

Patient de 50 ans / Fièvre élevée Sd inflammatoire
Douleurs latéro-thoraciques G / Toux et
expectorations purulentes

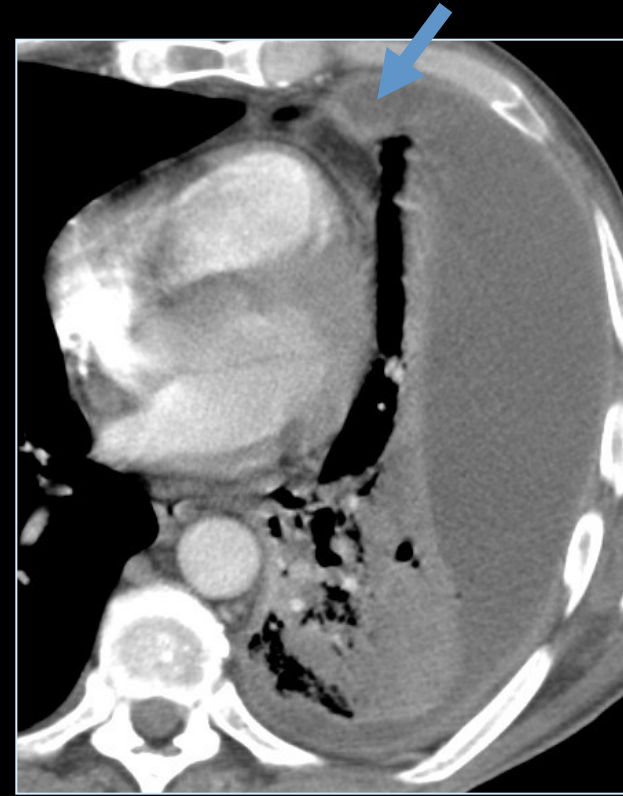
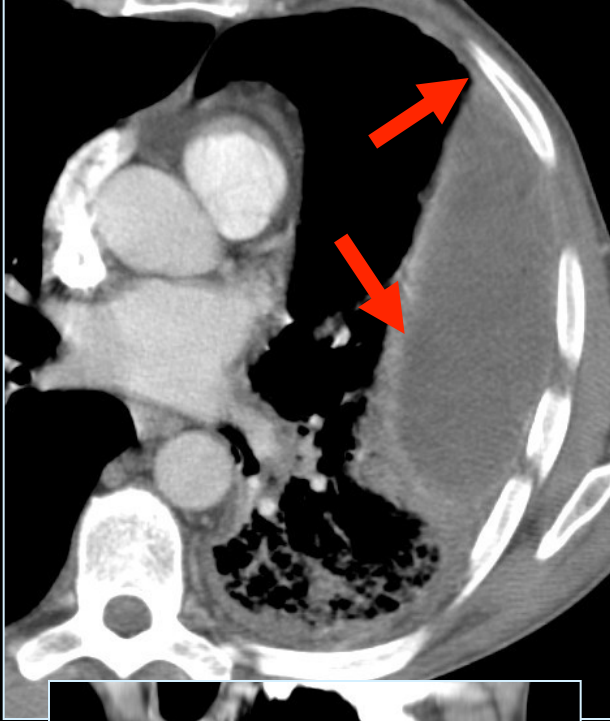


N°1



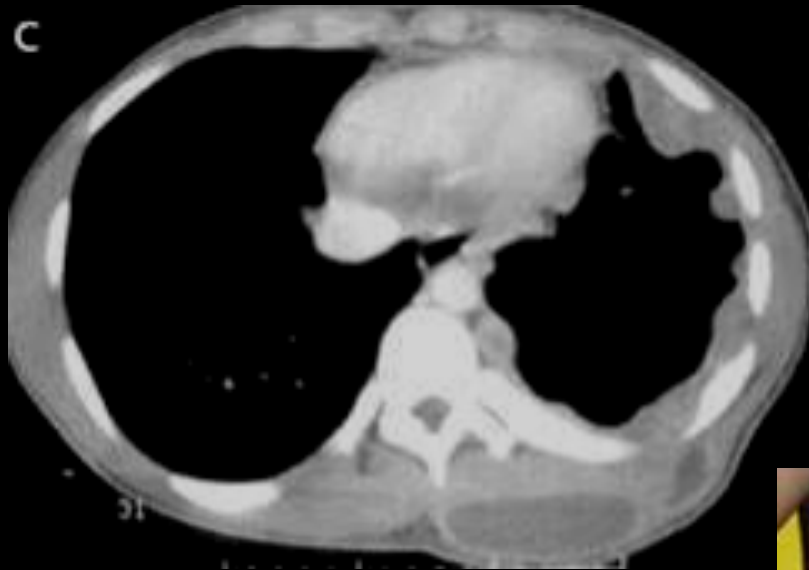
N°1

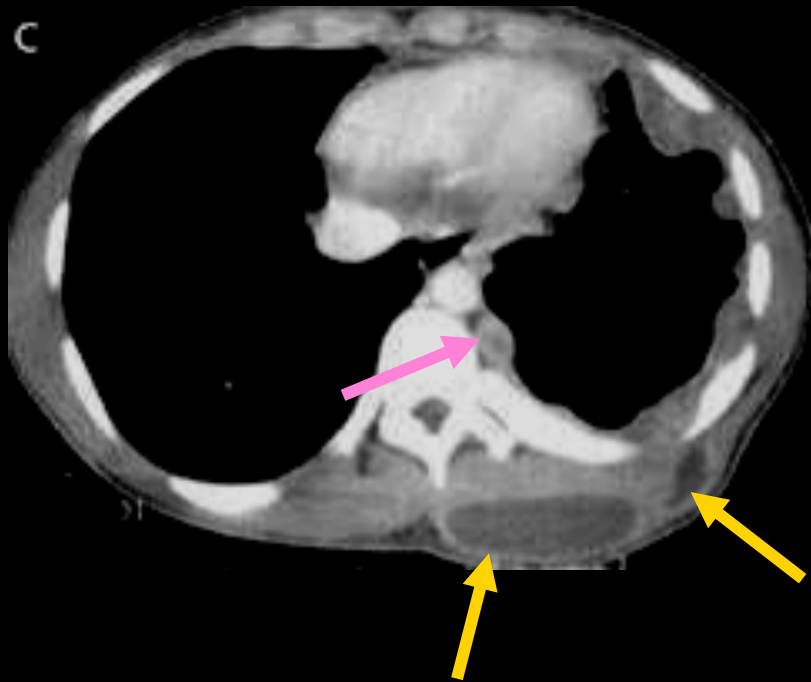
Empyème pleural
(pleurésie purulente enkystée)



Homme de 18 ans, sans antécédent, présente depuis 6 mois une tuméfaction progressive para-vertébrale droite avec depuis 3 jours un suintement sérieux.

N°2

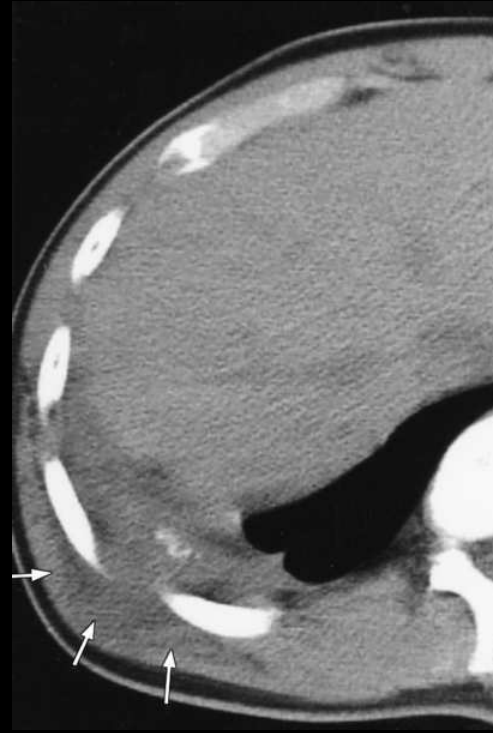




La RT montrait une consolidation du LIG et de nombreux nodules pleuraux gauches .

Le CT montre les nodules de la plèvre gauche et la collection liquidienne pariétale qui correspond à un **empyème de nécessité** (empyema necessitatis).

Les cultures confirment la présence de *M tuberculosis*(sujet VIH -)



homme 23 ans , antécédents de pleurésie tuberculeuse 5 ans auparavant, présente depuis 2 mois une tuméfaction progressive pariétale .absence de lésion cartilagineuse ou costale.

l'empyème de nécessité est une collection de tissu inflammatoire qui s'étend généralement de la cavité pleurale à la paroi thoracique pour former une masse des tissus mous extra pleuraux.

C'est l'**extension extra pleurale transthoracique d'un processus inflammatoire.**

Empyema necessitatis (empyème de nécessité) et une complication rare de l'empyème pleural.

mycobacterium tuberculosis est la cause la plus fréquente, responsable de 73 % des cas d'empyème de nécessité.

La cause peut être une infection pyogénique, fongique, une tumeur maligne ou un lymphome.

L'empyème peut aussi s'étendre dans les tissus mous par un vertébraux, le rachis et plus rarement l'œsophage et le péricarde .

Le scanner est utile pour dépister cette complication rare et démontrer la communication entre la plèvre et la paroi thoracique.



homme 25 ans , collection bilobée de la paroi thoracique ;
absence de lésion costale ou cartilagineuse .

N°3

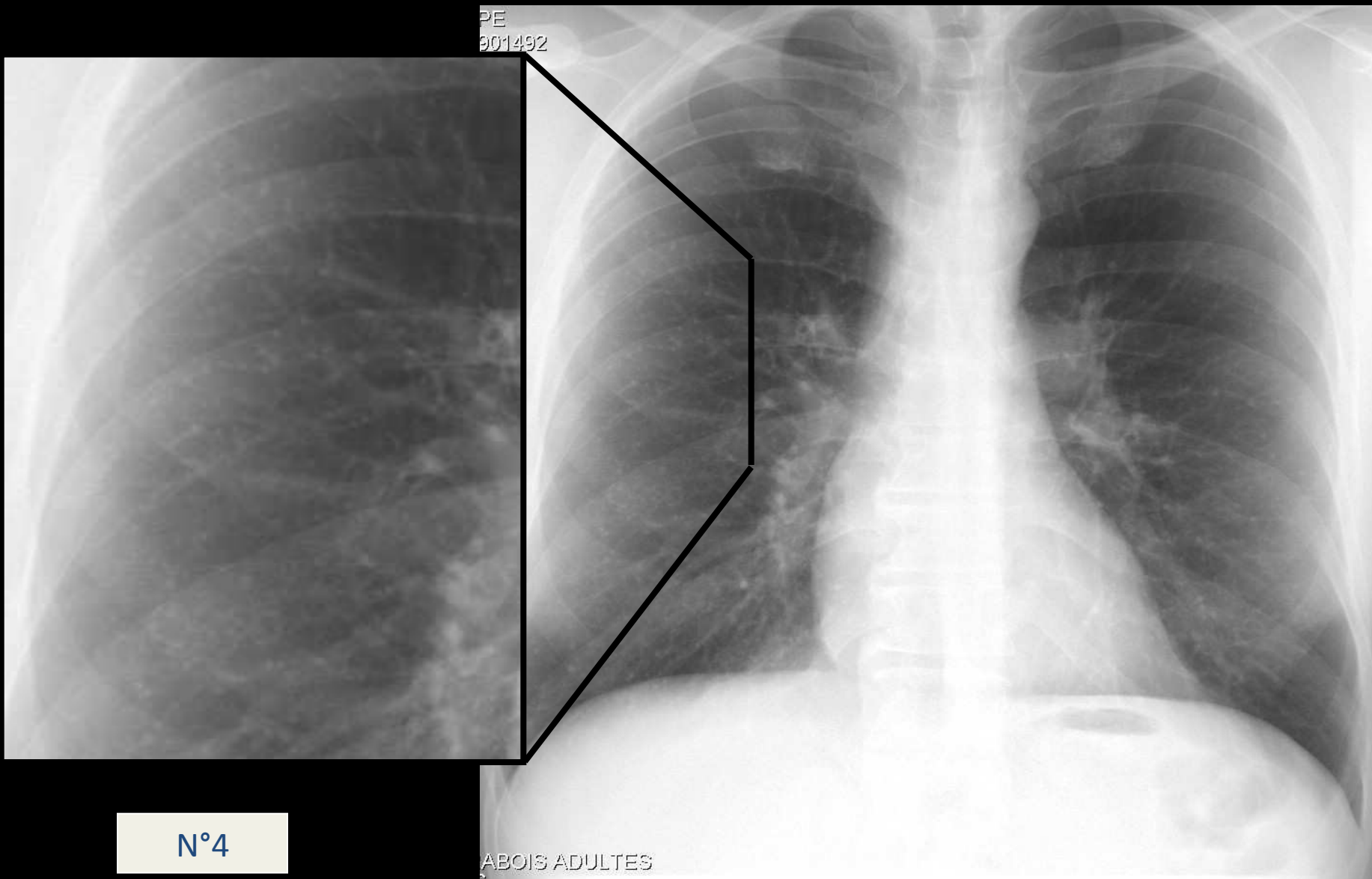
Jeune femme de 19 ans, tableau brutal de douleur abdominal « pseudo-appendiculaire » avec toux sèche et hyperthermie à 39,3 °C et avec des céphalées.



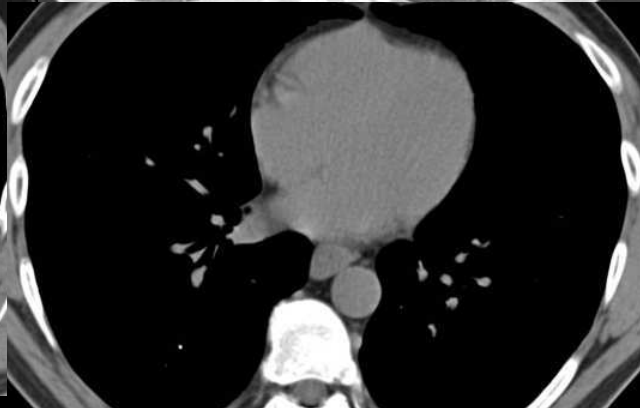
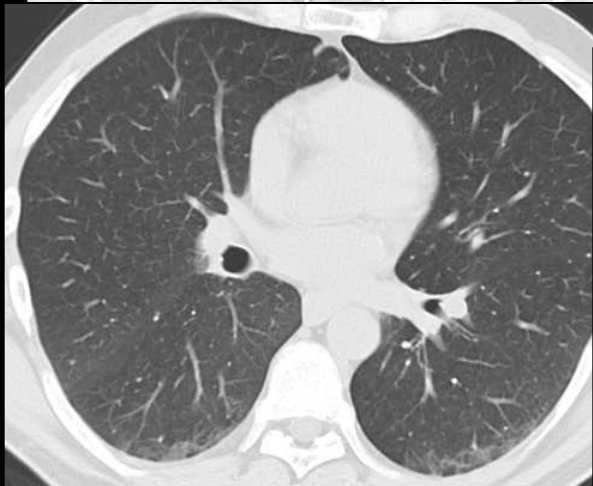
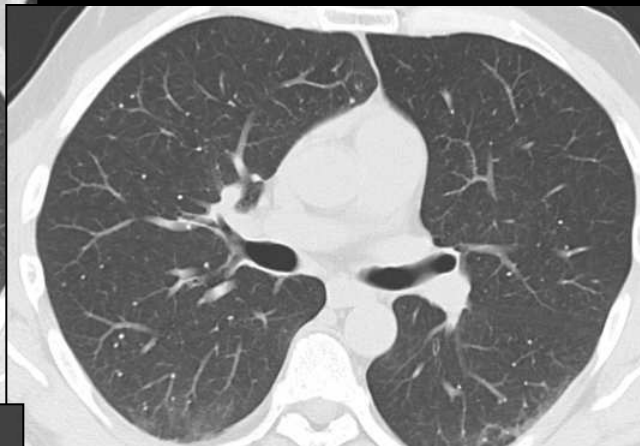
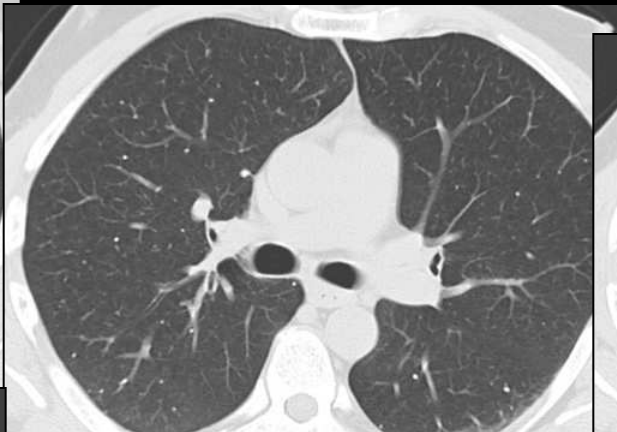
Pneumonie franche
lobaire aiguë moyenne

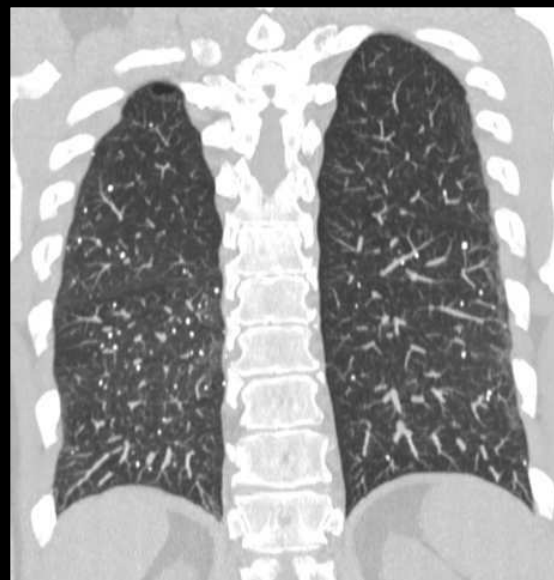
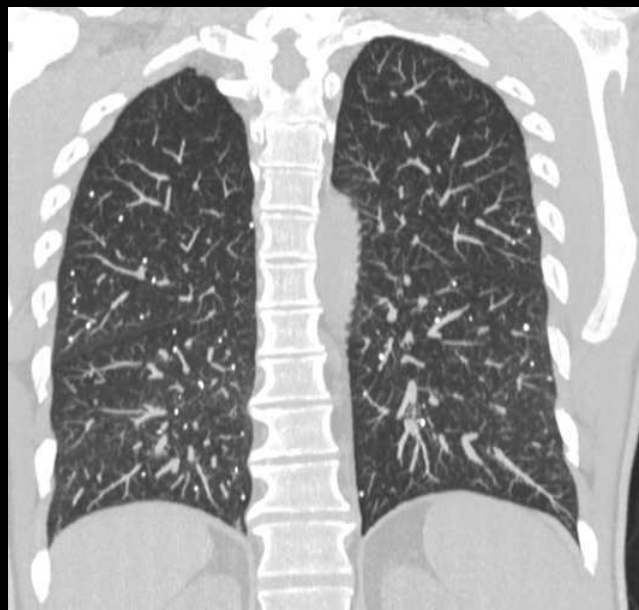
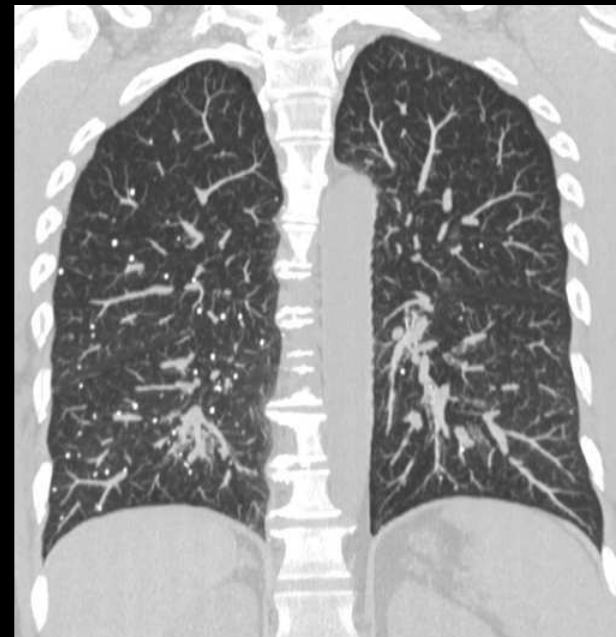
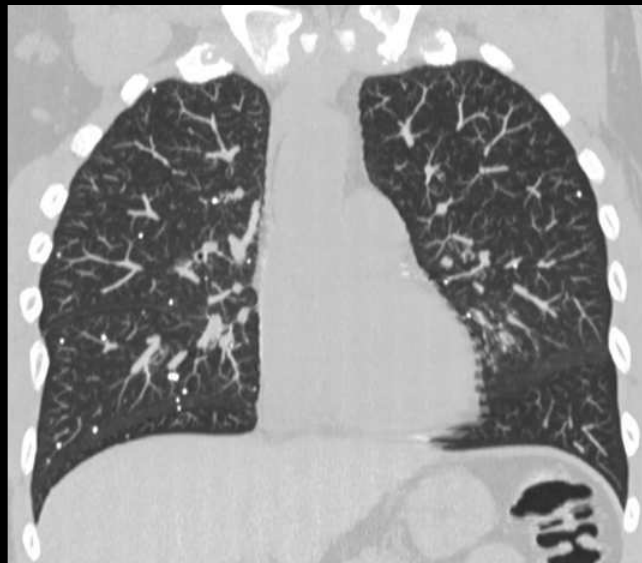


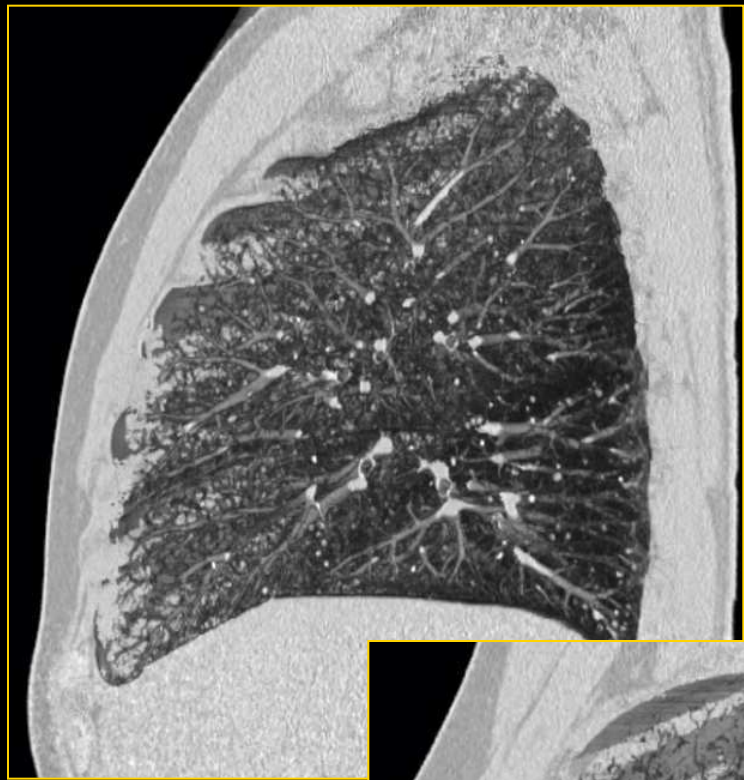
Homme de 45 ans, découverte fortuite,
tabagisme < 10 PA



N°4







Micronodules calcifiés diffus isolés

ANAMNESE ????

Séquelles de pneumopathie
varicelleuse

PNEUMOPATHIE VARICELLEUSE

- ✓ Opacités péribronchovasculaires
- ✓ Micronodules disseminés
- ✓ Nodules à limites floues, disseminés de répartition hétérogène
- ✓ ADP et atteinte pleurale associées rares

➔ **Fréquence des calcifications
micronodulaires séquellaires**

Autres causes de calcifications nodulaires multiples :

-Miliaires calcifiées :

- histoplasmose, coccidioïdomycose (USA)
- Miliaire tuberculeuse (exceptionnelle)

-Nodules multiples calcifiés:

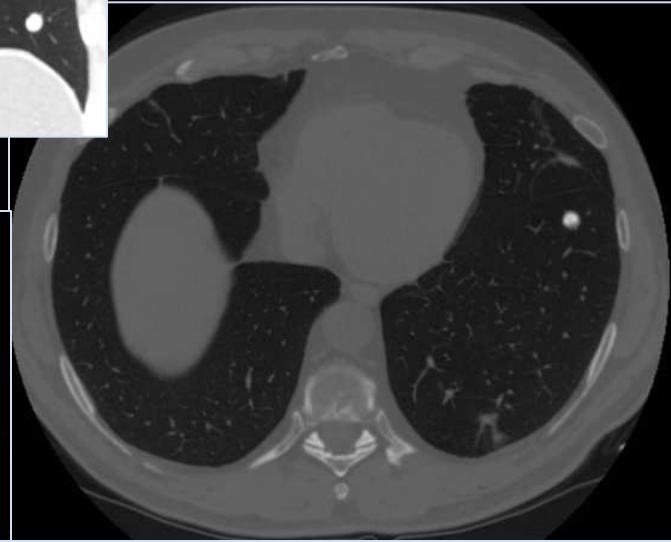
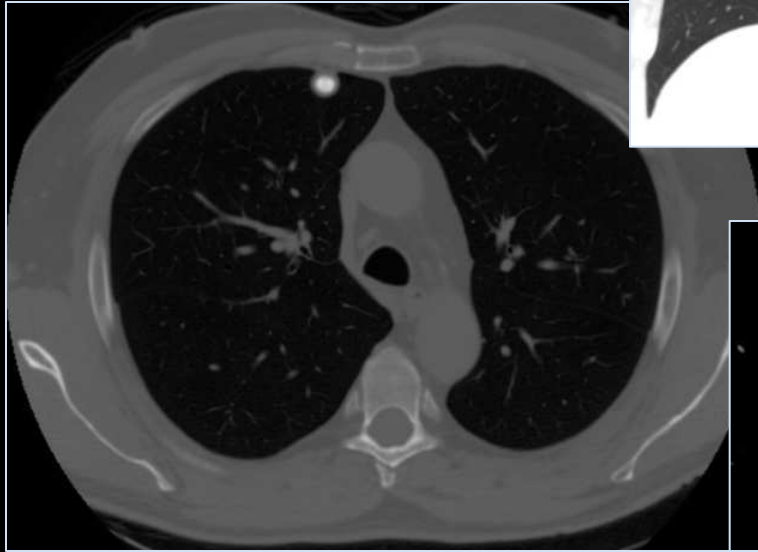
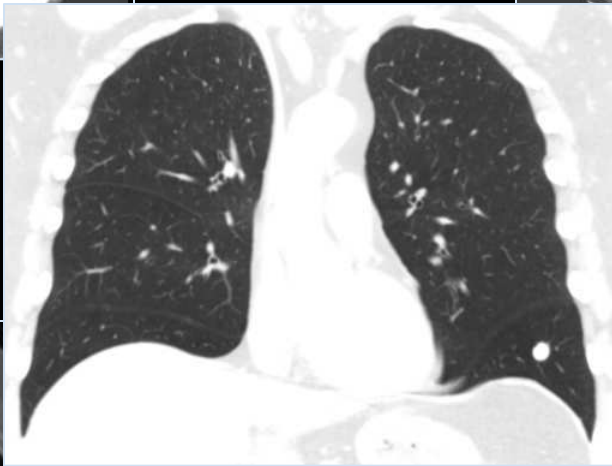
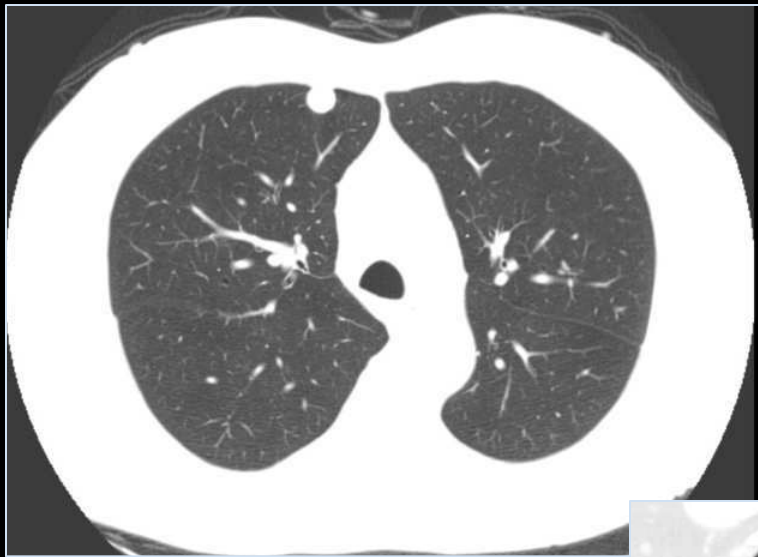
- Silicose, pneumoconiose du charbon
- Schistosomiase, paragonimiasse

-Calcifications au sein de nodules multiples:

- Tuberculose, actinomyose
- Métastase : ostéosarcome/ostéochondrome ; thyroïde, ovaire, rein, lymphome après traitement
- Parasitose
- PR
- Hamartochondromes multiples
- Amylose thoracique

N°5





ATCD d'histoplasmose en 1974



Histoplasmosse

Histoplasma capsulatum : par inhalation (sols humides, spéléologues , poulaillers, chauves souris)

Endémique en Amérique: fréquent et asymptomatique (>95%),

➤ **Phase aigue** : foyers de consolidation éparses +/- adénomégalies

➤ **Forme chronique** : Toux, AEG, sueurs, insuff pulm ou card

Granulome : masse bien limitée de qqs mm à 4 cm avec calcifications centrales, nodules satellites calcifiés

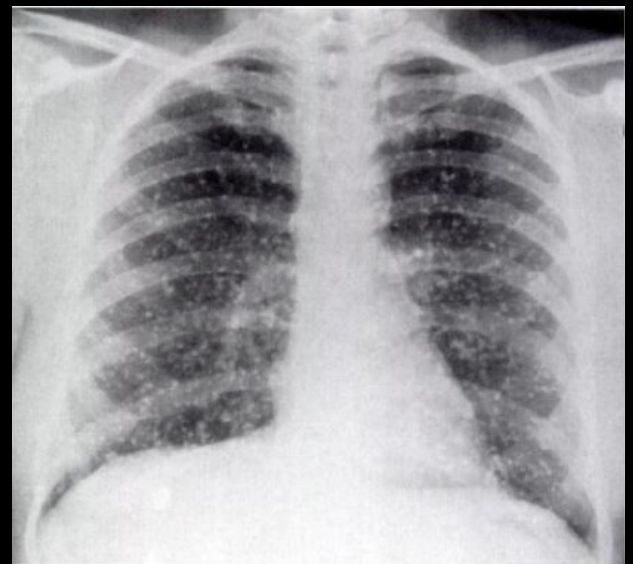
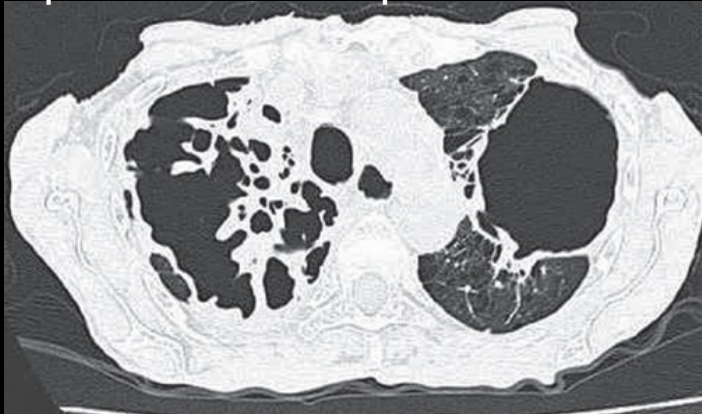
➤ **Forme viscérale et médiastinite fibrosante**

➤ **Forme disséminée** :

pseudo tuberculeuse,

lobes sup avec fibrose progressive et cavitation,

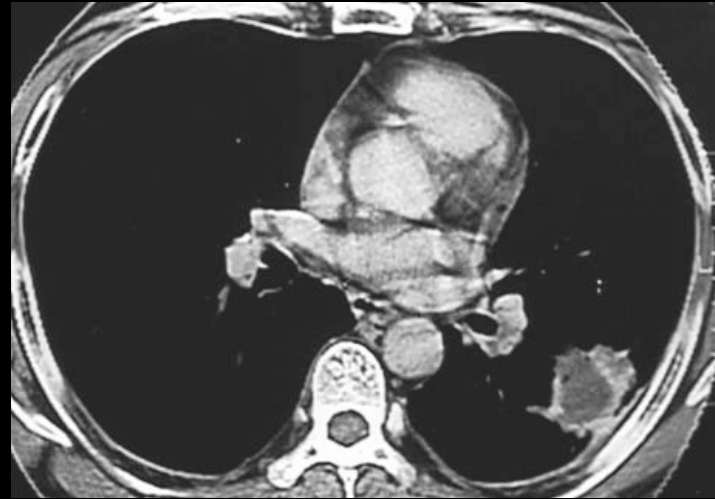
aspect de miliaire par dissémination hématogène)



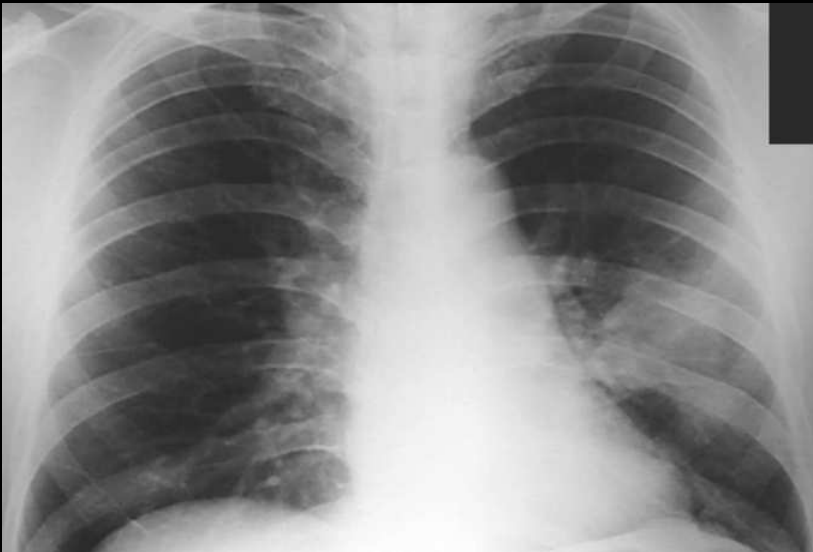
Homme de 49 ans, alcoolique ; toux et crachats depuis 3 mois

N°6

février



avril



L'actinomycose pulmonaire est due à *A. Israeli* qui colonise l'oropharynx chez les sujets à **mauvaise hygiène bucco-dentaire...**

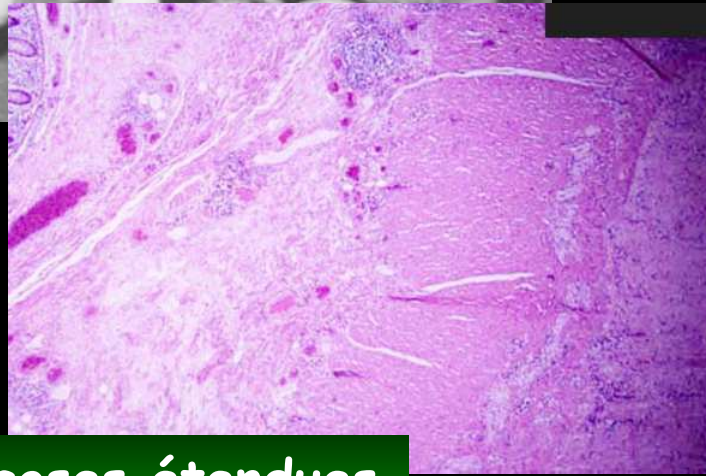
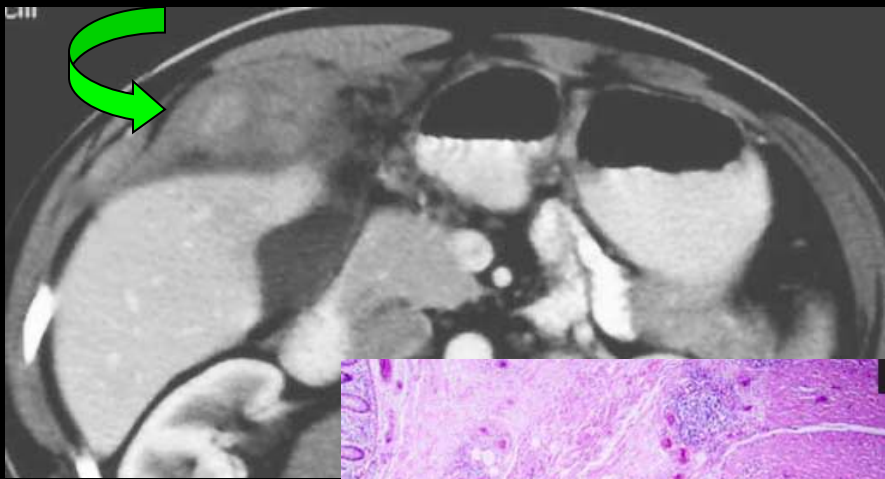


L'infestation pulmonaire est due à l'extension de l'atteinte oro-pharyngée vers le poumon ; le plus souvent chez des **sujets non immunodéprimés.**

C'est une infection **chronique** qui associe abcès multiples interconnectés par des sinus granulomateux et entourés d'une réaction fibreuse d'intensité variable

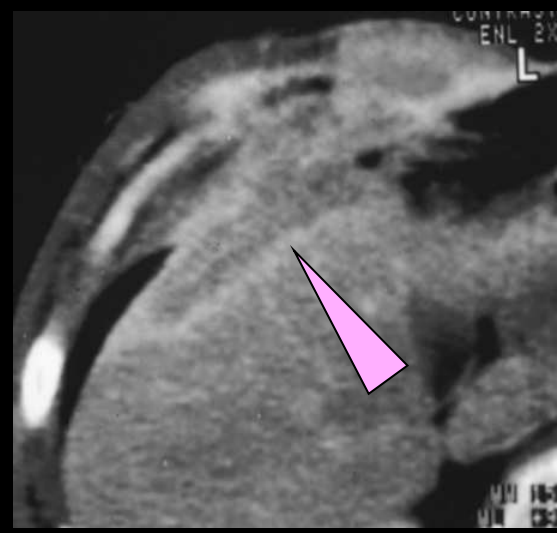
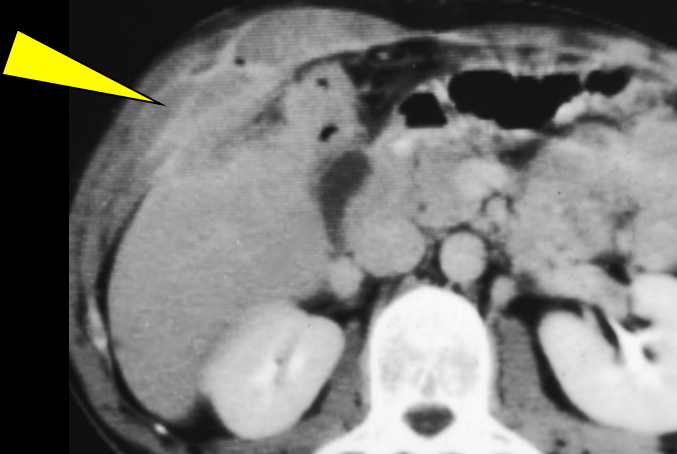


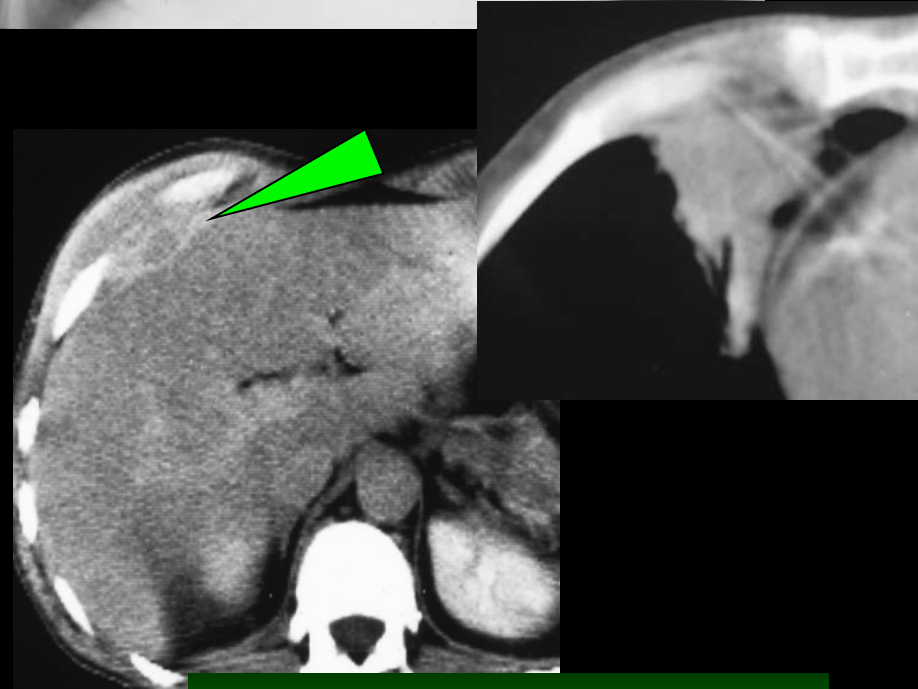
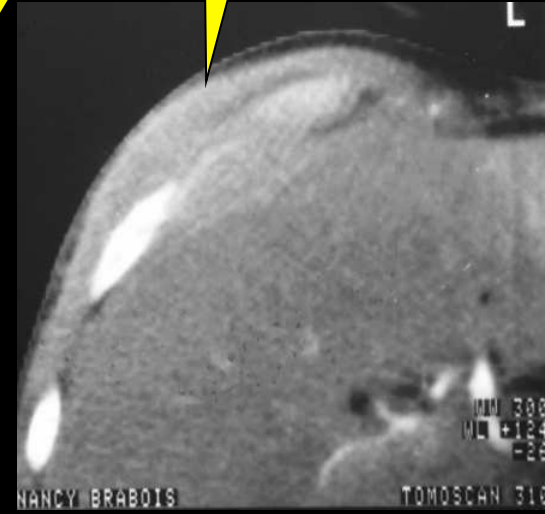
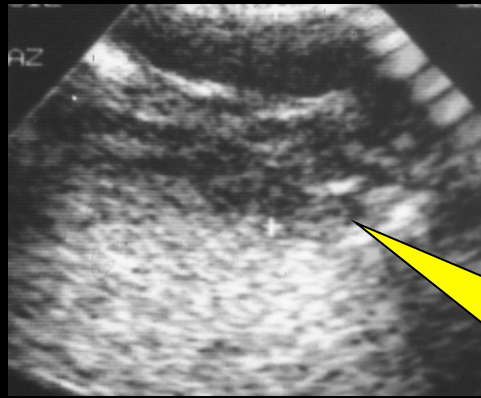
Radiologiquement l'atteinte est généralement **périphérique**, aux **lobes inférieurs**, non systématisée. elle simule volontiers une lésion néoplasique et **peut s'étendre à travers les scissures** ainsi qu'à la **paroi thoracique**



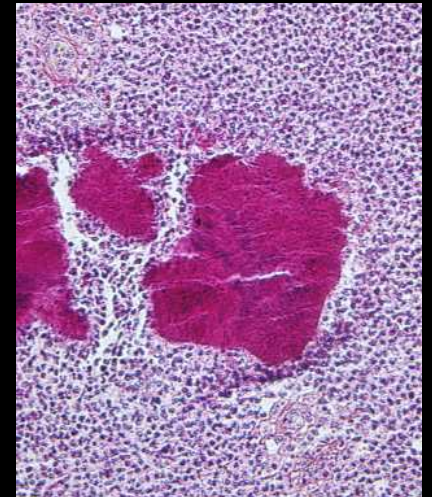
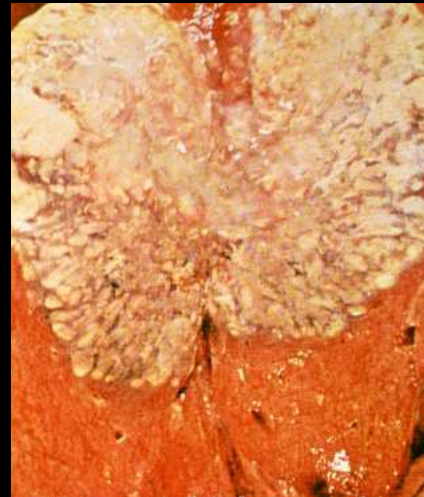
le pus grumeleux avec grains de couleur jaune soufre est caractéristique de l'infection actinomycosique

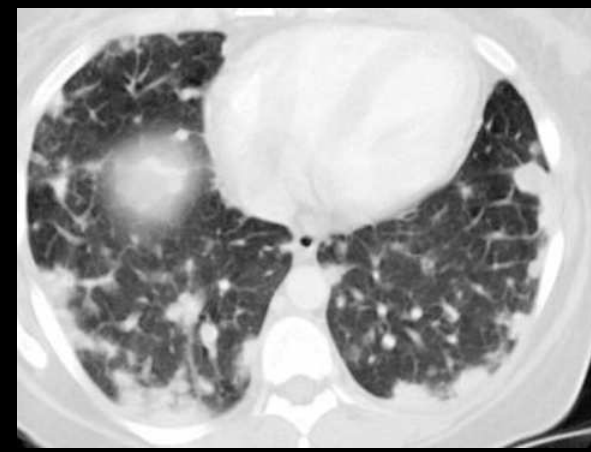
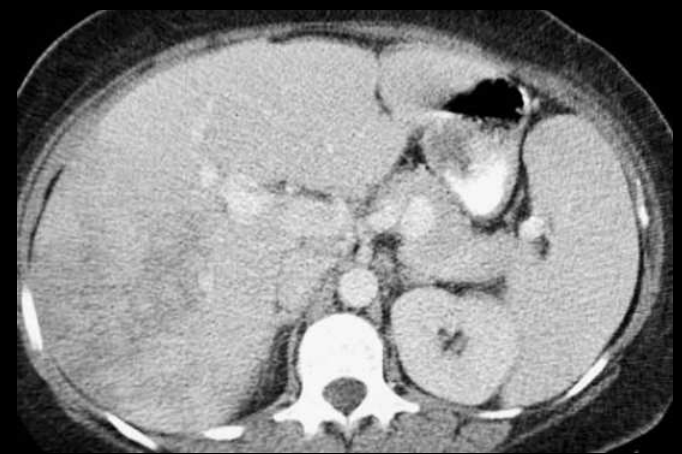
actinomycoses étendues à la paroi abdominale



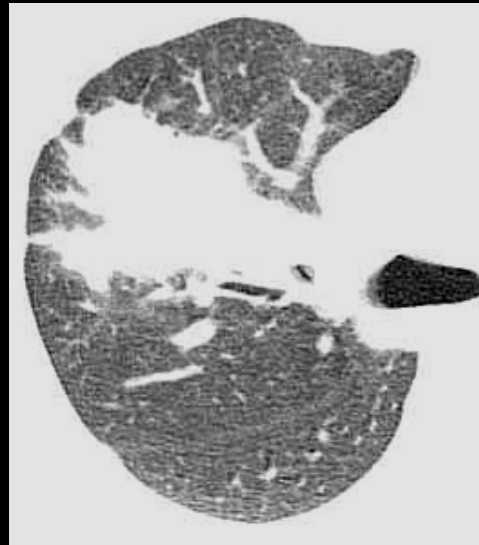
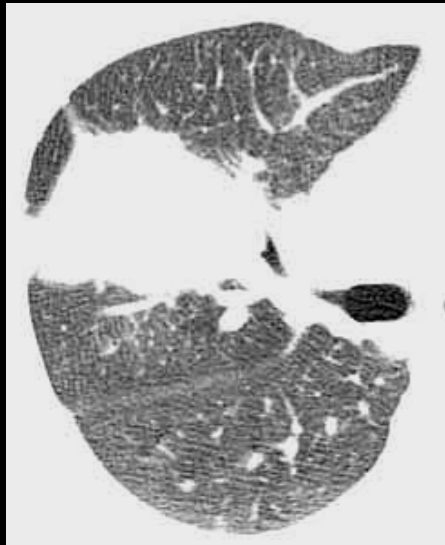
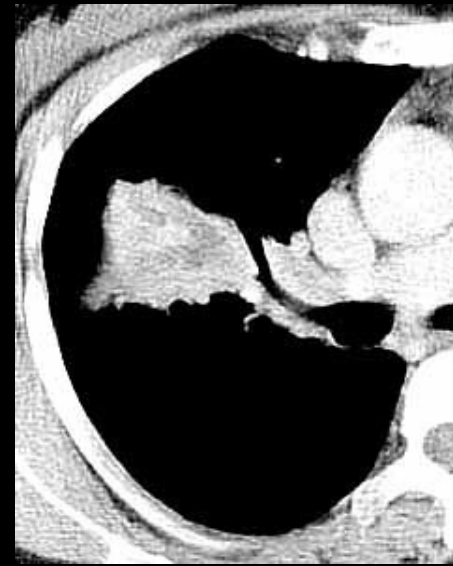
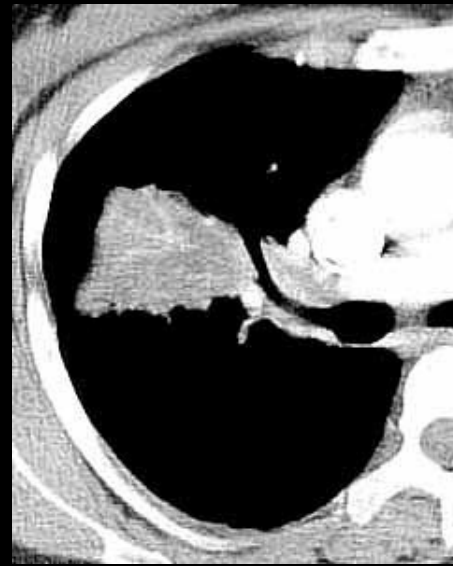


actinomycose extension
à la paroi abdominale

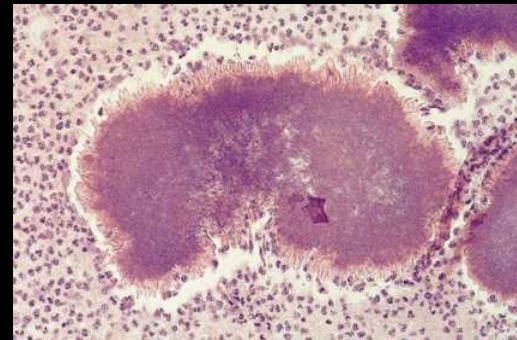





actinomycose pulmonaire
et hépatique



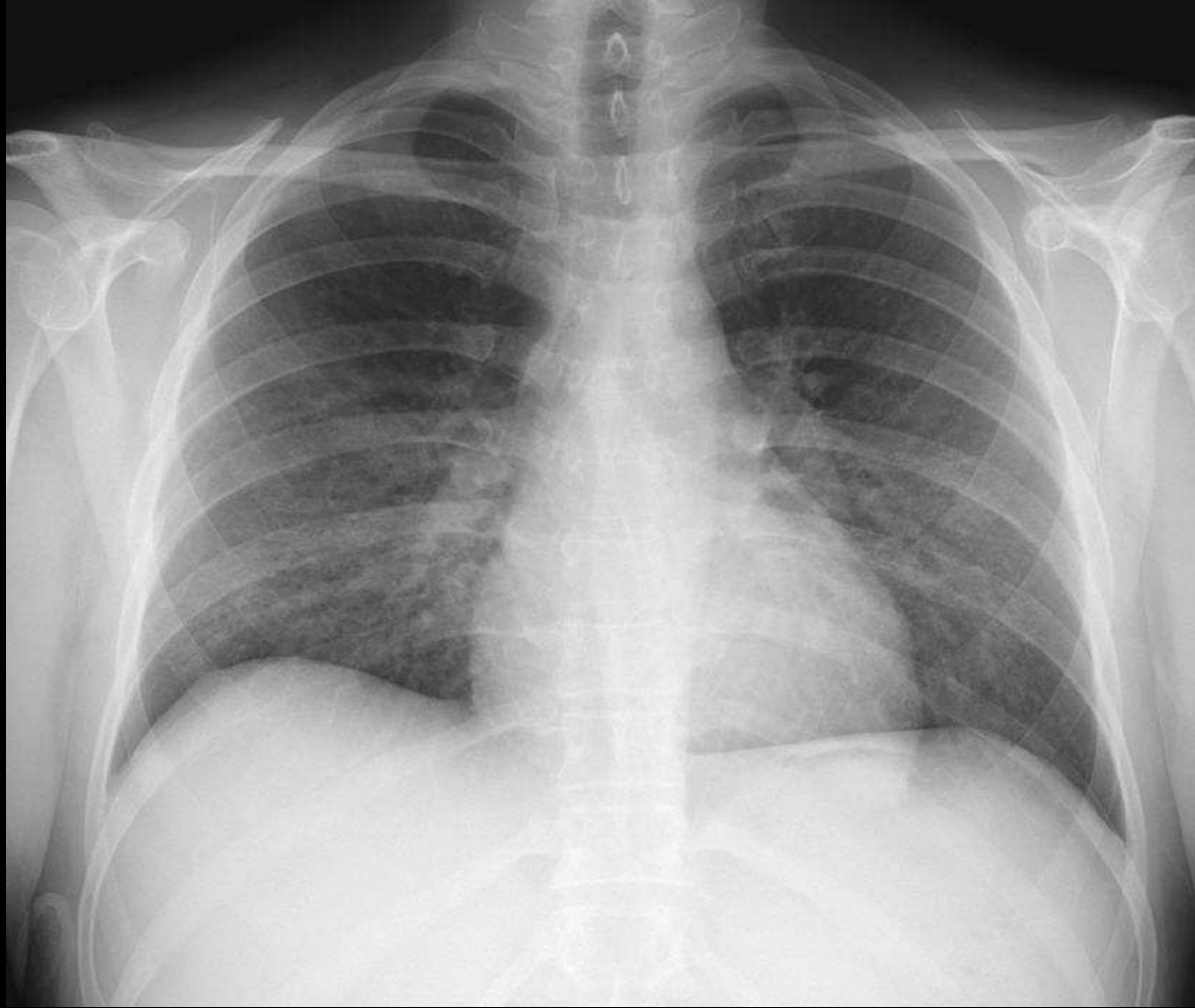
femme 50 ans ;toux sèche depuis
8 9 mois ; depuis 4 mois épisodes
fébriles et crachats sanglants

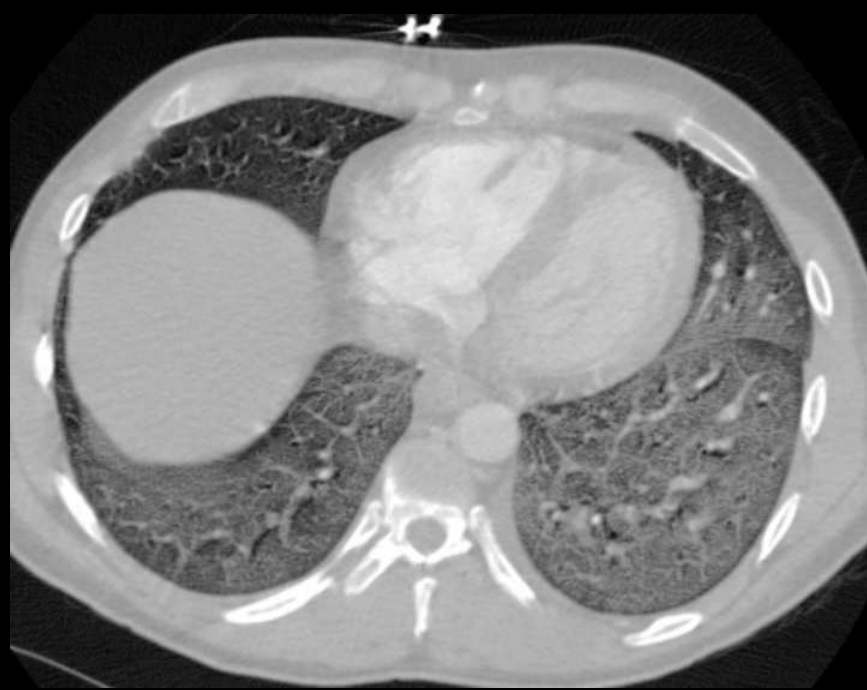


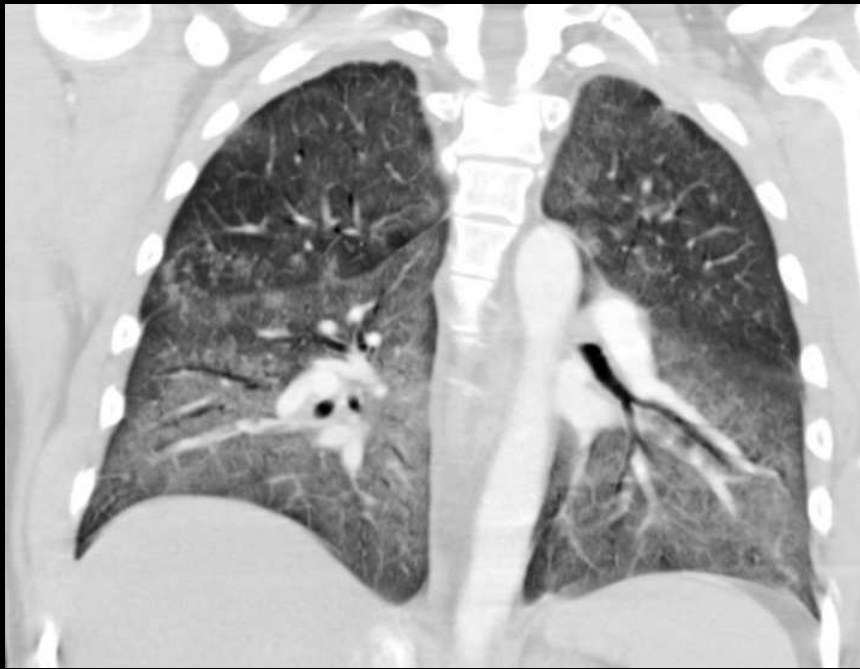
 une consolidation chronique des espaces aériens renfermant des zones hypodenses qui se rehaussent en périphérie, avec épaissement pleural en regard doit faire évoquer l'actinomycose

Homme de 37 ans, pas d' ATCD, tabagisme actif, pneumopathie
aiguë hypoxémiante : toux sèche, dyspnée à 38,3°C

N°7







Pneumocystose
inaugurale d' un SIDA

Verre dépoli aigü

Œdème pulmonaire: Cardiogène et SDRA

Hémorragie alvéolaire

Pneumonie interstitielle: virale, mycoplasme, pneumocystose

Pneumonie à éosinophile aigüe

OAP

Signe d'insuffisance cardiaque

Atteinte péri-hiliaire

Épaississement des septas interlobulaires et sous-pleuraux

Épanchements pleuraux

Cardiomégalie



Verre dépoli aigü

Œdème pulmonaire: Cardiogène et SDRA

Hémorragie alvéolaire

Pneumonie interstitielle: virale, mycoplasme, pneumocystose

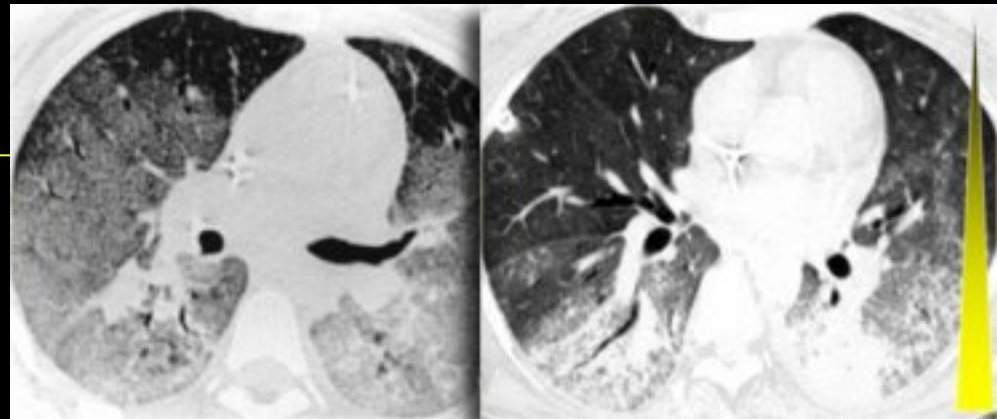
Pneumonie à éosinophile aigüe

SDRA

Contexte clinique et critères de FIO₂

Symétrie ++

Gradient antéro postérieur



Verre dépoli aigü

Œdème pulmonaire: Cardiogène et SDRA

Hémorragie alvéolaire

Pneumonie interstitielle: virale, mycoplasme, pneumocystose

Pneumonie à éosinophile aigüe

Hémorragies alvéolaires

Plage multifocale, patchy

Déclive

Contexte : lupus/Wegener/Good Pasture



Verre dépoli aigü

œdème pulmonaire: Cardiogène et SDRA

Hémorragie alvéolaire

Pneumonie interstitielle: virale, mycoplasme, pneumocystose

Pneumonie à éosinophile aigüe

Pneumopathie aiguë à éosinophile

Atteinte septale
LBA + HES



Verre dépoli aigü

œdème pulmonaire: Cardiogène et SDRA

Hémorragie alvéolaire

Pneumonie interstitielle: virale, mycoplasme, pneumocystose

Pneumonie à éosinophile aigüe

Pneumopathie aigüe à éosinophile

Atteinte septale
LBA + HES



Verre dépoli aigü

Œdème pulmonaire: Cardiogène et SDRA

Hémorragie alvéolaire

Pneumonie interstitielle: virale, mycoplasme, pneumocystose

Pneumonie à éosinophile aigüe

Pneumocystose

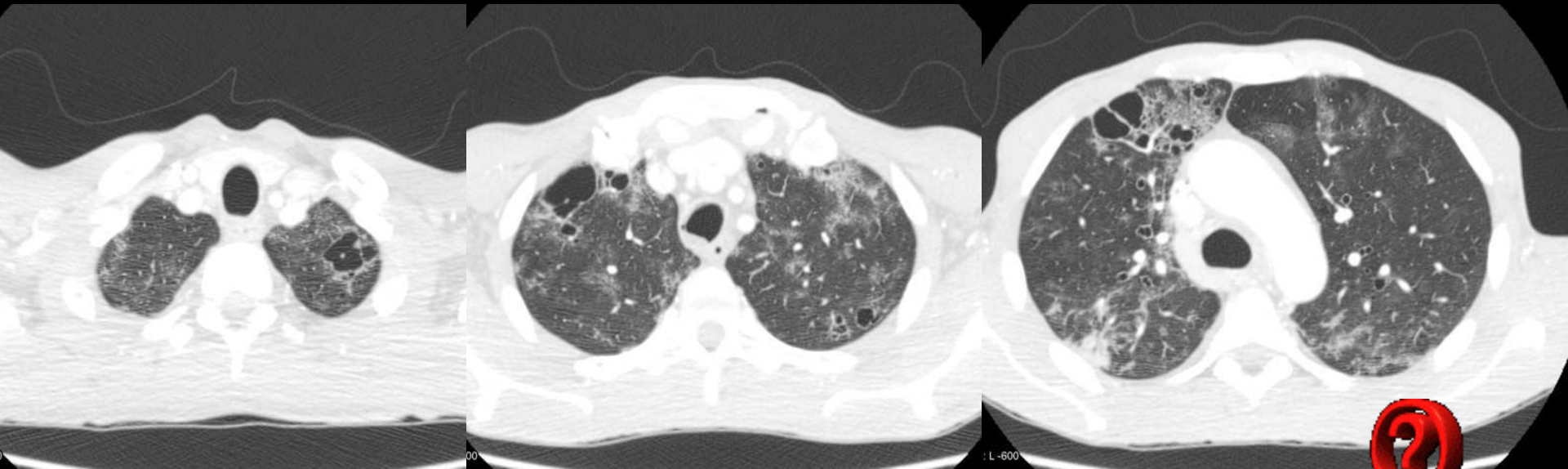
Verre dépoli + réticulations (crazy paving)

Lésions kystiques

Contexte VIH +



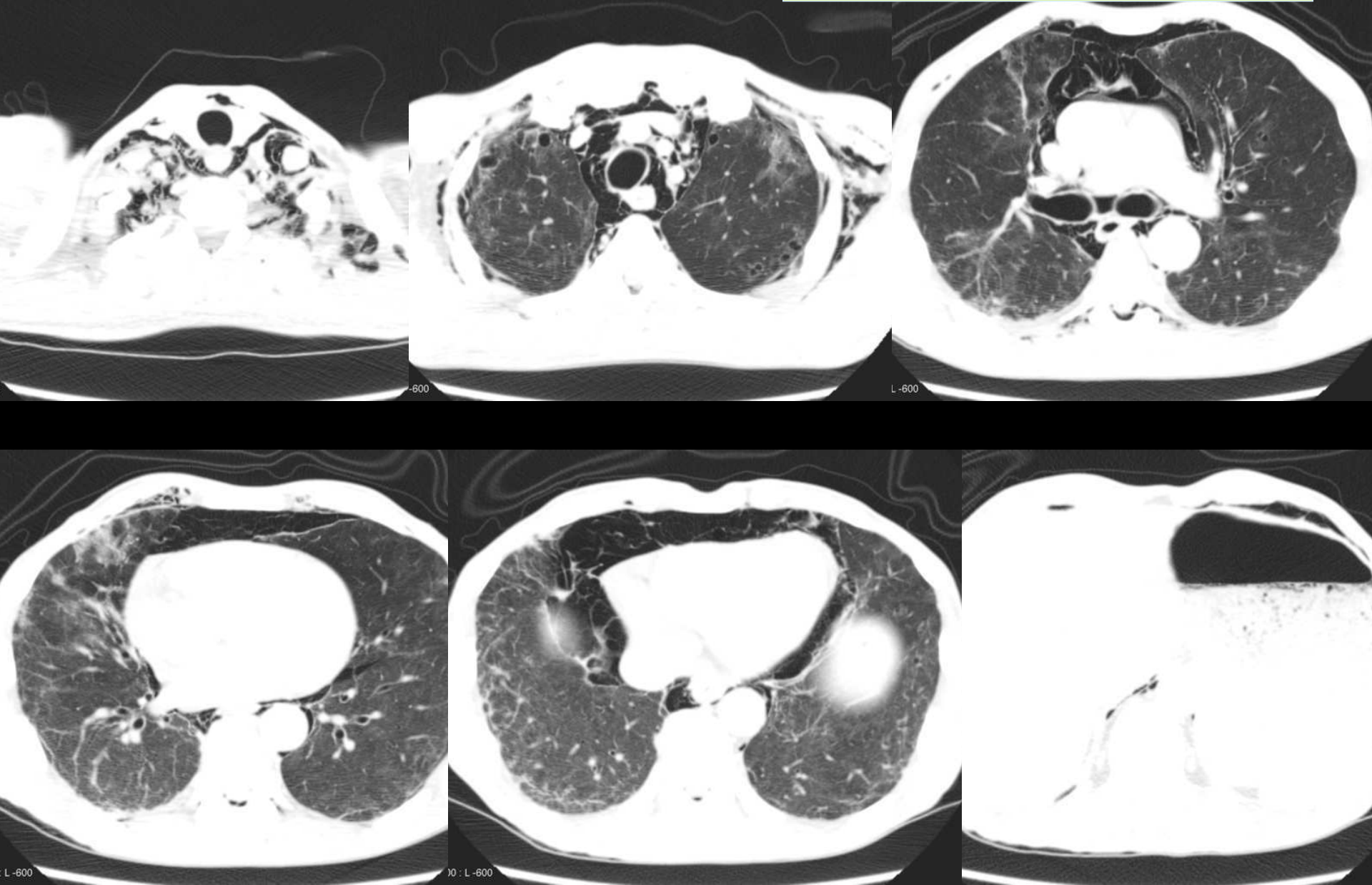
Homme de 50 ans, africain, toux et dyspnée



Pneumocystose

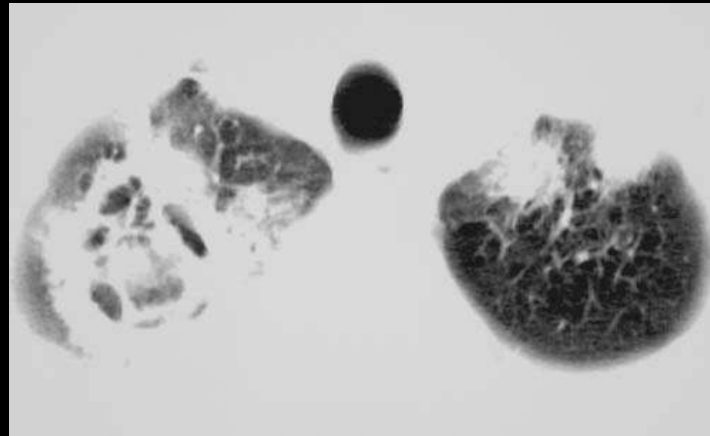
TDM de contrôle à 15 jours

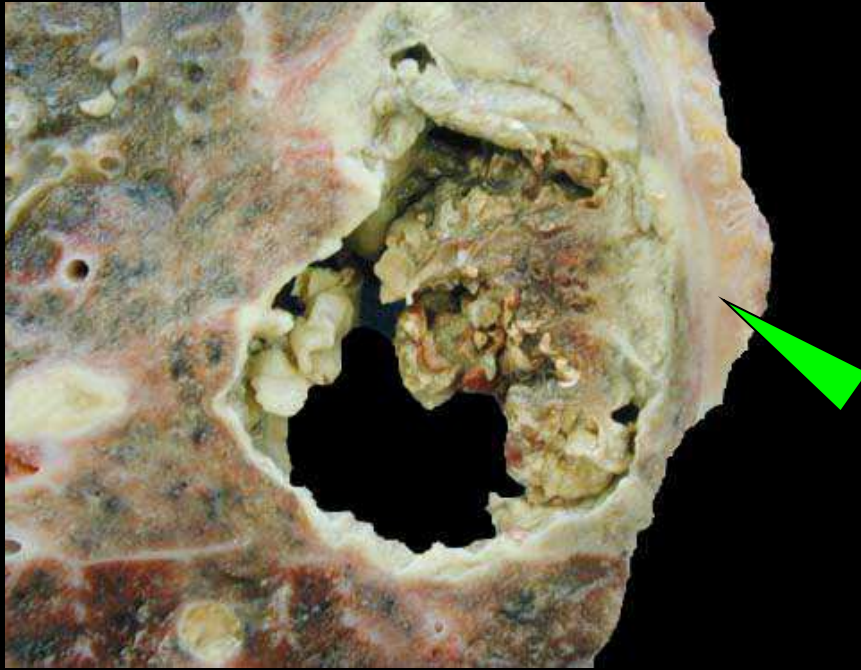
Pneumomédiastin sur rupture
de lésion kystique





Homme de 45 ans, sous anti rétroviraux (12 CD4 / mm³) toux, douleurs thoraciques non améliorées par antibiothérapie large ; antécédents de pneumocystose et d'infection à MAC ; prophylaxie actuellement bien suivie





diagnostic d'une lésion excavée
à parois épaisses "en cadre"

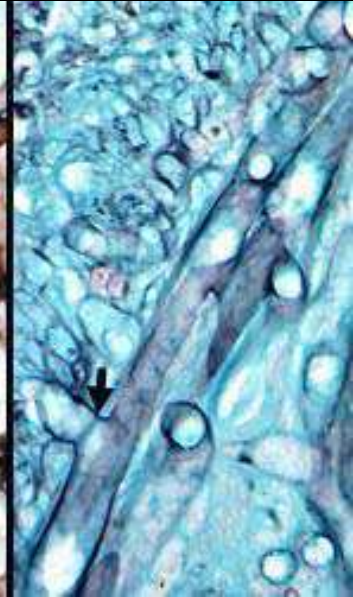
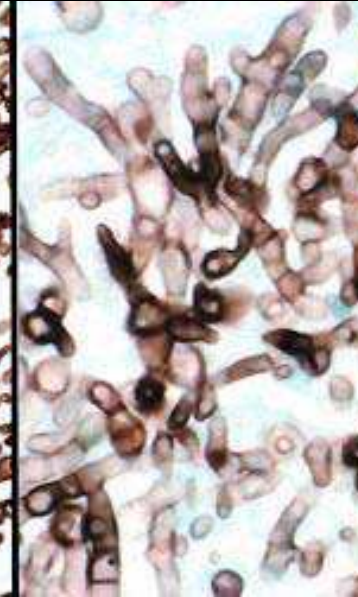
cancer bronchique ,en particulier épidermoïde
pneumopathie bactérienne abcédée
infection fongique (aspergillose, mucormycose, candidose)
infection parasitaire
granulomatose de Wegener
infarctus pulmonaire



candida

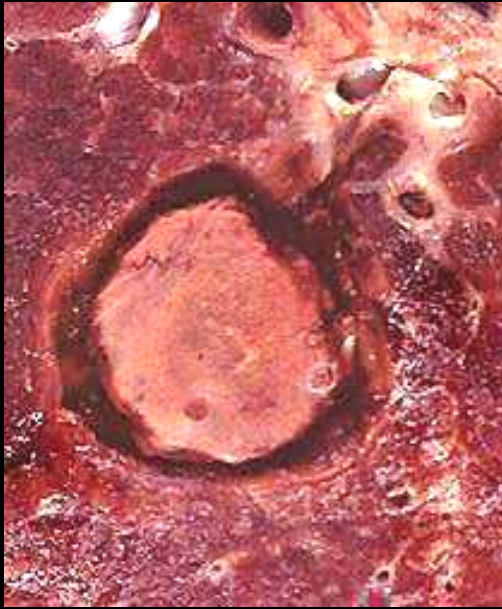
aspergillus

mucor



aspergillose pulmonaire nécrosante chronique « semi-invasive » du poumon droit ; aspergillose invasive du poumon gauche (nodulaire)

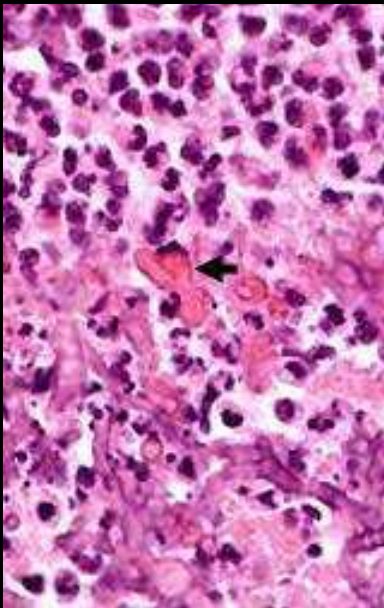
L' **aspergillome pulmonaire** (**fungus ball**) se développe dans une cavité préformée et contient des **filaments mycéliens** et des débris plutôt que du tissu nécrotique



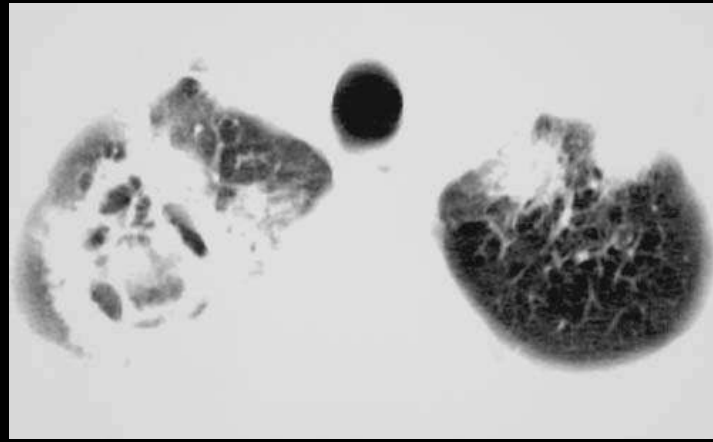
infiltrat polynucléaires

aspergillus

L' **aspergillome primaire** (**lung ball** ,
séquestre mycotique) constitue une **forme**
évolutive précoce d' une aspergillose invasive

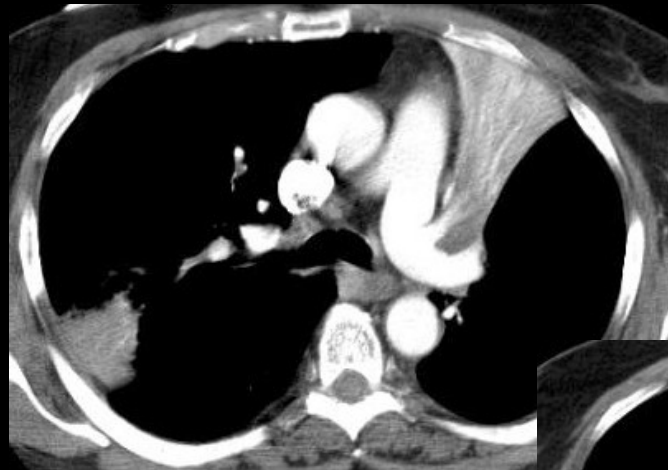
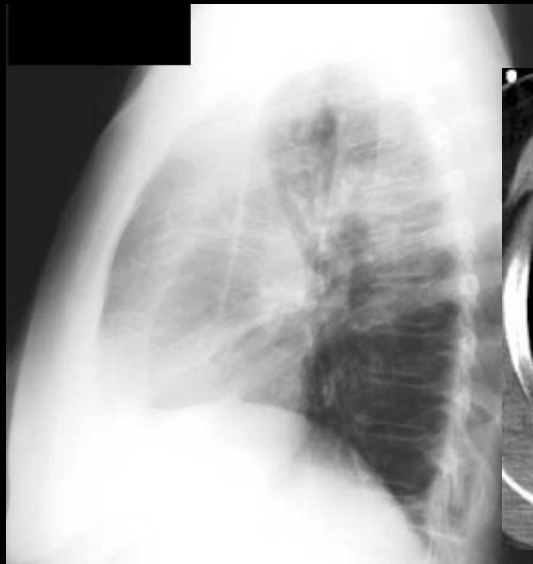
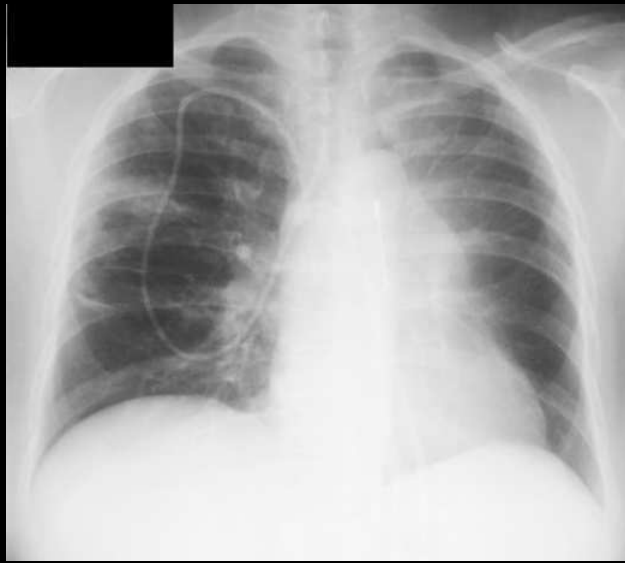


il résulte de la cavitation d' une condensation
pulmonaire arrondie et comporte une opacité
centrale surmontée d' un croissant d' air .
il se développe en **2 semaines** et la **cavitation**
coïncide avec la guérison d' un état neutropénique .
il est donc différent du fungus ball qui se
développe dans une cavité pré formée



éléments suggestifs d'une aspergillose semi-invasive

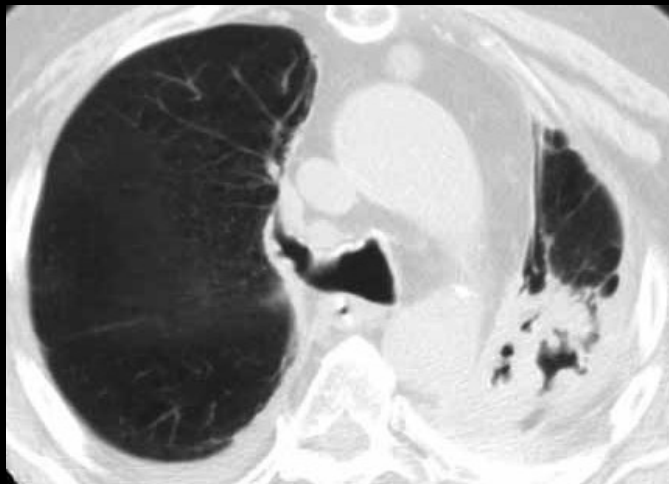
consolidation prédominant aux lobes supérieurs et évoluant depuis plus d'un mois
paroi épaisse irrégulière développée après plus de un mois dans une zone de condensation parenchymateuse
opacités endocavitaires extensives cloisonnantes
zones hyperdenses endocavitaires correspondant à des calcifications
épaississements pleuraux adjacents aux images cavitaires



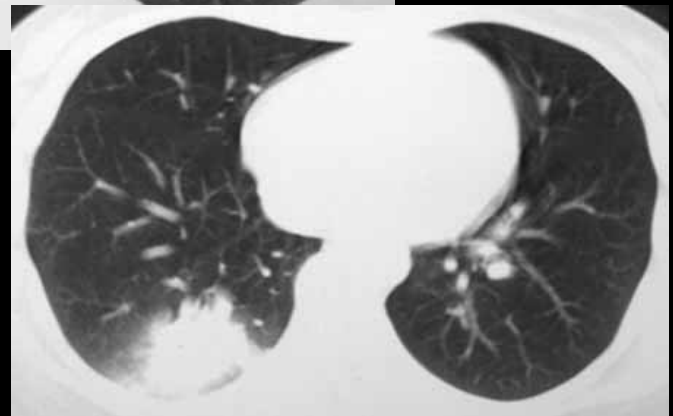
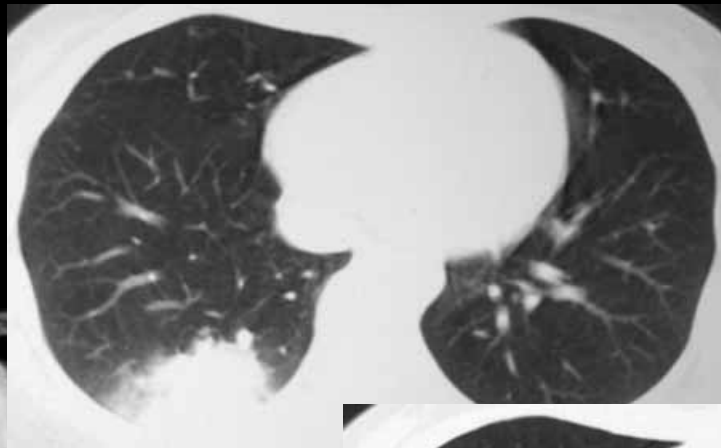
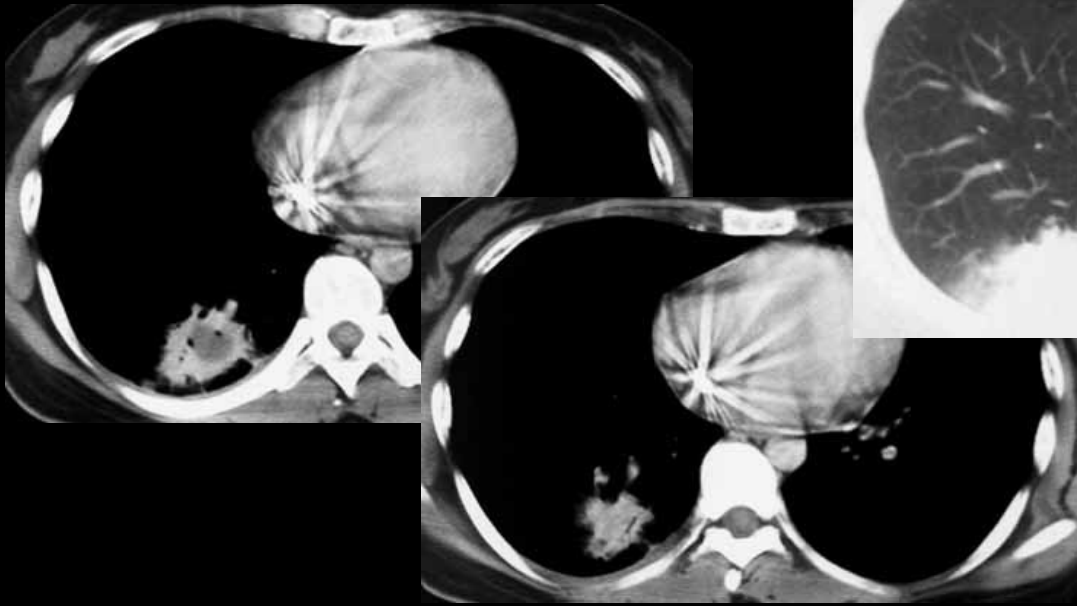
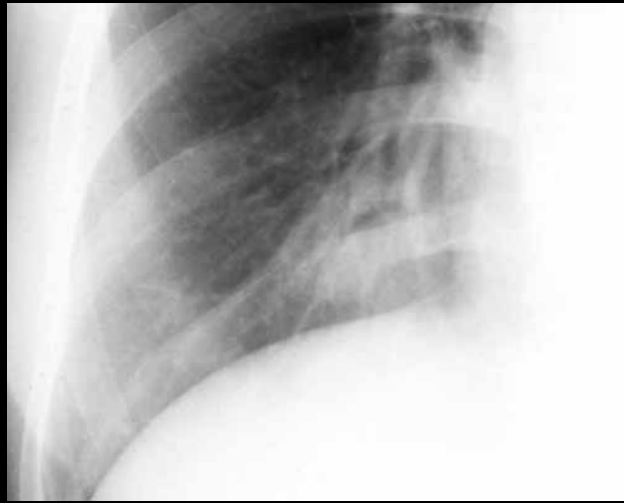
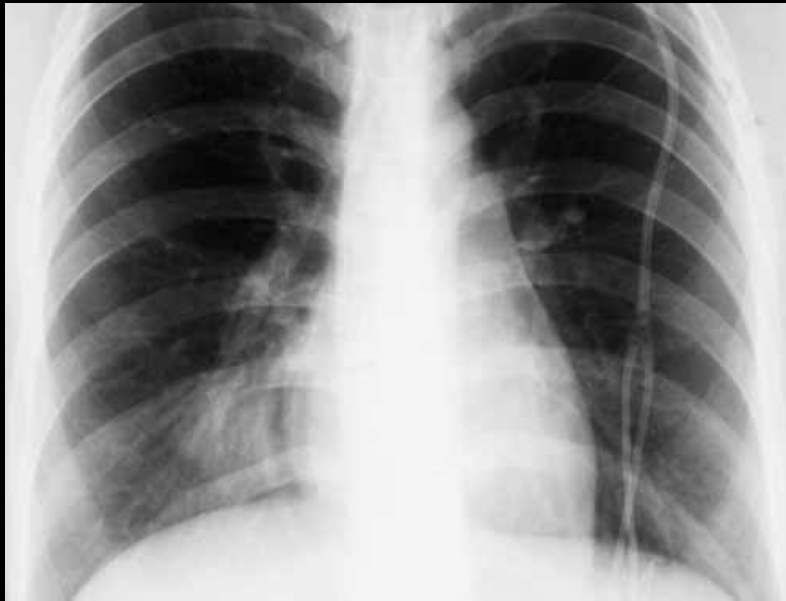
aplasie médullaire chimio-induite



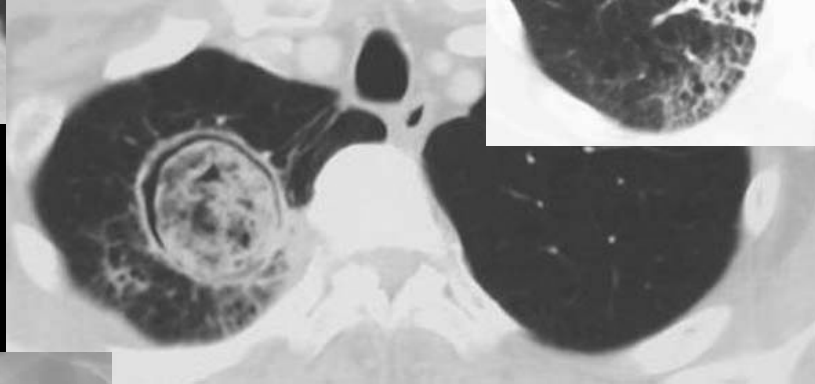
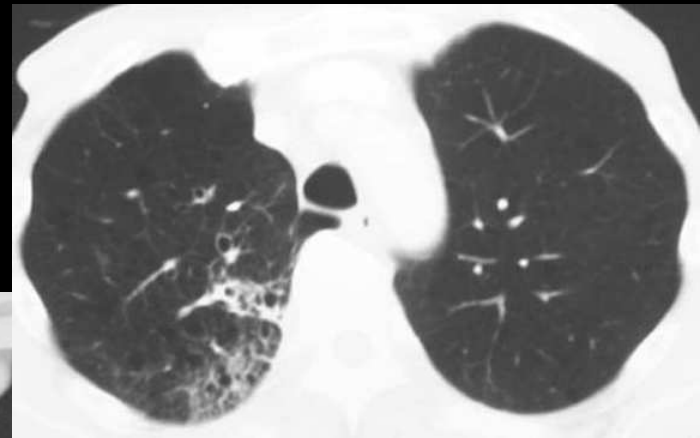
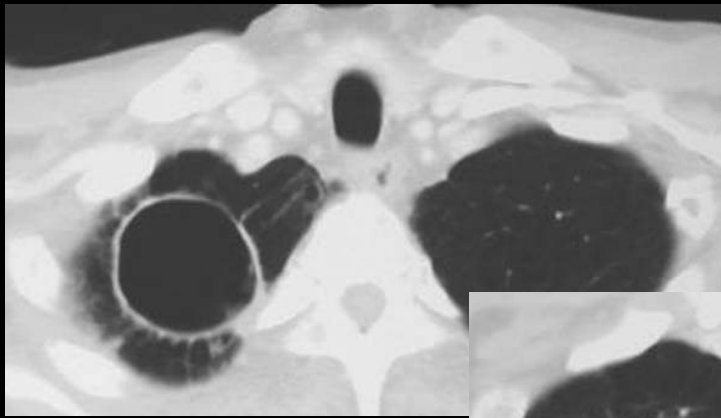
aspergillose angio-invasive et atélectasie du LSG



aspergillose angio-invasive

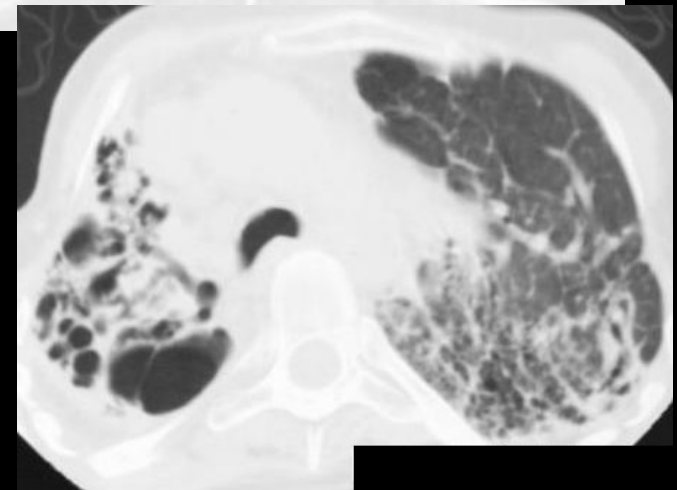
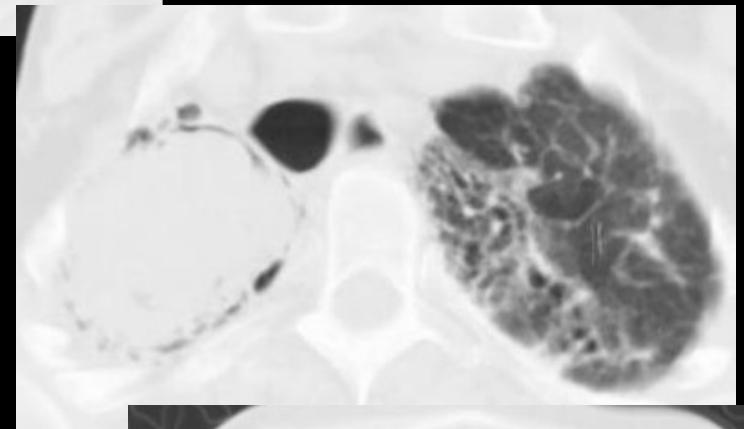
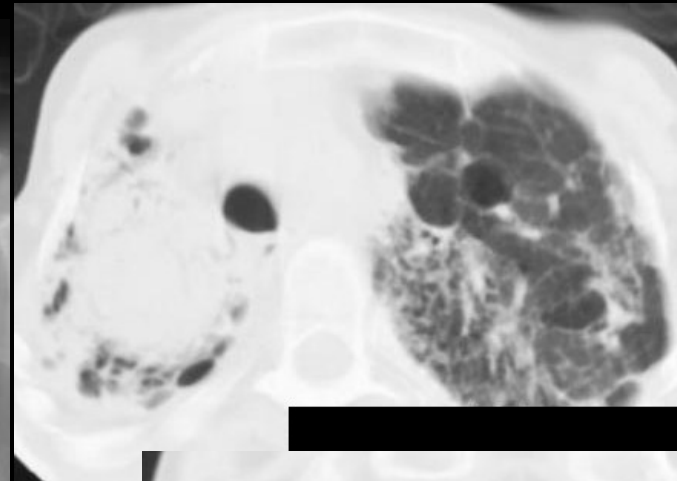


aspergillose angio-invasive



aspergillomes
pulmonaires sur
séquelles tuberculeuses

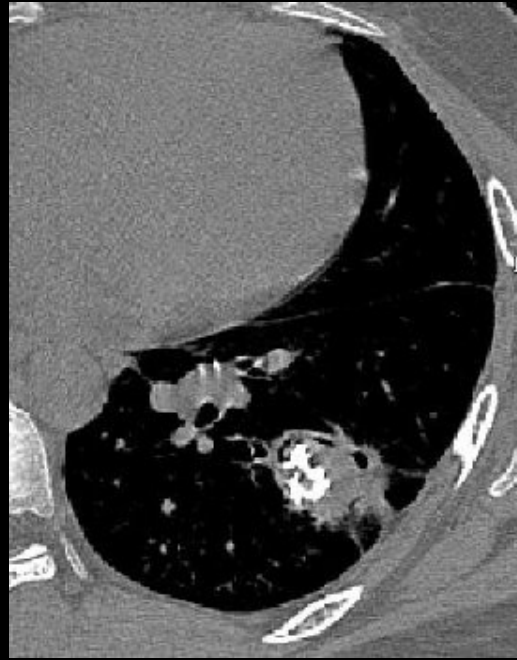
L' **aspergillome pulmonaire** (**fungus ball**) se développe dans une cavité préformée et contient des **filaments mycéliens** et des débris plutôt que du tissu nécrotique



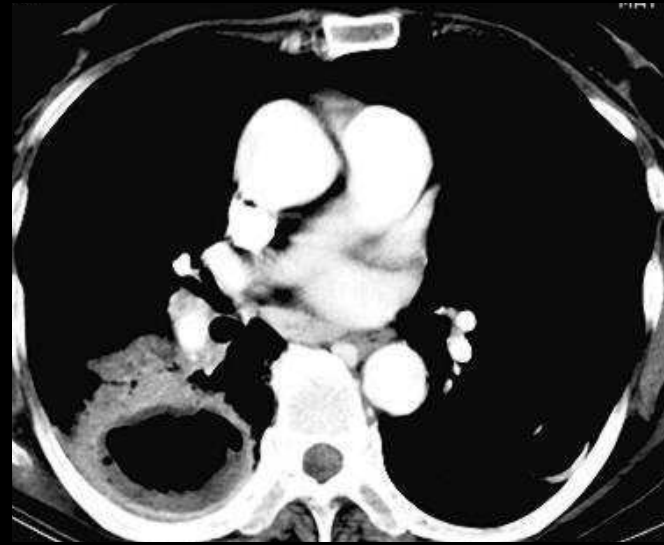
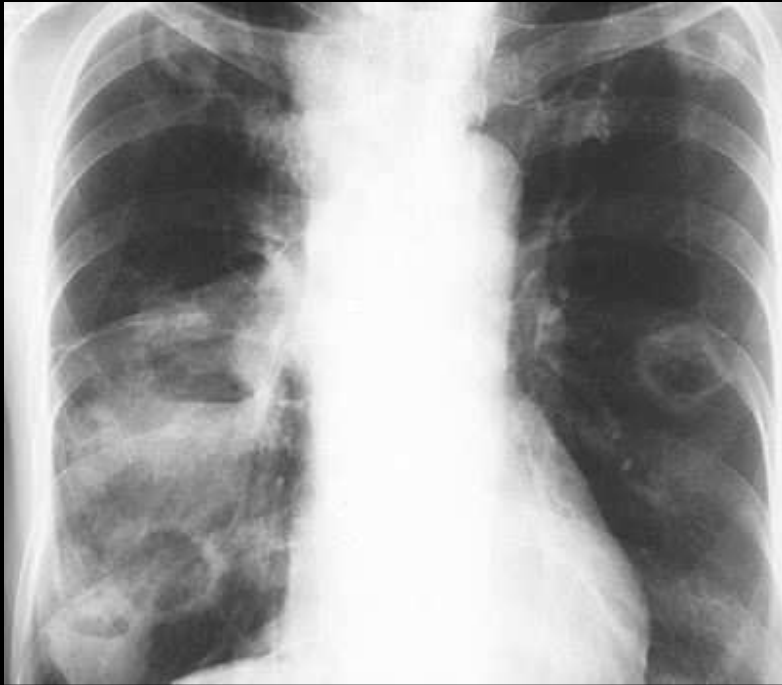
aspergillome pulmonaire
sur fibrose terminale au
cours d'une sarcoïdose



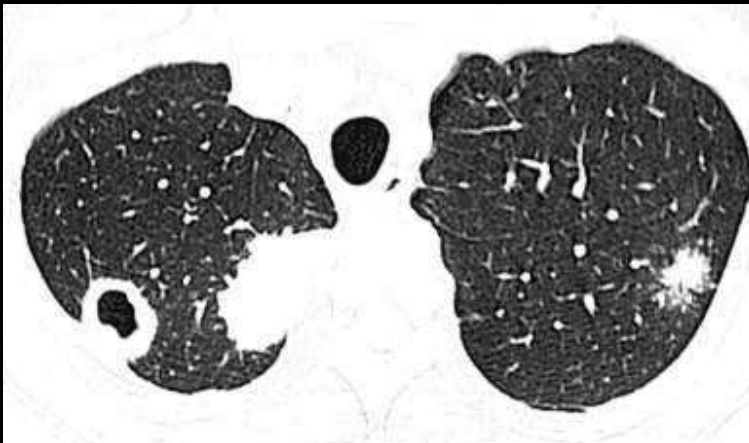
**aspergillome pulmonaire sur bronchectasies
kystiques ; responsable d'hémoptysies**



**aspergillome pulmonaire avec calcifications
en pop-corn sur bronchectasies kystiques ;
hémoptysies
diagnostic différentiel : hamartochondrome endo
bronchique**



femme 59 ans
traitée par
radio-
chimiothérapie
pour un
carcinome du
col utérin 4
ans
auparavant



hypothèses diagnostiques



métastases cavitaires : carcinomes épidermoïdes (poumons, col
utérin, ORL, œsophage...)

aspergillose invasive

mucormycose , nocardiose , cryptococcose

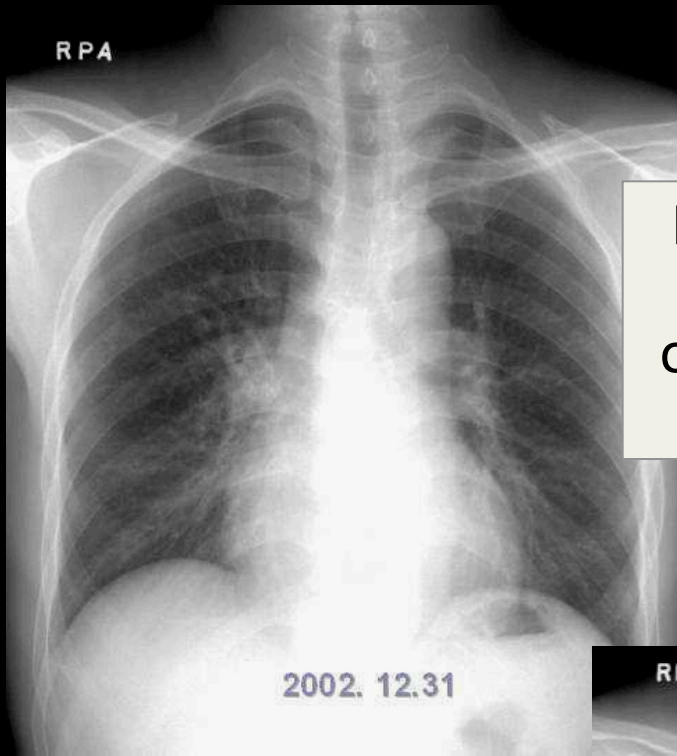
granulomatose de Wegener

embolies septiques ou aseptiques

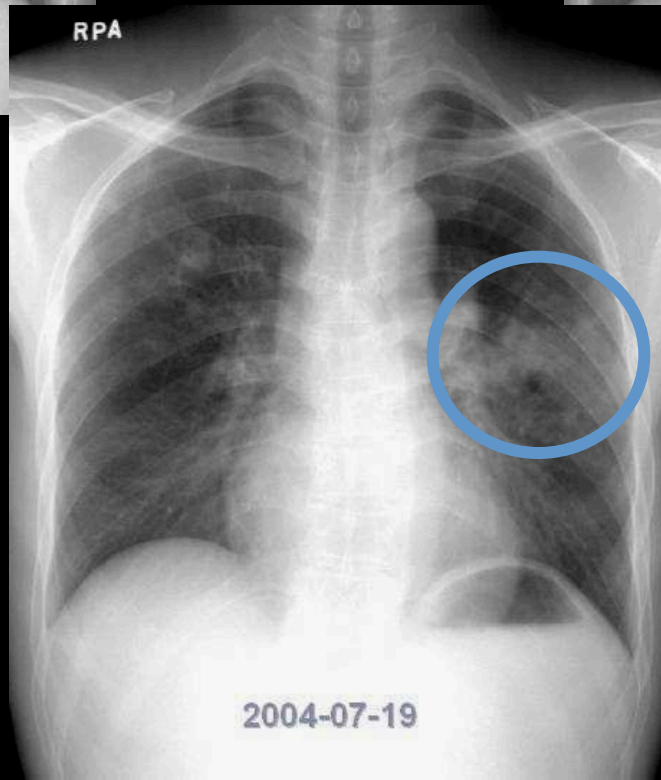
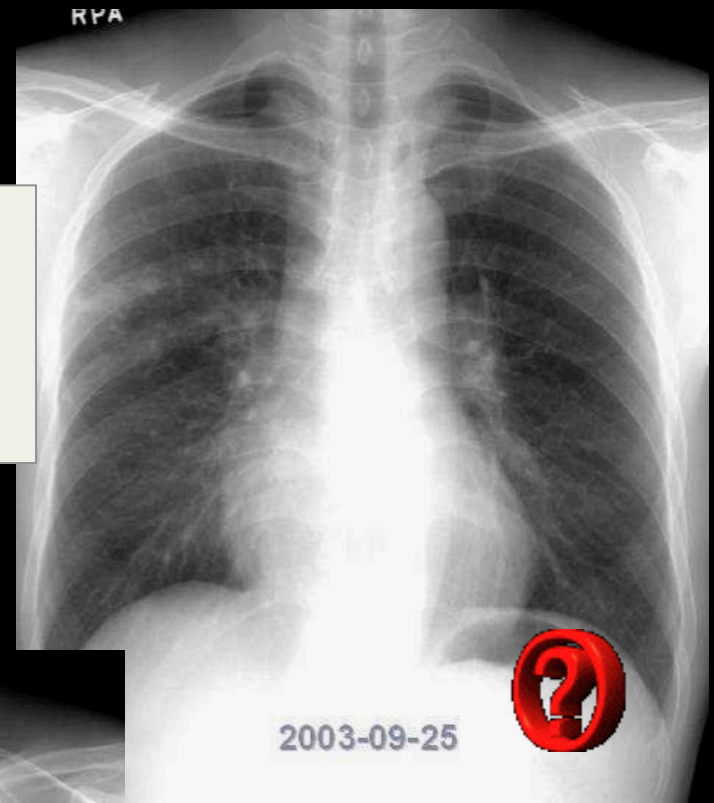
aspergillose invasive

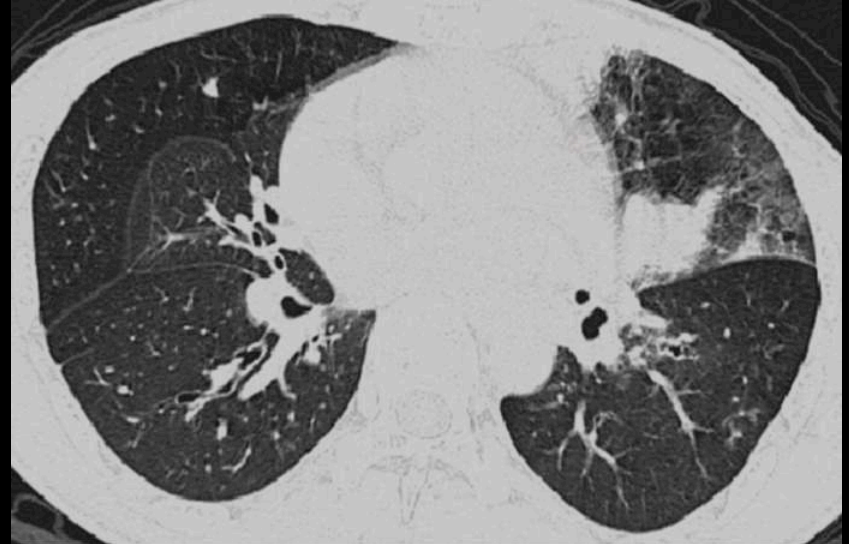
aspergillose cavitaire chez les patients immunodéprimés décrite au cours des **leucémies , lymphomes et cancers métastasés** (poumon, sein, colon) .

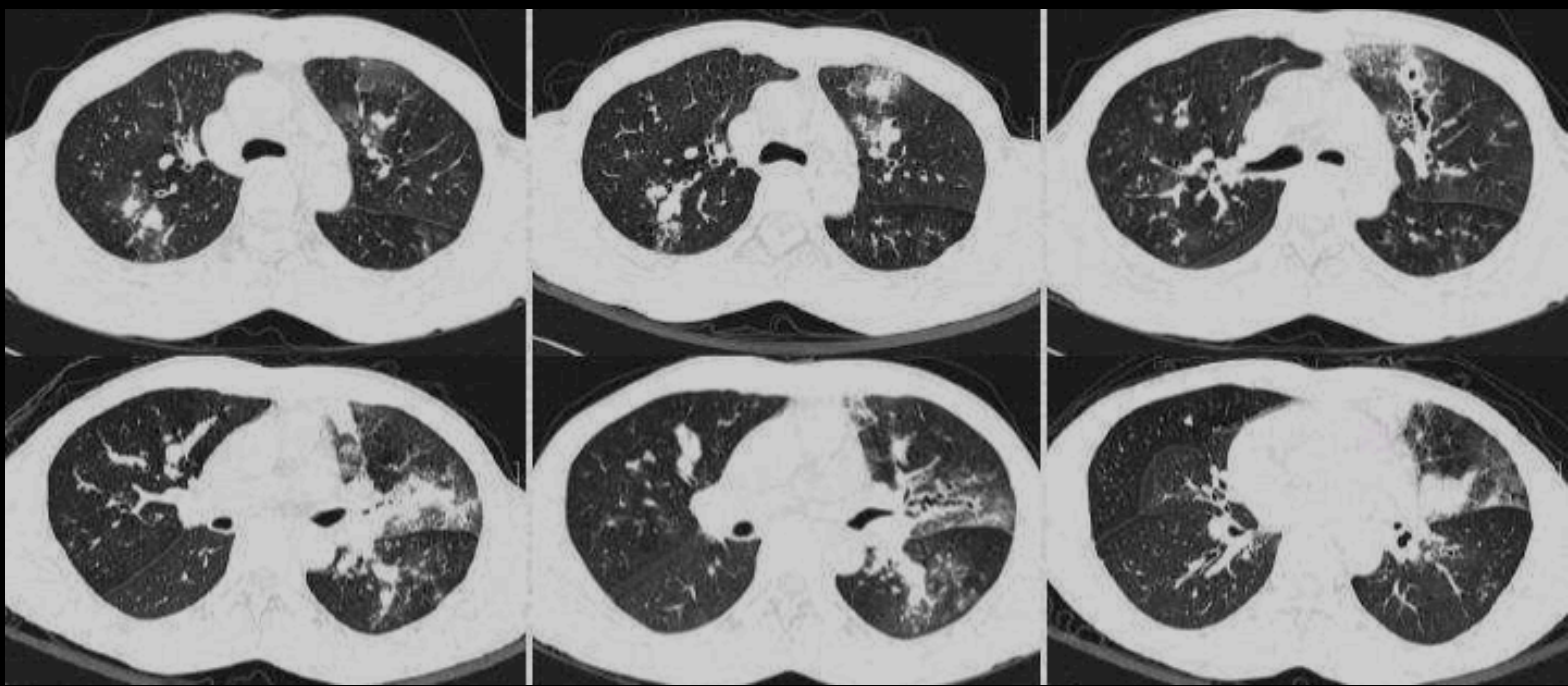
la cavitation s'observe dans **4 à 16 %** des aspergilloses invasives ; c'est un séquestre pulmonaire nécrotique qui s'isole du parenchyme donnant les aspects de croissant gazeux . Ce sont les **enzymes des polynucléaires neutrophiles** qui sont à l'origine de cette évolution , ce qui explique qu'elle n'apparaît que lorsque la granulopénie s'est amendée. le risque de fistule artériolaire et d'hémoptysie massive est alors maximal.



Homme de 41 ans,
toux persistante,
crachats et dyspnée
depuis 1 mois







impactions mucoïdes :

- opacités "en doigts de gants" (bronchectasies proximales surtout lobes sup)
- images "en pâte dentifrice"





Aspergillose broncho pulmonaire allergique

Radiographic Findings in ABPA

Acute (transient)

Consolidation (80%)

Mucoid impaction
(bronchocele) (30%)

Atelectasis (20%)

Chronic (permanent)

Overinflation

Tubular shadow

Ring shadows

Vascular deficiency

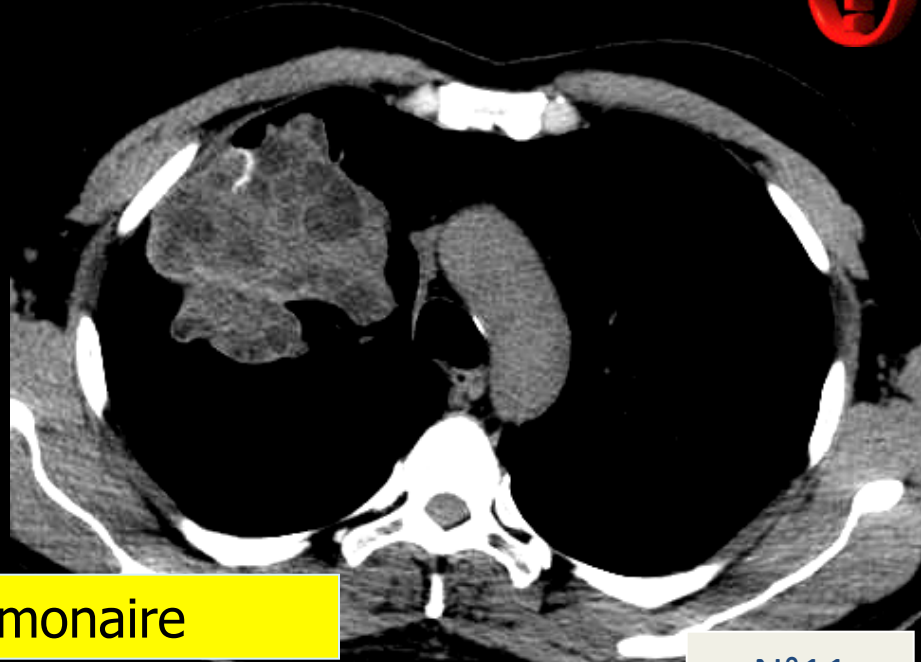
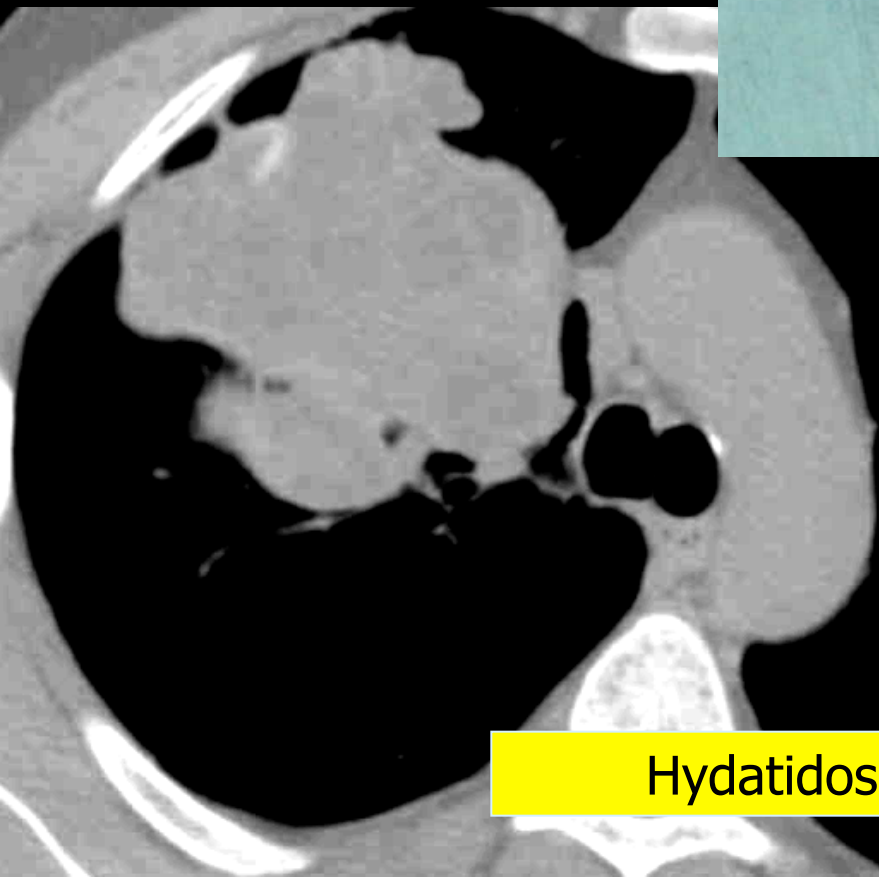
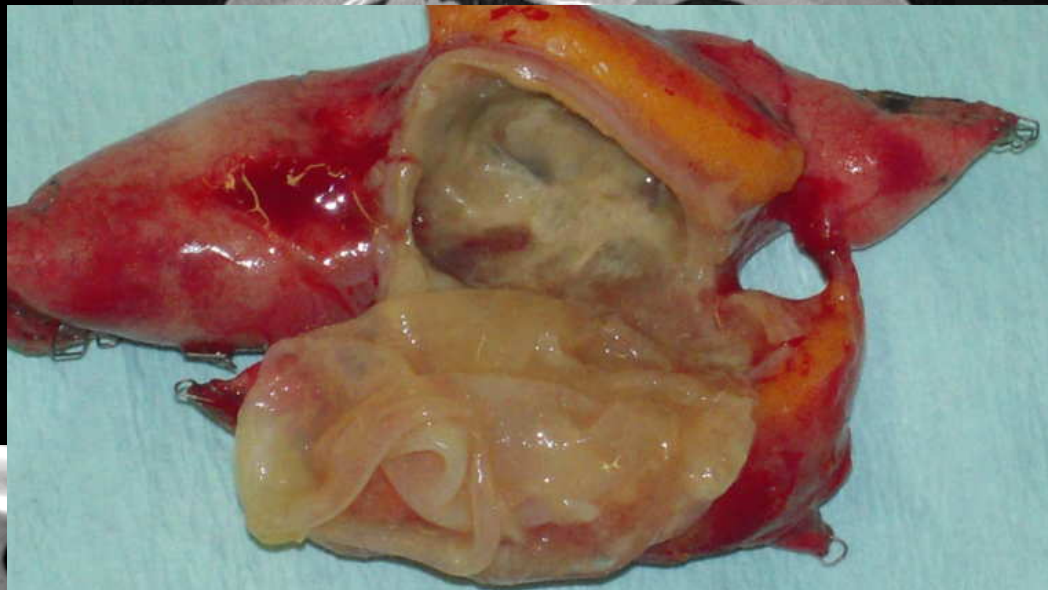
Labor shrinkage

Aspergillose pulmonaire

aspergillose broncho-pulmonaire allergique

- atteinte pulmonaire rare rencontrée uniquement chez des sujets asthmatiques. La pathogénie fait intervenir des réactions allergiques de type I (IgE) et III (complexe AG/ AC). les aspergillus inhalés prolifèrent dans les grosses bronches proximales des asthmatiques ,où existent souvent des lésions muqueuses. Les filaments mycéliens induisent une hyperproduction de mucus entraînant ,le cas échéant des bronchectasies proximales.
- il n'y a pas d'invasion des parois bronchiques par le champignon. les bronchioles distales peuvent être également distendues par le mucus ;leurs parois peuvent être infiltrées par un granulome inflammatoire (granulomatose broncho-centrique).

Patient de 60 ans,
origine turque, bilan
d' épisodes
hémoptoïques



Hydatidose pulmonaire

