

ÉPANCHEMENT PLEURAL

Fiche d'information de l'Institut du Thorax Curie-Montsouris

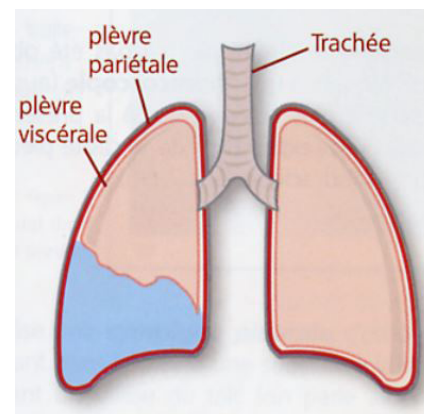


Institut du thorax
Curie - Montsouris

Définition :

Également 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 transsudats. 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 transsudats sont dus au passage de liquide à partir d'autres tissus vers la cavité pleurale, par exemple lorsque la pression s'élève dans certains vaisseaux sanguins. Les causes les plus fréquentes sont l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance hépatique 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 (maladie du cœur, du foie ou du rein).

Si l'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** [recherche de cellules anormales] et **bactériologique** [recherche de microbes].

- **La biopsie pleurale à l'aiguille** de Castelain 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 tissu pleural.
- **La biopsie sous contrôle échographique ou scannographique** peut être utilisée en cas de tumeur pleurale.
- 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 incision thoracique (5 à 7 cm).

Comment traiter un épanchement pleural ?

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

- Soit par une ponction à l'aiguille sous anesthésie locale.
- Soit par un drainage pleural. Un petit drain (ou tuyau) est alors mis en place dans la cavité pleurale, sous anesthésie locale. Ce drain est relié à une aspiration pendant 2 à 3 jours en moyenne.

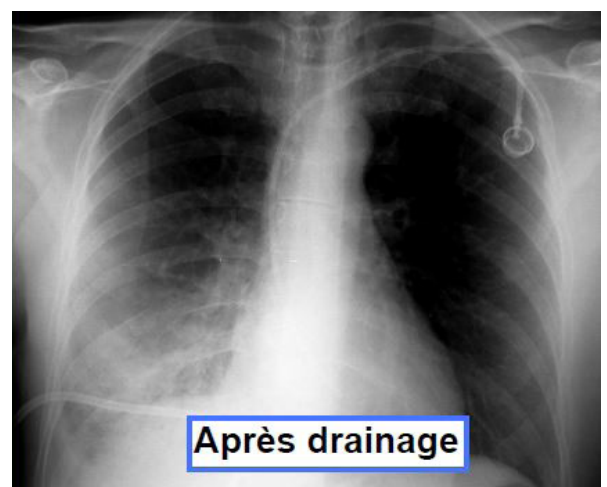
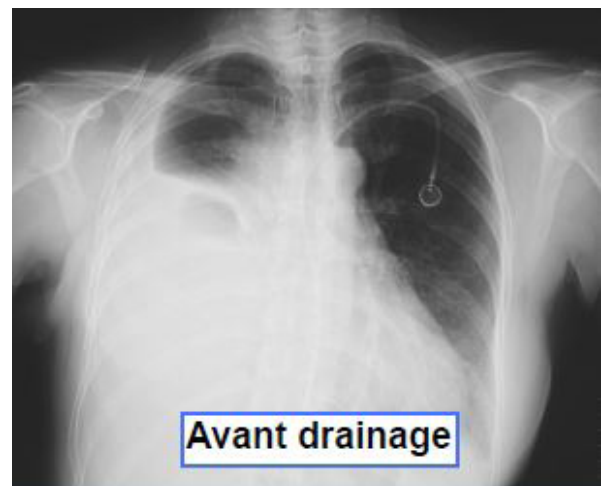
Le traitement des épanchements transsudatifs repose sur le traitement de la maladie générale qui est responsable de la pleurésie.

Par exemple : traitement cardiologique lorsque la pleurésie est due 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 crée un accollement entre les 2 feuillets de la plèvre en pulvérisant du talc (on parle alors de **talcage**). Ce traitement se fait sous anesthésie générale au cours d'une thoracoscopie.



Drainage d'un épanchement pleural

Symphyse pleurale par thoracoscopie

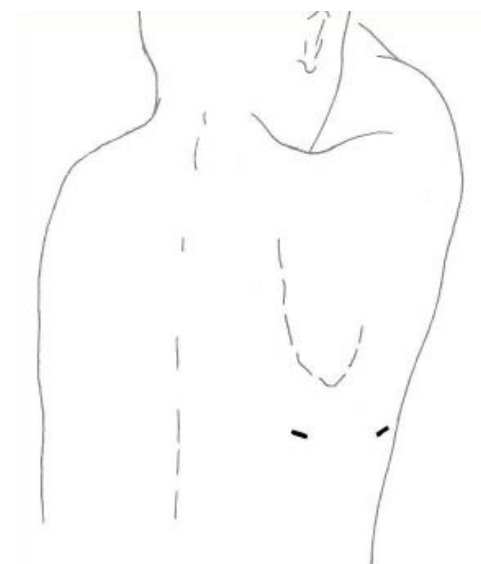
Outre le bilan préopératoire usuel, l'intervention est parfois précédée des examens suivants :

- Scanner thoracique, surtout lorsque l'épanchement est ancien.
- Fibroscopie bronchique, en cas de doute sur une maladie pulmonaire associée.
- Drainage de l'épanchement 24 ou 48 heures avant, pour apprécier la capacité du poumon à se réexpandre.

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 biopsiques 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 jour même ou 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 8^{ème} jour postopératoire par une infirmière
- Parfois des séances de kinésithérapie respiratoire à domicile



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 la pleurésie 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, en particulier la pose d'un [Pleur-X](#). [voir fiche d'information correspondante].

INFORMATION SUR L'UTILISATION DE VOS DONNÉES CLINIQUES À DES FINS DE RECHERCHE

Dans la perspective de réaliser ultérieurement des recherches portant sur les techniques chirurgicales, certaines données personnelles et médicales contenues dans votre dossier (telles que âge, principaux antécédents médicaux, examen clinique, durée d'intervention, résultats d'examens complémentaires, techniques utilisées et leurs résultats...) pourront être collectées dans un fichier informatique et analysées à des fins de recherche.

Ces données demeurent strictement confidentielles et ne peuvent être consultées que par les médecins qui vous suivent. Ces données seront rendues anonymes (elles seront identifiées par un numéro de code et/ou vos initiales), et aucune donnée ne permettrait votre identification dans des rapports ou publications scientifiques dont cette recherche ferait l'objet.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (Loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la loi du 6 août 2004), vous disposez d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel, ainsi que d'un droit d'accès à ces données et de rectification. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit à l'IMM ou, à défaut, auprès du Dr Agathe Seguin-Givelet, responsable du Département de Chirurgie Thoracique et de la confidentialité du traitement informatique de ces données.

INFORMATION SUR LA BASE NATIONALE DE DONNÉES EPITHOR

Nous vous informons que vos données cliniques seront anonymisées et transmises au registre EPITHOR de la Société Française de Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire, registre qui collige de manière obligatoire toutes les interventions de chirurgie thoracique pratiquées en France.