

Item 356 – Pneumothorax

Physiopathologie			
PNO spontanés		PNO traumatiques	
PNO spontané primaire	PNO spontané secondaire		
- Poumon sain - Sujet jeune (< 35ans), longiligne, homme - Rechercher Marfan - Non grave - Lié à rupture dans cavité pleurale de blebs - Fumeur ¾	- Poumon pathologique (BPCO, asthme, mucoviscidose) - > 40 ans - Moins bien toléré - Peut décompenser la pathologie pulmonaire chronique sous-jacente	Consécutif à effraction de la plèvre viscérale : traumatisme direct ou indirect ou procédure médicale	
▪ Blebs : - Lésions très limitées (< 1 cm) - En périphérie pumonaire - Fréquentes dans la population ▪ Bulles d'emphysème : - >1 cm - Périphérie pulmonaire - = destruction localisée du parenchyme - Conséquence du tabagisme ▪ Lésions kystiques ou nécrosantes du parenchyme ▪ PNO cataméniaux : 24-72h après début des menstrues			
▪ Si pneumothorax => poumon se collapse => hypoventilation alvéolaire ▪ Collapsus peut entrainer effet shunt => hypoxémie ▪ <u>Pronostic vital peut être mis en jeu :</u> - Si PNO compressif - Si PNO bilatéral - Si IRespi préexistante			
Facteurs favorisants			
▪ Grandes variations de pression atmosphérique ▪ Vols aériens ou plongée subaquatique ▪ Tabagisme actif ▪ Facteurs génétiques ? ▪ PAS les efforts physiques et à glotte fermée			
Diagnostic			
Diagnostic positif	Signes fonctionnels	Signes physiques	Signes de gravité
	▪ Douleur thoracique : - Brutale, homolatérale, latéro-thoracique ou postérieure - Rythmée par la respiration - S'estompe souvent rapidement ▪ Dyspnée inconstante ▪ Toux sèche irritative ▪ Aucun symptôme	▪ Hémithorax normal ou distension et moins mobile ▪ Diminution ou abolition du murmure vésiculaire ▪ Abolition vibrations vocales ▪ Tympanisme ▪ Orientation étiologique	▪ Dyspnée ▪ Polypnée ≥ 30/min ▪ Cyanose ▪ Malaise ▪ Hypotension à PAS ≤ 90 mmHg ▪ Tachycardie ≥ 120/min ▪ Bradycardie ▪ PNO bilatéral ▪ PNO sur poumon unique
	▪ <u>Radio</u> : PNO apicaux / avec décollement sur toute la hauteur de la ligne axillaire / complets ▪ TDM : pour formes traumatiques secondaires		

	▪ <u>Echo pleurale</u> permet aussi diagnostique
Diagnostic de gravité	▪ <u>PNO grave</u> : définition clinique = PNO avec dyspnée sévère et/ou collapsus tensionnel, quelle que soit l'importance du décollement pleural ▪ PNO compressif secondaire à 1 fistule à soupape ▪ PNO avec brèche à haut débit ▪ PNO chez un patient ayant une réserve ventilatoire réduite car pathologies respiratoire préexistante ▪ PNO bilatéral
Formes évolutives, formes atypiques, formes compliquées	▪ <u>PNO récidivant</u> : moyen et long terme ▪ PNO associé à 1 pneumomédiastin : surtout quand PNO se développe en plèvre partiellement cloisonnée. Donne un emphysème sous-cutané de la région cervicale ▪ PNO sous ventilation mécanique
Diagnostic différentiel	▪ Douleur thoracique respiration dépendante chez le sujet sain ▪ Dyspnée aigüe sans syndrome pleural typique ▪ Décompensation aigüe d'une pathologie respiratoire chronique (BPCO, mucoviscidose, fibrose) ▪ Bulles géantes d'emphysème chez BPCO sévère
Traitement des PNO spontanés	
Evacuation	▪ <u>Abstention</u> : petits PNO, partiels, peu ou pas symptomatiques. On évacue dès que décollement ≥ 2 cm ▪ <u>Exsufflation</u> : petit cathéter sur voie thoracique antérieure, 2^{ème} ou 3^{ème} espace intercostal, position semi-assise ou décubitus dorsal (durée hospitalisation brève) Drainage pleural en 2^{nde} intention ▪ <u>Drainage pleurale</u> en hospitalisation ▪ 1^{ère} intention si pathologie pulmonaire sous-jacente, PNO bilatérale, épanchement pleural associé, PNO compressif, patient sous ventilation mécanique ▪ En cas de PNO compressif = URGENCE vitale : décompression immédiate à l'aiguille simple ▪ <u>Mini drain connecté à valve anti-retour</u> : alternative à exsufflation manuelle, permet RAD
Choix du Tt	<pre> graph TD A[Bonne tolérance ? (dyspnée, SpO2)] --> B[Non] A --> C[Oui] B --> D[PNO 1aire] B --> E[PNO 2aire] B --> F[PNO trauma] D --> G[Exsufflation] G --> H[Si échec] H --> I[Drain] E --> J[Drain] F --> J C --> K[PNO 1aire] C --> L[PNO 2aire] C --> M[PNO trauma] K --> N[Grande taille] K --> O[Petite taille] N --> P[Exsufflation] P --> Q[Si échec] Q --> R[Drain] O --> S[Surveillance] L --> T[Petit décollement ?] M --> T T --> U[Oui] T --> V[Non] U --> W[Surveillance] V --> X[Drain] </pre>

Prévention des récurrences	▪ Accolement des 2 feuillets, sous thoroscopie ▪ <u>Pleurodèse obtenue par</u> : - Soit insufflation de talc calibré - Soit abrasion pleurale - Soit ablation partielle de plèvre pariétale ▪ <u>Risque de récurrences</u> : - PNO primaire 30% (2/3 dans les 2 premières années) - PNO secondaire 40-80% ▪ <u>Indication de pleurodèse</u> : récurrence homolatérale, 1^{er} épisode contralatéral, PNO persistant après 5j de drainage, PNO compliqué, PNO bilatéral
Conseils	▪ Sevrage tabagique ▪ <u>Voyage en avion</u> : délai 2-3 semaines après épisode de PNO ▪ <u>Plongée</u> : lésions bulleuses chez plongeurs aux ATCD de PNO spontanés = CI ▪ Grossesse augmente la récurrence ▪ Double prise en charge pour PNO cataménial : chirurgie thoracique, Tt gynécologique ▪ <u>VIH</u> : PNO secondaire à pneumocystose pulmonaire, risque majeur de fistule persistante, Tt en parallèle du VIH et pneumocystose ▪ Mucoviscidose et PNO : pleurodèse chirurgicale dès 1^{er} épisode