



Les sténoses trachéales post-intubation

M. Ezzine, Z. Biaz, B. Amara, M. Elbiaze, MC. Benjelloun, Y.

Ouadnouni, M. Krombi, M. Smahi, M. Serraj.

Service de Pneumologie CHU Hassan II Fès

Introduction

Les sténoses trachéales post-intubation sont de diagnostic souvent tardif, d'autant plus que les signes cliniques ne sont pas forcément typiques. La fibroscopie bronchique reste l'examen clé pour le diagnostic. Leurs prise en charge doit être multidisciplinaire, associant les pneumologues, ORL, chirurgiens thoraciques et anesthésistes-réanimateurs.

Matériel et méthodes

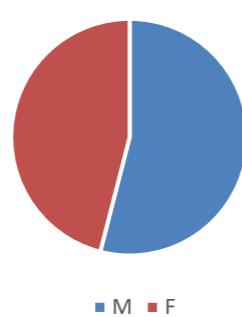
- Etude rétrospective
- 11 patients ayant une sténose trachéale post intubation.
- Période: entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2022.
- Service de pneumologie, CHU Hassan II FES.

Résultats

➤ Données épidémiologiques:

- L'âge moyen était 34 ans (17-66), avec une prédominance
- masculine de 54 % et un sex-ratio H/F=1.2.

Répartition des patients selon le sexe

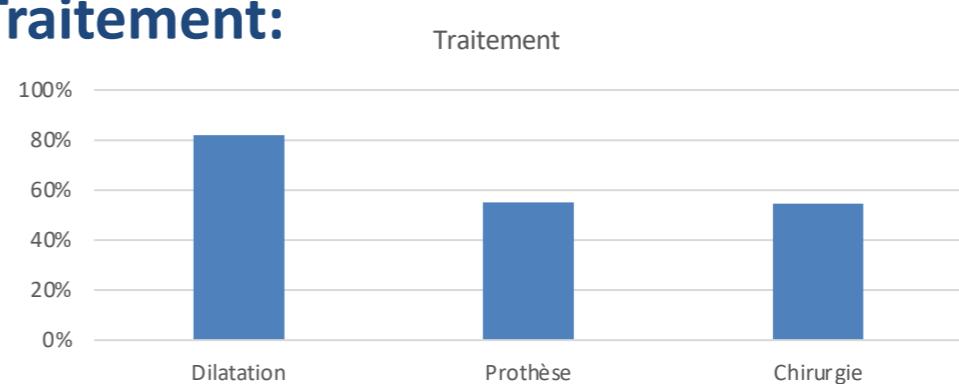


- Les principales causes motivant l'intubation étaient les polytraumatismes chez 45% des patients, la durée moyenne de la ventilation était de 17 jours.
- L'intervalle libre entre intubation et l'apparition des signes cliniques était de 1 mois et 18 jours en moyenne.
- La dyspnée représentait le principal signe révélateur chez plus de 90% des cas.

➤ Type de la sténose trachéale:

- La sténose était très serrée chez 55% des patients, elle était complexe chez 4 patients et circonférentielle chez 2 patients.
- La distance moyenne entre la sténose et les cordes vocales était de 3.4 cm et l'étendu était variable allant de 5mm à 30mm

➤ Traitement:



➤ Evolution

- les suites post-opératoires étaient favorable, 2 patients ont nécessité une dilatation après l'acte opératoire et
- un patient a développé des granulomes ayant bénéficié d'une résection endoscopique.

Discussion

- La fréquence des sténoses trachéales post-intubation varie selon les études de 10 à 22 %. Seulement 1 à 2% de ces sténoses sont sévères ou symptomatiques et se manifestent par un tableau de dyspnée inspiratoire ne cédant pas sous traitement corticoïde.
- Les explorations endoscopiques et radiologiques permettent d'étudier les caractéristiques des sténoses afin d'adapter une thérapeutique adéquate.
- Le traitement comporte un volet médical et un volet endoscopique (dilatation instrumentale, laser) permettant une perméabilisation de la filière trachéale. Le traitement de choix reste chirurgical. Il repose sur la résection-anastomose trachéale qui garantit des résultats satisfaisants et fiables à long terme

Conclusion

L'intubation reste la principale cause de la sténose trachéale bénigne. La fibroscopie bronchique est l'examen de référence. Le traitement endoscopique et chirurgical présente un grand défi pour le pneumologue, le chirurgien et l'anesthésiste. Le meilleur traitement est préventif surtout en milieu de réanimation.