

INTRODUCTION

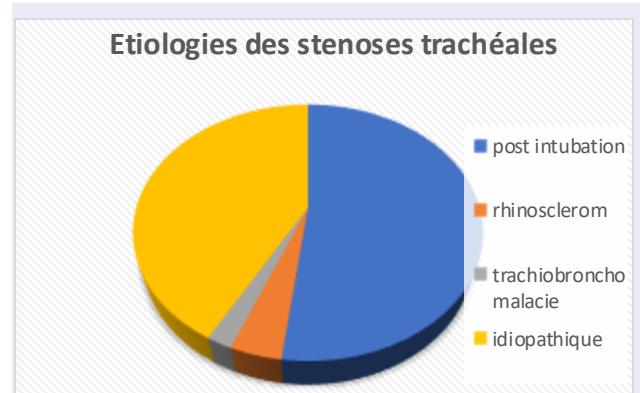
Les sténoses trachéales correspondent à une diminution du calibre de la trachée secondaire soit à une altération organique des parois par un phénomène inflammatoire, soit à une sténose par compression

les causes sont nombreuses, largement dominées par les sténoses trachéales post intubation. Sa prise en charge nécessite une équipe multidisciplinaire, certaines sont chirurgicales d'autres sténoses seront traitées par les techniques de dilatations avec sous sans mise en place de prothèse, le pneumologue doit assurer le diagnostic, le traitement et aussi le suivi de ses patients

RESULTATS

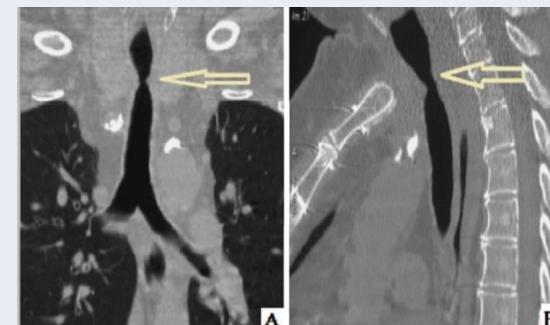
Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive sur dossiers de patients suivis au service de pneumo-phtisiologie CHU Hassan II Fès entre janvier 2013 et septembre 2024 pour sténoses trachéales bénignes

Cinquante patients ont été colligés, comprenant 29 femmes et 21 hommes. L'âge moyen était de 50 ans, avec des extrêmes allant de 2 à 80 ans. Les signes fonctionnels étaient dominés par la dyspnée inspiratoire (100 %) et la toux (70 %). Le délai moyen entre l'apparition des symptômes et le diagnostic était de deux ans. 14 % des patients de notre série avaient initialement été traités à tort pour asthme. La sténose trachéale post-intubation représente l'étiologie la plus fréquente, 52 % des cas.



La sténose trachéale secondaire à un rhinosclérose a été observée dans deux cas (4 %), un cas de trachéobronchopathie chondro-ostéopathique a également été rapporté. L'origine idiopathique a été retenue chez 42 % de nos patients après un bilan étiologique négatif.

La fibroscopie bronchique a été réalisée chez tous les patients, permettant de visualiser une sténose trachéale importante réduisant le calibre trachéal de plus de 50 % dans la majorité des cas.



Sténose trachéale post intubation sur reconstructions frontale (A) et sagittale(B)

Parmi les 50 patients, 39 ont bénéficié d'une dilatation au tube rigide, débutant par un petit calibre et augmentant progressivement. Une amélioration de la sténose a été observée dans 50 % des cas. Il est à noter que 22 patients ont dû avoir plusieurs séances de dilatation vu la persistance des symptômes. Quinze patients ont bénéficié d'une prothèse endotrachéale, compliquée de migration chez 5 d'entre eux.

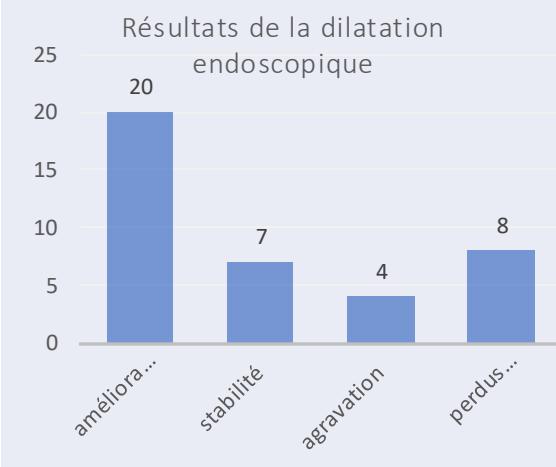


Vue endoscopique d'une sténose trachéale post intubation



Image endoscopique d'une prothèse trachéale

Dix patients ont été traité chirurgicalement avec réalisation d'une résection-anastomose trachéale dont un après échec de la dilatation avec bonne évolution. Les patients diagnostiqués avec un rhinosclérose trachéale ont été mis sous quinolones, avec amélioration de leur état.



CONCLUSION

La sténose trachéale est une pathologie de morbidité importante. Sa prise en charge implique le pneumologue initialement dans le bilan lésionnel pré-thérapeutique et secondairement dans le suivi clinique et le contrôle endoscopique.