

	Description	Explication physiopathologique
Syndrome ALVEOLAIRE		
	<p>1- <u>Opacité systématisée</u> qui occupe un ou plusieurs lobule(s), segment(s), lobe(s), ou tout un poumon. Limites nettes Limites floues Forme particulière : aspect en <u>ailes de papillon</u> (œdème pulmonaire +++) = opacités périhilaires qui respectent le sommet, la périphérie et les bases.</p> <p>2- <u>Nodule alvéolaire</u> = petite opacité ronde de 3 à 7 mm de diamètre, dont les contours sont flous.</p>	<p><i>Comblement des espaces aériens par des cellules, du liquide ou des dépôts.</i> <i>Nettes : quand elles viennent buter sur une barrière anatomique (exemple : une scissure).</i> <i>Floues quand le processus pathologique se propage d'alvéole en alvéole et se termine donc indistinctement.</i></p>
	<u>Bronchogramme, bronchiogramme, ou alvéologramme aérien</u>	<i>les alvéoles, bronchioles, ou bronches se remplissent ± du processus pathologique mais pas toutes. La lumière de certaines d'entre elles contient de l'air et elles deviennent visibles au sein de l'opacité alvéolaire.</i>
	<u>Image en verre dépoli</u>	<i>Le comblement des alvéoles est incomplet</i>
	<u>Signe de la silhouette.</u>	<i>Lorsque 2 opacités de densité hydrique sont en contact l'une de l'autre, leurs limites disparaissent.</i>
	<u>Flou périvasculaire, péribronchique, périhilaire...</u>	<i>Le comblement des alvéoles rend les vaisseaux / bronches / hiles flous.</i>
Syndrome INTERSTITIEL		
	<p><u>Lignes de Kerley</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - type A, aux Apex = petites opacités linéaires, de 1 à 2 mm d'épaisseur et de 3 à 5 cm de long, un peu anguleuses. - type B, aux Bases = petites opacités linéaires, de 1 à 2 mm d'épaisseur et de 1 à 3 cm de long, perpendiculaires à la plèvre. - type C, au Centre des poumons = image en réseau où s'entrecroisent de nombreuses lignes septales. - type D (clichés De profil uniquement), Devant, dans l'espace clair rétrosternal = petites opacités linéaires de 5 à 7 cm de long. <p><u>Au scanner</u> : les lignes de Kerley se traduisent par des <u>lignes septales</u> : images linéaires ou parfois polygonales, régulières (lignes nettes) ou irrégulières (avec des petits renflements ou spicules)</p>	<p><i>Infiltration de l'interstitium par des cellules, du tissu conjonctif ou de la fibrose.</i></p> <p><i>Epaissement des septas interlobulaires ; elles prennent un aspect différent selon leur siège car les lobules pulmonaires sont +/- bien formés dans le poumon (les lobules sont les mieux formés : au niveau des bases et de la périphérie du parenchyme pulmonaire).</i></p>
	<p><u>Flou périvasculaire, péribronchique ou périhilaire.</u> <u>Micronodules interstitiels</u> = petite opacité ronde de 3 à 7 mm</p>	<i>L'infiltration de l'interstitium rend les vaisseaux ; les bronches ou les hiles flous.</i>

	de diamètre, dont les contours sont réguliers. Si très nombreux aspect de miliaire (multiples petits nodules dans le parenchyme pulmonaire, ressemblant à des grains de mil).	
	<u>Image en verre dépoli</u>	<i>Epaissement de l'interstitium pariéto-alvéolaire.</i>
	<u>Bronchiolectasie / bronchectasie par traction</u> = augmentation du calibre des bronchioles / bronches.	<i>Dans les fibroses pulmonaires, attraction du parenchyme voisin par la fibrose, rétractile.</i>
	<u>Image en rayon de miel</u> = petites cavités de 1 mm à 2-3 cm de diamètre, bordées d'une paroi lisse.	<i>Destruction irréversible du parenchyme pulmonaire (pathognomonique de la fibrose pulmonaire).</i>
	<u>Epaissement de la plèvre...</u>	<i>Epaissement des l'interstitium sous-pleural.</i>
Syndrome BRONCHIQUE		
<u>Dilatation des bronches (DDB)</u>	<u>1- 3 types :</u> - <u>cylindrique</u> : les parois des bronches restent parallèles. - <u>moniforme</u> : avec de façon intermittente des rétrécissements (image en collier de perle). - <u>kystique ou sacciforme</u> : les bronches forment des petites cavités, et contiennent souvent un petit niveau liquide (<i>sécrétions non évacuées</i>).	<i>Augmentation irréversible du calibre des bronches alors que le calibre d'une bronche normale va en se rétrécissant</i> Parois bronchiques épaissies par de la bronchite.
	<u>images en rail</u>	Par non diminution du calibre bronchique en périphérie
	<u>images "en rosette</u>	Clartés polykystiques à contours fins prédominants aux bases
<u>Emphysème (E)</u>	<u>4 types :</u> - <u>centro-lobulaire</u> = typique des fumeurs : siège préférentiellement aux sommets ; se traduit au scanner par des petites clartés aériennes, de 1 à 3 mm de diamètre, dont la paroi n'est pas visible. - <u>pan-lobulaire</u> = typique des déficits en $\alpha 1$ antitrypsine : siège préférentiellement aux bases ; destruction complète du ou des	<i>Distension des espaces aériens au-delà de la bronchiole terminale avec destruction des parois alvéolaires.</i>

	<p>lobules.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>para-septal</u> : petites bulles d'emphysème le long de la plèvre ou le long des bronches et des vaisseaux. - <u>para-lésionnel</u>= typiquement à côté d'une cicatrice tuberculeuse : siège à côté d'une lésion (tuberculose, silicose). <p><u>Sur la radiographie thoracique de face</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - images de bulles claires - hyperclarté des 2 champs pulmonaires - élargissement des espaces intercostaux - aplatissement des coupes diaphragmatiques (<i>signes de distension thoracique</i>). 	
<p><u>Obstacles bronchiques = Atélectasies</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Opacité triangulaire dont le sommet est centré par la bronche obstruée et la périphérie va vers la plèvre, et dont les bords et faces sont concaves en dehors. - Signe de la silhouette avec la partie du médiastin à leur contact. 	<p><i>En présence d'un obstacle bronchique, le territoire ventilé par cette bronche se rétracte...</i></p>
<p><u>Syndrome PLEURAL</u></p>		
<p><u>Pneumothorax (PNO)</u></p>	<ol style="list-style-type: none"> 1- <u>Hyperclarté gazeuse homogène sans trame pulmonaire</u>, de taille variable : du simple croissant gazeux au sommet pulmonaire, à l'hyperclarté de tout un hémithorax. 2- <u>Opacité linéaire fine de la plèvre viscérale</u>, adhérente au poumon, située à distance de la paroi, vue tangentielle et surlignée par l'air intra- et extra-pulmonaire . 3- <u>Moignon pulmonaire</u> plus ou moins rétracté au hile. 4- <u>Hémithorax distendu</u> avec horizontalisation des espaces intercostaux. 5- <u>Déplacement du médiastin</u> vers le coté opposé au pneumothorax. 	<p><i>Irruption d'air dans la cavité pleurale. L'air, attiré par la pression négative régnant entre les feuillets pleuraux, entraîne un collapsus passif du parenchyme pulmonaire.</i></p>

<p><u>Epanchements pleuraux liquidiens</u></p>	<p>1- <u>Face</u> : opacité homogène comblant le cul de sac costo-diaphragmatique externe, à limite supérieure concave en haut et en dehors, se raccordant à la paroi thoracique par la ligne bordante axillaire (équivalent radiologique de la ligne de Damoiseau).</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>peu abondant</u> : comblement d'un cul de sac externe ; - <u>abondant</u> : opacité plus importante de la base ; - <u>remplissant toute la cavité pleurale</u> : hémithorax blanc, opacité masquant complètement la coupole diaphragmatique, avec refoulement du médiastin vers le côté opposé. <p>2- <u>Profil</u> : opacité homogène comblant les culs de sacs <u>postérieurs</u> et se raccordant tangentiellement aux parois antérieures et postérieures.</p>	<p><i>Epanchement liquidien (transsudat, exsudat, pus, chyle, sang) d'abondance variable dans la cavité pleurale, décollant les 2 feuillets.</i></p> <p><i>NB : la quantité de liquide physiologiquement présent est d'environ 50 mL.</i></p>
<p><u>Syndrome PARIETAL</u></p>		
	<p>Recherche de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Fractures de côtes. 2- Opacités des parties molles. 	<p><i>Secondaire à une atteinte de la paroi thoracique.</i></p>