

Les Syndromes radiologiques

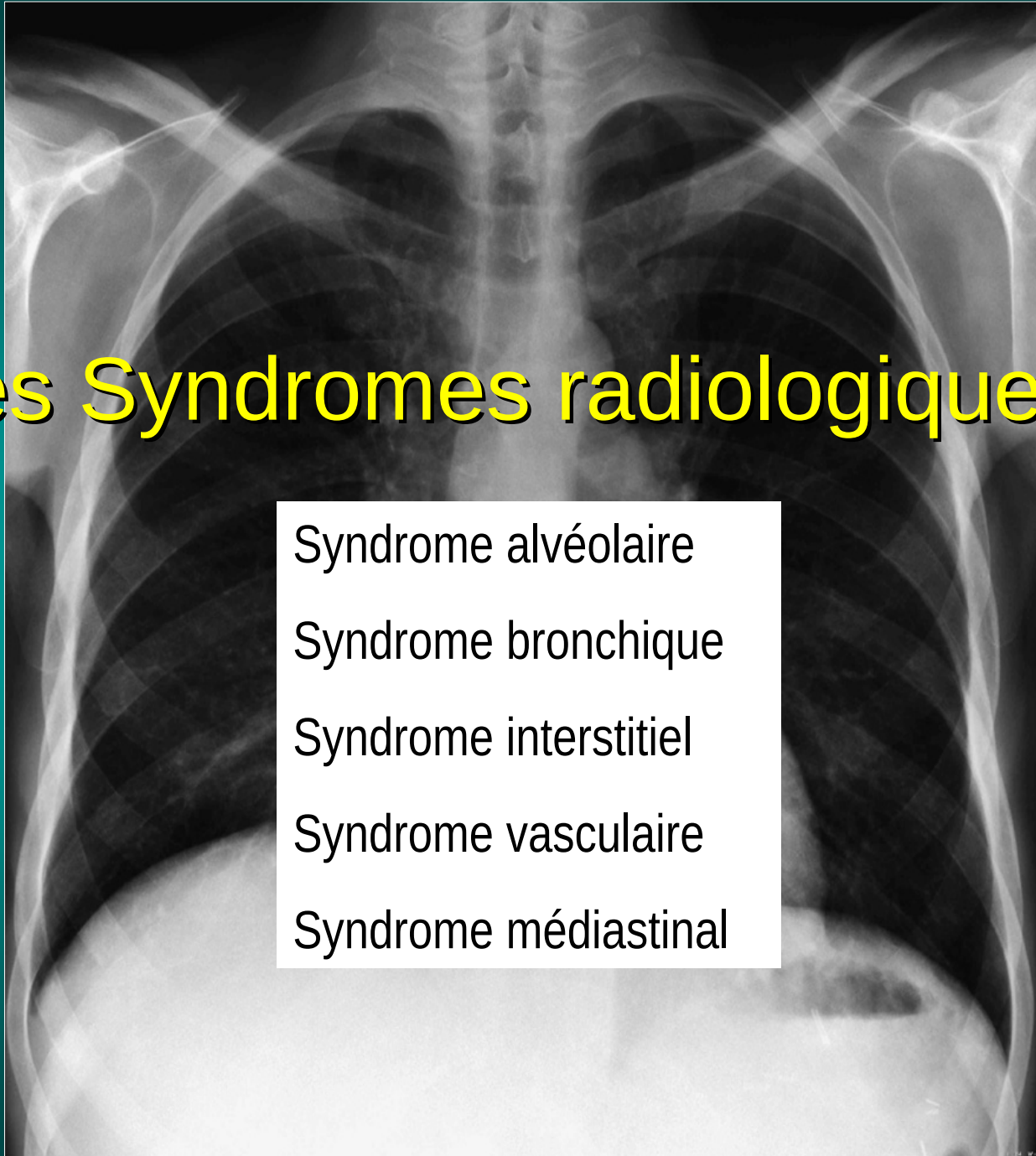
Syndrome alvéolaire

Syndrome bronchique

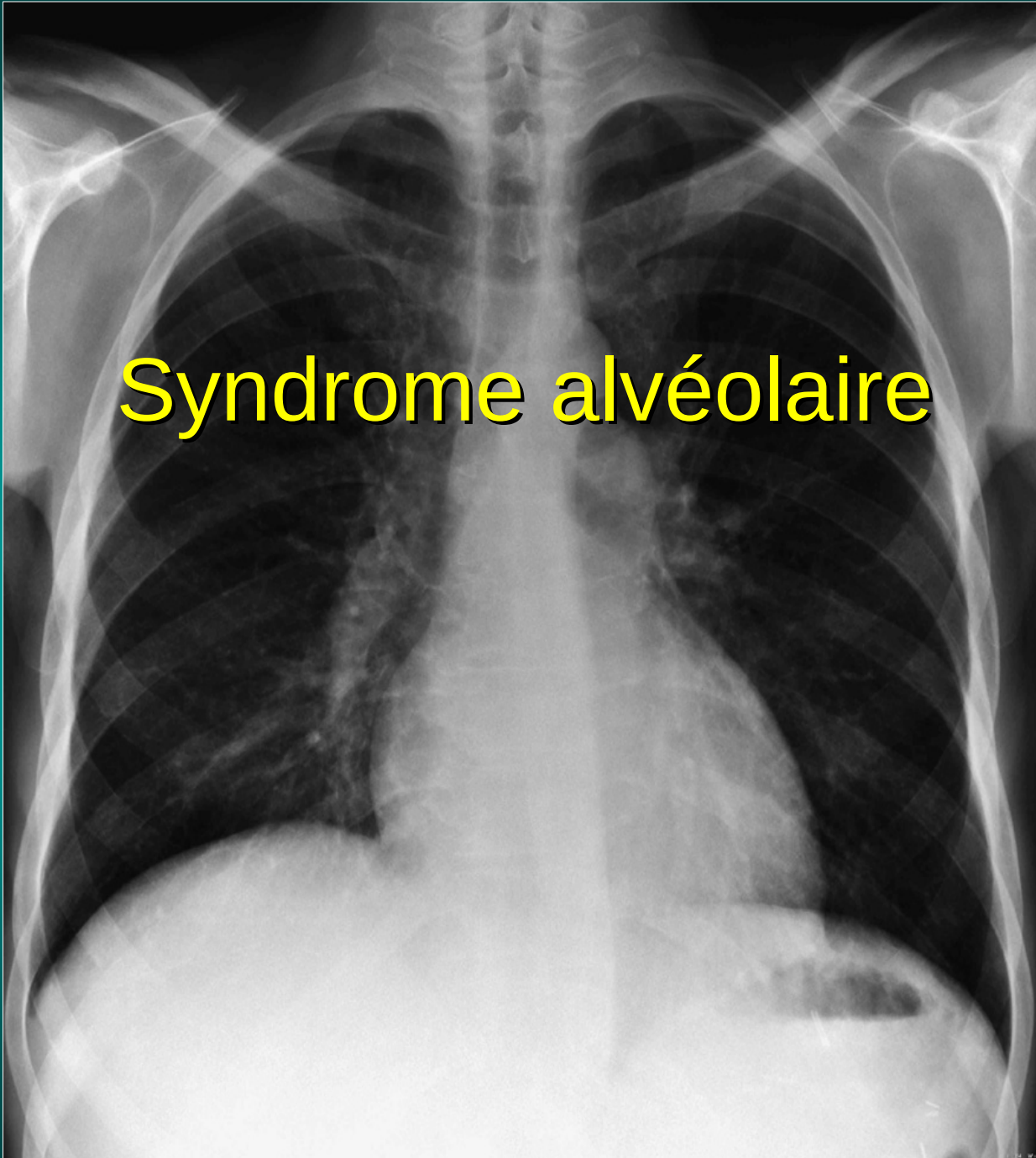
Syndrome interstitiel

Syndrome vasculaire

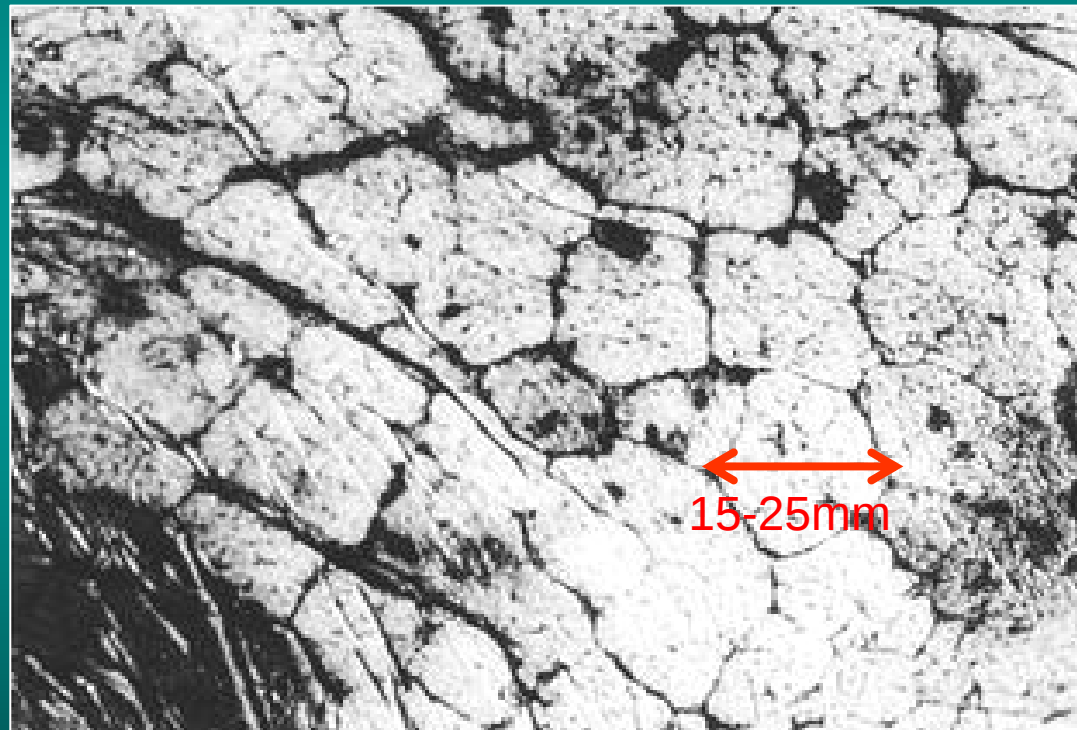
Syndrome médiastinal



Syndrome alvéolaire



Architecture pulmonaire:
l'unité morphologique est le lobule



Acinus et lobule

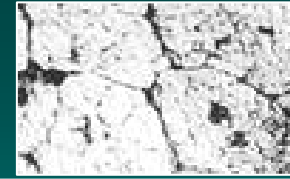
Lobule : unité morphologique, plus petite unité anatomique, ventilé par une Bronchiole centro lobulaire accompagnée de l'artère
dimension: 1 à 2,5 cm
composé de 3 à 5 acinus

Acinus : unité fonctionnelle

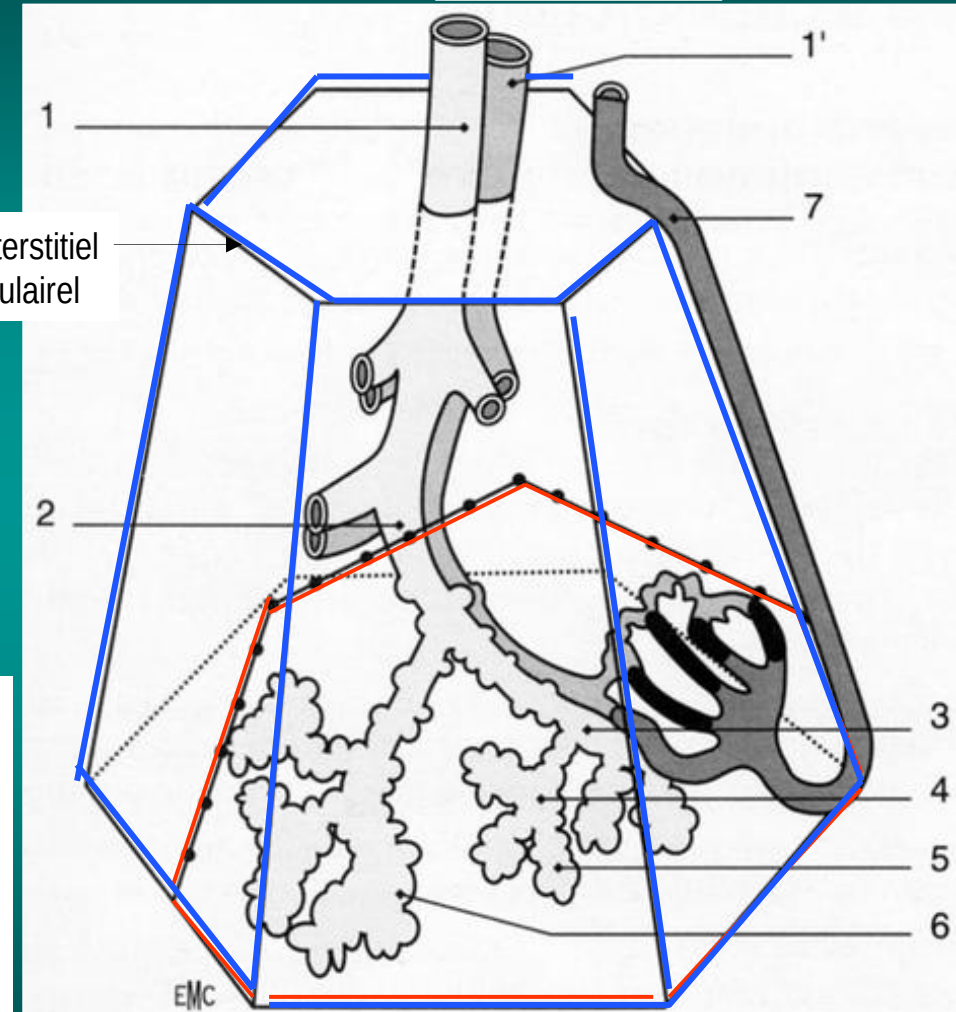
14 divisions entre la trachée et la bronchiole terminale

- 1 et 1' bronchiole & artère centro lobulaire
- 2. bronchiole et artère terminale
- 3. bronchiole respiratoire
- 4. Canal alvéolaire
- 5. Sac alvéolaire
- 6. alvéole
- 7. veine périlobulaire + vaisseaux lymphatiques

Lobule



Tissu interstitiel périlobulaire



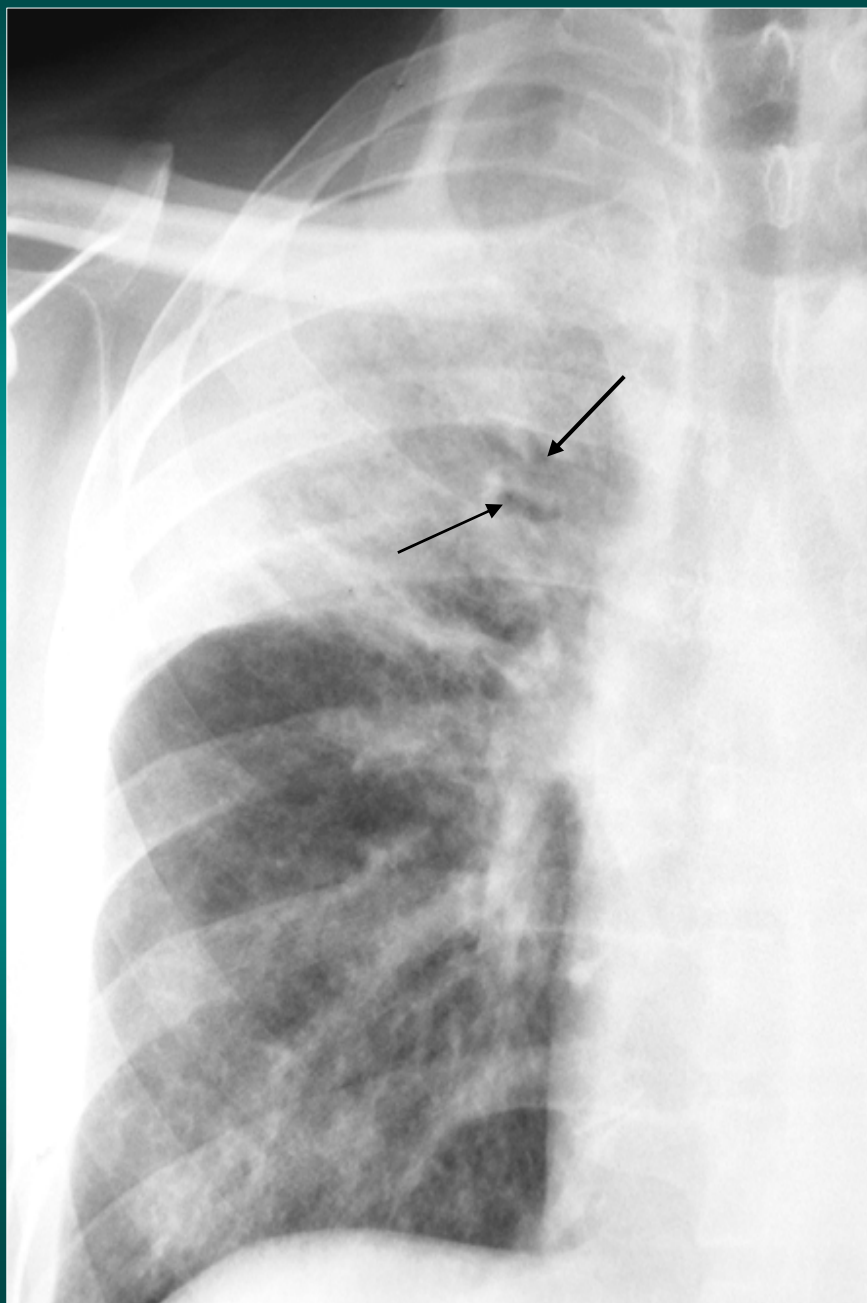
Acinus

Caractéristiques du syndrome alvéolaire

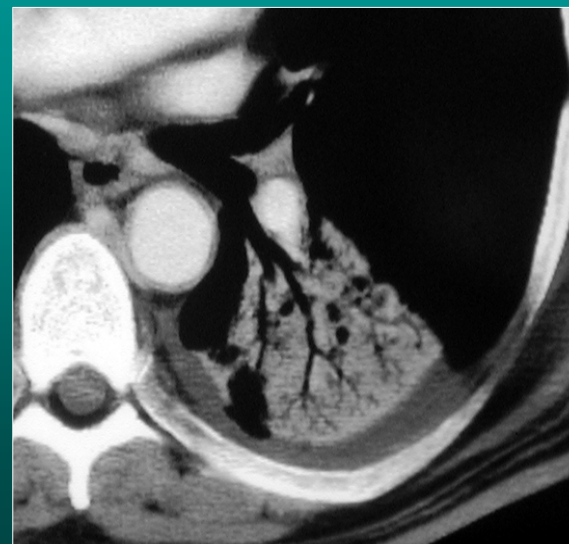
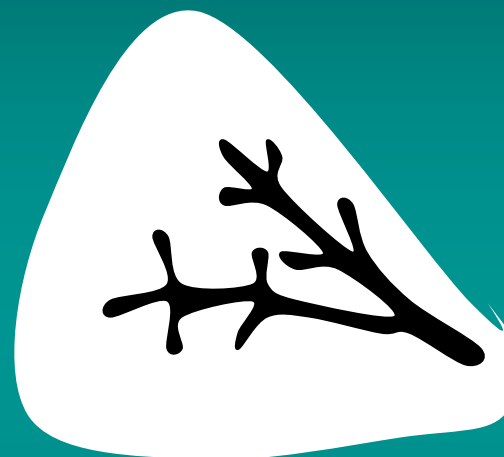
- Opacité **floue, hétérogène**
- Mal limitée (sauf si elle est en contact avec une scissure, opacité **“systématisée”**)
- présence d'un **bronchogramme aérique**
- Non rétractile (rétraction possible si évolution chronique)

Condensation alvéolaire





Opacité systématisée avec un
bronchogramme aérique



Principales étiologies du syndrome alvéolaire localisé

Aigu

Infections (bactériennes, virales)

Tuberculose

Oedème pulmonaire localisé
Infarctus pulmonaire
Traumatisme pulmonaire
Syndrome radique (phase aiguë)
Mycose
Syndrome de Loeffler
Forme alvéolaire de la Sarcoïdose

Chronique

Pneumonie chronique
Pneumonie chronique à éosinophiles
Cancer bronchiolo-alvéolaire
Lymphome et hémopathies

Principales étiologies du syndrome alvéolaire diffus

Aigu

Infections (bactériennes, virales, opportunistes)

Tuberculose, Mycoses

Oedème pulmonaire

Traumatisme (contusion, embolie graisseuse)

Angéite

Hémorragie pulmonaire

Syndrome de Loëffler, Poumon éosinophile

Pneumonie d'hypersensibilité (alvéolite allergique)

Chronique

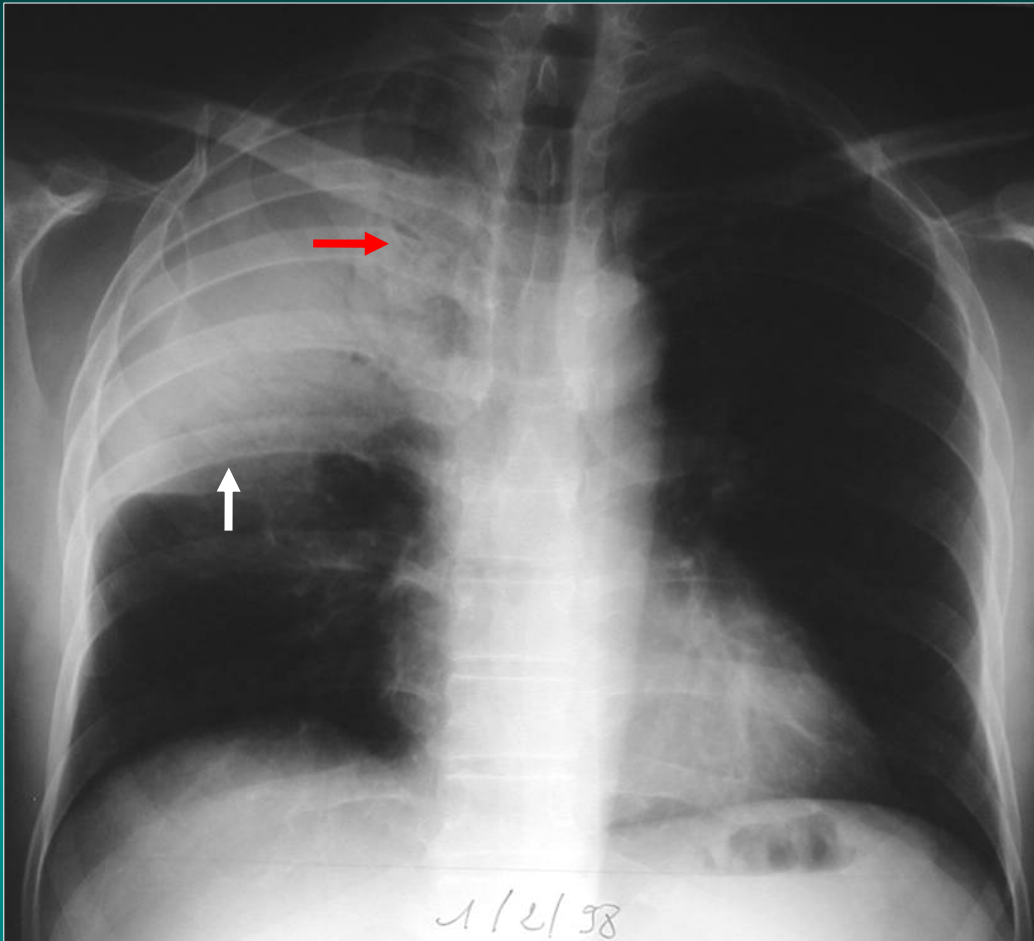
Lymphome et hémopathies

Sarcoïdose

Protéïnose alvéolaire pulmonaire

Pneumonie lipidique

Pneumonie interstitielle desquamative

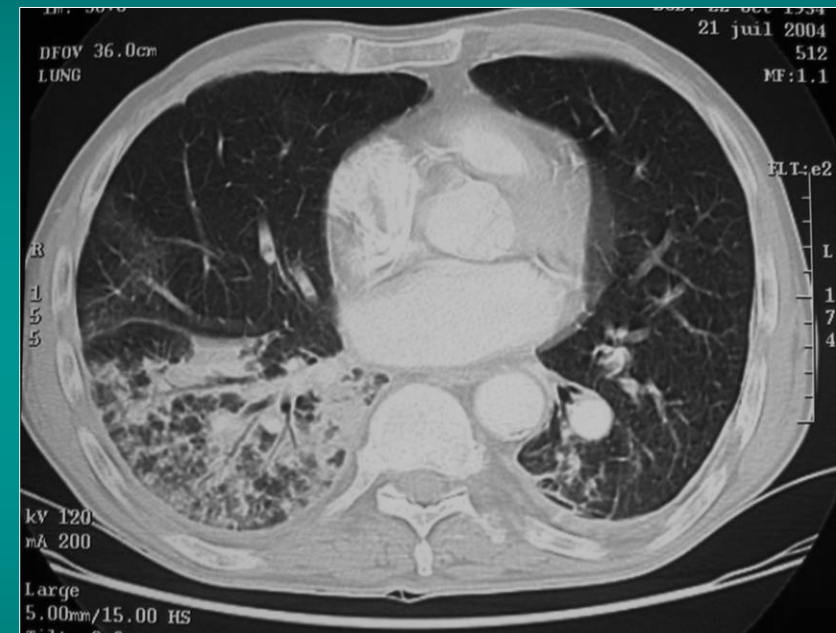
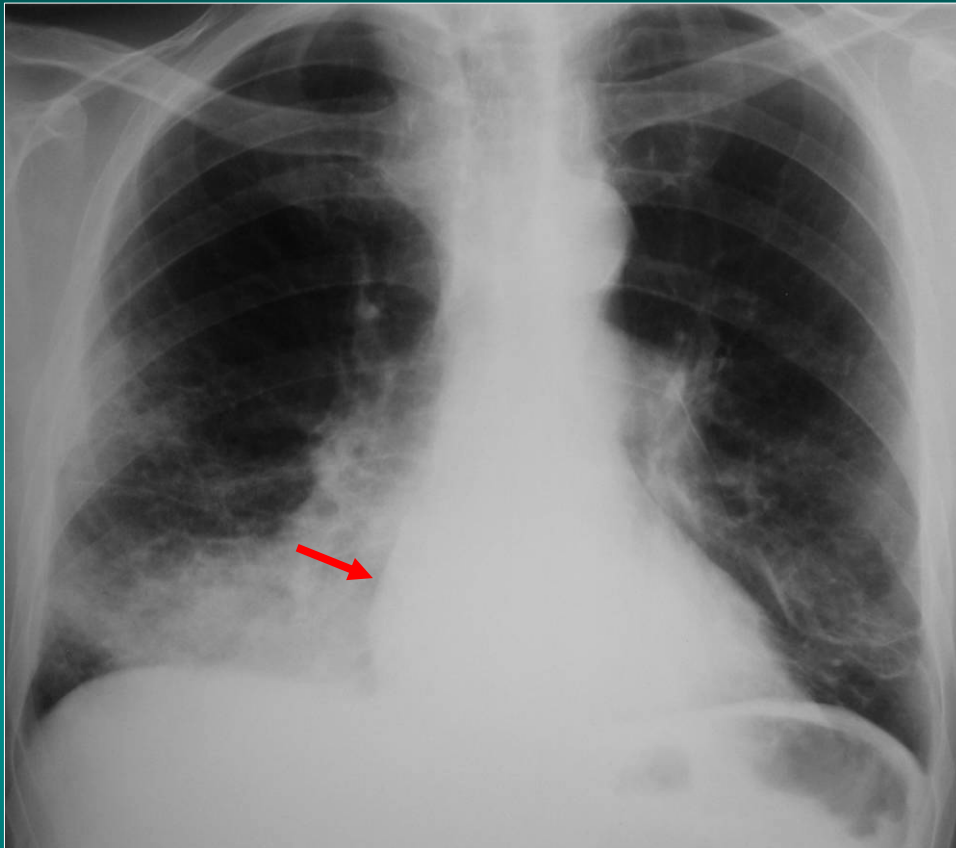


Jeune adulte, sans antécédents,
fièvre, frissons, de **survenue brutale**,
avec douleur thoracique droite,
puis expectoration purulente

Pneumonie lobaire (LSD) à Pneumocoque (*Streptococcus pneumoniae*)

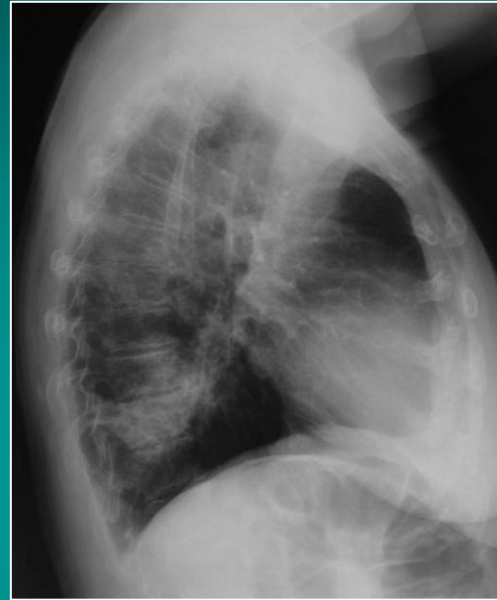
- Hétérogène
- Limite nette *au contact d'une scissure*
- Bronchogramme aérique
- Non rétractile en phase *aigüe*





Pneumonie lobaire inférieure droite
(*S. pneumoniae*)

Les pneumonies bactériennes sont souvent provoquées par des infections ORL et dentaires et par la Grippe



Pneumonie du LSD



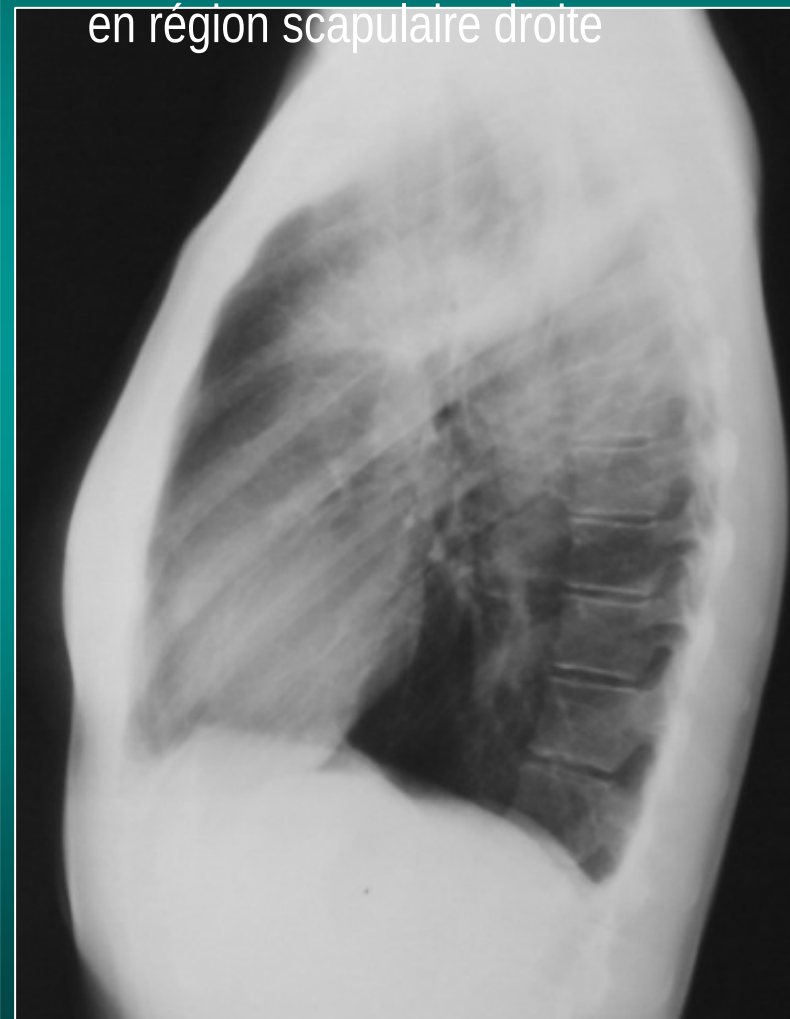
Femme 50 a à J6 d'une Grippe
t° 40° , toux et point

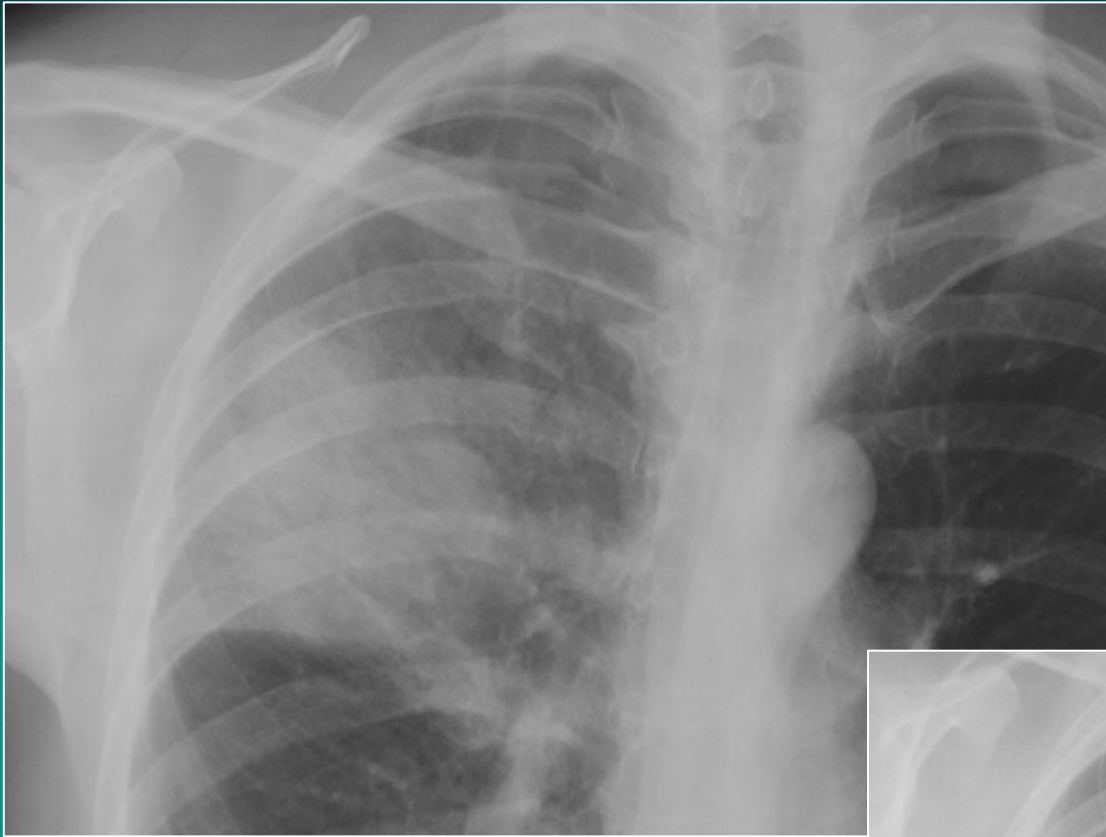
douloureux

thoracique droit

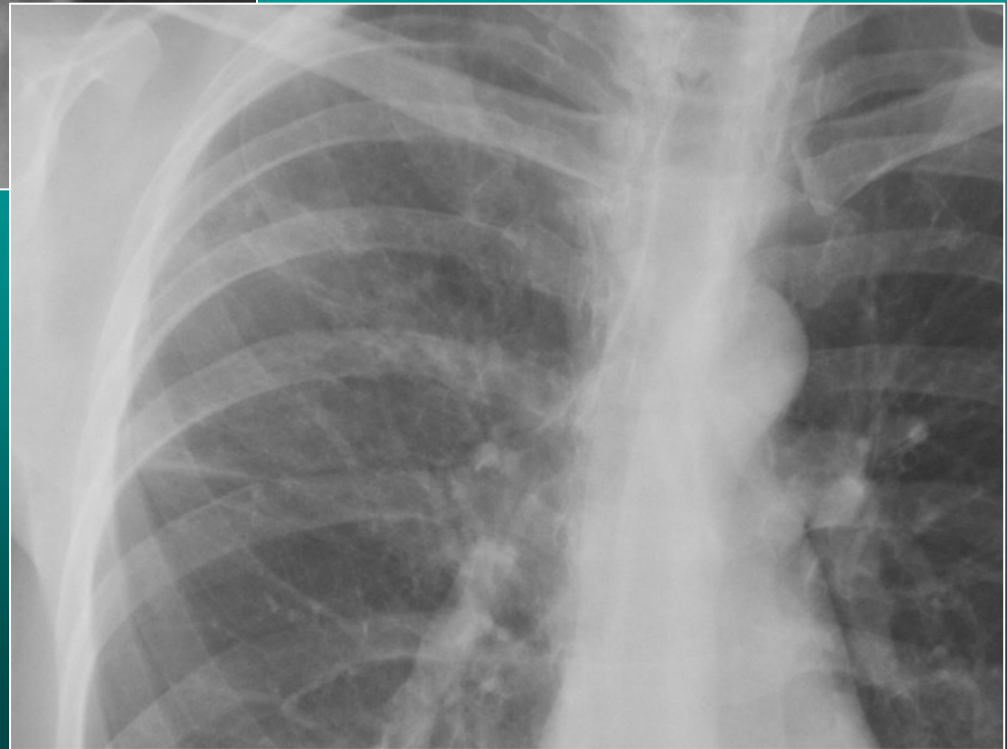
Foyer de crépitations très limité

en région scapulaire droite



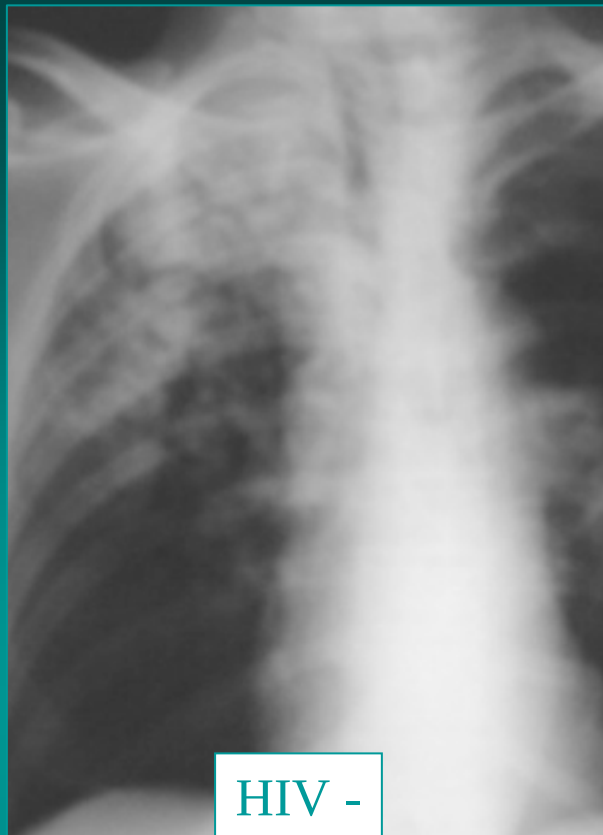


Évolution à J 10





Pneumonie bifocale : LSD (segment externe) et LIG



HIV -

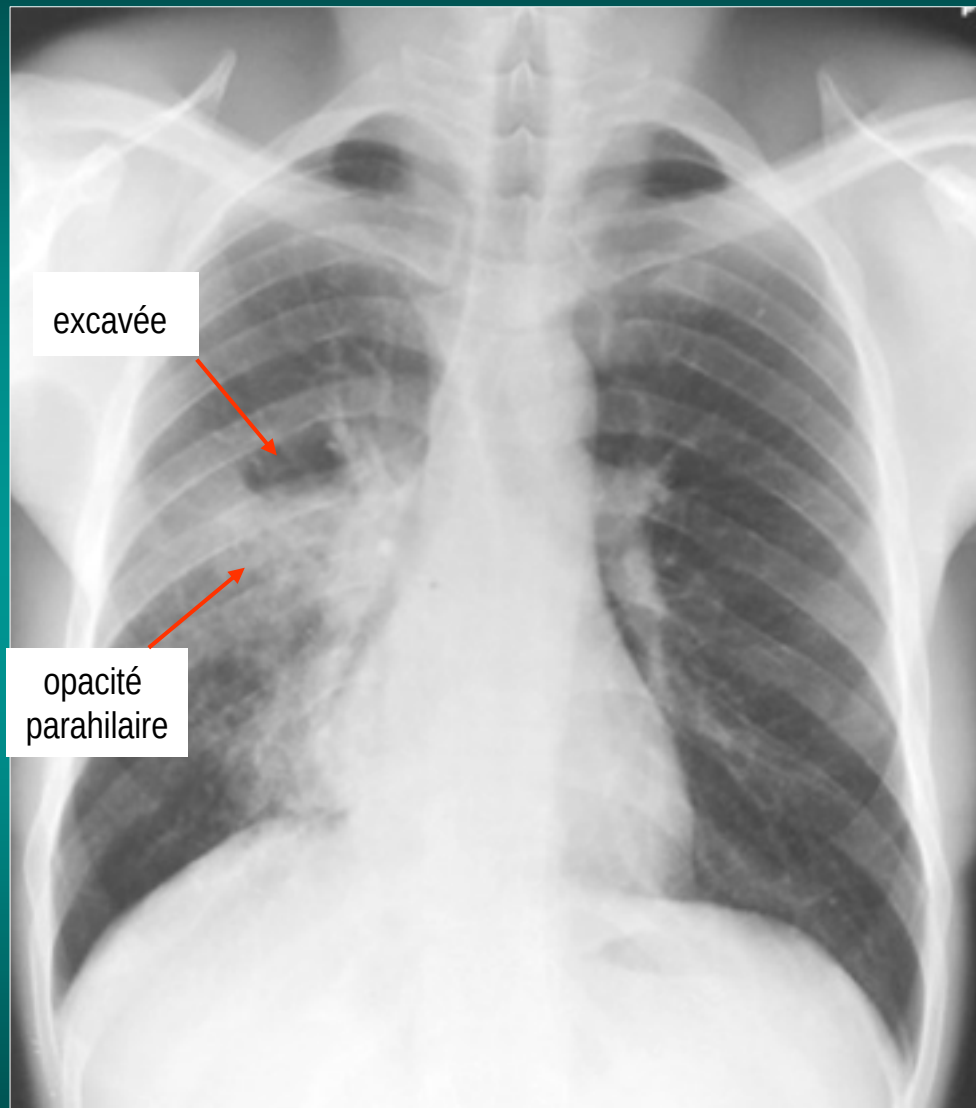


HIV+

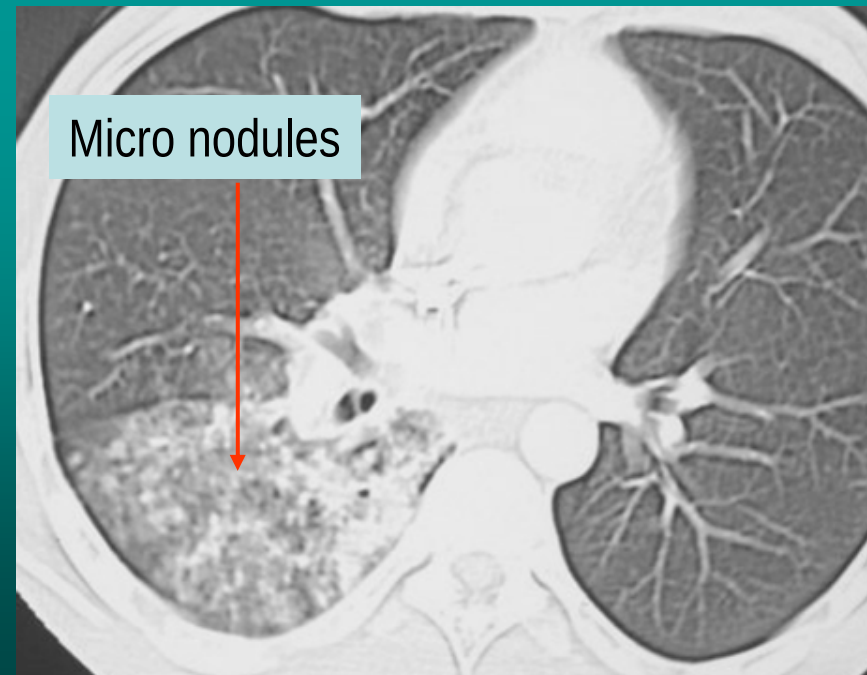
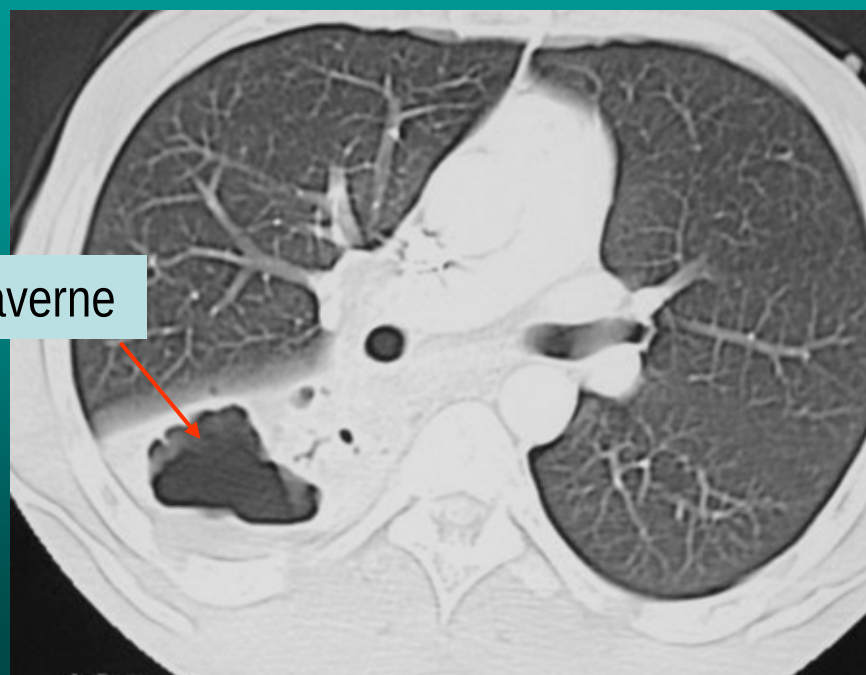
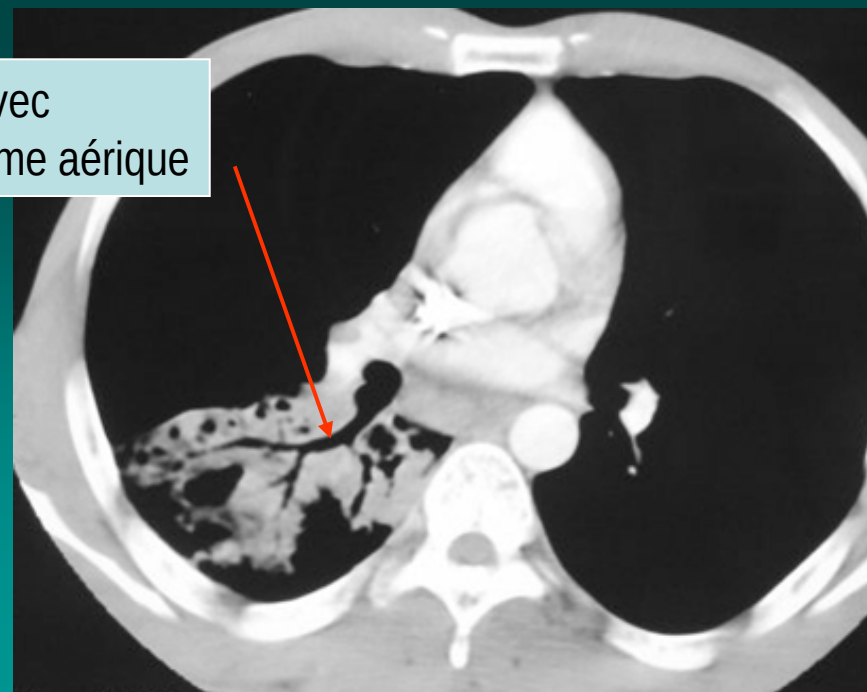
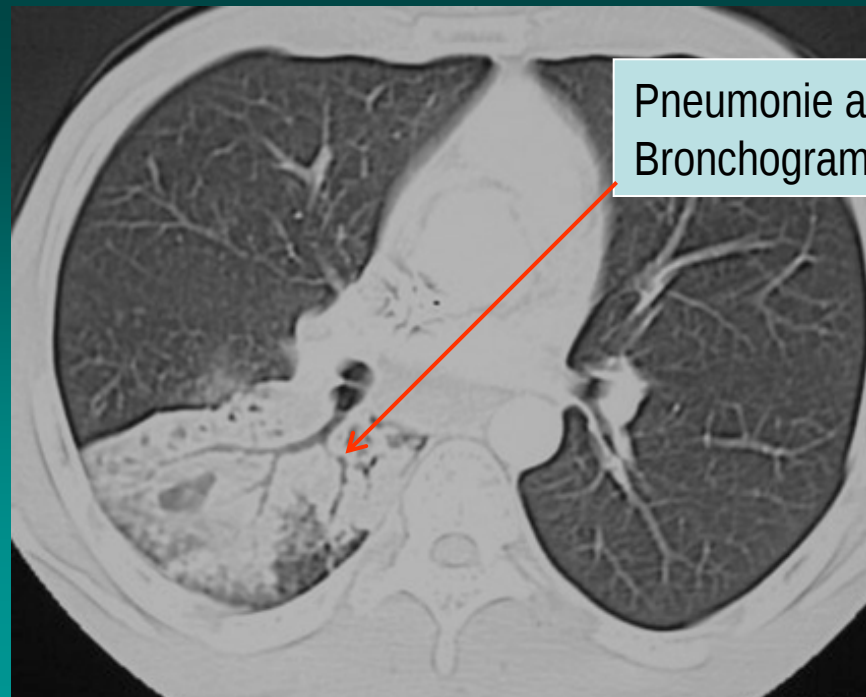


La pneumonie TB n'est pas rare dans les pays de forte
endémie TB chez les patients VIH/SIDA
mais aussi chez les patients immunocompétents

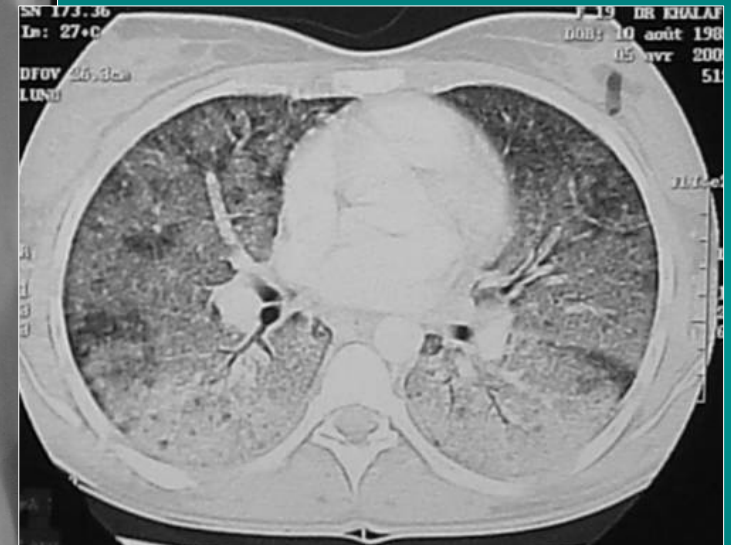
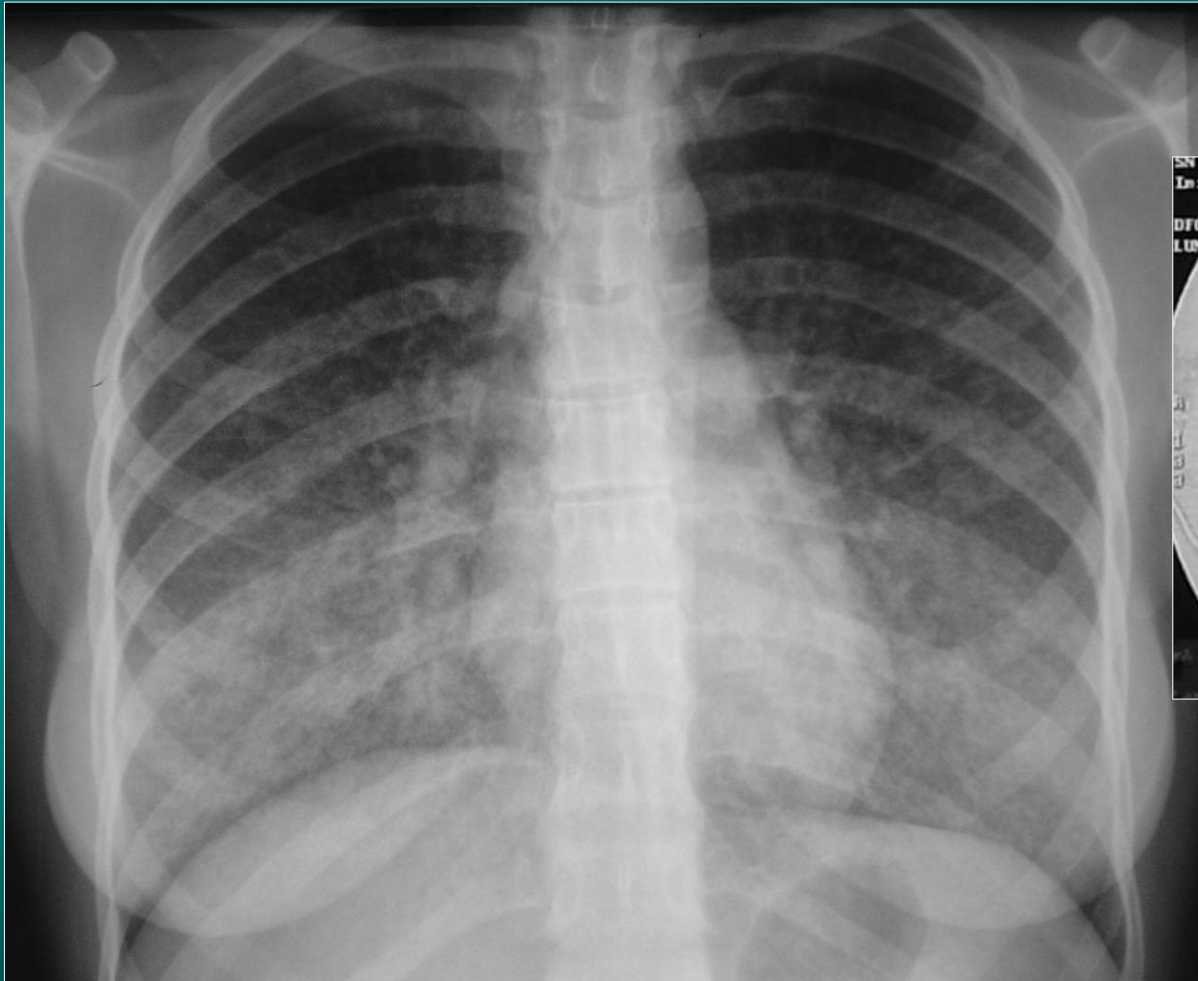
Officier Africain en stage en France, t° 38° C, BEG,
Pas de signes respiratoires



Opacité excavée du segment apical, du LID, BAAR +



Femme 20 a Pas d'antécédents respiratoires. Fièvre Insuffisance respiratoire progressive avec hypoxémie sévère . Cliché à l'admission aux soins intensifs



Principales étiologies du syndrome alvéolaire diffus

Aigu

Infections (bactériennes, virales, opportunistes)

Tuberculose, Mycoses

Oedème pulmonaire

Traumatisme (contusion, embolie graisseuse)

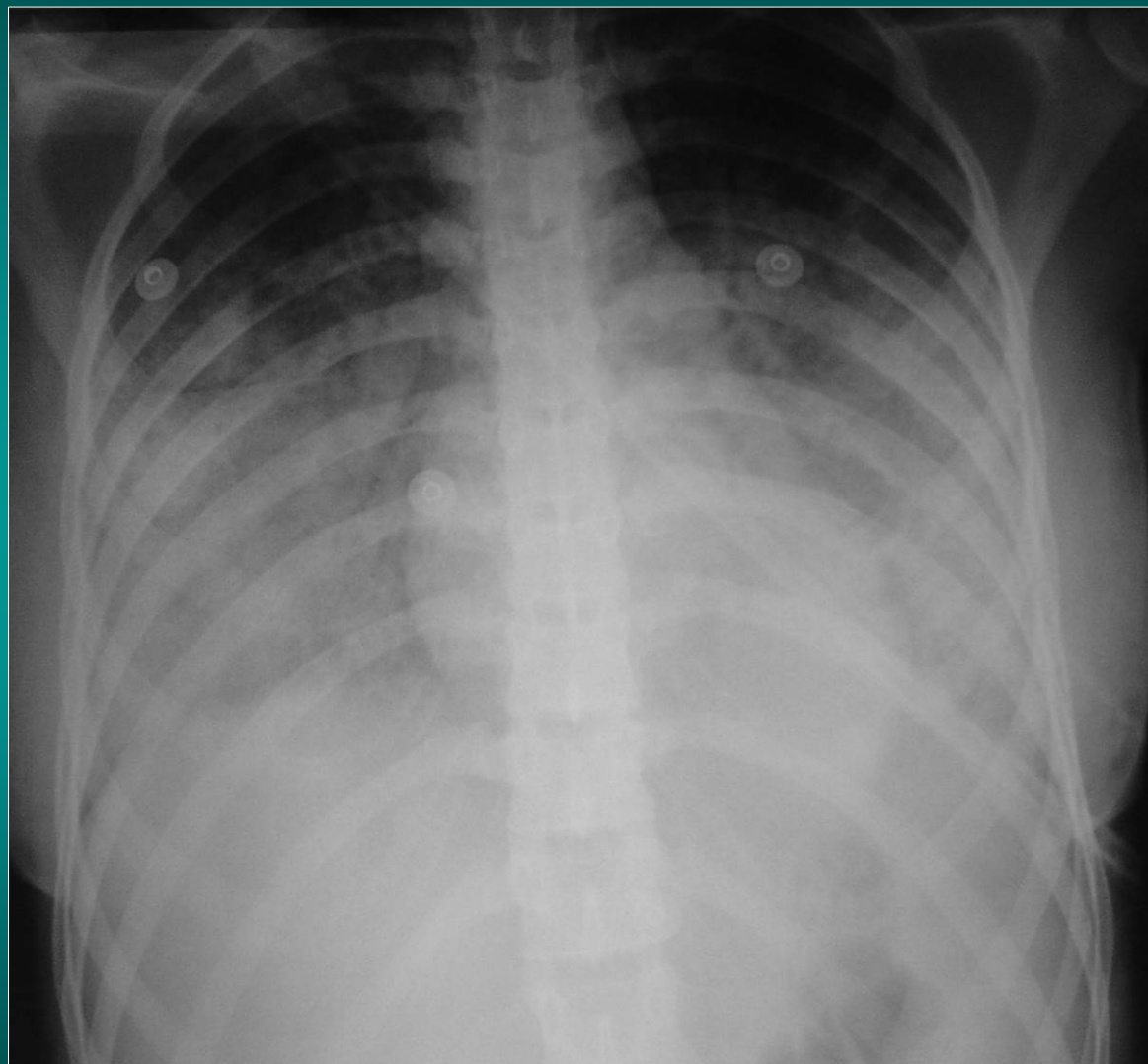
Angéite

Hémorragie pulmonaire

Syndrome de Loëffler, Poumon éosinophile

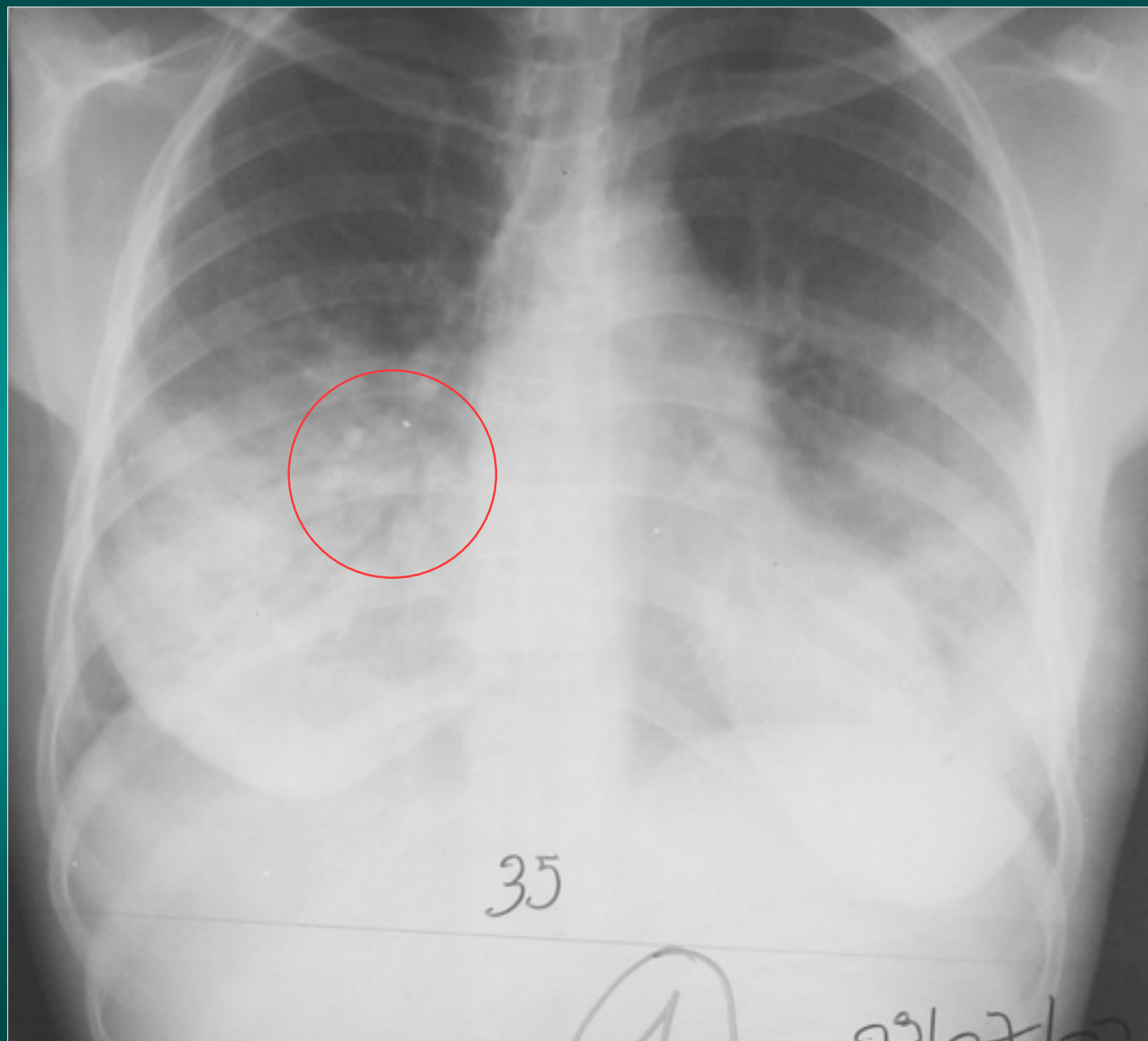
Pneumonie d'hypersensibilité (alvéolite allergique)

3 jours plus tard. Aspiration bronchique, BAAR +



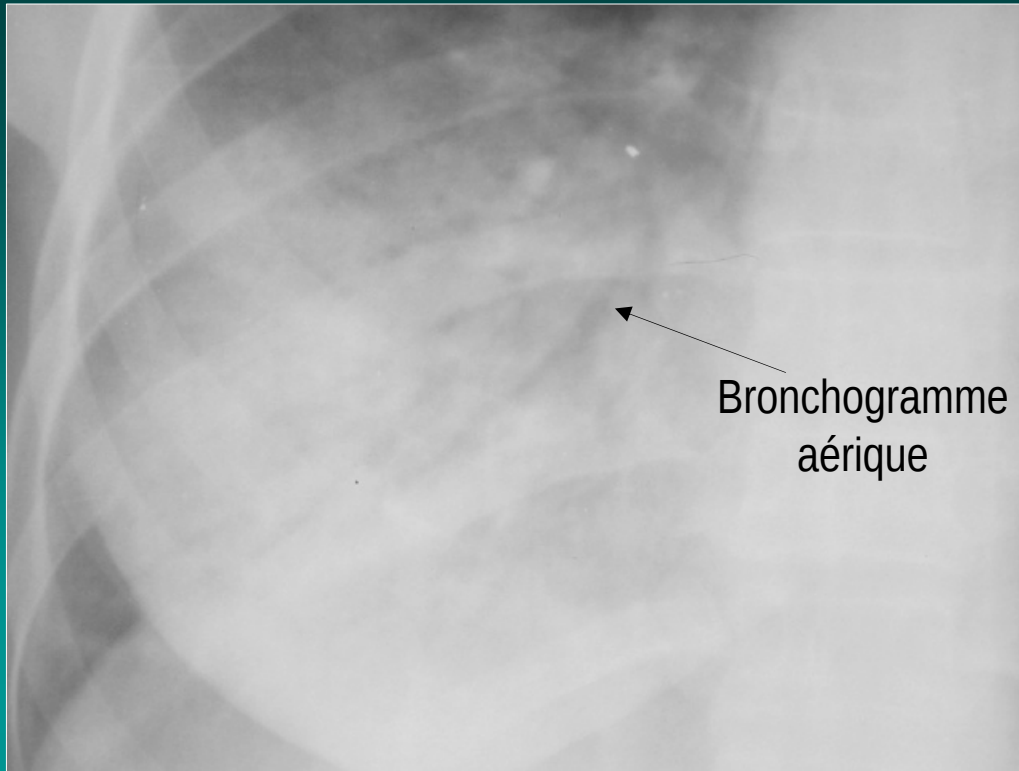
—

Femme 30a VIH +
Rép. Centrafricaine
Pneumonie non
améliorée sous
amoxicilline

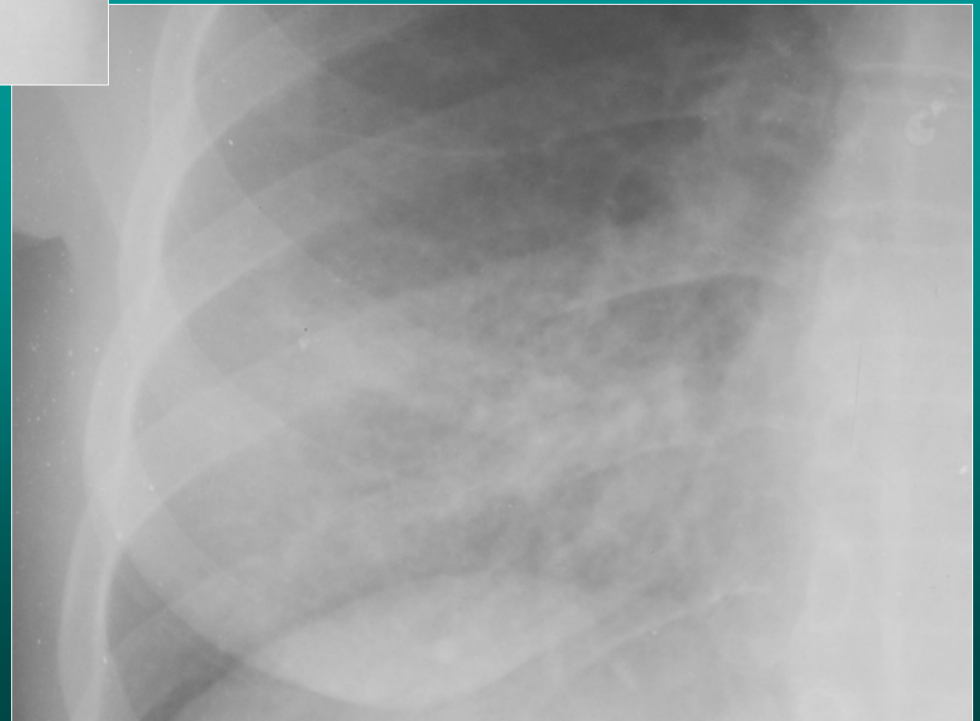


LBA : PJP

Forme Alvéolaire rare
de pneumocystose

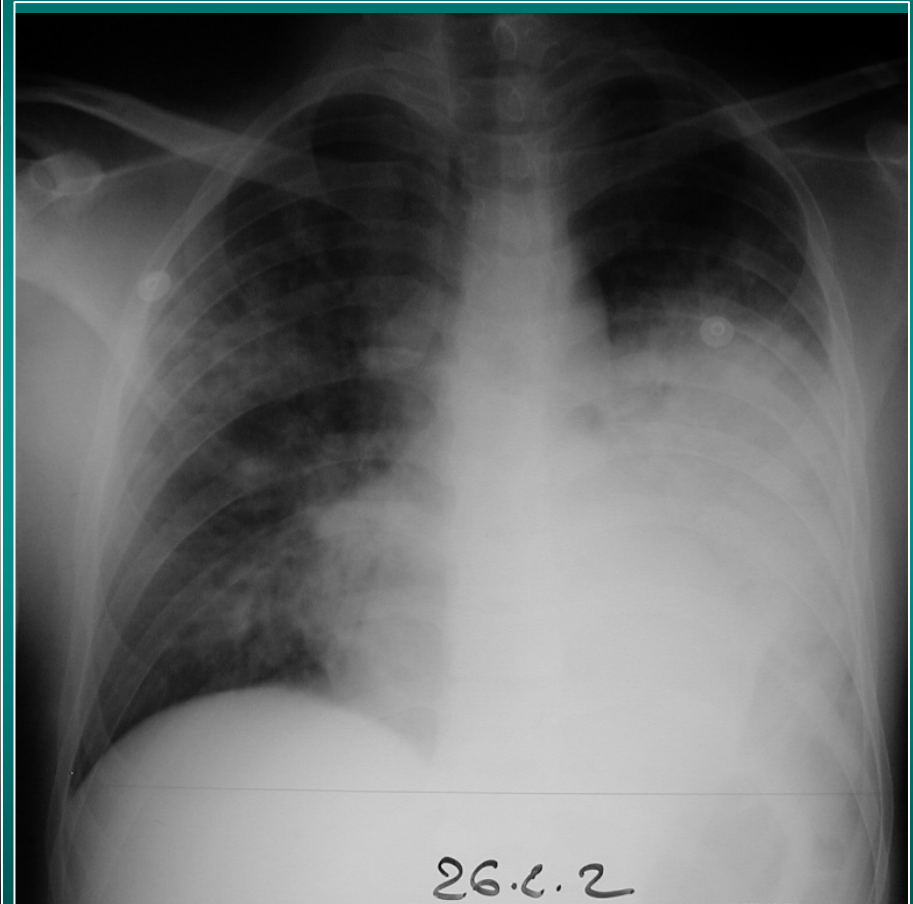
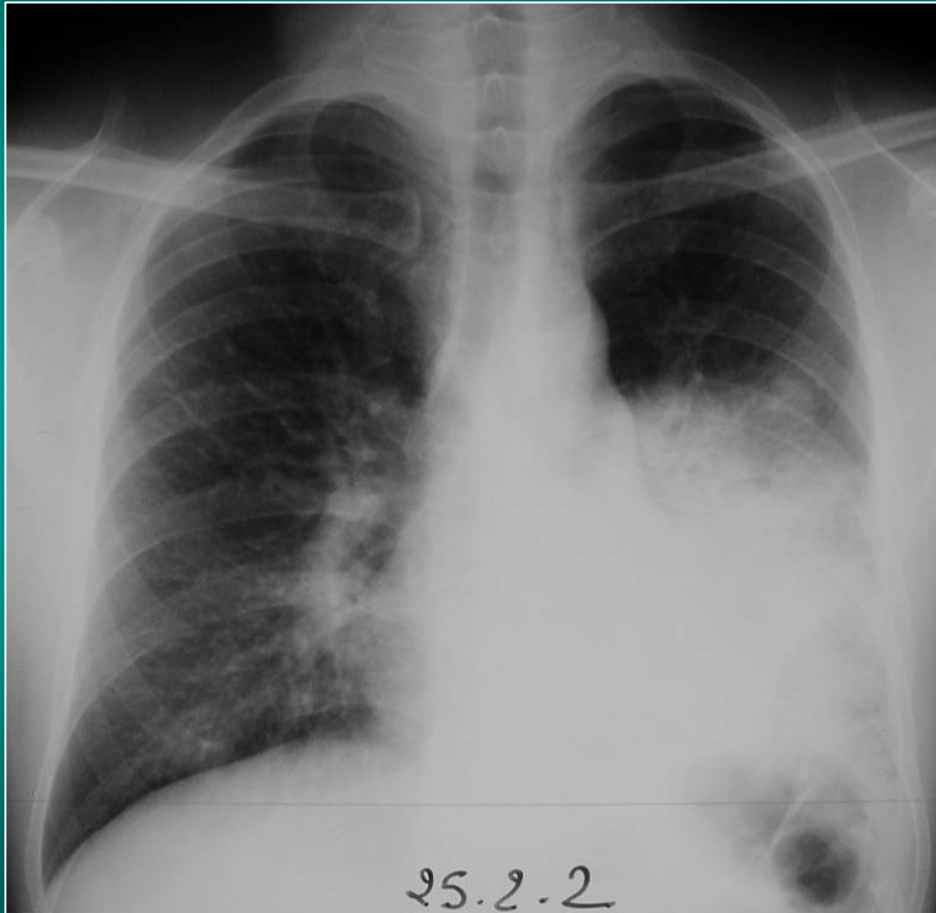


PJP - Allergie au Bactrim
⇒ Disulone
Amélioration à S3

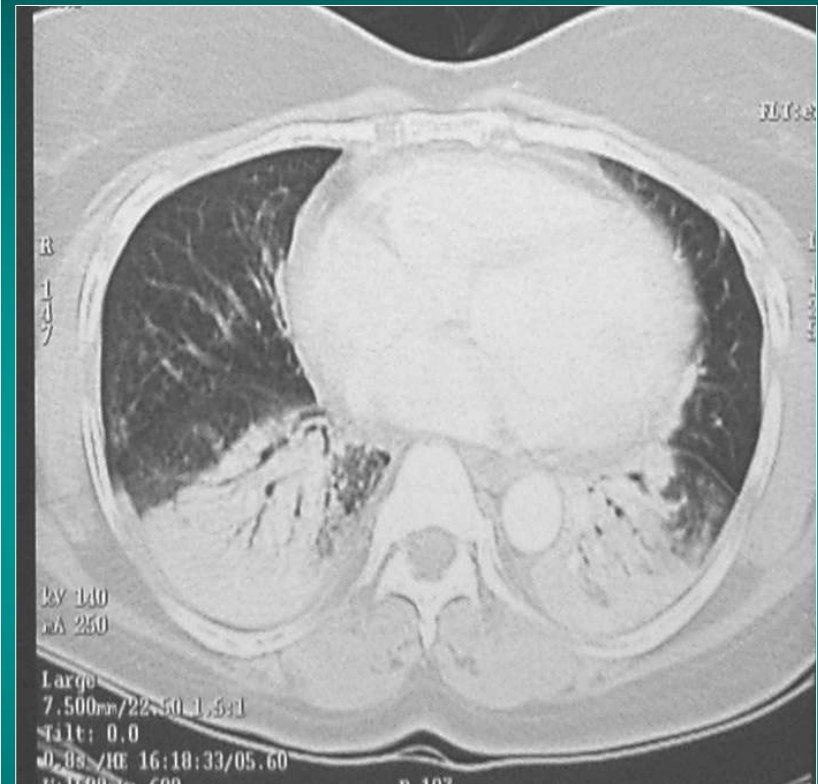
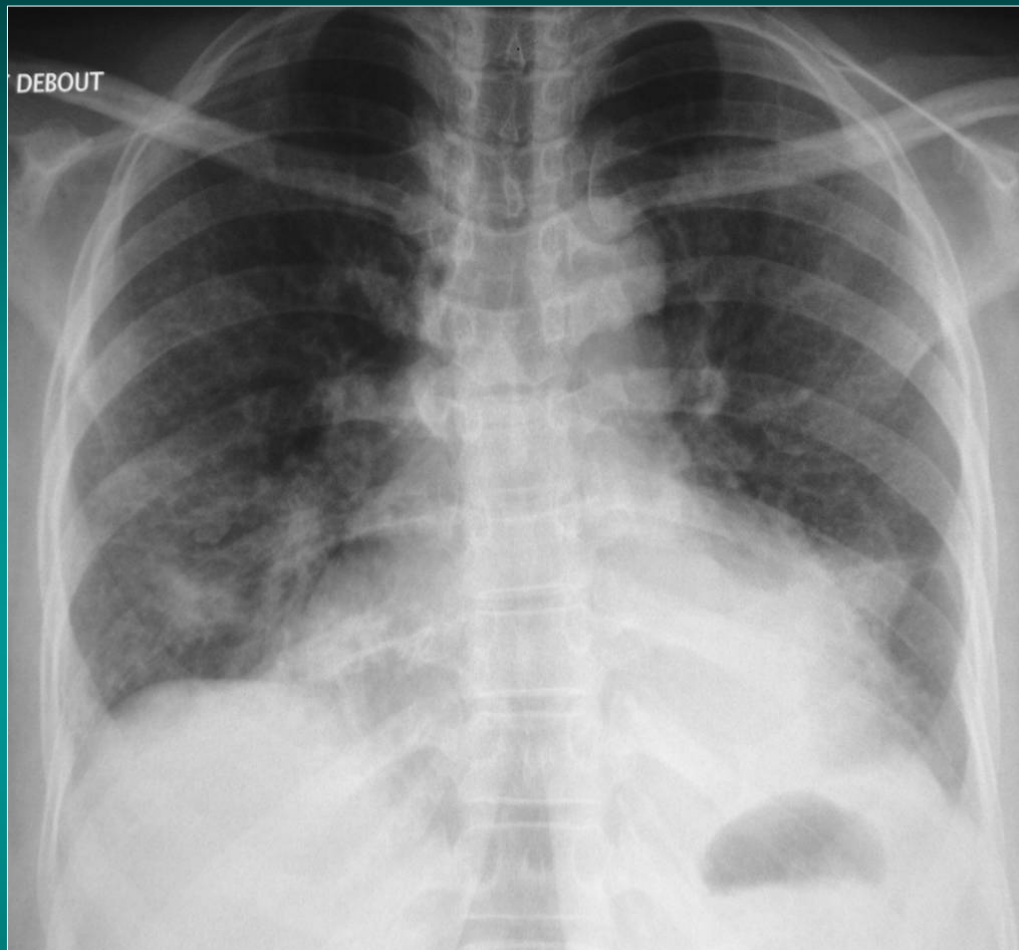


Homme 50 a, fièvre, toux, dyspnée, céphalées, douleur abdominale
Aggravation malgré un traitement par Amoxicilline

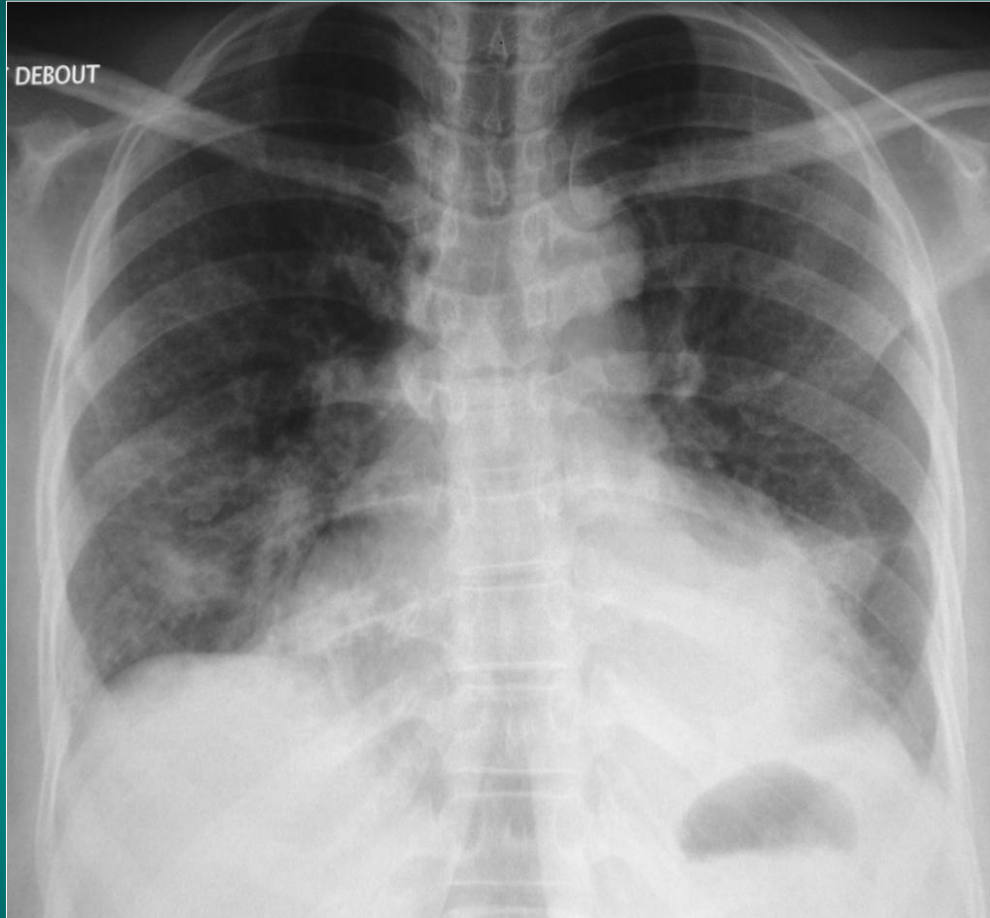
PRESCRIRE DES MACROLIDES



Maladie des légionnaires



Pneumopathie LID et LIG non améliorée par amoxicilline
PRESCRIRE DES MACROLIDES

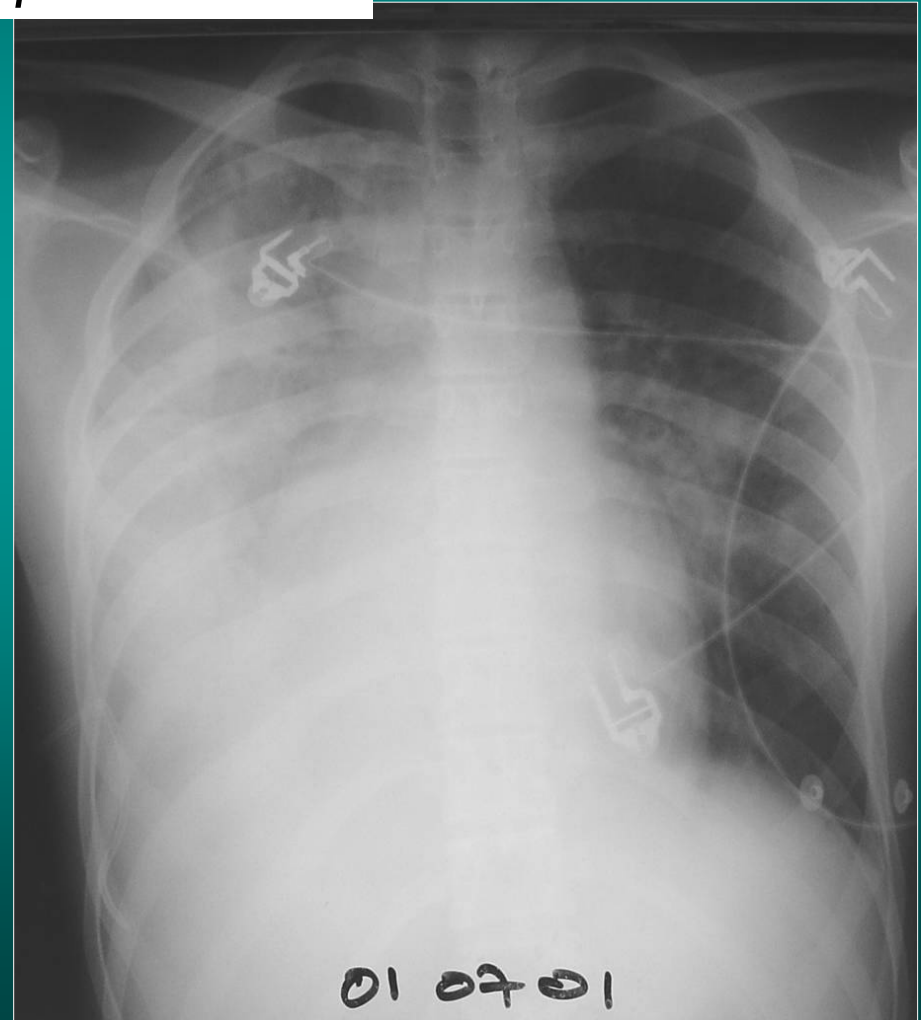


Guérison après traitement par érythromycine
Mycoplasma pneumoniae

H 35 a, t° , toux, dyspnée ++, hypoxémie : amoxicilline 3 g / j
Aggravation à J4

Erythromycine IV 3g / 24h. Amélioration en quelques jours

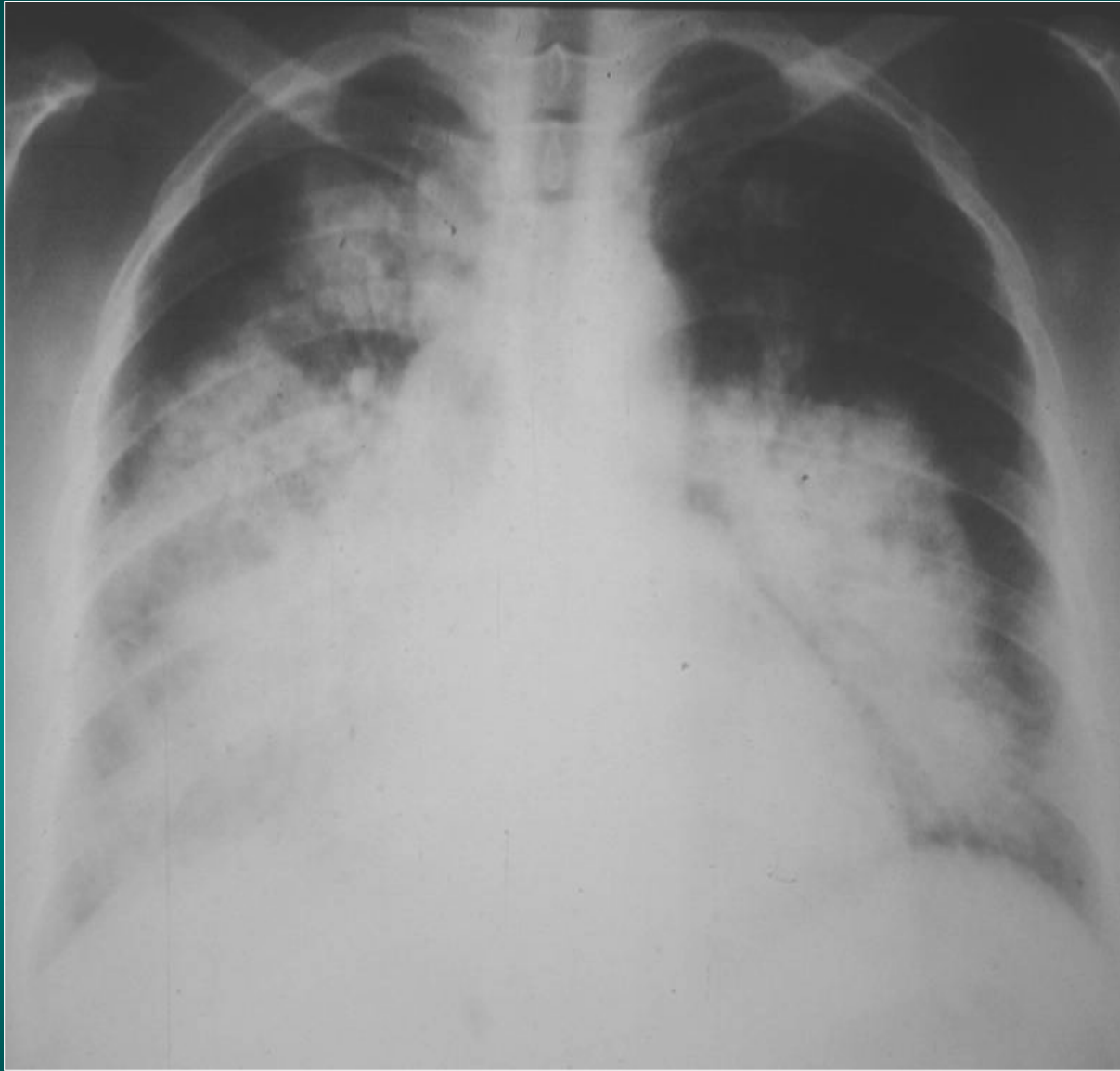
Mycoplasma pneumoniae



Œdème pulmonaire → Sd alvéolaire

2 mécanismes physiopathologiques

- Œdème hémodynamique : défaillance cardiaque G
Réversible sous traitement adapté (O₂, diurétiques, TNT...).
Pas de lésion anatomique de la “barrière alvéolo capillaire”
- Œdème lésionnel Altération de la “barrière alvéolo capillaire”
Pronostic péjoratif : hypoxémie irréversible
 - infectieux (virale ou bactérienne)
 - toxique (inhalation de gaz toxique ou ingestion de substances toxiques)
 - choc quelque soit son étiologie



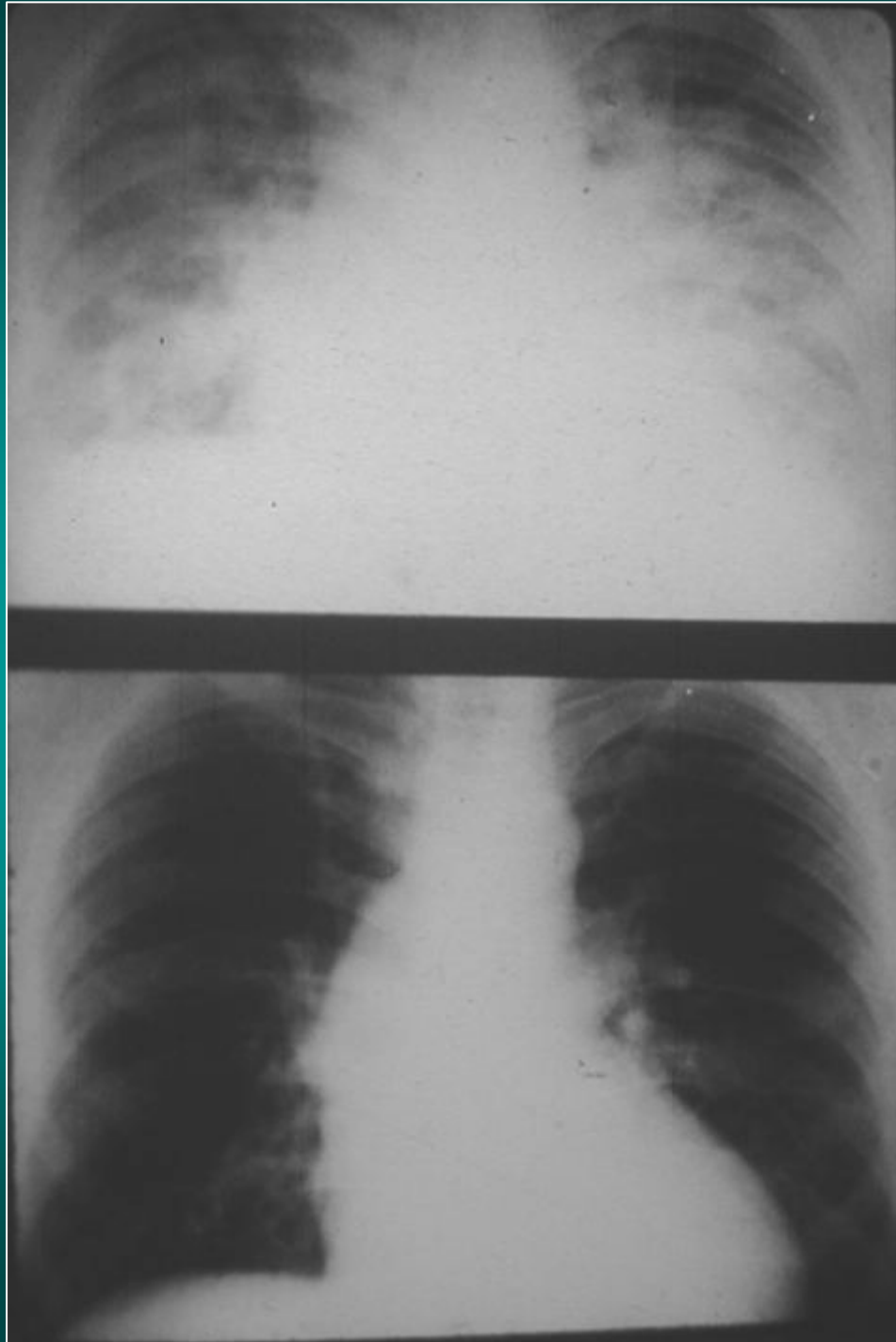
Œdème pulmonaire cardiogénique

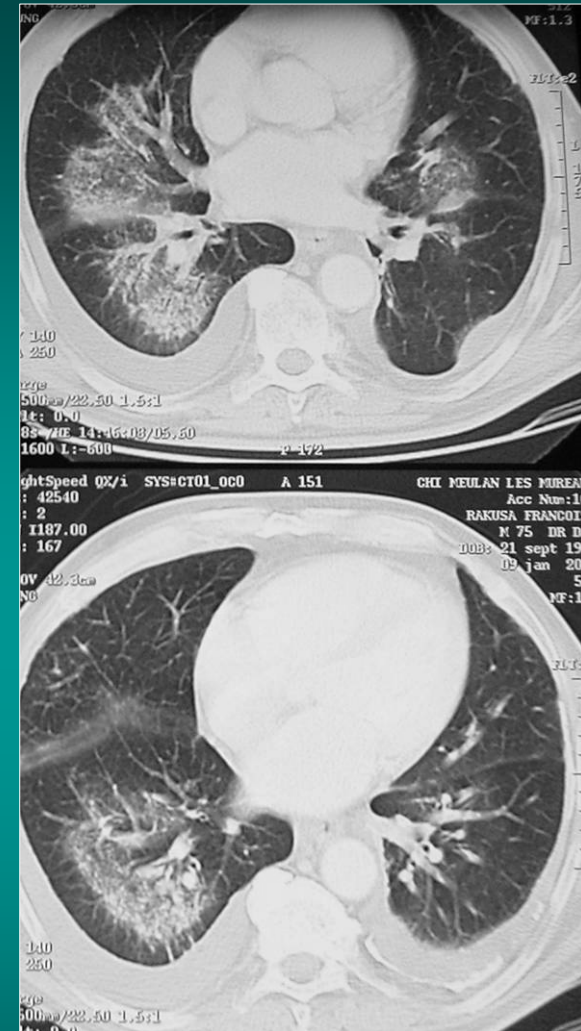
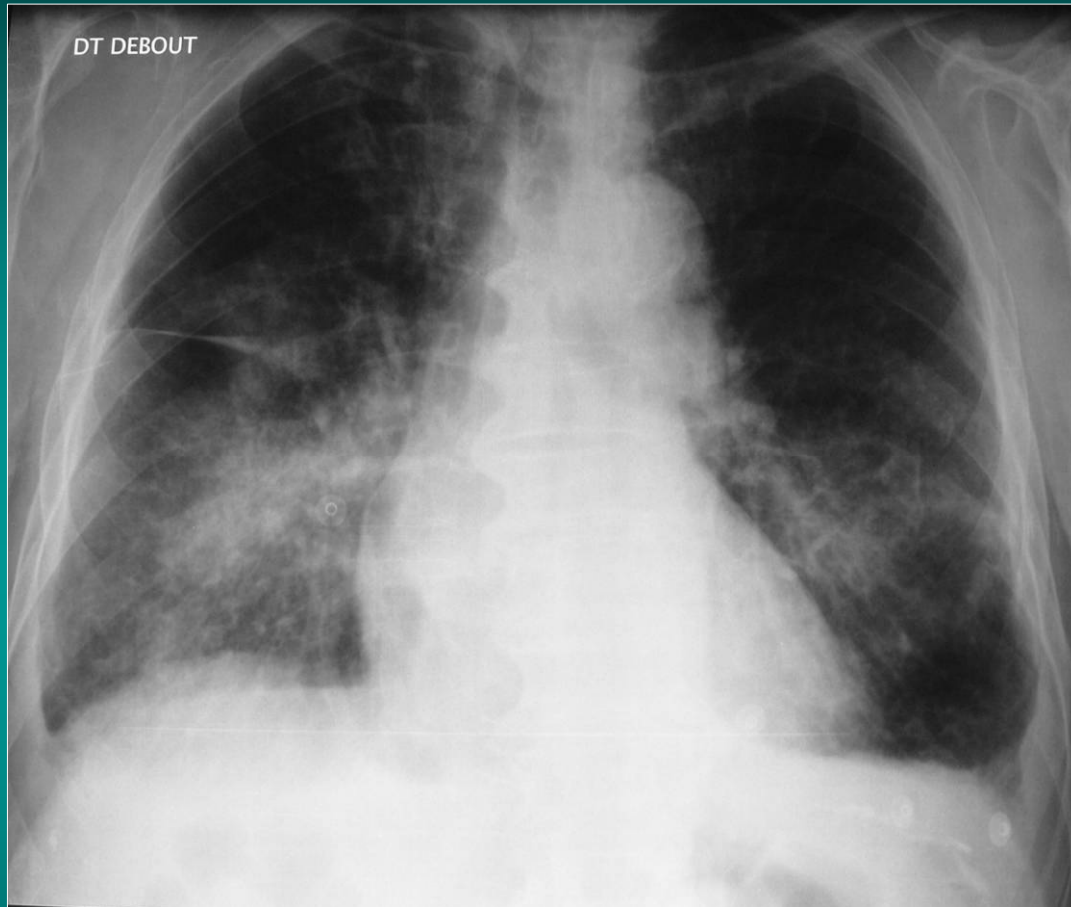


Œdème aigu pulmonaire :
image en "ailes de papillon"

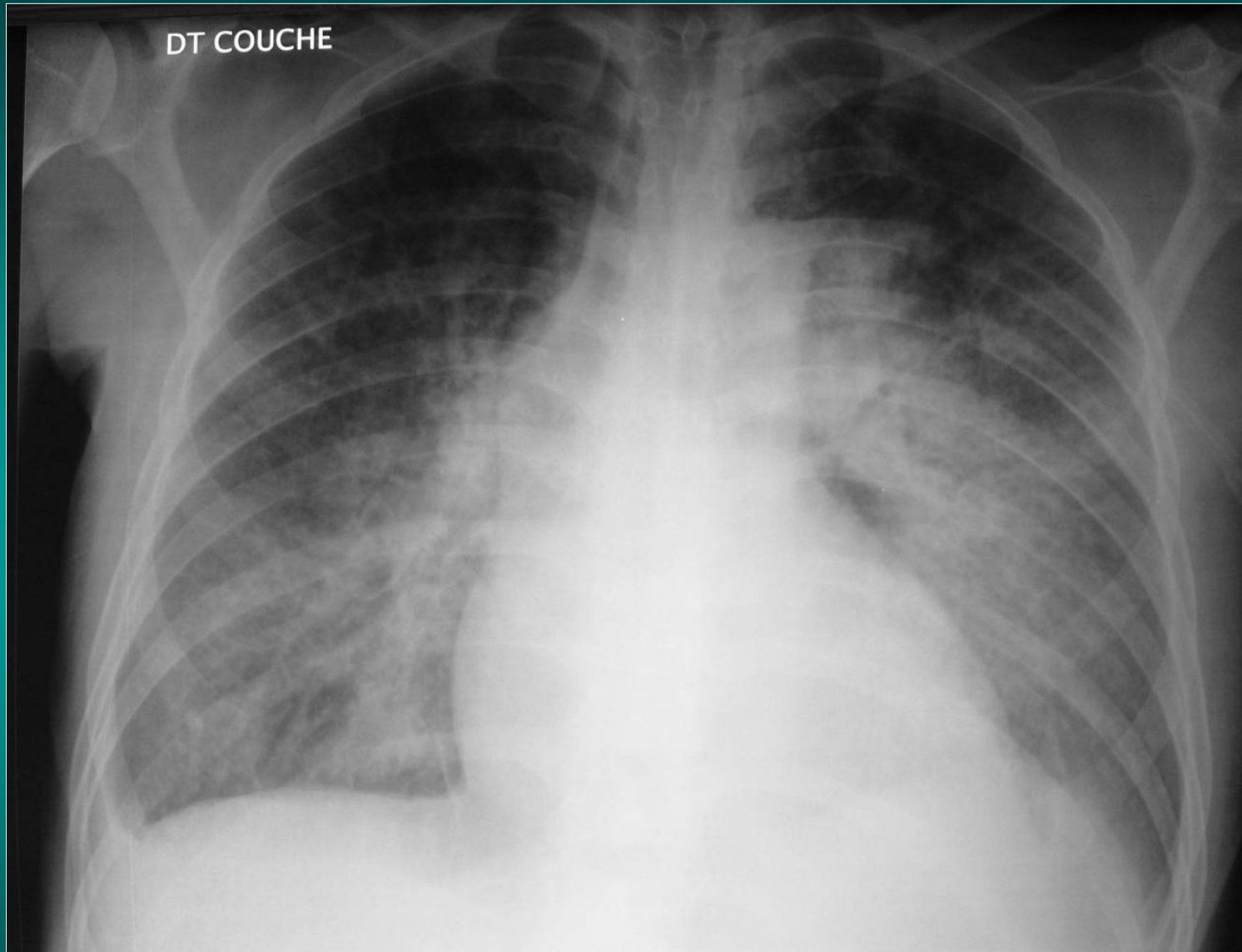
Œdème aigu
pulmonaire

Après furosémide

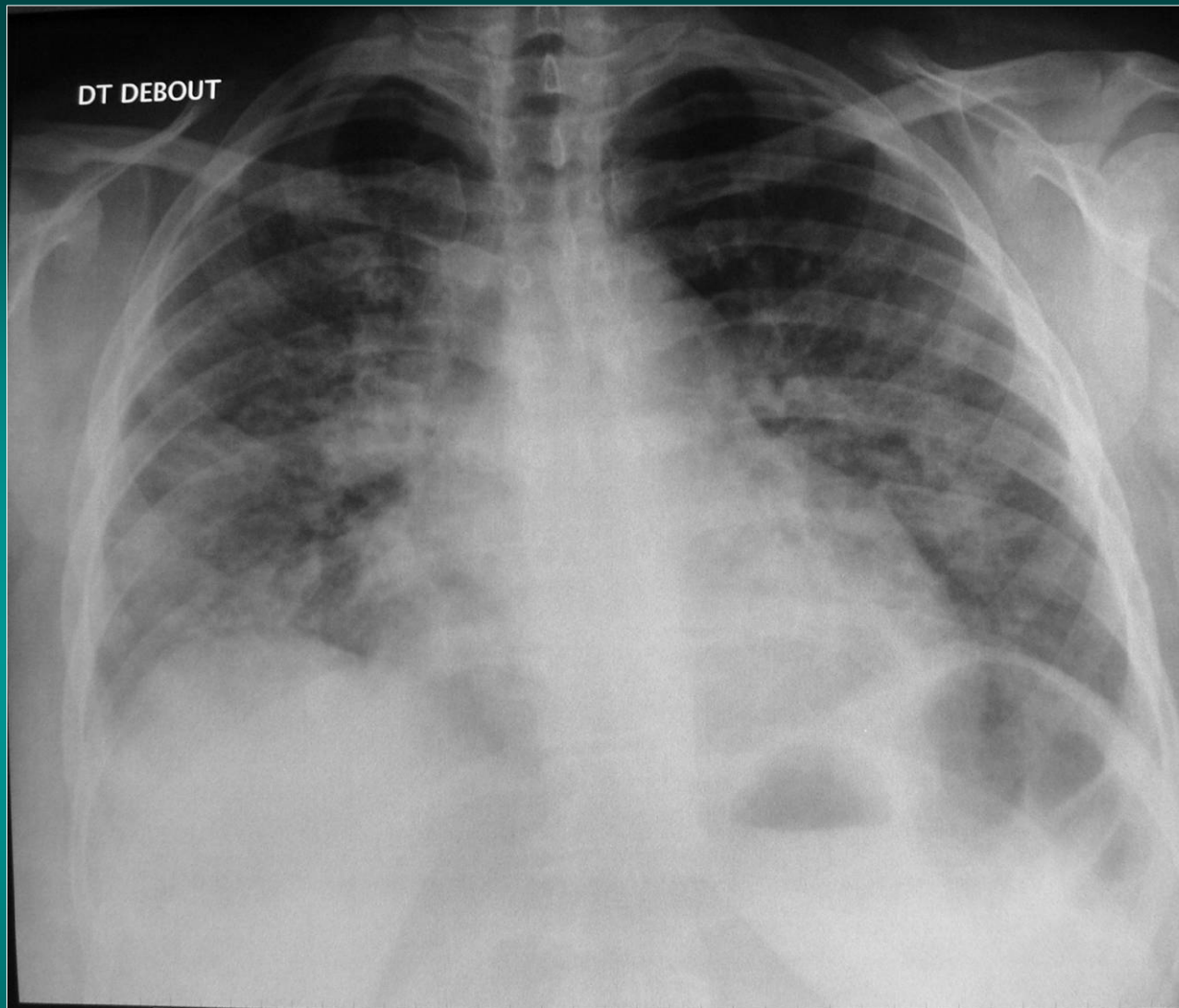




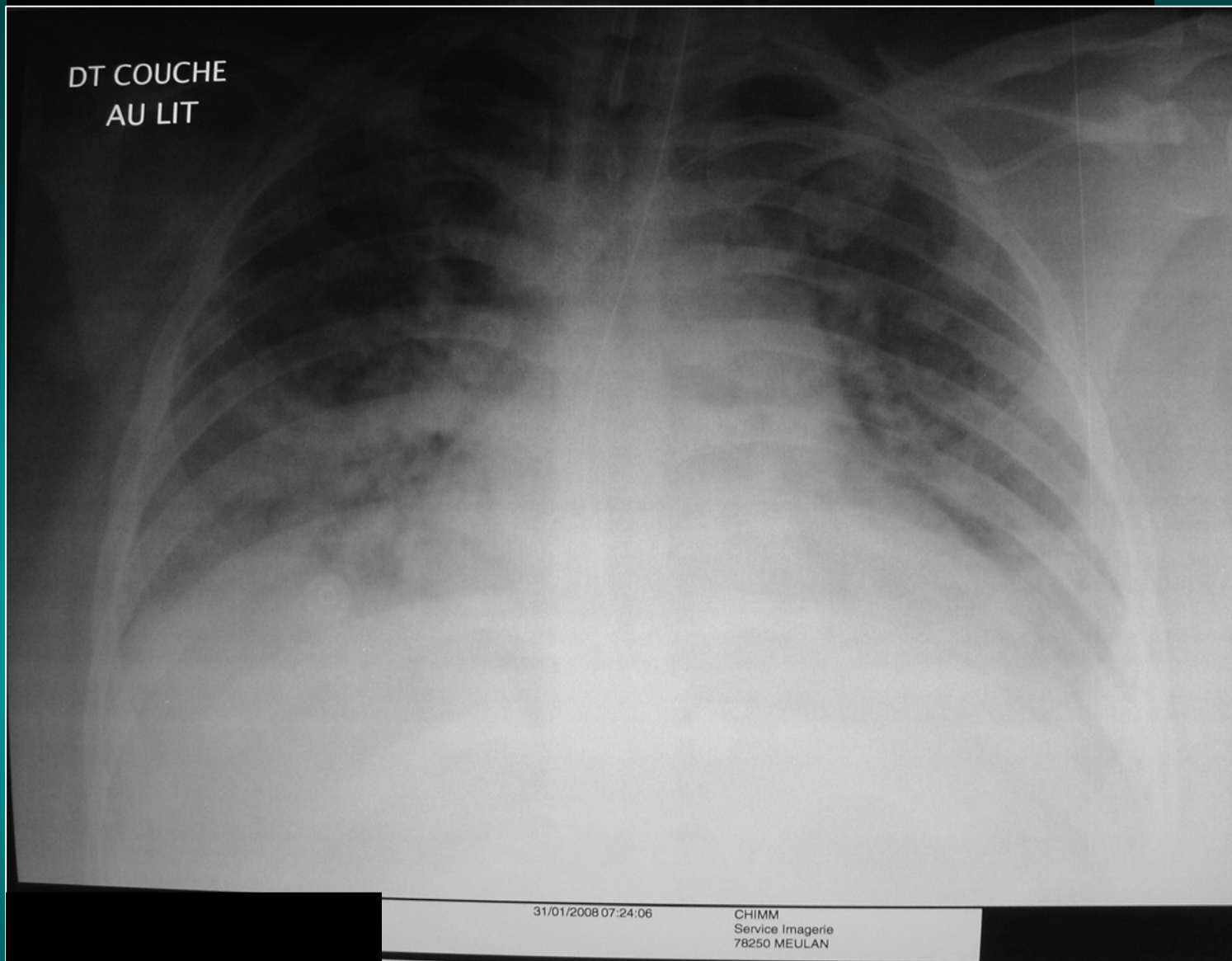
Œdème aigu pulmonaire. Notez
l'asymétrie des images



Œdème cardiogénique asymétrique



Femme, enceinte de 7 mois et demi. Fièvre et dyspnée
avec détérioration rapide en quelques jours.
Pas d'amélioration malgré amoxicilline puis érythromycine

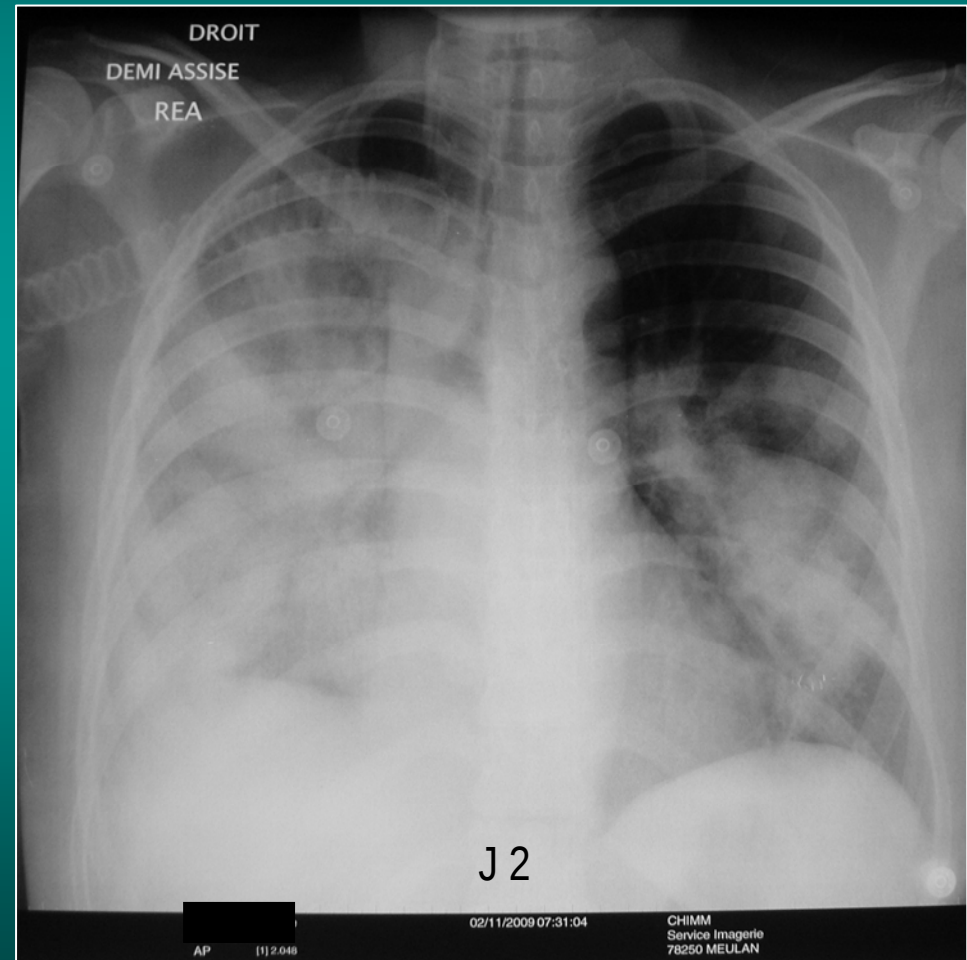


Aggravation à J2 puis J3 : œdème lésionnel
probablement d'origine virale

F 27 a, fièvre, dyspnée, douleurs musculaires diffuses, non amélioration sous antibiotiques :
oedème lésionnel ...

J1 soins intensifs. prélèvement nasal & bronchique pour PCR virus H1N1

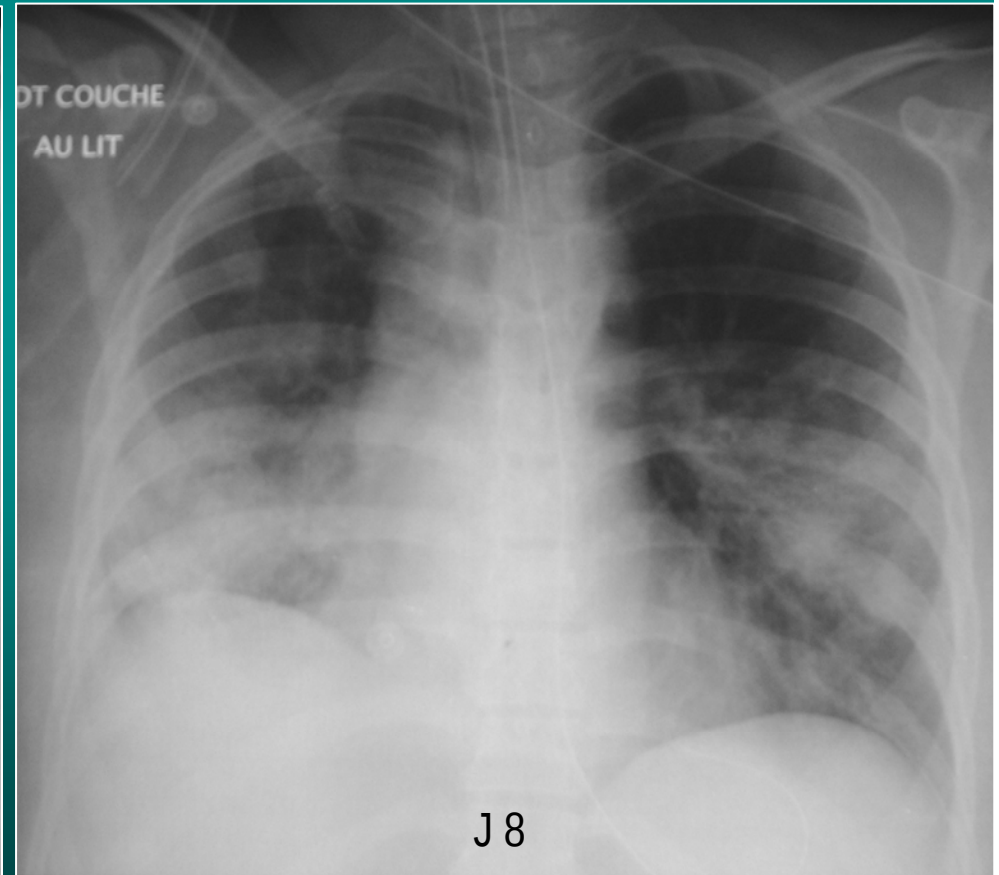
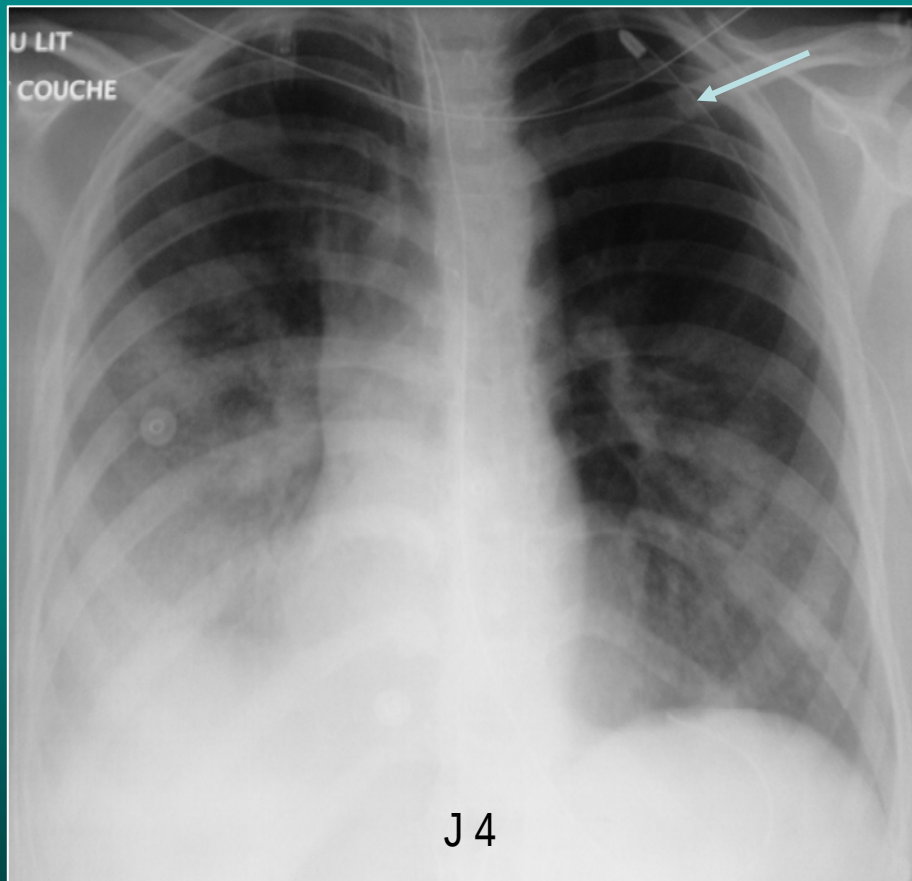
J2 : pas d'amélioration sous ventilation non invasive (VNI) PCR positive pour H1N1



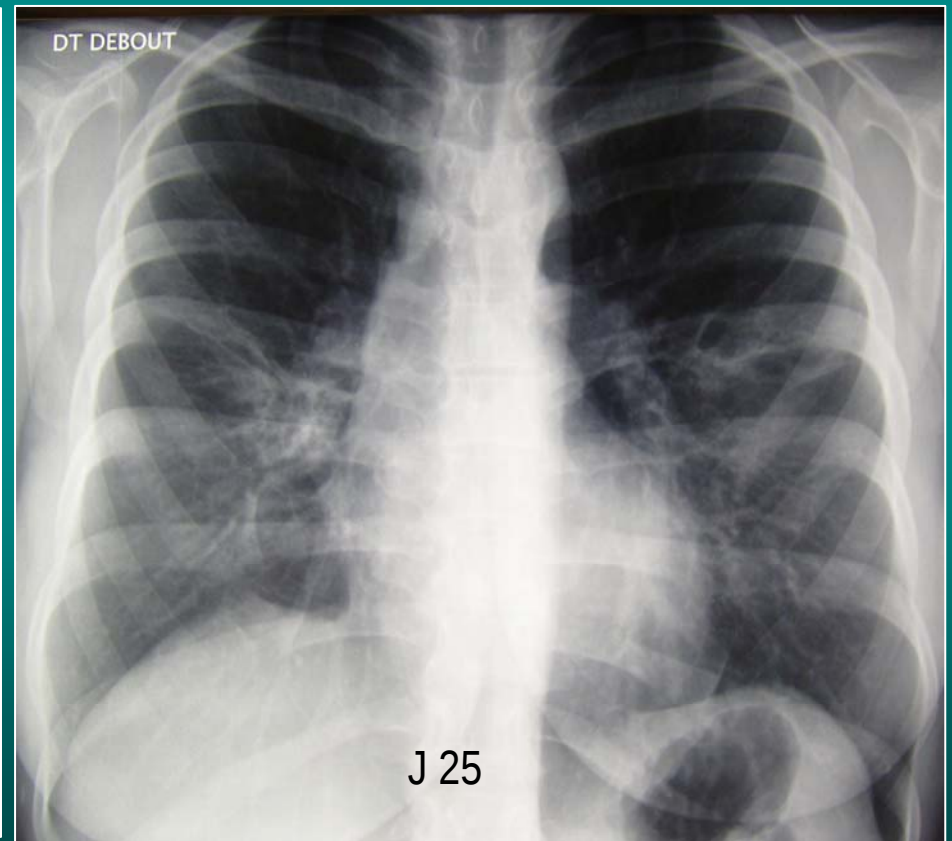
J4 : intubation et ventilation mécanique

Notez le drain thoracique gauche pour pneumothorax

Amélioration progressive de J8 à J25



Œdème lésionnel au cours d'une grippe H1N1 chez une femme jeune
Amélioration lente après prise en charge en réanimation



Syndrome alvéolaire

Facile à diagnostiquer :

Opacité floue, hétérogène, mal limitée, sauf au contact d'une scissure (systématisée), non rétractile, avec bronchogramme aérique

Fait surtout évoquer :

- Localisé : Pneumonie bactérienne, pneumonie TB
- Diffus : OAP, Infection (bactérie, TB, virus, mycose)