**DILATATION DES BRONCHES**

I. DEFINITION & GENERALITES :

* La dilatation des bronches (DDB), ou bronchectasies, est définie comme une augmentation irréversible du calibre bronchique, localisée ou diffuse caractérisée histologiquement par une

destruction de l’armature cartilagineuse de la bronche.

* La prévalence est inconnue dans le monde.
* L'infection en est la cause la plus fréquente dans les pays sous-développés.
* La tuberculose en est la cause la plus fréquente en Algérie.

II. PHYSIOPATHOLOGIE :

* Inflammation bronchique sévère et prolongée
* altération de la clairance muco-ciliaire et infection chronique
* destruction de l’armature cartilagineuse responsable de la dilatation
* Dans certains cas la dilatation résulte d’une traction secondaire à des processus de fibrose.

III. ANATOMOPATHOLOGIE :

**a) macroscopie :** on distingue 3 types de DDB :

• les dilatations cylindriques ;

• Les dilatations variqueuses ;

• Les dilatations sacculaires ou kystiques.

**b) microscopie :**

atteinte muqueuse : l’épithélium subit une métaplasie puis il sera détruit. Le chorion épaissi

et infiltré de cellules inflammatoires et de nombreux capillaires néoformés d’origine bronchique.

atteinte sous muqueuse : le tissu conjonctif est altéré avec diminution et disposition anarchique des fibres élastiques et musculaires.

atteinte cartilagineuse : dégénérescence cartilagineuse, les bronches ont perdu leur armature de soutien et la qualité de leurs propriétés élastiques.

atteinte parenchymateuse : atélectasies, alvéolites hémorragiques, pneumonie…

**IV. ETIOLOGIES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MECANISME** | **ETIOLOGIE** | **ELEMENTS DU**  **DIAGNOSTIC** | |
| **DDB DIFFUSES** | | | |
| **CONSTITUTIONNEL** | ·Mucoviscidose | | Début souvent dans l’enfance  Atteinte ORL  Antécédents familiaux  Troubles digestifs, hypofertilité  Test de la sueur, étude génétique |
|  | ·Dyskinésies ciliaire ou le syndrome des cils immobiles  ·Syndrome de Kartagener (DDB, sinusite chronique, situs inversus) | | Début souvent dans l’enfance  Atteinte ORL  Antécédents familiaux  Consanguinité fréquente  Hypofertilité  Brossage bronchique ou nasal |
|  | ·Déficits immunitaires  (agammaglobulinémie, déficits sélectifs en Ig) | | Début dans l’enfance  Infections répétées  Dosage des Ig et sous classes |
| **INFECTIONS DE**  **L’ENFANCE** | ·Viroses (VRS, rougeole, grippe)  ·Coqueluche | | ATCD de bronchiolites ou de  pneumopathies sévères |
| **Post-infectieuse** | ·Séquelles de TBC  ·Aspergillose broncho pulmonaire allergique | | Anamnèse, TDM  Asthme, éosinophilie, IgE  spécifique, précipitines |
| **INHALATIONS** | Gaz toxiques (ammoniac)  Troubles de déglutition | | Anamnèse |
| **FIBROSE**  **PARENCHYMATEUSE** | ·La polyarthrite rhumatoïde, fibrose interstitielle  ·Déficit en α1-antitrypsine | | Anamnèse TDM évocatrice |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DDB LOCALISEES** | | |
| **OBSTACLE ENDOBRONCHIQUE** | ·Tumeur  ·Corps étranger | Terrain  Fibroscopie bronchique  Enfant, syndrome de pénétration |
| **COMPRESSION**  **EXTRINSEQUE** | ganglion (TBC, lymphomes) | Atteinte du lobe moyen  TDM |

**V. CLINIQUE**

**Signes fonctionnels :**

**La toux avec bronchorrhée**

(80 %), matinale, abondante de 20 à 100 cc par jour, son odeur est fade avec poussées intermittentes de fétidité. Elle sédimente en 4 couches :

(1 supérieure, aérée et spumeuse, 2 muco-purulente, 3 séro- muqueuse, translucide, 4 purulente)

**Les hémoptysies**

révélatrices dans 8% des cas.

**La dyspnée**

au stade d’insuffisance respiratoire.

**Examen clinique :**

**L’interrogatoire**,

précise : les circonstances de découverte, une infection sévère pendant l’enfance, la fréquence des poussées de surinfection et leur rapport avec les infections rhino pharyngées, les

ATCD personnels et familiaux, le tabagisme et la profession.

**L’examen physique**

est normal en dehors des poussées. Celles-ci se traduisent par l’apparition de râles

bronchiques, surtout ronflants, parfois sibilants, siégeant le plus souvent aux bases. En cas de fièvre, on recherche un foyer parenchymateux (crépitants ou sous crépitants) ou un syndrome pleurétique.

Dans les formes diffuses de l’adulte, on peut noter un hippocratisme digital.

Dans les formes évoluées : cyanose d’une IR, retentissement périphérique d’une ICD.

**VI. EXAMENS PARA CLINIQUES :**

**Radiographie thoracique standard :**

On observe un syndrome bronchique avec des clartés tubulées à paroi épaisses, parfois des images

kystiques. L’atteinte alvéolaire secondaire à l’infection est à l’origine d’opacités alvéolaires avec

bronchogramme aérien fait de bronches dilatées.

**Tomodensitométrie : (TDM)**

Les DDB apparaissent sous la forme de clartés tubulées irrégulières. La dilatation est reconnue par son diamètre supérieur à celui de l’artère qui l’accompagne (image de bague à chaton), les troubles de ventilation sont fréquents.

**Explorations fonctionnelles respiratoires : (EFR)**

Les anomalies fonctionnelles dépendent de l’étendue des lésions et de l’ancienneté d’évolution.

En cas d’atteinte diffuse, le trouble ventilatoire est le plus souvent mixte à prédominance obstructive.

La gazométrie artérielle est perturbée en cas d’insuffisance respiratoire chronique.

**Endoscopie bronchique :**

MEE une muqueuse inflammatoire, avec sécrétions purulentes en provenance du territoire atteint.

Cet examen est indiqué dans le cadre du bilan d’hémoptysie (localisation du saignement et recherche d’une cause endo bronchique). Dans le cadre de l’enquête étiologique par recherche d’un obstacle (compression extrinsèque ou obstacle endo bronchique) ou à visée microbiologique (prélèvement protégé).

**Examen cytobactériologique de l’expectoration : (ECBC)**

Il permet la MEE de germes pathogènes, éventuellement résistants aux ATB habituels.

**Recherche des foyers infectieux :**

Il faut rechercher et éradiquer les foyers infectieux des voies aériennes supérieures afin de prévenir

l’infection descendante.

Examen ORL, la radiographie des sinus est systématique.

Examen stomatologique.

Rechercher un RGO

**Le dosage pondéral des Ig (IgG, IgA, IgM, et sous classes) :**

permet l’exploration des déficits immunitaires.

**VII-ÉVOLUTION COMPLICATIONS PRONOSTIC:**

**A/ Formes localisées:**

● Évolution simple.

● Surinfections rares et le plus souvent bien tolérées, intérêt d’apprendre au patient les methodes de drainage bronchique.

**B/ Formes graves:**

● Principalement infectieuses (de la simple colonisation avec surinfection bronchique aux infections parenchymateuses, abcédées ou non). Abcès cérébraux exceptionnels.

● Hémoptysies.

● Insuffisance respiratoire chronique.

● Amylose secondaire, évolution râre , aboutissement de l’inflammation chronique.

**VIII. TRAITEMENT :**

- Drainage bronchique : drainage de posture (10mn 3 fois/ jour) et kinésithérapie sont suffisants.

Les aspirations instrumentales ne sont nécessaires qu’aux encombrements et aux infections rebelles.

- Antibiothérapie :

\* en cas de poussée infectieuse certaine (fièvre, modification franche de l’expectoration,

hémoptysie, aggravation de l’IRC).

\* pour participer à l’éradication d’un foyer infectieux dentaire ou ORL.

- Les antitussifs, somnifères, sédatifs et atropiniques sont interdits.

- Le TRT de fond poursuit à vie, consiste en un sevrage tabagique, les vaccinothérapies éventuelles, l’hygiène

ORL et stomatologique. Aucune antibiothérapie préventive ne doit être prescrite.

- TRT broncho-dilatateur : en cas d’hyperréactivité symptomatique ou dans les stades sévères avec IRC.

- TRT chirurgical : réservé aux DDB localisées, très symptomatiques avec suppuration importante, infections très importantes et/ou hémoptysies.

- TRT étiologique : anti tuberculeux, antimycotiques, extraction de corps étrangers, exérèse tumorales.

Un déficit immunoglobulinique important fait essayer l’emploi d’injections intramusculaires de

gammaglobulines (0,5 mg/kg tous les 15 jours).