

d) Verre dépoli :

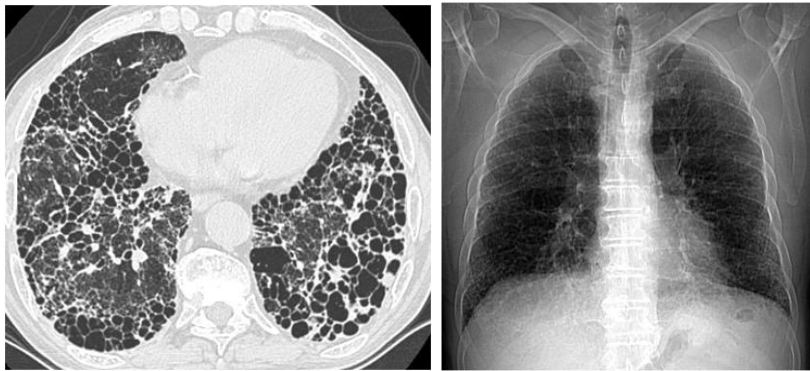


Hyperdensité du parenchyme pulmonaire n'effaçant pas les contours des vaisseaux ni les parois bronchiques (difficiles à identifier en radio).
Scanner coupe fines en inspiration profonde (attention on peut avoir un faux verre dépoli dû à une mauvaise inspiration)
Répartition et intensité variable

3 mécanisme possible :

- comblement lumière alvéolaire
- atteinte de la paroi des alvéoles (souvent associé au comblement de la lumière alvéolaire) dans ce cas là on est dans un syndrome alvéolaire et interstitielle associé.
- augmentation du flux sanguin capillaire.

e) Rayon de miel ou nids d'abeille :



Témoin d'une grande destruction du parenchyme pulmonaire, stade ultime de la fibrose pulmonaire.
kyste aérien jointif limité par des parois épaissies.

III Nodules pulmonaire et Masse pulmonaire:

def : opacité ronde ou ovale intra parenchymateuse de moins de 3 cm de diamètre (de 3 mm à 3 cm car en dessous de 3 mm on a dit que c'était un micronodule)

Caractéristiques:

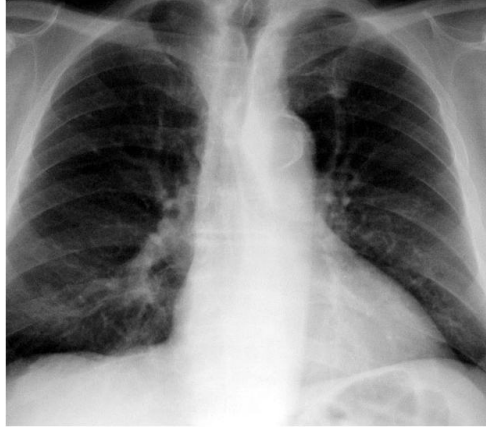
- **nombre**: solitaire ou multiple (très important pour le diagnostic et la conduite à tenir n'a rien à voir entre un nodule solitaire ou des nodules multiples)
- **topographie** : où il se situe?
- **Taille**: très important pour évoquer l'étiologie, car plus le nodule est gros plus il y a de chance d'être un cancer.
- **contour** : lisse (plutôt bénin) spiculé (malin)

- **contenus:** densité cad : calcification, excavation (a été en contact avec l'air), graisse dans le nodule ?
- **évolution dans le temps :** vitesse de croissance du nodule (demander les radios antérieur pour vérifier s'il existé déjà et s'il a grossit ou pas)

Masse: On parle de masse pulmonaire lorsque la taille est supérieur a 3 cm

démarche différente car plus souvent maligne (cancer bronchique)
lésions non tumorales : abcès...

attention parfois pseudo nodule dut a l'articulation de la 1ere côte qui peut être exubérante (visible en



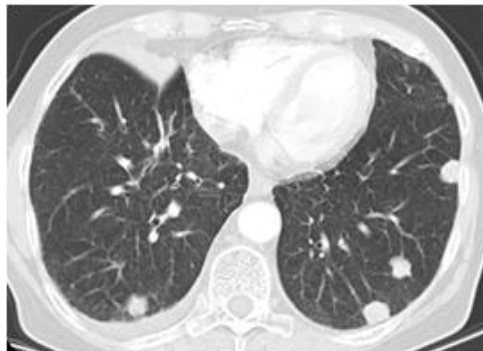
haut a droite de l'image:



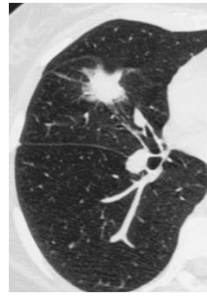
Nodule solitaire:

nodule multiples cause principale : métastase. (on appel sa des lâché de ballon)

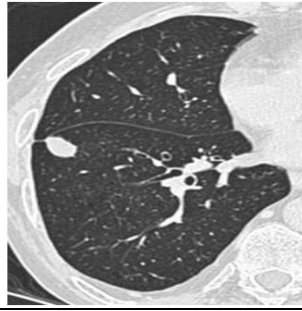
Si des nodules sont très facilement visible alors ils seront calcifié donc (pratiquement toujours) bénin:



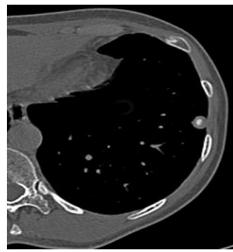
Nodule:



spiculé : malin qui traduit un cancer des bronches :

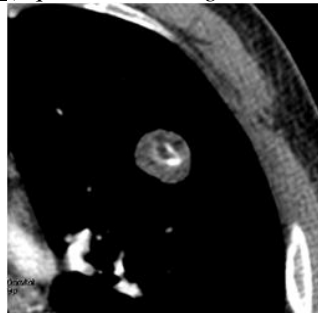


lisse : bénin:

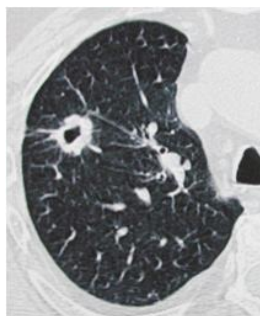


calcifié: bénin

calcifié avec graisse a l'int : bénin (Rq: on mesure la graisse en utilisant la densité sachant



qu'elle a une densité négative.)



excavé: soit infection ,soit tumeur.

a) Nodule en verre dépoli ou non solides:

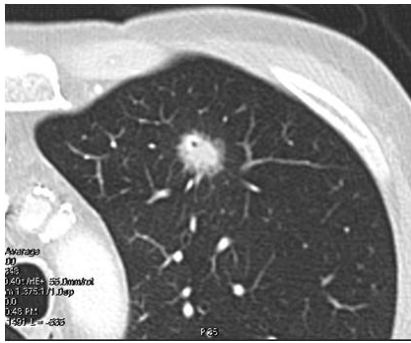


Cause infectieuse ou inflammatoire (plus de 50 % des cas) dans ce cas la ils vont disparaître en 1 a 3 mois, que l'on vérifie par un contrôle systématique a 3 mois.

Autre cause :

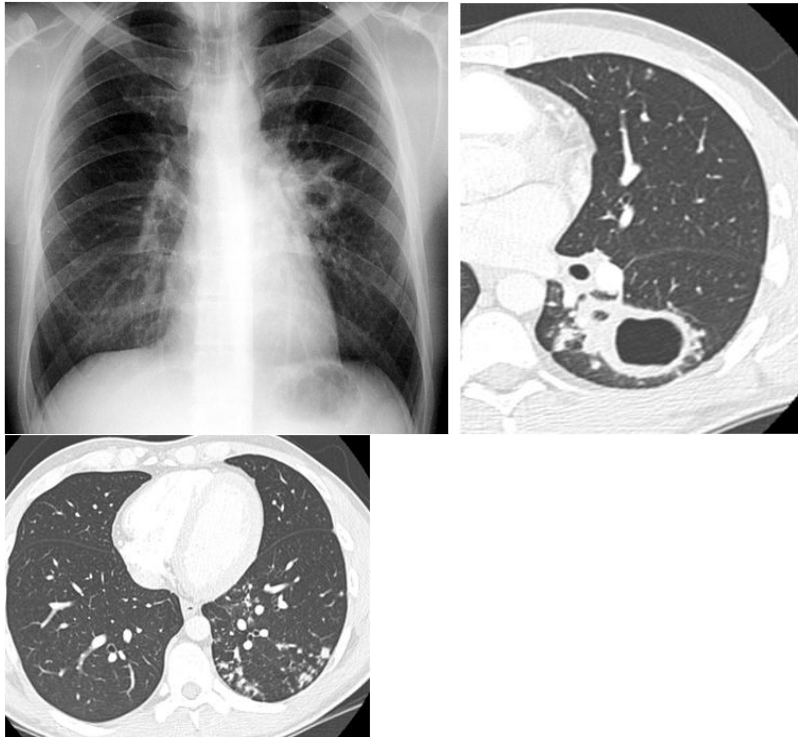
lésions bénignes (20%) : foyer de pneumopathie interstitielle desquamative
hyperplasie adénomateuse atypique (dysplasie pré cancéreuse)
adénocarcinome peu agressif qui stagne pendant plusieurs années puis ce développe en cancer
bronchiolo-alvéolaire
On ne peut ni ponctionner ni opéré ces nodules donc ils nécessitent une surveillance sur plusieurs années (3 ans).

b) Nodule mixte ou partiellement solide :



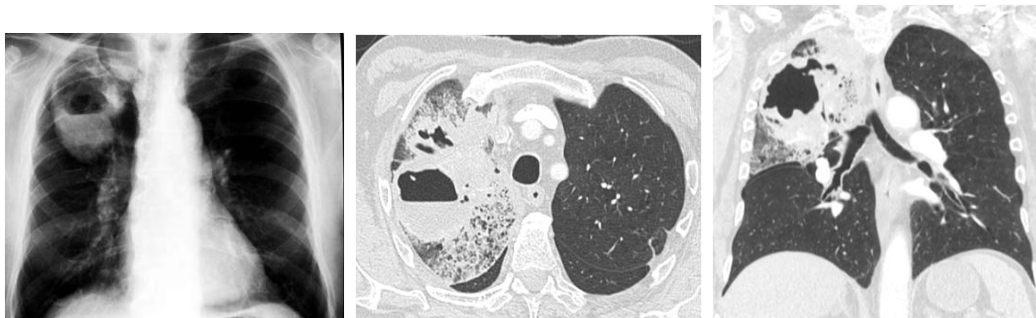
Semblable au nodule en verre dépoli sauf qu'ils sont plus cancéreux.
Proviennent de lésions infectieuses ou inflammatoires réversible en 1 a 3 mois mais lorsqu'il persiste on a des lésions tumorales le plus souvent adénocarcinome.

Petit exemple :
quel est le diagnostic le plus probable ??



C'est la tuberculose !!! On peut voir une masse excavée au niveau du lob inf gauche avec des micronodule bronchiolaire.

2eme exemple:



Masse abcédée avec niveau liquide: origine infectieuse (abcès pulmonaire) ou tumorale (cancer excavé et abcédé) CANCER BRONCHIQUE

IV Syndrome Bronchique !!

Def: Ensemble des signes traduisant un épaississement , une dilatation ou une obstruction de la lumière bronchique.

Epaississement traduit une inflammation ou un œdème on va voir :

- une image en anneaux ou opacité linéaire parallèles dessinant des clarté tubulé.
- soit épaississement paroi bronchique
- soit atteinte du TC péri bronchovascularaire

a) Le scanner dans les dilatation de bronches:

définition de la dilatation de bronche: **dilatation localisé irréversible de l'arbre bronchique.** Très difficile à identifier en radio psk on voit mal les bronches donc on utilise le scanner.
intérêt majeur pour diagnostic et le bilan d'extension des DDB.

Pour la majorité des atteintes du parenchyme il est inutile d'injecter un produit de contraste, sauf dans un cas d'hémoptysie qui comporte deux complications majeures:

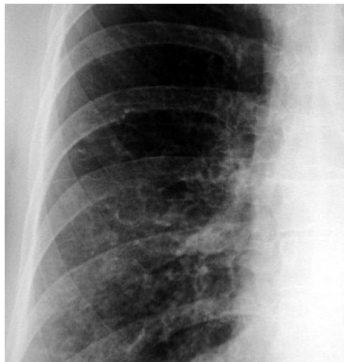
infection pulmonaires

hémoptysie: bronche qui saignent car des bronches dilatées sont très vascularisées par les artères bronchiques issues de l'**aorte**.

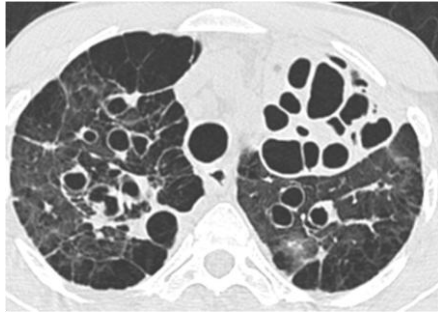
Il faut préciser:

- la topographie des DDB: localisées ou diffuse, uni ou bilatérales : qui jouent un important rôle thérapeutique (chirurgicale ou pas).
- Gravité(du plus bénin au plus grave) : DDB cylindrique, variqueuse moniliforme, kystiques en grappe. Rq: On retrouve les dilatations de bronches dans la mucoviscidose.
- Signes associés : infection (syndrome alvéolaire) et de temps en temps un collapsus pulmonaire.

Un des traitements essentiels de la DDB est la kinésithérapie respiratoire pour que le patient puisse cracher et libérer ses bronches et éviter les infections.



DDB variqueuse ou moniliforme :



DDB kystique :

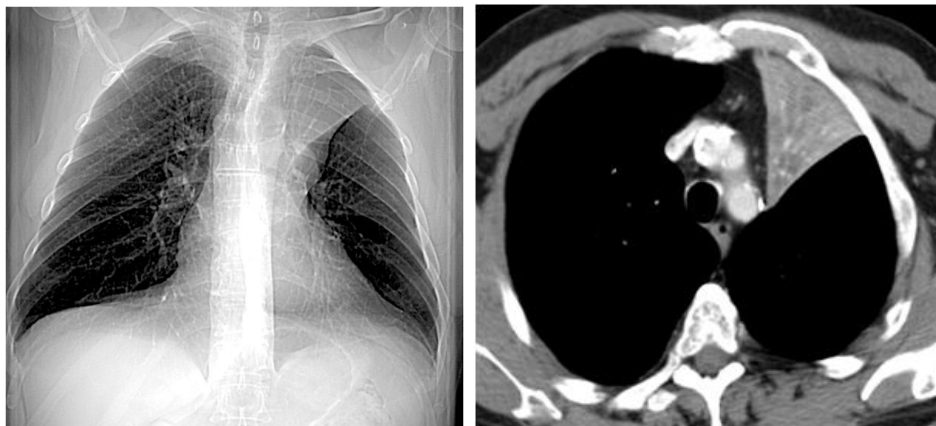
b) Obstruction de la lumière bronchique :

-Mécanisme : soit compression par processus extrinsèque soit par processus endo-bronchiques (le plus souvent il s'agit d'une tumeur.)

-Signes directs: on visualise rarement t'obstacle sur une radiographie thoracique cela se voit beaucoup plus facilement sur le scanner.

-signe indirects (que l'on voit bien en radiographie) : atélectasie (le territoire pulmonaire dépendant de la bronche sténosée se collapse car qu'il va se densifier puisqu'il n'est plus aéré, il va se rétracter) ou collapsus pulmonaire +++ , piégeage (sa ne se bouche pas l'air est piégé à l'intérieur du poumon).

c) Atélectasie :



Opacité systématisée le plus souvent lobaire ou segmentaire.

s'accompagnant d'une **perte de volume pulmonaire** !!! Comme ça se rétracte sa va attirer tous ce qui est autour cad : scissure, médiastin, coupes, hiles.

toute obstruction bronchique ne s'accompagne pas toujours atélectasie car il y a des pores de « khonn » (incompréhensible ??) qui peuvent ventiler les territoires et compenser l'obstruction bronchique.

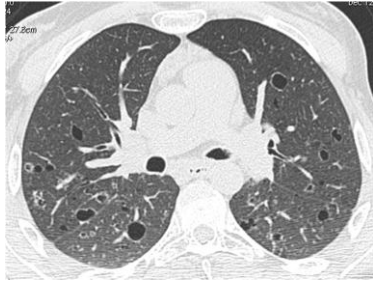
V Les kystes pulmonaires :

hyper clarté du parenchyme bordée d'une paroi fine < 4mm : problème diagnostique avec bulle a paroi <1 mm et cavité a paroi >4mm

Analyse:

- nombre
- topographie
- anomalies associées
- contexte clinique

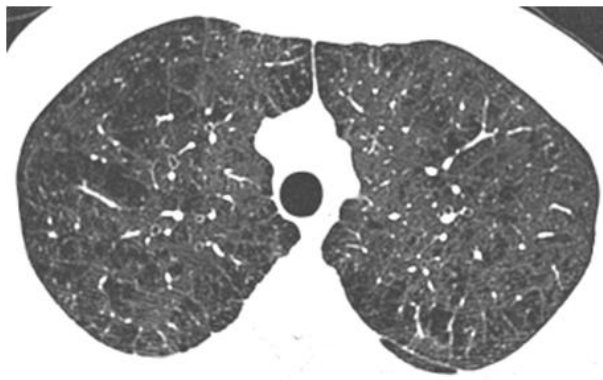
(Rq: emphysème : destruction du parenchyme pulmonaire lié au tabac)



Kyste:



Kyste en rayon de miel :



Emphysème :