

Bronchectasies chez le sujet jeune : quelles étiologies et quel parcours diagnostique ?

Sqalli Houssini Z., El Khattabi W., Bamha H., Msika S., Bougteb N., Arfaoui H., Jabri H., Afif Mly H.

Service des maladies respiratoires, Hôpital 20 Août 1953, CHU Ibn Rochd, Casablanca (Maroc)

INTRODUCTION

Les dilatations de bronches (DDB) sont définies par une augmentation permanente et irréversible du calibre des bronches. Les étiologies sont multiples et l'évolution est émaillée de complications

OBJECTIFS

Le but de notre travail est de décrire les caractéristiques cliniques, étiologiques et évolutives des DDB chez le sujet jeune (âge < 40 ans)

MATERIELS ET METHODES

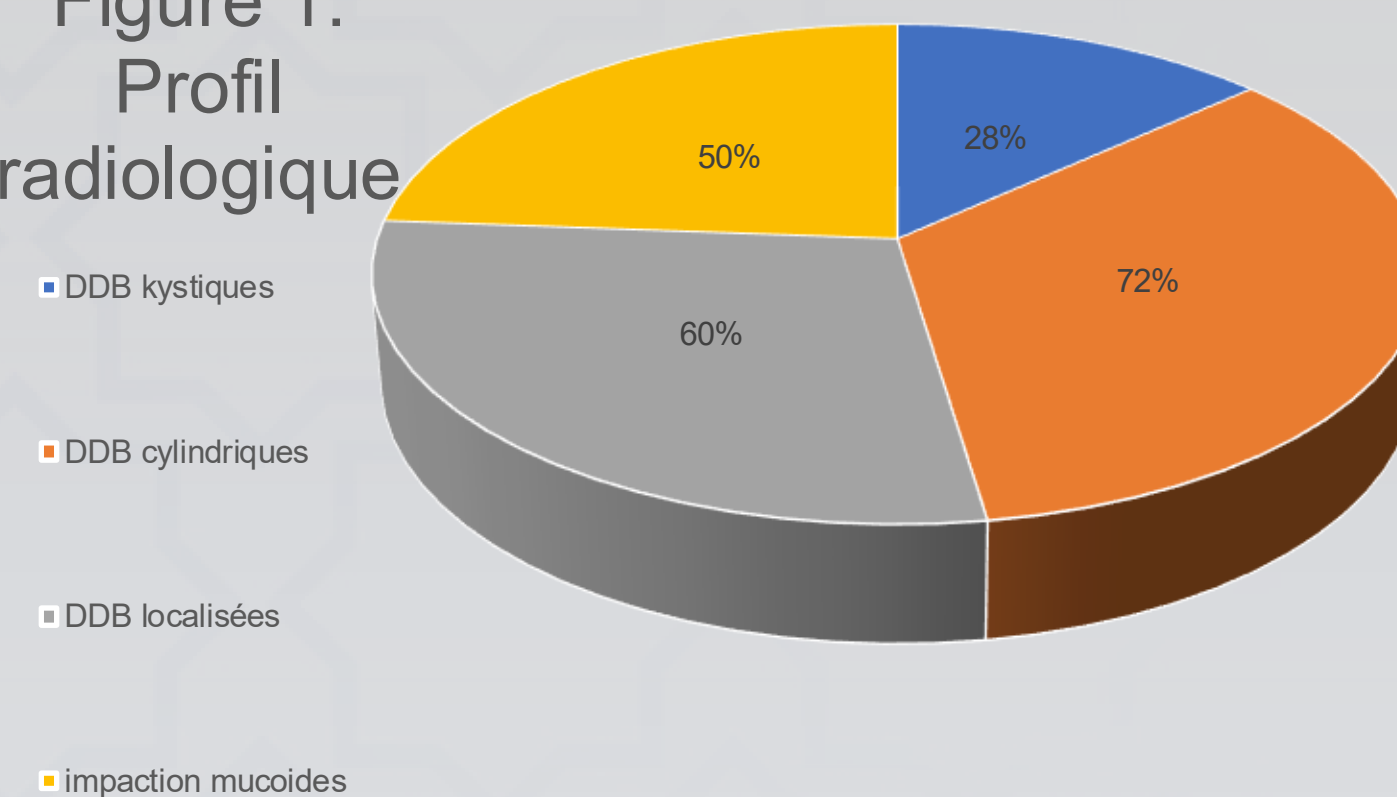
Étude rétrospective descriptive portant sur 25 dossiers de patients hospitalisés au service de pneumologie de l'hôpital 20 août 1953 sur une période de 5 ans (2021—2025)

RESULTATS

- **Moyenne d'âge:** 27 ans
- **Genre prédominant:** 10 hommes pour 15 femmes
- **Tableau clinique:**
 - syndrome bronchique purulent: 14 cas
 - Hémoptysie: 10 cas
- **Pathologies respiratoires associées:** 60 % des cas
 - BPCO: 4 cas
 - Asthme: 6 cas

- Rhinite allergique: 4 cas
- Pneumothorax: 1 cas
- **TDM Thoracique:**

Figure 1:
Profil
radiologique



- **Colonisation bactérienne:**
 - Pseudomonas: 8 cas
 - Klebsiella: 4 cas
- **Étiologies:**
 - Séquelles de tuberculose (36 %)
 - Mucoviscidose: 1 cas
 - Déficit en alpha 1 antitrypsine: 1cas
 - Détermination pulmonaire de polyarthrite rhumatoïde: un cas
- **Traitement des complications:**
 - Antibiothérapie: tous les cas
 - Embolisation systémique (1cas)
 - Chirurgie (2 cas),
- **Évolution:**
 - Bonne: 12 cas
 - Hospitalisation pour exacerbation :10 cas

DISCUSSION & CONCLUSION

Les bronchectasies chez le sujet jeune représentent une entité clinique particulière, souvent évocatrice d'une cause sous-jacente spécifique, justifiant une démarche diagnostique étiologique rigoureuse et systématique. Dans les pays à forte endémie tuberculeuse, les séquelles de tuberculose pulmonaire demeurent l'une des principales étiologies, expliquant la fréquence des formes localisées ou prédominant aux lobes supérieurs. Toutefois, la littérature insiste sur la nécessité de rechercher des causes congénitales, génétiques ou immunologiques, telles que la mucoviscidose, le déficit en alpha-1 antitrypsine ou certaines maladies systémiques, en particulier devant des formes précoces, bilatérales ou diffuses.

La tomodensitométrie thoracique constitue l'examen de référence pour confirmer le diagnostic, caractériser le type de bronchectasies et orienter l'enquête étiologique. La colonisation bactérienne chronique, notamment par Pseudomonas aeruginosa, est reconnue comme un facteur pronostique péjoratif, associée à une augmentation des exacerbations, des hospitalisations et à une altération plus rapide de la fonction respiratoire. Une prise en charge précoce, multidisciplinaire et individualisée, intégrant le traitement des exacerbations, la prévention des complications et le suivi à long terme, permet d'améliorer le pronostic et la qualité de vie chez le sujet jeune.

REFERENCES

1. Chalmers JD, et al. Bronchiectasis. Lancet. 2018.
2. Pasteur MC, et al. British Thoracic Society guideline for bronchiectasis. Thorax. 2010.
3. King PT. The pathophysiology of bronchiectasis. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis. 2009.
4. Ringshausen FC, et al. Bronchiectasis in young adults. Eur Respir J. 2013