

le cardiologue pour la présence d'une dilatation de la veine cave inférieure est $\kappa = 1$ avec un agrément = 1

Conclusion : La concordance entre les deux opérateurs est excellente incitant ainsi au développement de la réalisation de l'échocardiographie au lit du malade par le médecin urgentiste dans le cadre d'une suspicion d'embolie pulmonaire à risque élevé et à risque « non élevé » avec un score de prédiction clinique de Wells supérieure à 7. Cet examen sera réalisé à la recherche des signes échocardiographiques de cœur pulmonaire aigu, en attente de la confirmation du diagnostic par l'angioscanner thoracique qui reste le gold standard dans cette indication.

72 L'ÉPINGLE À FOULARD : UN CORPS ÉTRANGER INTRA-BRONCHIQUE QUI N'EST PLUS INHABITUEL.

H. Snène¹, A. Berraies¹, A. Hedhli², J. Ammar¹, A. Marghi², T. Kilani², A. Hamzaoui³

1-Pavillon B. Hôpital A.Mami. Ariana

2-Service de chirurgie thoracique. Hôpital A.Mami. Ariana

Introduction : L'inhalation de corps étranger est un accident rare chez l'adulte mais l'inhalation d'épingle à foulard est un phénomène de plus en plus fréquent chez les jeunes s'initiant au port du voile, et n'épargnant pas les enfants. Le but de ce travail est d'illustrer la gravité de cet accident et de ses conséquences.

Patients et Méthodes : Dix cas d'inhalation d'épingle à foulard ont été colligés en quatre ans (de 2010 à 2013). Il s'agit de 8 femmes, un enfant de 11 ans et un nourrisson de 15 mois. L'âge moyen était de 19 ans (15 mois à 42 ans).

Résultats : Le syndrome de pénétration était rapporté dans 90% des cas. Un enfant a présenté une hémoptysie suite à une plaie punctiforme de l'aorte. Le siège du corps étranger était plus fréquent au niveau de l'arbre bronchique droit (60%). Le délai moyen du diagnostic était de 6 jours (quelques heures à 2 mois). Une extraction par fibroscopie souple sous anesthésie générale après échec de la bronchoscopie rigide a été faite dans notre service chez deux patients. Le recours à la bronchoscopie rigide a été nécessaire dans deux cas. Une extraction chirurgicale par thorotomie a été nécessaire chez 6 patients dont 2 enfants (trois pneumotomies, une bronchotomie, une pneumotomie avec bronchotomie et une bronchotomie avec tamponnement de l'aorte thoracique transpercée par l'épingle)

Conclusion : L'inhalation d'épingle à foulard est un accident grave de plus en plus fréquent observé au cours des 3 dernières années. Le meilleur moyen préventif reste la sensibilisation des jeunes afin d'éviter de mettre les épingles entre les lèvres et de ne pas les laisser à la portée des enfants.

73 LE PNEUMOTHORAX SPONTANÉ DANS LA RÉGION DU CAP BON : CARACTÉRISTIQUES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

R. Klaii, H. Bouazra, K. Bouzaïdi, I. Khalfallah, H. Ghraïri
Service de Pneumologie, Hôpital Régional MTM de Nabeul

Introduction : Le pneumothorax (PNO) spontané est une pathologie courante dans la pratique médicale. Le diagnostic est

posé par l'examen clinique et la radiographie thoracique.

But : Déterminer les particularités cliniques, radiologiques, thérapeutiques et évolutives de cette pathologie dans la région du Cap Bon.

Méthodes : Etude rétrospective menée sur la période de Janvier 2010 au juin 2013 portant sur 64 observations de patients hospitalisés au service de Pneumologie pour PNO.

Résultats : Il s'agit de 64 patients, hospitalisés par le biais des urgences dans 96% des cas. Le sexe ratio H/F est de 20/1. L'âge moyen est de 42 ± 20 ans, 60% des patients ont un âge ≤ 40 ans et les patients sont significativement plus jeunes en cas de PNO spontané idiopathique (PSI) en comparaison avec le PNO spontané secondaire (PSS). Le tabagisme est retrouvé dans 90% des cas avec une intoxication moyenne de 25 PA. Elle s'élève à 37 PA en cas de PSS ($p=0,007$). Les comorbidités les plus fréquentes sont une BPCO (18%), un antécédent de PNO avant l'année 2010 (13%), une PID (7%), une HTA (7%) et un diabète (5%). Il s'agit d'un PSI dans 73% des cas et un PSS dans 25% des cas. Tous les patients sont symptomatiques. Les principaux symptômes sont les douleurs thoraciques (97%) et la dyspnée (46%) avec un délai moyen de 3 jours avant la 1^{ère} consultation médicale. La dyspnée est particulièrement retrouvée en cas de PSS (80% vs 35%, $p=0,002$). Il s'agit d'un 1^{er} épisode de PNO (87%) et d'une 1^{ère} récurrence homolatérale (10%). Le PNO est total (72%) et partiel (28%). Le PSS est lié à de l'emphysème pulmonaire dans 73% des cas. Le PNO survient au repos dans 97% des cas. Un malade sur deux portant un PSS était instable au moment du diagnostic. Un drainage thoracique est réalisé dans 80% des cas, au 2^{ème} espace intercostal (EIC) (16%), au 4^{ème} EIC (41%) et au 5^{ème} EIC (43%). Le choix du point de drainage est lié à la forme idiopathique ou secondaire ($p=0,04$) et l'étendue partiel ou total du PNO ($p<0,001$). Tous les drains ont été mis sous anesthésie locale à la xylocaïne. Du paracétamol à la dose moyenne de 3 g/j a été prescrit en post-drainage dans 65% des cas. La durée moyenne de drainage est de 8 jours. Elle est proportionnelle à la forme idiopathique ou secondaire ($p=0,03$) ainsi qu'à l'étendue partielle ou totale du PNO ($p=0,007$). Parmi les PNO drainés, un succès immédiat est obtenu dans 87% des cas. Les complications post-drainage les plus notées sont la persistance du décollement plus que 48 heures (42%) et les douleurs thoraciques (18%). Le recours à un traitement chirurgical est posé dans 11% des cas, indiqué essentiellement en cas de PNO récidivant (5%). La pleurodèse est réalisée dans 19% des cas : chimique dans 12% et chirurgicale dans 7%. Avant la sortie de l'hôpital, les conseils offerts aux patients sont essentiellement l'explication du risque de récurrence (80%), la reconsultation en cas de dyspnée (72%), la lutte anti-tabac (70%), l'interdiction des vols aériens à un mois de la sortie de l'hôpital (55%) et l'interdiction définitive de la plongée sous-marine (54%). Parmi les patients qui ont eu un suivi régulier, nous avons noté 4 récurrences homolatérales, respectivement à 5, 12, 16 et 19 mois du diagnostic. Il s'agit de 4 hommes, d'âge variable entre 29 et 75 ans, avec une 1^{ère} récurrence homolatérale d'un PSI partiel dans 2 cas (1 cas drainé et 1 cas non drainé), 1 cas de 2^{ème} récurrence homolatérale de PSI total ayant été drainé, et un dernier cas de 2^{ème} récurrence