



# LE SYNDROME PARIÉTAL THORACIQUE

Sémiologie, étiologies et diagnostics  
différentiels

**J Giron, N Sans, ML Despeyroux, O Loustau, H Gandois,  
D Galy, JJ Railhac**

*Service central d'imagerie ó CHU Purpan - Toulouse*



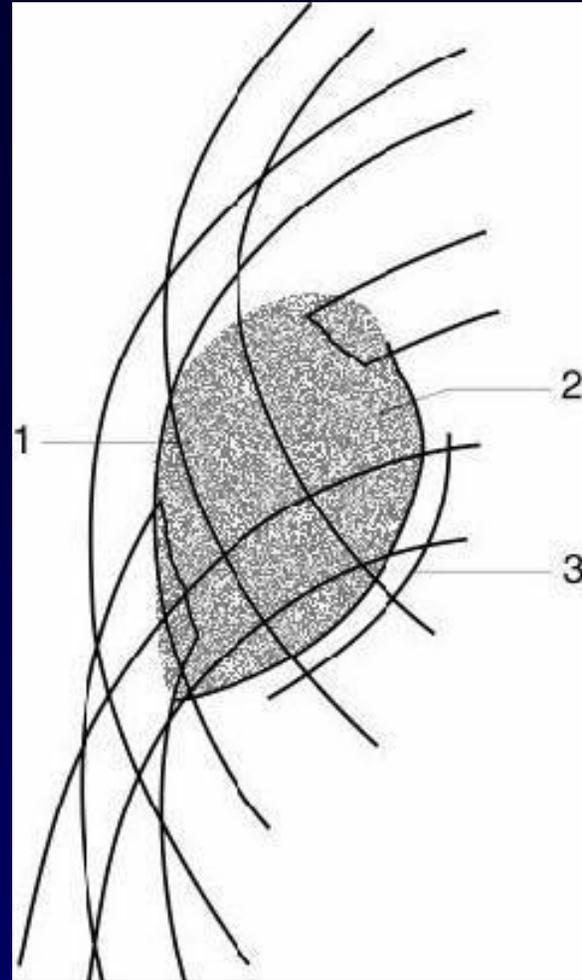
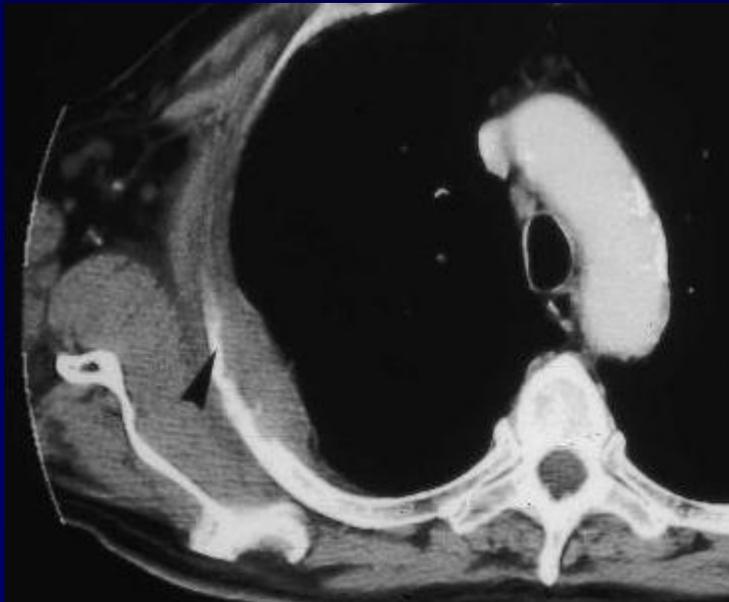
# INTRODUCTION

- É On désigne par syndrome pariétal l'ensemble des signes radiologiques créés par une lésion de la paroi thoracique, soit osseuse, soit des parties molles, soit des deux. Ce terme est issu de la sémiologie décrite à partir de la radiographie thoracique simple, notamment par Felson.
- É Il convient de le transposer aujourd'hui dans les nouvelles sémiologies issues des nouveaux moyens d'imagerie applicables à la paroi thoracique: **la tomodensitométrie** (TDM), mais aussi **l'échographie** et **l'imagerie par résonance magnétique** (IRM).



## DIAGNOSTIC POSITIF ET DIFFERENTIEL

- É Le syndrome pariétal est lié à une lésion osseuse, ou à une lésion des parties molles, ou à une lésion des deux à la fois.
- É Nous excluons la paroi thoracique postérieure (rachis et scapula).
- É Le diagnostic positif est à la fois différentiel en ce sens qu'il faut exclure les origines pleuro pulmonaires avec atteinte pariétale, alors que les extensions pleuro pulmonaires d'un vrai syndrome pariétal « originel » sont à l'inverse possibles.
- É Au plan clinique, la douleur est un maître symptôme.
- É L'imagerie moderne facilite beaucoup le diagnostic alors que la radiographie simple reste délicate et incertaine. Rappelons que la scintigraphie osseuse sert à affirmer l'unicité ou non des lésions osseuses dans et au-delà de la paroi thoracique.



*Syndrôme pariétal avec lésion osseuse (métastase costale).  
Radiographie et scanner.  
Schéma du syndrome pariétal avec lésion osseuse. 1.  
opacité en regard d'une ostéolyse costale ; 2. floue en haut,  
bien limitée en bas; 3 raccord en pente douce*



# DIAGNOSTIC POSITIF ET DIFFERENTIEL

## Radiographie Thoracique

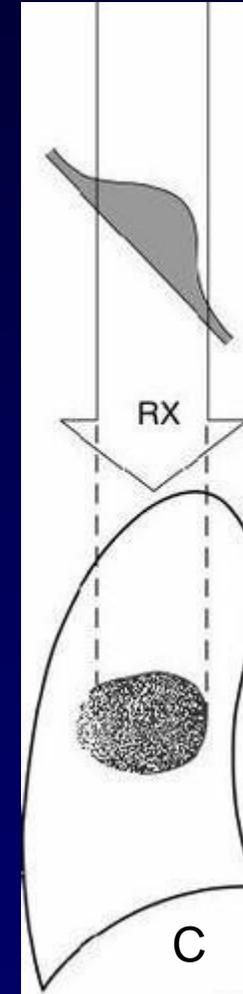
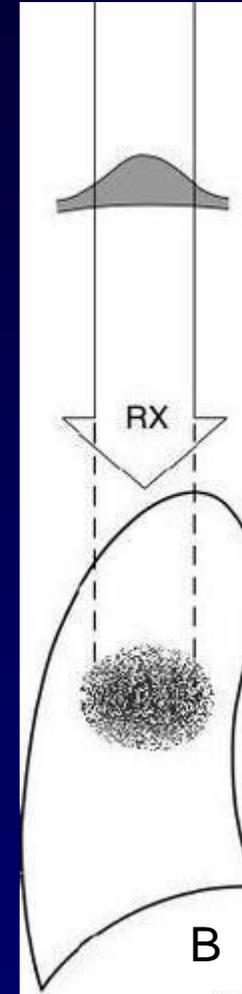
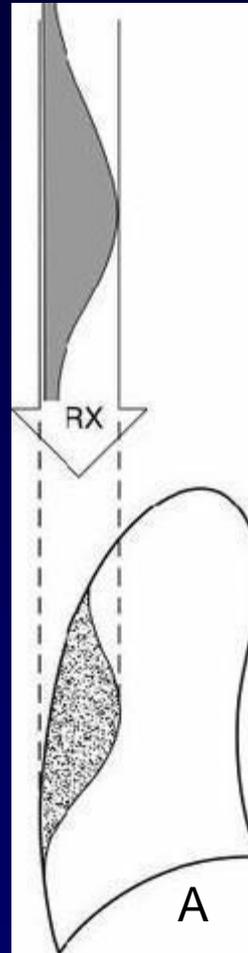
### Atteinte des parties molles

*Syndrome pariétal avec lésion des parties molles, formation de l'image (d'après Mabile).*

*A. En tangente : bord inférieur net, raccords en pente douce ou plus aigus.*

*B. De face : opacité à limites floues, dedans et dehors.*

*C. En oblique : limites floues en dehors (le plus souvent).*





# Diagnostic Etiologique

## É **PATHOLOGIE CONGÉNITALE ET DIVERSE**

- ó Pectus excavatum et carinatum
- ó Syndrome de Poland
- ó Encoches costales
- ó Calcifications pariétales
- ó Hernies pariétales

## É **PATHOLOGIE TRAUMATIQUE**

- ó Fractures sternocostales
- ó Hématome extrapleurale
- ó Lésions iatrogéniques de la paroi thoracique

## É **PATHOLOGIE INFLAMMATOIRE ET INFECTIEUSE**

- ó Pelvispondylite ankylosante
- ó Hyperostose sterno-costo-claviculaire
- ó SAPHO
- ó Syndrome de Tietze
- ó Tuberculose pariétale thoracique
- ó Ostéites
- ó Échinococcose

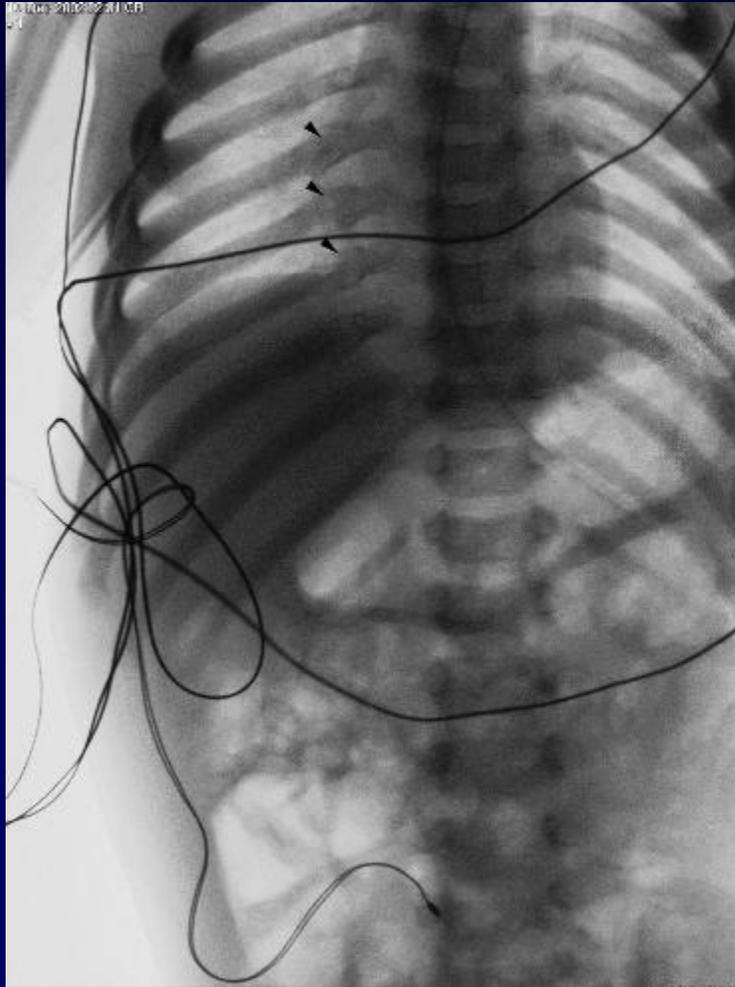
## • **PATHOLOGIE TUMORALE**

- ó Tumeurs de l'enfant et l'adolescent
  - É Sarcome d'Ewing
  - É Tumeurs secondaires
  - É Tumeurs bénignes
  
- ó Tumeurs de l'adulte
  - É Tumeurs des parties molles
  - É Tumeurs osseuses
    - ó Tumeurs sternales
    - ó Tumeurs costales bénignes
    - ó Tumeurs costales malignes



# PATHOLOGIE TRAUMATIQUE

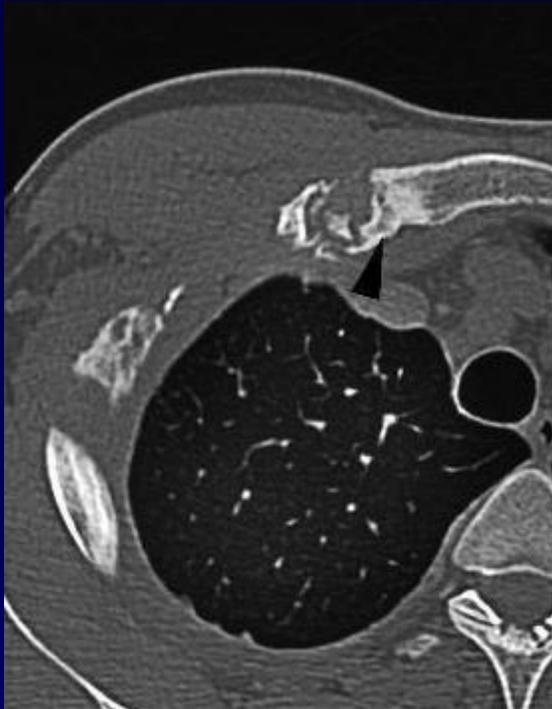
## *Fractures sterno-costales*



*Syndrome de Silverman : fractures de côtes d'âge différents*



## PATHOLOGIE INFLAMMATOIRE ET INFECTIEUSE *SAPHO*

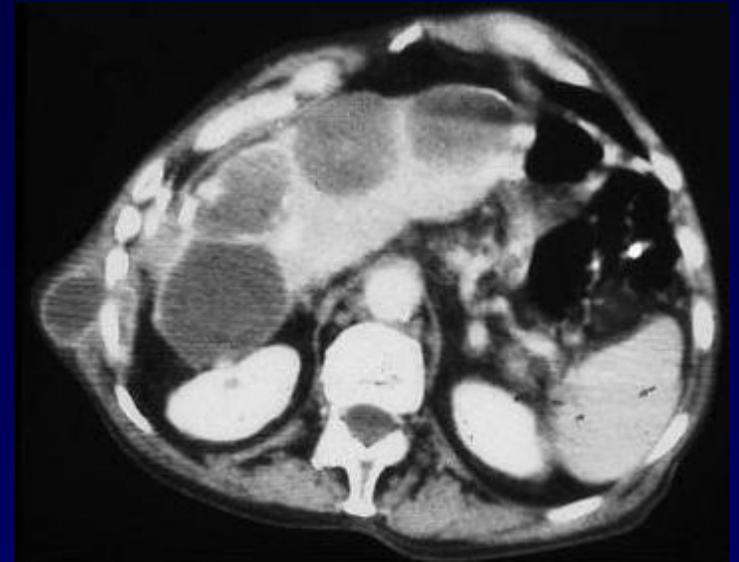


*SAPHO*. Radiographie thoracique et tomodensitométrie : condensations et aspect d'ostéite chronique des premières côtes et du sternum - Courtoisie Club Thorax D Jeanbourquin



# **PATHOLOGIE INFLAMMATOIRE ET INFECTIEUSE**

## *Tuberculose pariétale thoracique*

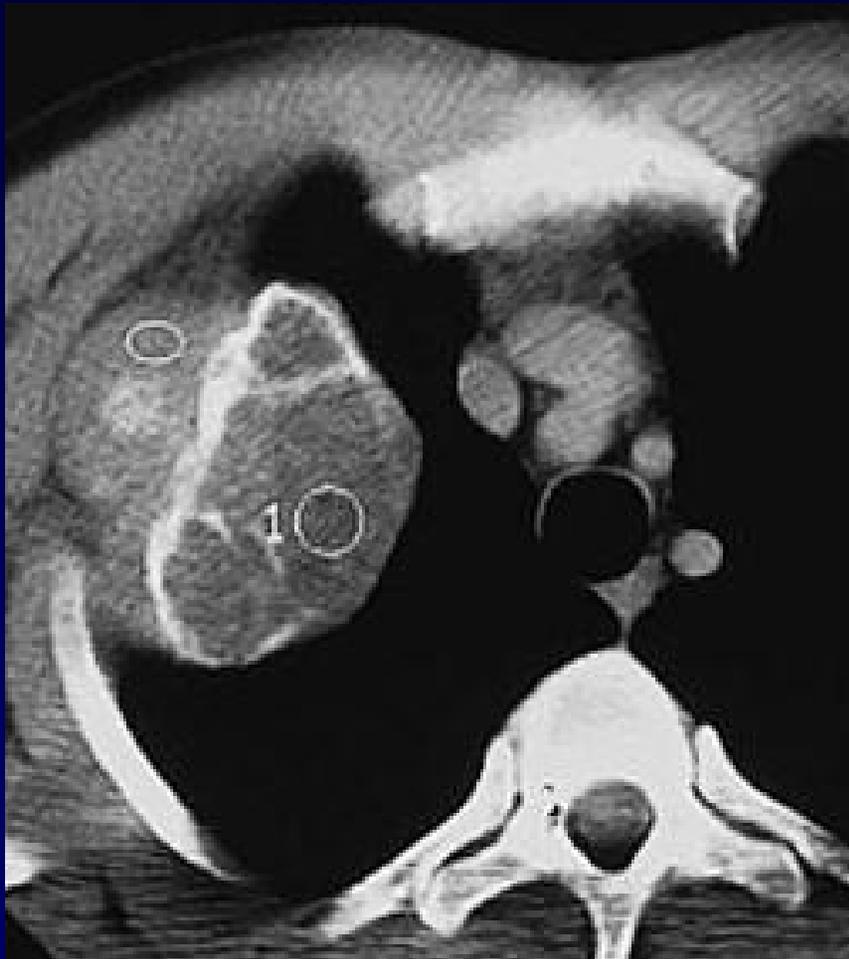


***Tuberculose pariétale et thoracique.***

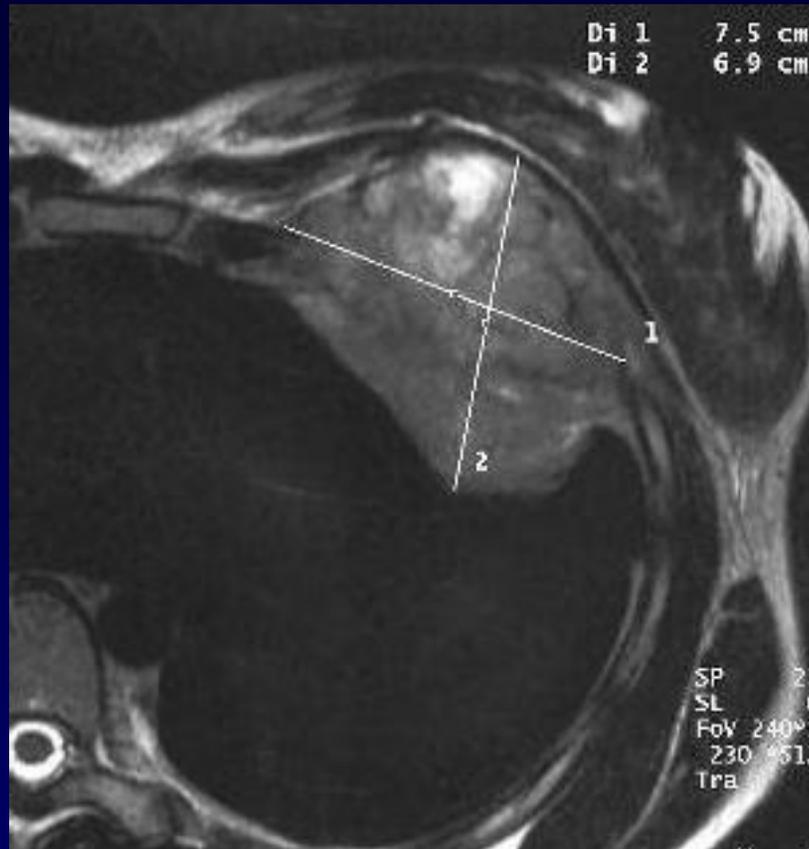
*Abcès froids multiples avec localisations pariétales, costales et hépatiques.*



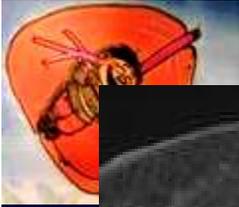
## PATHOLOGIE TUMORALE



*Sarcome d'Ewing, âge 18 ans, localisation à la première côte. TDM & IRM.*



*Enfant de 14 ans - Sarcome de très haut grade « inclassable ». IRM en coupe axiale et sagittale*



***Lipome pariétal thoracique.***

*Tomodensitométrie : densité grasseuse.*

*Imagerie par résonance magnétique (autre cas) :  
disposition en « bouton de chemise », signal grasseux  
en hypersignal en pondération T1.*



# CONCLUSION

- É L'étude du syndrome pariétal en radiographie standard n'est pas simple, surtout lorsque les données de l'examen clinique ne sont pas connues.
- É Cette étude force à l'évidence à ne jamais considérer qu'un « cliché pulmonaire » puisse n'être qu'un « cliché pulmonaire ». Il s'agit bien toujours d'une radiographie thoracique (côtes, sternum, parties molles...).
- É Le signe décisif est celui du liseré pleural et il faut bien reconnaître qu'il est plus aisé à percevoir en imagerie moderne qu'en radiographie standard.
- É Des guides statistiques sont à connaître : les plus fréquentes des tumeurs des parties molles sont le lipome, les tumeurs nerveuses, les tumeurs vasculaires ; les plus fréquentes des lyses osseuses sont le sarcome d'Ewing avant 20 ans , les métastases après 50 ans et les lymphomes entre ces 2 âges.