

**Mr MOHAMED D ....75 ANS m'a consultée le 03/01/2012  
pour « Exacerbation DYSPNEISANTE » chez un Cardiaque**

**EXAMEN PHYSIQUE** : TA: 10/9- RC : 92 /min .Sat: 95 % . –  
Mv diminuée a droite –Note de Stridor



**RX THORAX** :

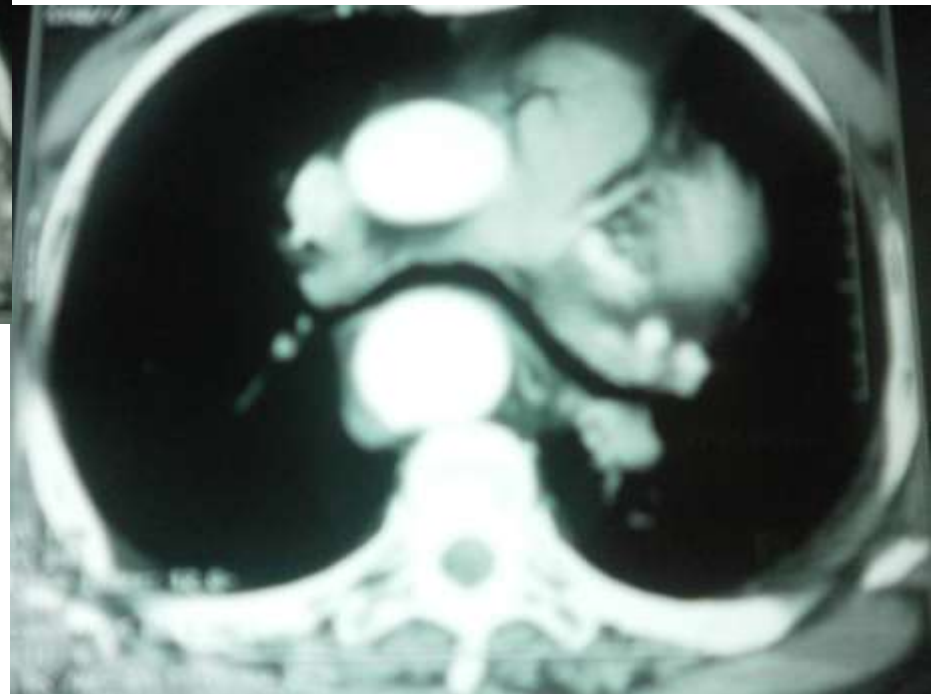
ASCENSION COUPOLE DROITE(Profil)bouton aortique droit-Trachée scoliotique rétrécit

## Scanner thoracique:

LA crosse de l'aorte thoracique siège à droite de la trachée .



Rétrécissement régulier de la lumière trachéale et des bronches proximaux qui sont calcifiées par endroit (TACHEOBRONCHMALACIE)



Suspicion d'une artère sous Clavière gauche rétro-oesophagienne



**La trachéobronchomalacie** se traduit par une faiblesse de la paroi de la trachée et des bronches, due à un ramollissement ou à une destruction du cartilage de support et/ou à une dégénérescence et une atrophie des fibres élastiques de la paroi postérieure, qui se collabent exagérément à l'expiration en entraînant une réduction d'au moins 50 % du diamètre transverse des voies aériennes (1, 2).

**Le scanner** est idéal pour une visualisation non invasive, en particulier avec des images prises avec un scanner multidétecteur. Il permet de mesurer le calibre bronchique à différents temps du cycle respiratoire et de créer des reconstructions en trois dimensions. (3, 4).

**Calcul du pourcentage de collapsus des voies aériennes centrales:**

Surface à la fin de l'inspiration  
(*area at the end of inspiration* [AEI])

Moins

Surface expiratoire dynamique  
(*dynamic expiratory area* (DEA))

Surface expiratoire dynamique,  
(*dynamic expiratory area* (DEA))

X 100

On considère une malacie si le pourcentage est supérieur à 50 %

(1) Carden K.A *Chest* 2005 ; 127 : 984-1005

(2) Murgu S.D., Colt H.G. *Respirology* 2006 ; 11 : 388-406

(3) Majid A *Chest* 2008 ; 134 : 801-807

(4) Zhang J *Acad Radiol* 2003 ; 10 : 719-724

**La trachéobronchomalacie** peut être localisée ou diffuse(1). D'un point de vue morphologique, on distingue le collapsus coronal des parois latérales de la trachée (trachée en fourreau de sabre), le collapsus antéropostérieur, entraînant une forme en croissant de la trachée, ou bien un collapsus concentrique de la trachée. D'un point de vue étiologique, on distingue la trachéobronchomalacie **congénitale** ( trachéobronchomégalie, ou syndrome de Mounier-Kuhn)et les trachéobronchomalacies **aquises**.

**La trachéobronchomalacie peuvent être secondaire a :**

- \* Une ventilation mécanique au long cours( par tubes endotrachéaux et/ou la réalisation d'une trachéotomie)
- \* Traumatisme avec fractures trachéales, comme celles causées par les ceintures de sécurité (1)
- \* Conséquence de lobectomies (surtout du lobe supérieur droit sur le segment au-dessus de la suture (2)
- \* Associée a une inflammation chronique telsque la polychondrite atrophiante
- \* Associée a une BPCO chez 57 % des patients. Collapsus dynamique à l'expiration dépasse30 % (2)
- \* Par compression extrinsèque par les tumeurs médiastinales ;les goitre intrathoracique et les pathologie de l'aorte].

### **Pathologie de l'aorte thoracique entrainant une trachéobronchomalacie .**

-Anévrisme de l'aorte thoracique(1)

-Anomalies des arcs aortiques qui peuvent s'observer chez l'adulte (3):

Classification des anomalies des arcs aortiques basée sur la configuration de la crosse aortique : 1) double arc aortique ; 2) arc aortique droit ; 3) arc aortique gauche avec anomalie d'origine et 4) interruption de l'arc aortique.Les anomalies des troncs supra-aortiques peuvent être associéé .( Une artère sous-clavière droite rétro-oesophagienne..

(1)Carden K.A *Chest* 2005 ; 127 : 984-1005\*

( 9)Kandaswamy C., *Curr Opin Pulm Med* 2009 ; 15 : 113-119 .

(3)G.K Atkin *Annales De Chirurgie Vasculaire* 01/2007; 21(4):140-150. 3