

# Pneumothorax

## *Prise en charge en urgence*

*Pr M.HADJAJ-AOUL*

### PLAN

- Définition
  - Classification
    - Etiologie
  - Physiopathologie
    - Diagnostic
  - Modalités de traitement
  - Conduite à tenir thérapeutique
    - Traitement chirurgical
- Conclusions

# DEFINITION

La présence d'air dans la cavité pleurale nment virtuelle avec collapsus pulmonaire

On distingue 2 types de pneumothorax :

- **spontanés** (idiopathiques) par brèche de la plèvre viscérale
- **provoqués**: par brèche de la plèvre pariétale

# ETIOLOGIE

1. Pneumothorax spontané :  
primitif=idiopathique (par rupture de bulle d'emphysème –blebs )  
secondaire(à une pathologie pulmonaire sous-jacente)
2. Pneumothorax provoqué :
  - traumatique
  - iatrogène

# CAUSES DE PNEUMOTHORAX SPONTANE

- -Primitif
  - petites bulles d'emphysème ou blebs
- Secondaire
  - Tuberculose par deux mécanismes( rupture de caverne chaude- séquelles de tp= bulle- caverne détergée )
  - emphysème pulmonaire, BPCO
  - fibroses interstitielles ou radique,
  - cancer bronchique,
  - staphylococcie pulmonaire bulleuse de l'enfant
  - crise ou état de mal asthmatique

# DIAGNOSTIC

## 1-Symptomatologie

- début brutal,
- douleur thoracique, vive, permanente, homolatérale, augmentant avec les efforts
- dyspnée et polypnée
- toux sèche, irritative

## 2-Examen clinique :

-diminution de l'ampliation de l'hémithorax atteint

-syndrome d'épanchement gazeux de la plèvre= Gaillard

- abolition des vibrations vocales
- tympanisme
- silence auscultatoire

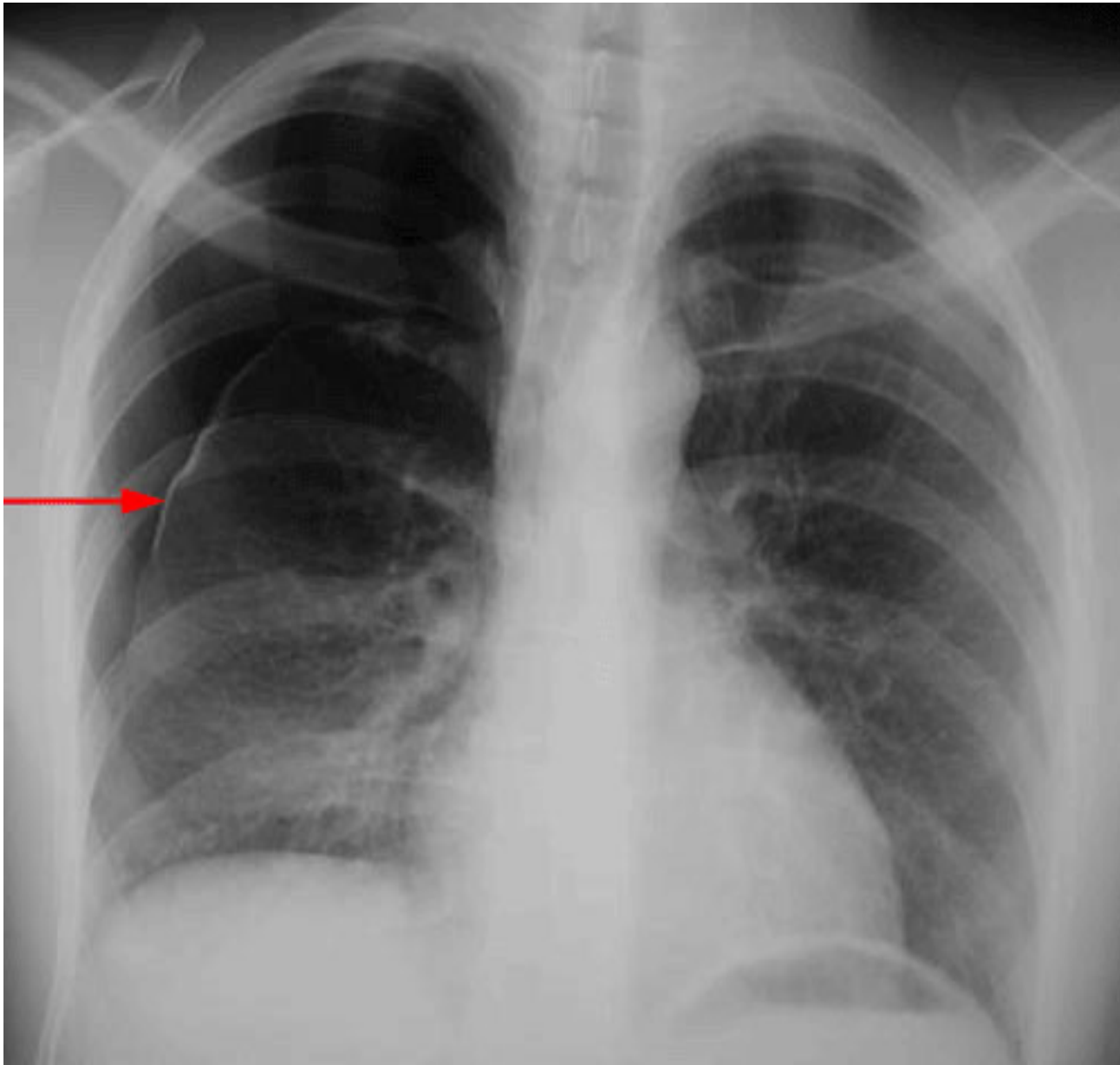
# EXAMENS PARACLINIQUES

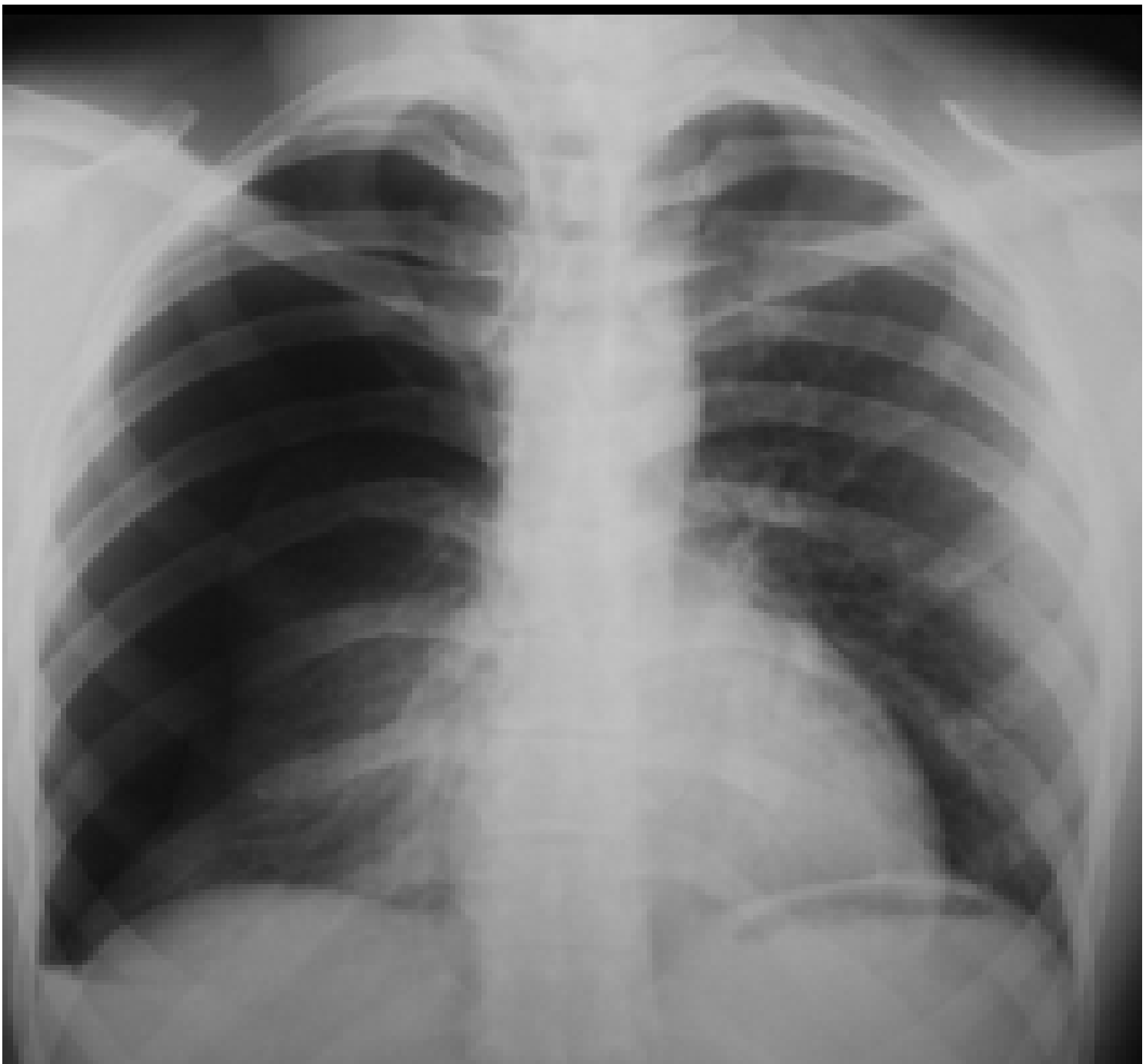
Radiographie pulmonaire (de face en inspiration seule): hyperclarté périphérique anormale homogène, le contour pulmonaire à distance de la paroi thoracique

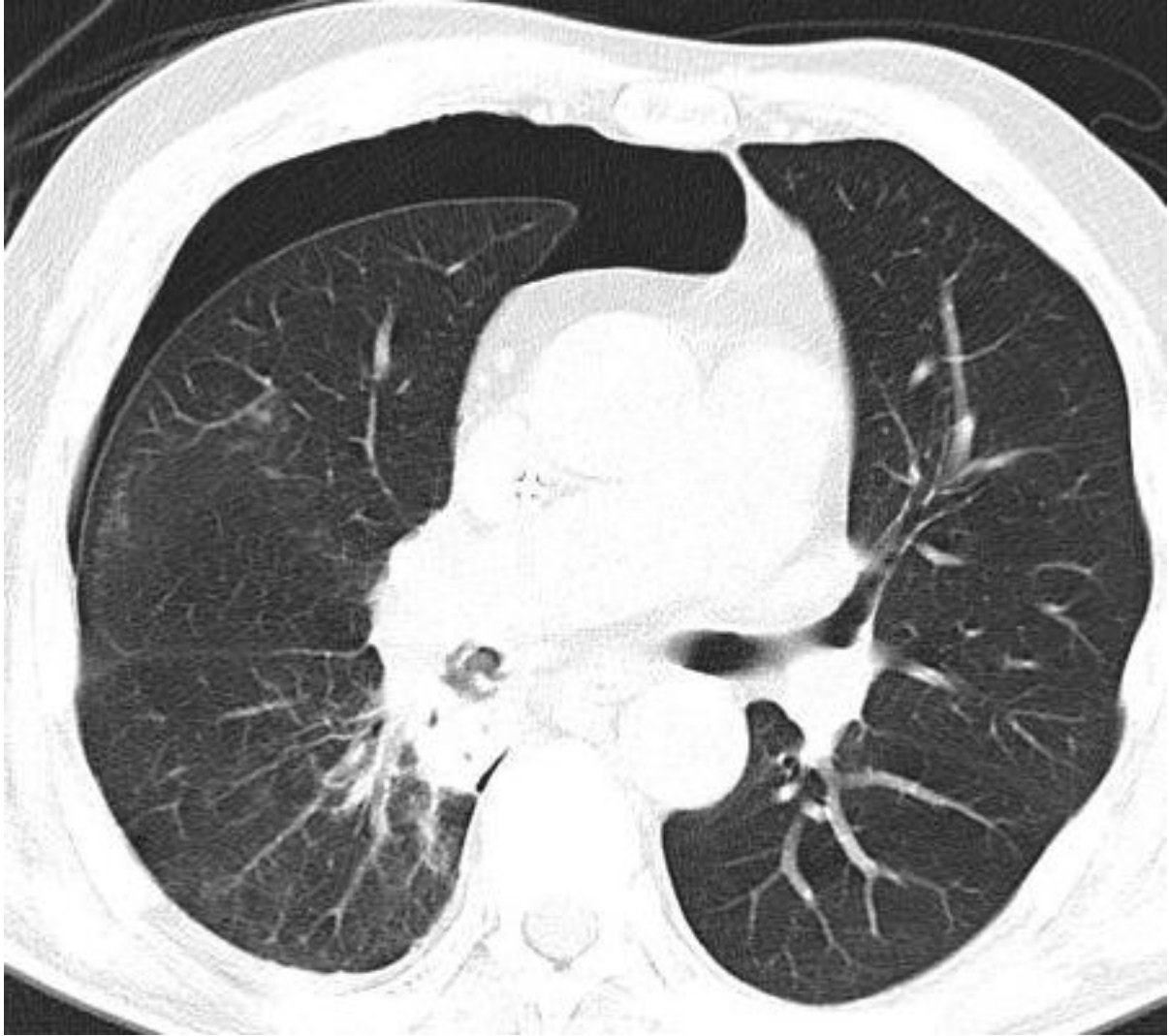
En cas de pneumothorax partiel : le diagnostic est difficile : recherche d'une absence de vascularisation au niveau des sommets = clichés en expiration forcée





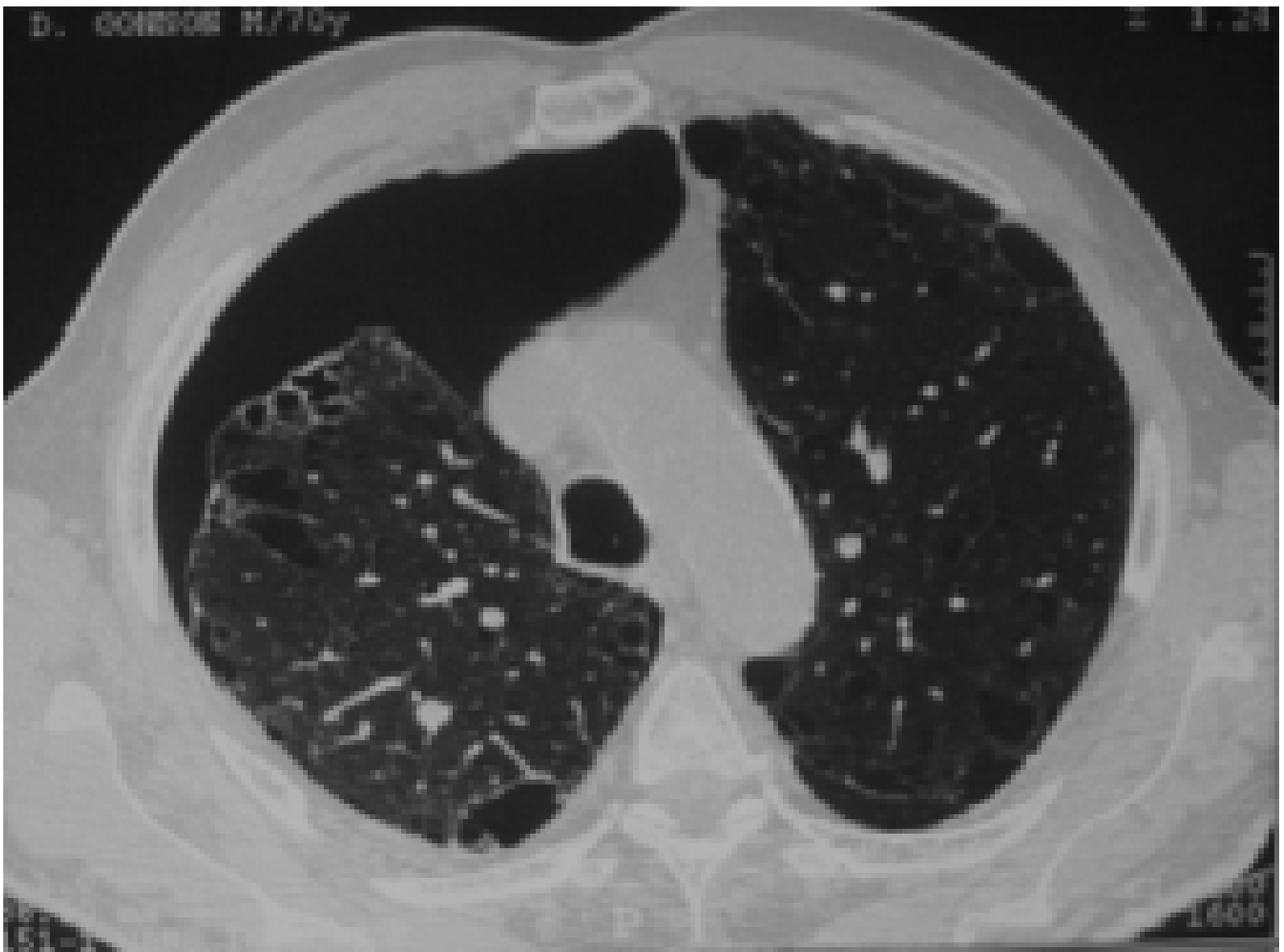






D. GORSON M/70y

2 1.24



1.24

1.24

# COMPLICATIONS IMMEDIATES

- Pneumothorax compressif et suffocant=à soupape:augmentation progressive de la pression intrapleurale avec moignon pulmonaire plaqué contre le médiastin qui est refoulé du coté opposé (et abaissement ou aplatissement du diaphragme)  
+ signes de défaillance cardio-respiratoire



Fig. 1. Chest radiograph showing a large, dense, rounded opacity in the right lung field, consistent with a pulmonary nodule or mass.

- **Pneumothorax bilatéral d'emblée**

classique chez des sujets HIV+ présentant une pneumopathie à *Pneumocystis carinii* nécessite un drainage en urgence

- **L'hémopneumothorax**

signes de déglobulisation qui s'associe à l'épanchement aérien, le plus souvent il est la conséquence de la rupture d'une bride pleurale et nécessite un drainage en urgence voire une hémostase chirurgicale si hémorragie+++

# LES MODALITES DE TRAITEMENT

- Surveillance,
- Exsufflation à l'aiguille,
- Drainage,
- Vidéo-thoracoscopie,
- Thoracotomie.

*Le traitement dépend de l'importance du décollement, du terrain sous-jacent et de l'existence éventuelle de lésions associées*



- CONDUITE A TENIR THERAPEUTIQUE
- 1er épisode :
  - Décollement idiopathique < 1 cm sans symptôme respiratoire majeur: Repos au lit strict, Surveillance clinique et radiographique quotidienne, Arrêt du tabac.
  - Décollement complet: Hospitalisation
    - +exsufflation / drainage (l'évacuation doit éviter d'être trop rapide en raison du risque d'œdème de réexpansion

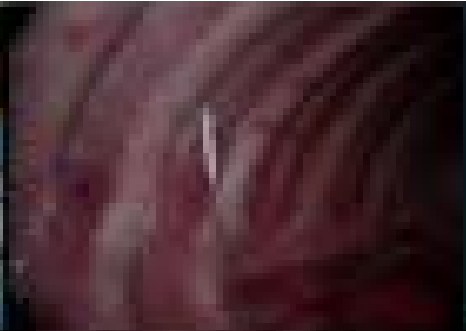
# DRAINAGE THORACIQUE

- Technique: Sous anesthésie locale (Xylocaïne 1%), Drain no. 16 -24 CH, Dans le 2ème espace intercostal, Aspiration entre 20 et 40 cmH2O.
  - Evolution
    - Le drain ne bulle pas et le poumon est à la paroi = Ablation du drain à la 48ème heure
    - Le drain bulle: Aspiration à - 40 cmH2O
- Persistance des fuites à 7 jours=chirurgie

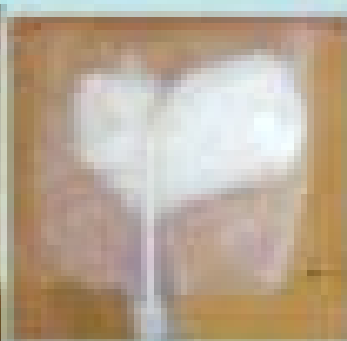
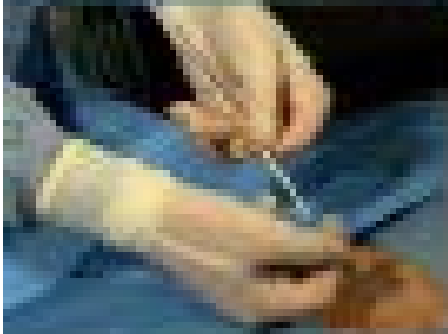
# Le Pleurocath

Aspiration à l'aiguille (cathéter) par le 3<sup>ème</sup> espace intercostal sur la ligne médio claviculaire et exsufflation





Dilatation  
du trayet



Montage final avec  
valve de Heimlich

## • CONCLUSIONS

- La chirurgie vidéo-thoracoscopique est, à présent, le traitement de choix du pneumothorax, avec une morbidité réduite et des résultats favorables
- Le traitement par thoracotomie est réservé pour les patients âgés >40 ans qui présentent un emphysème bulleux très important ou pour les récurrences après vidéo-chirurgie

