

LES PLEURESIES HEMORRAGIQUES

Dr Djenfi – Pr Djebbar 2013

1. Définition :

Les épanchements hémorragiques sont caractérisés par la teinte rosée ou franchement rouge du liquide retiré par ponction, et par la présence dans celui-ci d'un grand nombre d'hématies intactes ou plus au moins lysées.

- un critère de valeur est l'incoagulabilité du sang qui est de règle dans les pleurésies hémorragiques.
- la fréquence de ces épanchements se situe entre 9 et 15 % de l'ensemble des pleurésies
- la prédominance masculine est ici moindre que dans les PSF et n'a pas beaucoup d'intérêt dans l'orientation étiologique.
- les pleurésies hémorragiques sont rares chez l'enfant et augmentent de fréquence avec l'âge des malades.

I. Diagnostic positif :

Le tableau clinique de la pleurésie hémorragique ne présente aucune particularité, son développement est le plus habituellement insidieux et l'épanchement atteint une grande abondance avant d'être reconnu.

Clinique :

L'épanchement hémorragique n'a pas de particularité clinique.

- Dyspnée variable
- Douleur pleurétique
- Toux sèche positionnelle
- Trépied pleurétique à l'examen clinique.

Les signes généraux : surtout variables et dépendent de l'étiologie.

- l'état général peut être bien au mal conservé.
- un tableau clinique fébrile, banal, résolutif en quelques semaines est surtout noté
- un syndrome anémique plus ou moins important est fréquent

Aspect radiologique : l'étude radiologique n'a d'intérêt que par les lésions parenchymateuses souvent associées.

L'échographie trans-thoracique :

- permet une mesure millimétrique de l'épaisseur de la plèvre.
- peut différencier la présence du liquide, de masse tumorales, des lésions fibreuses moins dense, de plaques calcaires ;
- peut guider la biopsie en repérant avec précision les zones épaissies où la biopsie aura le plus de chance d'être positive.

La ponction :

Celle-ci ramène un liquide de couleur rouge foncé, brun noirâtre, simulant parfois l'aspect de sang pur. La teinte hémorragique du liquide est uniforme, celui-ci **ne coagule pas** ou coagule très lentement et de façon partielle.

La coloration du liquide pleural est en rapport avec la concentration des GR et du taux de bilirubine

- 10 000 hématies /mm³ → le liquide devient séro-hématique
- 100 000 hématies → il est franchement sanglant, ressemblant à du sang pur.

Après certain temps d'évolution les hématies du liquide pleural se lysent et l'hémoglobine se transforme en pigment biliaire et en bilirubine libre.

Aspect du liquide	Taux moyen de bilirubine
S.F	6.66 mg /l
S.H	13 mg /l
H	38.50 mg/l

La biopsie de plèvre à l'aiguille :

elle doit être pratiquée systématiquement sauf :

- syndrome hémorragique général
- traitement par anticoagulants
- malade grabataire

La pleuroscopie :

Technique permettant de visualiser directement la cavité pleurale est d'un grand intérêt pour le diagnostic étiologique des pleurésies hémorragique chroniques.

II. Diagnostic différentiel :

- piquûre d'un vaisseau intercostal en cour de ponction +++
- la transformation hémorragique d'un épanchement citrin par ponctions répétées traumatisantes.
- L'hémothorax, définit par un taux de GR > 1 millions /mm³. Sang coagulable.
 1. l'hémothorax traumatique : qui est beaucoup plus du domaine chirurgical que médical
 2. l'hémopneumothorax : entité particulière qui se rattache non aux pleurésies hémorragique mais au PNO spontané, dont il est une forme particulière compliquées et grave, traité par drainage.
 3. l'hémothorax spontané : il est exceptionnel relève le plus souvent d'un trouble de la coagulation (hémophilie B, cirrhose, purpura thrombocytopenique ou thérapeutique...)

III. Diagnostic étiologique :

1) les cancers : +++

Cause la plus fréquente (la moitié des épanchements pleuraux sont hémorragiques ou séro-hématiques). le cancer peut être bronchique ou pleurale (mésothéliome) primitif ou secondaire.

Peut s'observer d'une hémopathie, d'une maladie d'Hodgkin, d'autre lymphome ou hématosarcome.

En faveur du diagnostic :

l'épanchement est récidivant après la ponction

la douleur, la dyspnée, l'âge du sujet attirent l'attention.

La biopsie pleurale de même que la cytologie du liquide pleural sont d'un grand appoint pour le diagnostic.

2) affections cardio-vasculaires

3) l'infarctus cortico- pleural, l'embolie pulmonaire +++

4) Tuberculose : elle reste une cause fréquente, au cours des polysérites graves ou dans les formes miliaires.

Un épanchement séro fibrineux peut passer par un stade hémorragique avant d'évoluer vers la purulence.

Cliniquement rien souvent ne la distingue d'une autre pleurésie tuberculeuse, cependant, l'évolution y est parfois plus lente et plus chronique, le liquide plus abondant, les séquelles ultérieures plus importantes.

5) pleurésie d'origine pancréatique :

Presque toujours hémorragique avec surtout un liquide noirâtre de type exsudatif siégeant à gauche d'évolution chronique, de reproduction rapide.

Le taux d'amylopleurie est toujours très élevé > au taux plasmatique

6) pleurésies infectieuses :

Elle est exceptionnelle hémorragique, le seul germe responsable d'hémorragie pleurale est le bacille de friedlander.

La pleurésie hémorragique isolée au cours des viroses respiratoire, est une curiosité.

L'amibiase, le KH, le paludisme, l'aspergillose, l'ascaridiose sont des étiologies exceptionnelles.

7) Les autres étiologies:

- cirrhoses
- collagénoses
- sarcoïdose
- asbestose
- DDB
- Polyglobulie de vaquez
- Endométriose

IV. Traitement

Il dépend essentiellement de la cause

- Repos
- Vidange de la plèvre
- aspiration continue ou discontinue
- pleuro-talcage pour les épanchements récidivants (taux de succès 90%, réaction fébrile dans les 12h qui suivent, 3j).

Cancer secondaire

- Traitement palliatif
- Traitement du cancer primitif
- la chimiothérapie systémique contrôle mal les pleurésies cancéreuses sauf dans les cancers bronchiques à petites cellules, les lymphomes et les cancers du sein.

Mésothélium pleural : le traitement est essentiellement palliatif ou chimio-radiothérapie

EP: Anticoagulants

Pleurésies infectieuses: antibiotiques