

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE ABDELHAMID IBN BADIS DE MOSTAGANEM
FACULTE DES SCIENCES DE LA NATURE ET DE LA VIE



DEPARTEMENT DES SCIENCES INFIRMIERES
CYCLE DE MASTER EN SCIENCES INFIRMIERES
INITIATION A LA RECHERCHE CLINIQUE EPIDEMIOLOGIQUE

MEMOIRE

FIN D'ETUDE

THEMATIQUE

**Etude des pleurésies au service de
pneumologie de l'EPH de Ténès entre
Janvier 2016 et Mai 2018**

Présenté par:

BOUSSAID Abderrezzaq

Devant la Commission d'examen:

NOM Prénoms	Qualité
Dr.OUGHARI	Président
Mr.BOUKHOUSSA	Examineur

-ANNEE UNIVERSITAIRE 2017/2018-



Remerciement

Au nom de dieu, le tout miséricordieux, le très miséricordieux

Avant tout je remercie mon Dieu le tout puissant de m'avoir donné le courage et la
patience pour réaliser ce modeste travail.

Mes vifs remerciements et mes profondes gratitudes à :

...Mon directeur de mémoire : Dr. MEBARKI N.

Pour son encadrement et ses précieux conseils, et d'avoir accepté de diriger ce
mémoire.

J'adresse un grand remerciement à Monsieur HALBOUCHE M., Chef de
Département des Sciences Infirmières et Professeur à
L'université de Mostaganem Abdelhamid Ibn Badis pour son soutien.

J'exprime mes respectueux remerciements à Dr. OUGHARI. Pour
l'honneur qu'elle me fait en acceptant de présider ce jury.

Je voudrais également remercier Mr. BOUKHOUSSA d'avoir accepté d'être membre
de mon jury et évaluer ce travail.

... A tous les professionnels de santé qui m'ont aidé durant mon étude
Chacun par son nom.

Je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué de loin ou de près à la réalisation
De ce mémoire en particulier Mr.ABSAR, DR. MEHADJI et DR. LOUNI .

...A tous les lecteurs de ce mémoire.

Dédicace

Je dédie ce modeste travail à :

A mes parents. Aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de
l'amour Dont ils ne cessent de me combler. Que dieu leur procure
bonne santé et longue vie.

A ceux qui j'aime beaucoup et qui m'ont soutenues tout au long de
ce projet : ma sœur et mes frères, et bien sur mes tantes et surtout ma tante Fati
et mon ancle Noureddine et leurs enfants et ma chère tante Mazouri.

A toute ma famille, et mes amis,

A tous mes collègues de travail.

Et à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin pour que ce
projet soit possible, je vous dis merci.

Résumé

Le but du travail est d'étudier les aspects cliniques, étiologiques et évolutifs des pleurésies hospitalisées au service de pneumologie de l'hôpital Ahmed Bouras de Janvier 2016 à Mai 2018. Notre étude porte sur 30 dossiers exploités au moyen d'une fiche d'exploitation, puis analysés par le logiciel SPSS. Les pleurésies représentent 18,8% des cas hospitalisés. Le genre masculin est prédominant avec 53% et. La moyenne d'âge est de 46 ans. La toux domine le tableau clinique avec 57% des cas suivi par la douleur thoracique dans 33% des situations et la dyspnée dans 30% des observations. Un syndrome d'épanchement liquidien a été retrouvé dans 80%. Dans 53,3% des cas cet épanchement était de moyenne abondance et 77,7% il était de localisation unilatérale. Le type exsudatif a été noté dans 93% des situations. Les étiologies sont dominées par la tuberculose 47%, infections non spécifiques 17% ensuite les causes néoplasiques avec un taux de 10%. La prédominance des pleurésies de moyenne abondance pourrait s'expliquer par le Mode d'installation chronique des pleurésies tuberculeuses. Sans aucun doute les ponctions pleurales jouent un rôle primordial dans le diagnostic des pleurésies. Les pleurésies représentent une cause très fréquente d'hospitalisations dans notre service et la tuberculose constitue sa première étiologie.

Mots clés: pleurésies – épidémiologie – clinique – étiologies.

Abstract

this work's purpose is to study the clinical and etiologi- cal and evolutionary aspects of hospitalized pleurisy in the Pneumology section, of Ahmed Bouras Hospital, from January 2015 to May 2018. Our study covers 30 files that are exploited by means of an exploitation sheet, then analyzed by the SPSS software. the incidence of the pleural effusions is 18.8%. The masculine gender represents 53% and the female gender 47%. The average age is 46 years old. The chest pain was noted in 33% of the cases, the cough in 57%, the dyspnea in 30% and fever in 23%. A syndrome of fluid effusion was found in 80% of the cases. Pleurisy of average abundance was found in 53.3% of cases and unilateral location in 77%. The exudative type was noted in 93%. The etiologies are dominated by tuberculosis 47%, infections 17% and neoplastic causes 10%. Without doubt pleural punctures play a key role in the diagnosis of pleurisy. The predominance of moderate abundance pleurisy could be explained by the fact that the delay between functional symptoms and hospitalization was on average long. The pleurisy represent a major number of the hospitalizations of the Pneumology section, and tuberculosis constitutes its first cause.

Key words: pleural effusions - epidemiology - clinic - etiologies.

Liste des tableaux

Tableau* : les étiologies des pleurésies.

Pneumologie fondée sur les preuves actualisations SPLF séminaire no 3 (pathologies pleurales, interstitielles, thrombo-emboliques ; tabac), Diagnostic des pleurésies (hors cancer),
P. Magro, M. Ferrandiere, E. Hazouard, E. Lemarie, A. Rabbat.

Tableau# : la la différence entre les exsudats et les transsudats .

Pneumologie fondée sur les preuves actualisations SPLF séminaire no 3 (pathologies pleurales, interstitielles, thrombo-emboliques ; tabac), Diagnostic des pleurésies (hors cancer),
P. Magro, M. Ferrandiere, E. Hazouard, E. Lemarie, A. Rabbat.

Tableau 1 : Répartition des sujets par sexe.

Tableau 2 : Répartition des sujets en fonction des antécédents personnels (HTA).

Tableau 3 : Répartition des sujets en fonction des antécédents personnels (Diabète).

Tableau 4 : Répartition des sujets en fonction des antécédents chirurgicaux.

Tableau 5 : Contage tuberculeux*Sexe.

Tableau 6 : Contage tuberculeux*Age.

Tableau 7 : Contage tuberculeux*Lieu de résidence.

Tableau 8 : Répartition selon l'examen pleur pulmonaire.

Tableau 9 : Répartition selon les causes des pleurésies.

Tableau 10 : Répartition en fonction des lésions parenchymateuses.

Tableau 11 : Tableau comparatif des fréquences des pleurésies.

Tableau 12 : Tableau comparatif des Ages.

Tableau 13 : Tableau comparatif des fréquences de sexe.

Tableau 14 : Tableau comparatif des motifs de consultation.

Tableau 15 : Tableau comparatif des examens pleuro pulmonaire.

Tableau 16 : Tableau comparatif de l'abondance des pleurésies.

Tableau 17 : Tableau comparatifs des aspects du liquide.

Tableau 18 : Tableau comparatif des étiologies.

Liste des figures

Figure* :Anatomie de la plèvre www.univ-brest.fr/s_commun/biblio/anatomie/web_anat/-2

Figure# : Physiologie pleurale

L . Greillier , J.-M. Pelsoni, A. Fraticelli , P. Astoul*

Méthodes d'investigation de la plèvre Pleural investigation procedures, EMC pneumologie,

<http://france.elsevier.com/direct/EMCPN/>

Figure [1-32] : les graphes ont été réalisés avec logiciel Excel

Liste des Abréviations

EPH : établissement publique hospitalière

TBC : Tuberculose

PNN : Poly nucléaire neutrophiles

HTA : Hypertension artérielle

EPL : Epanchement pleural

TDM : Tomodensitométrie

TEP : Tomographie par Émission de Positrons

LDH : taux de déshydrogénase lactique

Table des matières

Remerciement

Dédicace

Résumé

Liste des tableaux6

Liste des figures.....7

Liste des Abréviations8

PARTIE THÉORIQUE..... 12

I- Introduction 13

II-Données de littérature 14

1- Pleurésie 14

2- Rappels anatomiques..... 14

2-1 La plèvre 14

a- La plèvre viscérale 14

b- La plèvre pariétale..... 15

c- La plèvre costale..... 15

d- La plèvre diaphragmatique 15

e- La plèvre médiastinale 15

f- La cavité pleurale..... 15

g- Les culs-de-sac pleuraux 15

3- Physiologie..... 19

3-1 Physiologie pleurale..... 19

a- Compartiments pleuraux 19

b- Echanges pleuraux 19

c- Absorption pleurale 20

6- Diagnostic d'une pleurésie 23

7- Clinique 24

8- Les signes para cliniques..... 25

8-1 Radiographie de thorax..... 25

8-4 TEP- scanner..... 26

9- Ponction pleurale 26

10- Traitement des pleurésies -- 27

10-1 Buts 27

10-2 Moyens 27

10-2-1 Moyens chirurgicaux 27

a- Drainage pleural..... 27

b- Décortication pulmonaire.....	29
c- Irrigation pleurale.....	29
10-2-2 Moyens médicaux	29
a- Antibiothérapie	29
b- Corticothérapie.....	30
c- Fibrinolyse.....	30
10-2-3 Kinésithérapie	30
11- Résultats –Pronostic.....	30
III-Conclusion	31
PARTIE PRATIQUE.....	32
I- Introduction	33
II- Les objectifs	34
III-Matériels et méthodes.....	35
1-Type de l'étude	35
2-Population cible	35
3- Critères d'inclusion	35
5- Fiche d'exploitation:	35
6- Collecte des données:	35
7- Traitement des données	35
IV- Résultats et analyses	36
1- Répartition des sujets par sexe.....	36
2- Répartition des sujets par âge	37
3- Répartition des sujets en fonction de La profession.....	38
4- Répartition des sujets en fonction de l'état matrimonial.....	38
5- Répartition des sujets en fonction du Lieu de résidence	39
6- Période d'hospitalisation	39
7- Répartition des sujets en fonction des antécédents personnels.....	41
7-1 Médicaux.....	41
a- HTA	41
b- Diabète	41
7-2 chirurgicaux	42
8- Répartition des antécédents familiaux et contagé tuberculeux.....	42
8-1 Contagé tuberculeux*Sexe	43
8-2 Contagé tuberculeux*Age	43
8-3 Contagé tuberculeux*Lieu de résidence.....	43
9- Répartition selon la notion du tabac et d'alcoolisme	44

10- Répartition selon le mode de début des symptômes	44
11- Répartition selon le motif de consultation	45
12- Répartition selon les signes généraux	45
13- Répartition selon les signes respiratoires.....	46
14- Répartition selon les signes cardiaques	47
16- Répartition selon l'examen Digestif.....	48
15- Répartition selon l'examen pleur pulmonaire	48
16- Répartition en fonction de la localisation de l'épanchement.....	49
17- Répartition selon l'abondance de l'épanchement.....	49
18- Répartition en fonction des lésions parenchymateuses	50
19- Répartition des sujets en fonction de l'aspect du liquide pleural.....	50
20- Répartition des sujets selon la chimie du liquide pleural et type de pleurésie.....	51
22- Répartition selon les causes des pleurésies.....	53
23- Répartition selon l'évolution de l'états des sujets.....	55
V- Discussion des résultats.....	56
1- Données sociodémographiques	56
2- Age.....	56
3- Sexe	57
4- Résidence.....	57
5- Tabac et éthylisme.....	58
6- la profession.....	58
fonctionnaire ou retraité.	58
7- Antécédents Médicaux	58
8- mode de début d'installation	58
9- motif de consultation et signes généraux	58
10- Signes respiratoire, cardiaque et digestif.....	59
11- Examen pleuro pulmonaire	59
12- Localisation et abondance	60
13- Aspect du liquide	60
14- Chimie du liquide	61
15- Cytologie du liquide.....	61
16- Le Diagnostic étiologique.....	61
17- Evolution.....	61
VI- Conclusion	63
Bibliographie	65
Annexe.....	67

PARTIE THÉORIQUE

I- Introduction

Epanchement pleural, encore appelé pleurésie est définie par la présence de liquide dans la cavité pleurale, c'est-à-dire entre les deux feuillets de la plèvre. Habituellement, cet espace est virtuel. Dans les pays développés, la fréquence des épanchements notamment infectieux est en nette diminution du fait d'un diagnostic précoce et d'une antibiothérapie adaptée. En 50 ans leur fréquence est passée de 1/50 à 1/155 cas et leur pronostic a également été transformé favorablement Dans les pays en voie de développement où le retard diagnostique et thérapeutique reste fréquent, les pleurésies conservent une part des aspects qu'elles révélaient autrefois en Europe et aux Etats-Unis Les pleurésies ont de multiples étiologies, mais difficile à mettre parfois en évidence comme c'est le cas de la tuberculose. Les étiologies varient en fonction des centres. Dans les pays occidentaux l'une des premières étiologies est le cancer et en Afrique la tuberculose. Les pleurésies posent fréquemment un problème de diagnostic, d'étiologie et de traitement notamment dans notre contexte. Si en occident le diagnostic est précoce et le traitement adapté est souvent mis en route permettant d'obtenir une guérison, en Afrique, les patients sont vus à des stades de complications.

II- Données de littérature

1- Pleurésie :¹

Pathologies de la plèvre (membrane entourant les poumons et tapissant la paroi thoracique), se caractérisant par une inflammation (aigu ou chronique) et/ou un épanchement pleural (présence de liquide entre les deux feuillets de la plèvre). Un épanchement pleural peut traduire une inflammation de la plèvre (pleurésie exsudative), ou résulter d'une affection touchant un autre organe, entraînant une perturbation de l'équilibre liquidien (pleurésie transudative).

2- Rappels anatomiques ²⁻³⁻⁴⁻⁵

La plèvre provenant du cloisonnement du cœlome intra embryonnaire, est une membrane séreuse constituée d'un feuillet viscéral et d'un feuillet pariétal qui délimite deux cavités virtuelles indépendantes (droite et gauche) qui sont séparées par le médiastin.

2-1 La plèvre

a- La plèvre viscérale

Elle est mince, transparente et tapisse le poumon dont elle laisse transparaître la lobulation. La plèvre viscérale est unie au parenchyme pulmonaire par une mince couche de tissu cellulaire conjonctif sous pleural qui se poursuit à l'intérieur du parenchyme en formant la trame.

¹ Le petit LAROUSSE de la médecine ; p757 ;2010

² ZOUGBA Z. A., OUEDRAOGO M., BADOUM G., OUEDRAOGO S. M., ZIGANIE A., MEDA C. Z. Problématique des pleurésies purulentes au centre hospitalier national Souro Sanon de Bobo Dioulasso à propos de 129 cas hospitalisés Med AFR Noire 2003; 50: 509-12

³ TRAORE M. H. Place de la ponction biopsie de la plèvre dans le diagnostic étiologique des pleurésies non purulentes (62 biopsies de la plèvre réalisées dans le service de pneumo-phtisiologie) Thèse Med Bamako, N°60 1989.

⁴ MAIGA M. Aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et évolutifs des pleurésies à la pédiatrie de GABRIEL TOURE Thèse Med Bamako N°104 2000.

⁵ KAHLE W., LEONHARDT H., PLATZER W. Anatomie. Flammarion 2. p349, 136.

b- La plèvre pariétale

La plèvre pariétale est très adhérente aux plans sous-jacents. Elle comporte trois segments (costal, diaphragmatique et médiastinal) qui se poursuivent l'un dans l'autre sans aucune solution de continuité et forment les culs-de-sac pleuraux. Elle tapisse presque entièrement la face endothoracique de la cavité thoracique et repose sur la paroi par l'intermédiaire du fascia endothoracique.

c- La plèvre costale

En avant elle tapisse la paroi des cartilages costaux jusqu'au bord du sternum, et se réfléchit alors en arrière pour devenir plèvre médiastinale. Latéralement, elle recouvre la concavité costale et les espaces intercostaux. En arrière elle s'étend jusqu'aux gouttières latéraux-vertébrales. En bas elle se réfléchit pour devenir plèvre diaphragmatique.

d- La plèvre diaphragmatique

Elle est plus mince et extrêmement adhérente à la face supérieure des coupes diaphragmatiques, qu'elle ne recouvre qu'en partie.

e- La plèvre médiastinale

Elle s'étend selon une direction antéropostérieure depuis les gouttières costo-vertébrales en arrière jusqu'à la face postérieure du sternum en avant.

f- La cavité pleurale

Les plèvres viscérale et pariétale, unies au niveau du hile pulmonaire entourent la cavité pleurale fermée de toute part.

g- Les culs-de-sac pleuraux

Ils sont au nombre de quatre :

- Le cul-de-sac costo-médiastinal antérieur.

- Le cul-de-sac costo-médiastinal postérieur.
- Le cul-de-sac médiastino- diaphragmatique.
- Le cul-de-sac costo-diaphragmatique.

2-2 Vascularisation de la plèvre⁶

a- Vascularisation sanguine

La plèvre pariétale possède une vascularisation artérielle systémique issue des branches des artères intercostales, diaphragmatiques et mammaires internes. Le drainage veineux se fait dans le système azygos. La plèvre viscérale est, quant à elle, vascularisée d'une part par des branches de l'artère bronchique sur ses faces médiastinales et diaphragmatiques, d'autre part par des branches des artères pulmonaires sur sa face costale. Elles drainent dans les veines pulmonaires.

b- Vascularisation lymphatique

La circulation lymphatique pleurale est caractérisée par l'existence dans la partie déclive de la plèvre costale et à la surface de la plèvre diaphragmatique des pores mettant en communication directe les espaces lymphatiques et l'espace pleural. Au niveau pariéto- costal, le drainage se fait en avant vers la chaîne mammaire interne et en arrière vers les ganglions intercostaux. Au niveau viscéral, la plèvre se draine dans les ganglions médiastinaux.

2-3 Innervation de la plèvre

Le feuillet pariétal réflexogène est très riche en terminaisons nerveuses (branches des nerfs intercostaux, du nerf phrénique et du nerf pneumogastrique) ce qui explique la sensation douloureuse et la toux qui accompagne une pleurésie, ainsi

⁶ www.univ-brest.fr/s_commun/biblio/anatomie/web_anat/-2

que la nécessité d'infiltration suffisante de la plèvre en anesthésie locale lors d'un drainage transcutané .A l'inverse le feuillet viscéral est peu sensible.

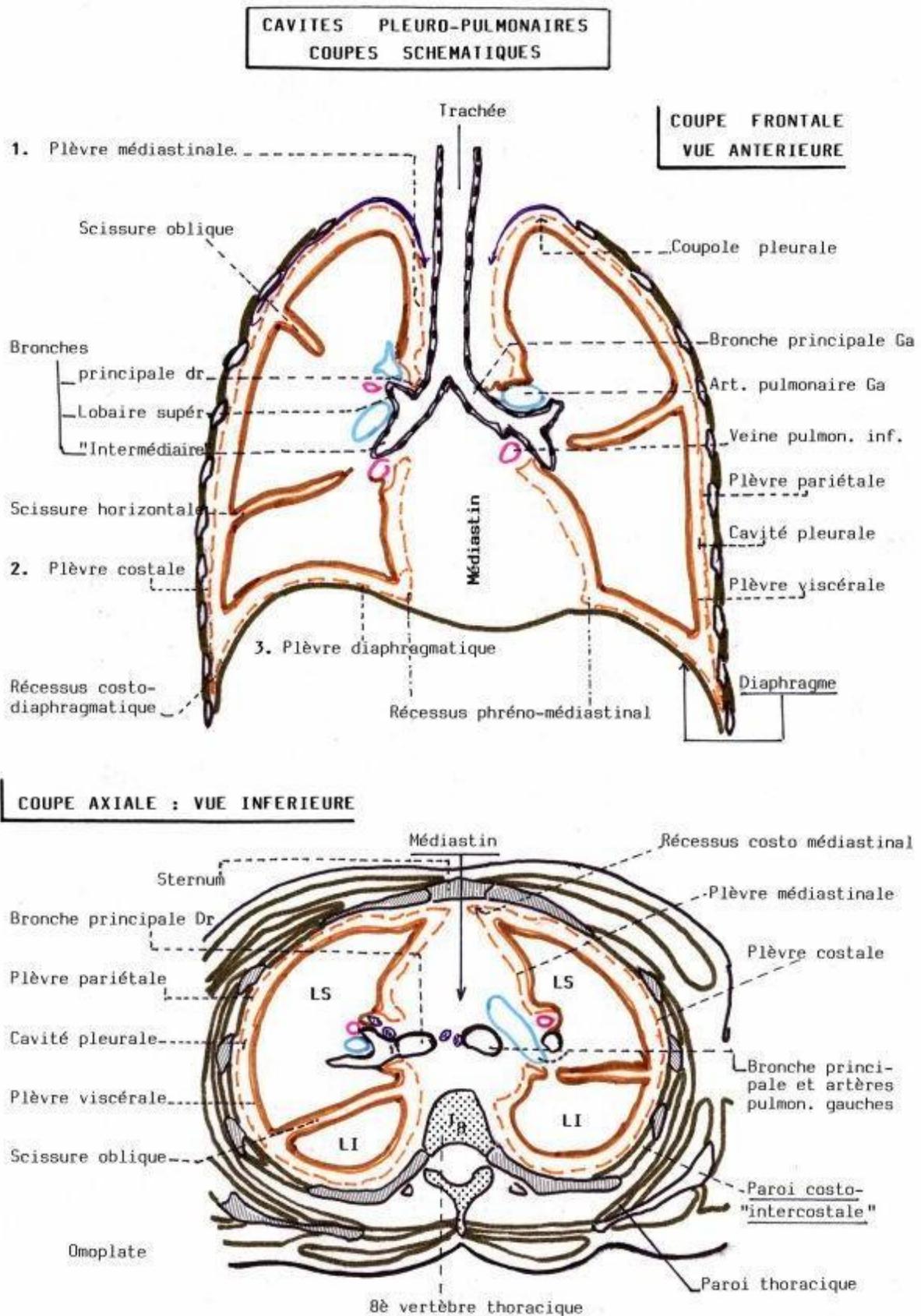


Figure *

3- Physiologie

3-1 Physiologie pleurale⁷

a- Compartiments pleuraux

À l'inverse du secteur interstitiel habituel, l'espace pleural présente un rapport important entre les fluides libres et le volume tissulaire. On peut considérer le volume tissulaire constitué des cellules présentes dans le liquide pleural et les microvillosités des cellules mésothéliales. Ces cellules mésothéliales, d'environ 4 μm d'épaisseur sont reliées, entre elles par des accolements et des desmosomes. En fait, le volume de liquide est d'environ 0,3 ml kg^{-1} de masse corporelle avec une concentration en protéine basse de l'ordre de 1 g dl^{-1} . Il existe cinq compartiments impliqués dans les échanges de liquides et de particules : la microcirculation systémique pariétale ; le secteur interstitiel pariétal ; la cavité pleurale ; le secteur interstitiel pulmonaire ; la microcirculation viscérale.

b- Echanges pleuraux

Les liquides pleuraux sont filtrés au niveau de la plèvre pariétale à partir de micro vaisseaux systémiques vers le tissu interstitiel extrapleural puis l'espace pleural au niveau de sa partie basse à un gradient de pression relativement bas.

1 Le débit des échanges devrait diminuer avec l'augmentation de la taille des animaux (0,1-0,02 ml kg^{-1} du lapin au chien). En fait, lorsque la masse corporelle augmente :

- la pression pleurale devient plus négative ;
- la quantité de liquide et la concentration en protéine diminuent.

⁷L . Greillier , J.-M. Peloni, A. Fraticelli , P. Astoul*
Méthodes d'investigation de la plèvre Pleural investigation procedures, EMC pneumologie,
<http://france.elsevier.com/direct/EMCPN/>

c- Absorption pleurale

À l'état normal, l'espace pleural et le tissu interstitiel pulmonaire sont deux compartiments fonctionnellement séparés. Cela est renforcé chez l'homme par l'épaisseur de la plèvre viscérale. L'absorption des liquides pleuraux se réalise essentiellement au niveau des lymphatiques de la plèvre pariétale. Ils sont capables de générer une pression sub-atmosphérique de $-10 \text{ cm H}_2\text{O}$. De plus, ils peuvent accroître leur flux par 20 en réponse à une augmentation de volume du liquide pleural.

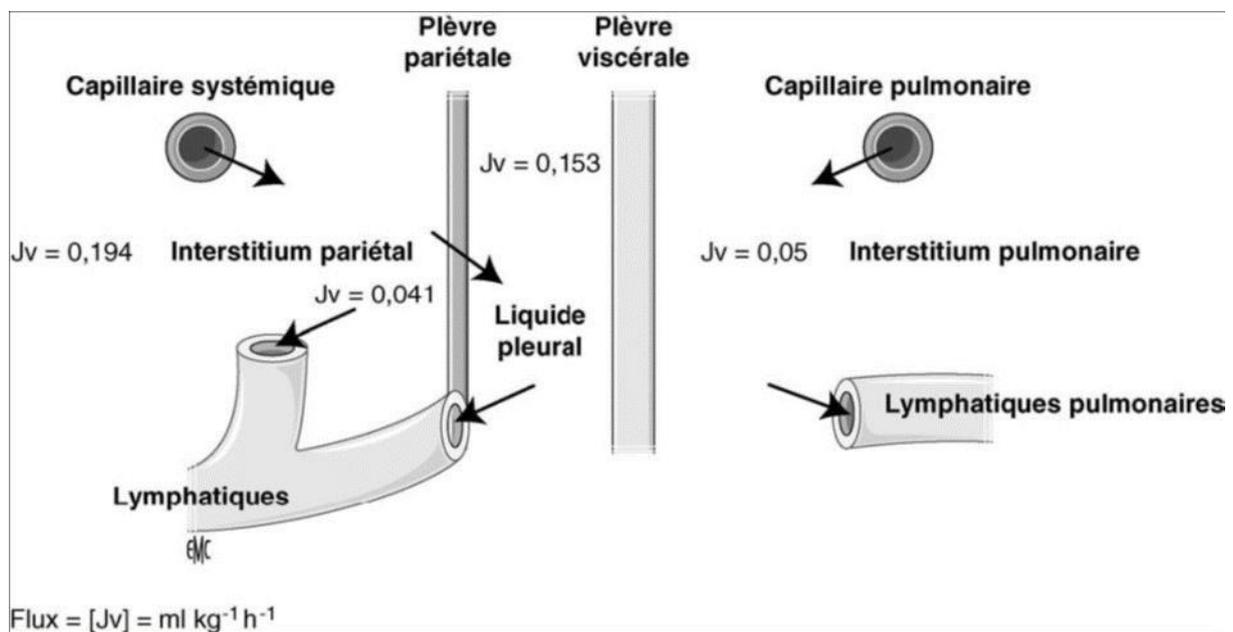


Figure #

4- Physiopathologie des épanchements liquidiens pleuraux⁸

La perturbation du phénomène de filtration-réabsorption du liquide pleural est à l'origine d'un épanchement pleural, on d'écrit quatre mécanismes :

4-1 Modification de la perméabilité des capillaires ou du coefficient de filtration

L'inflammation augmente le coefficient de filtration par altération de la membrane, et par libération des médiateurs chimiques. Il en résulte : une augmentation de la fuite

⁸ Miscrocchi G. Physiology and pathophysiology of pleural fluid turnover. Eur. Respir J 1997 ; 10 : 219-25.

protéique hors des capillaires vers la cavité pleurale.une augmentation de la pression intra-pleurale à mesure que le liquide s'accumule dans l'espace pleural, ainsi la pression pleurale tend à se positiver et à ne plus suivre les variations respiratoires physiologiques.une diminution de la pression colloïdale plasmatique avec augmentation de la pression colloïdale osmotique du liquide pleural.

4-2 Modification de la pression colloïdale osmotique du liquide pleural

Lorsque la concentration protéique atteint 40 g/l (cas d'exsudat), la réabsorption s'annule au niveau de la plèvre viscérale, à l'inverse, un taux particulièrement bas de protides dans le liquide pleural (cas de transsudat) peut être responsable non seulement de l'absence de réabsorption au niveau de la plèvre mais aussi d'une filtration exagérée dans le sens espace interstitiel vers la cavité.

4-3 Modification de la pression hydrostatique capillaire pulmonaire

L'hypertension veineuse systémique, lorsqu'elle est associée à l'hypertension veineuse pulmonaire, s'accompagne d'un épanchement pleural (classiquement appelé transsudat, pauvre en protéine).

4-4 Modification de la réabsorption lymphatique

Les lymphatiques constituent la seule voie de drainage des protéines, donc toute obstruction lymphatique entraînera une pleurésie riche en protéine. L'hypertension veineuse systémique est l'un des facteurs qui entrave le drainage lymphatique de la cavité pleurale.

5- Etiologies des épanchements pleuraux :⁹

On distingue habituellement les épanchements pleuraux de type transsudatif et de type exsudatif. Les transsudats sont liés à une augmentation de pression hydrostatique ou à une diminution de la pression oncotique alors que les perméabilités membranaires pleurales demeurent intègres. La présence d'un exsudat traduit le passage de liquide à protéines à travers une membrane pleurale altérée dont la perméabilité a été augmentée quelle que soit la cause initiale (inflammation, infiltration néoplasique, ischémie). Les causes les plus fréquentes d'épanchements exsudatifs sont les néoplasies et les infections. Dix pour cent des épanchements pleuraux restent sans étiologies après enquête diagnostique.

Transsudats	Exsudats
<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance cardiaque gauche ou droite • Cirrhose • Syndrome néphrotique • Embolie pulmonaire • Péricardite constrictive • Obstruction de la veine cave supérieure • Chirurgie cardiaque (intervention de Fontan) • Urinothorax • Dialyse péritonéale • Myxoedème • Sarcoïdose 	<ul style="list-style-type: none"> • mésothéliome, autres • Pathologies infectieuses : infections bactériennes à pyogène, tuberculose • Actinomycose et nocardiose, infections fongiques, virales, parasitaires • Embolie pulmonaire • Atélectasie • Pathologies gastro-intestinales : pathologies pancréatiques aiguës ou chroniques, • abcès intra-abdominaux, chirurgie abdominale • Perforation oesophagienne • Hernie diaphragmatique

⁹ Pneumologie fondée sur les preuves actualisations SPLF séminaire no 3 (pathologies pleurales, interstitielles, thrombo-emboliques ; tabac), Diagnostic des pleurésies (hors cancer), P. Magro, M. Ferrandiere, E. Hazouard, E. Lemarie, A. Rabbat.

- Sclérose de varices oesophagiennes
- **Vascularités et maladies de système**
- Polyarthrite rhumatoïde, Lupus érythémateux disséminé, Syndrome de Sjögren
- **Épanchements pleuraux post péri-cardectomie ou post infarctus du myocarde**
- **Épanchements pleuraux d'origine médicamenteuse** : Nitrofurantoïne ; Amiodarone Dantrolène Méthysergide ; Bromocriptine ; Procarbazine
- **Hémothorax**
- **Chylothorax**
- **Divers**
- Pleurésies liées à l'amiante
- Sarcoïdose
- Insuffisance rénale
- Syndrome de Demons-Meigs
- Syndrome des ongles jaunes
- Epanchements iatrogènes

Tableau *

En caractères gras : étiologies les plus fréquentes.

6- Diagnostic d'une pleurésie¹⁰

L'approche diagnostique initiale repose sur l'interrogatoire avec recueil des antécédents, un examen clinique, une radiographie thoracique, un bilan biologique sanguin simple (numération formule sanguine, ionogramme sanguin, urée, créatinine,

¹⁰ opcit

protides, glycémie, taux de taux de déshydrogénase lactique (LDH) et l'analyse du liquide pleural (aspect, biochimie, formule cytologique).

Diagnostic différentiel entre transsudat et exsudat d'après Light.

	Transsudat	Exsudat
Couleur	Jaune citrin	Jaune foncé
Aspect	Transparent	Translucide, opalescent, parfois hématique ou chyleux
Coagulation	Absente	Fréquente
Protéines	< 30 g/l Protéines plèvre < 0,5 Protéines plasma	> ou égal à 30 g/l Protéines plèvre > 0,5 Protéines plasma
Eléments figurés	Rares < 1 000/μl	Nombreux 1 000/μl
Déshydrogénase lactique (LDH)	< 200 UI/l LDH plèvre < 0,6 LDH plasma	> 200 UI/l LDH plèvre > 0,6 LDH plasma

Tableau#

7- Clinique¹¹

Les signes cliniques peuvent associer une dyspnée et une douleur thoracique souvent aggravée par la toux, l'inspiration profonde et les changements de position et pouvant irradier à l'épaule homolatérale. L'inspection peut révéler une diminution de l'ampliation thoracique du côté de l'épanchement. À la palpation, la transmission des vibrations vocales est nulle ou atténuée. La percussion, chez un patient assis et en l'absence de symphyse pleurale, met en évidence une matité. À l'auscultation, il peut exister à la limite supérieure de l'épanchement un frottement pleural. Au sein de la matité, le murmure vésiculaire est diminué. La présence d'un épanchement pleural est responsable d'un profil fonctionnel respiratoire restrictif et d'anomalies des rap-

¹¹opcit

ports ventilation-perfusion. Le retentissement gazométrique de l'épanchement pleural est variable selon le volume de l'épanchement mais est lié au degré d'atteinte parenchymateuse associée. Des signes d'insuffisance respiratoire aiguë peuvent être présents en cas d'épanchement abondant ou de pathologie respiratoire associée

8- Les signes para cliniques

8-1 Radiographie de thorax¹²

Les clichés de face et de profil permettent de visualiser les épanchements libres liquidiens de plus de 500 ml. Différents aspects radiologiques sont possibles : épanchements libres, localisés ou atypiques. La sensibilité du cliché standard pour la détection des petits épanchements pleuraux est inconnue. Dans ce cas, des clichés en décubitus latéral avec un rayon horizontal éventuellement sensibilisé par une légère expiration et manœuvre de Trendelenburg et l'échographie sont utiles.

8-2 Echographie¹³

Il s'agit d'un examen d'une sensibilité proche de 100 % en cas d'épanchement de plus de 100 ml qui en cas d'épanchement minime peut faire la part entre un épanchement pleural et un simple épaissement pleural. L'échographie est utile chez le patient ventilé et dans les épanchements complexes pour différencier les poches contenant un liquide, et les empyèmes compliqués. L'échographie permet de guider une ponction à visée diagnostique ou le drainage.

8-3 Tomodensitométrie thoracique¹⁴

¹² Eibenberger KL, Dock WI, Ammann ME, Dorffner R, Hormann MF Grabenwoger F : Quantification of pleural effusions: sonography versus radiography. Radiology 1994 ; 191 : 681-4.

¹³ Lichstein D, Axler O : Intensive use of general ultrasound in the intensive care unit. Prospective study of 150 consecutive patients. Intensive care Med 1993 ;

¹⁴ Grenier P : Imagerie thoracique de l'adulte. Paris Flammarion, médecine, 1988 : 157-65.

Il s'agit d'un examen de seconde intention dans le diagnostic des épanchements de la plèvre. Cet examen permet de préciser la localisation de l'épanchement, sa structure simple ou complexe (épanchement de la grande cavité, siège inter-scissuraire, sous pulmonaire ou para médiastinal cloisonnement, empyème), de distinguer un épanchement pleural d'un processus expansif pleuro-pariétal, un empyème d'un abcès pulmonaire périphérique.

8-4 TEP- scanner¹⁵

La tomographie par émission de positron TEP pourrait être utile au diagnostic des pleurésies malignes avec une sensibilité supérieure à 96 % et une spécificité supérieure à 88 %.

9- Ponction pleurale¹⁶

Après avoir posé le diagnostic de pleurésie à l'examen physique et à la radiographie le premier geste à effectuer avant tout autre acte est la ponction exploratrice pour :

- confirmer le diagnostic d'épanchement liquidien de la plèvre.
- permettre l'analyse du liquide pour la recherche étiologique.
- éliminer les faux épanchements (syndrome pseudo pleurétique des condensations ou atélectasies basales).

Cette ponction pleurale exploratrice ou évacuatrice, est facile dans les gros épanchements mais plus délicate dans les épanchements minimes et enkystés ou elle nécessite un repérage préalable de la collection par les tests d'imagerie médicales (radiographie, TDM, échographie).

McLoud TC, Flower CD : Imaging the pleura: sonography, CT and MR imaging. Am J Roentgenol 1991 ; 156 : 1145-53.

¹⁵ Stark DD, Federle MP, Goodman PC, Podrasky AE, Webb WR : Differentiating lung abscess and empyema: radiography and computed tomography. Am J Roentgenol 1983 ; 141 : 163-7.

¹⁶ DOMOUA K., COULIBALY G., SIDIBE K., DHAT Z. M., DAIXT, BATHK, GRANT K., WIKTOR S., YAPI A. Etiologie des pleurésies chez les patients infectés par le VIH à Abidjan (CI) REV Mal Resp. 2001; 1; 1S144.

Elle doit s'effectuer dans les conditions de confort optimales pour le patient :
Décubitus dorsal, bras homolatéral relevé dans les épanchements moyens ou
abondant et voie axillaire ; ou voie postérieure sur les patients assis,
au voisinage de l'épine de l'omoplate.

La ponction pleurale est contre indiquée en cas de troubles de l'hémostase. Elle
est réalisée en plusieurs étapes.

10- Traitement des pleurésies ^{17,18,19}

10-1 Buts :

- Evacuer l'épanchement et prévenir la récurrence
- Ramener le poumon à la paroi
- Eradiquer les causes

10-2 Moyens :

Il y' a trois grands moyens : Chirurgicaux, Médicaux et kinésithérapie

10-2-1 Moyens chirurgicaux

a- Drainage pleural ²⁰

Il est utilisé systématiquement lorsque l'épanchement est abondant,
récidivant et devant tous les épanchements ayant des critères de gravité :

- Liquide franchement purulent
- pH inférieur à 7,20
- Taux de LDH supérieur à 1000

On utilise un drain de gros calibre, parfois plusieurs si l'épanchement est

¹⁷STEENHOUWER F. (CH ROUBAIX) et ch. Marquette (CH RU LILLE) Orientation diagnostique face à un épan-
chement pleural Item 312. 2004-2005 -04-14, 7p.

¹⁸GREILLIER L., PETONI J. P., FRATICELLI A., ASTOUL P. Méthodes d'investigation de la plèvre Département des
maladies respiratoires, unité d'oncologie thoracique, hôpital Sainte Marguerite EMC- Pneumologie 2 (2005)
127-146

¹⁹KEITA B., KONE A. et SANGARE S. Les pleurésies purulentes en milieu Hospitalier Spécialise à Bamako Bull Sac
Patch Exo 1993; 86; 148-50 N° 83 M 23.

²⁰DAVID R. LAWRENCE, FRCS, SUNIL K. OHRI, FRCS, RUTH E. MOXON, EDWARD R. TOWNSEND, FR, and
S.WILLIAM FOUNTAIN, FR Thorascopic Debridement of empyema thoracis Department of thoracic Surgery,
Hare field Hospital, Hare field Ann thorac Surg 1997; 64.

cloisonné. C'est dans ce cas de figure que le scanner thoracique prend tout son intérêt permettant de réaliser un « état des lieux pulmonaires » et de poser le drain sous radioguidage.

Il est classique de retirer le drain lorsque la production du liquide devient inférieure à 50ml/j.

b- Décortication pulmonaire : ^{21_22_23}

La décortication vise à pratiquer l'ablation de la pachypleurite pariétale et viscérale, libérant ainsi le poumon et le diaphragme. La décortication est réalisée par thoracotomie postéro latérale. Il est parfois plus simple, en cas d'adhérences serrées de la plèvre pariétale fibreuse à la paroi costale, de réséquer la 6ème côte. En cas de difficultés à libérer le cul-de-sac diaphragmatique, une seconde incision intercostale au niveau du 8ème ou 9ème espace intercostal peut faciliter la dissection. Le plan extra-pleural peut être difficile à libérer, surtout en cas de poche chronique ancienne plus ou moins calcifiée. Les limites médiastinales antérieure et postérieure sont difficiles à trouver. Les dangers de blessures œsophagiennes ou vasculaires sont importants et il est donc préférable d'ouvrir la poche pleurale pour en bien percevoir les contours.

c- Irrigation pleurale ^{24_25_26}

Elle a un double but : But de détersion mécanique par dilution, mise en suspension et évacuation des dépôts de fibrine. Les antiseptiques les plus fréquemment utilisés sont la polyvidone iodée ou la solution de Dakin diluée à 1/10.

10-2-2 Moyens médicaux :

a- Antibiothérapie :

Il s'agit d'une antibiothérapie probabiliste en attendant les résultats de l'analyse du liquide pleural et de la biopsie pleurale à base d'association **d'Amoxicilline -acide clavulanique** injectable en intraveineuse à la dose de 4g/j chez l'adulte et de 25-50

²¹ EDWARD R., MUNNELL, MD Thoracic Drainage Section of thoracic and cardiovascular Surgery, Ann thorac. Surg 1997; 63: 1497- 502.

²² DAVID. A, WALLER, BM, B. S, ARVIND. R Thoracoscopic decortications: A role for Video. Assisted Surgery in Chronic post pneumonic pleural empyema Ann thorac. Surg 2001; 71: 1813- 6.

²³ JOHN. R. ROBERTS, MD Minimally invasive surgery in the treatment of empyema. Intraoperative decision making. Division of general thoracic surgery, Ann thorac. Surg. 2003; 76: 225-30.

²⁴ Ibid

²⁵ JOHN. R. ROBERTS, MD Minimally invasive surgery in the treatment of empyema. Intraoperative decision making. Division of general thoracic surgery, Ann thorac. Surg. 2003; 76: 225-30.

²⁶ Ibid

mg /Kg /j en 3prises chez l'enfant supérieur à 3 mois pendant 2-3 semaines ou en cas d'allergie une céphalosporine de 3^{ème} génération associée au métronidazole la clindamycine est également utilisable à l'inverse des aminosides qui n'ont pas leur place compte tenu de leur inactivation en milieu acide.

Si diagnostic de tuberculose confirmé : début d'antibiothérapie tuberculeuse.

b- Corticothérapie :

Courte de 10 jours

c- Fibrinolyse :

Les fibrinolytiques ont un succès de 69-92% et permettent d'éviter la thoracotomie. Les fibrinolytiques utilisés sont la Streptokinase à la dose de 250000 UI et 100 000 UI dans 100 ml de sérum physiologique injectées par le drain thoracique.

10-2-3 Kinésithérapie

Elle a pour but d'améliorer la capacité respiratoire et d'éviter les séquelles à type de pachypleurite. Elle doit être débutée tôt (avant même l'apyrexie) et être poursuivie longtemps

11- Résultats –Pronostic

-Phase de non enkystement : la guérison en général de règle si le traitement a été bien conduit et précocement.

-Phase d'enkystement : récurrence possible ; guérison possible après plusieurs semaines de traitement et de nombreuses séances de kinésithérapie.

III-Conclusion

La prise en charge des pleurésies impose tout d'abord de rechercher les signes de mauvaise tolérance, sur le plan respiratoire et hémodynamique, qui nécessitent un geste d'évacuation en urgence. Tout épanchement pleural dans un contexte infectieux nécessite une ponction diagnostique afin de poser l'indication d'une évacuation en urgence. L'importance de l'épanchement ou ses caractéristiques biologiques (pH, taux de glucose, de LDH, cultures) doivent être parfaitement connus du médecin pour poser un bon diagnostic, compte tenu des complications potentielles. La démarche diagnostique impose rarement la réalisation d'un, sauf en cas d'hémithorax ou dans le cadre du diagnostic différentiel. L'échographie pleurale est un examen essentiel, dont l'apprentissage est facile, et qui doit être intégrée dans la démarche diagnostique et thérapeutique.

PARTIE PRATIQUE

I- Introduction

Les pleurésies posent fréquemment un problème de diagnostic, d'étiologie et de traitement notamment dans notre contexte. Si en occident le diagnostic est précoce et le traitement adapté est souvent mis en route permettant d'obtenir une guérison , en Afrique, les patients sont vus à des stades de complication. Notre travail s'intéresse à l'ensemble des pleurésies rencontrées dans le service de pneumo de l'hôpital Ahmed BOURAS de Ténès wilaya de Chlef du 1er Janvier 2016 à Mai 2018.L'étude présente certaines limites relatives au remplissage des fiches d'exploitation. Les fiches sont remplies sur la base des données recueillies par les dossiers médicaux rédigés lors de l'hospitalisation des patients. Et pour des problèmes d'archivage des dossiers, seuls 30 dossiers ont pu être exploités et donc intégrés dans notre étude. La plupart des travaux réalisés dans le domaine des pleurésies se sont intéressées à certains aspects particuliers (macroscopiques, ou étiologiques) des pleurésies alors que notre étude étudie de façon globale les caractéristiques cliniques et étiologiques (toutes étiologies confondues) des cas de pleurésies quel que soit l'aspect du liquide. Au cours de la collecte des dossiers, certaines données cliniques et para cliniques manquaient. Plusieurs auteurs ont signalé ce déficit au cours de leur étude. Ceci pourrait être considéré comme un biais pour certaines données de l'étude.

II- Les objectifs

Les objectifs de ce travail sont :

Objectif général :

Décrire le profil des pleurésies (épidémiologie, étiologie et thérapeutique) dans la région de Ténès entre Janvier 2016 et Mai 2018.

Objectifs spécifiques :

- 1- Déterminer la fréquence des pleurésies dans la région de Ténès.
- 2- Décrire le profil sociodémographique des Ténésiens présentant des pleurésies.
- 3- Décrire les étiologies des pleurésies et leur fréquence dans la région de Ténès.
- 4- Identifier les problèmes liés à la prise en charge des pleurésies dans la région de Ténès.
- 5- Décrire l'évolution des pleurésies exsudatives dans la région de Ténès.

III-Matériels et méthodes

1-Type de l'étude :

Notre étude est une étude rétrospective à visée descriptive de 30 cas de pleurésies hospitalisées du 1er Janvier 2016 à Mai 2018.

2-Population cible :

Les sujets ayant fait partie de notre étude, ont tous été hospitalisés au service de pneumologie de l'hôpital Ahmed BOURAS de Ténès wilaya de Chlef. les données ont été recueillies chez tous ces patients à partir de leurs dossiers médicaux.

3- Critères d'inclusion :

Tous les patients ayant présenté des signes en faveur d'un épanchement pleural liquidien à l'examen clinique et/ou à la radiographie thoracique standard Ont été inclus. Tous nos patients ont tous bénéficié d'une radiographie thoracique standard, qui a montré dans tous les cas une image de pleurésie.

4- critères d'exclusion :

- Tout épanchement d'origine traumatique.
- les dossiers ayant plusieurs données essentiels manquantes.

5- Fiche d'exploitation:

voir « annexe I »

6- Collecte des données:

La collecte s'est faite au cours de l'hospitalisation des patients dans le service de l'hôpital Ahmed BOURAS de Ténès wilaya de Chlef. Les patients ont été consignés dans le registre des hospitalisations où sont mentionnés les numéros des dossiers, à partir desquels a été fait le recueil des données pour le remplissage des fiches d'exploitation.

7- Traitement des données:

Les fiches ont été examinées à la recherche de données manquantes ou erronées.

La saisie informatique et le traitement des données ont été réalisés à l'aide du logiciel SPSS(version 24). Des tableaux simples et croisés ont été produits pour l'interprétation et l'analyse des données au niveau des résultats.

IV- Résultats et analyses

1- Répartition des sujets par sexe

Sexe	Effectif	Fréquence
Homme	16	53%
Femme	14	47%
Total	30	100%

Tableau 1

Dans notre échantillon, on note une petite prédominance masculine avec une Incidence de 53.3 %, alors que 47% des cas sont de sexe féminin, avec un sexratio $\approx 1,14$.

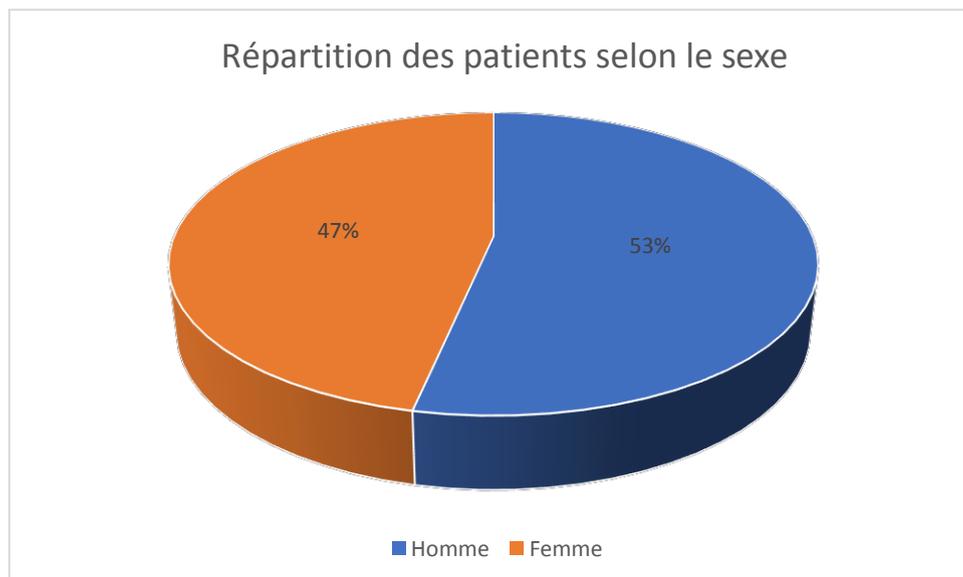


Figure 1

2- Répartition des sujets par âge

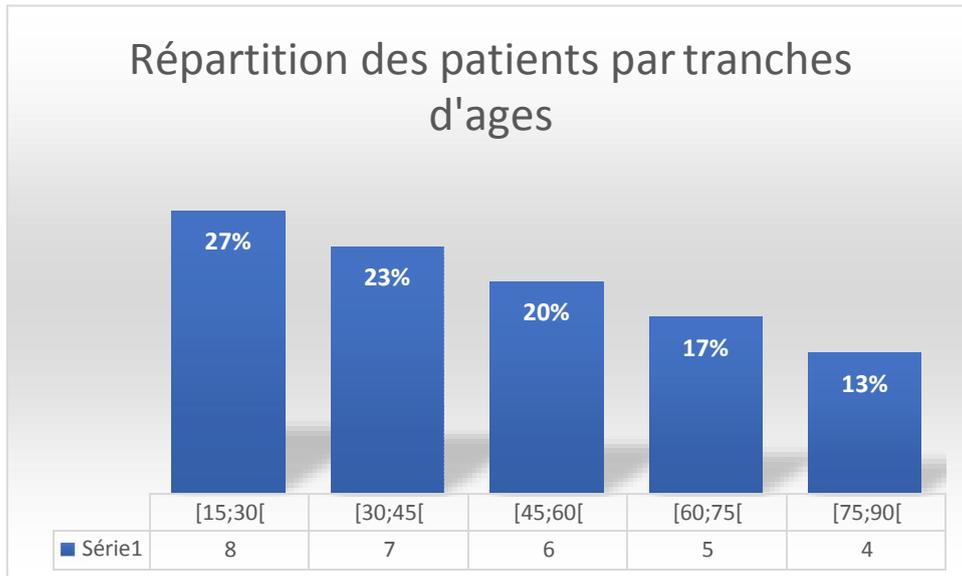


Figure 2

Dans notre étude, 50 % des patients se situent dans la tranche d'âge de 15-45 ans. L'âge moyen était de 46 ans avec des extrêmes allant de 16 à 88 ans.

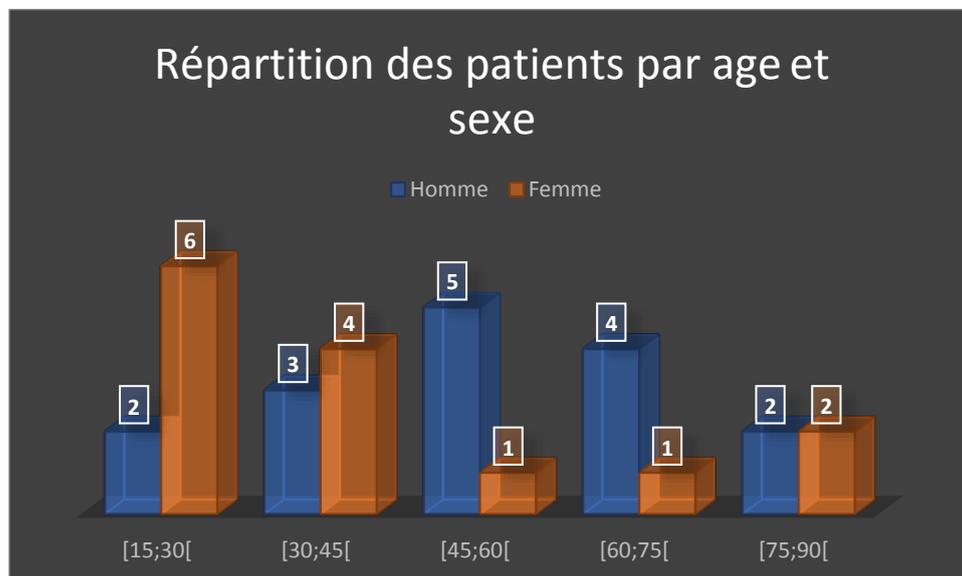


Figure 3

3- Répartition des sujets en fonction de La profession

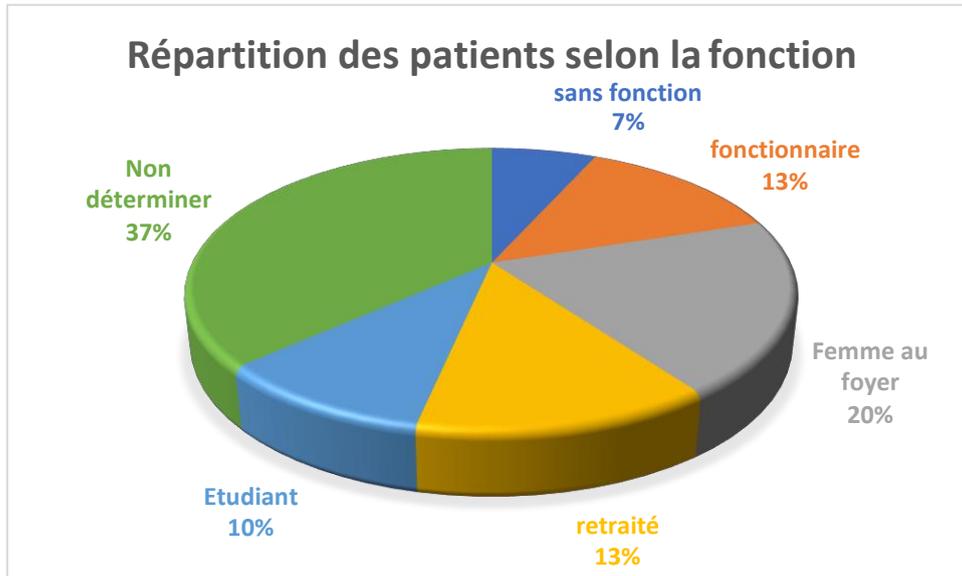


Figure 4

46% des sujets étaient soit des femmes au foyers, soit des fonctionnaires ou des retraité.

4- Répartition des sujets en fonction de l'état matrimonial

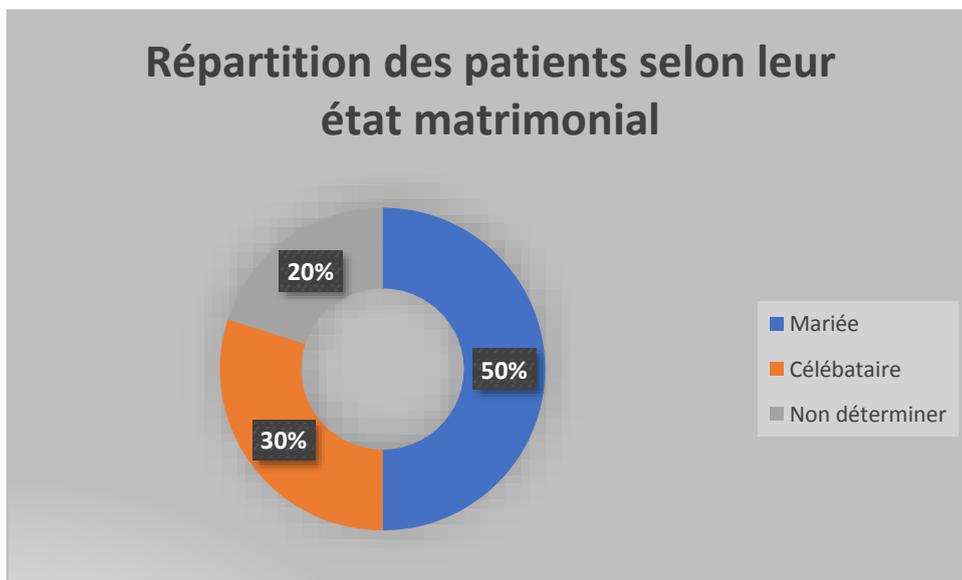


Figure 5

Dans cette échantillon 50% des patients sont mariée.

5- Répartition des sujets en fonction du Lieu de résidence

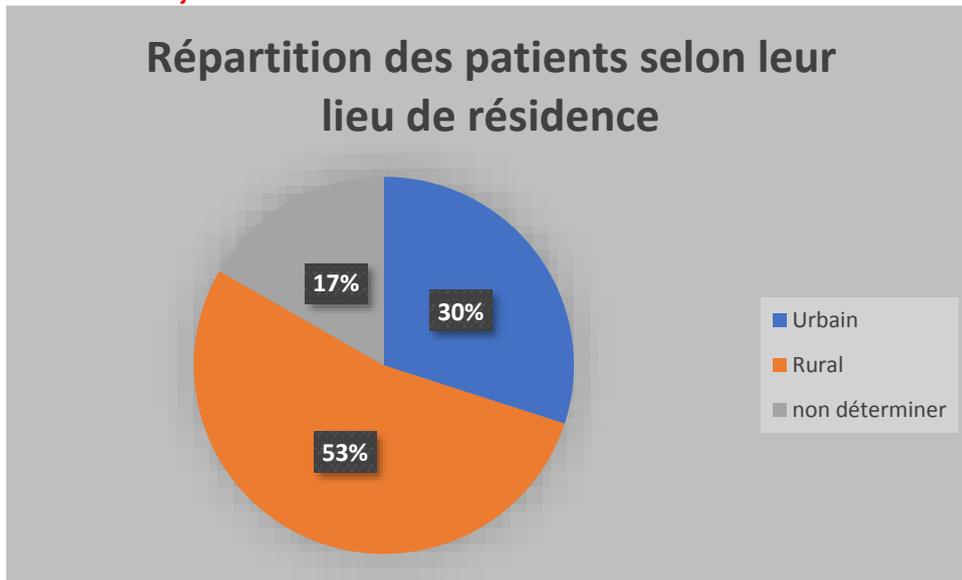


Figure 6

53% des sujets demeurent d'une zone rurale ; en revanche 30% des patients réside dans des régions urbaines.

6- Période d'hospitalisation

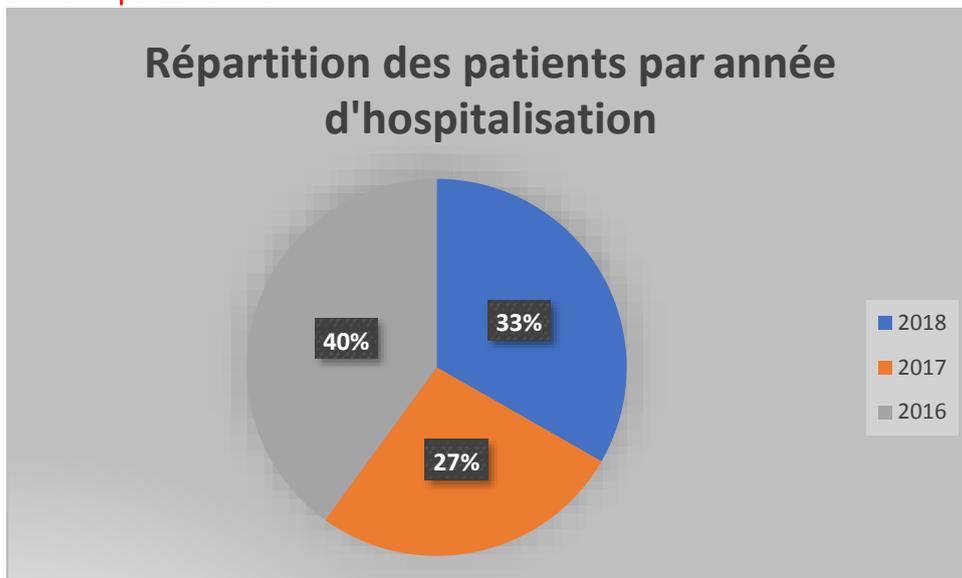


Figure 7

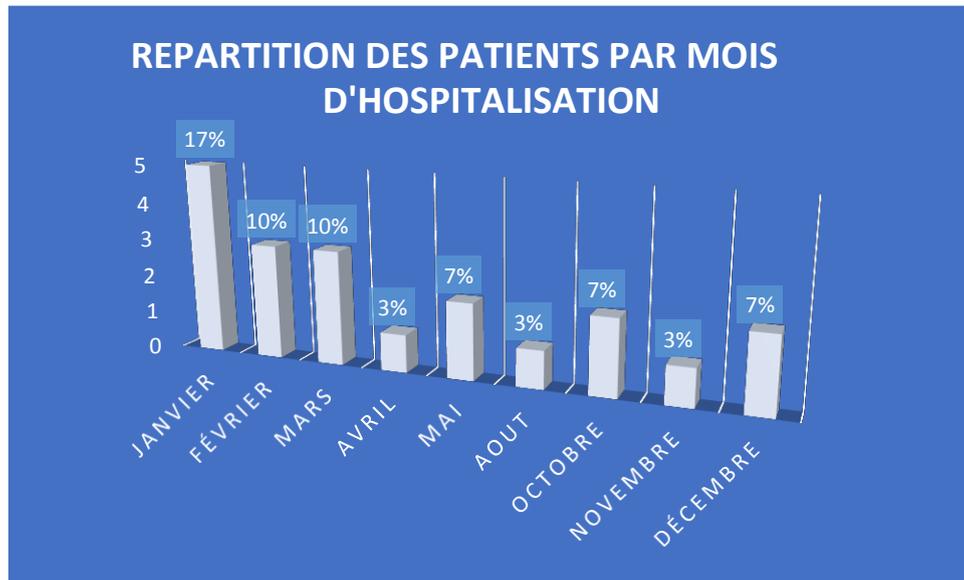


Figure 8

Parmi les 30 cas étudiés, 37% des sujets ont été hospitalisé le premier semestre de l'année et 17% dans le dernier semestre.

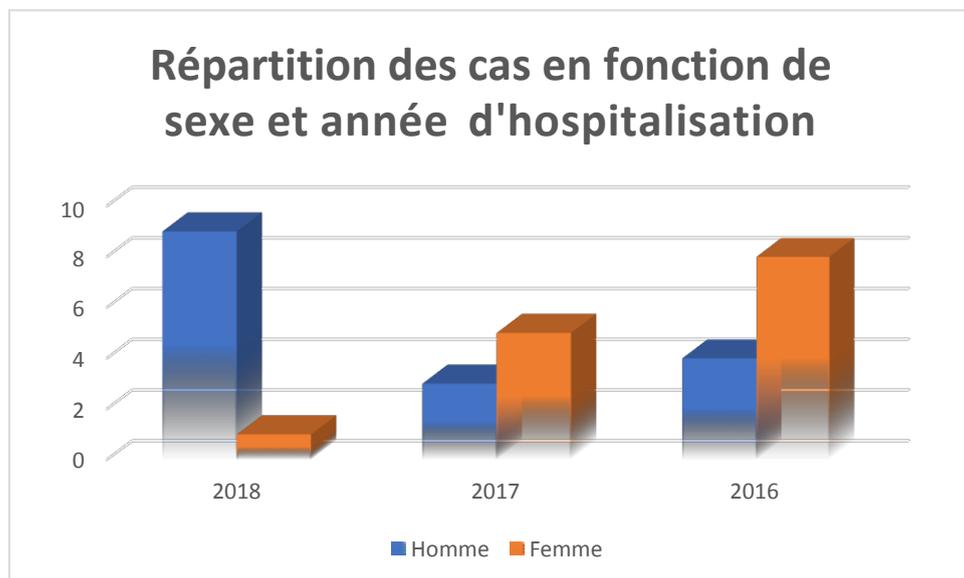


Figure 9

On observe qu'au fil des années plus d'hommes sont atteints par les pleurésies contrairement au femmes.

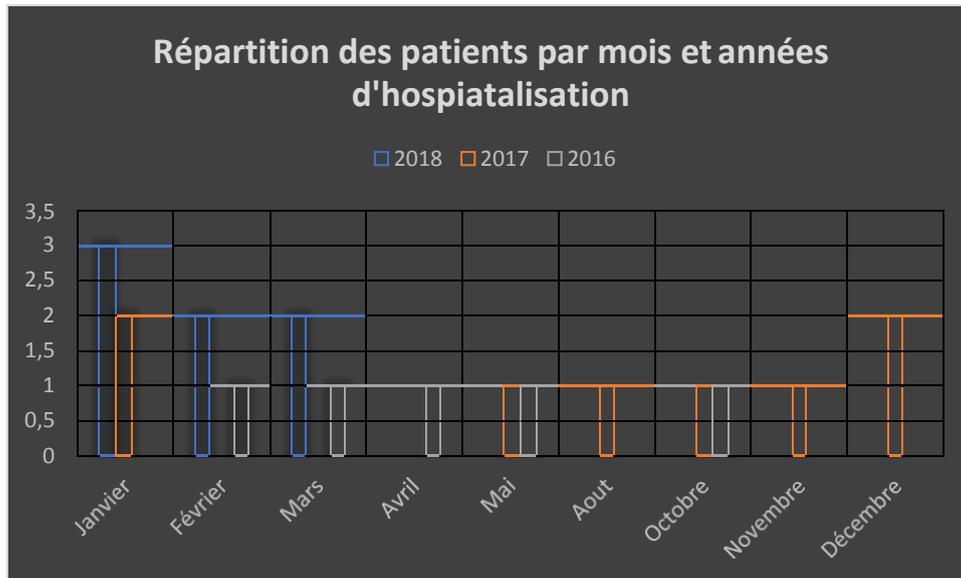


Figure 10

Dans notre étude 40% des patients ont été hospitalisés en 2016 ; cependant 27% des patients ont été hospitalisés en 2017 et 33% en 2018.

7- Répartition des sujets en fonction des antécédents personnels

7-1 Médicaux :

a- HTA

HTA	Effectif	Fréquence
OUI	7	23%
NON	23	77%
total	30	100%

Tableaux 2

b- Diabète

Diabète	Effectif	Fréquence
OUI	3	10%
NON	27	90%
Total	30	100%

Tableaux 3

Plus de 70% des patients sont ni diabétiques ni hypertendus.

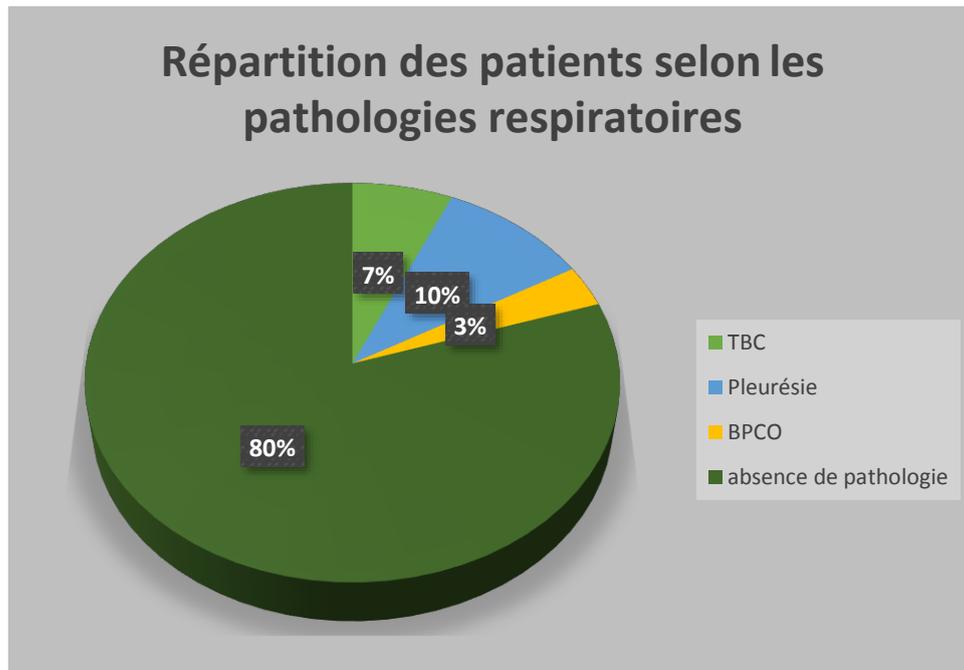


Figure 11

80% des sujets n'ont aucuns antécédents respiratoires.

7-2 chirurgicaux

Antécédents chirurgicaux	Effectif	Fréquence
OUI	4	13%
NON	26	87%
total	30	100%

Tableaux 4

87% des cas n'avait aucun traitement chirurgical

8- Répartition des antécédents familiaux et contagé tuberculeux

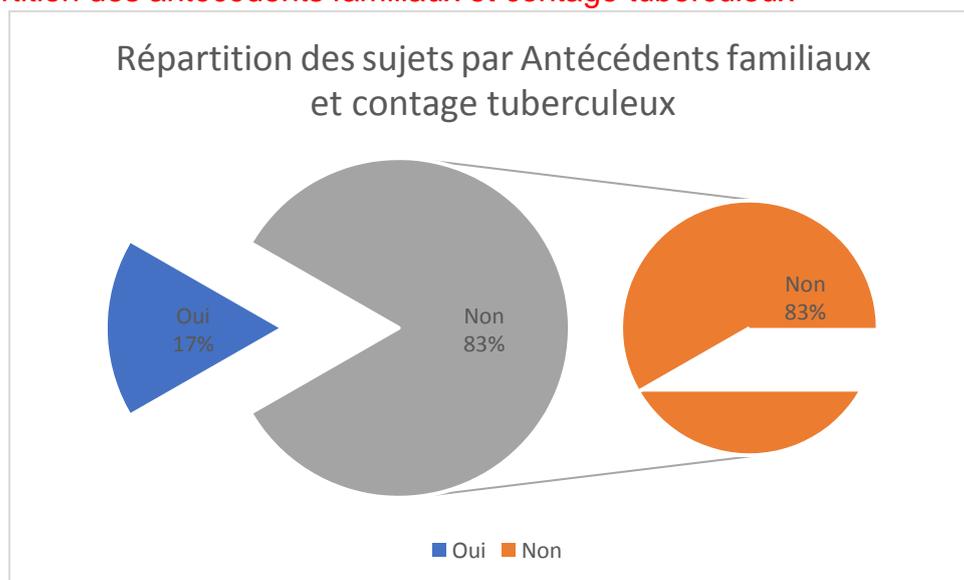


Figure 12

On constate que 17% des patients ont déclaré qu'un membre ou plus de leur famille avait déjà la Tuberculose pulmonaire .

8-1 Contage tuberculeux*Sexe

Sexe	Contage tuberculeux	
	Oui	Non
Homme	1	15
Femme	6	8
Total	7	23

Tableaux 5

7 patients ayant des sujets contact dans leur famille étaient contaminé dont 6 cas étaient des femmes.

8-2 Contage tuberculeux*Age

Tranche d'âge	Contage tuberculeux		Total
	Oui	Non	
[15;30[	2	6	8
[30;45[	4	3	6
[45;60[	0	6	6
[60;75[	1	4	4
[75;90[	0	4	4
Total	7	23	30

Tableaux 6

Parmi les sujets contacte les plus contagieux ils sont âgé entre [15 ;30[et [30 ;45[.

8-3 Contage tuberculeux*Lieu de résidence

Lieux de résidence	Contage tuberculeux	
	Oui	Non
Urbain	1	8
Rural	6	10
Total	7	18

Tableaux 7

On constate que la plupart des gens contaminé par le bacille de Koch demeurent dans des zones rural (85% des sujets infectés).

9- Répartition selon la notion du tabac et d'alcoolisme

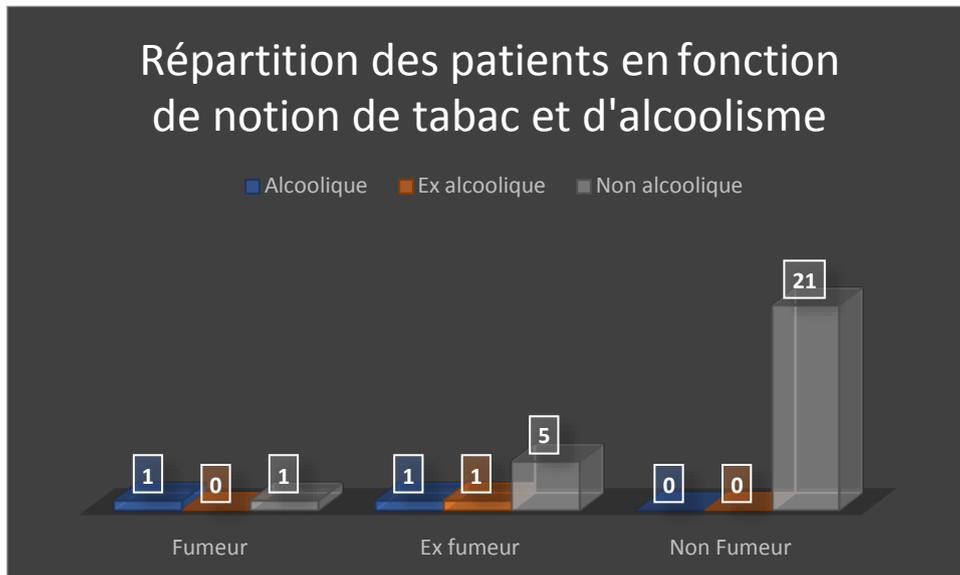


Figure 13

- 7% des sujets sont des fumeurs dont 1 sujet est consommateur d'alcool.
- 23% des sujets sont des Ex fumeurs dont 1 est consommateur d'alcool ; un autre est un Ex consommateur d'alcool et 5 sujets sont non-consommateurs.
- 70% des sujets sont non-fumeurs et non-consommateurs.

10- Répartition selon le mode de début des symptômes

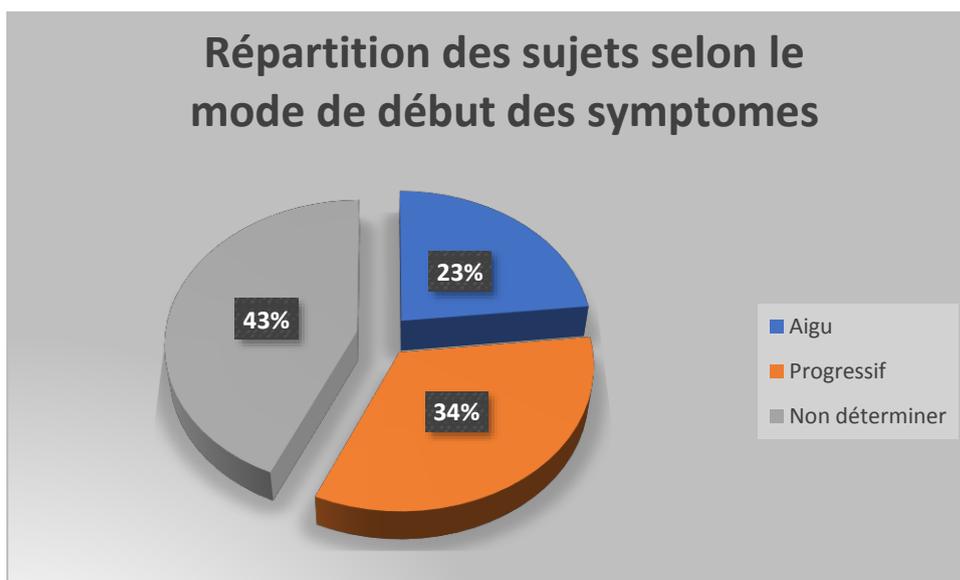


Figure 14

11- Répartition selon le motif de consultation

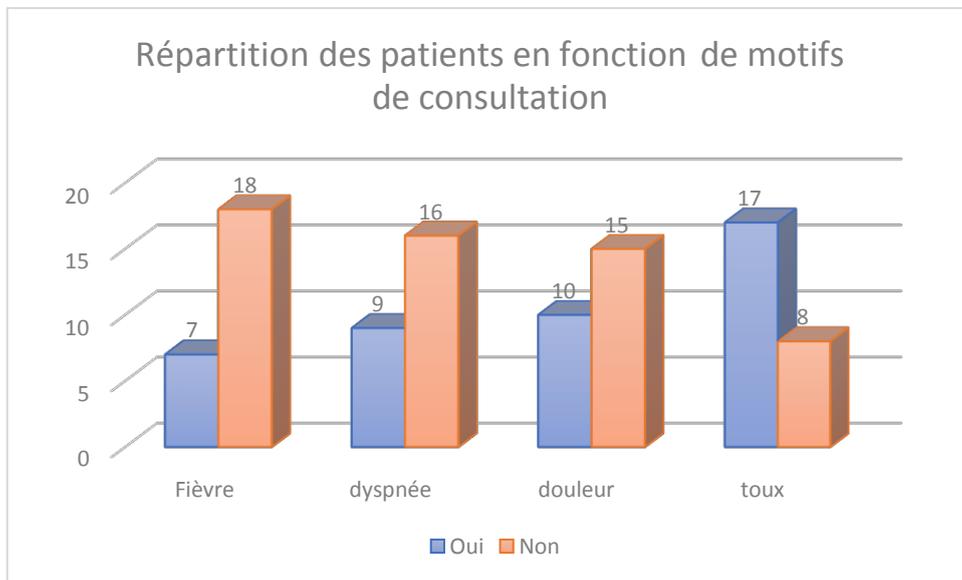


Figure 15

Le signe le plus dominant c'était la toux 56,6 % des cas.

12- Répartition selon les signes généraux

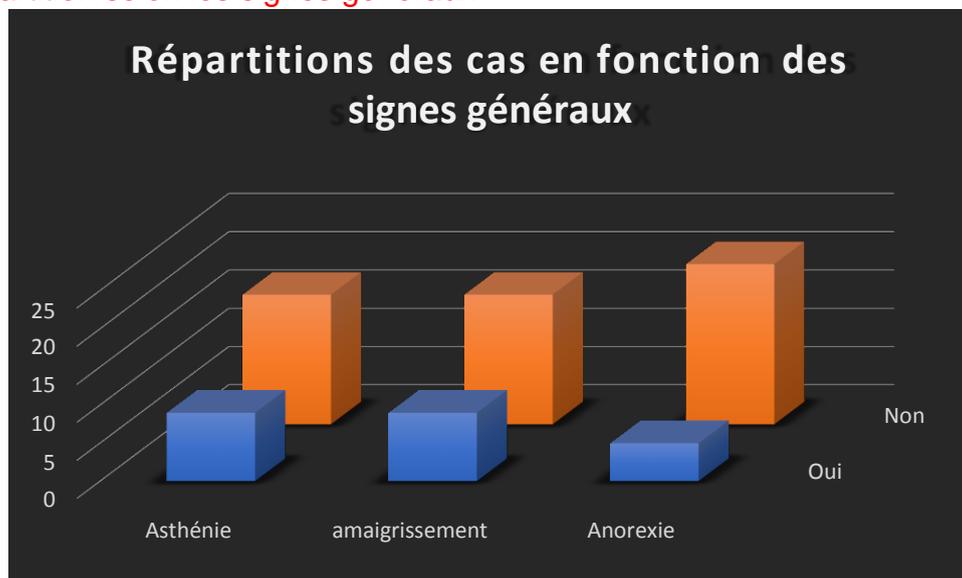


Figure 16

60% des cas avait soit une asthénie ou amaigrissement.

13- Répartition selon les signes respiratoires

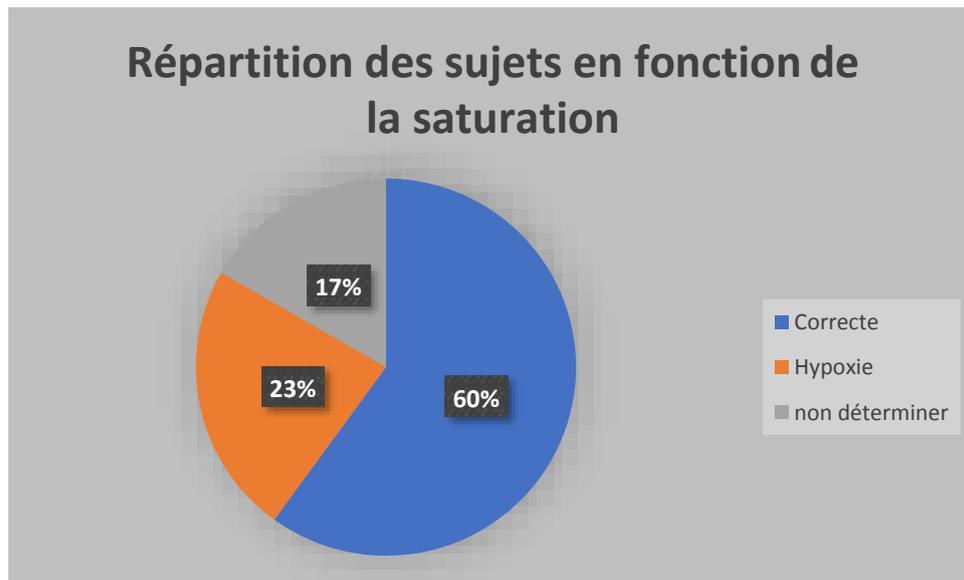


Figure 17

- 60% des sujets avait une saturation correcte.

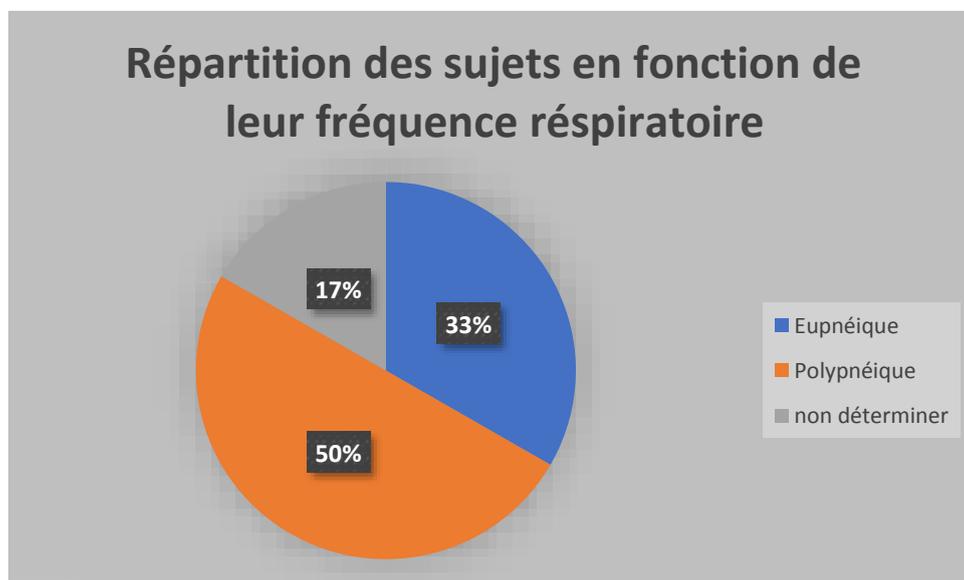


Figure 18

- 33% des sujets étaient en état eupnéique.

14- Répartition selon les signes cardiaques

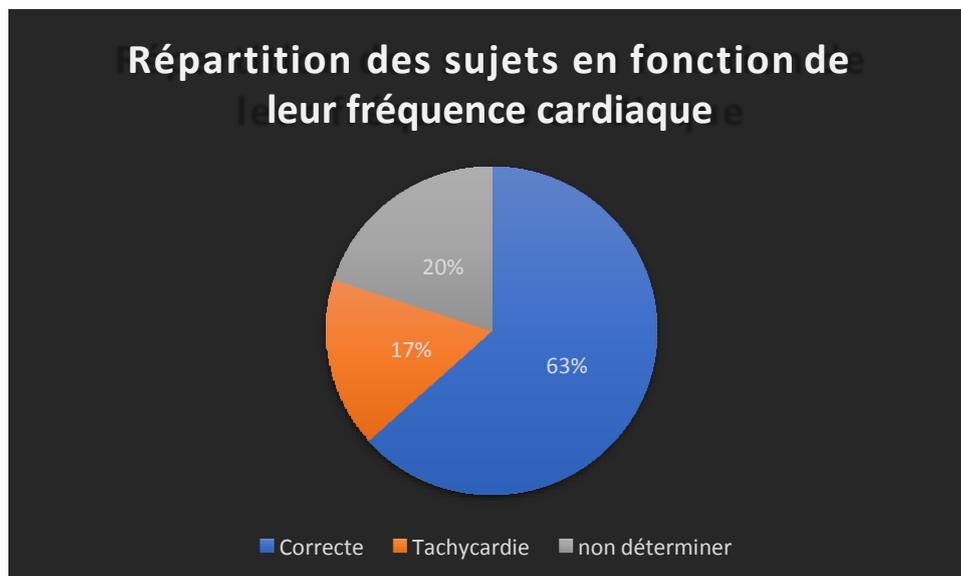


Figure 19

- Dans 63% des cas la fréquence cardiaque était correcte.

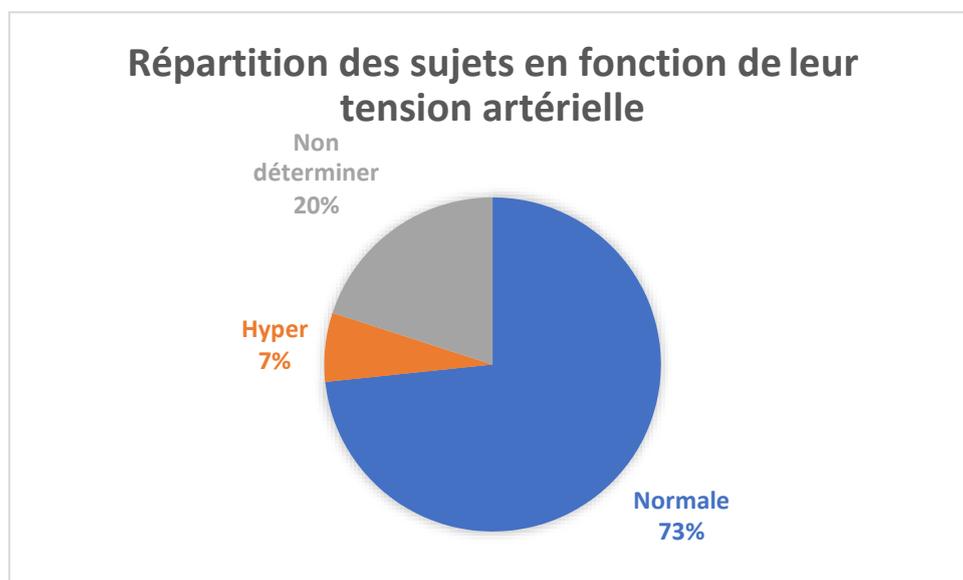


Figure 20

- Dans 73% des cas la tension artérielle était dans les normes.

*Dans cette étude 1 seul cas D'OMI a été signalé.

16- Répartition selon l'examen Digestif

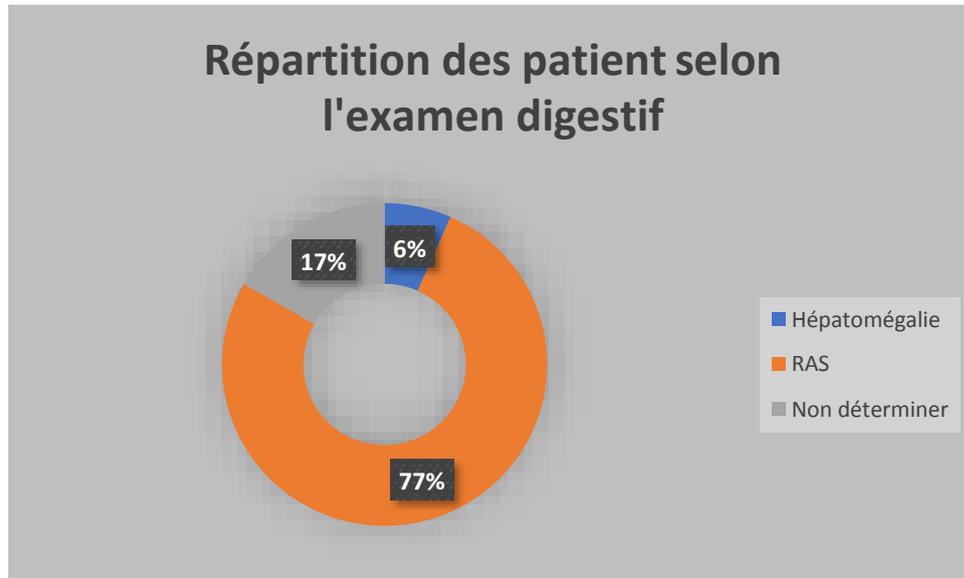


Figure 21

- A l'exception de 6% des sujets (2 cas) qui avaient une hépatomégalie ; la majorité n'avaient aucun signe digestif a marqué.

15- Répartition selon l'examen pleur pulmonaire

Syndrome d'épanchement pleural	Effectif	Fréquence
Présent	24	80%
Absent	2	7%
Non déterminer	4	13%
Total	30	100%

Tableaux 8

- On remarque que 80% des sujets présentaient un syndrome d'EPL au moment de l'examen.

16- Répartition en fonction de la localisation de l'épanchement

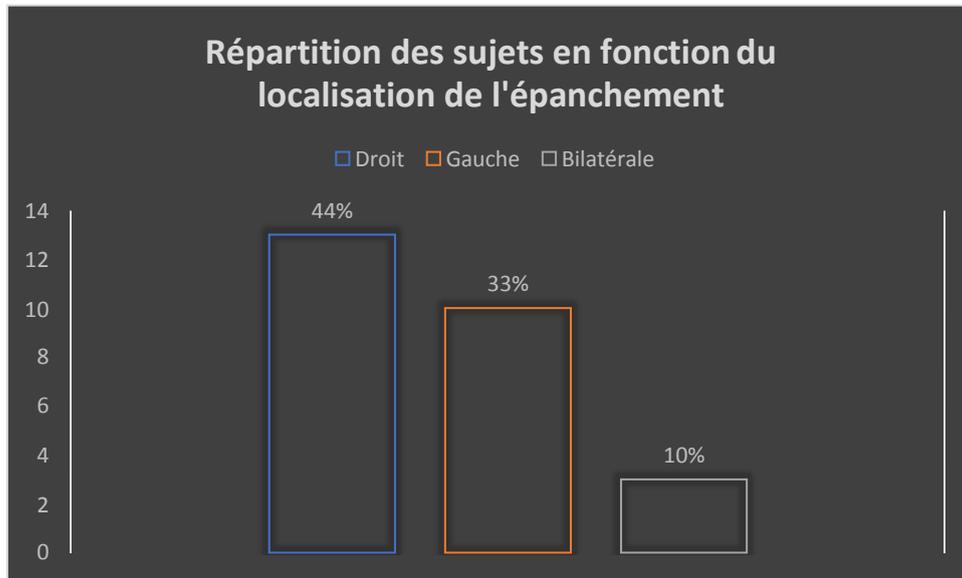


Figure 23

ON remarque que dans cette étude que :

- On constate une prédominance des épanchements unilatéraux dont 44% sont des épanchements droits.
- Peu de patients avait un épanchement bilatéral.

17- Répartition selon l'abondance de l'épanchement

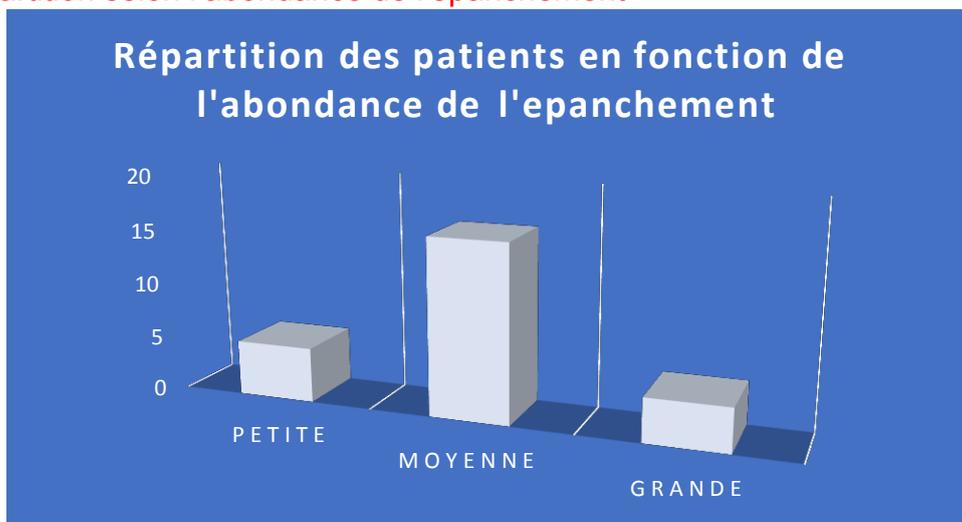


Figure 22

On observe une prédominance des pleurésies de moyenne abondance 53%

18- Répartition en fonction des lésions parenchymateuses

Lésion parenchymateuse	Effectif	Fréquence
OUI	2	7%
NON	24	80%
Non déterminer	4	13%
Total	30	100%

Tableaux 9

Dans notre étude, 80% des sujets n'ont pas une lésion parenchymateuse.

19- Répartition des sujets en fonction de l'aspect du liquide pleural

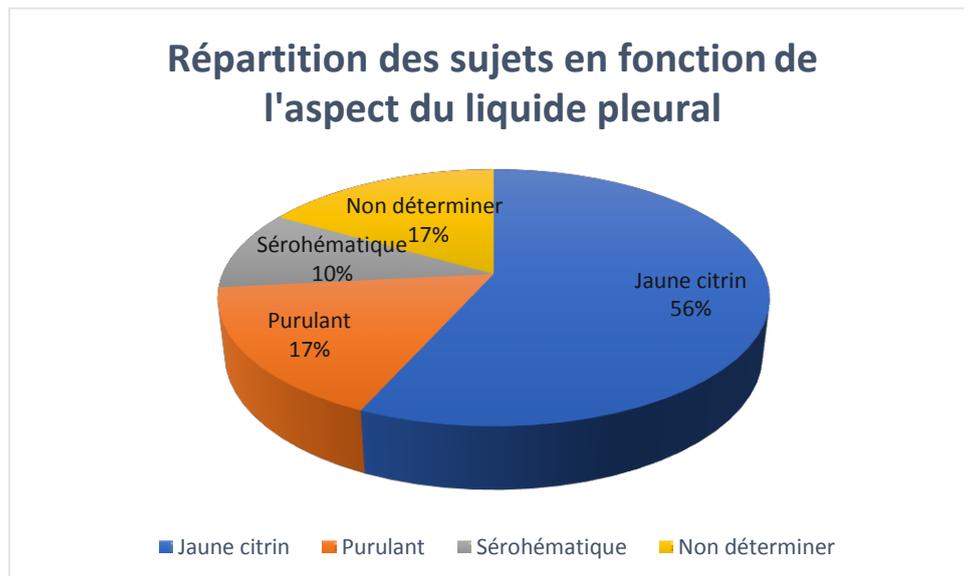


Figure 24

Parmi les 30 sujets :

- Soit 56% des patients avaient un liquide pleural jaune citrin.
- 17% des sujets avaient un liquide pleural d'aspect purulent et 10% sérohématique.

20- Répartition des sujets selon la chimie du liquide pleural et type de pleurésie

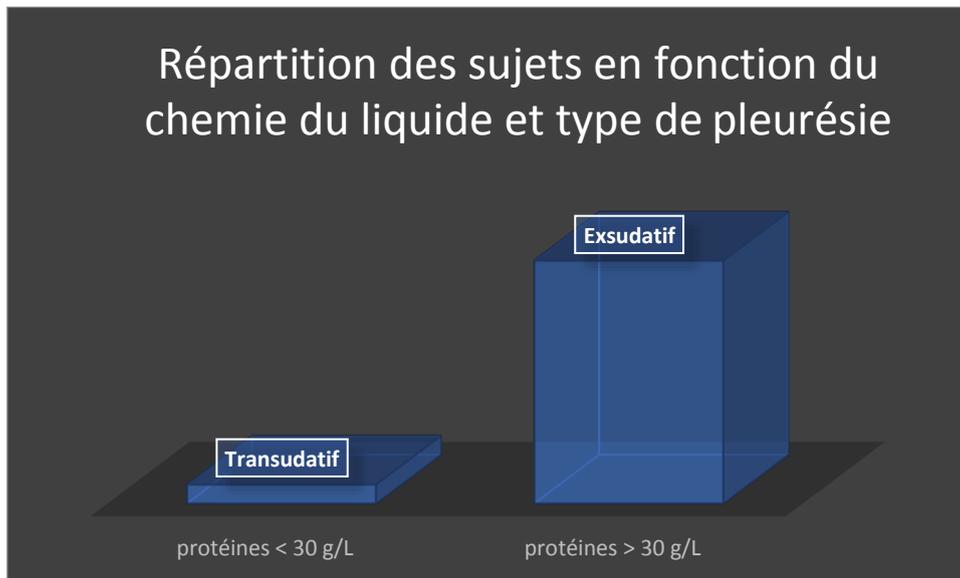


Figure 25

On remarque une prédominance des pleurésies exsudatif dans notre échantillon d'étude par un taux de 93%. Cependant seulement 2 cas de Transsudat ont été hospitalisé durant la période d'étude (7%).

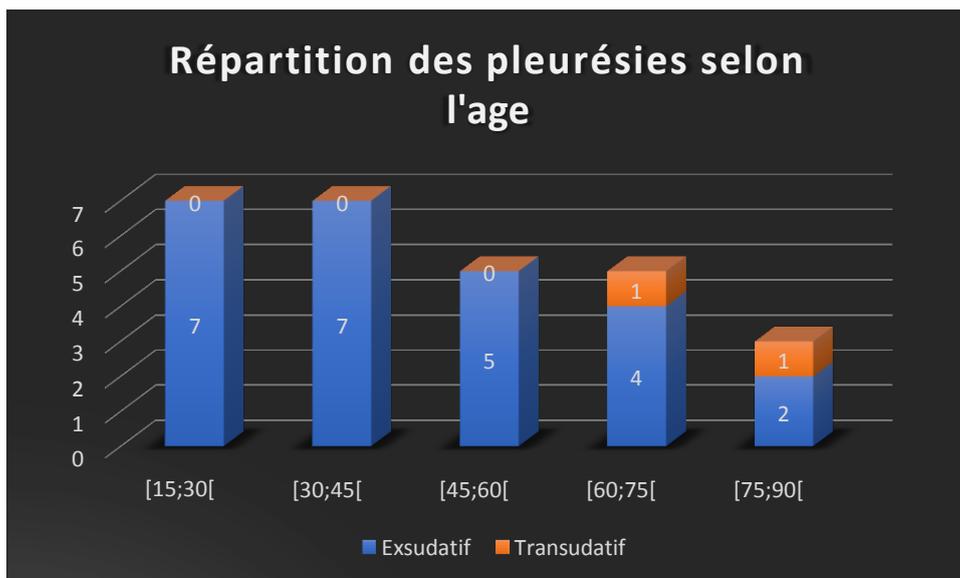


Figure 26

On constate que les cas de transsudat touchent les personnes âgées (soit plus

de 60 ans).

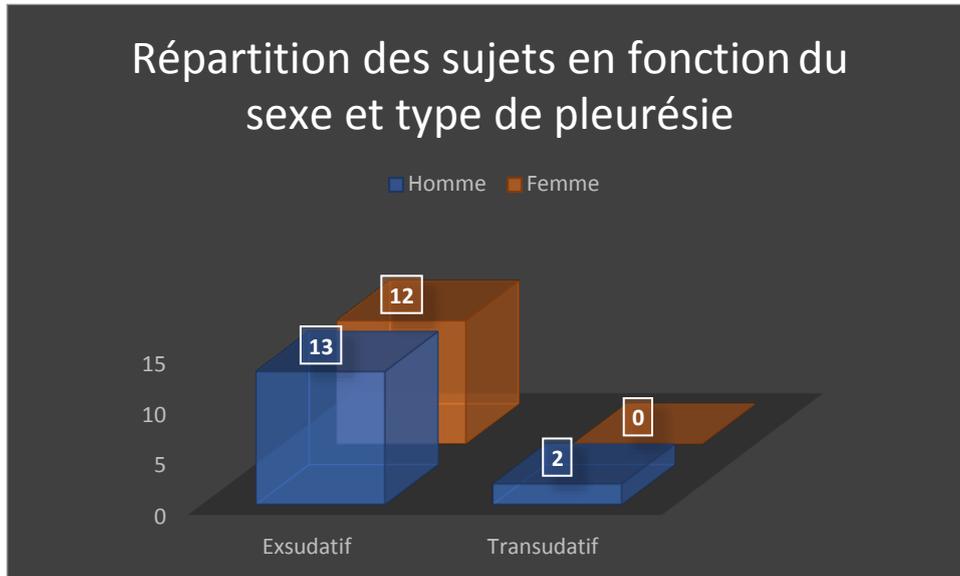


Figure 27

Dans notre étude, On observe qu'on a autant d'exsudats chez les hommes et les Femmes.

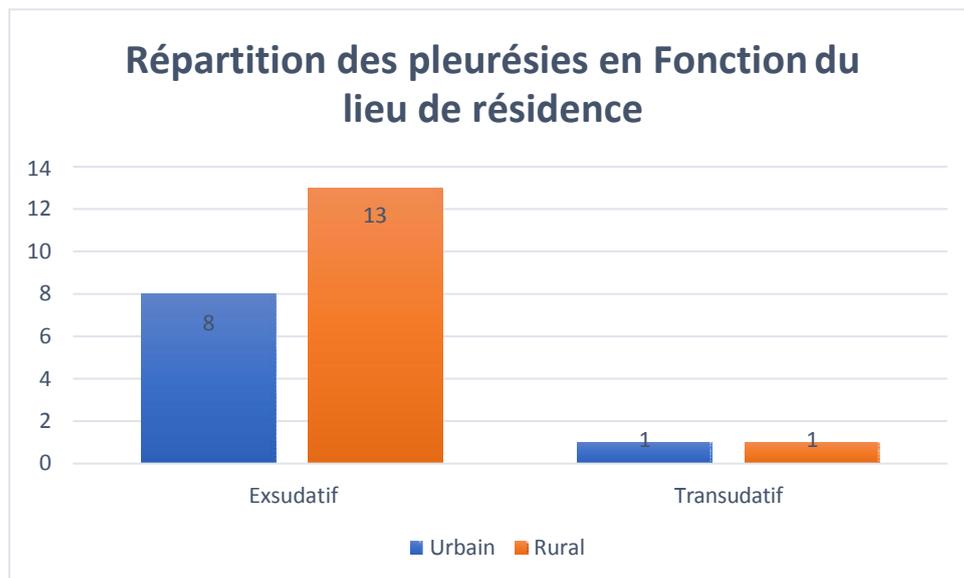


Figure 28

Les patients qui demeurent aux zones rurales sont plus touché par les pleurésies.

21- Répartition en fonction de la prédominance cellulaire

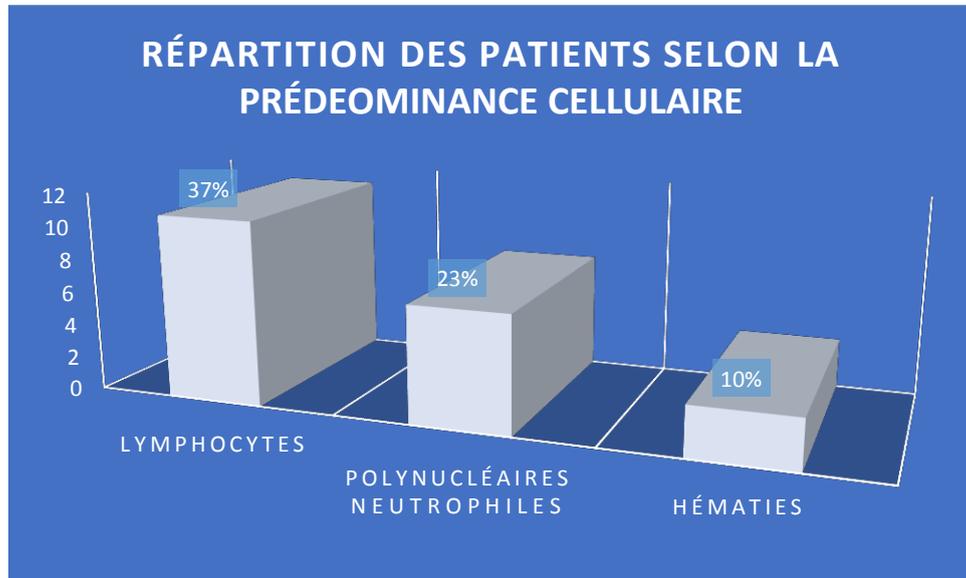


Figure 29

22- Répartition selon les causes des pleurésies

Diagnostic étiologique	Effectif	Fréquence
TBC	14	47%
Infections non spécifiques	5	17%
Néoplasie	3	10%
Insuffisance rénale	1	3%
Donnés manquantes	7	23%
Total	30	100%

Tableaux 10

Dans notre étude, la tuberculose pleurale est l'étiologie la plus dominante avec un taux de 47% des cas suivi par les infections non spécifiques 17% et les néoplasies 10% des sujets.

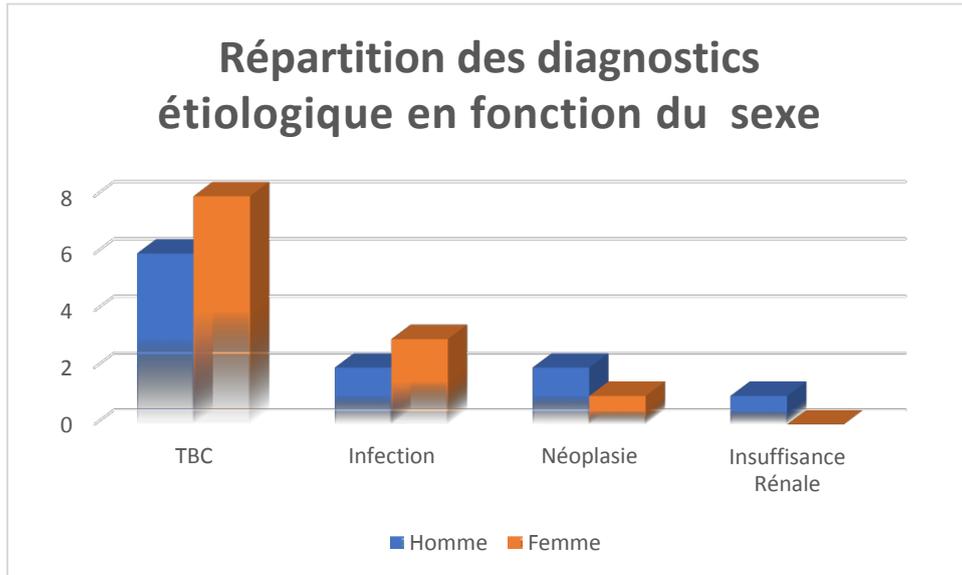


Figure 30

Dans cette étude, On constate qu'on a plus de femmes touché par la tuberculose que les hommes.

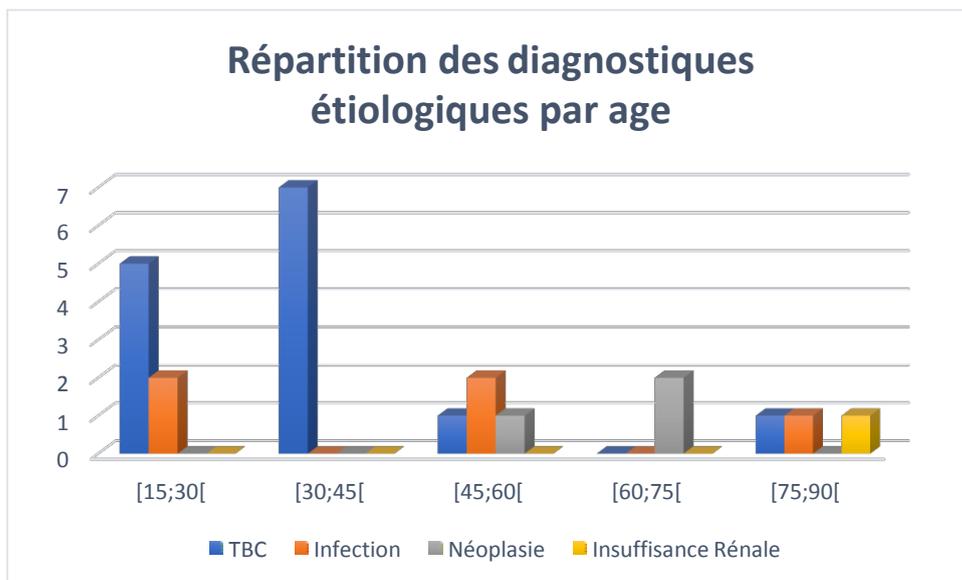


Figure 31

Dans cette étude, on observe que la tuberculose touche souvent les jeunes et les adultes jeunes ([15 ;45]).

23- Répartition selon l'évolution de l'états des sujets

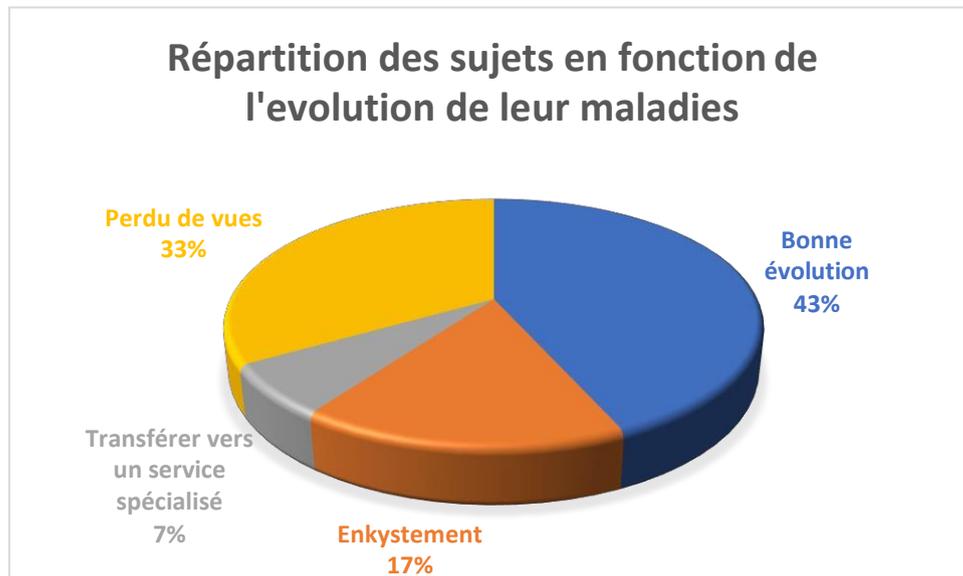


Figure 32

- L'évolution a été globalement favorable chez presque la moitié des patients 43%.
- 5 cas d'enkystement ont été enregistré dans notre échantillon.
- 2 cas ont été transférer vers un autre service, cependant 10 patients soit 33% ont été considéré comme perdu de vues.

V- Discussion des résultats

1- Données sociodémographiques

1- Fréquence

Les pleurésies constituent un motif fréquent de consultations en pneumologie, ce qui est rapporté également par d'autres auteurs.

auteurs	pays	Année	Fréquence
KOFFI [1]	Cote d'ivoire	1997	20,0%
ASTOUL [2]	France	2008	25,0%
OUEDRAOGO [3]	Burkina –Faso	2000	13,8%
TAYEWO [4]	Maroc	2011	18,8%
Notre étude	Algérie	2018	13,7%

Tableau 11

2- Age

La moyenne d'âge trouvée dans notre série est plus élevée que celle rapportée par Certains auteurs et proche de celles rapportée par d'autres.

La moyenne d'âge élevée peut être expliquée par le taux élevé des pleurésies tuberculeuse dans notre série.

Les extrêmes d'âge notés dans notre série sont proches de ceux observés dans certaines études (Tableau12).

Auteurs	Pays	Année	Age	
			Moyenne	Extrêmes
El Hassane [9]	Algérie	2013	43 ans	-
VALDES [6]	Espagne	2010	26 ans	-
Alaoui [8]	Maroc	2011	46,3 ans	[11-94]
YENA [5]	Mali	2008	37,98 ans	[1-80]
KALANTRI [7]	Canada	2007	43 ans	[13-89]
Ndiaye [10]	Sénégal	2013	41,9 ans	-
TAYEWO [4]	Maroc	2011	46,3 ans	[11-94]
KAMANI [11]	Maroc	2017	48,6ans	[20-82]
Notre étude	Algérie	2018	46,6 ans	[16-88]

Tableau 12

3- Sexe

La prédominance du genre masculin notée dans notre étude est également rapportée dans la majorité des études.

Auteurs	Pays	Année	Sexe		
			Masculin	Féminin	Sexe ratio
El Hassane [9]	Algérie	2013	59,09%	40,09%	-
VALDES [6]	Espagne	2010	60%	40%	1,5
Alaoui [8]	Maroc	2011	62,3%	37,7%	1,65
YENA [5]	Mali	2008	69,2%	30,8%	2,25
KALANTRI [7]	Canada	2007	71%	29%	2,45
Ndiaye [10]	Sénégal	2013	70,1%	29,9%	2,34
KAMANI [11]	Maroc	2017	79,2%	20,8%	1,85
Notre étude	Algérie	2018	53,3%	46,7%	1,14

Tableau 13

4- Résidence

53% des sujets demeurent d'une zone rurale qui est expliqué parla mauvaise hygiène de vie. L'absence d'une prise en charge sanitaire adéquate. L'absence des médecins spécialiste dans ces régions là. Le niveau intellectuel et socio-économique bas des gens habitants a ces régions.

5- Tabac et éthyisme

Dans notre série 30 % de nos patients sont ou ont été des fumeurs, ce chiffre est proche de celui rapporté par Alaoui [8] 32%, par contre il paraît élevée par rapport à celui rapporté par Yena [5] 9% et Ndiaye [10] 22,4 %. Le tabac est un facteur de risque très important des causes néoplasiques et même tuberculeuse. La consommation de l'alcool a été retrouvée uniquement chez 6% de la population Donc ce n'est pas vraiment une variable a étudiée en Algérie.

6- la profession

Dans notre étude ;20% des sujets sont des femmes au foyer et 26 % sont soit fonctionnaire ou retraité.

7- Antécédents Médicaux

On note que 23% des sujets sont des patients hypertendus et 10% sont des Malades Diabétiques ce qui explique le taux bas des pleurésies exsudatif au niveau du Service.

8- mode de début d'installation

Le mode de début d'installation est un élément primordial à prendre en compte. Dans la littérature il est peu décrit et reste très variable.

On observe que dans 34% des cas le mode de début est chronique et 23% des sujets avait un mode de début aigu. Ce long délai peut être expliquée par fois par le passage asymptomatique de la maladie.

9- motif de consultation et signes généraux

Dans cette étude on a constaté que :

- Dans 57% des cas, les malades avaient une toux.

- Dans 53% des cas, les malades avaient une dyspnée.
- Dans 33% des cas, les sujets plaignaient d'une douleur (le plus souvent basithoracique).
- Dans 23% des cas, les patients étaient dans un état fébrile.
- 9 cas d'asthénie avec un taux de 30%
- 9 cas d'amaigrissement avec un taux de 30%
- 5 cas d'anorexie avec un taux de 17%

Auteurs	Pays	Année	Motifs de consultation			
			Douleur thoracique	Toux	Dyspnée	Fièvre
Wandaogo [12]	Burkina Faso	2003	63,49%	-	23,8%	-
DIALLO [13]	Mali	2006	78,4%	13,7%	7,9%	-
KAMANI [11]	Maroc	2017	38%	24%	13%	16%
Notre étude	Algérie	2018	33%	57%	53%	23%

Tableau 14

10- Signes respiratoire, cardiaque et digestif

- 50% des sujets avaient une polypnée
- 23% des sujets avait une hypoxie.
- 17% des patients avait une tachycardie lors de l'examen.
- On avait un seul cas d'OMI.

11- Examen pleuro pulmonaire

Auteurs	Pays	Année	Syndrome d'EPL
Kalantri [7]	Canada	2007	90%
Yena [5]	Mali	2008	89,74%
Alaoui [8]	Maroc	2011	98,4%
KAMANI [11]	Maroc	2017	95%
Notre étude	Algérie	2018	80%

Tableau 15

Les résultats de notre étude se concorde avec les résultats des autres études quand il s'agit de la présence su syndrome pleuro pulmonaire.

12- Localisation et abondance

12-1 Localisation

Dans notre étude, Les pleurésies sont de localisation droite sont prédominantes à 44% et de moyenne abondance à 53,3% ce qui concorde avec les données de la littérature.

Auteurs	Pays	Année	Abondance		
			minime	moyenne	grande
VALDES [6]	Espagne	2010	79%	9%	12%
Alaoui [8]	Maroc	2011	24,5%	52%	23,4%
KALANTRI [7]	Canada	2007	65%	0%	35%
Tayewo [4]	Maroc	2011	22,7%	49%	28,2%
Notre étude	Algérie	2018	16,6%	53,3%	13,3%

Tableau 16

13- Aspect du liquide :

L'analyse de l'aspect du liquide pleural est une étape importante, elle aide à l'orientation étiologique. C'est ainsi que dans notre série, l'aspect le plus souvent retrouvé est celui de type jaune citrin (56%) suivi par l'aspect purulent et sérohématique. Ces données se rapprochent de celles rapportées par certaines études.

Auteurs	Pays	Année	Aspect macroscopique du liquide pleural		
			Jaune citrine	purulent	Sérohématique
El Hassane [6]	Algérie	2013	63,63%	25%	11,36%
Alaoui [8]	Maroc	2011	68,4%	11,5%	17,9%
Ndiaye [7]	Sénégal	2013	61,1%	27,32%	14,45%
Tayewo [4]	Maroc	2011	73,5%	6,2%	14,2%
Notre étude	Algérie	2018	56%	17%	10%

Tableau 17

14- Chimie du liquide :

Il permet de différencier un exsudat d'un transsudat. Lorsqu'il est supérieur à 30g/l, c'est un exsudat. Dans notre série, les pleurésies exsudatives sont prédominantes 93%. Ce qui rejoint aussi les données de la littérature : Toloba [14] en rapporte 93,3% alors Alaoui [8] que mentionne 91% de pleurésies exsudatives.

15- Cytologie du liquide :

Dans cette étude, on observe que très souvent on a une prédominance lymphocytaire 37% suivi par une prédominance des polynucléaires neutrophiles 23%, Ces données se rapprochent de celles rapportées par El Ghoul [14] qui a trouvé une prédominance des PNN de 46% .

16- Le Diagnostic étiologique

La prédominance de l'étiologie tuberculeuse est montrée dans toutes les études y compris la notre.

Auteurs	Pays	Année	Etiologie				
			Tuberculose pleurale	Infection	Néoplasie	Cardiaque	Autres
El Hassane [9]	Algérie	2013	45,45%	18,2%	6,2%	-	25%
Alaoui [8]	Maroc	2011	47,1%	19,9%	4,2%	5,8%	6,8%
El Ghoul [14]	Mali	2008	28%	12%	33%	20%	5%
Kalantri [7]	Canada	2007	9%	21%	49%	17%	4%
Ndiaye [10]	Sénégal	2013	57,2%	34,25%	1,9%	-	-
Tayewo [4]	Maroc	2011	64,8%	7,4%	16,2%	3,7%	1%
Notre étude	Algérie	2018	47%	17%	10%	-	26%

Tableau 18

17- Evolution

L'évolution a été favorable dans 43% des cas de notre série, tandis que dans l'étude de Kamani [11] le taux de guérison était de l'ordre de 59,3%, et dans l'étude

de Alaoui [10] ce taux ne dépassait pas 20,5%. Dans notre étude on a remarqué un taux d'enkystement était de 17%, cependant Kamani [11] a rapporté un taux de l'ordre de 4,2%. Concernant les autres sujets 7% des cas ont été transférés vers un service spécialisé, bien que le reste a été considéré comme perdus de vues. Dans l'étude de Kamani [11] 56,3% des sujets ont été considéré comme perdus de vue, et 33,3% ont été adressés ou transférés dans d'autres services spécialisés.

VI- Conclusion

- Les pleurésies au service de pneumologie de l'hôpital Ahmed Bouras, Représente 18,8% des toutes les hospitalisations du service. On note une légère prédominance masculine surtout les sujets âgés entre 15 et 45 ans. Elle est de bas niveau socio-économique et est surtout originaire des environs rurales. Les signes fonctionnels sont dominés par la Toux et la douleur thoracique. Les pleurésies dans notre contexte sont de type exsudatif et à prédominance lymphocytaire. Les causes tuberculeuses sont les plus retrouvées dans notre série et la ponction pleurale s'est avéré être un examen clé, très utile au diagnostic étiologique de nos cas de pleurésie. Le traitement des pleurésies comporte deux volets : un volet étiologique et un volet symptomatique. L'évolution des pleurésies est surtout étiologie dépendante; mais elle est en générale bonne. A partir de cette conclusion, nous formulerons quelques recommandations à pour pallier aux différents problèmes soulignés par notre étude. Ces recommandations sont les suivantes: Pour diminuer l'incidence des pleurésies de notre service, nous
- demandons au responsable, une amélioration de la qualité des soins des populations des environs rurales. Ceci ne serait effectif que grâce à une meilleure sensibilisation et un meilleur équipement des spécialistes de ces régions s'ils existaient. Ce qui leur permettrait une meilleure prise en charge de cette pathologie.
- Une amélioration de programme de lutte contre la tuberculose permettrait de diminuer considérablement l'incidence des pleurésies. Ceci passe par une plus grande extension de la couverture vaccinale et une amélioration des conditions de vie socio-économiques de la population.

- Bien que de diagnostic clinique facile, les pleurésies restent toujours en matière de diagnostic étiologique, un challenge à remporter d'autant plus que le traitement est en partie étiologie-dépendant. Mais, malheureusement un taux assez élevé de pleurésies de causes indéterminées restent encore observées dans notre service, faute de moyens d'investigations suffisants.

Bibliographie par ordre d'apparition dans le texte

1 Le petit LAROUSSE de la médecine ; p757 ;2010

2 ZOUGBA Z. A., OUEDRAOGO M., BADOUM G., OUEDRAOGO S. M., ZIGANIE A., MEDA C. Z. Problématique des pleurésies purulentes au centre hospitalier national Souro Sanon de Bobo Dioulasso à propos de 129 cas hospitalisés Med AFR Noire 2003; 50: 509-12

3 TRAORE M. H. Place de la ponction biopsie de la plèvre dans le diagnostic étiologique des pleurésies non purulentes (62 biopsies de la plèvre réalisées dans le service de pneumo-phthisiologie) Thèse Med Bamako, N°60 1989.

4 MAIGA M. Aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et évolutifs des pleurésies à la pédiatrie de GA-BRIEL TOURE Thèse Med Bamako N°104 2000.

5 KAHLE W., LEONHARDT H., PLATZER W. Anatomie. Flammarion 2. p349, 136.

6 www.univ-brest.fr/s_commun/biblio/anatomie/web_anat/-2

7 L. Greillier , J.-M. Pelsoni, A. Fraticelli , P. Astoul*

Méthodes d'investigation de la plèvre Pleural investigation procedures, EMC pneumologie, <http://france.elsevier.com/direct/EMCPN/>

8 Miscrocchi G. Physiology and pathophysiology of pleural fluid turnover. Eur. Respir J 1997 ; 10 : 219-25.

9 Pneumologie fondée sur les preuves actualisations SPLF séminaire no 3 (pathologies pleurales, interstitielles, thrombo-emboliques ; tabac), Diagnostic des pleurésies (hors cancer), P. Magro, M. Ferrandiere, E. Hazouard, E. Lemarie, A. Rabbat.

10 Ibid

11 Ibid

12 Eibenberger KL, Dock WI, Ammann ME, Dorffner R, Hormann MF Grabenwoger F : Quantification of pleural effusions: sonography versus radiography. Radiology 1994 ; 191 : 681-4.

13 Lichstein D, Axler O : Intensive use of general ultrasound in the intensive care unit. Prospective study of 150 consecutive patients. Intensive care Med 1993 ;

14 Grenier P : Imagerie thoracique de l'adulte. Paris Flammarion, médecine, 1988 : 157-65. McLoud TC, Flower CD : Imaging the pleura: sonography, CT and MR imaging. Am J Roentgenol 1991 ; 156 : 1145-53.

15 Stark DD, Federle MP, Goodman PC, Podrasky AE, Webb WR : Differentiating lung abscess and empyema: radiography and computed tomography. Am J Roentgenol 1983 ; 141 : 163-7.

16 DOMOUA K., COULIBALY G., SIDIBE K., DHAT Z. M., DAIXT, BATHK, GRANT K., WIKTOR S., YAPI A. Etiologie des pleurésies chez les patients infectés par le VIH à Abidjan (CI) REV Mal Resp. 2001; 1; 1S144.

17 STEENHOUWER F. (CH ROUBAIX) et ch. Marquette (CH RU LILLE) Orientation diagnostique face à un épanchement pleural Item 312. 2004-2005 -04-14, 7p.

18 GREILLIER L., PETONI J. P., FRATICELLI A., ASTOUL P. Méthodes d'investigation de la plèvre Département des maladies respiratoires, unité d'oncologie thoracique, hôpital Sainte Marguerite EMC- Pneumologie 2 (2005) 127-146

19 KEITA B., KONE A. et SANGARE S. Les pleurésies purulentes en milieu Hospitalier Spécialise à Bamako Bull Sac Patch Exo 1993; 86; 148-50 N° 83 M 23.

20 DAVID R. LAWRENCE, FRCS, SUNIL K. OHRI, FRCS, RUTH E. MOXON, EDWARD R. TOWNSEND, FR, and S.WILLIAM FOUNTAIN, FR Thorascopic Debridement of empyema thoracis Department of thoracic Surgery, Hare field Hospital, Hare field Ann thorac Surg 1997; 64.

21 EDWARD R., MUNNELL, MD Thoracic Drainage Section of thoracic and cardiovascular Surgery, Ann thorac. Surg 1997; 63: 1497- 502.

22 DAVID. A, WALLER, BM, B. S, ARVIND. R Thorascopic decortications: A role for Video. Assisted Surgery in Chronic post pneumonic pleural empyema Ann thorac. Surg 2001; 71: 1813- 6.

23 JOHN. R. ROBERTS, MD Minimally invasive surgery in the treatment of empyema. Intraoperative decision making. Division of general thoracic surgery, Ann thorac. Surg. 2003; 76: 225-30.

24 opcit

25 JOHN. R. ROBERTS, MD Minimally invasive surgery in the treatment of empyema. Intraoperative decision making. Division of general thoracic surgery, Ann thorac. Surg. 2003; 76: 225-30.

26 opcit

Annexe

