

Encadrée par : - Dr BOUREGBA sarra
co-encadreur : Dr DJENFI aboukar

Remerciements

Louange à Dieu le Tout-Puissant qui nous a dotés de santé, de patience et de détermination, nous permettant ainsi de mener à bien notre humble travail.

Nous exprimons notre profonde gratitude envers notre Directeur de recherche, Dr.Bouregba, pour son assistance précieuse et ses conseils éclairés. Nous lui sommes reconnaissants pour le temps généreux qu'il nous a accordé tout au long de la préparation de cette recherche.

Nous tenons également à remercier chaleureusement tous les enseignants de la faculté de médecine pour leurs encouragements constants et leur soutien inestimable.

Notre reconnaissance sincère va à tous ceux qui ont contribué au succès de notre stage, en particulier au personnel médical du service Pneumo du CHU de Tlemcen, pour leur précieuse aide durant la rédaction de ce travail.

Enfin, nous souhaitons exprimer toute notre gratitude envers nos chers parents. Leur amour inconditionnel, leur affection, leur soutien moral et matériel ont été des sources d'inspiration et de force tout au long de ce parcours. Que Dieu les bénisse et les protège.

Liste des abréviations

AC : Accident de la circulation

ADP : Adénopathie

ATCD : Antécédents.

AVP : Accident de la voie publique

BPCO : Broncho pneumopathie chronique obstructive.

BTS : British thoracic society.

CBV : coups et blessure volontaire

DDB : Dilatation des bronches

HTA : Hypertension artérielle

PNO : Pneumothorax

PSP : Pneumothorax spontané primaire.

PSS : Pneumothorax spontané secondaire

TDM : Tomodensitométrie

RX : radiographie

Liste des figures

<u>Figure 01 : Schéma montrant un épanchement gazeux intra pleural</u>	
<u>Figure 02 : Une radiographie thoracique de face objectivant un pneumothorax total droit</u>	
<u>Figure 03 : Une coupe scannographique au niveau thoracique qui objective un pneumothorax total gauche</u>	
<u>Figure 04 : Image échographique de paroi thoracique et poumon normal</u>	
<u>Figure 05: Image qui montre le site de l'exsufflation antérieure</u>	
<u>Figure 06 : Exsufflation a l'aiguille par la voie antérieure</u>	
<u>Figure 07 : Image qui montre les deux sites de drainage thoracique « A gauche la voie antérieure. A droite la voie axillaire »</u>	
<u>Figure 08 : Le trocart de Monod</u>	
<u>Figure 09: Drain de Jolly de calibre 26 G et de 20 G</u>	
<u>Figure 10 : Drain en silicone</u>	
<u>Figure 11 : L'emplacement de système de drainage</u>	
<u>Figure 12 : Répartition de pneumothorax spontané selon l'âge</u>	
<u>Figure 13 : Répartition des patients selon la consommation de tabac et alcool</u>	

<u>Figure 14 : Répartition de pneumothorax spontané selon les saisons</u>	
<u>Figure 15 : Répartition de pneumothorax spontané selon la durée d'hospitalisation</u>	
<u>Figure16 : Répartition des cas de pneumothorax selon les signes clinique</u>	
<u>Figure17 : répartition de patients selon l'imagerie utilisée en première intention</u>	
<u>Figure 18 : Répartition des patients selon la localisation du pneumothorax</u>	
<u>Figure 19: Modalités de prise en charge thérapeutique de première intention des pneumothorax</u>	

Liste des tableaux

<u>Tableaux 01 : Les ATCD chez les patientes ayant un PNO spontané</u>	
<u>Tableau 02 : Répartition des patientes selon les signes cliniques</u>	
<u>Tableau 03 : répartition de patients selon l'imagerie utilisée en première intention</u>	
<u>Tableau 04 : Répartition des patients selon la localisation du pneumothorax</u>	
<u>Tableau 05: Modalités de prise en charge thérapeutique de première intention des pneumothorax</u>	
<u>Tableau 06 : Voie de drainage chez les patientes drainés</u>	

PARTIE THEORIQUE

SOMMAIRE

PARTIE THEORIQUE:

- 1 • - introduction
- 2•Epidémiologie
- 3• Facteurs de risque
- 4• Physiopathologie
- 5• Clinique
- 6• Diagnostic étiologique
- 7• Examens complémentaires
- 8• Complications
- 9• Prise en charge
- 10• Prévention
- 11• Pronostic
- 12• Conclusion

1/ introduction:

Le pneumothorax se définit par la présence d'air entre les deux couches de la plèvre, cette fine membrane transparente qui recouvre les deux poumons et tapisse l'intérieur de la paroi thoracique. Primaire ou secondaire à une autre affection, il entraîne des difficultés respiratoires et une douleur thoracique. Il peut rapidement évoluer vers un collapsus pulmonaire. Il existe deux principaux types de pneumothorax :

Pneumothorax spontané : Ce type de pneumothorax survient sans cause apparente chez les personnes sans antécédents de problèmes pulmonaires. Il peut être subdivisé en pneumothorax spontané primaire, qui se produit en l'absence de maladie pulmonaire préexistante, et pneumothorax spontané secondaire, qui survient chez les personnes ayant une maladie pulmonaire sous-jacente.

Pneumothorax traumatique : Ce type de pneumothorax survient à la suite d'une blessure à la poitrine, telle qu'un traumatisme causé par un accident de voiture, une chute ou une blessure par arme blanche ou à feu.

2/ Epidémiologie:

L'incidence du pneumothorax varie selon le type et la population étudiée. Par exemple, le pneumothorax spontané primaire (sans cause apparente) est plus fréquent chez les jeunes adultes, en particulier chez les hommes, avec des taux rapportés d'incidence variant généralement de 7 à 18 cas pour 100 000 personnes par an. Le pneumothorax traumatique, quant à lui, survient souvent après des blessures thoraciques et peut varier considérablement en fonction de la prévalence des traumatismes dans une population donnée.

Globalement, le pneumothorax est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Cependant, chez les femmes, certains facteurs peuvent augmenter le risque de pneumothorax, notamment les maladies pulmonaires sous-jacentes telles que l'emphysème ou la BPCO, les troubles du tissu conjonctif comme le syndrome de Marfan, ainsi que certains autres facteurs de risque comme le tabagisme.

3/facteur de risque :

Certains facteurs de risque de pneumothorax chez les femmes sont similaires à ceux observés chez les hommes, tandis que d'autres peuvent être spécifiques au sexe féminin. Voici quelques-uns des principaux facteurs de risque de pneumothorax chez les femmes :

Maladies pulmonaires sous-jacentes : Les femmes souffrant de maladies pulmonaires chroniques, telles que l'emphysème, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou l'asthme sévère, ont un risque accru de développer un pneumothorax.

Syndrome de Marfan et autres troubles du tissu conjonctif : Les femmes atteintes de certains troubles du tissu conjonctif, tels que le syndrome de Marfan ou le syndrome d'Ehlers-Danlos, présentent un risque accru de pneumothorax en raison de la fragilité des tissus conjonctifs qui soutiennent les poumons.

Tabagisme : Fumer augmente le risque de pneumothorax chez les femmes, tout comme chez les hommes. Les substances toxiques présentes dans la fumée de cigarette peuvent endommager les tissus pulmonaires et augmenter la probabilité de développer un pneumothorax.

Grossesse : Pendant la grossesse, il y a des changements physiologiques dans le corps de la femme qui peuvent augmenter le risque de pneumothorax. La pression accrue exercée sur le diaphragme et les poumons en raison de la croissance de l'utérus peut augmenter le risque de rupture des bulles d'air dans les poumons et entraîner un pneumothorax.

Antécédents de pneumothorax : Les femmes ayant déjà eu un pneumothorax ont un risque plus élevé de développer un nouvel épisode dans le futur.

Il est important pour les femmes présentant ces facteurs de risque de rester attentives aux symptômes de pneumothorax, tels que la douleur thoracique soudaine, l'essoufflement et la respiration rapide, et de consulter un professionnel de la santé en cas de suspicion de pneumothorax. Un traitement précoce peut aider à prévenir des complications graves.

4/ physiopathologie :

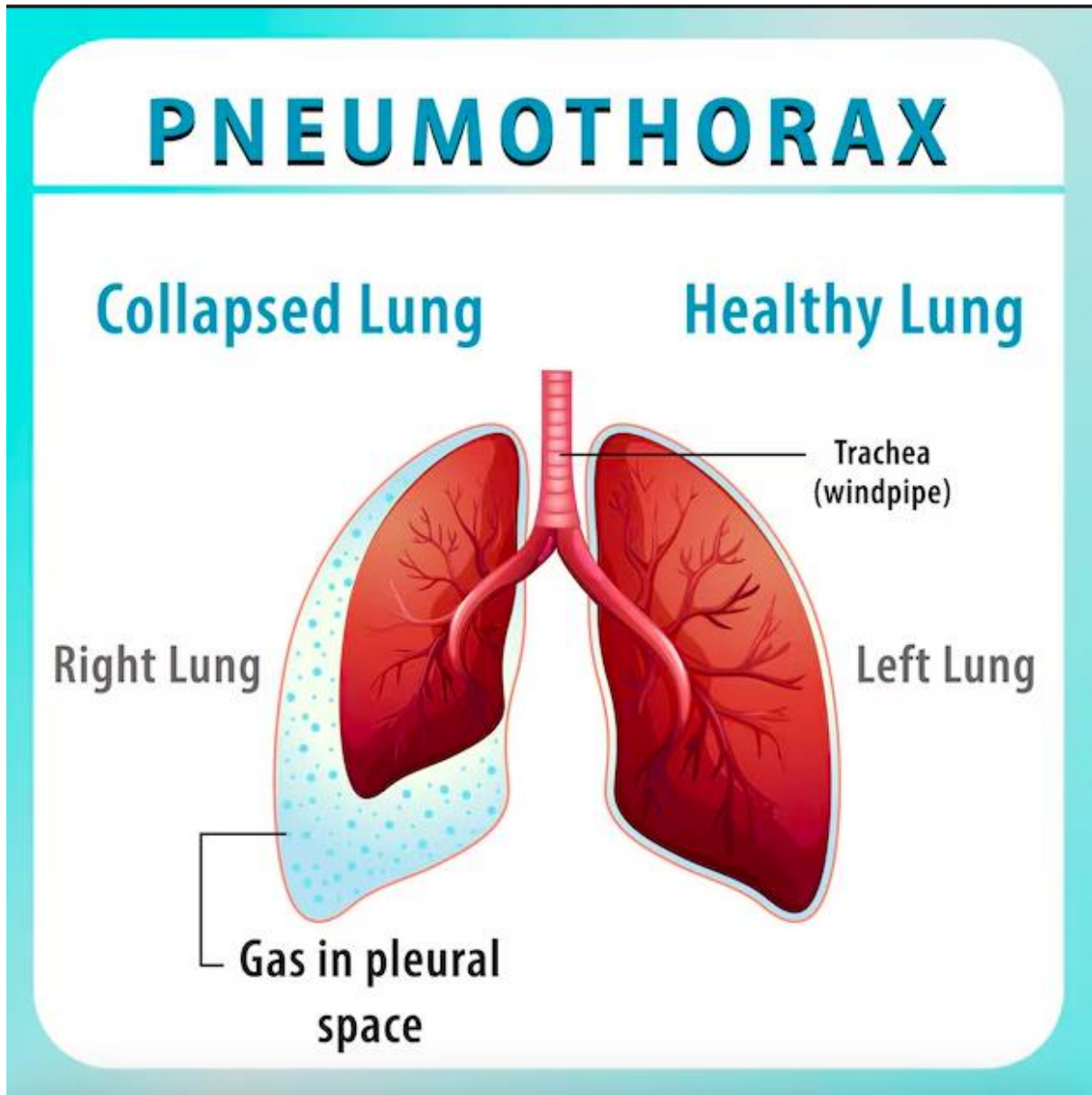


Figure 01 : Schéma montrant un épanchement gazeux intra pleural

La physiopathologie du pneumothorax chez les femmes est similaire à celle observée chez les hommes. Cependant, certains facteurs physiologiques spécifiques au sexe féminin peuvent influencer le développement et la présentation du pneumothorax chez les femmes. -Rupture de la paroi pleurale : Le pneumothorax se produit lorsque de l'air pénètre dans l'espace pleural, l'espace entre la paroi thoracique et les poumons. Cela peut se produire en raison d'une rupture de la paroi pleurale, qui peut être causée par des blessures traumatiques (pneumothorax traumatique) ou par des bulles d'air spontanément présentes dans les poumons qui se rompent et libèrent de l'air dans l'espace pleural (pneumothorax spontané).

Pression négative dans l'espace pleural : Normalement, l'espace pleural est en état de pression négative par rapport à l'atmosphère environnante. Cela permet aux poumons de se dilater et de se remplir d'air lors de l'inspiration. Lorsqu'il y a un pneumothorax, l'entrée d'air dans l'espace pleural perturbe cet équilibre et peut entraîner une pression positive dans l'espace pleural, comprimant le poumon et provoquant un effondrement partiel ou complet du poumon touché.

Effets sur la respiration : L'accumulation d'air dans l'espace pleural peut entraîner une diminution de la capacité du poumon affecté à se remplir d'air pendant l'inspiration. Cela peut provoquer des symptômes tels que la douleur thoracique, l'essoufflement et la respiration rapide.

Chez les femmes, certaines conditions spécifiques peuvent influencer la physiopathologie du pneumothorax :

Grossesse : Pendant la grossesse, la pression exercée par l'utérus en croissance peut comprimer les poumons et augmenter le risque de développement d'un pneumothorax spontané, surtout chez les femmes ayant des antécédents de maladies pulmonaires sous-jacentes.

Fragilité des tissus conjonctifs : Les femmes atteintes de troubles du tissu conjonctif, tels que le syndrome de Marfan, peuvent présenter une fragilité accrue des tissus pulmonaires, ce qui peut augmenter le risque de rupture des bulles d'air dans les poumons et conduire à un pneumothorax.

5/La composante clinique du pneumothorax chez les femmes:

_comprend les manifestations symptomatiques et les résultats de l'examen physique observés lors de l'évaluation clinique :

Symptômes :

Douleur thoracique : La douleur thoracique soudaine et aiguë est l'un des symptômes les plus courants du pneumothorax. Elle est souvent décrite comme une douleur lancinante ou oppressante du côté affecté.

Essoufflement : Une sensation d'essoufflement ou de difficulté à respirer peut survenir, en particulier en cas de pneumothorax important ou de détresse respiratoire associée.

Respiration rapide (tachypnée) : Une augmentation du rythme respiratoire peut être observée en réponse à la diminution de la capacité pulmonaire due à la présence d'air dans l'espace pleural.

Anxiété : Certains patients peuvent présenter de l'anxiété ou une sensation de malaise généralisé en raison de la détresse respiratoire associée au pneumothorax.

Signes physiques à l'examen :

Diminution ou absence de mouvement respiratoire du côté affecté : Lors de l'auscultation pulmonaire, une diminution ou une absence de murmures vésiculaires peut être observée du côté du pneumothorax en raison de l'affaissement du poumon.

Hyper-résonance à la percussion : Lors de la percussion de la paroi thoracique du côté affecté, une résonance accrue peut être notée en raison de la présence d'air dans l'espace pleural.

Déviation de la trachée : En cas de pneumothorax important, une déviation de la trachée vers le côté opposé peut être observée à l'examen physique.

Cyanose : Dans les cas de pneumothorax tendant vers la détresse respiratoire, une cyanose des lèvres ou des extrémités peut être présente en raison de l'hypoxie.

Évaluation de la gravité :

La gravité du pneumothorax peut varier en fonction de l'ampleur de l'affection et de l'impact sur la fonction respiratoire de la patiente.

Les critères de gravité peuvent inclure la présence de symptômes sévères tels qu'une détresse respiratoire marquée, une hypoxie sévère, une tension pneumothorax ou des signes de choc.

Évaluation des antécédents médicaux :

Une évaluation des antécédents médicaux, y compris les antécédents de pneumothorax, les maladies pulmonaires sous-jacentes, les troubles du tissu conjonctif et les antécédents de traumatismes thoraciques, est essentielle pour orienter le diagnostic et la prise en charge du pneumothorax chez les femmes. En résumé, la composante clinique du pneumothorax chez les femmes se caractérise par des symptômes tels que la douleur thoracique, l'essoufflement et la tachypnée, ainsi que par des signes physiques à l'examen tels que l'absence de mouvement respiratoire, l'hyper-résonance à la percussion et la déviation de la trachée. Une évaluation clinique approfondie est essentielle pour un diagnostic précis et une prise en charge appropriée du pneumothorax chez les femmes.

6/Diagnostic étiologique :

Le diagnostic de pneumothorax chez les femmes repose généralement sur des antécédents cliniques, un examen physique et des examens d'imagerie tels que la radiographie pulmonaire et la tomodensitométrie (TDM) thoracique.

Les femmes enceintes peuvent nécessiter des précautions particulières lors de l'utilisation de certaines modalités d'imagerie pour réduire l'exposition aux rayonnements ionisants.

Stabilisation initiale :

En cas de pneumothorax tendant vers la détresse respiratoire, des mesures immédiates de stabilisation doivent être prises, telles que l'administration d'oxygène, le monitoring continu de la saturation en oxygène et de la fréquence respiratoire, ainsi que l'établissement d'un accès veineux.

Gestion conservatrice :

Les pneumothorax de petite taille et asymptomatiques peuvent être gérés de manière conservatrice avec une surveillance médicale régulière et une réévaluation périodique.

Chez les femmes enceintes, des précautions particulières doivent être prises pour éviter les complications liées à la grossesse et aux interventions médicales.

Interventions médicales :

Pour les pneumothorax plus importants ou symptomatiques, des interventions médicales telles que l'aspiration à l'aiguille ou le drainage thoracique peuvent être nécessaires pour évacuer l'air de l'espace pleural et restaurer la fonction respiratoire.

Les techniques d'étanchéité comme la pleurodèse peuvent être envisagées pour les femmes présentant des pneumothorax récurrents ou persistants.

Suivi et gestion des complications :

Les femmes ayant présenté un pneumothorax doivent bénéficier d'un suivi médical régulier pour évaluer la guérison complète, surveiller les symptômes persistants et détecter toute complication éventuelle.

Des complications telles que la récurrence du pneumothorax, l'empyème ou la formation de fistules bronchopleurales doivent être identifiées et traitées précocement pour minimiser les risques.

Prévention :

Les femmes à risque de pneumothorax, en particulier celles présentant des facteurs de risque tels que le syndrome de Marfan ou des maladies pulmonaires sous-jacentes, doivent être sensibilisées aux symptômes précoces et aux mesures préventives telles que l'arrêt du tabac.

Une évaluation génétique et des conseils génétiques peuvent être proposés aux femmes présentant des antécédents familiaux de pneumothorax ou des conditions génétiques associées.

Anamnèse détaillée :

L'anamnèse détaillée est essentielle pour identifier les antécédents médicaux, les facteurs de risque et les événements précédant l'apparition du pneumothorax chez la femme.

Des informations sur les antécédents familiaux de pneumothorax, les maladies pulmonaires sous-jacentes, les conditions génétiques telles que le syndrome de Marfan, ainsi que les événements traumatiques récents doivent être recueillies.

Examen physique complet :

L'examen physique doit inclure une évaluation systématique de l'appareil respiratoire, avec une attention particulière portée à la symétrie thoracique, à la percussion et à l'auscultation des champs pulmonaires.

Des signes physiques spécifiques tels que l'absence de mouvement respiratoire du côté affecté, l'hyper-résonance à la percussion et la diminution des murmures vésiculaires peuvent être présents en cas de pneumothorax.

Examens d'imagerie :

La radiographie pulmonaire est l'examen d'imagerie de première intention pour le diagnostic du pneumothorax. Elle permet de visualiser la présence d'air dans l'espace pleural et d'évaluer l'ampleur de l'affection.

La tomodensitométrie (TDM) thoracique peut être réalisée pour confirmer le diagnostic, évaluer la taille et la localisation du pneumothorax, ainsi que pour rechercher des lésions pulmonaires sous-jacentes.

Évaluation des facteurs de risque spécifiques :

Une évaluation approfondie des facteurs de risque spécifiques aux femmes doit être effectuée, notamment les maladies pulmonaires chroniques, les troubles du tissu conjonctif, le tabagisme, la grossesse et les antécédents familiaux de pneumothorax. Des tests supplémentaires tels que la spirométrie, les épreuves de fonction pulmonaire et les tests génétiques peuvent être nécessaires pour évaluer ces facteurs de risque.

Consultation spécialisée :

En cas de pneumothorax récurrent ou de suspicion de conditions sous-jacentes telles que le syndrome de Marfan, une consultation avec des spécialistes tels que les pneumologues, les chirurgiens thoraciques ou les généticiens peut être nécessaire pour une évaluation approfondie et une prise en charge spécialisée.

Évaluation différentielle :

Il est important d'exclure d'autres causes de douleur thoracique et de détresse respiratoire chez les femmes, telles que l'embolie pulmonaire, l'infarctus du myocarde, les pneumonies, les néoplasmes pulmonaires et les affections pleurales.

Suivi et évaluation continue :

Un suivi médical régulier est nécessaire pour évaluer la réponse au traitement, surveiller les complications éventuelles et détecter toute récurrence du pneumothorax. Une évaluation continue des facteurs de risque et une sensibilisation aux symptômes de récurrence sont également essentielles pour une prise en charge optimale du pneumothorax chez les femmes.

1.1. Pneumothorax cataménial :

Le pneumothorax cataménial se définit par un pneumothorax spontané récidivant de la femme en âge de procréer. « Cataménial » signifie « mensuel », traduit du grec katamenios, ce qui souligne l'étroite relation avec le cycle menstruel. Il survient entre la veille des menstruations et jusqu'à 72 heures après leur début et se situe à droite dans 95 % des cas (2,4).

1.2 L'endométriose thoracique

1.2.1 Définition de l'endométriose L'endométriose est l'une des maladies chroniques gynécologiques les plus fréquentes intéressant 10–15% de la population générale féminine. Malgré l'intérêt croissant que suscite cette pathologie, la physiopathologie de l'endométriose demeure encore mal comprise . L'endométriose se définit par la présence de foyer de tissu endométrial en situation ectopique, c'est-à-dire en dehors de la cavité utérine. C'est une maladie hormono-dépendante, et plus précisément oestrogéno-dépendante, inflammatoire, chronique et évolutive. L'atteinte la plus fréquente est pelvienne et c'est l'une des premières causes de dysménorrhées et de douleurs pelviennes chez la femme. Mais des lésions peuvent être retrouvées au niveau du rectum, de la vessie et plus rarement dans le péricarde, le poumon et la plèvre .

- Définition et physiopathologie de l'endométriose thoracique :

L'endométriose thoracique se définit par la présence de tissu endométrial dans le thorax avec différentes localisations possibles telles que le diaphragme, la plèvre pariétale et/ou viscérale, le parenchyme pulmonaire, les bronches. Un article publié en 2019 par Charpentier et al montre un cas d'endométriose péricardique. Du fait de l'hétérogénéité des localisations décrites, l'endométriose thoracique peut être responsable d'une grande variété de manifestations cliniques et radiologiques. L'ensemble de ces manifestations sont regroupées sous le terme de syndrome de l'endométriose thoracique (SET) . Ces manifestations peuvent être isolées, mais aussi survenir de manière concomitante ou même évoluer l'une vers l'autre ayant un caractère cataménial ou non. En l'absence de traitement adapté, l'évolution peut se faire vers l'aggravation et la chronicité . Le SET a été reconnu comme une entité rare et la voie par laquelle le tissu endométrial accède à la cavité thoracique demeure en grande partie inconnue. Trois théories ont été proposées : métaplasie coelomique, embolisation lymphatique ou hématogène à partir de l'utérus et/ou du pelvis, et menstruation rétrograde avec migration transpéritonéale puis transdiaphragmatique du tissu endométrial . Cependant, aucune de celles-ci ne peut expliquer toutes les présentations cliniques de TES.

- Syndrome d'Endométriose Thoracique :

À la différence de l'endométriose pelvienne, maladie fréquente qui semble affecter 10 à 15 % des femmes en âge de procréer , l'endométriose thoracique a été, jusqu'à

récemment considérée comme extrêmement rare mais souvent sous-estimée selon certains auteurs. Dans un article publié en 2010, Channabasavaiah et al. distinguent quatre modes de présentations cliniques : le pneumothorax qui est le mode de révélation le plus fréquent (72% des cas), l'hémoptysie (14% des cas), l'hémothorax (12% des cas), le nodule pulmonaire (2% des cas). L'âge moyen lors du diagnostic est de 34 ans. Cette distribution du syndrome d'endométriose thoracique avait déjà été publié en 1996 par Joseph et al.. Dans leur étude 50 à 80 % des patientes atteintes d'endométriose thoracique 21 présentent également une endométriose pelvienne, notamment en cas de pneumothorax et hémothorax cataménial . En 2011, Alifano et al., rapportent que le pneumothorax lié à l'endométriose se développait en pneumothorax cataménial (PC) ou en pneumothorax non cataménial (non-PC) . Il est important de préciser une évolution des définitions du syndrome d'endométriose thoracique. En 2017, Bobbio et al. ont proposé d'élargir cette définition classique du SET afin d'inclure les hernies diaphragmatiques liée à l'endométriose, ou encore les douleurs thoraciques récurrentes cataméniales ou non et l'épanchement pleural lié à l'endométriose

7/Les examens complémentaires :

Les examens complémentaires du pneumothorax chez les femmes visent à confirmer le diagnostic, évaluer l'étendue de l'affection et identifier les éventuelles causes sous-jacentes.

Radiographie pulmonaire :

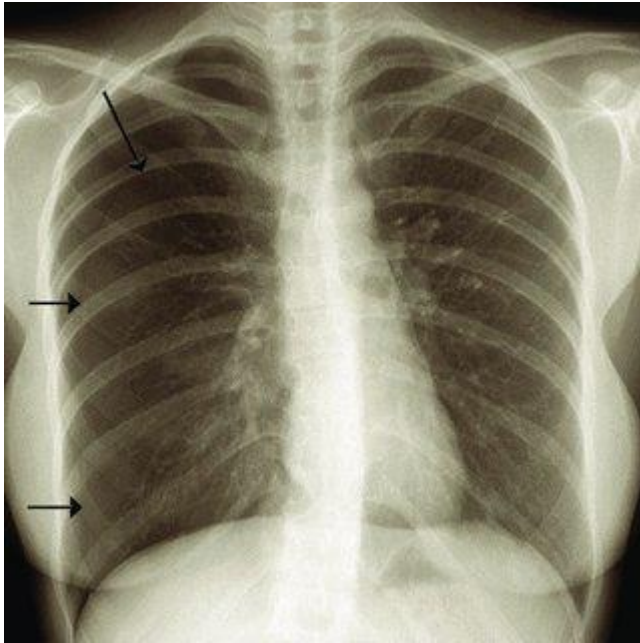


Figure 02 : Une radiographie thoracique de face objectivant un pneumothorax total droit

La radiographie pulmonaire est l'examen d'imagerie de première intention pour le diagnostic du pneumothorax. Elle permet de visualiser la présence d'air dans l'espace pleural et d'évaluer l'ampleur de l'affection.

Les radiographies pulmonaires peuvent être réalisées en position debout ou couchée, avec des vues antérieures-postérieures et latérales pour une évaluation complète des poumons et de la paroi thoracique.

Tomodensitométrie (TDM) thoracique :

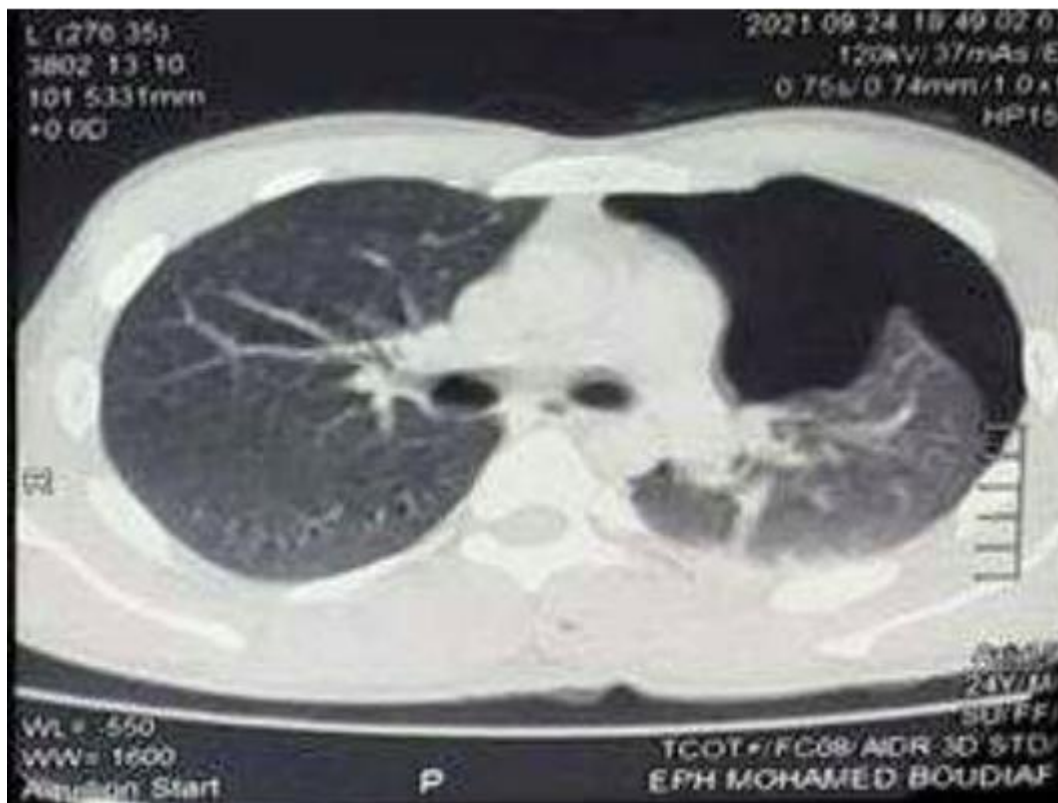


Figure 03 : Une coupe scannographique au niveau thoracique qui objective un pneumothorax total gauche

La TDM thoracique peut être réalisée pour confirmer le diagnostic de pneumothorax, évaluer la taille et la localisation de l'affection, ainsi que pour rechercher des lésions pulmonaires sous-jacentes.

La TDM thoracique offre une meilleure résolution spatiale que la radiographie pulmonaire et peut être particulièrement utile pour les cas de pneumothorax partiels ou pour évaluer les complications associées.

Échographie thoracique :

L'échographie thoracique, pour sa bonne sensibilité et sa facilité d'accès, constitue une bonne alternative à la radiographie pour le diagnostic positif chez les équipes expérimentées, notamment en cas d'hésitation chez un patient avec signe de sévérité. Elle est par ailleurs recommandée en première intention pour le diagnostic de pneumothorax résiduel chez les patients drainés avec une spécificité de 100 % pour une sensibilité de 95,6% [49]. Le mouvement des deux feuillets pleuraux lors de la respiration crée le fameux « signe du glissement » en mode brillance (mode B). Il tranche avec l'immobilité des structures pariétales sus-jacentes. En mode temps-mouvement (mode TM), il devient le « signe du bord de mer ».

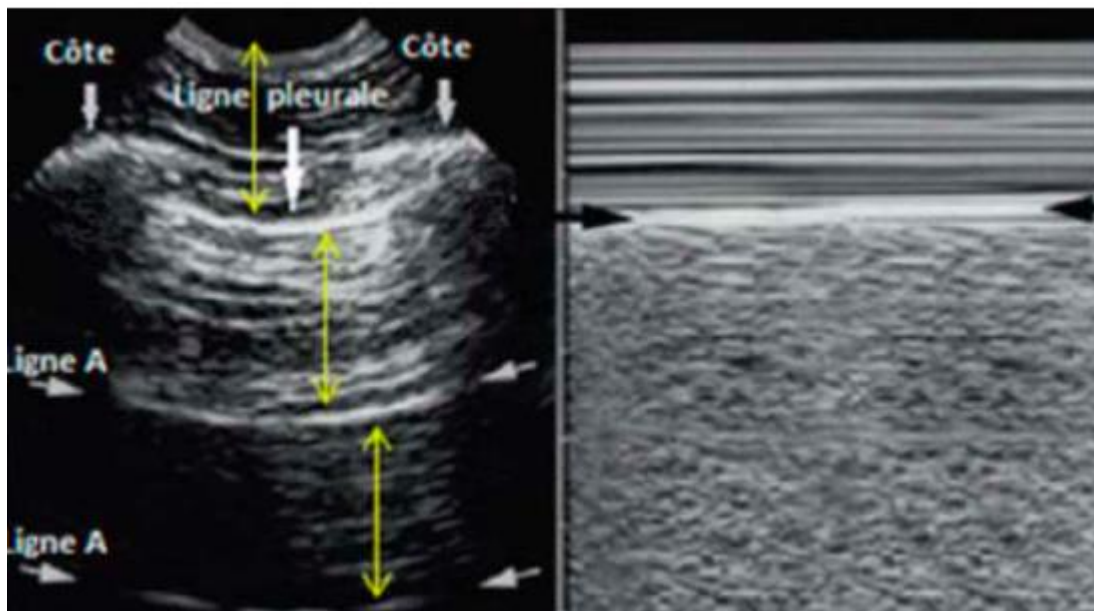


Figure 04 : Image échographique de paroi thoracique et poumon normal

A gauche, image en mode B : les lignes A (flèches blanches) se répètent à une distance égale (flèches jaunes) correspondant à l'espace pariéto-pleural. A droite, image en mode TM : paroi thoracique et poumon normal avec le « signe du bord de mer ». Ligne pleurale (flèches noires).

Gazométrie artérielle :

La gazométrie artérielle peut être réalisée pour évaluer la fonction respiratoire et la saturation en oxygène chez les femmes présentant un pneumothorax, en particulier en cas de détresse respiratoire sévère.

La gazométrie artérielle peut aider à évaluer l'ampleur de l'hypoxie et à guider la gestion de la ventilation et de l'oxygénation chez les patientes présentant un pneumothorax.

Tests de fonction pulmonaire :

Les tests de fonction pulmonaire tels que la spirométrie peuvent être réalisés pour évaluer la fonction respiratoire globale chez les femmes atteintes de pneumothorax, en particulier chez celles présentant des antécédents de maladies pulmonaires sous-jacentes.

Ces tests peuvent fournir des informations sur la capacité vitale, le volume expiratoire maximal en une seconde (VEMS) et d'autres paramètres respiratoires.

En résumé, les examens complémentaires du pneumothorax chez les femmes comprennent la radiographie pulmonaire, la TDM thoracique, l'échographie thoracique, la gazométrie artérielle et les tests de fonction pulmonaire. Ces examens

sont utilisés pour confirmer le diagnostic, évaluer l'étendue de l'affection et guider la prise en charge du pneumothorax chez les femmes.

8/COMPLICATION;

Les complications du pneumothorax chez les femmes peuvent survenir en raison de l'affaissement pulmonaire, de l'altération de la fonction respiratoire et des interventions médicales nécessaires pour le traitement.

Recrudescence du pneumothorax :

Une complication fréquente du pneumothorax est sa récurrence, où l'air s'accumule à nouveau dans l'espace pleural après un traitement initial.

Les femmes ayant des antécédents de pneumothorax ont un risque accru de récurrence, surtout si des facteurs de risque sous-jacents tels que le tabagisme ou les maladies pulmonaires persistent.

Tension pneumothorax :

Le tension pneumothorax est une complication grave dans laquelle l'accumulation d'air dans l'espace pleural crée une pression de plus en plus élevée, comprimant les structures vitales telles que les vaisseaux sanguins et les voies respiratoires.

Cette complication peut entraîner un effondrement pulmonaire complet, une hypotension, un choc et une insuffisance respiratoire aiguë, nécessitant une intervention médicale immédiate pour décompresser l'espace pleural.

Empyème pleural :

L'empyème pleural est une complication rare mais grave du pneumothorax, caractérisée par l'accumulation de pus infecté dans l'espace pleural.

Cette complication peut survenir en cas d'infection bactérienne secondaire dans l'espace pleural, souvent associée à un pneumothorax prolongé ou à des interventions médicales invasives telles que le drainage thoracique.

Atélectasie :

L'atélectasie se produit lorsque les alvéoles pulmonaires se rétractent en raison de la perte de pression d'air dans l'espace pleural, entraînant un effondrement partiel ou complet du poumon.

Cette complication peut entraîner une diminution de la fonction respiratoire, une hypoxémie et des symptômes tels que la dyspnée et la toux.

Complications liées aux interventions médicales :

Les interventions médicales utilisées pour traiter le pneumothorax, telles que l'aspiration à l'aiguille, le drainage thoracique ou la chirurgie, peuvent entraîner des complications telles que des infections, des saignements, des lésions thoraciques et des fistules bronchopleurales.

Les femmes enceintes présentent un risque accru de complications liées aux interventions médicales en raison des précautions supplémentaires nécessaires pour éviter les effets indésirables sur le fœtus.

Effets sur la grossesse :

Chez les femmes enceintes, le pneumothorax peut entraîner des complications supplémentaires, notamment une hypoxie maternelle, une détresse respiratoire fœtale et un risque accru de prématurité.

La gestion du pneumothorax chez les femmes enceintes nécessite une approche multidisciplinaire impliquant des spécialistes en obstétrique, en pneumologie et en chirurgie thoracique pour minimiser les risques pour la mère et le fœtus.

En résumé, les complications du pneumothorax chez les femmes comprennent la récurrence du pneumothorax, le tension pneumothorax, l'empyème pleural, l'atélectasie, les complications liées aux interventions médicales et les effets sur la grossesse.

Une surveillance étroite et une prise en charge appropriée sont essentielles pour prévenir ces complications et assurer des résultats optimaux pour les femmes atteintes de pneumothorax.

9/ Prise en charge et traitement du pneumothorax chez les femmes :

Approches de gestion conservatrice :

-Surveillance médicale : Pour les cas de pneumothorax de petite taille et asymptomatiques, la surveillance médicale régulière peut être une option de gestion appropriée. Cela implique des visites de suivi régulières chez un professionnel de la santé pour évaluer la progression du pneumothorax et surveiller les symptômes.

Observation hospitalière : Dans certains cas, en particulier chez les femmes présentant des facteurs de risque ou des antécédents de pneumothorax, une observation hospitalière peut être nécessaire pour surveiller de près l'évolution du pneumothorax et intervenir rapidement en cas de détérioration.

Interventions médicales et procédures d'évacuation de l'air :

L'exsufflation : L'exsufflation à l'aiguille est pratiquée depuis longtemps. Elle représentait la base du traitement du pneumothorax. Elle fait référence à différentes techniques réalisées de manière stérile, telles que l'exsufflation simple à l'aiguille, l'usage de cathéter veineux ou de drains de faible calibre par méthode de Seldinger ou encore par l'utilisation de kits dédiés de thoracentèse .

Donc l'exsufflation consiste à réaliser une aspiration par l'intermédiaire d'un cathéter, sans que le matériel soit laissé en place. Elle présente un avantage d'être plus sûre, simple, rapide à apprendre, d'un retour à domicile plus précoce tout en ayant a priori la même efficacité que le drainage .

Il s'agit également d'un geste de sauvetage à réaliser en extrême urgence en cas de pneumothorax suffocant spontané ou traumatique, avec l'objectif de lever la pression intra pleurale et de lutter contre la compression des cavités cardiaques droites par déviation médiastinale. Elle peut être répétée jusqu'à trois fois en cas d'échec, selon les dernières recommandations [66], elle permettrait une durée d'hospitalisation et **un taux de complication plus faible que le drainage tout en étant moins**

douloureuse.a. Technique d'exsufflation : La voie d'abord : Le patient est installé en position demi-assise, à 30–45°, Le bras homolatéral est surélevé et la main positionnée en arrière de la tête. La ponction est classiquement réalisée au niveau du deuxième espace intercostal, sur la ligne médio claviculaire ; cette ponction peut se faire aussi au niveau du quatrième espace intercostal sur la ligne axillaire



moyenne.

Figure 05: Image qui montre le site de l'exsufflation antérieure

L'anesthésie locale : Après désinfection de la peau, une anesthésie locale est réalisée à l'aide d'une aiguille sous-cutanée puis intramusculaire, à la xylocaïne 1 %

non adrénalinée. Il existe plusieurs méthodes de l'exsufflation qui sont : Exsufflation simple à l'aiguille : Cette technique a l'avantage de nécessiter un matériel peu spécifique. Elle peut être réalisée au moyen d'un cathéter veineux court d'au moins 16 G, d'un raccord avec un robinet trois voies et d'une seringue d'aspiration de 50 cc. La ponction s'effectue en aspiration, l'apparition des bulles d'air dans la seringue signifie le passage dans l'espace pleural. Ces aspirations sont ensuite stoppées dès l'apparition des toux excessive, une résistance à l'aspiration, ou lorsque le volume aspiré correspond à 2500 cc (50 aspirations). Le cathéter est retiré et un pansement occlusif est réalisé .



Figure 06 : Exsufflation a l'aiguille par la voie antérieure

Drainage thoracique : Le drainage thoracique est souvent nécessaire pour les pneumothorax de taille modérée à grande chez les femmes. Il implique l'insertion d'un tube thoracique à travers la paroi thoracique pour évacuer l'air et/ou le liquide accumulé dans l'espace pleural, ce qui permet de restaurer la pression négative et la fonction pulmonaire normale.

a. La technique : En termes de technicité, il est introduit au niveau du 2ème espace intercostal sur la ligne médio claviculaire, et dirigé vers l'apex lorsqu'il s'agit d'un épanchement gazeux ou alors, au niveau du 4ème espace intercostal sur la ligne axillaire moyenne



Figure 07 : Image qui montre les deux sites de drainage thoracique « A gauche la voie antérieure. A droite la voie axillaire »

b. Les règles à respecter : - Ne jamais introduire le drain en dessous de la ligne mamelonnaire.

- Ne jamais utiliser un orifice de plaie.

- Ne jamais utiliser un ancien orifice de ponction ou de drainage après six heures à cause du risque septique.

c. Les impératifs d'un drainage efficace : Pour être efficace, ce drainage doit présenter les caractéristiques suivantes :

- Être unidirectionnel.

- Être étanche.

- Être aseptique.

- Et plus ou moins être aspiratif.

d. Le matériel utilisé : Il existe de nombreux drains en fonction du type de matériau, de leur calibre, de leur forme ainsi que du dispositif d'introduction (présence ou non d'un mandrin). Les drains souples perforés, en silicone, introduits par un trocart de Monod, sont les moins pourvoyeurs de lésions pulmonaires

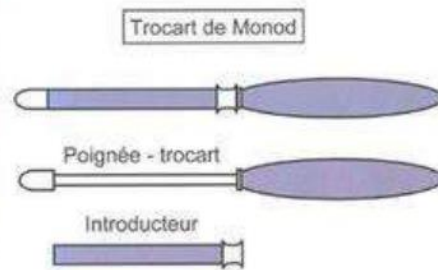


Figure 08 : Le trocart de Monod

Les drains à trocart interne, de type « drain de Jolly », exposent en revanche, par leur mandrin inclus dans le drain, au risque de lésion endothoracique si celui-ci n'est pas immobilisé dès le passage de la plèvre pariétale.



Figure 09: Drain de Jolly de calibre 26 G et de 20 G

Enfin, les drains en silicone sont plus souples, moins douloureux et moins apte à caillouter.



Figure 10 : Drain en silicone

Dans tous les cas, ces drains doivent être reliés à un système de drainage comportant ou non une aspiration, un système anti reflux ainsi qu'un système de recueil. Actuellement, les systèmes à usage unique sont principalement utilisés en pratique courante (Pleur-Evac Sahara®). S'il existe un système d'aspiration, une dépression à -20cm d'H₂O est normalement suffisante. Elle est à moduler en fonction du débit de la fuite.

e. Les critères de surveillance : Clinique : Le drainage thoracique doit être vérifié à chaque examen clinique du patient par le médecin. Pour contrôler : L'évolution de la symptomatologie : la régression de la dyspnée, la toux, et la douleur thoracique.

L'examen physique : à la recherche de : - La présence de signe inflammatoire ou écoulement au niveau de l'orifice. - L'apparition de l'emphysème sous cutané. - La transmission des vibrations vocales à la palpation. - La transmission des murmures vésiculaires. - La sonorité thoracique normale à la percussion. Enfin, les constantes vitales et une évaluation régulière du niveau d'analgésie doivent être consignées, ainsi que l'étanchéité du pansement.

Le système de drainage : Des critères qui doivent être vérifié régulièrement :

- La persistance ou la disparition de bullage.
- Le fonctionnement de système d'aspiration.
- Le volume de sécrétions recueillies.
- L'oscillation de la colonne d'eau avec la ventilation doit être notée.
- Le niveau de dépression (ou l'absence de dépression).
- Le montage correct et l'étanchéité des différents raccordements.

- Le système de fixation.



Figure 11 : L'emplacement de système de drainage

La radiologie : Il est de règle de contrôler quotidiennement la radiographie thoracique pour évaluer :

- Le positionnement correct du drain.
- L'absence d'œillet exclu de la cavité pleurale.
- La qualité de la ré-expansion pulmonaire est ainsi vérifiée.
- L'abondance de pneumothorax.
- La présence ou l'absence de complication

f. Les critères d'ablation du drain :

Le drain est retiré lorsque :

- Le bullage cesse.
- L'auscultation pulmonaire normale.
- L'accolement des deux feuillets pleuraux à la radiographie thoracique. En termes de technicité, Le drain est d'abord laissé en siphonage ou clampé pendant 12 à 24 heures puis si le contrôle radiographique ne montre pas de récurrence de l'épanchement aérien, le retrait du drain peut être envisagé et ce dernier requiert des conditions chirurgicales d'asepsie

Le retrait doit se faire d'un seul coup en bloquant la respiration, La fermeture cutanée doit être réalisée immédiatement lors de l'extraction du drain. L'attitude classique est de réaliser une bourse au fil à peau autour de l'orifice du drain avant son ablation, de nouer le fil puis de serrer les 2 brins au moment de l'extraction du drain. Il est nécessaire et impératif de réaliser une radiographie thoracique de face après avoir effectué le retrait du drain.

g. Les complications :

Le drainage n'est pas un geste thérapeutique anodin. On peut décrire 2 types de complications, qui, selon les études seraient fréquentes, variant de 9 à 26%

Complications mineures à type de :

- L'ablation accidentelle du drain.
- Saignement minime du site d'introduction du drain.
- L'inefficacité du drain par : la mal position, l'obstruction, ou le coudage de drains.
- L'emphysème sous-cutané.
- La cicatrice disgracieuse.

Complications majeures : à type de :

- Complication hémorragique : la création d'un hémothorax par lésion du paquet vasculo-nerveux, par plaie pulmonaire, ou une plaie cardiaque.
- L'aggravation du pneumothorax par perforation pulmonaire qui provoque l'augmentation de débit de la fuite.
- La perforation d'un organe noble sus ou sous ou diaphragmatique (rate, foie, gros vaisseaux), lorsque le site de drainage est non respecté
- L'apparition d'un pneumo médiastin (rupture trachéo bronchique, du risque septique (abcès ou empyème).
- Complications infectieuses ; par le non-respect des règles d'asepsie ou par la persistance de drainage .
- L'œdème pulmonaire de réexpansion ou l'œdème pulmonaire a vacuo : est une complication rare, touchant le plus souvent le poumon du coté drainé, mais il peut être bilatéral ou controlatéral. C'est une complication due à la ré-expansion rapide du parenchyme pulmonaire après un collapsus important pendant une durée de drainage courte. L'association d'une kinésithérapie respiratoire au drainage thoracique permet d'assurer la liberté des voies aériennes et limite les séquelles fonctionnelles.

4) Le talcage : Le talcage pleural est une technique de soudure chimique entre les deux feuillets de la plèvre : le feuillet viscéral, qui enveloppe le poumon, et le feuillet pariétal qui tapisse la face interne de la cage thoracique, par instillation de tétracycline, visant à créer une réaction inflammatoire puis une sclérose des deux feuillets

5) La chirurgie : a. Les objectifs : Il y a deux objectifs thérapeutiques essentiels dans le traitement chirurgical du pneumothorax : le traitement d'une éventuelle fuite d'air persistante (airostase), par suture pulmonaire ou résection de la partie dystrophique du poumon. Le second objectif est de prévenir la récurrence par la pleurectomie et/ou la pleurodèse qui consiste à : - La résection des blebs ou de bulles d'emphysème. - L'abrasion pleurale par brossage - La pleurectomie

Techniques d'étanchéité : Dans certains cas de pneumothorax récurrents ou réfractaires, des techniques d'étanchéité telles que la pleurodèse peuvent être envisagées. Cette procédure vise à créer une cicatrice entre les deux feuillets de la plèvre, ce qui empêche la récurrence du pneumothorax en scellant l'espace pleural.

Gestion des complications et suivi à long terme :

Complications possibles : Les femmes atteintes de pneumothorax peuvent présenter des complications telles que la récurrence du pneumothorax, l'empyème (accumulation de pus dans l'espace pleural) ou la formation de fistules bronchopleurales. Une gestion appropriée de ces complications est essentielle pour assurer un rétablissement complet.

Suivi à long terme : Les femmes ayant présenté un pneumothorax doivent bénéficier d'un suivi médical à long terme pour évaluer la guérison complète du pneumothorax, surveiller les symptômes persistants et détecter toute complication éventuelle.

Prise en charge multidisciplinaire :

Collaboration entre spécialistes : La prise en charge du pneumothorax chez les femmes peut nécessiter la collaboration entre différents spécialistes, notamment les pneumologues, les chirurgiens thoraciques, les radiologues et les infirmières spécialisées en soins respiratoires, afin d'assurer une gestion complète et efficace de la condition.

Approche individualisée : Il est important d'adopter une approche individualisée dans la prise en charge du pneumothorax chez les femmes, en tenant compte des

facteurs de risque spécifiques, des antécédents médicaux et des préférences de traitement de chaque patiente.

La prise en charge du pneumothorax chez les femmes nécessite une approche spécifique en raison des différences physiologiques et des facteurs de risque propres à ce groupe de population. Voici une description détaillée des différentes étapes de la prise en charge du pneumothorax chez les femmes :

Évaluation initiale :

L'évaluation initiale doit être rapide et comprendre une histoire médicale détaillée, y compris les antécédents de pneumothorax et les facteurs de risque potentiels tels que le tabagisme, les troubles du tissu conjonctif, et les maladies pulmonaires sous-jacentes.

Un examen physique complet, avec une attention particulière portée aux signes de détresse respiratoire, à la symétrie thoracique, et aux signes de pneumothorax à l'examen pulmonaire.

10/Prévention du pneumothorax chez les femmes :

Stratégies de prévention primaire :

Éducation et sensibilisation : Mettre en place des programmes éducatifs visant à sensibiliser les femmes aux facteurs de risque de pneumothorax, aux signes et symptômes précoces, ainsi qu'aux mesures préventives.

Promotion de la santé respiratoire : Encourager les femmes à adopter des comportements favorables à la santé respiratoire, tels que l'arrêt du tabac, la limitation de l'exposition à la fumée secondaire, et le maintien d'un poids santé.

Conseils génétiques : Pour les femmes présentant des troubles génétiques associés à un risque accru de pneumothorax, offrir des conseils génétiques pour les informer sur les implications de ces conditions et sur les mesures préventives possibles.

Stratégies de prévention secondaire :

Gestion des maladies pulmonaires sous-jacentes : Identifier et traiter efficacement les maladies pulmonaires chroniques telles que l'emphysème, la BPCO et l'asthme afin de réduire le risque de pneumothorax.

Surveillance médicale : Mettre en place des programmes de suivi médical régulier pour les femmes présentant des antécédents de pneumothorax ou des facteurs de

risque connus, afin de détecter précocement toute anomalie pulmonaire et d'instaurer un traitement approprié si nécessaire.

Gestion des facteurs de risque spécifiques : Offrir des conseils personnalisés aux femmes présentant des facteurs de risque spécifiques tels que le syndrome de Marfan, la grossesse ou le tabagisme, en mettant l'accent sur la réduction des risques et sur les comportements à adopter pour prévenir les récurrences de pneumothorax.

Mesures préventives en milieu clinique et chirurgical :

Techniques de réduction du risque lors d'interventions médicales et chirurgicales :

Pour les femmes subissant des procédures médicales ou chirurgicales associées à un risque accru de pneumothorax (ex. : biopsie pulmonaire, chirurgie thoracique), mettre en œuvre des techniques de réduction du risque telles que l'utilisation de techniques d'imagerie guidée et de matériaux d'étanchéité.

Soins post-opératoires adaptés : Assurer une surveillance post-opératoire étroite et une gestion appropriée de la douleur et des complications respiratoires chez les femmes subissant des interventions chirurgicales thoraciques pour réduire le risque de pneumothorax postopératoire.

Évaluation de l'efficacité des stratégies préventives :

Suivi à long terme : Mettre en place des programmes de suivi à long terme pour évaluer l'efficacité des stratégies préventives mises en œuvre et pour surveiller l'incidence et la prévalence du pneumothorax chez les femmes.

Études de recherche : Encourager la réalisation d'études de recherche clinique pour évaluer l'efficacité comparative des différentes stratégies de prévention du pneumothorax chez les femmes et pour identifier les facteurs de risque modifiables et les interventions les plus efficaces.

11/PRONOSTIC;

Le pronostic du pneumothorax chez les femmes dépend de plusieurs facteurs, notamment l'étendue de l'affection, la rapidité du diagnostic et de la prise en charge, les complications associées, ainsi que les facteurs de risque sous-jacents :

Taille du pneumothorax :

Le pronostic peut être influencé par la taille du pneumothorax. Les pneumothorax de petite taille peuvent se résorber spontanément sans intervention médicale, tandis

que les pneumothorax plus importants peuvent entraîner des complications graves nécessitant un traitement urgent.

Récidive du pneumothorax :

Le risque de récurrence du pneumothorax est un facteur important à prendre en compte dans le pronostic. Les femmes ayant des antécédents de pneumothorax ont un risque accru de récurrence, en particulier si des facteurs de risque tels que le tabagisme ou les maladies pulmonaires sous-jacentes persistent.

Complications associées :

Le pronostic peut être influencé par la présence de complications telles que le tension pneumothorax, l'empyème pleural, l'atélectasie et les complications liées aux interventions médicales.

Les complications peuvent entraîner une détérioration de l'état clinique, une augmentation de la morbidité et une prolongation de la durée de l'hospitalisation.

Réponse au traitement :

Le pronostic peut être favorable si le pneumothorax répond rapidement et efficacement au traitement initial, ce qui peut inclure l'aspiration à l'aiguille, le drainage thoracique ou la chirurgie.

Une prise en charge rapide et appropriée peut réduire le risque de complications et améliorer les résultats à long terme.

Facteurs de risque sous-jacents :

Les femmes présentant des facteurs de risque sous-jacents tels que le tabagisme, les maladies pulmonaires chroniques ou les troubles du tissu conjonctif peuvent avoir un pronostic moins favorable en raison du risque accru de récurrence et de complications.

Gestion pendant la grossesse :

Chez les femmes enceintes, le pronostic du pneumothorax peut être influencé par les effets sur la grossesse et le fœtus. Une prise en charge multidisciplinaire est nécessaire pour minimiser les risques pour la mère et le fœtus tout en assurant un traitement efficace du pneumothorax.

12. CONCLUSION:

Le pneumothorax reste une pathologie fréquente qui constitue un problème de santé publique parce qu'il peut être grave et engager le pronostic vital.

Vu l'importance de ce sujet et le manque des données épidémiologiques concernant le pneumothorax et sa prise en charge au niveau de nos hôpitaux et c'est la raison pour laquelle on a essayé dans ce travail de rassembler les données et les informations et de les synthétiser pour améliorer la prise en charge et la prévention de cette pathologie dans notre pays.

À travers une étude rétrospective dont l'objectif est de décrire le profil épidémiologique et les aspects thérapeutiques du pneumothorax au sein du CHU Tlemcen dans le service de pneumo phtisiologie entre janvier 2018 au mai 2024 , grâce à un échantillon de 12 patients âgés plus de 16 ans, qui présente un pneumothorax spontané (primitif ou secondaire) ou traumatique dans leur premier épisode ou récurrence. Le recueil des données est fait à l'aide d'une fiche d'exploitation remplie à partir des dossiers médicaux. C'est une pathologie des adultes de sexe masculin, avec des pics de fréquence entre 20 et 50 ans pour les deux types de pneumothorax mais il est aussi présents chez les sujets âgés. Le pneumothorax spontané secondaire dans notre série était dominant par rapport au primitif et la récurrence du pneumothorax représente un taux élevé. La surveillance et Le drainage par voie axillaire représentait la modalité de prise en charge la plus utilisée en première intention, puis l'abstention thérapeutique et l'exsufflation .la chirurgie reste rare. on a constaté que les recommandations sont respectées dans la prise en charge de pneumothorax mais l'enquête étiologique n'était pas toujours complète

PARTIE PRATIQUE

MATERIELS ET METHODES:

I. TYPE D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective menée au sein du CHU Tlemcen dans le service de pneumo phtisiologie entre janvier 2018 au mai 2024

. II. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE :

A. Objectif principal : Décrire le profil épidémiologique et les aspects thérapeutiques du pneumothorax chez les femmes au niveau du service de CHU Tlemcen dans le service de pneumo-phtisiologie entre janvier 2018 au mai 2024

. B. Objectifs secondaires : Identifier le profil épidémiologique des différents types de pneumothorax chez la femme . Déterminer et évaluer les différentes armes thérapeutiques.

III.POPULATION ÉTUDIÉE :

La population de cette étude comprend toutes les patientes(sujets femmes) admises au CHU Tlemcen dans le service de pneumo-phtisiologie entre janvier 2018 au mai 2024. Avec un diagnostic de pneumothorax traumatique ou pneumothorax spontané.

A. Critères d'inclusion :

- Sujet âgé de 15 ans et plus.
- Pneumothorax spontané primitif ou secondaire.
- Premier épisode ou récurrence de pneumothorax.
- Admission dans un service de pneumo-phtisiologie entre janvier 2018 au mai 2024

. B. Critères d'exclusion :

- Age moins de 15 ans.
- dossiers inexploitable.

IV. RECUEIL, SAISIE ET ANALYSE DES DONNÉES :

Le recueil initial des données s'effectuait à partir des dossiers médicaux mis à notre disposition dans les archives du service de pneumologie. Les informations étaient consignées sur des fiches d'exploitation puis secondairement reportées dans le Microsoft EXCEL®.

RÉSULTAT:

I. DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES :

A. Échantillon d'étude :entre janvier 2018 au mai 2024 le diagnostic principal de « pneumothorax chez les femmes » a concerné 12 patients.

B. Âge :

Dans la population totale, l'âge moyen des patients était de 25 à 50 ans, l'âge médian de 40 ans. Cette population avait un âge compris entre 23 et 71 ans.

PNEUMOTHORAX CHEZ LA FEMME

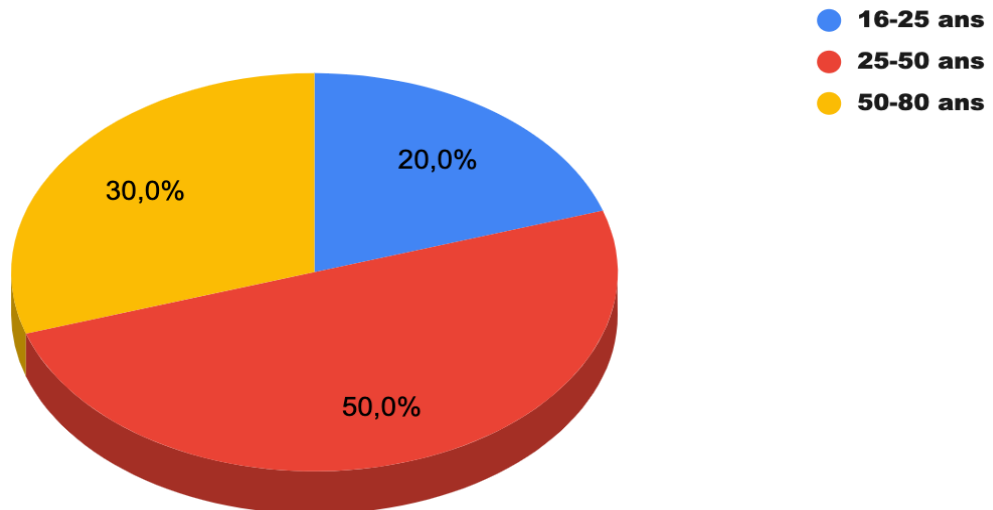


Figure 01 : Répartition des patientes selon la tranche d'âge

Dans les deux types de pneumothorax, le pic de survenue situe entre l'âge de (20-39) ans. Il y a une différence notable dans la tranche d'âge (25-50) ans dont 63,6% dans le pneumothorax spontané

(Répartition de pneumothorax spontané selon l'âge

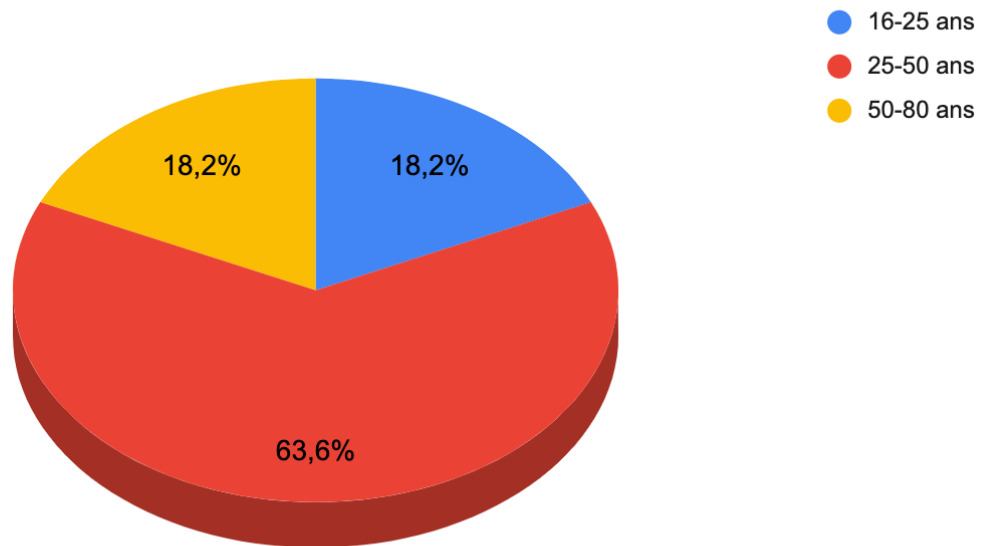


Figure 12 : Répartition de pneumothorax spontané selon l'âge

D. Consommation de tabac :

Parmi 12 cas de pneumothorax spontanés : Une tabagisme actif n'était pas retrouvé , tandis qu'une seule patiente étaient une tabagique passif et ya pas de patiente alcoolique

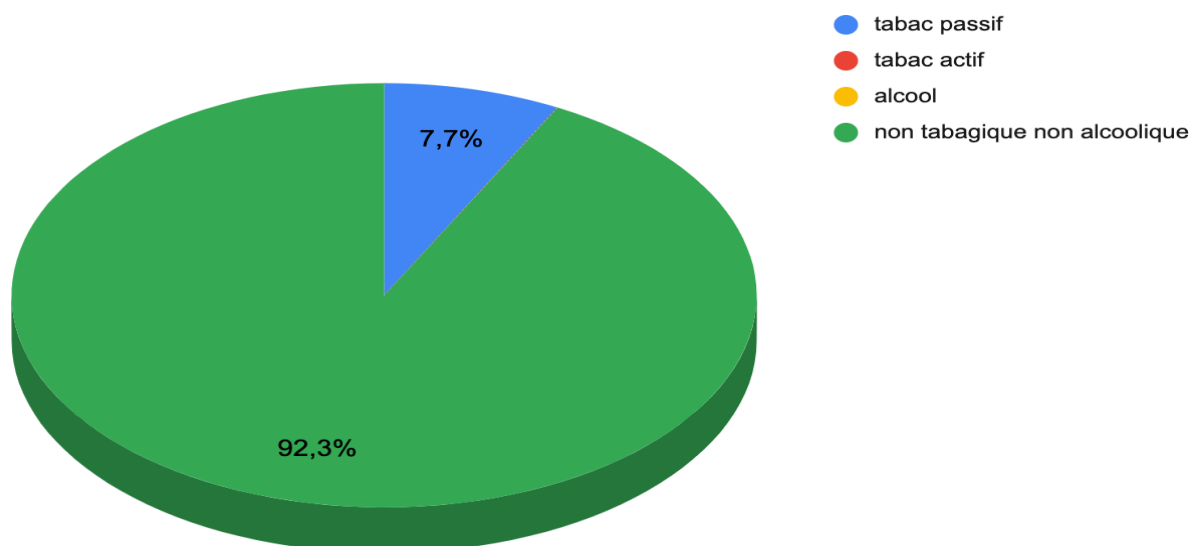


Figure 13 : Répartition des patients selon la consommation de tabac et alcool

E. Répartition saisonnière des pneumothorax spontané :

Le pneumothorax spontané survenait en hiver dans 41,7% des cas.

Répartition saisonnière des pneumothorax spontané :

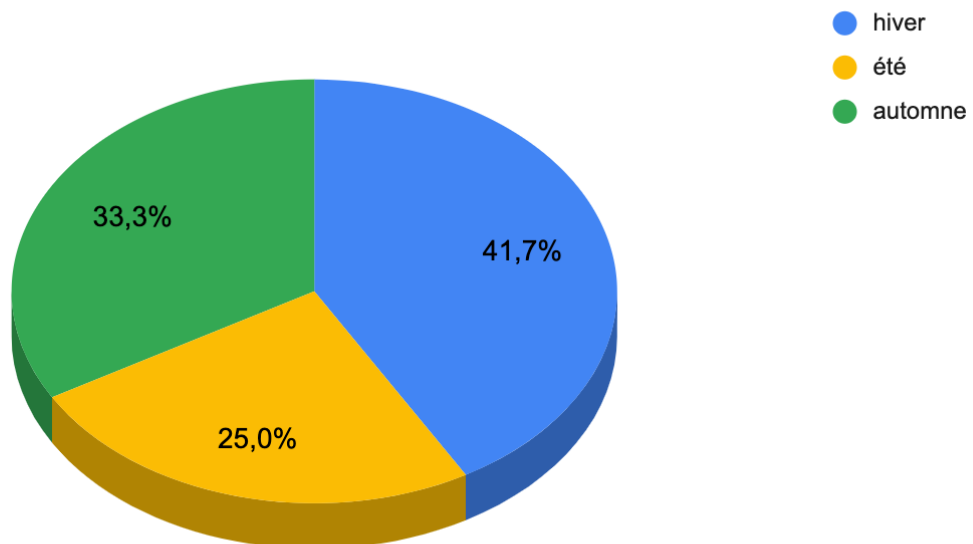


Figure 14 : Répartition de pneumothorax spontané selon les saisons

II. DONNEES CLINIQUES :

A. Antécédents :

Dans 41 cas de pneumothorax spontané, des antécédents de récidence de pneumothorax pour 2 patientes

antécédents médicaux trouvé dans la majorité des patientes 5 patientes

Des antécédents chirurgicaux trouvé chez 4 patientes

ATDC	MÉDICAUX	CHIRURGICAUX	RÉCIDIVE PNO
Nmbr	5	4	2

Tableaux 01 : Les ATCD chez les patientes ayant un PNO spontané

B. Durée d'hospitalisation :

Les patientes étaient hospitalisées pendant des durées différentes en moyenne de 3 jours avec une durée maximale de 6 jours et de durée minimale de un jour.

DUREE D'HOSPITALISATION

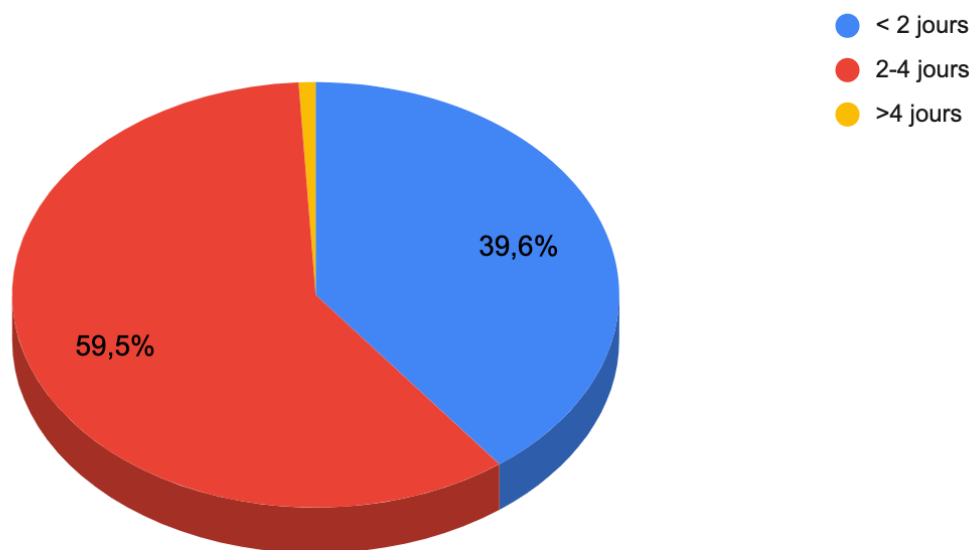


Figure 15 : Répartition de pneumothorax spontané selon la durée d'hospitalisation

C. Circonstances de survenue :

1. Notion de traumatisme : 0%
2. pneumothorax spontané 99%

D. Signes cliniques : La Triade de Gaillard était présente chez 41,7% des cas puis la douleur thoracique avec 29,2% des cas, la dyspnée 16,7% et la toux 12,5%

Signes cliniques	Fréquence	Pourcentage
Triade de Gaillard (+)	9	41,7%
Douleur thoracique	7	29,2%
Dyspnée	4	16,7%
Toux	3	12,5%

Tableau 02 : Répartition des patientes selon les signes cliniques

Répartition des cas de pneumothorax selon les signes clinique

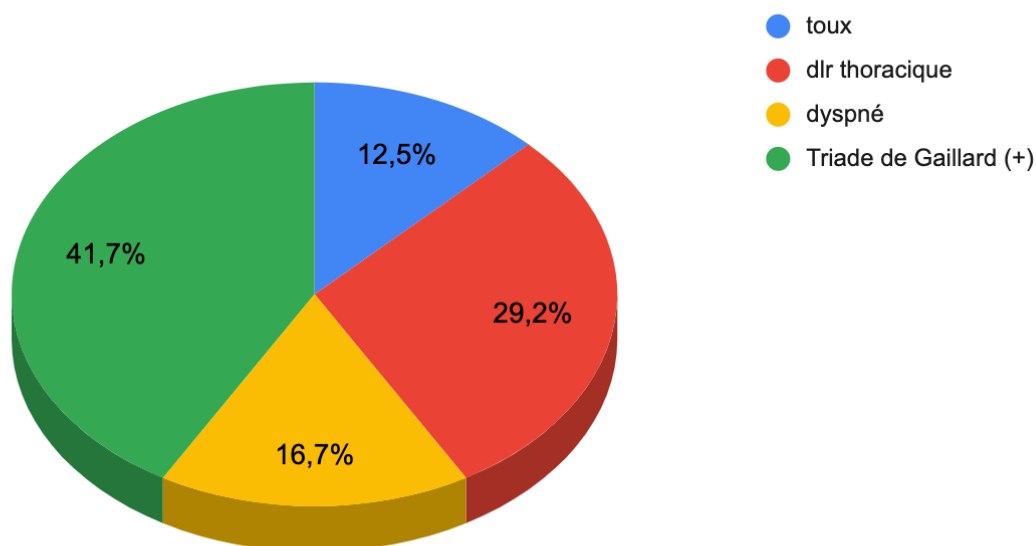


Figure16 : Répartition des cas de pneumothorax selon les signes clinique

III.Données radiologiques :

A. Type d'imagerie : La radiographie de thorax a été prescrite en première intention dans 64,7 % des cas contre 35,3% pour la TDM seule. Alors que l'échographie thoracique n'est jamais utilisée.

Type d'imagerie	Effectifs	%
Radiographie thoracique	11	64,7%
TDM thoracique	6	35,3%
Echographie thoracique	0	0%
Total général	17	100%

Tableau 03 : répartition de patients selon l'imagerie utilisée en première intention

EXPLORATION UTILISE

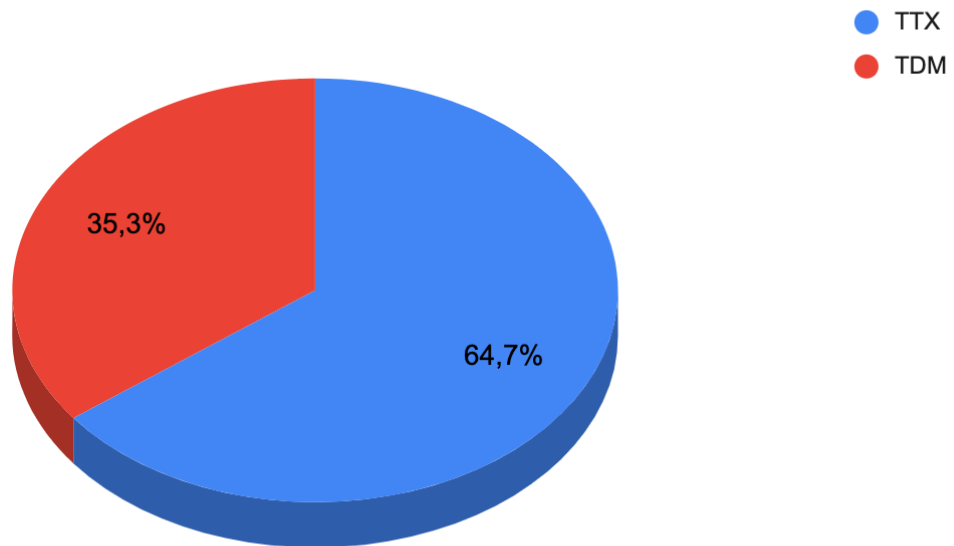


Figure17 : répartition de patients selon l'imagerie utilisée en première intention

B. La localisation :

Parmi les 12 cas de pneumothorax, Les pneumothorax droits étaient légèrement prédominants (66,70 %) par rapport aux gauches (33,30%).

Localisation	Effectifs	Pourcentage
Droite	8	66,70%
Gauche	4	33,30%
Bilatérale	0	0%
Total général	12	100%

Tableau 04 : Répartition des patients selon la localisation du pneumothorax

Répartition des patients selon la localisation du pneumothorax

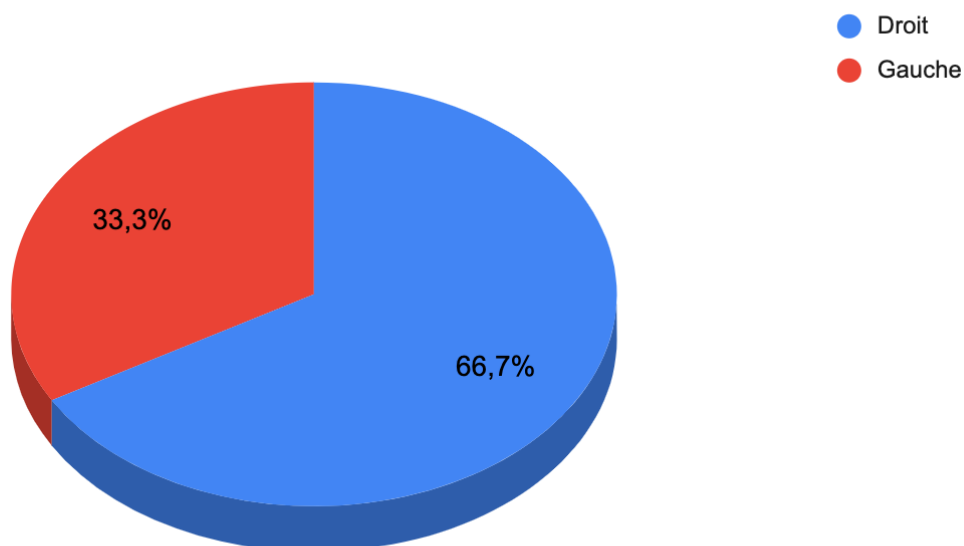


Figure 18 : Répartition des patients selon la localisation du pneumothorax

Répartition selon le type de pneumothorax :

Sur la période étudiée ,12 pneumothorax dont (100%) spontanés, (0%) traumatiques.

IV. DONNEES THERAPEUTIQUES :

A. Traitement de première intention :

Le drainage représentait 60,78% des prises en charge en première intention, la surveillance 15,69% et l'exsufflation seule 11,76%

Traitement de 1ère intention	Effectifs	%
Abstention thérapeutique(surveillance)	6	50%
Drainage	4	33,3%
exsufflation	2	16,7%
Total	12	100%

Tableau 05: Modalités de prise en charge thérapeutique de première intention des pneumothorax

Modalités de prise en charge thérapeutique de première intention des pneumothorax

Modalités de prise en charge thérapeutique de première intention des pneumothorax

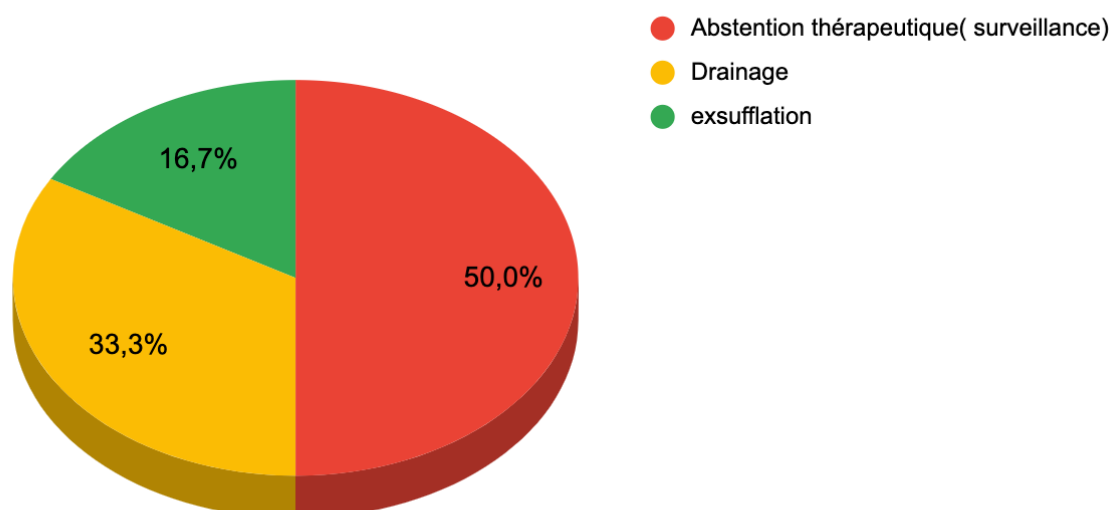


Figure 19: Modalités de prise en charge thérapeutique de première intention des pneumothorax

1. Le drainage thoracique :

a. Voie de drainage :

Parmi 4 patients drainés 100% ont drainé par voie axillaire

Tableau 06 : Voie de drainage chez les patientes drainés

Voie de drainage	Effectifs	%
Axillaire	4	100%
Antérieure	0	0%
Total général	4	100%

La voie axillaire est la plus utilisée 100%

Voie de drainage et l'évolution :

90% des patients drainés par voie axillaire avaient une évolution favorable.

2. Pneumothorax partiel : 100% des cas de pneumothorax partiel évoluaient favorablement.

Tableau : Evolutions de traitement de pneumothorax partiel.

Abondance/Traitement	Favorable
Surveillance	100%

DISCUSSION:

I. Épidémiologie :

Il existe peu de données épidémiologiques sur les pneumothorax au niveau international et national.

Les études publiées sont hétérogènes et parcellaires, principalement menées sur de petits effectifs et focalisées sur un seul type : le pneumothorax spontané.

Par ailleurs, les données épidémiologiques concernant le pneumothorax traumatique sont rares.

A. AGE:

La moyenne d'âge dans notre série est de l'âge médian de 40 ans pour le pneumothorax spontané, bien que inférieure à celles trouvées dans l'étude de l'EPH de Blida que L'âge moyen de patientes était 48,2 ans avec un intervalle allant de 19 à 86 ans, une notion d'intoxication tabagique a été retrouvée seulement chez 3 patientes, des pathologies respiratoires sous jacentes étaient présentes chez 16 patientes (64 % des cas), il s'agit d'un pneumothorax récidivants dans 9 cas .. Le pic de fréquence démontré dans notre étude correspond à la tranche d'âge comprise entre 20 et 50 ans Néanmoins il existe une légère augmentation chez les patients âgés entre 50 et 80 ans, elle demeure approximativement proche aux données de la même étude précédemment décrite,

B. Sexe : Le pneumothorax surtout spontané, touche préférentiellement le sexe masculin, alors que sa survenue chez la femme est beaucoup plus rare avec un sexe ratio estimé de 8,5. Cette prédominance est rapportée par de nombreuses études . La nette augmentation d'intoxication tabagique qui est culturellement masculine surtout dans notre société ce qui peut expliquer la faible proportion de femmes retrouvée dans notre étude.

C. La répartition saisonnière :

La répartition saisonnière des pneumothorax spontanés fluctue entre sa régression en automne et son accentuation en hiver. Ceci peut-être expliqué par l'hypothèse qu'il existerait des facteurs extrinsèques influençant la survenue de pneumothorax spontané tel que cela été décrit par différents auteurs qui ont suspecté un lien entre le pneumothorax et les conditions météorologiques [92, 93, 94]: la pression atmosphérique (PAtm), la température, l'humidité, la pluviométrie, la pollution...et le froid favorise aussi l'exacerbation de la BPCO qui peut se compliquer d'un pneumothorax.

D. Antécédents :

ATCD pneumo phtisiologique le plus fréquent est la récurrence de pneumothorax avec un taux de 16,6% (2 patientes)

II. Diagnostic positif :

1. Signes cliniques :

L'apparition d'un pneumothorax spontané est généralement caractérisée par une douleur pleurale ipsilatérale ou dyspnée soudaine. Ce sont aussi les signes cliniques les plus fréquents dans notre étude.

Quel que soit le type de pneumothorax, nous avons trouvé que la douleur thoracique est le signe fonctionnel respiratoire le plus dominant avec pourcentage 29,2% , ce qui est décrit dans la théorie. L'origine de la douleur thoracique n'est pas claire. Elle pourrait être en rapport avec une inflammation aiguë de la plèvre pariétale ou une déchirure de petites adhérences.

En deuxième position, on trouve la dyspnée respiratoire avec un pourcentage de 16,7%. La dyspnée est le symptôme le plus déterminant par rapport à la douleur pour les recommandations de traitement spécifique (par exemple l'exsufflation, le drainage), elle est majorée quand le pneumothorax est compressif et de même quand le patient présente une pathologie qui majore l'insuffisance respiratoire. Car la fonction respiratoire se dégrade quand le poumon est collabé.

2. Signes paracliniques :

a. Examen de première intention : La radiographie thoracique a été prescrite dans 64,7%% des cas contrairement à la TDM qui est tenté en première intention seulement dans 35,3% des cas. L'échographie thoracique est un examen facile et

rapide à réaliser mais malheureusement n'est jamais utilisé en 1ère intention dans notre étude suite au manque de formation des praticiens.

b. Radiographie thoracique et TDM :

La localisation : Pour le pneumothorax spontané, il y a une prédominance du siège droit 66,70%, avec des rares cas de pneumothorax bilatéral 0%, ce qui est concordant avec l'étude de l'EPH de Blida que la radiographie thoracique avait confirmé le diagnostic et ayant montré un pneumothorax unilatéral dans tous les cas avec une légère prédominance à droite, des signes de refoulement étaient présentes dans 20 % des cas, 14 patientes ayant bénéficié de TDM thoracique souvent dans le cadre du bilan étiologique. Tous les cas de pneumothorax qui ont été hospitalisés étaient secondaires dont l'origine paratuberculeux était le plus fréquent (8 patientes), d'autres étiologies ont été retrouvées comme la BPCP, asthme, sarcoïdose, Lymphangioléiomyomatose, histiocytose X et même d'autres pathologies plus rares. Le recours au drainage thoracique était chez 15 patientes et des exsufflations chez les autres cas., mais à ce jour, il n'existe pas une explication de cette prédominance, ni de relation statistiquement significative.

III. Type de pneumothorax :

IV. Stratégies thérapeutiques :

A. L'abstention thérapeutique :

Dans notre étude, l'abstention est tentée chez 50% qui présentent un pneumothorax partiel peu symptomatique avec une bonne évolution, notamment une réexpansion complète du poumon. Ce qui suit aux recommandations « The expert societies on the management of primary spontaneous pneumothorax » en France 2022

B. L'exsufflation :

Dans notre étude, l'exsufflation est quasi exclusivement utilisée que pour les pneumothorax spontanés dans 16,7% des cas. C'est le traitement de choix de praticiens pneumologues. Cette technique est plus utilisée au cours de pneumothorax total incomplet

La société d'experts précédemment décrite recommande une exsufflation préférentiellement par voie antérieure. Elle peut être répétée jusqu'à 3 fois en cas d'échec. Dans la littérature, elle permettrait une durée d'hospitalisation et un taux de complication plus faible que le drainage elle est moins douloureuse, mais avec une efficacité moindre.

C. Le drainage :

Le drainage thoracique est fréquemment utilisé dans la prise en charge de pneumothorax 33,30%.

1. Voie de drainage : La voie axillaire a été privilégiée à la voie antérieure par les pneumologues et les chirurgiens viscéralistes avec un pourcentage respectivement de 63.38% et 36.62%, ceci peut être expliquer par le fait de la proximité anatomiques des gros vaisseaux (risque de lésions de l'artère mammaire interne) de la voie antérieure par rapport à la voie axillaire, en plus de la cicatrice inesthétique.

E. La chirurgie thoracique :

N'est jamais utilisée, mais elle est généralement utilisée les pneumothorax récidivants et les persistants.

Discussion globale :

Répondant à nos objectifs :

Pour le profil épidémiologique : - L'âge [20-39]

- Le sexe : masculin.
- La consommation tabagique : 80%
- La répartition saisonnière : l'hiver.
- Mécanisme de traumatisme : CBV.
- ATCD : Récidive ++.
- Imagerie de première intention : la radiographie thoracique.

Pour les armes thérapeutiques : - Le Drainage / L'exsufflation : pneumothorax spontané total incomplet - L'abstention : pneumothorax partiel

CONCLUSION:

Le pneumothorax reste une pathologie fréquente qui constitue un problème de santé publique parce qu'il peut être grave et engage le pronostic vital.

Vu l'importance de ce sujet et le manque des données épidémiologiques concernant le pneumothorax et sa prise en charge au niveau de nos hôpitaux et c'est la raison pour laquelle on a essayé dans ce travail de rassembler les données et les informations et de les synthétiser pour améliorer la prise en charge et la prévention de cette pathologie dans notre pays.

À travers une étude rétrospective dont l'objectif est de décrire le profil épidémiologique et les aspects thérapeutiques du pneumothorax au sein du CHU Tlemcen dans le service de pneumo ptisiologie entre janvier 2018 au mai 2024 , grâce à un échantillon de 12 patients âgés plus de 16 ans, qui présente un pneumothorax spontané (primitif ou secondaire) ou traumatique dans leur premier épisode ou récurrence. Le recueil des données est fait à l'aide d'une fiche d'exploitation remplie à partir des dossiers médicaux. C'est une pathologie des adultes de sexe masculin, avec des pics de fréquence entre 20 et 50 ans pour les deux types de pneumothorax mais il est aussi présents chez les sujets âgés. Le pneumothorax spontané secondaire dans notre série était dominant par rapport au primitif et la récurrence du pneumothorax représente un taux élevé. La surveillance et Le drainage par voie axillaire représentait la modalité de prise en charge la plus utilisée en première intention, puis l'abstention thérapeutique et l'extubation .la chirurgie reste rare. on a constaté que les recommandations sont respectées dans la prise en charge de pneumothorax mais l'enquête étiologique n'était pas toujours complète

BIBLIOGRAPHIE

- Amraoui, A., & Saighi, O. (2017). Particularités du pneumothorax chez la femme: à propos de 25 cas. *Revue des Maladies Respiratoires*, 34, A107.
- Noppen, M., & De Keukeleire, T. (2008). Pneumothorax. *Respiration*, 76(2), 121-127.
- Anastasio, C., Wémeau-Stervinou, L., Jaillard, S., Mariage, P., & Wallaert, B. (2013). Le pneumothorax cataménial: un diagnostic souvent méconnu. *Revue de Pneumologie Clinique*, 69(1), 50-54.
- Hagneré, P., Deswarte, S., & Leleu, O. (2011). Endométriose thoracique: un diagnostic difficile. *Revue des maladies respiratoires*, 28(7), 908-912
- Nunes, H., Bagan, P., Kambouchner, M., & Martinod, E. (2007). Endométriose thoracique. *Revue des maladies respiratoires*, 24(10), 1329-1340
- Kienlen, A., Fernandez, C., Henni-Laleg, Z., Andre, M., Gazaille, V., & Coolen-Allou, N. (2018). Endométriose thoracique compliquée de pneumopéricarde et pneumothorax itératifs sur dystrophie bulleuse. *Revue de Pneumologie Clinique*, 74(2), 104-108
- Klein, J., Robert, J., Dallenbach, P., & Triponez, F. (2011). Pneumothorax récidivant chez la jeune femme. In *Forum Med Suisse* (Vol. 11, No. 7, pp. 127-129)
- Baina, S., Naciri, S., Herrak, L., Achachi, L., & Elftouh, M. (2018). Le pneumothorax spontané chez la femme: à propos de 50 cas. *Revue des Maladies Respiratoires*, 35, A161-A162.
- De Decker, N., Vincent, P., Castelain, T., Blaj, P., Grandjean, P., Gilles, S., & Azoicai, T. (2022). Pneumothorax spontané chez une femme enceinte: difficulté de diagnostic et traitement. *ET MÉDECINE DE PREMIÈRE LIGNE ANGIOEDÈME EN SALLE D'URGENCE PNEUMOTHORAX ET GROSSESSE PROFESSEUR. ES ÉMÉRITES 2022*, 502
- Moussa, I., Bouacida, I., Abderannadher, M., Zairi, S., Zribi, H., Mestiri, T., & Marghli, A. (2020). Pneumothorax cataménial: caractéristiques et traitement chirurgical. *Revue des Maladies Respiratoires Actualités*, 12(1), 144