



Aller – retour RT/TDM

G.Durand , J.Giron

1° colloque radio pneumologique
(club thorax –afmapath)

Marrakech 6, 7

novembre 2015



La **TDM thoracique** est l'examen de référence en pathologie thoracique

La **RT** est l'examen le plus pratiqué.

Elle appartient à l'examen clinique du patient



Une RT normale

Rassurante pour le patient

Pas forcément pour le médecin , car :

- **La normalité est difficile à affirmer**
- **La valeur prédictive négative est faible**



En pratique clinique

RT Pathologique = TDM

RT normale ou « presque » :

- arrêt investigations**
- tdm**



Problème actuel

Enseignement de la RT insuffisant au détriment de la TDM

Taille réduite des clichés numérisés

Pour affirmer une RT normale, il faut en connaître toutes les subtilités.





Le profil

Ne pas avoir peur !!!!





- Aucun intérêt pour confirmer la face
- Mais zones muettes sur le cliché de face :
c'est ça l'intérêt du profil en tant que
complément d'analyse+++
- 3 espaces clairs (retro cœur, retro sternal, retro trachéal
supra aortique)
- Gouttières costo vertébrales , trous de conjugaison,
- Diaphragme, bande trachéale postérieure, AP , AO,
cœur



Comme pour le « Terminator », il faut toujours se méfier des apparences !!!

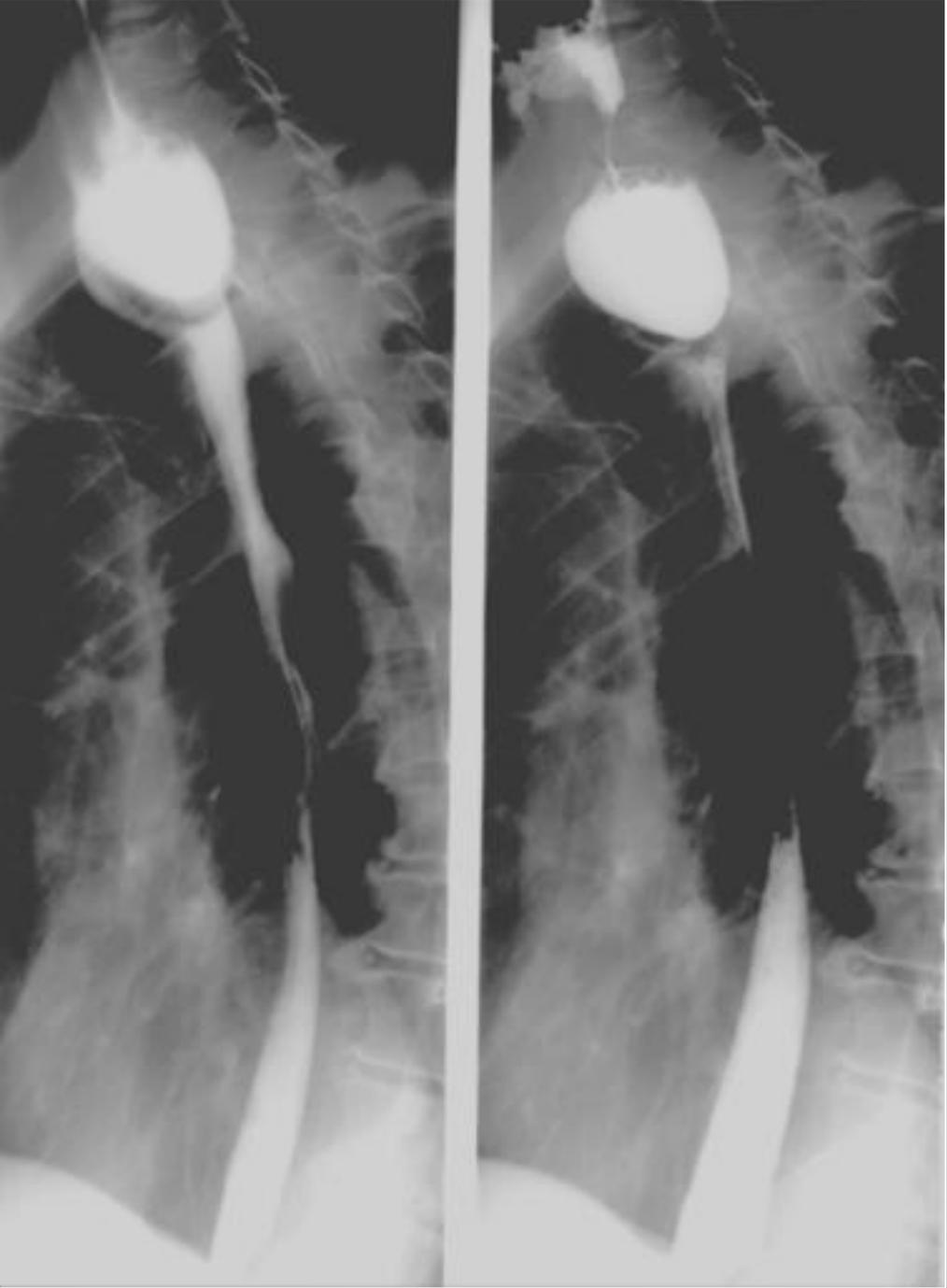




Homme de 25 ans

**ATCD de pneumothorax droit
opéré,
toux post-prandiale**





Diverticule de Zencker.

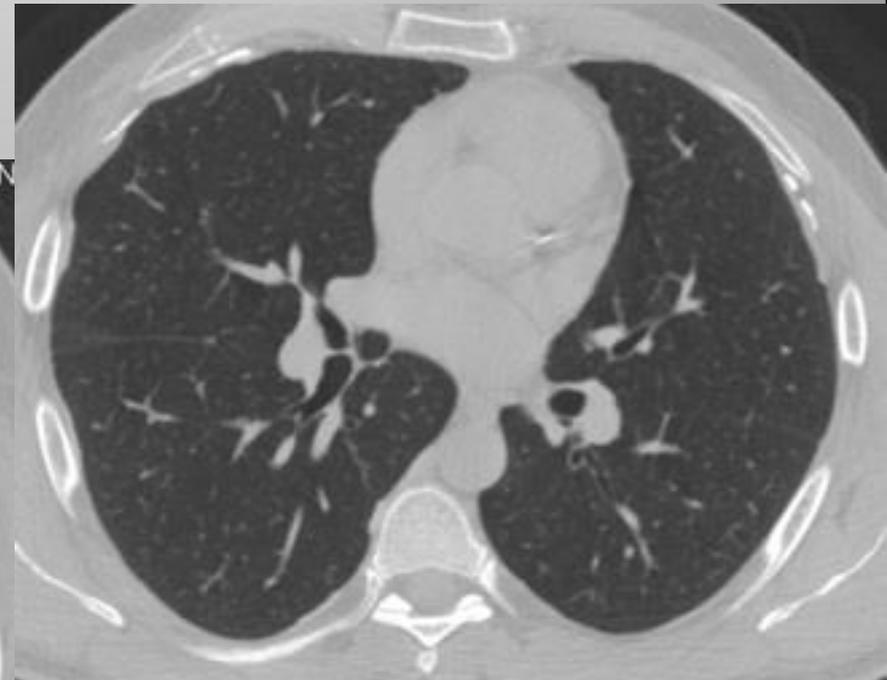
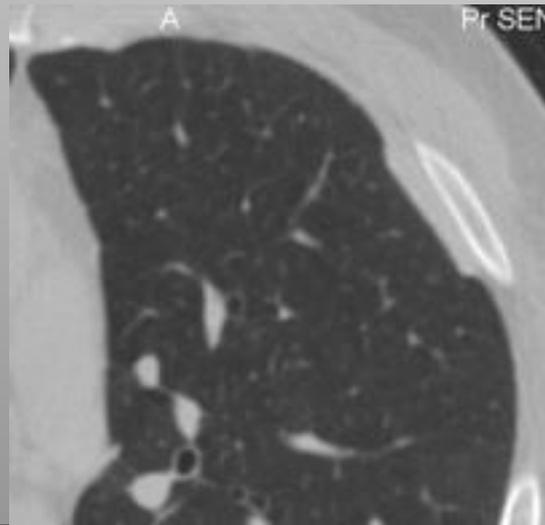
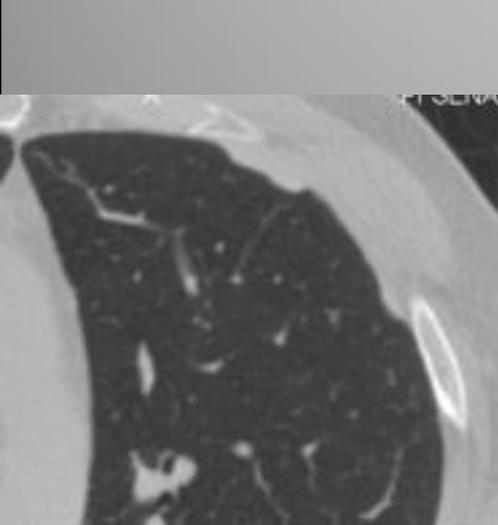
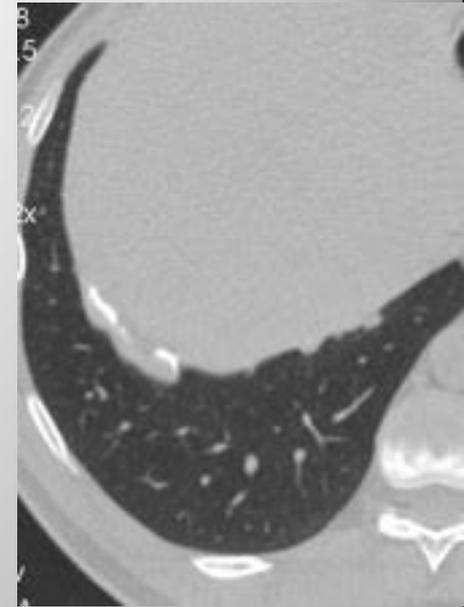
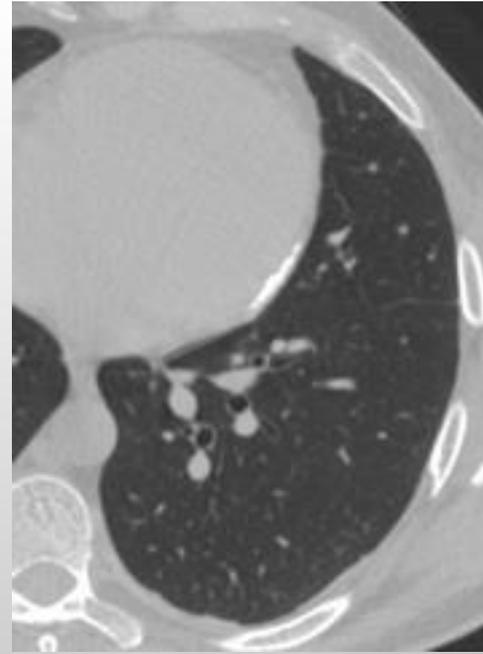


Un contexte particulier



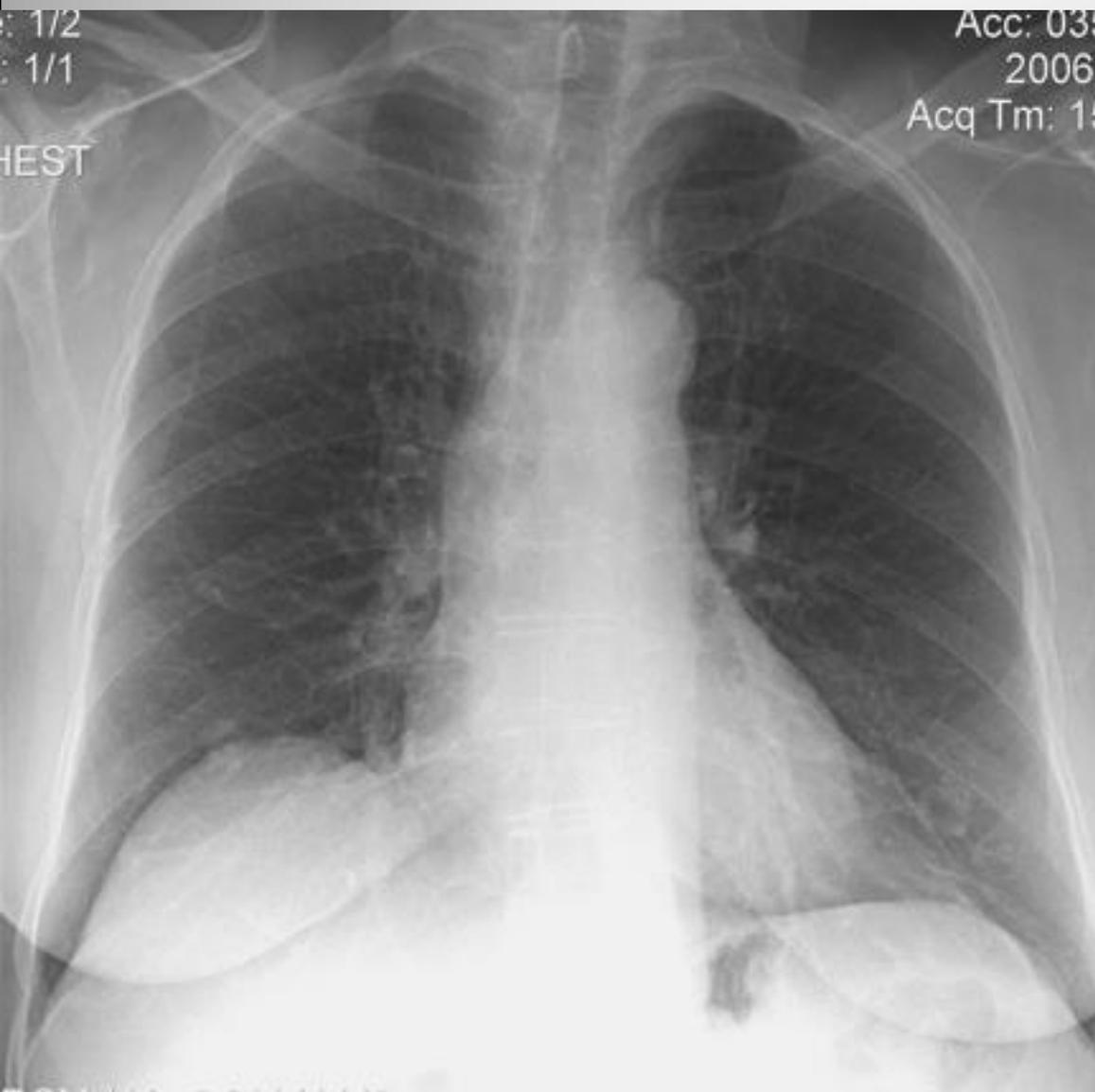


Plaques pleurales calcifiées et non calcifiées



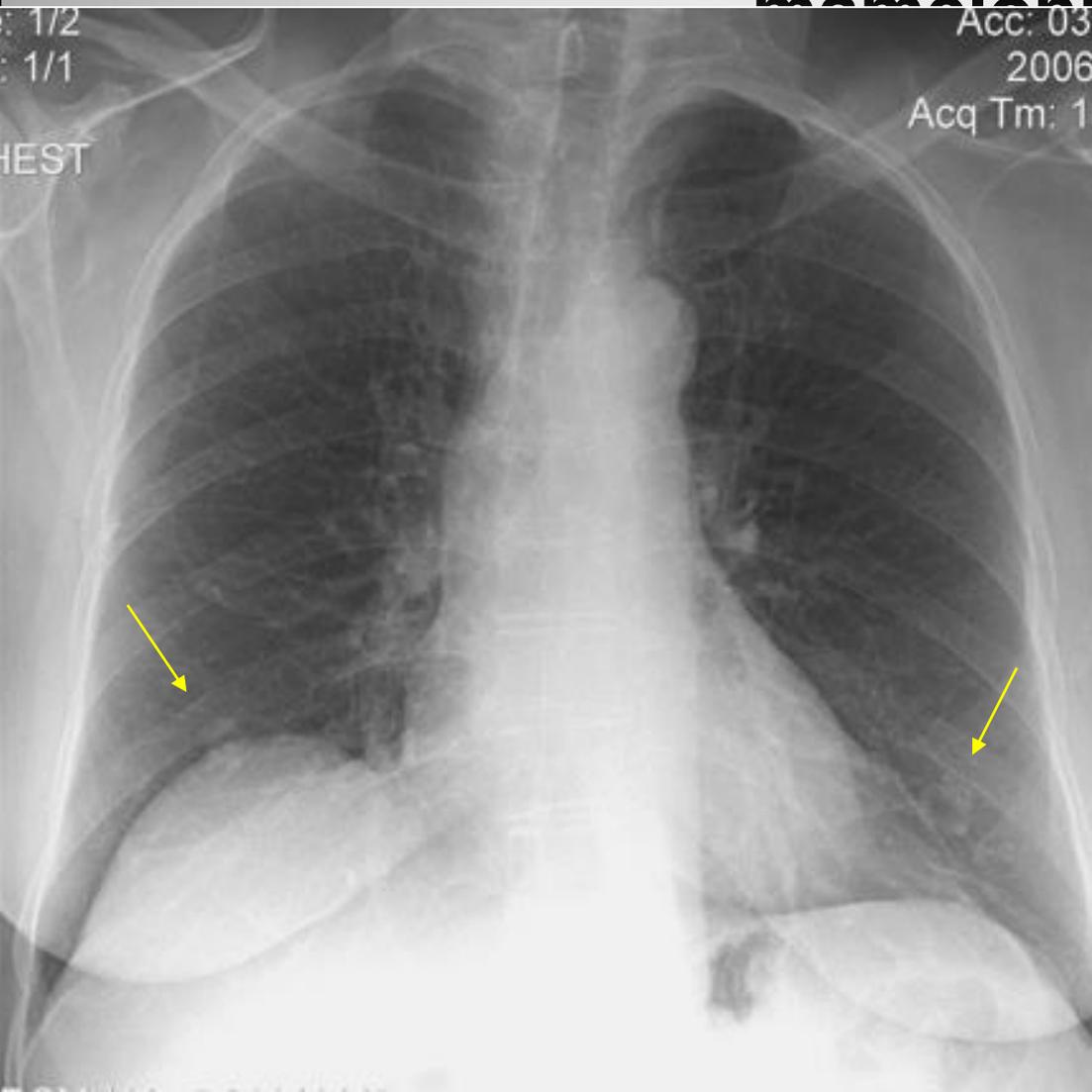


Femme de 74 ans
Cliché systématique.



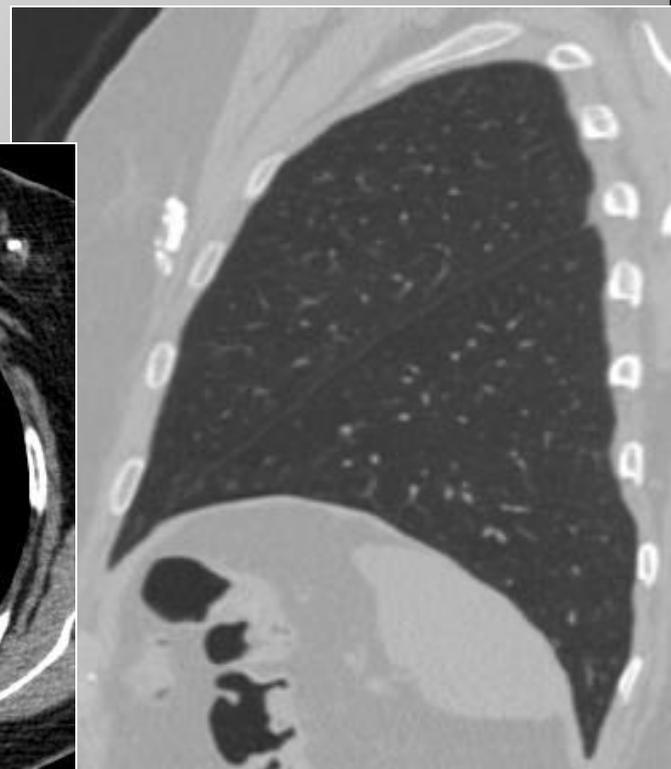
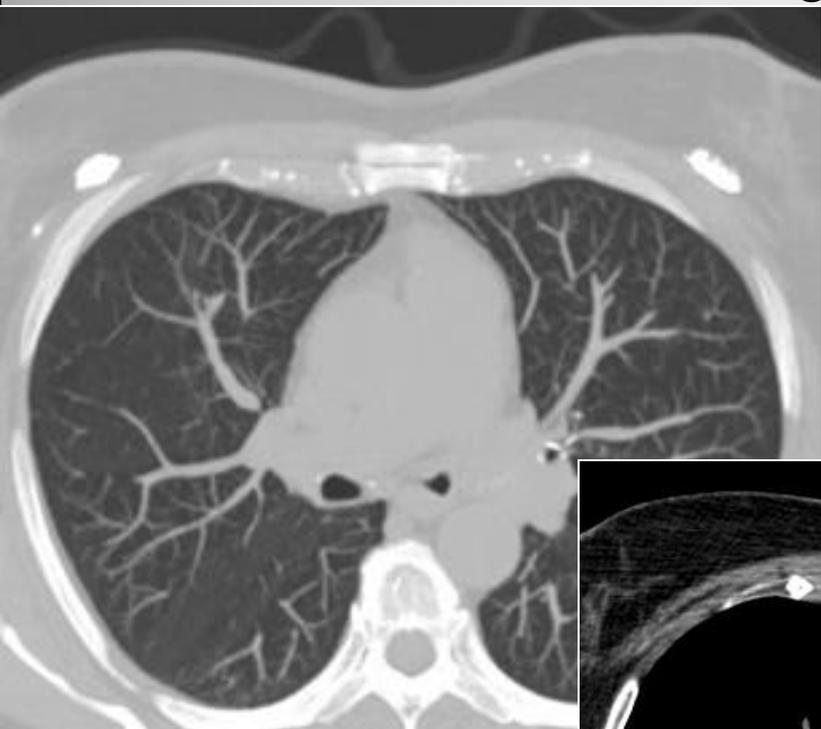


Calcifications pariétales (Cf profil) réalisant une fausse image mamelonnaire



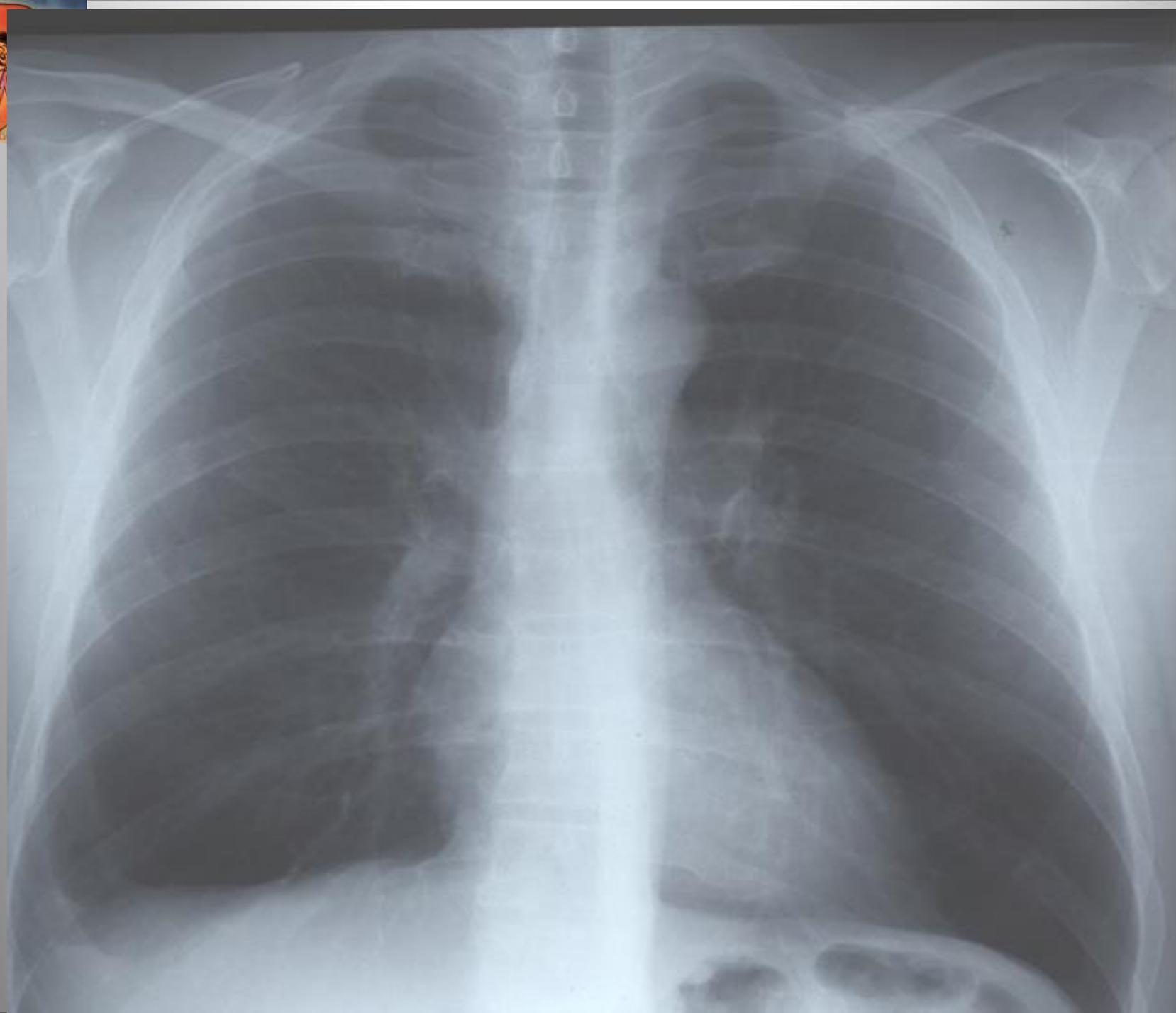


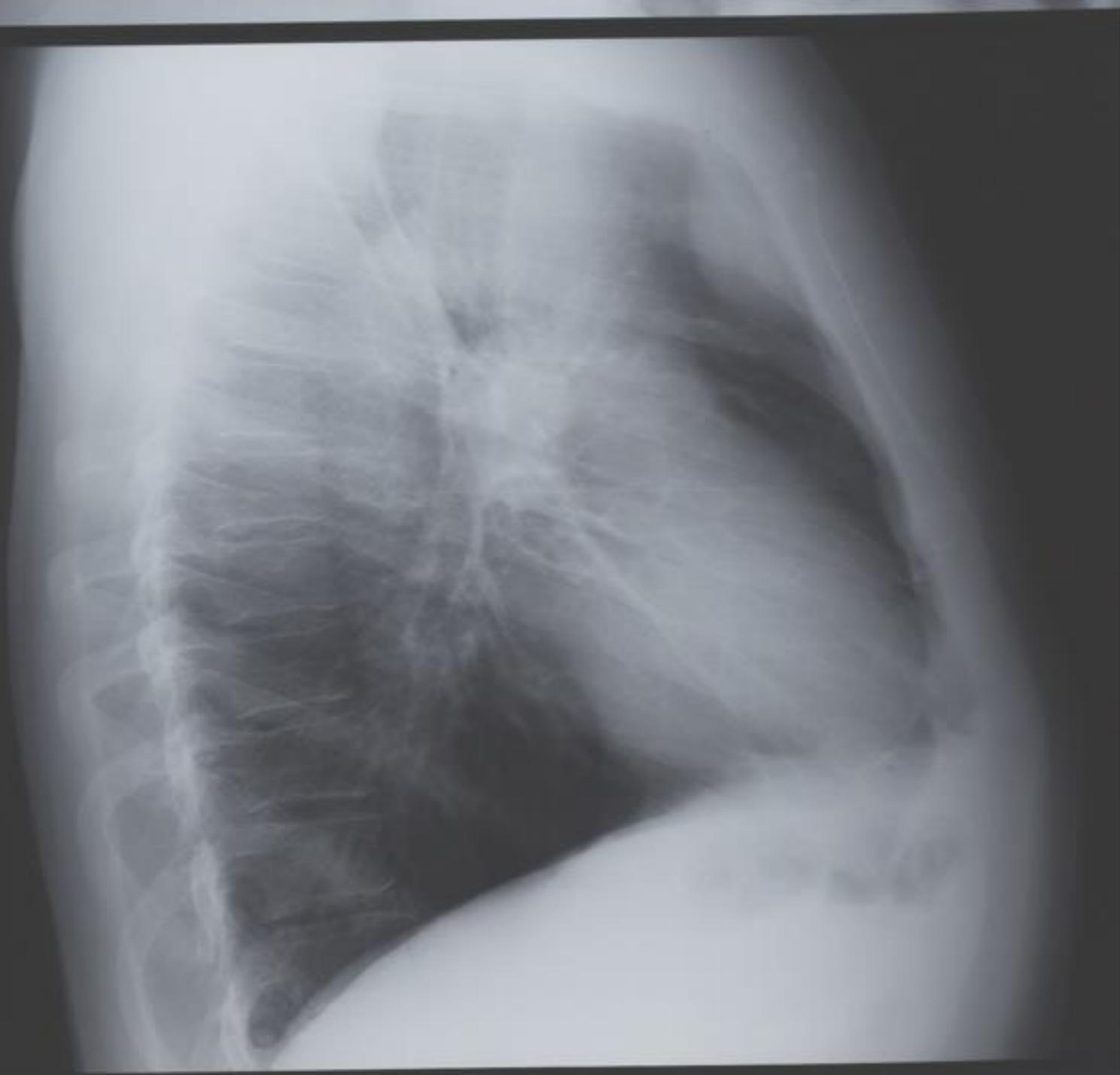
Les images pariétales correspondent en fait à des calcifications sur coque fibreuse, secondaires à la mise en place de prothèses mammaires , qui ont dû être retirées.





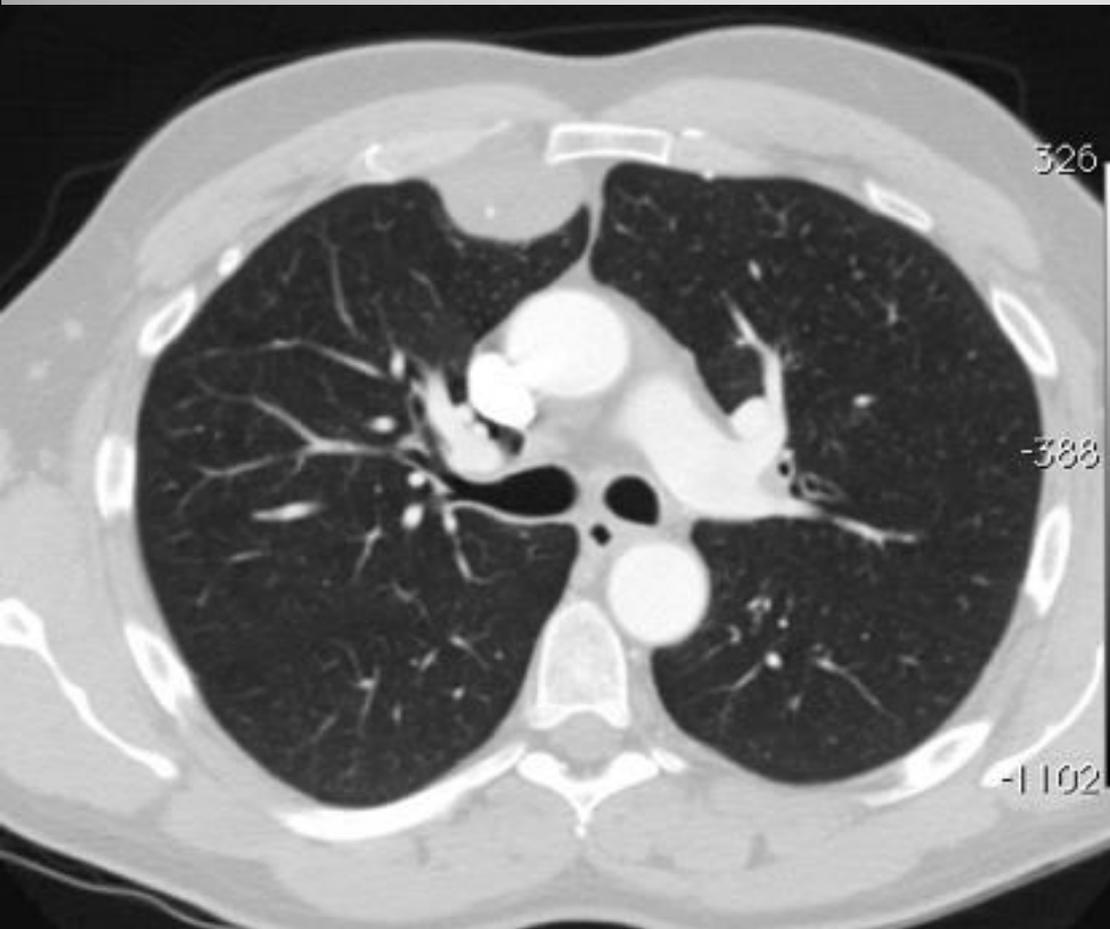
- Un physionomiste qui scrute votre profil
- Douleur spontanée rétrosternale





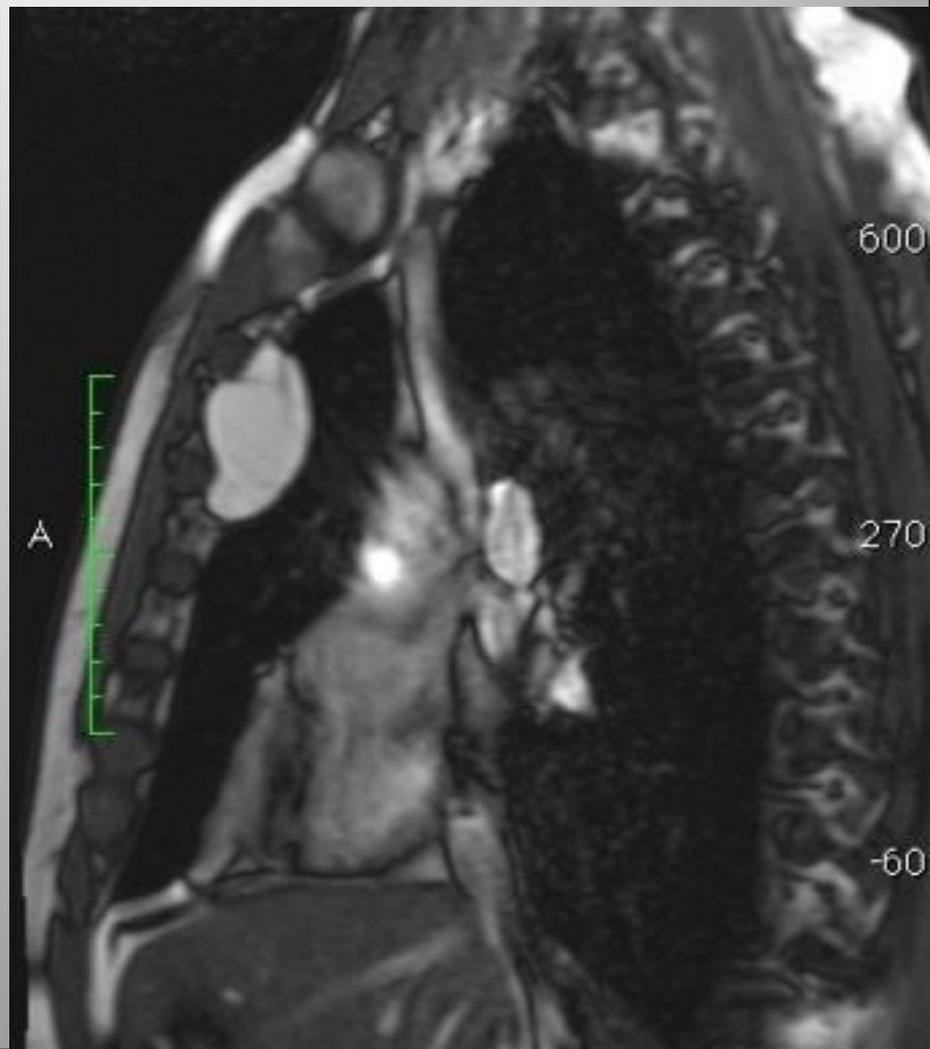
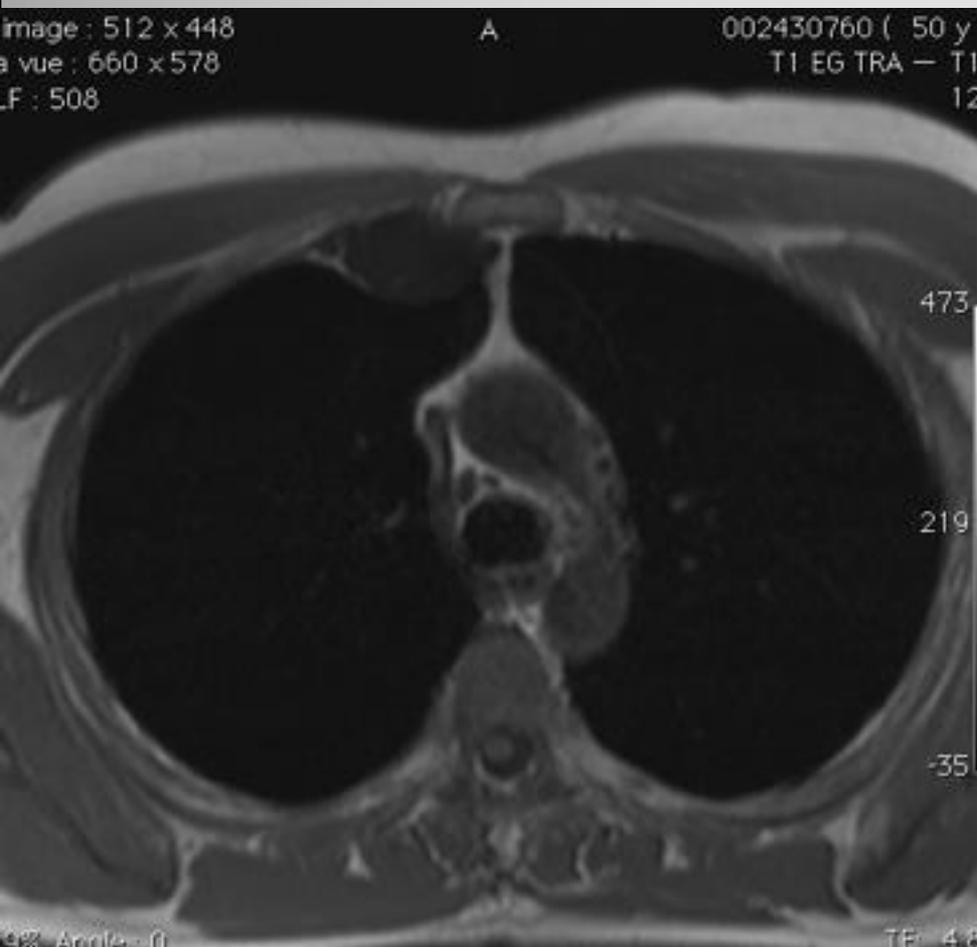


Masse d'origine pariétale qui englobe et refoule l'art. mam. Int.





il s'agit d'un kyste purement
liquidien



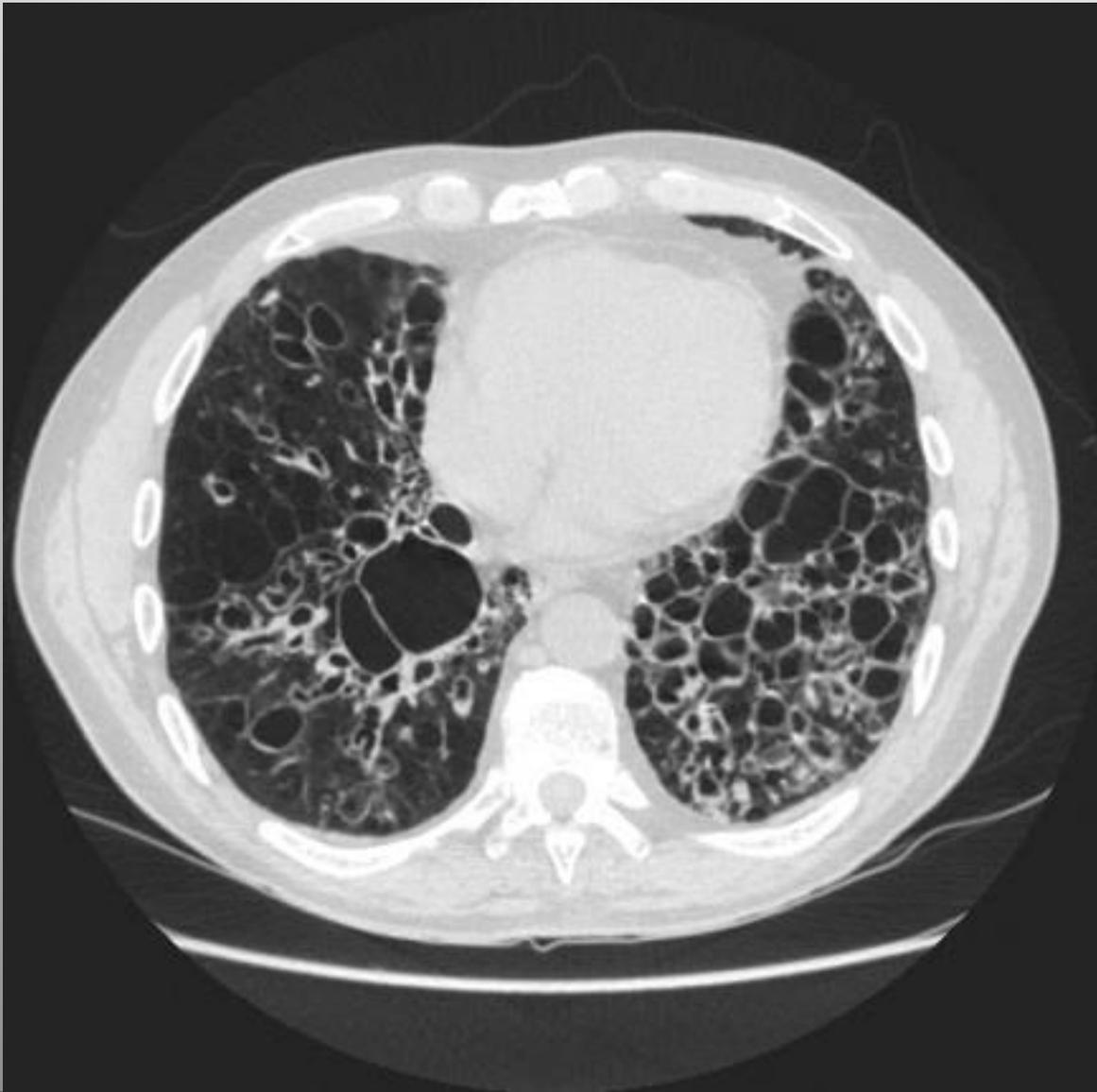


Les apparences sont trompeuses





Ddb kystiques





RX Thoracique standard et PID

Faux négatifs :

Normale dans 10% des cas (Eppler): par exemple,

normale dans 50% des lymphangites carcinomateuses

Faux positifs :

- Bronchectasies
- Emphysème bulleux et para-septal
- Hypertrophie mammaire
- Cliché en expiration



Faux syndrome interstitiel

(obligeance club thorax)

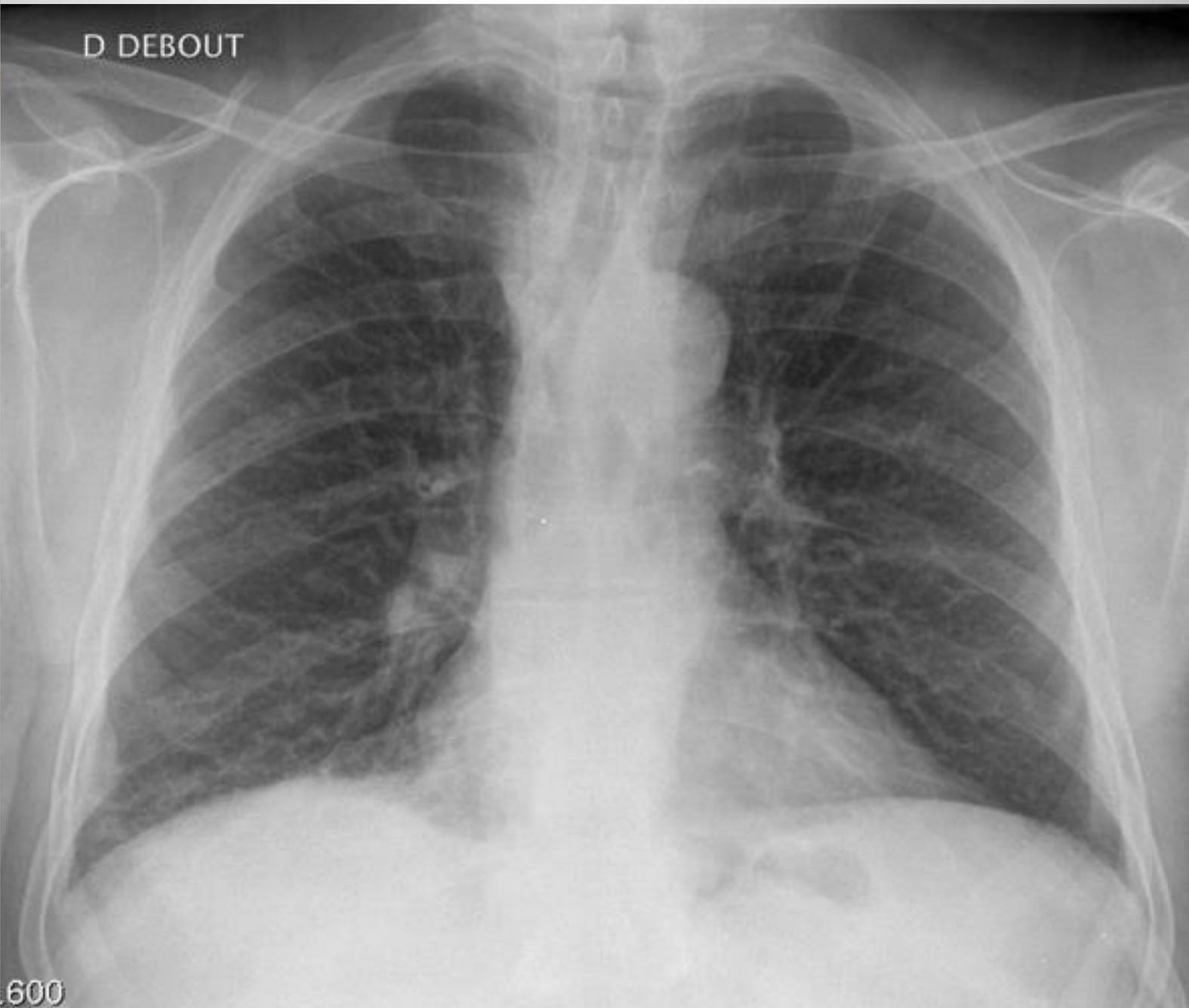




La RT c'est vraiment difficile

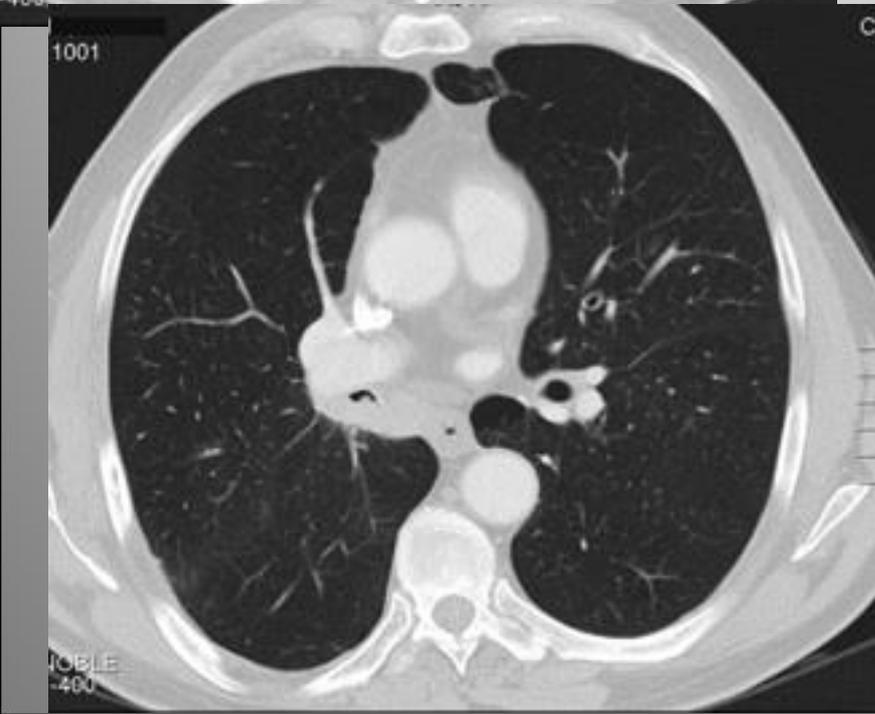
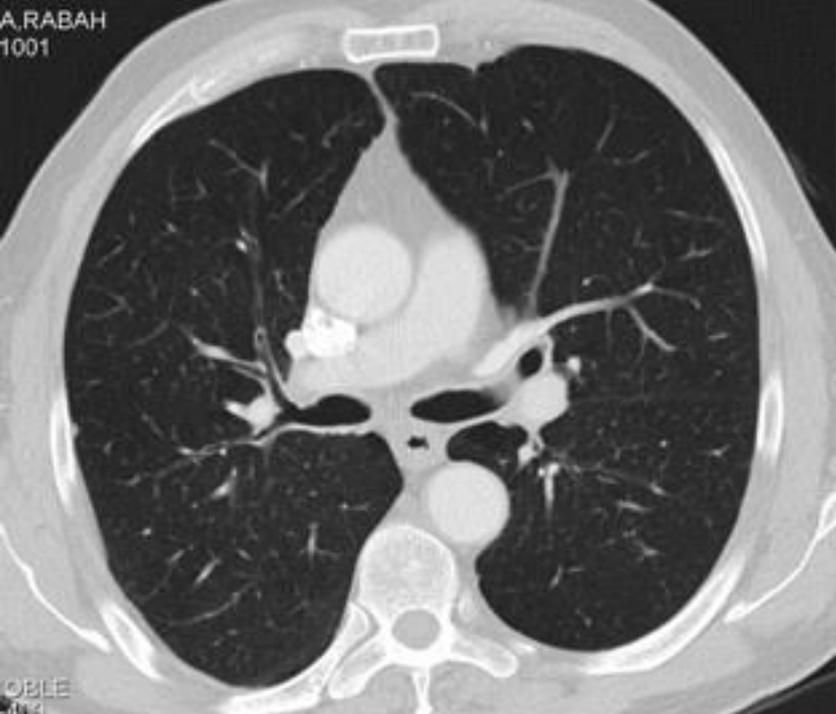


D DEBOUT



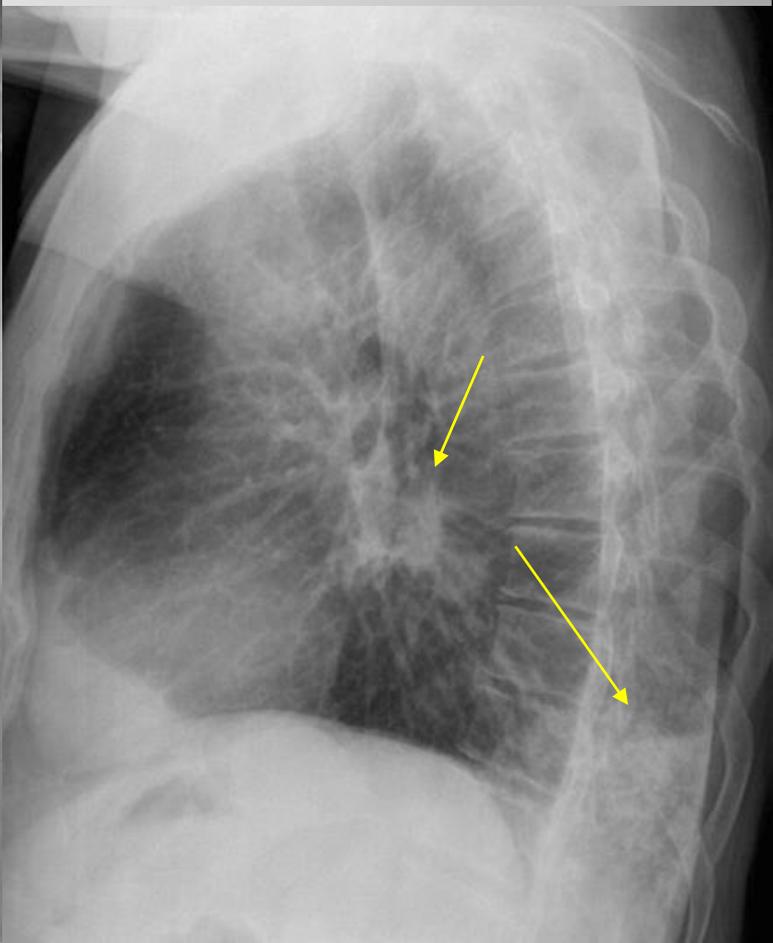
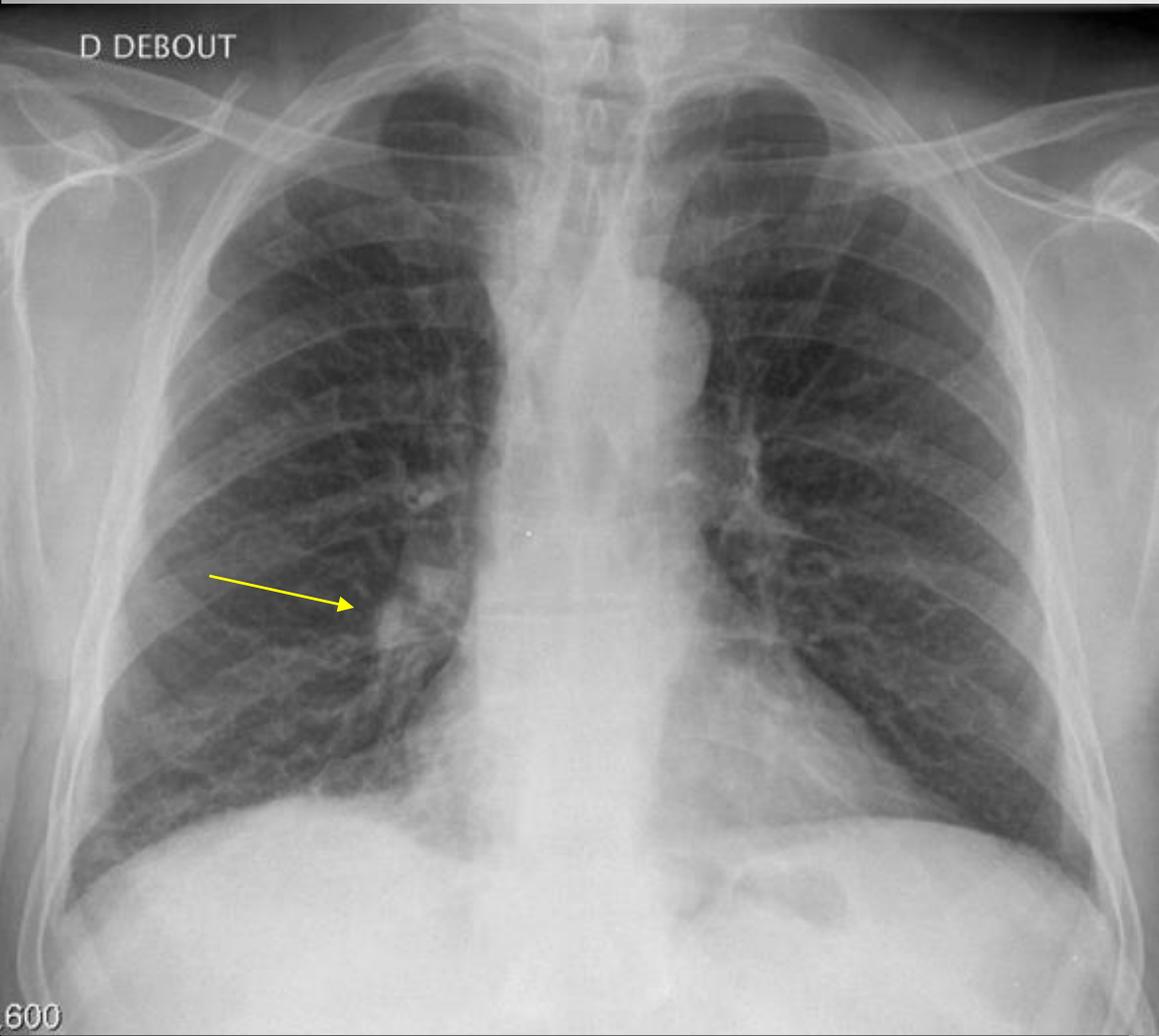
600







Syndrome alvéolaire post. Opacité sous hilaire droite

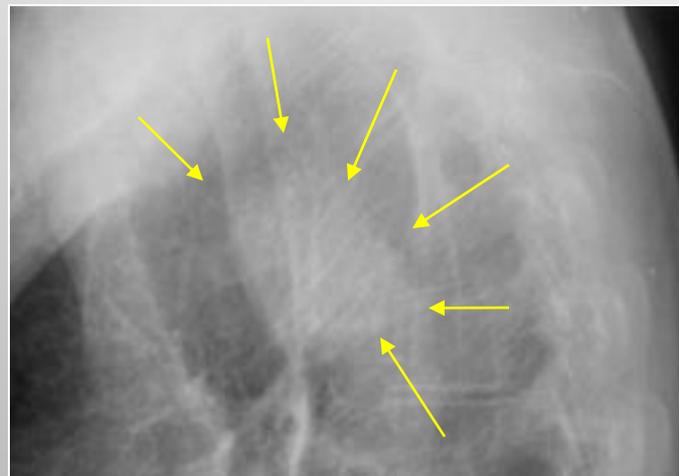
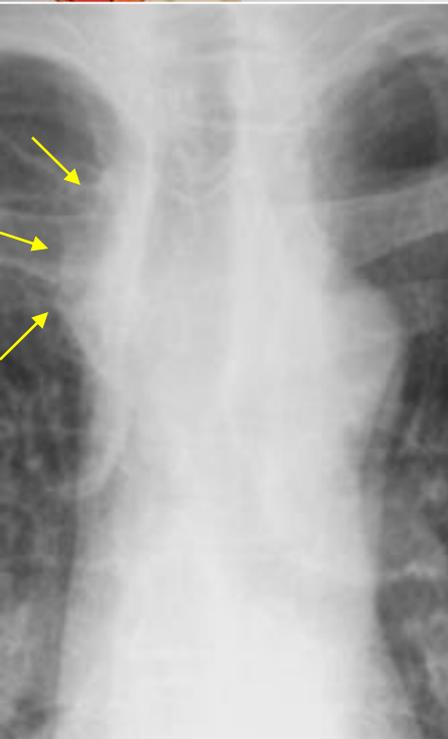




la RT est toujours
aussi difficile a
interpréter



Homme de 65 ans, dorsalgies tenaces et AEG



Cancer bronchique para-vertébral droit

Syndrome de masse
visible sur la face et le profil ().

La TDM permet
d'apprécier
l'envahissement
vertébral
de contigüité.

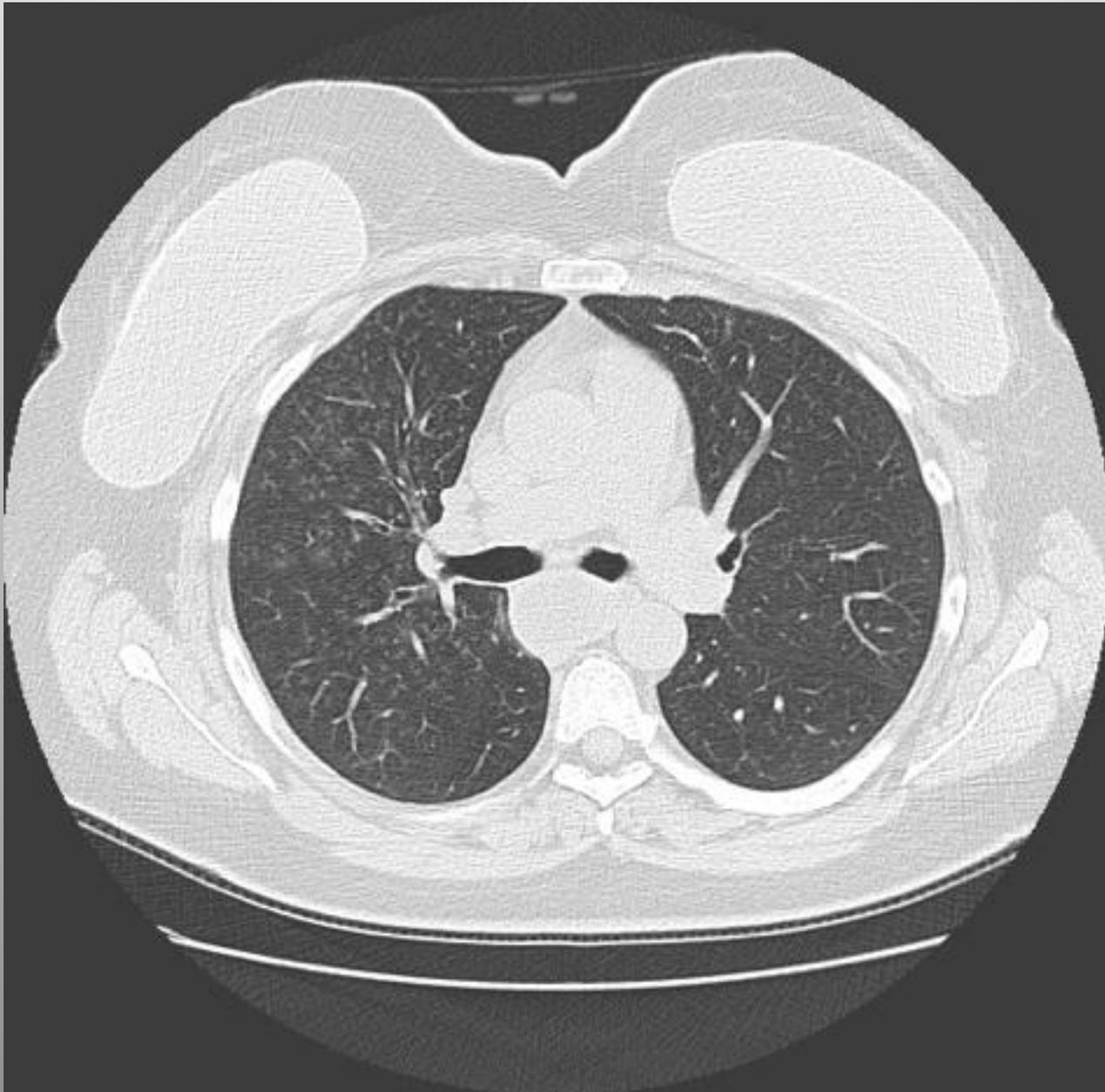




Tout ce qui siffle n'est pas de l'asthme
(surtout pollinique)

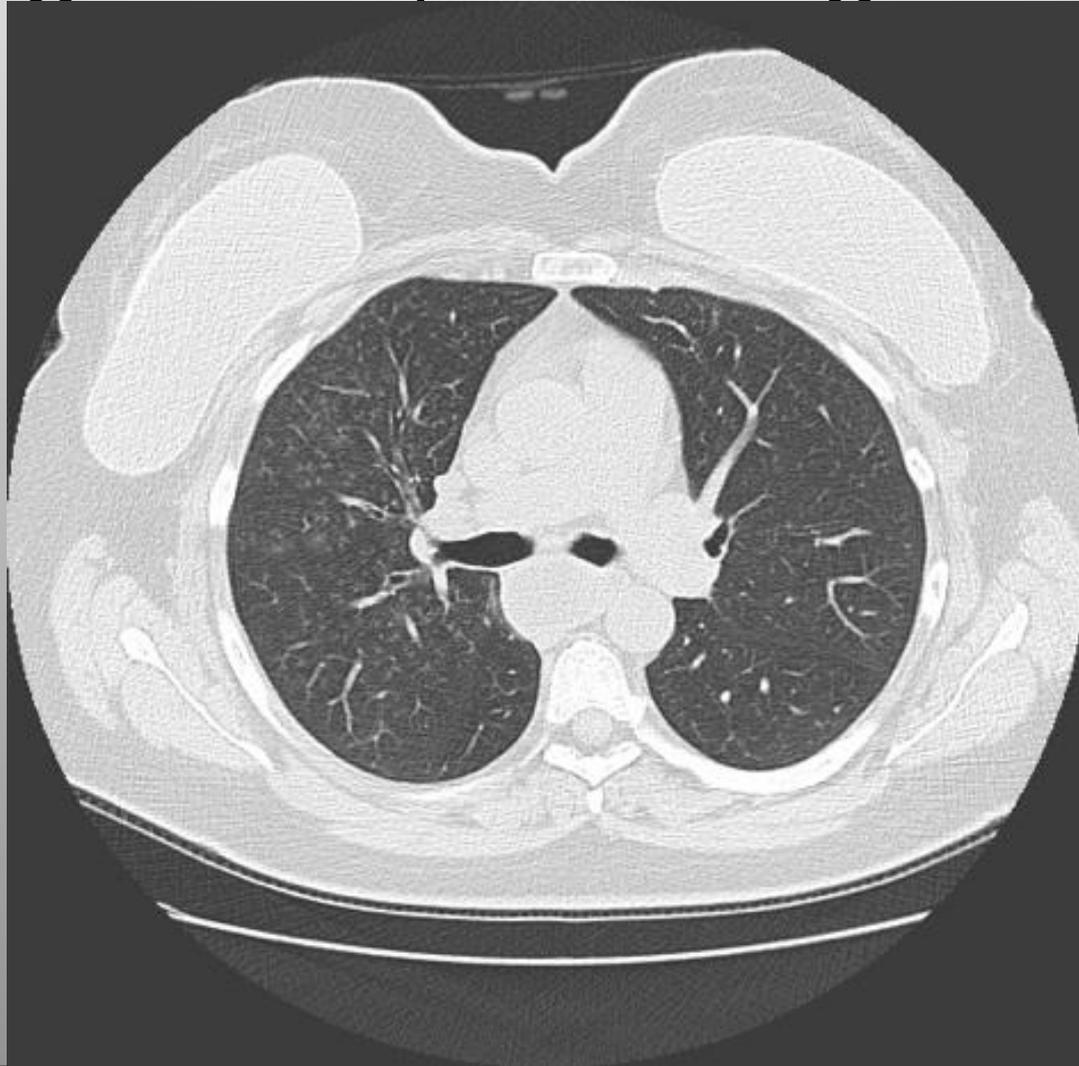








Inondation alvéolaire droite sur régurgitation (anneau gastrique)



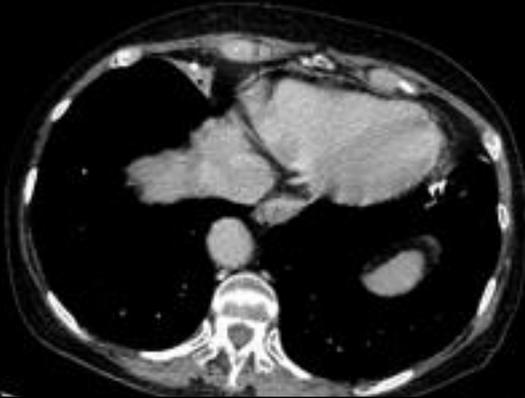


C'est iatrogène



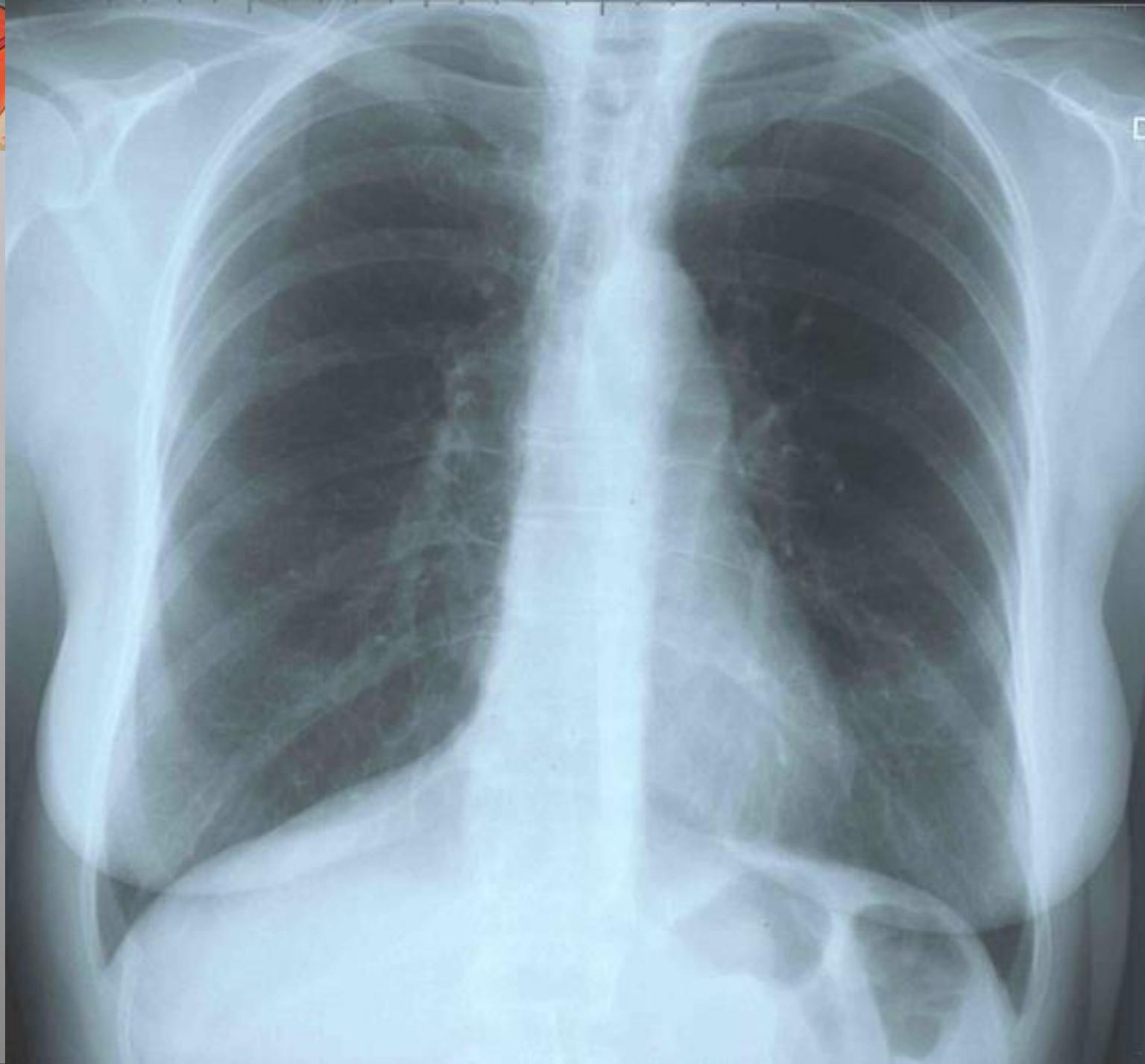


Embolie au méthylacrylate





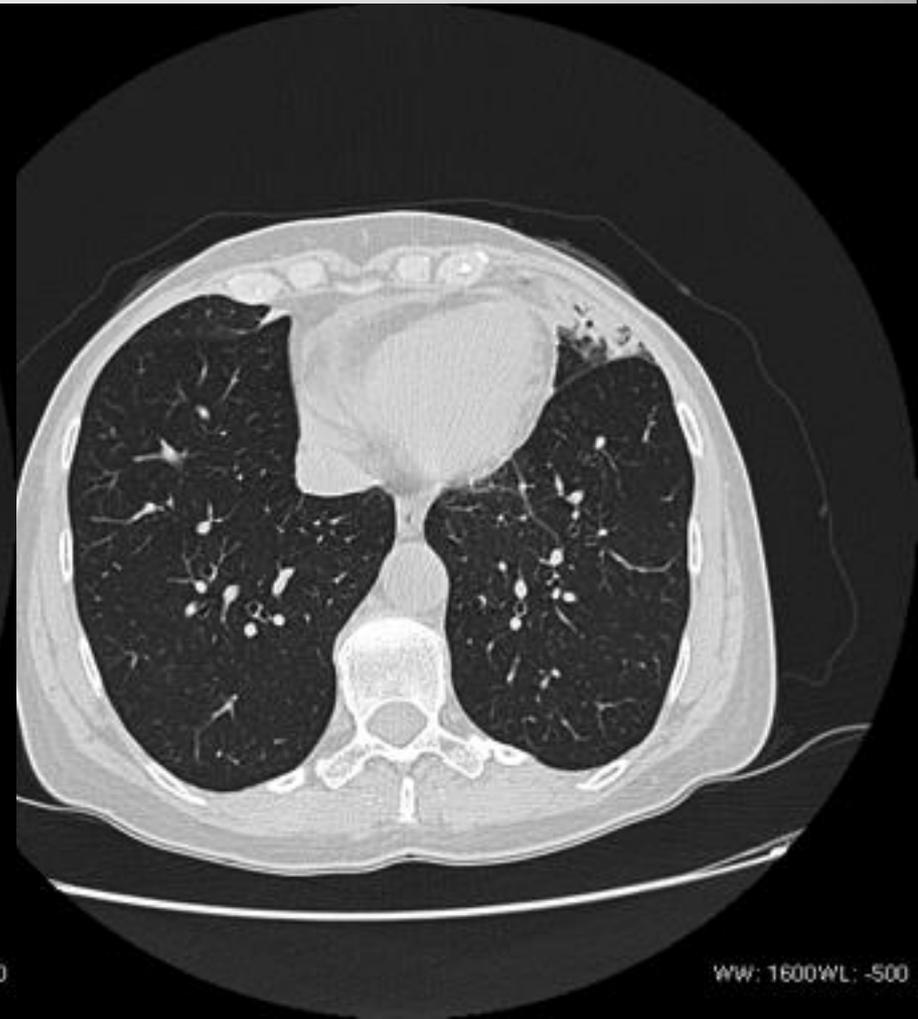
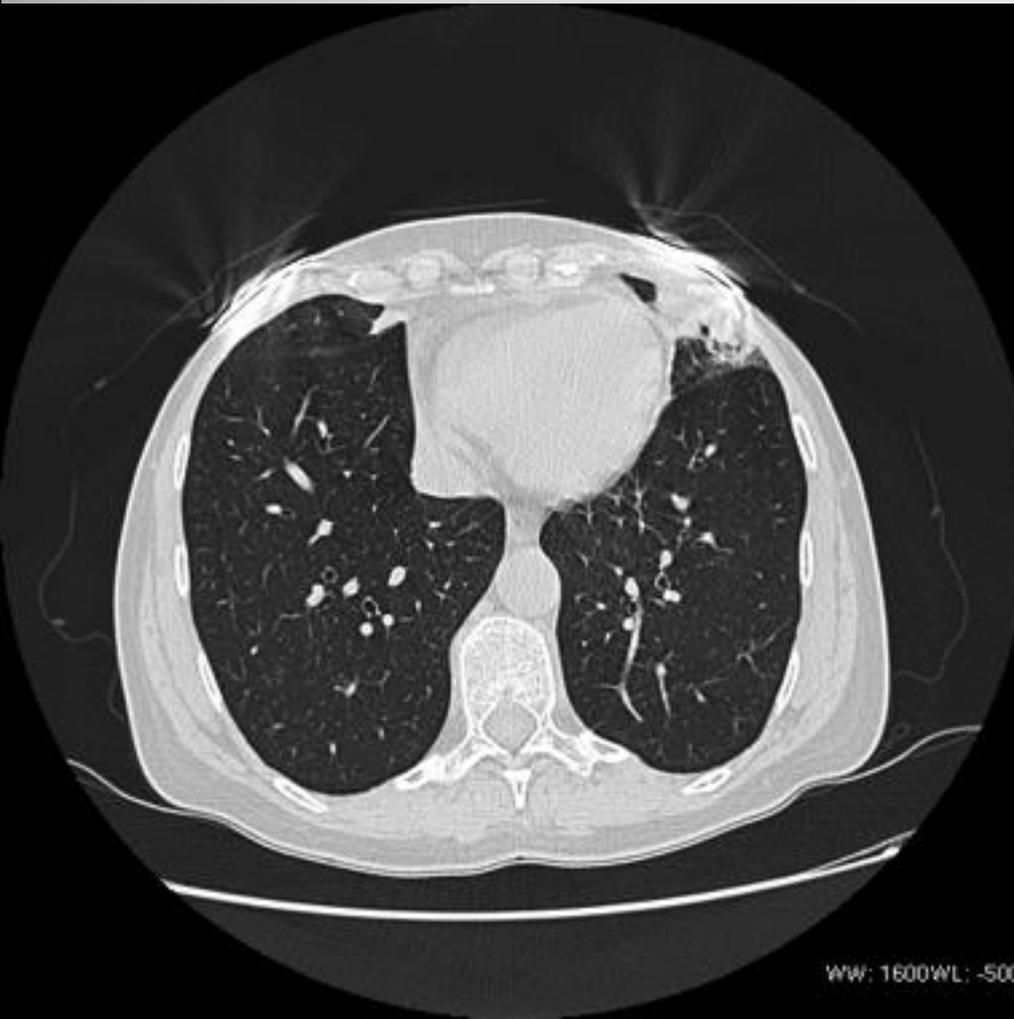
Encore une douleur sous mammaire gauche
avec température a 40







Pneumopathie du segment inférieur de la lingula



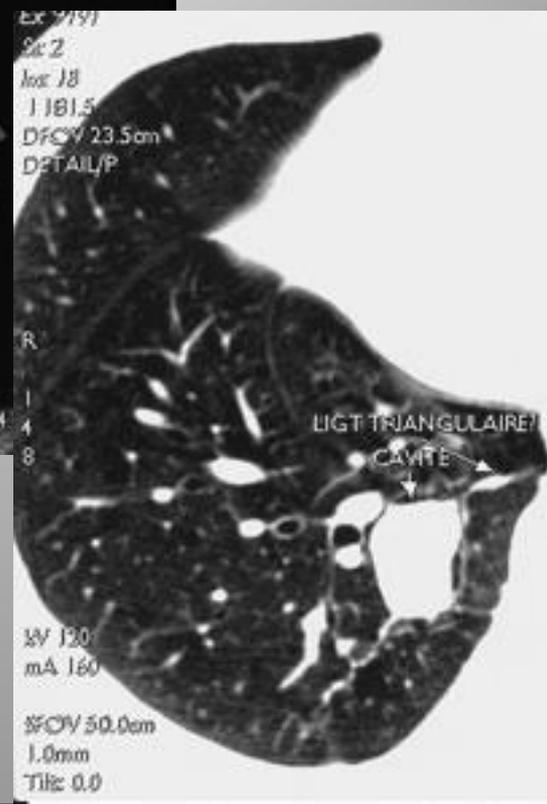
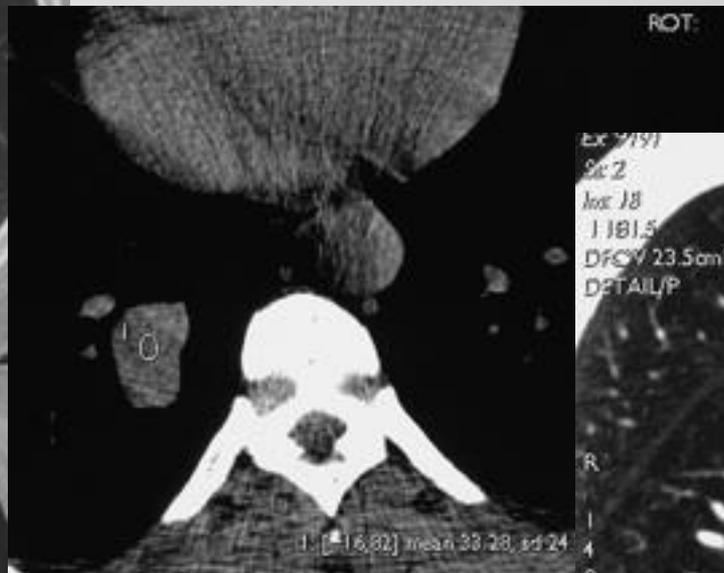
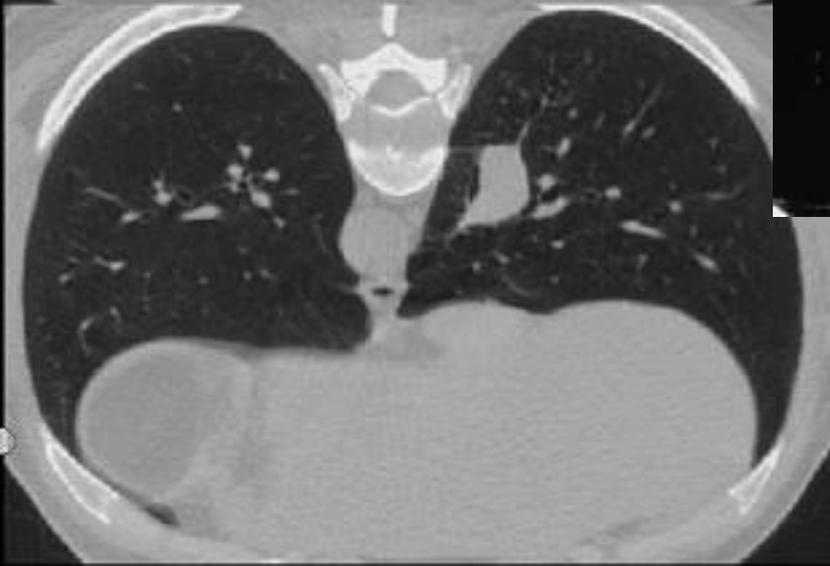
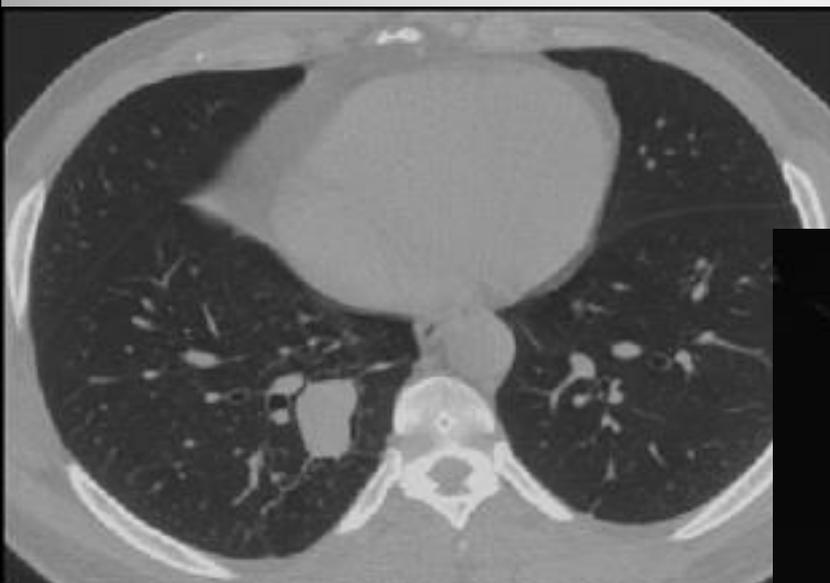


Homme de 36 ans, cliché systématique pour
visite d'embauche





Kyste bronchogénique du ligament triangulaire



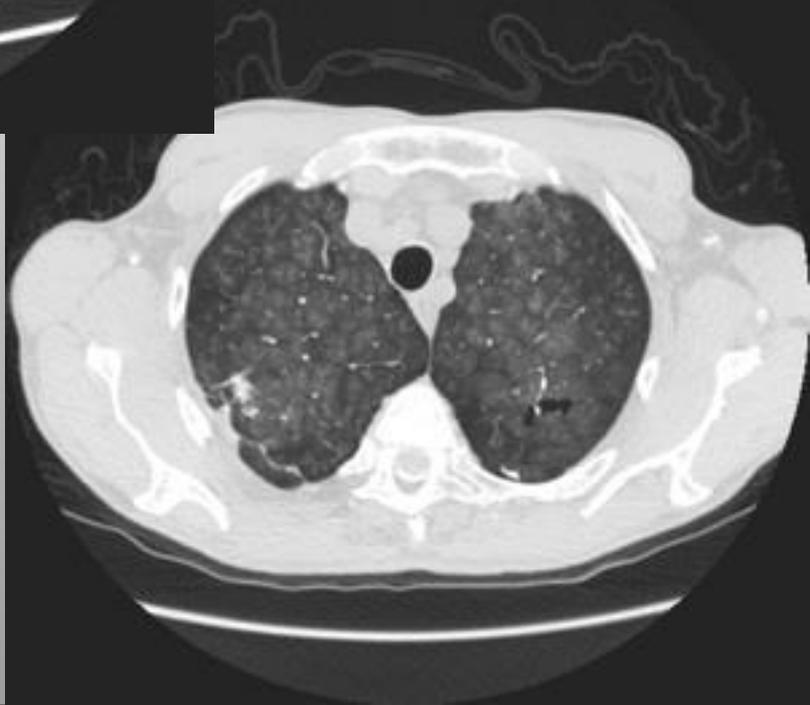
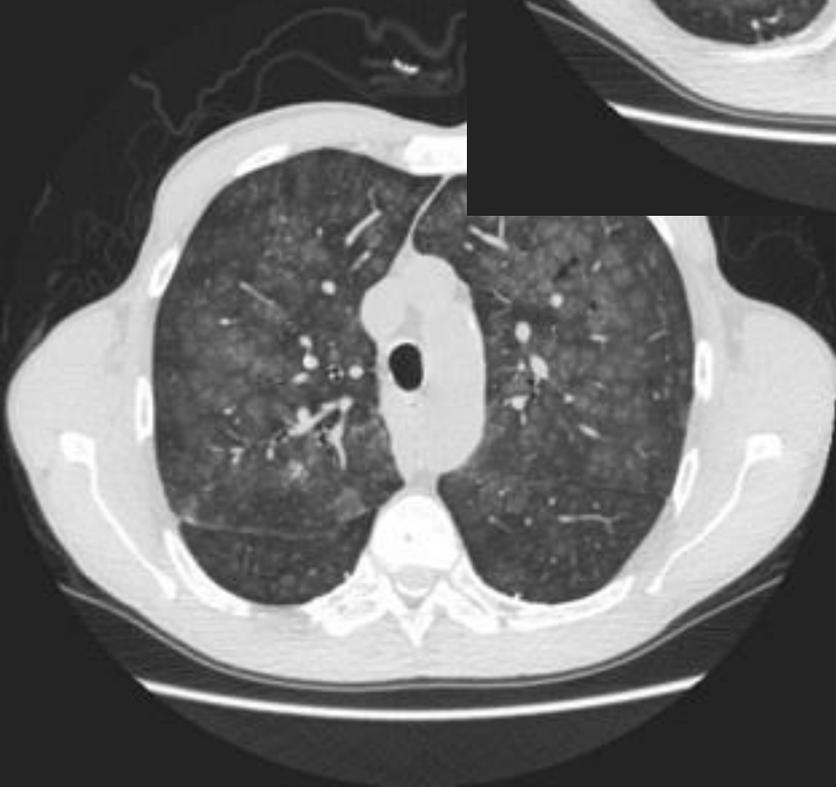


Une rareté dans un contexte particulier



syndrome interstitiel sur la RT ?







Calcifications diaphragmatiques





Calcifications bronchiques





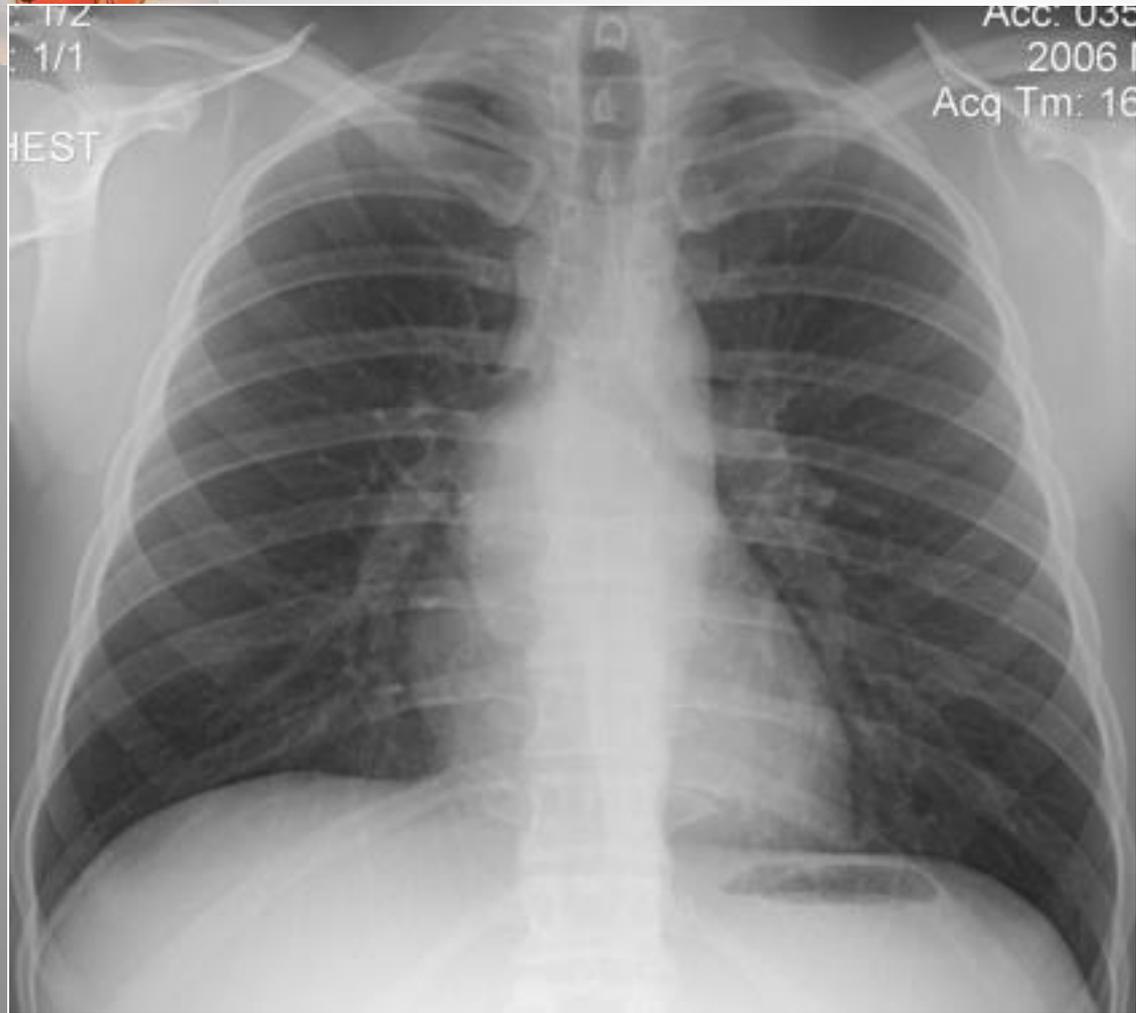
Sémiologie HRCT de la calcinose pulmonaire



- Infiltration en verre dépoli diffuse
- Respect des septa
- Pas de distribution zonale
- Densité variable des opacités
- Pas de fibrose
- Pas de « tree in bud »
- Calcifications trachéo-bronchiques



Une rareté sous cette forme



- Mr B.... , 26 ans
- Dyspnée aiguë, pas d'ATCD particuliers
- Quel est votre diagnostic ? Conduite à tenir ?

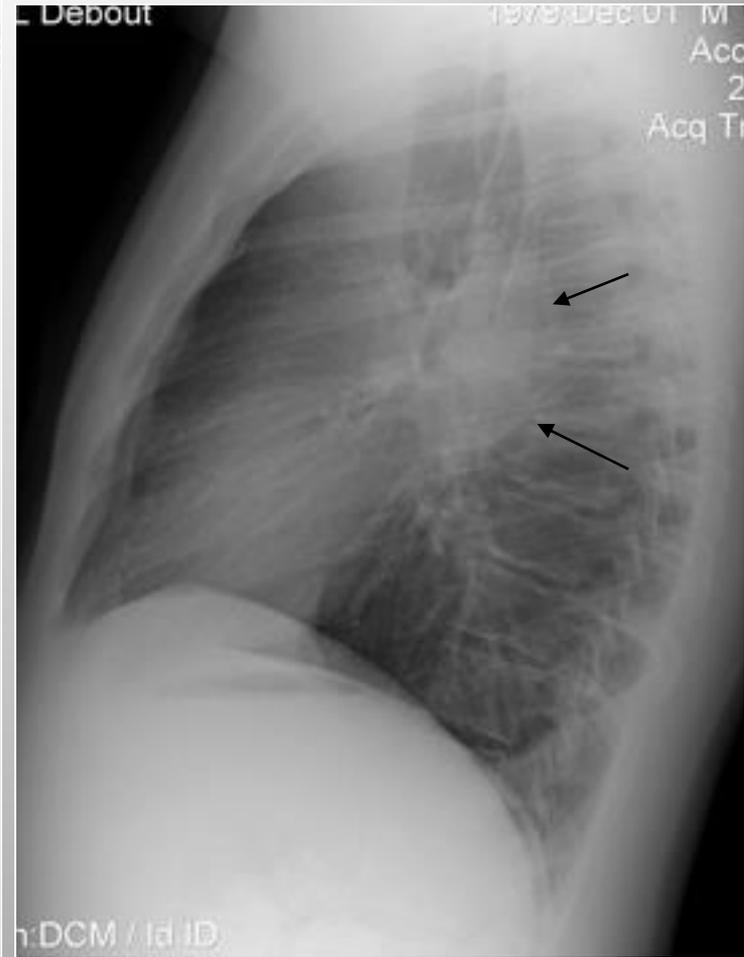
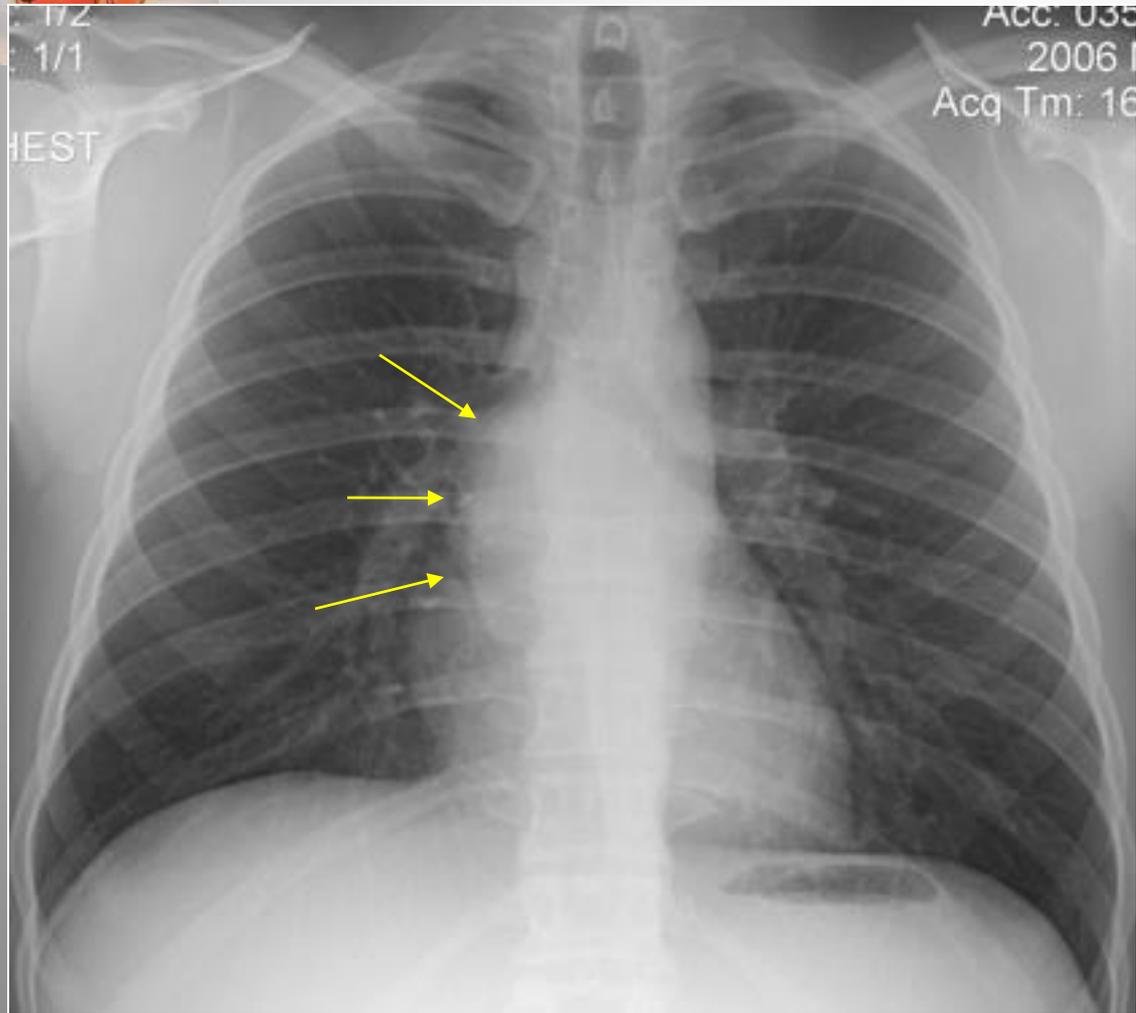
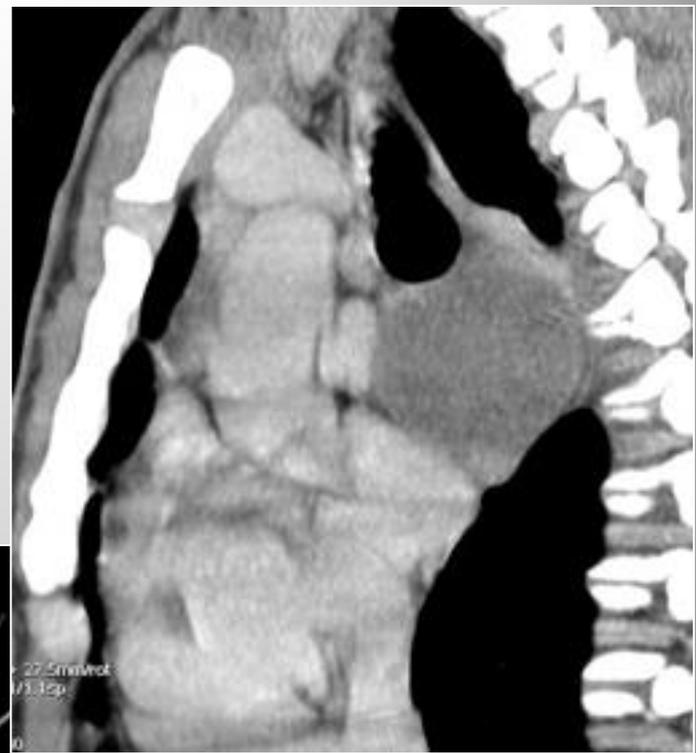
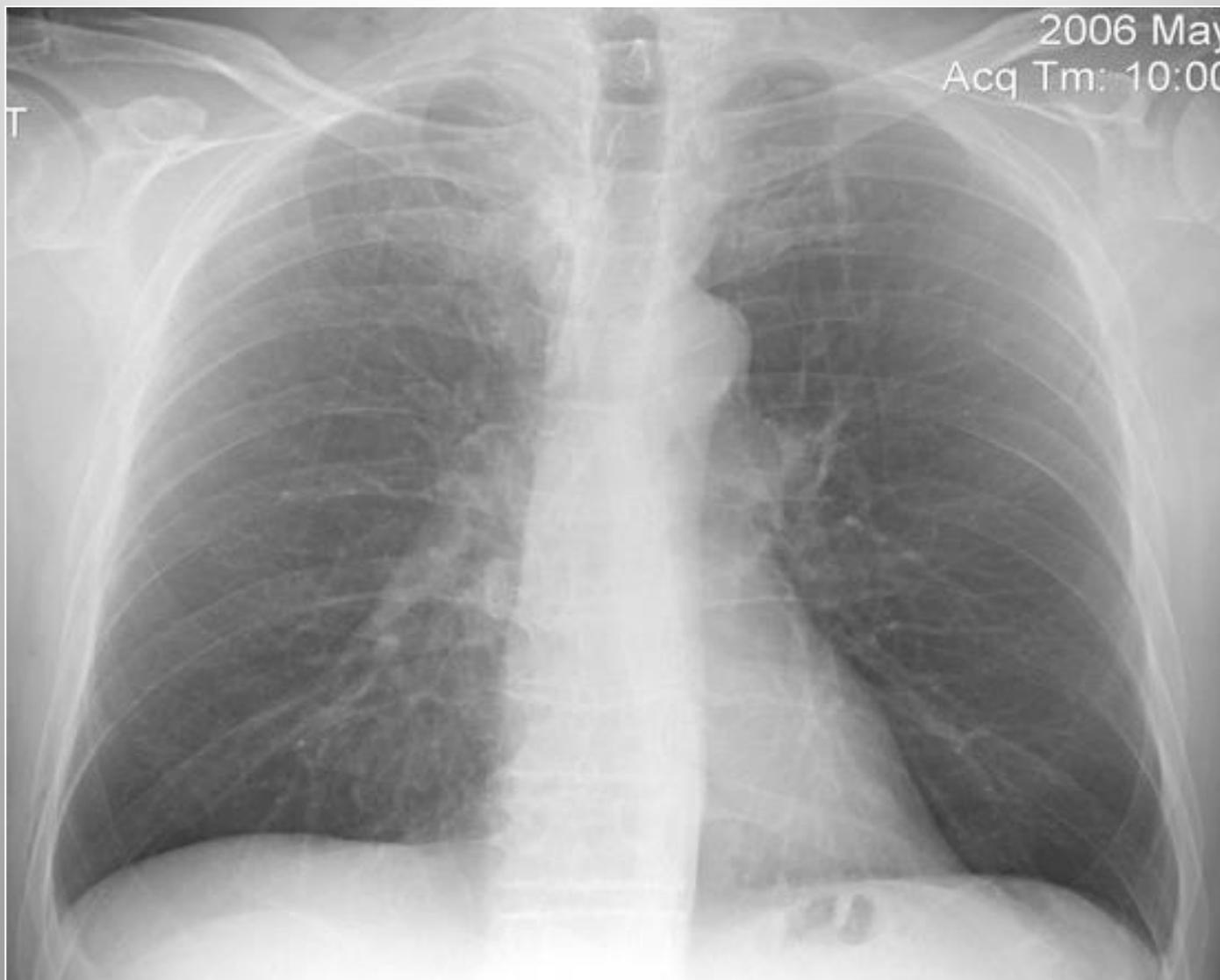


Image en double contour (), et ouverture de l'angle carinaire. Masse au niveau de la carène sur le profil.

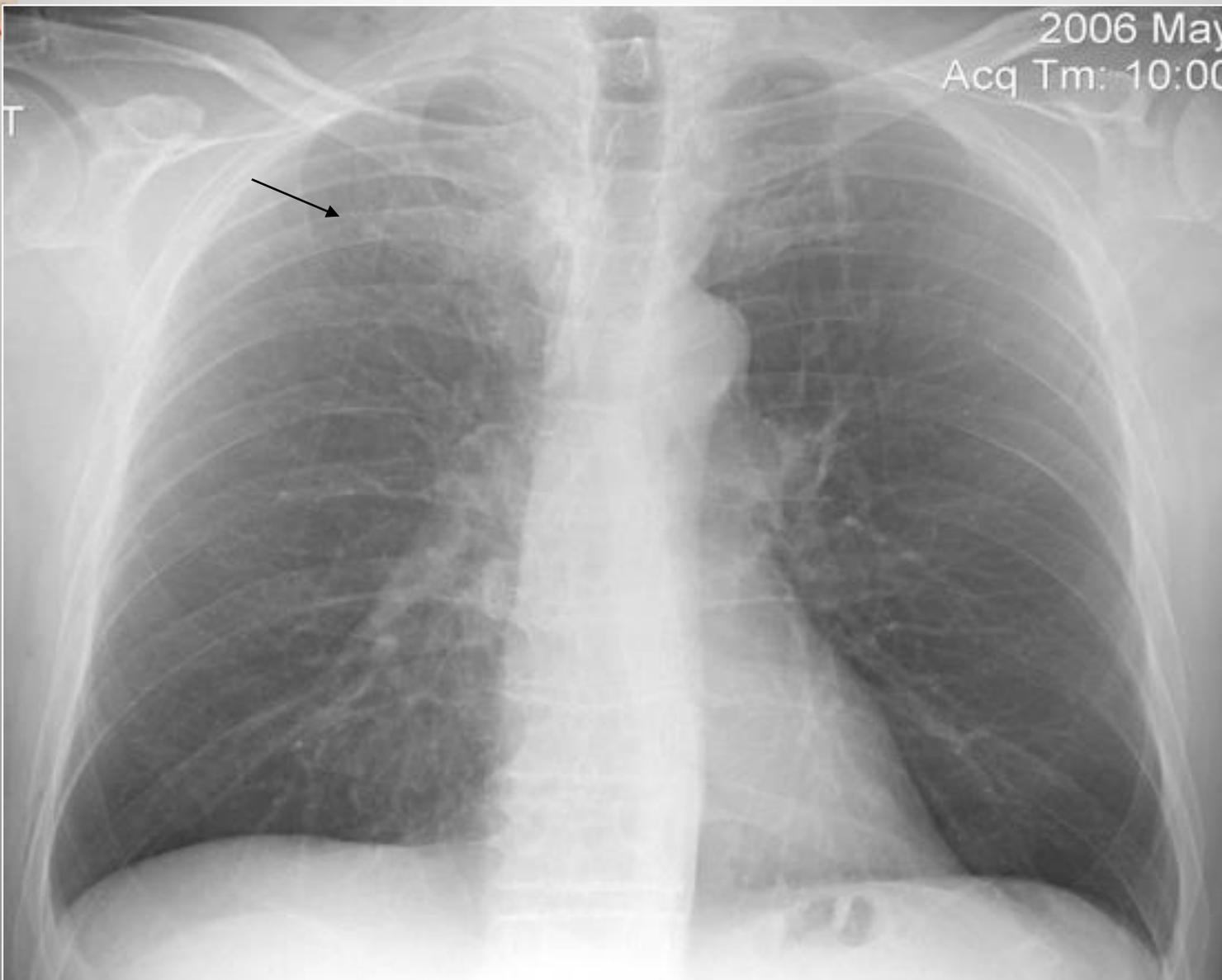




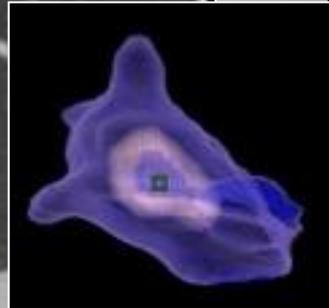
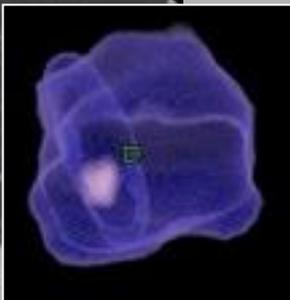
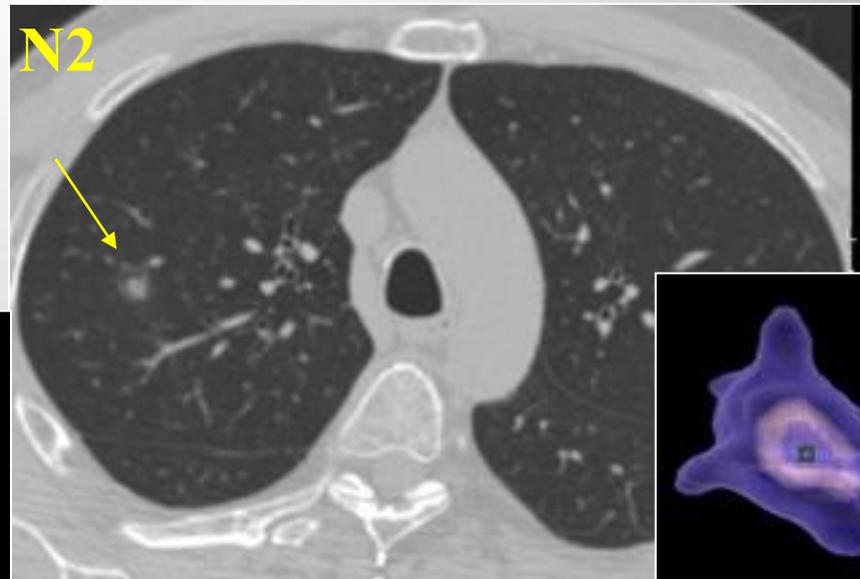
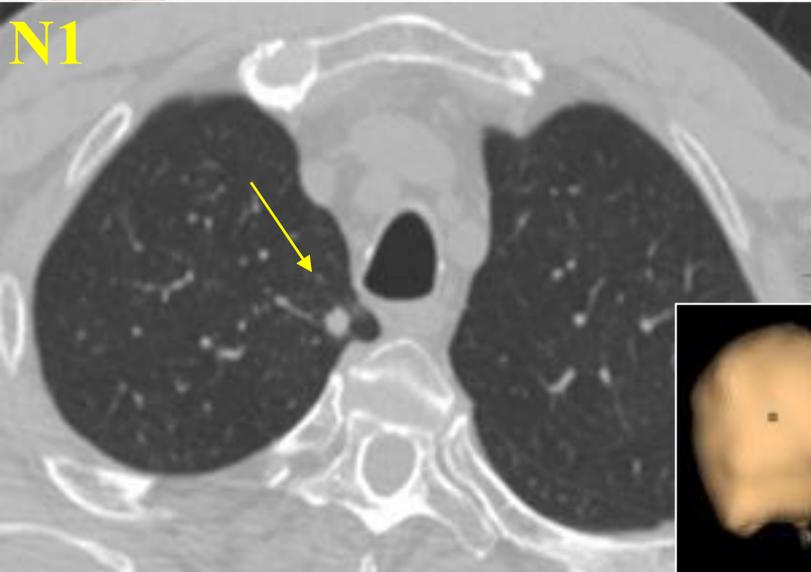
Kyste bronchogénique avec hémorragie intrakystique: Intervention en urg



**Mr R..... Jean Michel, 62 ans
ATCD de tabagisme (40 paquets
années)**



Opacités à la limite de la visibilité. Indication de TDM





Résultats anatomo-pathologiques:

N1 = AdénoK

N2 = KBA

N3 = Hyperplasie Adénomateuse Atypique (HAA)

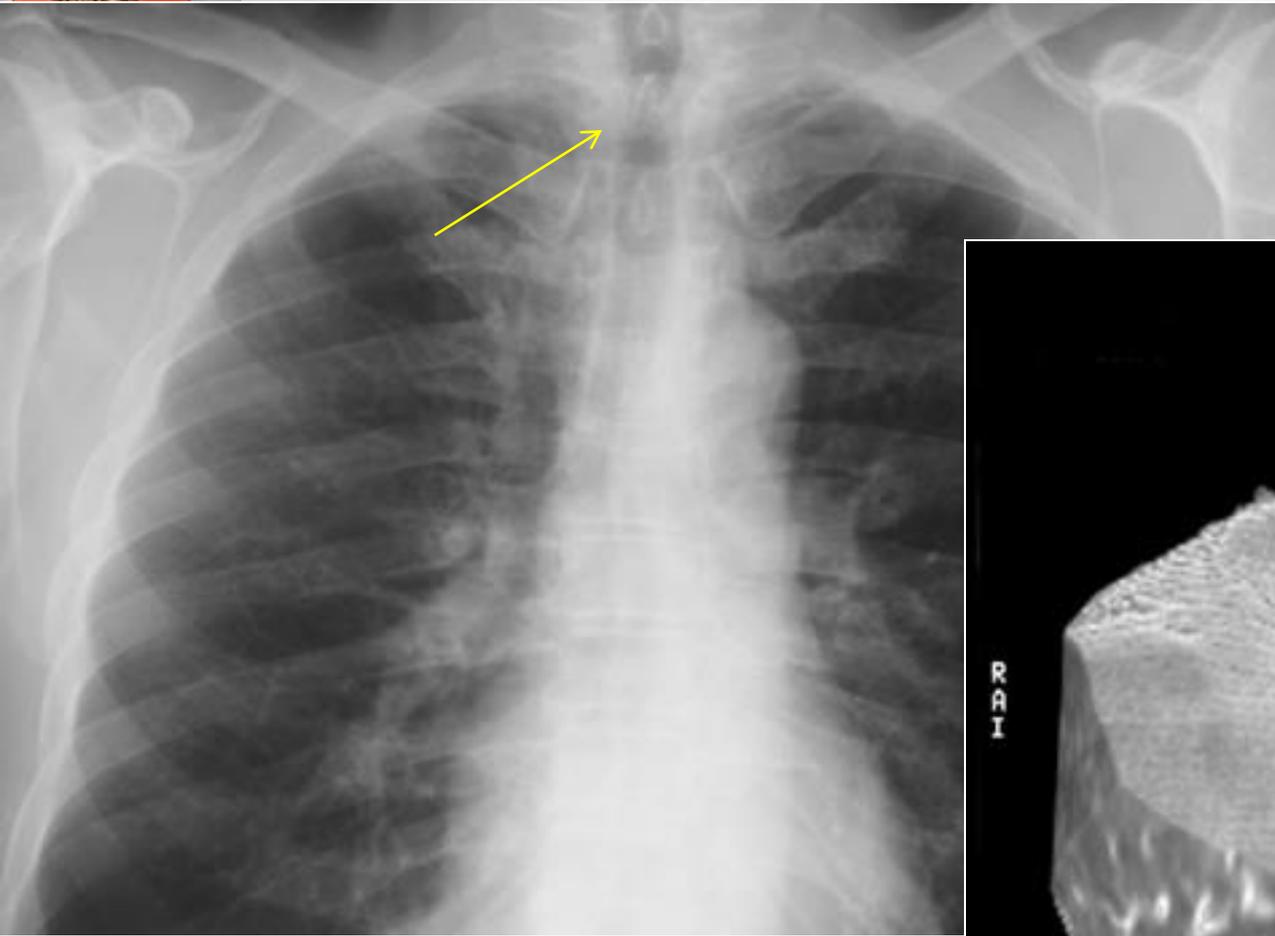
Classification pTNM = T1a N0 M0.

**Décision à la RCP d'oncologie thoracique,
de ne pas compléter par une chimiothérapie.**



Homme de 62 ans

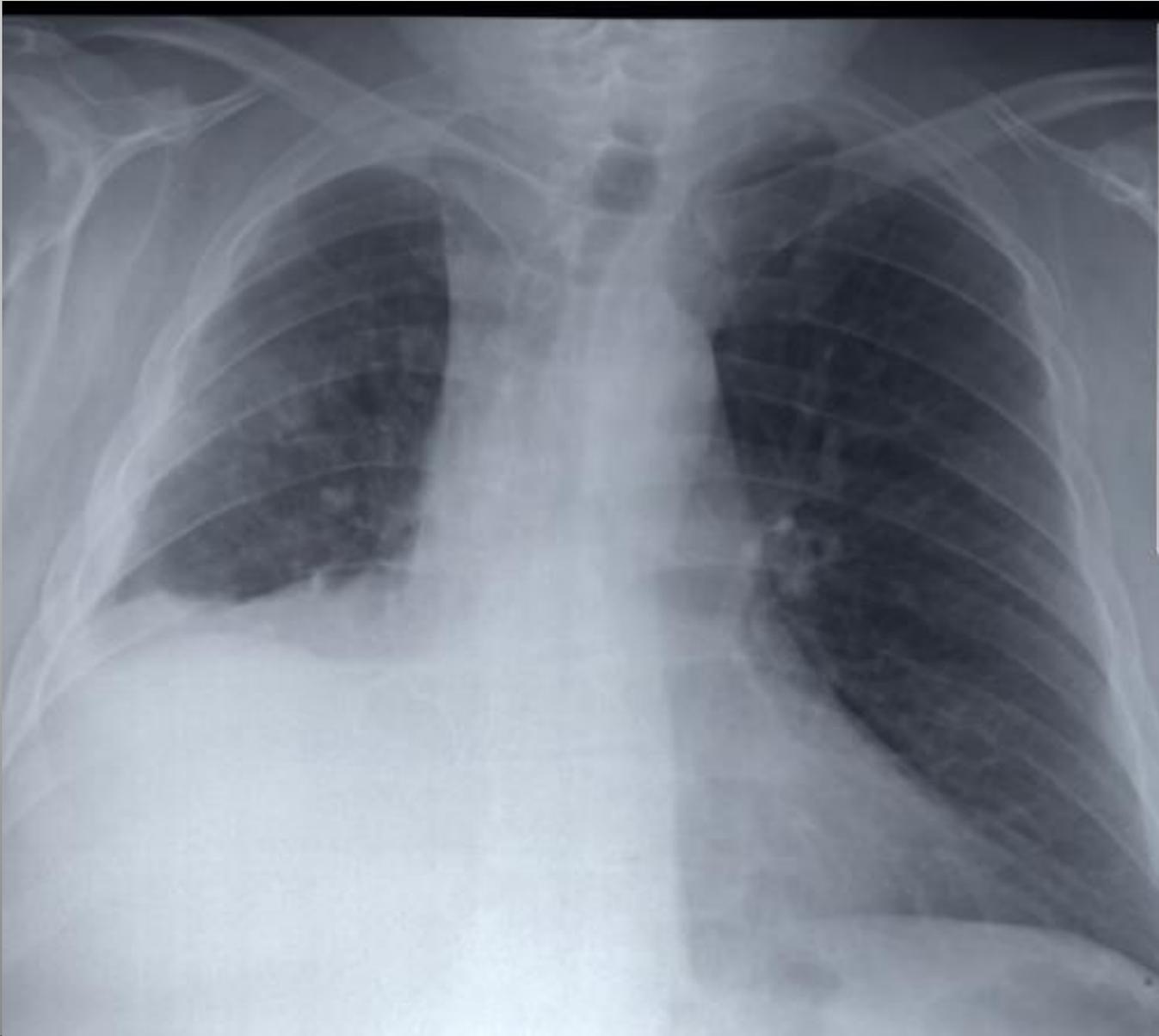
BPCO, dyspnée disproportionnée par rapport à EFR



Sténose trachéale iatrogène



Cliché post opératoire (3^o mois)

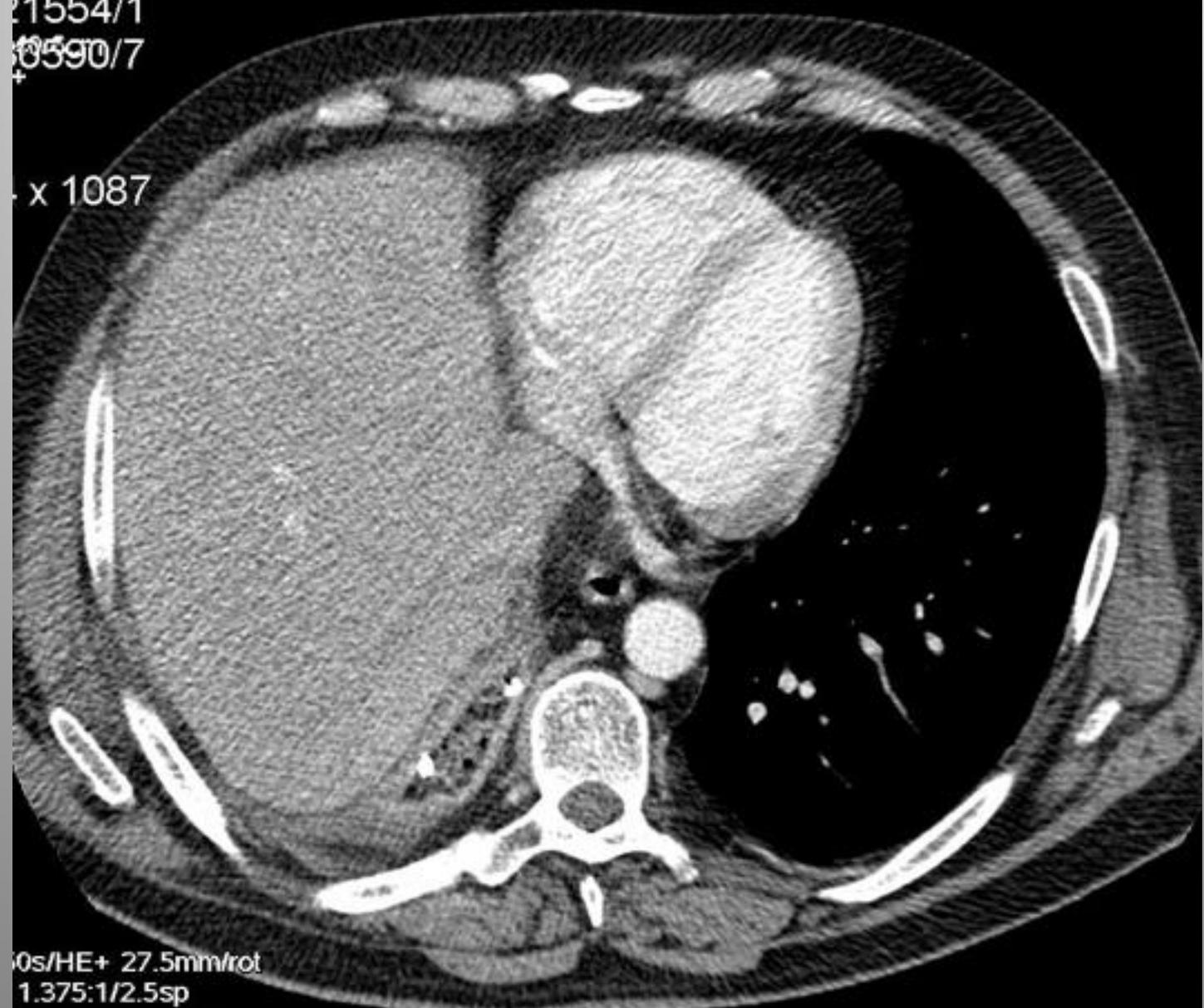




Ex: Dec

21554/1
6590/7
+

x 1087



0s/HE+ 27.5mm/rot
1.375:1/2.5sp

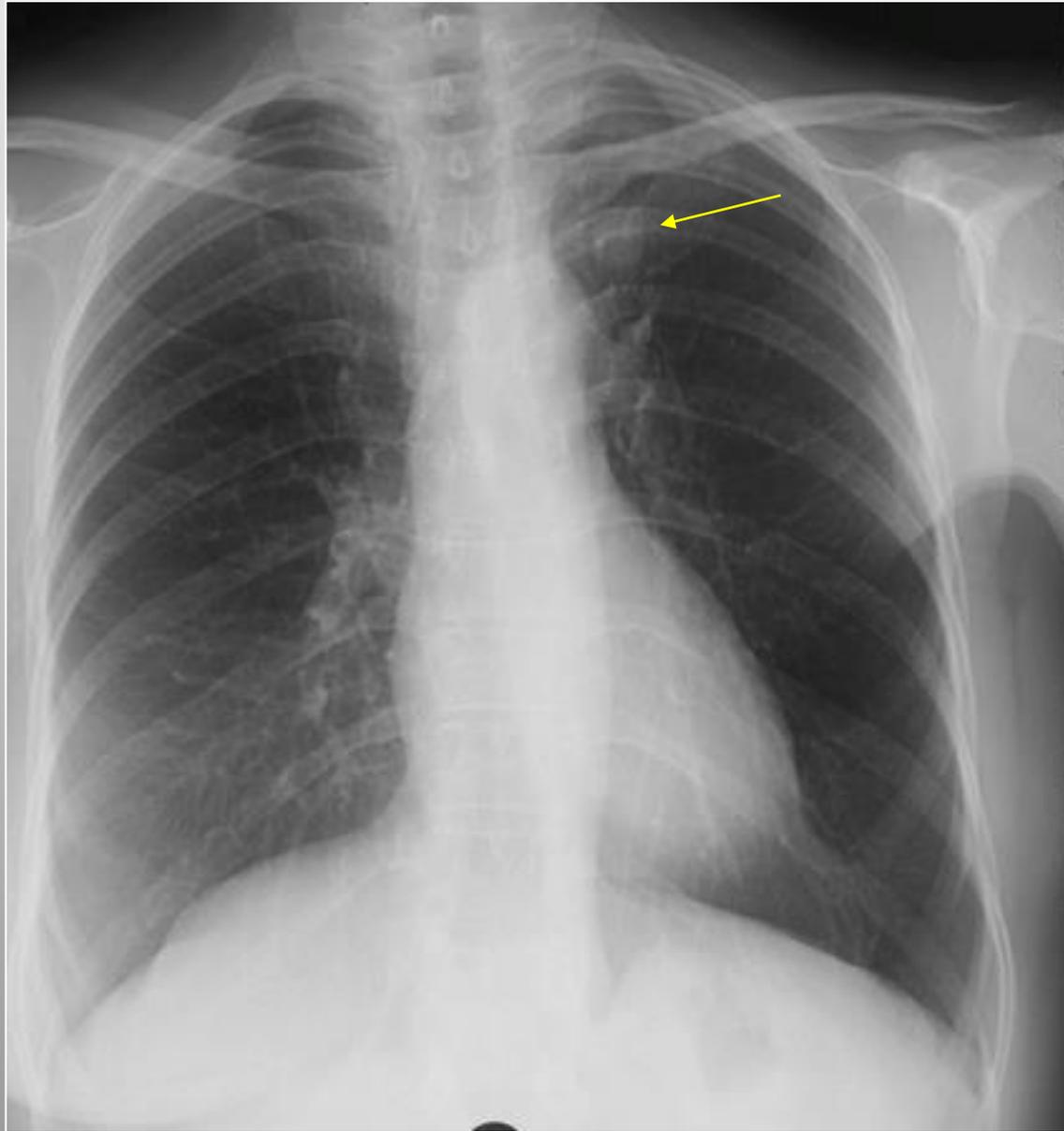


Textilome





Femme de 64 ans
Toux

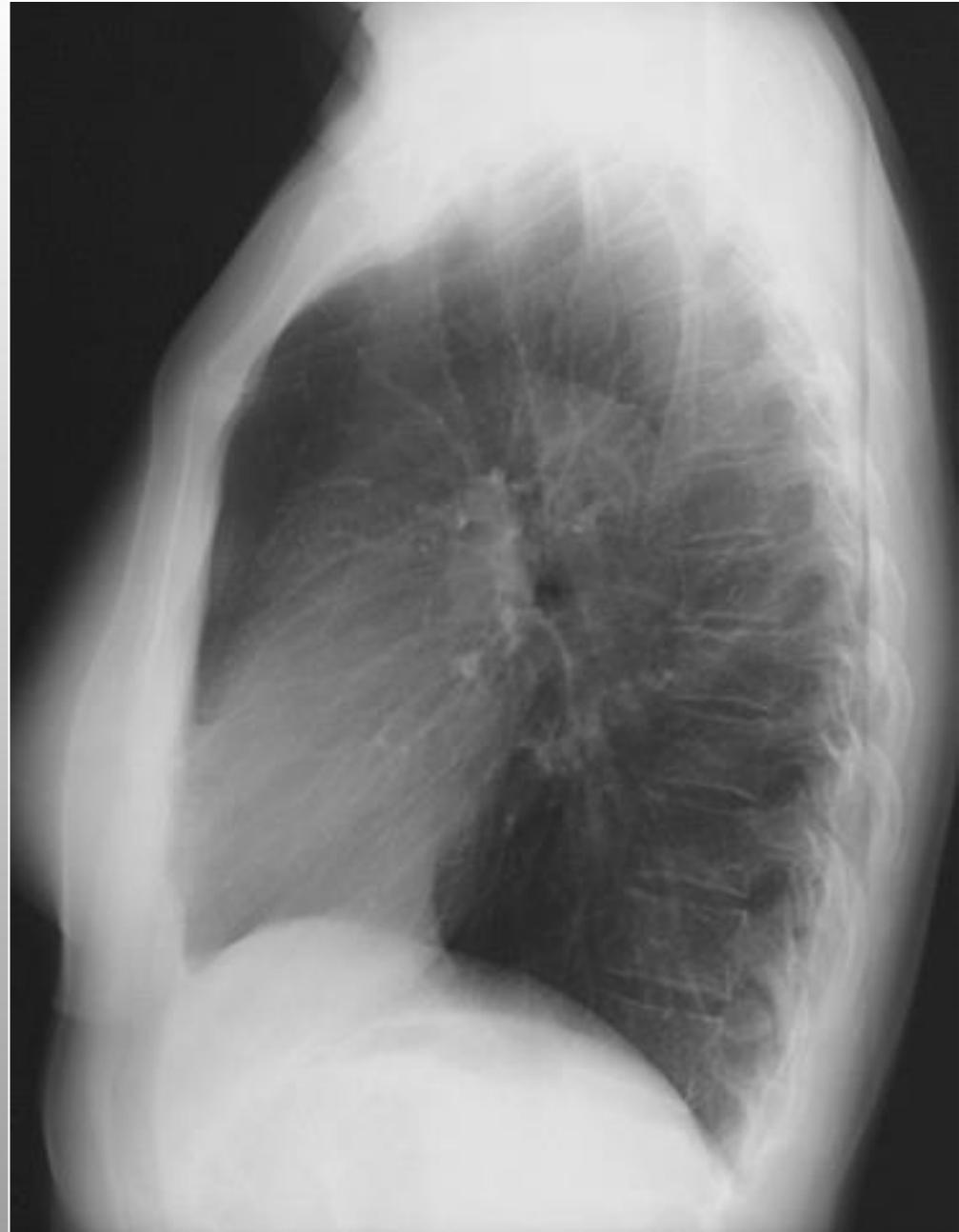


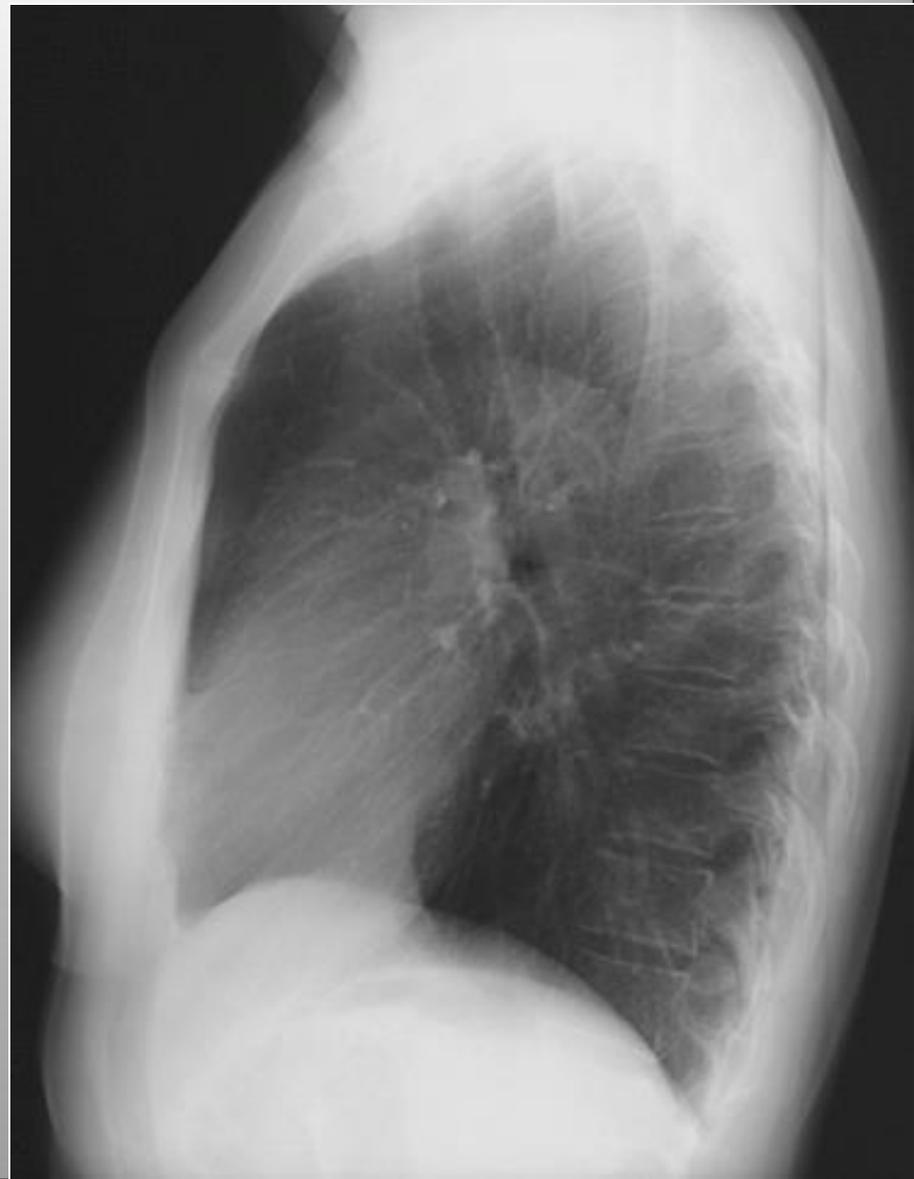


1 an après: Léiomyosarcome

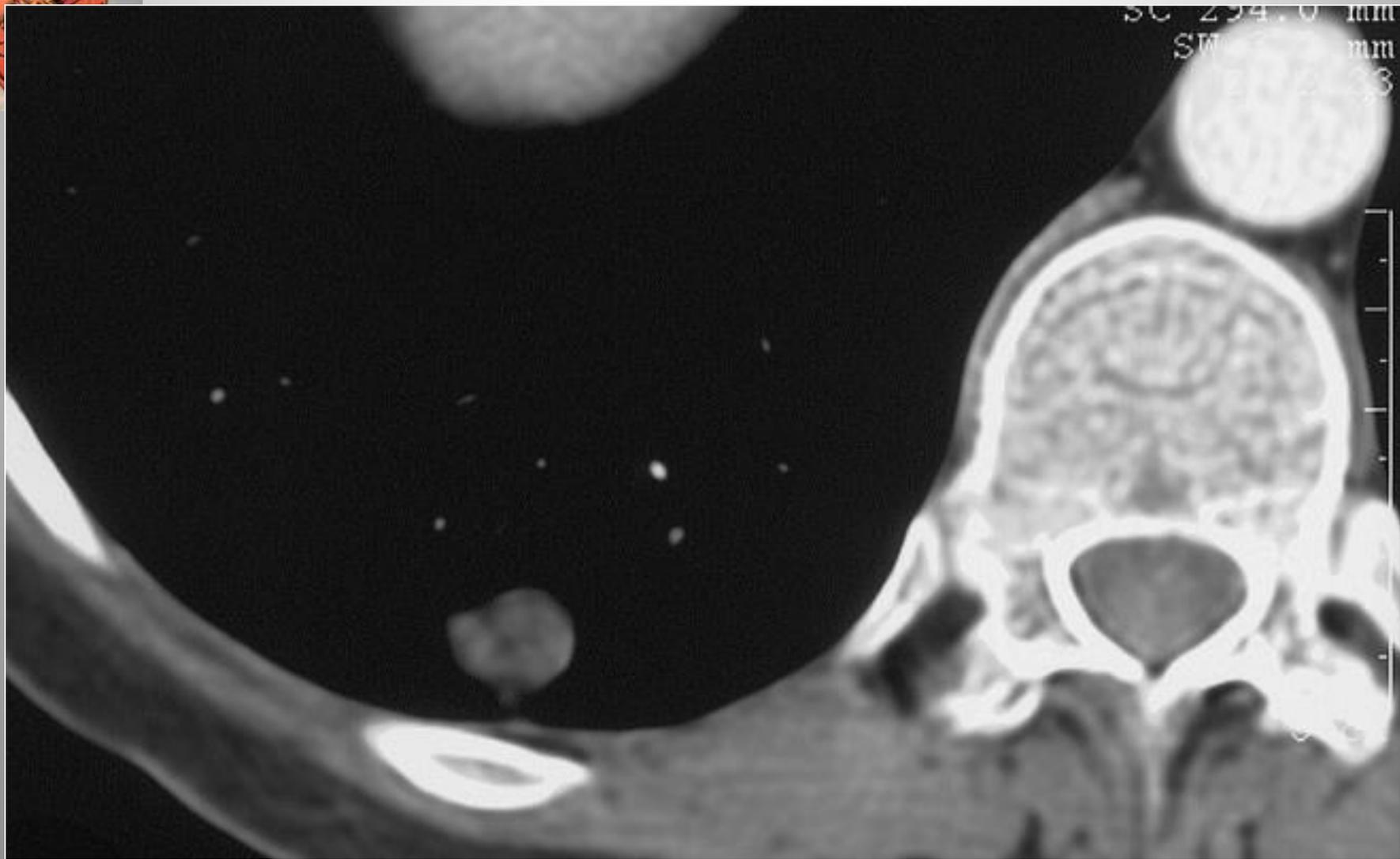


**IMAGINEZ
LA FACE
FEMME , 52
ANS**





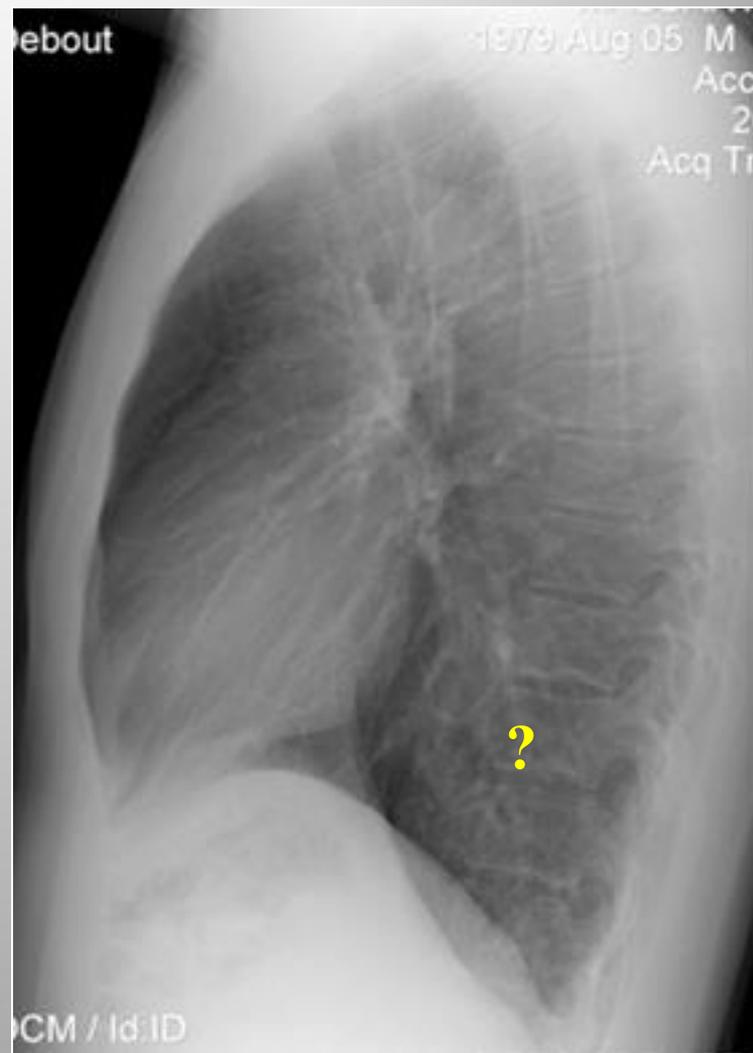
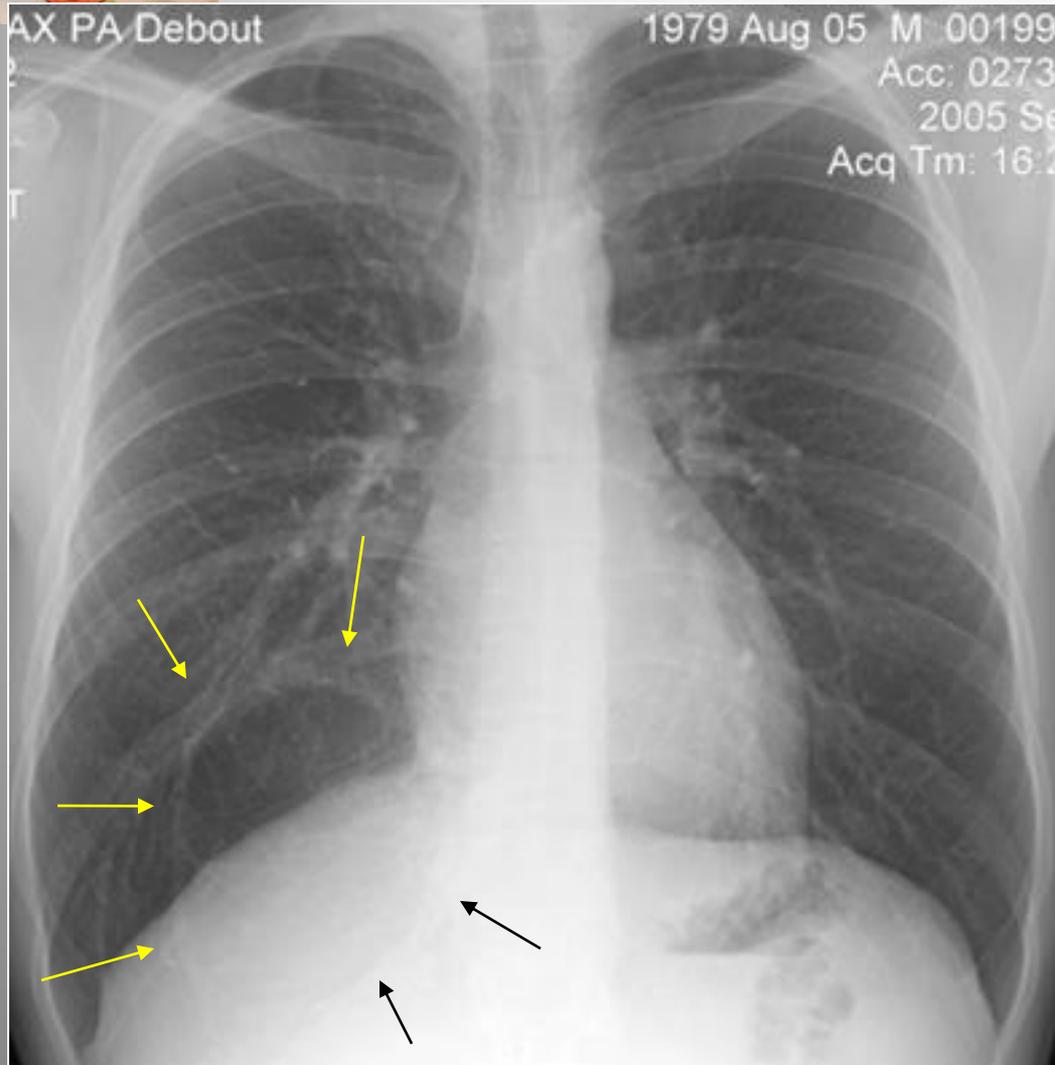


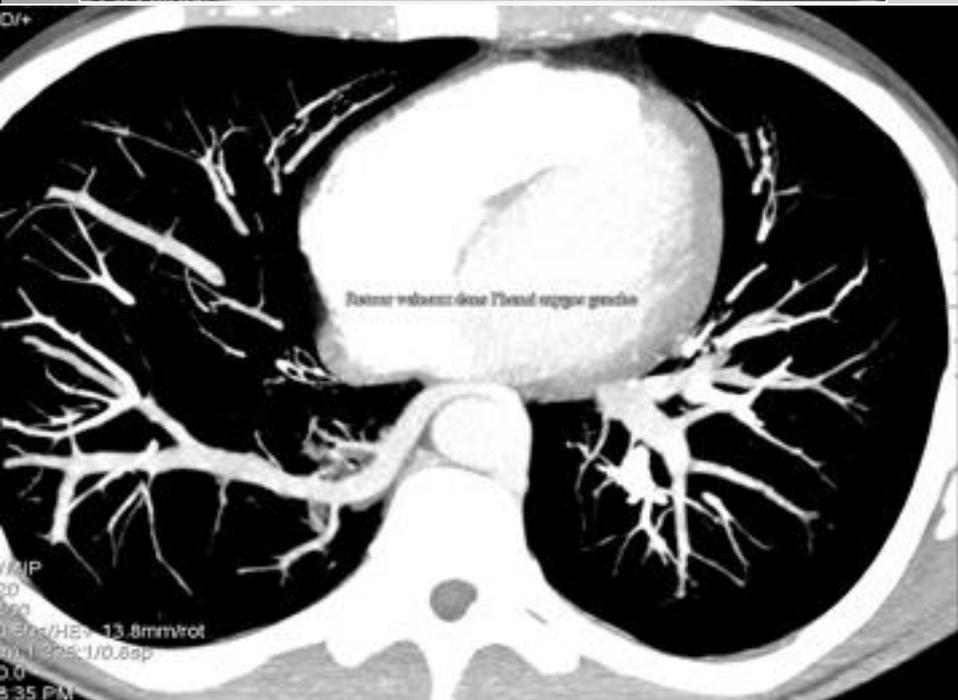
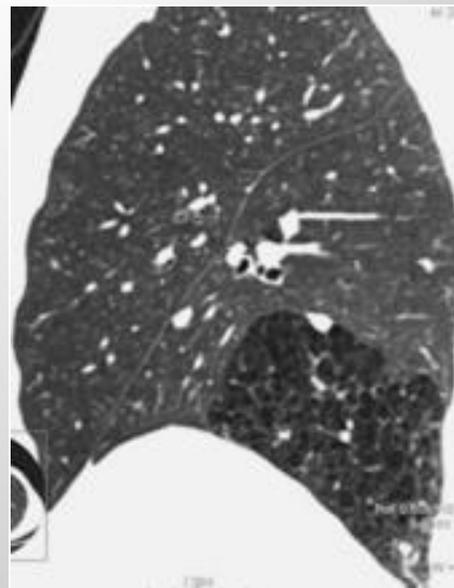
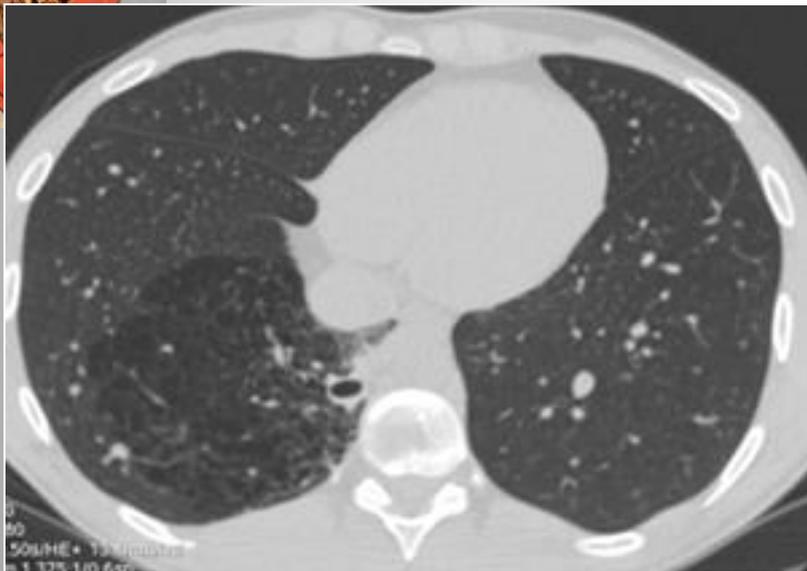
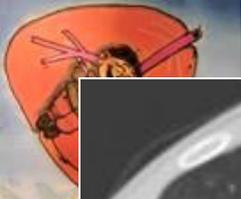


Hamartochondrome



**Homme de 26 ans
Traumatisme thoracique**

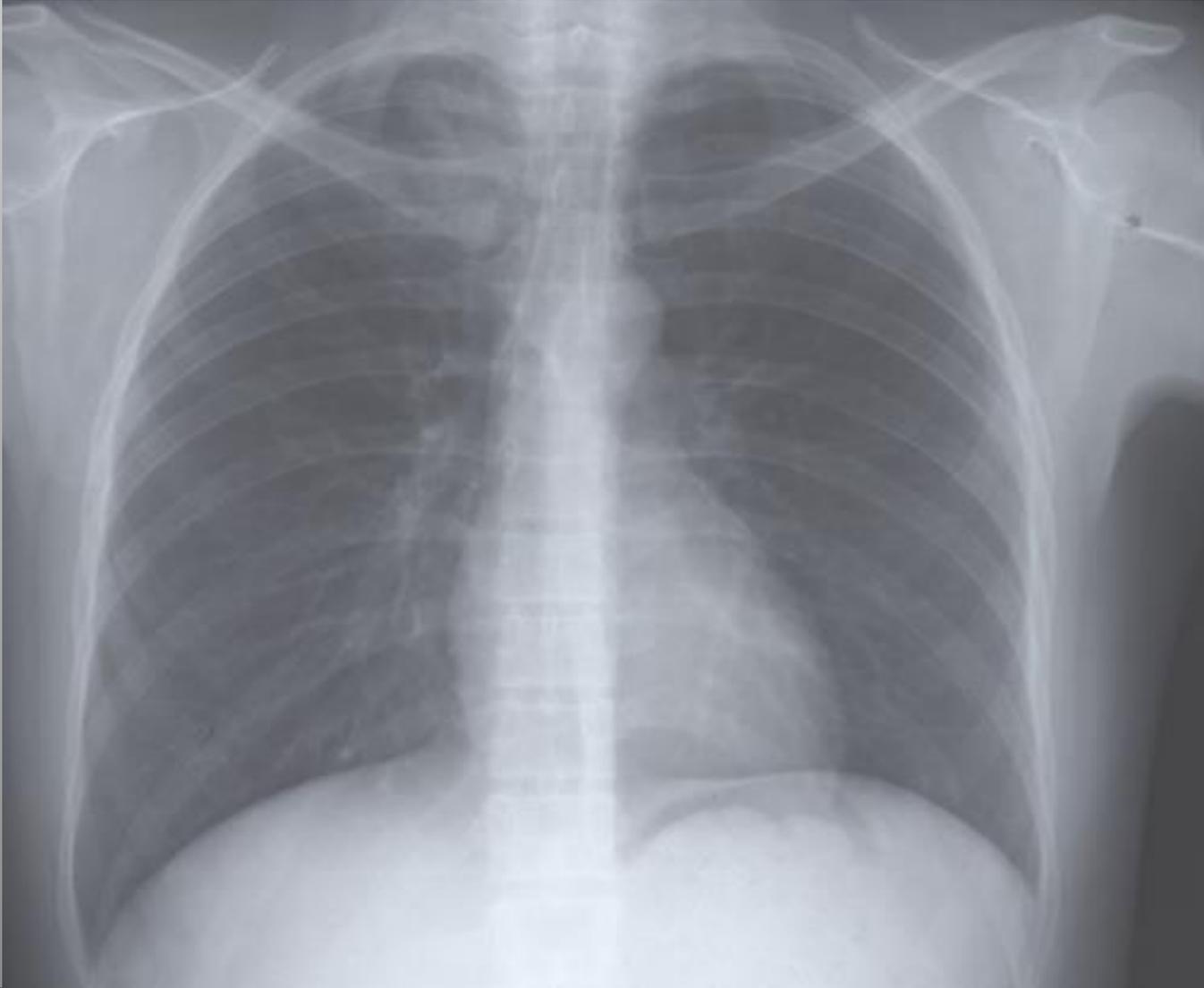




Séquestration extra-lobaire.

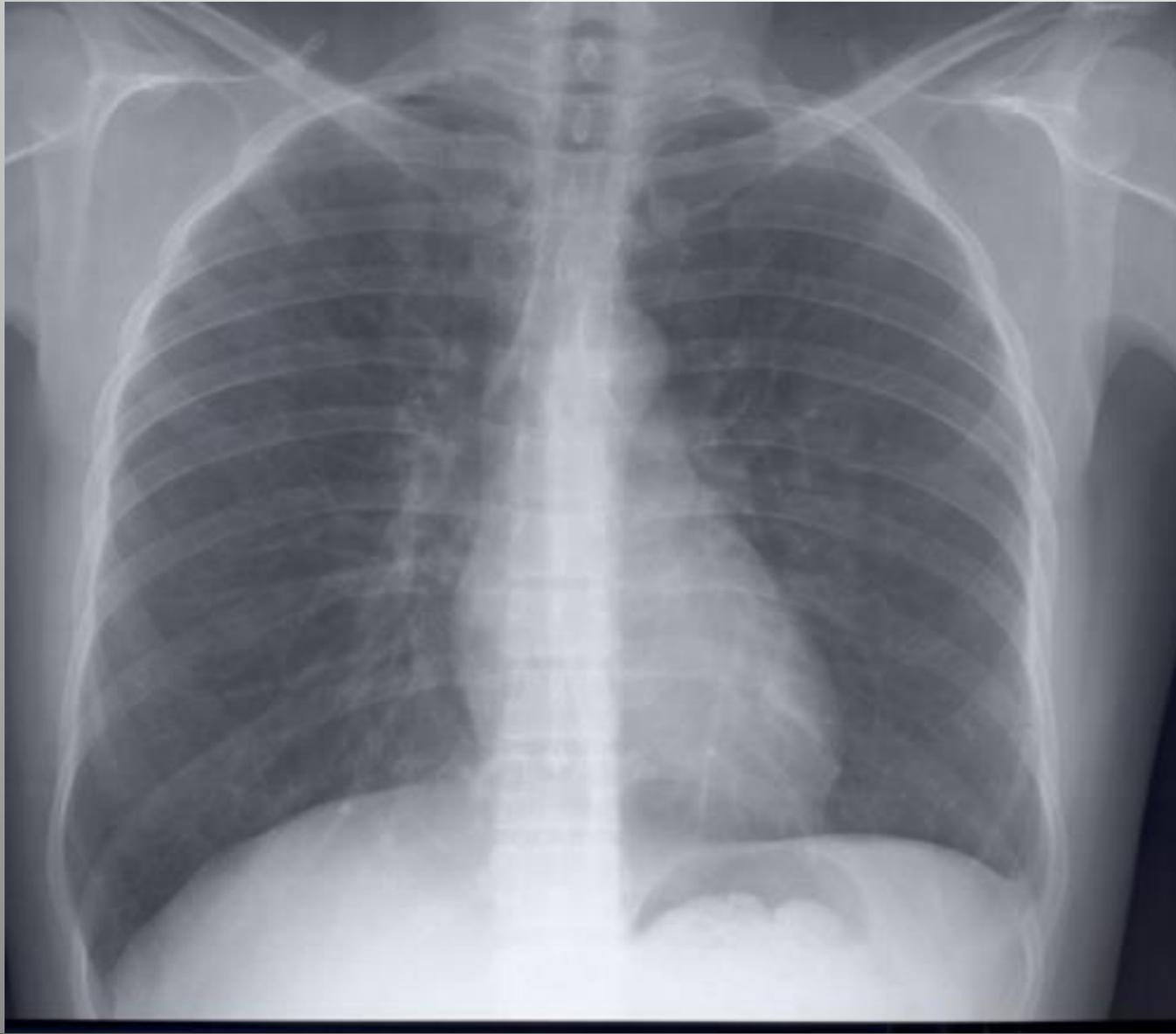


A quoi penser.....



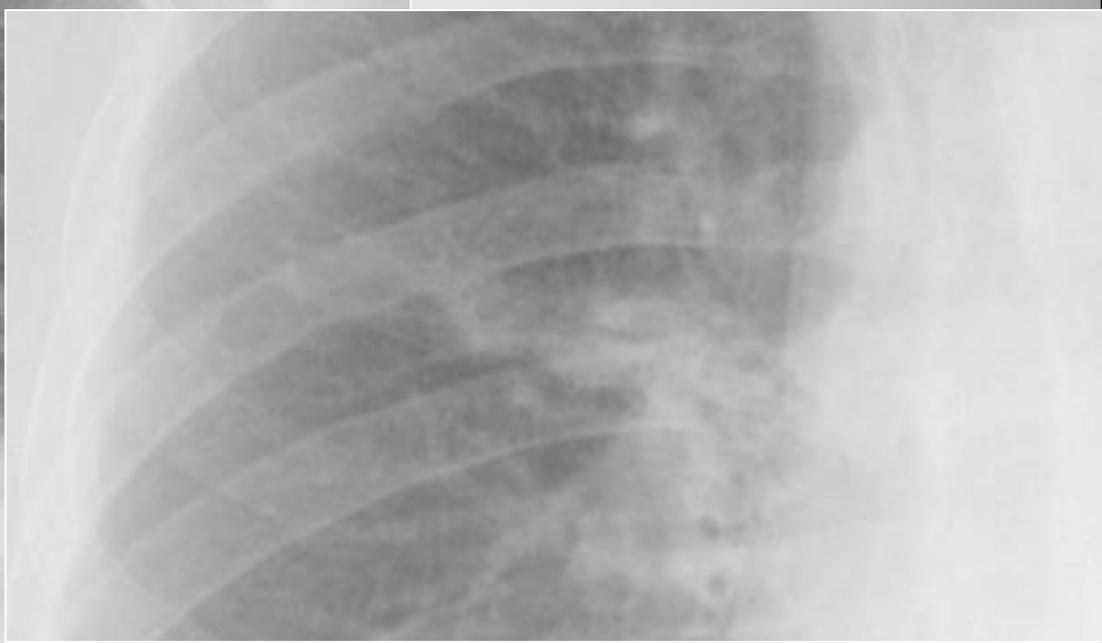
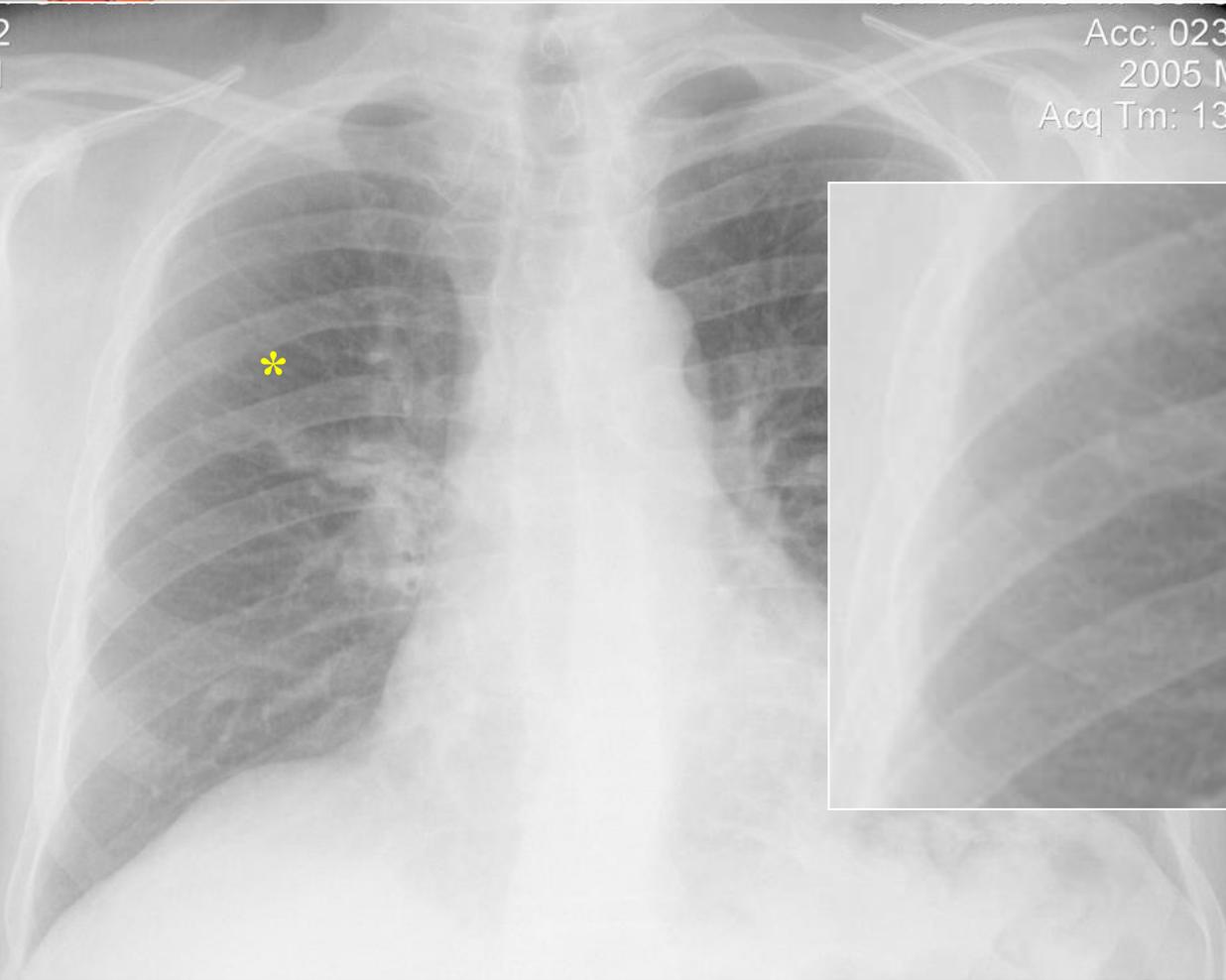


Artefact du aux cheveux

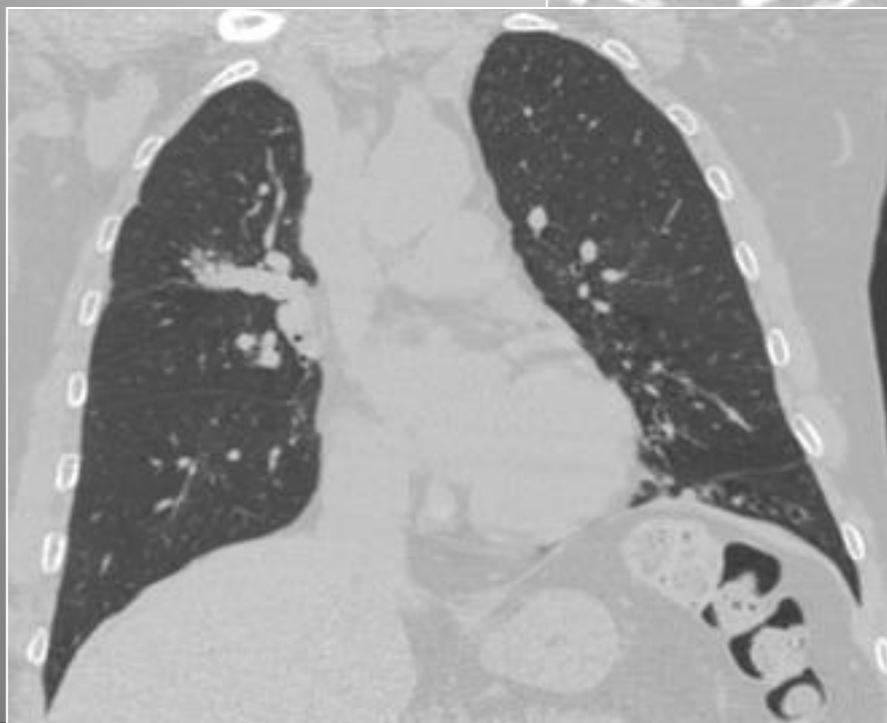
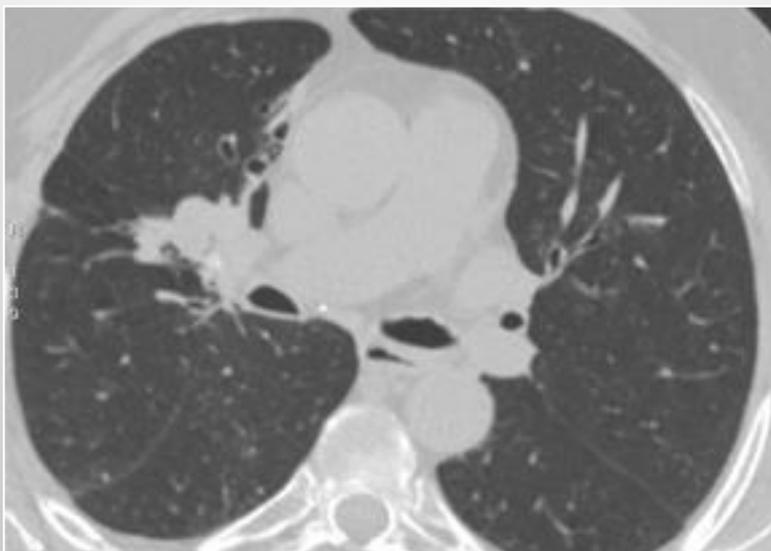


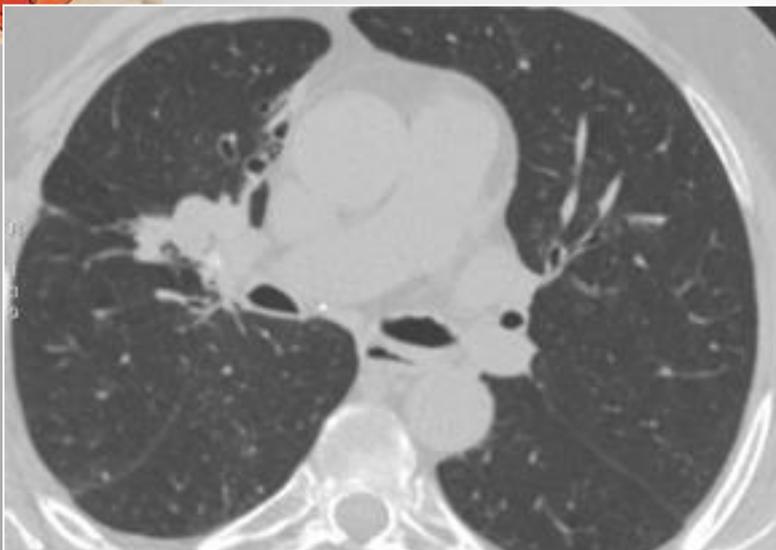


**Mr R..... Joseph, 64 ans
BPCO, Hémoptysies**

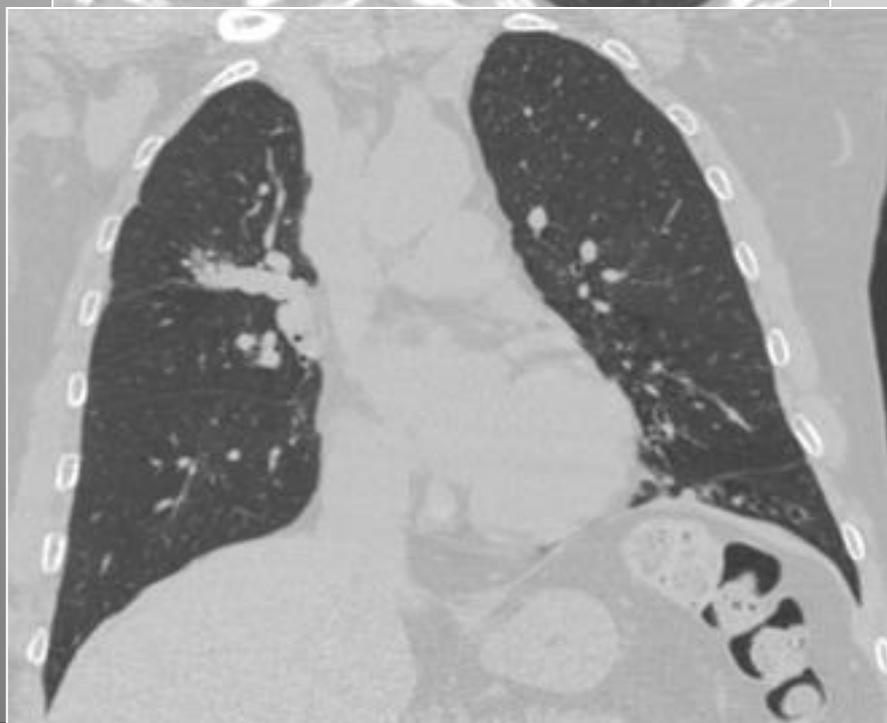


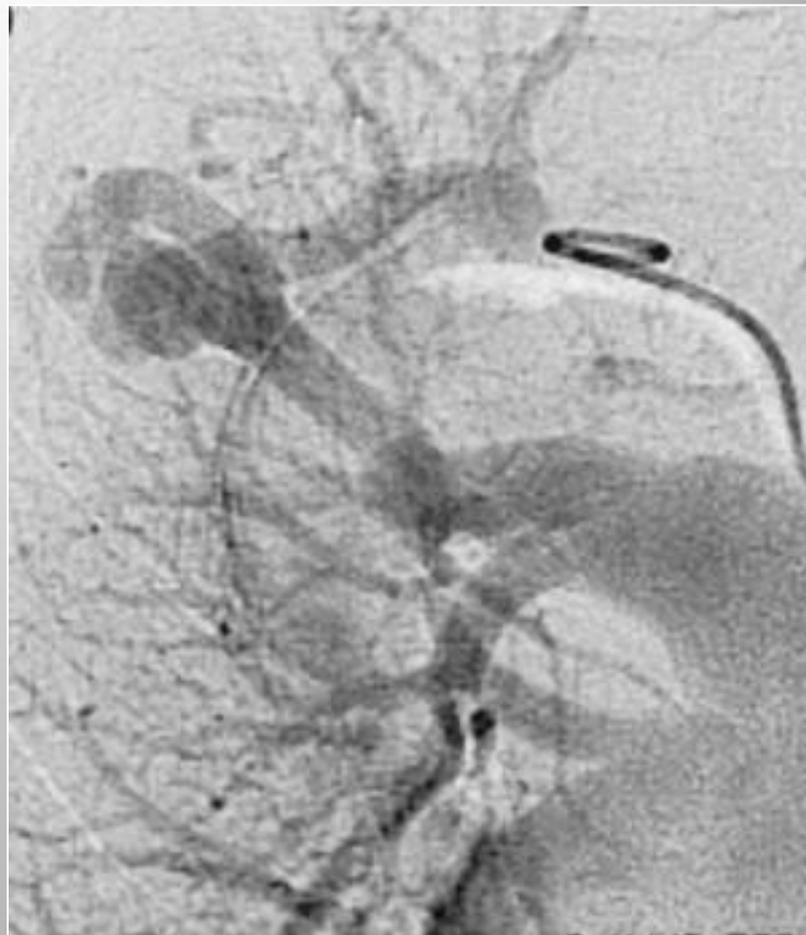
**Gros hile Dt avec opacité de type vasculaire
(*)**





**En dehors des DDB responsables des hémoptys
découverte d'une malformation vasculaire,
évoquant une Veine Vagabonde (Meandering V
confirmée par l'Angiographie. ■**





L'angiographie pulmonaire confirme le diagnostic de Meandering Vein.



Meandering Vein (Veine Vagabonde) = Anomalie du retour veineux, sans anomalie d'abouchement, se distinguant ainsi des RVPA.

La Veine Vagabonde décrit des sinuosités dans le parenchyme Pulmonaire avant de se jeter dans l'OG.

Absence d'anévrisme ou de FAV pulmonaire.

Anomalie congénitale exceptionnelle du RVP sans conséquence pathologique. Peut être associée à une hypoplasie pulmonaire.



Toux trainante

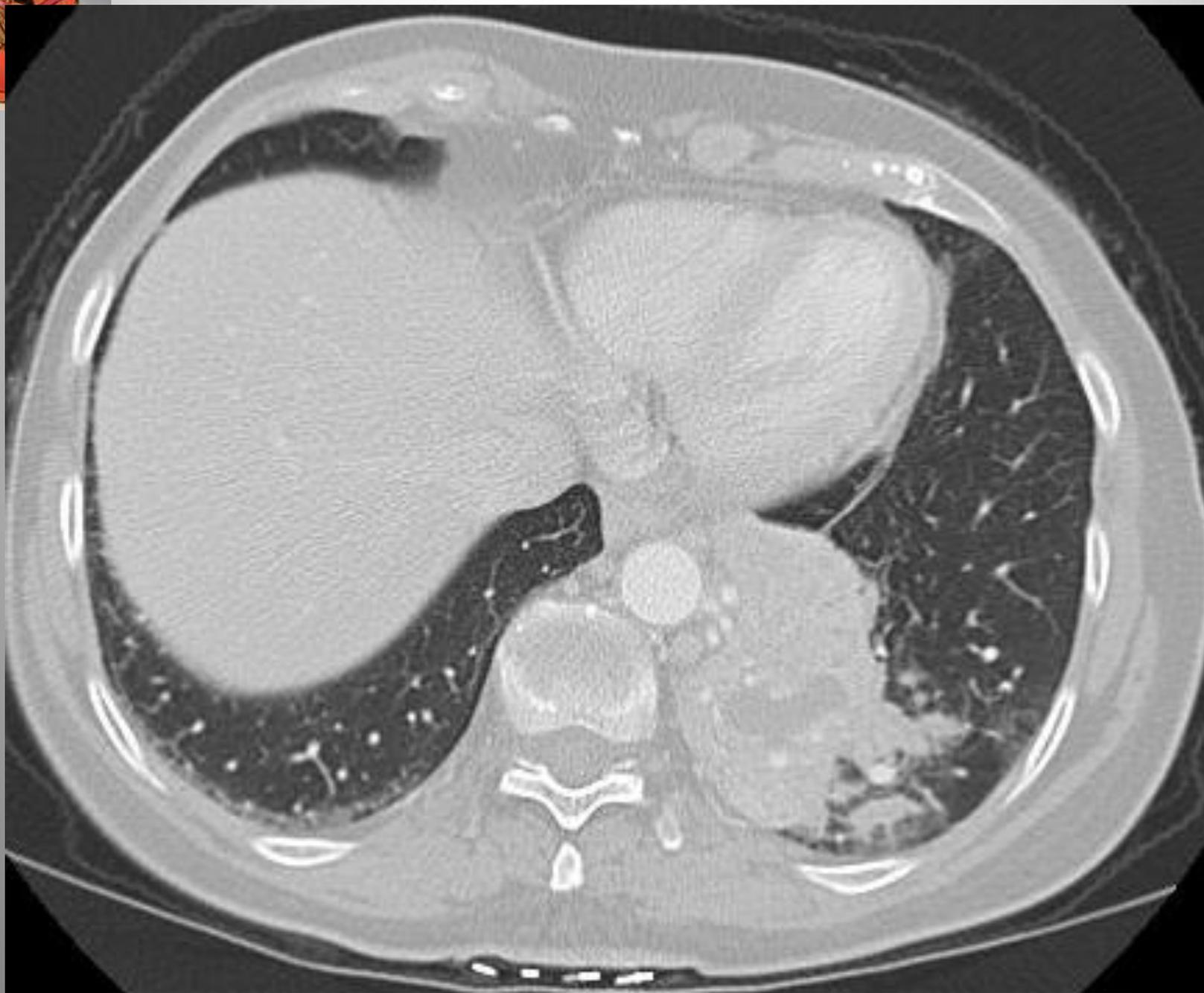
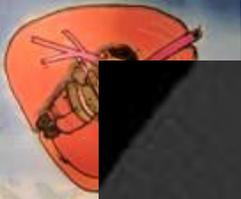


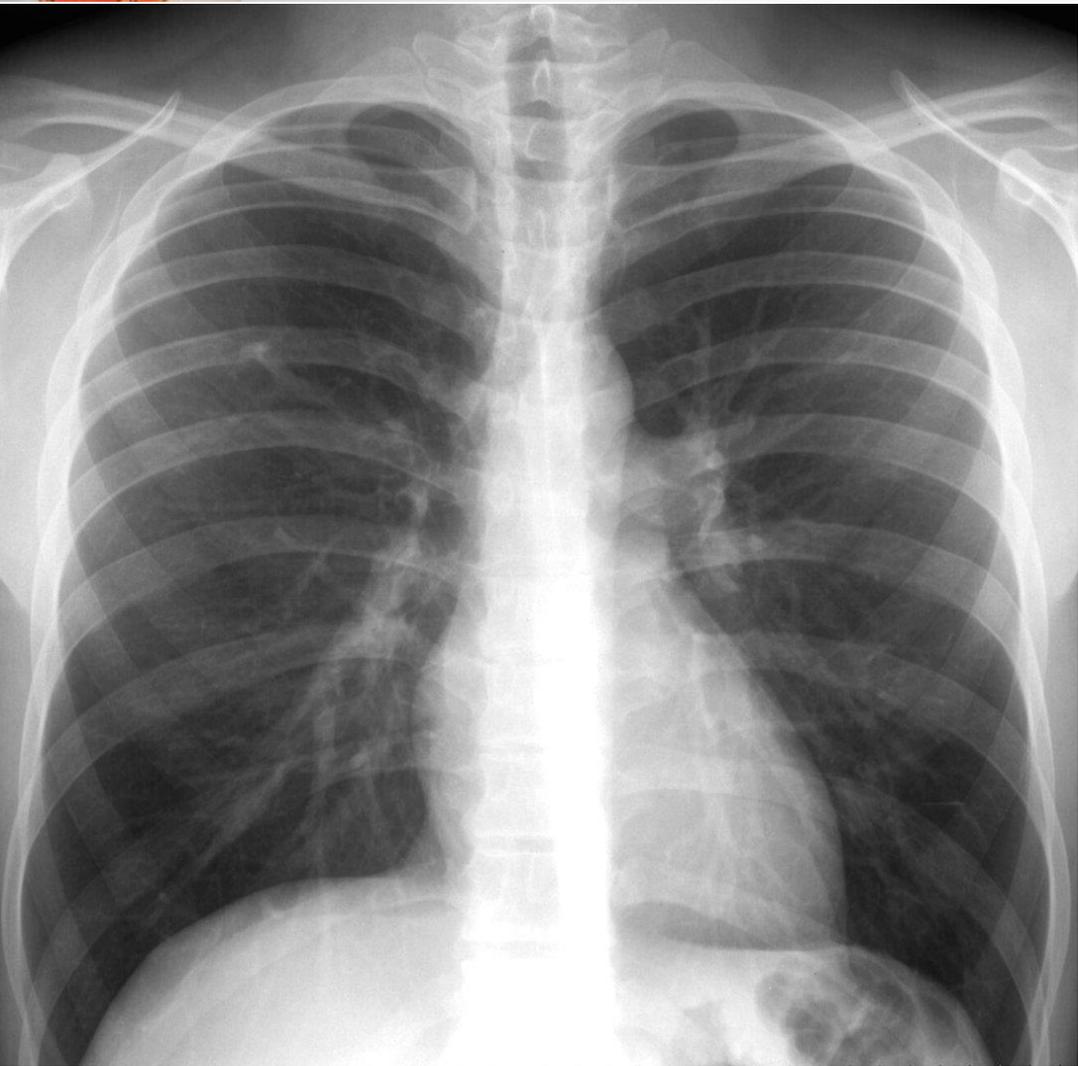




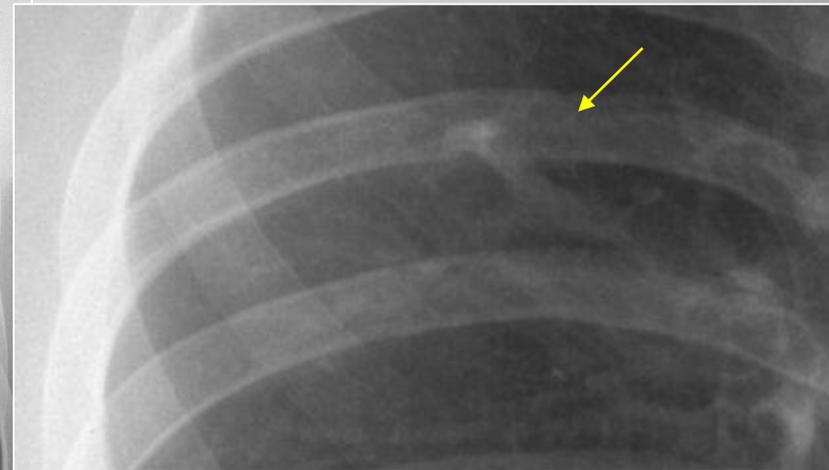
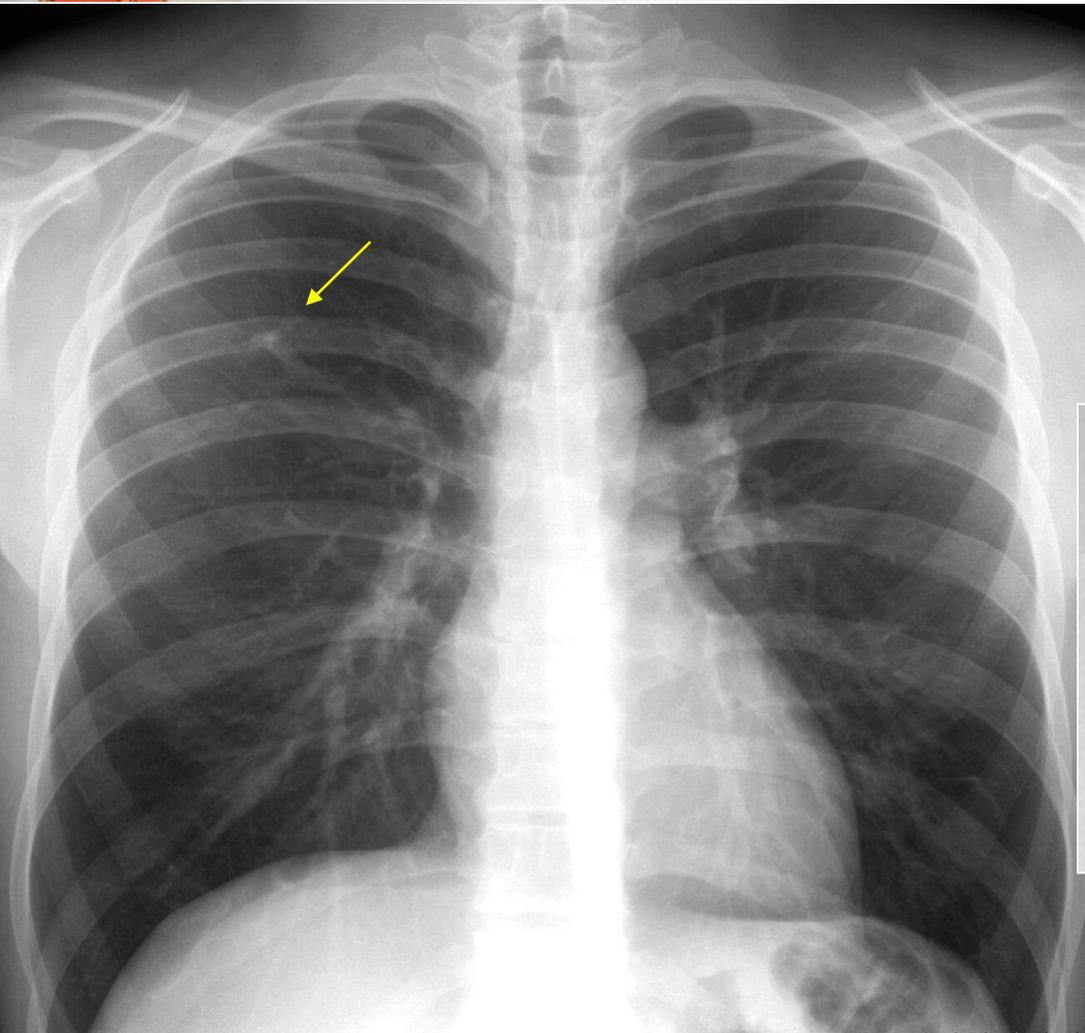
séquestration



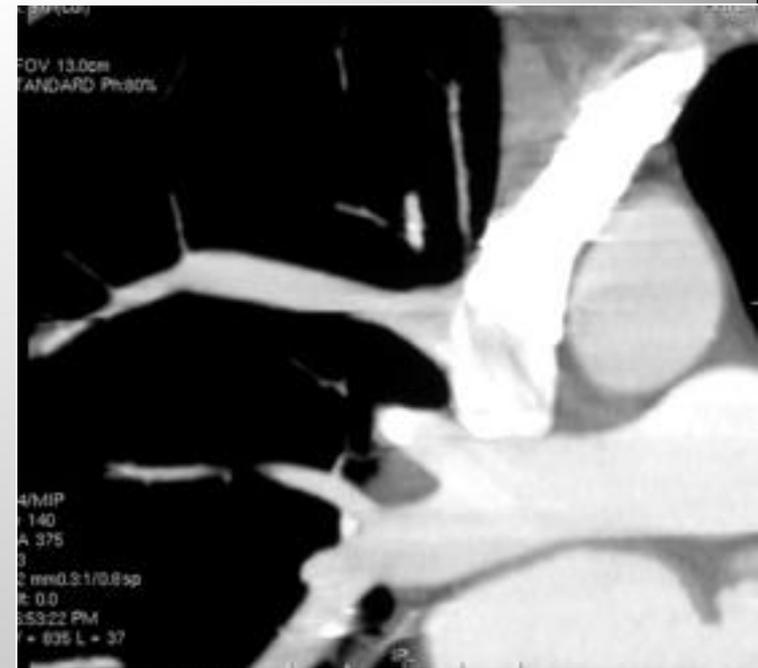
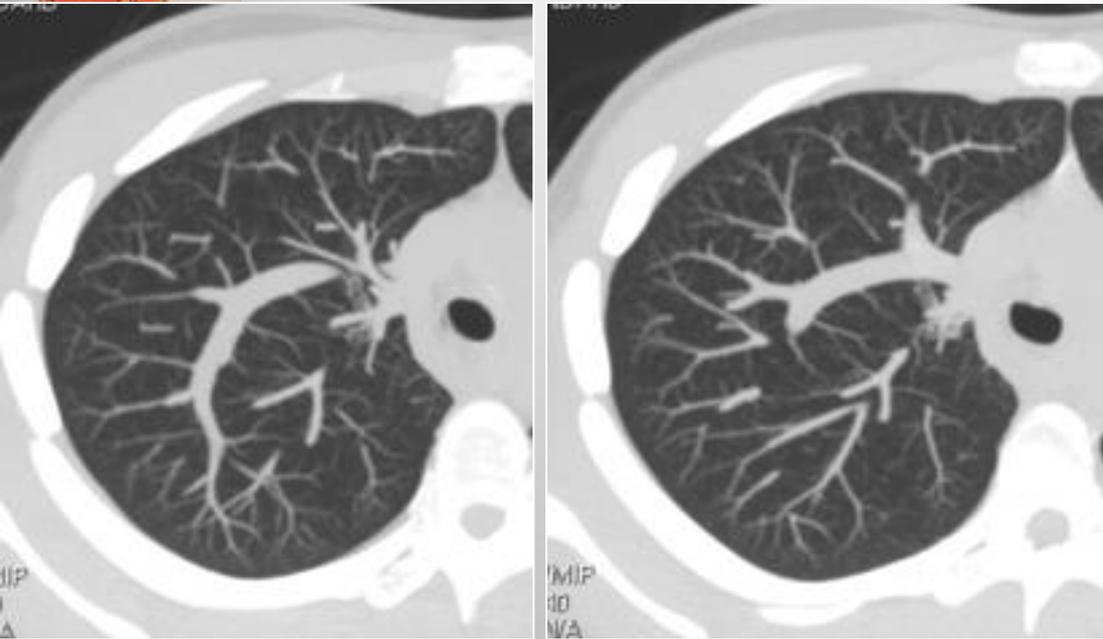




- Homme de 24 ans
- Cliché systématique



- Anomalie vasculaire périphérique ()
- Petit hile droit
- Gros hile gauche

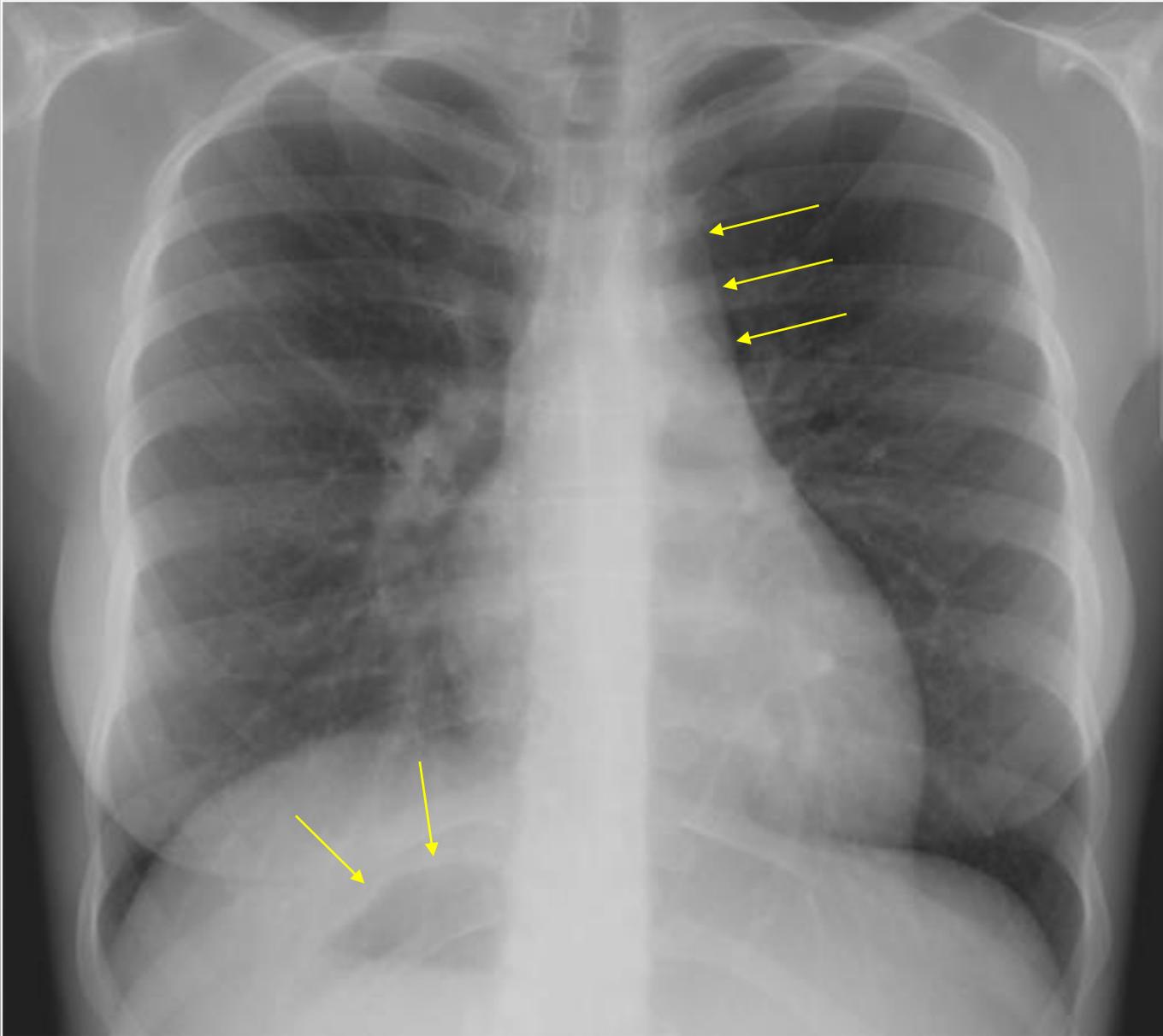


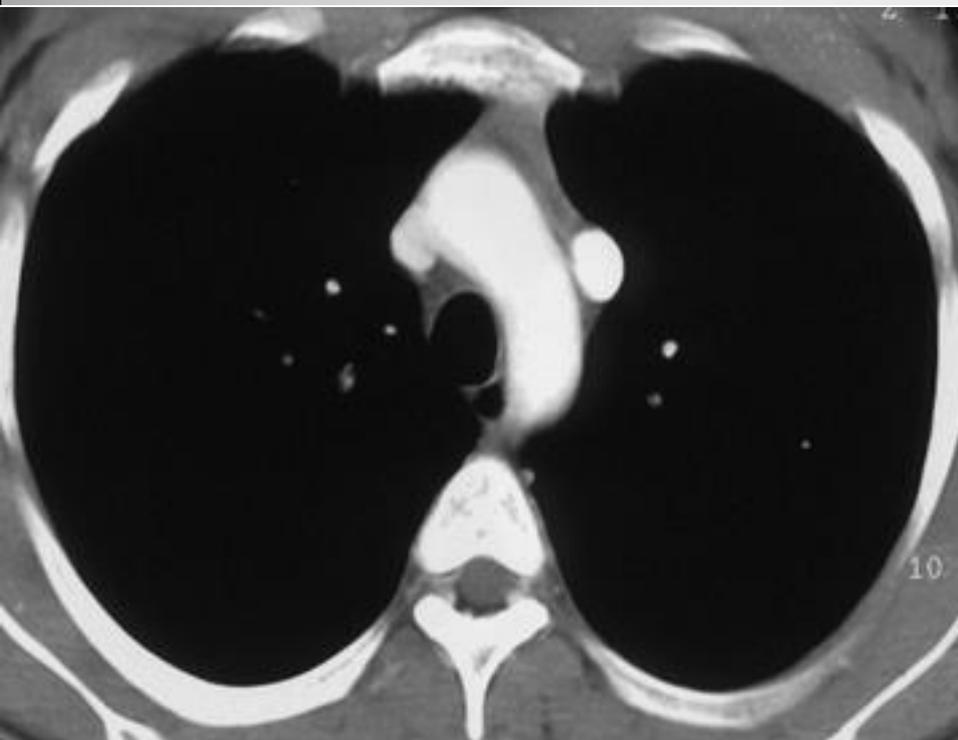
L'angioTDM met en évidence un retour veineux pulmonaire anormal, partiel du LSD dans la VCS.

Le hile droit déshabité d'une partie des troncs veineux du LSD, paraît plus petit que le hile G, d'ailleurs hypertrophié par le shunt G-D.

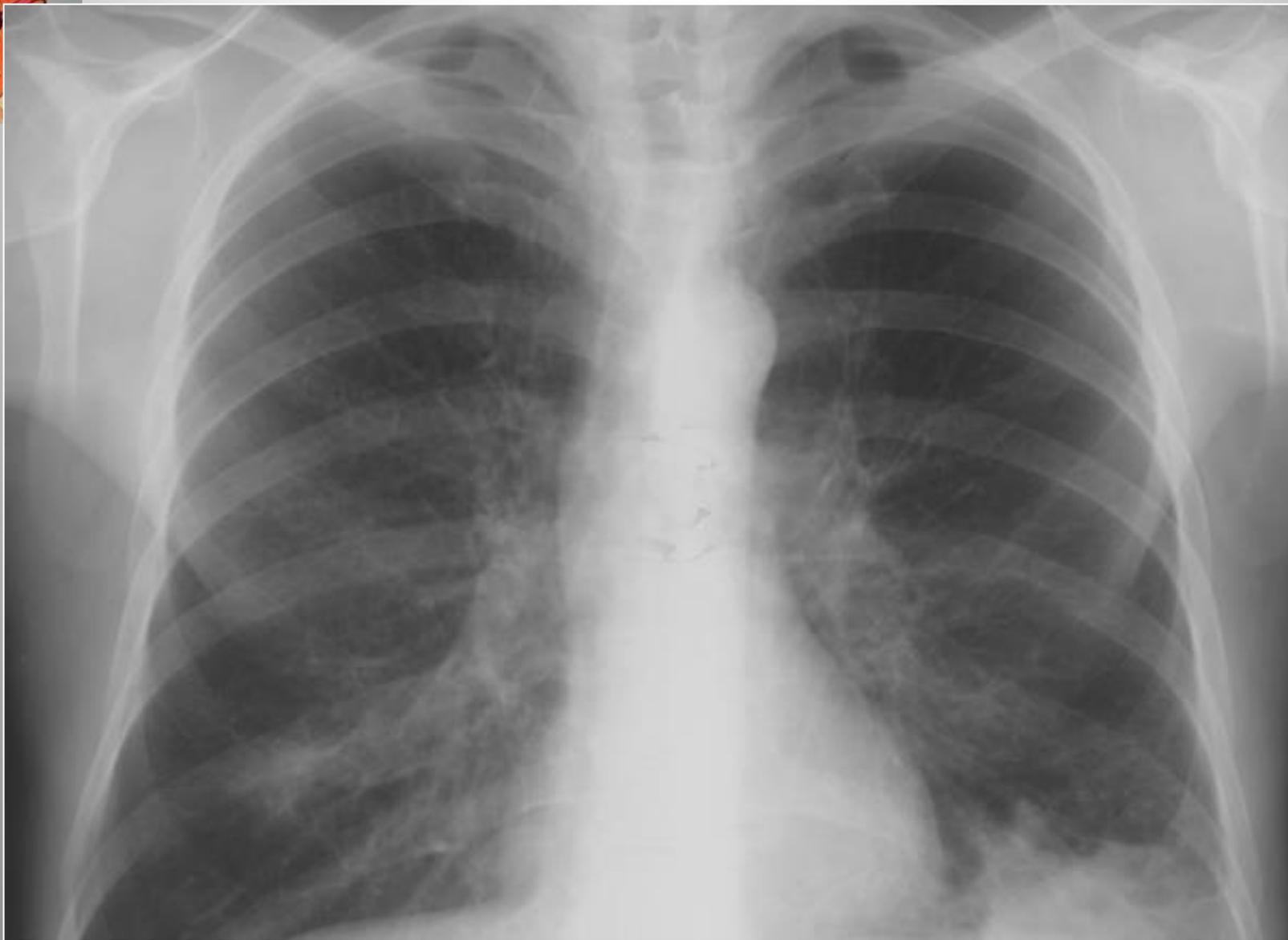


**Jeune fille de 16 ans
Consultation pour asthme**





Situs Inversus abdominal et VCS gauche



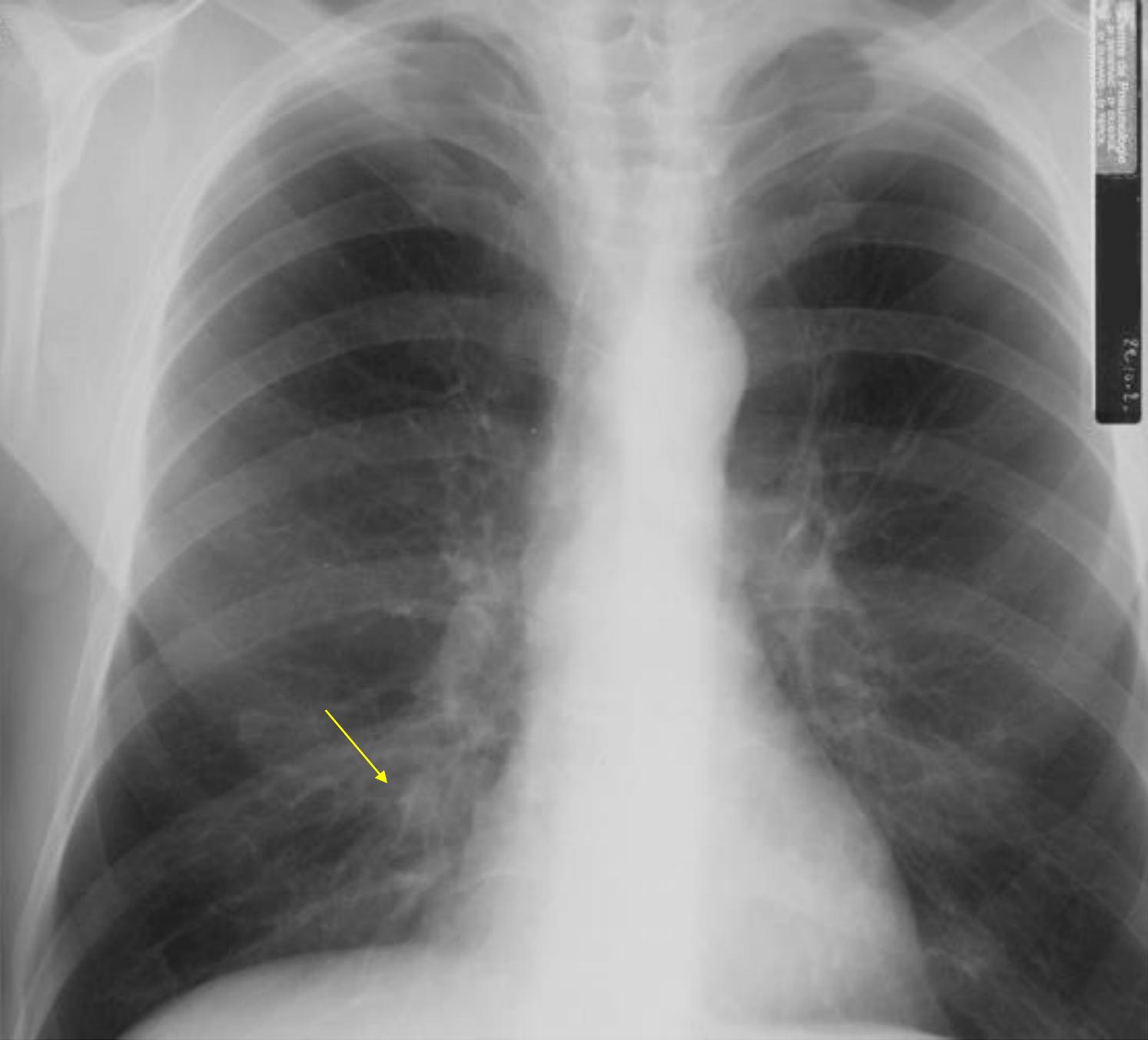
Homme de 48 ans
Surveillance après abcès pulmonaire du lobe
inférieur G

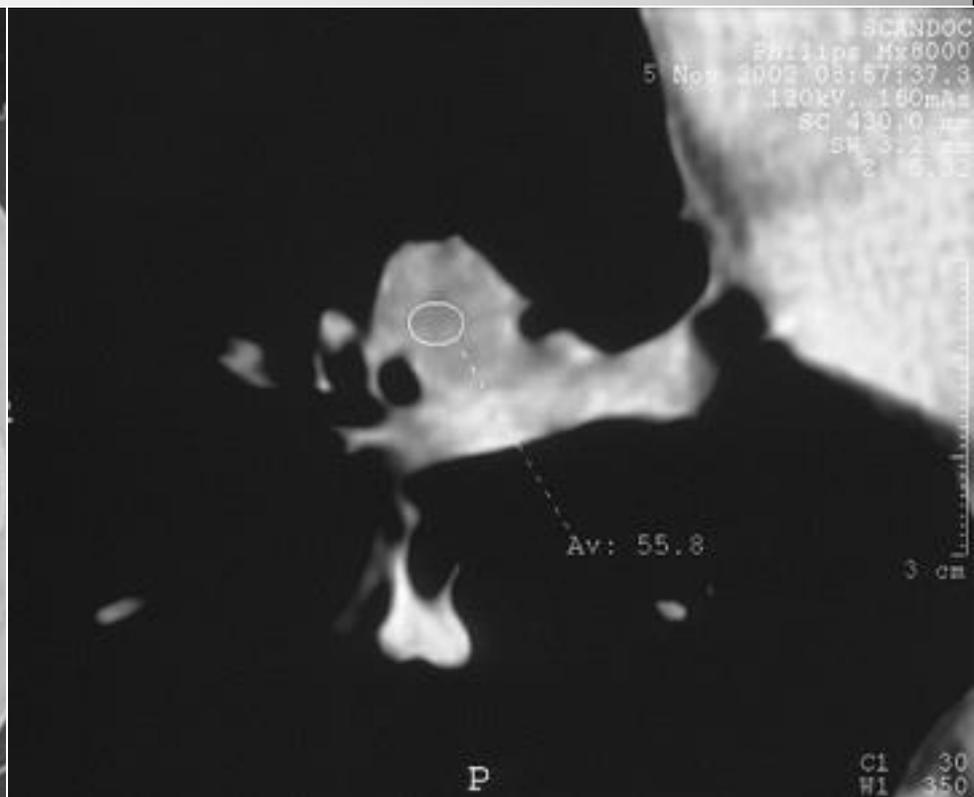


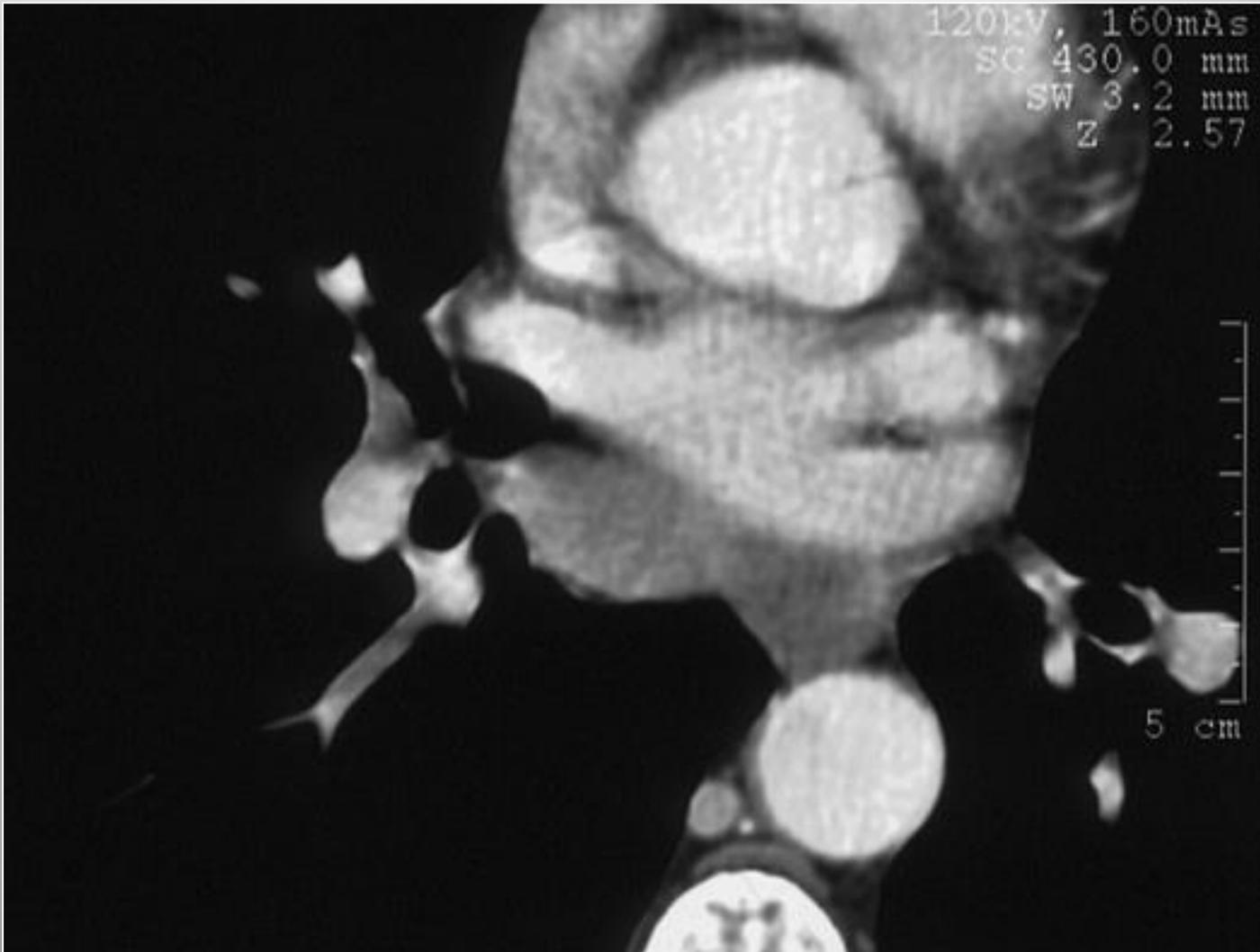
2 ans plus tard



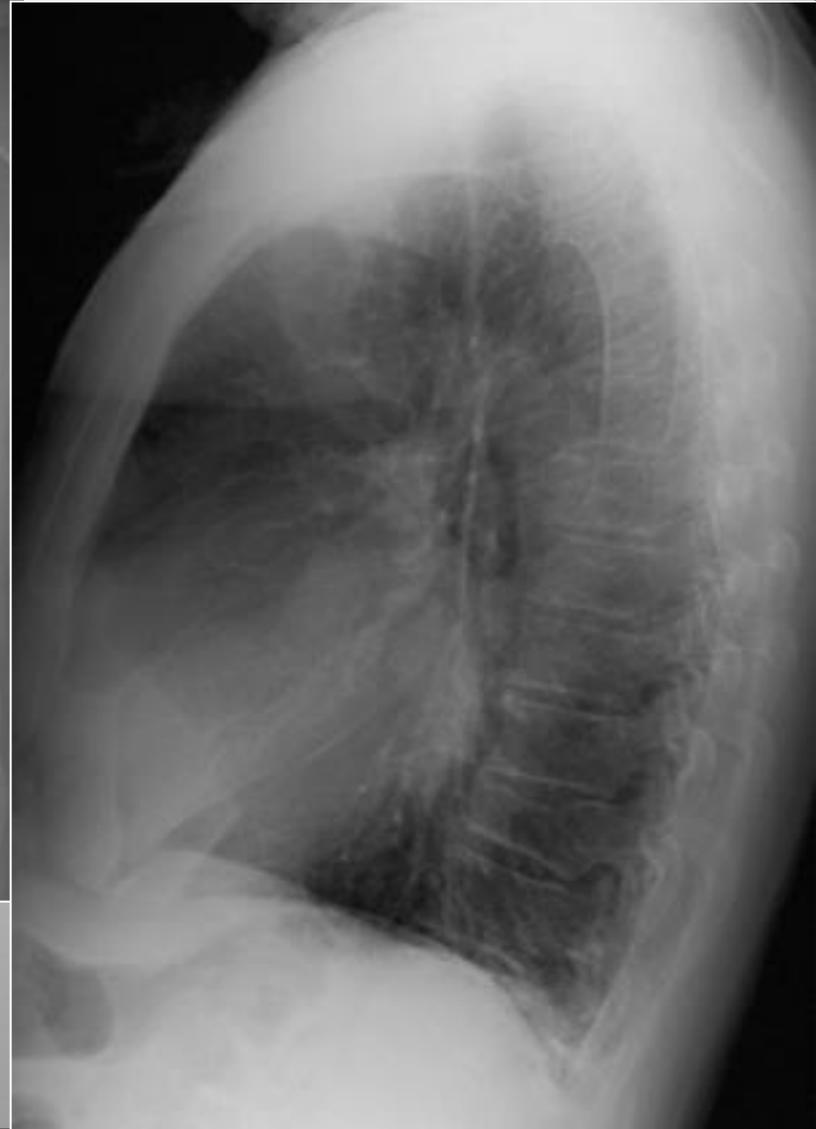
Escritta da Pneumologia
e Serviço de Diagnóstico
e Serviço de Radiologia
2010.11



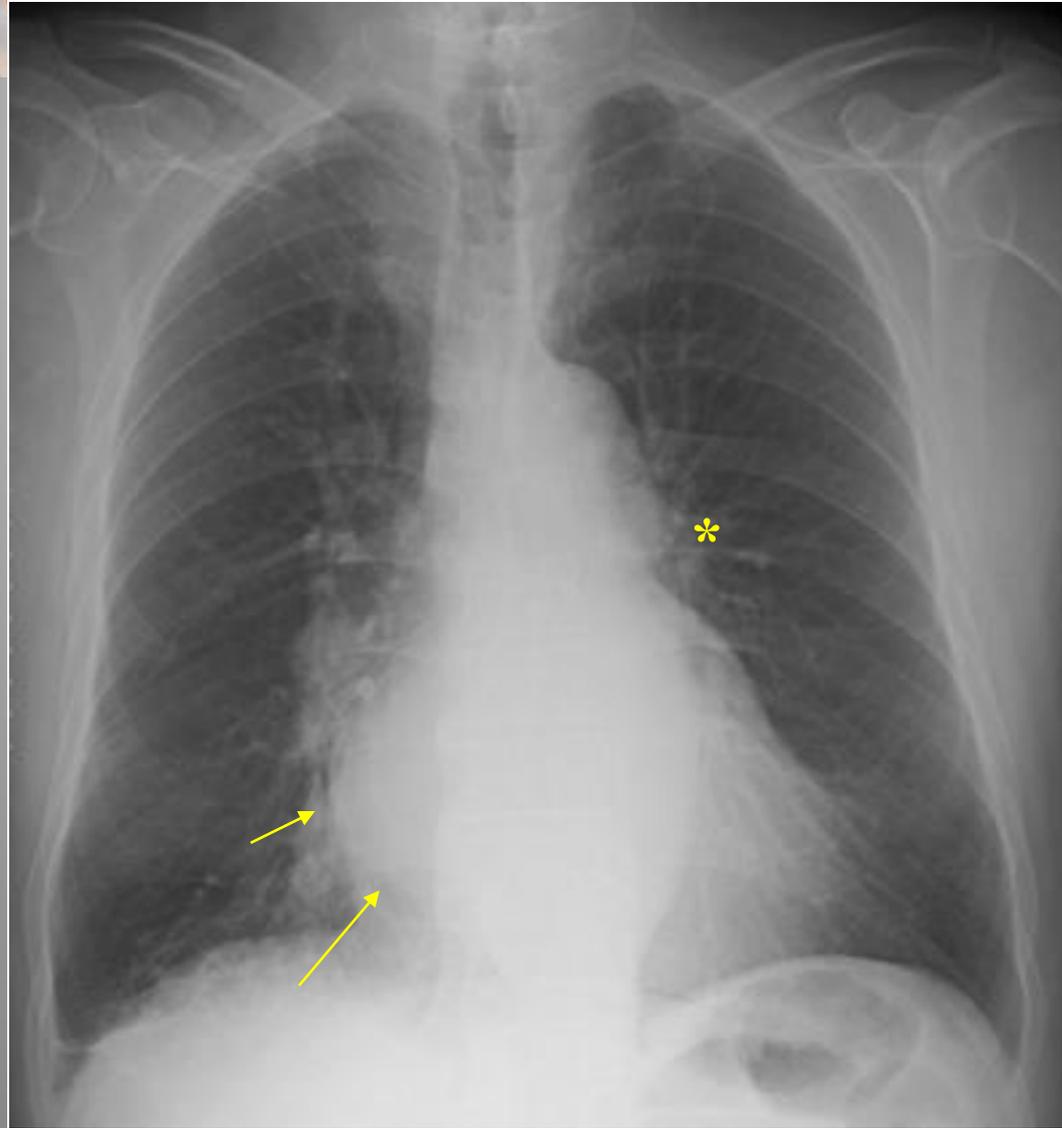




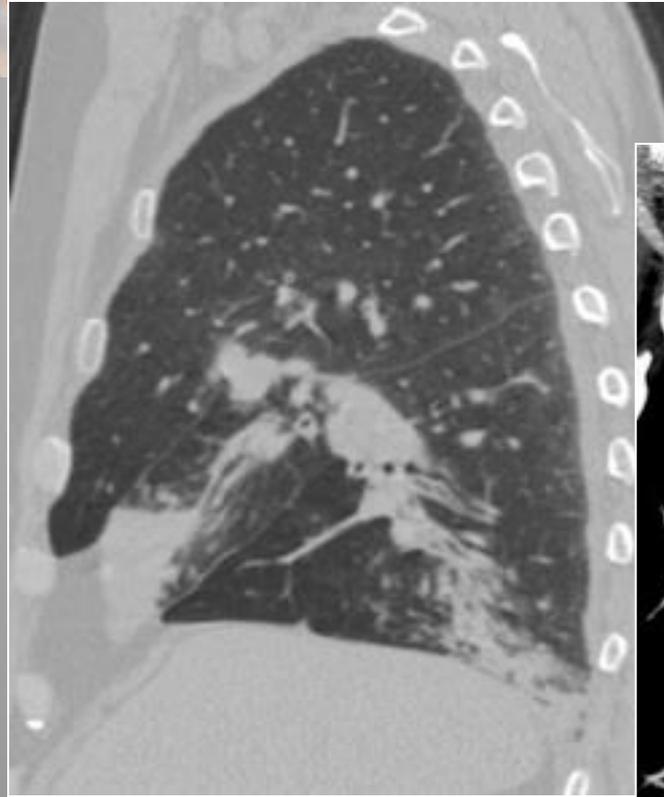
Carcinome bronchique à petites cellules



**Mr G.... Francisco, 72 ans
Dyspnée + Bronchorrhée**



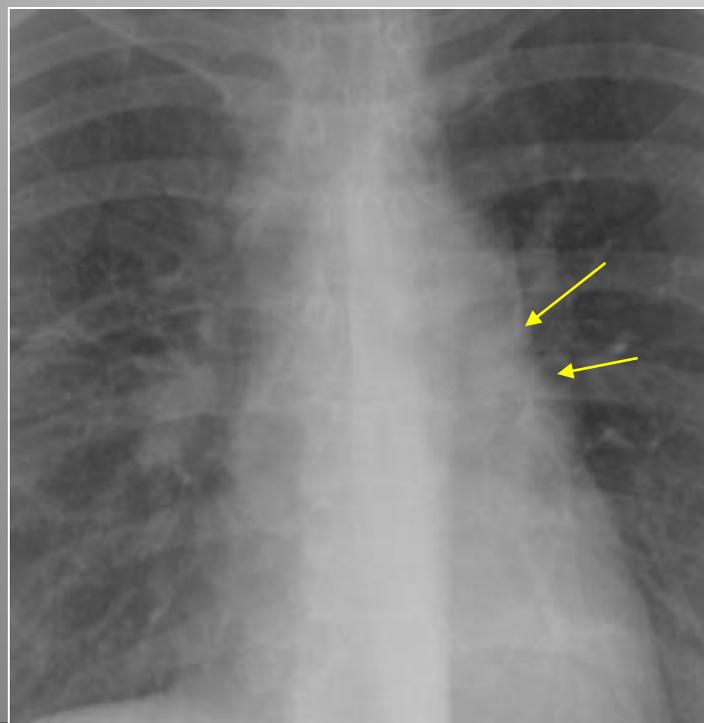
**Double contour () et dilatation de l'arc moyen Gche (*),
Opacité paracardiaque dte**



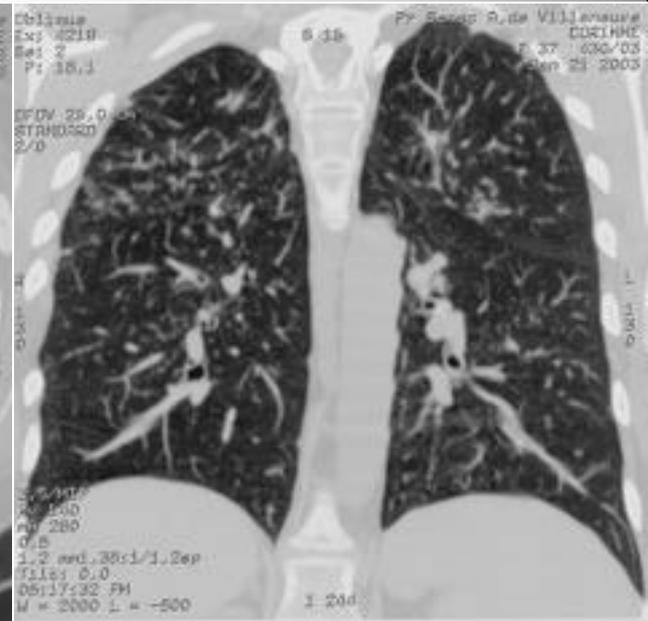
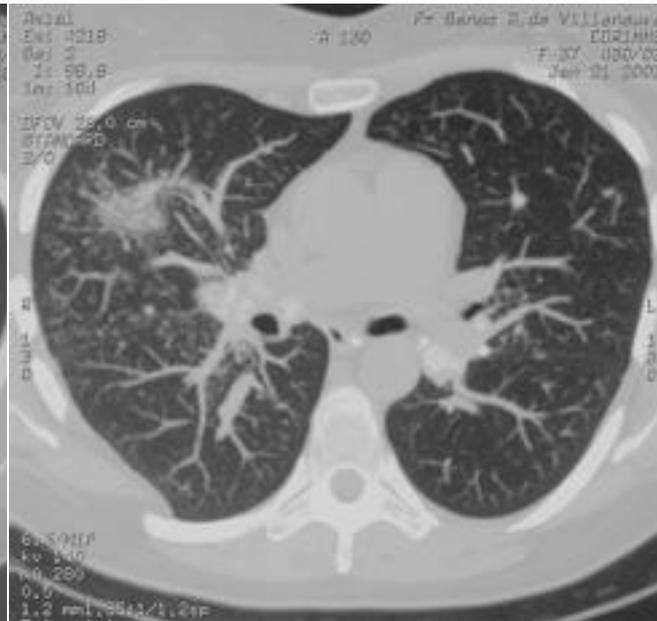
**Dilatation de l'OG: Rétrécissement mitral.
Foyers de DDB des LM et LID**



Mme S..... Corinne, 37 ans, dyspnée.



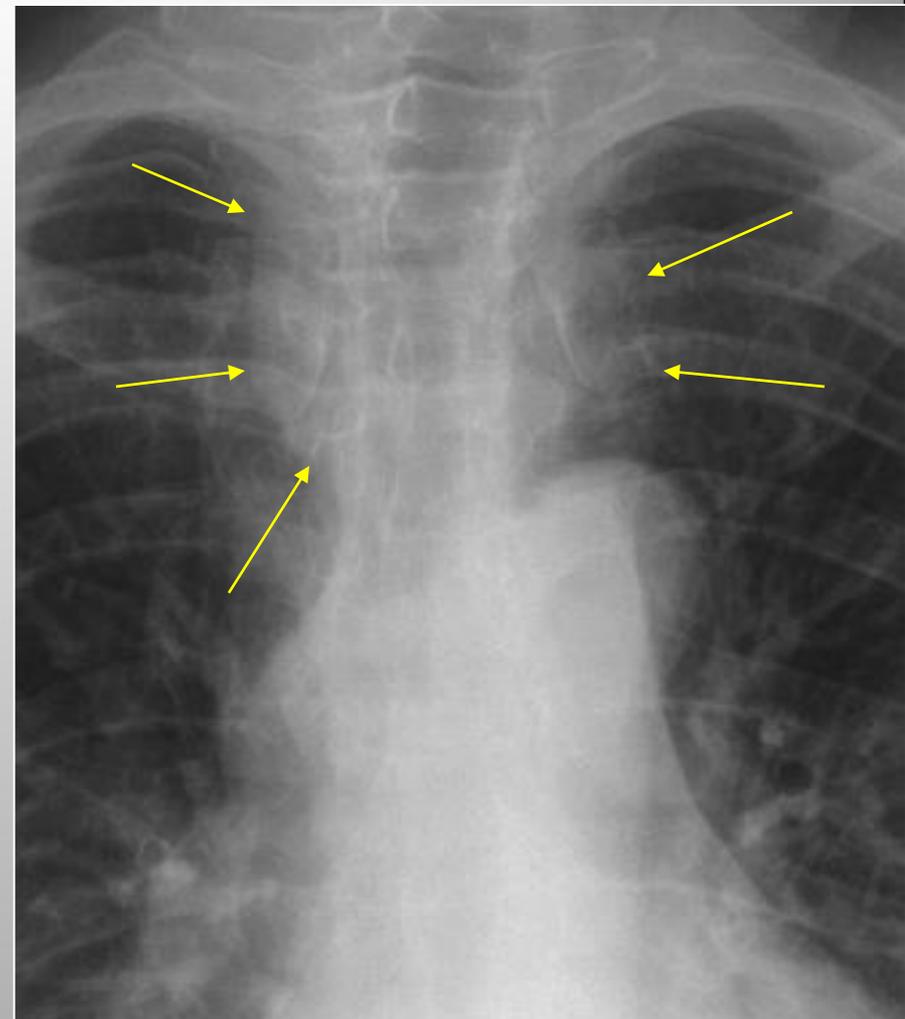
**Syndrôme interstitiel prédominant au niveau des sommets.
Hypertrophie ganglionnaire avec en particulier, comblement de la fenêtré aorto-pulmonaire ().**



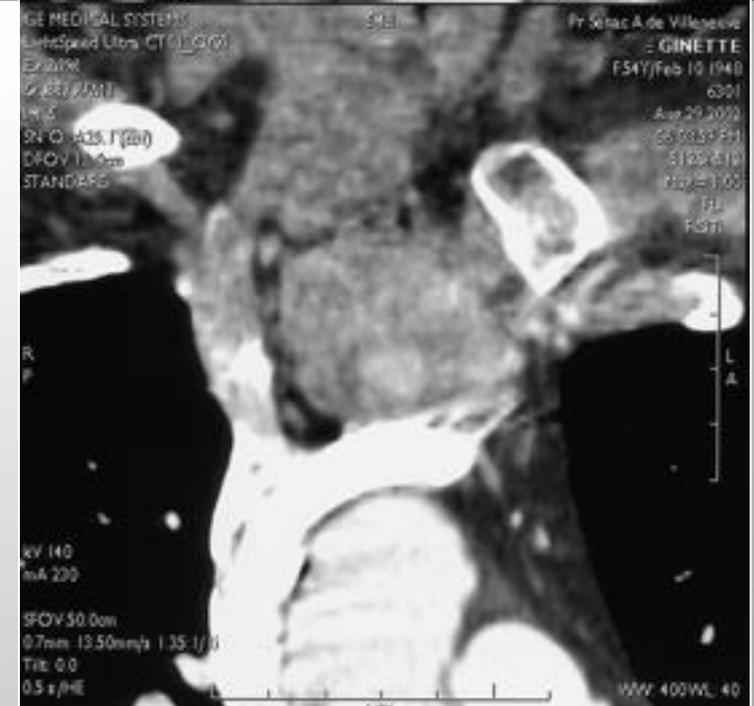
Polyadénomégalie calcifiée, nodules micronodules de répartition aléatoire prédominant aux sommets pulmonaires avec quelques zones de fibrose. Cet aspect est très évocateur de sarcoïdose.



Mme C..... Ginette, 54 ans, découverte systématique.



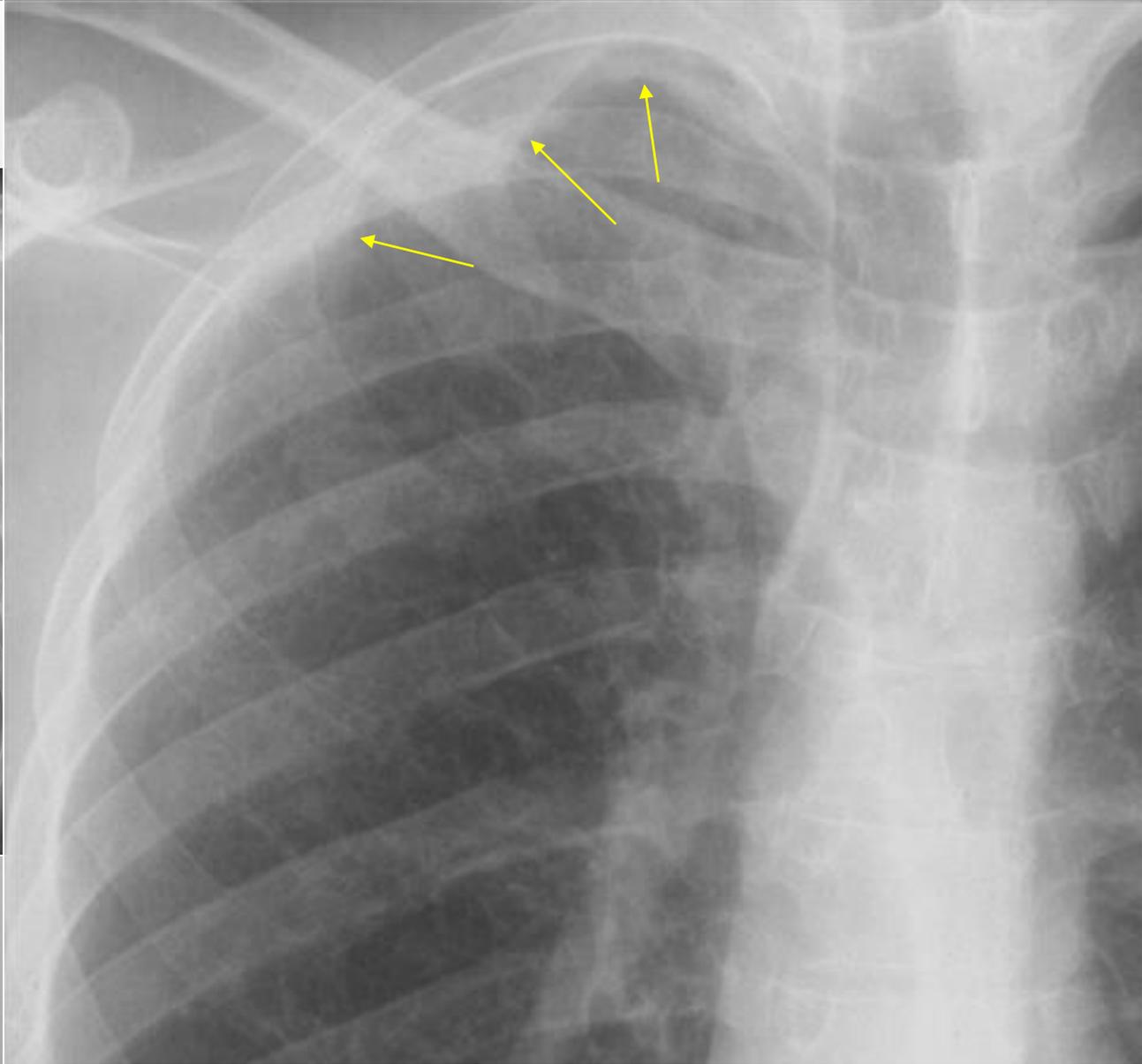
Elargissement du médiastin supérieur, sans déviation de la trachée.



Goître
thyroïdien
se développant
dans la loge
thymique



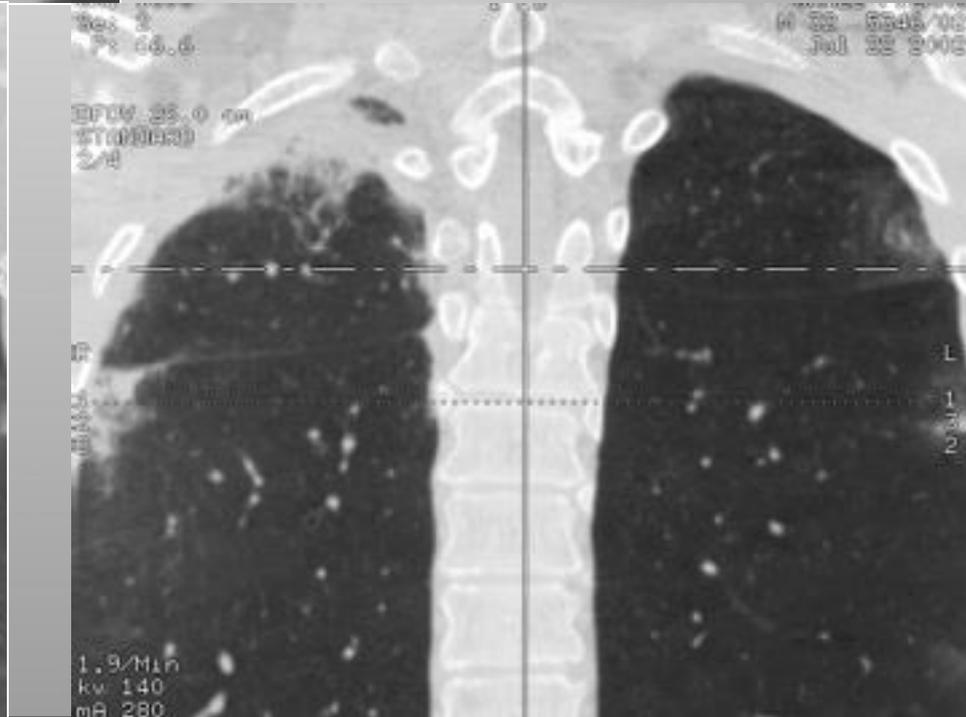
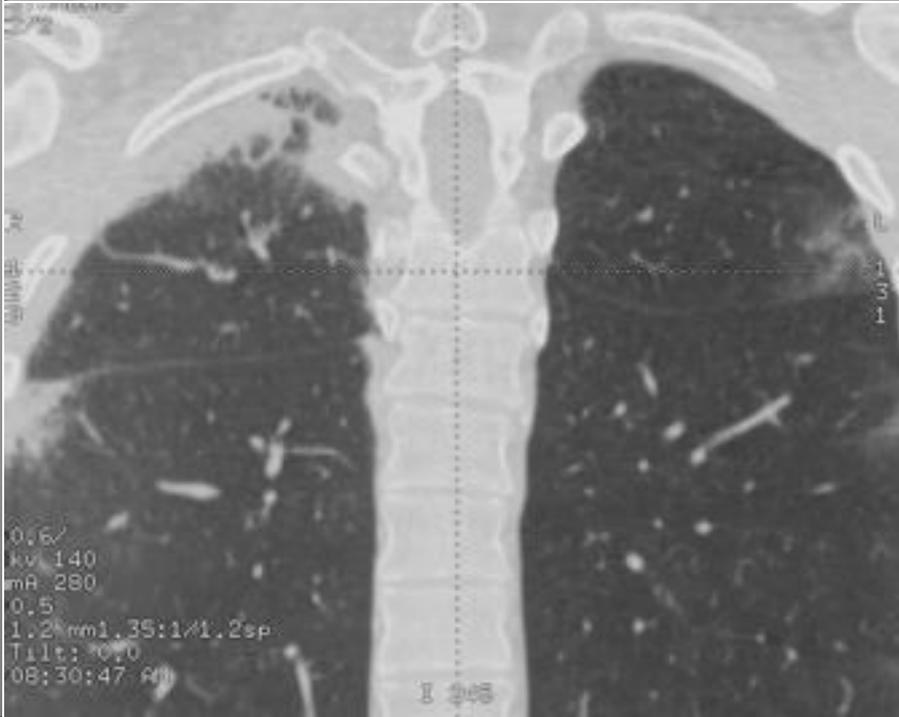
**Mr C.... Pierre, 32 ans, asthme, hyper-
éosinophilie.**



Opacités alvéolaires sous-pleurales du sommet droit ().



Opacités alvéolaires (condensation, verre d'eau) de disposition sous-pleurale, évocatrice dans ce contexte, d'une maladie de Carrington.

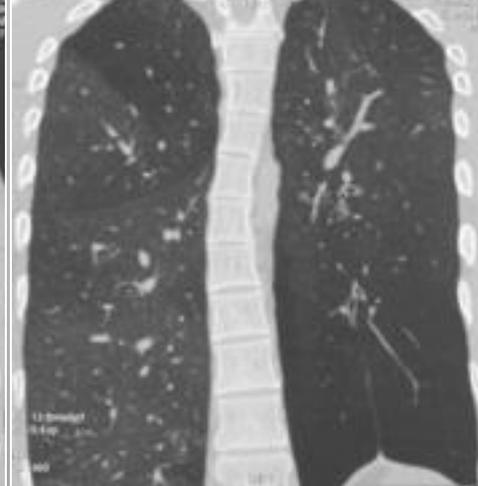
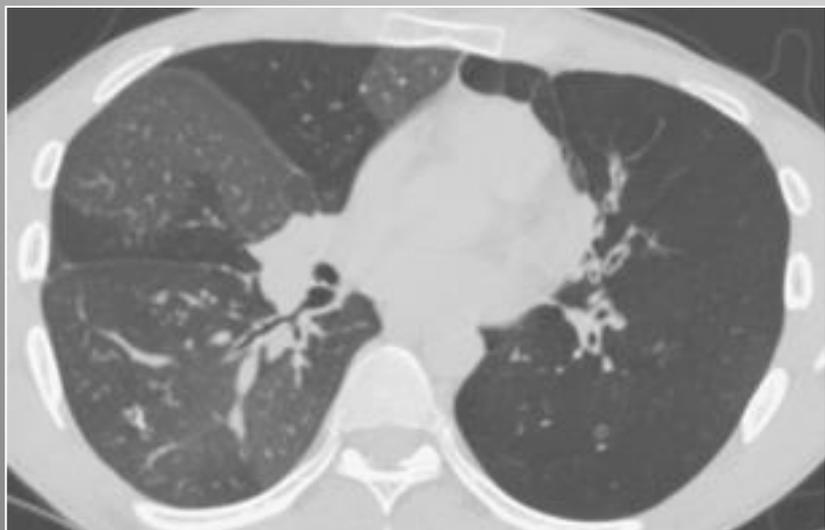
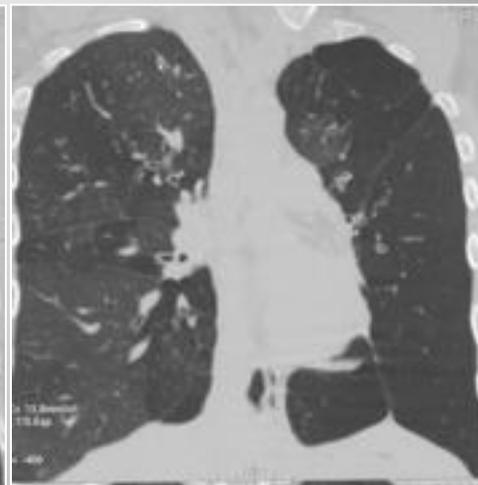
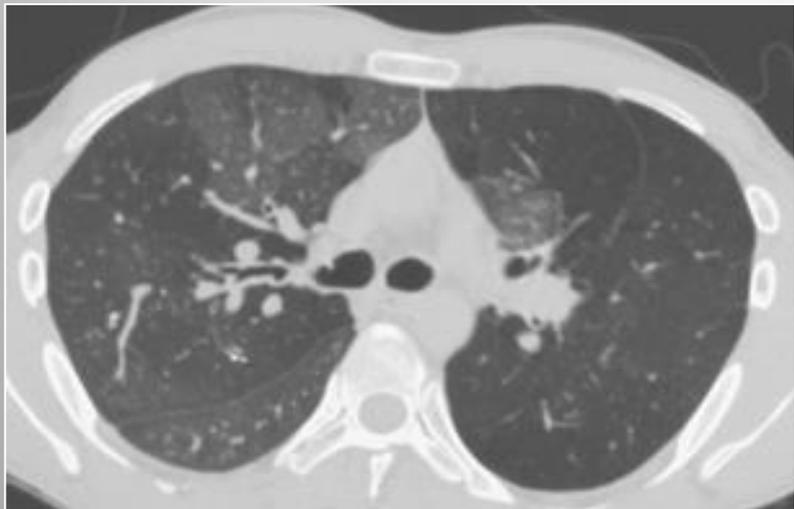




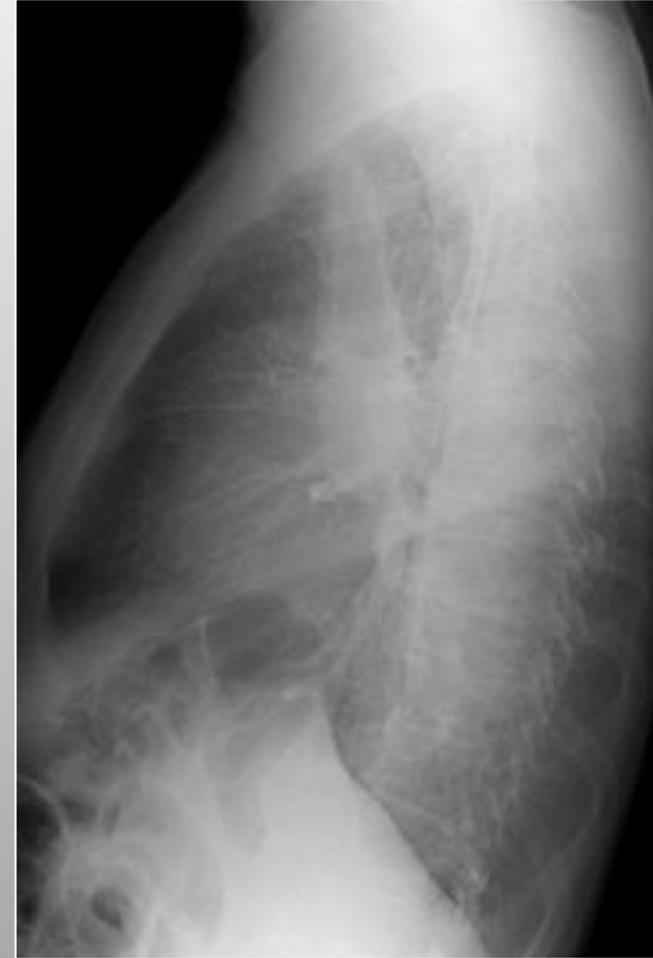
**Mr E. Abderrahim, 27 ans
Bronchites à répétition**



Petit poumon clair unilatéral, évoquant un syndrome de Mc Léod

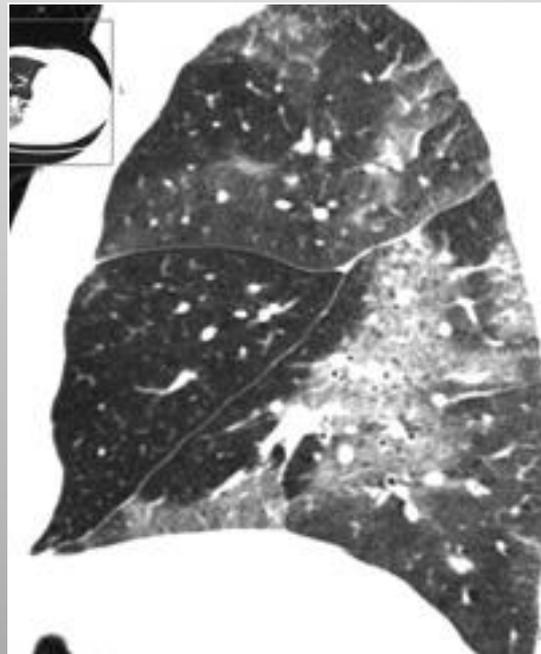
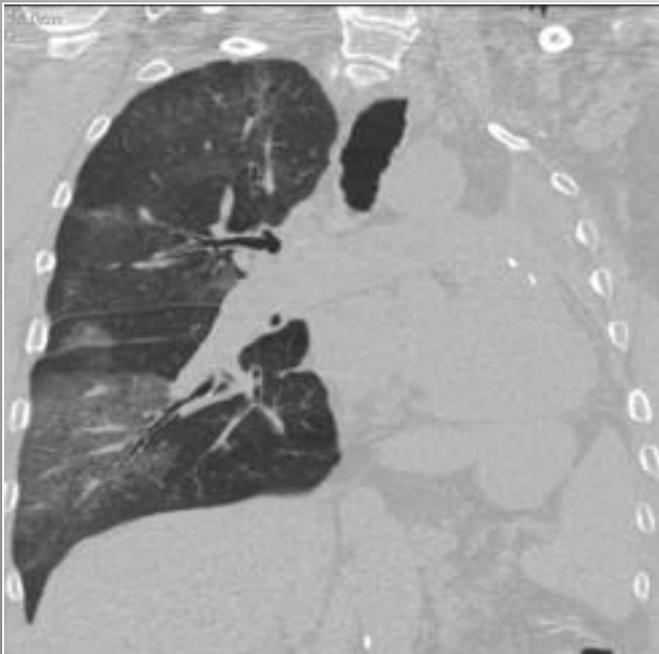


La TDM confirme le diagnostic de Mc Léod.
DDB séquelles de bronchiolites de l'enfance. A noter l'aspect hétérogène de



Mr P..... Jean, 57 ans

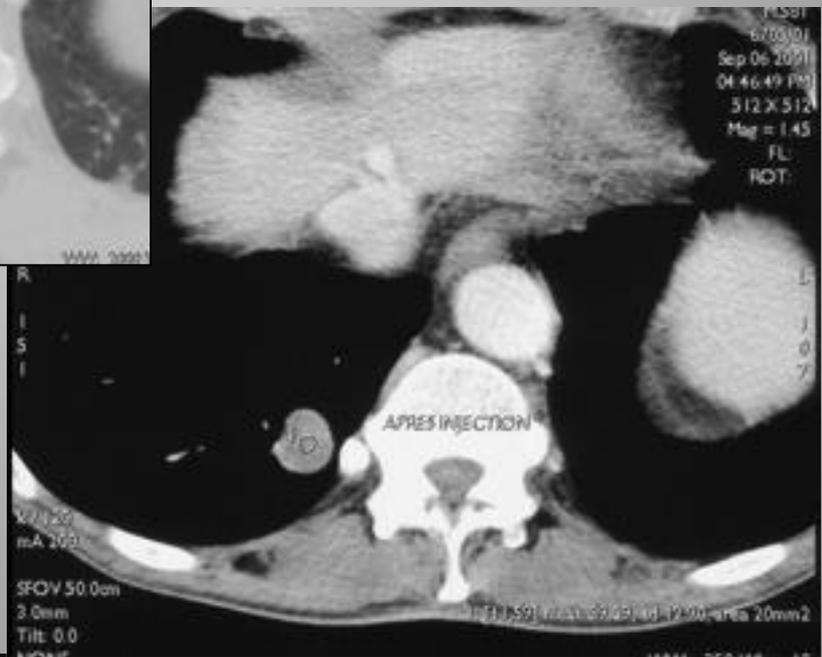
**ATCD de pneumonectomie il y a 2 ans pour ADK in situ, Dyspnée,
Dorsalgies**



**Syndrôme alvéolaire témoignant d'une récurrence de l'ADK
Métastases pleuro-pariétale et vertébrale.**



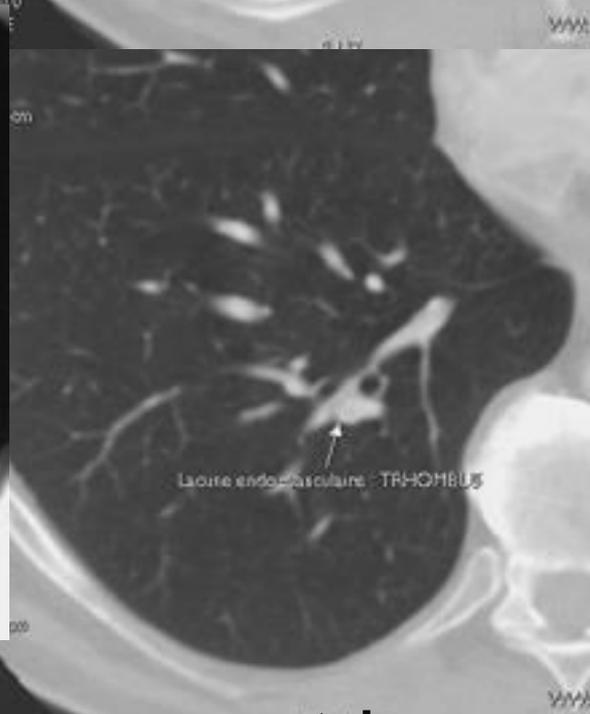
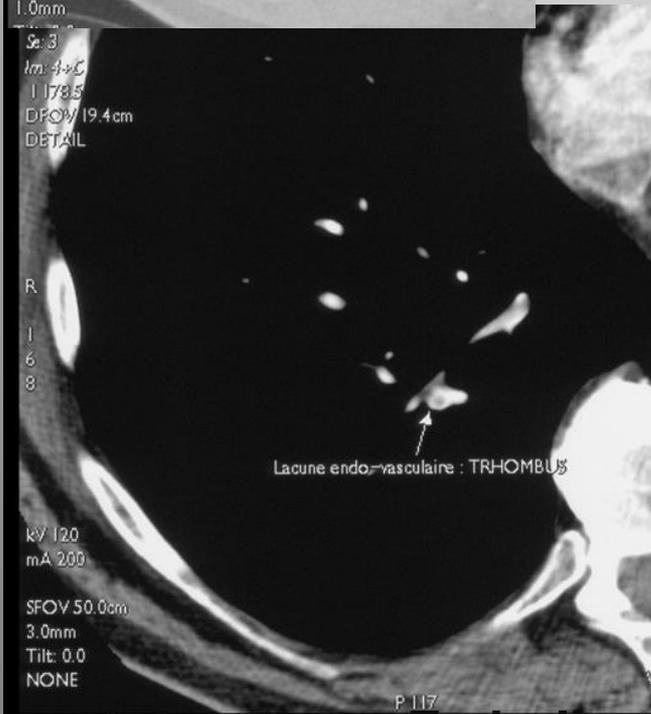
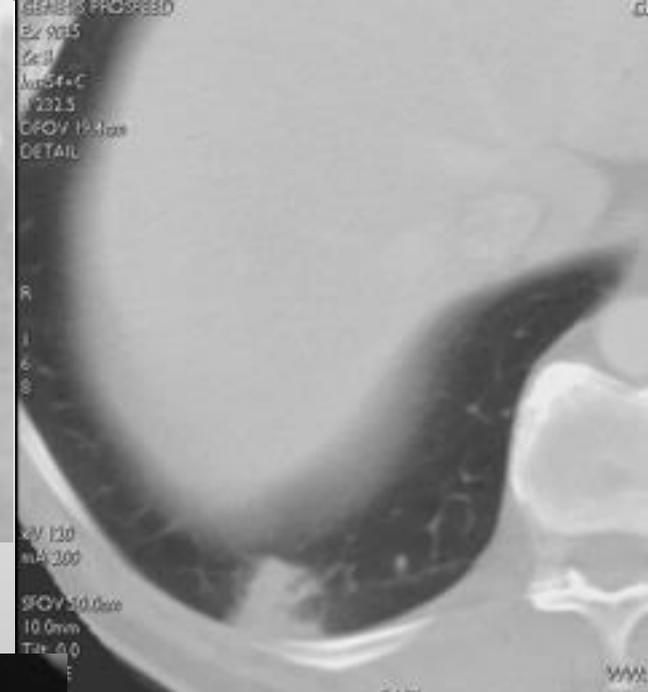
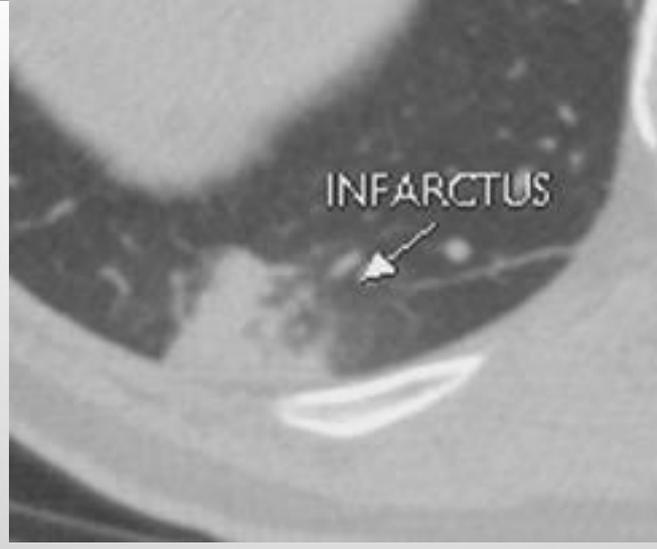
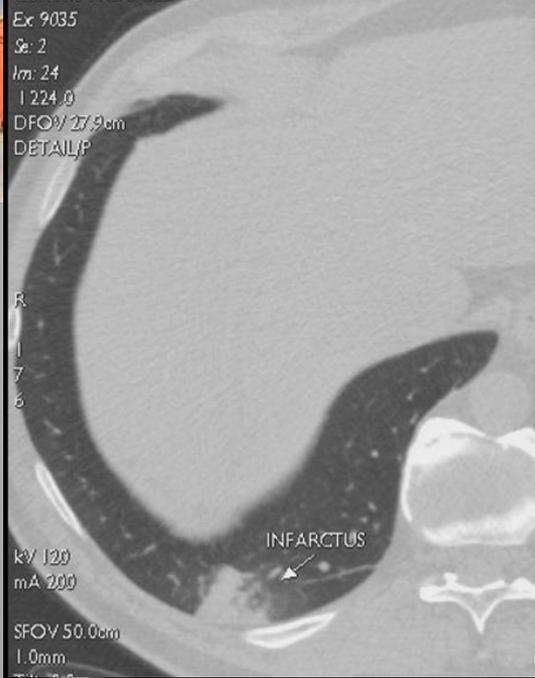
- Homme de 58 ans
- Cliché de Médecine du Travail



Hamartochondrome



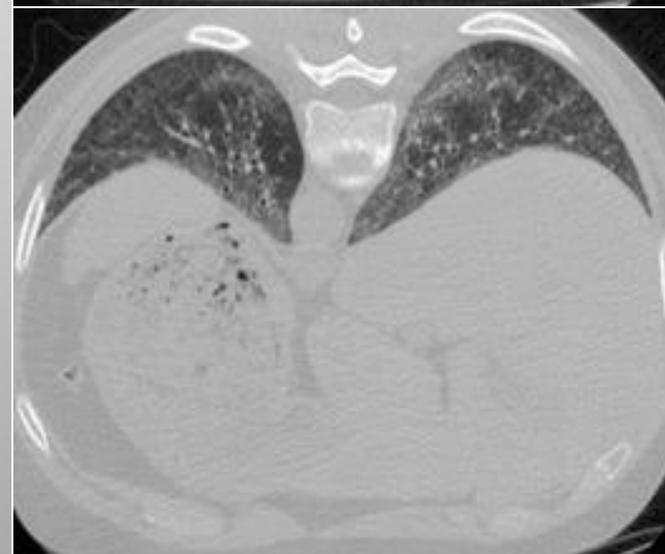
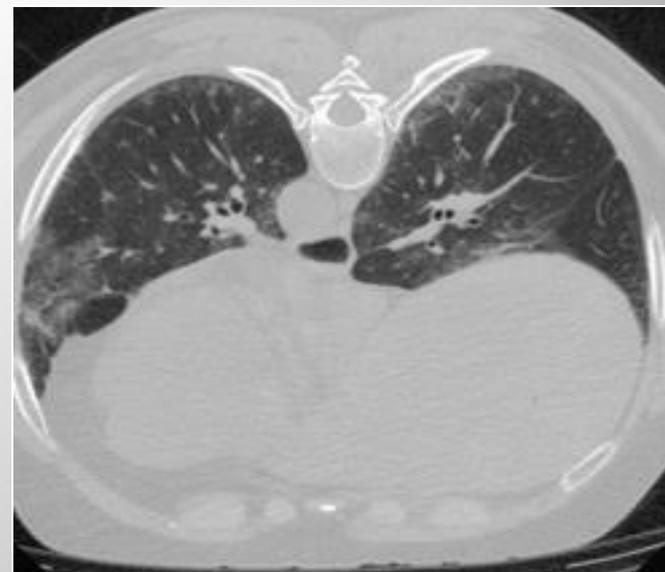
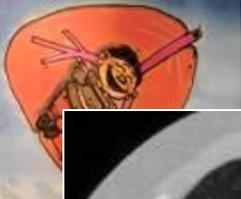
- **Homme de 54 ans**
- **Douleur hémi-thoracique droite**



Infarctus et Embolie pulmonaire périphérique sous-segmentaire.



- Mr C..... G
- 60 ans, dyspnée
- A travaillé pendant 20 ans au chantier naval de la Ciotat



Mise en évidence de signes de fibrose sous-pleurale dans les gouttières latéro-vertébrales. Ces aspects persistent en procubitus et signent la présence d'une fibrose due à l'exposition à l'Amiante: ASBESTOSE.

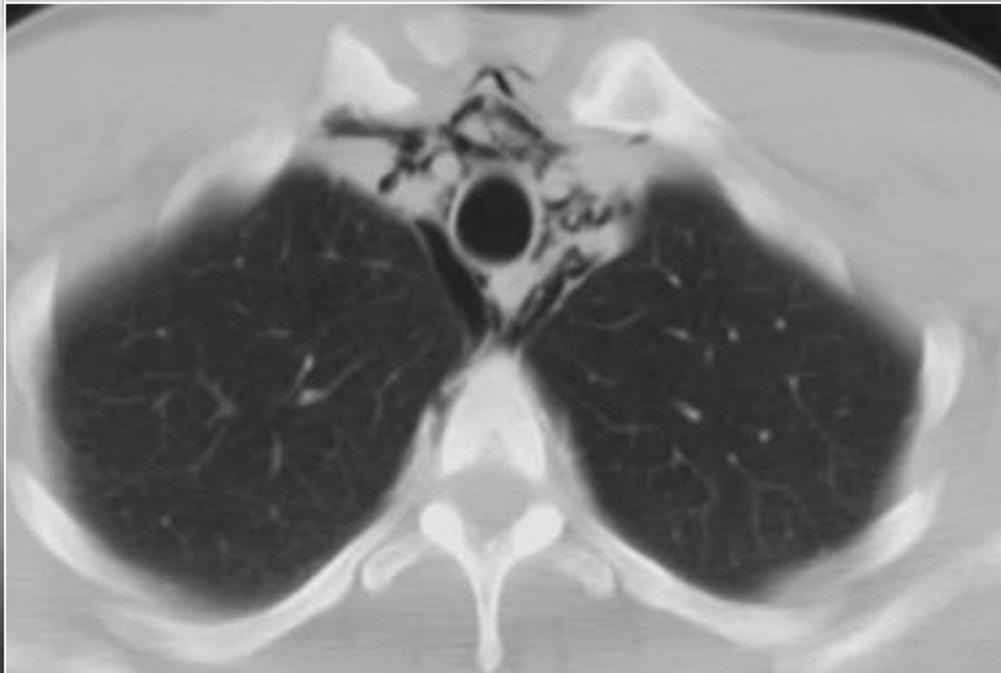


Homme de 20 ans, douleur thoracique intense au décours
d'une crise d'asthme sévère



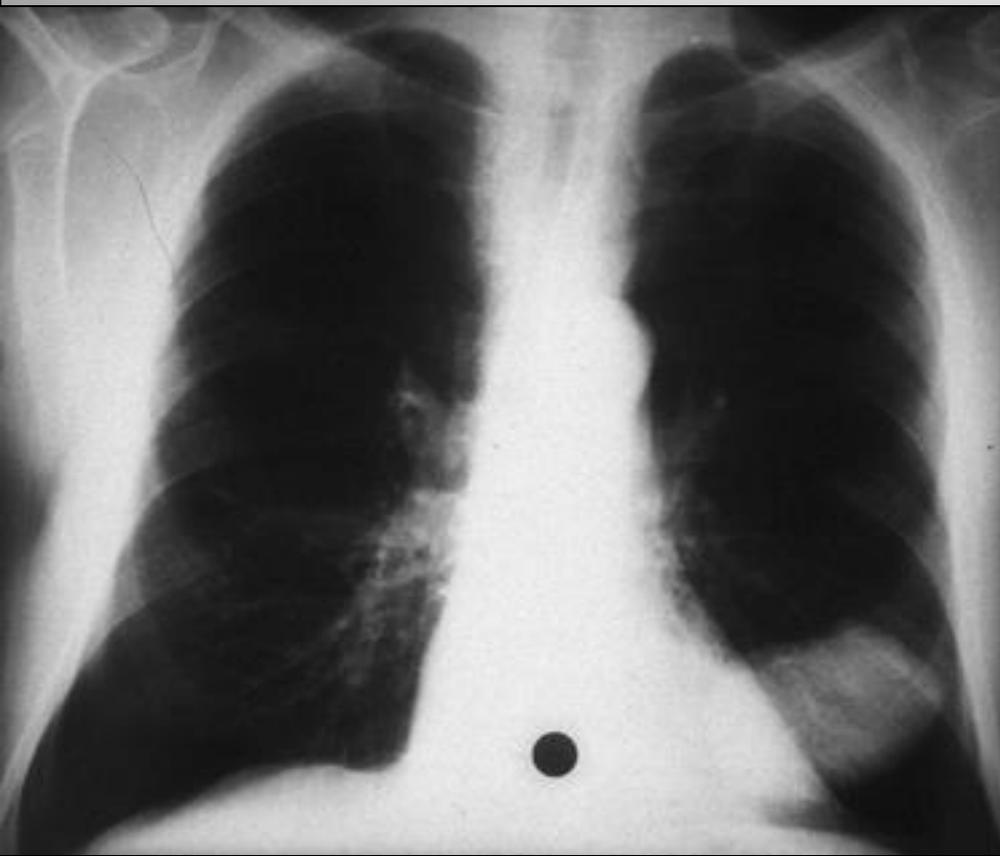


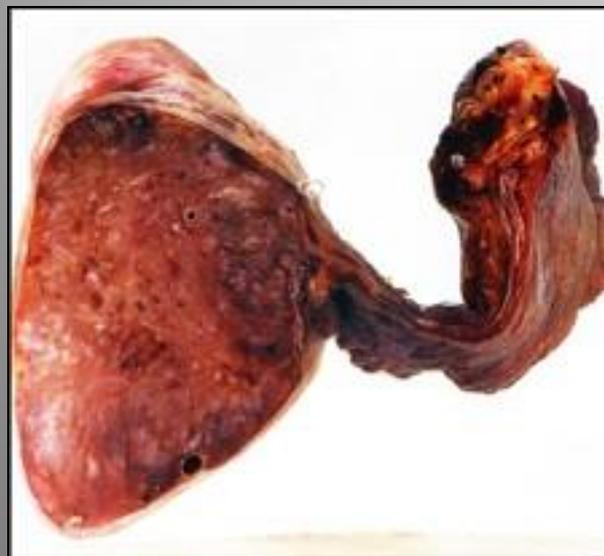
Pneumo-médiastin.





UN DIAGNOSTIC





Tumeur fibreuse de la plèvre,
pédiculée et mobile dans la
scissure



Homme , 22ans

Janv 2005 : pneumothorax gauche drainé

Mars 2005 : pneumothorax droit opéré (résection de bulles apicales, avivement pleural , talcage)

Mai 2005 : pneumothorax gauche opéré (même intervention)

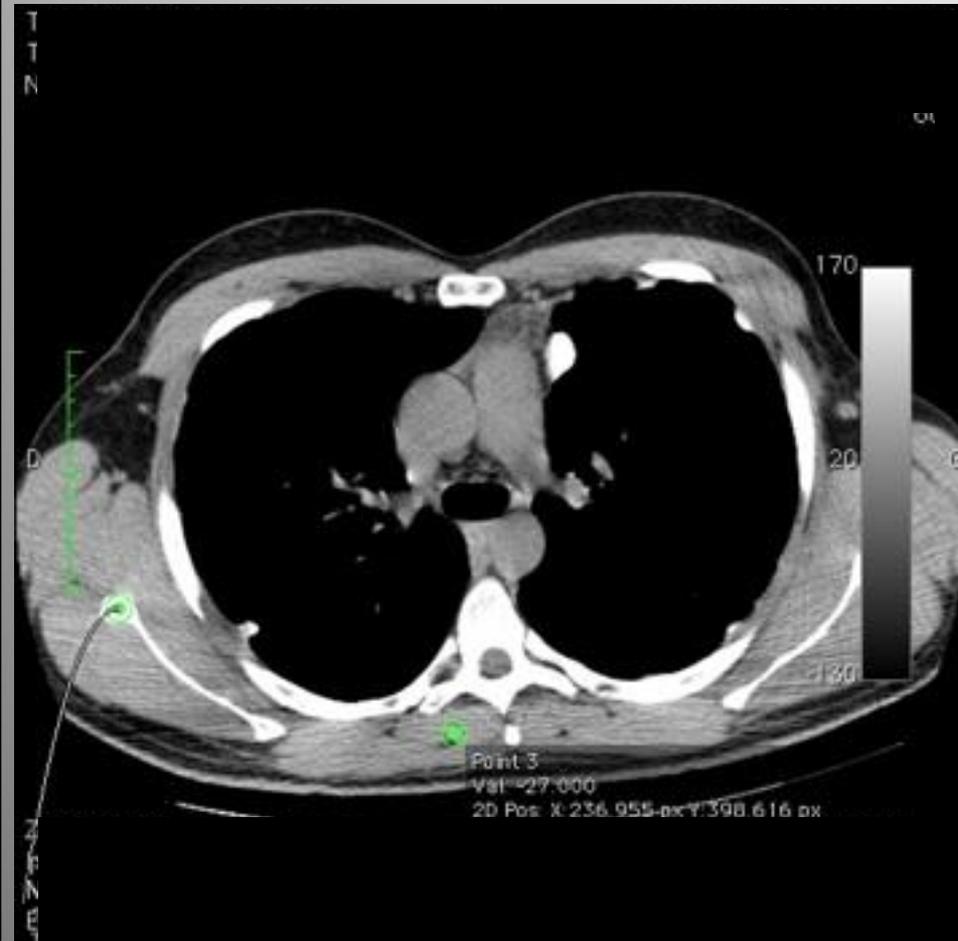


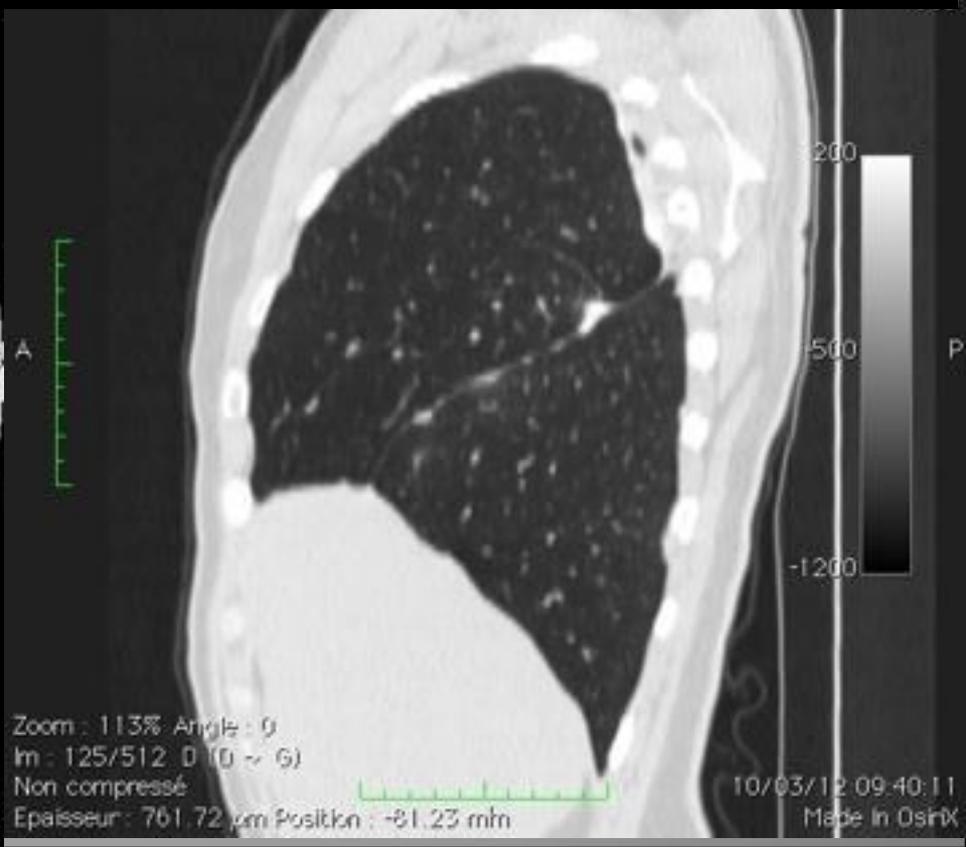
Rt





Tdm 2012 (idem 2007)

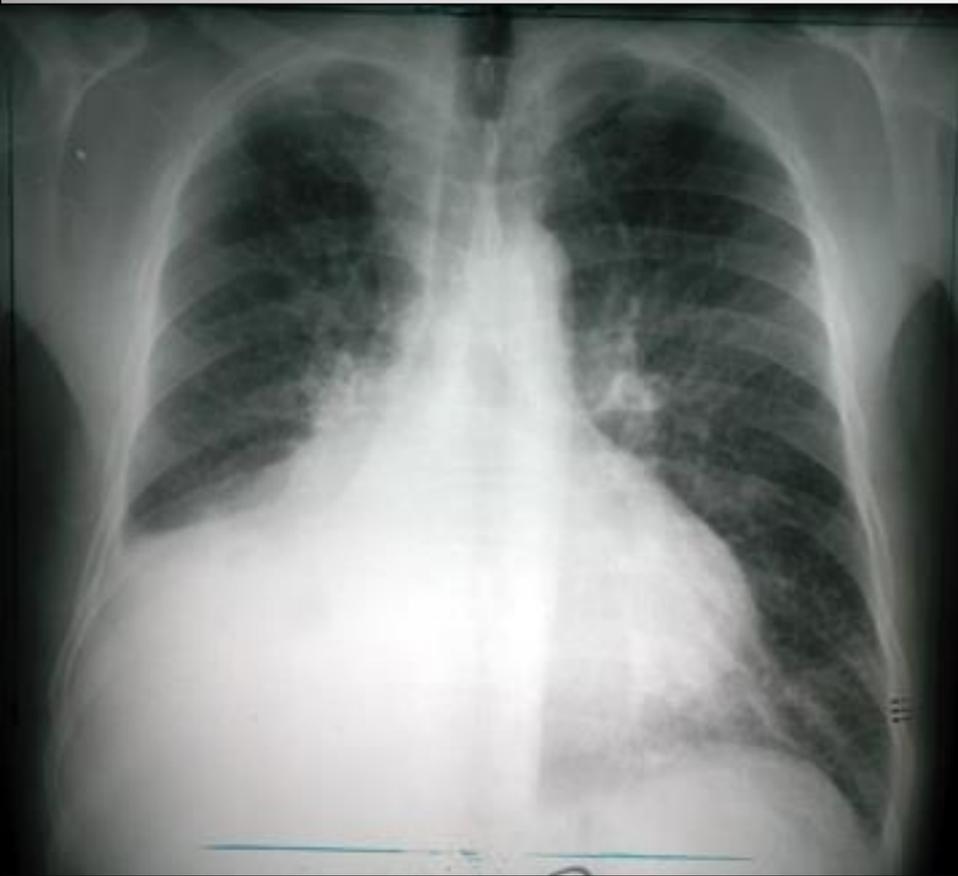


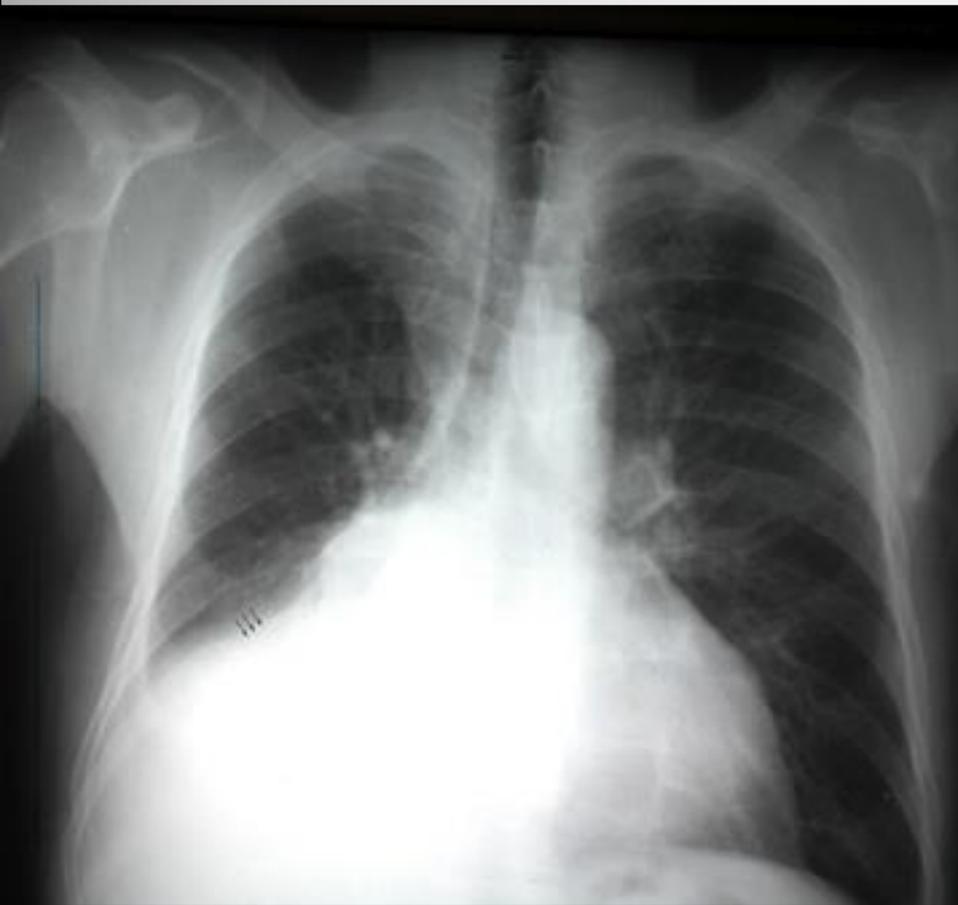




Séquelles du talcage pleural

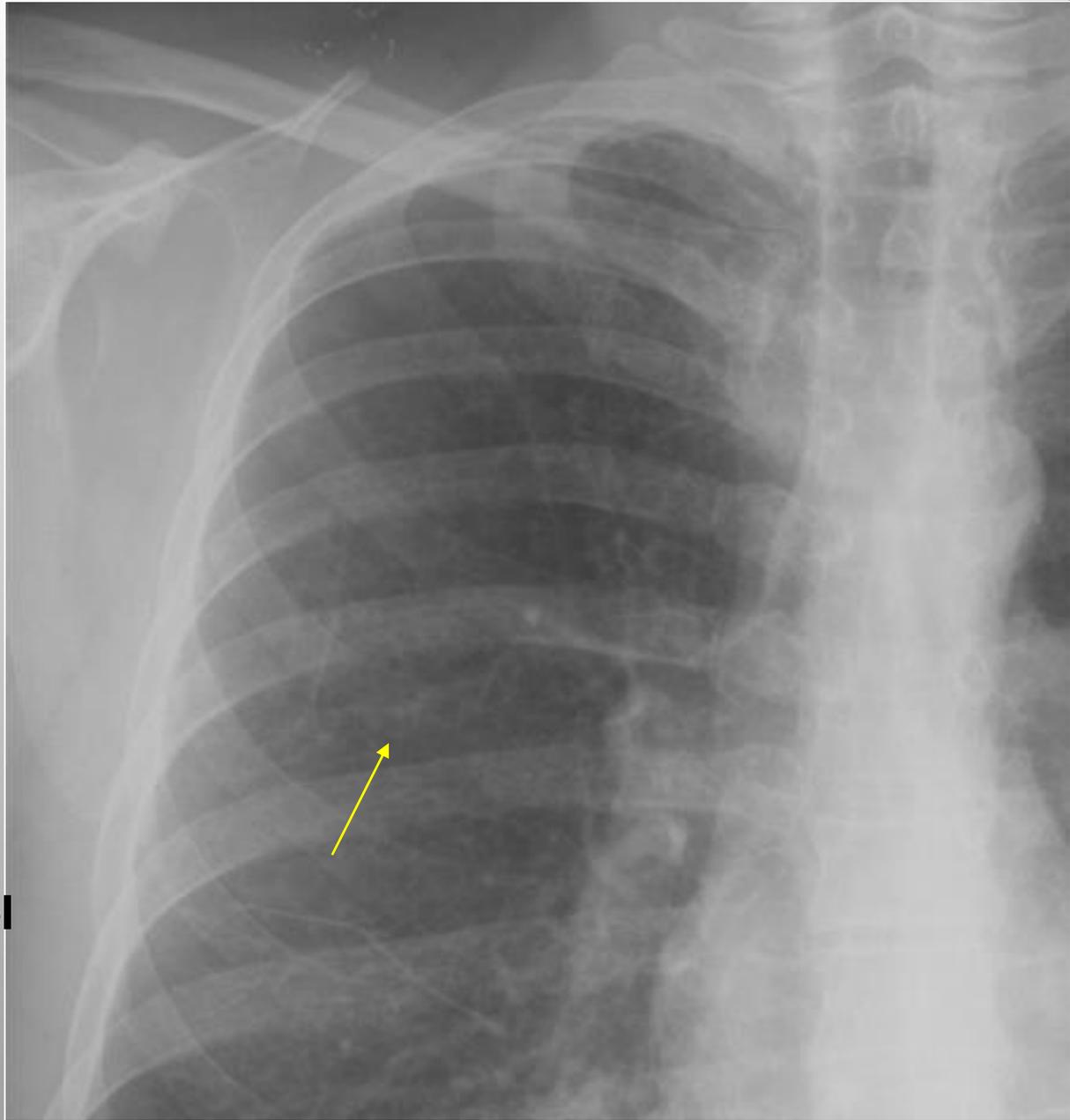
- Epaissements pleuraux multiples ,
de taille et de situation variable
forme plus ou moins nodulaire , de
densité élevée spontanément (260HU)
- pouvant fixer a la TEP +++++

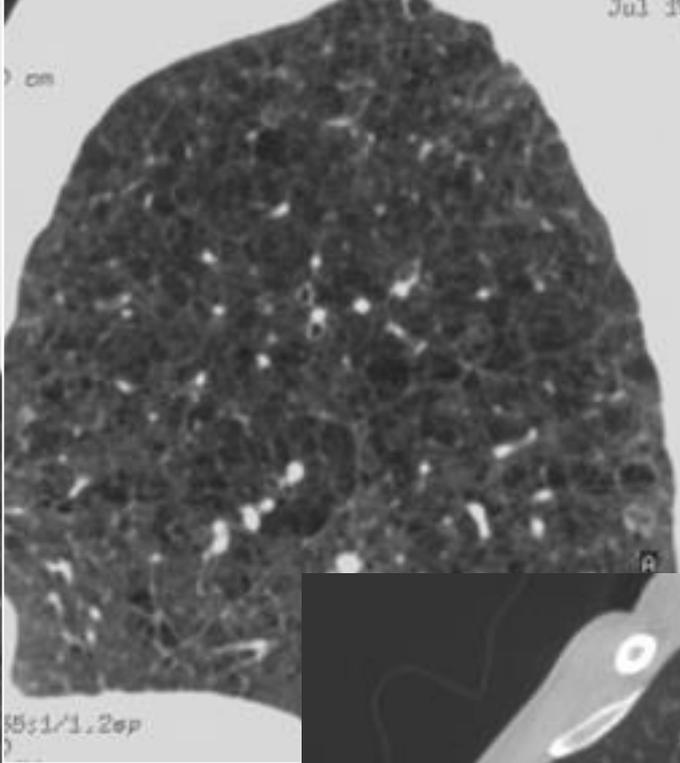
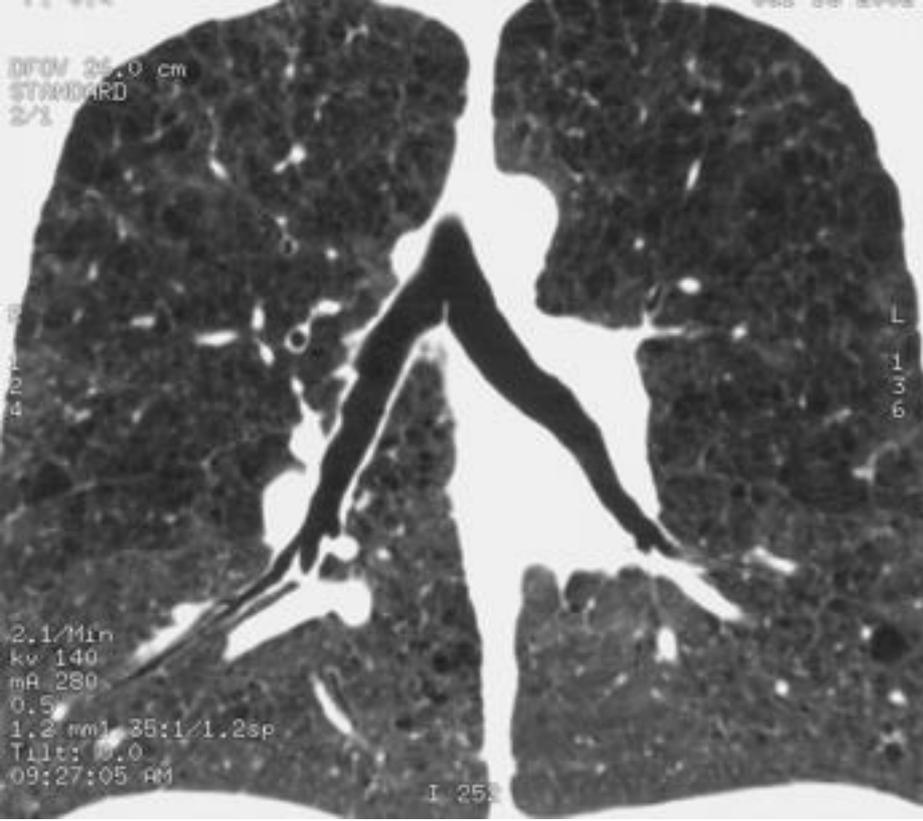






Tabagisme ++
Distension
Bulle ? Syndrome interstitiel
?
Micro-kystes ? ()





Lésions micro-kystiques à parois ± épaisses, atteignant préférentiellement les sommets. Les aspects sont compatibles avec un emphyème centro-lobulaire évolué. En fait, il s'agit de lésions d'histiocytose évoluée, au stade de « dentelle ».

Il n'est pas impossible que les 2 types de

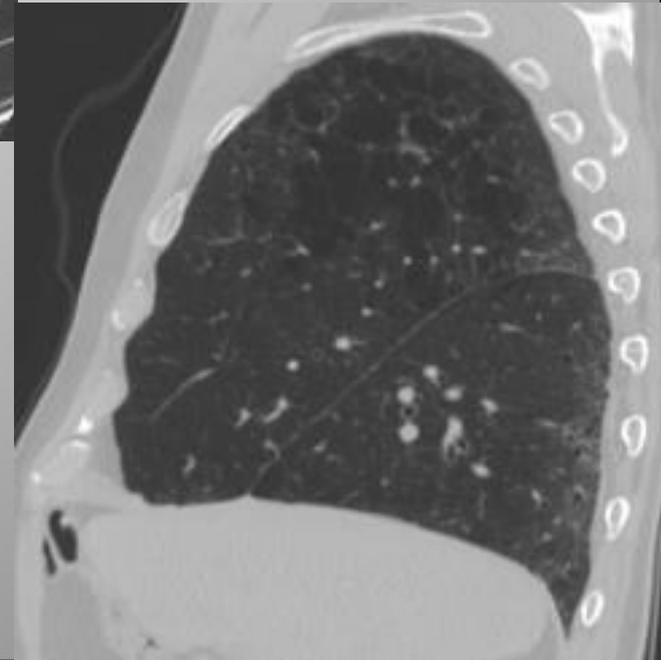
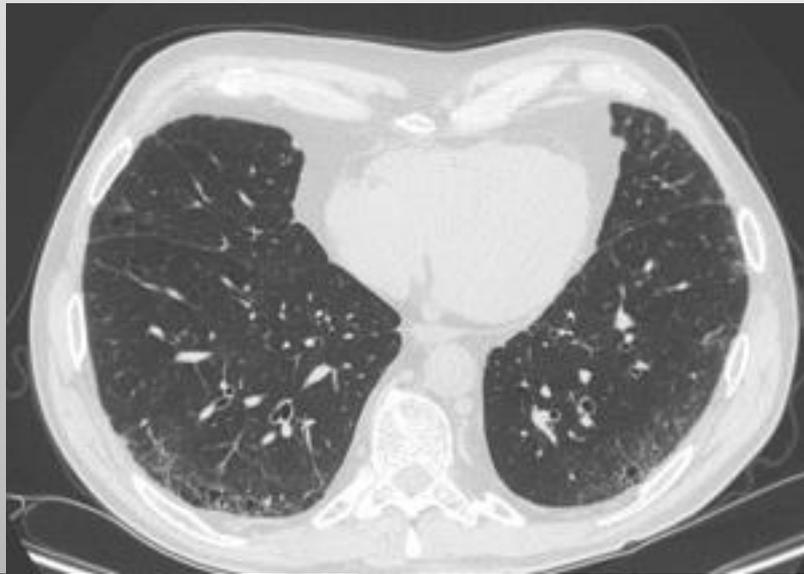


Contexte : tabac , dyspnée
aspect de "poumon sale"





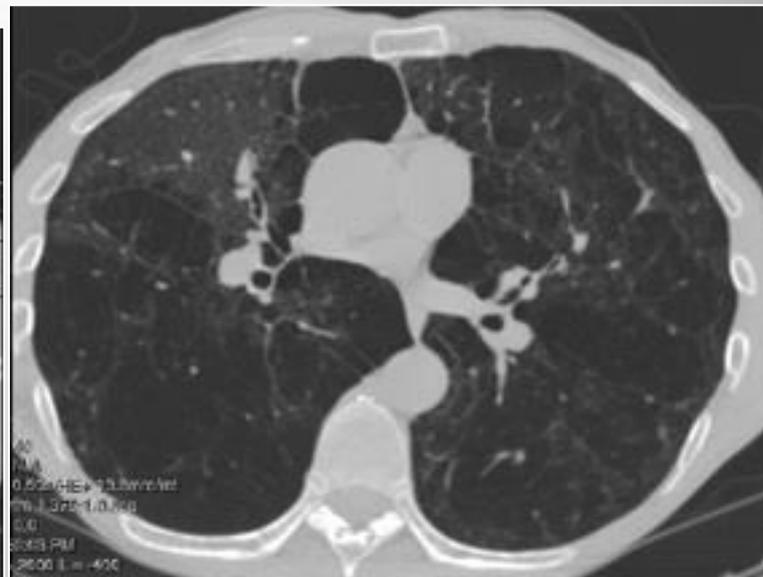
Syndrome emphysème des sommets-fibrose des bases





Mr T..... Gilbert, 54 ans

dyspnée au moindre effort, tabagisme (+ de 60 paquets /an)



EPL.

A noter la présence
d'un petit cancer:

AdénoK (↖).



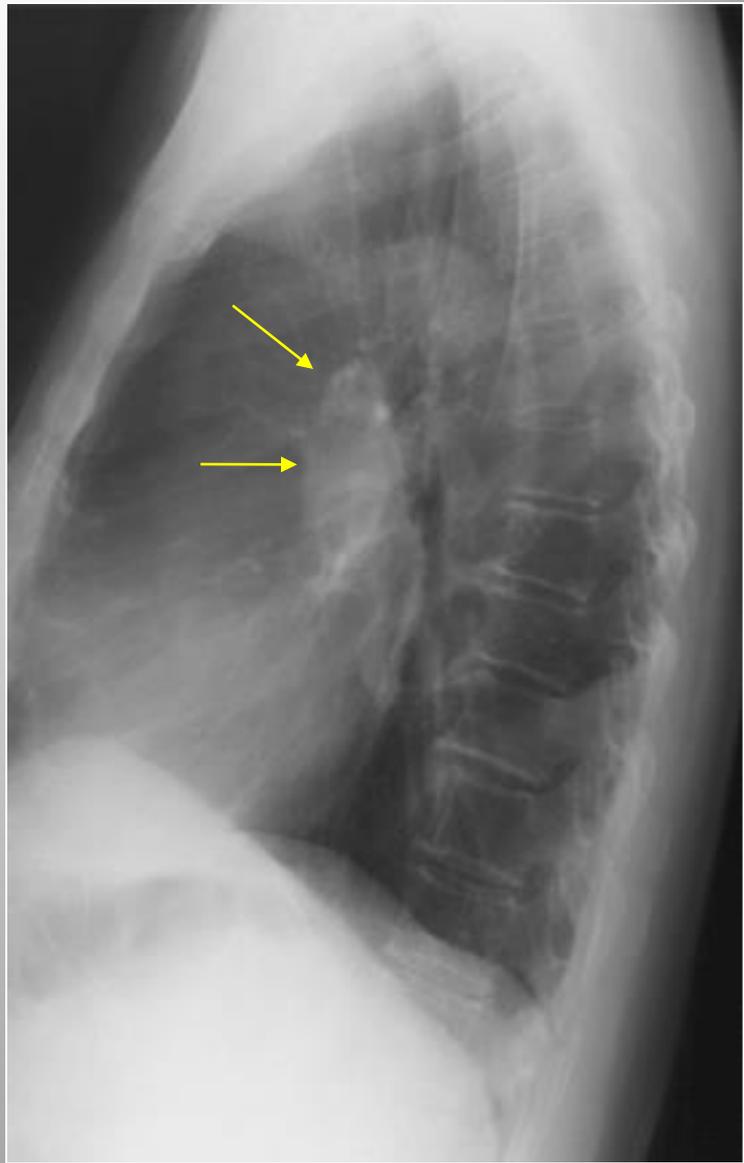
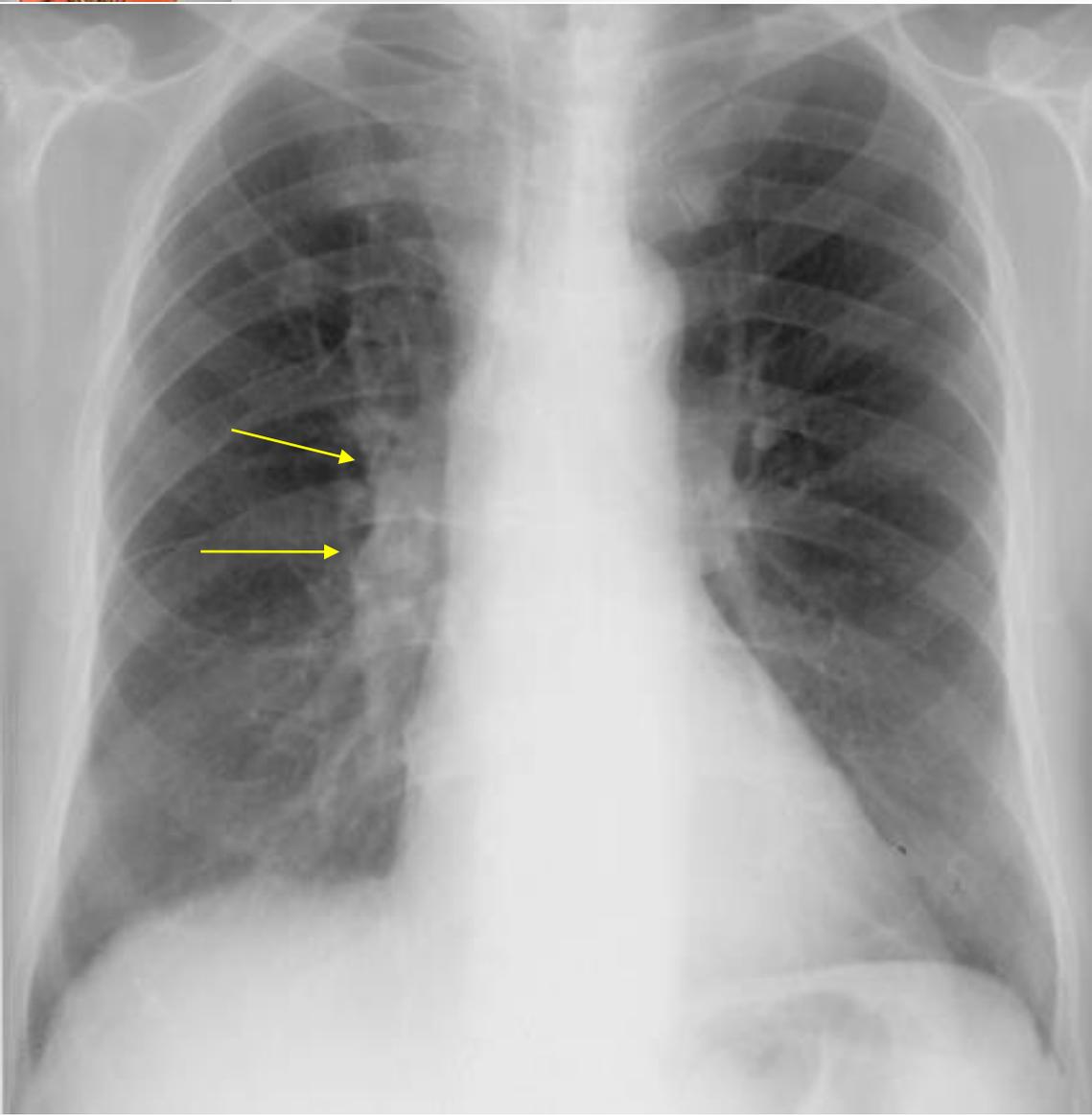
Femme obèse de 59 ans
Suivi de SAS + Asthme

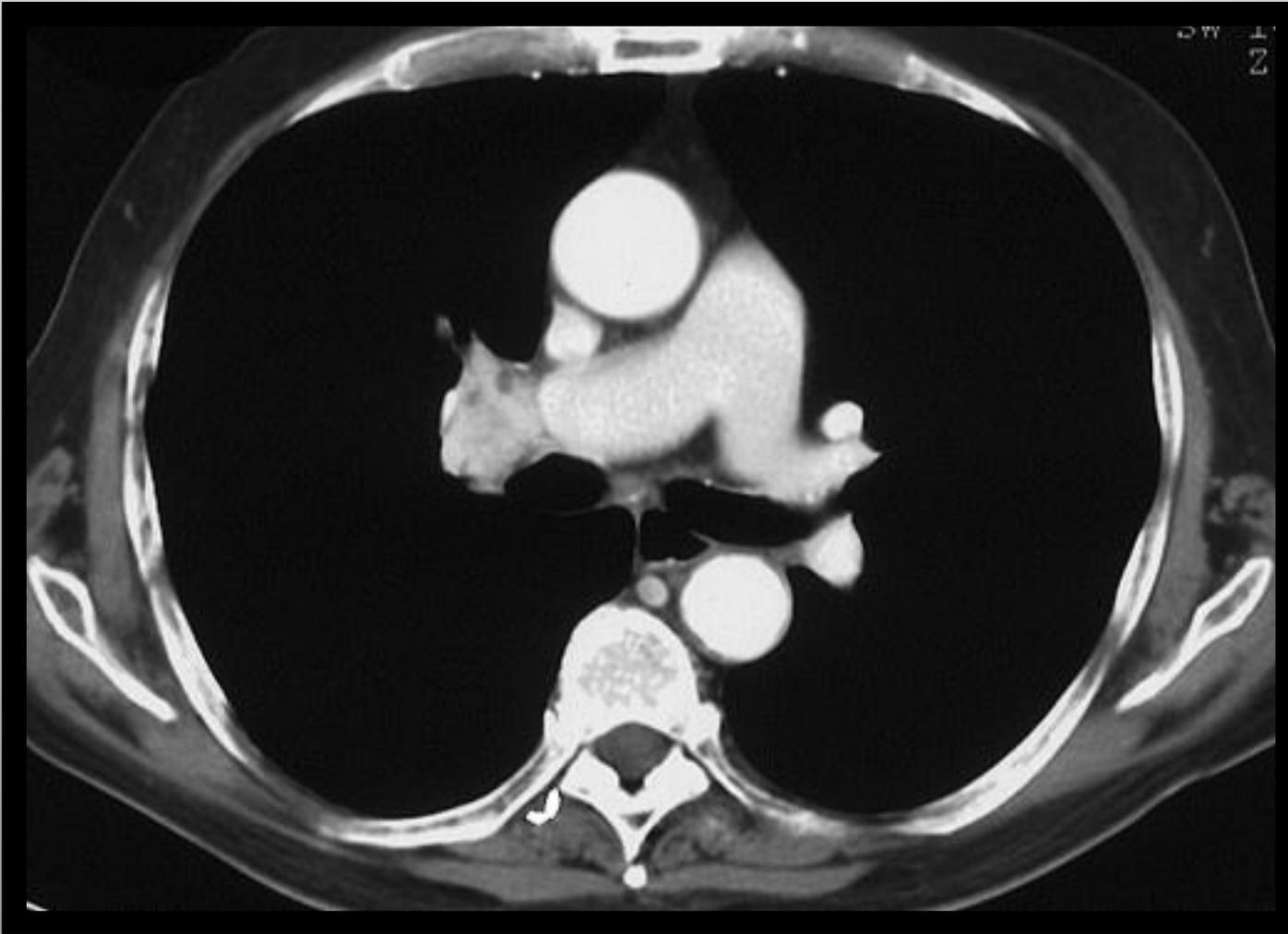




73 ans , AEG





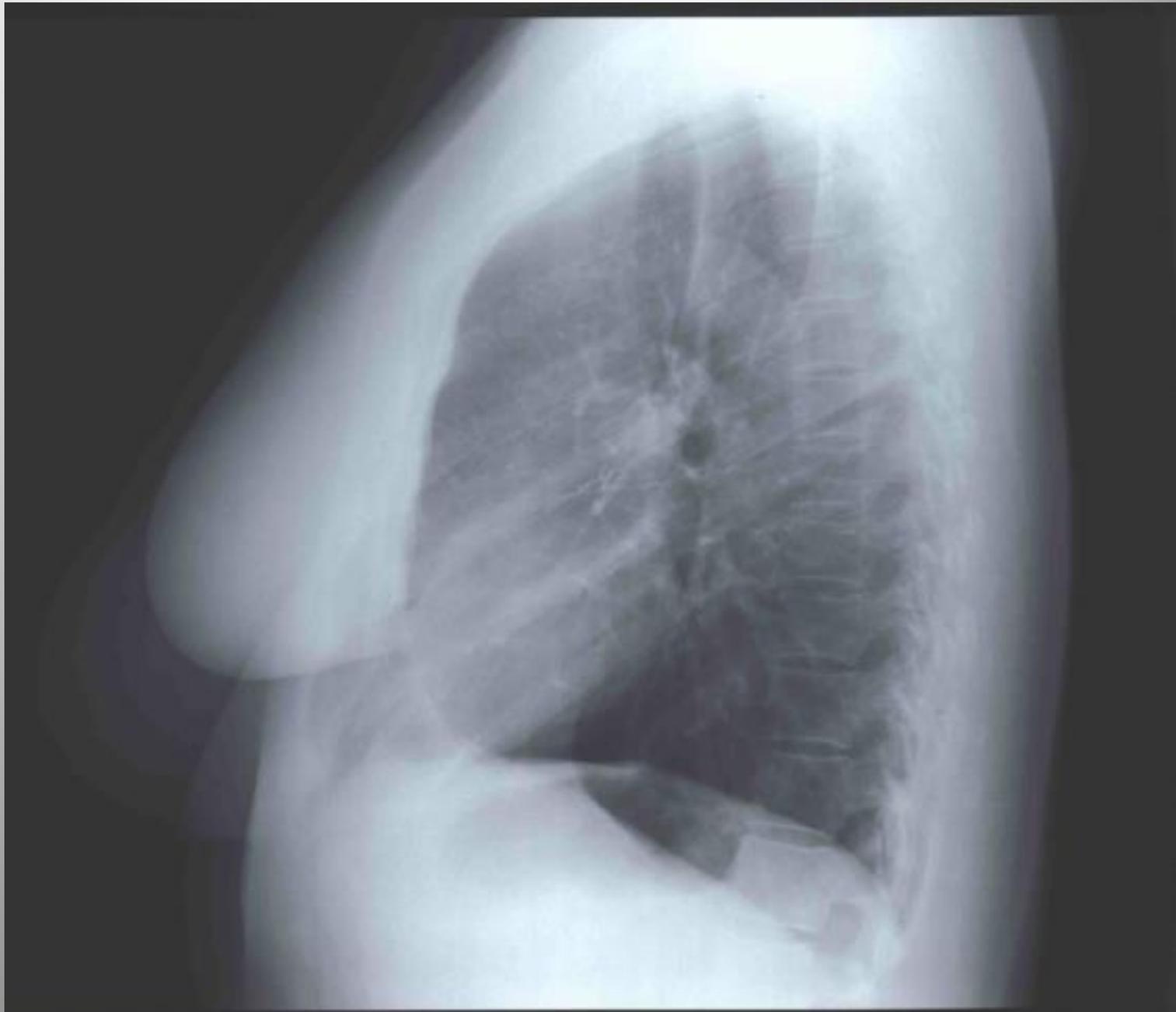


Adénocarcinome situé sur l'amas graisseux du hile D, impossible à voir



- On cherche ce qu'on connaît
- On trouve ce qu'on cherche



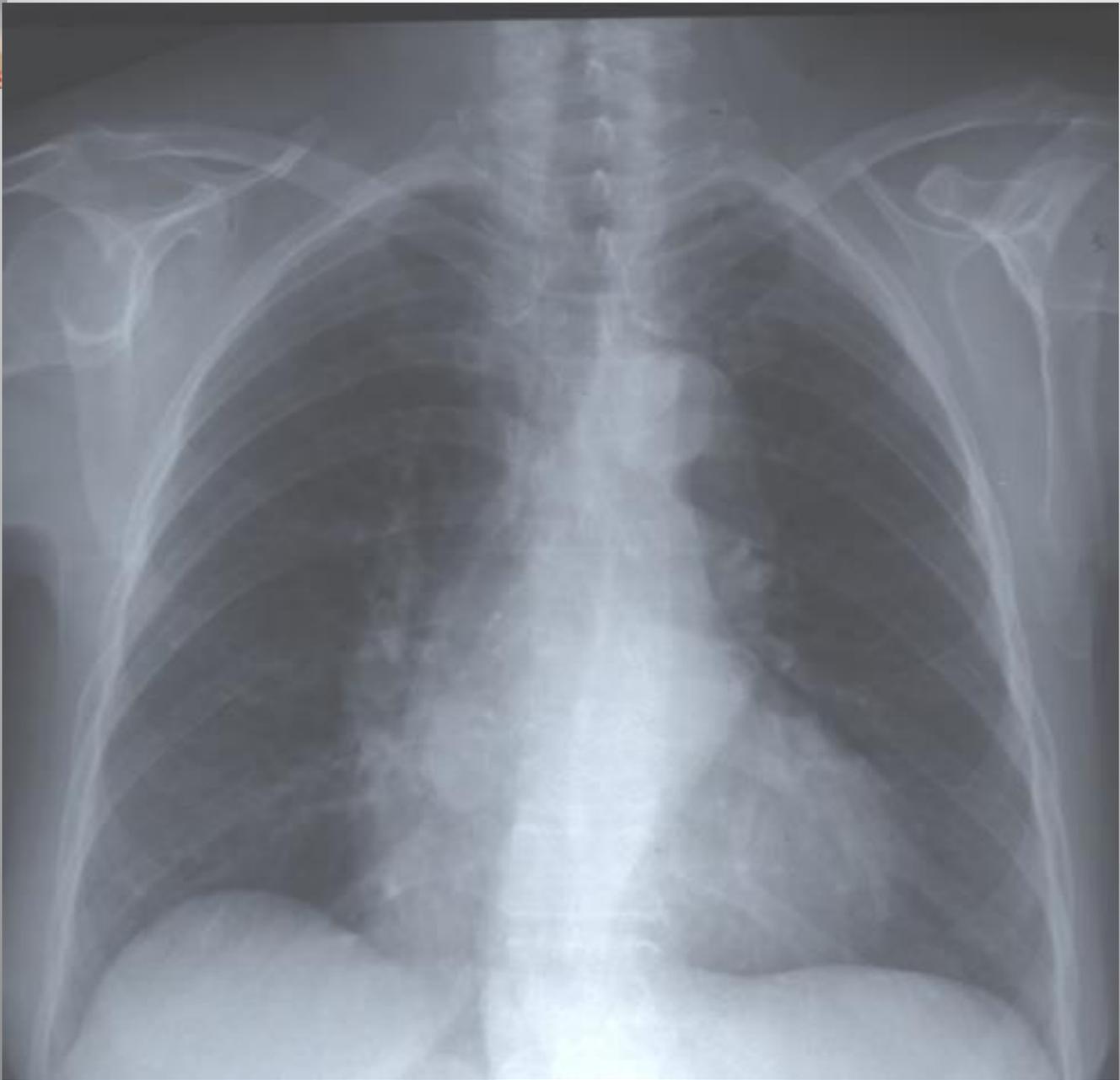




Diagnostic : lobectomie moyenne pour un
carcinome épidermoïde T1a N0M0



- Ma tante : 82 ans, dyspnée
- Effet chronotrope négatif d'un bétabloquant







Abouchement des veines pulmonaires





Patient de 15 ans

Douleurs thoraciques gauches

Toux - Fièvre







Quel est votre diagnostic ?



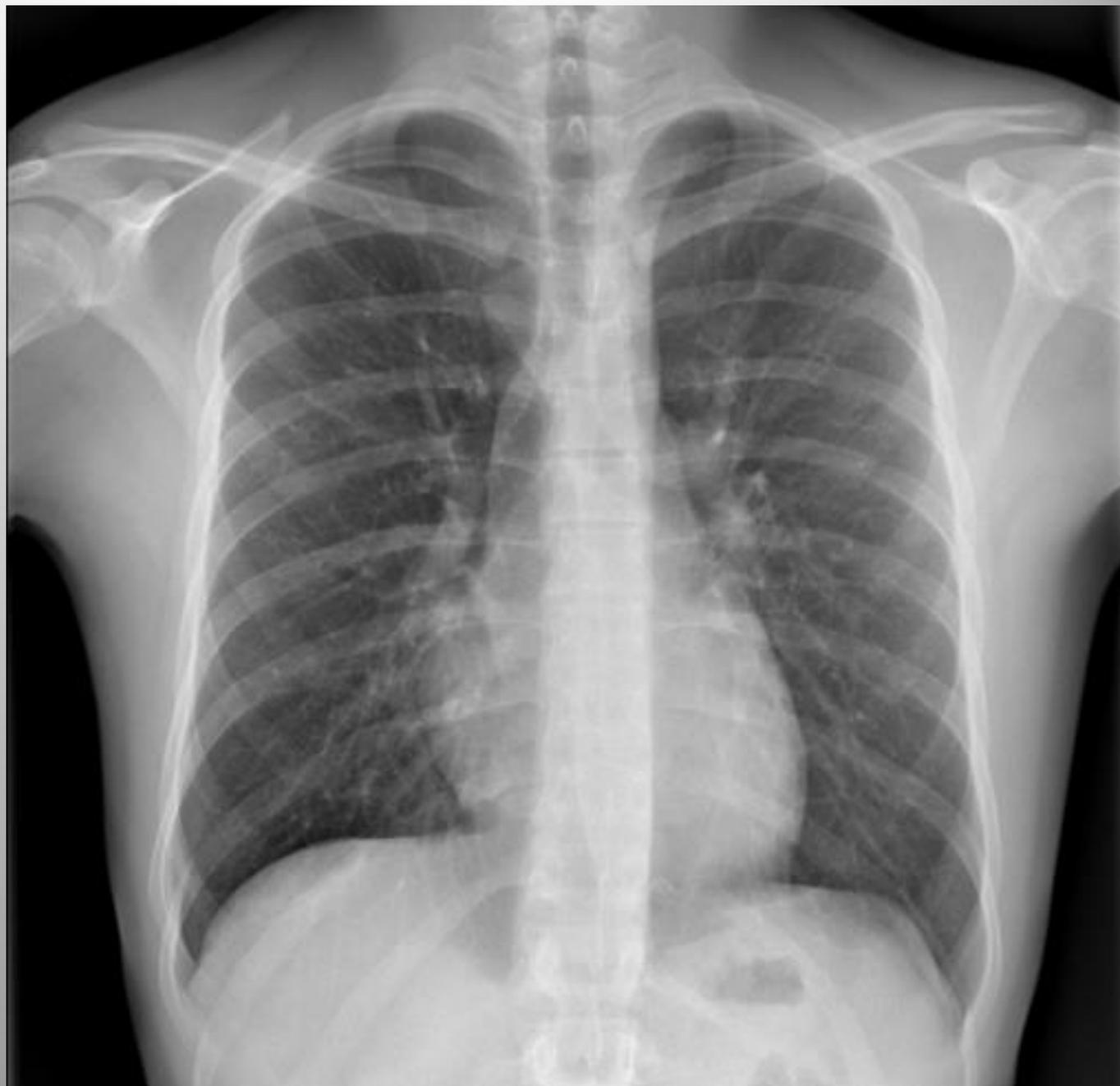
Diagnostic

Pneumopathie lobaire inférieure gauche
Adénomégalie hilare satellite



Rx CTRL + 1 mois

**Normalisation
après
ATB thérapie**





Patiente de 61 ans

Crachats hémoptoïques

Anomalie sur la radio thoracique







Biopsie

Tissu adipeux et
pulmonaire normal

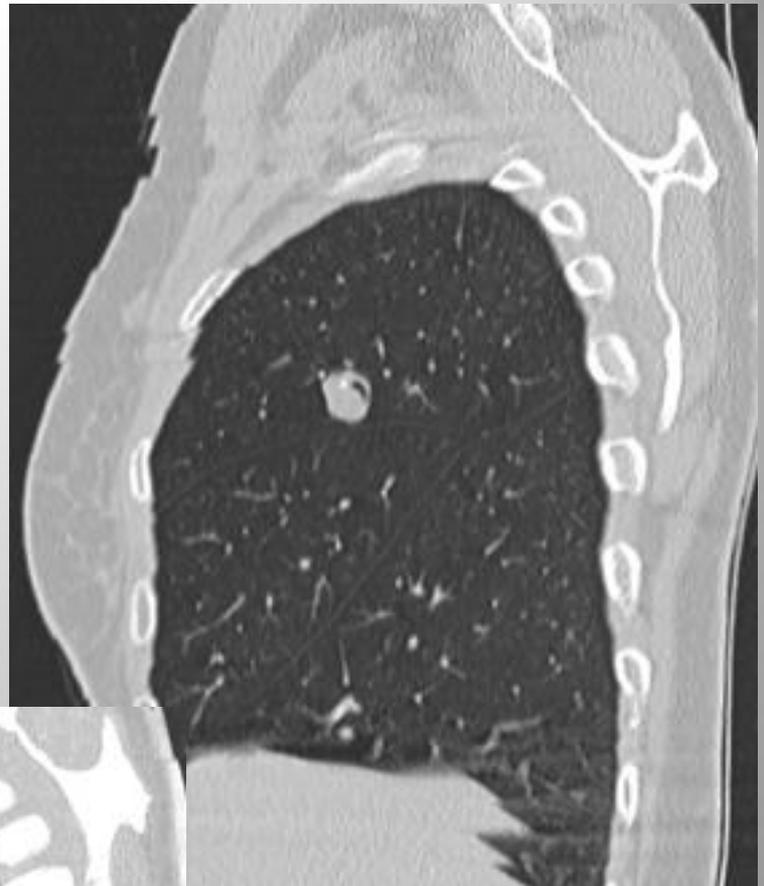




TDM à 2 ans

Apparition d'1 calcification







Quel est votre diagnostic ?



Diagnostic

Hamartochondrome
Segment ventral
du lobe supérieur droit



Patient de 60 ans

Anomalie sur la radiographie thoracique ?













Quel est votre diagnostic ?



Diagnostic

Gastroplastie pour Carcinome Oesophagien