

Année 2023/2024

N°

## Thèse

Pour le

### DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

**Arnaud GUBEREK**

Né(e) le 30/11/1995 à Paris (75)

---

---

#### TITRE

*Evaluation d'une filière de soin : le traitement ambulatoire des pneumothorax spontanés primaires aux urgences du CHU Trousseau*

---

---

Présentée et soutenue publiquement le **10/10/2024** devant un jury composé de :

Président du Jury : **Professeur Sylvain MARCHAND ADAM**, Pneumologie, faculté de médecine - Tours

Membres du Jury : **Professeur Antoine LEGRAS**, Chirurgie cardiaque et thoracique, faculté de médecine – Tours

**Docteur Astrid DELHOMEZ**, médecine d'urgence, CCA, service d'urgences – Tours

**Docteur Claire-marie LEGOUY**, médecine d'urgence, PH, service d'urgences – Tours

## **RESUME :**

### Objectif :

L'objectif de notre étude est une évaluation de la filière de traitement ambulatoire des patients présentant un pneumothorax spontané primaire (PSP) mise en place aux urgences du CHU de Tours. Nous recenserons les patients pris en charge dans cette filière et les éventuelles complications et nous comparerons le recours à la chirurgie avec les données récupérées lors d'une étude préliminaire ayant permis de mettre en place la filière.

### Matériels et méthode :

L'évaluation de la prise en charge des patients repose sur une étude rétrospective descriptive monocentrique au CHU de Tours depuis la mise en place de la filière en janvier 2023 jusqu'à juillet 2024. L'ensemble des patients ayant consulté aux urgences et portant le codage CIM 10 avec le mot « pneumothorax » a été répertorié puis classé en fonction de l'étiologie du pneumothorax. De plus, les données comme l'âge, l'exposition au tabac ou cannabis et l'heure de prise en charge ont été répertoriées. Enfin, pour les patients présentant un pneumothorax spontané primaire, nous avons étudié s'ils avaient bien été inclus dans la filière de soin, suivi leur dossier et recensé les éventuelles complications lors de leur prise en charge.

### Résultats :

93 dossiers de patients ayant consultés pour un pneumothorax toutes causes confondues ont été analysés, dont 28 épisodes de pneumothorax spontanés primaires. Parmi ces 28 patients, 9 présentaient une contre-indication à la filière ambulatoire ou ne présentaient pas les critères de sortie après la prise en charge initiale. 5 patients n'ont pas été inclus dans la filière alors qu'ils étaient éligibles. Sur les 14 patients inclus dans la filière, on dénombre la survenue de 4 complications soit un taux de complication de 28%.

### Discussion :

Le nombre de patients inclus dans la filière est inférieur à celui estimé initialement, ceci est à la fois expliqué par un plus faible taux de consultation pour le motif de PSP aux urgences sur la période donnée mais aussi par des prises en charge parfois mal adaptées au SAU ce qui a limité le recrutement des patients. La survenue de complications peut s'expliquer par un manque de connaissance ou de formation au protocole du service mais aussi par les complications classiques de la prise en charge des PSP comme l'échec de drainage par exemple.

Conclusion :

La filière du traitement ambulatoire des pneumothorax spontanés primaire a permis de prendre en charge un nombre limité de patients avec un taux non négligeable de complication sans majorer le recours à un traitement chirurgical.

Mots clés : Pneumothorax spontané primaire, traitement ambulatoire, filière de soin.

## **Summary**

### Objective:

The objective of our study is an evaluation of the outpatient treatment pathway for patients presenting with primary spontaneous pneumothorax (PSP) implemented in the emergency department of the Tours University Hospital. We will list the patients treated in this pathway and any potential complications, and we will compare the use of surgery with the data collected during a preliminary study that enabled the establishment of the pathway.

### Materials and Methods:

The evaluation of patient care is based on a descriptive retrospective monocentric study at the Tours University Hospital from the establishment of the pathway in January 2023 until July 2024. All patients who consulted the emergency department and had the ICD-10 coding with the word "pneumothorax" were listed and then classified according to the etiology of the pneumothorax. Moreover, data such as age, exposure to tobacco or cannabis, and the time of care were recorded. Finally, for patients with primary spontaneous pneumothorax, we studied whether they had been properly included in the care pathway, monitored their files, and recorded any potential complications during their management.

### Results:

93 patient files who consulted for a pneumothorax from all causes were analyzed, including 28 episodes of primary spontaneous pneumothorax. Among these 28 patients, 9 had a contraindication to the outpatient pathway or did not meet the discharge criteria after initial treatment. 5 patients were not included in the program even though they were eligible. Out of the 14 patients included in the program, 4 complications were recorded, resulting in a complication rate of 28%.

### Discussion:

The number of patients included in the pathway is lower than initially estimated, which is explained both by a lower consultation rate for the reason of PSP in the emergency department during the given period and by sometimes poorly adapted care in the emergency department, which limited patient recruitment. The occurrence of complications can be explained by a lack

of knowledge or training in the service protocol, but also by the classic complications in the management of PSPs, such as drainage failure.

Conclusion:

The outpatient treatment pathway for primary spontaneous pneumothorax has allowed for the management of a limited number of patients with a non-negligible rate of complications without increasing the need for surgical treatment.

Key words : Primary spontaneous pneumothorax, outpatient, treatment, care pathway.

## UNIVERSITE DE TOURS FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

### DOYEN

Pr Denis ANGOULVANT

### VICE-DOYEN

Pr David BAKHOS

### ASSESEURS

Pr Philippe GATAULT, *Pédagogie*  
Pr Caroline DIGUISTO, *Relations internationales*  
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*  
Pr Pierre-Henri DUCLUZEAU, *Formation Médicale Continue*  
Pr Hélène BLASCO, *Recherche*  
Pr Pauline SAINT-MARTIN, *Vie  tudiante*

### RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Carole ACCOLAS

\*\*\*\*\*

### DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) - 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972  
Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994  
Pr Jean-Claude ROLLAND - 1994-2004  
Pr Dominique PERROTIN - 2004-2014  
Pr Patrice DIOT - 2014-2024

### PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON  
Pr Gilles BODY  
Pr Philippe COLOMBAT  
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL  
Pr Patrice DIOT  
Pr Luc FAVARD  
Pr Bernard FOUQUET  
Pr Yves GRUEL  
Pr Frédéric PATAT  
Pr Loïc VAILLANT

### PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ - P. ARBEILLE - A. AUDURIER - A. AUTRET - D. BABUTY - C. BARTHELEMY - J.L. BAULIEU - C. BERGER - JC. BESNARD - P. BEUTTER - C. BONNARD - P. BONNET - P. BOUGNOUX - P. BURDIN - L. CASTELLANI - J. CHANDENIER - A. CHANTEPIE - B. CHARBONNIER - P. CHOUTET - T. CONSTANS - C. COUET  
- L. DE LA LANDE DE CALAN - P. DUMONT - J.P. FAUCHIER - F. FETISSOF - J. FUSCIARDI - P. GAILLARD - G. GINIES - D. GOGA - A. GOUDEAU - J.L. GUILMOT - O. HAILLOT - N. HUTEN - M. JAN - J.P. LAMAGNERE - F. LAMISSE - Y. LANSON - O. LE FLOCH - Y. LEBRANCHU - E. LECA - P. LECOMTE - AM. LEHR-DRYLEWICZ - E. LEMARIE - G. LEROY - G. LORETTE - M. MARCHAND - C. MAURAGE - C. MERCIER - J. MOLINE - C. MORAIN  
- J.P. MUH - J. MURAT - H. NIVET - D. PERROTIN - L. POURCELOT - R. QUENTIN - P. RAYNAUD - D. RICHARD-LENOBLE - A. ROBIER - J.C. ROLLAND - P. ROSSET - D. ROYERE - A. SAINDELLE - E. SALIBA - J.J.SANTINI - D. SAUVAGE - D. SIRINELLI - J. WEIL

## PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AMELOT Aymeric .....	Neurochirurgie
ANDRES Christian .....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUDEMARD-VERGER Alexandra.....	Médecine interne
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BACLE Guillaume .....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle .....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe .....	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne .....	Cardiologie
BERNARD Louis .....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle .....	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène .....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BOULOUIS Grégoire .....	Radiologie et imagerie médicale
BOURGUIGNON Thierry.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNAUT Paul.....	Psychiatrie d'adultes, addictologie
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias .....	Néphrologie
CAILLE Agnès .....	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CALAIS Gilles .....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent .....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe .....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François .....	Thérapeutique
DESMIDT Thomas .....	Psychiatrie
DESOUBEUX Guillaume .....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe .....	Anatomie
DI GUISTO Caroline.....	Gynécologie obstétrique
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EHRMANN Stephan .....	Médecine intensive - réanimation
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie - gastroentérologie
ESPITALIER Fabien .....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
FAUCHIER Laurent .....	Cardiologie
FOUGERE Bertrand .....	Gériatrie
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle .....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe .....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie

GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine .....	Médecine intensive - réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie .....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel .....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel .....	Thérapeutique
HANKARD Régis .....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice .....	Physiologie
LABARTHE François .....	Pédiatrie
LAFFON Marc .....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd .....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie

LAURE Boris .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LE NAIL Louis-Romée .....	Cancérologie, radiothérapie
LECOMTE Thierry .....	Gastroentérologie, hépatologie
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine .....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LEVESQUE Éric.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent .....	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François .....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain .....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel .....	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent .....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine .....	Pédiatrie
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa .....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis .....	Rhumatologie
ODENT Thierry .....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi .....	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna .....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles .....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PARE Arnaud .....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PASI Marco .....	Neurologie
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean .....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline .....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem .....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab .....	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria .....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET-BIGOT Bénédicte.....	Thérapeutique
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VOURC'H Patrick .....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

## PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse  
LEBEAU Jean-Pierre

## PROFESSEURS ASSOCIES

LIMA MALDONADO Igor .....

.....Anatomie
MALLET Donatien.....Soins palliatifs

## PROFESSEUR CERTIFIE DU 2<sup>ND</sup> DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

CANCEL Mathilde.....	Cancérologie, radiothérapie
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo.....	Rhumatologie
CHESNAY Adélaïde.....	Parasitologie et mycologie
CLEMENTY Nicolas.....	Cardiologie
DE FREMINVILLE Jean-Baptiste.....	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GARGOT Thomas.....	Pédopsychiatrie
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
KERVARREC Thibault.....	Anatomie et cytologie pathologiques
KHANNA Raoul Kanav.....	Ophtalmologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEDUCQ Sophie.....	Dermatologie
LEJEUNE Julien.....	Hématologie, transfusion
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOUMNEH Thomas.....	Médecine d'urgence
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
RAVALET Noémie.....	Hématologie, transfusion
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VAYNE Caroline.....	Hématologie, transfusion
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

## MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
BLANC Romuald.....	Orthophonie
EL AKIKI Carole.....	Orthophonie
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie - histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

## MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

AUMARECHAL Alain.....	Médecine Générale
BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
CHAMANT Christelle.....	Médecine Générale
ETTORI Isabelle.....	Médecine Générale
MOLINA Valérie.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
PHILIPPE Laurence.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

## CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache .....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BOUTIN Hervé.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie .....	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae - UMR Inrae 1282
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
GOUILLEUX Fabrice .....	Directeur de Recherche CNRS - UMR Inserm 1100
GUEGUINOU Maxime .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
HAASE Georg .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
HENRI Sandrine.....	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
HEUZE-VOURCH Nathalie .....	Directrice de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
LABOUTE Thibaut.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LATINUS Marianne .....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric .....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERRER Julie.....	Directrice de Recherche CNRS - UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
RAOUL William .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1069
SECHER Thomas.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SI TAHAR Mustapha .....	Directeur de Recherche Inserm - UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS - UMR Inserm 1259
TANTI Arnaud .....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
WARDAK Claire .....	Chargée de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253

## CHARGES D'ENSEIGNEMENT

***Pour l'éthique médicale***

BIRMELE Béatrice .....Praticien Hospitalier

***Pour la médecine manuelle et l'ostéopathie médicale***

LAMANDE Marc .....Praticien Hospitalier

***Pour l'orthophonie***

BATAILLE Magalie.....Orthophoniste

CLOUTOUR Nathalie .....Orthophoniste

CORBINEAU Mathilde.....Orthophoniste

HARIVEL OUALLI Ingrid .....Orthophoniste

IMBERT Mélanie.....Orthophoniste

SIZARET Eva .....Orthophoniste

***Pour l'orthoptie***

BOULNOIS Sandrine .....Orthoptiste

## **Serment d'Hippocrate.**

En présence des Maîtres de cette Faculté,

de mes chers condisciples

et selon la tradition d'Hippocrate,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur

et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,

et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons,

mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,

ma langue taira les secrets qui me seront confiés

et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,

je rendrai à leurs enfants

l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime

si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre

et méprisé de mes confrères

si j'y manque.

## **Remerciements**

### **Au jury de cette thèse :**

À Monsieur le Professeur Sylvain MARCHAND ADAM Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury, veuillez trouver dans ce travail le témoignage de ma profonde reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Antoine LEGRAS Vous avez accepté de juger mon travail. Je vous remercie de votre disponibilité et de votre intérêt pour mon travail, et vous prie d'y trouver l'expression de mon plus profond respect.

A Madame le docteur Claire-Marie LEGOUY pour avoir accepté de diriger cette thèse, pas la confiance que tu m'as accordé, les conseils et la motivation que tu m'a apporté.

A Madame le docteur Astrid DELHOMEZ pour avoir accepté de faire partie de mon jury, pour les enseignements que tu m'as appris, les conseils que tu as pu me donner, les debriefs ou j'ai pu participer, et pour ton amitié.

### **Aux médecins, infirmière, aides-soignants que j'ai rencontré pendant ma formation :**

A l'équipe du MIPU, les Docteurs Julie MAGNANT, Marie AIGLEHOUX et Marie-Charlotte BESSE pour vos précieux conseils, pour m'avoir donné goût au travail et à la méthode.

A l'équipe des urgences de Trousseau, en particulier à nos CCA, aux Docteurs Julien CONRARD et Véronique DEROGIS pour m'avoir fait aimer cette spécialité et appris tant de choses.

A l'équipe du SAMU 37 pour ces premières sorties SMUR inoubliables.

A l'équipe des urgences pédiatriques, en particulier les infirmières et AP qui m'ont fait me sentir moins seul au milieu des rhumes et des otites.

A l'équipe d'anesthésie réanimation du CHURO pour m'avoir accepté parmi vous sur un terrain qui n'était pas le mien.

A l'équipe de réanimation de l'hôpital de Dreux pour vos enseignements et votre bienveillance, pour votre confiance et votre amitié.

## **A ma famille et mes amis**

A Adèle qui m'accompagne dans les plus beaux moments comme les plus difficiles, tu m'élèves chaque jour un peu plus et l'aventure ne fait que commencer...

A mes parents qui m'ont toujours poussé à être heureux et m'ont apporté si jeune des souvenirs inoubliables. Peu de personnes peuvent se vanter d'avoir eu plus belle enfance.

A Laura et Adrien avec qui j'ai partagé tant de moments de rire et de pleurs, de complicité et de malice.

A Marc et Françoise Majesté qui ont toujours eu les réponses à mes questions, vous avez toujours été présent et m'avez offert une place privilégiée à vos côtés.

A mes copains de la réunion trop nombreux mais que je citerais quand même : Alexia, Alice, Charles, Chloé, Enzo, Farah, Florian, Romain, Mour, Sasha et les autres pour tous ces moments privilégiés, ensemble ou avec chacun. Ne changez pas.

A Aurélien et les collocs pour avoir été comme une 2<sup>nd</sup> famille pendant mon séjour tourangeau, pour ces moments du quotidien transformés en pièce de théâtre ou cérémonie occulte.

A mes cointernes avec qui j'ai partagé ces heures de travail, ces gardes mais aussi ces moments de rigolade ou de partage, c'est cela qui me poursuit le chemin.

## **Table des matières :**

Résumé .....	2
Introduction .....	17
Matériel et méthode .....	20
Résultats .....	21
Discussion .....	24
Conclusion .....	27
Annexes.....	28
Bibliographie .....	30

## **Introduction :**

Le pneumothorax spontané primaire ou primitif (PSP) est défini par la présence de gaz alvéolaire dans la cavité pleurale sans effraction de la plèvre pariétale chez un patient sans pathologie pulmonaire préexistante<sup>1</sup>. Son incidence en France est de 18 à 28 événements pour 100.000 habitants par an avec un sexe ratio F/H de 1/5<sup>2</sup> et touche particulièrement les hommes jeunes, longilignes et fumeurs<sup>3</sup>. Les pneumothorax spontanés primaires sont classés en 2 types en fonction de leur taille : les pneumothorax de petite taille et les pneumothorax abondants. Il existe plusieurs définitions du pneumothorax abondant selon les sociétés savantes<sup>4</sup>. Selon la définition du Collège des enseignants de pneumologie et de la British Thoracic Society, sur une radiologie pulmonaire de face, un pneumothorax est abondant si le décollement est présent sur toute la hauteur de la ligne axillaire et que la distance de décollement entre la plèvre et le poumon en regard du hile pulmonaire est supérieure à 2cm ; les pneumothorax de faible abondance sont ceux dont la distance est inférieure à 2cm<sup>5</sup>.

Historiquement la prise en charge des patients présentant un pneumothorax spontané primaire dans les services d'urgence était mal codifiée<sup>6-7</sup> et reposait sur la surveillance en cas de bonne tolérance clinique ou la pose d'un drain thoracique suivi d'une hospitalisation pour les pneumothorax mal tolérés ou abondants. La prise en charge chirurgicale était réservée aux pneumothorax récidivants, bilatéraux ou en l'absence de drainage satisfaisant.

Une étude à haut niveau de preuve récente a démontré que la prise en charge ambulatoire des patients présentant un pneumothorax spontané primaire abondant avec une valve unidirectionnelle ne majorait pas le risque de complication sévère<sup>8</sup>, d'autres études sont en cours pour évaluer cette pratique mais on observe déjà une évolution des prises en charge avec l'ouverture de filières de soin ambulatoires.

En effet le dernier consensus de recommandations à propos de la prise en charge des patients présentant un pneumothorax spontané primaire dans les services d'urgences édité en 2023<sup>9</sup> suggère sous condition que l'établissement de santé contient une filière de soin adaptée :

- Pour les pneumothorax de faible abondance en l'absence d'aggravation clinico-radiologique à 4h de la prise en charge initiale : un traitement conservateur et une réévaluation en consultation à 48h.
- Pour les pneumothorax abondants sans signe de détresse respiratoire ou de mauvaise tolérance : une exsufflation à l'aiguille ou pose d'un mini-drain thoracique équipé d'une valve unidirectionnelle puis une réévaluation en consultation à 48h.

Un travail préliminaire réalisé en 2019-2020 portant sur l'étude des pratiques de traitement du PSP dans le service des urgences adulte du CHU de Tours a abouti à la création d'une filière en activité depuis janvier 2023.

Le protocole de service mis en place suit les recommandations de la SPLF parues en 2023 suscitées, les critères d'inclusion dans la filière sont : tous les patients présentant un premier épisode de PSP, capables de comprendre les consignes qui leur sont remises, habitant à moins d'une heure d'un centre de soin, n'étant pas seul pendant les premières 24h et avec peu ou pas de comorbidité. Les contre-indications à la prise en charge ambulatoire sont : des signes de détresse respiratoire ou d'instabilité hémodynamique faisant suspecter un pneumothorax compressif, une mauvaise tolérance clinique (douleur, polypnée, oxygène-dépendance), la présence ou suspicion de bride. Chez les patients présentant un PSP abondant ayant bénéficié d'un drainage thoracique avec mini-drain, il est décidé qu'une radiologie de contrôle à 4h de la prise en charge doit être réalisée et que le poumon doit être recollé à la paroi pour permettre une sortie, dans le cas contraire un avis spécialisé est nécessaire. A leur sortie, une fiche informative sur le PSP leur est remise et une check-list de sortie est remplie par le praticien en charge du patient afin d'éviter une erreur de prise en charge (positionnement du matériel si drainage, remise des documents informatifs, envoi du mail pour reconvoication...).

Les patients sont ensuite revus à 48h en consultation de chirurgie thoracique ou de pneumologie selon le jour de leur prise en charge initiale. Le recollement du poumon à la paroi est contrôlé à l'aide d'une échographie pleurale ou d'une radiographie thoracique.

S'il subsistait un décollement, le patient était revu à 48h, sinon il n'est pas revu de façon systématique et le matériel de drainage lui est retiré dans les PSP abondants.

Dans cette étude nous évaluerons la mise en pratique de la filière ainsi que la survenue d'éventuelles complications.

## **Matériel et méthode :**

L'évaluation des patients de la filière repose sur une étude rétrospective descriptive monocentrique au CHU de Tours depuis la mise en place de la filière en janvier 2023 jusqu'à juillet 2024. L'ensemble des patients portant le codage CIM 10 avec le mot « pneumothorax » a été répertorié puis classé en fonction de l'étiologie du pneumothorax. Les données comme l'âge, l'exposition au tabac ou cannabis et l'heure de prise en charge ont été répertoriées.

Enfin, pour les patients présentant un pneumothorax spontané primaire, nous avons étudié s'ils avaient bien été inclus dans la filière de soin, suivi leur dossier et recensé les éventuelles complications lors de leur prise en charge.

Nous avons défini comme « survenue de complication » toute récurrence de pneumothorax à moins de 30 jours du premier épisode, une majoration du pneumothorax, la nécessité d'une hospitalisation et un recours à la chirurgie.

Devant un nombre de patients inférieur aux résultats attendus (l'étude préliminaire sur la même durée avait recruté 44 PSP) nous avons élargi notre mode de recherche grâce à une méthode dite « textuelle » pour s'assurer de travailler sur un échantillon exhaustif. Tous les dossiers des patients ayant consulté aux urgences, en consultation de pneumologie ou en consultation de chirurgie thoracique et où figurait le mot « pneumothorax » ont été examinés (soit 435 dossiers sur la période décrite). Les résultats ont été compilés dans un tableur Excel.

Dans un second temps nous avons comparé les résultats obtenus avec ceux de l'étude réalisée entre 2019 et 2020 portant sur le traitement du pneumothorax aux urgences et notamment le taux de recours à la chirurgie.

## **Résultats :**

De janvier 2023 à juillet 2024, 93 patients se sont présentés aux urgences pour pneumothorax toutes causes confondues, dont 28 patients ayant un pneumothorax spontané primaire et 14 patients présentant une récurrence de PSP. Les autres causes retenues étaient 16 patients présentant un pneumothorax secondaire (majoritairement en raison d'un emphysème chez des patients BPCO); 32 patients présentant un pneumothorax traumatique, et 3 patients ayant un pneumothorax d'origine iatrogène (*annexe 2*).

Concernant le profil des patients ayant présenté un pneumothorax spontané primaire, on retrouve 20 hommes pour 8 femmes soit un sexe ratio H/F à 2,5. La moyenne d'âge est de 27 ans avec des extrêmes allant de 17 à 54 ans. La prévalence du tabagisme dans l'échantillon est de 50% (tabac ou cannabis). On remarque que l'échantillon des femmes a une moyenne d'âge plus élevée que celle des hommes avec un âge moyen à 32 ans pour le premier épisode de pneumothorax chez les femmes et de 25 ans chez les hommes. 16 patients ont consulté en dehors des horaires d'ouverture d'un service classique (entre 20h et 8h) et 12 entre 8h et 20h, l'ensemble des caractéristiques patients sont compilés dans le tableau *annexe 1*.

Parmi les 28 patients présentant un PSP, figuraient 14 PSP abondants et 14 PSP de petite taille, les informations concernant la prise en charge des patients présentant un PSP est résumé dans le tableau *annexe 3*.

Dans cet échantillon, 5 patients présentaient une contre-indication à la prise en charge ambulatoire : 3 patients vivants seuls ou à plus d'une heure du CHU, un patient avec indication à la chirurgie d'emblée car personnel navigant dans l'aviation et un patient présentait une contre-indication au drainage devant suspicion de bride.

Parmi les 23 patients éligibles à la filière ambulatoire, 5 patients n'ont pas bénéficié de la prise en charge adaptée : 2 d'entre eux ont eu un drainage thoracique classique puis ont été hospitalisés en chirurgie thoracique, 1 patient présentant un PSP de petite taille a été hospitalisé 24h en chirurgie thoracique avant un retour au domicile, 1 patient avec un PSP de petite taille a été renvoyé au domicile sans être reconvoqué et 1 patient a fugué.

Au total, sur les 18 patients ayant été pris en charge selon le protocole du service 4 patients ne présentaient pas les critères permettant une sortie à domicile après la prise en charge initiale. Tous ces patients présentaient un PSP abondant qui n'était pas recollé à la paroi à la radiologie de contrôle après 4h de surveillance aux urgences. L'ensemble de ces patients a été hospitalisé et 2 d'entre eux ont été opérés par la suite pour un échec de drainage complet.

On notera qu'un patient se présentant aux urgences pour une récurrence de PSP de faible abondance a été inclus dans la filière ambulatoire sans survenue de complication. Ne respectant pas les critères d'inclusion, nous n'en tiendrons pas compte dans l'analyse des résultats.

#### Prise en charge ambulatoire et complications

Entre janvier 2023 et juillet 2024 la filière de traitement ambulatoire a permis de prendre en charge 14 patients dont 4 PSP abondants et 10 PSP de petite taille. La prise en charge ambulatoire de ces patients a nécessité 14 consultations de pneumologie et 2 consultations de chirurgie thoracique, 2 patients ont dû être reconvoqués pour une seconde consultation car le drainage était incomplet lors de la première consultation. L'ensemble des patients convoqués se sont présentés à leur consultation. Le contrôle de l'évolution du pneumothorax a été majoritairement effectué à l'aide de l'échographie pleurale au lit du malade. La durée moyenne de drainage chez les patients ayant présenté un PSP abondant sans complication était de 80 heures (les durées allant de 48 à 98 heures).

On dénombre la survenue de complications chez 4 patients lors de leur prise en charge ambulatoire, soit un taux de 28% de complication. La nature des incidents est décrite ci-dessous :

2 patients présentant un PSP initialement de faible abondance se sont présentés à la consultation de réévaluation avec un pneumothorax abondant, nécessitant une hospitalisation et un drainage pleural. Chez ces 2 patients, la prise en charge hospitalière s'est soldée par un échec de drainage avec persistance d'air intra-pleural après 4 jours de drainage, ils ont dû passer au bloc opératoire pour une abrasion pleurale. La prise en charge de l'un des patients traités pour un pneumothorax abondant s'est

compliquée d'un dysfonctionnement du matériel (exclusion du drain et mauvais montage de la valve anti-retour) nécessitant une hospitalisation, le pneumothorax a été résolutif après un drainage classique.

Enfin, une patiente incluse dans la filière pour un PSP de petite taille dont le contrôle échographique était satisfaisant lors de la consultation de réévaluation a présenté une récurrence de PSP de petite taille à 15 jours de son passage aux urgences. Devant cette récurrence la patiente a bénéficié d'une prise en charge chirurgicale par abrasion pleurale.

Au total 3 patients sur les 14 inclus dans la filière ambulatoire ont eu besoin d'une chirurgie (2 pour drainage incomplet, 1 pour récurrence de PSP) soit 21% de recours à la chirurgie. En comparaison, lors de l'étude menée en 2019 et 2020, 25% des patients inclus avaient bénéficié d'une chirurgie thoracique au décours de leur prise en charge. La réalisation d'un test de Fisher à l'aide du tableau de contingence ci-dessous (*annexe 5*) n'a pas permis d'établir une corrélation entre la méthode de prise en charge (ambulatoire ou non) et un recours à la chirurgie.

## **Discussion :**

Tout d'abord on notera que le nombre de cas de PSP est inférieur aux chiffres attendus lorsque nous avons décidé de réaliser cette analyse. Lors de l'étude préliminaire ayant amené à l'ouverture de la filière sur une période similaire, on comptait 44 épisodes de PSP contre 28 dans notre étude. Ce phénomène ne semble pas être lié à un recrutement non exhaustif car nous avons utilisé plusieurs modes de recherche pour le recueil de données : une recherche très spécifique avec le codage CIM-10 « pneumothorax » aux urgences et une méthode moins spécifique à partir de la recherche textuelle du mot « pneumothorax » dans les comptes rendu de passage dans les différents services concernés (urgences, pneumologie, chirurgie thoracique). Cette méthode n'avait permis d'ajouter que 2 patients s'étant présenté pour un pneumothorax aux urgences et pour lesquels le codage « CIM-10 » n'avait pas été réalisé correctement. Il semblerait donc que moins de patients se soient présenté aux urgences pour des PSP qu'entre le 1<sup>er</sup>/01/2019 et le 31/07/2020.

Concernant des patients n'ayant pas bénéficié de la prise en charge adaptée (patients non inclus dans la filière sans présenter de contre-indication) : 2 des patients se sont présentés dans le mois de l'ouverture de la filière et en nuit profonde (entre 20h et 8h). Malgré une formation de la majorité des praticiens du service des urgences il est probable qu'ils aient été traités selon les habitudes du service et non selon le protocole récemment mis en place. 2 autres patients ont été pris en charge dans le courant de l'année 2024, en pleine journée et aucune donnée de leur dossier médical ne permet d'expliquer l'absence d'inclusion dans la filière. Ces 2 patients ont été pris en charge par des docteurs juniors, probablement non informés de la filière mise en place. Devant ces éléments il semblerait pertinent d'assurer une formation à propos du protocole de service au début de chaque semestre, d'autant plus que cette filière de soins est la seule à exister dans la région.

Les conditions de sorties des patients ayant présenté un PSP abondant ont limité leur prise en charge ambulatoire : la condition que le poumon soit recollé à la paroi 4h après la prise en charge initiale n'a été retrouvée que dans 50% des cas et seulement 4 patients ont pu être inclus dans la filière ambulatoire. Ce critère de sortie n'étant pas inclus dans le consensus de recommandations nationales, il pourrait être redéfini dans le protocole.

Un critère de sortie adapté pourrait-être de s'assurer de la diminution de la taille du PSP abondant sur la radiologie de contrôle à 4h de la prise en charge, ainsi on confirme le bon positionnement du système de drainage, évitant le risque de majoration du pneumothorax et permettant une prise en charge ambulatoire même devant un recollement plus tardif.

Une autre solution en cas de persistance d'un décollement pleural après 4h pourrait-être d'aspirer l'air résiduel à l'aide d'une seringue avec un contrôle radiologique. L'absence de recollement à la paroi après 4h de prise en charge semble tout de même être un facteur prédictif d'un échec de sevrage : parmi les patients ne présentant pas ce critère de sortie, la moitié nécessiterons un recours chirurgical pour échec de drainage.

Concernant la survenue de complications (*annexe 4*), la seule complication dans un contexte de PSP abondant est liée à un dysfonctionnement matériel : lors de la consultation de réévaluation le drain thoracique était exclu et la valve anti-retour était montée à l'envers ce qui peut s'expliquer soit par un mauvais montage du dispositif réalisé aux urgences, soit par une manipulation du matériel par le patient. Dans les deux cas les documents de la filière sont prévus pour éviter ce genre d'événement : check-list pour le praticien avec un item précisant de vérifier le sens de la valve, le document patient insistant sur le fait de ne pas manipuler la valve. Chez l'un des patients ayant été traité comme un PSP de petite taille et s'étant présenté avec un pneumothorax majoré a la consultation de réévaluation, la taille du pneumothorax initial a été sous-estimée et le patient aurait dû être traité comme un pneumothorax abondant. Cet événement peut être considéré comme une erreur diagnostique ou une mauvaise connaissance de la définition du PSP abondant. Par ailleurs nous avons pu voir que les contre-indications à la filière ont été respectées sur l'ensemble des prises en charges.

Le temps de drainage moyen des patients avec un PSP abondant n'a pas été recueilli lors de l'étude préliminaire, néanmoins il est probable que les patients traités de façon ambulatoire conservent leur dispositif de drainage plus longtemps que s'ils étaient hospitalisés<sup>8</sup> (réévaluation des patients toutes les 48h contre une réévaluation quotidienne pour un patient hospitalisé). La qualité de vie des patients au domicile avec le dispositif de drainage n'a pas été

évaluée (douleur, handicap dans les activités de la vie quotidiennes), mais on peut supposer qu'elle soit supérieure à celle d'une hospitalisation. Une analyse qualitative de l'expérience des patients avec leur dispositif de drainage en extra-hospitalier pourrait être le sujet d'une étude ultérieure.

Le projet initial de l'étude était de comparer le taux de survenue de complication entre une prise en charge « classique » et ambulatoire à l'aide de l'étude menée en 2020 ayant permis l'ouverture de la filière. Cependant la survenue de complication de type dysfonctionnement du matériel, élargissement du pneumothorax, hospitalisation sont propres à la prise en charge ambulatoire rendant la comparaison des 2 échantillons maladroite. Le recours à la chirurgie quant à lui est une complication qui avait été observée lors de la précédente étude et que nous avons pu confronter efficacement.

En tenant compte des éléments ci-dessus, une fois notre étude terminée, nous arrivons à la conclusion que la filière permet de traiter les patients en ambulatoire avec un risque de 28% de complication. Sans pouvoir comparer nos résultats car peu de données disponibles sur le sujet, il est difficile de savoir à quel point cette nouvelle méthode entraîne un surrisque d'incident. Afin de donner un ordre d'idée, dans l'étude de Hallifax RJ<sup>9</sup> le taux « d'évènement indésirable sévère » qui concordent avec certaines des complications définies dans notre travail est de 12%.

Concernant l'élargissement de la filière ambulatoire aux centres périphériques du CHU notre étude ne soulève aucun point contraignant cette extension, d'autant plus que de nombreux praticiens du SAU exercent à la fois au CHU et en centre périphérique. Cela limite ainsi le nombre de médecin à former au protocole de la filière pour sa mise en fonctionnement. L'extension de la filière devrait entraîner un nombre relativement faible de nouveaux patients à prendre en charge mais nécessite une bonne coordination entre les différents services afin que les patients soient revus dans les délais adaptés.

## **Conclusion :**

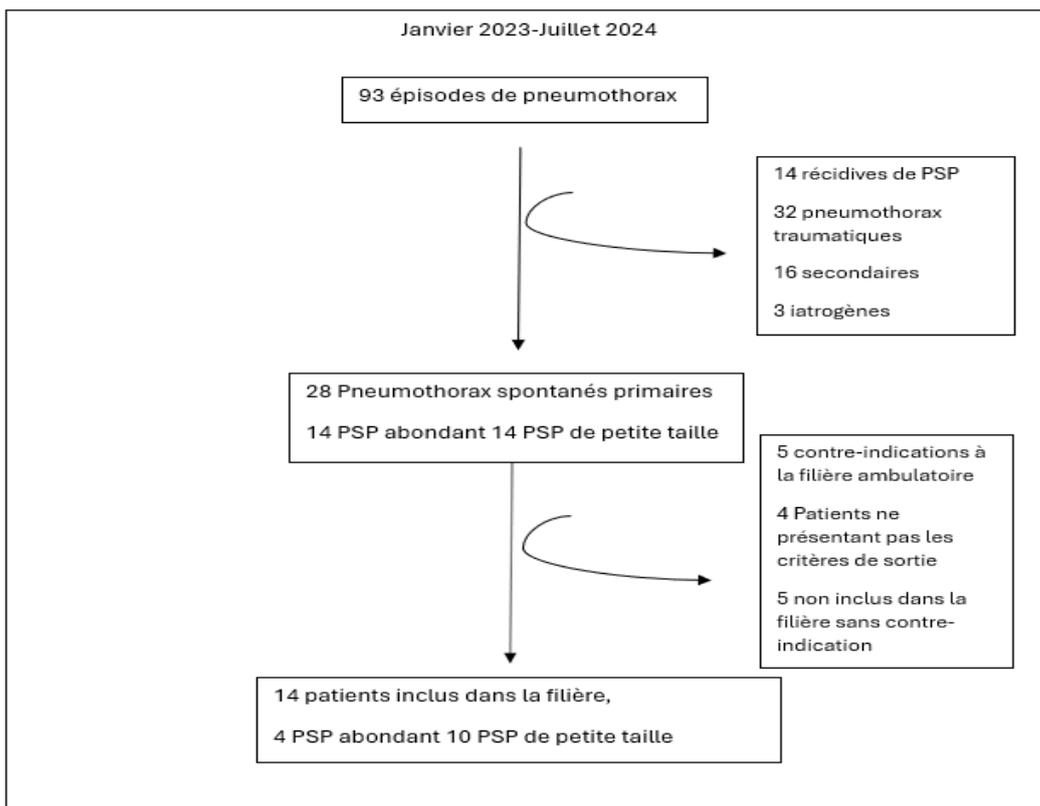
Au total, la filière de traitement ambulatoire des pneumothorax spontanés primaires a permis d'économiser 26 jours d'hospitalisation aux patients ainsi qu'au CHU<sup>11-12</sup>, en contrepartie de 28% de complication. Sous réserve d'un échantillon réduit, le traitement ambulatoire n'entraîne pas plus de recours à la chirurgie que le traitement hospitalier. Ces résultats sont inférieurs aux estimations prévues mais peuvent être améliorés en poursuivant la formations des praticiens et docteurs juniors du SAU. Une révision des critères de sortie des patients traités pour PSP abondant pourrait augmenter le nombre de patient pris en charge tout en respectant le consensus de recommandation récent.

## Annexes :

*Annexe 1 : Tableau résumé des caractéristiques des patients se présentant pour un pneumothorax spontané primaire aux urgences du CHU entre le 01/01/23 et le 31/07/24.*

<b>Genre</b>	
Homme	20 (71%)
Femme	8 (29%)
<b>Age moyen</b>	27 (17 – 54)
Moy homme	25 (17 – 54)
Moy femme	32 (18 – 45)
<b>Exposition au tabac</b>	14 (50%)
<b>Type de PSP</b>	
Abondant	14 (50%)
Petite taille	14 (50%)

*Annexe 2 : Diagramme de flux présentant l'ensemble des patients ayant consulté pour un pneumothorax toute cause confondue entre le 01/01/23 et le 31/07/24.*



*Annexe 3 : tableau résumant la prise en charge des patients admis pour PSP aux urgences :*

<b>PSP</b>	<b>Contre-indication à la filière ambulatoire</b>	<b>Prise en charge non adaptée</b>	<b>Absence des critères de sorties après PEC initiale</b>	<b>Inclus dans la filière</b>
Abondant (14)	4	2	4	4
Petite taille (14)	1	3	0	10
Total : 28	5	5	4	14

*Annexe 4: Tableau reprenant l'ensemble des complications présentées lors de la prise en charge ambulatoire des PSP :*

<b>Complications</b>	
<b>Dysfonction matériel</b>	1
<b>Elargissement du pneumothorax</b>	2
<b>Récidive à &lt; 30 jours</b>	1
<b>Recours à la chirurgie</b>	3

*Annexe 5 : tableau de contingence mettant en relation le recours à la chirurgie par rapport à la prise en charge ambulatoire ou non dans les PSP:*

	<b>Avant mise en place de la filière</b>	<b>Prise en charge ambulatoire</b>	
<b>Chirurgie</b>	11	3	14
<b>Pas de recours à la chirurgie</b>	32	11	43
	43	14	

## Bibliographie

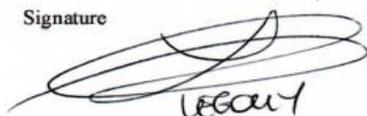
1. Laennec RTH. Traité du diagnostic des maladies des poumons et du cœur. Tome second, Paris : Brosson et Chaudé, éd. 1819.
2. Bobbio A, Dechartres A, Bouam S, et al Epidemiology of spontaneous pneumothorax: gender-related differences *Thorax* 2015;70:653-658
3. Brown SGA, Ball EL, Perrin K, et al. Conservative versus interventional treatment for spontaneous pneumothorax. *N England J Med* 2020 ;382 ;405-15.
4. Kelly AM, Druda D (2008) Comparison of size classification of primary spontaneous pneumothorax by three international guide- lines: a case for international consensus? *Respir Med* 102:1830–2
5. Collège des enseignants de pneumologie (CEP) (2021) Conduite à tenir devant un pneumothorax. Référentiel du Collège des ensei- gnants de pneumologie — 7e édition. 2021
6. Baumann MH, Strange C, Heffner JE, et al. Management of spontaneous pneumothorax: an American College of Chest Physicians Delphi consensus statement. *Chest* 2001;119:590-602.
7. MacDuff A, Arnold A, Harvey J. Management of spontaneous pneumothorax: British Thoracic Society pleural disease guideline 2010. *Thorax* 2010;65:Suppl 2:ii18-ii31.
8. Hallifax RJ, McKeown E, Sivakumar P, et al (2020) Ambula- tory management of primary spontaneous pneumothorax: an open-label, randomized controlled trial. *Lancet* 396:39–49
9. Recommandations formalisées d’experts pour la prise en charge des pneumothorax spontanés primaires 2023 par S. Jouneau ; J.-D. Ricard ; A. Seguin-Givelet .
10. Etude descriptive rétrospective monocentrique des pratiques actuelles de prise en charge des patients présentant un pneumothorax spontané primaire au CHRU de Tours et mise en place d’une filière ambulatoire. C-M. Legouy
11. Ayed AK, Chandrasekaran C, Sukumar M (2006) Aspiration versus tube drainage in primary spontaneous pneumothorax: a randomized study. *Eur Respir J* 27:477–82
12. Lellouche F, Maitre B. Prise en charge des pneumothorax spontanés idiopathiques aux urgences Management of spontaneous pneumothorax in the emergency department. *Réanimation*. nov 2003;12(7):495-501.

Avis favorable de la Commissions des thèses  
du Département de Médecine Générale  
en date du :

**Avis du Directeur de Thèse**

**À Tours, le** 12/09/24

Signature



Legault

Le doyen  
de la faculté de médecine

## RESUME :

### Objectif :

L'objectif de notre étude est une évaluation de la filière de traitement ambulatoire des patients présentant un pneumothorax spontané primaire (PSP) mise en place aux urgences du CHU de Tours. Le recensement des patients pris en charge dans cette filière et des éventuelles complications. Ainsi qu'une comparaison du taux de recours à la chirurgie avec les données récupérées lors d'une étude préliminaire ayant permis de mettre en place la filière.

### Matériels et méthode :

L'évaluation de la prise en charge des patients repose sur une étude rétrospective descriptive monocentrique au CHU de Tours depuis la mise en place de la filière en janvier 2023 jusqu'à juillet 2024. L'ensemble des patients ayant consultés aux urgences et portant le codage CIM 10 avec le mot « pneumothorax » a été répertorié puis classé en fonction de l'étiologie du pneumothorax. De plus, les données comme l'âge, l'exposition au tabac ou cannabis et l'heure de prise en charge ont été répertoriées. Enfin, pour les patients présentant un pneumothorax spontané primaire, nous avons étudié s'ils avaient bien été inclus dans la filière de soin, suivi leur dossier et recensé les éventuelles complications lors de leur prise en charge.

### Résultats :

93 dossiers de patients ayant consultés pour un pneumothorax toutes causes confondues ont été analysés, dont 28 épisodes de pneumothorax spontanés primaires. Parmi ces 28 patients, 9 présentaient une contre-indication à la filière ambulatoire ou ne présentaient pas les critères de sortie après la prise en charge initiale. 5 patients n'ont pas été inclus dans la filière alors qu'ils étaient éligibles. Sur les 14 patients inclus dans la filière, on dénombre la survenue de 4 complications soit un taux de complication de 28%.

### Discussion :

Le nombre de patients inclus dans la filière est inférieur à celui estimé initialement, ceci est à la fois expliqué par un plus faible taux de consultation pour le motif de PSP aux urgences sur la période donnée mais aussi par des prises en charge parfois mal adaptées au SAU ce qui a limité le recrutement des patients. La survenue de complications peut s'expliquer par un manque de connaissance ou de formation au protocole du service mais aussi par les complications classiques de la prise en charge des PSP comme l'échec de drainage par exemple.

### Conclusion :

La filière du traitement ambulatoire des pneumothorax spontanés primaire a permis de

prendre en charge un nombre limité de patients avec un taux non négligeable de complication sans majorer le recours à un traitement chirurgical.

## **GUBEREK Arnaud**

35 Pages – Annexes 5

Résumé : L'objectif de notre étude est une évaluation de la filière de traitement ambulatoire des patients présentant un pneumothorax spontané primaire (PSP) mise en place aux urgences du CHU de Tours. Le recensement des patients pris en charge dans cette filière et des éventuelles complications.

L'évaluation de la prise en charge des patients repose sur une étude rétrospective descriptive monocentrique au CHU de Tours depuis la mise en place de la filière en janvier 2023 jusqu'à juillet 2024. L'ensemble des patients ayant consultés aux urgences et portant le codage CIM 10 avec le mot « pneumothorax » a été répertorié puis classé en fonction de l'étiologie du pneumothorax. De plus, pour les patients présentant un pneumothorax spontané primaire, nous avons étudié s'ils avaient bien été inclus dans la filière de soin, suivi leur dossier et recensé les éventuelles complications lors de leur prise en charge.

93 dossiers de patients ayant consultés pour un pneumothorax toutes causes confondues ont été analysés, dont 28 épisodes de pneumothorax spontanés primaires. Parmi ces 28 patients, 9 présentaient une contre-indication à la filière ambulatoire ou ne présentaient pas les critères de sortie après la prise en charge initiale. 5 patients n'ont pas été inclus dans la filière alors qu'ils étaient éligibles. Sur les 14 patients inclus dans la filière, on dénombre la survenue de 4 complications soit un taux de complication de 28%.

Ces résultats sont expliqués par un plus faible taux de consultation pour le motif de PSP aux urgences sur la période donnée mais aussi par des prises en charge parfois mal adaptées au SAU ce qui a limité le recrutement des patients. La survenue de complications peut s'expliquer par un manque de connaissance ou de formation au protocole du service mais aussi par les complications classiques de la prise en charge des PSP comme l'échec de drainage par exemple.

La filière du traitement ambulatoire des pneumothorax spontanés primaires a permis de prendre en charge un nombre limité de patients avec un taux non négligeable de complication.

Mots clés : Pneumothorax spontané primaire, traitement ambulatoire, filière de soin.

Président du Jury : **Professeur Sylvain MARCHAND ADAM**, Pneumologie, faculté de médecine - Tours

Membres du Jury : **Professeur Antoine LEGRAS**, Chirurgie cardiaque et thoracique, faculté de médecine – Tours

**Docteur Astrid DELHOMEZ**, médecine d'urgence, CCA, service d'urgences – Tours

Direct de thèse : **Docteur Claire-marie LEGOUY**, médecine d'urgence, PH, service d'urgences – Tours