



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Pneumopathies infiltrantes diffuses : quels aspects radiologiques pour quelles étiologies ?

Diffuse interstitial pneumonia: What radiological aspects
for which etiologies?

**Article rédigé par M. Turpin*,
d'après la communication de P. Y. Brillet¹**

¹*Service de radiologie thoracique, Hôpital Avicenne, Bobigny, France*

MOTS CLÉS

Pneumopathies
interstitielles
diffuses ;
Distribution
pulmonaire ;
Lésion élémentaire

KEYWORDS

Interstitial lung
diseases;
Pulmonary
distribution;
Elementary lesion

Résumé

Le scanner thoracique haute résolution par la caractérisation des lésions élémentaires dans l'atteinte des différents compartiments pulmonaires prend une part importante dans l'approche diagnostique des pneumopathies infiltrantes diffuses. Il existe peu de lésion pathognomonique d'une étiologie mais l'analyse systématique des lésions et de leurs distributions permet de réduire le nombre d'étiologies associées voire d'accéder au diagnostic si on y intègre les données cliniques tout en connaissant les limites de cette analyse.
© 2016 SPLF. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The high-resolution chest CT by characterizing the elementary lesions in achieving the different lung compartments is an important part in the diagnostic approach to interstitial lung pneumonia.

There are few pathognomonic lesion corresponding to an etiology but a systematic analysis of lesions and their distributions reduces the number of etiologies associated and allows access to diagnosis if it integrates clinical data while knowing the limits of this analysis.

© 2016 SPLF. Published by Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : matthieu.turpin@u-psud.fr (M. Turpin).

Une analyse systématique des lésions dans le but d'accéder au diagnostic

L'analyse systématique des images obtenues par un scanner thoracique haute résolution (TDM HR) passe dans un premier temps par un paramétrage technique standardisé dans l'acquisition et la présentation des images.

L'analyse des images comprend la description des lésions élémentaires et parmi celles-ci la lésion prédominante ainsi que sa topographie (notion de *pattern* radiologique). Puis il est important de repérer les lésions associées extra parenchymateuses. Grâce à cette analyse un certain nombre de diagnostics est possiblement évoqué à confronter aux données cliniques.

Il est essentiel de rester simple dans les diagnostics proposés et de toujours éliminer les diagnostics différentiels fréquents tels que l'œdème aigu pulmonaire ou la pneumonie aiguë.

Distribution lésionnelle et étiologies

Toute lésion élémentaire doit être interprétée en fonction de sa distribution, soit à l'échelle du lobule pulmonaire secondaire, en particulier pour les micronodules, soit à l'échelle du poumon. Par exemple des micronodules de distribution péri-lymphatique sont fortement compatibles avec une sarcoïdose et des réticulations périphériques basales avec une pneumopathie interstitielle commune (PIC).

Lésions élémentaires et étiologies

Les *micronodules* en lésion élémentaire et leur distribution sur le lobule pulmonaire secondaire orientent fortement le diagnostic étiologique (Fig. 1).

En revanche le *verre dépoli* est totalement aspécifique et nécessite la recherche de signes associés et d'intégrer les

données cliniques, tout comme les *condensations alvéolaires* qui nécessitent également la recherche d'éléments discriminants dans leur présentation. Par exemple, la condensation alvéolaire de siège lobaire d'aspect asymétrique sans bronchogramme aérique et responsable d'un bombement scissural est fortement évocatrice d'un adénocarcinome mucineux invasif (Fig. 2).

L'analyse des *opacités linéaires et réticulées* et en particulier les *réticulations septales inter lobulaires* doit comprendre la caractérisation de l'épaississement septal. En effet, un épaississement lisse régulier oriente vers un obstacle veineux (OAP, maladie veino-occlusive), un épaississement nodulaire vers une atteinte lymphatique d'une sarcoïdose ou d'une lymphangite carcinomateuse, enfin un épaississement fibreux vers une fibrose pulmonaire ou une sarcoïdose (Fig. 3).

Les signes de *fibrose pulmonaire* sont multiples et doivent être interprétés en fonction de leur association, de leur distribution et des lésions associées. En effet, les réticulations interlobulaires associées à des bronchectasies de traction avec un respect sous pleural orientent vers une

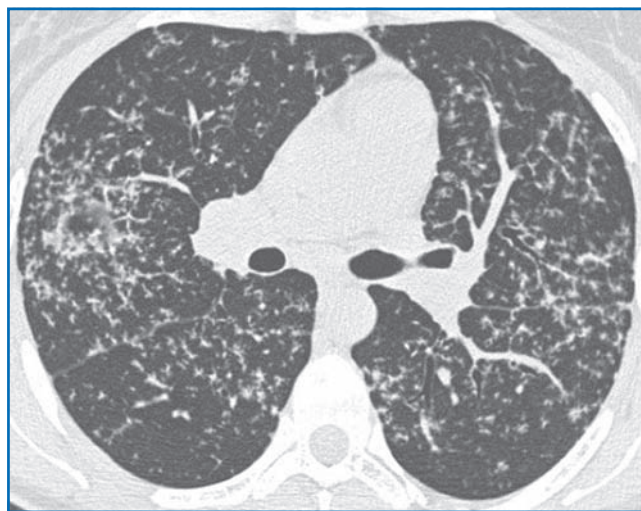


Figure 1. Micronodules péri-lymphatiques dans une sarcoïdose pulmonaire.

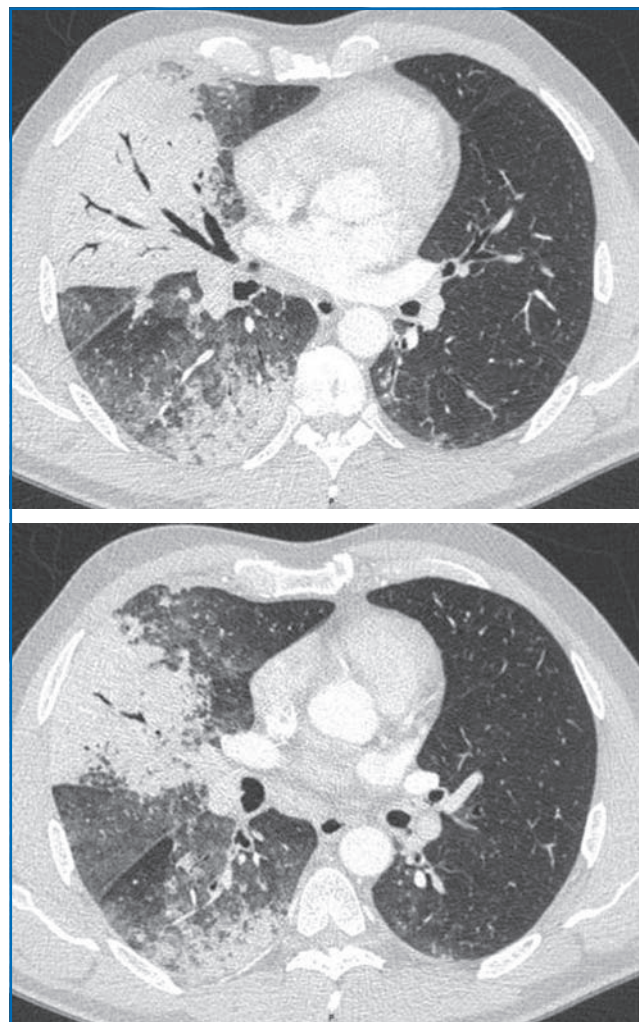


Figure 2. Condensation alvéolaire de siège lobaire d'aspect asymétrique sans bronchogramme aérique et responsable d'un bombement scissural dans le cadre d'un adénocarcinome mucineux invasif.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5725248>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5725248>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)