



Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Université Batna 2
Faculté de médecine



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة - باتنة 2 -
كلية الطب



Pleurésies

Dr Ouahiba .Yahiaoui

Maître Assistante Hospitalo-Universitaire

Service de Pneumologie – EPH Batna

2024/2025

Objectifs

1

Décrire les signes cliniques, physiques et radiologiques des pleurésies

2

Diagnostiquer les différentes étiologies des pleurésies d'origine mécanique .

3

Décrire les épanchements exsudatifs

4

Décrire les modalités thérapeutiques générales et locales et de surveillance.

Plan

1. Définition
2. Rappel anatomique
3. Physiopathologie
4. Diagnostic positif
5. L'exploration de la pleurésie
6. Caractéristiques des principaux épanchements pleuraux

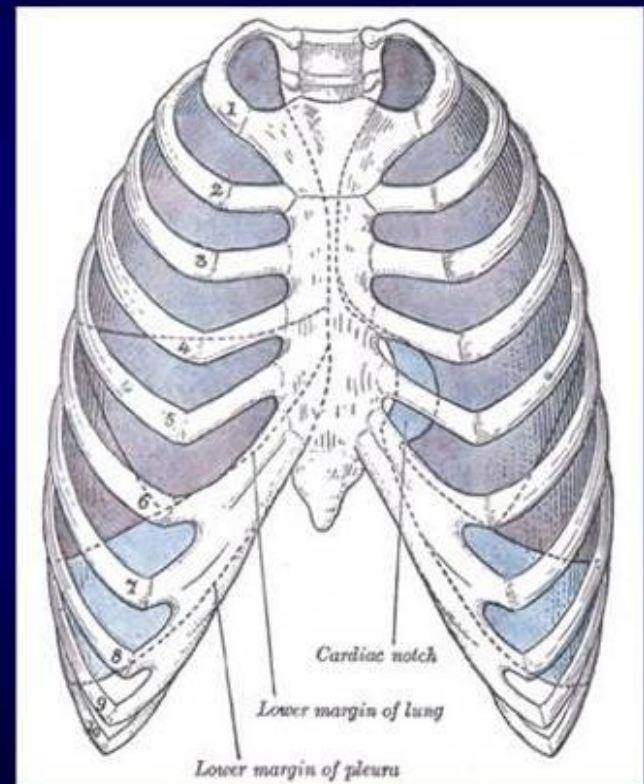
Définition

- **Pleurésie** =épanchement pleural liquidien.
- Présence de **liquide** entre les deux feuillets de **la plèvre**.
- Le diagnostic de certitude; **ponction pleurale**

Rappel anatomique

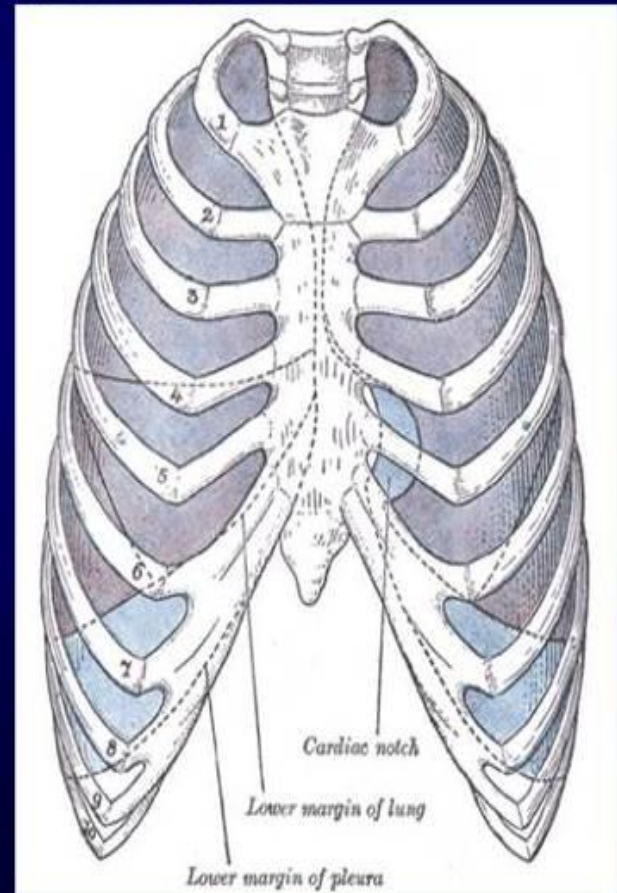
I/ Anatomie de la Plèvre

- Enveloppe séreuse
- 2 feuillets
 - Pariétal tapissant :
 - paroi costale+diaphragme
 - Viscéral tapissant:
 - surface du poumon
- Réflexion hilare
- Ligaments triangulaires



Rappel anatomique

- **Scissures:** Invagination interlobaire de la plèvre viscérale
 - à D: 2 scissures
 - à G: 1 scissure
- **Incomplètes: 70%**
 - portion interne grande scissure
 - diffusion d'un lobe à l'autre
- **Accessoires**



Physiopathologie

Plèvre normal

liquide **pauvre** en protéines
transsudat

Atteinte de l'équilibre
sécrétion/réabsorption par
anomalie « mécanique »

1. Déséquilibre entre les pressions hydrostatiques (Ice cardiaque) et oncotiques (syndrome néphrotique)
2. ☐ de la dépression pleurale (atélectasie pulmonaire)
3. passage de liquide d'ascite vers la cavité pleurale par les puits de Ranvier

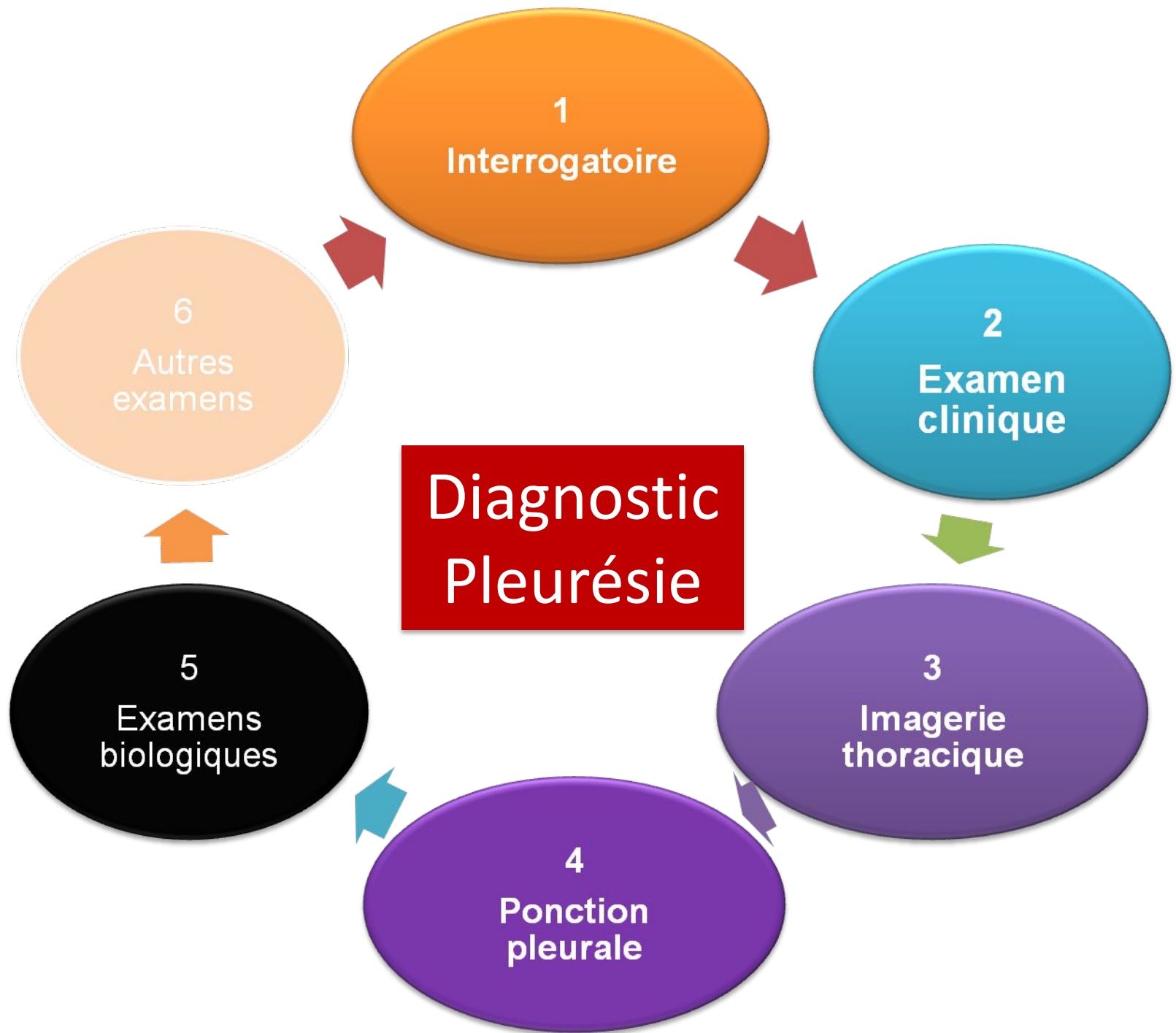
Plèvre pathologique

liquide **riche** en protéines
exsudat

Atteinte de la plèvre par **agression inflammatoire**, infectieuse ou néoplasique

Les critères de Light

Protides (g/l)	Critères complémentaires	Nature de l'épanchement
< 25	non	transsudat
25 à 35	LDH > 200 UI/L ou protides pleuraux/sériques > 0,5 ou LDH pleuraux/sériques > 0,6	Si non = transsudat Si oui = exsudat
> 35	non	exsudat



1. Interrogatoire :

□ Dyspnée

Sa rapidité d'installation et l'intensité dépendent du terrain sur lequel survient l'épanchement, de son abondance et de l'étiologie

□ Douleur thoracique

Latéro-thoracique, pouvant irradier dans l'épaule ou dans le dos, d'intensité variable, dépendante de la respiration = exacerbée par la respiration et la toux et quelque fois augmentée par la pression pariétale

□ Toux sèche: au changement de position

□ Hyperthermie

Dans les formes aiguës, le plus souvent en rapport avec une pneumonie sous-jacente

2.Examen clinique

1/Signes respiratoires: syndrome pleural

- ✓↓ Mobilité thoracique
- ✓ Matité à la percussion
- ✓ Abolition de la transmission des vibrations vocales
- ✓↓ Murmure vésiculaire à l'auscultation

2/Signes extra respiratoires

- ✓ Examen ORL et stomatologique +++
(systématique en l'absence de pneumopathie)
- ✓ Valeur d'orientatin etiologique

3.Imagerie thoracique

3.1/ Radiographie thoracique.

3.2/ Echographie pleurale.

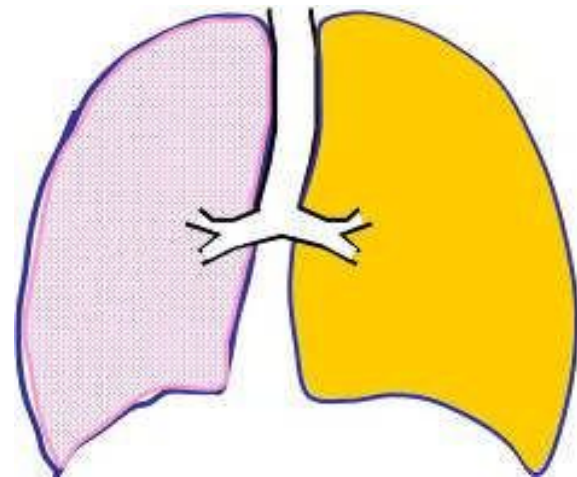
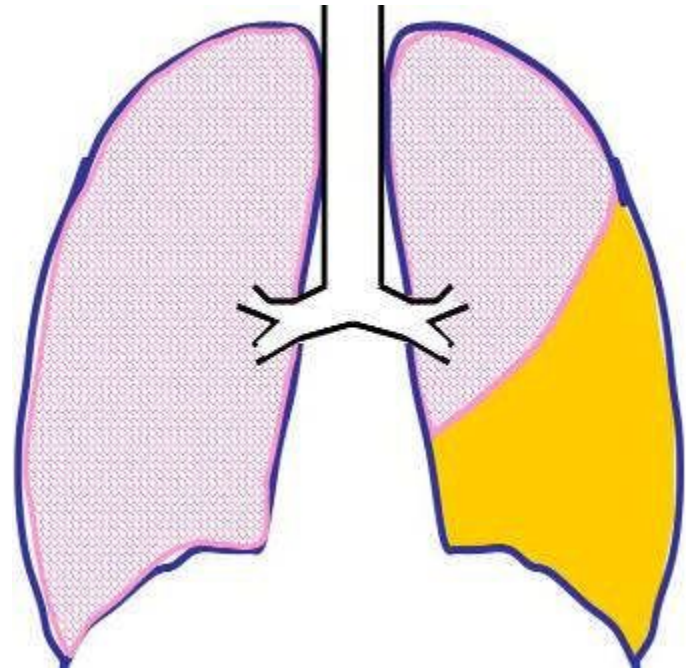
3.3/ Scanner thoracique.

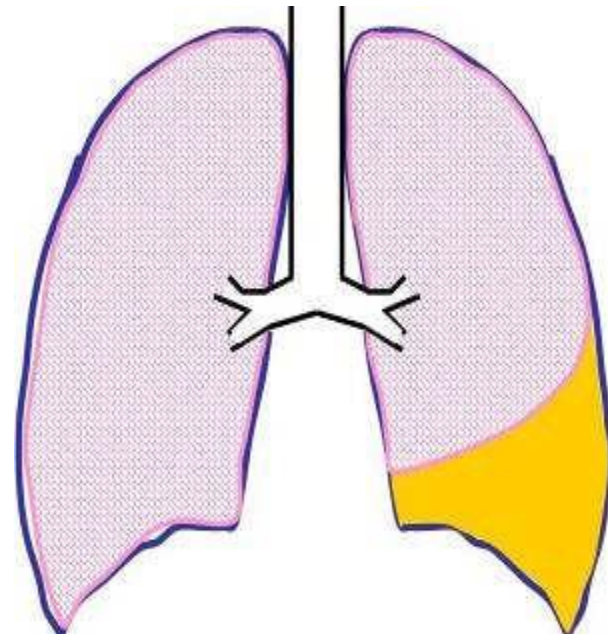
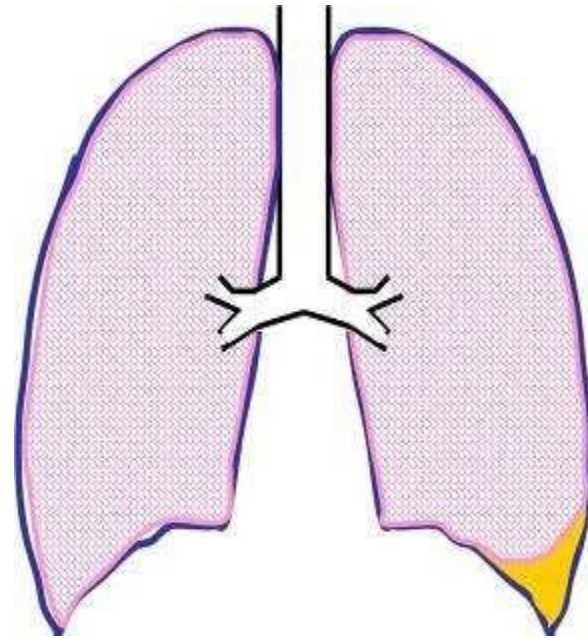
3.1 Radiographie thoracique

****Radiographie thoracique de face***

1- Cas simples:

- Opacité dense, homogène, non systématisée, effaçant les contours des éléments de voisinage, non rétractile, limitée par une ligne bordante concave en haut et en dedans (ligne de Damoiseau)
- Opacité totale d'un hémithorax si épanchement de grande abondance





2- Cas plus difficiles

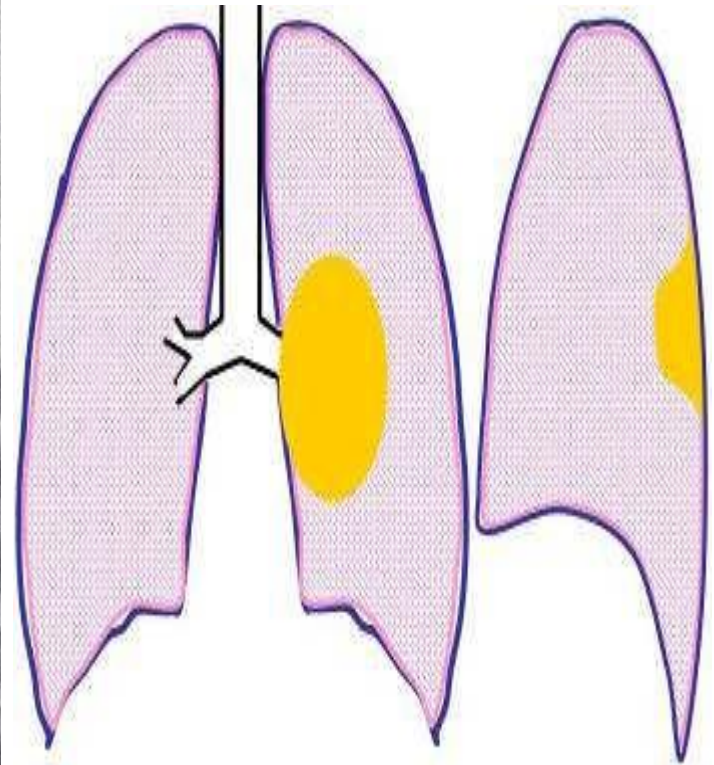
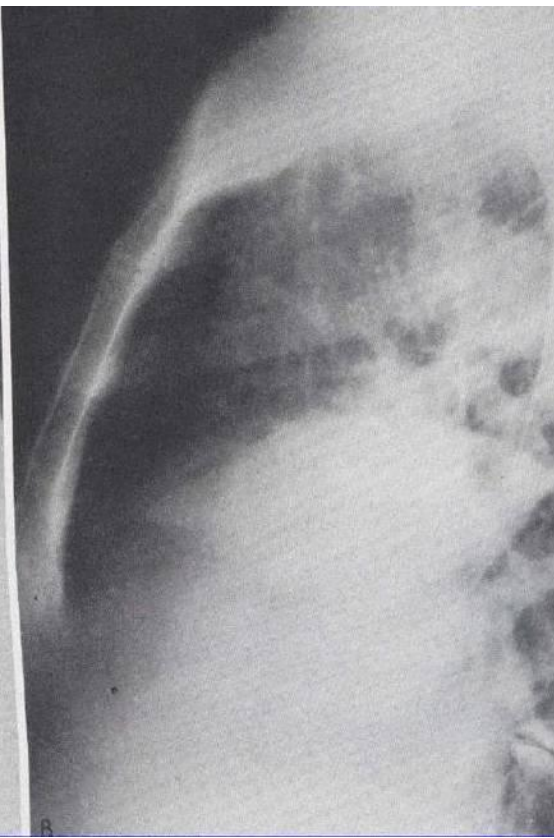
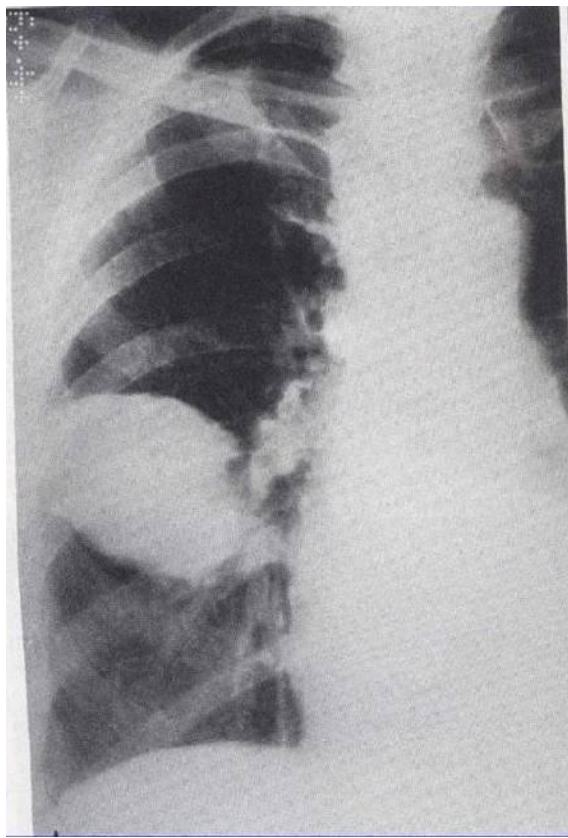
- **Epanchement de faible abondance**, partiellement cloisonné visible derrière la coupole uniquement sur le cliché de profil
- **Epanchement sous pulmonaire** évoqué à gauche sur l'augmentation de la distance entre la poche à air gastrique et le poumon; droite, l'aspect peut être celui d'une surélévation de coupole
- **Epanchements cloisonnés**: image médiastinale, image arrondie d'un épanchement scissural, image arrondie d'un épanchement postérieur suspendu

*Radiographie de profil;

- Utile pour affirmer le **caractère juxta pariétal d'une opacité pleurale** cloisonnée postérieure, l'émoussement du cul-de-sac postérieur ou l'image d'une **pleurésie intra scissurale**

*Cliché en décubitus latéral;

- Permet de mettre en évidence un **épanchement de faible abondance ou sous pulmonaire.**



épanchement pleural gauche
suspendu enkysté

3.2 Echographie pleurale

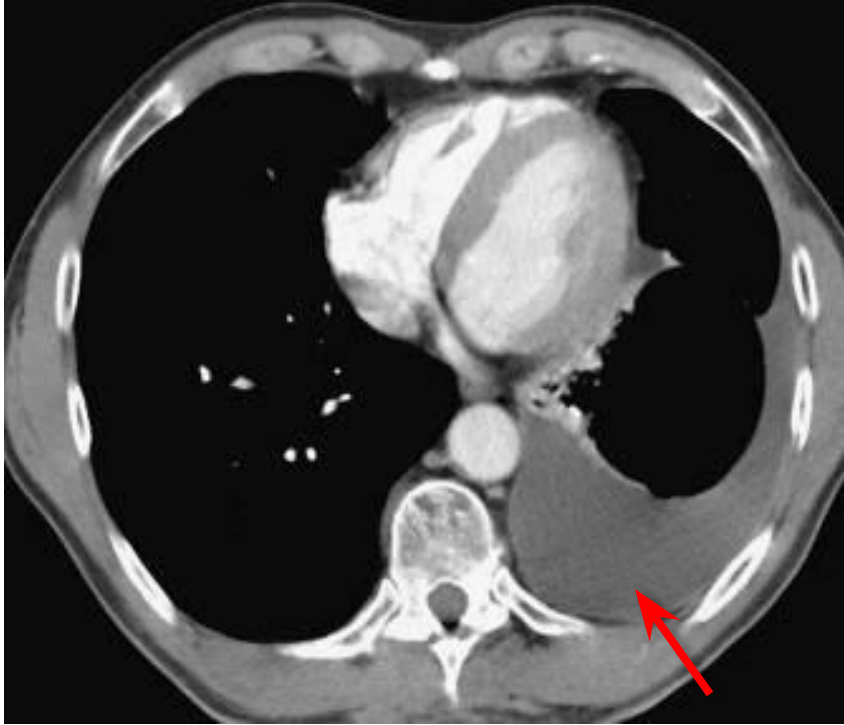
- Permet **d'affirmer** l'existence d'un épanchement liquidien: image **anéchoïque**.
- Fait facilement le diagnostic des **épanchements cloisonnés**.
- Fait la part entre **pleurésie et collapsus** pulmonaire dans les cas difficiles.
- Permet **le repérage** précis de l'épanchement, surtout cloisonné
- **Guide** (en direct ou en différé) les ponctions difficiles.



échographie pleurale montrant l'épanchement (1), la coupole diaphragmatique (flèche), le foie (2) et le poumon tassé (3)

3.3 Scanner thoracique

- ❑ Réalisée en **urgence** : embolie pulmonaire , hémothorax
- ❑ Dans le cadre de **l'enquête étiologique** des pleurésies exsudatives
- ❑ Recherche de **lésions associées** qui vont orienter le diagnostic étiologique des exsudats
Plaques pleurales, nodule(s) ou masse(s) du parenchyme



4. Ponction pleurale

Confirme le diagnostic

Aspect macroscopique;

■ Biochimie:

Exsudat : LDH plèvre/sang $>0,5$

PH < 7.2 si doute sur la nature purulente.

■ Cytologie:

- ✓ Leucocytes
- ✓ à prédominance lymphocytaire
- ✓ à polynucléaires neutrophiles
- ✓ à éosinophiles
- ✓ Cellules tumorales

■ Microbiologie:

Examen direct positif dans 35% des cas

Culture sur milieu aérobie et anaérobie (+ dans 50% des cas) et sur milieu de Löwenstein.

Examens biologiques de 2ème intention

- PH pleural
- Hématocrite pleural
- Amylase pleurale
- Glucose intrapleural
- Triglycérides

5.Examens biologiques

- **Biologie non spécifique:**

- ✓ Bilan inflammatoire (NFS, VS, CRP)
- ✓ Bilan rénal
- ✓ Bilan hépatique
- ✓ Ionogramme sanguin

6. Autres Examens

- **Bilan étiologique:**

- Fibroscopie bronchique (tumeur bronchique surtout après 40 ans)
- Fibroscopie digestive
- Recherche du BK (expectoration)
- Panoramique dentaire, Radio sinus

Les différents aspects macroscopiques du liquide pleural



Liquide citrin



Séro-hématique



Purulent

Pleurésie à liquide clair



liquide jaune citrin

Caractéristiques des principaux épanchements pleuraux

Orientation clinique

Transsudats

- Cœur
- Rein
- Foie

Exsudats

- Infection
- Inflammation
- Néoplasiques
- Autres

Transsudats

1- Insuffisance Cardiaque Gauche

- Clinique: celle de l'insuffisance cardiaque gauche
- Radio: cardiomégalie, surcharge vasculaire pulmonaire, comblement alvéolaire, épanchement bilatéral et symétrique, rarement abondant

2- Cirrhose

- Indolore
- Bien toléré, sauf si abondant
- Unilatéral droit ou prédominance droite

3- Syndrome néphrotique

- Lié à la diminution de la pression oncotique capillaire
- Bilatéral et symétrique

4- Syndrome de meigs:

- Tumeur ovarienne
- Ascite

Exsudats

La preuve anatomo-pathologique

- **La ponction biopsie** pleurale à l'aveugle
- **La thoracoscopie**: indiquée lorsque le bilan précédent n'a pas pu déterminer l'étiologie de la pleurésie hémorragique et si cette dernière persiste et devient chronique.
- Elle permet de voir les lésions et de faire des biopsies dirigées. Sa sensibilité est très élevée.
- **La thoracotomie**: En dernier recours.

1 - Exsudats néoplasiques

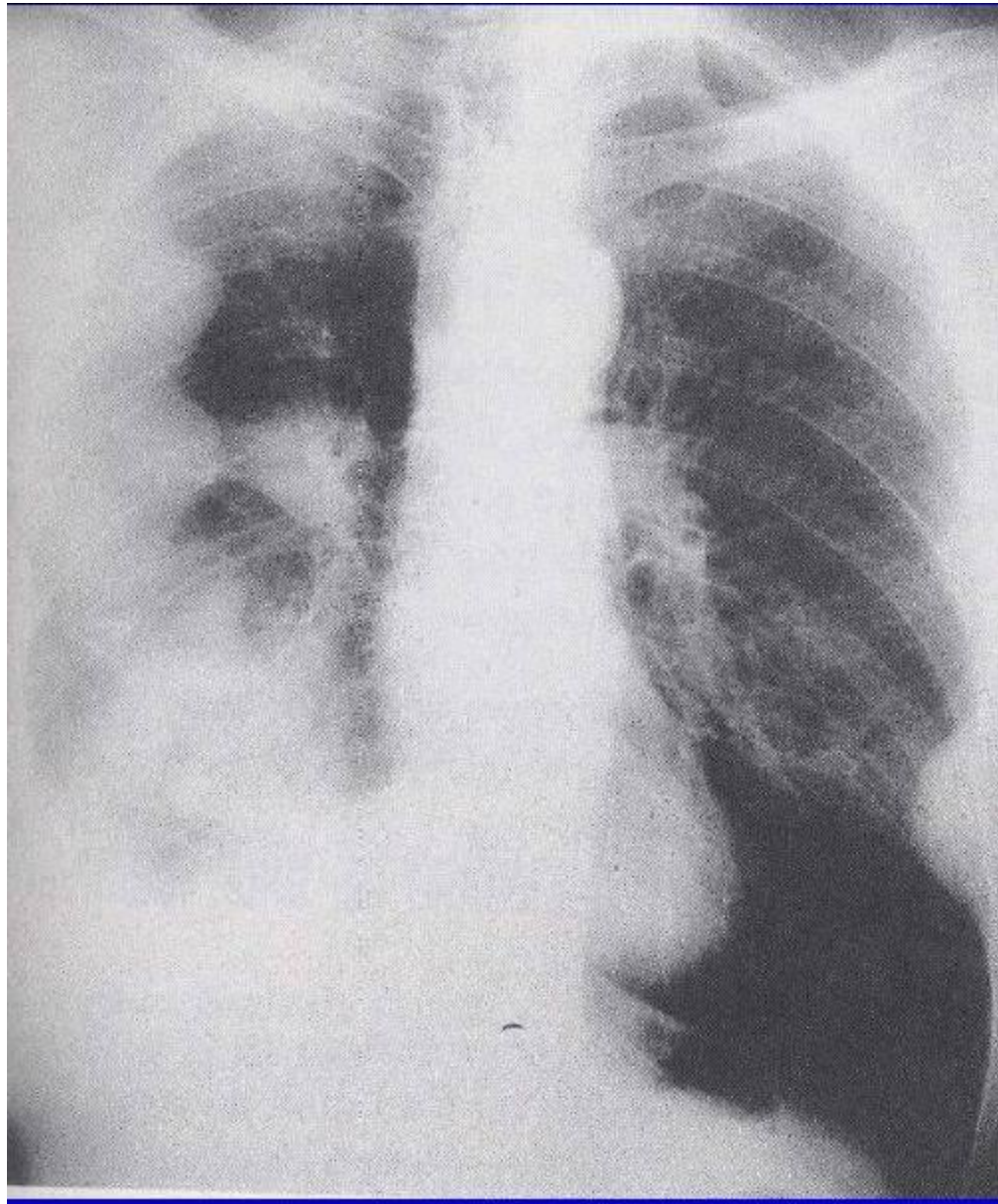
A/ Pleurésies métastatiques :

- ⊙ Poumon chez l'homme, sein chez la femme, oesophage, colon, ...
- ⊙ Après évacuation du liquide, intérêt du scanner pour rechercher :
- ⊙ Un épaississement pleural irrégulier ,des bourgeons pleuraux , aspect de lâcher de ballon parenchymateux , un syndrome interstitiel , des adénomégalies médiastinales
- ⊙ Liquide : sérohématique, rosé, quelque fois citrin
- ⊙ Cytodiagnostic : parfois cellules tumorales
- ⊙ Confirmer le diagnostic par des biopsies pleurales

B/ Hémopathies malignes: Hodgkin ou Lymphomes non hodgkiniens

C/ Mésothéliome = tumeur primitive de la plèvre

- ⊙ Argument en faveur : exposition professionnelle à l'amiante
- ⊙ Asymptomatique au début, souvent douloureux à un stade avancé
- ⊙ Imagerie thoracique : festonnement pleural, épaississement pleural diffus, évocateur circonférentiel avec/ou atteinte de la plèvre médiastinale, du péricarde et des ganglions hilaires , rétraction de l'hémithorax
- ⊙ Liquide : citrin ou séro-hématique, formule aspécifique
- ⊙ Cytodiagnostic et biopsie à l'aveugle:



2- Exsudats infectieux

A- Exsudats associés aux pneumonies (épanchements parapneumoniques)

- Tableau de pneumopathie bactérienne aiguë avec douleur intense de type pleural
- La ponction a pour but : Identifier le germe pour orienter l'antibiothérapie

B- Pleurésies infectieuses virales

C- Pleurésie tuberculeuse

3- Exsudats non tumoraux et non infectieux

a- Maladies de système

- Lupus
- Polyarthrite rhumatoïde
- Autres connectivites

b- Pleurésies médicamenteuses (diagnostic d'exclusion)

c- Pleurésie bénigne liée à l'amiante

d- Pleurésie post-traumatique

e- Pleurésie par rupture oesophagienne

Pleurésies hémorragiques



Séro-hématique

Définition

- Un épanchement hémorragique ou hémothorax : présence de sang dans la cavité pleurale avec une hématocrite du liquide pleural supérieure à 20 %,
- Un liquide séro-hémorragique : liquide d'aspect rosé et ne coagulant pas.
- Moins fréquente que la pleurésie à liquide claire et l'étiologie est d'autant plus souvent cancéreuse que l'âge est avancé.

Exploration de la plèvre

Examens biologiques de 1ère intention

Aspect du liquide: dépends de la concentration des globules rouges:

- Rosé: 5000 à 6000 GR/mm³
- Sero hématique: au-delà de 10 000 GR/mm³
- Franchement sanglant au-delà de 100 000 GR/mm³

Un critère diagnostic de valeur est l'incoagulabilité du liquide.

Biochimie protides pleuraux (protidopleurie) > 30g/l, LDH

Cytologie pleurale

- Les éosinophiles sont souvent abondants dans le liquide pleural des pleurésies hémorragiques, de même que les cellules mésothéliales.
- L'étude cytologique est surtout intéressante pour la recherche de cellules malignes (sensibilité de 40%).

Analyse bactériologique

- Recherche de germes pyogènes habituels (examen direct et culture sur milieu aérobie et anaérobie)
- Recherche de mycobactéries (examen direct et culture)

La preuve anatomo-pathologique

- **La ponction biopsie** pleurale à l'aveugle
- **La thoracoscopie**: indiquée lorsque le bilan précédent n'a pas pu déterminer l'étiologie de la pleurésie hémorragique et si cette dernière persiste et devient chronique.
- Elle permet de voir les lésions et de faire des biopsies dirigées. Sa sensibilité est très élevée.
- **La thoracotomie**: En dernier recours.

Etiologies

1. La tuberculose:

Les pleurésies tuberculeuses sont exceptionnellement hémorragiques.

- L'évolution est plus lente que les PSF tuberculeuses, le liquide est plus abondant et les séquelles ultérieures plus importantes.
- L'IDR peut être négative. Le diagnostic repose sur la biopsie pleurale à l'aiguille.

2. Les pleurésies hémorragiques infectieuses:

- Le seul germe responsable est le *Klebsiella pneumoniae*.

3. L'infarctus cortico-pleural:

- Suite à une embolie pulmonaire distale chez un patient à risque (alitement prolongé, immobilisation prolongée ...etc.). Le liquide est très inflammatoire avec une intense réaction mésothéliales ou macrophagique.
- Le diagnostic est confirmé par une angiographie pulmonaire ou un angioscanner.

Etiologies

5. Les cancers secondaires:

- Les épanchements métastatiques sont la cause la plus fréquente des pleurésies hémorragiques.
- Les tumeurs le plus souvent associées sont le CK: bronchique, sein, tube digestif et de la sphère ORL, les lymphomes.
- Se caractérise par l'altération progressive de l'état général, le caractère récidivant du liquide et l'IDR négative.
- La biopsie pleurale est plus souvent positive .

5. Le mésothéliome:

- Tumeur primitive de la plèvre liée à l'inhalation d'amiante. L'interrogatoire doit préciser toutes les professions exercées par le patient, car le temps de latence est très long (20 à 30 ans).
- Les signes cliniques les plus fréquents: dyspnée, douleur thoracique qui peut être intense dès le début avec altération progressive de l'état général.
- L'apparition de métastases cutanées sur le trajet de ponction ou de biopsie est très évocatrice.
- Sur la radiographie du thorax, on a un aspect festonné de la plèvre.
- Le liquide récidivant est riche en acide hyaluronique.
- Le diagnostic est souvent obtenu par thoracoscopie (intérêt médico-légal).

Traitement

A/ Etiologique:++++

**Les pleurésies néoplasiques :*

-Traitement oncologique : chimiothérapie

**La pleurésie tuberculeuse :*

- Traitement anti-bacillaire : 2 mois RHZ + 4 mois RH

B/Symptomatique:

En cas d'un épanchement **récidivant** malgré le traitement étiologique; on peut proposer **la symphyse** pleurale (pleurésie néoplasique +++)

Soit :

***Talcage** lors de pleuroscopie.

*Abrasion ou **Pleurectomie pariétale** chirurgicale.

C/ Kinésithérapie:++++

PLEURÉSIES PURULENTES



Définition

- La pleurésie purulente ou empyème est définie par la présence, dans l'espace pleural, d'un liquide purulent, épais, parfois fétide ou puriforme,
- Contenant une majorité de polynucléaires neutrophiles altérés.



Classification étiopathogénique

1. Empyème post-pneumonie bactériennes

- Au contact d'une pneumonie mal traitée
- Rechercher systématiquement une obstruction de la bronche par un cancer
- Parfois la pleurésie purulente est la conséquence d'un authentique abcès du poumon

2. Empyème par inoculation directe

- Plaie par arme blanche
- Traumatisme ouvert du thorax
- Ponction iatrogène
- Post-thoracotomie

3. Empyème par inoculation indirecte

- Fistule oesophagienne
- Fistule bronchique
- Abcès sous-phrénique
- Abcès hépatique

Anatomopathologie

La pleurésie purulente évolue en trois phases

◆ Phase de diffusion initiale

- Inflammation aiguë exsudative de la plèvre
- Plèvre inflammatoire
- Liquide louche dans la grande cavité pleurale
- Stade où la guérison sans séquelle est possible

◆ Phase de collection

- Plèvre épaissie, fibrineuse
- Liquide franchement purulent
- Accumulation dans la partie postéro-inférieure
- Cloisonnement rapide
- Les lésions restent réversibles

◆ Phase d'enkystement

- Plaque scléreuse
- Collection purulente qui peut se faire en interlobaire
- Dépôts fibrineux
- Les lésions sont irréversibles

Diagnostic positif

1- Clinique

- ✓ Affection de l'homme
- ✓ Terrain : 32% des cas bronchopneumopathie chronique obstructive
- ✓ Causes locales : infections ORL, néoplasies
- ✓ Causes générales : diabète, alcoolisme
- ❖ début des signes cliniques:
 - En deux temps :
 - infection aiguë broncho-pulmonaire, puis après une brève rémission apparaissent douleur thoracique et fièvre élevée. **Subaigue** après une antibiothérapie aveugle.
- ❖ Phase d'état :
 - Fièvre
 - Dyspnée
 - Douleurs thoraciques spontanées
- ❖ A l'examen clinique:
 - Le visage est terreux
 - La fièvre est élevée

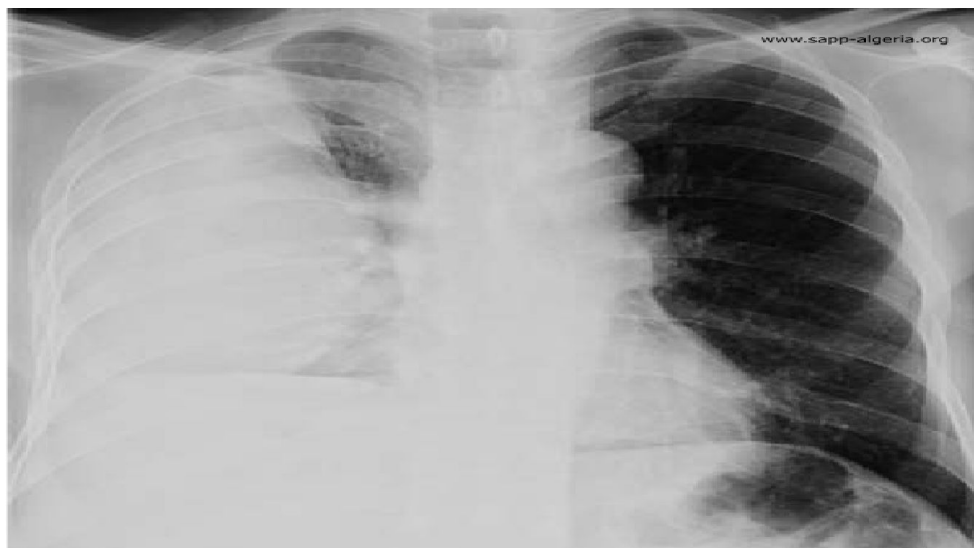
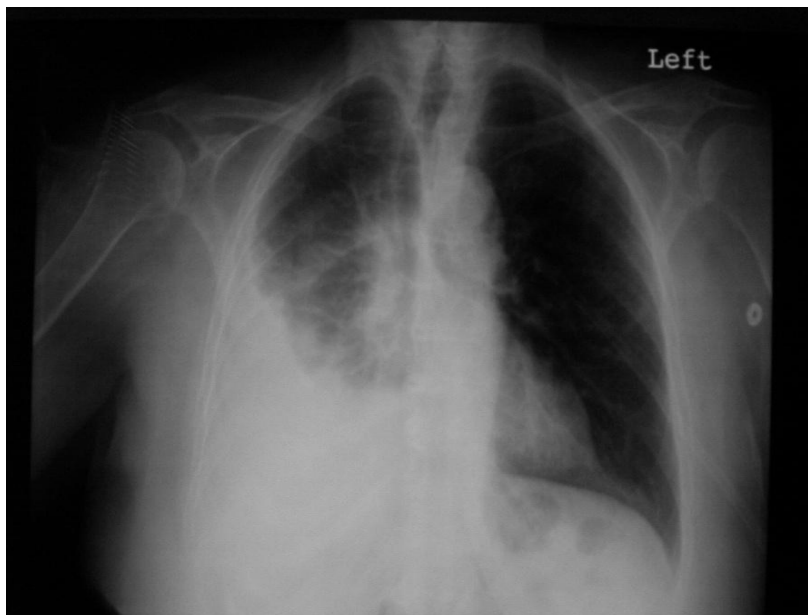
1- Clinique

- ❑ L'examen clinique est essentiel, objectivant du côté atteint:
syndrome pleural
- ❑ Cet examen sera complété en, précisant:
- ❑ **Le terrain**, souvent débilité : alcoolisme, tabagisme, diabète, bronchopathie chronique, voire affection néoplasique ...
- ❑ L'existence éventuelle d'un **foyer infectieux évident**, en particulier ORL ou surtout dentaire
- ❑ Le retentissement respiratoire est propre au terrain.

2- Para Clinique

a) RADIOLOGIE

- Clichés standards, face et profil
- Clichés positionnels souvent nécessaires pour mettre en évidence le cloisonnement:
 - Si l'épanchement est cloisonné: pas de déplacement par rapport au cliché standard
 - Si l'épanchement est libre: répartition déclive de l'épanchement.
 - Parfois l'enkystement forme des images trompeuses: pleurésies interlobaires.
- Le niveau hydroaérique, lorsqu'il est visible: pyopneumothorax
- ✓ Fistule entre une bronche et la plèvre
- ✓ Mauvaise technique de ponction.



2- Para Clinique

b) PONCTION EXPLORATRICE DE LA PLEVRE

1.Aspect macroscopique : un liquide **louche** ou **purulent**, parfois fétide (germes anaérobies)

2.Etude biochimique:

- Liquide riche en protéines (exsudatif)
- $\text{pH} < 7,20$
- L'amylasepleurie (fistule œsophagienne)

3.Etude cytologique :

- Nombre important de leucocytes avec prédominance de **polynucléaires altérés** (supérieur a 50%)



2- Para Clinique

3. Etude bactériologique:

- Examen direct et culture en milieu aérobie et anaérobie.
- la recherche du bacille tuberculeux sera effectuée sur milieu de Lowenstein;
- Antibiogramme si le germe est isolé;
- éventuellement contre-immuno-électrophorèse pour la recherche d'antigènes solubles de pneumocoque, d'*Haemophilus influenzae* ou de klebsielle
- le résultat rapidement obtenu peut permettre d'orienter l'antibiothérapie;
- le germe est également cherché par hémoculture et éventuellement par prélèvement bronchique

Diagnostic positif

2- Para Clinique

c) BILAN BIOLOGIQUE

- l'hémogramme montre, en règle, une hyperleucocytose a polynucléaires neutrophiles et, souvent une anémie de type inflammatoire;
- la vitesse de sédimentation est accélérée;
- ionogramme, une glycémie, un bilan hépatique et rénal pour apprécier au mieux le terrain.

d) Les gaz du sang préciseront le retentissement respiratoire.

e) Des hémocultures seront systématiques avant antibiothérapie.

f) Scanner thoracique qui permet d'éliminer un abcès pulmonaire et de repérer la topographie exacte de l'épanchement (libre, enkysté...) ;

c) Un examen ORL et stomatologique;

- Une fibroscopie bronchique pour chercher une cause locale (tumeur, corps étranger);
- Autres examens éventuellement plus orientés transit pharyngo-œsophagien, manométrie et/ou pH-metrie œsophagiennes, a la recherche troubles de la déglutition ou d'un reflux, par exemple.

Diagnostic étiologique

□ Pleurésies purulentes d'origine pulmonaire :

Les P.P. d'origine pulmonaire sont les plus fréquentes.

La plus fréquente est celle qui complique une pneumonie ou une pneumopathie.

Plus rarement, la P.P. est la conséquence:

- de la rupture intra-pleurale d'un abcès pulmonaire;
- d'une embolie pulmonaire septique;
- d'un cancer pulmonaire surinfecté;
- d'une dilatation des bronches suppurée;
- d'une anomalie pulmonaire congénitale infectée (séquestration intralobaire...)
- d'une contusion pulmonaire post-traumatique ou d'une plaie thoracique.

Diagnostic étiologique

□ Pleurésies purulentes d'origine extra pulmonaire

plus rares. L'origine peut être:

- Médiastinale : perforation spontanée de l'oesophage, médiastinite nécrotique descendante d'origine dentaire ou de la sphère oto-rhino-laryngologique (ORL);
- rachidienne;
- sous-diaphragmatique : abcès sous-diaphragmatiques et péritonites d'origines diverses, abcès péricoliques sur cancer ou diverticule, abcès du foie, perforation d'organes creux;
- rétropéritonéale: pyélonéphrite, etc...
- systémique : bactériémie ou septicémie venue ensemençer un épanchement préexistant.

Diagnostic étiologique

□ Pleurésies purulentes selon le germe

A. Germe a Gram positif

• Pneumocoque:

- sa fréquence reste élevée
- pneumopathie sous-jacente quasi constante
- tendance au cloisonnement très rapide
- sensibilité parfois diminuée a la pénicilline.

• Streptocoque:

- la pneumopathie sous-jacente est courante mais il faut chercher particulièrement un foyer ORL, cutané ou dentaire;

A. il est sensible a la pénicilline.

• Staphylocoque:

- pneumopathie sous-jacente souvent extensive;
- abcédée, bilatérale, avec tableau grave et détresse respiratoire
- les sujets immunodéprimés, les toxicomanes sont Souvent atteints.

Diagnostic étiologique

□ Pleurésies purulentes selon le germe

B. Germe a Gram négatif

• Entérobactéries:

- Escherichia coli, klebsielle, Proteus...
- fréquence en augmentation
- terrain débilisé, contexte multi-infectieux ou septicémique
- difficultés de choix de l'antibiothérapie : selon l'antibiogramme, quinolones, céphalosporines de deuxième et troisième génération, aminosides.

• Haemophilus influenzae: souvent en cause chez l'enfant

• Bacille pyocyane:

B. Surtout en milieu hospitalier et chez des sujets fragilisés;

- résistance aux antibiotiques usuels.
- Recours à la ceftazidime, à la carbénicilline, à la ticarcilline, voire à la cefsulodine.

• Legionella pneumophila : cause exceptionnelle. urésie amibienne

Diagnostic étiologique

□ Pleurésies purulentes selon le germe

C. Germes anaérobies Bacteroïdes, Fusobacterium, Peptostreptococcus...

- Leur fréquence est élevée.
- Association pathologique de germes aérobies anaérobies fréquente.
- Isolement délicat.
- Souvent inhalation à partir de la flore oropharyngée, en particulier chez l'éthylique au mauvais état dentaire.
- Pouvoir nécrosant important.
- Cliniquement peu de douleurs et fétidité de l'épanchement et de l'expectoration.
- Sensibilité à la pénicilline, à la clindamycine, au métronidazole et à certaines céphalosporines.

C. Bacille tuberculeux Bien qu'il ne soit pratiquement plus en cause, le bacille de Koch doit être recherché.

TRAITEMENT

□ Traitement général

Le traitement général est adapté au terrain

- ❖ rééquilibration hydro-électrolytique et nutritionnelle
- ❖ apport vitaminique, essentiel chez l'alcoolique (B1, B6, PP);
- ❖ oxygénothérapie en fonction des gaz du sang;
- ❖ prévention de la décompensation d'une affection sous-jacente
- ❖ " nursing ".

□ Antibiothérapie

- **parentérale, bactéricide**, adaptée éventuellement en fonction de l'antibiogramme
- durée : en moyenne **6 semaines**, débutée par **voie veineuse**.

En l'absence d'orientation bactériologique au début, on utilisera

□ **amoxicilline et acide clavulanique** (Augmentin) ou la pénicilline G 10 à 20 MU/j ; en cas d'allergie prouvée, on aura recours à l'érythromycine ; les céphalosporines de troisième génération peuvent également être utiles dans ce cas (faible risque d'allergie croisée)

□ **métronidazole** (Flagyl) 2 g/j

□ et en cas de tableau clinique en faveur d'une entérobactérie, adjonction d'un aminoside, par exemple Gentalline ou amikacine (Amiklin) adaptée à la fonction rénale

□ ou quinolone (Ciflox, Oflocet).

□ Traitement local

Le traitement local est fonction du stade. Il est essentiel.

□ Au début : stade de diffusion, les ponctions sont essentielles

- quotidiennes, pratiquées avec une aiguille de fort calibre et un montage bien étanche
- l'anesthésie locale sera soigneuse
- on fera appel également à des lavages au sérum physiologique tiédi • les injections locales de fibrinolytiques sont parfois utiles (Streptokinase, Urokinase)
- le résultat de la ponction sera toujours contrôlé par une radiographie.

□ Au stade de collection

le drainage est nécessaire en milieu spécialisé.

- Il est parfois guidé par les images tomodensitométriques ou par une échographie pleurale.
- Il peut être également effectué au cours d'une thoracoscopie médicale qui permet en outre de réduire le cloisonnement.
- Il permet aussi les rinçages au sérum physiologique et les injections locales.
- Certains utilisent une méthode d'irrigation permanente plusieurs fois.

□ Kinésithérapie respiratoire

Volet essentiel du traitement quant à la récupération.

- Elle doit être débutée précocement et a pour but:
 - d'assurer le drainage bronchique par la position en décubitus latéral du côté sain et par le travail en expiration
 - de favoriser la réexpansion pulmonaire par un travail en inspiration.
- Sa durée doit être de là 3 mois et souvent plus.

□ Traitement chirurgical

- Le traitement se fait par thoracoscopie, technique récente permettant un drainage plus efficace.
- Drainage après nettoyage a minima sous vidéo.
- Décortication pleurale au stade d'enkystement, après bronchofibroscopie et appréciation de l'état fonctionnel respiratoire ,
- Cette procédure est devenue rare, sauf en cas de fistule broncho-pleurale.

□ Traitement du foyer septique initial

- traitement indispensable d'un éventuel foyer septique initial, cutané et surtout stomatologique (l'éradication des foyers dentaires septiques).
- Un reflux œsophagien sera recherché et traité.

Conclusion

- ❑ Les pleurésies à liquide clair sont les plus fréquentes.
- ❑ Le diagnostic positif s'appuie sur la clinique, la radiographie du thorax.
- ❑ Le diagnostic de certitude se fait par la ponction pleurale.
- ❑ Il faut distinguer les épanchement d'origine mécanique des exsudats.
- ❑ Les étiologies des exsudats sont nombreux et dominées par les métastases .
- ❑ Le traitement est étiologique.

Bibliographie

- Collège de Enseignants de Pneumologie ,8ème édition, Item 206
- Benjamin PLANQUETTE,KB du Pneumologie, 3ème édition, 2014,Item 312
- M.Dres,A.Beurton,R.Azarian,EMC pneumologie ,(6-041- A- 30)

Un grande merci à vous