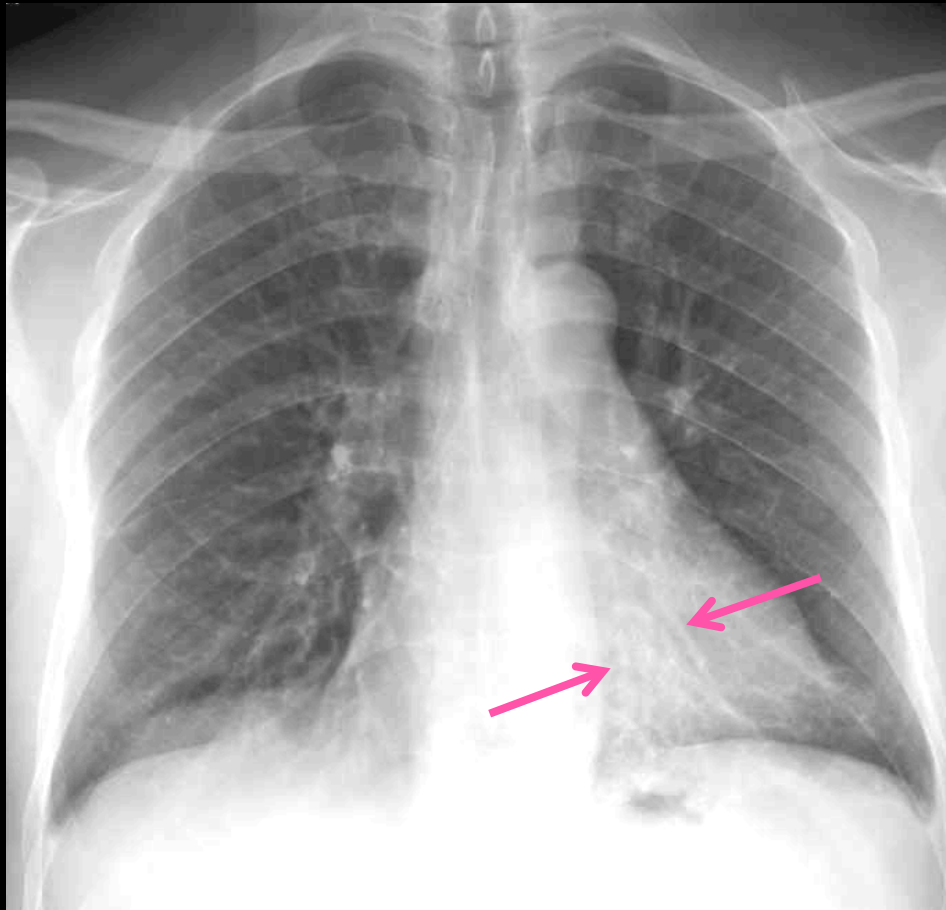


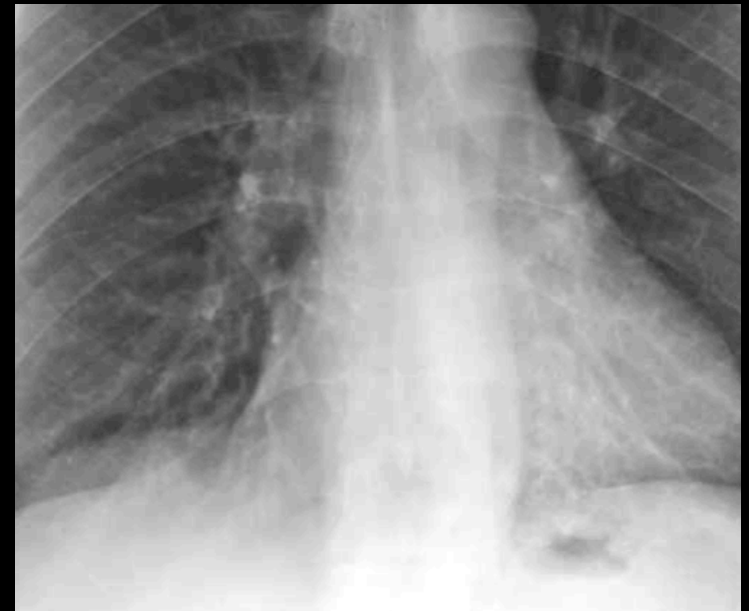
Homme 42 ans , origine maghrébine , tuberculose traitée en 1976 , à l'âge de 8 ans
Plusieurs épisodes de pneumopathies abcédées . Insuffisance respiratoire mixte.

M KOLLEN



-épaississement des parois
bronchiques dans les
secteurs ,paracardiaque D et
rétrocardiaque G

- du coté gauche , l'aspect "en
pinceau des bronches à parois
épaisses qui se projettent sur la
masse cardiaque sans y être
"noyées" témoigne de leur siège
postérieur



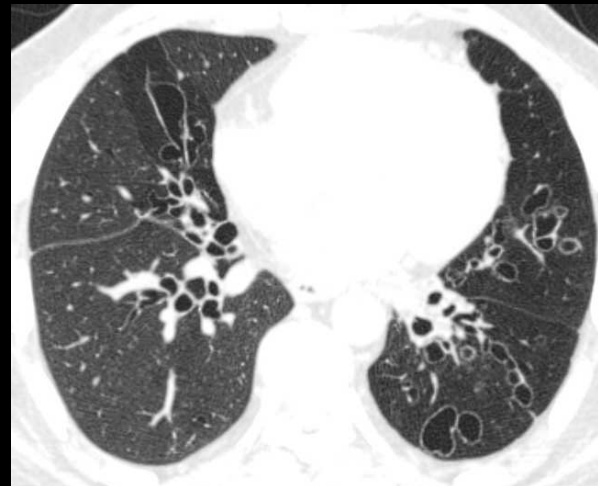
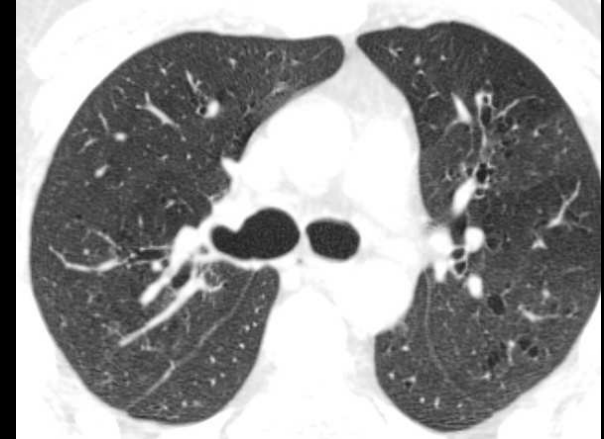
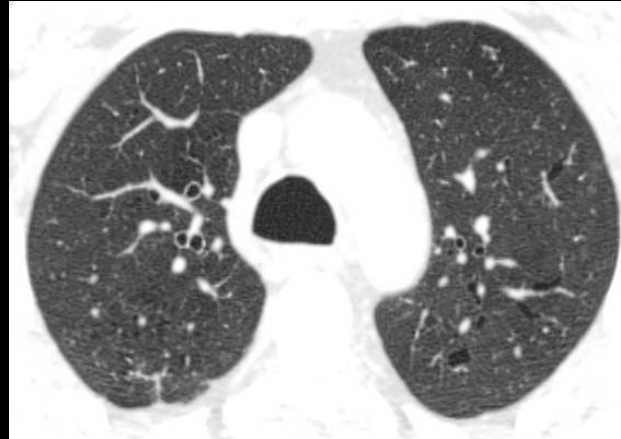
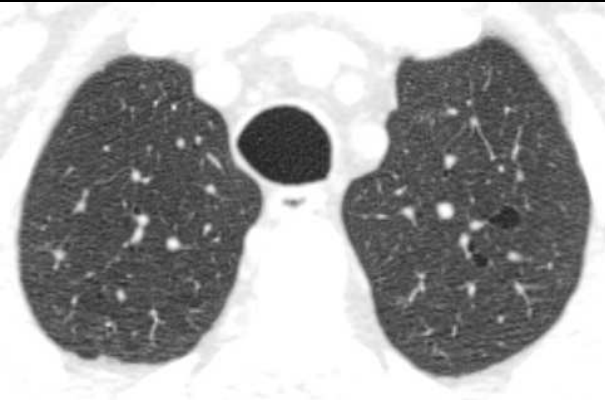
quelles sont les principales anomalies visible sur le
cliché standard

quel(s) diagnostic(s) peut-on évoquer .



bronchectasies bibasales

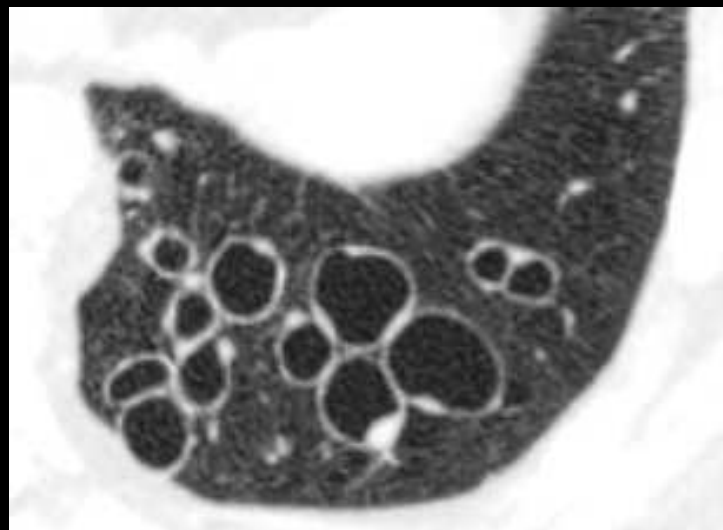
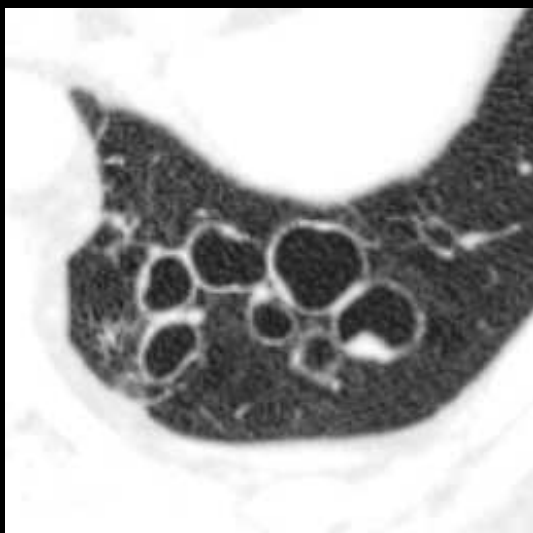
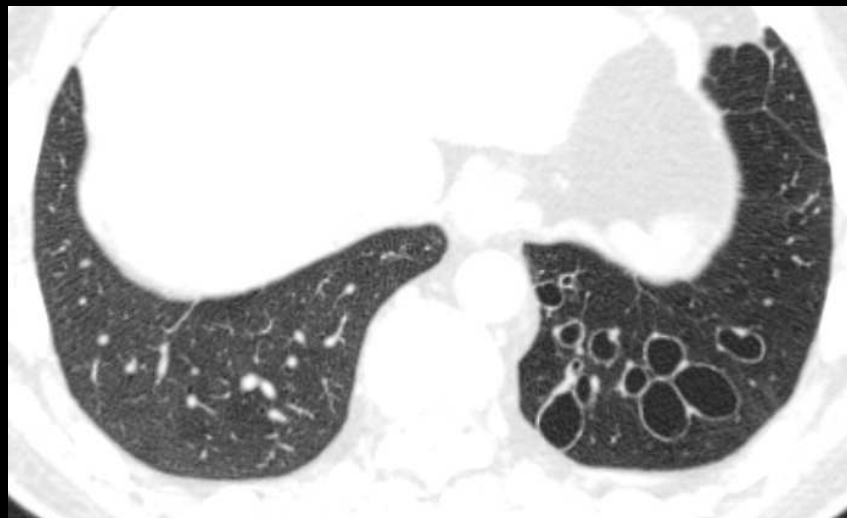
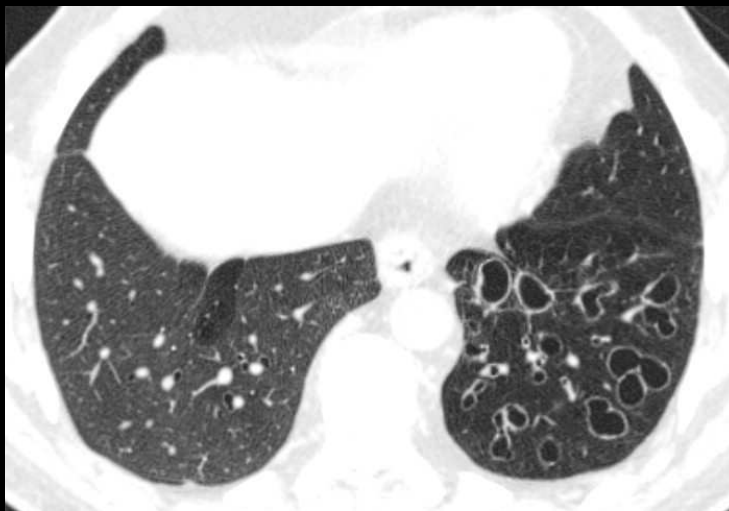
le scanner "haute résolution-faible dose " permet une analyse plus précise des lésions



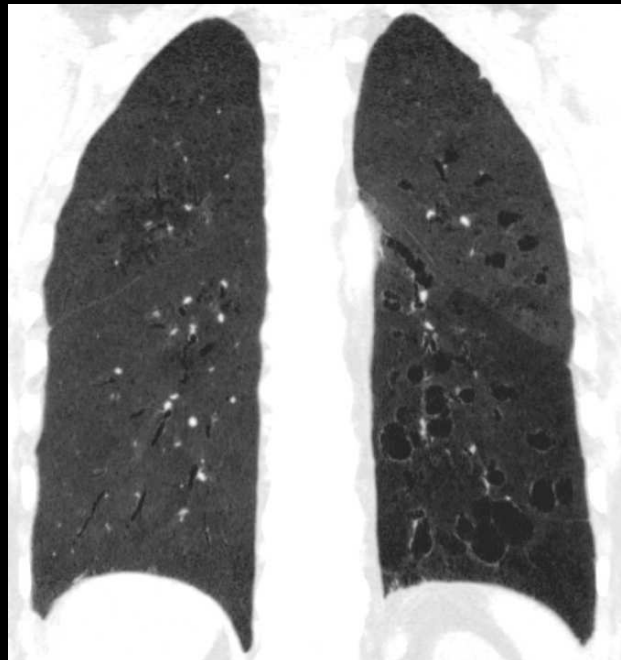
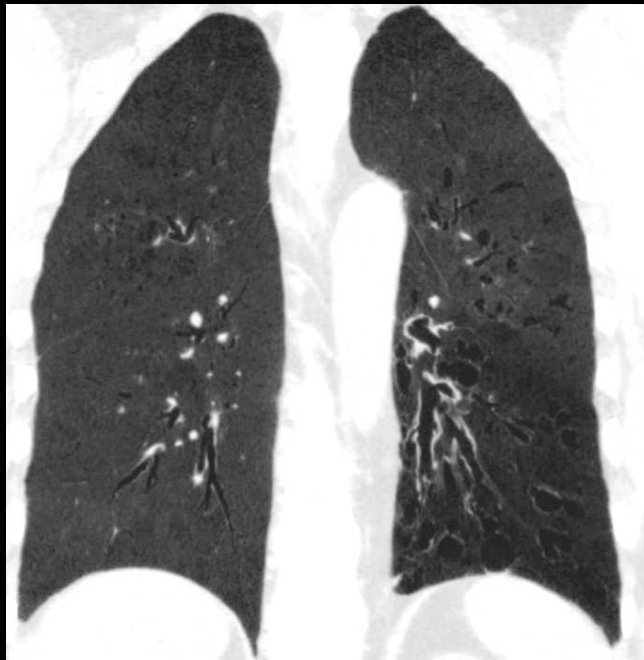
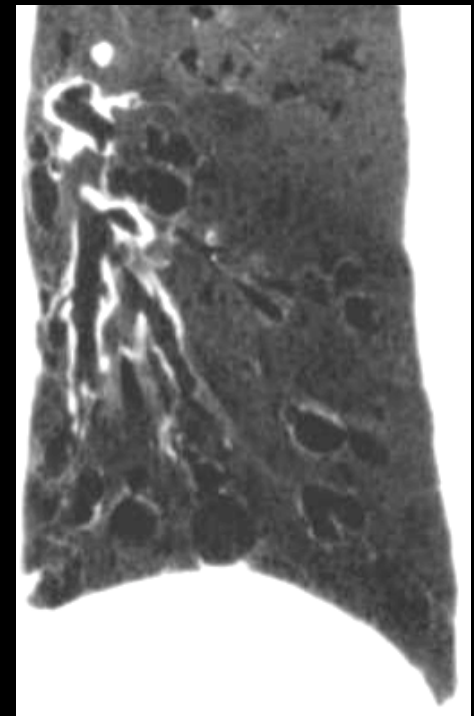
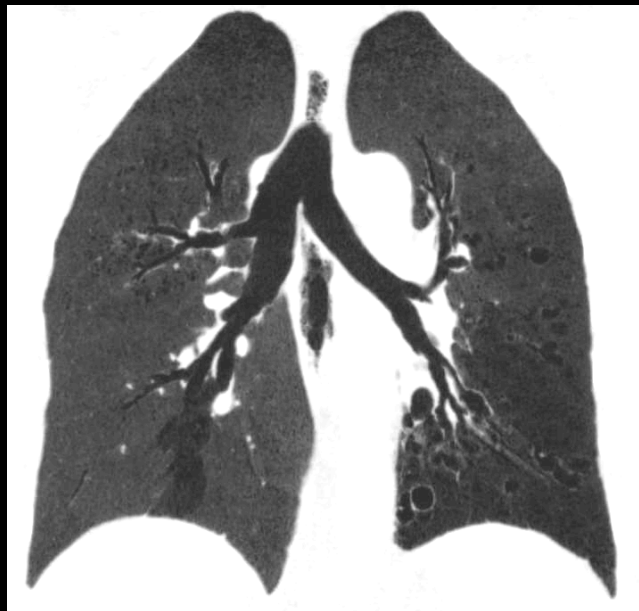
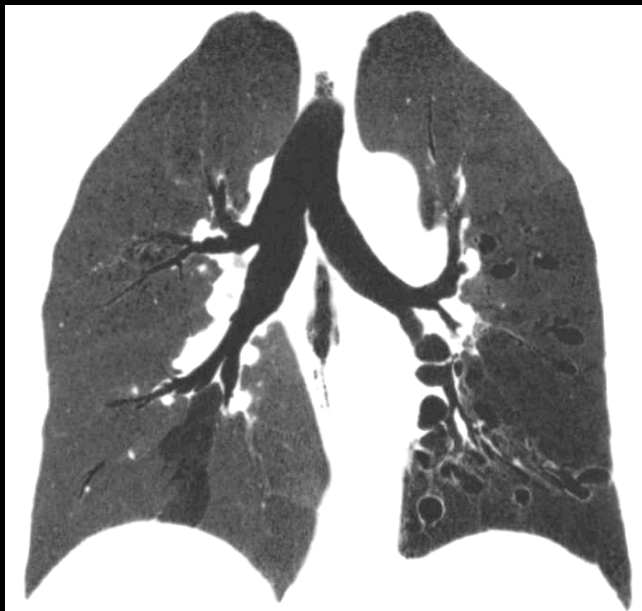
quel(s) diagnostic(s) peut-on évoquer , au vu du scanner .



bronchectasies kystiques bibasales



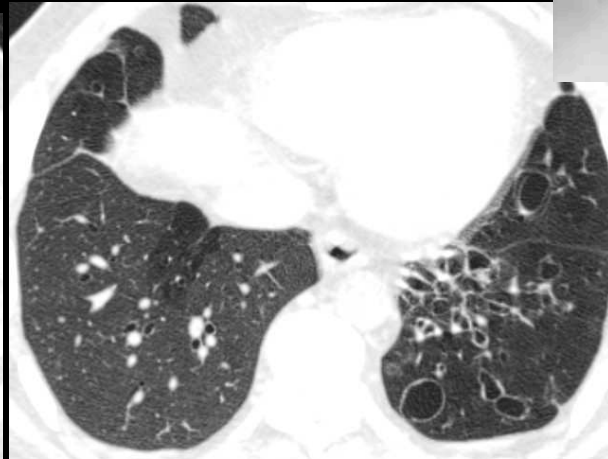
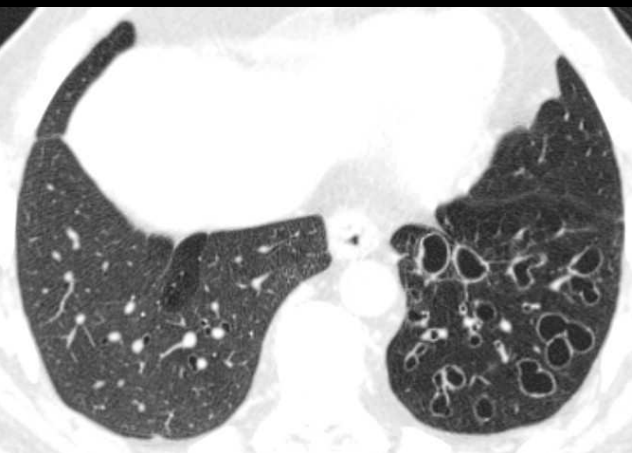
bronchiectasies kystiques basales gauches - détails . Les kystes pulmonaires se différencient des bulles d'emphysème par la présence d'une paroi plus ou moins épaisse



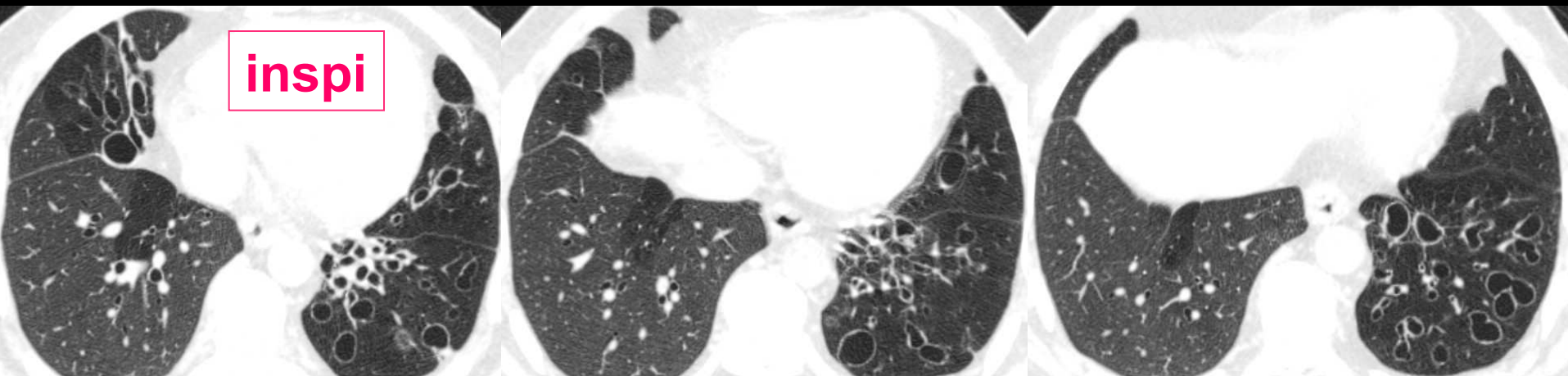
les images en
projection
d'intensités minimales
 (min IP) permettent
 de privilégier la
 représentation des
structures à contenu
gazeux pur (trachée
 et grosses bronches ,
 lésions kystiques)
 comme ici les
 bronchectasies



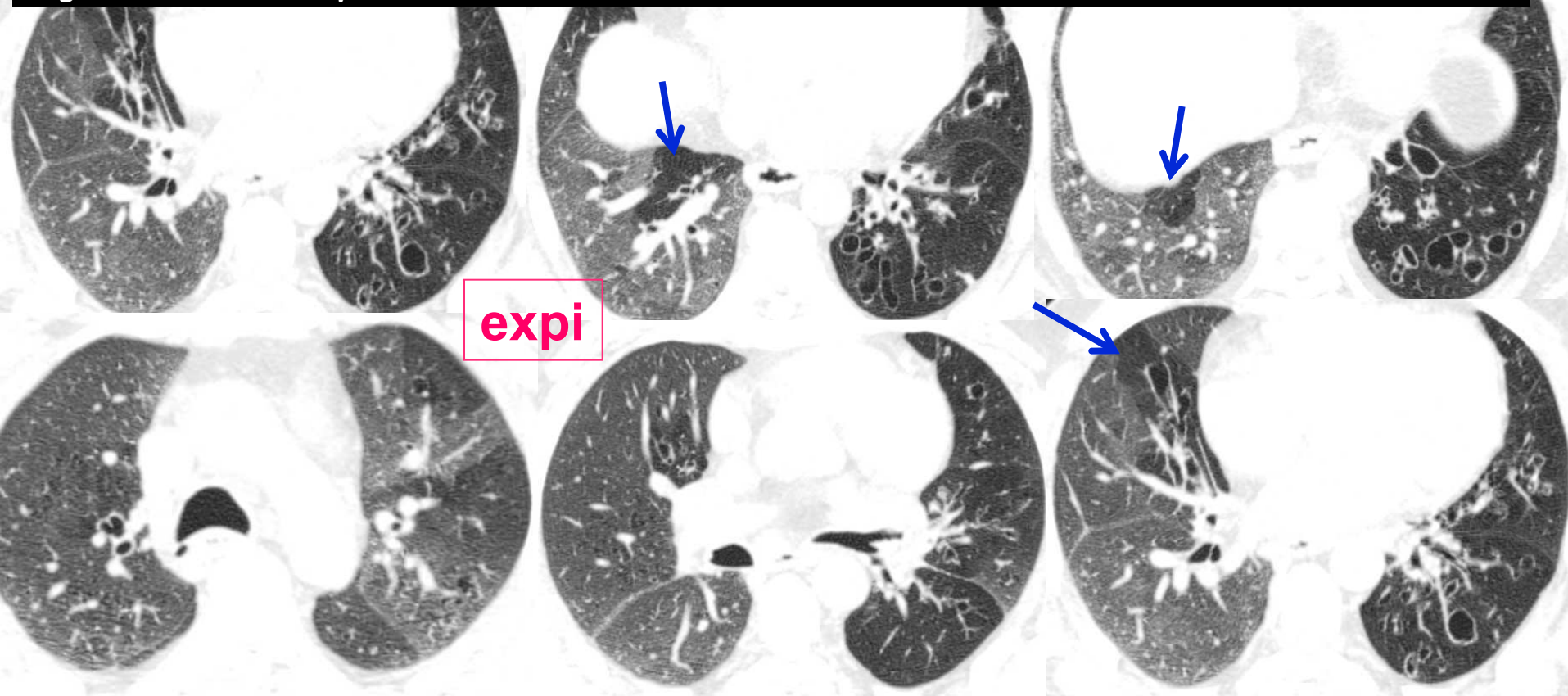
il existe ,comme on
le voyait sur la
radiographie
thoracique des
bronchectasies
kystiques dans un
lobe moyen
partiellement
rétracté



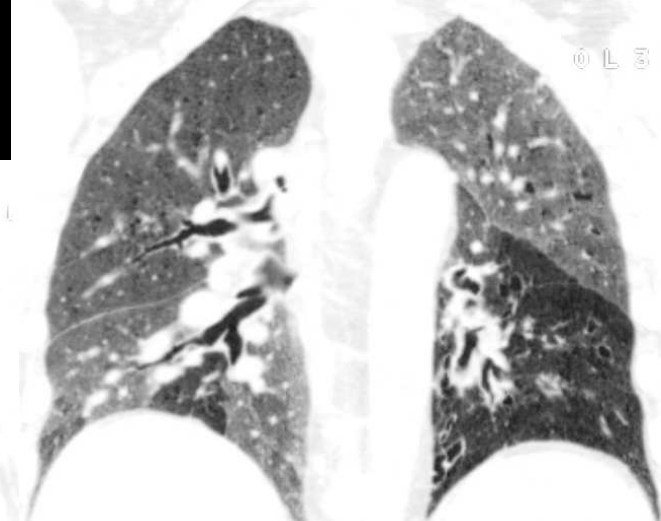
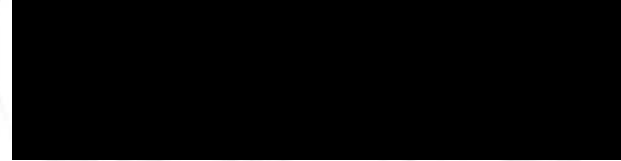
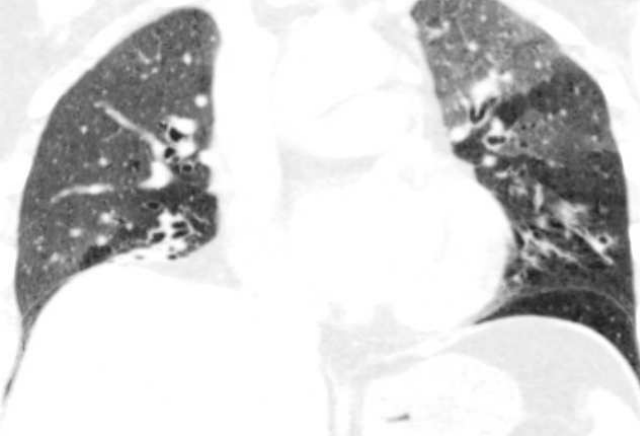
inspi



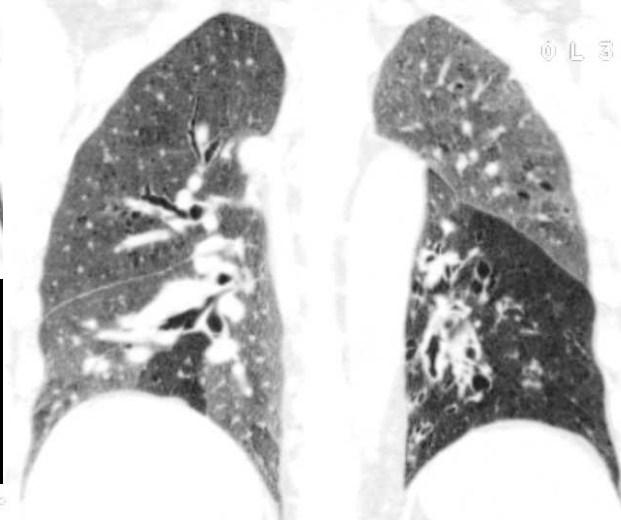
il existe un piégeage gazeux expiratoire dans le LIG et , à un moindre degré dans certains segments du lobe moyen et du LID



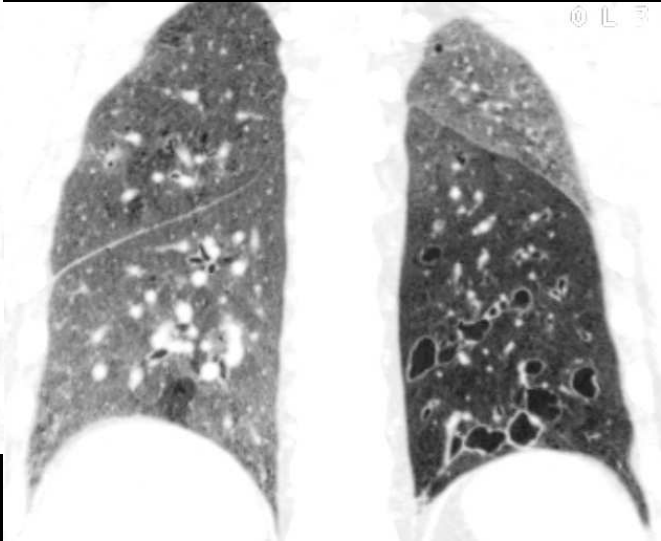
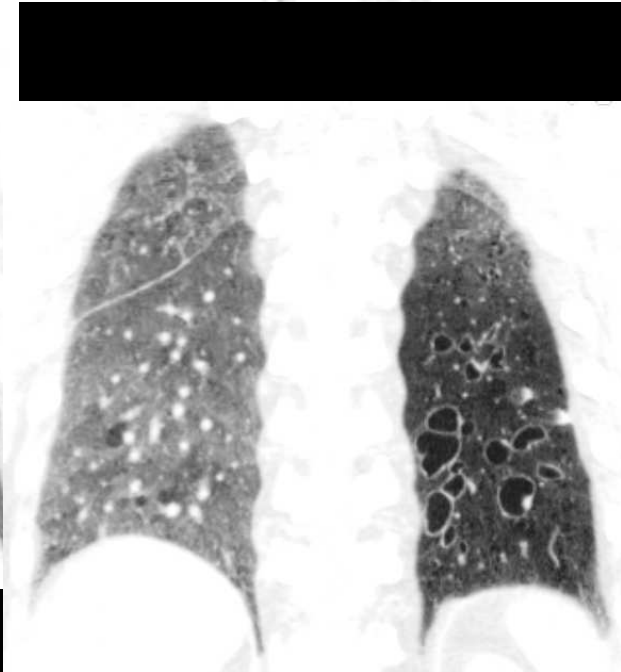
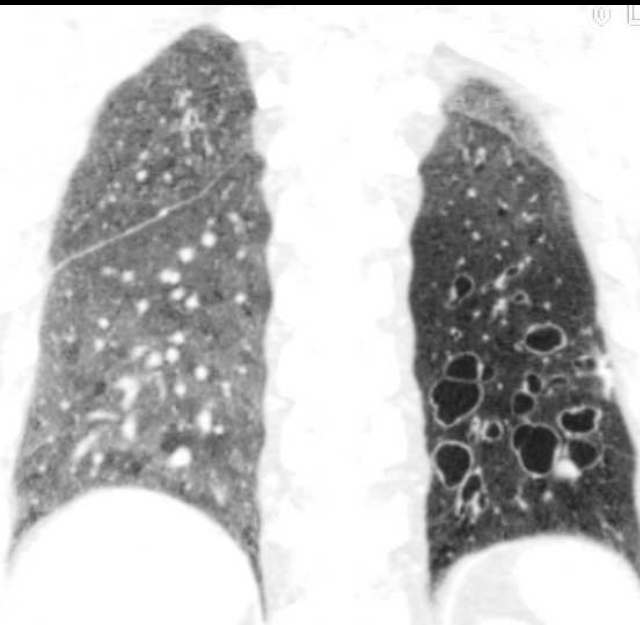
expi



expi



les zones de piégeage gazeux expiratoire sont encore mieux objectivées sur les reformations coronales . Elles traduisent un collapsus expiratoire des bronches proximales lié à une bronchomalacie ± bronchiolite oblitérante



Bronchectasies

-Critères de définition :

- .augmentation **permanente et irréversible** du calibre des bronches
- .**rapport broncho-artériel** élevé (> 1)

-Éléments du diagnostic scanographique :

- .visualisation des bronches à la **périphérie** du poumon et au contact de la plèvre médiastinale
- .**défaut d'effilement progressif** de la lumière bronchique

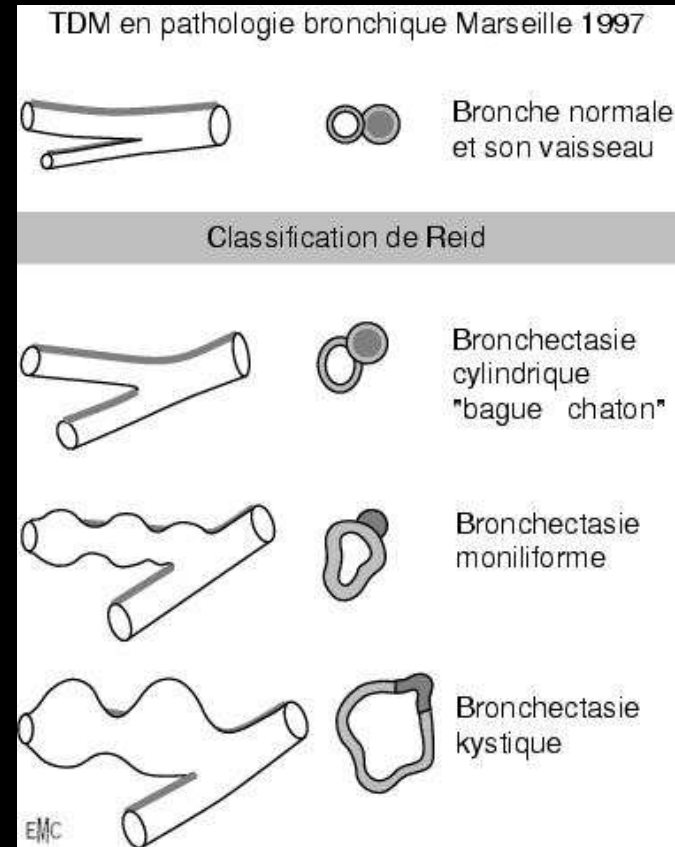
-Principaux éléments anatomo-physiopathologiques

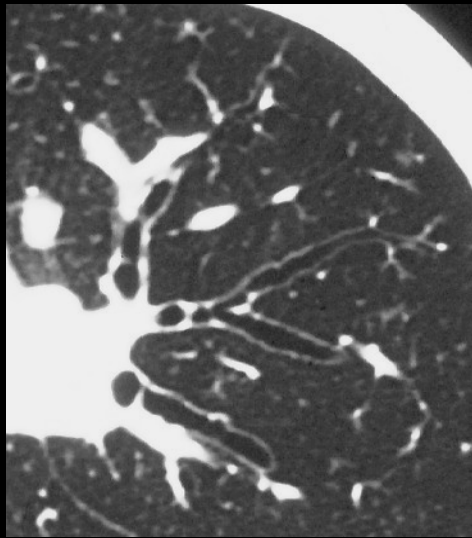
- .**destruction** pariétale remplacée par de la **fibrose**
- .phénomènes **inflammatoires**
- .**colonisation bactérienne**
- .**hypervascularisation systémique** (hémoptysies)

-Classification morphologique

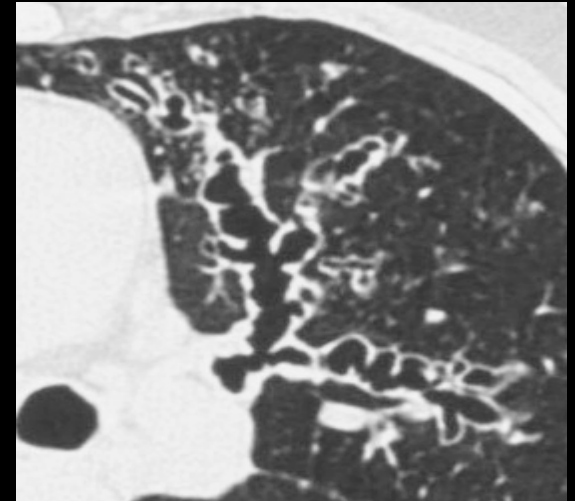
Trois types selon le degré de sévérité :

Cylindriques ou tubulaires
Variqueuses ou moniliformes
kystiques

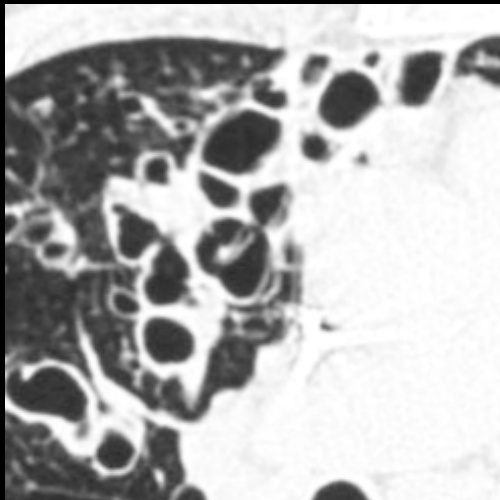




Bronchiectasies cylindriques:
dilatation uniforme des VA
images "en rail"
aspect de "bague à chaton"



Bronchiectasies variqueuses:
parois plus irrégulières,
"en collier de perles"



Bronchiectasies kystiques:
aspect "en grappe de raisin" (transversal)
aspect "en chapelet" (longitudinal)

Signes radiographiques des bronchectasies

- **Clartés tubulées** à parois épaisses et irrégulières
- Images aréolaires de taille variable
- **Images kystiques** avec ou sans niveau liquide
- Opacités péri-hilaires arrondies à contours irréguliers
- **Opacités "en doigt de gant "** en V ou en Y ou en grappe

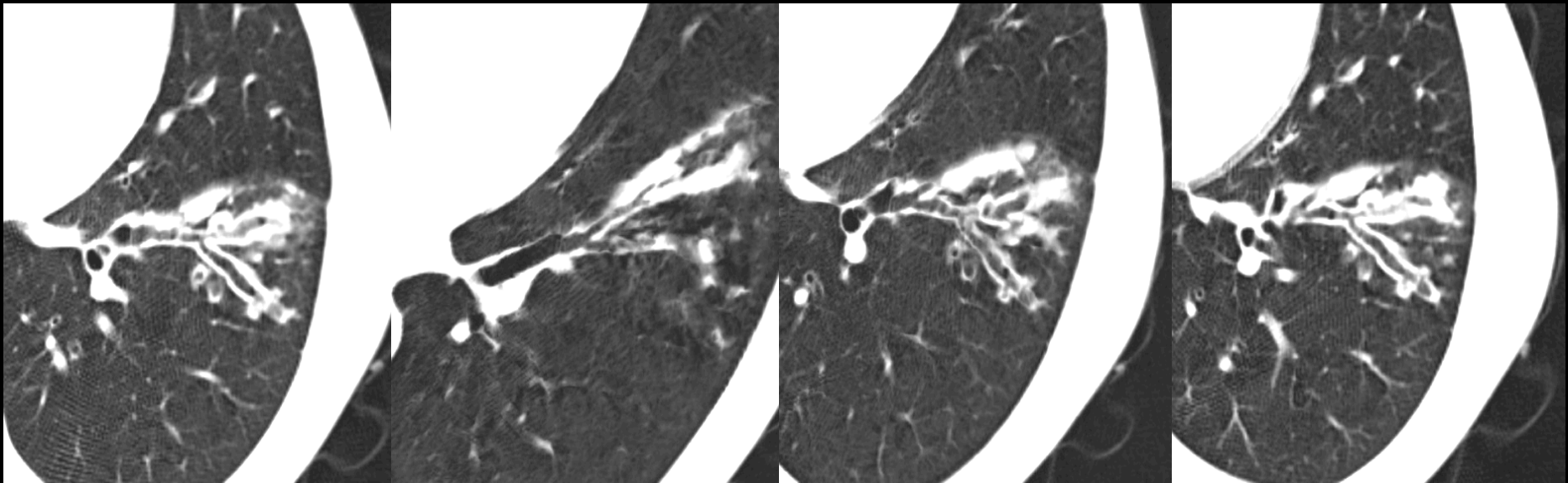


Impactions mucoïdes:

bouchon muqueux épais responsables de DDB et de distorsions bronchiques

accumulation anormale de sécrétions bronchiques: opacités en doigts de gant, dessinant un Y ou un V

NB: impactions mucoïdes par définition dans des bronches de calibre normal ; si les bronches sont dilatées et remplies de sécrétions , on doit parler de bronchocèles



Perfusion en mosaïque :

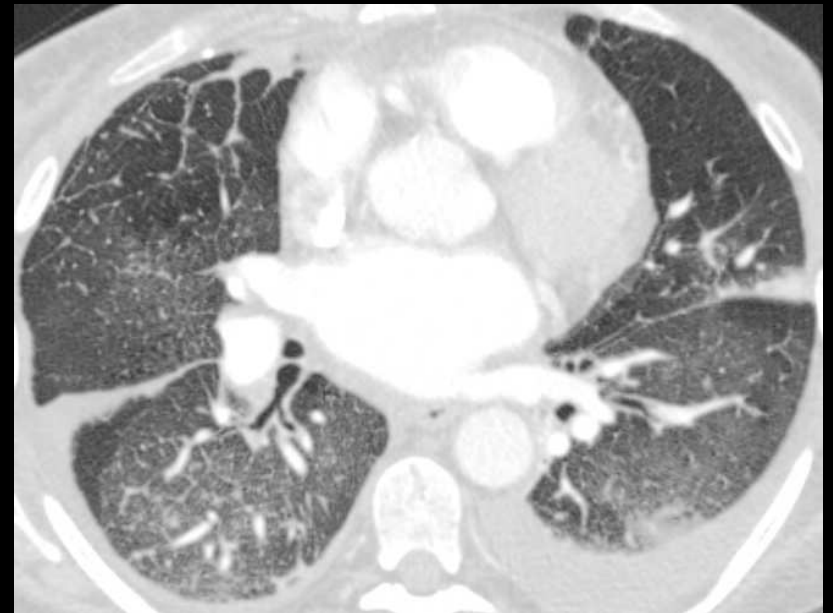
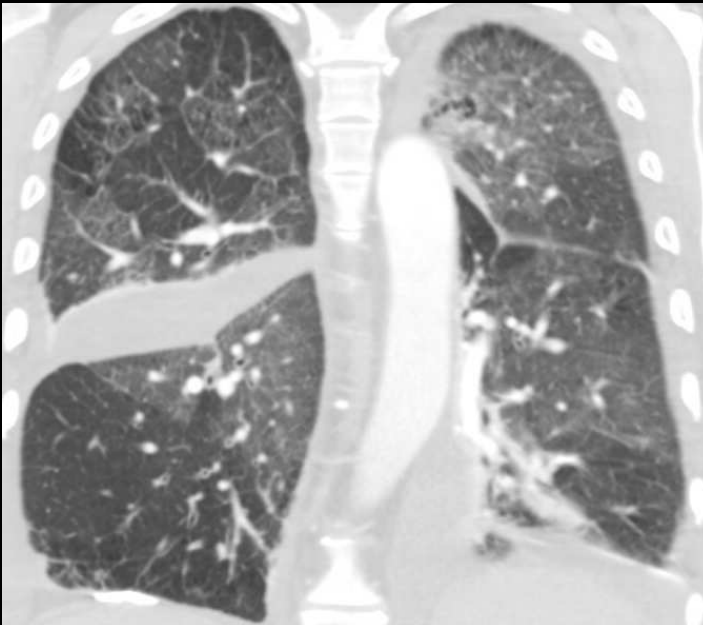
zones d'**hypodensité pulmonaire** associées à une réduction de taille et du nombre des vaisseaux : obstruction bronchiolaire induisant une **hypoperfusion**

zones hypodenses contrastant avec des zones normales: densité "en mosaïque"

origines multiples , un premier tri étant possible par le piégeage aérien expiratoire , en faveur d'une origine bronchiolaire (bronchiolite oblitérante) mais il faut également prendre en compte l'état de dilatation des cavités cardiaques :

.**dilatation des cavités droites (+ HVD)** en faveur d'un **cœur pulmonaire chronique post embolique**

.dilatation de l'atrium G et des veines pulmonaires ,épachements pleuraux liquides , en faveur d'un **poumon cardiaque** se développant sur un **emphysème centro-lobulaire** , comme dans l'exemple ci-dessous.



Étiologies des bronchectasies

- DDB constitutionnelles:

- mucoviscidose : prédominance aux lobes supérieurs
- immunodépression humorale ou cellulaire
- dyskinésies ciliaires primitives
- déficit en alpha1-antitrypsine

- DDB acquises:

- infections (chroniques et récidivantes) : prédominance dans les lobes inférieurs, le lobe moyen et la lingula
- aspergillose broncho-pulmonaire allergique : prédominance aux lobes supérieurs
- obstructions bronchiques (tumeur, CE)
- asthme, RGO