

RADIO



Sdr alvéolaire = sdr de condensation non rétractile

Interprétation : multiples opacités floconneuse denses diffuses dans les 2 champs pulmonaire, plus importantes au niveau des hiles et aux bases, épargnant la périphérie, les limites sont flou réalisant l'aspect typique en aile de papion associé à une cardiomégalie

Sdr radiologique : sdr alvéolaire diffu

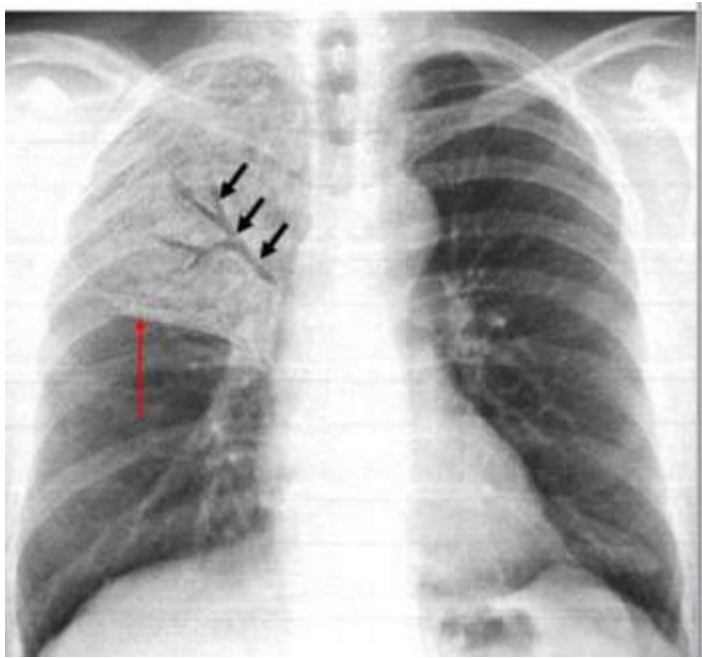
Dgc :

- OAP hémodynamique
- OAP lésionnel
- Pneumopathie bilatérale étendu

NB :

- OAP hémodynamique : respecte la périphérie → aspect typique
- OAP lésionnel : ne respecte pas la périphérie (de sommet au base) → atypique
- dans OAP lésionnel = SDRA = intubation



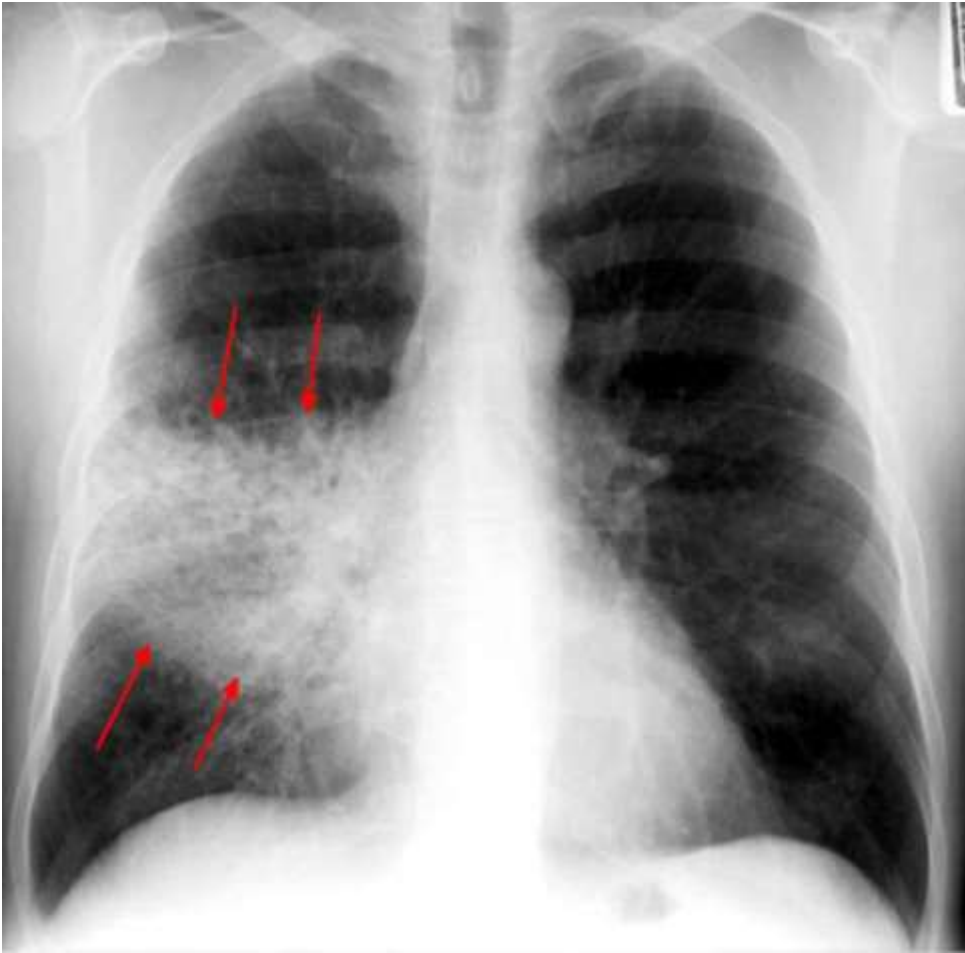


Interprétation : opacité franche (= en plage) dense hétérogène par la présence d'un bronchogramme aérien occupant le 1/3 sup de l'hémithorax droit, limite supéro-externe correspond à la paroi thoracique, limite interne n'efface pas le bord droit du médiastin, limite inférieure nette régulière horizontale correspond probablement à la petite scissure, médiastin à sa place, poumon controlatéral indemne de toute pathologie

Sdr radiologique : sdr alvéolaire localisé

Dgc :

- PFLA du LSD
- Lobite tuberculeuse
- Kc primitif du poumon

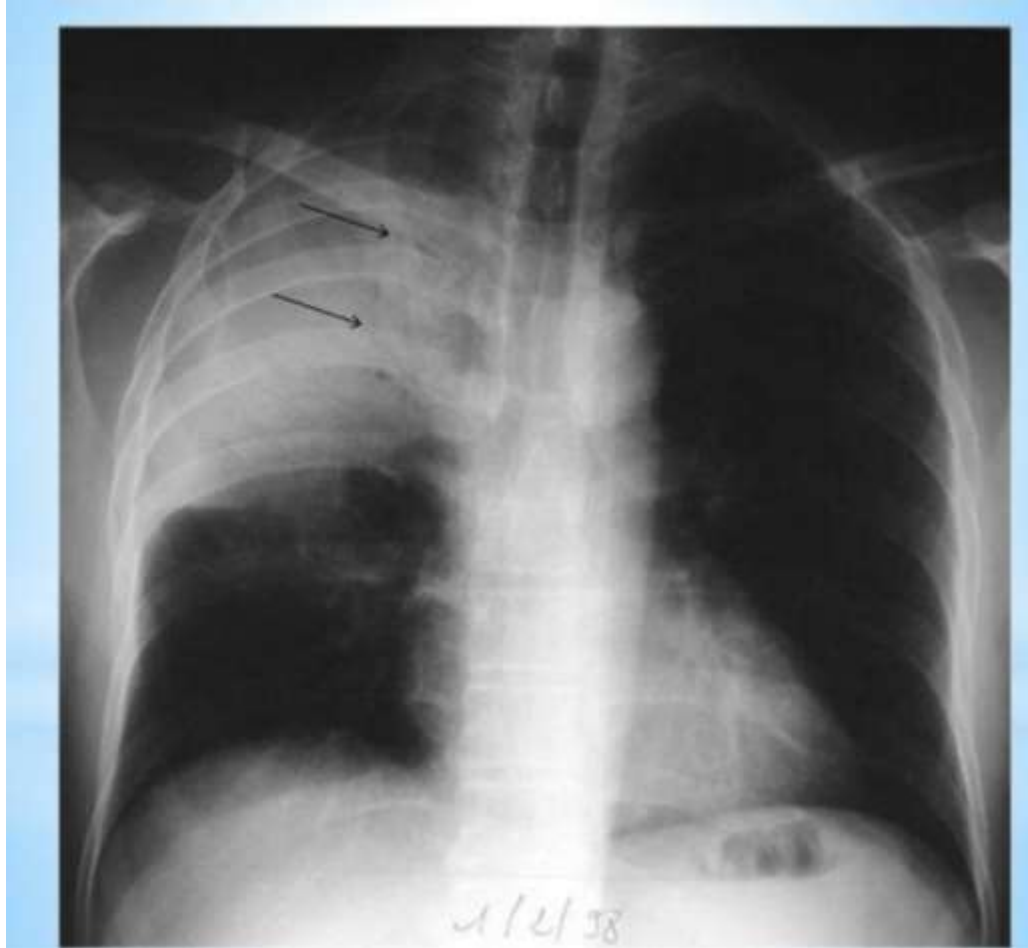


Interprétation : opacité dense homogène occupant le 1/3 moyen de l'hémithorax droit, limite sup nette régulière horizontale correspond probablement à la petite scissure, limite inf aussi est nette, limite externe correspond à la paroi, limite interne efface le bord droit du cœur, médiastin à sa place, poumon controlatéral indemne de toute pathologie

Sdr radiologique : sdr alvéolaire localisé

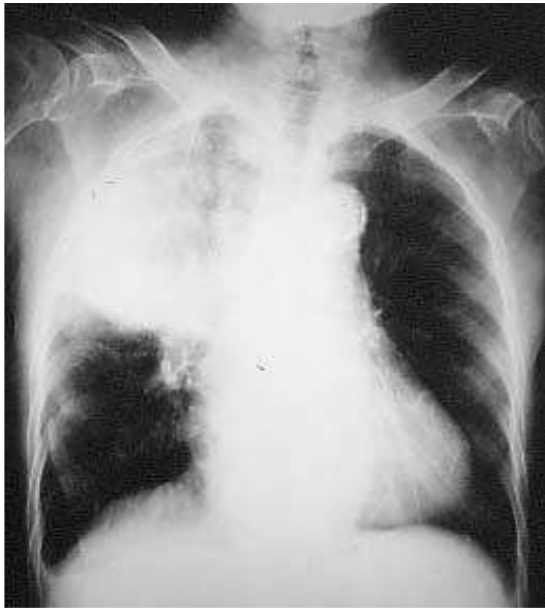
Dgc :

- PFLA du LMD
- Kc primitif du poumon



Interprétation : opacité dense un peu hétérogène par la présence d'un bronchogramme aérien occupant le 1/3 sup de l'hémithorax droit épargnant l'apex, limite externe correspond à la paroi, limite interne n'efface pas le bord droit du médiastin, limite inf incomplète nette horizontale correspond probablement à la petite scissure, médiastin à sa place, poumon controlatéral indemne de toute pathologie

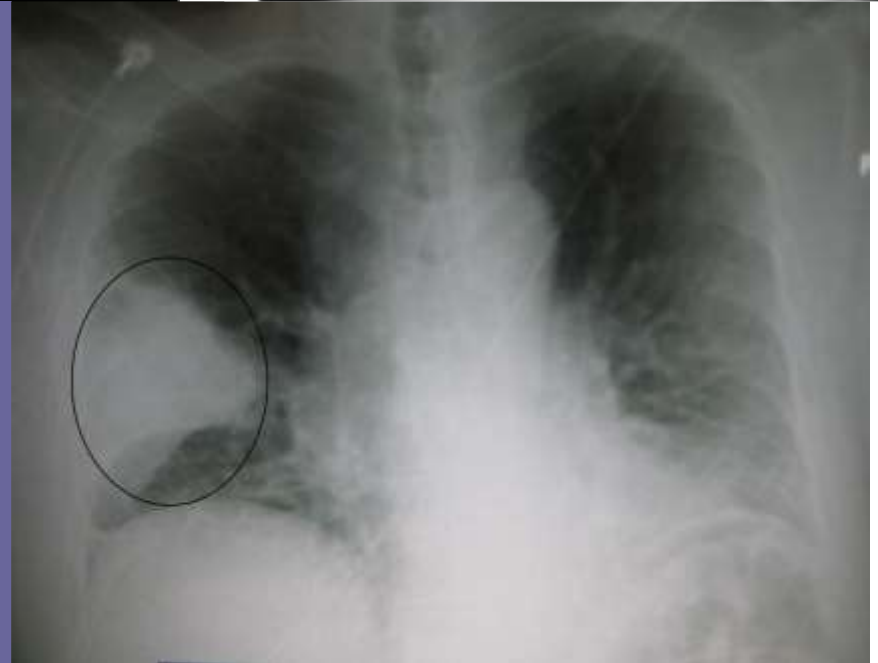
Autre images de PFLA



syndrome de condensation
alvéolaire

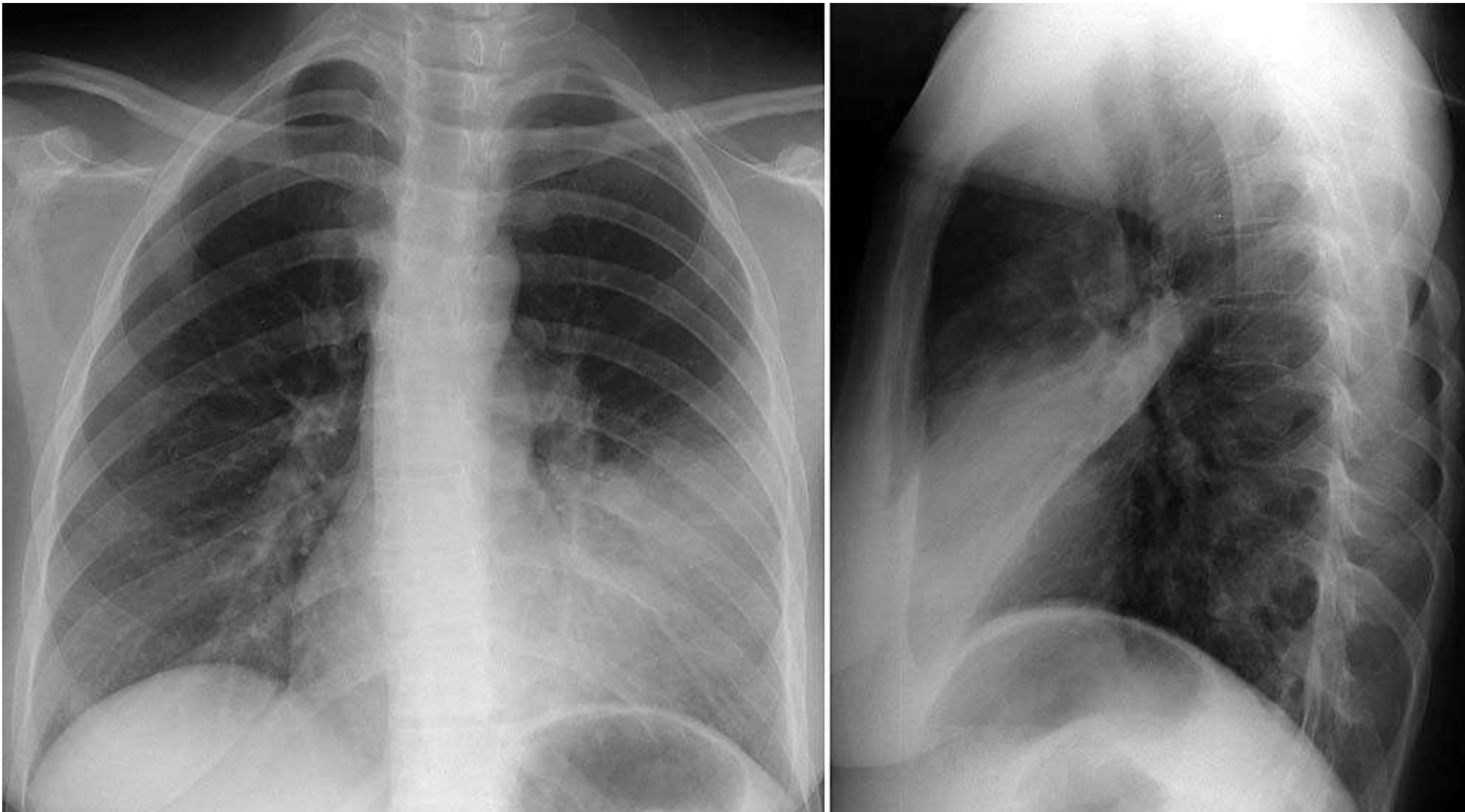


PFLA lobe sup droit



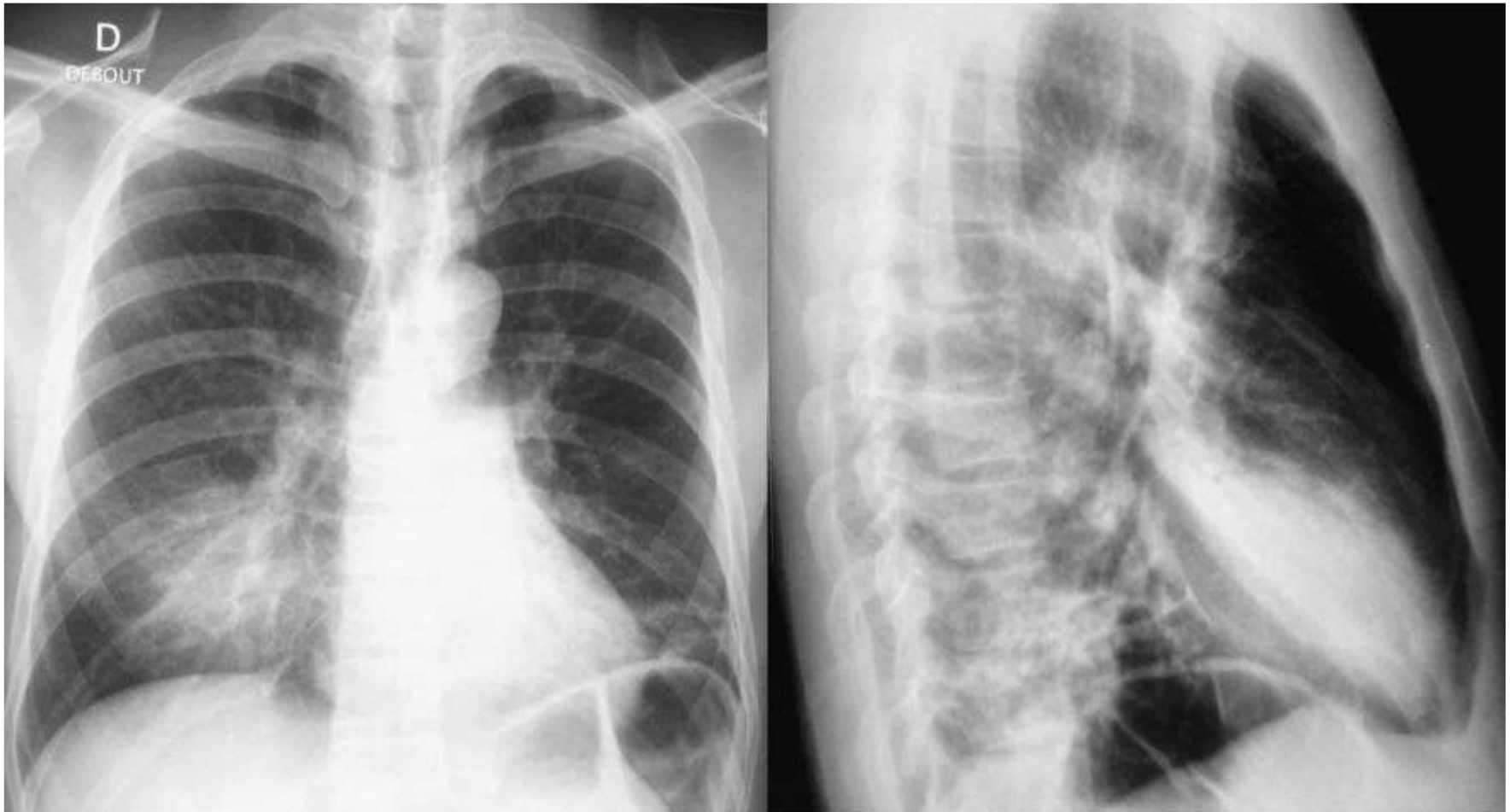
Sur la radio de face : opacité dense homogène occupant le 1/3 inf de l'hémithorax gauche, limite sup flou? Limite interne effaçant le bord gauche du cœur , limite externe correspond à la paroi, limite inf n'effaçant pas l'HCD

Sur le profil : opacité systématisée limitée en bas par la scissure gauche donc elle correspond au LSG



Sur la radio de face : opacité dense peu homogène mal limité, occupant le 1/3 inf de l'hémithorax droit

Sur le profil : opacité est systématisée limité en bas par la grande scissure donc elle correspond au LMD



Sdr de condensation rétractile

Interprétation : opacité en plage dense homogène occupant la totalité de l'hémithorax gauche, limite supéro-externe se confond avec la paroi, limite inf efface l'HCD et comble les 2 culs de sac costo-diaphragmatique et cardio-phrénique, limite interne efface le bord gauche du médiastin, avec attraction du trachée (aspect serpentin) et des éléments de médiastin vers le coté homolatérale, poumon controlatéral indemne de toute pathologie

conclusion : il s'agit d'une atélectasie massive gauche
Sdr de condensation rétractile = HSR / sdr bronchique

Dgc

- Kc pulmonaire primitif endo-bronchique
- Métastase endo-bronchique
- TBC endo-bronchique
- Tm bénigne endo-bronchique
- Tm compressif



chambre de chimiothérapie → oriente vers atélectasie causé par cancer primitif ou secondaire

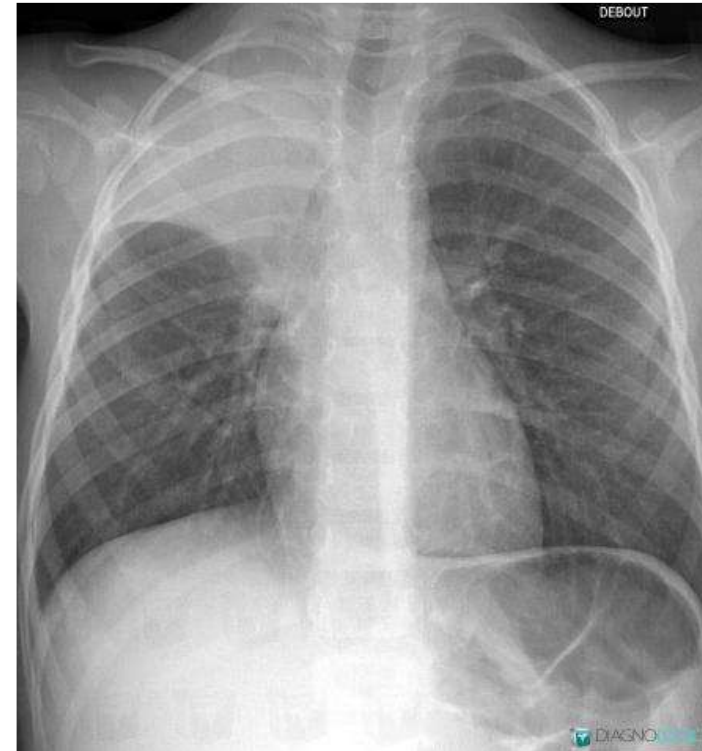


Interprétation : opacité dense homogène occupant le 1/3 sup de l'hémithorax droit, limite supéro-externe correspond à la paroi, limite interne n'efface pas le bord droit du médiastin, limite inférieure nette régulière correspond à la petite scissure qui est concave vers le bas AVEC une légère attraction du trachée vers le côté homolatérale, poumon controlatéral paraît indemne de toute image radiologique pathologique .

Conclusion : il s'agit d'une atélectasie du LSD
Sdr de condensation rétractile

Dgc : //

Attention : c'est pas PFLA !!!!!



Signes de rétraction

- attraction du médiastin
- pincement des EIC
- surélévation de l'hémi-coupole diaphragmatique

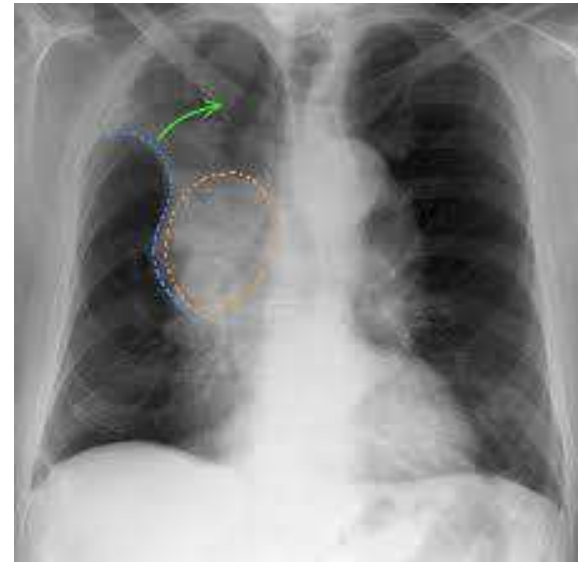


Interprétation : opacité peu dense homogène occupant le 1/3 sup de l'hémithorax droit, limite supéro-externe correspond à la paroi, limite interne n'efface pas le bord droit du médiastin, limite inf nette régulière en aspect de S inversé (signe de golden) déformant la scissure conséquence de la présence d'une masse sus hilaire grossièrement arrondie de 6 cm de diamètre, médiastin en place

Sdr radiologique : atélectasie du LSD + opacité hilare droite

Dgc :

- Kc primitif du poumon
- Tumeur bénigne
- TBC pseudo-tumoral



Interprétation : opacité dense homogène para-cardiaque droite,
triangulaire

Conclusion : ATL du LMD

Dgc : //



Interprétation : opacité dense homogène rétro-cardiaque, triangulaire à sommet hilaire , avec une déviation gauche de la silhouette cardiaque

Conclusion : ATL du lobe inf gauche

Dgc : //



Atélectasie

perte de volume
Déviation homolatérale
des lignes
Contours nets



Pneumonie

volume normal ou
augmenté
Pas de déviation des
structures
Comblement alvéolaire



Sdr interstitiel

Interprétation : multiple opacités réticulo-micronodulaires diffuses dans les 2 champs pulmonaire

Conclusion : sdr interstitiel

Dgc :

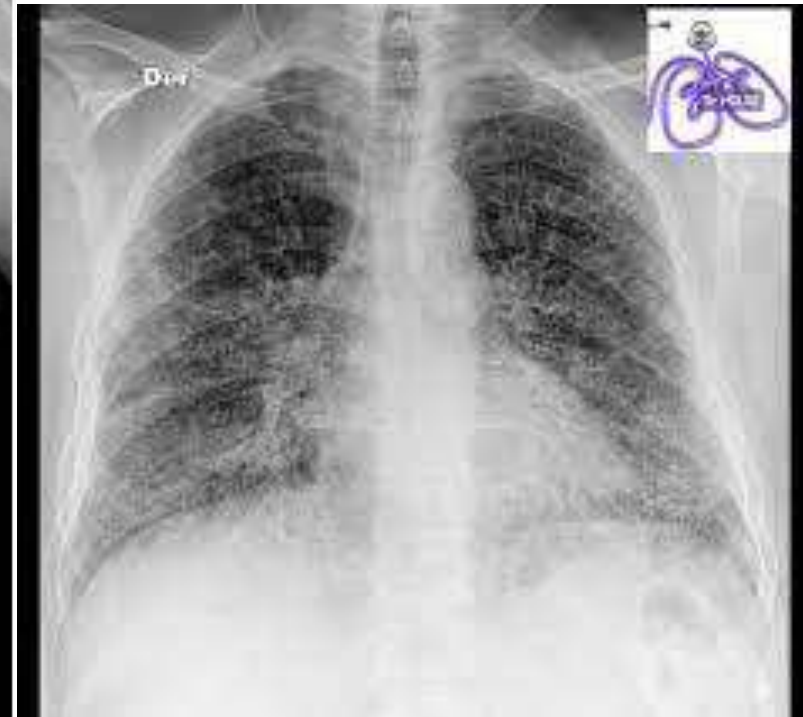
- sarcoïdose stade 3
- pneumoconiose
- PHS



Interprétation : image radiologique bilatérale faite par de multiples opacités réticulo micronodulaires diffuses dans les 2 champs pulmonaires, associé à des signes d'attraction et aspect hérissé du cœur

Sdr radiologique : sdr interstitiel

Dgc : PID au stade de fibrose



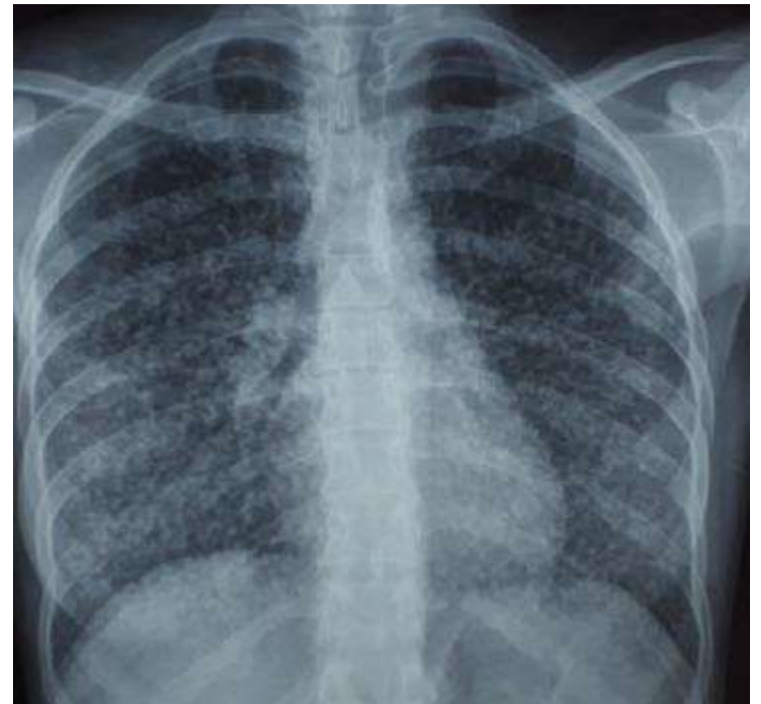
Interprétation : image radiologique bilatérale faite de multiples opacités micronodulaire (en grain de mil) diffuse dans les 2 champs pulmonaires uniformément répartis.

conclusion : il s'agit d'un miliaire typique

Sdr radiologique : sdr interstitiel

dgc étiologique:

- miliaire Tuberculeuse
- miliaire carcinomateuse
- miliaire staphylococcique



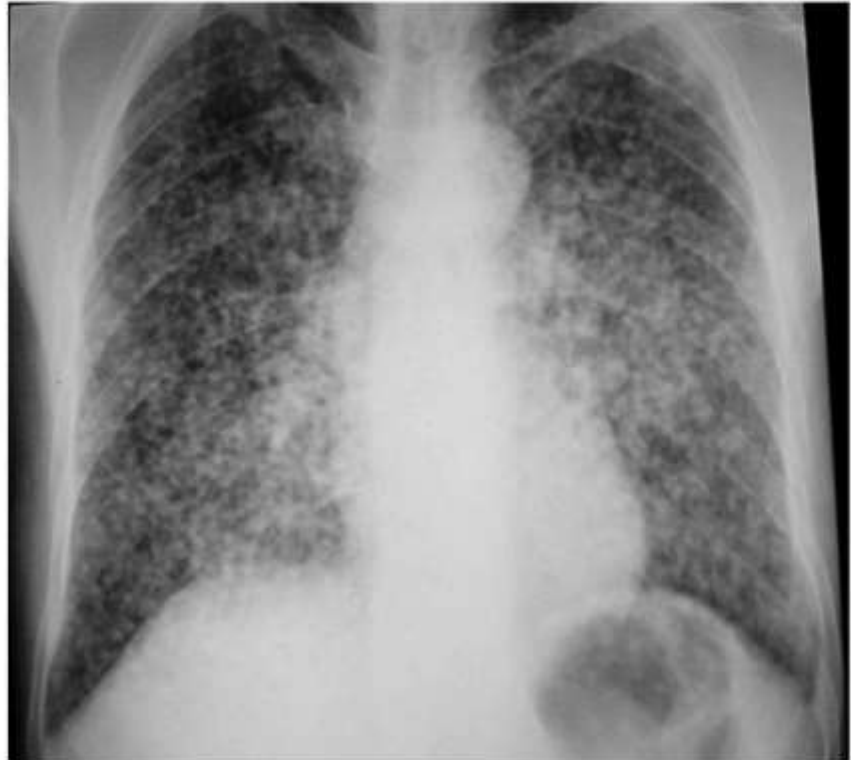
Interprétation : image radiologique bilatérale faite de multiples opacités micronodulaire (en grain de mil) diffuse dans les 2 champs pulmonaires ,répartis de manière hétérogène, à prédominance hilare et para cardiaque

conclusion : il s'agit d'un miliaire atypique

Sdr radiologique : sdr interstitiel

dgc étiologique:

- miliaire Tuberculeuse
- miliaire carcinomateuse
- miliaire staphylococcique



Interprétation : image radiologique bilatérale, faite de multiple opacités micronodulaires et nodulaires, occupant les deux 1/3 sup des 2 champs pulmonaires, confluentes au niveau des 2 sommets donnant aspect de pseudo-masses

Sdr radiologique : sdr interstitiel

Dgc :

- silicose
- tuberculose
- cancer pulmonaire



Sarcoidose - Stadification sur la radiographie du thorax



Stade 1



Stade 2



Stade 3



Stade 4

Stage I
(lymphadenopathy)



Stage II
(lymphadenopathy and infiltrates)



Stage III
(infiltrates only)



Stage IV
(fibrosis)



Sarcoïdose stade 1

interprétation : opacité dense homogène bilatérale para hilaire, grossièrement ovalaire, limite interne efface/n'efface pas les bords des médiastin, limites externes nettes... Le parenchyme pulmonaire paraît indemne de lésions.

Diagnostic radiologique : Opacités hilaires bilatérales symétriques et non compressives (Adénopathies hilaires) sans atteinte parenchymateuse = sdr médiastinale

Sarcoïdose stade 2

interprétation : opacité dense homogène bilatérale para hilaire, grossièrement ovalaire, limite interne efface/n'efface pas les bords des médiastin, limites externes nettes (convexe, bilobé, polylobé, polycyclique...) Le parenchyme pulmonaire est le siège de multiples opacités réticulo micronodulaires occupant les 2/3 inférieurs des deux héli champs

Diagnostic radiologique : Opacités hilaires bilatérales symétriques et non compressives (Adénopathies hilaires) + syndrome interstitiel.

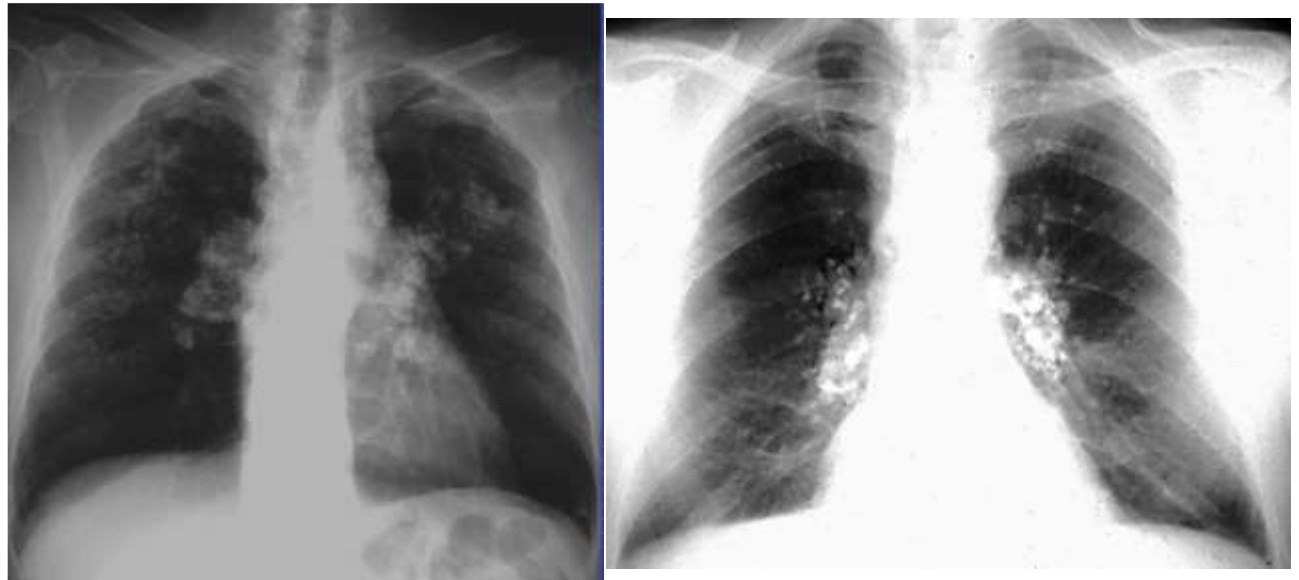
Figure 2 : Radiographie de thorax d'une sarcoïdose de stade IV, avec des opacités parenchymateuses pulmonaires rétractiles, apicales. Noter l'ascension des hiles vers les sommets (flèches).



interprétation : opacité dense de tonalité calcique à projection para hilaire bilatérale, grossièrement ovalaire , la limite externe est nette; la limite interne efface le médiastin. On retrouve aussi de multiples opacités micronodulaires de densité calcique occupant les 2/3 supérieurs des deux hémichamps et essentiellement en périphérie et en para hilaire.

conclusion radiologique : Opacités hilaires bilatérales calcifiées (Adénopathies hilaires calcifiées en coquille d'œuf) + syndrome interstitiel bilatéral.

dgc : silicose



surélévation de coupole diaphragmatique droit :

diagnostic :

- HPM
- pleurésie diaphragmatique
- paralysie du nerf phrénique droit

sdr bronchique

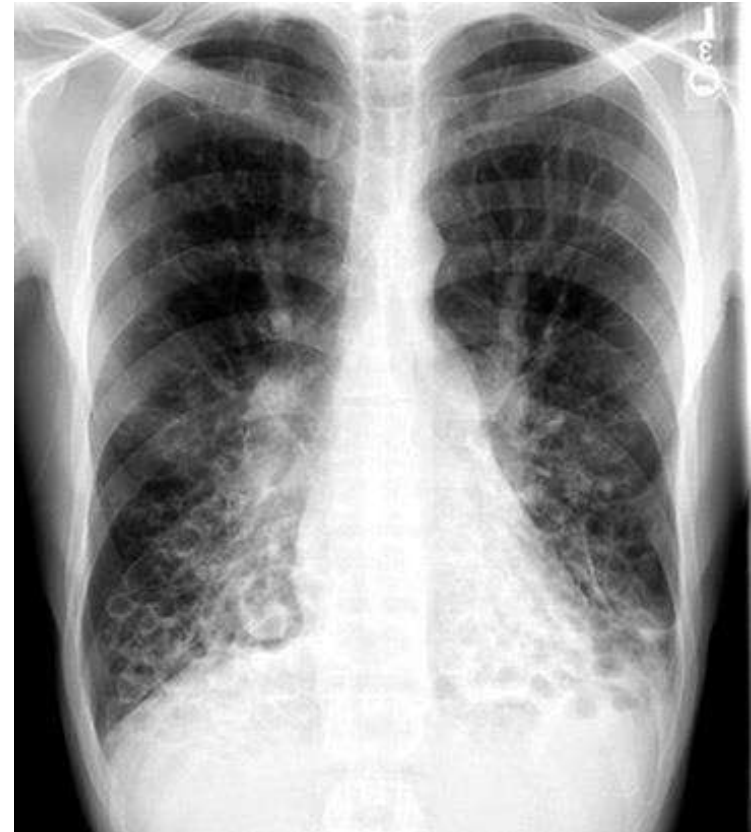
Interprétation : multiple petites clartés de localisation bi-basale arrondies 1 cm de diamètre, à paroi épaisse et à l'intérieur de quelque clartés on trouve un bas fond liquidien

- il s'agit d'un aspect en grappe de raisin

Sdr radiologique : sdr bronchique.

Dgc :

- DDB bi basale surinfecté



sdr pleurale

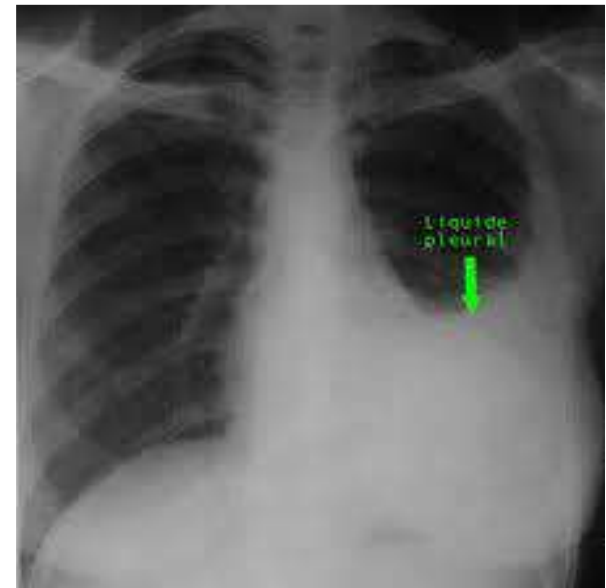
Interprétation : opacité dense homogène occupant les 2/3 inf de l'hémithorax gauche, limite externe confondue au paroi thoracique, limite inférieure effaçant l'HCD gauche et comblant les 2 culs de sac costo-diaphragmatique et cardio-phrénique gauche, limite interne effaçant le bord gauche du cœur et limite supérieure nette concave vers le haut et en dedans se raccordant en pente douce avec la paroi thoracique témoignant de son origine pleural. médiastin légèrement refoulé vers le coté controlatéral, poumon controlatéral paraît indemne de toute image radiologique pathologique.

- il s'agit d'une pleurésie gauche de moyen abondance

Sdr radiologique : épanchement pleurale liquidien

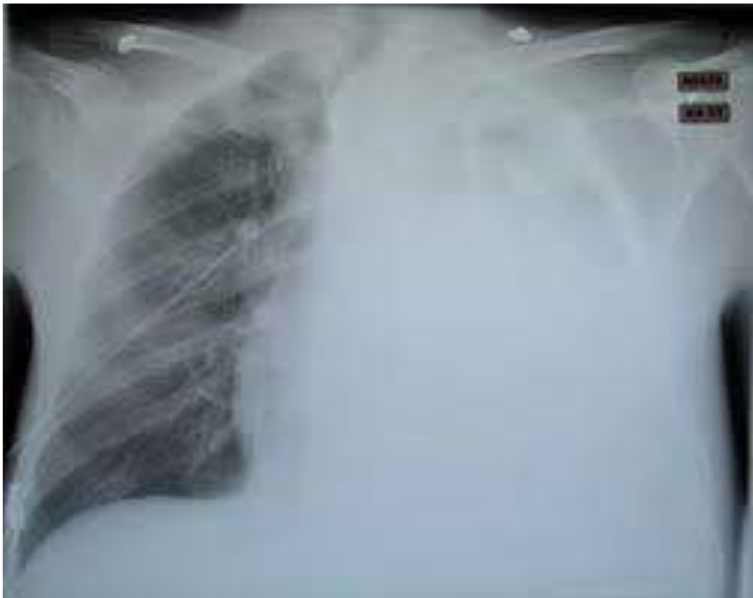
Dgc :

- pleurésie à liquide clair
- pleurésie purulente
- pleurésie hémorragique
- pleurésie chyleuse





**si tout le poumon
est opaque :**
- pleurésie de
grande abondance
- KHP géante sain



Interprétation : opacité dense homogène fusiforme à grand axe verticale mesurant 11 cm et petit axe horizontal 5 cm, périphérique droite, s'étend de la région axillaire jusqu'à l'angle costo diaphragmatique, limite externe correspond à la paroi, limite interne convexe vers le poumon, et se raccorde en haut et en bas avec la paroi thoracique en pente douce témoignant de son origine pleural . médiastin en place

Sdr radiologique :sdr d'épanchement pleural liquidien

Dgc : pleurésie enkysté

les étiologies :

- pleurésie purulente
- pleurésie exsudative (tuberculeuse , néoplasique)



PNO TOTAL

interprétation :

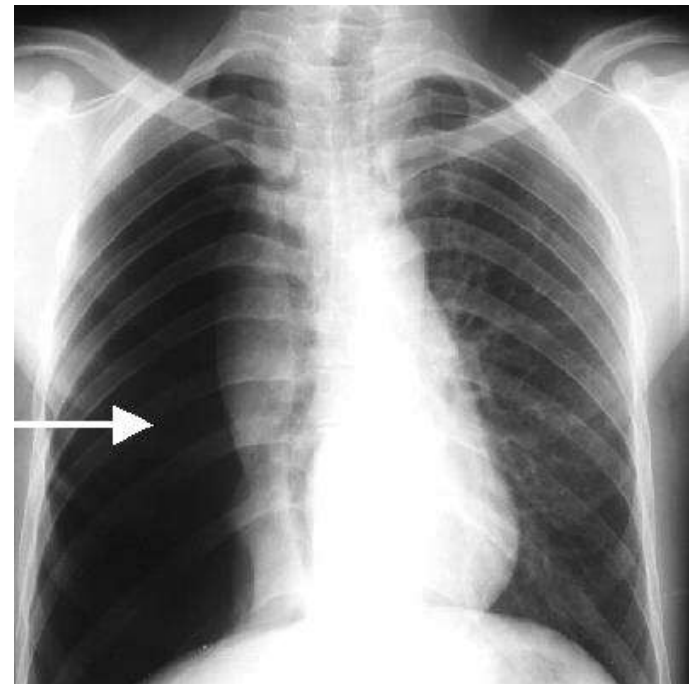
Hyper clarté dépourvue de trame vasculaire , occupe presque la totalité de l'hémithorax droit , à limite externe correspondant à la paroi thoracique , limite interne fait d'un fin liseré correspond probablement à la plèvre viscérale délimitant une opacité latéro médiastinale droite correspond au poumon collabé , le médiastin est légèrement refoulé vers le coté controlatéral , poumon controlatéral paraît indemne de toute image radiologique pathologique . associé au signe de distension thoracique .

conclusion :

sdr d'épanchement pleural aérien (gazeux)

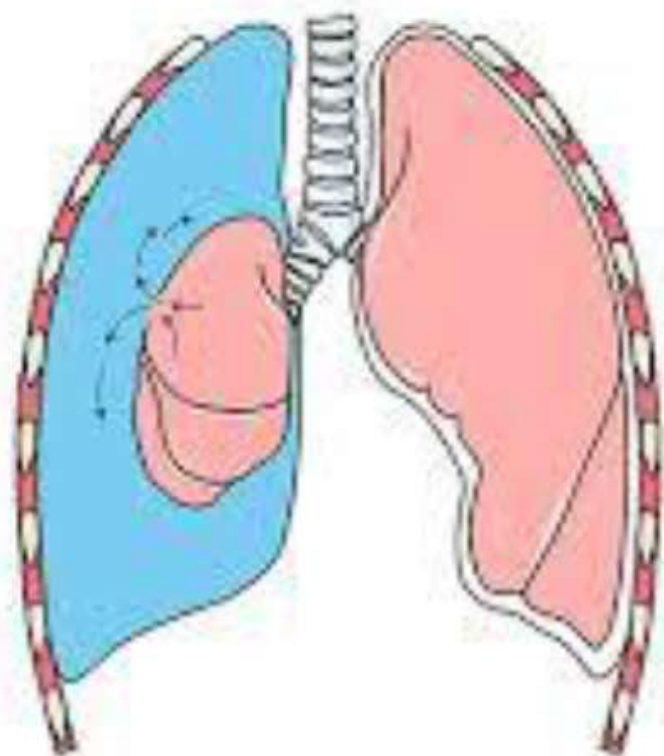
diagnostic :

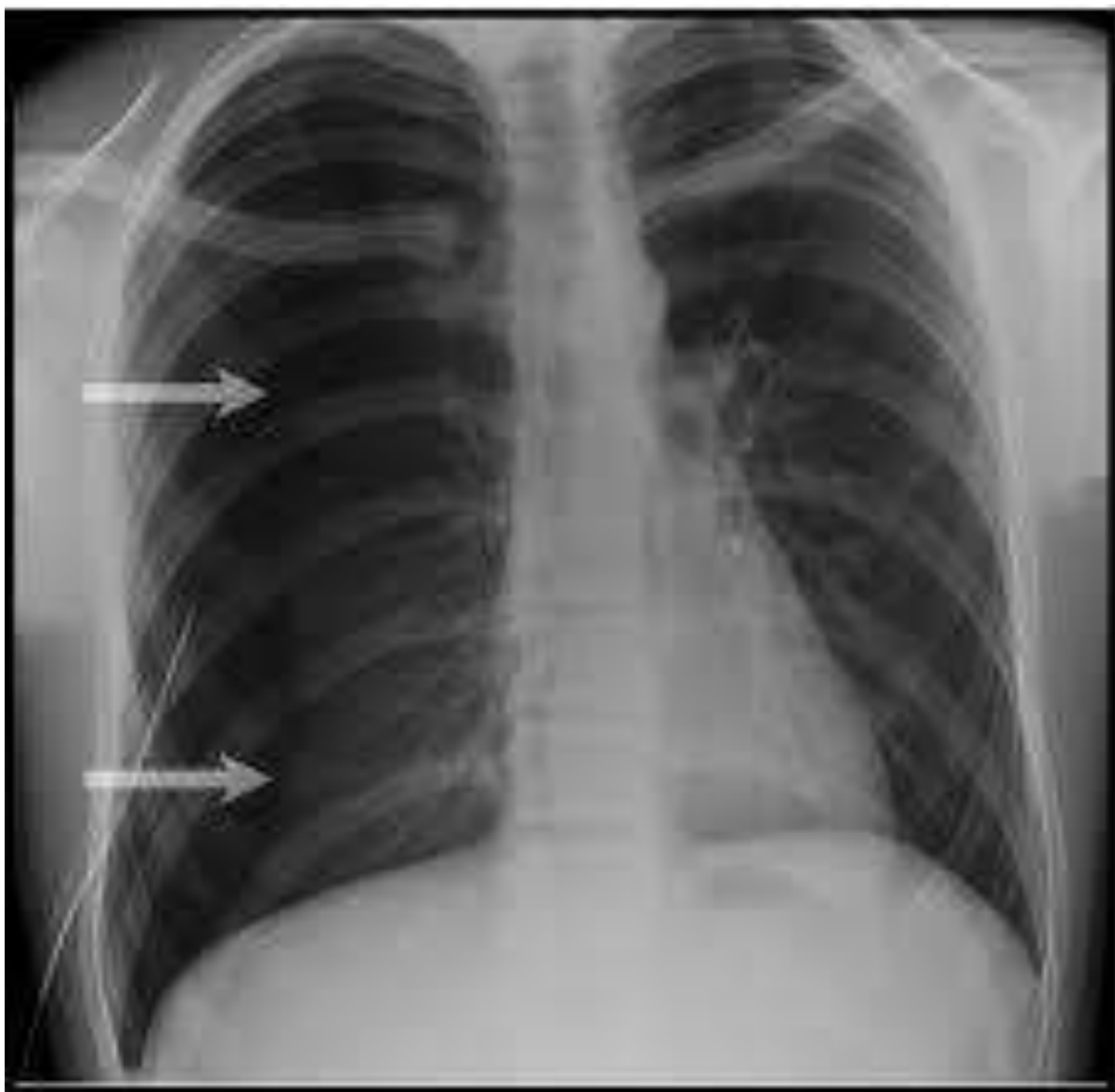
PNO complet total droit



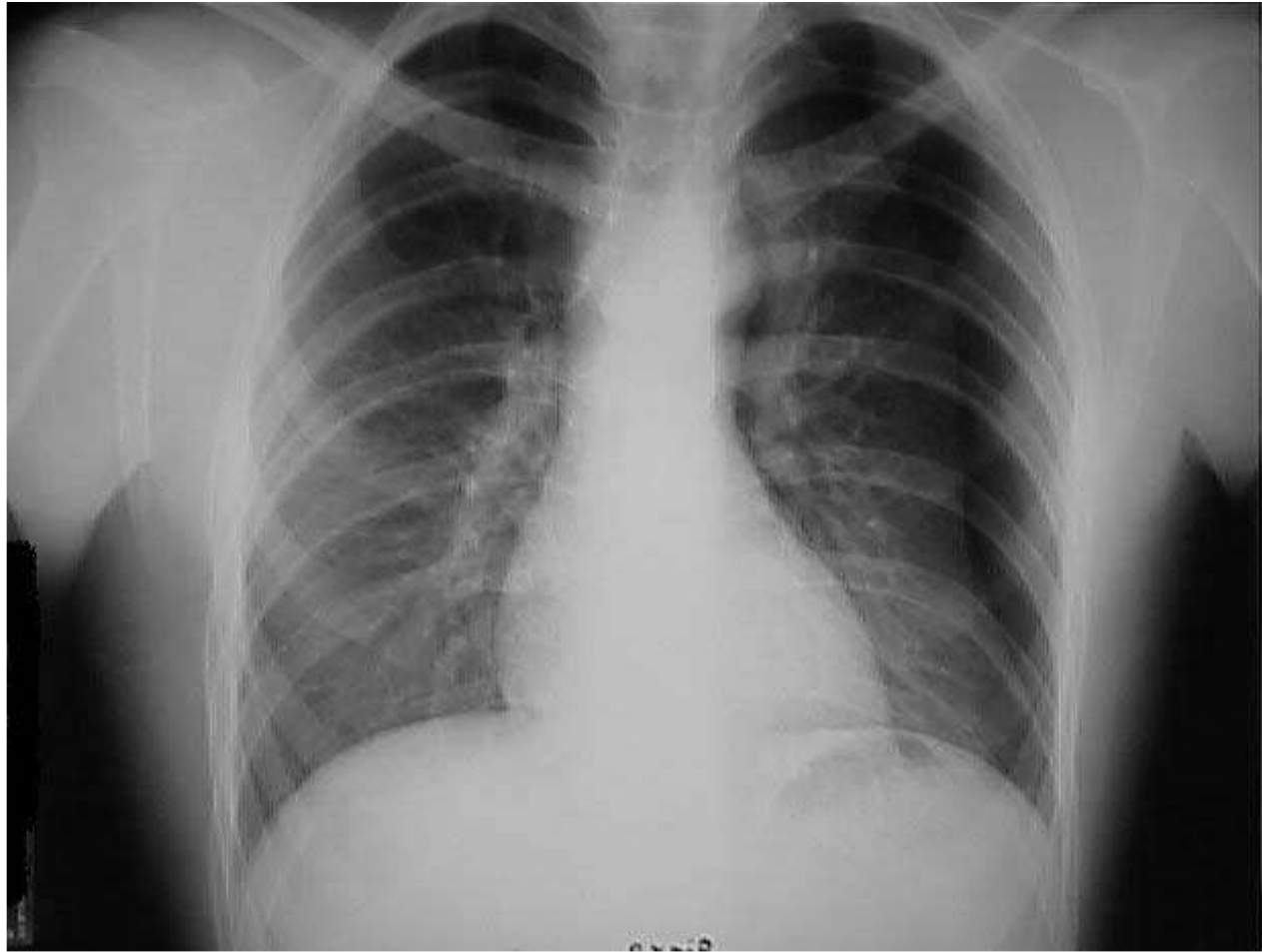
hyper clarté avasculaire occupant presque la quasi-totalité de l'hémithorax droit, allant de la base au sommet. La limite externe se confond avec la paroi thoracique et la limite interne délimite une opacité para cardiaque droite arrondie de 04 cm qui représente le poumon collabé. On note des signes de distension homolatérale. Le parenchyme pulmonaire controlatéral paraît indemne de lésions.







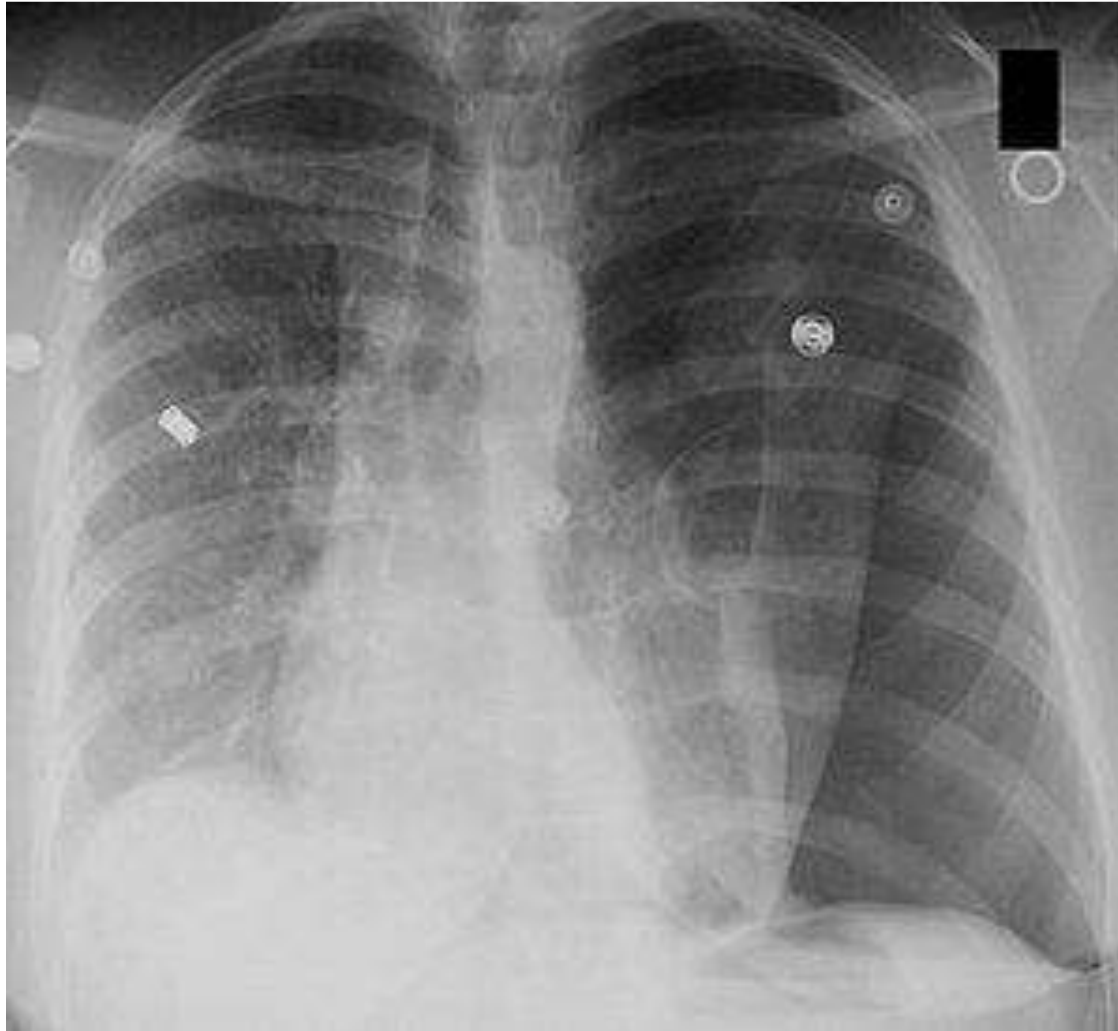








PNO partiel basal : de la région axillaire moyenne jusqu'à la base



PNO partiel apical : de l'apex jusqu'à la région axillaire inf



épanchement pleural mixte

- Image mixte faite d'une opacité dense homogène occupant les 2/3 sup de l'hémithorax gauche, limite..... sup faite d'un niveau horizontal haut situé, surmonté d'une hyper clarté avasculaire
- Épanchement pleural mixte
- Dgc :
 - Hydro-PNO
 - Pyo-PNO
 - Hémo-PNO
 - Hydatido-PNO



sdr parenchymateux

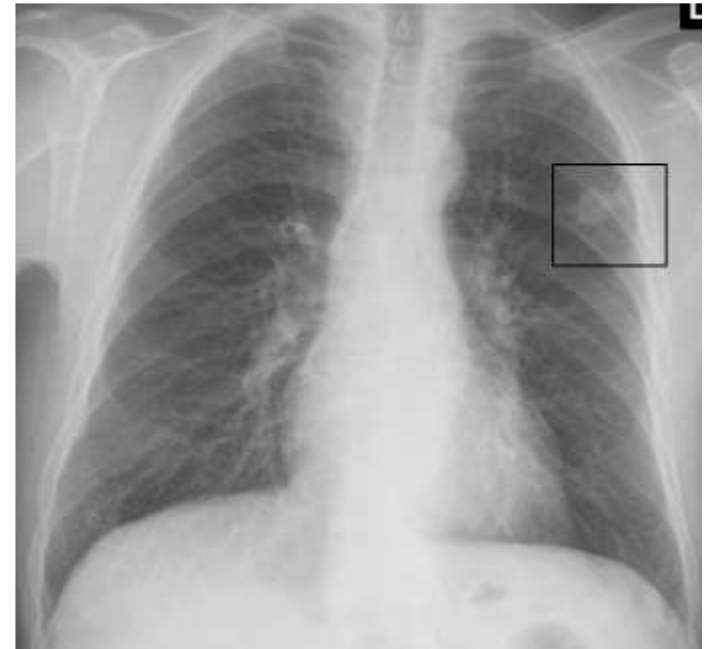
L'ensemble des signes radiologiques traduisant la présence au sein du parenchyme pulmonaire d'une ou des opacités arrondies

Interprétation : opacité arrondie de 1 cm, peu dense homogène à limites nettes , siège au niveau de la région axillaire moyenne de l'hémi thorax gauche, se raccordant à angle aigu avec la paroi témoignant son origine parenchymateux

conclusion : opacité ronde intra parenchymateuse.

diagnostic :

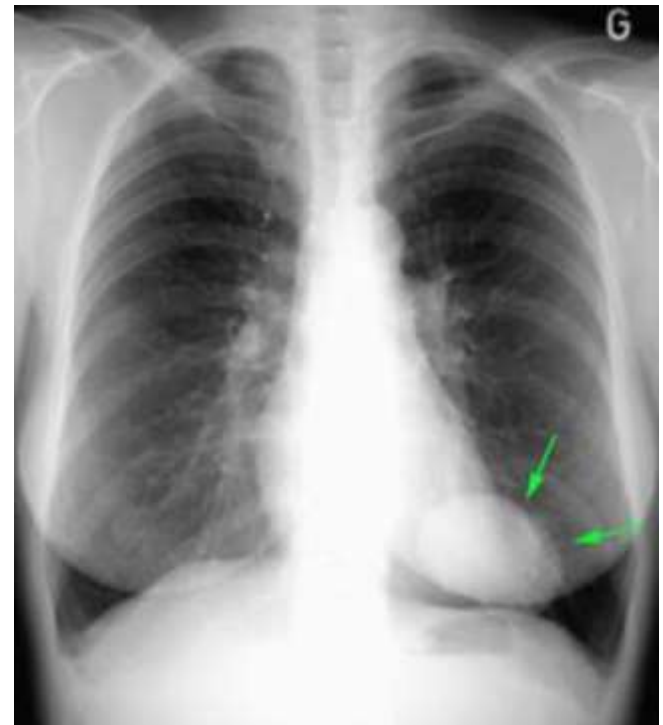
- KHP sain
- cancer primitif du poumon
- métastase d'un cancer à distance
- Tumeur bénigne
- abcès à foyer fermé
- tuberculome



Opacité ovalaire rétro-cardiaque gauche

Dgc :

- cancer primitif du poumon
- métastase d'un cancer à distance
- Tumeur bénigne
- KHP sain
- abcès à foyer fermé



Description radiologique: Anomalie radiologique unilatérale gauche faite par une volumineuse opacité dense et homogène, occupant la quasi-totalité du l'hémi champ en plain parenchyme, épargnant la base et le sommet. Cette opacité est grossièrement réniforme, mesurant 14 cm du grand axe sur 10 cm de petit axe; elle est bien limitée avec des contours réguliers, limite externe plaquée contre la paroi thoracique et limite interne effaçant le bord gauche de cœur (siège antérieur au). Absence de lyse osseuse en regard de l'opacité. Le reste du parenchyme pulmonaire homo et controlatéral est indemne de lésions. Absence d'anomalies. On note par ailleurs des signes de distension homolatérale

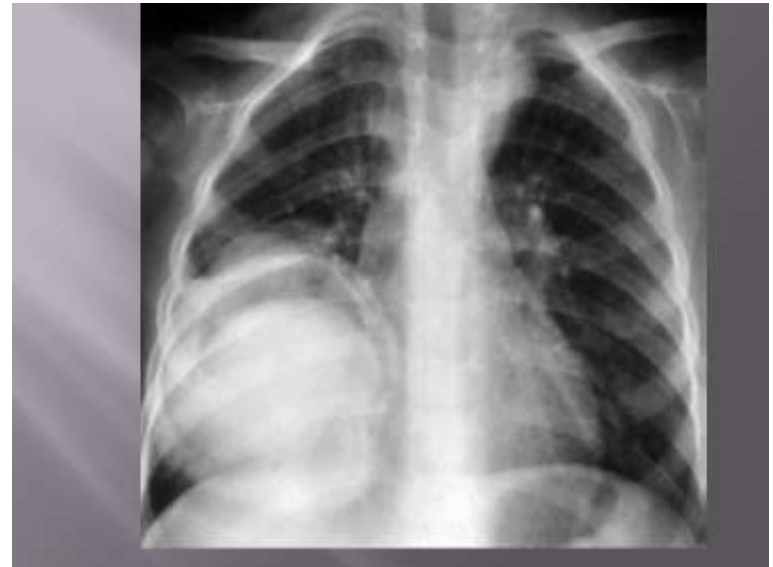
Diagnostic radiologique : Volumineuse opacité réniforme intra parenchymateuse gauche .

Diagnostics étiologiques :

- Kyste hydatique sain.
- Tumeur bronchique gauche bénigne ou maligne.



- Image mixte droite faite par une opacité dense homogène arrondie de 8 cm de diamètre siège au niveau de la moitié inf de l'hémithorax droit. Limite externe se confond avec la paroi thoracique, limite interne effaçant le bord droit cardiaque (siège antérieur), limite inférieure effaçant l'HCD droit, cette opacité est surmonté d'une clarté sous forme de croissant gazeux ou ménisque gazeux.
- Diagnostic radiologique : Image de croissant gazeux, sdr parenchymateux
- Diagnostics étiologiques :
 - Kyste hydatique Flétri.



interprétation : multiples opacités rondes homogènes +/- dense , bilatéral , allant de 1 à 3 cm de diamètres , la plus volumineuse est para-aortique à limite nette régulière .

conclusion : il s'agit d'un aspect en lâcher de ballon sdr parenchymateux .

diagnostic :

- 1- métastases pulmonaires (d'un Kc pulmonaire ou kc à distance)
- 2- polykystose hydatique pulmonaire
- 3- infection à staphylocoque



Interprétation : image hydro aérique (mixte), ovalaire, à paroi épaisse , occupant la moitié inférieure de l'hémi champ droit et épargnant l'extrême base, Cette anomalie est composée par une opacité dense homogène et surmontée d'une clarté dont elle est séparée par un niveau ondulé moyennement situé réalisant l'aspect en « nénuphar ».

Diagnostic radiologique : sdr parenchymateux

Diagnostic étiologique : Kyste hydatique

NB : KH rompu donne aussi aspect en

fait par une opacité dense et homogène, surmontée d'une clarté dont elle est séparée par un niveau ondulé sous forme de coussin de soleil



Interprétation : opacité de projection hilare dense homogène, limite interne : en contact avec le médiastin . limite externe : nette. irrégulière , émettant des spéculations réalisant l'aspect en patte de crabe

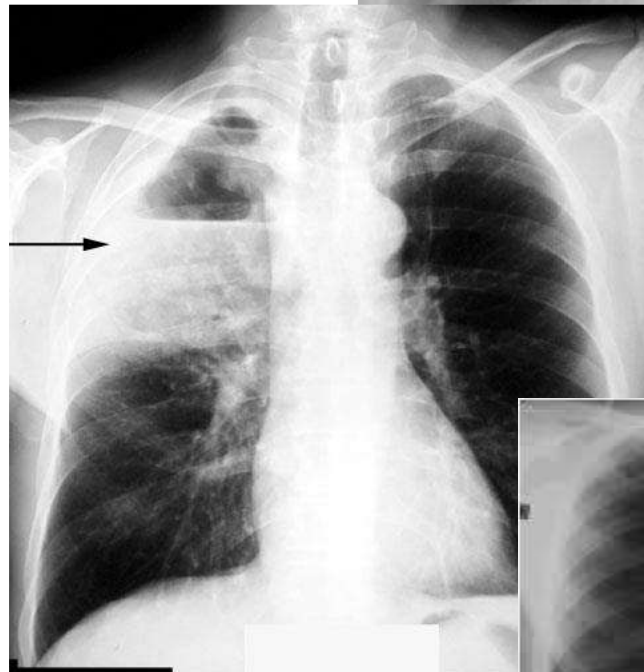
Conclusion : opacité hilare droite , aspect en patte de crabe

Diagnostic : cancer bronchique proximal droit



Sdr cavitaire

- abcès stade ouvert
- Kc excavé
- KH rompu suinfecté

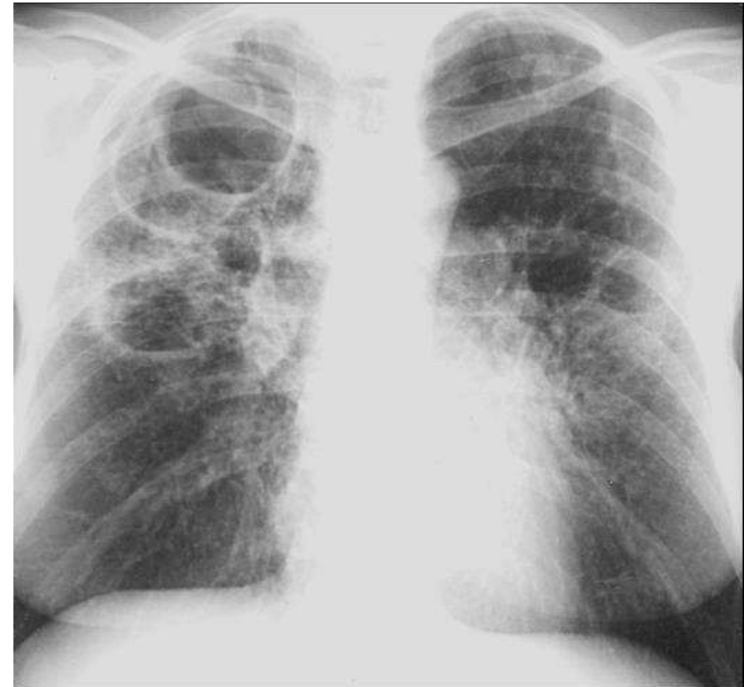


Interprétation : multiples clartés arrondies de taille différente , bilatéraux , à paroi épaisse , de 2cm → 6 cm de diamètre , la plus volumineuse est apicale droite à paroi épaisse de 2 à 3 mm d'épaisseur , entourés par des opacités nodulaires et micronodulaires .

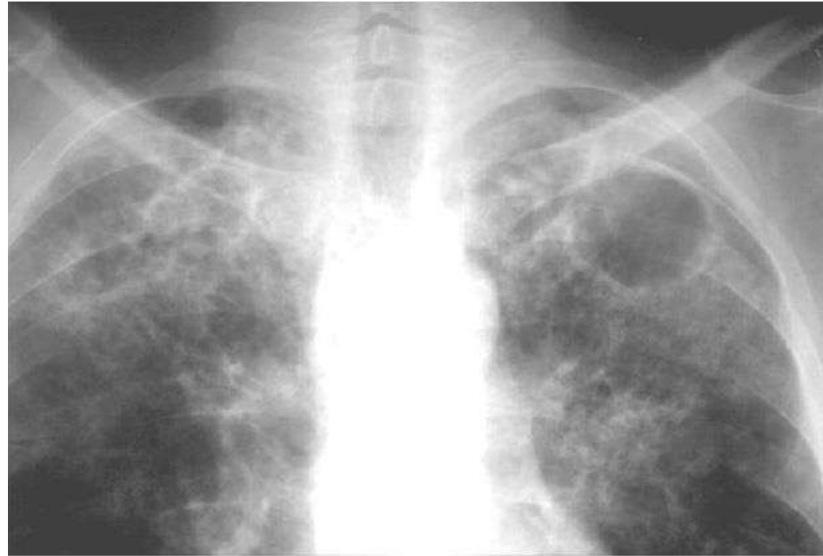
conclusion : sdr cavitaires .

diagnostic :

- multiples cavernes
- cancer pulmonaire excavé
- staphylococcie pulmonaire



- Caverne tuberculeuse
- Kc excavé
- Cavité résiduelle (déteergée)



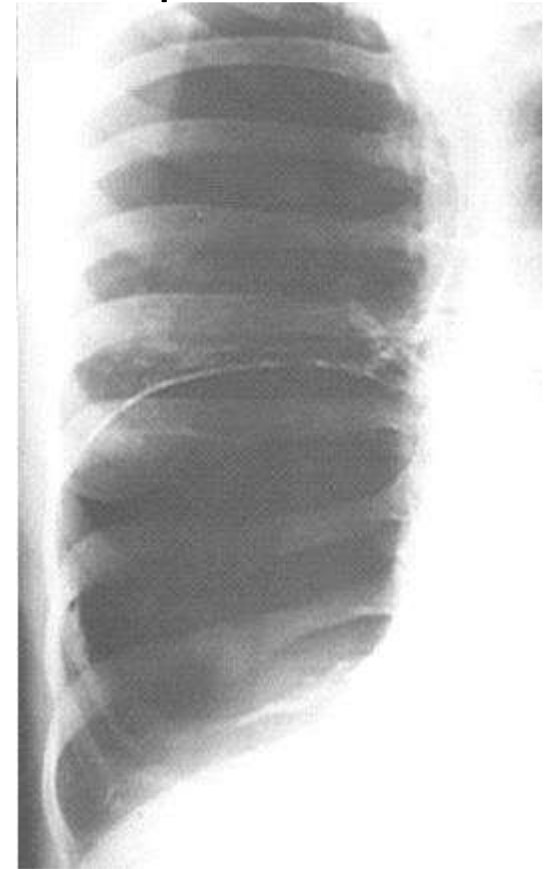
- Clarté arrondie de 4 cm de diamètre hilare gauche ,entourée d'une paroi épaisse a limite externe flou et irrégulière ,a limite interne anfractueuse
- Image en cadre = abcès en cadre
- Sdr cavitaire
- Dgc :
 - Kc du poumon excavé
 - TBC
 - Abcès



- opacité dense et homogène, grossièrement arrondie de 02 cm du diamètre, bien limitée à contours réguliers, qui siège au niveau de la région para cardiaque et en sous hilaire gauche. Cette opacité est entourée par une clarté sous forme de croissant gazeux à cornes très effilées réalisant l'aspect de « l'image en grelot ».
- Sdr cavitaire
- Diagnostics étiologiques :
 - Kyste hydatique droit Vomiqué (détegré).
 - Greffe aspergillaire.



- Volumineuse clarté arrondie de 7 cm de diamètre à paroi fine occupant le 1/3 inf de l'hémithorax droit
- Sdr cavitaire
- Dgc :
 - Bulle d'emphysème
 - Cavité résiduelle (détergée)
 - Formation kystique pulmonaire congénitale



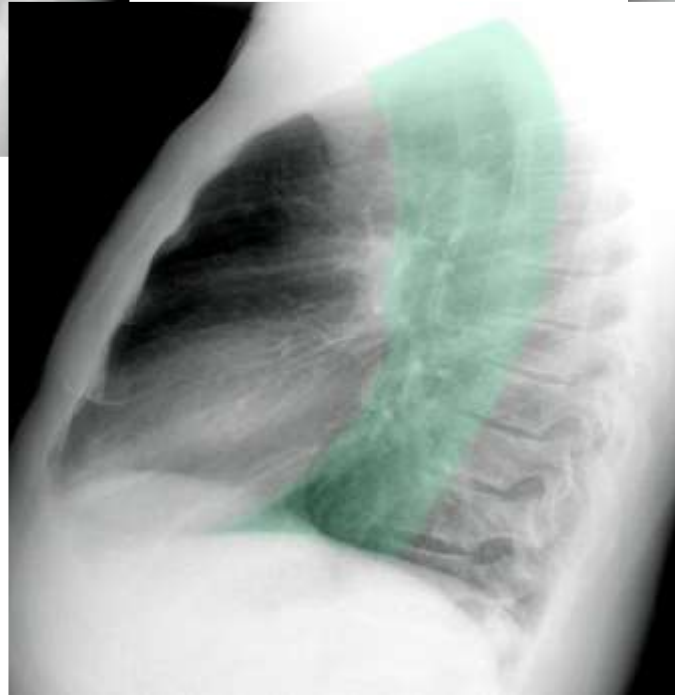
-Hyper clarté occupant la totalité de l'hémithorax gauche dépourvue de toute trame broncho-vasculaire, à limite externe correspondant à la paroi thoracique, et à limite interne nette régulière plus ou moins fine avec refoulement du médiastin vers le coté controlatéral.

Dgc :

- PNO complet total
- une bulle géante,



Sdr médiastinal

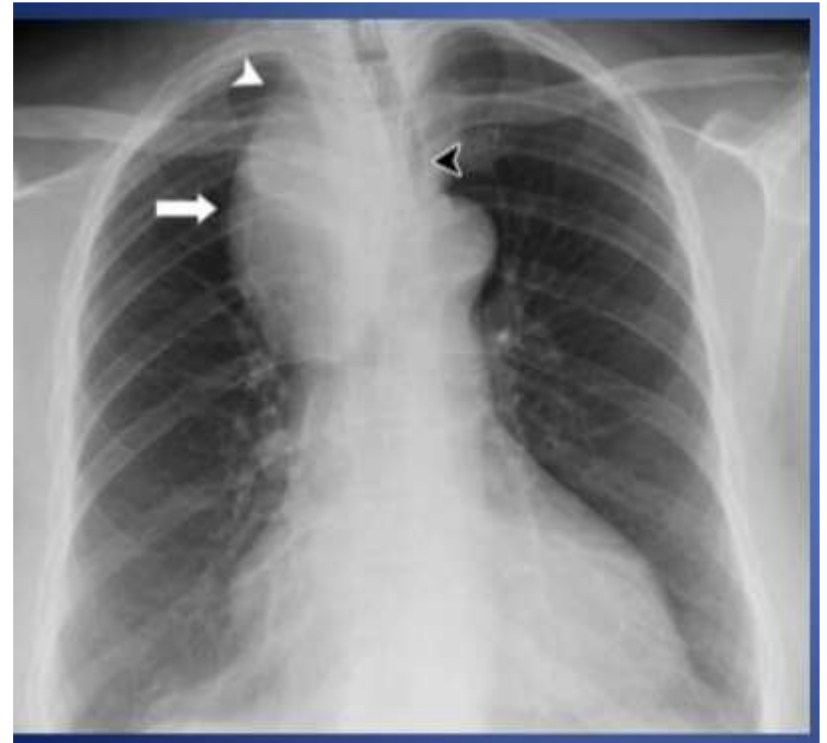


Interprétation : opacité ovalaire ou fusiforme latéro-médiastinale droite , limite interne noyé dans le médiastin, limite externe convexe vers le poumon, se raccorde en pente douce avec le médiastin témoignant son origine médiastinale. Cette opacité refoule la trachée vers la gauche.

Conclusion : syndrome médiastinal occupant l'étage sup et moyen du compartiment ant

Diagnostic :

Goitre plongeant



Goitre plongeant refoulant la trachée vers la droite



Interprétation: une volumineuse masse para médiastinale droite elle est dense homogène , grossièrement ovalaire limite interne noyée dans le médiastin limite externe nette convexe vers le parenchyme et bilobée se raccordant en pente douce avec le médiastin témoignant son appartenance médiastinale et allant de l'étage sous claviculaire jusqu'au diaphragme en appliquant le signe cervico thoracique + signe de silhouette elle est antérieur

Conclusion : syndrome médiastinal occupant les trois étages du compartiment antérieur

Diagnostic : thymome, tératome, lymphome

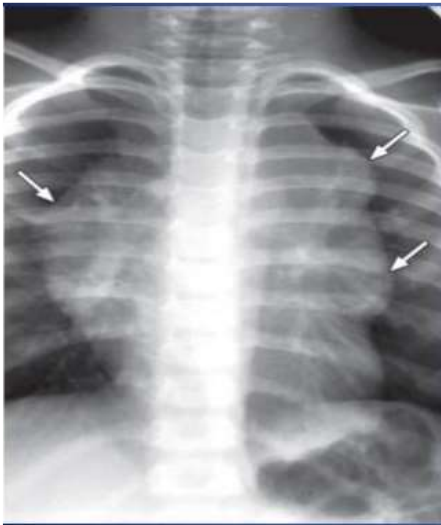


Image en cheminé

Interprétation : Elargissement du médiastin supérieur et moyen par des opacités latéro-trachéales bilatérales denses homogènes grossièrement ovalaires. La limite externe des deux opacités est nette régulière, convexe vers la parenchyme et se raccordant avec le médiastin en pente douce . La limite interne efface le médiastin. En appliquant le signe de défilé cervico thoracique, les deux opacités sont de siège antérieur car les limites supra claviculaires sont invisibles.

Diagnostic radiologique : Opacité du médiastin antérieur étage supérieur et moyen.

Diagnostics étiologiques :

Lymphome (LMNH+++).

Thymome

Tératome



Calcifications en coquille d'oeuf



●
.





See sharp margin above clavicle



Mass is in posterior mediastinum, because it remains sharply outlined in apex of thorax, indicating that it is surrounded by lung. This particular example is a ganglioneuroma

Pathologies vertébrale sdr médiastinale post fuseau pottique

- .



Mégaoesophage

