



**B Ghaye**

Homme de 59 ans

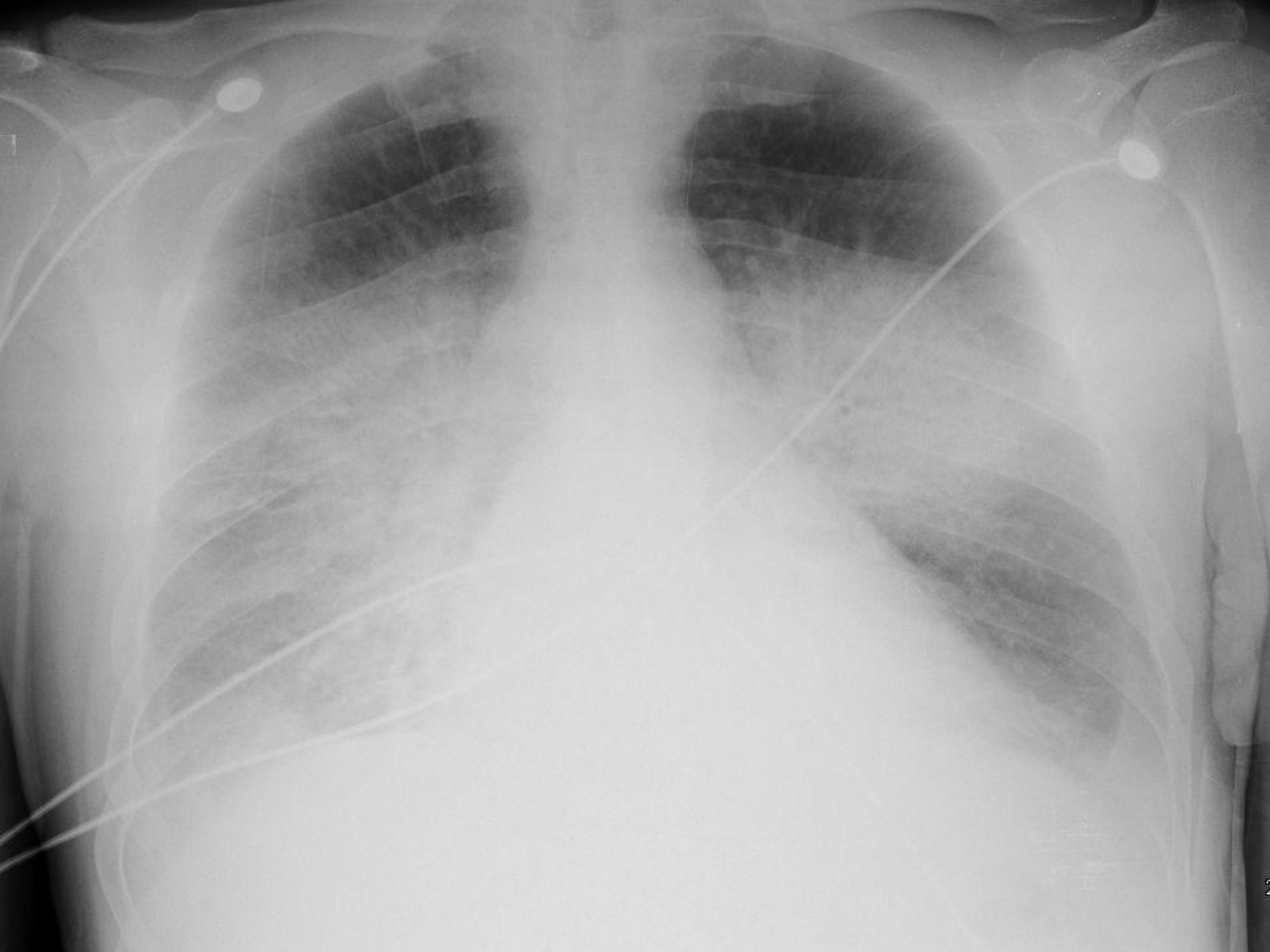
Dyspnée en majoration progressive depuis 7 jours, stade IV à l'admission

Douleur rétrosternale constrictive, frissons

Polypnée, tachycardie

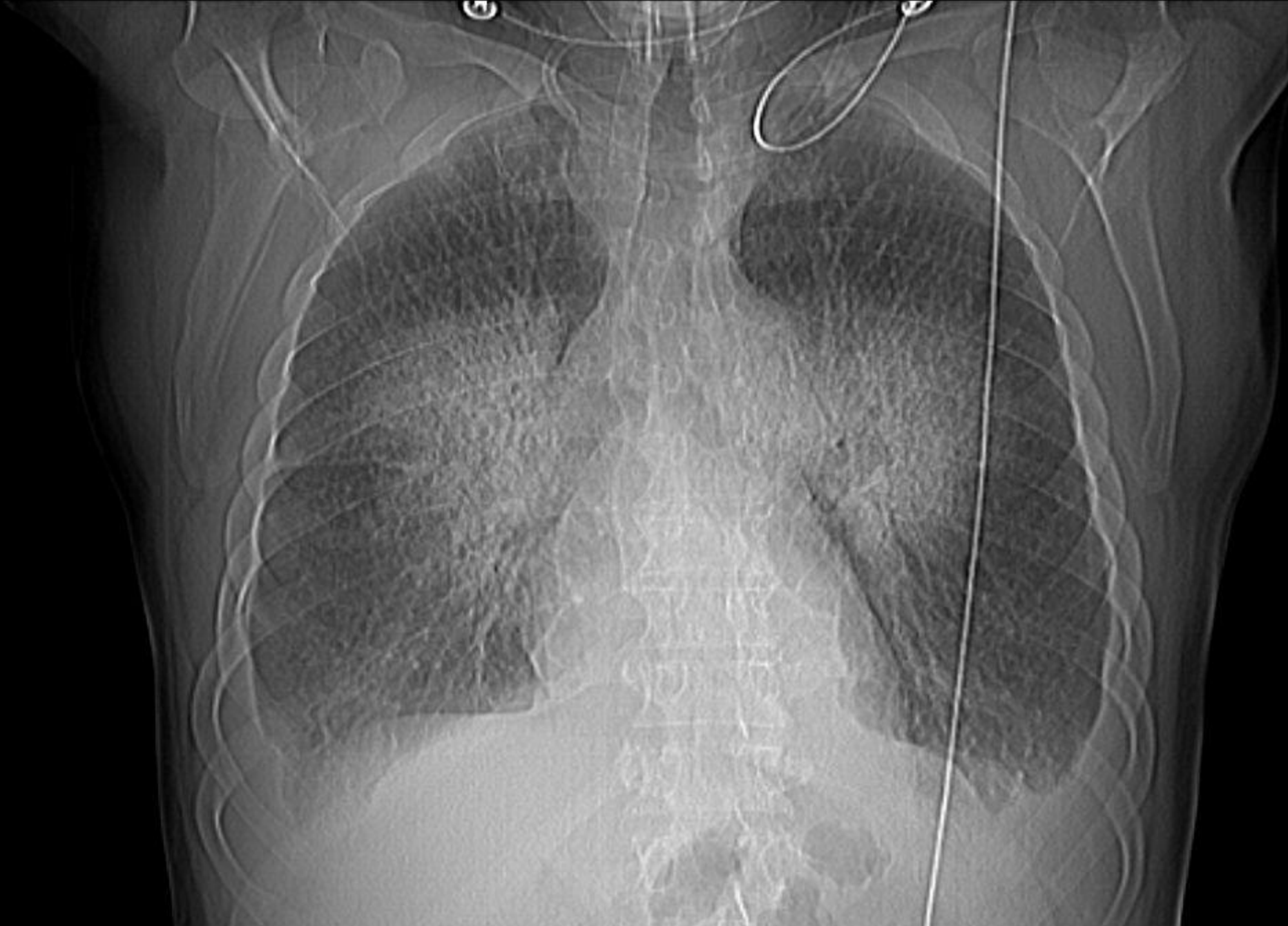
Tabagisme actif: 90 UPA

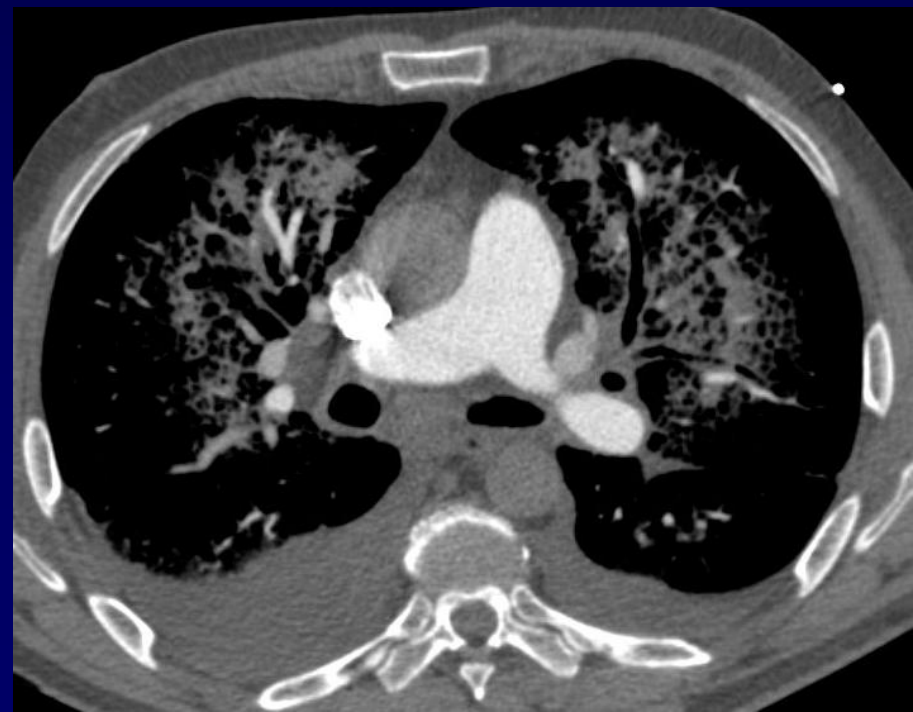
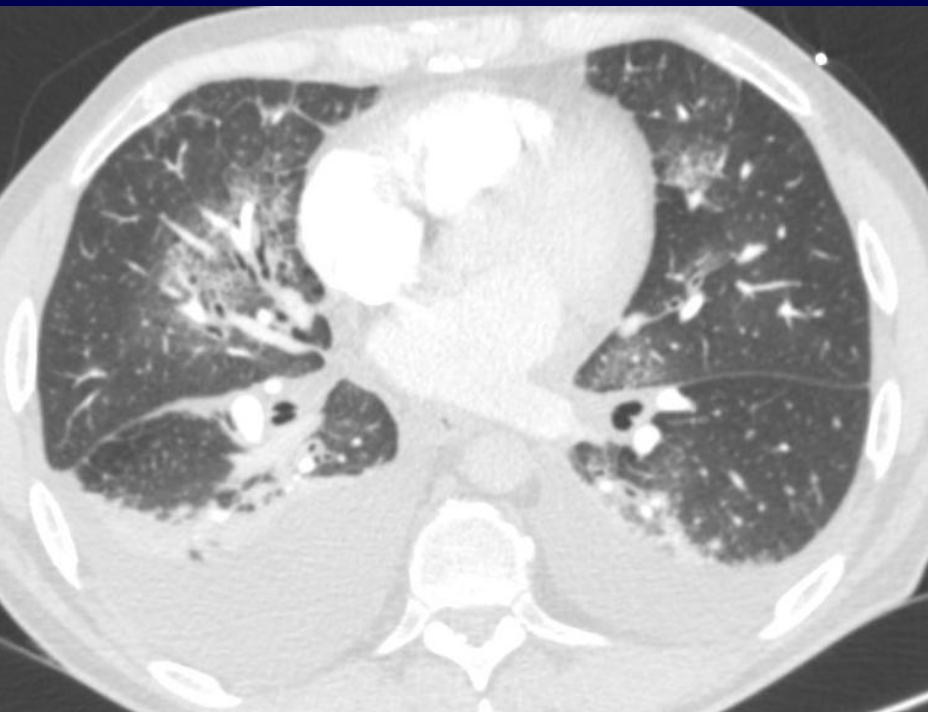
ATCD: pneumothorax, Crohn





**Diagnostic ?**







## **Diagnostic ?**

**Œdème pulmonaire aigu  
en aile de papillon  
ou de chauve-souris**



- Cardiopathie ischémique avec akinésie inférieure et insuffisance mitrale sévère sur rupture du pilier postérieur
- Occlusion RCA



# Evolution-Discussion-Point fort

- Le cortex du poumon est libre de liquide alvéolaire ou interstitiel.
- Cette condition pathologique se développe si rapidement que l'infiltration alvéolaire est observée directement, et la phase précédente interstitielle qui est habituellement vu dans l'œdème pulmonaire n'est pas détectée radiologiquement.
- Moins de 10% des cas d'œdème pulmonaire
- Insuffisance cardiaque grave : insuffisance mitrale aiguë (associée à une rupture du muscle papillaire, infarctus du myocarde massif, et la destruction feuillets valvulaires en raison de endocardite infectieuse)
- Insuffisance rénale



# Evolution-Discussion-Point fort

- Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer la physiopathologie de l'œdème en aile de papillon.
- 1/ Augmentation de la conductivité hydraulique. Les mucopolysaccharides remplissent les espaces périvasculaires dans le cytosquelette et, dans des conditions normales, inhibent l'écoulement du liquide. Toutefois, lorsque l'hydratation des tissus a augmenté, cette matrice extracellulaire permet à l'eau de circuler facilement vers les hiles.
- 2/ Effet de pompage du cycle respiratoire, qui est plus prononcé dans le cortex du poumon et entraîne un écoulement du liquide vers le hile.
- 3/ Propriété contractile des cloisons alvéolaires, ce qui leur permet d'expulser un œdème interstitiel vers le hile.



# Références

**Gluecker et al.**

**Clinical and Radiologic Features of Pulmonary Edema.**

**Radiographics 1999;19:1507-31**

**Milne et Pistolesi.**

**Reading the chest radiograph – a physiologic approach.**

**Mosby 1993**