

EMPHYSEME

Définition :

Augmentation de la taille des espaces aériens distaux au delà des bronchioles terminales, qui peut être par :

- Dilatation : emphysème Centro-lobulaire ECL
- Rupture des parois alvéolaires : emphysème pan-lobulaire EPL

Etiologies :

Commune : tabagisme

- ECL : pollution atmosphérique générale, professionnelle ou domestique
- EPL : idiopathique, déficit en α -1- anti trypsine (déséquilibre entre protéase et anti-protéase)

Etude clinique :

ECL	EPL
clinique	
<ul style="list-style-type: none"> - Sexe masculin - Age \geq 50 ans - Obésité « blue bloater » - ATCD : bronchite chronique - Toux + expectoration pluriquotidiennes a prédominance matinale - Dyspnée d'effort progressive avec ou sans signes cyanose - Signes d'ICD précoces - Distension et destruction du centre de l'acinus (bronchioles respiratoires) - Surinfection (rares) - Signes de distension thoracique : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Thorax en tonneau ▪ Cyphose dorsale ▪ Sternum et cotes saillants - Auscultation : râles ronflants par hypersécrétion bronchique ou bien sibilants par bronchconstriction. 	<ul style="list-style-type: none"> - - Age < 40 ans - Maigre, longiligne « pink puffer » - ATCD : (-) - - Dyspnée d'effort pure sans cyanose - ICD tardive - Distension et destruction de tt l'acinus (bronchioles, canaux alvéolaires, sacs alvéolaires) - Signes de distension thoracique - - ↓ du MV sans cyanose
Radio du thorax	
<ul style="list-style-type: none"> - Aplatissement des coupoles diaphragmatiques - Sd de distension thoracique : horizontalisation des cotes, espaces intercostales élargis, espaces retro cardiaque et retro sternal très ↑↑ 	
<ul style="list-style-type: none"> - Hyperclarté apicale localisée - Gros cœur : cardiomégalie - Gros hiles : A pulmonaire dilatée →HTAP 	<ul style="list-style-type: none"> - Hyperclarté diffuse - cœur petit : cœur en goutte - hiles normaux - bulles siégeant aux bases

TDM	
<ul style="list-style-type: none"> - Confirmation du dgc de l'EPL ou l'ECL associés ou isolés - Recherche les complications et les lésions associées surtt Kc 	
Profil fonctionnel	
EFR	
<ul style="list-style-type: none"> - Confirme le Sd de distension - Confirme le Sd ventilatoire : VEMS<10%, VR↑, CPT↑>120%, réversibilité par β2 adrénergiques faible « Dgc ≠ de l'asthme », et ↓ de la diffusion du CO 	
gazométrie	
<ul style="list-style-type: none"> - Hypoxémie précoce avec ou sans hypercapnie corrigée a l'effort + effet shunt (sang vers les alvéoles non ventilées) - Compliance N ou ↑ 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypoxémie tardive avec gaz longtemps normaux - Pas d'effet shunt - Desaturation s'aggravant a l'effort → pas de correction a l'effort - Compliance ↑
FNS	
<ul style="list-style-type: none"> - Polyglobulie - TLCO ↓ 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de polyglobulie - TLCO↓↓↓
Echocardio	
<ul style="list-style-type: none"> - HTAP précoce 	<ul style="list-style-type: none"> - HTAP tardive

Evolution :

Pas de guérison, cependant le sevrage tabagique peut arrêter la progression de la dégradation des Fx respiratoires

Complications :

Le plus souvent les surinfections bronchiques et pulmonaires (virales et bactériennes) répétées causent une exacerbation de la dégradation des Fx respiratoires et entraînant des complications a type de :

- Pneumothorax par rupture des bulles d'emphysème.
 - IRA.
 - Embolie pulmonaire.
 - IRC.
 - CPC.
 - Compression mediastinale par les bulles d'emphysèmes géantes.
 - Hémoptysie.
 - Risque de cancérisation (predisposition génétique).
- ⇒ Les surinfections bronchiques et pulmonaires sont à l'origine de BPCO.