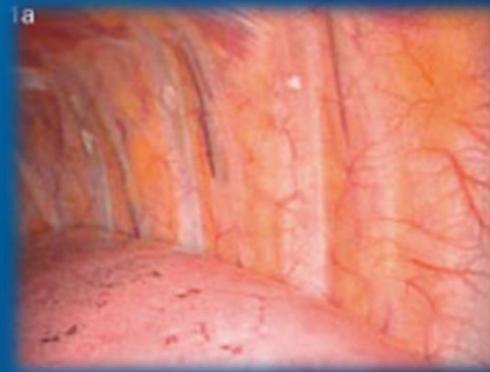
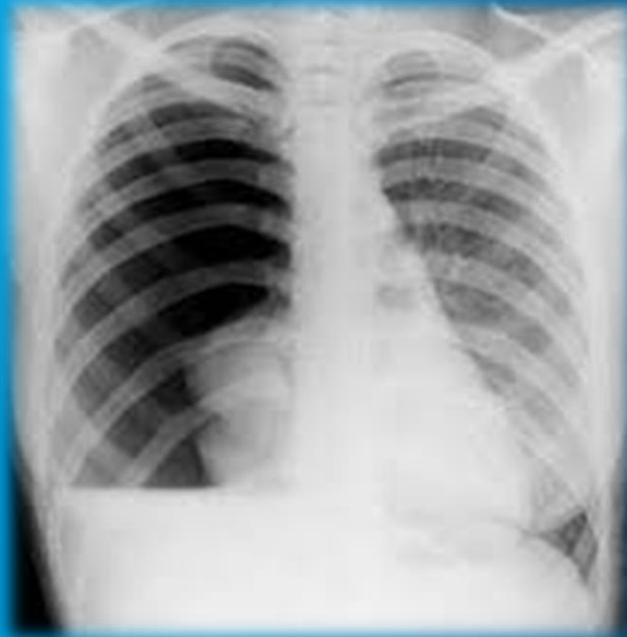
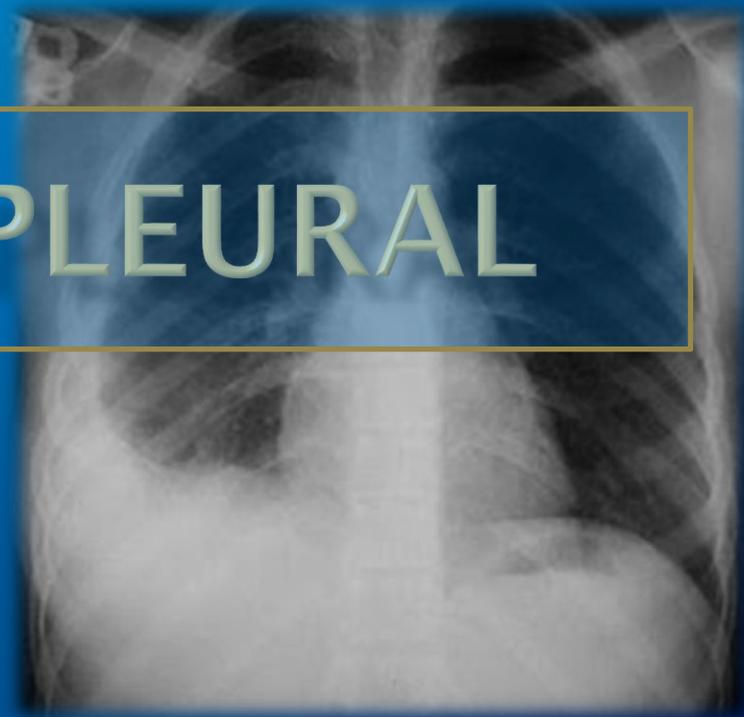


SYNDROME PLEURAL



Dr.F.KHALOUF

Sommaire

- présence de liquide (pleurésie) ou d'air (pneumothorax) dans tout ou partie de la cavité pleurale.
- Il comprend aussi les tumeurs de la plèvre (par exemple les mésothéliomes)
- Les épanchements liquidiens, quelle qu'en soit la nature : liquide clair, purulent, hémorragique, lactescent ou chyliforme, donnent naissance à des opacités.

- Suivant l'importance de l'épanchement, sa situation anatomique, son enkystement, on distinguera différents types.
- La pleurésie totale réalise l'hémithorax sombre,
- la pleurésie partielle la courbe de Damoiseau classique.
- Les pleurésies enkystées apicale, axillaire, postérieure, sus-diaphragmatique, scissurale sont de diagnostic parfois difficile.

- Les épanchements gazeux donnent toujours des hyperclartés : là encore, on distinguera le pneumothorax total et les pneumothorax partiels.
- Les épanchements mixtes réalisent une image hydroaérique.
- Les calcifications pleurales, uni- ou bilatérales, uniques ou multiples sont faciles à identifier du fait de leur siège périphérique et de leur densité.
- Les mésothéliomes donnent lieu soit à l'apparition de festons pleuraux denses plus ou moins volumineux, appendus à la paroi, soit à un épaississement concentrique de la plèvre, incarcerant le poumon sous-jacent et donnant l'aspect en « cadre ».

La pleurésie totale de la grande cavité

- Elle réalise une opacité, dense et homogène, de tout un hémithorax avec refoulement des organes de voisinage (médiastin, coeur, diaphragme)
- Il est indispensable de différencier entre un épanchement de grande abondance et une atélectasie de la bronche souche qui donne un héli-thorax sombre rétractile.
- Quand il existe un épanchement de grande abondance non refoulant , il faut toujours rechercher une atélectasie sous-jacente associée.
- Vous confirmerez le diagnostic de pleurésie par la ponction pleurale.

La pleurésie partielle de la grande cavité

- Elle réalise la courbe de Damoiseau dont l'aspect est évocateur d'emblée du diagnostic.
- Opacité dense, homogène, typiquement liquidienne, limitée en haut par une courbe concave vers le haut et en dedans.
- Sur le cliché de profil, la limite supérieure de l'épanchement donne lieu à une courbe concave en haut et en dedans
- On distingue également :
 - *La pleurésie axillaire ou suspendue
 - *La pleurésie enkystée postérieure
 - * La pleurésie diaphragmatique
 - *La pleurésie inter-lobaire ou « tumeur fantôme »

Les épanchements mixtes hydroaériques

- Ils associent une opacité liquidienne basale, dense et homogène, à niveau horizontal et une hyperclarté qui la surmonte.
- Le signe du niveau (mesuré sur le cliché de face et sur celui de profil) permet de faire la différence entre l'image hydroaérique de siège parenchymateux (abcès) et l'image hydroaérique de siège pleural (hydropneumothorax).
- Les deux niveaux ont la même longueur dans l'abcès (sphère), ils sont de longueur différente dans la poche pleurale (signe de José Remy)

Les calcifications pleurales

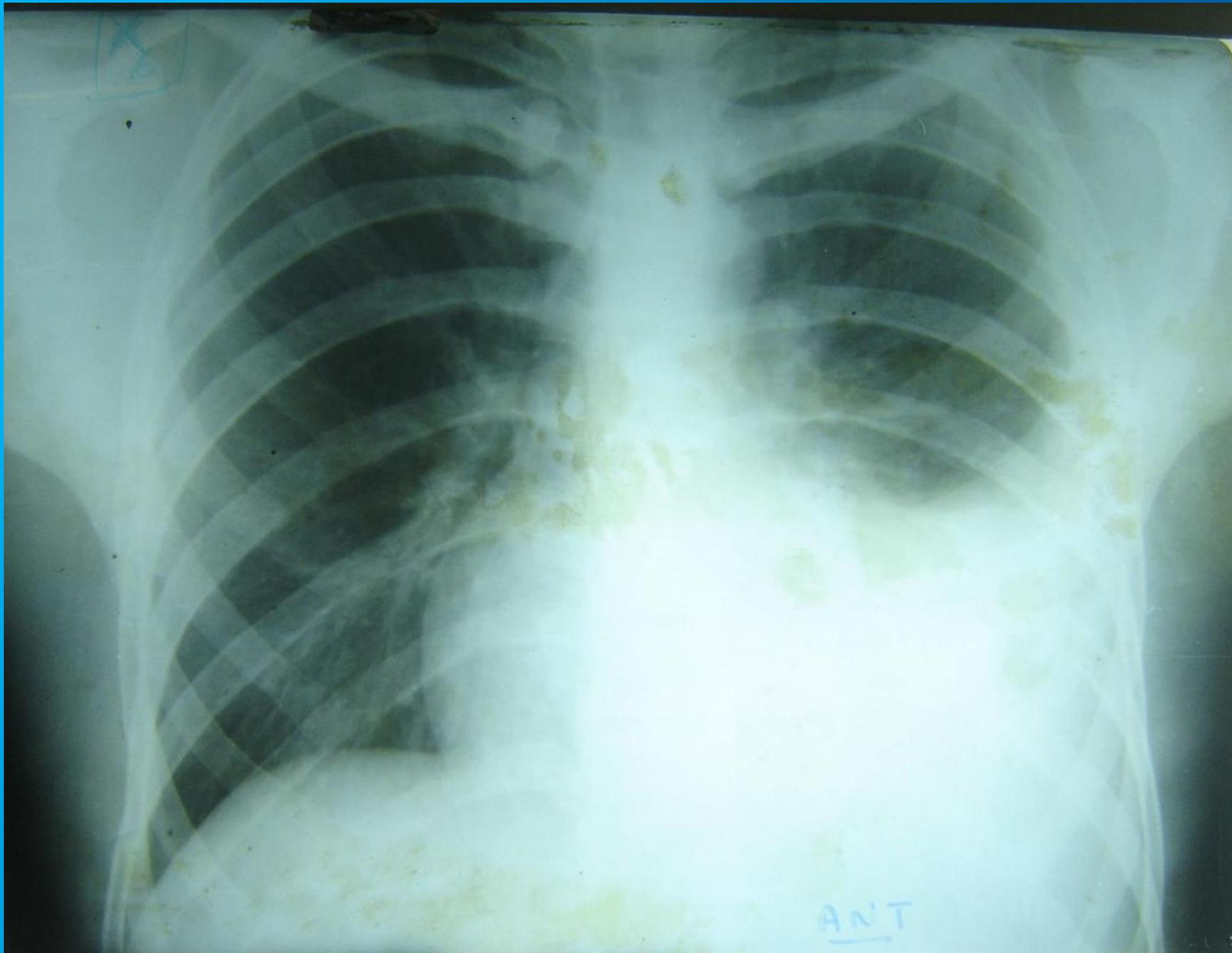
- uni ou bilatérales, uniques ou multiples, sont faciles à identifier compte tenu de leur forme aplatie, de leur siège périphérique pariétal, latéral ou postéro-latéral et de leur densité.
- Les calcifications pleurales reconnaissent en général deux étiologies : la tuberculose et l'asbestose.
- « L'os de seiche », dont le diagnostic radiologique est facile et pathognomonique, correspond à la séquelle calcifiée d'un ancien épanchement d'origine tuberculeuse.

Le pneumothorax

- entrée intempestive de l'air dans la cavité pleurale, entraînant un décollement du poumon par rapport à la paroi.
- Sa limite constitue un fin liseré dense qui est la plèvre viscérale.
- Celui-ci peut s'accompagner d'une réaction liquidienne plus ou moins importante à la base due à un phénomène irritatif.
- On a alors affaire à une image hydroaérique.
- Cette image est d'ailleurs la même quelle que soit la nature du liquide (sérofibrineuse, hémorragique, purulente, lactescente). Le pneumothorax habituel, dit autrefois du « jeune conscrit », est la conséquence de la rupture d'une petite bulle d'emphysème corticale sous-pleurale, appelée « bleb ».
- Le pneumothorax suffocant appelé aussi « pneumothorax à soupape » ou « pneumothorax à pression positive » entraîne le déplacement du médiastin, refoulé de l'autre côté ainsi que le collapsus pulmonaire.
- Il est la conséquence d'une brèche pleurale plus importante.
- Il peut lui aussi s'accompagner d'un épanchement liquidien sérofibrineux (hydropneumothorax), hémorragique (hémopneumothorax), purulent (pyopneumothorax).

Les tumeurs pleurales bénignes et malignes

Le mésothéliome malin pleural en est l'étiologie la plus fréquente. C'est une tumeur diffuse primitive de la plèvre. Le mésothéliome reconnaît dans les trois quarts des cas une origine asbestosique .



▣ **INTERPRETATION:**

Radiographie thoracique de face objectivant:

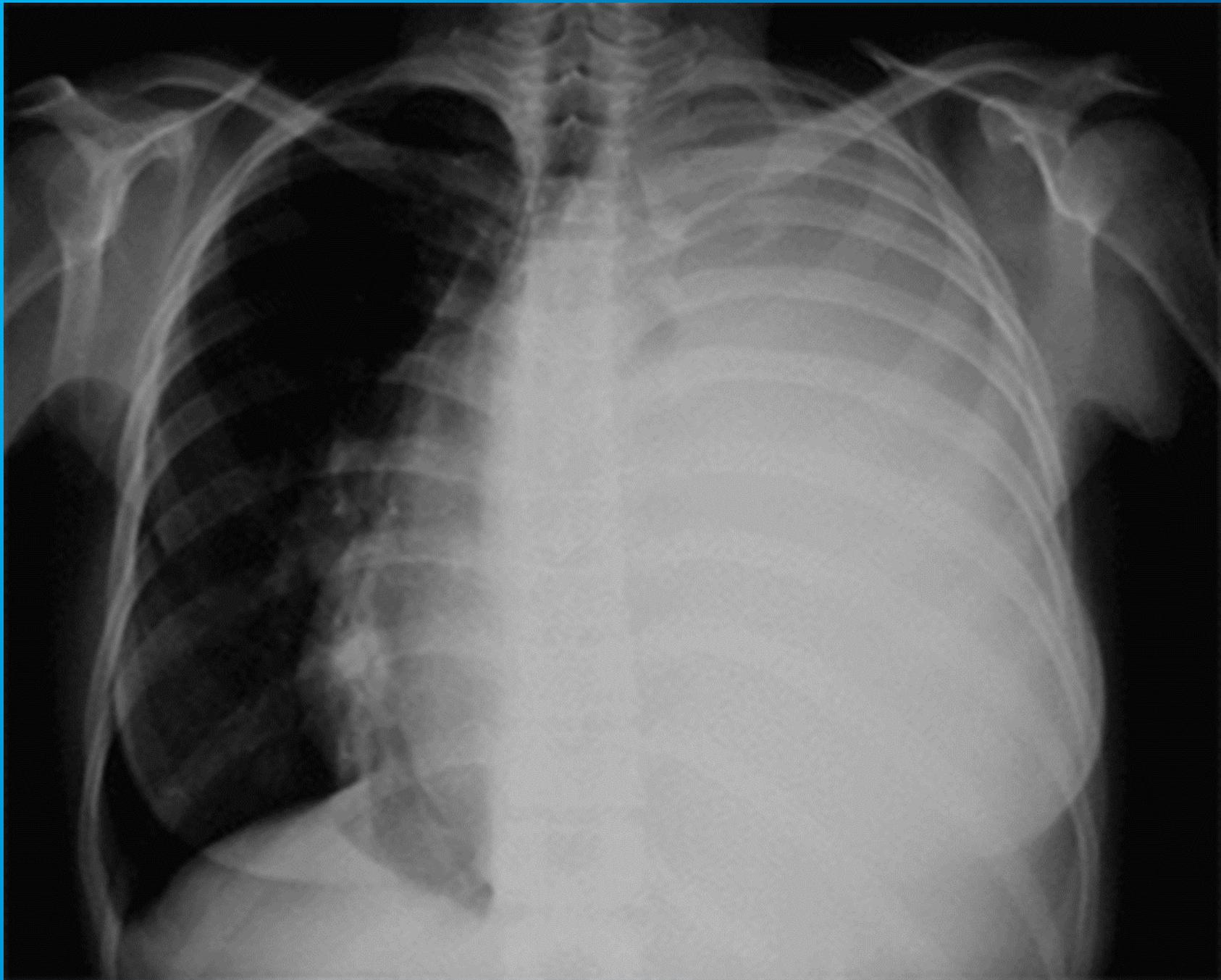
- une opacité basithoracique gauche
- Dense
- homogène
- tonalité hydrique
- limite inférieure: effaçant la coupole diaphragmatique et comblant les 2 culs de sac,
- limite externe: en contact avec la paroi thoracique
- limite interne: noyée dans le médiastin
- limite supérieure: concave en haut et en dedans (ligne de DAMOISEAU radiologique)

▣ **CONCLUSION RX:**

épanchement pleural liquidien gauche de moyenne abondance.

▣ **DG:**

pleurésie gauche de moyenne abondance.



▣ **INTERPRETATION:**

TTX de face objectivant:

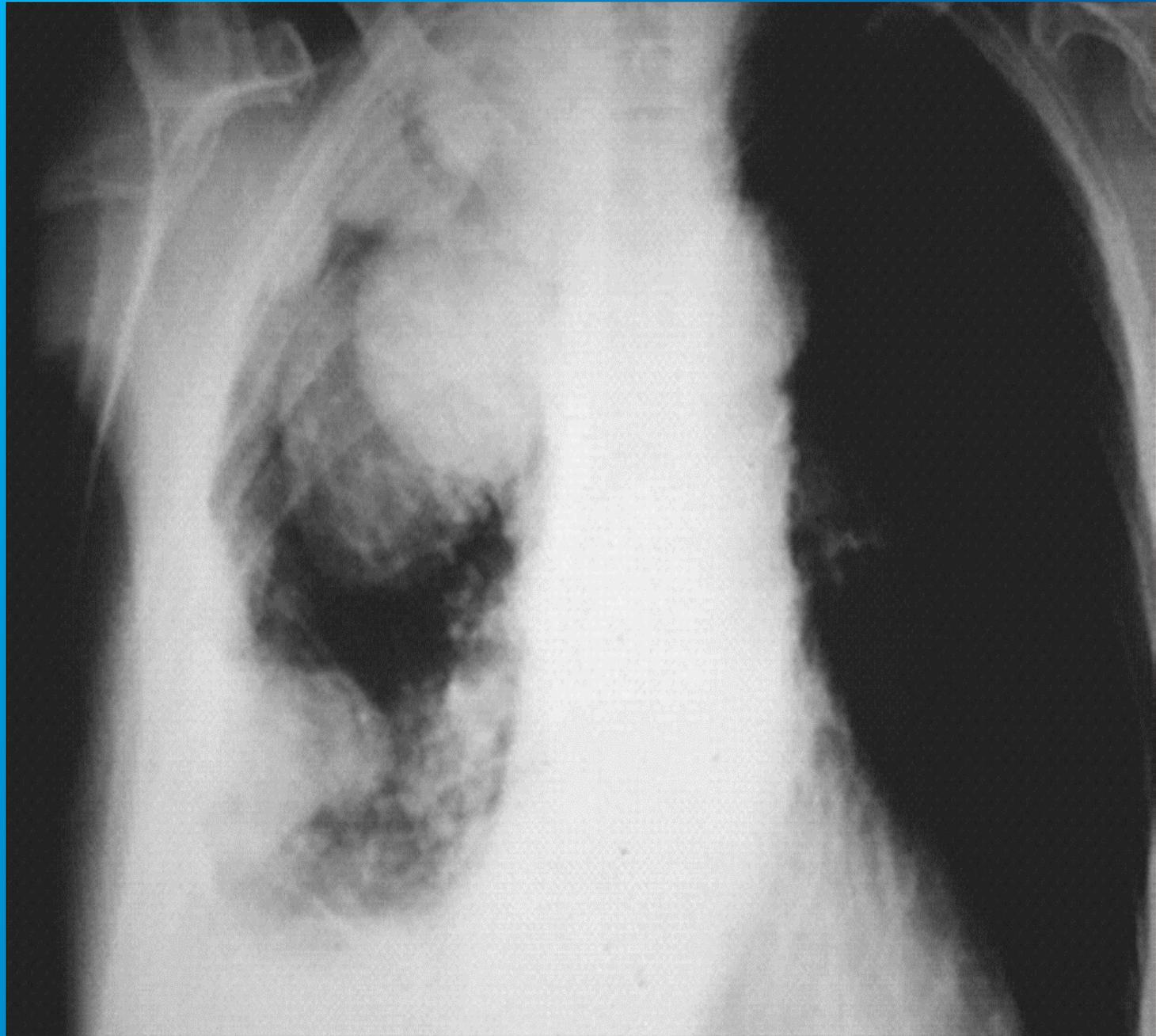
- une opacité de la totalité de l'hémithorax gauche
- dense
- Homogène
- de tonalité hydrique
- limite supérieure: coiffant l'apex
- Limite inférieure: effaçant la coupole diaphragmatique et comblant les deux culs de sacs
- limite externe : en contact avec la paroi thoracique
- limite interne: en contact avec le médiastin en le refoulant du côté controlatéral
- aspect d'un poumon compensateur controlatéral

▣ **CONCLUSION RX:**

hémithorax sombre refoulant homogène gauche

➤ **DG:**

épanchement pleural liquidien de grande abondance refoulant gauche (hydrothorax)



▣ **INTERPRETATION:**

TTX de face objectivant:

- une opacité occupant l'hémithorax droit
- dense
- homogène
- périphérique
- allant de la base, la paroi thoracique , l'apex jusqu'à la région sus et sous hilare,
- engainant le poumon dans sa totalité
- avec limite interne festonnée ou mamelonnée.
- aspect d'un poumon compensateur gauche

▣ **Conclusion RX:**

opacité pleurale mamelonnée droite en cadre.

▣ **Diagnostic:**

mésothéliome pleural droit.



▣ **INTERPRETATION:**

TTX de face objectivant:

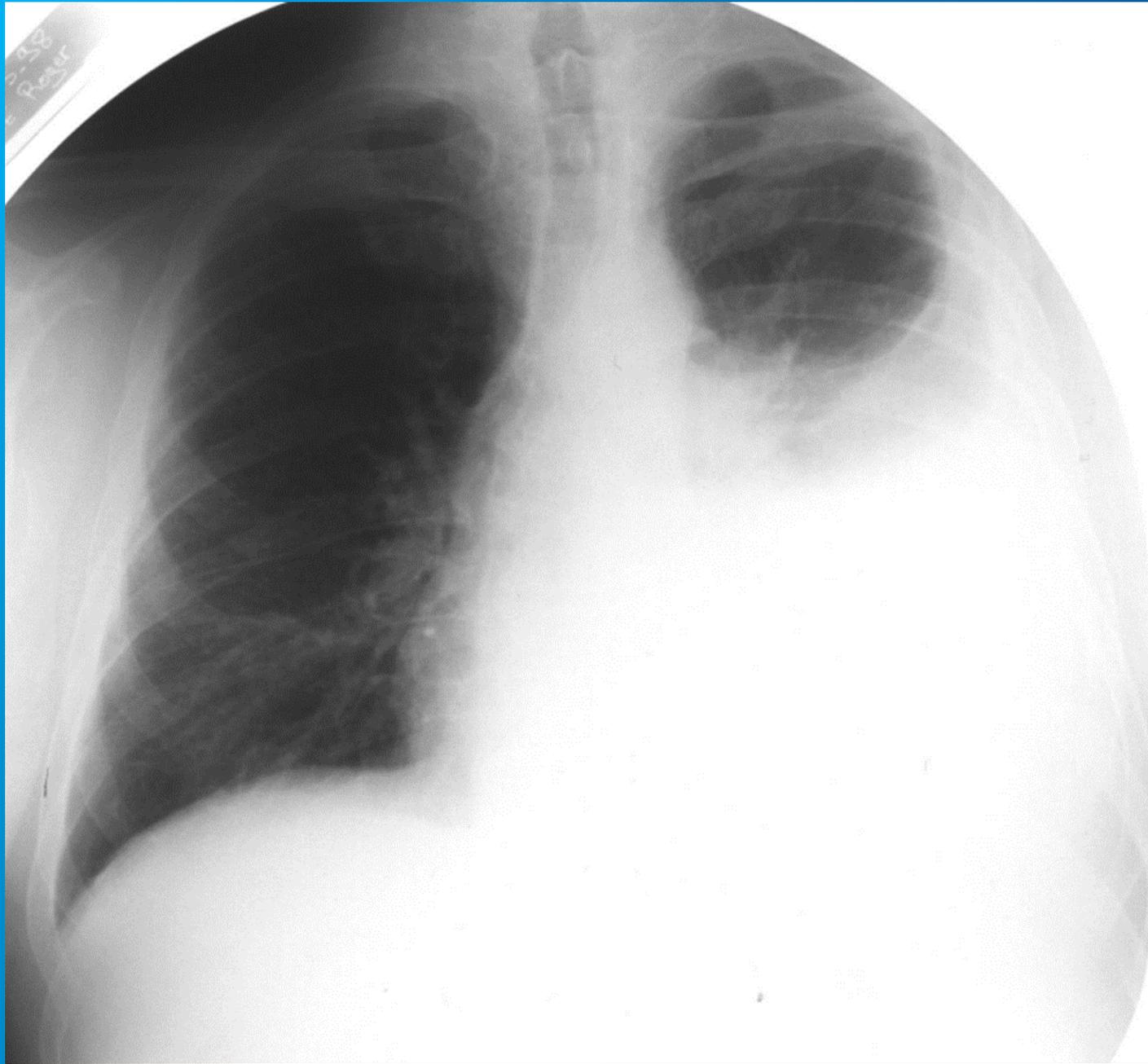
- une opacité fusiforme droite
- dense
- homogène
- tonalité hydrique
- en projection de la petite scissure
- hilo-périphérique
- signes associés:
- aspect du cœur en sabot
- index cardio-thoracique $> 0,5$ (cardiomégalie)

CONCLUSION RX:

opacité pleurale en projection de la petite scissure + cœur en sabot

DG:

Épanchement de la petite scissure sur insuffisance cardiaque gauche
(N.B: rechercher une cardiomégalie devant tout épanchement scissural)



▣ **INTERPRÉTATION:**

TTX de face objectivant:

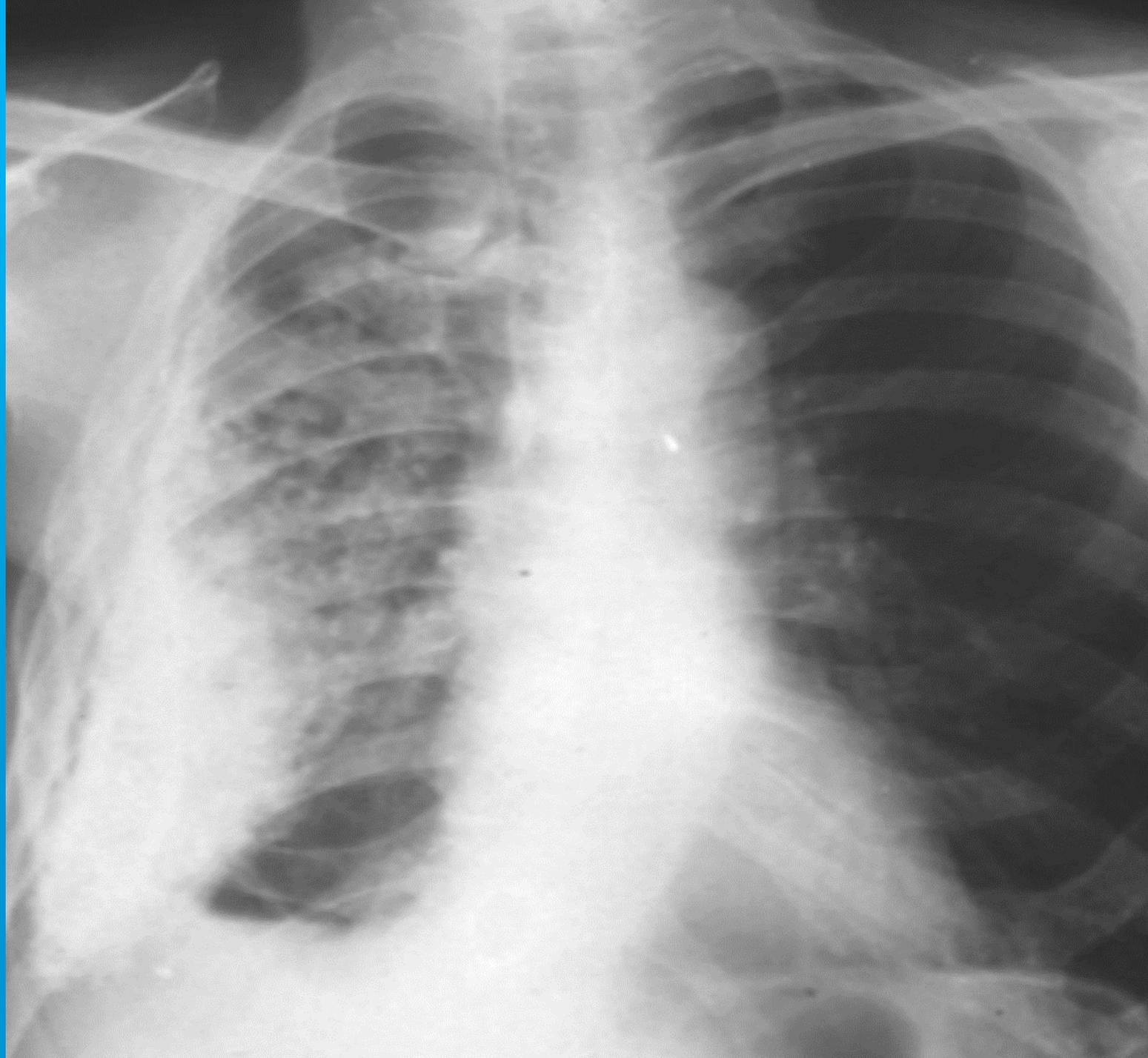
- une opacité occupant les 2/3 inférieurs de l'hémithorax gauche
- dense
- homogène
- tonalité hydrique
- limite inférieure effaçant la coupole diaphragmatique et comblant les 2 culs de sacs
- limite externe: en contact avec la paroi thoracique
- limite interne: en contact avec le médiastin
- limite supérieure: concave en haut et en dedans
- signes de refoulement: médiastin et trachée à droite

➤ **CONCLUSION RX:**

Opacité pleurale de grande abondance gauche refoulante

➤ **DG:**

Pleurésie de grande abondance refoulante



▣ **INTERPRÉTATION:**

TTX de face objectivant:

- une opacité périphérique occupant les 2/3 inférieurs de l'hémithorax droit
- dense
- homogène
- tonalité calcique
- limite inférieure effaçant partiellement la coupole diaphragmatique et comblant le cul de sac costo-diaphragmatique
- limite externe: en contact avec la paroi thoracique
- limite interne: convexe vers le parenchyme
- se raccordant à angle ouvert avec la paroi
- réalisant un aspect en « os de seiche » ++++
- signes de rétraction: pincement des espaces intercostaux à droite et attraction de la trachée

➤ **CONCLUSION RX:**

Opacité pleurale calcique droite en os de seiche

➤ **DG:**

pachypleurite (séquelle de tuberculose pleurale)



▣ **INTERPRÉTATION:**

TTX de face objectivant:

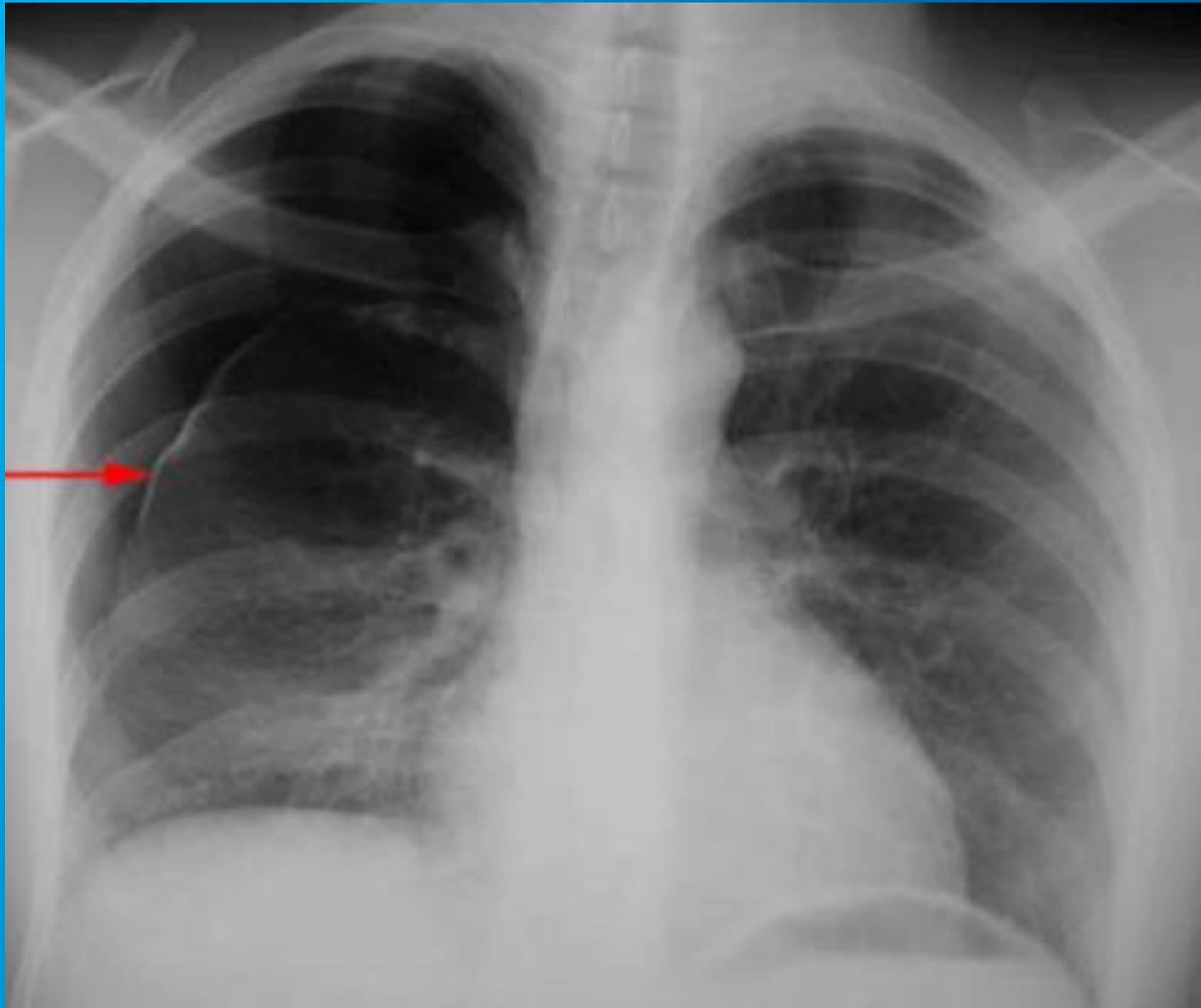
- une double opacité de la base de l'hémithorax droit et gauche
- dense
- homogène
- tonalité hydrique
- émoussant et comblant les deux culs de sacs costo-diaphragmatiques
- associées à de multiples opacités disséminées dans les deux plages pulmonaires
- peu denses
- homogènes
- grossièrement arrondies
- de tailles variables
- dont la plus importante est de siège axillaire supérieur droit mesurant 03 cm de diamètre
- réalisant un aspect en « lâcher de billes »

➤ **CONCLUSION RX:**

Opacité pleurale bilatérale de minime abondance+ multiples opacités rondes intraparenchymateuses en lâcher de billes

➤ **DG:**

métastases pleuro-pulmonaires bilatérales d'un cancer extra thoracique



▣ **INTERPRÉTATION:**

TTX de face objectivant:

- une hyperclarté avasculaire droite
- allant de la base thoracique
- remontant en bande périphérique de 03 cm jusqu'à l'apex
- limite externe: en contact avec la paroi thoracique
- délimitant dans sa partie interne une opacité peu dense correspondant au poumon décollé
- Pas de signes de refoulement

➤ **CONCLUSION RX:**

épanchement pleural aérique périphérique droit de 03 cm

➤ **DG:**

Pneumothorax partiel droit non refoulant



▣ **INTERPRÉTATION:**

TTX de face objectivant:

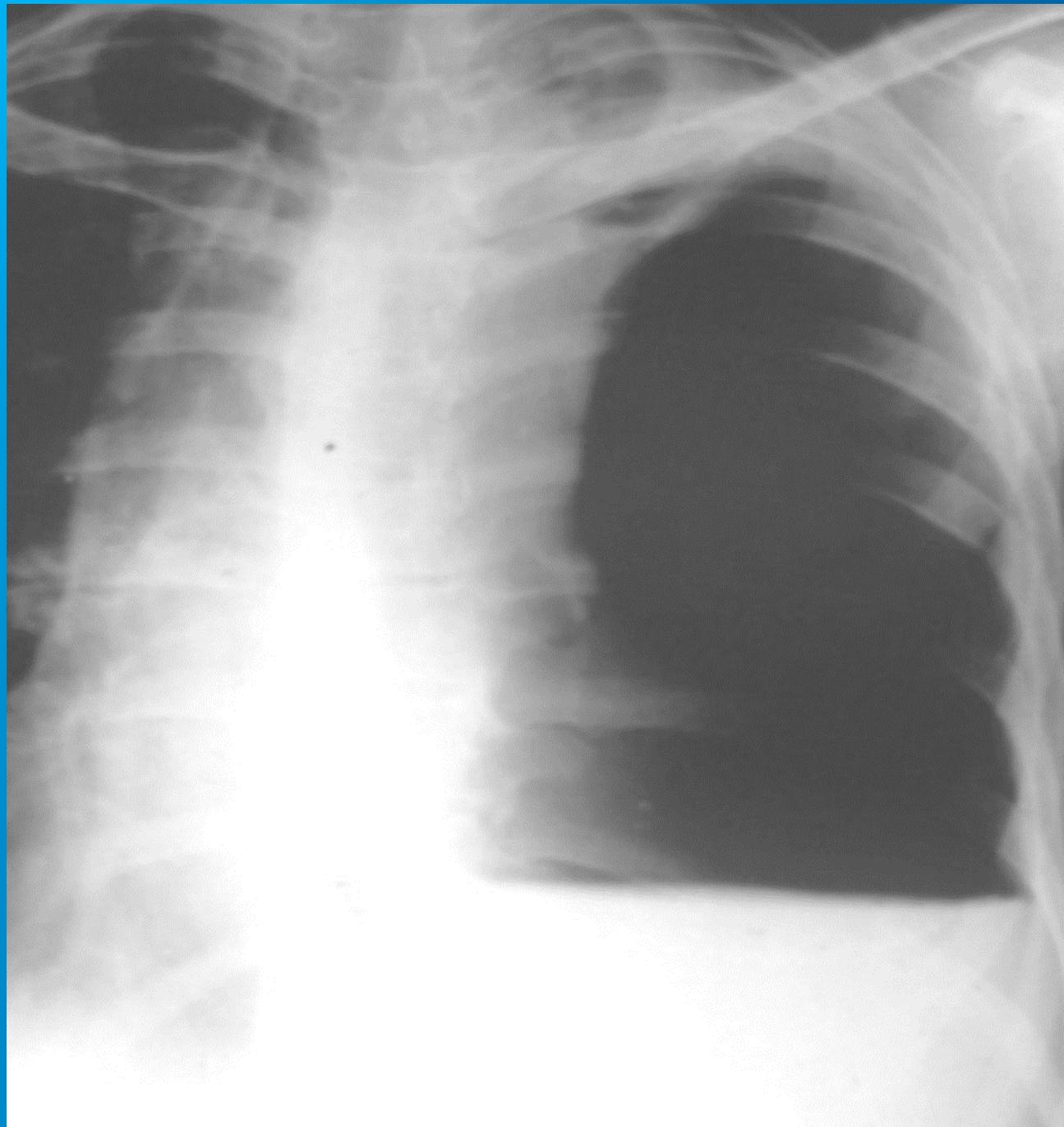
- une opacité occupant la moitié inférieure de l'hémithorax droit
- dense
- homogène
- tonalité hydrique
- limite inférieure effaçant la coupole diaphragmatique et comblant les 2 culs de sacs
- limite externe: en contact avec la paroi thoracique
- limite interne: en contact avec le médiastin
- limite supérieure: nette horizontale
- surmontée d'une hyperclarté avasculaire
- allant jusqu'à l'apex
- délimitant dans sa partie interne une opacité peu dense correspondant au poumon collabé
- signes de distension à droite: abaissement de la coupole diaphragmatique , élargissement des EIC
- signes de refoulement à gauche : médiastin et trachée

➤ **CONCLUSION RX:**

épanchement mixte de grande abondance droit compressif

➤ **DG:**

hydropneumothorax total compressif droit (pyopneumothorax ou hémopneumothorax)



▣ **INTERPRÉTATION:**

TTX de face objectivant:

- une opacité occupant la moitié inférieure de l'hémithorax gauche
- dense
- homogène
- tonalité hydrique
- limite inférieure effaçant la coupole diaphragmatique et comblant les 2 culs de sacs
- limite externe: en contact avec la paroi thoracique
- limite interne: en contact avec le médiastin
- limite supérieure: nette horizontale
- surmontée d'une hyperclarté avasculaire
- allant jusqu'à l'apex
- délimitant dans sa partie interne une opacité peu dense correspondant au poumon collabé
- restant adhérent à l'apex par une opacité linéaire correspondant à une bride
- signes de distension à gauche: abaissement de la coupole diaphragmatique , élargissement des EIC
- signes de refoulement à droite : médiastin et trachée

➤ **CONCLUSION RX:**

épanchement mixte de grande abondance droit compressif bridé

➤ **DG:**

hydropneumothorax total compressif droit bridé (pyopneumothorax ou hémopneumothorax)

▣ **INTERPRÉTATION:**

TTX de face objectivant:

- une hyperclarté
- occupant la totalité de l'hémithorax droit
- allant de la base jusqu'à l'apex
- délimitant dans sa partie interne une opacité peu dense correspondant au poumon collabé
- signes de distension : abaissement de la coupole diaphragmatique ,
élargissement des EIC
- signes de refoulement: médiastin et trachée à gauche

➤ **CONCLUSION RX:**

épanchement pleural aérique total droit compressif

➤ **DG:**

pneumothorax total droit compressif