

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.

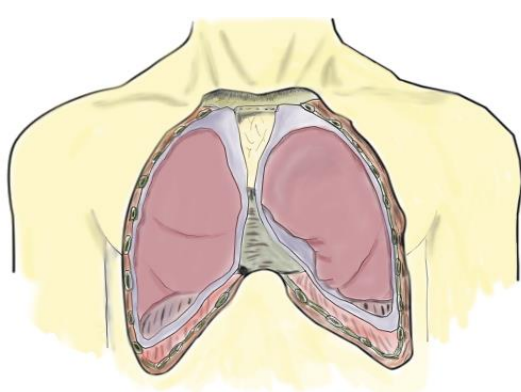
Prenez le temps de lire ce document, d'en parler avec vos proches, afin d'être soutenu(e) dans la préparation à l'intervention et d'anticiper le retour à la maison. N'hésitez pas à préparer vos questions, à lister vos préoccupations et vos doutes afin d'en parler à votre chirurgien ou à votre médecin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

PRISE EN CHARGE D'UN PNEUMOTHORAX

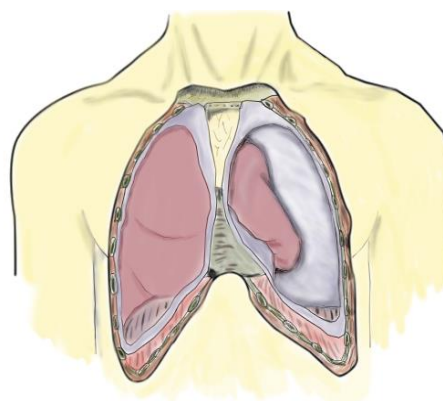
Les examens que vous avez effectués ont montré la présence d'un épanchement pleural contenant de l'air. Ceci nécessite une prise en charge spécialisée par un pneumologue et/ou un chirurgien thoracique.

Qu'est-ce qu'un pneumothorax ?

Le poumon est situé dans la cage thoracique qui permet, par un effet de « soufflet », de faire entrer et sortir l'air des voies respiratoires. Pour cela, le poumon doit rester en permanence solidaire de la cage thoracique.



Poumon normal



Pneumothorax gauche

Aussi, lorsque de l'air ou du liquide apparaissent entre le poumon et la paroi thoracique, on parle d'**épanchement pleural** qui, selon sa nature porte un nom différent :

- **Pneumothorax** s'il s'agit d'air,
- **Hémothorax** s'il s'agit de sang ou,
- **Pleurésie** s'il s'agit de liquide non sanglant.

Quelles sont les causes du pneumothorax ?

Le pneumothorax peut être dû :

- **à une maladie du poumon** qui entraîne l'apparition de bulles à sa périphérie. Si l'origine est le plus souvent congénitale (personne jeune et longiligne), il survient volontiers après un effort violent et est favorisé par le tabagisme, la toxicomanie inhalée et la pollution. Cet accident peut être l'occasion de la découverte d'une maladie pulmonaire chronique appelée « *emphysème* » ;
- **à un traumatisme** : perforation du poumon par une fracture de côte ou une plaie par arme blanche ou à feu ;
- **chez la jeune femme**, il peut exister un lien avec la menstruation : *pneumothorax cataménial* ;
- **à une cause iatrogène, c'est-à-dire dans les suites d'un geste technique** (chirurgie, pose de cathéter central, pacemaker, ponction pleurale...).

Comment se manifeste un pneumothorax ?

Un pneumothorax va entraîner une compression des poumons qui ne pourront plus fonctionner correctement, ce qui provoquera

- une gêne respiratoire appelée « **dyspnée** »,
- un **toux** sèche ramenant rarement des crachats,
- et surtout une **douleur** en « *coup de poignard* » lorsque l'épanchement survient brutalement (pneumothorax).

Dans tous les cas, cela entraînera un défaut d'oxygénation du sang et une mauvaise élimination du gaz carbonique des tissus. Cette situation, incompatible avec une vie normale, peut conduire à un arrêt cardio-respiratoire et au décès.

Comment se déroule la prise en charge pour un pneumothorax ?

1. Le diagnostic

Toute manifestation clinique évoquant la survenue d'un pneumothorax nécessite une confirmation par la réalisation d'une imagerie thoracique : radiographie thoracique en première intention ou scanner thoracique.

Une fois le diagnostic de pneumothorax confirmé, vous serez orienté soit vers les urgences soit directement vers un service spécialisé : pneumologie ou chirurgie thoracique.

2. La prise en charge

En fonction de la taille du pneumothorax sur l'imagerie du thorax, de vos symptômes et de vos maladies associées, trois attitudes peuvent vous être proposées :

- **soit simple surveillance** : en hospitalisation ou en ambulatoire, sous la forme de clichés radiographiques du thorax quotidiens ;
- **soit drainage thoracique** à l'aide d'un drain au cours d'une hospitalisation de plusieurs jours avec surveillance radiologique ;
- **soit intervention chirurgicale** appelée « *symphyse pleurale* » (Cf fiche dédiée).

3. Drainage thoracique

Cette intervention sous anesthésie locale consiste à mettre en place un drain (tuyau) dans la cavité pleurale afin d'aspirer l'air présent et ramener le poumon à la paroi.

Ce drain placé soit latéralement sous l'aisselle, soit en avant sous la clavicule, est posé dans des conditions stériles sous anesthésie locale au lit.

A la fin de la procédure, ce drain sera connecté à une valise de recueil permettant l'aspiration permanente de l'air et des liquides.

4. Suites habituelles

L'hospitalisation se déroule en soins continus ou en hospitalisation traditionnelle selon les habitudes et les possibilités de l'établissement. La surveillance comprend essentiellement des contrôles radiologiques réguliers.

Votre douleur sera évaluée régulièrement par l'équipe médicale et paramédicale. Afin de limiter le risque d'infection respiratoire, il est très important de ne pas la minimiser. En effet, nous disposons de nombreux moyens pour combattre ces douleurs : péridurale, cathéter para vertébral, perfusion ou pompe à la demande, médicaments oraux, patch. Les substances employées contiennent de la morphine ou ses dérivées qui sont très efficaces avec quelques inconvénients connus tels que nausées, hallucinations, constipation ou blocage de la vessie.

La durée d'hospitalisation est variable et dépendante de nombreux paramètres : vos antécédents médicaux (maladies, état nutritionnel, intoxication tabagique...), la survenue d'éventuelles complications et de la durée du

drainage. En effet, les drains ne peuvent être retirés que lorsque la production d'air est tarie et le contrôle radiologique satisfaisant.

A la sortie de l'hôpital, vous serez dirigés de préférence vers votre domicile ou à défaut, un service de soins de suites.

Quels sont les accidents et complications possibles du drainage thoracique ?

Le drainage thoracique est un acte couramment réalisé par les urgentistes, pneumologues ou chirurgiens. Il peut être rendu difficile par votre morphologie, des antécédents de chirurgie thoracique ou lorsqu'elle est réalisée dans un contexte d'urgence vitale.

Le premier drainage peut échouer et un deuxième geste, parfois guidé par imagerie, est alors nécessaire.

Les accidents graves rapportés et pouvant aller jusqu'au décès, concernent des plaies d'organes voisins : poumon, diaphragme, organes abdominaux, cœur, gros vaisseaux et nerfs...

Quels sont les risques et incidents au décours de la pose de drain thoracique ?

1/ **Les douleurs** : la plèvre étant un organe richement innervé, elle provoquera des douleurs tant que le drain sera en place. Ces douleurs bloquent la toux et empêchent la respiration profonde.

2/ **L'hémorragie** se caractérise par un saignement important au niveau des drains pouvant conduire à une intervention sous anesthésie générale et possiblement une transfusion sanguine.

3/ **Le drainage prolongé** : si la cicatrisation du poumon et de la plèvre demandent plus de temps que prévu, le drain sera maintenu plusieurs jours. Après l'ablation des drains et parfois après la sortie de l'hôpital, l'épanchement peut récidiver. Il faudra alors faire une ponction pleurale ou un nouveau drainage. Une intervention type symphyse pleurale peut alors vous être proposée.

4/ **La phlébite et l'embolie pulmonaire** :

La phlébite est définie par l'apparition de caillots dans les veines des membres inférieurs due à l'alitement et la nature de votre maladie. La principale complication de la phlébite est la migration de ce caillot vers les poumons : c'est *l'embolie pulmonaire* qui peut provoquer un décès brutal.

Aussi, nous vous munirons de bas anti phlébite, et vous prescrirons si jugé nécessaire des fluidifiants sanguins (anticoagulants).

5/ **L'infection du site de drainage** : tout acte invasif comportant un abord cutané nécessite une hygiène rigoureuse de la peau et une préparation spécifique, car la majorité des infections hospitalières sont dues à des germes présents dans l'organisme (peau, sphère ORL, appareil digestif, appareil génito-urinaire...). Toute infection bactérienne survenant en n'importe quel point de l'organisme même distant du site de drainage, peut entraîner une greffe bactérienne sur ce site.

6/ **Les séquelles radiologiques** : à la suite de l'hospitalisation vous serez amené à effectuer une surveillance radiologique. Celle-ci peut montrer une persistance plus ou moins importante d'air et ou de liquide qui disparaîtra d'autant plus rapidement que vous aurez une activité physique régulière mais douce pendant les deux premiers mois.

7/ **Exposition aux radiations** : tout acte diagnostique et/ou thérapeutique nécessitant l'utilisation d'appareil de radiologie expose le patient et le personnel soignant aux rayons X, ce qui impose des règles de protection spécifiques qui sont systématiquement employées. **Il est important que vous signaliez une grossesse en cours ou susceptible de l'être.**

Surveillance et recommandations

Evitez tout effort violent pendant un mois après l'épisode de pneumothorax et ne reprenez une activité sportive normale qu'au bout de 2 mois. En effet, un risque important est la récurrence du pneumothorax aboutissant à une intervention chirurgicale (Cf Fiche « *Symphyse pleurale* »)

Tout signe anormal doit être signalé à votre médecin traitant ou votre chirurgien : fièvre, fatigue intense, écoulement de la cicatrice, douleur thoracique importante, essoufflement...

Après votre sortie, consultez votre médecin avant de prendre l'avion, de faire de la plongée avec bouteilles ou plus généralement de pratiquer un sport ou un métier à risque.

Afin de limiter le risque de récurrence du côté opéré et de survenu du côté non opéré, nous vous recommandons une vie saine associant une activité physique, l'arrêt définitif du tabac, de toute substance inhalée et une alimentation équilibrée.

Conclusion

Sachez enfin que votre chirurgien participe à un programme d'auto évaluation permanente (registre de pratique « Epithor ») ce qui lui permet de vous donner toute statistique possible sur votre maladie et les risques d'un tel acte.

NB : Les explications contenues dans ce document ne peuvent être exhaustives, aussi le chirurgien et le médecin anesthésiste restent à votre entière disposition pour vous fournir tout renseignement complémentaire sur tel ou tel point particulier que vous auriez insuffisamment compris et que vous souhaitez faire préciser.

PATIENT (E) Nom : Prénom : Nature de l'acte réalisé :	Date de remise du document au patient(e)
---	--

Cachet du médecin