

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 :

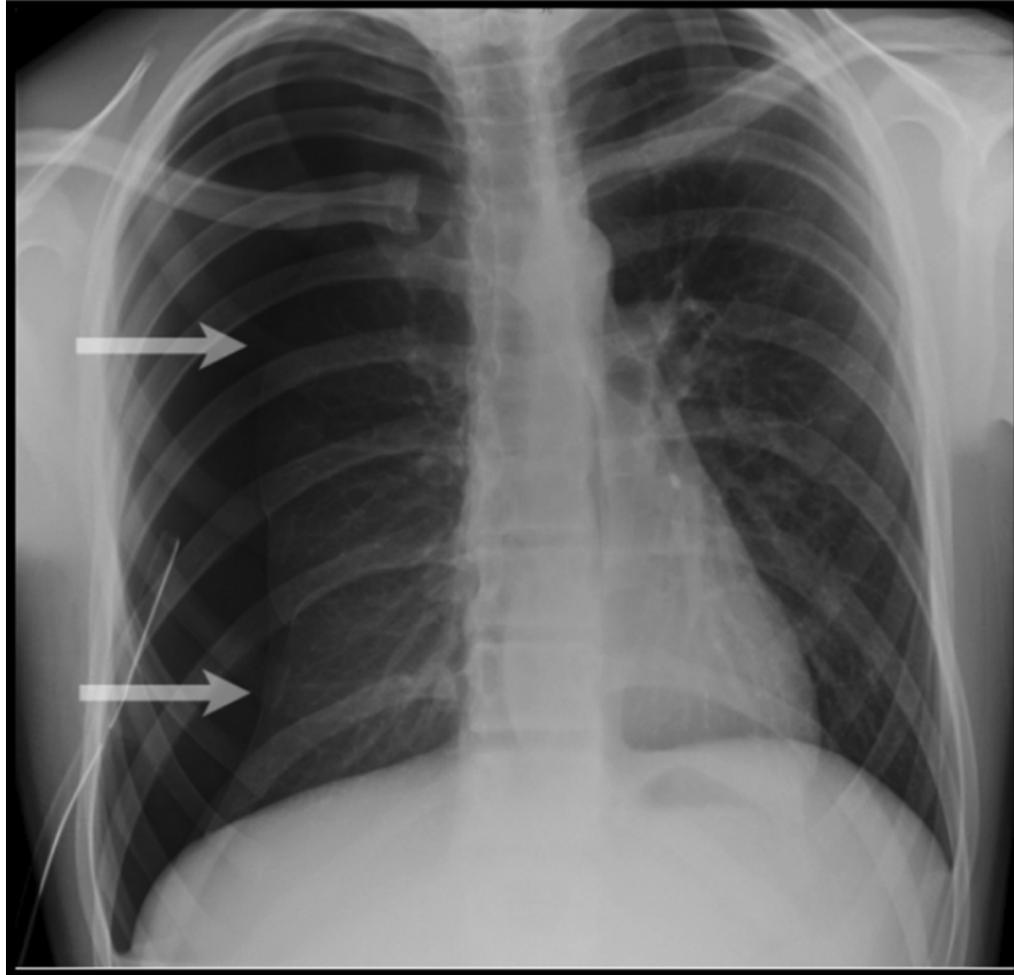
- ❖ x 9 chez les femmes
- ❖ X 22 fois chez les hommes qui fumaient

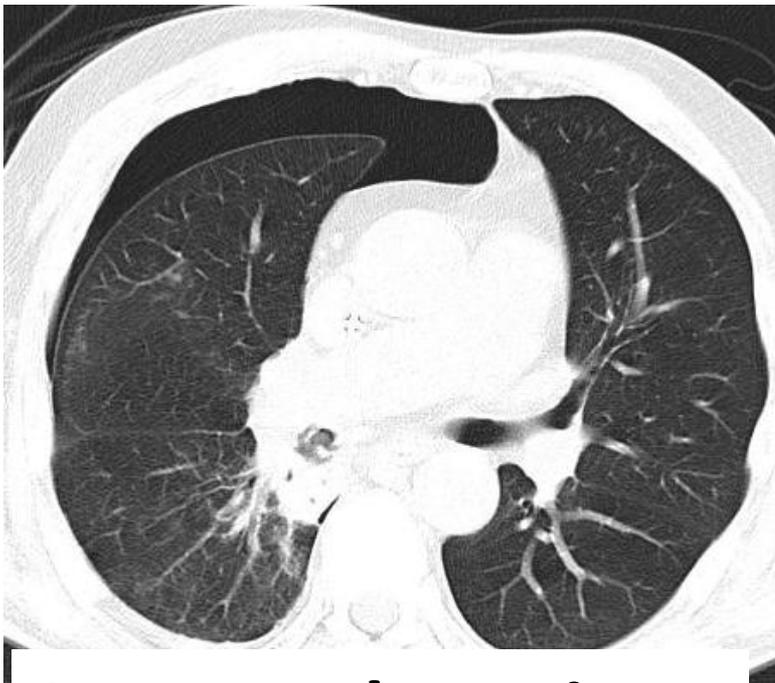
Fumée de cannabis : **associée à maladie bulleuse +++**



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

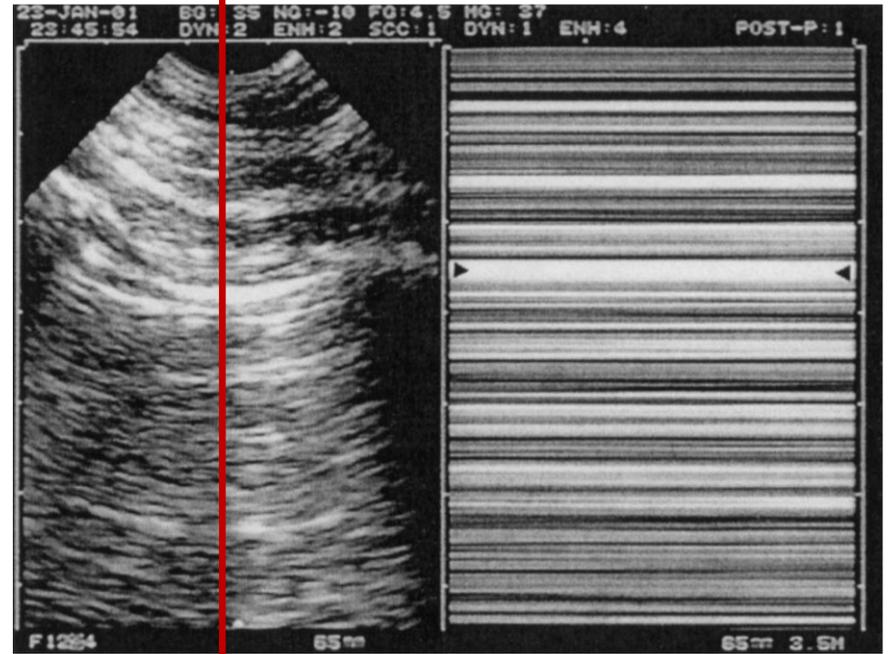
Aspects diagnostiques





Scanner thoracique

Ultra sons



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

ACCP :

distance apex > 3cm

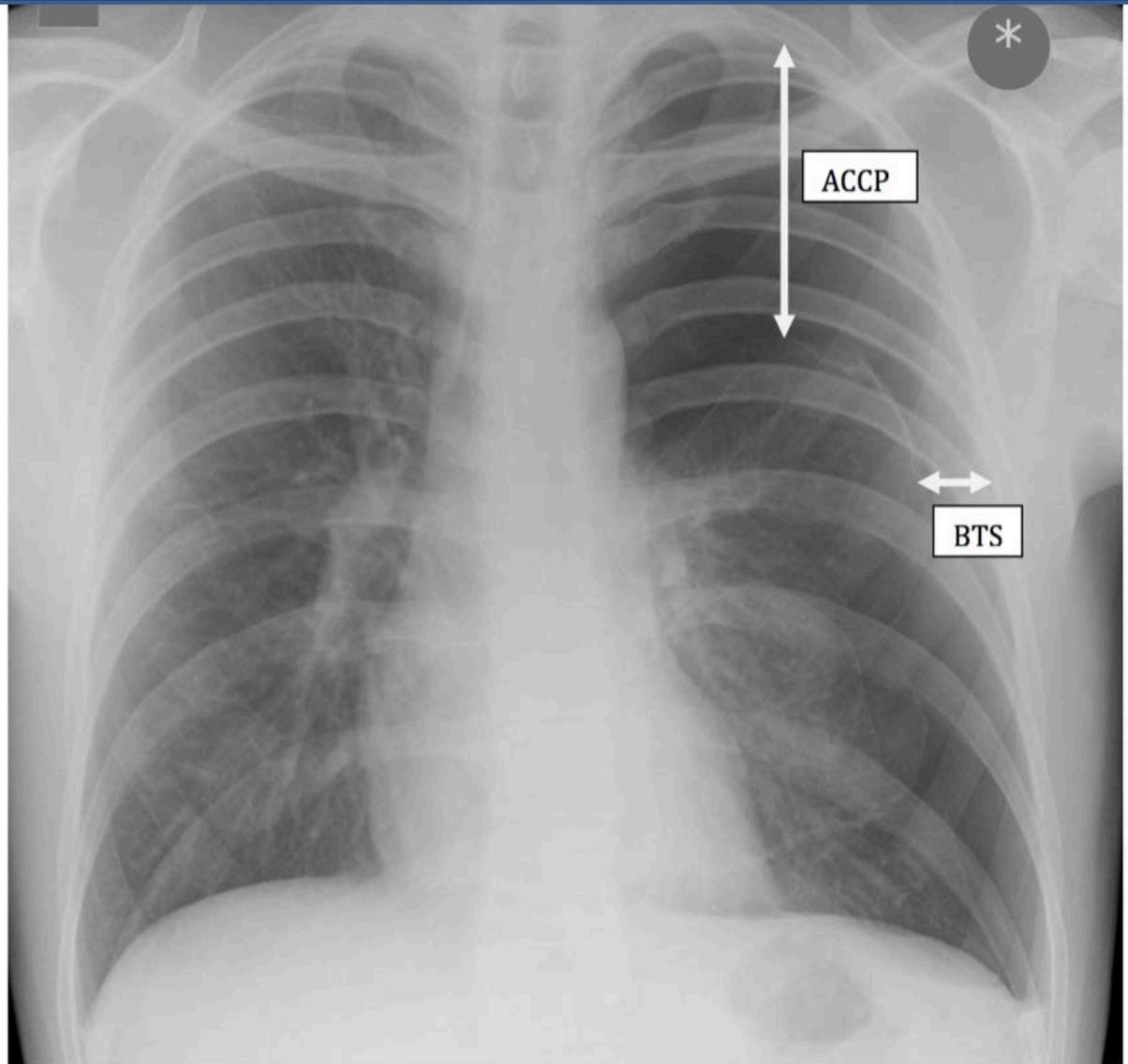
BTS :

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

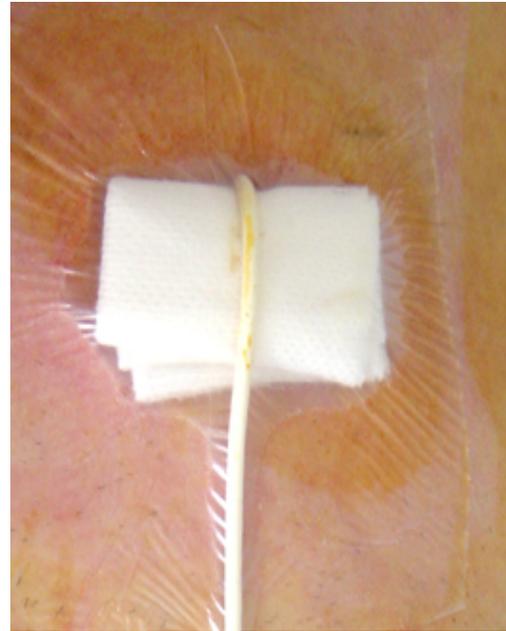
(consensus Delphi de 2001) :
approche plus agressive
⇒ drainage thoracique intercostal
si taille PNO > 20% de l'hémithorax
quels que soient les symptômes

BTS

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

2015

Prise en charge ambulatoire



**“mini”
valve de
Heimlich**

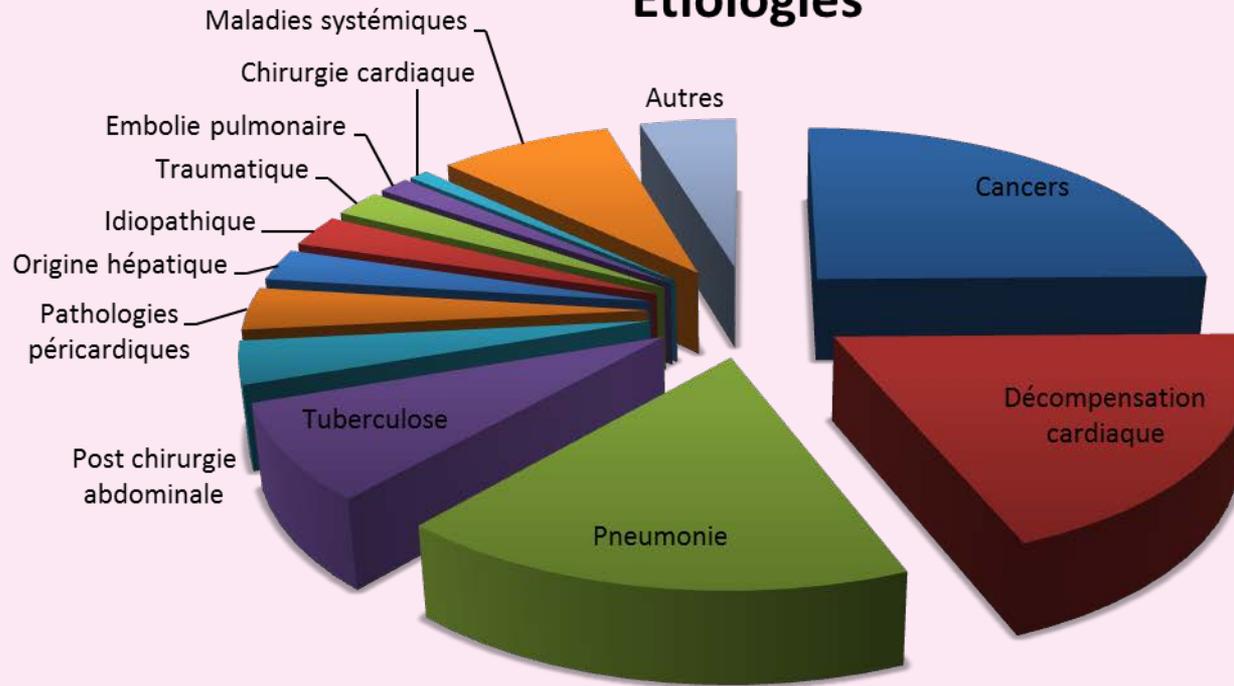


LES EPANCHEMENTS PLEURAUX LIQUIDIENS





Etiologies



Sous-estimation dans les proportions

- Diagnostic évident
- Ponction non réalisée



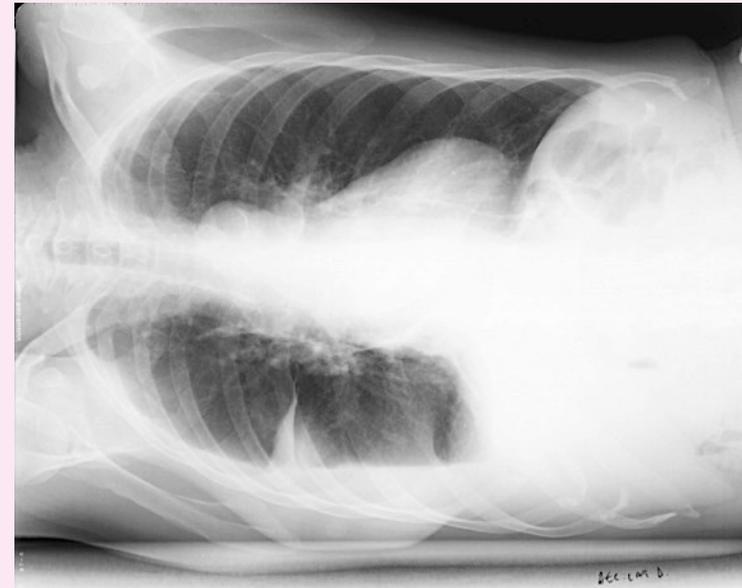
Radiographie thoracique

- 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

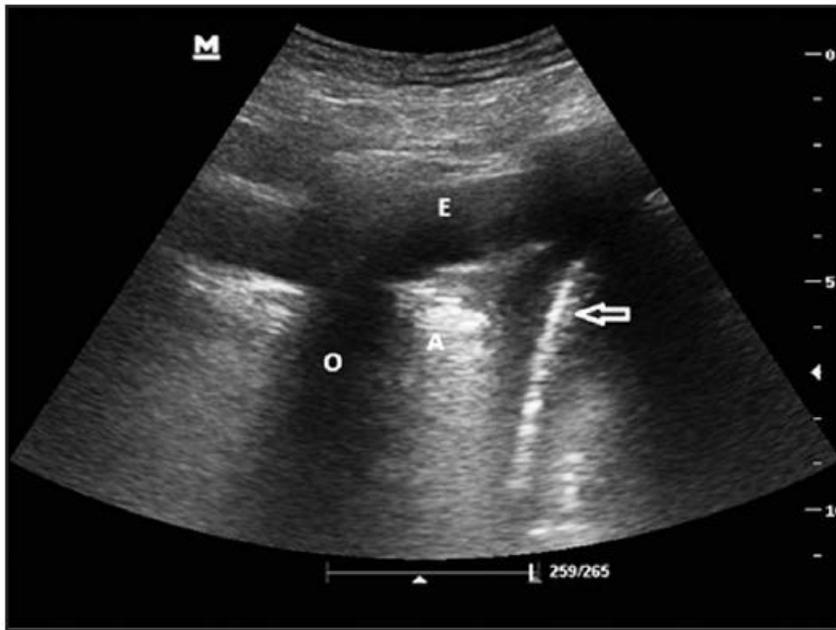


Figure 2. Epanchement pleural basal libre hypoéchogène avec atélectasie partielle. E: épanchement pleural, A: atélectasie, O: ombre costale, flèche: coupole diaphragmatique.

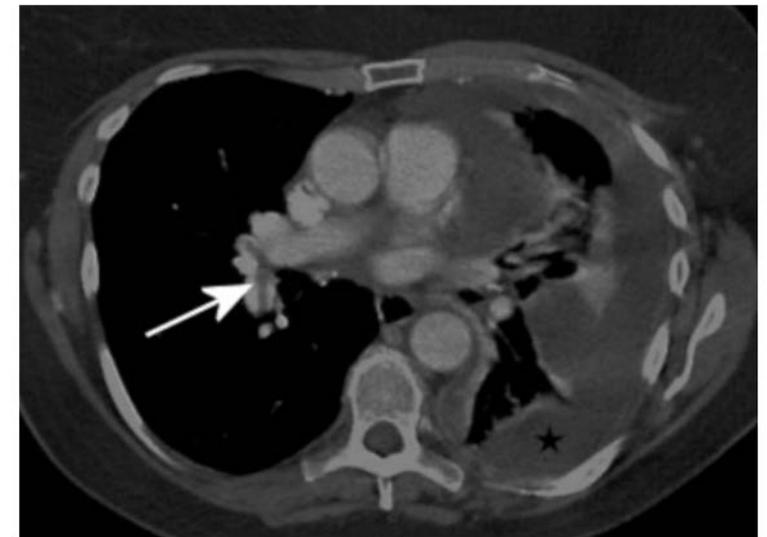


Figure 2. Contrast-enhanced CT with 150 ml of contrast infused at 2.5 ml s^{-1} . This shows a left-sided malignant pleural collection (star). There is sufficient enhancement of the pulmonary arteries to diagnose pulmonary emboli in the right lobar arteries (arrow).



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^{8,18-20}

La ponction pleurale est recommandée
Tout épanchement pleural mal toléré devrait être ponctionné. ¹
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.
La ponction pleurale n'est pas recommandée
Un épanchement pleural néoplasique asymptomatique ne devrait pas être ponctionné lorsque le type de tumeur est connu. ²
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 ³
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. ⁴



Prise en charge thérapeutique

