PNEUMOTHORAX

Fiche d'information du
Centre de Pathologie Thoracique Ambroise Paré

FICHE INFORMATION PATIENT

Madame, Monsieur,

Ce document est destiné à vous informer et vous préparer à l'intervention chirurgicale proposée par votre chirurgien.
Afin de prendre une décision en toute connaissance de cause, vous devez être informé(e) du déroulement de l'intervention, des suites normalement prévisibles mais aussi des risques encourus et notamment des principales complications qui pourraient survenir.

Prenez le temps de lire ce document, d'en parler avec vos proches, afin d'être soutenu(e) dans la préparation à l'intervention et d'anticiper le retour à la maison. N'hésitez pas à préparer vos questions, à lister vos préoccupations et vos doutes afin d'en parler à votre chirurgien ou à votre médecin traitant.

Ne vous faites pas opérer si vous gardez des doutes ou des interrogations.

Qu'est-ce qu'un pneumothorax ?

Un pneumothorax survient lorsque de l'air s'échappe du poumon et s'interpose entre le poumon et la paroi thoracique dans la plèvre (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. Son traitement est indispensable, parfois en urgence.



Radiographie pneumothorax

Qu'est-ce qu'une bulle ?

On classe les pneumothorax en deux 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 des 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 et le cannabis 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.

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 chirurgicale correctrice.
- Lorsque le pneumothorax est récidivant, une intervention peut être proposée d'emblée.

Quand opère-t-on un pneumothorax ?

Un pneumothorax est opéré dans les circonstances suivantes :

- Le/la patient(e) a déjà fait **au moins un épisode du même côté** ou un **épisode de l'autre côté** (Le but est d'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

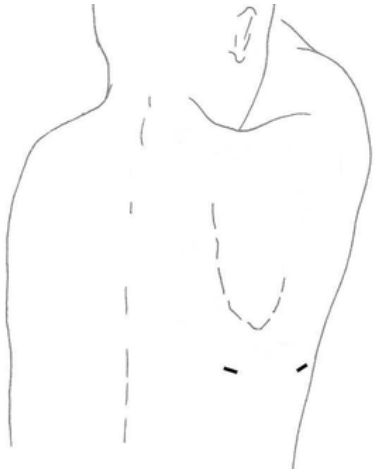
L'intervention se déroule **sous anesthésie générale.** Dans la majorité des cas, elle est faite sans ouverture du thorax, par thoracoscopie. Par rapport à une chirurgie thoracique "conventionnelle", l'intervention par thoracoscopie consiste à remplacer une longue cicatrice et ses conséquences (sections musculaires, écartement des côtes…) par 3 orifices de 10 mm à 12 mm de diamètre. 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 conventionnelle avec ouverture thoracique.

L'intervention pour pneumothorax

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

L'intervention comprend **trois étapes :**

- Repérage de la fuite d'air
- Ablation des bulles, à l'aide d'agrafeuses introduites par l'une des ouvertures
- 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 irritante comme le talc.



Cicatrices de thoracoscopie
Vue schématique

En fin d'intervention, un ou deux 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 3 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 avec bulge prolongé.

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 propres et les complications de l'anesthésie générale. Ces complications sont cependant très rares et données ci dessous à titre d'information :

- **Saignement** : le principe de l'abrasion pleurale est de créer un suintement hémorragique de la plèvre pour provoquer un accolement post-opératoire. Si ce saignement est excessif en post-opératoire, une ré-intervention précoce peut être nécessaire
- **Fièvre** : c'est une réaction possible après talcage
- **Bullage persistant** : le bullage (fuite d'air) se prolonge après l'intervention au delà de 5 jours et nécessite de maintenir le drain au-delà des 3 à 5 jours habituels
- **Défaut d'accolement** : le sommet du poumon est parfois imparfaitement collé. Il s'agit d'un évènement sans gravité qui n'empêche pas de quitter l'hôpital
- **Autres symptômes possibles** : Pendant les premiers jours, voire les premières semaines, vous pourrez présenter les symptômes suivants :
  - Douleurs au niveau de la paroi thoracique. Une partie de ces douleurs est liée aux drains thoraciques. Vous recevrez un traitement adapté (médicaments par voie orale, ou analgésie auto-contrôlée…) 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 ou hyperesthésie cutanée (diminution ou augmentation 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 récidive du pneumothorax est-elle possible après l'intervention ?

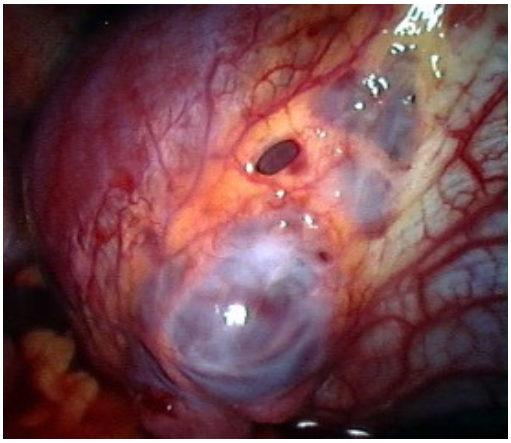
Le taux de récidive publié par les différentes équipes est compris entre 3 et 5 %. Il faut cependant signaler que ces récidives sont le plus souvent partielles et sans conséquence. Elles ne nécessitent que rarement une nouvelle intervention.

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

Oui. Trois à quatre semaines après l'intervention, vous pourrez mener une vie normale sur tous les plans, y compris sportif, à condition que le chirurgien ait considéré votre radiographie de thorax de contrôle comme normale.
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, le plus souvent 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 ou lorsqu'il existe des douleurs au niveau du thorax pendant ou juste après les règles. Ils sont traités de la même façon qu'un pneumothorax ordinaire mais en privilégiant le talcage comme technique de symphyse pleurale. Ils sont plus à risque de récidive surtout si la pathologie gynécologique n'est pas prise en charge. C'est pourquoi un suivi spécialisé vous sera proposé.



Endométriose diaphragmatique

FEUILLE DE CONSENTEMENT

Fiche d'information du
Centre de Pathologie Thoracique Ambroise Paré

Centre de Pathologie Thoracique Ambroise Paré Hartmann

Groupe Hospitalier Privé Ambroise Paré - Hartmann

Patient(e)

Nom :

Prénom :

Nature de l'intervention :

Date de remise du document au / à la patient(e) :

Signature du/de la patient(e)

Docteur Agathe SEGUIN-GIVELET
N° RPPS : 10001627727