

Dilatations des bronches associées à la broncho pneumopathie chronique obstructive : profil clinique et évolutif

Chraibi Z., Arfaoui H., Bamha H., Msika S., Bougteb N., El Khattabi W., Jabri H., Afif MH.

Service de pneumologie - Hôpital 20 Aout, CHU Ibn Rochd, Casablanca, Maroc

Résumé

L'association dilatations des bronches (DDB) et broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) a été proposée ces dernières années comme un nouveau phénotype potentiel de la BPCO en raison d'une présentation clinique et d'un pronostic différent. L'objectif de notre travail était d'étudier le profil clinique et les caractéristiques paracliniques des patients BPCO porteurs des DDB et de déterminer l'impact des DDB sur l'évolution de la maladie. Il s'agissait d'une étude rétrospective et comparative colligeant 94 patients suivis au service de pneumologie de l'hôpital 20 Aout de Casablanca pour DDB confirmée par scanner thoracique. Les patients ont été divisés en deux groupes : G1 : patients ayant une association DDB et BPCO (n=22) et G2 : patients atteints de DDB sans association avec la BPCO (n=74).

La moyenne d'âge était comparable entre les deux groupes (62 ans dans G1 et 54 ans dans G2). Une prédominance masculine était notée dans le G1 (95 % vs 29 %). Le tabagisme était plus fréquent chez les patients de G1 (100% vs 9 %) avec une consommation tabagique moyenne plus importante (50,4 PA vs 6 PA). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes concernant les antécédents cardiovasculaires et métaboliques. La symptomatologie était dominée par la dyspnée (50% vs 35 %) et la bronchorrhée (59 % vs 27 %). Les patients des deux groupes présentaient en moyenne deux exacerbations par an. Le profil bactériologique du G1 avait montré une fréquence plus importante du pneumocoque (18 %), de *Pseudomonas aeruginosa* (22 %). Le rapport VEMS/CVF était plus abaissé dans le G1. Soixante-treize pourcent des patients de G1 avaient une DDB diffuse contre 70,2 % de G2.

Introduction

L'association dilatations des bronches (DDB) et broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) a été proposée ces dernières années comme un nouveau phénotype potentiel de la BPCO en raison d'une présentation clinique et d'un pronostic différent.

Matériels et méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective et comparative colligeant 94 patients suivis au service de pneumologie de l'hôpital 20 Aout de Casablanca pour DDB confirmée par scanner thoracique. Les patients ont été divisés en deux groupes : G1 : patients ayant une association DDB et BPCO (n=22) et G2 : patients atteints de DDB sans association avec la BPCO (n=74).

Résultats

- **Moyenne d'âge :** G1: 62 ans - G2: 54 ans
- **Sexe:**
 - G1:** prédominance masculine (95%)
 - G2:** prédominance féminine (71%)
- **Tabagisme:**
 - G1:** 95%
 - G2:** 9 %
- **Symptomatologie:**
 - Dyspnée:** G1 (50%) - G2 (35%)
 - Bronchorrhée:** G1 (59%) - G2 (27%)
- **Nombre d'exacerbation:**
 - G1:** 2 exacerbation
 - G2:** 2 exacerbation
- **Profil bactériologique:**
 - G1:** pneumocoque (18%) - *pseudomonas aeruginosa* (22%)
- **Imagerie thoracique:**
 - G1:** 73% DDB diffuses

Discussion

La BPCO et les DDB sont deux affections du sujet âgé [1]. Dans une revue de la littérature, Martinez-Garcia a constaté que la moyenne d'âge des patients ayant l'association BPCO et DDB variait entre 62 ans et 73 ans [2]. En outre, dans la majorité des études, il ressort que les patients ayant l'association BPCO et DDB étaient plus âgés que les patients ayant seulement une BPCO [3]. Dans notre étude, les sujets porteurs de DDB (G1) avaient un âge légèrement plus avancé que ceux ayant seulement une BPCO. La moyenne d'âge était respectivement de 67,5 ans et de 64,3 ans, sans différence statistiquement significative. Concernant le sexe, vu le mode de recrutement dans le service, les patients inclus dans notre étude étaient tous de sexe masculin. Cela ne nous a pas permis de conclure quant à l'impact du sexe sur ce profil de patient. Néanmoins, dans la majorité des études, nous avons constaté que l'association BPCO et DDB était plus fréquente chez les sujets de sexe masculin [4]. Ce constat pourrait être expliqué par une intoxication tabagique plus importante chez la population masculine [5]. Le tabac principal facteur incriminé dans la BPCO pourrait aussi avoir un rôle clé dans le développement des dilatations des bronches chez les patients BPCO. En effet, en altérant les mécanismes de défense pulmonaire, il facilite l'installation des infections et favorise la persistance des germes dans les voies respiratoires, ce qui déclenche une cascade d'événements menant à l'altération progressive de la paroi bronchique et l'apparition des DDB.

Conclusion

L'association BPCO et DDB semble très fréquente mais demeure sous diagnostiquée et peu étudiée. Les patients BPCO et DDB pourraient ainsi représenter un phénotype distinct de la BPCO avec un pronostic plus réservé.

Références

- Suzanne Shurjd, Romain Pauwels. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Pulmonary Pharmacology & Therapeutics*. 2002 Aug;15(4):353-355. doi:10.1006/pupt.2002.0381. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] Sreekumar Pillai G, Dongliang Ge, Guohua Zhu, Xiangang Kong, Kevin V Shianna, Anna C Need, et al. A genome-wide association study in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): identification of two major susceptibility loci. *PLoS Genet*. 2009;5(3):e1000421. doi:10.1371/journal.pgen.1000421. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] Martinez-Garcia MA, Miravitles M. Bronchiectasis in COPD patients: more than a comorbidity? *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2017;12:1401-1411. doi:10.2147/IJOP.S13296. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar] Jovassad SA, Barker AF. Chronic obstructive pulmonary disease and bronchiectasis. *Curr Opin Pulm Med*. 2013;19(2):133-139. doi:10.1097/MCP.0b013e32835d8312. [DOI] [PubMed] [Google Scholar] Patel IS, Ioannis Vlahos, Tom Wilkinson MA, Simon Lloyd-Owen J, Gavin Donaldson C, Mark Wilks, et al. Bronchiectasis, exacerbation indices, and inflammation in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2004;170(4):400-407. doi:10.1164/rccm.200305-648OC. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]