

Les bronchopneumopathies chroniques obstructives



Institutionnel

La grippe aviaire

Formation continue

Les endocardites infectieuses

Qu'en est-il au Maroc ?

- *Plus de 200 médicaments menacés de déremboursement*
- *Soupçons de trafic de nouveau-nés*

L'inflammation bronchique au cours de la BPCO

A. Aichane, B. Elbied, H. Sellal,
H. Afif, N. Trombati, Z. Bouayad
Service des maladies respiratoires
Hôpital 20 Août, CHU Ibn Rochd - Casablanca

La broncho-pneumopathie chronique obstructive est causée par une réaction inflammatoire anormale secondaire à l'inhalation chroniques de particules nocives et/ou des gaz, au 1^{er} rang figure la fumée de tabac⁽¹⁾.

La broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) se définit comme une maladie chronique, lentement progressive, caractérisée par une diminution non complètement réversible des débits aériens.

D'une façon restrictive, deux maladies entrent dans cette définition : la bronchite chronique et l'emphysème⁽¹⁻³⁾.

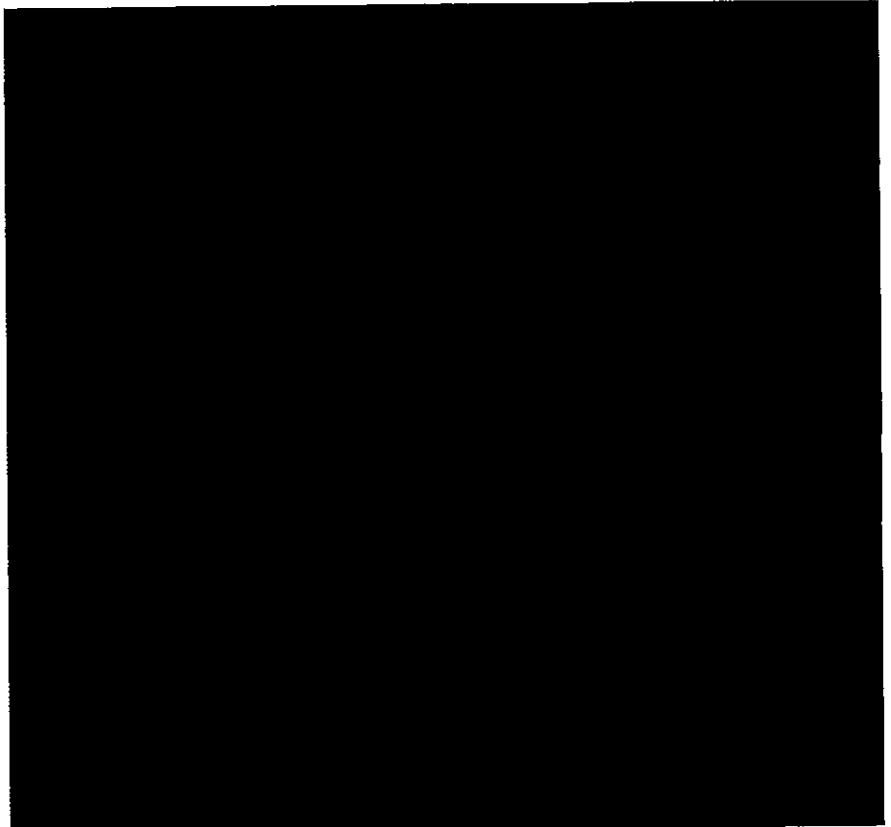
Anatomie-pathologie

L'obstruction bronchique peut être en grande partie expliquée par les anomalies structurales.

Anomalies structurales

Au niveau des grosses bronches, on observe au cours des BPCO une diminution et une altération des cellules ciliées, une hypertrophie des glandes séromuqueuses et une augmentation du nombre des cellules caliciformes. Il existe également des zones de métaplasie épidermoïde.

Plus en amont, l'atteinte des petites bronches cartilagineuses comporte une destruction de l'armature de soutien, des altérations fibreuses de la paroi et une hyperplasie caliciforme. Les modifications des bronchioles membraneuses de moins de 2 mm de diamètre jouent un rôle important dans le trouble ventilatoire obstructif. On note à ce niveau un œdème de la muqueuse, une métaplasie caliciforme avec bouchons muqueux, une hypertrophie musculaire lisse et des sténoses fibreuses. Ces modifications, associées à la perte des attaches alvéolaires du fait de la destruction emphyéma-



Alvéole pulmonaire en mauvais état : le poumon appartient à un fumeur dépendant. En vert, nous voyons les résidus toxiques (goudron et térébenthine) et en rouge, les cellules alvéolaires mortes des suites d'une intoxication trop importante par l'ammoniac de la cigarette.

teuse, entraînent une diminution de la lumière bronchique.

Trois types d'emphysème peuvent être distingués ; l'emphysème centro-acinaire, l'emphysème pan-acinaire et l'emphysème acinaire distal ou emphysème para-septal.

• Le premier débute au niveau des bronchioles respiratoires et s'étend vers la distalité. Habituellement associé à un tabagisme de longue durée, il prédomine à la partie supérieure des poumons. C'est l'obstruction bronchiolaire distale qui est à l'origine d'un trappage expiratoire de l'air, entraînant secondairement une compression des petites voies aériennes.

• Le second atteint uniformément l'alvéole dans son ensemble et prédo-

mine à la partie inférieure des poumons. C'est ce type que l'on observe habituellement lors du déficit homozygote en alpha 1-antitrypsine.

• Le troisième, enfin, entraîne une atteinte localisée près des septa fibreux et de la plèvre. Dans cette forme, le débit aérien est souvent conservé, mais la formation de bulles géantes peut provoquer la compression d'un poumon relativement sain^(4,5).

Mécanismes de l'obstruction bronchique

Les modifications des glandes des grosses voies aériennes ont peu d'effet sur la ventilation. Ce sont les modifications des petites voies aériennes qui