

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Prise en charge des pneumothorax	Version : 1 Date d'application : 03/2023

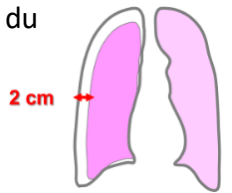
I - OBJET DU DOCUMENT :

Prise en charge des pneumothorax aux urgences

Définitions

Le **pneumothorax** (PNO) est défini comme un épanchement pleural gazeux lié à l'irruption d'air dans la cavité pleurale. Il peut être **spontané ou provoqué** (Traumatique, iatrogène...). Un PNO spontané peut survenir sans pathologie pulmonaire connue (**PNO spontané primaire**) ou sur un poumon pathologique (**PNO spontané secondaire**).

Un **pneumothorax de grande abondance** est défini à la radiographie thoracique par un décollement sur toute la hauteur de la ligne axillaire d'une largeur ≥ 2 cm au niveau du hile.



On distinguera dans ce protocole la prise en charge des situations suivantes :

- PNO suffocant
- PNO spontané primaire
- PNO spontané secondaire
- Récidive de PNO spontané
- PNO traumatique

Diagnostic

Le diagnostic et l'évaluation de l'abondance du PNO repose sur **la radiographie thoracique de face en inspiration**.

La radiographie en expiration ne doit jamais être réalisée

L'échographie pulmonaire est performante pour le diagnostic positif de PNO en particulier lors des PNO traumatiques et iatrogènes. Elle est également utile pour le diagnostic de PNO résiduel des patients drainés. Elle nécessite un opérateur expérimenté et ne permet pas d'évaluer de manière suffisamment fiable l'abondance du PNO et l'indication de prise en charge invasive.

Le scanner thoracique SPC peut être utile notamment en cas de doute diagnostique et dans l'évaluation des PNO incomplets ou du parenchyme pulmonaire si suspicion de PNO

Rédigé par : Dr A. LE MEUR

Vérifié par : Dr E. NOEL SAVINA, Dr L. BROUCHET, Dr L. CROGNIER, Dr J. ROTIVAL

Approuvé par : Dr N. BOUMAZA, Dr N. VINNEMANN

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Prise en charge des pneumothorax	Version : 1 Date d'application : 03/2023

secondaire. Il n'est pas un examen de première intention et n'est pas recommandé dans la prise en charge du PNO spontané primaire. L'angioscanner thoracique sera indiqué en cas de traumatisme thoracique important.

Critères de gravité nécessitant une prise en charge au déhocage

- **Mauvaise tolérance clinique**
 - Patient oxygénorequérant > 3 L/min
 - Signes cliniques de détresse respiratoire aigue
 - Instabilité hémodynamique
- **Acidose respiratoire**
- **PNO bilatéral**
- **Hémo-pneumothorax**
- **Pneumothorax avec bride**
- **Indication mise en place d'un drain de gros calibre (>14Fr)**
- **Indication de drainage d'un pneumothorax traumatique ou sur poumon pathologique**

Principes généraux de prise en charge

- **Le drainage ou l'exsufflation d'un PNO ne peut se faire qu'à la SAUV**
- Le drainage des patients à la SAUV doit se limiter à la mise en place de **petits drains** (<14 Fr) par la **technique de Seldinger**
- Il est indispensable de valider la prise en charge thérapeutique du PNO avec le service allant assurer l'aval ou le suivi post-urgence
- Une **anesthésie locale** de la paroi thoracique de qualité doit toujours être réalisée avant un geste de drainage ou d'exsufflation hormis les cas d'urgence extrême
- Les recommandations suggèrent, si opérateur formé, d'effectuer un **repérage échographique** des vaisseaux pariétaux (voie antérieure) ou du diaphragme et vaisseaux axillaires (voie axillaire) avant tout geste d'exsufflation ou de drainage thoracique
- **Un patient drainé ne peut être surveillé sur l'UHCD/UDT**

Rédigé par : Dr A. LE MEUR

Vérifié par : Dr E. NOEL SAVINA, Dr L. BROUCHET, Dr L. CROGNIER, Dr J. ROTIVAL

Approuvé par : Dr N. BOUMAZA, Dr N. VINNEMANN

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Prise en charge des pneumothorax	Version : 1 Date d'application : 03/2023

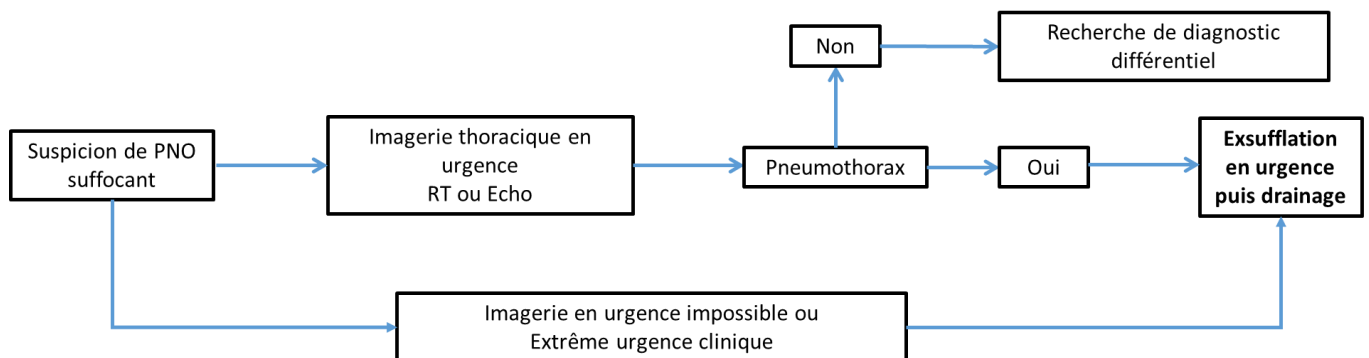
I. Prise en charge du pneumothorax suffocant

Un PNO est considéré comme suffocant s'il est responsable d'une **détresse respiratoire** ou d'une **défaillance hémodynamique (tamponnade gazeuse)**

Appel réanimateur systématique

Une **décompression thoracique par exsufflation** doit être réalisée en urgence.

- Par voie antérieure (Ligne médio-claviculaire, 2^{ème} espace intercostal) ou axillaire (ligne axillaire moyenne, 4^{ème} espace intercostal)
- Au moyen d'une aiguille d'insufflation ou à défaut d'un cathéter veineux de 16 ou 14G
- Drainage thoracique secondaire systématique



II. Prise en charge du pneumothorax spontané primaire

Sont concernés les patients présentant **un premier épisode de pneumothorax spontané sur poumon présumé sain**

La conduite à tenir suivra l'algorithme ci-dessous. Elle doit être validée avec l'**IDG de pneumologie (71626)**. L'air pleural devra être évacué si le pneumothorax est de grande abondance : cf *protocole Pleural Vent* et *protocole drainage pneumothorax*.

Rédigé par : Dr A. LE MEUR

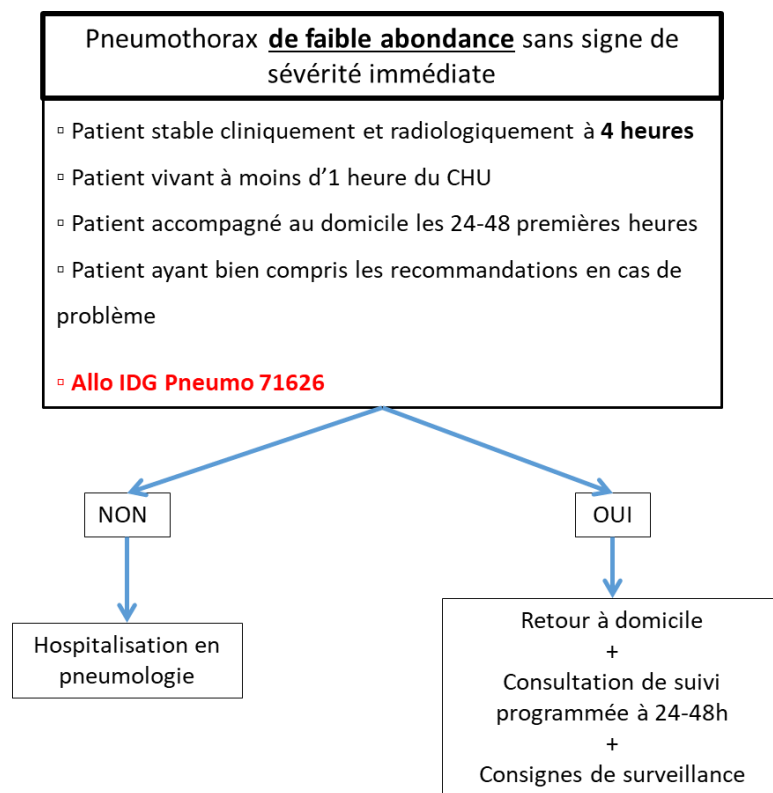
Vérifié par : Dr E. NOEL SAVINA, Dr L. BROUCHET, Dr L. CROGNIER, Dr J. ROTIVAL

Approuvé par : Dr N. BOUMAZA, Dr N. VINNEMANN

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Prise en charge des pneumothorax	Version : 1 Date d'application : 03/2023

Une prise en charge ambulatoire après exsufflation aux urgences est également possible si le patient répond aux critères de mise en place du pleural Vent. Le taux de succès immédiat de cette technique n'étant que de 50%, elle ne sera pas détaillée dans ce protocole.

En cas de prise en charge ambulatoire le patient doit obligatoirement sortir avec une fiche de consignes de surveillance écrite.

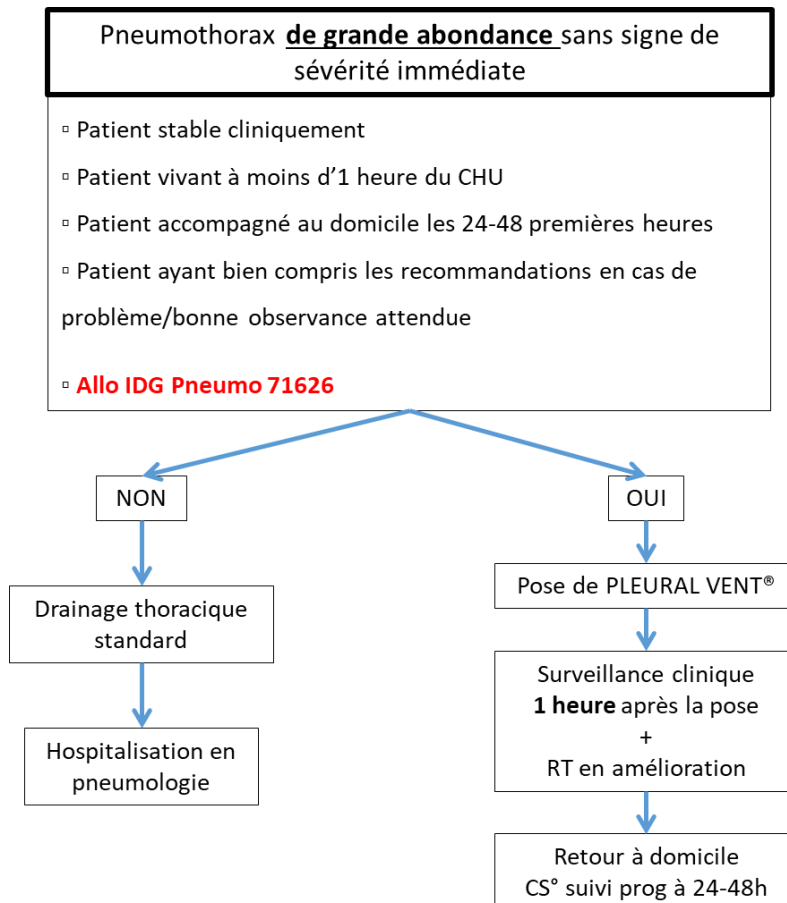


Rédigé par : Dr A. LE MEUR

Vérifié par : Dr E. NOEL SAVINA, Dr L. BROUCHET, Dr L. CROGNIER, Dr J. ROTIVAL

Approuvé par : Dr N. BOUMAZA, Dr N. VINNEMANN

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Prise en charge des pneumothorax	Version : 1 Date d'application : 03/2023



III. Prise en charge du pneumothorax spontané secondaire

Le PSS survient sur un poumon pathologique suite à la rupture dans la cavité pleurale d'une bulle d'emphysème ou d'une lésion kystique ou nécrosante du parenchyme (fibrose, mucoviscidose, tuberculose...). Un âge > 50 ans avec antécédent de tabagisme significatif ou des anomalies clinique et/ou radiologie évocatrices de pathologie pulmonaire doivent faire évoquer un pneumothorax secondaire.

La morbi-mortalité est plus élevée que pour le PSP et ces patients présenteront volontiers des signes de gravité nécessitant une prise en charge au déchocage.

En l'absence de signes de gravité, la prise en charge doit être discutée avec l'IDG de pneumologie ou avec le pneumologue référent du patient.

L'hospitalisation est systématique et l'évacuation de l'air pleural se fera par drainage thoracique **au déchocage** si le PNO est de grande abondance.

Rédigé par : Dr A. LE MEUR

Vérifié par : Dr E. NOEL SAVINA, Dr L. BROUCHET, Dr L. CROGNIER, Dr J. ROTIVAL

Approuvé par : Dr N. BOUMAZA, Dr N. VINNEMANN

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Prise en charge des pneumothorax	Version : 1 Date d'application : 03/2023

IV. Prise en charge des récives de pneumothorax spontané

La prise en charge d'une récive de PNO spontané qu'elle soit ipsi ou controlatérale doit être discuté avec les chirurgiens thoracique.

Le patient sera la plupart du temps hospitalisé en chirurgie thoracique pour symphyse pleurale.

En cas de PNO de grande abondance l'air sera évacué par mise en place d'un drain de faible calibre en attente de la chirurgie (*cf protocole drainage thoracique*).

V. Prise en charge du pneumothorax traumatique

En plus des critères de gravité suscités viennent se rajouter des critères de gravité spécifiques au PNO traumatique nécessitant un **avis auprès des réanimateurs et chirurgiens thoraciques**

Critères de gravité supplémentaires :

- Patient à risque :
 - Age > 65 ans
 - Pathologie pulmonaire ou cardiovasculaire chronique
 - Troubles de coagulation congénital ou acquis (*anticoagulant, antiagrégant*)
- Traumatisme pénétrant
- Traumatisme de forte cinétique
- Fractures costales > 2, volet costal

Stratégie diagnostique :

- Instabilité hémodynamique ou respiratoire
 - Echographie pleuro-pulmonaire + FAST écho + Radiographie thoracique
 - Avis réanimateurs
- Patient stable
 - Echographie pleuro-pulmonaire
 - Radiographie thoracique

Rédigé par : Dr A. LE MEUR

Vérifié par : Dr E. NOEL SAVINA, Dr L. BROUCHET, Dr L. CROGNIER, Dr J. ROTIVAL

Approuvé par : Dr N. BOUMAZA, Dr N. VINNEMANN

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Prise en charge des pneumothorax	Version : 1 Date d'application : 03/2023

- AngioTDM thoracique systématique si critères de gravité ou suspicion de PNO +/- dans le cadre d'un bodyTDM

Prise en charge :

En l'absence de critères de gravité la prise en charge sera discutée avec les **chirurgiens thoraciques**. Si une indication de drainage est retenue, le patient sera transféré **au déchocage**.

Une prise en charge de la douleur par analgésie multimodale doit être systématique et prolongée. L'intensité de la douleur doit être évaluée au repos mais aussi à la toux et à l'inspiration profonde.

Une antibioprophylaxie est indiquée en cas de traumatisme thoracique pénétrant. Augmentin (clindamycine + aminoside si allergie) pendant 24 à 48h.

Annexes

- 1) Fiche d'information pneumothorax spontané
- 2) Fiche d'information retour domicile pneumothorax de faible abondance
- 3) Protocole Pleural Vent
- 4) Fiche d'information Pleural Vent
- 5) Protocole drainage pneumothorax

II - DOMAINE D'APPLICATION :

Service des Urgences de Purpan et Rangueil

III- 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

IV-DOCUMENT(S) DE REFERENCE :

V-DOCUMENTS ASSOCIES :

Rédigé par : Dr A. LE MEUR

Vérifié par : Dr E. NOEL SAVINA, Dr L. BROUCHET, Dr L. CROGNIER, Dr J. ROTIVAL

Approuvé par : Dr N. BOUMAZA, Dr N. VINNEMANN

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Protocole Prise en charge des pneumothorax	Version : 1 Date d'application : 03/2023

VI – DEFINITIONS ET ABREVIATIONS :

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS		
N° version	Date	Nature des modifications
1	03/2023	Création

ANNEE PREVISIONNELLE DE REVISION : 2026

Rédigé par : Dr A. LE MEUR

Vérifié par : Dr E. NOEL SAVINA, Dr L. BROUCHET, Dr L. CROGNIER, Dr J. ROTIVAL

Approuvé par : Dr N. BOUMAZA, Dr N. VINNEMANN