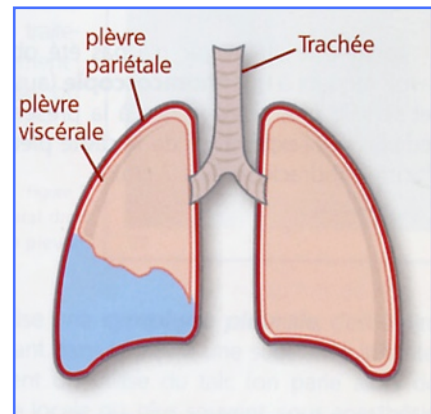


Epanchement Pleural

Définition

Egalement appelé *pleurésie*, l'épanchement pleural est défini par la présence de liquide entre les 2 feuillets de la plèvre (le feuillet viscéral qui recouvre le poumon et le feuillet pariétal qui recouvre la face interne de la cage thoracique).

Conséquences : l'épanchement peut provoquer une gêne et une douleur puis une difficulté respiratoire. Cette difficulté pour respirer, appelée *dyspnée*, est due à la compression du poumon par le liquide.



Représentation schématique d'un épanchement pleural

Causes des épanchements pleuraux

Les médecins distinguent 2 grands groupes d'épanchements pleuraux : les exsudats et les transudats. Des examens biologiques du liquide pleural permettent de classer l'épanchement dans l'une ou l'autre catégorie.

Les exsudats sont dus à la sécrétion de liquide par la plèvre elle-même, en raison d'une *inflammation*. Les causes en sont variées : infection de la plèvre ou du poumon, tumeurs de la plèvre ou du poumon. Dans certains cas, aucune cause n'est retrouvée.

Les transudats sont dus au passage de liquide à partir d'autres tissus vers la cavité pleurale, par exemple lorsque la pression dans certains vaisseaux sanguins s'élève. Les causes les plus fréquentes sont l'insuffisance cardiaque ou l'insuffisance rénale.

Comment faire le diagnostic ?

- La première étape est de faire le diagnostic de transsudat ou d'exsudat. Pour cela, une simple **ponction pleurale** sous anesthésie locale est suffisante. Elle consiste à prélever un échantillon de liquide pleural qui est confié au laboratoire. Si l'examen du liquide conclut à un transsudat, il n'est pas nécessaire de faire d'autres explorations pleurales puisqu'il ne s'agit pas d'une maladie de la plèvre elle-même, et il faut s'orienter vers une autre cause (cœur, foie, rein).

S'il s'agit d'un exsudat, il est important de déterminer la maladie pleurale ou pulmonaire responsable. La ponction pleurale permet également de faire une *étude cytologique* (recherches de cellules anormales) et *bactériologique* (recherche de microbes).

- La **biopsie pleurale à l'aiguille** donne un diagnostic dans environ un tiers des cas. Cet examen ne nécessite pas d'hospitalisation et dure quelques minutes. Il est pratiqué sous anesthésie locale à l'aide d'une aiguille spéciale qui permet de prélever un fragment de plèvre.
- Lorsque le diagnostic n'a pas été obtenu par les 2 examens précédents, il faut parfois avoir recours à une **thoracoscopie**, ou pleuroscopie. Les échecs sont très rares et sont le plus souvent dus à la présence d'adhérences entre la plèvre et le poumon qui empêchent l'exploration de la cavité pleurale. Il peut être alors nécessaire de faire une courte incision thoracique (5 à 7 cm).

Comment traiter un épanchement pleural ?

Lorsque l'épanchement est important et qu'il entraîne une gêne respiratoire importante, il faut l'évacuer partiellement ou totalement,

- soit par une ponction à l'aiguille sous anesthésie locale
- soit par un drainage pleural. On met en place d'un petit drain (ou tuyau) dans la cavité pleurale, sous anesthésie locale. Le drain est relié à une aspiration pendant 2 à 3 jours en moyenne.

Le traitement des épanchements transsudatifs repose sur le traitement de la maladie générale qui est responsable de la pleurésie. Par exemple : traitement cardiologique lorsque l'épanchement est dû à une insuffisance cardiaque.

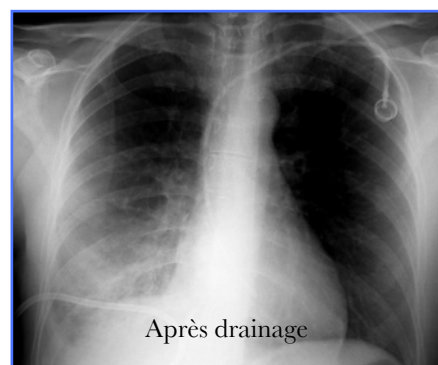
Le traitement des épanchements exsudatifs dépend de la maladie pleurale ou pulmonaire en cause. Parfois un traitement médicamenteux suffit à faire disparaître l'épanchement : antibiotiques dans le cas d'une pleurésie infectieuse, ou chimiothérapie dans le cas d'une maladie maligne.

Lorsque le traitement médical est insuffisant, on réalise une *symphyse pleurale*, c'est à dire qu'on "recolle" les 2 feuillets de la plèvre en pulvérisant dans la plèvre du talc (on parle alors de *talcage*). Ce traitement se fait parfois sous anesthésie locale, ou plus souvent, sous anesthésie générale au cours d'une thoracoscopie.

Symphyse pleurale par thoracoscopie

Outre le bilan preopératoire usuel, l'intervention est parfois précédée des examens suivants :

- Scanner thoracique, surtout lorsque l'épanchement est ancien



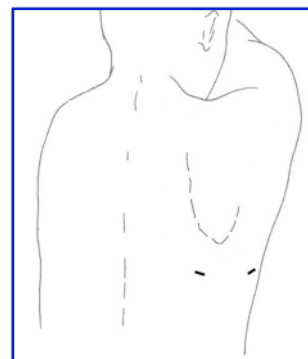
Drainage d'un épanchement pleural

- Fibroscopie bronchique, en cas de doute sur une maladie pulmonaire associée
- Drainage de l'épanchement 24 ou 48 heures avant, pour apprécier l'état du poumon.

L'intervention est faite sous anesthésie générale. Elle est rapide (environ 20 minutes). Un endoscope relié à une caméra et 1 ou 2 instruments sont introduits entre les côtes. Les cicatrices mesurent 5 à 10 mm. L'épanchement est vidé, la plèvre et le poumon sont examinés et des prélèvements sont effectués. L'intervention est terminée par l'application de talc.

Un drain est laissé en place au moins pendant 3 jours, pour évacuer le liquide et favoriser le recollement de la plèvre. La sortie de l'hôpital est possible le lendemain de l'ablation du dernier drain. Les soins à faire à la sortie de l'hôpital sont limités à :

- l'ablation des fils au 8ème jour postopératoire, par votre médecin ou par une infirmière
- parfois des séances de kinésithérapie respiratoire à domicile pour consolider le résultat.



Représentation schématique des cicatrices après thoracoscopie

Une gêne ou une légère douleur à la base du thorax peuvent persister pendant 2 à 4 semaines.

Le taux de succès de ce traitement est d'environ 90%. Les 10% d'échecs ou de résultats insuffisants s'observent lorsque le poumon a été comprimé trop longtemps par l'épanchement et qu'il ne peut reprendre totalement sa place dans la cavité thoracique, ou lorsqu'il existe une maladie pulmonaire qui a fait perdre au poumon son élasticité. Il faut alors envisager d'autres techniques dont l'indication dépend du patient et de la nature de sa maladie.

Département Thoracique, IMM
R. Caliandro, E. Brian, D. Debrosse, P. Girard, D. Gossot, C. Raynaud, JB. Stern