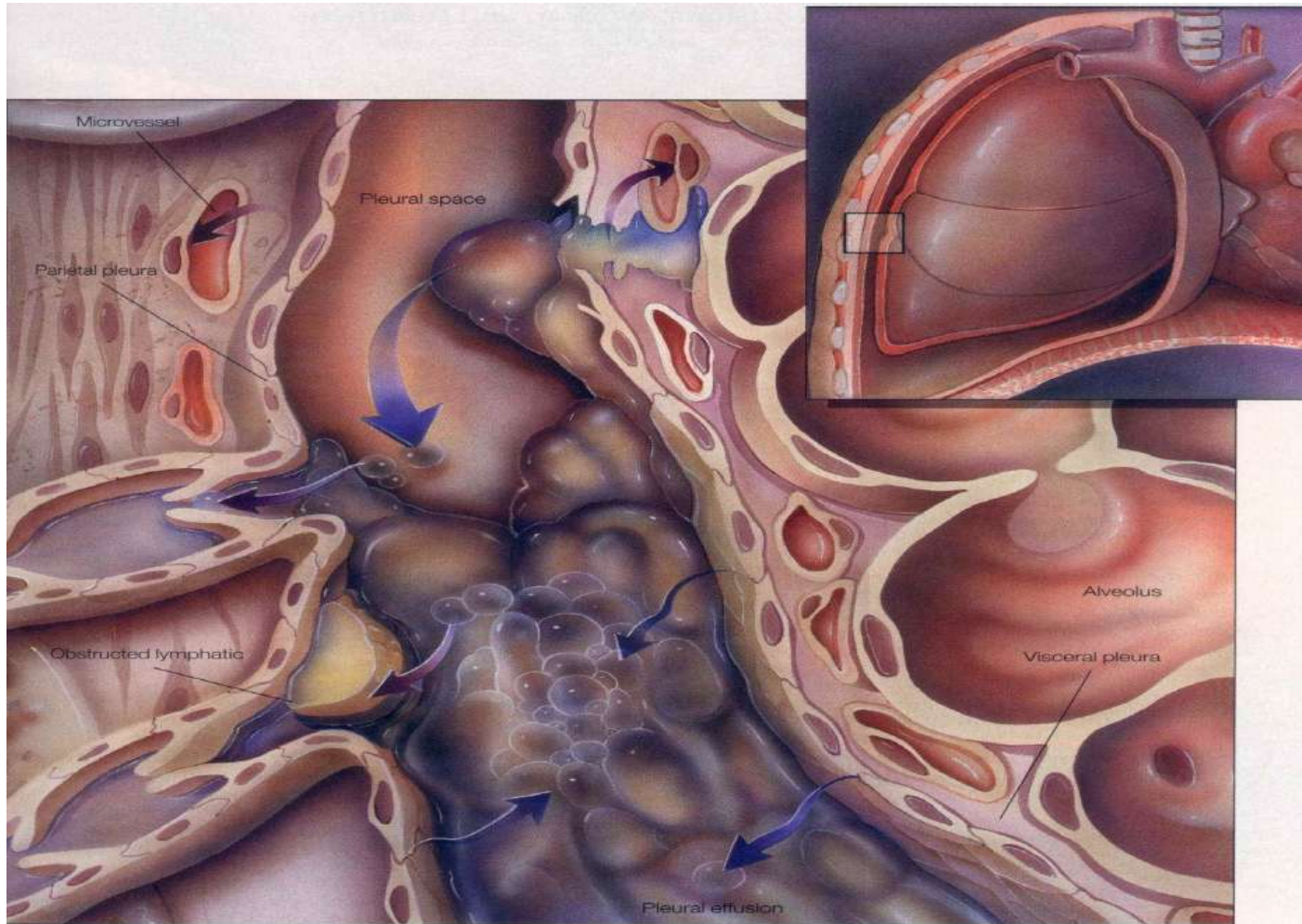
3. Augmentation pression hydrostatique



Pleurésies à liquide clair

I.3.3. Physiopathologie

Anomalies de la réabsorption lymphatique



Pleurésies à liquide clair

II. SIGNES

II.1./TDD : Pleurésie libre de moyenne abondance sans préjuger de l'étiologie

II.1.1./ Signes Cliniques

✓ Signes fonctionnels

➤ Douleur thoracique

- Brutal
- Sous mamelonnaire ou basithoracique
- Point de côté
- Irradiation postérieure ou épaule homolatéral
- Accentuée par la toux , changements de position, inspiration profonde

Pleurésies à liquide clair

✓ Signes fonctionnels

➤ Toux

- Sèche
- quinteuse
- Déclenchée par les changements de position
- Majore la douleur
- Calmée par le décubitus latéral du coté malade

Pleurésies à liquide clair

✓ Signes fonctionnels

➤ Dyspnée

- Installation progressive
- Polypnée superficielle
- Intensité fonction: rapidité constitution de l'épanchement, état parenchyme sous jacent

Pleurésies à liquide clair

II.1.1./ Signes Cliniques

✓ Signes généraux

Fonction de l'étiologie

Fièvre , frissons , sueurs

Amaigrissement , asthénie , anorexie

Pleurésies à liquide clair

II.1.1./ Signes Cliniques

✓ Signes physiques

➤ Inspection

- Couché du côté atteint
- Asymétrie thoracique
- Elargissement espaces intercostaux + horizontalisation cotes.
- Diminution ampliation thoracique ou immobilisation hémithorax atteint.

Pleurésies à liquide clair

II.1.1./ Signes Cliniques

✓ Signes physiques

➤ Palpation :

- Diminution ou abolition ampliation thoracique.
- Diminution ou abolition vibrations vocales.

Pleurésies à liquide clair

II.1.1./ Signes Cliniques

✓ Signes physiques

➤ **Percussion :**

- Matité franche hydrique de « bois » hauteur épanchement mobile, limite supérieure concave vers le haut tournant dans la région axillaire: *courbe de Damoiseau*
- **Skodisme sous claviculaire** = Tympanisme aigu sous claviculaire au dessus de l'épanchement .

Pleurésies à liquide clair

II.1.1./ Signes Cliniques

✓ Signes physiques

➤ Auscultation :

- Diminution ou abolition du murmure vésiculaire
- +/- **Un souffle pleurétique :**

Bruit expiratoire

Lointain, Voilé,

Tonalité élevée,

Timbre aigre, en « é ».

à la limite supérieure d'un épanchement, le plus souvent localisé.

Pleurésies à liquide clair

II.1.1./ Signes Cliniques

✓ Signes physiques

➤ Auscultation :

- Pectoriloquie : transmission anormalement nette de la voix avec détachement des syllabes
- Egophonie : transmission chevrotante de la voix
- Pectoriloquie aphone: transmission anormalement nette de la voix chuchotée avec détachement des syllabes.

Pleurésies à liquide clair

II.1.1./ Signes Cliniques

✓ Signes physiques

Examen clinique complet des autres appareils

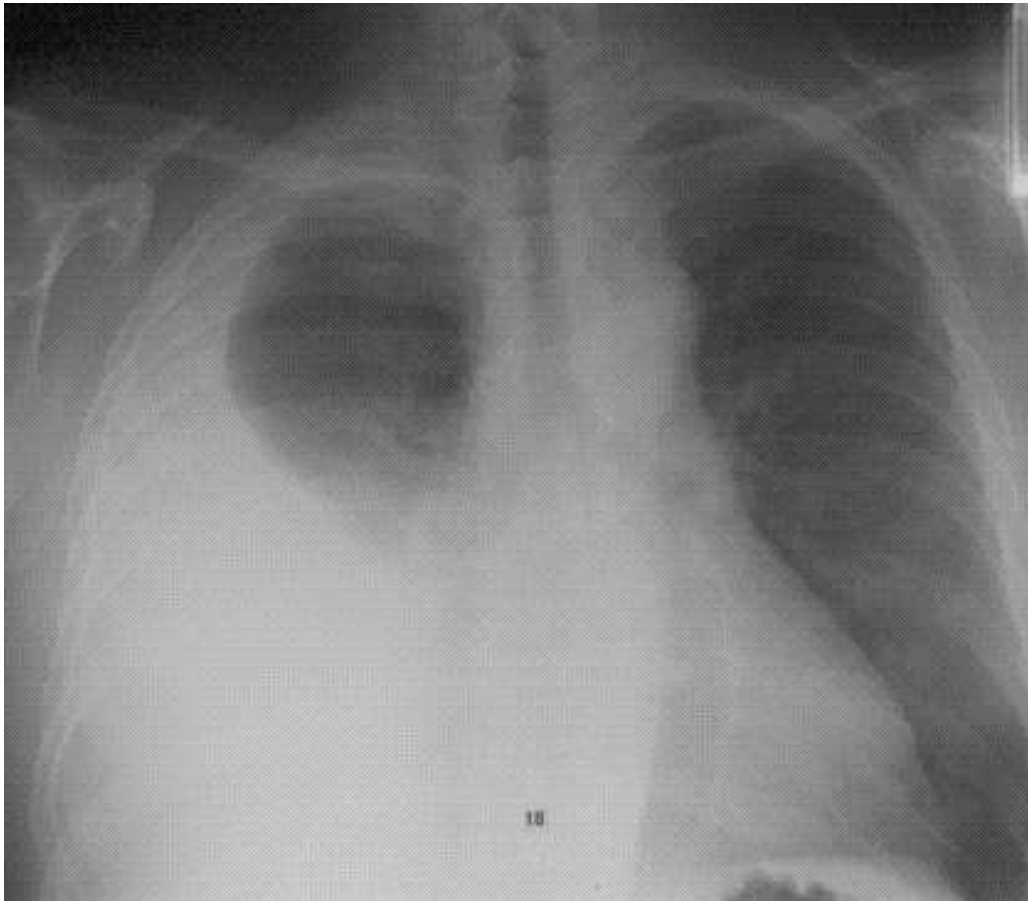
- **Signes de refoulement** : déviation choc de pointe et BDC.
- **Signes qui orientent vers une étiologie**

Pleurésies à liquide clair

II.1.2. Signes paracliniques

a. Imagerie thoracique :

- Radiographie thoracique (F/P)

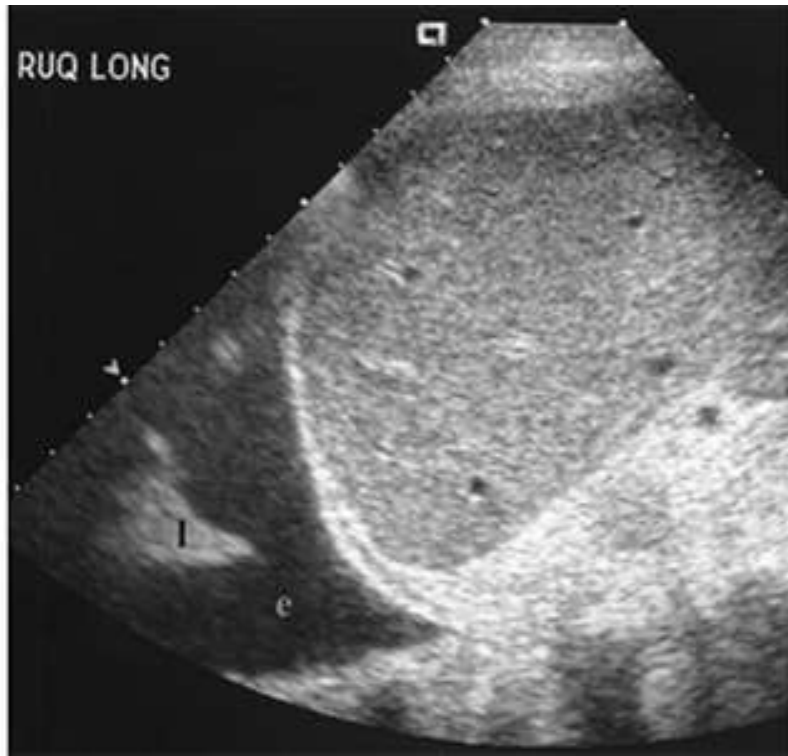
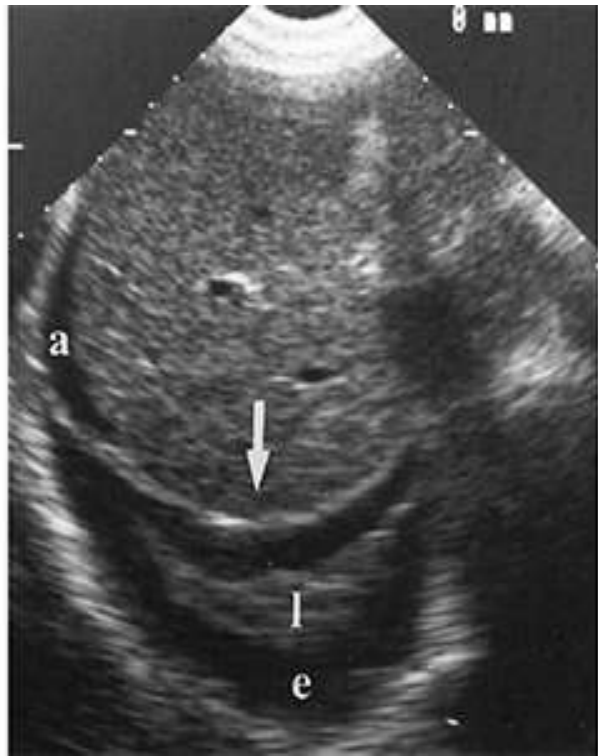


Pleurésies à liquide clair

II.1.2. Signes paracliniques :

a. Imagerie thoracique :

- Echo thoracique
- Confirme nature liquidienne: image anéchogène
- repérage point idéal de ponction.



Pleurésies à liquide clair

II.1.2. Signes paracliniques :

a. Imagerie thoracique :

- TDM thoracique

Croissant

de densité hydrique

Analyse plèvre

Etat parenchyme



Scanner : pleurésie typique, Damoiseau

Pleurésies à liquide clair

II.1.2. Signes paracliniques

b. La ponction pleurale ou thoracentèse :

➤ Triple intérêt :

- Diagnostique.
- Thérapeutique.
- Orientation étiologique.

Pleurésies à liquide clair

b. La ponction pleurale ou thoracentèse :

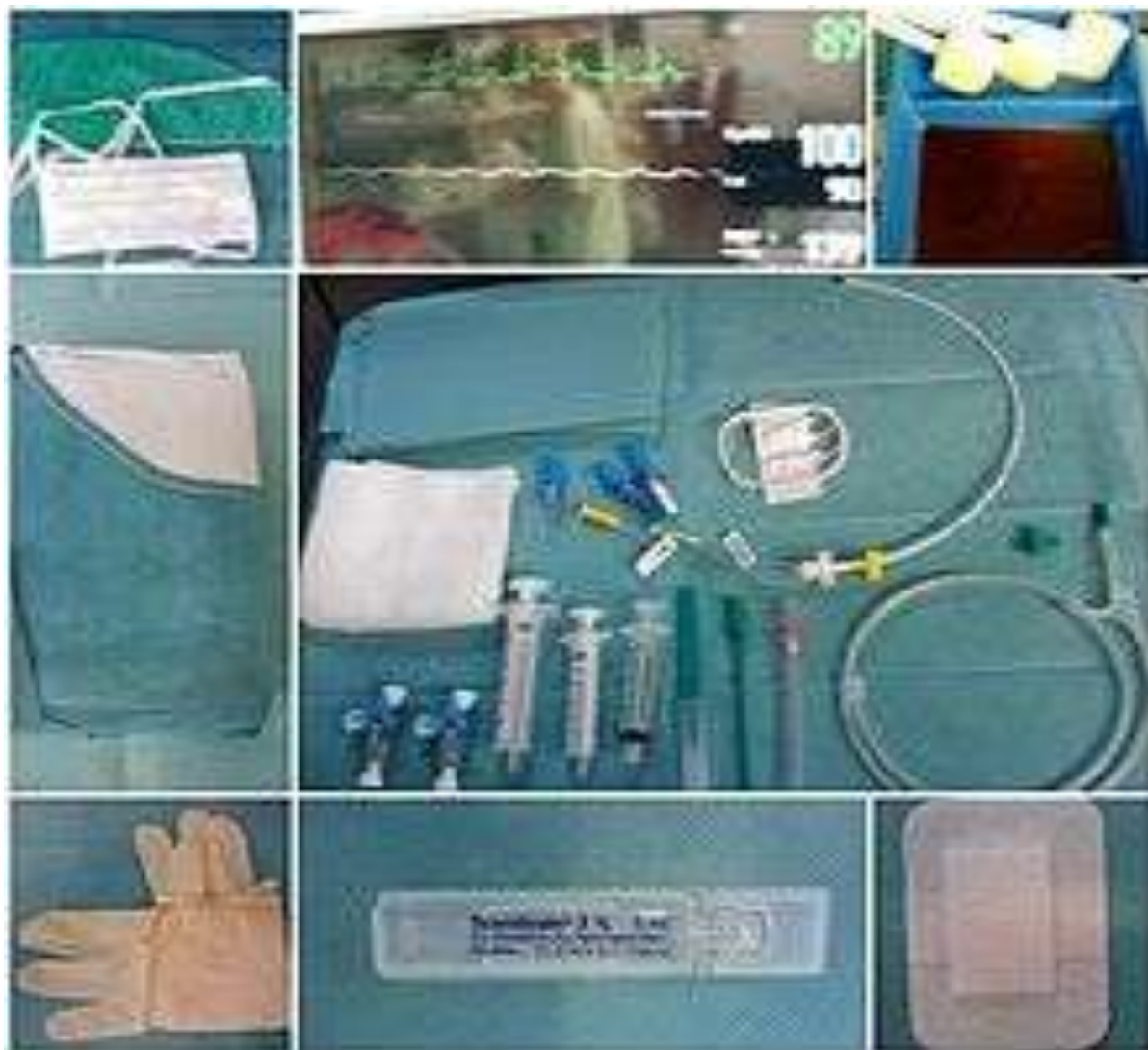
➤ Contre-indications

- Troubles de l'hémostase.
- Infection cutanée au point de ponction.
- Ventilation mécanique.
- Traitement anticoagulant.

II.3. La ponction pleurale ou thoracentèse :

b. La ponction pleurale ou thoracentèse

➤ Matériel



II.3. La ponction pleurale ou thoracentèse :

b. La ponction pleurale ou thoracentèse

➤ Technique :

- Geste bien expliqué au patient, rassuré.
- Choix zone de ponction.

Point de ponction = 1 travers de main des apophyses épineuses et 2-3 travers de doigts sous pointe omoplate,

Point de ponction = pleine matité.

Parfois nécessité d'un repérage échographique.

- Bien positionner le patient.

II.3. La ponction pleurale ou thoracentèse :

b. La ponction pleurale ou thoracentèse

➤ **Technique :**



II.3. La ponction pleurale ou thoracentèse :

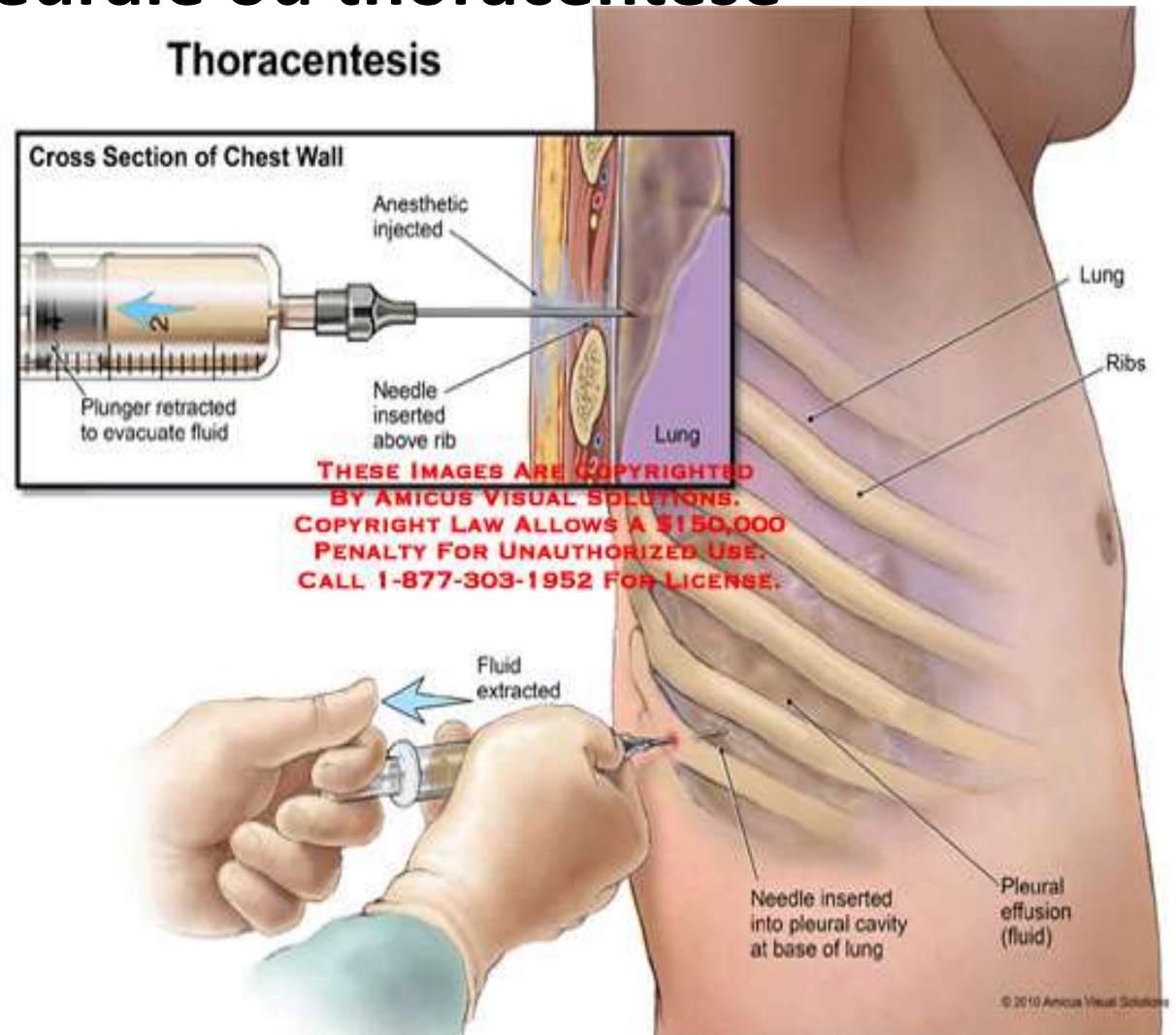
b. La ponction pleurale ou thoracentèse

➤ **Technique :**

- On rase bord supérieur côté inférieure

EIC choisi.

- Après anesthésie locale



II.3. La ponction pleurale ou thoracentèse :

b. La ponction pleurale ou thoracentèse

➤ **Technique :**

- Retrait aiguille d'un coup sec.
- Masser le plan cutané avec une compresse.
- Pansement sec.
- Recueillir le liquide dans 3 à 4 tubes pour cyto, chimie et bactériologie

II.3. La ponction pleurale ou thoracentèse :

➤ Macroscopie :

liquide sérohématique



liquide citrin trouble



liquide chyleux



II.3. La ponction pleurale ou thoracentèse :

b. La ponction pleurale ou thoracentèse

➤ Résultats :

▪ Chimique

• ***PROTÉINES :***

-Taux ≥ 30 g/ l, Rivalta+ : exsudat

- Taux < 30, Rivalta- : transudat

• ***Glucose :***

basse dans listériose, TB

• Dosage des LDH

II.3. La ponction pleurale ou thoracentèse :

b. La ponction pleurale ou thoracentèse

➤ Résultats :

▪ Chimique

Critères de Light si doute:

au moins un de ces critères définit un exsudat ;

- **LDH > 200 UI/l,**
- **LDH pleural / LDH sérique >0,6**
- **Protéines pleurales / protéines sériques >0,5**

II.3. La ponction pleurale ou thoracentèse :

b. La ponction pleurale ou thoracentèse

➤ Résultats :

▪ Chimique

• *Autres dosages selon l'orientation étiologique*

○ *PH.*

○ *Taux d'adénosine désaminase.*

○ Triglycérides, cholestérol et chylomicrons.

○ Acide hyaluronique.

II.3. La ponction pleurale ou thoracentèse :

b. La ponction pleurale ou thoracentèse

➤ Résultats :

■ Chimique

• *Autres dosages selon l'orientation étiologique*

- Déterminants immunologiques.

- Dosage de l'amylase.

II.3. La ponction pleurale ou thoracentèse :

b. La ponction pleurale ou thoracentèse

➤ Résultats :

- Cytologique :
 - Comptage cellules normales.
- Prédominance lymphocytaire(>75-80%).
- Formule panachée: lymphocyte, polynucléaire, cellules mésothéliales.
- Taux éosinophile >10%.
- Hématies+++

II.3. La ponction pleurale ou thoracentèse :

b. La ponction pleurale ou thoracentèse

➤ Résultats :

■ Cytologique :

- Présence de cellules malignes

- cytologiste entraîné.

- sensibilité 50-90% dans pleurésies malignes.

II.3. La ponction pleurale ou thoracentèse :

b. La ponction pleurale ou thoracentèse

➤ Résultats :

- Bactériologique :
 - Examen direct
 - Culture milieu aérobie, anaérobie
 - Culture sur milieu de Lowenstein Jensen ou Bactec
- Parasito-mycologie du liquide pleural
- Virologie du liquide pleural

b. La ponction pleurale ou thoracentèse :

- Incidents/accidents
 - Piqure d'un vaisseau intercostal
 - Piqure du poumon
 - Ponction blanche
 - Pneumothorax
 - Œdème pulmonaire
 - Troubles vagaux
 - Ponction du foie ou de la rate
 - Contamination cancéreuse
 - Choc anaphylactique à la xylocaïne

Pleurésies à liquide clair

II.1./TDD : Pleurésie libre de moyenne abondance sans préjuger de l'étiologie

II.1.2. Signes paracliniques :

c. Biologie

- NFS : hyperleucocytose à PNN ou GB normaux et souvent une anémie de type inflammatoire.
- VS : accélérée.
- CRP : positive.
- IDRt.

II.2. Signes paracliniques :

II.1.2. Signes paracliniques :

d. Autres examens :

- **II.1./TDD : Pleurésie libre de moyenne abondance sans préjuger de l'étiologie**
- **Biopsie pleurale à l'aveugle ou sous thoracoscopie.**
- **Mini-thoracotomie.**
- **Fibroscopie bronchique.**

II.1.3. Evolution- pronostic :

II.1.3.1 Éléments de surveillance

- Signes cliniques
- Biologie
- Signes radiologiques

II.1.3.2. Modalités évolutives

Fonction de l'étiologie :

- Guérison sans séquelles
- Epaississement pleural
- Récidive

II.2. Signes paracliniques :

II. Signes

II.1./TDD

II.2./ Formes cliniques

II.2.1./Formes selon l'abondance

II.2.1.1./ Pleurésie de grande abondance

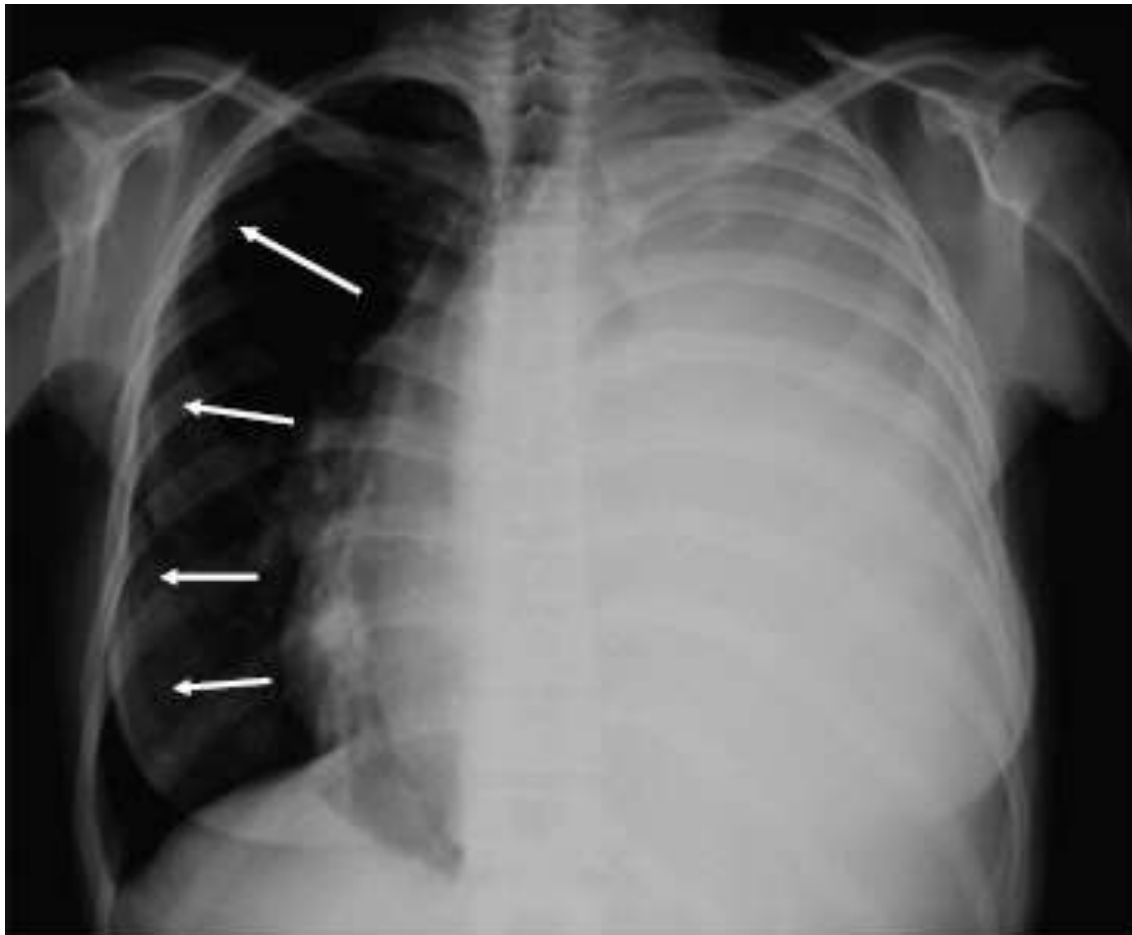
✓ Clinique :

- Détresse respiratoire
- Voussure de l'hémi-thorax , immobile
- Trépied de Gaillard

II.2. Signes paracliniques :

II.2.1.1./ Pleurésie de grande abondance

✓ Radiographie :



II.2. Signes paracliniques :

II.2.1./Formes selon l'abondance

II.2.1.2./ Pleurésie de faible abondance

✓ Clinique :

- Signes fonctionnels discrets
- Abolition des VV
- Matité parfois difficile à mettre en évidence
- Abolition MV + frottements pleuraux

II.2. Signes paracliniques :

II.2.1.2./ Pleurésie de faible abondance

✓ Clinique :

Frottements pleuraux :

Secs, rugueux, superficiels, non modifiés par la toux.

Intensité discrète : type « *froissement de papier soie* »,
ou intense, de type « bruit râpeux de cuir neuf ».

Entendus à la limite supérieure ou après évacuation

Et pendant expiration.

Bruits dus frottement des deux feuillets enflammés.

II.2. Signes paracliniques :

II.2.1./Formes selon l'abondance

II.2.1.2./ Pleurésie de faible abondance

✓ **Radiographie:**



II.2. Signes paracliniques :

II.2.2./Formes selon la topographie

II.2.2.1./ Pleurésie scissurale

Clinique :

Douleur en écharpe sur la projection de la scissure.

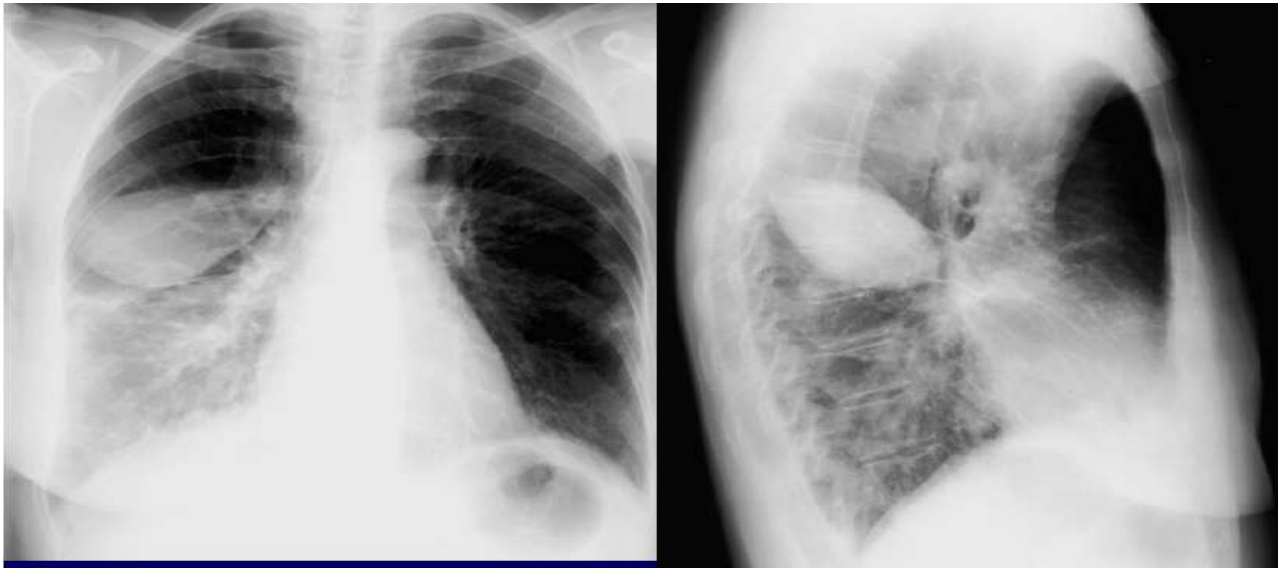
Trépied de Gaillard suspendu.

II.2. Signes paracliniques :

II.2.2./Formes selon la topographie

II.2.2.1./ Pleurésie scissurale

Radiographie



- Pleurésie interlobaire : opacité en fuseau, biconvexe, en projection de la grande scissure droite, mastectomie gauche

II.2. Signes paracliniques :

II.2.2./Formes selon la topographie

II.2.2.2./ Pleurésie médiastinale

- Clinique :
 - Douleur rétro sternale, dyspnée , dysphonie , dysphagie , hoquet , toux.
 - Examen physique le plus souvent normal.

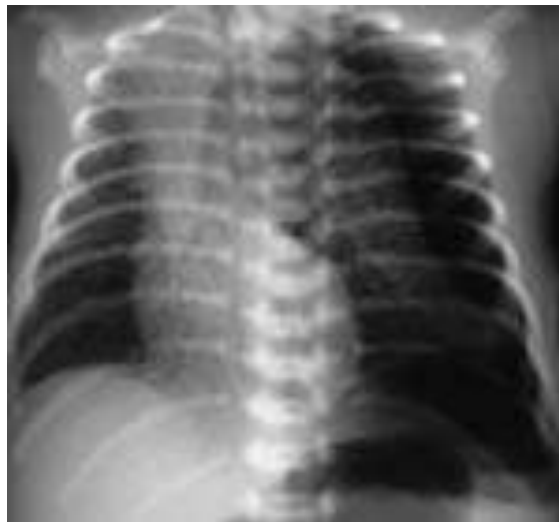
II.2. Signes paracliniques :

II.2.2./Formes selon la topographie

II.2.2.2./ Pleurésie médiastinale

- Rx: opacité paramédiane, flou, effaçant les bords du cœur= image en sablier

Ou triangulaire à sommet hilare base dphg, bord interne se poursuivant avec l'ombre cardiaque



II.2. Signes paracliniques :

II.2.2./Formes selon la topographie

II.2.2.3./ Pleurésie axillaire

- découverte souvent radiologique
- Rx : apparait comme renflement opaque et homogène fusiforme ou en besace contre paroi axillaire

II.2. Signes paracliniques :

II.2.2./Formes selon la topographie

II.2.2.4./ Pleurésie diaphragmatique

Clinique :

- Douleur basale
- Dyspnée
- Névralgie phrénique
- Hoquet



II.2. Signes paracliniques :

II.2.2./Formes selon la topographie

II.2.2.5./ Pleurésie enkystée

Trépied pleurétique suspendu

+/- frottement pleural / souffle pleurétique

TDM: collections hypo denses, fusiformes +raccordement

obtus avec paroi

II.2. Signes paracliniques :

II.2.2./Formes selon la topographie

II.2.2.5./ Pleurésie enkystée



Pleurésies à liquide clair

III. DIAGNOSTIC

III.1 Diagnostic positif

En résumé la pleurésie est retenue devant:

- le *syndrome d'épanchement liquidien de la grande cavité pleurale* formé par **le trépied pleurétique qui associe :**

- Diminution ou abolition VV.
- Matité franche hydrique.
- Diminution ou abolition MV.

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic

III.1 Diagnostic positif

En résumé la pleurésie est retenue devant:

- le *syndrome pleural radiologique*
- *La thoracentèse: aspect macroscopique*

+cytologie du liquide

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic

III.2. Diagnostic différentiel :

- Atélectasie

Evoqué devant: signes fonctionnels.

-Imagerie thoracique



Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic

III.2. Diagnostic différentiel :

- Pneumothorax

Evoqué devant: signes fonctionnels.

Cependant :

examen physique , radiographie du thorax

redressent le diagnostic.

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic

III.2. Diagnostic différentiel :

- Pleurésies purulentes

Evoquées devant : signes fonctionnels et physiques.

Cependant radio, thoracentèse + cytologie liquide pleural permettent de l'éliminer.

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic

III.2. Diagnostic différentiel :



Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic

III.2. Diagnostic différentiel :

- Pneumopathies aiguës

Evoquée devant fonctionnels et généraux.

Cependant signes physiques, radiographie du thorax permettent de l'éliminer.

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic

III. 3. Diagnostic étiologique

III.3.1. Enquête étiologique

a) Interrogatoire

Policier, minutieux

- Age, sexe, profession..
- Antécédents: contagé tuberculeux,
- Exposition professionnelle et thérapeutique
- Tabac, alcool,...
- Signes fonctionnels extra respiratoires

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic

III. 3. Diagnostic étiologique

III.3.1. Enquête étiologique

b. Examen clinique

- **Signes généraux:**

Fièvre, AEG, hippocratisme digital (récent+++)

CVC,.....

- **Examen physique / Signes extra respiratoires**

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic

III. 3. Diagnostic étiologique

III.3.1. Enquête étiologique

c. Examens paracliniques

- Imagerie + analyse parenchyme pulmonaire
- Dosages biochimiques du liquide pleural
- Anapath pièces de biopsie pleurale
- Résultats culture de biopsie pleurale

Pleurésies à liquide clair

III.3. Diagnostic étiologique

III.3.2. Différentes étiologies

III.3.2.1. Causes des exsudats

a. Infectieuses

✓ Bactériennes

→ *Tuberculeuse*

40% des pleurésies, Sujet jeune++++

décours d'1e primo-infection

ou après réactivation à partir d'1 foyer TBC ancien

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic étiologique

III.2. Différentes étiologies

→ *Tuberculeuse*

- Notion de contagé
- Début brutal, aigu ou lentement progressif
- Signes d'imprégnation
- Sd d'épanchement pleural liquidien
- IDRT : ++++
- Sd IBNS

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic étiologique

III.2. Différentes étiologies

→ *Tuberculeuse*

- Imagerie thoracique
- Cyto liquide pleural: lymphocytes+++ (>50%)
- Biochimie: Glycopleurie basse; PH< 7, 3; ADA> 50 UI / l
- BAAR dans le liquide pleural exceptionnellement positif
- PCR liquide pleural (DNA *M. tuberculosis*)

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic étiologique

III.2. Différentes étiologies

→ *Tuberculeuse*

- Crachats BAAR: direct(-) culture (10-30%)

- Biopsies pleurales

- l'aveugle ++

-Sous thoracoscopie proche de 100 %

Folicule épithélio –giganto- cellulaire avec nécrose caséuse centrale

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic étiologique

III.2. Différentes étiologies

✓ Bactériennes

→ Parapneumonique

- satellite d'une pneumonie bactérienne

✓ Parasitaire

- Pleurésie amibienne +++, distomatose (pleurésie à éosinophile).

✓ Virale

- Début est brutal, fébrile, sans prodromes, Epanchement peu important +/- péricardite.
- Cytologie du liquide pleural : formule panachée.

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic étiologique

III.2. Différentes étiologies

III.3.2.1. Causes des exsudats

b. Causes inflammatoires non infectieuses

- Souvent au cours du Lupus, de la polyarthrite rhumatoïde ou de la périartérite noueuse.
- Epanchement peu abondant +/- péricardite
- Signes cutanés ou articulaires
- Dosage des déterminants immunologiques

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic étiologique

III.2. Différentes étiologies

III.3.2.1. Causes des exsudats

c. Causes tumorales

- Sujet âgé + ++
- installation progressive, AEG ++ +, douleur thoracique
- Epanchement citrin, sérohématique ou franchement hémorragique ne coagulant pas rarement chyleux
- Abondante + récidivantes .
- Présence marqueur tumoraux dans le liquide pleural
- Tumeur primitive ou secondaire.

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic étiologique

III.2. Différentes étiologies

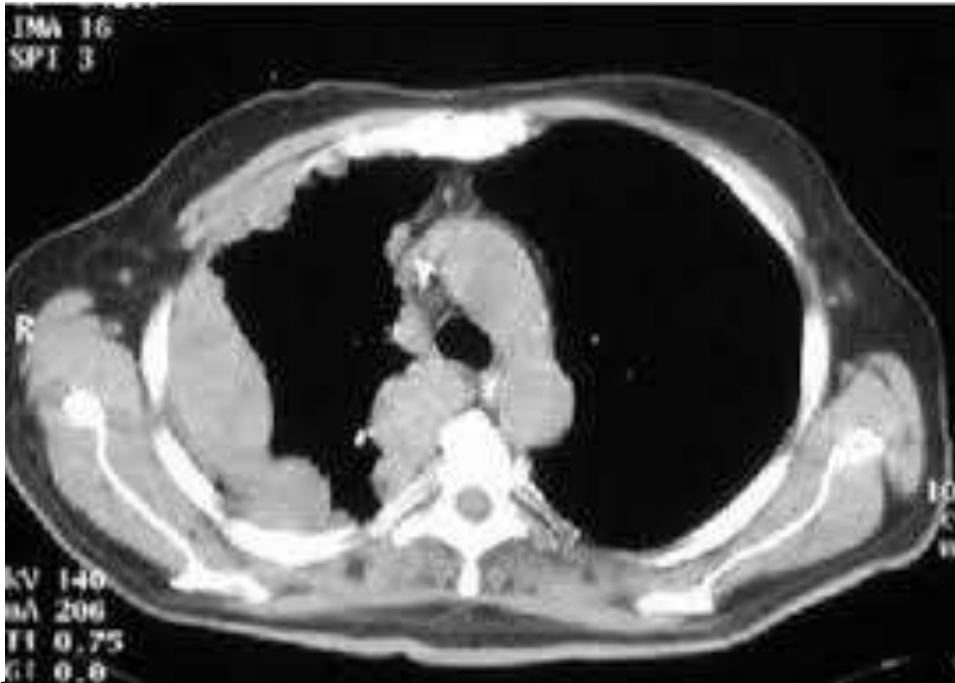
c. Causes tumorales

- Primitive = mésothéliome pleural malin
 - 60 ans, homme +++-
 - Exposition à l'amiante +++ 20-30 ans (absente 20-40%)
 - liquide citrin ou sérohématique ++
 - Riche acide hyaluronique sup à 15mg/l
 - Existence de douleurs pleurales vives.
 - Liquide riche en acide hyaluronique.

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic étiologique

- Primitive = mésothéliome pleural malin
- Imagerie thorax: feuillets pleuraux festonnés, hérissés de bourgeons sessiles.



- Confirmation/ biopsie pleurale sous thoracoscopie.

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic étiologique

III.2. Différentes étiologies

c. Causes tumorales

- Secondaire à un cancer viscéral :
 - Diagnostic facile quand primitif connu, difficile si pleurésie révélatrice.
 - Age avancé, AEG, épanchement récidivant et abondant.
 - Images radiologiques associées:
 - image hilare, atélectasie, lâcher de ballon,
- Certitude : cytologie et biopsie pleurale.

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic étiologique

III.2. Différentes étiologies

c. Causes tumorales

- Secondaire à une hémopathie :
 - Maladie de Hodgkin,
 - Leucémie,
 - Maladie de Kahler
 - Maladie de Waldenstrom

Pleurésies à liquide clair

III.2. Différentes étiologies: Exsudats

Etiologies	Aspect clinique	Radiologie	Aspect du liquide	Cellularité	Biochimie	Biopsie pleurale	Evolution
Infectieuses							
Métapneumonique	Pneumopathie associée	- unilatéral - abondance faible à modérée	Sérofibrineux ou Trouble	>10 000 cellules PNN	Valeur pronostique du pH et du glucose	Inutile	Favorable si antibiothérapie adaptée
Virales	Douleurs thoraciques	- unilatéral + autres lésions parenchymateuses	Sérofibrineux	Variable		Inutile	Favorable
Tuberculose	Aiguë à asymptomatique	- unilatéral + autres lésions parenchymateuses	Sérofibrineux	<5000 cellules lymphocytes	ADA élevée	Nécessaire	Favorable
Parasitaires	Variable selon l'étiologie					Inutile	Favorable
Néoplasique							
Métastatiques	Dyspnée + AEG	-unilatéral -grande ou moyenne abondance -autres lésions associées	Sérofibrineux à hémorragique	2500-4000 cellules -panachées	Valeur pronostique du pH et du glucose	Le plus souvent nécessaire	Défavorable
Mésothéliome	Exposition à l'amiante Douleurs thoraciques	-unilatéral -moyenne ou grande abondance + opacités pleurales	Sérofibrineux à hémorragique	<5000 cellules -panachée	Acide hyaluronique Parfois élevé	Nécessaire	Défavorable
Lymphomes	Dyspnée, toux	-unilatéral gauche -moyenne abondance	Sérofibrineux	Lymphocytes		Nécessaire si isolée	Variable
Cardiovasculaire							
Postembolique	Douleurs thoraciques Dyspnée	-peu abondant unilatéral + infarctus pulmonaire	Sérofibrineux à hémorragique	-élevée -panachée		Inutile	Favorable
Postinfarctus ou chirurgie cardiaque	Douleurs thoraciques	-unilatéral gauche	Sérofibrineux à hémorragique	-élevée -PNN		Inutile	Favorable
Sous-diaphragmatique							
Pancréatites	Syndrome abdominal	-unilatéral gauche	Sérofibrineux	-élevée -panachée	Amylase élevée	Inutile	Favorable pour les Pancréatites aiguës
Suppurations sous-diaphragmatiques	Foyer infectieux abdominal	-uni ou bilatéral	Sérofibrineux ou trouble	-élevée -panachée		Inutile	Favorable
Maladies de système							
Lupus et PR surtout	Signes généraux	-faible abondance -parfois + autres lésions parenchymateuses	Sérofibrineux à hémorragique	Variable	-ACAN ou FR + complément effondré -pH et glucose diminués dans la PR	Le plus souvent inutile	Variable

Tableau II – Caractéristiques des principales étiologies des épanchements pleuraux de type exsudat

Pleurésies à liquide clair

III. Diagnostic étiologique

III.2. Différentes étiologies

III.3.2.2. Causes des transsudats :

- Insuffisance cardiaque gauche :

Epanchement en règle bilatéral et pauvre en cellules
+ signes d'œdème pulmonaire et cardiomégalie.

- Insuffisance hépatocellulaire sévère: cirrhose
- Néphropathies :syndromes néphrotiques
- Syndrome de Demons-Meigs: tumeur bénigne de l'ovaire+ ascite+épanchement pleural.

Pleurésies à liquide clair

IV. TRAITEMENT

IV.1. Buts

- Evacuer épanchement
- Traiter cause
- Préserver fonction respiratoire
- Eviter et ou traiter complications et séquelles

Pleurésies à liquide clair

IV. Traitement

IV.2. Moyens

IV.2.1. Mesures hygiéno-diététiques

- Rééquilibration hydro électrolytique et nutritionnelle,
- Apport vitaminique,
- Prise en charge de l'affection sous-jacente
- Nursing,

Pleurésies à liquide clair

IV. Traitement

IV.2. Moyens

IV.2.2. Moyens à visé étiologique:

- Antalgiques
- Antipyrétiques
- Antibiotiques
- Antituberculeux
- AINS – AIS
- Antimitotique
- Diurétiques

Pleurésies à liquide clair

IV. Traitement

IV.2. Moyens

IV.2.3. Moyens instrumentaux

- Ponction pleurale évacuatrice
- Drainage pleural
- Symphyse pleurale

Pleurésies à liquide clair

IV. Traitement

IV.2. Moyens

IV.2.4. Moyens chirurgicaux :

- Ligature du canal thoracique
- Dérivation péritonéale
- Mise en place d'un shunt pleuro péritonéal
- Pleurectomie
- Décortication

Pleurésies à liquide clair

IV. Traitement

IV.2. Moyens

IV.2.5. Kinésithérapie respiratoire

- Précoce
- Intense
- Prolongée

Pleurésies à liquide clair

IV. Traitement

IV.3. Indications

IV.3.1. Exsudat

- Traitement = celui de la cause
 - Antibiothérapie spécifique en cas de tuberculose ou visant un germe banal
 - Chimiothérapie anticancéreuse
- Evacuation du liquide pleural si mauvaise tolérance
 - Ponction ou drainage pleural
 - Kinésithérapie respiratoire
- Prise en charge des complications: talcage, décortication

Pleurésies à liquide clair

IV. Traitement

IV.3. Indications

IV.3.2. Transsudats

- Traitement = celui de la cause
- Evacuation du liquide pleural si mauvaise tolérance
 - Ponction ou drainage pleural
- Kinésithérapie respiratoire

Pleurésies à liquide clair

V. CONCLUSION

**Diagnostic de la pleurésie / ponction pleurale et cytologie
du liquide de ponction.**

Etiologies multiples dominées par tuberculose et cancer

Merci de votre attention