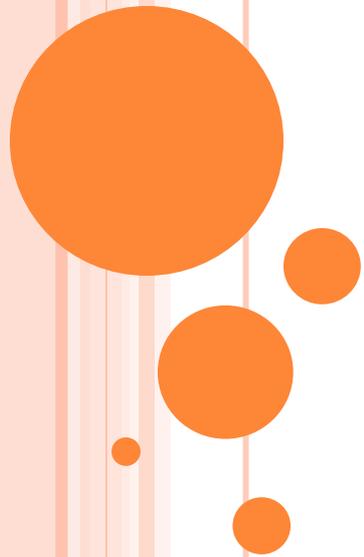


# PNEUMOTHORAX SPONTANÉ



**Dr TOUATI Z.**  
**Faculté de médecine de l'université de Bejaia**

# OBJECTIFS

01. Définir un pneumothorax(PNO)
02. Reconnaître un PNO
03. Rechercher les signes d'intolérance d'un PNO
04. Enumérer les étiologies du PNO
05. Décrire les moyens thérapeutiques en précisant leur indication.



# PLAN

- I. Définitions
- II. Intérêt de la question
- III. Physiopathologie
- IV. Facteurs de risque
- V. Diagnostic positif
- VI. Diagnostic de gravité
- VII. Diagnostic différentiel
- VIII. Traitement
- IX. Bibliographie



# I. DÉFINITIONS

- C'est la présence anormale d'air dans l'espace pleural
- *Spontané* : à l'inverse du PNO provoqué « traumatique ou iatrogène » :
- *Primaire (ou idiopathique)*: Survient sur un poumon sain; chez un sujet jeune ; la plupart du temps bénin et en général lié à la rupture de blebs .
- *Secondaire*: Survient sur un poumon malade; chez un sujet de plus de 50 ans ; moins bien toléré que le PNO spontané primaire .



## II. INTÉRÊT DE LA QUESTION

- Fréquence : C'est un motif fréquent de consultation en urgence
- Diagnostic : radiologique
- Thérapeutique : nécessité de la connaissance et de la maîtrise des techniques , en plus de la disponibilité des moyens
- Pronostic : urgence vitale dans les formes graves de PNO  
A distance: Risque de récurrence élevé
- Professionnel : certains métiers à risque : personnel navigant



# III. PHYSIOPATHOLOGIE

- **PNO spontané primaire:**

- Fuite aérienne: Rupture des « blebs » ou hyper porosité pleurale localisée

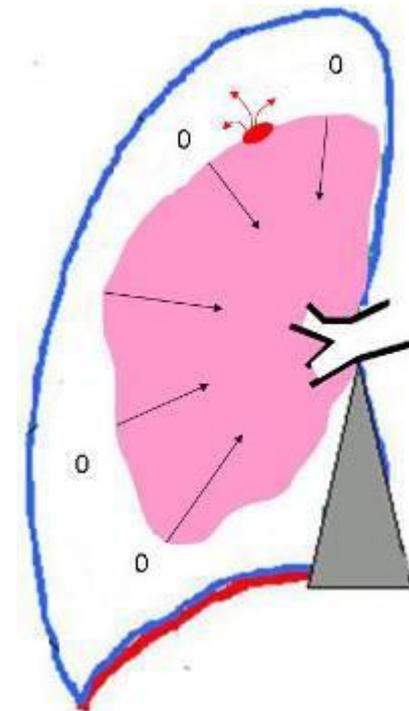
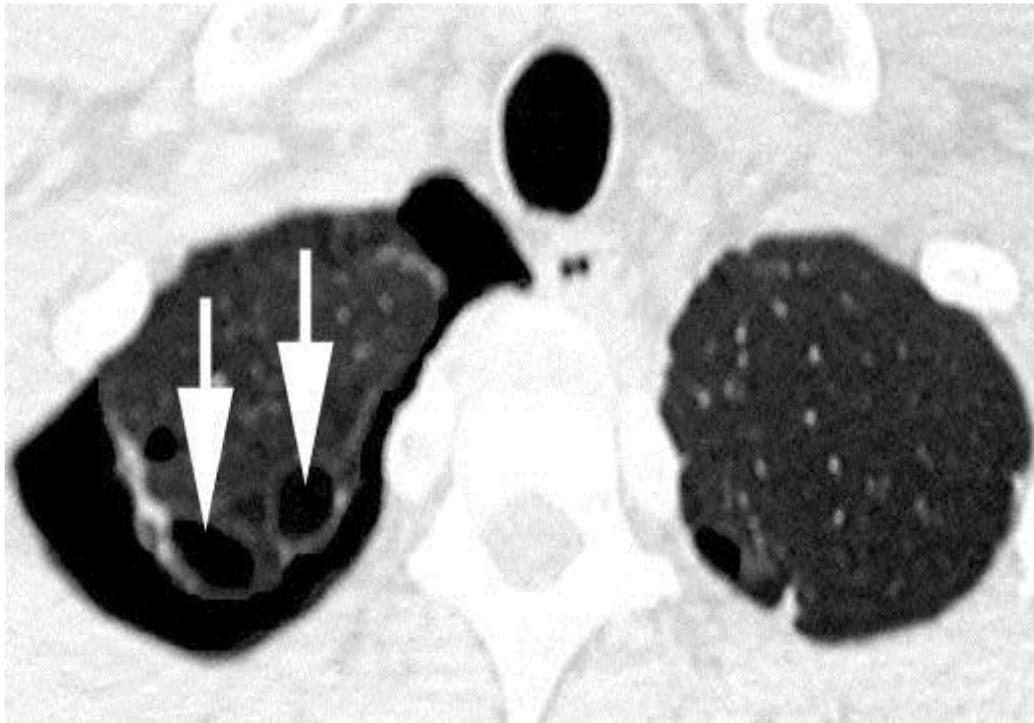
- **PNO spontané secondaire:** en plus on note :

- Nécrose du parenchyme pulmonaire d'origine infectieuses ( tuberculose , staphylocoque...) et non infectieuse( cancer bronchique, pneumopathies infiltratives diffuses ....)

- Barotraumatisme pour les malades intubés de la réanimation



# FIGURE 1 : BLEBS DE L'APEX PULMONAIRE



## IV. FACTEURS DE RISQUE

- Le sexe masculin
- Le tabagisme: dose dépendant , il multiplie le risque par 9 chez la femme et par 22 chez l'homme
- Morphotype longiligne
- Grandes variations de pression atmosphérique (orages, personnels navigants , musique TECHNO )
- Facteurs génétiques parfois évoqués.
- **NB: Efforts physiques et efforts à glotte fermée = NON**
- voyage aérien = **NON** « il provoque pas mais il aggrave un PNO pré existant »



# V. DIAGNOSTIC POSITIF

## 1- CLINIQUE

Signes fonctionnels	Signes physiques	Signes de gravité
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Douleur thoracique<ul style="list-style-type: none"><li>- brutale, homolatérale, latérothoracique ou postérieure</li><li>- rythmée par la respiration (↗ à la toux)</li><li>- survenant presque toujours au repos</li><li>- s'estompe souvent rapidement</li></ul></li><li>▪ Dyspnée d'intensité variable, inconstante</li><li>▪ Toux sèche irritative</li><li>▪ Aucun symptôme</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Hémithorax normal ou distendu et moins mobile</li><li>▪ Diminution du murmure vésiculaire</li><li>▪ Abolition de vibrations vocales</li><li>▪ Tympanisme à la percussion</li><li>▪ Orientation étiologique (traumatisme)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Dyspnée</li><li>▪ Polypnée <math>\geq 25/\text{min}</math></li><li>▪ Cyanose</li><li>▪ Malaise</li><li>▪ Hypotension</li><li>▪ Tachycardie <math>120/\text{min}</math></li><li>▪ Bradycardie <math>\leq 60/\text{min}</math></li><li>▪ PNO bilatéral</li></ul>



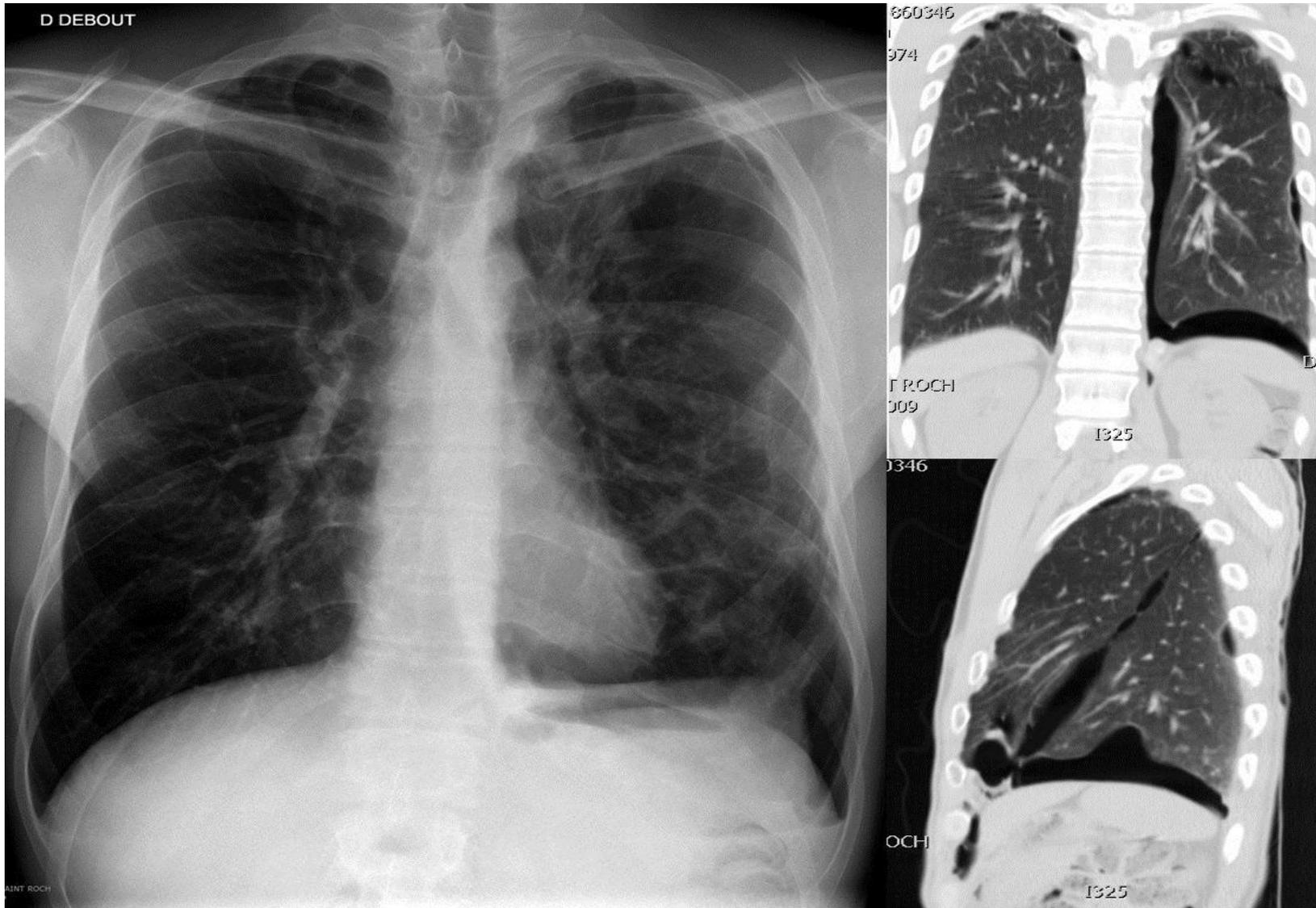
## 2. LES EXAMENS PARA CLINIQUES:

**TÉLÉTHORAX : PERMET UN DIAGNOSTIC DE CERTITUDE EN OBJECTIVANT UNE HYPER CLARTÉ AVASCULAIRE**

- Figure 2: pneumothorax total gauche



# FIGURE 3: PNEUMOTHORAX GAUCHE PARTIEL



## VI. DIAGNOSTIC DE GRAVITÉ

- La définition de PNO grave est **clinique +++++ : PNO avec dyspnée sévère et/ou hypotension artérielle , quelle que soit l'importance du décollement pleural++++**

donc la déviation du médiastin n'est pas en elle même un signe de gravité.

- 1.pneumothorax compressif « suffocant »: secondaire à une fistule à soupape**
- 2. pneumothorax sur une pathologie respiratoire préexistante ( IRC notamment )**
- 3. pneumothorax bilatéral exceptionnellement .**



## VII. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Douleur thoracique aigue: embolie pulmonaire, infarctus du myocarde , dissection aortique ...
- Dyspnée aigue : crise d'asthme , œdème aigue du poumon , exacerbation de BPCO.....
- Radiologique : une volumineuse bulle d'emphysème ( examen physique et un Téléthorax identique) : intérêt de la **TDM thoracique** +++++



## VIII. TRAITEMENT

### ○ **But :**

- évacuer l'air
- Sauver le malade ( PNO grave)
- prévenir les récurrences

### ○ **Moyens et indications :**

- **Abstention thérapeutique :** les PNO spontanés partiels avec un décollement axillaire inférieur à 2 cm, peu ou pas symptomatiques (absence de dyspnée)
  - **Oxygénothérapie:** en hospitalisation et avec des débits élevés « plus de 10L » , il multiplie le taux de résorption par 4
- 

- **Exsufflation à l'aiguille:** PNO total ou PNO partiel avec un décollement axillaire supérieur ou = à 2cm .
- **Drainage thoracique:** après échec de l'exsufflation ou d'emblée en cas de PNO grave ou hydro PNO .
- **Pleurodèse (chimique ou mécanique):** échec de drainage ( PNO chronique ) , 1ère récurrence homolatérale, 1ère épisode contralatéral ou d'emblée chez le personnel navigant ( pilote++++)



# IX. BIBLIOGRAPHIE

- 1- A. Luchez. Prise en charge du pneumothorax spontané primaire. *Revue des maladies respiratoires actualités* 2019;11:116-117.
- 2- Zarogoulidis P, Kioumis I, Pitsiou G, et al. Pneumothorax: from definition to diagnosis and treatment. *J Thorac Dis.* 2014;6 : 372- 376.
- 3- Choi WI. Pneumothorax. *Tuberc Respir Dis* 2014;76 :99-104.
- 4- M.Beji.C.Pinnet.V.Gounant.A.Gibelin. Facteurs etiologiques. *Revue des maladies respiratoires actualités* 2013;5:195-199.
- 5- M.Beji.C.Pinnet.T.Desmettre.A.Gibelin. Pneumothorax spontané idiopathique : exsufflation ou drainage ?. *Revue des maladies respiratoires actualités* 2013;5:200-205.
- 6- M.Beji. C.Pinnet. A. Giblin. Prise en charge du pneumothorax en ambulatoire. *Revue des maladies respiratoires actualités* 2013;5:206-210.
- 7- MacDuff A, Arnold A, Harvey J BTS Pleural Disease Guideline Group. Management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society Pleural Disease Guideline 2010. *Thorax.* 2010;65:18–31.
- 8- F. Pons et al. Traitement chirurgical du pneumothorax spontané. *EMC-chirurgie* 2005; 2: 266-281.

