



Dr Céline Pouzot-Nevoret
DVM, PhD, Dipl. ECVECC

MAÎTRISER LA PRISE EN CHARGE D'UN ÉPANCHEMENT PLEURAL

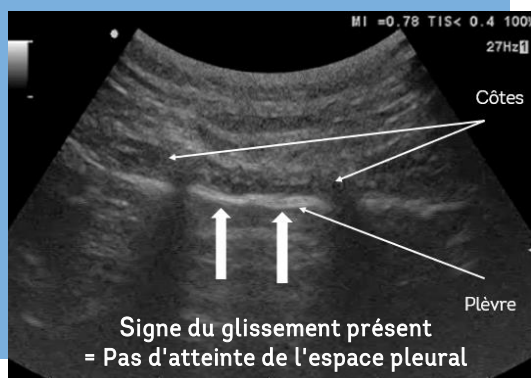
La présence de liquide ou d'air dans l'espace pleural est à l'origine de difficultés respiratoires modérées à sévères. La **thoracocentèse**, à la fois diagnostique et thérapeutique, constitue le geste d'urgence à faire dès l'admission. **Tout épanchement récolté doit être quantifié et analysé afin d'orienter le diagnostic et d'adapter le traitement.**

SUSPECTER UNE ATTEINTE DE L'ESPACE PLEURAL

Une atteinte de l'espace pleural est souvent suspectée sur la base d'anomalies de la courbe respiratoire et de l'auscultation pulmonaire.

La discordance, quand elle est présente, doit faire **suspecter une atteinte de l'espace pleural**. Les autres anomalies possibles de la courbe respiratoire sont une dyspnée inspiratoire non bruyante ou une respiration rapide et superficielle. La cause, la quantité et surtout la vitesse d'accumulation du liquide ou de l'air déterminent **la sévérité des signes cliniques**. L'auscultation thoracique révèle des bruits pulmonaires diminués ventralement (accumulation de liquide) ou dorsalement (accumulation d'air). La percussion du thorax est utile pour détecter la présence de liquide ou de tissu (son mat) ou de gaz (son tympanique). Les bruits cardiaques peuvent être assourdis ou déplacés en cas d'atteinte pleurale localisée.

CONFIRMER LA PRÉSENCE D'UN ÉPANCHEMENT PLEURAL



Depuis quelques années, l'introduction de **l'échographie thoracique** réalisée au chevet du malade (POCUS pour Point of Care UltraSound) comme outil d'évaluation de l'espace pleural a **révolutionné la prise en charge des épanchements pleuraux**. En effet, l'échographie permet de **mettre en évidence facilement un épanchement pleural liquidien ou aérique, sans manipulation ni stress de l'animal.**

Un épanchement pleural sera anéchogène et suivra les contours des structures intra-thoraciques.

Un pneumothorax sera caractérisé par l'absence de glissement de la ligne pleurale et, en fonction de la localisation de la sonde échographique et de l'importance du pneumothorax, par la mise en évidence d'un point pulmonaire, zone séparant le glissement de la zone sans glissement.

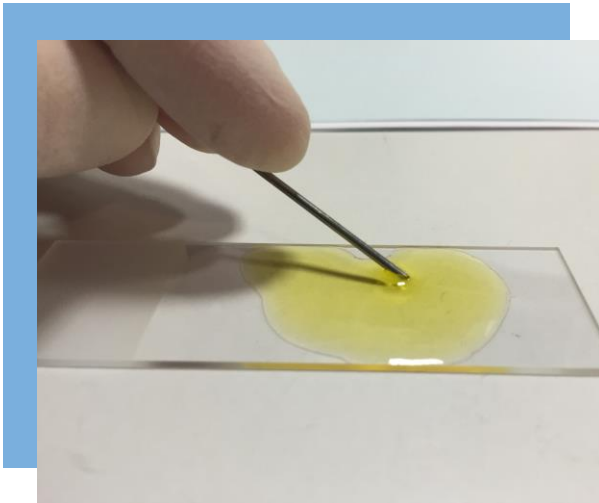
En plus de confirmer rapidement l'atteinte pleural, l'échographie permet d'aider à la thoracocentèse.

▶ TRAITER UN ÉPANCHEMENT PLEURAL

La stabilisation initiale est la même quelque que soit la cause de la dyspnée :

- **Administer de l'oxygène**
- **Limitier le stress : par une sédation et la limitation des manipulations**

La **thoracocentèse** est à faire dès le diagnostic d'épanchement pleural ou de pneumothorax. Elle est à la fois thérapeutique et permet le diagnostic étiologique. Elle peut être réalisée à l'aveugle ou échoguidée à l'endroit de plus grande accumulation de liquide ou d'air. La totalité de l'air ou du liquide doit être aspiré lentement, sauf en cas d'hémithorax. Pour ce dernier, la quantité de sang minimale permettant d'améliorer le statut respiratoire de l'animal doit être enlevée. **Il est primordial de quantifier puis d'analyser le liquide recueilli.**



Les premières analyses pouvant être faite à la clinique sont la mesure de la densité et des protéines totales, permettant de classer les liquides en trois groupes : **transsudat pur, transsudat modifié et exsudat**. L'analyse cytologique est primordiale lors de la présence d'exsudat et de transsudat modifié.

L'analyse peut être complétée par le dosage de l'hématocrite (un taux d'hématocrite du liquide supérieur de 25% à celui du sang est diagnostique d'un hémithorax), l'évaluation des différentiels glucose et lactate entre l'épanchement et le sang et l'analyse bactériologique lors de suspicion de pyothorax, des triglycérides et du cholestérol lors de suspicion de chylothorax ($[\text{triglycérides}]_{\text{épanchement}} > [\text{triglycérides}]_{\text{sérum}}$ et $[\text{cholestérol}]_{\text{épanchement}} \leq [\text{cholestérol}]_{\text{sérum}}$).