



République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Faculté de Médecine d'Oran, département de médecine

T D II

Iconographie Thoracique

Module de pneumologie

4^{ème} année médecine

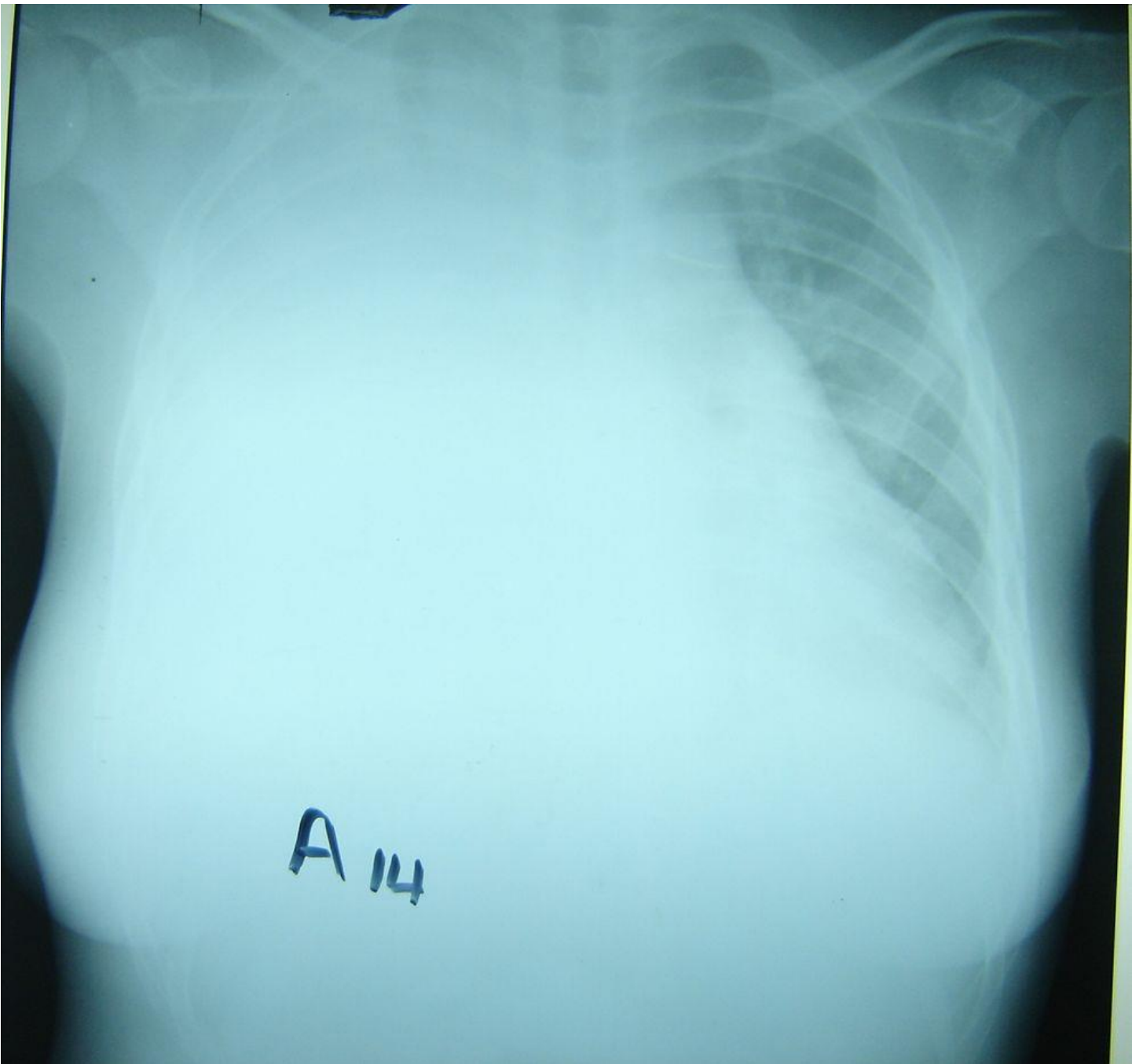
Année 2019-2020

Pr KEBBATI Souad





- **RX de face objectivant:** une opacité de tonalité hydrique se projetant sur la partie inf de l'hémi thorax gauche, étendue sur 2 ou 3cm de hauteur, de plage homogène, limite supérieure concave en haut et se continu par une ligne bordante axillaire, la limite ext se confond avec la paroi thoracique, la limite inf effaçant l'hémi coupole diaphragmatique gauche, le parenchyme pulmonaire controlatéral et homolatéral d'aspect radiologique normal, cul de sac droit libre et ICT respecté. Absence de signes de refoulements visibles, trachée non déviée et bord du médiastin non déplacé.
- **Conclusion :** **syndrome pleural évoquant un épanchement pleural liquidien gauche libre de moyenne abondance**
- ▶ **Diagnostic:** *pleurésie de moyenne abondance gauche*



A 14

- ▶ **RX de face objectivant:** une opacité dense ,homogène, occupant la totalité de l'hémithorax droit, limite inférieure effaçant la coupole diaphragmatique et comblant les 2 culs de sac, limite interne noyée dans le médiastin, limite externe en contact avec la paroi thoracique , limite supérieure coiffant l'apex.
- ▶ On note aussi d'important signe de refoulement à gauche de la trachée et du médiastin
- ▶ **Conclusion Rx:** hémithorax sombre refoulant homogène droit.
- ▶ **Dg:** pleurésie droite de grande abondance.

▶ **la pleurésie axillaire ou suspendue**

- ▶ réalise une opacité arrondie ou fusiforme, dense et homogène , sa limite interne est convexe vers le parenchyme , elle est suspendue à la paroi thoracique qui en constitue la limite externe . Elle est immobile aux changements de positions, se raccordant à la paroi (au gril thoracique) en pente douce

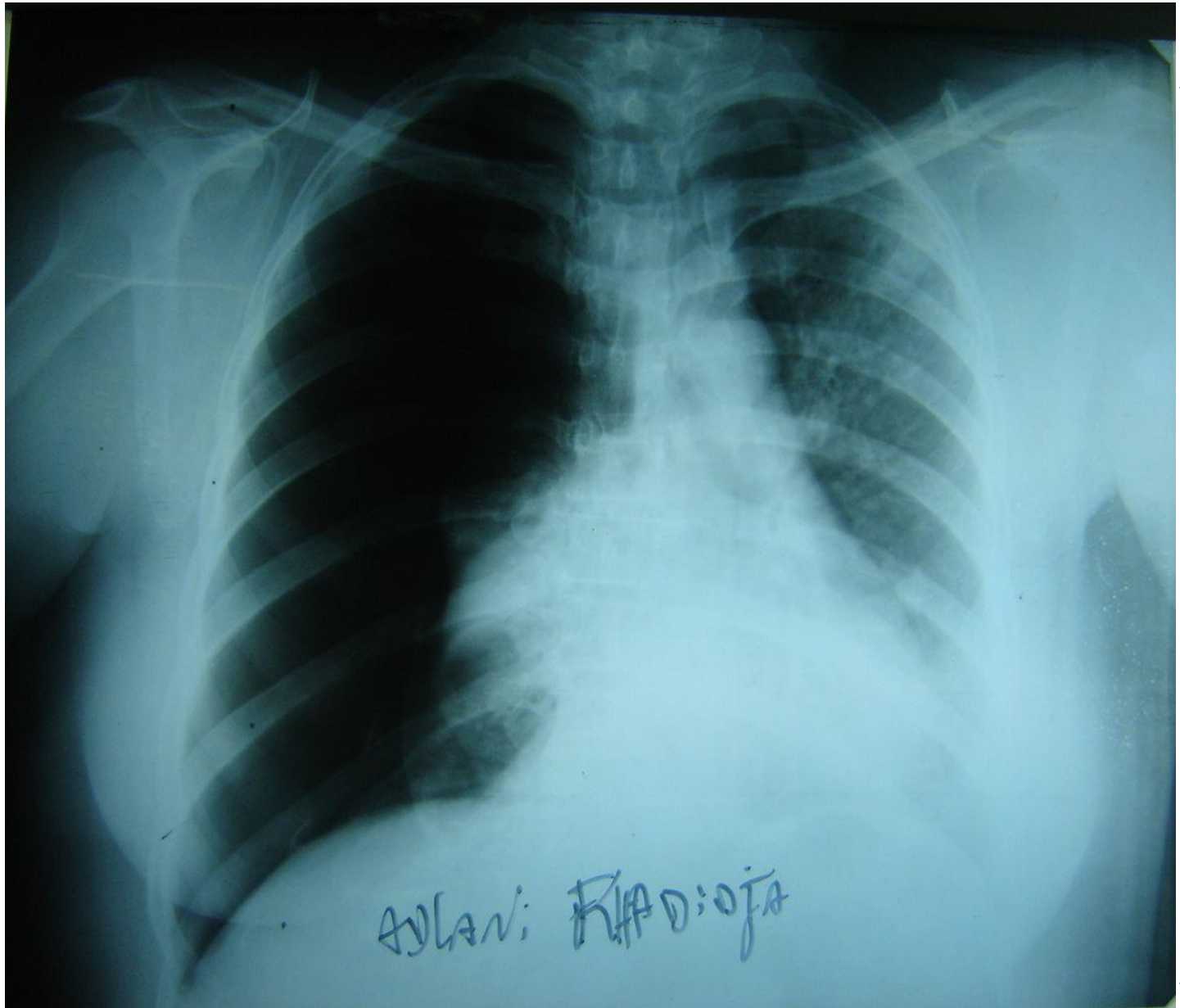




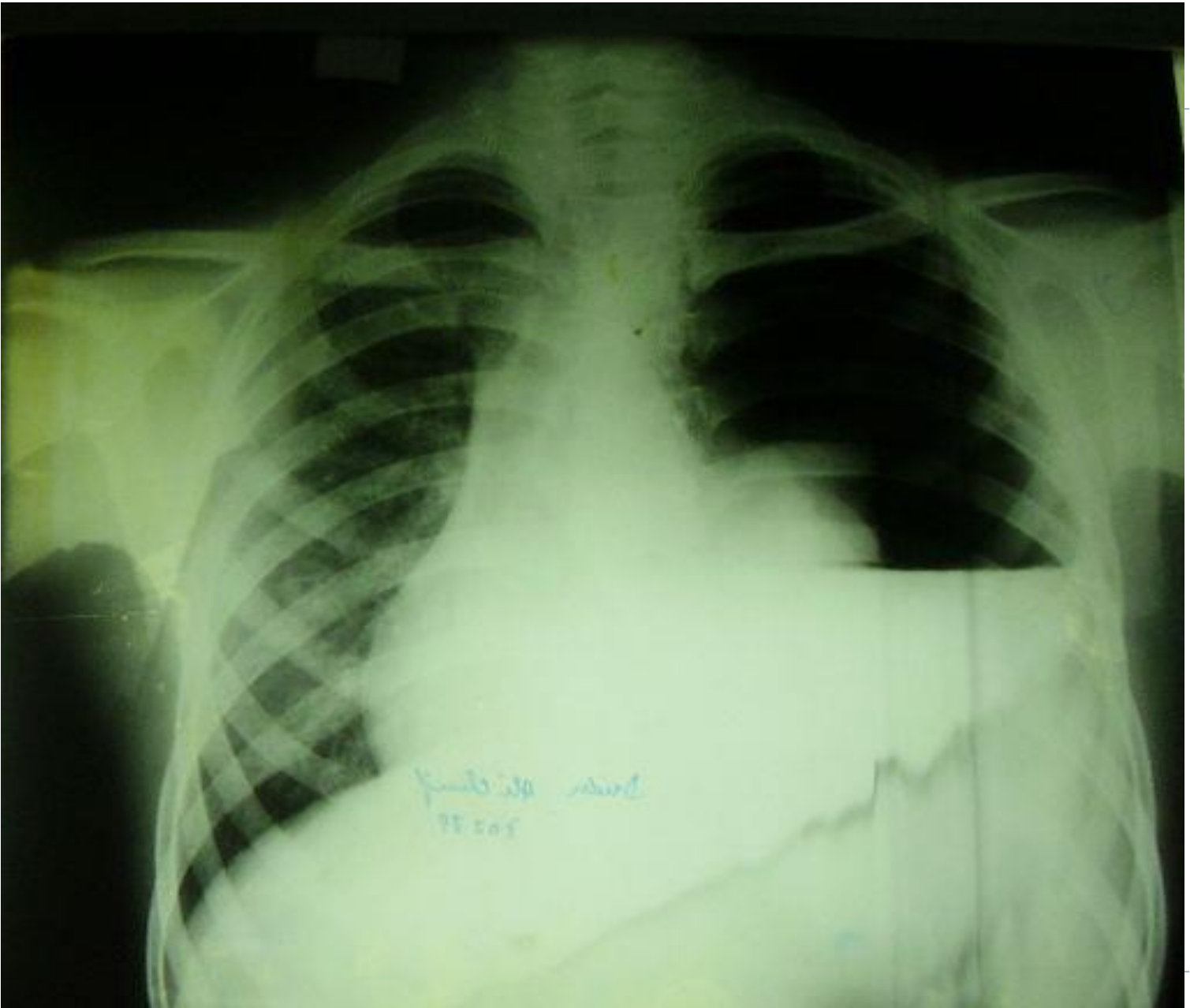
Hyperclarté avasculaire occupant l'hémithorax droit dans son tiers externe périphérique, sa limite ext est en contact avec la paroi, limite sup coiffe l'apex, délimitée dans sa partie int par un fin liseré opaque correspondant à la plèvre viscérale la séparant d'une opacité peu dense correspondant au poumon refoulé, sa limite inférieure est horizontale surmontant une opacité dense et homogène de tonalité hydrique comblant le cul de sac costo-diaphragmatique droit. On note par ailleurs les signes de distension thoracique à droite à savoir: élargissement des espaces intercostaux, horizontalisation des cotes, abaissement de l'hémicoupole droite.

Conclusion radiologique et diagnostic étiologique:
pneumothorax total droit avec réaction pleurale associée.





- ▶ **RX de face:** objectivant une hyperclarté avasculaire allant de la base au sommet de l'hémithorax droit, délimitant dans sa partie interne une opacité dense correspondant au poumon collabé.
 - ▶ On note des signe de distension à gauche.
 - ▶ **Conclusion Rx:** épanchement pleural aérien droit total.
 - ▶ **Dg:** pneumothorax total droit.
-
- ▶



- ▶ **RX de face:** objectivant une opacité dense homogène du 1/3 inf de l'hémithorax gauche, à limite interne noyée dans le médiastin, limite externe en contact avec la paroi, limite inférieure effaçant la coupole diaphragmatique et les deux culs de sac et limite supérieure nette horizontale surmonté d'une hyperclarté avasculaire allant jusqu'au sommet, délimitant dans sa partie interne une opacité peu dense correspondant au poumon collabé, réalisant un niveau hydroaérique.
- ▶ On note des signes de refoulement du médiastin vers le côté droit
- ▶ **Conclusion RX:** épanchement pleural gauche mixte.
- ▶ **Dg:** hydro-pneumothorax, pyopneumothorax, hémopneumothorax gauche.



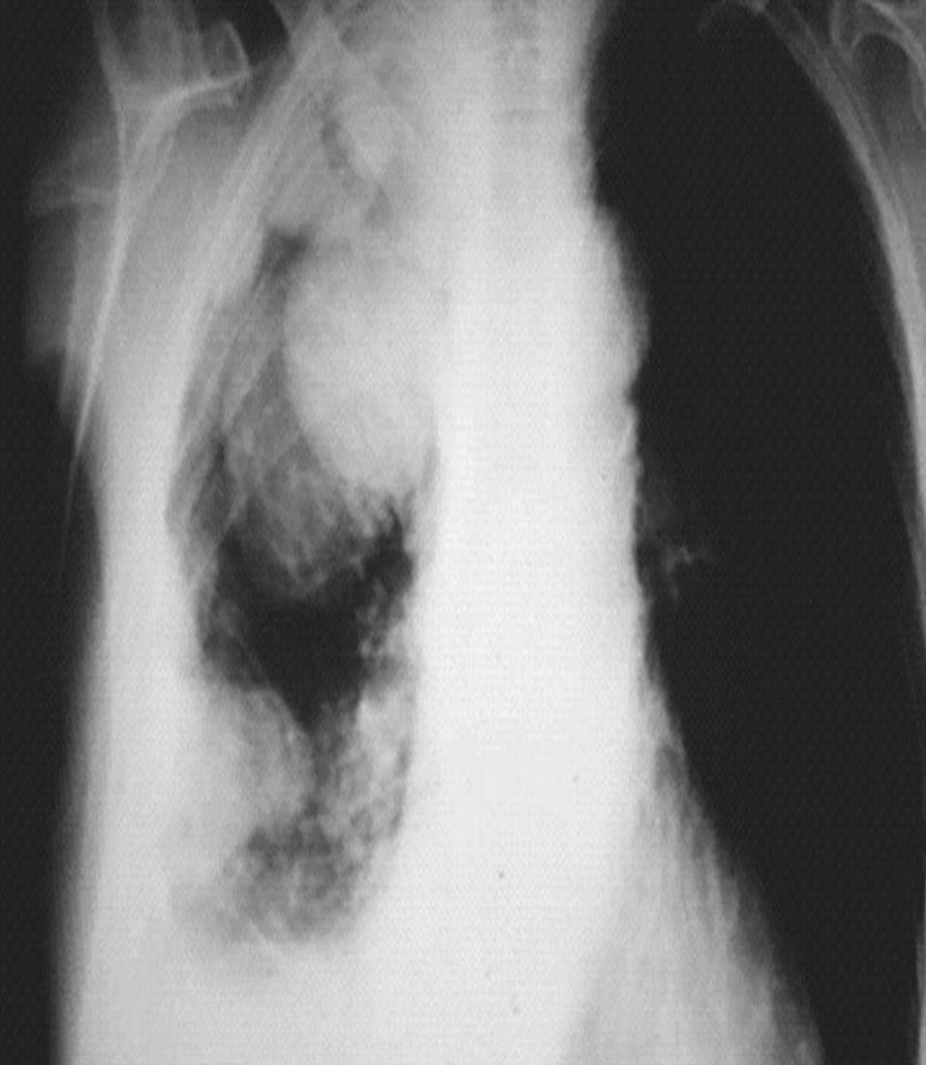


- ▶ **RX de face objectivant:** de multiples opacités en bande très denses de tonalité calcique engainant la totalité du poumon gauche réalisant un aspect en « os de seiche » on note aussi une attraction à gauche des élément du médiastin à savoir la trachée devenue distordue , l'ombre cardiaque, et aussi l'hémicoupe gauche, on note aussi un affaissement important de l'hémithorax gauche , une hyperclarté diffuse du poumon droit avec distension de l'hémithorax droit due à un phénomène compensateur à droite.

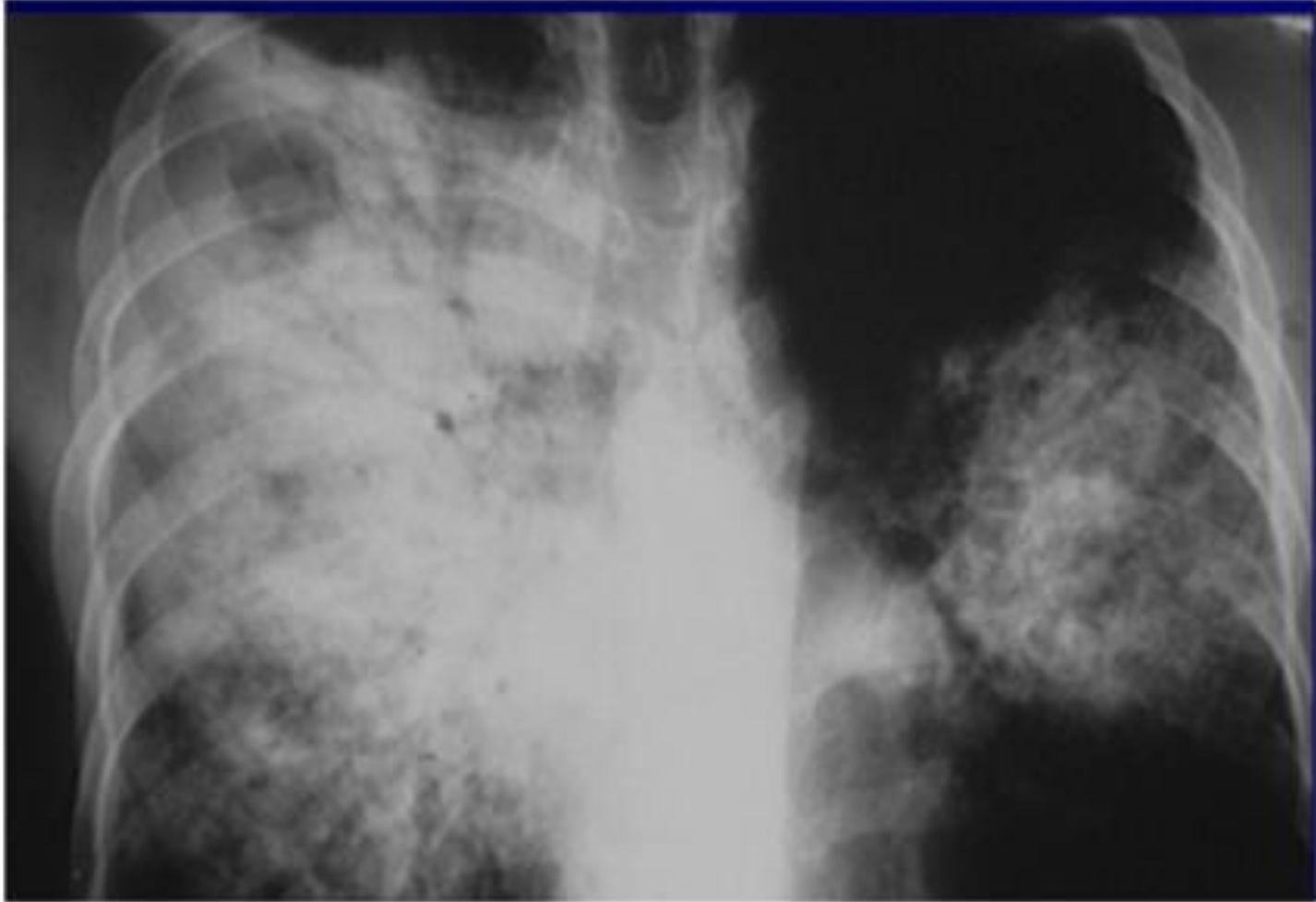
Conclusion radiologique: calcifications pleurales gauche en os de seiche.

Diagnostic étiologique: séquelles de tuberculose pleurale.

Mésothéliome



-
- ▶ **Mésothéliome** = tumeur maligne primitive de la plèvre:
deux aspects
 - Aspect festonné.
 - Aspect en cadre.
 - Des opacités denses, opaques , homogènes, bosselées, à limite nette, étagées sur le long de la face pariétale et médiastinale de l'hémithorax droit, elles sont confluentes réalisant un aspect mamelonné de la plèvre engainant la totalité du poumon droit.
-



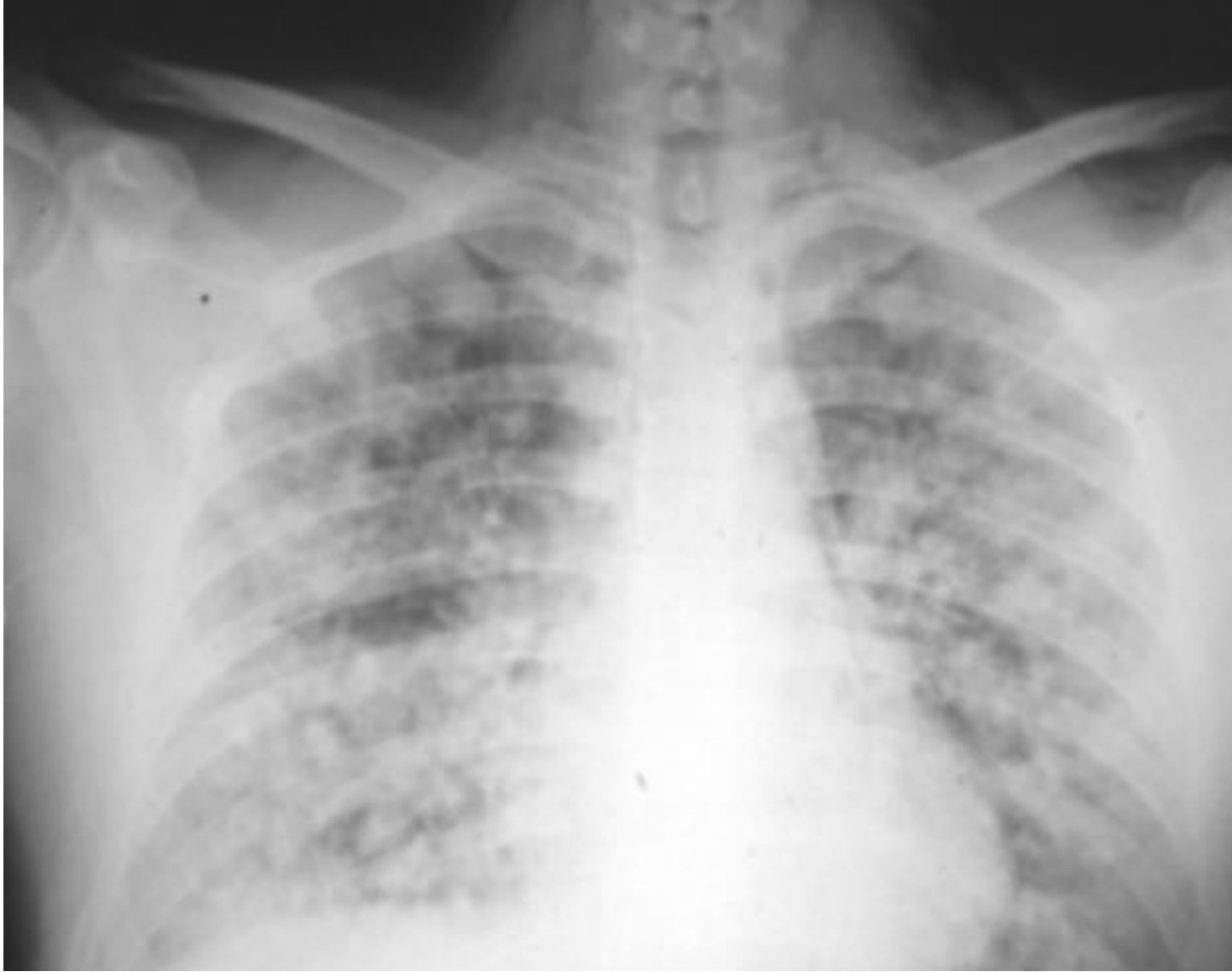
- ▶ **Radiographie thoracique** de face objectivant une opacité du champ pulmonaire moyen et supérieur droit, hétérogène par la présence de clarté arrondie de la région axillaire et des clartés linéaires correspondant à des broncho grammes aérien, en contact avec la paroi thoracique à limite flou associé à une autre opacité à limite flou du champ pulmonaire moyen droit.
- ▶ **Conclusion Rx:** opacité alvéolaire bilatérale.
- ▶ **Dg:** pneumopathie infectieuse spécifique ou non spécifique.



▶ ***Radiographie thoracique de face objectivant:***

- ▶ des opacités hilifuges bilatérales,
 - ▶ denses, homogènes,
 - ▶ Confluentes
 - ▶ Limites externes floues
 - ▶ réalisant l'aspect en ailes de papillon
 - ▶ Index cardio-thoracique normal
 - ▶ ***Conclusion Rx:*** opacités alvéolaires hilifuges bilatérale en ailles de papillon
 - ▶ ***Diagnostic:*** OAP (œdème pulmonaire aigu) cardiogénique
-





▶ **Radiographie thoracique de face objectivant** : de multiples opacités diffuse bilatéral d'aspects micronodulaire nodulaire confluyente par endroit . Dense homogène a limites floues réalisant (l'aspect en tempête de neige)

▶ **Conclusion:**

Syndrome de comblement alvéolaire bilatéral en tempête de neige

Diagnostic:

OAP (hémodynamique ou lésionnel) / bronchopneumonie(viral Mycosique tuberculeuse .)





-
- ▶ **Radiographie thoracique de face objectivant:**
une opacité dense, homogène,
grossièrement triangulaire du champ
pulmonaire inférieur droit, à base para
cardiaque et sommet axillaire, limite sup
nette horizontale scissurale
 - ▶ **Conclusion Rx:** opacité systématisée
homogène non rétractile du lobe moyen
droit
 - ▶ **Dg:** PFLA
-





- ▶ **Radiographie thoracique de face objectivant** une opacité triangulaire, limite inf nette, oblique, scissurale, avec des signe de rétraction E I C, attraction de la trachée qui est sinueuse, sur élévation du hile
- ▶ **Conclusion Rx:** opacité homogène systématisée rétractile du lobe sup droit
- ▶ **Dg:** atélectasie par compression intrinsèque ou extrinsèque de la lobaire sup droite.



Radiographie thoracique de face objectivant une opacité du tiers supérieur du champs pulmonaire droit dense homogène de tonalité hydrique

LSup : coiffe l'apex

L interne : en contact avec le médiastin

L Ext : en contact avec la paroi

L inf : correspond a la petite scissure qui est nette et en place

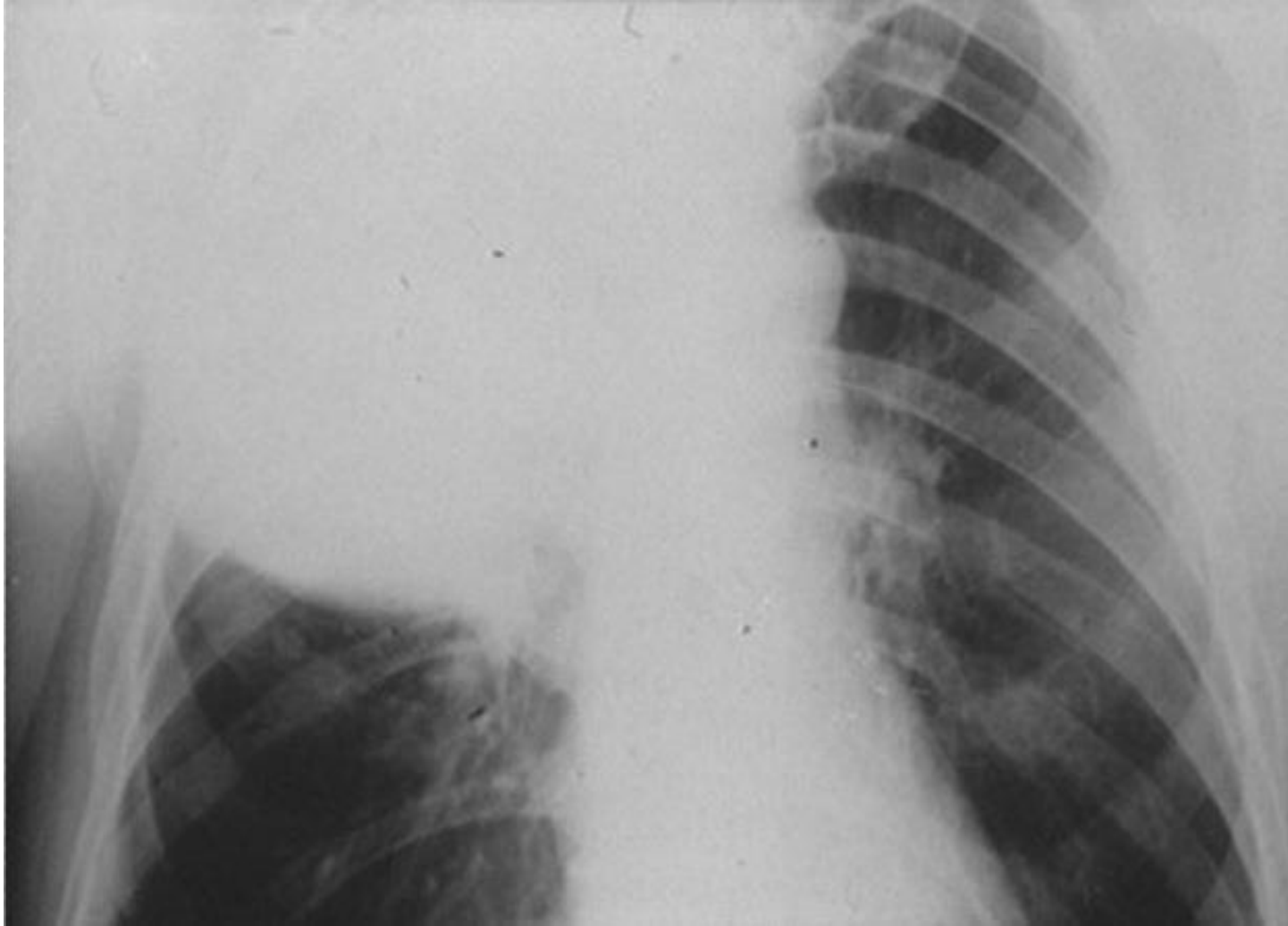
Conclusion :

Syndrome de comblement alvéolaire systématisé du tiers supérieur du champ supérieur droit systématisé

Diagnostic :

PFLA; pneumonie franche lobaire aigue (non spécifique)





Radiographie thoracique de face objectivant une opacité du tiers supérieur du champs pulmonaire droit dense homogène de tonalité hydrique

LS : coiffe l'apex

LI : en contact avec le médiastin

LE : en contact avec la paroi

Lymphe : correspond a la petite sécure convexe (bombée) vers le parenchyme

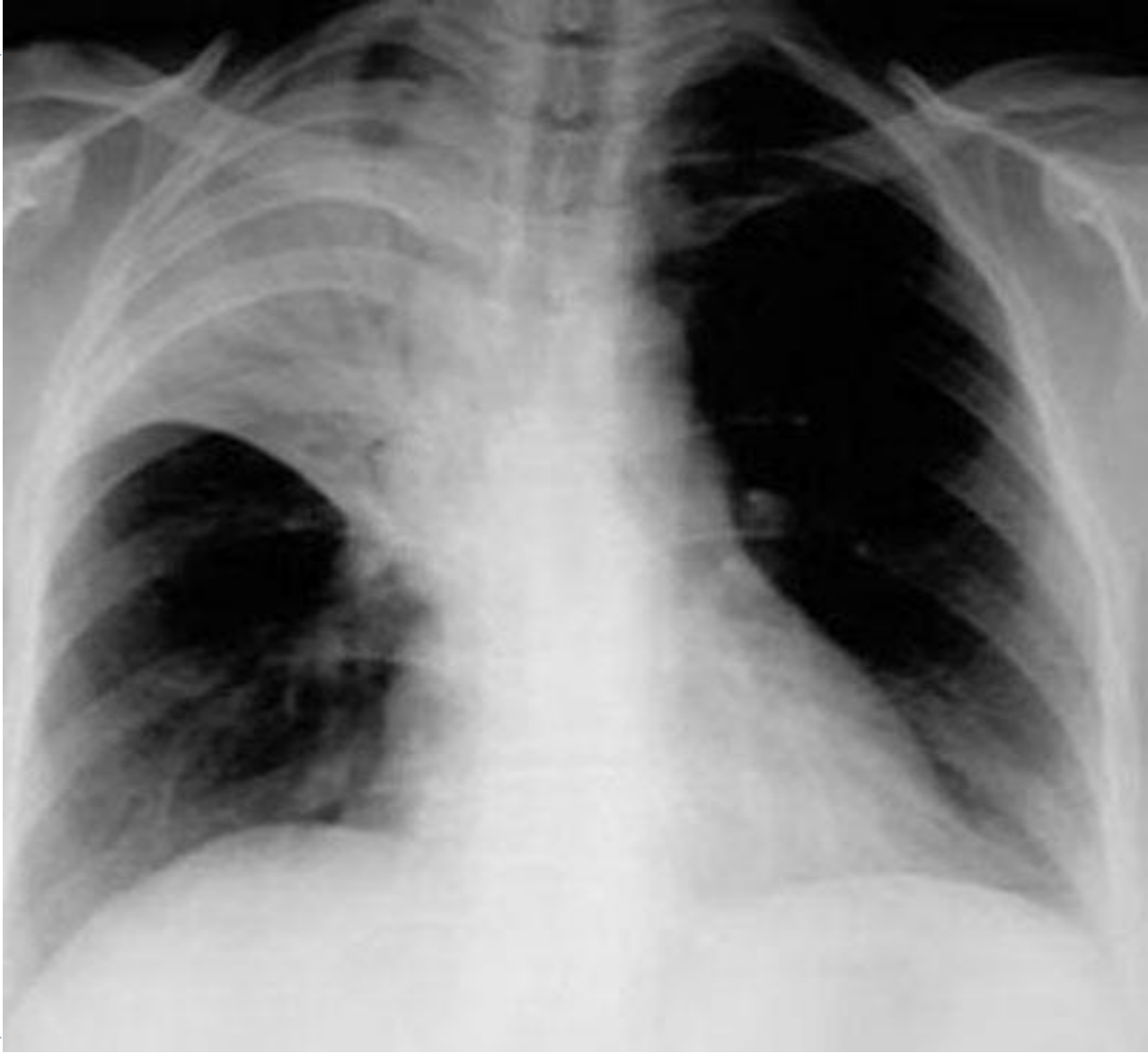
Conclusion :

Syndrome de comblement alvéolaire systématisé du tiers supérieur du champ supérieur droit systématisé

Diagnostic :

PFLA (klabesseila qui donne l'aspect bombé de la scissure au cours des pneumopathies)





- ▶ **Radiographie thoracique de face objectivant** une opacité dans le tiers supérieur de l'hémichamp droit . Elle est dense homogène de tonalité hydrique LS : coiffe l'apex . LE : en contact avec la paroi thoracique LI : en contact avec le médiastin L inf : nette continue bombé (concave vers le parenchyme) ascensionnée . On note par ailleurs : la trachée rétractée vers le lobe super droit + d'un trouble ventilatoire par un obstacle intrinsèque ou extrinsèque) .
- ▶ **Conclusion** : Syndrome de comblement alvéolaire rétractile du tiers supérieur droit .
- ▶ **Diagnostique** : Atélectasie lobaire supérieur droite par un obstacle intrinsèque ou extrinsèque .



TAL PATEUR / *Anteroposterior*



-
- ▶ **Radiographie thoracique de face:** objectivant de multiple opacité réticulo-micronodulaire dense homogène systématisée au niveau des 2 champs pulmonaire . Prédominante au niveaux des 2/3 supérieurs des poumons .
 - ▶ **Conclusion :**
 - ▶ **Syndrome interstitiel bilatéral prédominant aux niveau des 2/3 supérieur du poumon**
 - ▶ **Diagnostique :**
 - ▶ **Sarcoïdose type III**
-





-
- ▶ **Radiographie thoracique de face** objectivant des opacités au niveau hilair bilatéral dense symétrique homogène limite externe nette contour irréguliers polycyclique (adénopathies) réalisant l'aspect d'oreilles d'ours . On note par ailleurs de multiple opacité réticulo micronodulaire dense homogène prédomine au niveau droit et gauche prédomine au niveau des 2 champs inférieur droit et gauche (bases)
 - ▶ **Conclusion :**
 - ▶ **Opacité hilair bilatéral non compressible + syndrome interstitiel bilatéral prédominant au niveau des bases**
 - ▶ **Diagnostic :**
 - ▶ **Sarcoïdose type 2**
-
- ▶



▶ Meme interpretation précédente (avec limite externe nette polycyclique - magma d'adénopathies -) sarcoidose type 1 (sans syndrome interstitiel)

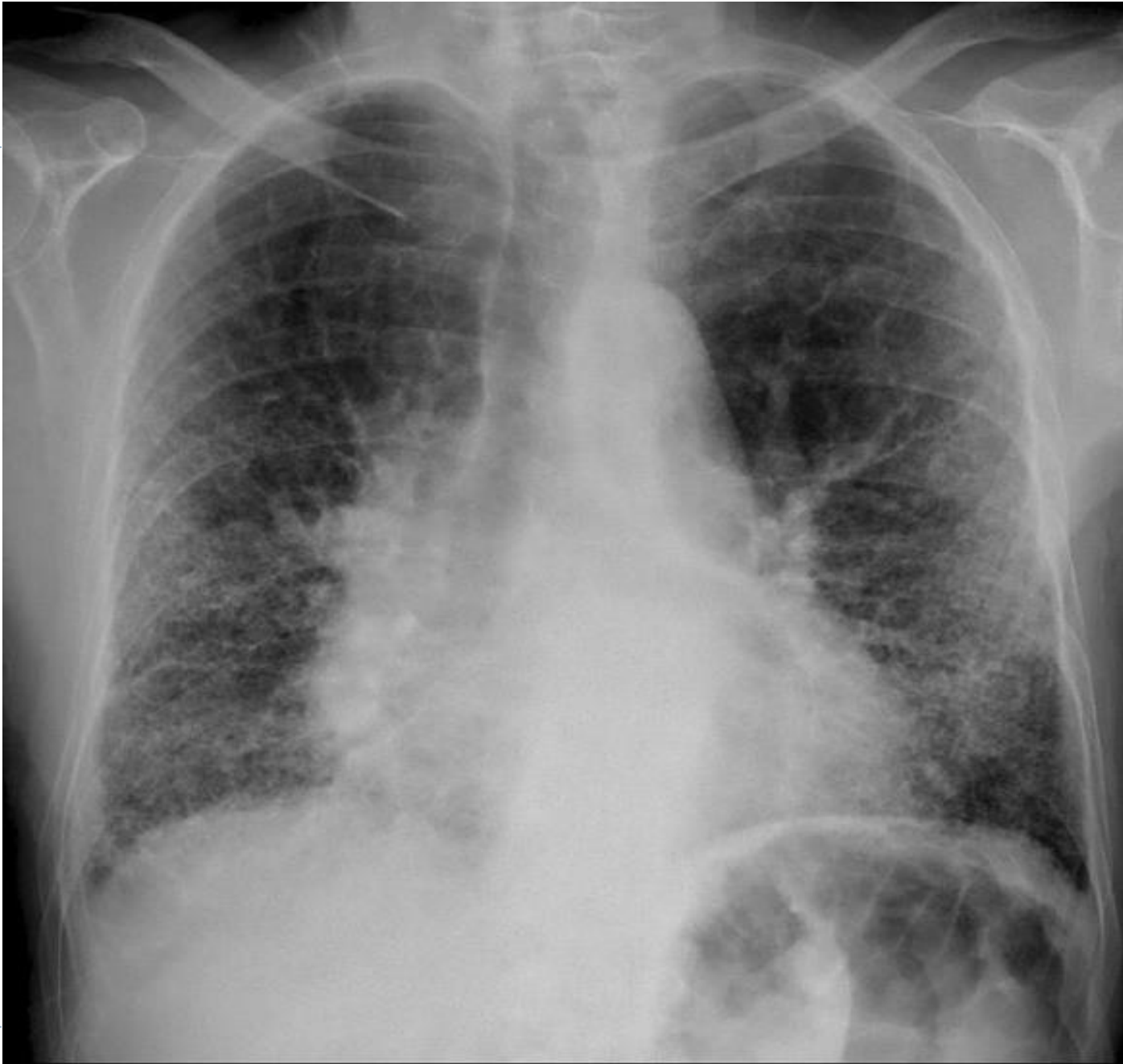
▶ **Radiographie thoracique de face objectivant de multiple opacités hilaires bilatérales denses symétriques non compressives homogènes à limites externes nettes contours irréguliers polycycliques (adénopathies) réalisant l'aspect d'une boucle d'oreille**

▶ **Conclusion :**

Opacités hilaires bilatérales non compressives, réalisant un aspect en oreille d'ours ou en boucle d'oreille

▶ **Diagnostic:**

Sarcoïdose type I



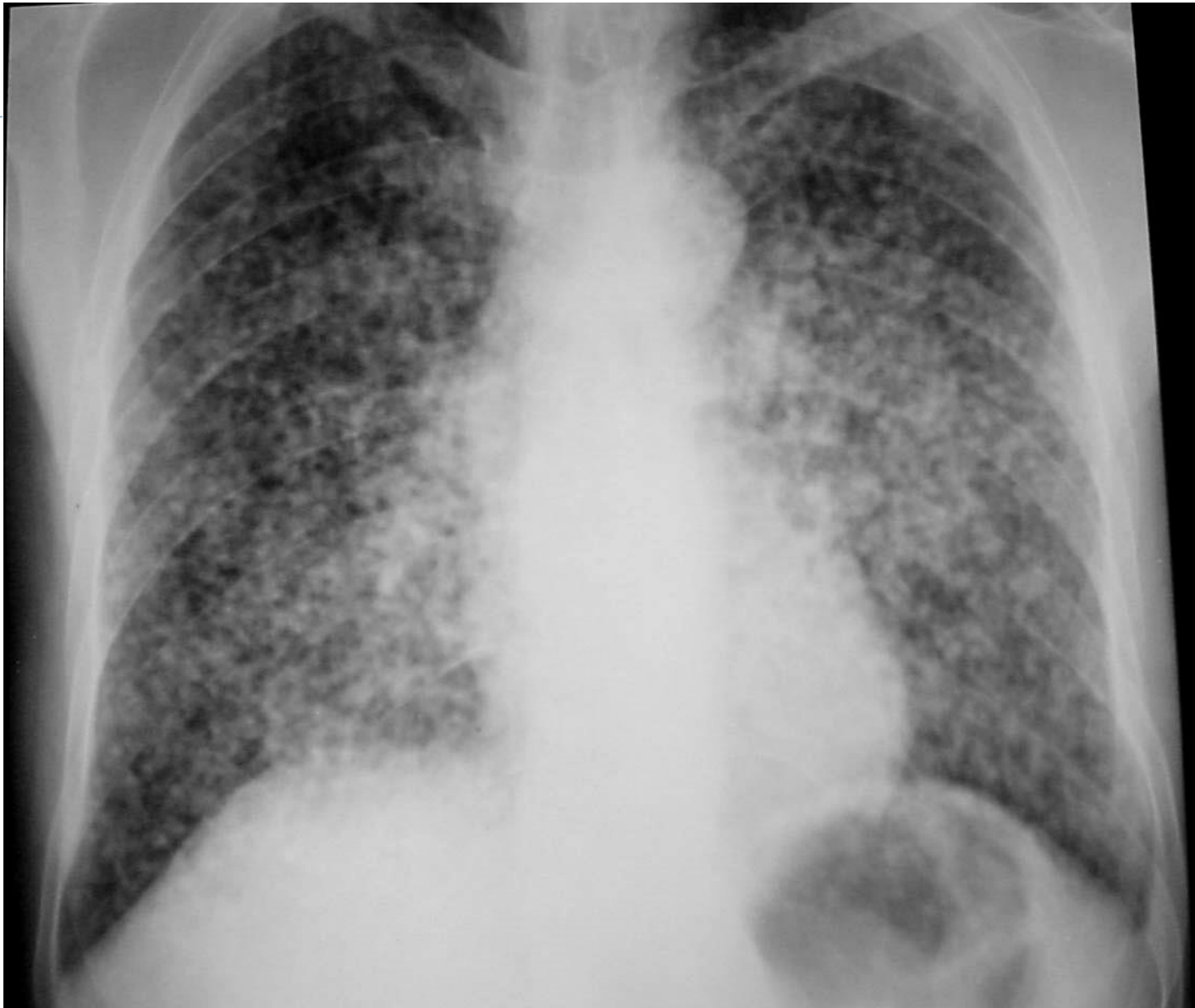


▶ **Fibrose** : généralement la prédominance au niveau des bases radiographie thoracique de face objectivant de multiple opacité réticulo micronodulaires disséminés au niveau des 2 champs pulmonaire prédomines au niveau des bases . (champs inférieurs) bilatéral dense homogène avec des signes de rétraction a savoir (le pseudo élargissement du médiastin) avec le pincement des espaces intercostaux visible surtout dans le coté droit + ascension de la carène (bifurcation trachéale) et (la rétraction + distorsion de la trachée = signe de fibrose) + la coupole diaphragmatique gauche est ascensionnée + la réduction du volume du poumon droit plus fibrosé . Réduction du volume pulmonaire

▶ **Conclusion** : Syndrome interstitiel bilatérale fibrosant

▶ **Diagnostic** :

▶ Fibrose pulmonaire / sarcoïdose type IV



▶ ***Miliaire atypique*** avec présence de calcification et de confluence radiographie thoracique de face objectivant de multiple micronodules disséminé dans les 2 champs pulmonaire dense calcifié homogène confluentes par endroits

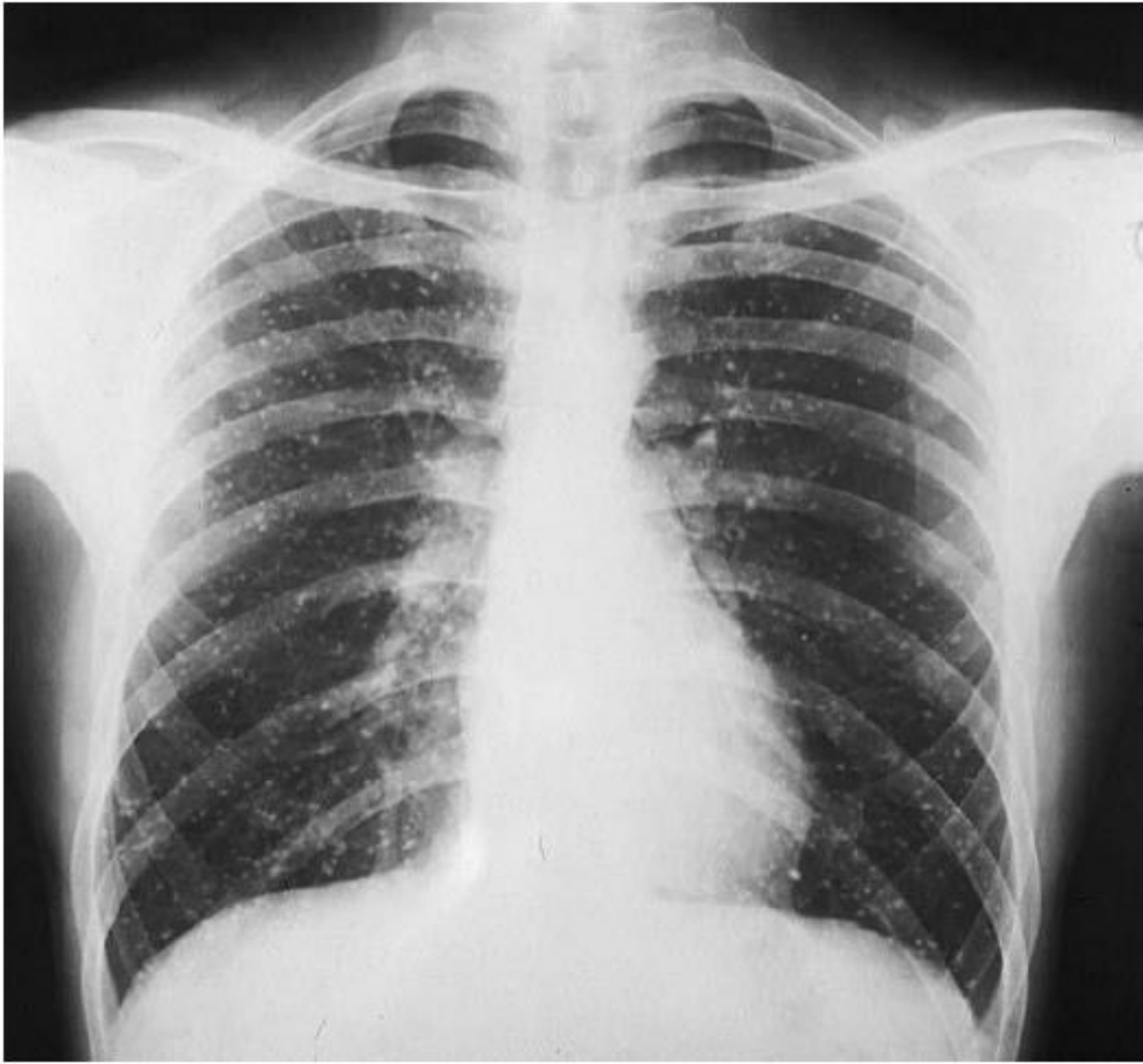
▶ ***Conclusion :***

▶ **Miliaire radiologie atypique**

▶ ***Diagnostic :***

▶ **Séquelles de miliaire tuberculeuse / pneumoconiose (silicose)**





- ▶ **Autre miliaire atypique** : objectivant de multiple opacités micronodulaire disséminé au niveau des deux champs pulmonaire de façon symétrique elles sont calcifier et non confluentes
 - ▶ **Conclusion** : miliaire radiologique calcifiée
 - ▶ **Diagnostic**: séquelles de miliaire tuberculeuse / pneumoconiose (silicose)
-
- ▶