



Dilatation des bronches et Déficit immunitaire à propos de 3 cas

H. Ziyadi ,G.SALHI,I.CHHEN, D.CHAHID ,A.ADDI,M.AHACHIME,B.DAHER ,N. Yassine,
Service de maladie respiratoire, HUI Cheikh Khalifa Université Mohammed IV des
sciences et de la santé



Introduction

Les bronchectasies constituent une cause fréquente de morbidité respiratoire chronique et sont souvent la conséquence d'infections respiratoires répétées. Parmi leurs étiologies, les déficits immunitaires, qu'ils soient primitifs ou acquis, restent encore sous-diagnostiqués, en particulier chez les patients jeunes ou présentant des exacerbations fréquentes. Leur identification est pourtant essentielle, car elle conditionne la prise en charge thérapeutique, le pronostic et la prévention des complications à long terme.

Matériel et méthode

But : l'intérêt du dépistage des déficits immunitaires chez les patients atteints de bronchectasies récidivantes afin d'optimiser la prise en charge et le pronostic

Étude descriptive de trois patients ayant bénéficié d'un bilan clinique, radiologique, microbiologique et immunologique.

A l'hôpital universitaire cheikh Khalifa

Résultats

Nous rapportons trois cas de patients présentant des bronchectasies (DDB) associées à un déficit immunitaire, d'âge moyen 44 ans dont deux hommes et une femme. Tous avaient des infections respiratoires récidivantes, avec 4 à 5 exacerbations/an nécessitant hospitalisations répétées. Les comorbidités incluaient asthme persistant, polyarthrite rhumatoïde, antécédent de tuberculose et anémie. Les symptômes dominants étaient dyspnée (stade II-III mMRC), toux productive avec expectorations purulentes ou verdâtres, et altération de l'état général (amaigrissement, asthénie, anorexie). L'ECBE a révélé une colonisation par *Pseudomonas aeruginosa* chez les deux patients de sexe masculin. Le bilan immunologique a révélé : déficit sélectif en IgG1 et IgG2 chez un patient, hypogammaglobulinémie globale chez un autre, et déficit partiel en IgG2 sous supplémentation pour le troisième

Résultats

Les autres paramètres immunitaires (IgA, IgM, IgE, sous-populations lymphocytaires) étaient globalement normaux ou légèrement bas. L'imagerie thoracique (TDM) a confirmé des DDB bilatérales avec impactions mucoïdes et accentuation de la trame broncho-vasculaire. La bronchoscopie a montré un état inflammatoire diffus, suppuration prédominante dans les lobes supérieurs et lingula, sans anomalies tumorales ni cellules suspectes. La prise en charge combinait antibiothérapie ciblée, kinésithérapie respiratoire, oxygénothérapie et substitution en immunoglobulines intraveineuses selon déficit. La vaccination anti-pneumococcique et antigrippale a été réalisée. L'évolution clinique a été favorable dans deux cas, avec réduction des expectorations et amélioration de la dyspnée.

Conclusion

Ces observations confirment le rôle majeur des déficits immunitaires dans la genèse et l'aggravation des bronchectasies. Le dépistage précoce d'un trouble immunitaire devant des infections respiratoires récidivantes permet une prise en charge ciblée, incluant la substitution en immunoglobulines et les mesures préventives, améliorant ainsi le contrôle des exacerbations et le pronostic fonctionnel respiratoire.