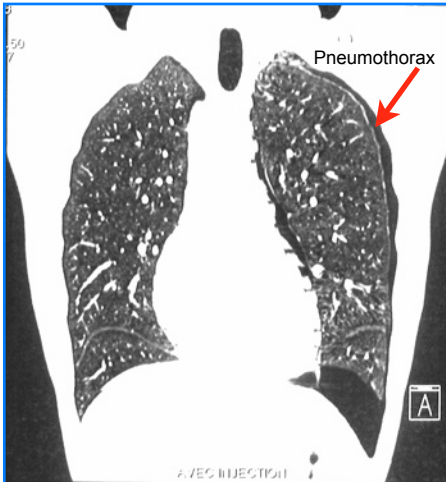


Pneumothorax

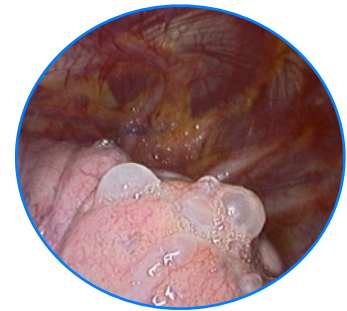


Qu'est ce qu'un pneumothorax ?

Un pneumothorax survient lorsque de l'air s'échappe du poumon (par exemple à l'occasion d'une plaie pulmonaire lors d'un traumatisme, ou lors de la rupture d'une « bulle »). La cavité thoracique n'étant pas expansible, cet air finit par comprimer le poumon, provoquant douleur et difficulté respiratoire. Le traitement est indispensable, parfois en urgence.

Qu'est-ce qu'une bulle ?

Une bulle se présente comme une « bulle de savon » à la surface du poumon. Elle communique ou non avec les alvéoles pulmonaires. Elle peut se rompre spontanément ou lors d'un effort.

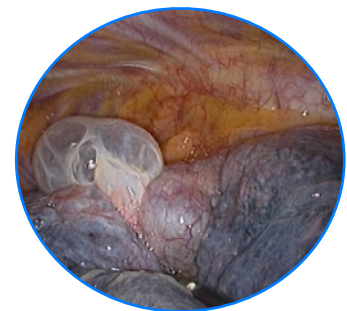


Pneumothorax primaire
(Petites bulles sur poumon normal)

Les deux types de pneumothorax

On classe les pneumothorax en 2 types :

- **Les pneumothorax dits « primaires »** ou « spontanés » ou « idiopathiques ». Ils surviennent en général chez l'adolescent ou l'adulte jeune, plus souvent de sexe masculin et plus souvent chez les gens de type longiligne (grand et maigre). Le poumon est le plus souvent sain ou ne présente que de rares bulles de petite taille. Le tabac n'est pas la cause des pneumothorax primaires, mais il en est un facteur favorisant.
- **Les pneumothorax dits « secondaires »**. Ils sont la conséquence d'une maladie pulmonaire appelée emphysème, responsable du développement de bulles multiples et parfois volumineuses. La principale cause d'emphysème est l'intoxication tabagique.



Pneumothorax secondaire
(Larges bulles sur poumon emphysémateux)

Les différents traitements

- Lorsque le pneumothorax est bien toléré et que le poumon est peu décollé, le repos simple suffit souvent à faire revenir le poumon en situation normale.
- Lorsque le pneumothorax est mal toléré ou lorsque le poumon est très décollé, il faut aspirer l'air emprisonné entre le poumon et la paroi thoracique. Ce geste est appelé « drainage thoracique ». Il consiste à placer un tube de quelques millimètres de diamètre, sous anesthésie locale, entre 2 côtes. Si le pneumothorax se résout rapidement (1 à 5 jours), le drain est enlevé. S'il ne se résout pas rapidement (ce qui se traduit par un "bullage" persistant par le drain), il faut envisager une intervention.
- Lorsque le pneumothorax est récidivant, une intervention peut être proposée d'emblée.

Quand opère-t-on un pneumothorax ?

On opère un pneumothorax dans les circonstances suivantes :

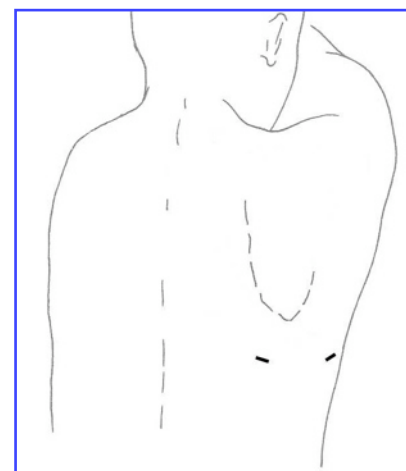
- Le/la patient(e) a déjà fait au moins 1 épisode du même côté ou un épisode de l'autre côté (on veut alors éviter le risque de survenue d'un pneumothorax bilatéral qui pourrait avoir de graves conséquences).
- Le drainage thoracique ne suffit pas à assurer la guérison.
- Le/la patient(e) est exposé(e) à des surpressions (plongée sous-marine) ou des dépressions (sports aériens...), ou fait des voyages lointains qui rendraient problématique le traitement sur place d'un pneumothorax.

L'intervention pour pneumothorax

L'intervention se déroule sous anesthésie générale.

Dans la majorité des cas, elle est faite sans ouverture du thorax, par thoracoscopie.

Par rapport à une chirurgie thoracique "conventionnelle", l'intervention par thoracoscopie consiste à remplacer une longue cicatrice et ses conséquences (sections musculaires, écartement des côtes...) par 3 orifices de 10 mm à 12 mm de diamètre, et dont le nombre est compris entre 3 et 4. Ces orifices cutanés correspondent à l'introduction dans la cavité pleurale d'un endoscope (ou optique) relié à une caméra et aux instruments nécessaires à l'intervention. Certaines circonstances (adhérences pleurales, séquelles de maladies pulmonaires, anomalies anatomiques, difficultés techniques, complications imprévues...) peuvent nécessiter de convertir l'intervention en chirurgie



Cicatrices de thoracoscopie
Vue schématique

conventionnelle avec ouverture thoracique. Cette éventualité est très rare (< 5%) pour les pneumothorax primaires, plus fréquente pour les pneumothorax secondaires.

L'intervention comprend 3 étapes :

1. Colmatage de la fuite d'air si elle existe,
2. Ablation des bulles, à l'aide d'agrafeuses introduites par l'une des cicatrices,
3. Symphyse pleurale, c'est à dire création d'un accolement définitif entre les 2 feuillets de la plèvre. Ceci peut être réalisé par abrasion pleurale (cas le plus fréquent) ou par instillation d'une substance type talc.

En fin d'intervention, 2 drains pleuraux (tubes de 10 mm de diamètre sortant de la cavité pleurale, et reliés à une valise stérile) sont placés. Ils servent à aspirer l'air et les sécrétions pleurales postopératoires et sont laissés en place de 1 à 5 jours. Sauf cas particulier, le patient quitte l'hôpital le lendemain de l'ablation du dernier drain.

La durée d'hospitalisation varie en fonction de la rapidité avec laquelle les drains peuvent être enlevés. Elle est en moyenne de 4 jours. Elle est parfois de 10 à 15 jours dans certains cas de pneumothorax secondaires.

Complications éventuelles

Le fait que l'intervention soit réalisée par thoracoscopie ne doit pas occulter le fait qu'il s'agit d'une chirurgie du thorax avec ses possibles complications et les complications de l'anesthésie générale. Ces complications sont cependant très rares et données à titre d'information

- **Saignement** : le principe de l'abrasion pleurale est de faire saigner la plèvre pour provoquer un accolement post-opératoire. Si ce saignement est excessif en post-opératoire, une réintervention précoce peut être nécessaire.
- **Fièvre** : c'est une réaction possible après talcage.
- **Bullage persistant** : le bullage (fuite d'air) persiste après l'intervention. Il faut alors prolonger le drainage au-delà des 3 à 5 jours habituels.
- **Défaut d'accolement** : le sommet du poumon ne se recolle parfois pas parfaitement. C'est sans gravité et n'empêche généralement pas de quitter l'hôpital.
- **Autres symptômes possibles** : Pendant les premiers jours, voire les premières semaines, vous pourrez présenter des symptômes suivants :

- * Douleurs au niveau de la paroi thoracique. Une partie de ces douleurs est liée aux drains thoraciques. Vous recevrez un traitement adapté à votre cas (médicaments par voie orale, ou analgésie péridurale postopératoire, ou analgésie autocontrôlée...). L'anesthésiste vous en informera au cours de la consultation d'anesthésie.
- * Sensation de difficulté respiratoire, d'oppression thoracique,
- * Sensation de « quelque chose qui bouge, d'air qui circule à l'intérieur du thorax ... »
- * Sensation d'hypoesthésie cutanée (diminution de la sensibilité de la peau) au niveau de la paroi thoracique.
- * Ces signes, s'ils existent, régresseront progressivement en 1 à 3 mois.

Une récurrence du pneumothorax est-elle possible après l'intervention ?

Le taux de récurrence publié par les différentes équipes est compris entre 3 et 5 %. Il faut cependant signaler que ces récurrences sont le plus souvent partielles et sans conséquence. Elles ne nécessitent que très rarement une nouvelle intervention.

Peut-on mener une vie normale après une intervention pour pneumothorax ?

Oui. Trois à 4 semaines après l'intervention, vous pouvez mener une vie normale sur tous les plans, y compris sportif.

Sont déconseillés pendant les 15 premiers jours : les efforts musculaires violents (port de charge lourde) et les voyages en avion.

En fonction de votre activité professionnelle, l'arrêt de travail post-opératoire sera de 1 à 3 semaines. Sauf avis contraire, vous serez revu en consultation par le chirurgien au premier mois postopératoire.

Cas particulier: le pneumothorax cataménial

Les pneumothorax cataméniaux surviennent chez la femme, presque toujours du côté droit, et sont liés à une maladie gynécologique appelée Endométriose. Ils peuvent être suspectés lorsque des douleurs thoraciques droites surviennent pendant les règles. Ils sont traités de la même façon qu'un pneumothorax ordinaire mais récidivent parfois, même après intervention. Une prise en charge gynécologique avec un traitement hormonal postopératoire sont le plus souvent indispensables.

Département Thoracique, IMM

E. Brian, R. Caliendo, D. Debrosse, P. Girard, D. Gossot, P. Magdeleinat, C. Raynaud, JB. Stern