

homolatérale d'un PSS à bascule ayant eu une pleurodèse controlatérale. Tous les cas de récurrence ont eu une pleurodèse (2 chimiques et 2 chirurgicales).

Conclusion : Le PNO spontané est dominé par la forme idiopathique et totale. Le principal facteur de risque est le tabagisme. L'effort physique n'est pas un facteur déclenchant en soi. Le maître symptôme est la douleur thoracique. La forme, l'étendue et la tolérance du PNO, ainsi que sa récurrence modulent la prise thérapeutique, laquelle est dominée par le drainage thoracique. L'évaluation des différentes méthodes thérapeutiques du PNO nécessite de compléter notre travail par d'autres études prospectives à grande échelle et sur une période plus longue.

74 LES BRONCHECTASIES CHEZ LA FEMME

*E. Ben Salah, W. Ketata, S. Msaad, H. Ayedi, I. Yengui, A. Ayoub
Service de Pneumologie CHU Hédi Chaker Sfax Tunisie*

Introduction : Bien que considérées comme une maladie orpheline dans les pays développés, les dilatations des bronches (DDB) ou bronchectasies sont fréquentes dans notre pays comme dans tous les pays émergents. Elles constituent une maladie à prédominance féminine et représentent un motif fréquent de consultation et d'hospitalisation en pneumologie.

But du travail: Dégager les particularités cliniques, étiologiques et évolutives chez la femme.

Méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective sur 48 patientes hospitalisées dans un service de pneumologie (Hôpital Hédi Chaker Sfax) entre l'année 2000 et l'année 2010. Le recueil de données a été fait à partir des dossiers.

Résultats : Notre population était composée de patientes d'un âge moyen de 57, 30 ans. Les manifestations cliniques les plus fréquentes étaient la bronchorrhée (82, 98%), la toux chronique (85, 11%) et les bronchites à répétition (57, 45%). Le diagnostic de bronchectasies a été confirmé chez toutes les patientes par tomodensitométrie thoracique. Vingt six pourcent (26%) des DDB étaient localisées et 74% étaient diffuses. Sur le plan étiologique, les DDB étaient primitives dans 53, 19% des cas, post-tuberculeuses dans 21, 28% des cas, secondaires à la polyarthrite rhumatoïde dans 6, 38% des cas et secondaires à une infection respiratoire sévère dans 14, 28% des cas. Concernant les complications, l'infection à pyocyanique a été notée uniquement dans les cas de bronchectasies primitives. L'évolution vers l'insuffisance respiratoire chronique était plus fréquente en cas de DDB primitives (28% vs 4, 34%, p=0, 028). Le traitement reposait essentiellement sur le drainage bronchique régulier complété au besoin par le contrôle des infections bactériennes. Seulement 4 patientes ont bénéficié d'un traitement chirurgical.

Conclusion : Les DDB restent fréquentes chez la femme dans notre pays, représentant une importante cause de morbidité. Devant la fréquence des formes post tuberculeuses et primitives, on insiste sur l'importance du diagnostic et du traitement précoce de la tuberculose pulmonaire et de la lutte contre les infections respiratoires sévères de l'enfance et notamment par la vaccination.

75 LES PARTICULARITÉS DU PNEUMOTHORAX CHEZ LA FEMME

*S. Zairi, S. Keita, I. Bouassida, R. Hasni, H. Zribi, M. S. Boudaya, A. Marghli, A. Ayedi¹, S. Ouerghi, T. Kilani
Service de Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire. Hôpital A. Mami. Ariana.*

1 : Service d'Anatomo-Pathologie. Hôpital A. Mami. Ariana.

Introduction : Le pneumothorax (PNO) spontané chez la femme est une pathologie peu fréquente dont la prise en charge actuelle diffère en fonction des intervenants. Il touche habituellement une population jeune et peut entraver sa vie.

Matériel et Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective portant sur 58 femmes traitées et suivies entre janvier 1995 et décembre 2012 au service de chirurgie thoracique et cardiovasculaire à l'hôpital Abderrahmane Mami Ariana.

Résultats: L'âge moyen de nos patientes était de 37, 58 ans. Parmi nos malades, 31 avaient un PNO primitif, 21 avaient un PNO secondaire et 6 patientes un PNO cataménial. Dans notre étude, 31 patientes (53, 44%) ont été admises à partir de la première récurrence. Des pathologies respiratoires sous-jacentes étaient présentes dans 36, 2% des cas, dominées par l'emphysème (61, 9%) et la tuberculose pulmonaire (19, 04%). Le tabagisme a été relevé chez 10 patientes (17, 24%). La douleur thoracique était le signe clinique révélateur le plus rapporté. La radiographie thoracique a permis de poser le diagnostic positif dans tous les cas. Un examen tomodensitométrique a été réalisé chez 24 patientes révélant l'existence de bulles d'emphysème pulmonaire dans 33, 33% des cas, de troubles ventilatoires dans 16, 66% des cas et un aspect d'hydro-pneumothorax avec niveau hydro-aérique dans 8, 33% des cas. Le traitement médical a été indiqué initialement chez 31 patientes (53, 45%). Il a permis de gérer efficacement 19 cas. Le traitement chirurgical a été indiqué d'emblée chez 27 patientes. Un geste chirurgical était indiqué devant un échec de drainage (43, 59%), un PNO récidivant (25, 64%), un PNO à bascule (12, 82%), un PNO bilatéral (10, 25) ou un PNO sur poumon pathologique (7, 7%). Les voies d'abord étaient: la vidéo-thoracoscopie pure (CTV) (66, 67%), la mini-thoracotomie vidéo-assistée (CTVA) (20, 51%) et la thoracotomie. Une thoraco-conversion a été nécessaire devant un PNO vieilli dans 2 cas. Un geste de pleurodèse par abrasion mécanique a été réalisé d'une façon systématique complété par l'instillation d'un agent chimique irritant dans 89, 74% des cas. L'étude anatomopathologique définitive avait conclu à l'existence de lésions emphysémateuses dans 76, 74% des cas. La durée moyenne de drainage a été de 5, 63 jours avec une durée moyenne d'hospitalisation de 7 jours en post opératoire. Les suites opératoires étaient simples dans 82% des cas avec une durée moyenne de drainage de 5 jours et une durée moyenne d'hospitalisation de 6 jours. Deux patientes ont présenté une récurrence homolatérale.

Conclusion: Le PNO spontané chez la femme est souvent méconnu et sous-estimé. La prise en charge de la plupart des PNO reste controversée : attitude conservatrice versus conduite plus agressive d'emblée. La prise en charge du PNO spontané chez la femme nécessite une approche multidisciplinaire par