

## LA BRONCHITE CHRONIQUE

### **I- Généralités :**

- Très fréquente, volontiers négligées, évolution potentielle méconnue.
- 20% évoluent vers une IR et le reste dyspnée.
- Chaque année 1200 DC par BPCO.
- En France : 3 millions dont 1/3 présente des trbles ventilatoires obstructifs.
- 6ème rang des affections chroniques juste après l'asthme.
- Problème de santé publique.

### **I- Définition :**

Définition clinique (anamnestique)

La bronchite chronique "BC" est une affection très fréquente caractérisée par une hypersécrétion de mucus suffisante pour entraîner une toux ramenant des expectorations séro-muqueuses et/ou muco-purulentes survenant à n'importe quel moment de la journée, pendant au moins 3 mois consécutifs et pendant au moins 2 années successives.

Il s'agit aussi d'un déficit ventilatoire obstructif caractérisé par un rapport peu ou pas réversible.

### **II- Facteurs Etiologiques :**

#### **A- Les facteurs extrinsèques:**

- tabagisme actif ou passif (90 % des cas).
- La pollution professionnelle (inhalation de poussière, de vapeurs.), industrielle, atmosphérique, ménagère.
- Les conditions climatiques et météorologiques.

#### **B- Les facteurs intrinsèques:**

- Infections surtout virales (les viroses expliquent la BC chez l'enfant).
- Allergie et hyperréactivité bronchique.
- L'obésité.
- Prédisposition génétique (prématuré).
- Certains déficits immunitaires (surtout en IGA sécrétoires et en  $\alpha 1$  antitrypsine.)
- RGO

#### **C- autres facteurs :**

- Conditions socio-économiques défavorables.
- L'âge et le sexe (les hommes de plus de 50 ans.)

### **III- Anapath :**

Les Modifications histologiques au cours de la BC peuvent être :

- 1- hypertrophie des glandes séro-muqueuses le long de l'arbre tracheo-bronchiques .
- 2- modification des proportions des différentes cellules de l'épithélium avec hyperproduction du mucus responsable de l'obstruction des voies aériennes .
- 3- inflammation des voies aériennes avec tendance à l'atrophie et à la fibrose de celle-ci
- 4- infection du mucus n'est pas obligatoire (la purulence n'accompagne pas tjrs l'infection).

**IV- Diagnostic Clinique :**

Il s'agit le plus souvent d'un homme 40 – 50 ans qui vient consulter pour une toux chronique productive + dyspnée (peut être une femme ou un enfant).

**\* A l'interrogatoire on insiste sur :**

- la recherche d'éléments étiologiques suscités et signes d'hypoxie sévère (cyanose, hippocratismes digitaux).
- les caractéristiques de la toux, l'expectoration.
- la dyspnée et ses caractéristiques.

**\* L'examen clinique Recherche :**

- Malade obèse, bréviligne, cyanosé, thorax distendu, avec présence de signe de Hoover (↓ paradoxale du diamètre baso-thoracique), et signe de Combell (↓ de la distension du cartilage par rapport au sternum)
- Des râles ronflants. Parfois associés à des râles sibilants.
- Parfois aussi des signes de retentissement sur le cœur droit (galop droit, signes d'IT, signes d'HTAP, œdème des membres inférieurs).

**V- Diagnostic Paracliniques :****A- Radiographie du thorax standard:**

Elle est au début normale, mais à un stade évolué, on peut retrouver:

**1- Des signes de distension thoracique:**

- Horizontalisation des côtes
- Augmentation de l'espace intercostal
- Aplatissement de la coupole diaphragmatique

2- Des signes de destruction parenchymateuse : Une hyperclarté associée à une raréfaction de la vascularisation périphérique ⇒ installation de l'emphysème

3- Des signes bronchitiques : Une image de type aréolaire.

4- Des signes inflammatoires: Une image réticulo-micronodulaire.

5- Des signes cardiaques droits: Avec Une cardiomégalie (HTAP, dilatation, IVD,...)

**B- TDM:**

- Faire un inventaire lésionnel précoce et précis
- Dgc des Kc

**C- Endoscopie:**

- Elle n'est pas systématique
- Étendue de l'inflammation et confirmation
- Aspect et abondance des sécrétions (hémoptysie)
- Bx afin d'établir un dgc histologique (dysplasie : lésion pré-Kc)
- Dépister la BPCO
- Éliminer une éventuelle cause locale (corps étranger)

**D- Exploration fonctionnelle respiratoire:**

But : dgc, pronostic et thérapeutique

- Spirométrie classique : les débits et les volumes gazeux
- Courbe débit/volume : l'étude des débits respiratoires (dynamique) en fct des volumes (statique)
- Mesure des compliances pulmonaires (statique et dynamique)

- Mesure de la capacité de transfert de CO (DLCO↓)
- mesure des gaz du sang artériel au repos et à l'effort

E- Bilan biologique.

F- ECG.

### **VI- Evolution:**

Variable d'un sujet à l'autre, dépend du génotype

Evolue par stades, de la bronchite simple à la bronchite chronique avec troubles de l'hématose et parfois vers la mort (ne tient pas compte du facteur temps)

**A- Stade de Bronchite chronique catarrhale ou simple** (début): purement clinique, Absence d'anomalies respiratoires fonctionnelles, Tiffneau N, VEMS/CV >70% (normal)

### **B- Stade de Bronchite chronique avec troubles ventilatoires obstructifs:**

Cliniquement :

- Dyspnée d'effort
- Poussée de cyanose.
- Râles ronflants avec râles sibilants.

Radiologiquement :

- Signes de distension thoracique et/ou de destruction parenchymateuse.

EFR : Sd obstructif peu ou pas réversible

- VEMS bas, CV basse, Tiffneau bas <70, VR élevé, CPT normale, CRF↑↑↑, Elasticité pulmonaire conservée mais résistances augmentées.

En fct du VEMS on peut classer la BPCO en :

Stade 1 : BPCO légère pour un VEMS ≥ 80

Stade 2 : BPCO modérée pour un VEMS entre 50 et 80%.

Stade 3 : BPCO modérément sévère pour un VEMS entre 30 et 50%.

Stade 4 : BPCO sévère pour un VEMS < 30%.

**C- Stade de Bronchite chronique avec trouble de l'hématose insuffisance respiratoire:** Elle doit être impérativement corrigée. Sinon, elle sera à l'origine :

- en 1<sup>er</sup> temps : d'hypoxie qui reflète l'effet shunt
- en 2<sup>ème</sup> temps : d'hypercapnie (sévère si sup ou égale à 60mmHg) signe de gravité
- polyglobulie, d'HTAP, d'IVD et d'oligurie.

Le syndrome obstructif est aggravé avec CPT augmentée.

### **VII- Traitement :**

A- Traitement préventif:

- Dépistage des sujets à risque.
- Localisation et traitement des infections.
- Rechercher les causes
- Vaccination

B- Traitement médical:

1- Stade catarrhal:

- Kinésithérapie respiratoire.
- Antibiothérapie si infection.

**2- Stade obstructif:**

- Broncho-dilatateurs.
- Kinésithérapie respiratoire.
- Antibiothérapie si infection.
- Amaigrissement si obésité.
- Jamais d'antitussifs.

**3- Stade d'insuffisance respiratoire:**

- Oxygénothérapie ou ventilation assistée.
- Broncho-dilatateurs.
- Saignées si polyglobulie.
- anti inflammatoires (AIS=corticoïdes) : stade III
- Diurétiques et anticoagulants.

**VIII- dgc différentiel :**

- \*asthme.
- \*embolie.
- \*bronchite oblitérant.
- \*bronchiectasie : DDB.
- \*problème cardiaque : IVG, ICG  $\Rightarrow$  dyspnée.
- \*mucoviscidose.