
Dilatation des bronches

Dr B.TERRA

2021/2022

Objectifs

A la fin du cours l'étudiant doit être capable de :

- Définir une DDB
- Reconnaître ses différentes formes
- Comprendre le cercle vicieux de COLE
- Etablir un diagnostic positif
- Reconnaître les diagnostics différentiels
- Rechercher les étiologies
- Savoir traiter et prévenir une DDB

Plan

1. Définition
2. Intérêt de la question
3. Anatomie pathologique
4. Physiopathologie
5. Diagnostic positif
6. Diagnostics différentiels
7. Diagnostic étiologique
8. Evolution
9. Traitement
10. Conclusion

Définition

- Augmentation permanente et irréversible du calibre des bronches dont la fonction est altérée

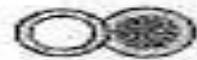
Intérêt de la question

- Maladie fréquente
- Diagnostic parfois difficile
- Thérapeutique : reste symptomatique
- Pronostic : vital et / ou fonctionnel est parfois engagé
- La prévention: ++++++

Anatomie pathologique

•A. Aspects macroscopiques :

- Prédominance dans les lobes inférieurs
- Localisées ou bilatérales et étendues
- Bronches dont le calibre est supérieur à 2mm
- tortueuses et ramollies
- Les bronchioles distales sont obstruées
- Le parenchyme avoisinant peut être remplacé par un tissu fibreux



Bronche normale
et son vaisseau

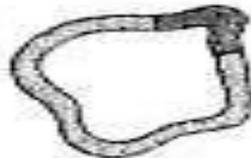
Classification de Reid



Bronchiectasie
cylindrique
"bague chaton"



Bronchiectasie
moniliforme



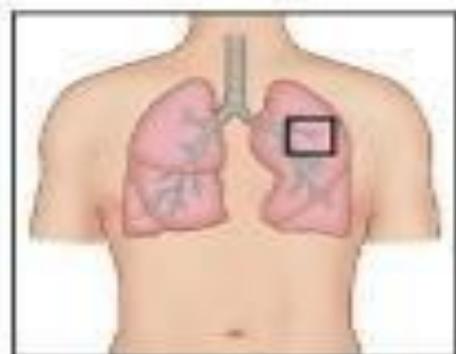
Bronchiectasie
kystique

EMC

Anatomie pathologique

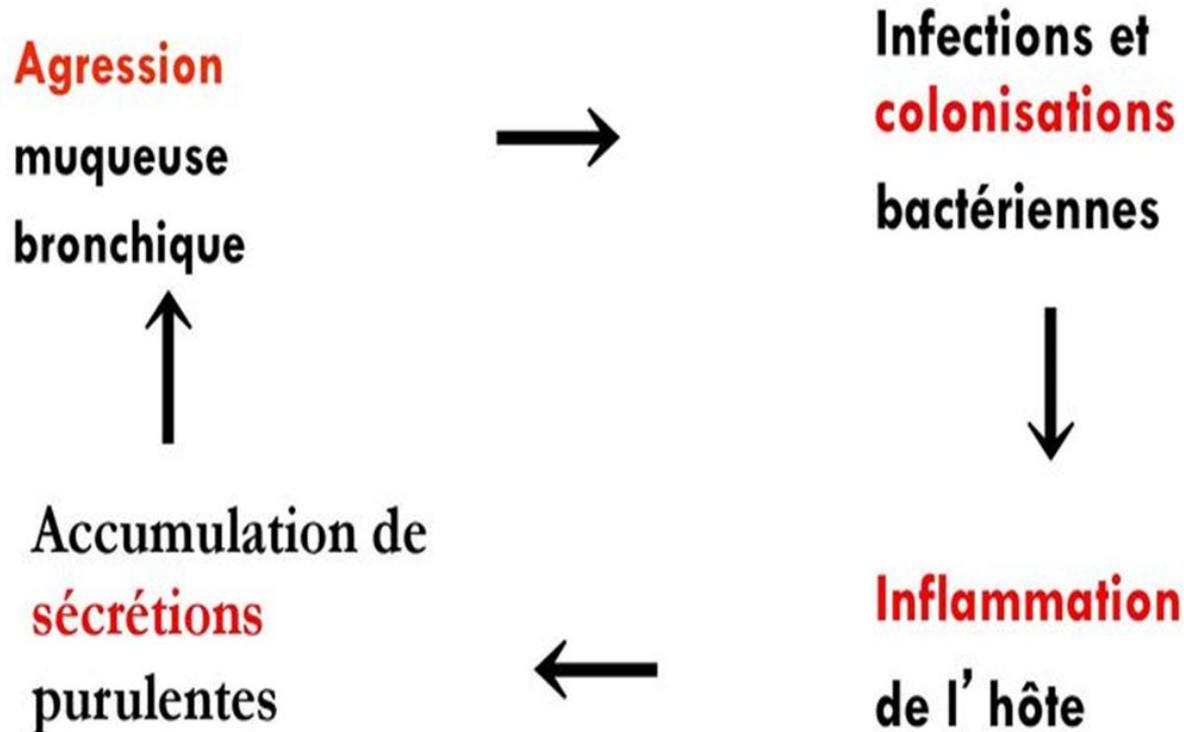
•B. Aspects microscopiques

- Destruction des structures anatomiques: tous les constituants de la paroi (tissu élastique, cartilages, muscles lisses) sont remplacés par un tissu fibreux
- Infiltrats de cellules inflammatoires: macrophages activées, lymphocytes CD8, follicules lymphoïdes responsable **d'hypersécrétion, encombrements et infections répétées**
- Hyper vascularisation d'origine systémique : néo vascularisation angiomateuse avec un risque **d'hémoptysie** , parfois cataclysmique
- NB: La destruction bronchique est un **processus évolutif**



Physiopathologie

« Cercle vicieux de Cole »



Diagnostic

Circonstances de découverte :

- Toux grasse récidivante (90% des patients).
- **Bronchorrhée purulente** (80% des patients).
- Hémoptysies (50 à 70% des patients).
- Infections broncho-pulmonaires répétées.
- Dyspnée sifflante

Examen clinique :

- **Expectoration**: volume, aspect, viscosité.
- Râles bronchiques : sous-crépitants, ronchi, sibilants.
- Signes de retentissement : altération de l'état général, hippocratisme digital, IRC.

Examens complémentaires

Radiographie du thorax:

- **Clartés tubulées:** visibilité spontanée des parois épaissies de la bronche
- **Impactions mucoïdes** = opacités tubulées à bords nets en « V » ou en « Y » à pointe hilare.
- **Bronchocèle** = DDB kystique pleines de sécrétions, avec niveau hydro-aérique

NB: la radiographie thoracique normale n'élimine pas le DC

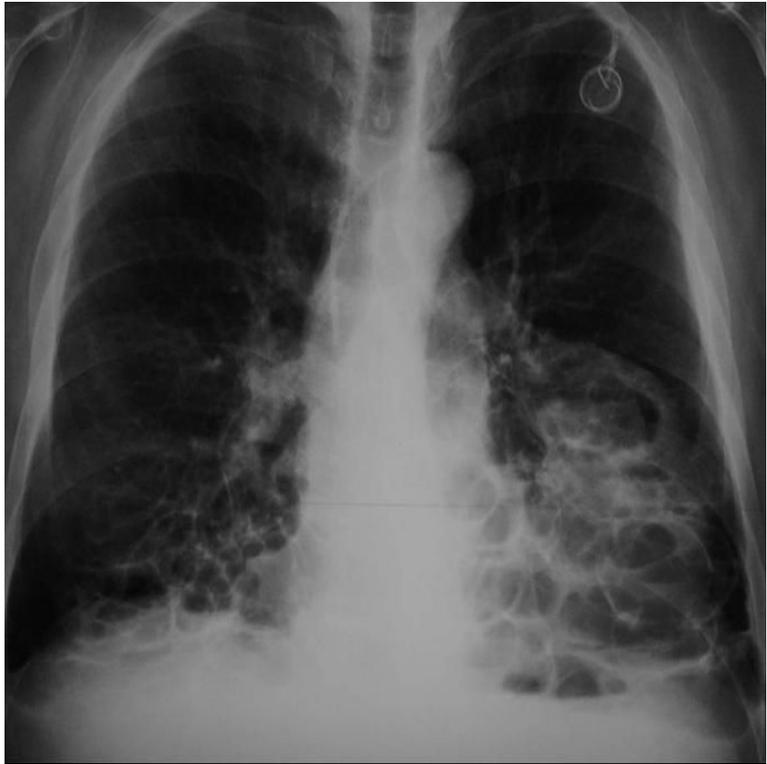
Examens complémentaires

- **TDM thoracique :+++++++**

- **c'est l'examen de référence** actuellement(il a rendu obsolète la **bronchographie**) :
- \emptyset intra-bronchique $>$ à celui de l'artère correspondante
- Des bronches sont visualisées au tiers externe du parenchyme pulmonaire
- Absence de diminution du calibre des bronches à mesure que l'on s'éloigne des hiles

- **La fibroscopie bronchique:**

- Bilan étiologique
- En cas d'hémoptysie
- Prélèvements bactériologiques protégés



• Examen Cyto-Bactériologique des Expectorations:

- Suivre la colonisation bactérienne
 - contrôler l'efficacité des antibiotiques
 - les germes fréquemment retrouvés par ordre de fréquence décroissante: *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aërogenosa* , *Staphylocoque aureus* , pneumocoque, et parfois *mycobacterium tuberculosis*
-
- **EFR:** syndrome ventilatoire mixte en spirométrie , IRC à la gazométrie dans les stades avancés
-
- **Autres:** scintigraphie pulmonaire en cas chirurgie , TDM des sinus, spermogramme

Diagnostics différentiels

- Les pathologies avec une composante de dyspnée sifflante:
 - Asthme bronchique
 - Insuffisance cardiaque gauche : Asthme cardiaque
 - BPCO
- Bronchite chronique :toux et expectoration chronique
- Tuberculose pulmonaire
- Pneumopathie interstitielle diffuse

Diagnostic étiologique

•1- Formes constitutionnelles: « diffuses »

- **Mucoviscidose** (nombreux signes extra-thoraciques)
- Déficit immunitaire congénital ou acquis :
 - **Hypo- ou agammaglobulinémie** (IgG, IgA ou IgM)
 - Syndrome de Good = thymome + déficit de l'immunité humorale + DDB
- Anomalies de la fonction ciliaire = dyskinésies ciliaires primitives: syndrome de Kartagener, syndrome de Young...
- Syndrome de Williams-Campbell: Réduction ou anomalie structurelle du cartilage des bronches
- Syndrome de Mounier-Kuhn: dilatation de la trachée et des bronches souches + polypose naso-sinusienne
- Syndrome de Marfan
- Maladies de système: PR ...

•2. Formes acquises : « localisées ou diffuses »

- Toute obstruction ou compression bronchique (adénopathie , inhalation d'un corps étranger)
- RGO
- Facteurs infectieux (50% des cas): coqueluche, M. pneumoniae, VRS, adénovirus, rougeole.....
- Aspergillose broncho-pulmonaire allergique (ABPA): DDB liées à des obstructions bronchiques par des bouchons muqueux mycéliens
- Inhalations toxiques: ammoniac ,oxydes de soufre

Evolution

- **Formes localisées:**
 - surinfections rares et bien tolérées
 - hémoptysies de petite abondance
- **Formes diffuses:**
 - surinfections répétées
 - suppurations pulmonaires
 - hémoptysie parfois cataclysmique
 - insuffisance respiratoire chronique

Traitement

- kiné respiratoire quotidienne précoce et assidu pour prévenir une surinfection
- Antibiothérapie adaptée à la surinfection
- Prévention des infections (vaccin, éradication des foyers dentaire et/ou ORL)
- Indication chirurgical (complication infectieuse /hémoptysie)
- Traitement de la cause quand elle est connue et curable.

Conclusion

- La DDB est une maladie fréquente mais sous diagnostiquée
- Les complications sont dominées par l' hémoptysie , les infections récurrentes et le passage vers l'IRC
- Son pronostic dépend de l'étendue des lésions , de la
- précocité de prise en charge et du terrain
- Vu le caractère évolutif et irréversible de la maladie , la
- prévention reste la pierre angulaire de la prise en charge