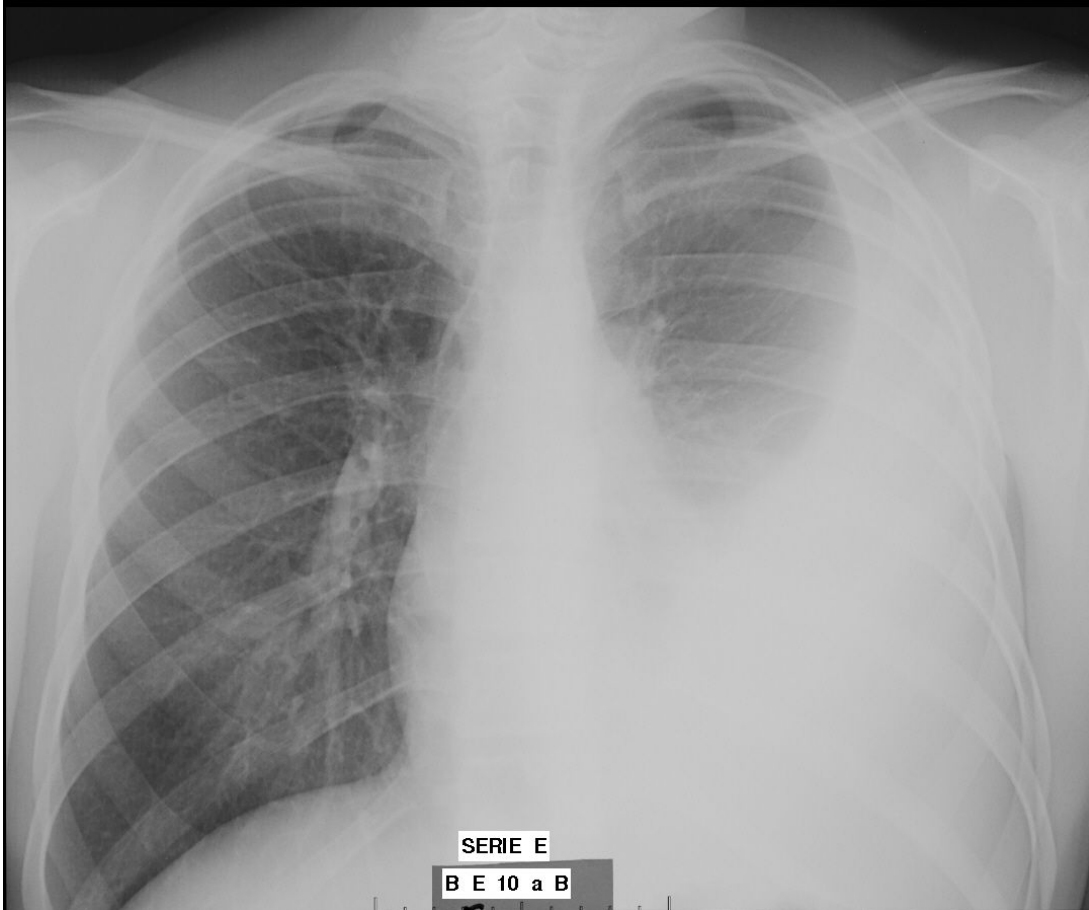


RADIO PULMONAIRE : REVISION

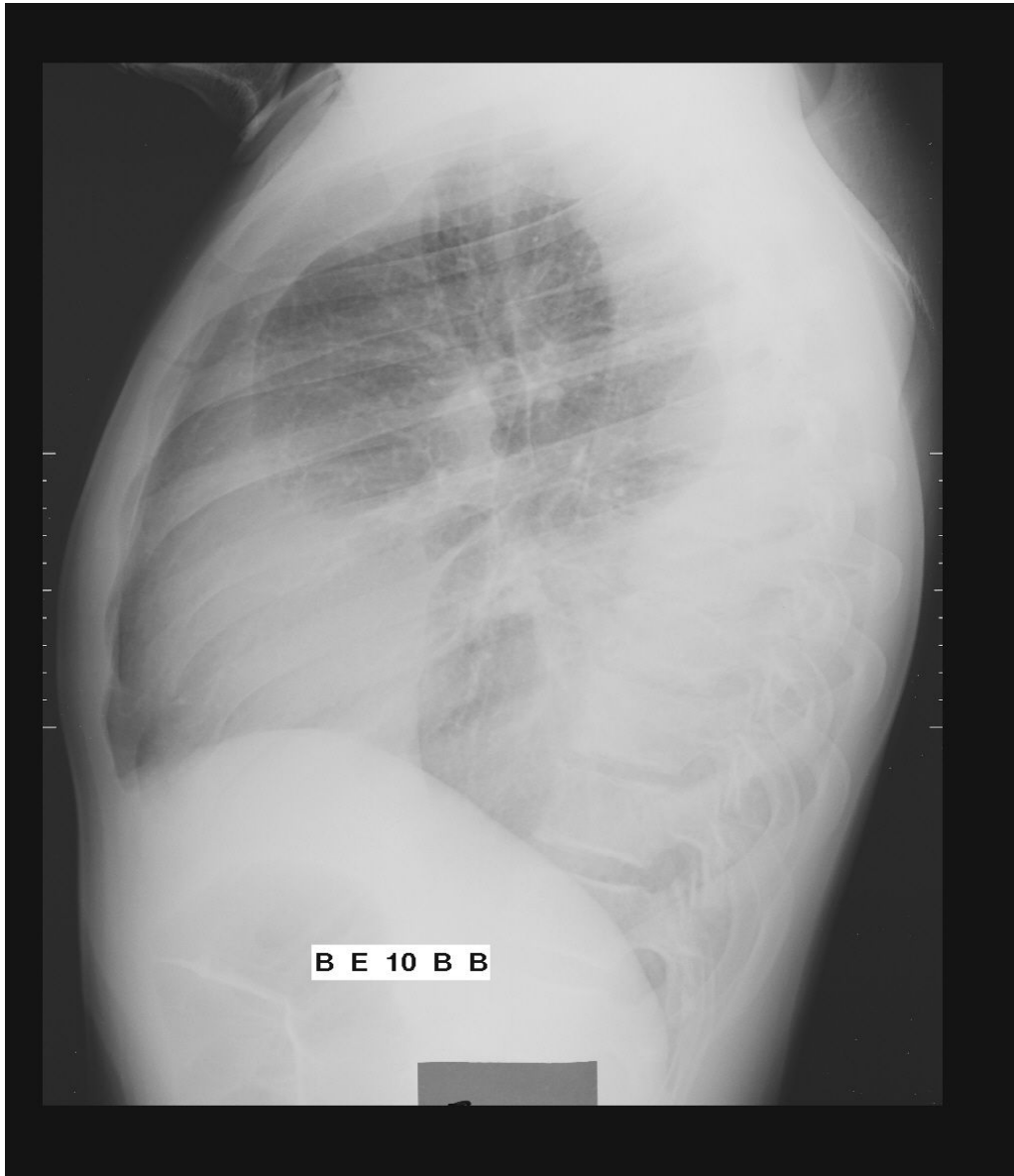
- 1) face
 - Patient jeune, essoufflé et fébrile depuis une semaine avec un point de coté G.
 - Regardez en particulier, la région rétro-sternale sur le cliché de profil



- Bord G du cœur effacé, coupole diaph effacée
 - Epanchement pleural de la grande cavité, qui remonte dans le creux axillaire jusqu'au sommet (**Sy pleural**)
 - Ses limites sont à la fois
 - Nettes : loi des tangentes : bord net seulement là où le rayon incident est tangent au bord
 - Floues : l'épanchement va jusqu'au sommet
- épanchement de moyenne abondance (1,5L)
- Bord D du cœur
 - A. pulm
 - Paroi trachéale

2) profil -

- Il s'agit ici d'un épanchement pleural de moyenne abondance typique : opacité homogène de la base gauche effaçant complètement la coupole diaphragmatique, remontant sur les cotés, (ant, post, int, ext.) pour entourer et comprimer le poumon. Regardez sur le profil la façon dont l'épanchement remonte derrière le sternum, créant un interface avec le poumon. Il remonte également en arrière.



- Coupole diaph D car visible sur tout son trajet
- La coup G est effacée par un épanchement qui remonte devant le manubrium sternal et redescend le long du rachis (**Sy pleural**)
- La ligne nette vue en haut est l'omoplate
- Trachée, projection de l'A pulm, ombre cardiaque
- Le foie est sous la coupole droite

3) face, avec un poum D plus noir



Malade hospitalisé pour altération de l'état général

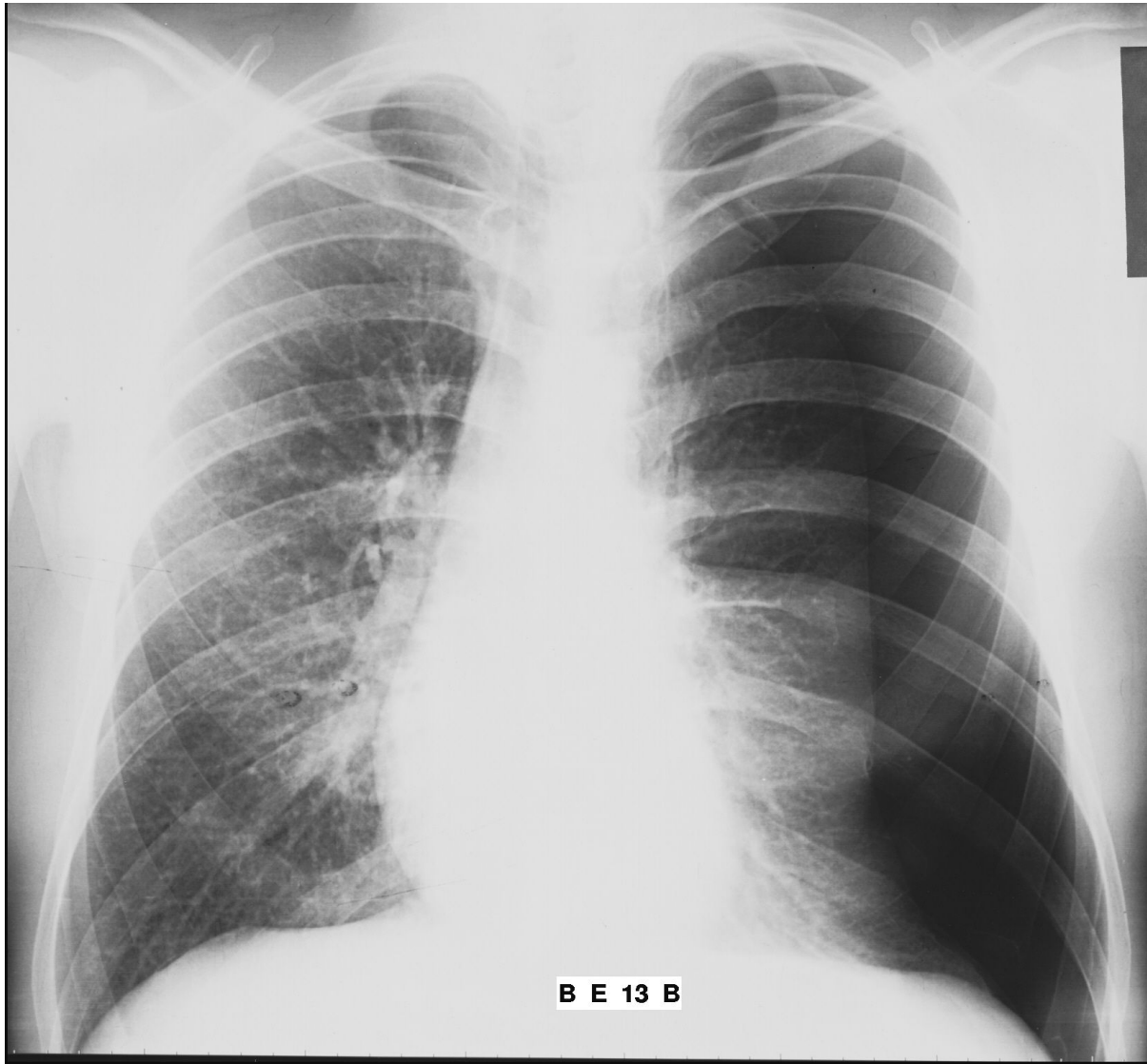
- Ce cliché est pris en position couchée. Notez d'abord la position des bras et les omoplates qui se superposent complètement au champ pulmonaire. Notez aussi la superposition des parties molles des bras et des seins, à gauche en particulier. La transparence du champ pulmonaire gauche est diminuée de façon homogène par rapport à la droite, parce que l'épanchement pleural, qui est ici évident, comble le cul de sac gauche. On le voit également au sommet gauche ; cet épanchement est étalé dans toute la région postérieure du poumon et c'est lui qui entraîne cette diminution homogène de la transparence.

Ceci est une autre raison pour dire que cette radiographie est effectuée en décubitus dorsal.

- L'image en grain de plomb est simplement l'indicateur d'un cathéter dont vous pouvez vous amuser à suivre le trajet par voie sous-clavière dans la veine-cave supérieure.

- Asymétrie des champs pulmonaires : le D est bien plus transparent, les vaisseaux sont donc moins visibles et donc le p D est moins bien ventilé. Le gauche est normalement ventilé
- Comblement des culs de sac costo-diaphragmatiques : épanchement pleural bilatéral (**Sy pleural**)

- Mais surtout on doit noter que le cliché est pris Couché, cf :
 - Position des omoplates
 - Epanchement pleural au SOMMET du poumon
- 4) face , G plus noir



Ce jeune homme de 25 ans a présenté quelques heures auparavant une douleur thoracique gauche en coup de poignard. Déjà cliniquement, vous n'avez aucun mal à faire le diagnostic de pneumothorax. Ce que je vous demande, c'est de retrouver, sur ce cliché, les signes du pneumothorax. .

Réponse

Pas de problème, vous avez retrouvé ici sans aucune difficulté tous les signes du pneumothorax gauche. A savoir, le signe le plus important qui est la disparition complète de la vascularisation pulmonaire en périphérie, ensuite la limite externe du poumon rétracté qui est visible comme une véritable ligne c'est-à-dire avec de l'air à l'extérieur et de l'air intra-pulmonaire de l'autre côté. D'autre part, ce pneumothorax est suffisamment important pour avoir refoulé le coeur et le médiastin du côté droit et enfin à cause de la compression sur le poumon gauche,

il existe une hypervascularisation compensatrice dans le poumon droit.

- **PNO** (pneumothorax) : disparition de la vascularisation pulmonaire en dh d'une LIGNE représentant la plèvre ; **le p est rétracté**.
- **Le mediastin est refoulé** : cela s'observe pour un PNO à partir d'un certain volume.
- Chez le sujet jeune, un PNO peut être totalement invisible en inspiration
 - **DONC** si la clinique correspond mais un cliché inspiratoire n'objective rien => demander un cliché EXPIRATOIRE.

NB : indications des clichés expiratoires

1. PNO du sujet jeune inspi négatif
2. étude de la mobilité des coupes diaph
3. recherche d'une distension aérienne
 - (« emphysème pulmonaire », terme anapath à l'origine, que Coussement juge inadapté) : ici l'air peut entrer mais non ressortir, la distension se voit donc en expiration.
 - Corps étranger (enfant +++)

On voit l'artère pulmonaire droite.

5) face

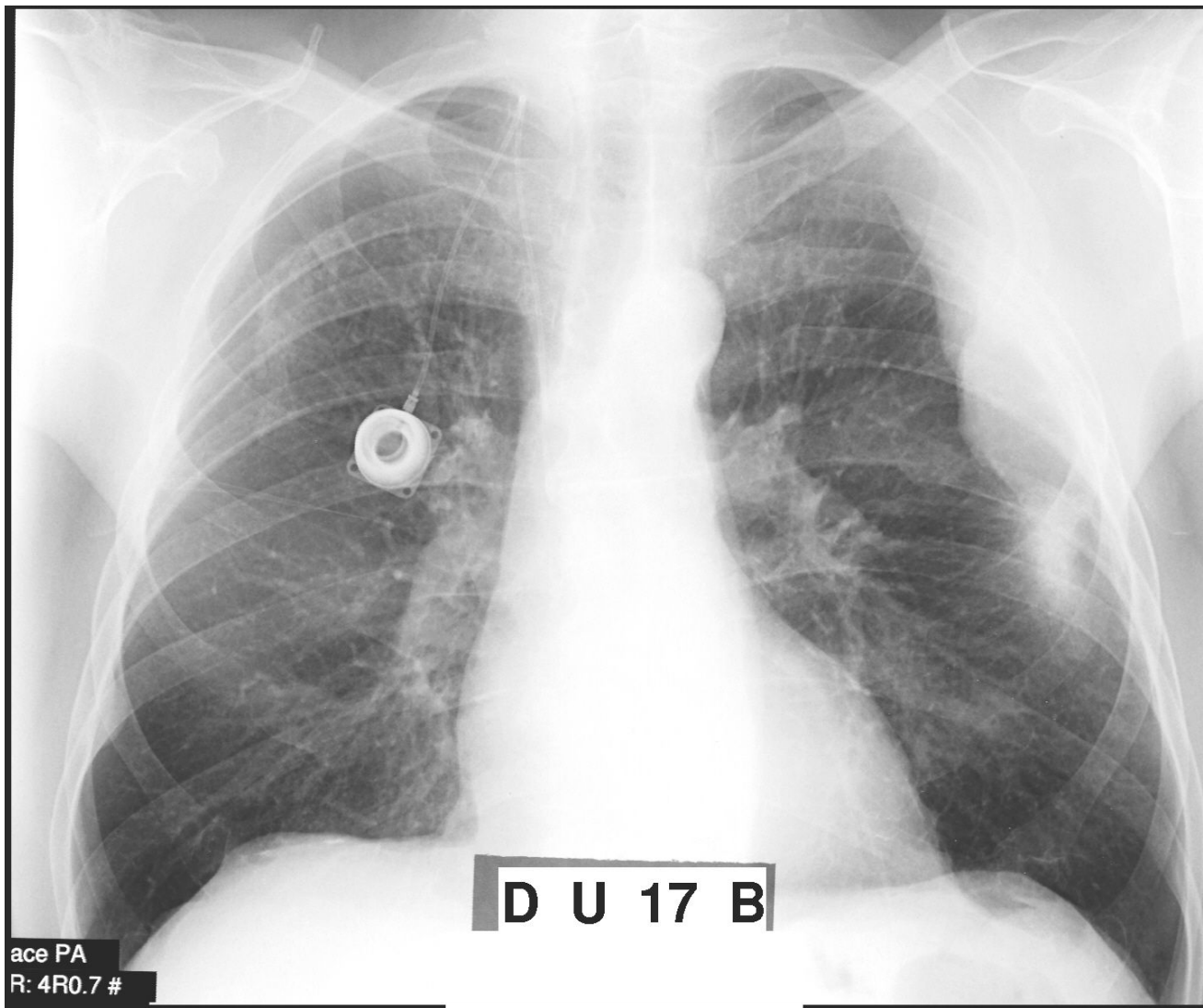


- Existence d'une véritable LIGNE qui suit le poumon G, et remonte jusqu'au creux axillaire. Rq : différence
 - LIGNE = structure silhouettée par une structure de densité différente, 3 densités différentes (ex : scissure)
 - BORD = résulte d'une différence entre 2 densités uniquement (ex : bord cardiaque).
- Petites opacités hyperdenses : CALCIFICATIONS pleurales qui n'ont rien d'inquiétant (cf ci-dessous) : séquelles d'une **pleurésie sévère guérie**.
Le liquide pleural s'accumule en partie post et stagne.
2 patho possibles : calcification vasculaire ou mode de guérison (tuberculose).

NB : opacités calciques du cliché pulmonaire

- Mediastinales
 - Calcifications vasculaires.
- Pulmonaires
 - La calcification est un MODE DE GUERISON, par exemple d'une pleurésie sévère.

6) face, avec un DVI



Altération de l'état général chez un travailleur exposé à l'amiante.

Réponse

- L'image arrondie fortement radio-opaque au milieu du champ pulmonaire droit correspond à un porto-cath dont on voit l'extrémité dans la veine cave supérieure. L'image la plus frappante est une opacité de la région axillaire gauche. Si on la détaille on voit qu'il manque une côte. Il s'agit donc ici manifestement d'un syndrome pariétal avec destruction d'une côte et un envahissement pariétal (extra-pleural) refoulant et envahissant les parties molles avoisinantes, c'est ce qui explique la limite nette de cette masse à l'intérieur du thorax. Il existe de plus des calcifications très fines, linéaires, sur les coupes diaphragmatiques, d'autre part des lésions assez peu denses hétérogènes visibles au niveau de l'apex droit, correspondant à des calcifications pleurales très fines.

Diagnostic : Asbestose, mésothéliome.

- Dispositif veineux implantable
- On voit la petite scissure
- Masse périphérique au niveau de la paroi G
 - Opacité dense homogène le long du grill costal
 - Limites nettes (rayons tangents), polylobées, va vers la partie < du poumon G
 - Limites floues dans sa partie < (perte de la tangence)
 - Origine de la masse ?
 - Pleurale ?
 - Pariétale ? CHERCHER une LYSE OSSEUSE (la masse masquant les côtes)
- On peut arriver à déceler des calcifications pleurales (mais ce niveau de capacité diagnostic ne nous est pas demandé en D1).
- Ces calcifications sont dues à une ABSESTOSE, qui s'est compliquée en MESOTHELIOME : c'est la masse donc pleurale que l'on voit.

7) face, pathologie typique ; agrandissement et profil

Radiographies de face et de profil d'une femme d'une quarantaine d'années ne se plaignant d'aucun signe particulier. Pouvez-vous émettre un jugement sur l'état physique de cette patiente aux vues de sa radiographie thoracique ?

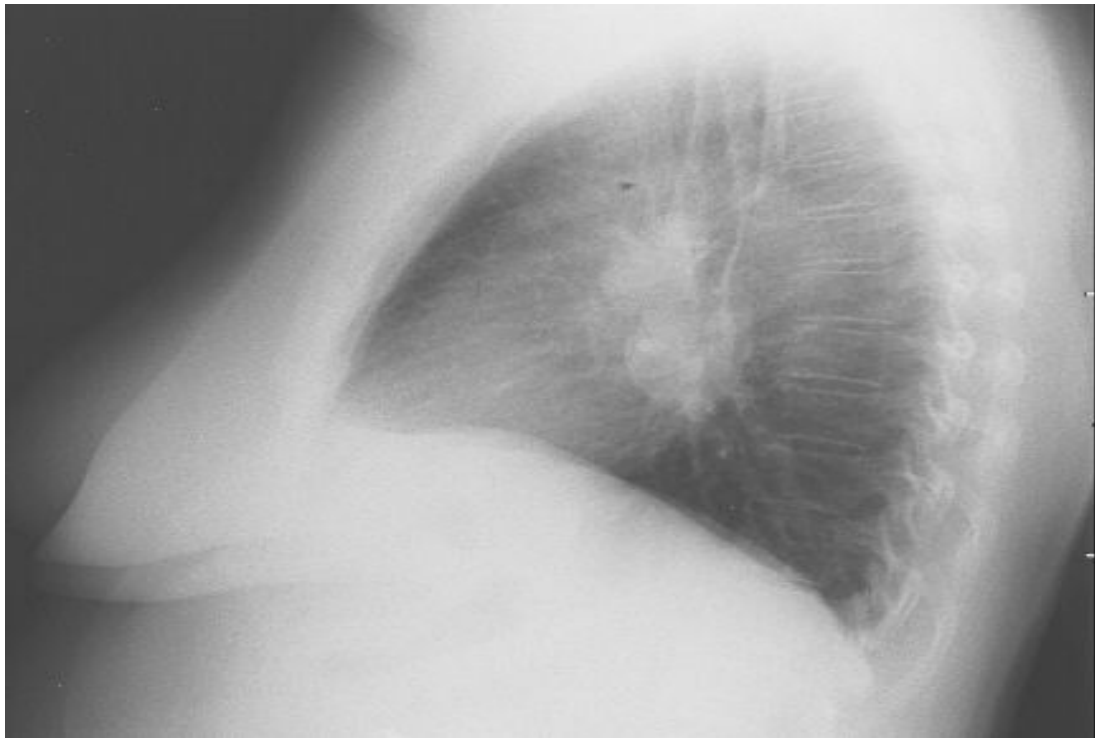
- Quelles sont la ou les anomalies que vous voyez ?

- Ici encore, quels sont le ou les diagnostics que vous devez évoquer devant ce type d'anomalie, et quel est l'examen d'imagerie que vous prescririez en premier lieu ?

Réponse

8) - Sur cette radiographie, la seule anomalie significative est l'existence de hiles volumineux de face comme de profil. Ils sont beaucoup trop gros pour que l'on puisse attribuer ces opacités uniquement aux vaisseaux pulmonaires. De plus, leur caractère bien arrondi sur le profil ne correspond pas non plus de ce qu'on attend de vaisseaux pulmonaires. Il s'agit ici de volumineuses adénopathies non compressives. Bien que ce caractère soit difficile à apprécier dans ce cas particulier, chez un sujet asymptomatique de volumineuses adénopathies non compressives doivent faire évoquer comme premier diagnostic une sarcoïdose.

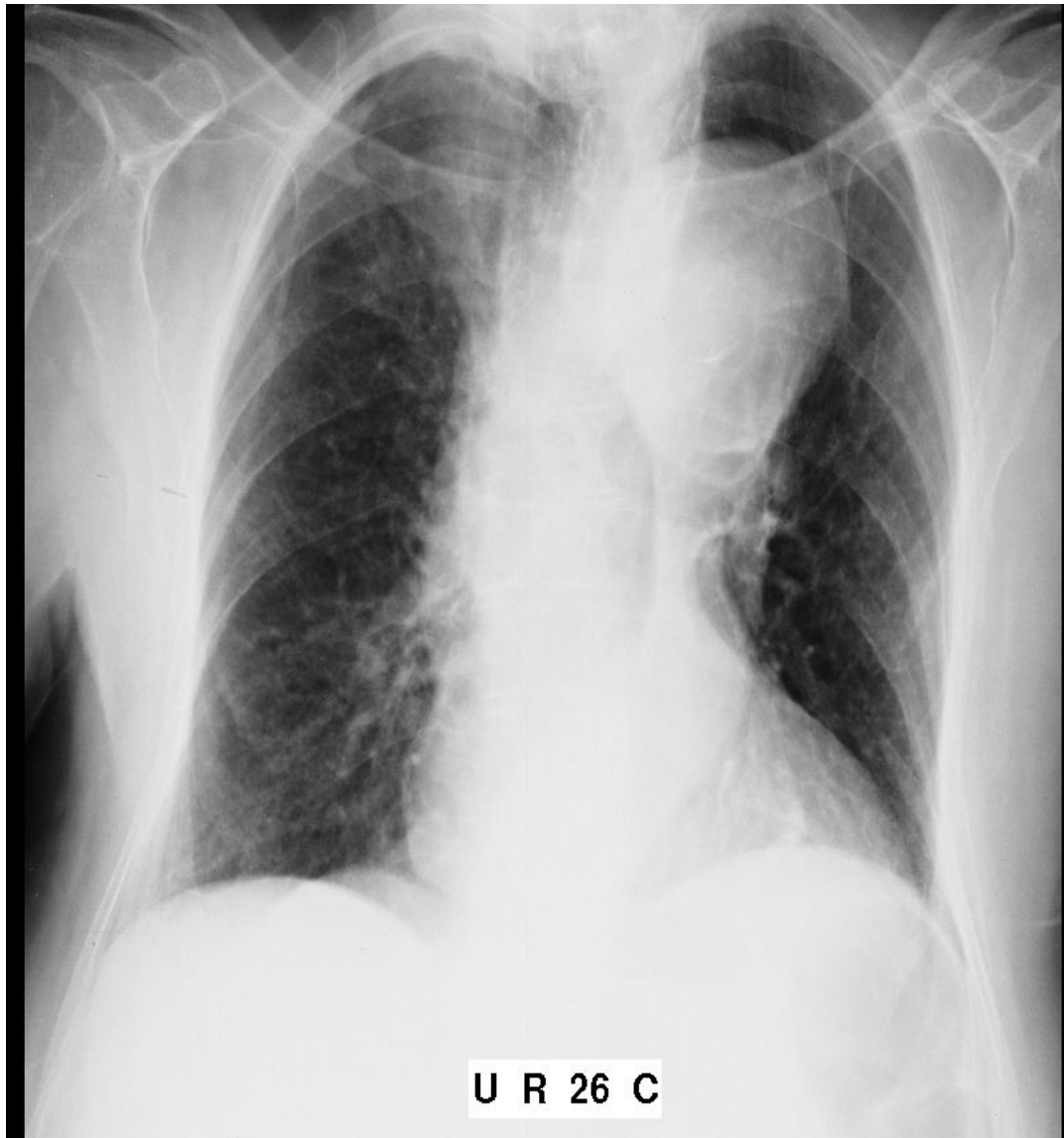




- On voit la trachée, le bouton aortique, les coupes diaph bombantes
- Les processus epineux sont bien centrés, apparaissant en zone interclaviculaire : cette radio est donc bien prise.
- Seins : à leur taille et au vu de l'épaisseur des parties molles, on peut dire que le sujet est une femme assez forte. Notons qu'on voit 2 bords, un pour chaque sein (différence de niveau).
- Transparence des champs pulmonaires normale.
- OPACITES HILAIRES, pouvant être
 - Des vaisseaux
 - Des **adénopathies hilaires** qui sont typiquement POLYLOBEES et POLYCYCLIQUES, traversées par les Vx (ici A. pulm notamment) ;
étiologies :
 - Sarcoïdose
 - Tuberculose
 - Cancer (métastases, Hodgkin...)



- 8) face



Radiographie thoracique systématique pratiquée chez une vieille dame de 80 ans, hospitalisée pour troubles de la marche.

Réponse

les côtes, en particulier dans leur région inférieure, au-dessus des coupes diaphragmatiques, présentent une légère incurvation interne qui fait que l'ensemble du gril costal ressemble à une cloche évasée en bas. Cet aspect est très fréquent chez les sujets âgés, en particulier de sexe féminin, et il est lié à la diminution de la charge calcique de l'ensemble du squelette. C'est le thorax « en cloche »

- La transparence des champs pulmonaires vous paraît peut-être légèrement diminuée. En fait, le cliché n'est pas réalisé en inspiration profonde parce que cette vieille dame n'est plus capable d'avoir une inspiration très profonde. On peut donc estimer que la transparence pulmonaire est normale pour l'âge. De

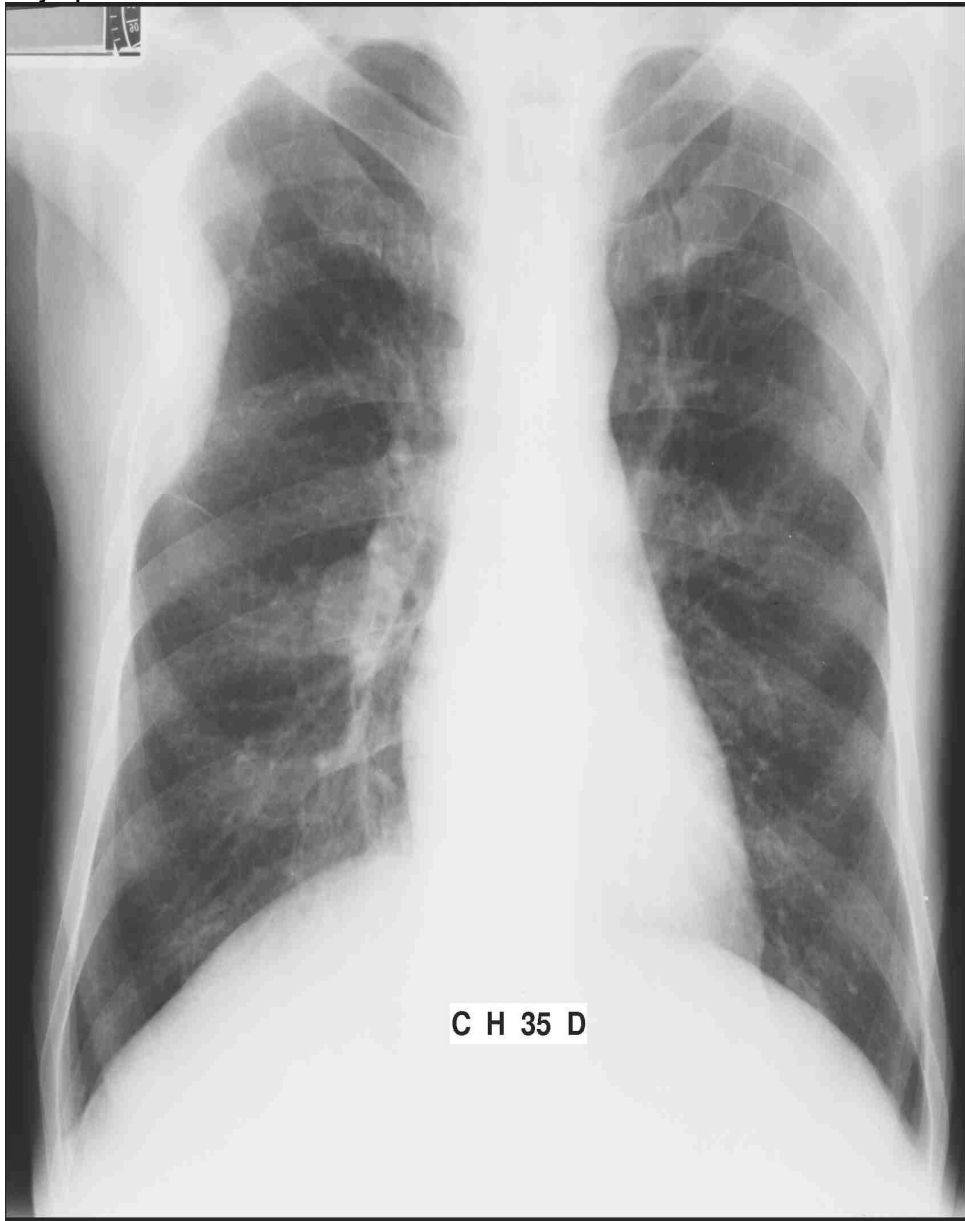
même certaines opacités linéaires verticales des bases correspondent à des calcifications des cartilages costaux et sont physiologiques.

-élargissement de la crosse aortique qui doit faire évoquer le diagnostic d'anévrisme de la crosse de l'aorte.

- Comparez le calibre de la crosse de l'aorte avec celui de l'aorte descendante que l'on voit très bien en dessous silhouetté à la fois par le poumon droit et par le poumon gauche. Il est très rare que l'aorte descendante soit silhouettée par le poumon droit et ceci signifie qu'il existe une distension de ce poumon droit.

- Ao descendant : on voit son bord D de façon inhabituelle. Le poumon D est distendu
- Masse > qui est un anévrisme de l'Ao.

9) déjà posé en exam



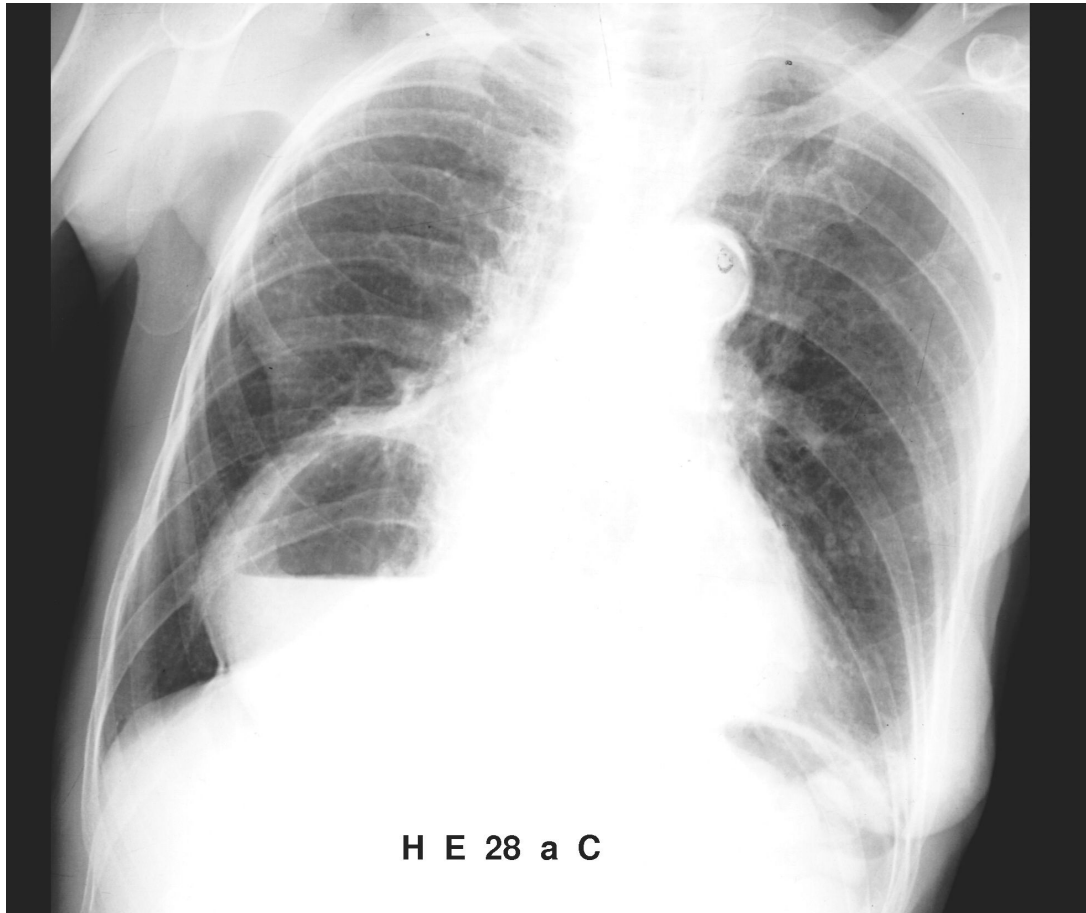
Altération de l'état général et douleurs thoraciques chez un homme de 50 ans.

- au sein de l'opacité axillaire droite l'arc moyen de la 4^e côte a disparu. (syndrome pariétal par lyse costale). cette masse était palpable dans le creux axillaire. En effet, si on compare la densité des deux creux axillaires, on voit que la densité est plus importante à droite qu'à gauche. l'épaisseur des parties molles que l'on voit à l'intérieur du thorax se retrouve à l'extérieur même si elle n'est pas silhouettée de la même façon.

- Il y a une autre chose à voir sur ce cliché au niveau du hile droit. En superposition de l'artère pulmonaire descendante droite il existe une opacité arrondie (antérieure ou postérieure) qu'il est normal de relier reliée à la lyse pariétale. Il peut s'agir de la tumeur primitive ou d'une autre métastase.

- Masse au niveau de la paroi > D, se raccordant en pente douce ; est-elle pleurale ou pariétale ?
 - On voit une LYSE COSTALE : une côte s'efface.
 - De plus il y a un envahissement vers l'extérieur : parties molles plus épaisses.
 - Il s'agit donc d'une masse pariétale (Sy pariétal), sans doute une métastase, dont on peut dire au passage qu'elles sont rares dans le creux axillaire.
- Autre masse au niveau de l'artère pulmonaire.
Donc MASSE PARIETALE

10) face puis profil



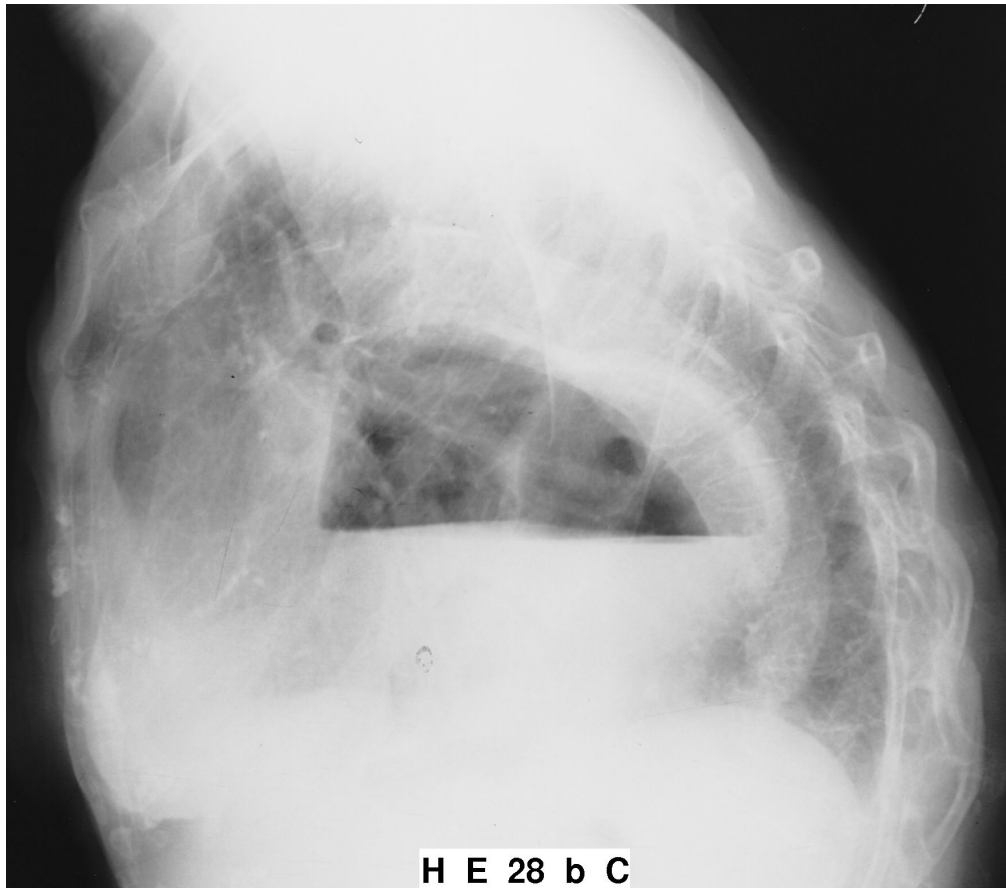
- On observe d'abord que :
 - Le mediastin est déséquilibré (impression de cardiomégalie)
 - Grande différence d'étendue entre champs pulm D et G
 - La morphologie des arcs costaux est asymétrique
 - Le rachis est donc SCOLIOTIQUE.
 - Il n'y a par conséquent pas forcément de cardiomégalie.
- Niveau hydro-aérique (NHA)
 - Opacité pbbt liquidienne en bas, surmontée d'une clarté aérique.
 - Paroi :
 - Epaisse
 - Nette du coté pulmonaire
 - Confondue en dd avec le mediastin
 - Les culs de sac costodiaphragmatiques sont parfaits, on peut donc exclure une origine pleurale.
 - Donc pbbt une cavité HA intramédiastinale.

MASSE SE CONFONDANT AVEC LE MEDIASTIN ; CAVITÉ AÉRIQUE
INTRAMEDIASTINALE

les hernies hiatales sont très fréquentes et peuvent être de grande taille et déborder largement à droite ou à gauche derrière le cœur. Le niveau liquide n'est pas obligatoire. Parfois la hernie hiatale peut être complètement pleine de liquide ou au contraire pleine d'air. Le diagnostic différentiel doit

envisager par principe la possibilité d'un abcès du poumon (exceptionnellement aussi grand...) ou d'un épanchement pleural enkysté mais ce dernier diagnostic n'est pas logique dans ce cas là car pour qu'il y ait de l'air dans un épanchement pleural, il faut que celui-ci ait été ponctionné, or manifestement l'image que vous voyez n'atteint pas la paroi, elle n'a donc pas pu être ponctionnée.

- Il faut également remarquer sur ce cliché les calcifications de l'aorte particulièrement bien visibles au niveau du bouton aortique et sur toute l'aorte descendante sur le cliché de profil.

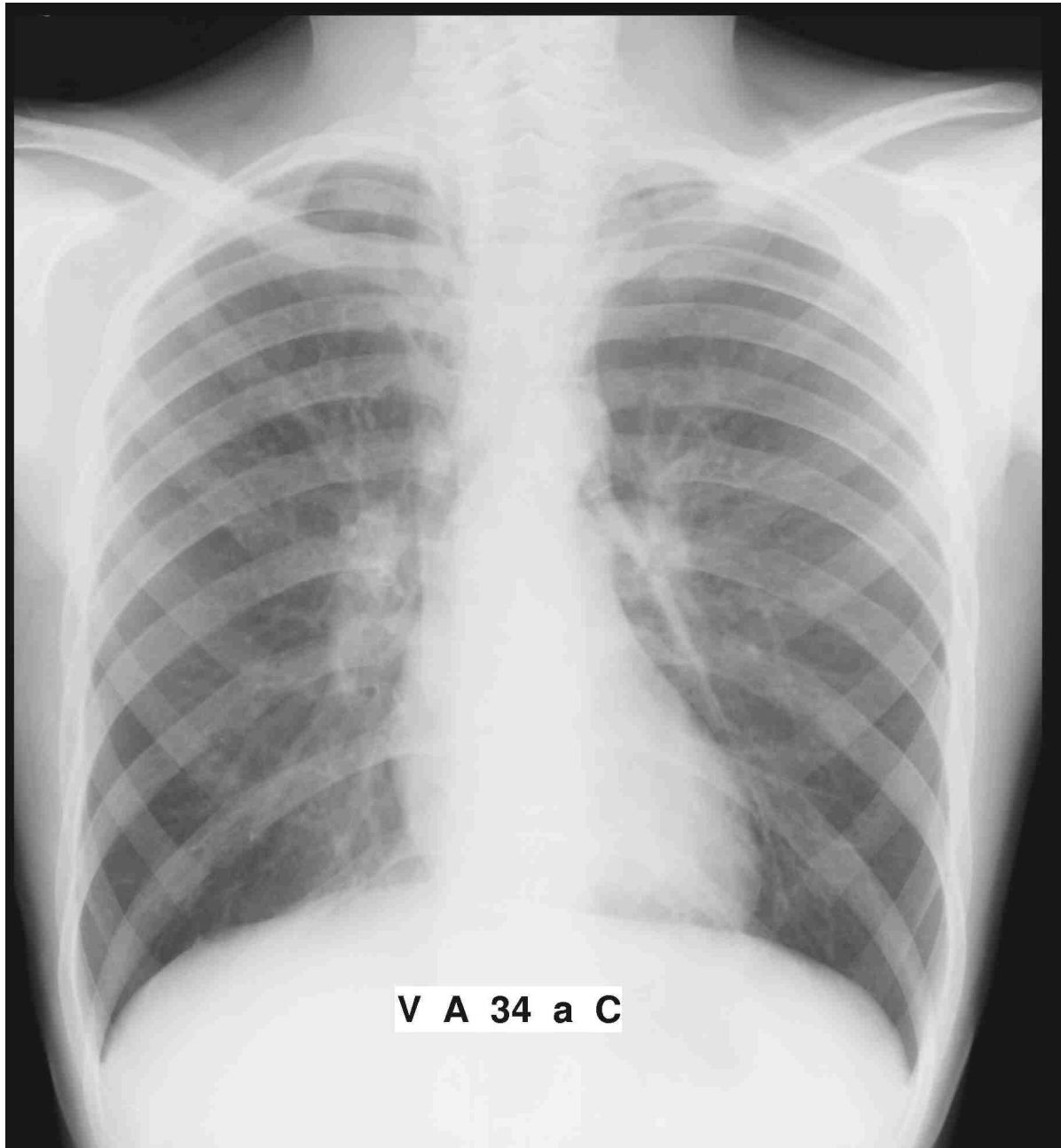


- Profil du même patient
 - L'Ao est très déroulée, typique chez le scoliotique.
 - Il existe en fait 2 NHA, un ant un post. On pense à une Hernie.
 - La présence d'HAUSTRATIONS indique qu'il s'agit d'une hernie colique.

NB : l'air médiastinal peut être :

- Normal
 - Œsophage
 - Trachée
- Anormal
 - Estomac : HH (hernie hiatale)
 - Colon : H colique
 - Pneumomédiastin (cf plus bas, sémiologie différente)

11) cliché difficile, à connaître. Face

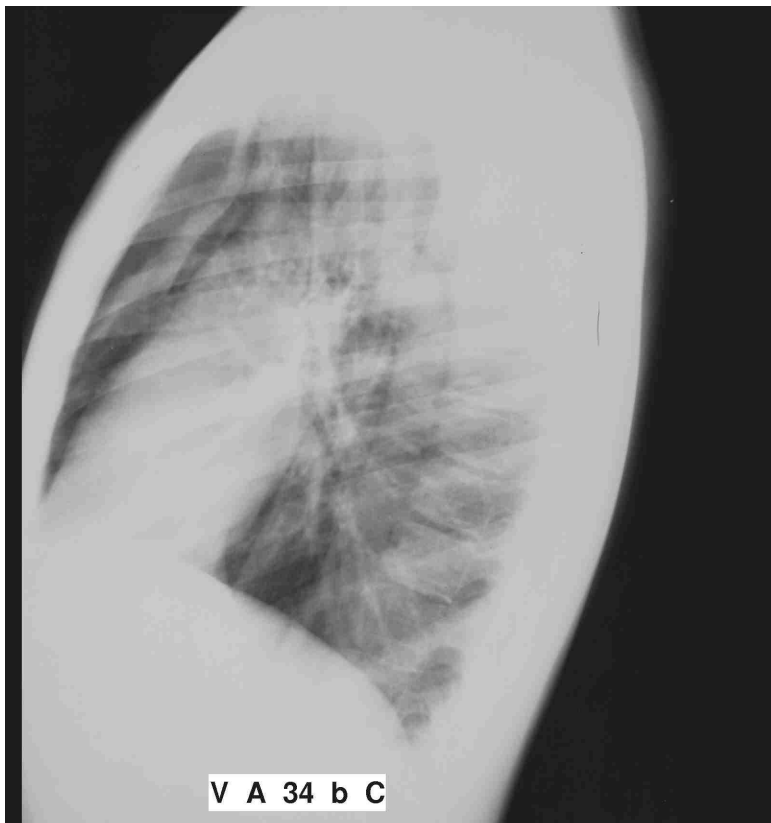


Jeune garçon de 14 ans ayant fait une violente crise d'asthme.

Réponse

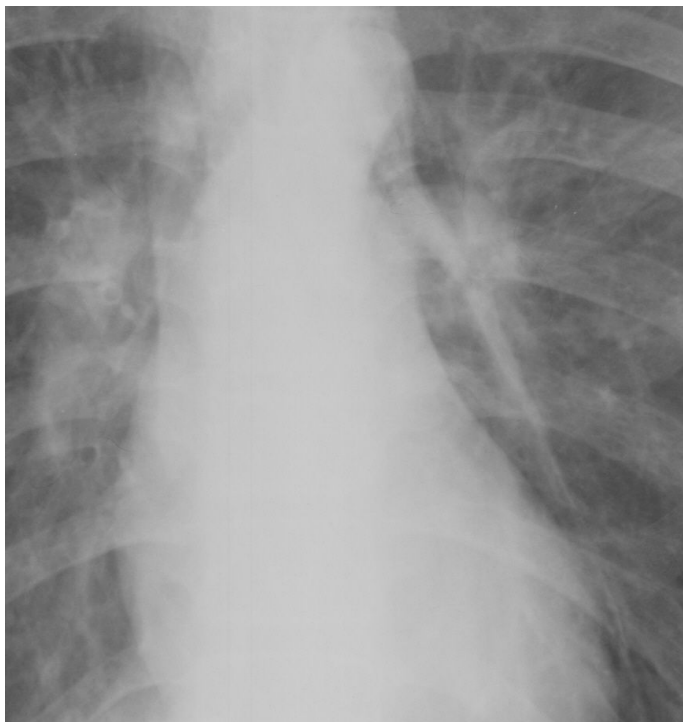
- Il existe une image linéaire assez épaisse de 6 à 8 mm, bordant le bord gauche du cœur, traversant, ce qui signifie qu'elle n'est pas à son niveau mais en avant ou en arrière.

. Si on la poursuit vers le bas et vers le haut, on voit qu'en bas elle se raccorde plus ou moins au bord du cœur.,



Sur le cliché de profil, une bande un peu plus épaisse mais de même nature est située derrière le sternum, devant la portion ascendante de la crosse de l'aorte. Les parois trachéales sont parfaitement silhouettées des deux côtés, devant et derrière de même que les vaisseaux qui naissent de la crosse de l'aorte.

- Il s'agit d'un pneumo-médiastin. Le pneumo-médiastin dissèque les éléments du médiastin et les rend visibles en les silhouettant par de l'air des deux côtés. La bande visible au bord gauche du cœur, dans la région rétro-sternale correspond à un reliquat thymique.

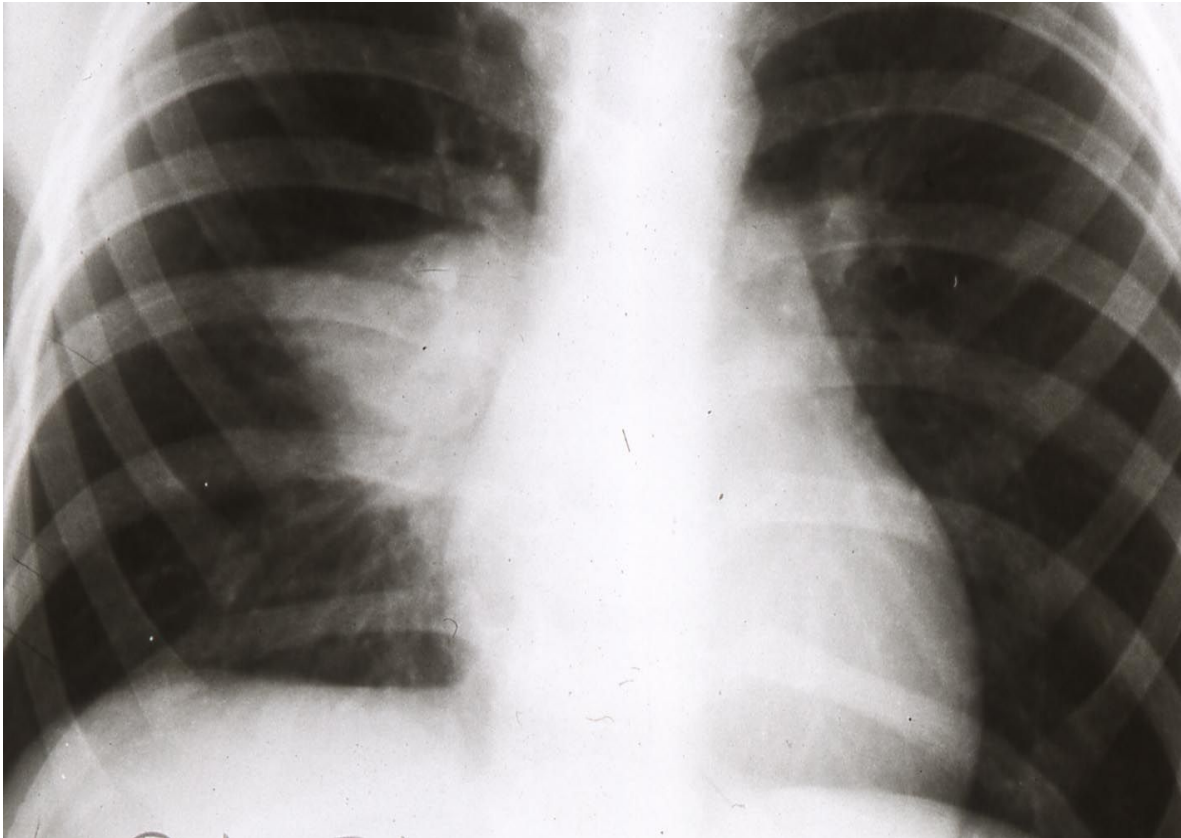


- Patient de 14ans ayant fait une sévère crise d'ASTHME.
- On voit une ligne dense au dessus du bord cardiaque sup G
- Il s'agit du reliquat thymique, anormalement décollé du mediastin antérieur, par la présence d'air pathologique.
 - PNEUMOMEDIASTIN (PNM).
- Le diagnostic se fait plus facilement de profil
 - On voit cette ligne thymique opaque en avant et en haut du cœur, décollée de l'Ao ascendante.
 - L'Ao descendante est décollée du rachis, ce qui s'observe en règle chez le sujet âgé (signe de dégénérescence). Pathologique chez ce jeune.

NB : le PNM, une urgence diagnostique vitale

- CPC classique de
 - Crise d'asthme (sujet jeune ++)
 - Traumatisme
- Un diagnostic trop tardif met en jeu le pronostic vital.
- Signe typique : décollement du reliquat thymique.

12) face, centré sur le cœur

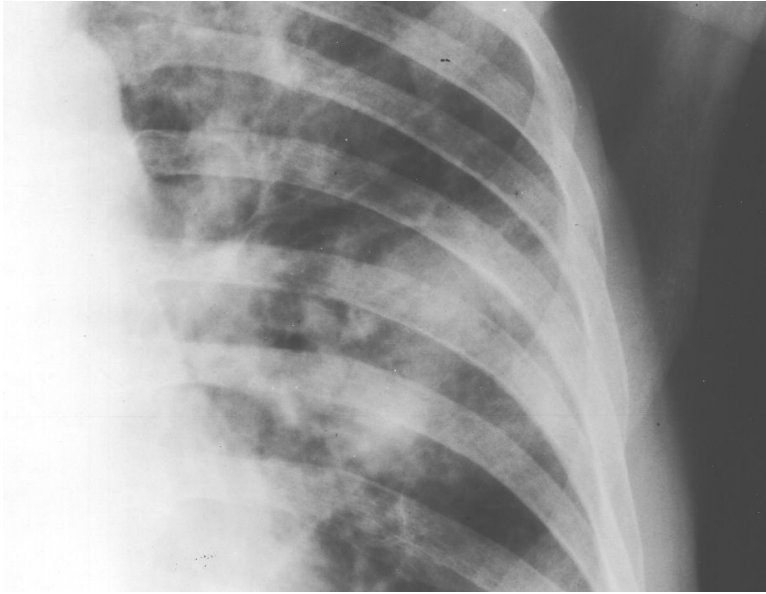


- Foyer opaque relativement homogène, flou en bas
- N'efface pas le bord cardiaque => situé en arrière du cœur.
 - **Syndrome alvéolaire** de comblement par pus/eau/sang.
 - Ici : pneumopathie.

C'est un syndrome de comblement alvéolaire.

Syndrome alvéolaire (souvent du a des pneumopathies virales)

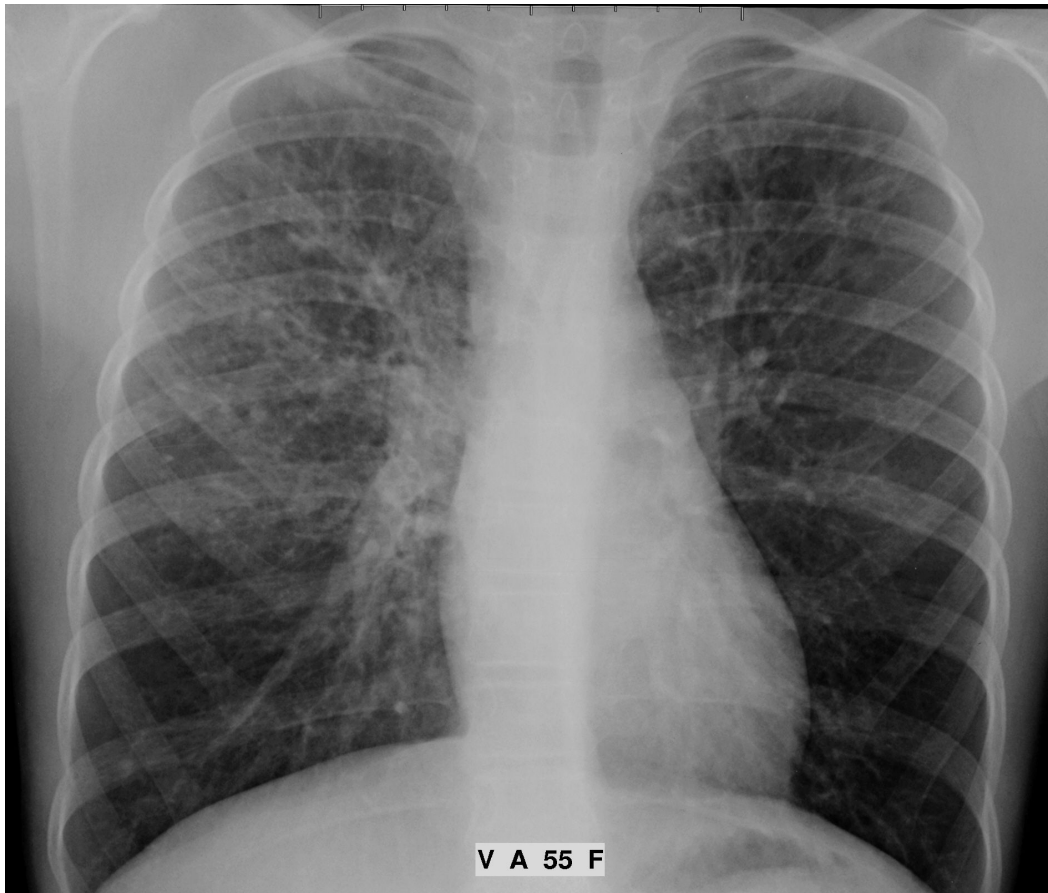
- 13) face, centré sur une côte à G



Opacités floues hétérogènes confluentes: s.alvéolaire typique (grippe)

- Opacités hétérogènes confluentes de taille variable à limites floues.
 - Sy alvéolaire à multiples foyers typique
 - Viral+++ (grippe)
 - Les infections bactériennes aussi peuvent donner de multiples foyers, moins fréquemment.

- 14) le Sy bronchique



Renseignements cliniques

Enfant de 14 ans faisant des infections pulmonaires à répétition depuis son enfance.

Réponse

- Il existe un syndrome bronchique manifeste des deux sommets, plus important à droite où l'on voit très bien les opacités « en rail » des bronches dilatées. L'aspect est identique au sommet gauche mais moins marqué. Les bronches sont à la fois dilatées et visibles jusqu'en périphérie avec des impactions mucoïdes ou mucocèles. Par ailleurs, les champs pulmonaires sont distendus et les bases légèrement hyper transparentes. C'est encore un aspect typique de mucoviscidose, quoique moins évolué que ceux que vous avez vus précédemment.

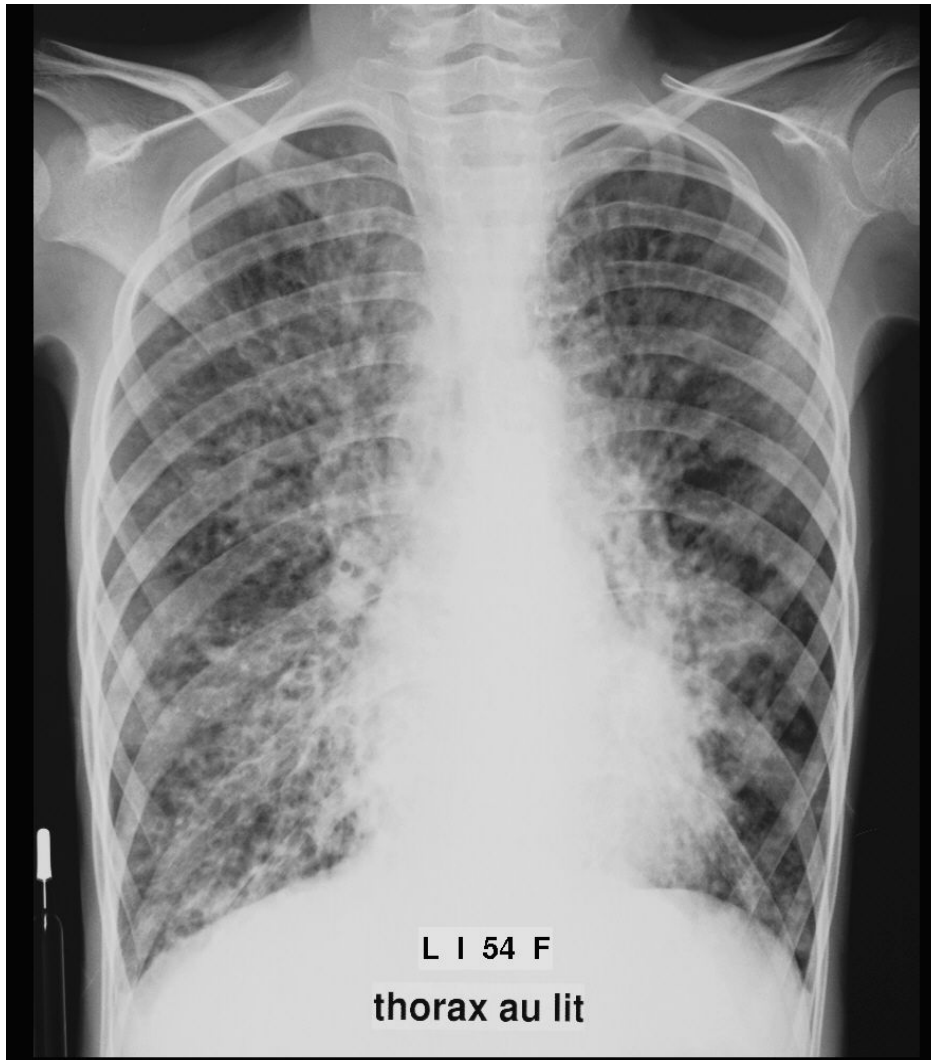
- Ici : bronche dilatée à paroi épaissie à D.

NB : le Syndrome Bronchique, 2 types :

- DIRECT : DILATATION des bronches=> visualisation de bronches dilatées à paroi épaissie.
- INDIRECT : OBSTRUCTION

- Complète : **Atéléctasie** (l'ensemble des alvéoles dépendant de la bronche obstruée n'étant plus ventilée, ce territoire se collapse => zone dense).
- Incomplète : **Emphysème** (l'air peut entrer mais plus sortir du territoire alvéolaire en question => distension, clarté).
- C'est une mucoviscidose

○ 15) Sy bronchique



Tousse et fait des infections respiratoires récidivantes depuis la naissance.

- Vous avez tous les éléments du syndrome bronchique: indirect : la distension pulmonaire considérable, l'aplatissement des coupoles et l'élargissement des espaces intercostaux; et d'autre part un syndrome bronchique direct : à savoir l'épaississement des parois des bronches et l'existence de dilatation des bronches prédominant aux lobes inférieurs. Certaines contiennent des petits niveaux liquides très difficiles à voir.

- Il s'agit d'une forme majeure de mucoviscidose.

Rappel sur le syndrome bronchique :

*5 signes caractérisent le syndrome bronchique :

- épaississement des parois bronchiques
- dilatation des lumières bronchiques (DDB)
- atélectasies (obstructions complètes)
- emphysème obstructif (obstruction incomplète)

- atélectasies planes

*La cause d'une obstruction bronchique rarement évidente, mais se déduit :

- atélectasie (obstruction complète)

- signe de la double localisation (lésions d'origine inflammatoire)

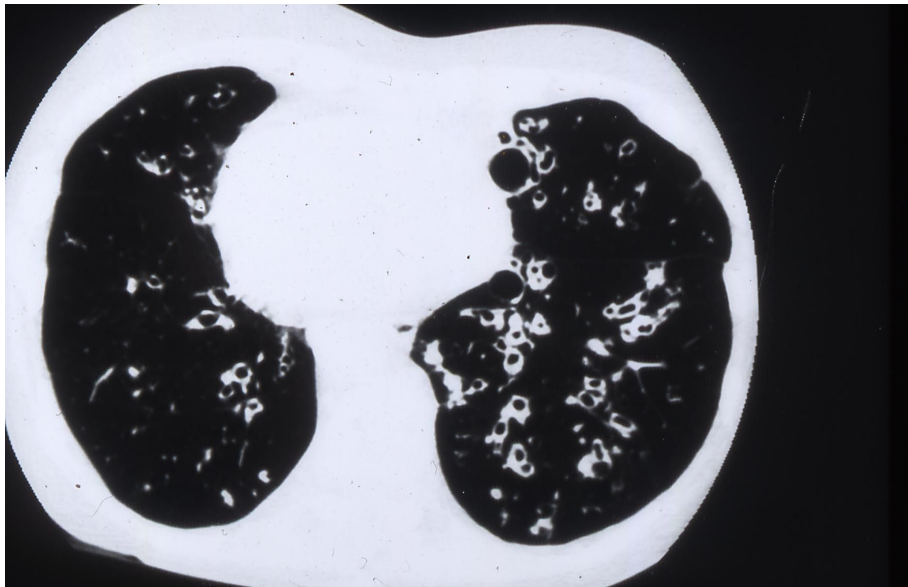
- emphysème obstructif (obstruction incomplète)

*Le repérage des scissures est un temps capital de l'interprétation d'un cliché pulmonaire (diagnostic des atélectasies et des emphysèmes obstructifs).

- Poumons très distendus en inspiration (7 ou 8 arcs costaux antérieurs au lieu de 6).
- ***Dilatation des bronches*** dite SACCULAIRE, ou EN GRAPPE DE RAISIN.
- Ce patient a besoin d'une greffe.

Distension thoracique car insuffisance respi

- 16) TDM : encore le Sy bronchique

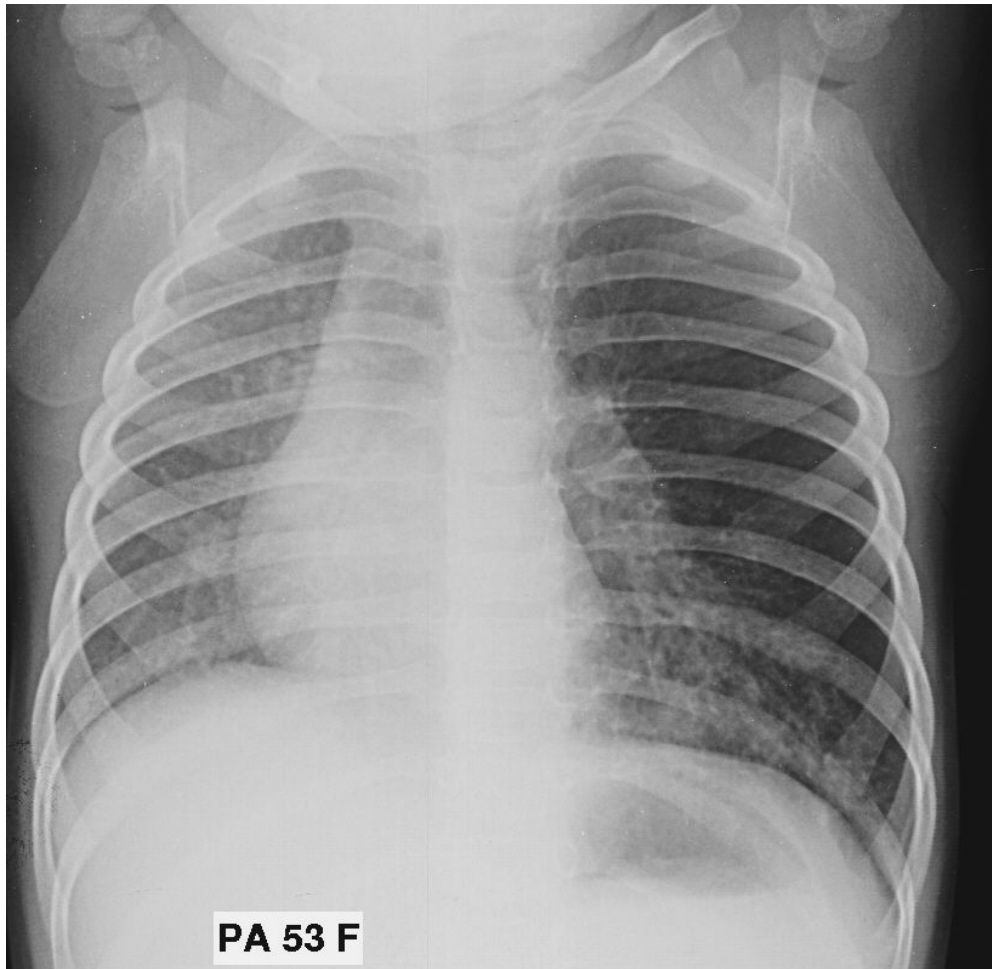


Dilatation des bronches

- Bronches dilatées aux parois épaissies, vues même en périphérie.

NB : physiologiquement, en périphérie du poumon

- Il n'y a pas de vaisseaux ni de bronches visibles
- Sur radio comme TDM
- Car les vx et les bronches sont normalement trop fins dans cette zone
- Des opacités là peuvent être
 - Des bronches pathologiques
 - Un Sy INTERSTITIEL : lignes de KERLEY, réseau réticulé en périphérie pulmonaire (radio), correspondant à une atteinte interstitielle (cf plus bas).



Enfant de 3 ans. Cet enfant arrive aux urgences très essoufflé, ses parents décrivent un épisode de détresse respiratoire aiguë 1 heure auparavant, actuellement l'enfant respire pratiquement normalement. Cliniquement vous suspectez fortement l'inhalation d'un corps étranger.

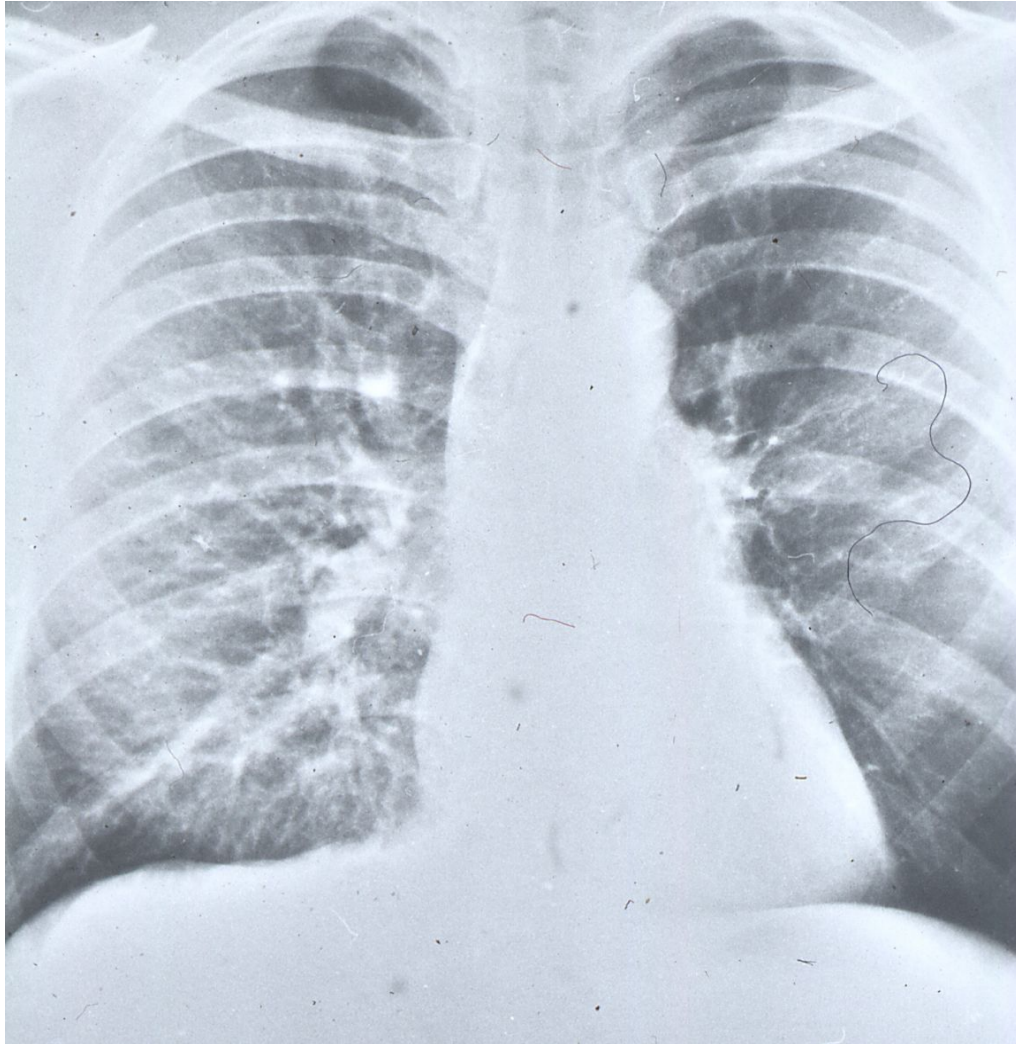
- Voyez-vous le corps étranger sur la radiographie ?
- Pouvez-vous dire dans quelle bronche souche le corps étranger (assez souvent une cacahuète) est resté bloqué ?

Réponse

-
- La silhouette cardio-médiastinale est déplacée vers la droite. Le champ pulmonaire gauche apparaît plus transparent que le droit. Il est surtout distendu et on peut suivre la limite interne du poumon gauche dépassant très largement la ligne médiane vers la droite.
 - Bref, il s'agit d'une distension importante du poumon gauche. Naturellement, on pourrait également discuter une lésion rétractile du poumon droit. Une bonne manière de faire la différence serait de faire un cliché en expiration. S'il s'agit d'un emphysème obstructif du poumon

gauche, le poumon restera distendu en expiration, c'est ce qui était le cas ici parce que cet emphysème obstructif était lié à un corps étranger (une cacahuète bloquée dans bronche souche gauche et qui permettait à l'air de rentrer mais pas de sortir.

- Enfant ayant fait une crise de dyspnée aigüe ; a été secoué la tête en bas puis amené aux urgences.
- Suspicion : CORPS ETRANGER ?
 - On cherche un piégeage de l'air (le poumon bouché ne se vide pas).
 - Demander 2 clichés : inspi + EXPI
- Ici : distension du poumon G
 - Coupole diaph G refoulée vers le bas
 - Mediastin refoulé vers le champ pulmonaire D.

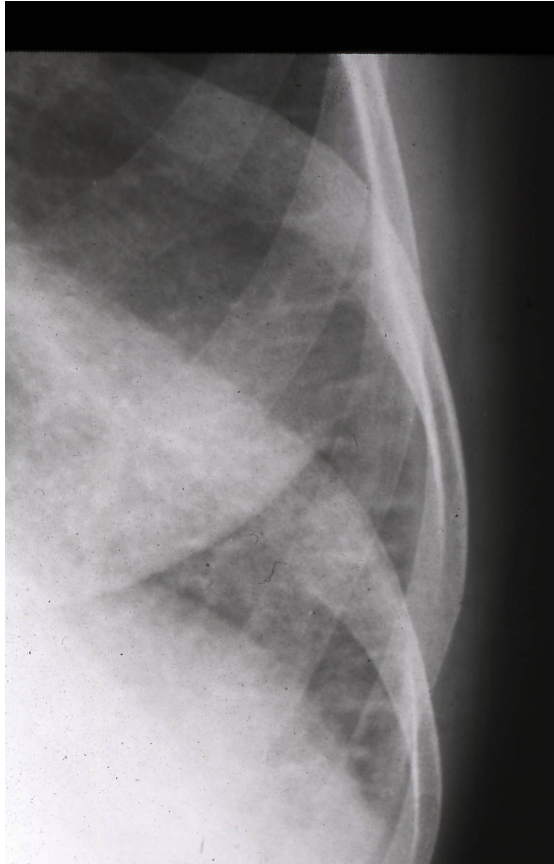


Rarefaction des vaisseaux a g voir le cliché en expiration

- Asymétrie de la densité vasculaire entre poum D et G
- Le D est hypervascularisé, le G hypo (comparativement parlant).
- Donc : Sy VASCULAIRE pouvant être
 - Congénital (hyperplasie des vaisseaux pulmonaires)
 - Acquis
 - Dû a une surinfection chronique du poumon
 - Cause fqte : corps étranger
 - Courant chez les ENFANTS MALTRAITES

deshabitation vsculaire car les echanges gazeux ne se font plus

19) face, centré sur côte à G : le Sy INTERSTITIEL



- Normalement, l'interstitium est invisible car $<1\text{mm}$
- Radio : signes toujours discrets, visibles en périphérie
 - **Lignes de KERLEY** : images linéaires en périphérie, qui ne sont pas des vaisseaux (physiologiquement trop fins pour être vus).
 - Visibilité grâce à la tangence des rayons incidents
- Bilan : faire TDM.

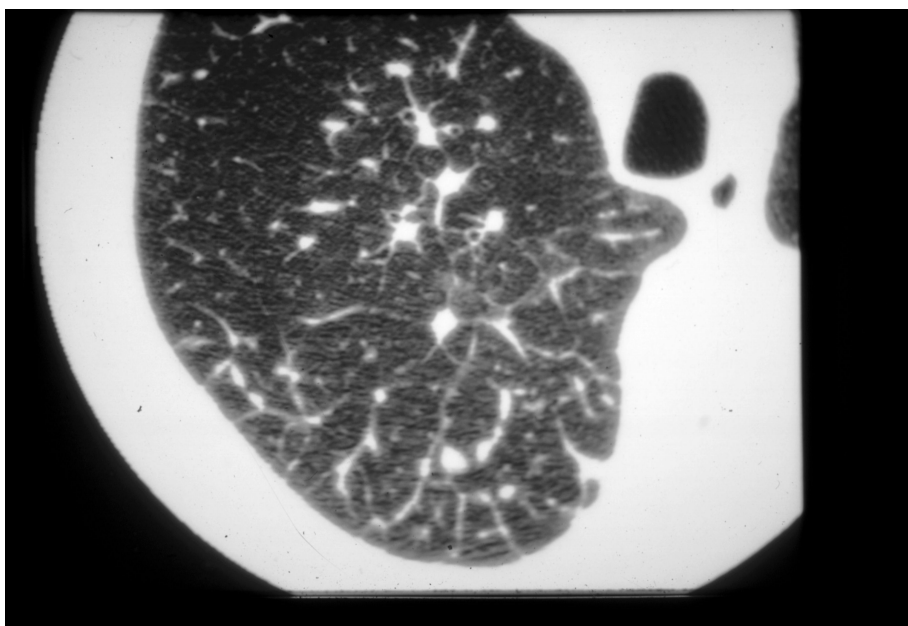
NB : le Sy interstitiel

- Normalement : invisible. Dans le SI, les parois sont épaissies.
- Aspect radio :
 - Opacités à limites nettes, non confluentes, non systématisées, sans bronchogramme aérien.
 - Evolution lente.
 - Svt accompagné d'1 Sy alvéolaire.
- Signes radiologiques
 - Lignes de Kerley : périphériques, réticulaires.
 - Isf cardiaque++
 - Macronodules (10-30 mm) ou micronodules (MILIAIRE).
 - Sarcoïdose, tuberculose, méta, silicose.
 - Aspect en VERRE DEPOLI ou NID D'ABEILLE ou rayons de miel
 - Opacités péribronchovasculaires à partir des hiles
 - Les vx restent visibles malgré la baisse de transparence.
 - Fibrose, tuberculose, sarcoïdose, carcinose, pneumoconioses.

20) poumon *G. idem*

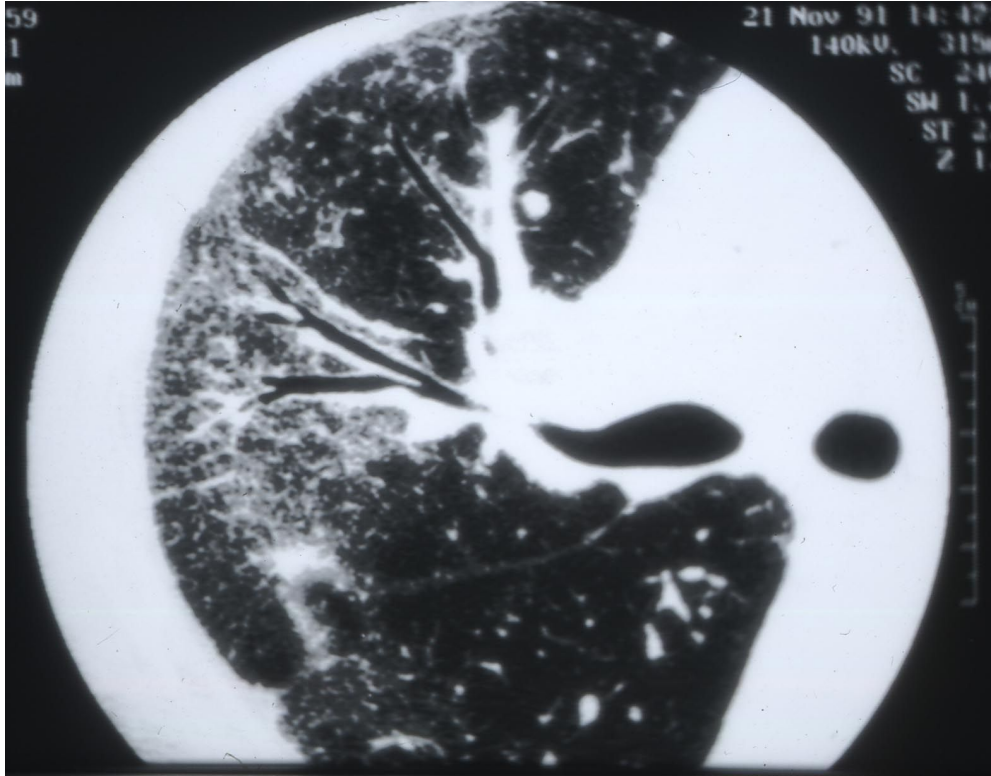


- Les structures linéaires et opaques ont un diamètre constant, non décroissant en allant vers la périphérie => Sy interstitiel. (contrairement aux vx qui s'affinent).
 - Structures en rayon de miel ou nid d'abeille.
- 21) TDM. Idem



Epaississements septaux.

- 22) Idem

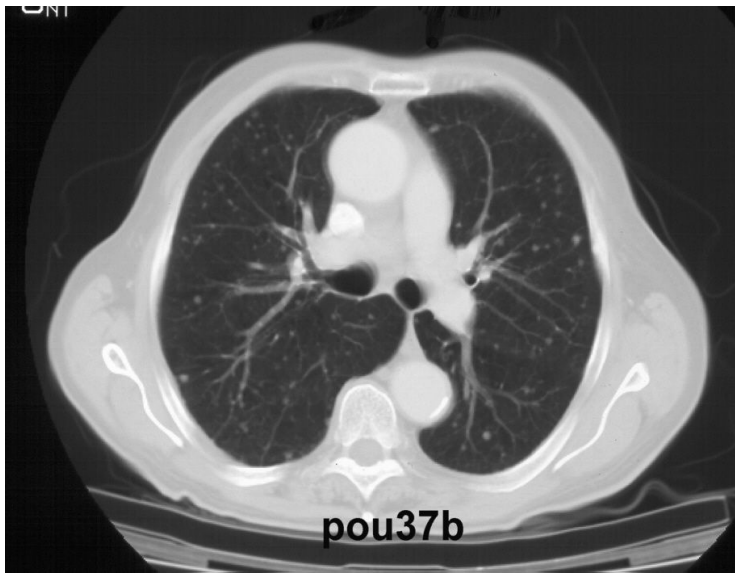


- Epaissement péribronchovasculaire.

22) face, Sy interstitiel



- Ce patient a présenté un mélanome il y a plusieurs années .
- Ne regardez que la radio standard et son agrandissement, ne regardez pas le scanner immédiatement.
- Aspect typique en MILIAIRE (grains de mil) = micronodules (<10mm) envahissant l'interstitium, pouvant être
 - Métastases
 - Tuberculose
 - Silicose.

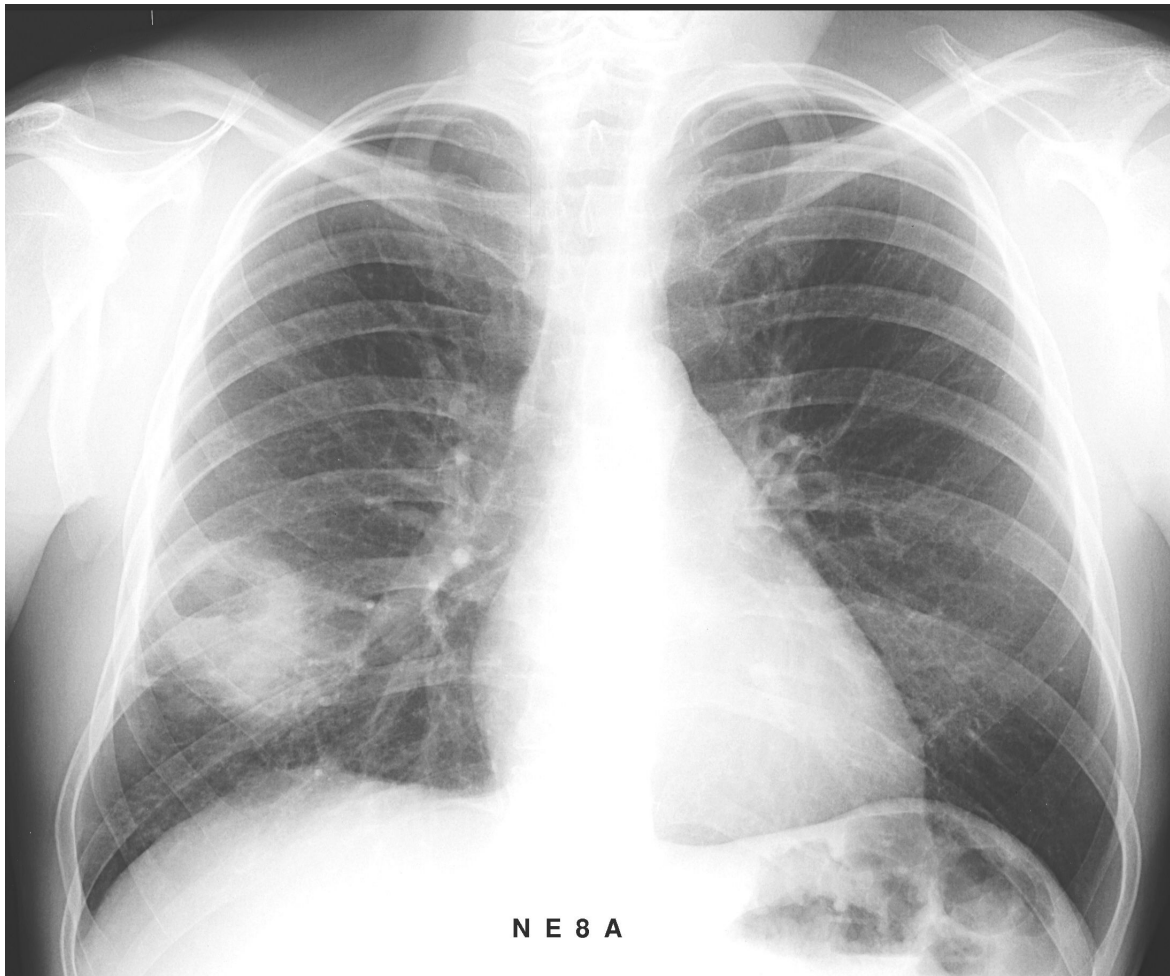


Ces nodules sont particulièrement bien visibles sur les coupes de scanner.

- Dans le contexte qui vous est donné, le premier diagnostic à évoquer est celui des métastases, mais bien entendu, devant des images micro-nodulaires, il faut savoir évoquer d'autres diagnostics comme la tuberculose, la silicose, etc. ...

=> TDM : meilleure visualisation.

- 23) face



Jeune homme de 25 ans, présentant depuis 3 jours une fièvre très élevée et ayant eu le matin même des crachats purulents abondants.

Réponse

- La paroi thoracique est normale, la silhouette cardio-médiastinale également ; les vaisseaux pulmonaires sont bien visibles partout et ne présentent pas d'anomalie. A la base droite, il existe une opacité arrondie à limites un peu floues et qui est assez particulière parce qu'elle présente en son sein une image aérienne avec un niveau liquide qui n'est pas strictement horizontale. Cette image est assez caractéristique d'un abcès du poumon, surtout compte-tenu du contexte clinique.

- Connaissez-vous d'autres étiologies des images cavitaires intra-pulmonaires ?

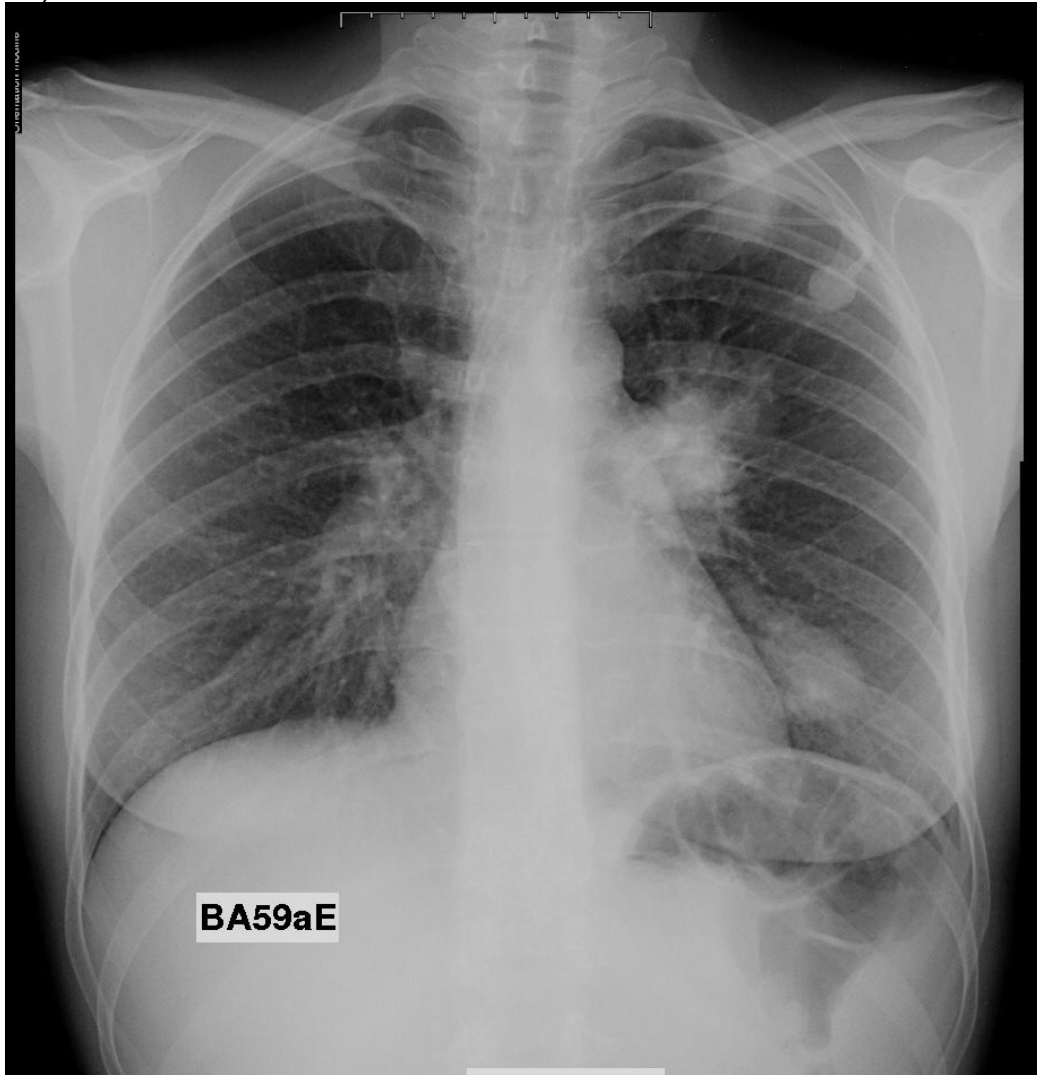
- Savez-vous que si des limites intérieures de la cavité sont nettes et franches, c'est plutôt en faveur d'un abcès. Si ces limites internes sont anfractueuses, c'est plutôt en faveur d'une néoplasie nécrosée.

- Suivant le contexte, les trois étiologies les plus fréquentes des images cavitaires dans le poumon sont l'abcès, la tuberculose et le cancer.

- Opacité à la base du poumon D, assez grande
- Sa partie < est homogène, la > est aérique
- Niveau irrégulier
 - Donc purulent => ABCES du poumon.
 - Au nivo inf on a liquide purulent épais

NB : les images cavitaires

- Abscess nécrosé
- Cancer nécrosé excavé
- Tuberculose.



Radiographie de surveillance pour une patiente présentant un lourd passé gynécologique.

Réponse

- Je pense que vous avez vu sans problème qu'il existe plusieurs opacités du poumon gauche. On en dénombre au moins trois grosses, une à l'apex, une dans la région hilare surmontée de plusieurs autres plus petites, polylobée, et une dans la région paracardiale gauche. Ces opacités sont retrouvées plus ou moins bien sur le cliché de profil, plutôt dans la région postérieure et en superposition dans la région hilare.
- Notez par ailleurs, le cathéter sous-clavier qui est ici dans l'oreillette droite. Il vous permet bien de repérer le trajet du tronc veineux brachio-céphalique gauche de profil.
- Sur le cliché de profil, repérez aussi les omoplates et faites un effort pour retrouver la bifurcation trachéale.
- Des opacités multiples dans un tel contexte, doivent faire évoquer des métastases. Bien entendu, ce diagnostic n'est pas le seul et d'autres maladies peuvent donner des images rondes pulmonaires multiples.

- Image en LACHÉ DE BALLONS : macronodules multiples => métastases.
- Minière carcinomateuse, avec grains disséminés.

25) calcification des cartilages costaux

- on voit quelle se fait de manière symétrique des deux cotés
- on voit la veine cave sup (bord droit du mediastin)
- a gauche l'art inf gauche
- opacité homogène collée contre la paroi à limite nette et qui devient flou vers le haut et vers le bas/
- c'est projeté sur le poumon donc d'origine pariétale et pleurale.
- C'est obtouré d'air partout autour

on voit aussi un épaississement vers le bas evc comblement des cils de sac cost diaphragm

les lignes graisseuses font sailli vers l'ext

a gauche ya un épaississement pariétal

aplatissement des coupoles , distension thoracique

le coeur est comprimé

c'est un emphyseme et un syndrome paraneoplasique.

