

<b>Protocole Médecine d'Urgences</b>	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Pneumologie Pneumothorax Pleural Vent®	Version : 1 Date d'application : 04/2022

## I - OBJET DU DOCUMENT :

Protocole de prise en charge ambulatoire du pneumothorax spontané primaire par le système Pleural Vent®

### 1. Description du dispositif

Le Pleural Vent® est un système de traitement hospitalo-ambulatoire du pneumothorax. Il s'agit d'un drain de 8 French monté sur une valve anti-retour et posé selon la technique d'un mandrin interne à bout mousse rétractable.

Le kit comprend : le drain, le bistouri, les différents champs, le matériel pour l'AL, le système d'évacuation et le bouchon de la cassette.

Le patient rentre au domicile avec le dispositif. Il est revu en consultation de pneumologie dans les 24 à 72 heures



### 2. Protocole de prise en charge

#### I. Patients concernés

Uniquement les patients présentant un pneumothorax spontané primaire complet de grande abondance sans signes de sévérité immédiats et répondant aux critères de prise en charge ambulatoire.

Après accord du pneumologue

##### Pneumothorax spontané primaire

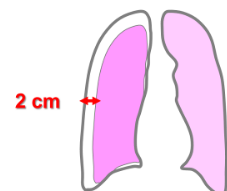
- Poumon présumé sain (pas de BPCO ou maladie pulmonaire sous-jacente connue)
- Non traumatique, non iatrogène
- Premier épisode
- Unilatéral
- Non suffocant

##### Complet et de grande abondance

- Radiographie Thoracique de face en inspiration
- Décollement sur toute la hauteur de la ligne axillaire
- D'une largeur  $\geq 2$  cm au niveau du Hile

##### Absence de signes de sévérité

- Absence de signes de détresse respiratoire
- $O_2 \leq 3$  L/min
- Absence de signes de tamponnade gazeuse



<b>Protocole Médecine d'Urgences</b>	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Pneumologie Pneumothorax Pleural Vent®	Version : 1 Date d'application : 04/2022

#### Critères de prise en charge ambulatoire

- Patient capable de comprendre les recommandations de sortie et consignes de surveillance
- Bonne observance attendue
- Patient accompagné au domicile pendant les 24 à 48 premières heures
- Le patient doit pouvoir rejoindre le CHU en moins d'une heure

#### Prise en charge validé par le pneumologue

**Appel IDG pneumo 71626**

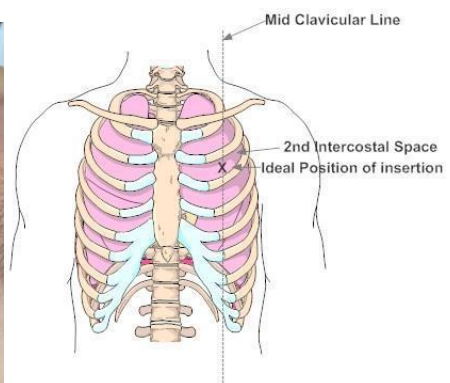
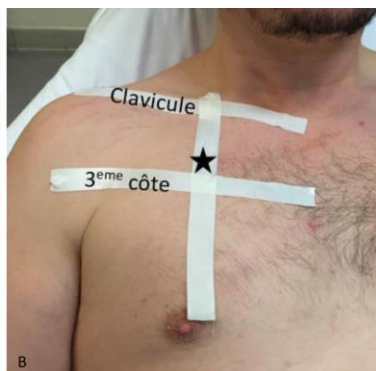
## **II. Lieu**

Uniquement à la SAUV

## **III. Procédure de mise en place**

### **1. Voie d'abord antérieure**

- 2<sup>ème</sup> espace intercostal sur la ligne médio-claviculaire
- Patient en position semi-assise 30 à 45°

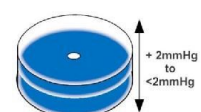


### **2. Anesthésie locale à la lidocaïne**

Après désinfection locale, anesthésie plan par plan jusqu'à l'espace pleural en ponctionnant au bord supérieur de la cote inférieure

### **3. Mise en place du drain**

- Incision cutanée de 3 à 4 mm
- Mise en place du drain au bord supérieur de la coté à travers l'espace intercostal.
- Le diaphragme d'indication bleu bouge signant le passage de l'air
- Fixation du dispositif à l'aide de l'adhésif intégré au système
- Mettre en place le bouchon bleu
- Si besoin, connecter le système d'évacuation afin de réaliser une exsufflation à la seringue ou mise en aspiration sur une valise de type PLEUR-EVAC



<b>Protocole Médecine d'Urgences</b>	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Pneumologie Pneumothorax Pleural Vent®	Version : 1 Date d'application : 04/2022

#### IV. Surveillance

- Scopée minimum 1h sur la SAUV
- Radiographie thoracique de contrôle à 1 h

### 3. Condition de retour au domicile du patient

- Absence d'aggravation clinique et radiologique
- Date et heure du rendez-vous de consultation donnés par l'interne de pneumologie (71626)
- Recommandations de sortie données (cf annexes), expliquées oralement et comprise par le patient
- Arrêt de travail 7 jours

#### II - ANNEXES :

- 1) Fiche d'information Pleural Vent
- 2) Fiche d'information Pneumothorax spontané

#### III - DOMAINE D'APPLICATION :

Service des Urgences de Purpan et Rangueil

**IV- PERSONNES AUTORISEES** (à compléter par le responsable médical signant le protocole) en fonction des références réglementaires.

**A prescrire** : X Médecin **OU A entreprendre** ☐ IDE, ☐ IADE, ☐ Sage-femme, ☐ Manipulateur en électroradiologie, ☐ Masseurs kinésithérapeutes

**A administrer** : X IDE, ☐ IADE, ☐ Sage-femme, ☐ Manipulateur en électroradiologie, ☐ Masseurs kinésithérapeutes

#### V-DOCUMENT(S) DE REFERENCE :

#### VI-DOCUMENTS ASSOCIES :

#### VII – DEFINITIONS ET ABREVIATIONS :

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS		
N° version	Date	Nature des modifications

ANNEE PREVISIONNELLE DE REVISION : 2025

Rédigé par : Dr A. LE MEUR

Vérifié par : Dr N. VINNEMANN, J. ROTIVAL, E. NOEL-SAVINA