

LA SEMIOLOGIE PLEURALE

Vu les nombreuses discussions qu'il y a sur le forum concernant le fait que la ronéo soit trop importante en nombre de pages , je ne mettrai pas les images dans cette ronéo pour l'alléger un peu, les diapos sont sur le forum pour ceux qui veulent.

Définition:

- Etude des signes cliniques.
- But : collecte des symptômes
- N'est qu'une partie de l'examen du malade
- «Fil Conducteur qui guide le médecin dans l'infinie diversité des malades» Bariéty
- Il n'y a de bonne réponse à un examen complémentaire que si il y a une bonne question.

Cas Clinique n°1

- Patient de 45 ans, sportif
- Traité depuis 5 ans pour une dyspnée
- Diagnostic «asthme» sur une exploration fonctionnelle respiratoire
- Décompensation respiratoire brutale
- Intubation, adressé en urgence en réa St Roch

Radio:

- Opacité basale droite au dessus de la coupole médiastinale

Scanner:

- Masse hétérogène coté base droite

Après opération on s'aperçoit qu'il s'agissait en fait d'une énorme tumeur fibreuse d'environ 4,5 kilos.

Ainsi si l'auscultation de son thorax avait été bien réalisé on aurait constaté tout de suite qu'il n'y a pas d'asthme mais que la difficulté respiratoire était due à la présence de la tumeur.

=> Il faut savoir poser les bonnes questions.

Notions de Bases

Plèvre:

2 séreuses qui enveloppent la paroi thoracique et se réfléchit sur le parenchyme pulmonaire et rentrant dans les scissures. Leur projection est beaucoup plus basse que le parenchyme pulmonaire.

Il est très difficile de se repérer sur le thorax car il peut y avoir des côtes surnuméraires.

L'astuce est de prendre l'angle de Louis comme référence avec en face la 2ème côte.
A savoir que sous chaque côte il y a le pédicule intercostal et que donc il faut passer sur le bord sup des côtes dans le cas des ponctions pleurales.

Bases:

- Les plèvres ont 3 rôles :
- **Mécanique respiratoire** : Le diaphragme en se contractant s'abaisse entraînant une compression des viscères et soulève les côtes ayant pour conséquence une augmentation du volume de la cage thoracique.
- **Production et résorption des fluides** : sécrétion et détoxification
- **Résorption des gaz** : un pneumothorax peut parfois se résorber tout seul.

Les pathologies rencontrées

1) Epanchements :

- **Air** : pneumothorax
- **Liquidiens**: hémithorax (sang) , chylothorax (lymphatique) , purulent (infectieux) , néoplasique (métastases ou cancers pleuraux) , réactionnel (transsudat)
- **Mixtes** : Hydropneumothorax

2) Tumeurs :

- Primitives (mésothéliome)
- Secondaires (poumon)

Examen Clinique

• Signes généraux

• Signes fonctionnels :

- **La toux** : sèche , déclenchée par la mobilisation et encore plus quand il change de position (il n'y a pas de toux grasses dans le cas d'une atteinte de la plèvre)

- **La dyspnée** : en fonction de la quantité de l'épanchement dans la plèvre , +/- lié à la douleur , dépend aussi des antécédents du malade (vieux , fumeur) . Absente chez l'insuffisant respiratoire aiguë en fonction du décollement pleurale.

- **La douleur** : brutale , en coup de poignard , héli thoracique: typique de la plèvre. Point de côté , +/- violent , permanent , intense , peut être modifiée par la position.

Cancer (mésothélium) : hémithoracique , très intense , meurt au bout de 6 mois à cause de la cachexie (perte de poids brutale , ne mange plus)

- Signes Physiques :

Inspection : Avec les yeux

- SE FAIT SUR UN MALADE DESHABILLE

- Peau : cyanose , cicatrice
- Oedème , circulation collatérale
- Asymétrie de ventilation
- Squelette : cypho/scoliose , déformations
- Mouvements respiratoires : +/- 15/mn , amplitude respiratoire : limité , Polypnée/ Bradypnée (20 / 10 cycles par mn)

Photo 1: on peut observer un problème de retour veineux au niveau de la VCS alors que sous le mamelon tout est normal cela étant due au fait que cette partie se draine dans la VCI qui n'a elle aucun problème.

Photo 2: Petits hématomes dans la partie sup du dos

Photo sur les thorax: 1) Thorax en carène 2) Thorax en entonnoir 3) Thoracostomie : on lui a enlevé une partie du thorax.

Palpation : avec les mains

- Rythme respiratoire et amplitude
- Vibrations vocales : faire dire 33 au patient en roulant les r
- Transmission des vibrations du larynx
- VV augmentées : condensation du parenchyme pulmonaire
- VV diminuées : épanchement pleural
- Emphysème sous cutanée (son = crépitation neigeuse) il faut penser au pneumothorax . On a une destruction de la paroi alvéolaire au delà de la bronchiole terminale et détruisant le parenchyme .

Principe : on se met derrière le malade , on pose nos mains sur la partie basse du dos = on doit obtenir une vibration symétrique.

Percussion : avec les mains et les oreilles

- immédiate (directe)
- médiante : par la percussion de ses doigts
- Augmentée : tympanisme présence d'un trop d'air : pneumothorax (emphysème)
- Diminuée : matité , épanchement liquidien (ou poumon tassé)
- On réalise la percussion devant en sup et derrière en inf
- On doit obtenir une symétrie au niveau de l'intensité. Il faut toujours les faire les 2 côtés en comparant .

Auscultation : avec les oreilles , patient assis bouche ouverte sans forcé et on pose fermement le stéthoscope.

- Respiration profonde régulière par la bouche
- MV audible pendant l'inspiration puis disparaît en expiration
- MV diminué quand il y a un épanchement pleural
- Bruits surajoutés : Souffles pleurétiques (liquide) et amphorique (air) qui sont pleuraux et expiratoires . Peu intenses
- Frottement pleural : début de pleurésie , c'est lorsque le film liquidien d'épaissit , son = comme si l'on frottait de la soie.

Déroulement : Haut D → Haut G → Bas D → Bas G

Cas Clinique n°2:

- Jeune Homme 25 ans
- Aucun antécédent . 1.85 m / 70kg
- En se levant le matin, douleur brutale thoracique droite « comme une gros point de côté»
- De plus en plus essoufflé
- Inquiet, consulte en urgence

Conclusion : Pneumothorax spontanée idiopathique

Généralement due aux changements de pression , les bulles présentes à la surface pètent créant ainsi une poche d'air faisant décoller la plèvre .

Le Pneumothorax :

- Présence d'air dans la cavité pleurale
- Idiopathique , traumatique , secondaire
- Douleur brutale en coup de poignard
- Dyspnée +/- importante en fonction du décollement
- Peut entrainer la mort

1) Inspection : distension de l'hémithorax

2) Palpation : hypomobilité, emphysème sous cutanée +/- . Diminution des VV.

3) Percussion : tympanisme

4) Auscultation : silence +/- souffle amphorique

Ca peut aller jusqu'à des compression du coeur entrainant une compression des veines caves ...

Il suffira alors de faire une piqure dans le thorax et cela redeviendra normal.

Photo et Radio 1 : On a un poumon droit tassé sur lui même .

Photo et Radio 2 : Pneumothorax compressif , emphysème sous cutanée complet post traumatique à cause d'une fracture de côte , on peut voir le coeur partir complètement sur sa droite .

Cas Clinique n°3 :

- Patient de 45 ans
- Antécédent : Tabagisme 40PA
- Amaigrissement depuis 6 mois
- Toux sèche
- Dyspnée d'apparition récente et se majorant
- Malade cachectique

- 1) Inspection : Malade maigre
- 2) Palpation : hypomobilité du thorax droit
- 3) Percussion: matité droite
- 4) Auscultation : absence de MV

- Ca ne peut pas être une masse sinon les vibrations auraient été augmentées

Conclusion : Epanchement pleural d'origine cancéreux

Radio : Epanchement pleural compressif gauche avec une trachée qui part complètement sur le côté droit.

Scanner : billes blanchâtres = laché de ballons bilatérales

Diagnostic de l'épanchement pleural :

Après ponction on regarde :

- Aspect : couleur :
 - chocolat : parasitaire
 - clair , eau de roche , transsudat : insuffisance
 - épais : pleurésie purulente
 - laiteux : chylothorax
- Composition :
 - Transsudat : taux de protéine < 25 g /l
 - Exsudat : taux de protéine > 35g/l (si protidémie normale)

Cas Clinique n°4:

- Patiente de 35 ans
- Aucun antécédent
- Douleur hémithoracique et hyperthermie à 39°C depuis 48h
- Toux productive , expectorations sales

- 1) Inspection : malade «grise»
- 2) Palpation : chaleur cutanée et hypomobilité
- 3) Percussion : matité basale

4) Auscultation: diminution MV en base et frottement pleural au sommet

Radio : on a un maximum d'épanchement à gauche en bas alors que au sommet c'est quasi normale

Hypothèses : Infection broncho-pulmonaire avec bronchopneumopathie

Conclusion : Pleurésie purulente

Pleurésie Purulente :

- Le plus souvent «parapneumonique»
- Débute par un épisode infectieux pulmonaire
- Douleur d'apparition progressive
- Traitement:
 - ponction, vidange pleurale (drain)
 - Antibiothérapie
 - Kiné

Cas Clinique n°5:

- Patient de 68 ans
- Tabagisme 50 PA, couvreur
- Altération de l'état général
- Perte de 6 kg sur 2 mois
- Douleur thoracique intense depuis 4 semaines nécessitant des morphiniques

- 1) Inspection : rétraction thoracique
- 2) Palpation : hypomobilité , augmentation des VV
- 3) Percussion : matité
- 4) Auscultation : diminution du VV

Conclusion : Mésothélium pleurale → cancer primitif de la plèvre naissant au niveau de la plèvre pariétale puis se propage partout .

Pas de traitement curateur

Non traité : 7 à 12 mois de survie

Traité : 13, 6 mois