

Les atélectasies

Dr.S.CHAIBI

Faculté de médecine
Service de pneumo-phtisiologie
Année universitaire 2019-2020

Plan du cours

- Définition
- Intérêt de la question
- Physiopathologie
- Anatomopathologie
- Diagnostic positif
- Diagnostic étiologique
- Diagnostic différentiel
- TRT

Définition:

- Elle Correspond à une condensation pulmonaire rétractile caractérisée par une absence d'expansion alvéolaire entraînant une réduction du volume de tout ou d'une partie du poumon.
- L'atélectasie peut ainsi intéresser un segment, un lobe voir tout un poumon, Il y a alors une absence de ventilation dans la zone pulmonaire concernée.
- Elle est le plus souvent liée à une obstruction bronchique.

Intérêt de la question:

C'est une affection fréquente en pneumologie.

Les étiologies sont nombreuses dominées par la pathologie néoplasique.

La découverte d'une atélectasie impose une recherche étiologique rigoureuse dont dépendra l'attitude thérapeutique

Physiopathologie

L'atélectasie obstructive est la plus fréquente

- L'obstruction bronchique quelque soit son origine entraine une suppression de la communication entre les alvéoles et la trachée et par conséquent une résorption progressive de l'air alvéolaire .
- Il s'ensuit un affaissement des alvéoles et une réduction du volume du parenchyme pulmonaire.
- Mais cela nécessite pour se produire:
 - Une altération concomitante de la ventilation collatérale assurée par les pores de Kohn et les canaux de Lambert
 - Un temps nécessaire pour la résorption du gaz alvéolaire allant de 18 à 24 H.

L'atélectasie non obstructive:

due généralement à des compressions bronchiques extrinsèques de causes diverses:

parenchymateuses

pleurales

vasculaires

Anatomopathologie

Macroscopie:

le territoire rétracté est dense, ferme, sombre, bleu violacé.

B) Microscopie:

L'atélectasie évolue en 3 stades:

- 1- stade I initial réversible

A ce stade il y a un affaissement des alvéoles et une dilatation vasculaire ce qui va entraîner un envahissement de l'alvéole par un exsudat lymphoïde.

- 2- stade II Dégénérescence alvéolaire: à ce stade, les cloisons alvéolaires s'épaississent et les septa inter alvéolaires se sclérosent.

- 3- stade III: organisation conjonctive du revêtement du territoire atélectasié.

Diagnostic positif

1- L'interrogatoire qui recherche

- Les ATCD pulmonaires: TBC, DDB, Kc, encombrement bronchique
- Les ATCD extra-respiratoires: maladies neuromusculaires
- Notion de traumatisme thoracique
- Inhalation de corps étranger
- Contexte postopératoire

2-l'examen clinique:

A) Les signes fonctionnels: à type de

- Point de côté thoracique unilatéral
- Dyspnée à type de polypnée
- Parfois cyanose avec des signes de lutte (tirage inter-costal)
- Si l'atélectasie est d'installation aiguë on peut retrouver la sensation d'angoisse, d'agitation avec des sueurs.
- **NB**: L'importance des signes fonctionnels est en rapport avec le volume du territoire atélectasié.

B) Les signes physiques:

- On retrouve des signes de condensation et de rétraction
- Les signes de condensation sont:
 - Matité franche
 - Persistance des vibrations vocales
 - Abolition du murmure vésiculaire
- Les signes de rétraction sont:
 - Rétraction de l'hémithorax atteint
 - Pincement des espaces intercostaux
 - Déplacement de la pointe du cœur

3-la Radiographie standard : Objective

- les signes directs qui sont en rapport avec la condensation parenchymateuse
- Les signes indirects qui sont en rapport avec les phénomènes de **rétraction**

signes directs:

C'est une opacité dense homogène **systematisée rétractile** avec effacement de la trame broncho vasculaire (sans bronchogramme aérique).

Signes indirects:

- Déformation des scissures qui bordent le territoire rétracté
- Surélévation de l'hémi-coupole diaphragmatique du côté pathologique
- Déplacement des opacités hilaires vers le côté atelectasié
- Pincement costal (signe tardif)
- Hyperclarté par distension compensatrice du territoire pulmonaire qui reste ventilé
- Déplacement du médiastin vers le coté atteint
- Hernie médiastinale antérieure du poumon opposé

Atélectasie totale du poumon gauche

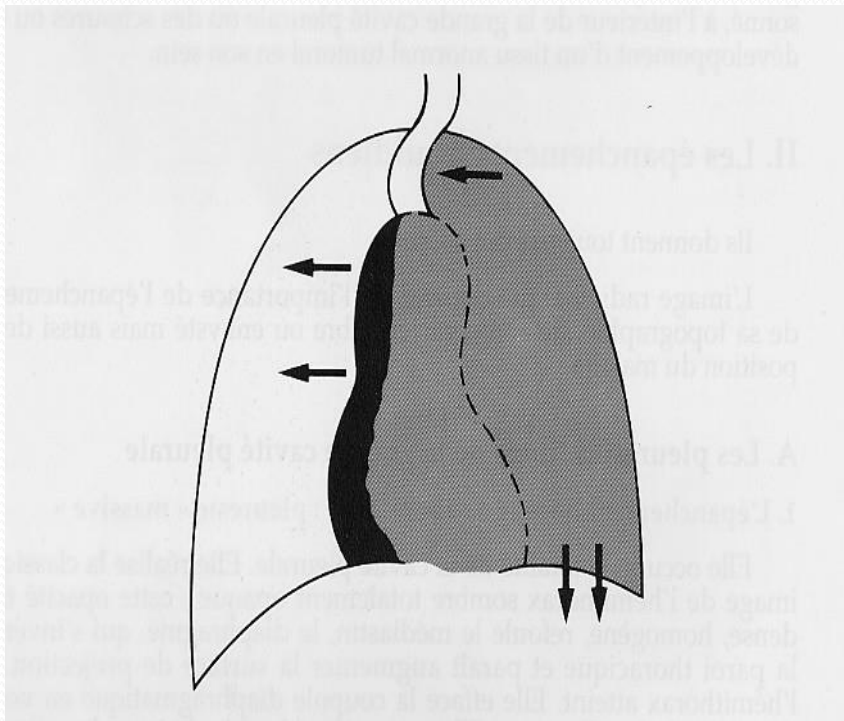


Atélectasie totale du poumon droit

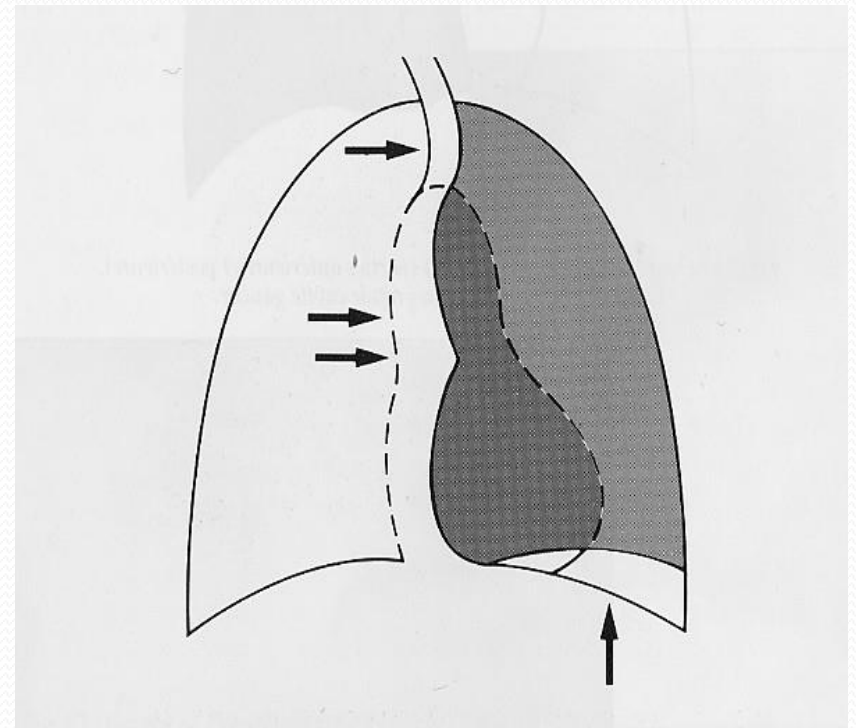


Comparaison entre une atélectasie totale du poumon gauche et une pleurésie abondante de la grande cavité gauche.

Dans l'atélectasie il y a attraction du médiastin, dans la pleurésie il y a refoulement controlatéral de celui-ci

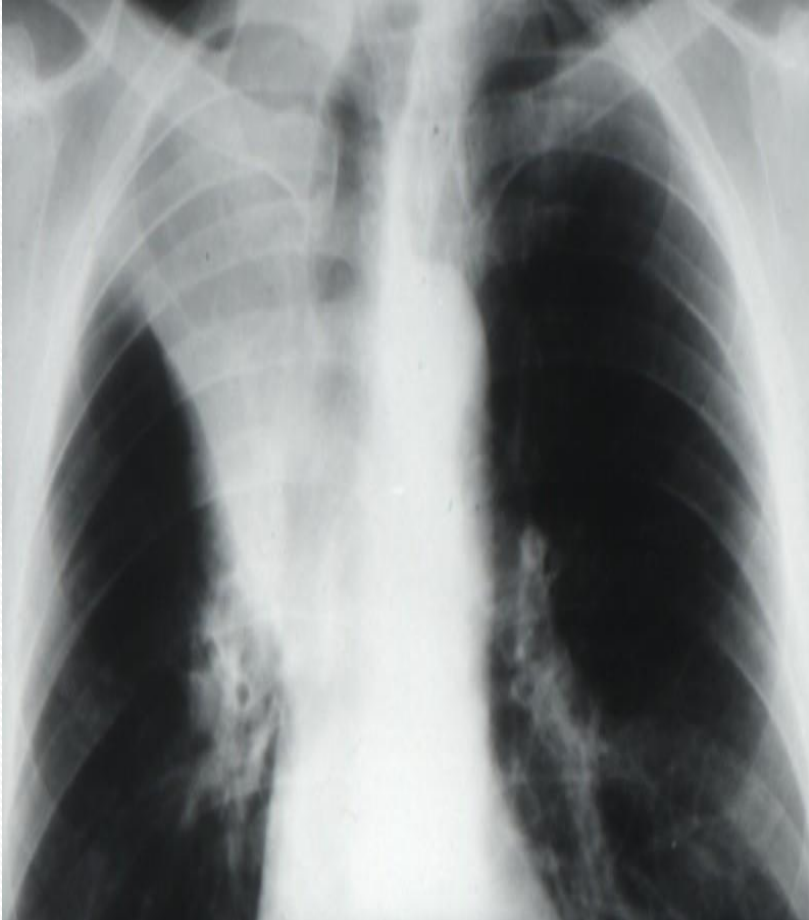


Epanchement pleural



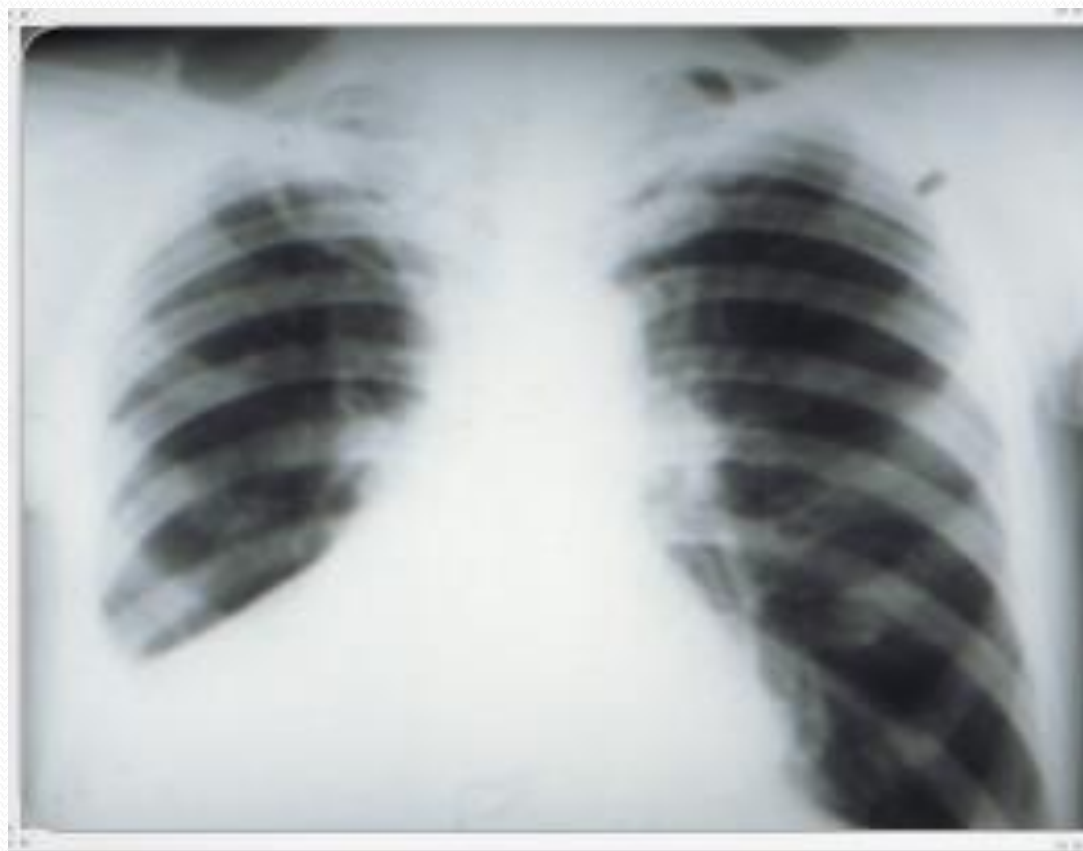
Atélectasie

Atélectasie typique du lobe supérieur droit qui se referme comme **un éventail**



Notez ici, le comblement du cul-de-sac costo-diaphragmatique droit qui est spécifique de l'atélectasie d'un lobe inférieur (signe du rideau)

En cas d'atélectasie du lobe moyen, le cul-de-sac reste visible



Atélectasie du lobe supérieur gauche

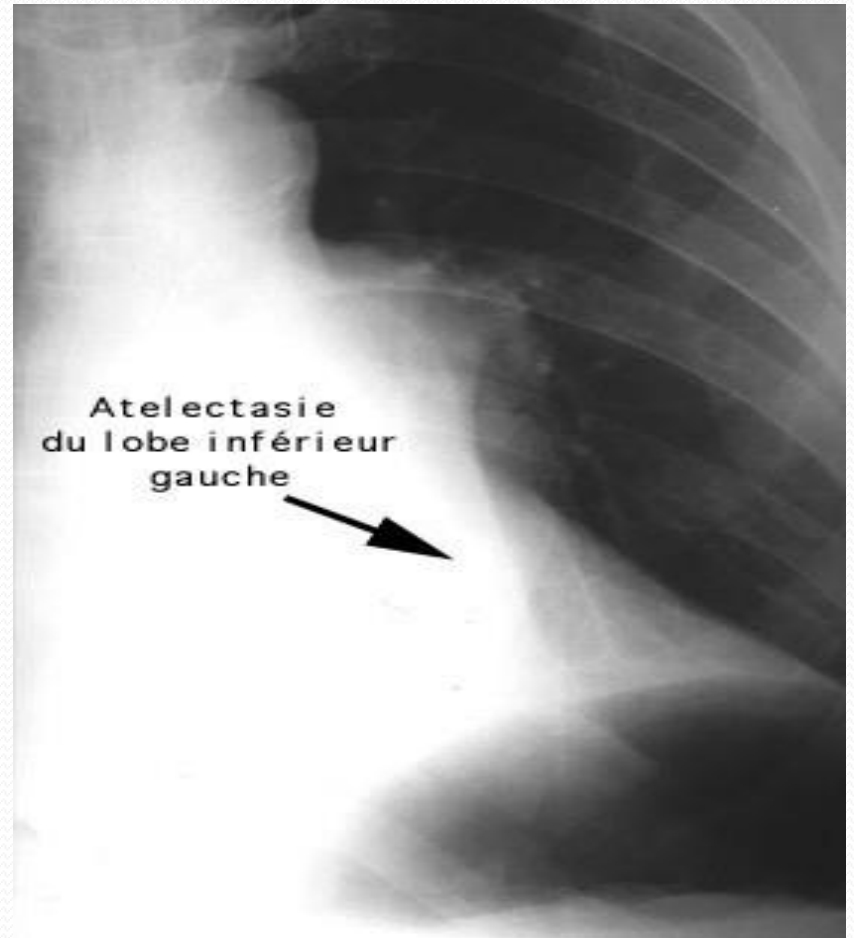
Notez sur la face le déplacement vers la gauche de la clarté trachéale et la verticalisation de la grande scissure sur le profil



Atélectasie du lobe inférieur gauche

Opacité dense, homogène, à bord externe rectiligne et oblique, ne silhouettant pas le coeur, plaquée contre la colonne vertébrale.

L'opacité de la pointe du coeur déborde en dehors de l'atélectasie



Autres examens complémentaires

TDM thoracique:

- Elle permet de mieux explorer le territoire atelectasié
- Elle précise parfois l'origine de l'obstruction surtout néoplasique
- Elle objective parfois des anomalies associées.

La fibroscopie bronchique:

- Permet de voir la cause de l'obstruction et de faire les prélèvements nécessaires (biopsie bronchique)
- Parfois elle permet la désobstruction (fibroscope rigide)

Gazométrie:

- Permet d'évaluer le retentissement fonctionnel de l'atélectasie qui génère une modification importante du rapport VA/Q (shunt intra pulmonaire)
- Ce retentissement (hypoxémie) sera dépendant de l'importance de la zone atélectasiée.
- Trouve son indication devant des atélectasies étendues d'installation aiguë

Diagnostic étiologique:

- On distingue plusieurs mécanismes étiologiques:

Atélectasie par obstruction:

- L'obstacle peut être unique ou multiple dans une bronche principale ou dans une bronche de petit calibre
- Cette obstruction est le plus souvent d'origine néoplasique maligne
- Parfois il s'agit de granulomes inflammatoires bénins
- L'obstruction par un corps étranger reste l'apanage de l'enfant

Atélectasie passive:

Par compression extrinsèque soit d'origine:

- pleurale: pleurésie de grande abondance ou PNO compressif
- médiastinale: par des tumeurs ou des adénopathies
- vasculaire: comme un anévrysme de l'aorte
- parenchymateuse: tumeur exo-bronchique

Atélectasie cicatricielle:

Au cours de la fibrose pulmonaire, il existe une diminution de la compliance parenchymateuse avec une rétraction pulmonaire fibreuse cicatricielle et des sténoses bronchiques distales responsables d'atélectasies focales ou diffuses

Atélectasie par perte du surfactant:

- Est appelée atélectasie **adhésive**
- La perte du surfactant entraîne un collapsus des alvéoles alors que les voies aériennes restent perméables
- l'étiologie principale est le SDRA et la maladie des membranes hyalines chez l'enfant.

Atélectasie par enroulement

- Appelée aussi atélectasie ronde
- C'est un collapsus de type particulier
- Suite à des phénomènes de remaniements inflammatoires, la plèvre devient fibreuse, elle perd sa surface, le poumon en regard s'atélectasie, puis s'enroule sur lui-même en créant une masse dont le diamètre peut aller de 2 à 7 cm

- Ces mécanismes entraînent soit des formes aiguës soit des formes chroniques

Atélectasies aiguës:

- Atélectasie par corps étranger
- Atélectasie post-hémoptoïque
- Atélectasie post-opératoire par bouchon muqueux
- Atélectasie post-traumatique
- Atélectasie en rapport avec un PNO
- Atélectasie neurogène

Atélectasies chroniques:

- Pneumonectomie, lobectomie ou agénésie pulmonaire
- Atélectasie secondaire à un cancer bronchique
- Atélectasie secondaire à une tumeur bénigne
- Atélectasie due à une tumeur médiastinale
- Atélectasie et DDB (bronchocèle et impaction mucoïde)

Diagnostic différentiel

Opacités systématisées non rétractiles

- Pneumonie infectieuse (PFLA)
- Infarctus pulmonaire
- Epanchement enkysté inter lobaire

Opacités rétractiles et non systématisées

- Fibrose pulmonaire
- Séquelles de tuberculose

Opacités massives non systématisées et non rétractiles

- Pleurésie de grande abondance
- KHP géant

Traitement:

- Le traitement de l'atélectasie est dominé par celui de l'étiologie

Atélectasie aiguë

Broncho-aspiration

ATB et fluidifiants bronchiques

Kinésithérapie respiratoire surtout **péri-opératoire**

Extraction d'un corps étranger

Atélectasie chronique

TRT antituberculeux précoce (primo-infection et tuberculose pulmonaire commune)

Cure chirurgicale des tumeurs bénignes et malignes