

LES DILATATIONS DES BRONCHES:

Dr. F.KERIOU

1. DÉFINITION :

- ⊙ *La DDB ou bronchectasie, est la dilatation chronique, permanente et irréversible des bronches de moyen calibre, en rapport avec une destruction de la charpente fibro-cartilagineuse de la paroi bronchique.*
- ⊙ *Il s'y associe une suppuration bronchique chronique.*

2. INTERET DE LA QUESTION

- La gravité de la DDB est liée aux conséquences de la suppuration bronchique chronique, autrefois pourvoyeuse d'amylose rénale.
- Son pronostic a été considérablement amélioré par l'avènement des antibiotiques.

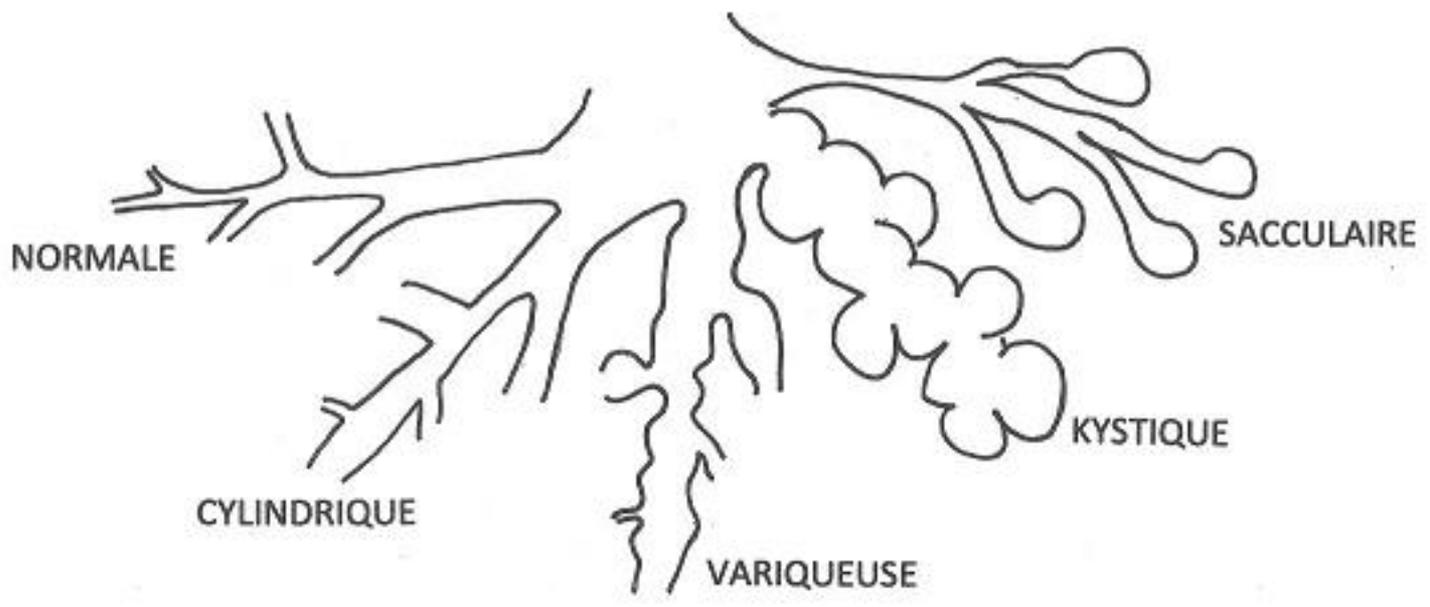
3. ANATOMOPATHOLOGIE:

- Les lésions observés touchent l'ensemble de la paroi bronchique:
 - Sous-muqueuse: destruction de l'armature fibro-cartilagineuse responsable de la béance du conduit bronchique
 - Chorion: épaissis, infiltré par des cellules inflammatoires, il présente une néo vascularisation de type systémique => l'hyper-vascularisation est constante ,d'origine systémique expliquant la fréquence des hémoptysies parfois graves.
 - Epithélium: détruit, siège d'une métaplasie mucipare => Hypersecretion bronchique
 - Extension en amont et en aval de ces lésions vers les bronches adjacentes avec développement de bronchectasies

3. ANATOMOPATHOLOGIE:

- Le siège des lésions est variable selon l'étiologie de la DDB:
 - Formes localisées : segmentaires, lobaires ou plurilobaires.
 - Formes diffuses : bilatérales.

- L'aspect macroscopique:
cylindrique, variqueux ou sacculaire.



4. ETIOLOGIES :

Il existe deux grands groupes :

>> DDB congénitale

>> DDB acquise

1) DDB congénitale : évoquée devant :

- ◉ Symptômes remontant à l'enfance
- ◉ DDB diffuse
- ◉ Existence des cas similaires familiaux.

On distingue :

- Anomalies de la structure bronchique
- Anomalies des moyens de défense

>> Anomalies de la structure bronchique :

Par absence de développement du cartilage en période anté-natale.

- ◉ *Anomalies de la paroi : sdr de Mounier Kuhn (mégatrachée + mégabronches)*
- ◉ *La mucoviscidose : DDB diffuse = test de la sueur(affection héréditaire touchant les épithéliums glandulaires de nbreux organes)*
- ◉ *Sdr de dyskinésie ciliaire : anomalies de la structure microtubulaire des cils de tout l'épithélium respiratoire = DDB*

exple : sdr de Kartagener (DDB+ situs inversus + sinusite chronique)

le Sdr de Young (DDB + azoospermie)

>> Anomalies des moyens de défense :

*responsable d'infections bronchiques =>>
déficit immunitaire global*

*(agammaglobulinémie) ou partiel (en IgA
ou sous classes IgG) peut être responsable
de DDB par le biais d'infections
chroniques.*

2) DDB acquises : =>> formes localisées

- ◉ Suite à une obstruction bronchique, tel un corps étranger, aspirations alimentaires chroniques, tumeur maligne ou bénigne
- ◉ DDB para-cicatricielle d'une tuberculose pulmonaire
- ◉ Maladie du hile en rapport avec une PIT : le syndrome de brock (ganglion calcifié comprimant la bronche LM donnant une DDB)
- ◉ Séquelles de pneumonies virales de l'enfance : VRS, myxovirus influenzae, coqueluche, rougeole, oreillons...
- ◉ ABPA :Aspergillose Broncho Pulmonaire Allergique(asthme sévère + DDB proximale +..)

5. CLINIQUE

Variable selon l'étendue des lésions

Symptomatologie fonctionnelle : *Les signes les plus fréquents sont :*

- *Toux quinteuse matinale, productive.*
- *Expectorations chroniques « maître symptôme » d'abondance variable, généralement assez importante, muqueuse ou muco-purulente. D'odeur fade, de plâtre frais avec poussées intermittentes de fétidité . Parfois ,l 'expectoration est absente dans les formes sèches .*

- Hémoptysies : 50-70% des cas contemporaines avec les poussées d'inflammation, d'origine néo-vasculaire, peuvent être minimales ou massives et menaçantes,*
- Dyspnée (proportionnelle à l'étendue de la maladie).*
- Signes d'IRC (DDB diffuses)*

Examen clinique :

- ◉ *Interrogatoire: âge de début.*
- ◉ *Hippocratisme digital (80 % des cas)*
- ◉ *L'examen clinique est variable selon que Le malade est vu lors des poussées de surinfection ou non:*

**En période de poussées : fièvre, majoration de la dyspnée, à l'auscultation, plus de râles que d'habitude.*

**En dehors : l'examen pulm est pauvre , qlq râles bronchiques, surtout chez le sujet mal drainé.*

**Au stade de complications : poussées d'insuffisance respi. grave, où le malade est cyanosé, distension thoracique, signes d'IVD => CPC : OMI, HPM, RHJ.*

6.Examens complémentaires :

a) Rx thorax F/P : ne confirme pas la DDB, mais elle la fait suspecter. Elle peut être normale.

Certaines images sont évocatrices :

⊙ *Sdr bronchique :*

**Clartés tubulaires (images en rail)*

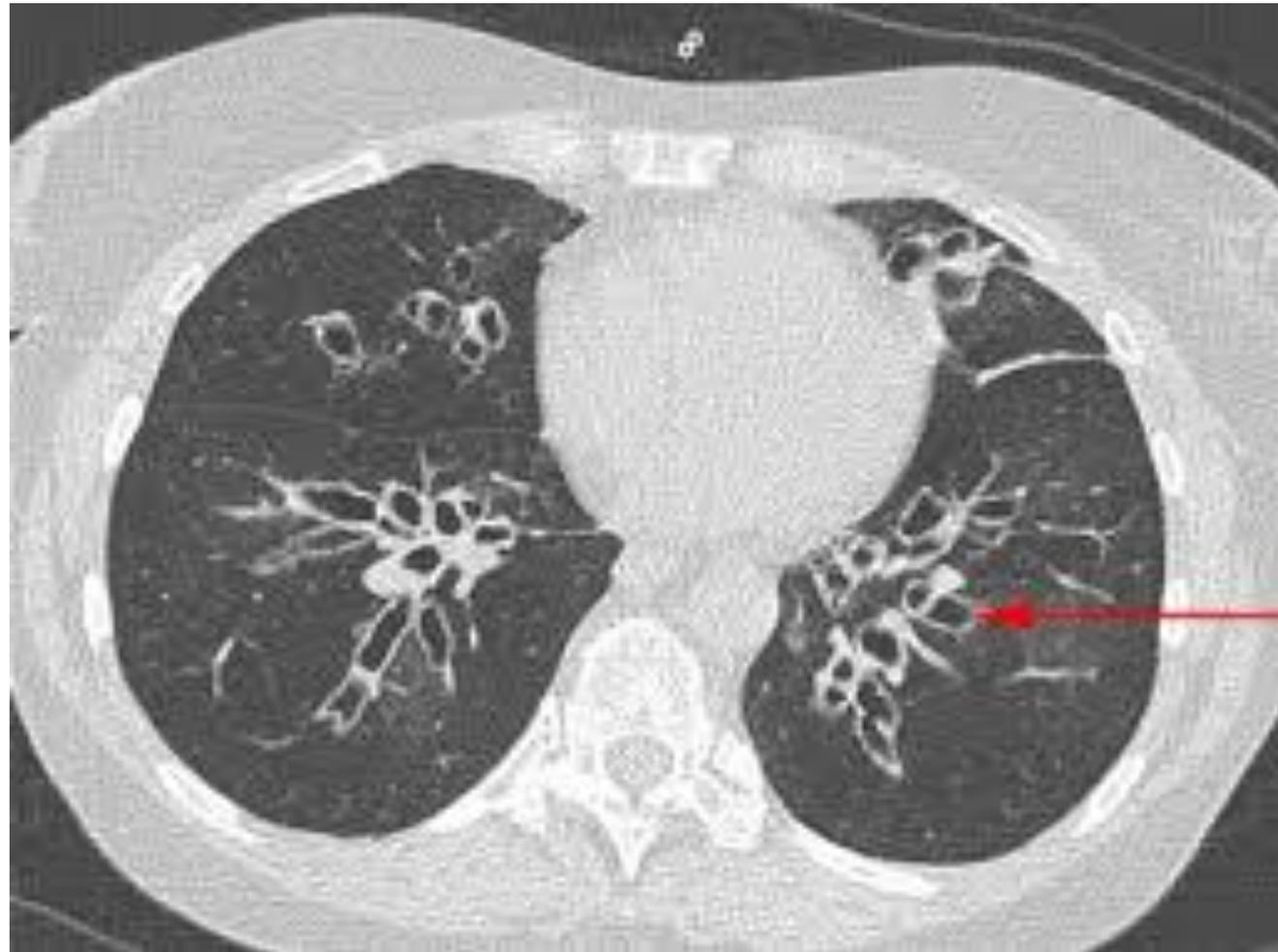
**Petites clartés annulaires*

⊙ *Aspect en rosette (ou grappe de raisin) clartés aréolaires +/- rondes, à fin liseré, juxtaposées, parfois images kystiques (pseudo rayons de miel) avec une petit niveau liquide(au moment de la surinfection)*

- ◉ *Opacités systématisées denses rétractiles en bandes => Troubles de la ventilation « atélectasies », expl: image en équerre..*
- ◉ *Image en doigts de gants (bronches pleines de sécrétions : impactations mucoïdes)*
- ◉ *Les images prédominent surtout aux parties postéro-basales.*



b) TDM thoracique : Examen de choix pour faire le diagnostic positif de la DDB , précise le siège et la morphologie des lésions. A supplanté la bronchographie lipiodolée.



d) Artériographie bronchique : indiquée si hémoptysie abondante ou répétée, faisant discuter un geste thérapeutique(embolisation).

e) EFR : *retentissement des DDB sur la fonction respiratoire:*

⊙ *Elle peut être normale => aucune anomalie respiratoire (DDB localisée)*

⊙ *Cas d'anomalies :*

** troubles ventilatoires restrictifs.*

**troubles ventilatoires obtructifs.*

**troubles ventilatoires mixtes.*

• **Gazométrie** : *Normale au début, elle peut aussi montrer une hypoxie à un stade avancé*

f) Fibroscopie bronchique : a ses avantages :

- ⊙ -apprécier le degré d'inflammation et/ou de suppuration de la muqueuse br.
- ⊙ -précise la topographie des sécrétions br.
- ⊙ -permet de faire des prélèvements protégés, afin d'orienter l'antibiothérapie.
- ⊙ -si le malade est entrain de saigner, on vérifie le siège du saignement.
- ⊙ -elle peut être utile surtout si la DDB est une complication d'un corps étranger ou une tumeur.

g) Autres examens : FNS, VS, ECG...

- ◉ *Electrophorèse des pr avec protéinurie recherchant une amylose rénale qui est une complication tardive.*
- ◉ *Examen ORL ++++ qui est plus qu'obligatoire.*
- ◉ *Rx des sinus, Rx panoramique dentaire.*
- ◉ *Test de la sueur (mucoviscidose) , dosage des IgA, IgG.*
- ◉ *Parfois si utile : biopsie bronchique, études des cils sous microscope.*
- ◉ *Examens bactériologiques : Examen cyto-bact des crachats <ECBC> (n'est plus utilisé = polymorphisme microbien)*

7. DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL :

- ⊙ Surinfections bronchiques (BPCO)
- ⊙ Tbc pulmonaire
- ⊙ Abscès du poumon
- ⊙ Asthme bronchiques

8. EVOLUTION :

3 grandes complications :

- ◉ *1. l'infection : au début, les germes rencontrés sont : hémophilus, pneumocoque, plus tardivement apparaissent des BGN multi résistants (pseudomonas ++)*

Possibilité de diffusion de l'infection, régionale voire générale = sepsis.

- ◉ *2. hémoptysie : par surinfection ou rupture d'un néo réseau bronchique.*
- ◉ *3. IRC : décompensation aiguë => CPC avec HTAP*
- ◉ *4. amylose rénale (exceptionnelle)*

9. TRAITEMENT

- ❖ **TRT médical** : palliatif
- ✓ Règles hygiéno - diététiques et éviction tabagique
- ✓ Kinésithérapie respiratoire pluriquotidienne avec drainage de posture, broncho-aspiration
- ✓ Bronchodilatateurs si TVO
- ✓ Vaccin antigrippal et anti pneumococcique

❖ **Trt Chirurgical** : curatif , proposer une segmentectomie ; lobectomie, voire pneumonectomie , en cas de DDB localisée avec des épisodes répétés d'infection et d'hémoptysie.

TRT des Complications :

- Si hémoptysie grave, vasopressine, et si récidivante proposer une embolisation, ou chirurgie d'hémostase si possible
- Si infection : antibiothérapie adaptée et prolongée + drainage bronchique.
- Si IRC = OLD

TRT préventif : c'est la prévention des DDB acquises par le TRT des pneumopathies de l'enfance, vaccinations, extraction de corps étranger, TRT de la tuberculose....