



Journées Thématiques Interactives de la  
Société Française de Médecine d'Urgence  
et Journée Nationale des Infirmiers et Personnels de l'Urgence



**URGENCES RESPIRATOIRES** du 14 au 16 octobre 2015

BESANÇON MICROPOLIS

[www.sfmum.org](http://www.sfmum.org) / [www.sfmum.mcocongres.com](http://www.sfmum.mcocongres.com)

# 3

## LES ENJEUX DE LA PLÈVRE

Experts : T. Desmettre (Besançon), F. Thys (Bruxelles, Belgique)

Rapporteur : B. Doumenc (St Denis)

Animateurs : M. Granier (Vesoul), P. Ray (Paris)

# Atelier 3 – Les enjeux de la plèvre

**Objectifs** : présenter les signes de gravité et les enjeux de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des épanchements gazeux et liquidiens de la plèvre aux urgences, ainsi que les données épidémiologiques (hors traumatismes).

- **Première partie : Epanchements gazeux de la plèvre**
- **Deuxième partie : Epanchements liquidiens de la plèvre**

# Facteurs de risque

**Tabac** et risque relatif d'un premier PNO spontané :

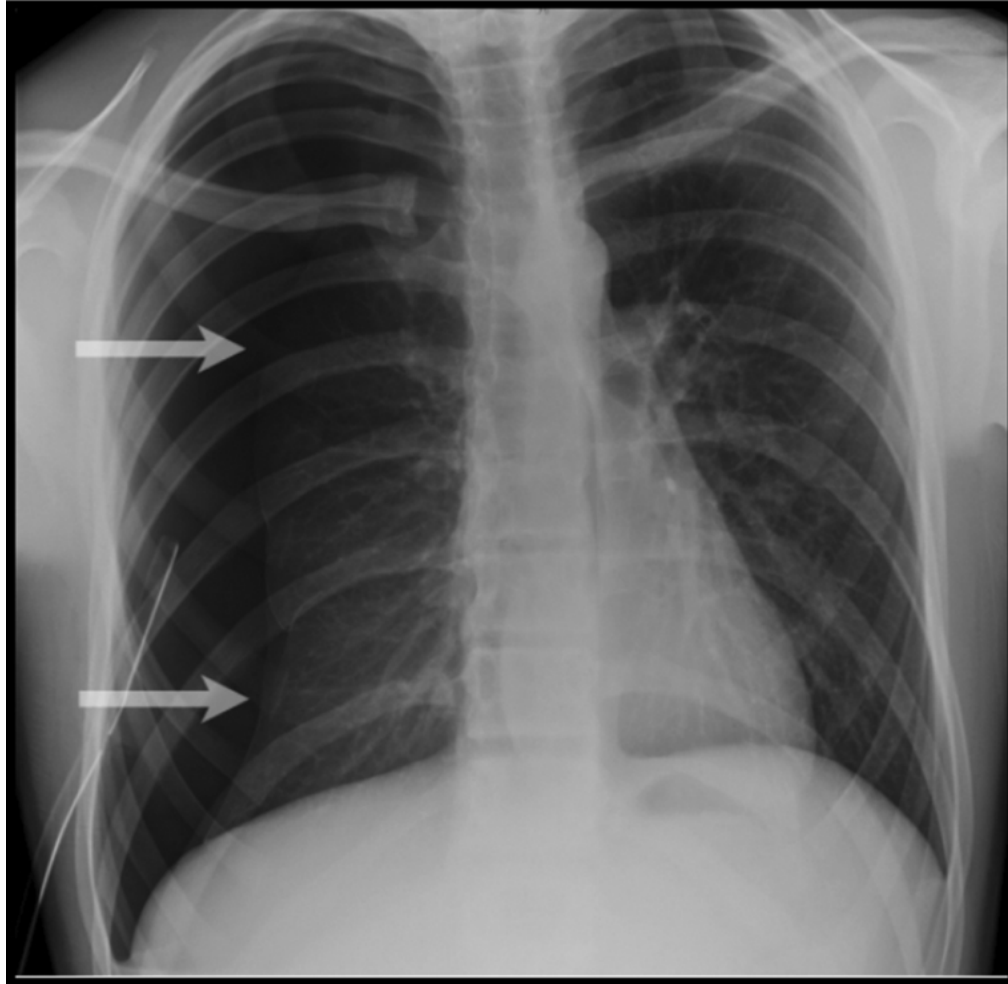
- ❖ x 9 chez les femmes
- ❖ X 22 fois chez les hommes qui fumaient

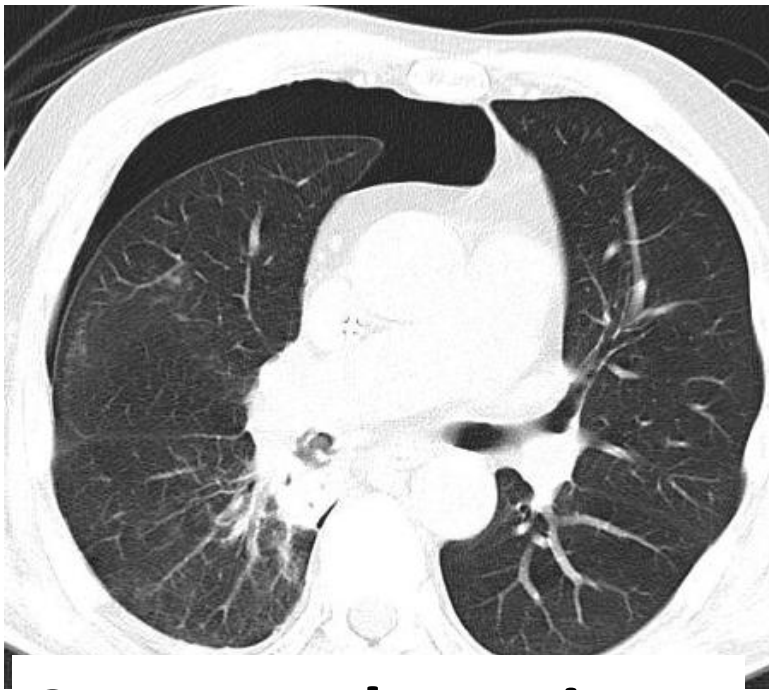
**Fumée de cannabis** : **associée à maladie bulleuse +++**



*Figure 1 High resolution CT scan of the thorax showing bilateral apical peripheral bullae in a 27 year old man.*

# Aspects diagnostiques

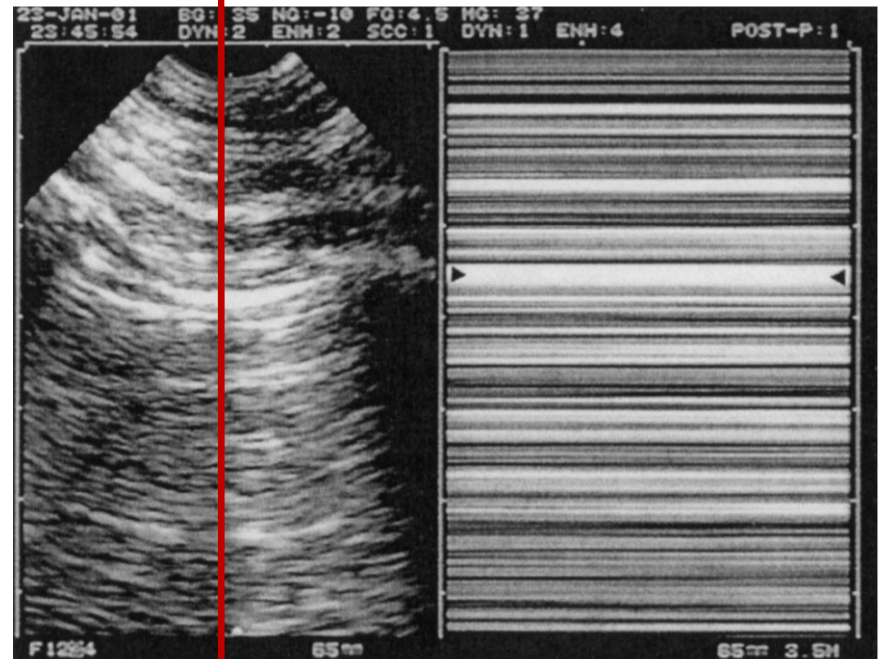




**Scanner thoracique**



## Ultra sons



## Pas de consensus sur la taille du pneumothorax entre ACCP et BTS

**ACCP :**

distance apex > 3cm

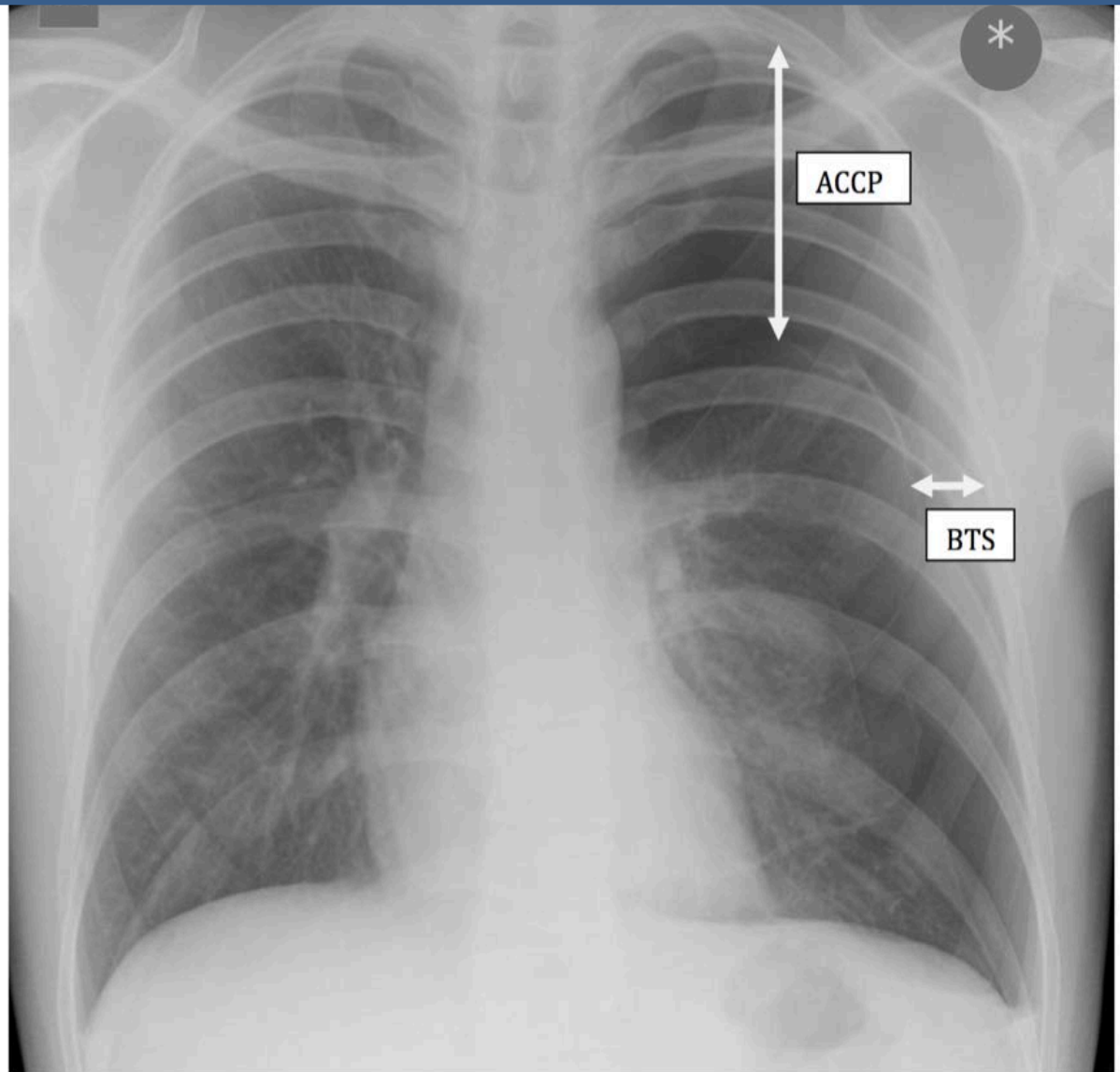
**BTS :**

distance > 2cm

**BSP :**

Decollement

Sur toute la hauteur



# Aspects thérapeutiques

## Approche chirurgicale

Ruckley CV, McCormack RJ. The management of spontaneous pneumothorax. *Thorax* 1966; 21: 139–44.

## Approche conservatrice

Stradling P, Poole G. Conservative management of spontaneous pneumothorax. *Thorax* 1966; 21: 145–49.

1966

**ACCP**

**BTS**

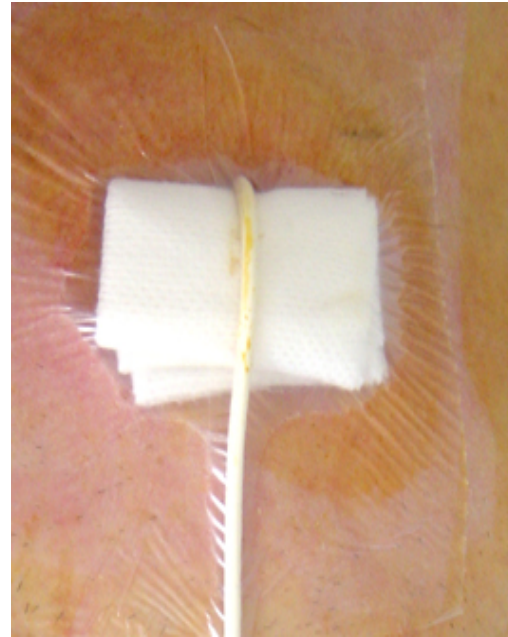
(consensus Delphi de 2001) :  
approche plus agressive  
⇒ drainage thoracique intercostal  
si taille PNO > 20% de l'hémithorax  
quels que soient les symptômes

Depuis recos de 2010 :  
approche basée principalement  
sur les symptômes cliniques

2015



## Prise en charge ambulatoire



**“mini”  
valve de  
Heimlich**



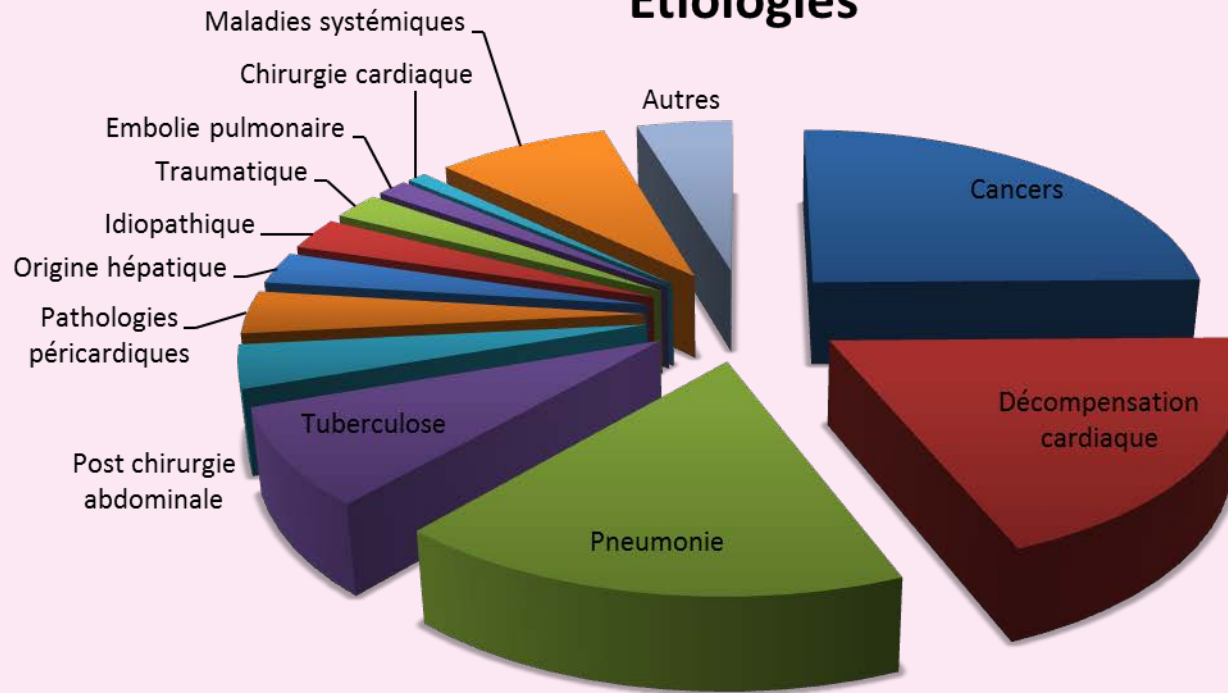


## LES EPANCHEMENTS PLEURAUX LIQUIDIENS





## Etiologies



Sous-estimation dans les proportions

- Diagnostic évident
- Ponction non réalisée



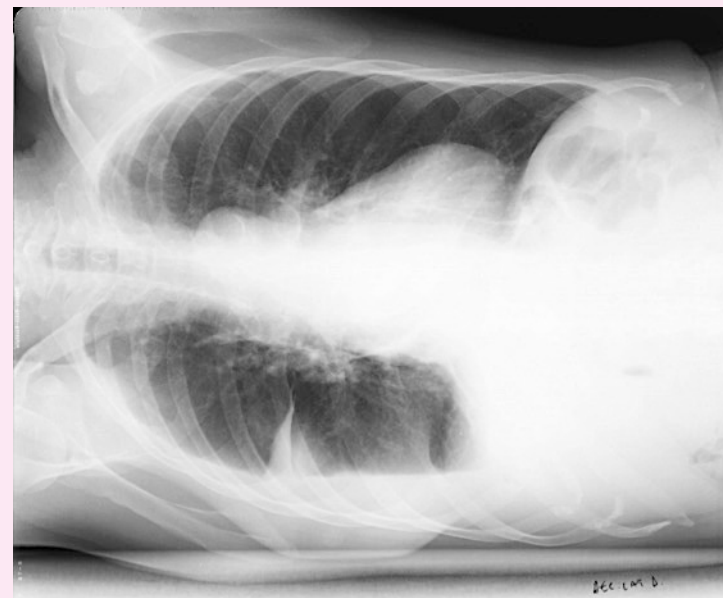
## Radiographie thoracique

- Faible abondance : émoussement cul de sac pleural
- Moyenne abondance : courbe de Damoiseau
- Grande abondance : poumon blanc



## Radiographie thoracique

Si épanchement de petite taille ou de localisation atypique diagnostic peut être difficile.  
=> radiographie en décubitus latéral ( +/- manoeuvres d'expiration ou Trendelenburg )



Epanchement en partie sous-pulmonaire  
=> Intérêt du cliché en décubitus latéral



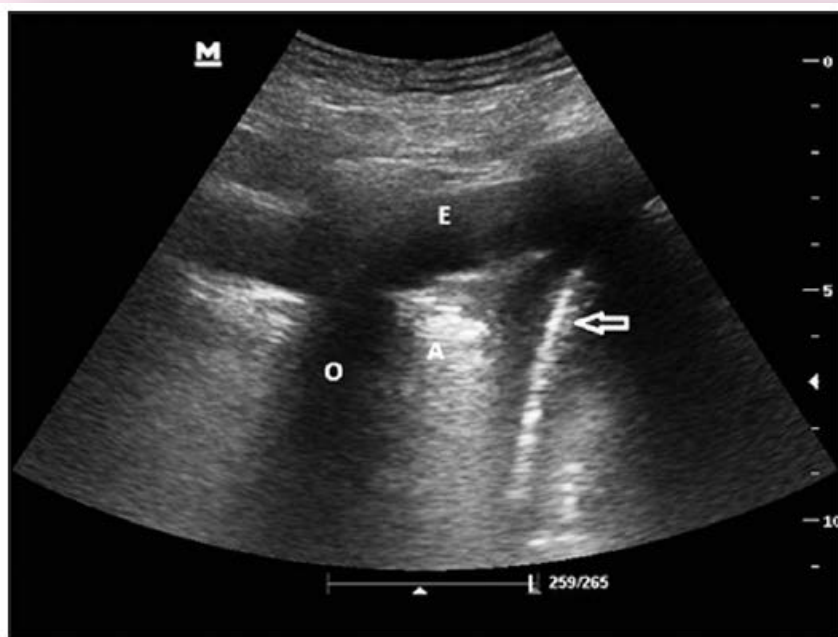


Figure 2. Epanchement pleural basal libre hypoéchogène avec atélectasie partielle. E: épanchement pleural, A: atélectasie, O: ombre costale, flèche: coupole diaphragmatique.



**Figure 2.** Contrast-enhanced CT with 150 ml of contrast infused at  $2.5 \text{ ml s}^{-1}$ . This shows a left-sided malignant pleural collection (star). There is sufficient enhancement of the pulmonary arteries to diagnose pulmonary emboli in the right lobar arteries (arrow).



## Ponction pleurale : Transsudat vs Exsudat ?

### CRITÈRES DE LIGHT

**Un exsudat aura au moins un des critères MAIS un transsudat n'en aura aucun**

**Rapport protéines plèvre/sang > 0,5**

**Rapport LDH plèvre/sang > 0,6**

**LDH liquide pleural > 2/3 norme supérieure dans le sang**

**Très sensibles (97,5%) pour identifier les exsudats  
MAIS**

**Induisent en erreur par l'identification incorrecte de 25 % des transsudats.**

Cette erreur repose souvent sur un seul critère pris « en défaut » (57 % des cas)

Marge d'erreur faible

Principalement les transsudats d'origine cardiaque



## Ponction pleurale : Les recommandations ...

Tableau 1 Recommandations de la British Thoracic Society Pleural Disease Guideline 2010

D'après Roberts, Hooper, Havelock, et Davies<sup>8,18-20</sup>

<b>La ponction pleurale est recommandée</b>
Tout épanchement pleural mal toléré devrait être ponctionné. <sup>1</sup>
Tous les patients qui présentent un épanchement pleural liquidien associé avec des signes de sepsis ou associé à une pneumopathie infectieuse devraient bénéficier d'une ponction pleurale à visée diagnostique sauf en cas d'épanchement de faible abondance.
Tous les patients qui présentent un épanchement pleural liquidien associé à une pneumopathie infectieuse devraient bénéficier d'une ponction pleurale à visée diagnostique sauf en cas d'épanchement de faible abondance.
Tout épanchement pleural dont l'origine néoplasique est suspectée devrait être ponctionné dans un but diagnostique.
<b>La ponction pleurale n'est pas recommandée</b>
Un épanchement pleural néoplasique asymptomatique ne devrait pas être ponctionné lorsque le type de tumeur est connu. <sup>2</sup>
Un épanchement pleural néoplasique connu mal toléré ne devrait pas être évacué par une ponction pleurale évacuatrice seule lorsque l'espérance de vie est supérieure à 1 mois <sup>3</sup>
La ponction pleurale devrait être évitée en cas d'épanchement pleural bilatéral dans un contexte clinique fortement évocateur d'un transsudat à moins qu'il n'y ait des caractéristiques atypiques ou en cas d'absence de réponse aux thérapeutiques habituelles. <sup>4</sup>





## Prise en charge thérapeutique

