

PRISE EN CHARGE DES PNEUMOTHORAX AU SERVICE D ACCUEIL DES URGENCES

Dr GONTHIER

LE PNEUMOTHORAX

- L'incidence annuelle française n'est pas formellement connue devant la non-exhaustivité des recueils déjà réalisés.
- En Angleterre, l'incidence du pneumothorax spontané (PS) est de 16,7 à 24 pour 100 000 hab. par an chez l'homme et de 5,8 à 9,8 pour 100 000 hab. par an chez la femme
- Il peut être potentiellement létal (mortalité faible augmentant avec l'âge de 0,06 % à 3,3 %)

Classification en fonction des principales étiologies

- Pneumothorax spontanés
- Pneumothorax traumatiques
- Pneumothorax iatrogéniques

Classification en fonction des principales étiologies

- Pneumothorax spontanés :
 - Idiopathiques : rupture de formations bulleuses sans autre pathologie pulmonaire
 - Secondaires : présence d'une pathologie pulmonaire responsable d'une symptomatologie clinique

Classification en fonction des principales étiologies (suite)

- Pneumothorax traumatique
 - Plaie pénétrante du thorax
 - Traumatisme thoracique fermé, « blast thoracique »

classification en fonction des principales étiologies (suite)

- Pneumothorax iatrogénique
 - Ponctions : pleurale, sous clavière, transthoracique
 - Ventilation mécanique
 - Massage cardiaque externe.

EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVE

1. PNO spontané primitif ou idiopathique:

Adulte jeune (< 40 ans)

Sexe masculin 80 %

Souvent fumeur.

Morphotype particulier:

Souvent longiligne et de grande taille.

Présence d'un syndrome marfanoïde ☐ Atteinte du tissu élastique

2. PNO spontané secondaire:

BPCO (80 %)

Rarement: asthme, mucoviscidose

Exceptionnellement: Pneumopathie chronique infiltrative diffuse

(Lymphangiomyomatose, Histiocytose X, fibrose...), Infection pulmonaires nécrosantes, endométriose pleurale...

3. Facteurs favorisant les PNO:

Grandes variations de pression atmosphérique (orages...)

Vols aériens ou plongée.

Les différents traitements

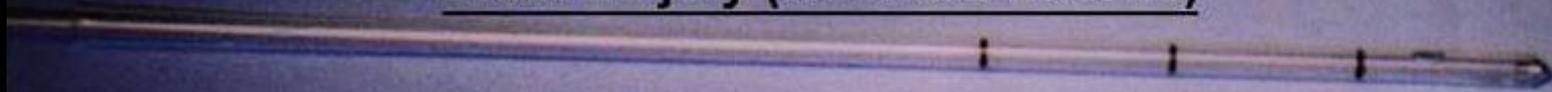
- Abstention, surveillance
- Bed : repos
- Chirurgie
- Drainage thoracique
- Exsufflation

Abstention thérapeutique

- Résorption spontanée: 50cc/j
- Petits pneumothorax, localisé, peu ou pas symptomatiques
- Décollement radiologique < 1cm
- Administration d'oxygène à débit élevé multiplie par 4 la vitesse de résorption
- Repos strict

DRAINAGE THORACIQUE

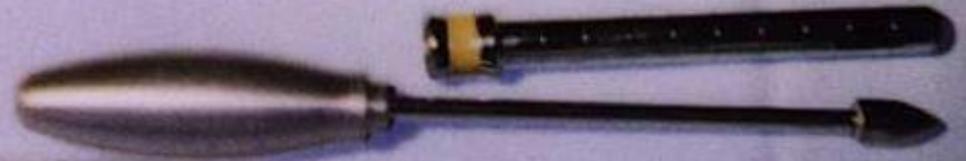
Drain de joly (trochard interne)



Pleurocath



Trochard de Monod



Drain de Monod



Complications associées au drainage thoracique

- Complications mineures

- saignement au site d'insertion
- coudage du tube (petits calibres)
- douleur limitant les mouvements inspiratoire
- emphysème sous-cutané, cicatrice disgracieuse

- Complications majeures

- hémithorax par lésion du paquet vasculo-nerveux
- bullage (fuite) au site d'insertion du tube
- ablation accidentelle
- perforation d'un organe (poumon, rate..)
- abcès local, emphysème,
- pneumothorax iatrogène au retrait du tube
- oedème pulmonaire de ré expansion(OAP a vacuo)

- Fréquence : selon les études 9 à 26%

L'exsufflation

- Différentes matériels
 - a l'aiguille/cathlon de perfusion
 - cathéters de VVC
- Evacuation de l'air
 - exsufflation manuelle à la seringue
 - ou aspiration murale
- Indications :
 - pneumothorax compressif (geste de sauvetage)
 - pneumothorax partiel
 - 1er épisode PNO complet idiopathique du sujet jeune

L'exsufflation

- Les avantages :
 - Complications 6 fois moins fréquentes que le drainage;
 - Qualité de soins (efficacité, simplicité, sécurité);
 - Prise en charge pouvant être ambulatoire ou diminution de la durée d'hospitalisation (enjeu économique) ;
 - Préjudice esthétique moindre



Contre-indications relatives mais très souvent prédictives d'échec de la technique :

- pathologie pulmonaire documentée
- âge supérieur à 50 ans
- pneumothorax bilatéral
- 2ème récurrence homolatérale
- épanchement pleural liquidien associé

Quel geste en première intention ?

Au niveau international : 2 écoles

1) Recommandations de la BTS (British Thoracic Society) = approche la moins invasive possible

Exsufflation :

- Tous les PSP symptomatiques
- PSS mesurés à moins de 2 cm / dyspnée minime/ âge inférieur à 50ans (+ hospitalisation 24h)

Drain thoracique :

- Non régression des symptômes après exsufflation
- PSS sauf si absence de dyspnée et décollement < 1 cm.

Avis chirurgical :

bullage persistant ou non ré expansion pulmonaire dans

les 3 à 5

jours.

2) Recommandations de l'A.C.C.P

(American College of Chest Physicians)

- en fonction du caractère primitif (PSP) ou secondaire (PSS)
- PSP :
 - PNO de grande taille :
 - Cliniquement stable : Drainage (Pleurocath – Heimlich – Dispositif d'aspiration)
 - Cliniquement instable : Drainage (Drains - Dispositif d'aspiration)
 - Persistance d'un bullage : avis chirurgical J4
- PSS :
 - PNO de grande taille : Drain thoracique

En France :

- Pneumologues : attitude mitigée
- Chirurgiens thoraciques : majoritairement partisans du drainage en première intention

Aux urgences ?

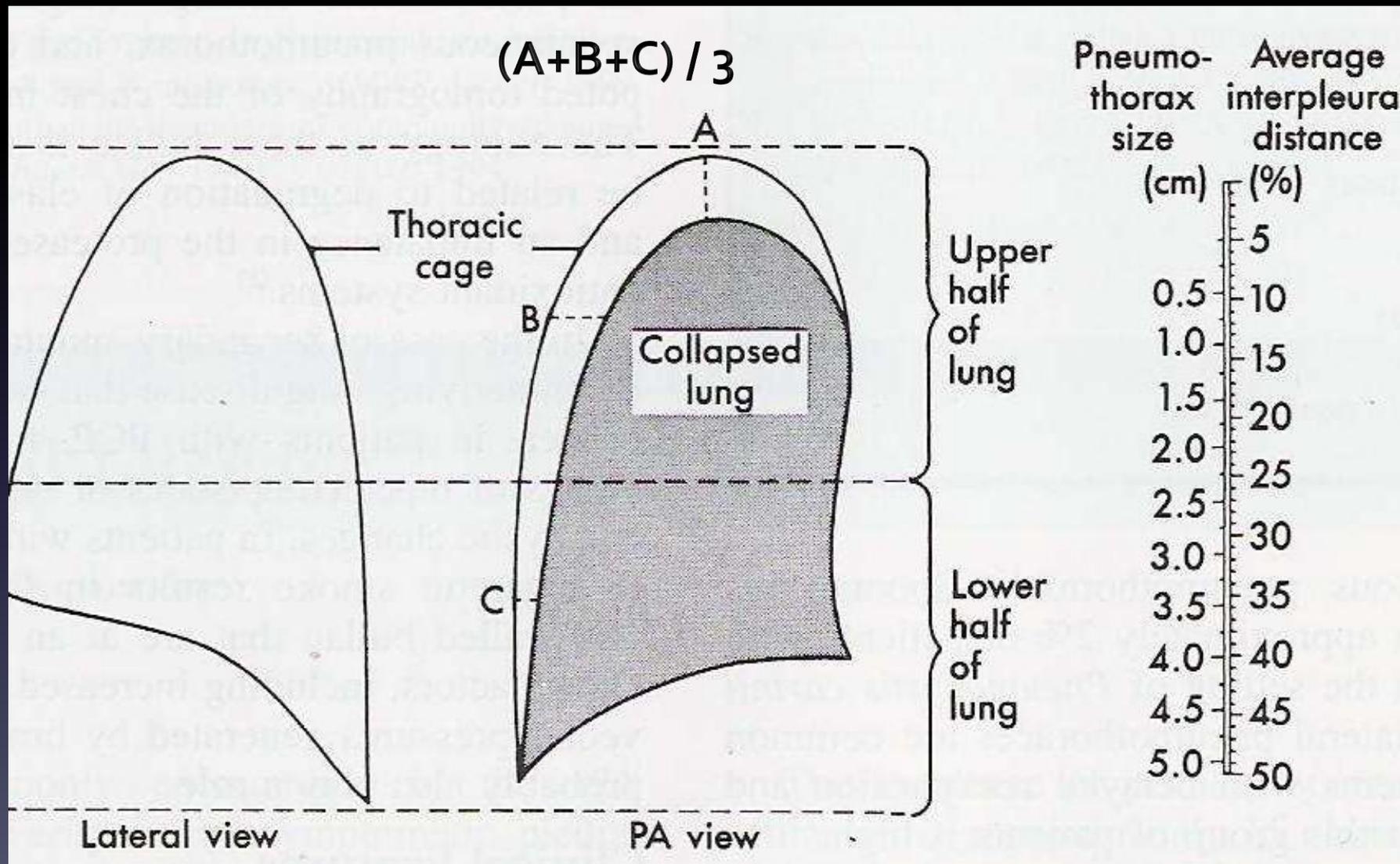
Recommandations des auteurs : aspiration à l'aiguille simple
ou avec un cathéter monolumière en première intention

- [Moritz 2004]
- [Ray 2006]
- [Joly 2010]

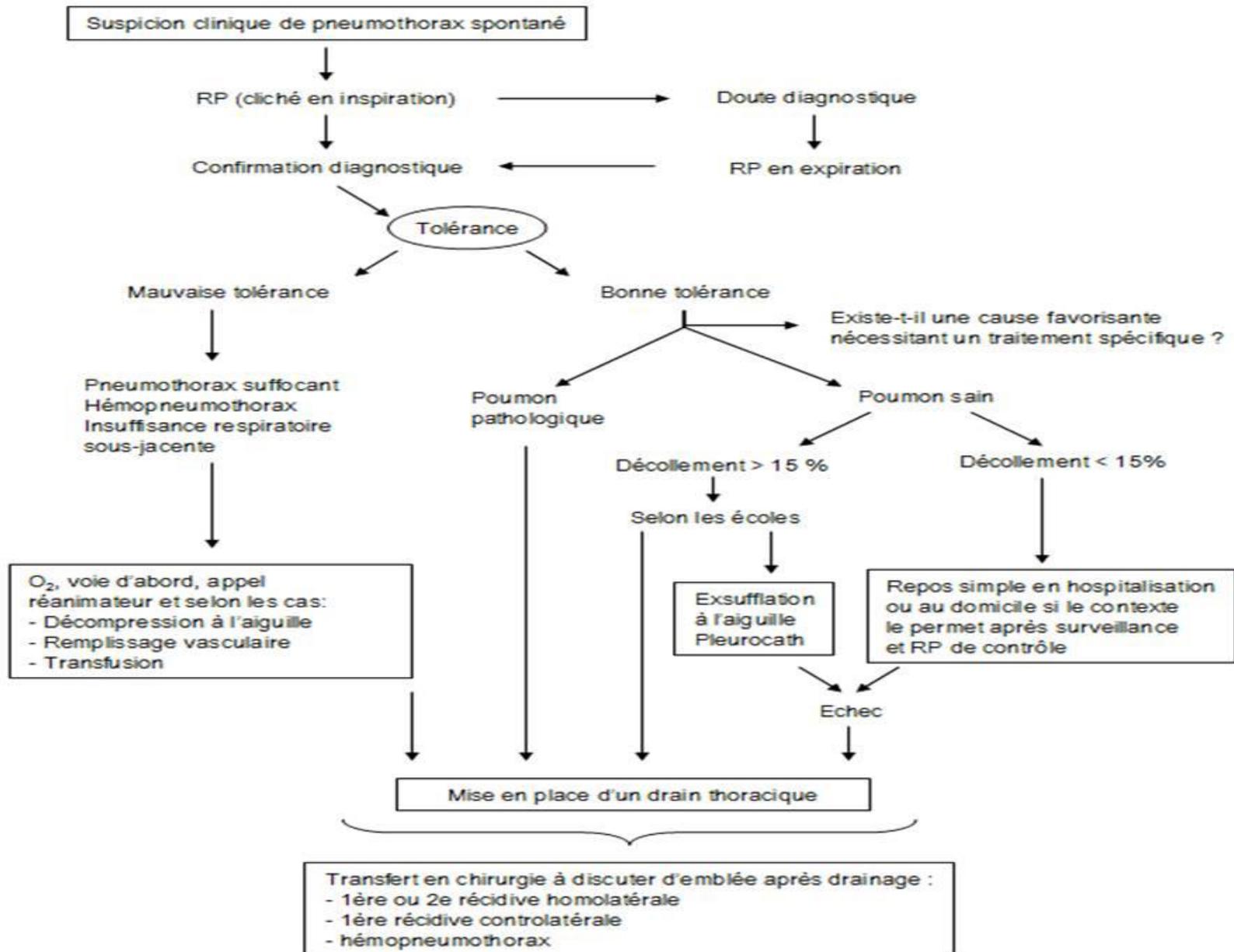
Prise en charge des pneumothorax au S.A.U

- L'évocation du diagnostic peut se faire dès l'IOA sur l'anamnèse et les antécédents
- Salle de déchoquage :
 - Signes de choc (TAS < 90 mmhg, pouls > 120/min, marbrures,..),
 - signes de détresse respiratoire (cyanose, FR > 30/min ou < 10/min, contraction SCM, SaO₂ < 95%, ..)
 - Trouble de la conscience
- box : Tous les autres cas en prévenant le médecin de l'évocation de ce diagnostic

Mesure de la taille d'un pneumothorax



Algorithme de prise en charge des pneumothorax



conclusion

- **La conduite à tenir devant un pneumothorax spontané n'est pas consensuelle malgré de nombreuses études déjà réalisées comparant l'exsufflation par rapport au drainage thoracique.**
- **La décision d'un drainage ou d'une exsufflation dépend du lieu de prise en charge et du praticien.**
- **Le rapport bénéfice/risque de chacune des thérapeutiques nécessite d'être mieux défini afin de poser précisément les indications de chacun des traitements. L'essai d'équivalence EXPRED (résultats en attente) vise à homogénéiser les pratiques et à optimiser la prise en charge de patients atteints de pneumothorax spontanés.**

