

UE 12 : Appareil Respiratoire  
Le 28/02/17 de 8h30 à 10h30  
Ronéotypeuse : Kirusiga MAHENDRAN  
Ronéoficheur : Rémi NTUYAHAGA

## **UE12 ED 2**

# **Radiographie thoracique : Les grands syndromes**

*Le prof n'a pas souhaité relire la ronéo, en revanche il a signalé qu'il fallait connaître l'ensemble des syndromes et notamment leurs caractéristiques « +++ ».*

# **SOMMAIRE**

## **I – Lecture d'une radiographie du thorax**

- A – Guide de lecture
- B – Signe de la silhouette
- C – Opacité thoracique localisée

## **II – Grands syndromes**

- A – Syndrome Alvéolaire
- B – Syndrome Interstitiel
- C – Syndrome Pleural
  - 1. Epanchement pleural liquidien
  - 2. Epanchement pleural gazeux
  - 3. Epanchement pleural mixte
- D – Syndrome Bronchique
  - 1. Signes directs de l'atteinte bronchique
  - 2. Signes indirects de l'obstruction bronchique
- E – Syndrome Médiastinal
- F – Syndrome Nodulaire

## **III – Quelques tests**

# I – Lecture d'une radiographie du thorax

## A – Guide de lecture

1. Eléments administratifs	Identité du patient, âge et sexe, date de réalisation
2. Critères de qualité de la radiographie	Symétrie, pénétration, réalisation debout et en inspiration, champ d'exploration complet
3. Analyse du cliché	Etape par étape, systématique
✓ Cadre osseux	<ul style="list-style-type: none"><li>• Trait de fracture</li><li>• Lésion lytique</li><li>• Séquelles chirurgicales</li></ul>
✓ Parties molles et organes extra thoraciques	<ul style="list-style-type: none"><li>• Diaphragme et organes sous diaphragmatiques : effacement ou ascension d'une coupole, pneumopéritoine</li><li>• Creux axillaires et cou : emphysème sous cutané, côtes cervicales</li><li>• Ombres mammaires chez la femme : asymétrie</li></ul>
✓ Plèvre	<ul style="list-style-type: none"><li>• Epanchement liquidien ou gazeux</li><li>• Epaissement et calcifications</li></ul>
✓ Médiastin	<ul style="list-style-type: none"><li>• Déformation des bords médiastinaux</li><li>• Opacité ou hyperclarté médiastinale, niveau hydro aérique</li><li>• Cardiomégalie</li><li>• Déviation de la silhouette médiastinale</li><li>• Anomalie trachéale</li></ul>
✓ Parenchyme	<ul style="list-style-type: none"><li>• Opacités : nodules, syndrome alvéolaire/ bronchique/ interstitiel</li><li>• Hyperclartés : localisées ou diffuses</li></ul>

- Toute radiographie doit être analysée selon un certain ordre :
  - On doit d'abord vérifier l'**identité du patient**, son **âge**, son **sexe** et la **date de réalisation du cliché**.
  - On s'intéresse ensuite aux critères de qualité :
    - \* La notion de **symétrie** dans la radiographie est très importante afin de bien évaluer le volume pulmonaire : il faut que les clavicules soient symétriques par rapport aux épineuses.
    - \* Il faut adapter la **pénétration** selon la corpulence du patient pour une meilleure analyse.
    - \* Le cliché est réalisé **debout** pour permettre un éventuel calcul de l'index thoracique, qui en position décubitus ne peut être calculé correctement car le cœur et le médiastin sont élargis : on risque alors de conclure à une cardiomégalie alors qu'elle n'est pas présente.
    - \* L'**inspiration** permet d'avoir une meilleure vision des poumons mais aussi de maximiser le volume pulmonaire par abaissement des coupoles diaphragmatiques.
  - Ce n'est qu'ensuite qu'on s'intéresse à l'étude du cliché.

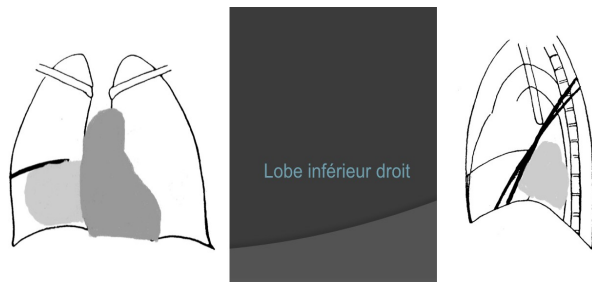
## B – Signe de la silhouette

Le signe de la silhouette est utilisé pour **localiser une opacité anormale** sur le cliché de face. Ce signe est basé sur le fait que deux structures de **même tonalité**, accolées dans le **même plan** antéro-postérieur ne sont pas distinguables l'une de l'autre.

La structure de référence le plus souvent utilisée est le cœur, qui est en situation antérieure. Donc, toute opacité se projetant à son contact et qui efface son bord est également en situation antérieure. Une autre structure est également utilisée en référence : c'est le bouton aortique, qui est en situation postérieure. De la même manière, toute opacité se projetant à son contact et qui efface son bord est également en situation postérieure.



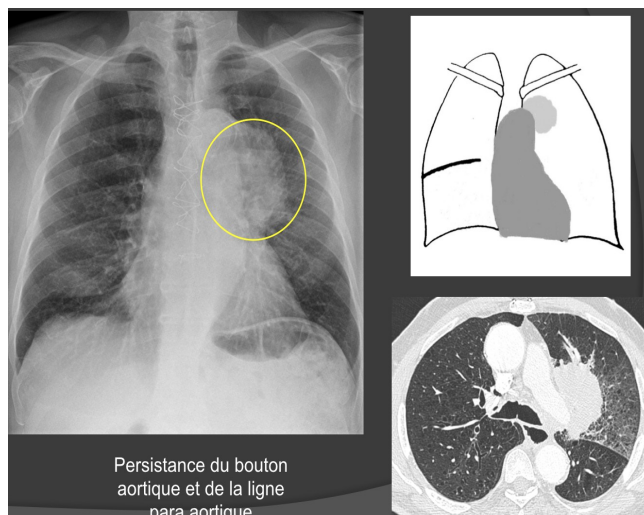
Sur l'image de face, on voit une opacité de même tonalité que le cœur donc hydrique. Celle-ci efface le bord droit du cœur, elle est donc dans le même plan que le cœur, à savoir en situation antérieure. L'opacité est donc située dans le lobe moyen.



Ici sur l'image de face, on voit une opacité de tonalité différente de celui du cœur. Celle-ci n'efface le bord droit du cœur, elle est donc dans un plan autre que celui du cœur, donc en situation postérieure. L'opacité se trouve dans le lobe inférieur droit. Le cliché de profil nous confirme son positionnement.



Ici, la structure de référence est le bouton aortique. L'opacité n'efface pas son bord, donc l'obstacle se situe dans un plan différent de celui du bouton aortique, à savoir en situation antérieure.



On a ici une radiographie de face, réalisée debout car il y a la présence de la poche à air gastrique. (*Attention : son absence ne signifie pas obligatoirement que le patient était allongé !*)

On observe une calcification du bouton aortique, associée à une déviation de la ligne para-aortique : on retrouve une aorte déroulée, le sujet est âgé.

Ici, on arrive à distinguer le contour du bouton aortique (qui est en postérieur), donc l'opacité est antérieure. C'est une masse tumorale.

### C – Opacité thoracique localisée

Une opacité thoracique peut être pulmonaire ou extra-pulmonaire.

Dans le cadre d'une opacité extra-pulmonaire, elle peut être au niveau de la paroi et donner lieu par exemple à un cancer de la peau. On peut avoir une opacité au niveau du sein, qui peut traduire un cancer du sein ou encore une opacité au niveau du médiastin ...

Dans le cadre d'une opacité pulmonaire, elle peut être soit **parenchymateuse** : c'est-à-dire qu'elle est entourée de toutes part de parenchyme pulmonaire que ce soit dans les clichés de face ou de profil, limitée par les scissures (= systematisée). Un bronchogramme aérique est présent c'est-à-dire qu'au sein de l'opacité, on arrive à percevoir des bronches en clarté (car l'air y circule). L'angle de raccordement à la paroi ou au médiastin est aigu.

L'opacité pulmonaire peut être soit **pleurale ou extra-pleurale** : dans ce cas, il y a ni systematisation, ni de bronchogramme aérique. L'angle de raccordement à la paroi est dite en pente douce.

## II – Grands syndromes

### A – Syndrome Alvéolaire

C'est le comblement de l'air intra-alvéolaire par un matériel de tonalité hydrique (le plus souvent par un liquide, parfois par des cellules ou un autre matériel) : au lieu d'avoir un poumon clair, on va avoir des opacités qui vont apparaître (car le liquide est plus opaque que l'air).

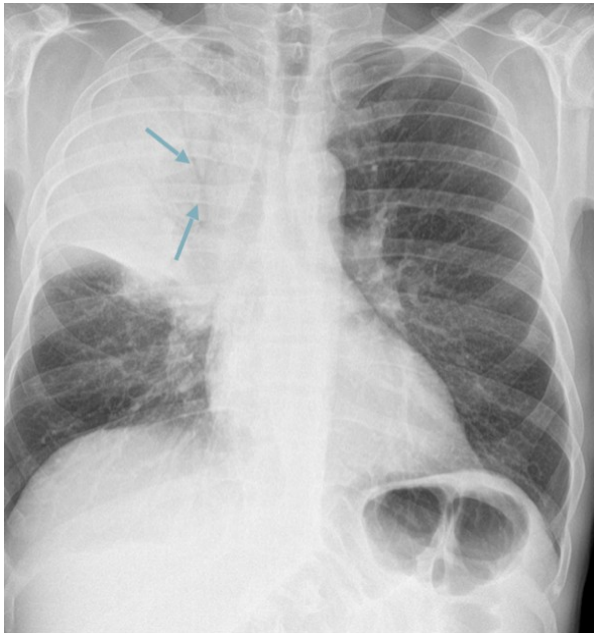
Les caractéristiques retrouvées dans ce syndrome sont les suivantes « +++ » :

- **Contours flous**
- **Confluences** (les opacités se recourent les unes avec les autres)
- Présence d'un **bronchogramme aérien** / alvéologramme aérien
- **Systématisation** (l'opacité est localisée, délimitée par une scissure le plus souvent)
- **Evolution rapide** (en quelques heures voire jours)
- **Topographie en ailes de papillon**

Cas typique : - Pneumopathie infectieuse

D'autres causes de syndrome alvéolaire :

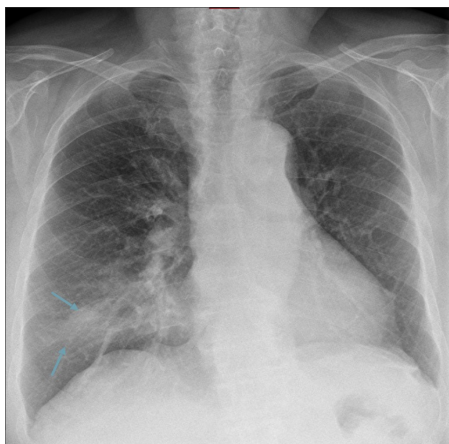
- Oedème pulmonaire
- Hémorragie pulmonaire
- Cancer bronchiolo-alvéolaire



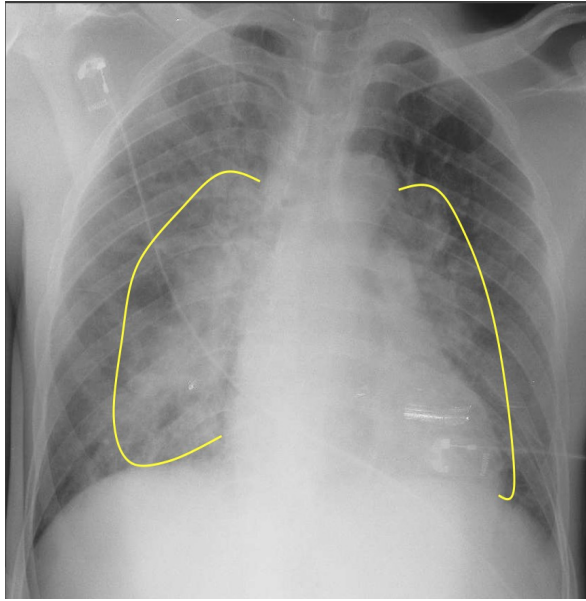
On a ici une radiographie de face, debout et en inspiration. L'opacité, située au niveau du poumon droit, concerne ici la majorité d'un lobe (systématisation lobaire) mais peut concerner un segment (segmentaire). Il y a un effacement des contours des vaisseaux du territoire, suite à une augmentation de la densité du parenchyme pulmonaire: on n'arrive plus à visualiser les vaisseaux. L'opacité est limitée ici par la petite scissure.

Les bronches restent aérées au sein du comblement alvéolaire : on observe la présence d'une clarté tubulée qui bifurque au sein de l'opacité : un bronchogramme aérien est donc présent (*voir flèche*).

Ici le patient est atteint d'une pneumopathie bactérienne : le processus infectieux est pour l'instant arrêté au niveau de la scissure.

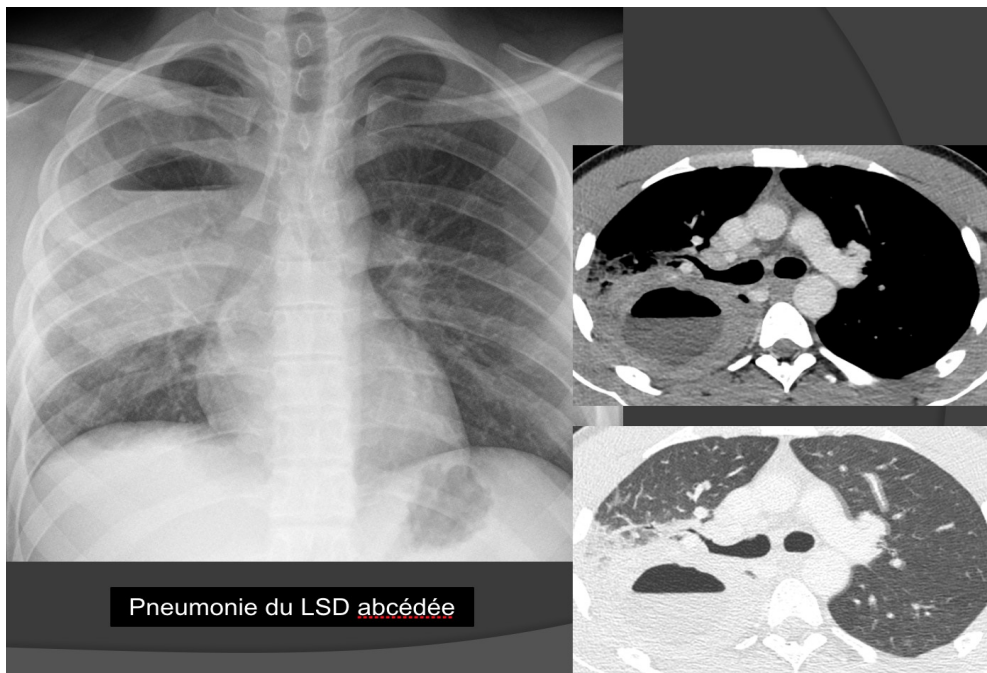


Sur cette radiographie, on a une opacité localisée dans le poumon droit, et plus exactement dans le lobe moyen car on arrive mal à visualiser le bord droit du cœur (*Cf. signe de la silhouette*). On voit que les contours sont flous, et en général cela est due au fait que l'opacité n'est pas assez étendue pour aller rejoindre une scissure ou la plèvre, qui une fois atteinte sera plus nette à visualiser. On a une certaine confluence : les foyers infectieux sont au départ distincts les uns des autres, puis en augmentant de volume, ils se recourent entre eux.



On a ici une topographie en aile de papillon : elle est centrale et bilatérale. Cela traduit une opacité péri-hilaire surtout marquée du côté droit que du côté gauche car on a la superposition du cœur. De plus, la condensation étant moins marquée on a des difficultés à percevoir le bronchogramme aérien. Cette opacité épargne le sommet ainsi que la périphérie des poumons. C'est un phénomène que l'on observe dans l'œdème pulmonaire : il est secondaire à une insuffisance cardiaque gauche, et donne lieu à une accumulation de liquide dans les alvéoles, au niveau péri-hilaire. Suite à un traitement médical, on résout rapidement l'œdème en très peu de jours.

Un exemple pour assimiler le syndrome alvéolaire :



On a une radiographie faite de face, debout car la poche à air gastrique est présente et en inspiration. On a une opacité qui est présente dans le poumon droit, systématisée dans un lobe en particulier avec la limite scissurale qui est très nette. Les opacités sont confluentes avec les contours du médiastin qui sont bien visibles : la condensation est donc localisée dans le lobe supérieur droit. Le bronchogramme aérien est légèrement visible : on a affaire à un syndrome alvéolaire, qui ici présente une complication. En effet, on voit un niveau hydro-aérique avec un contenu aérien se trouvant au dessus d'un contenu liquidien. Ici, le patient avait une pneumopathie qui a fini par nécroser donnant lieu à un liquide nécrotique : cela forme un abcès. Dans ce type de pathologie touchant la partie supérieure des poumons, il faut penser à la tuberculose. Le scanner étant fait en position couché, on voit que le liquide est déclive et se positionne en postérieure et l'air en antérieure.

## B – Syndrome Interstitiel

C'est l'épaississement anormal du tissu interstitiel du poumon par de l'oedème, de l'infiltration cellulaire, de la fibrose ... Cela donne lieu à une opacité avec des alvéoles qui restent aérées autour du tissu interstitiel.

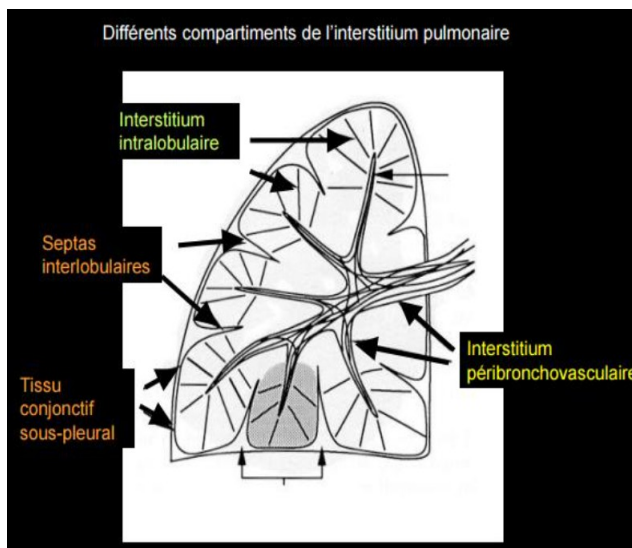
Les caractéristiques retrouvées dans ce syndrome sont les suivantes « +++ » :

- **Contours nets**
- **Evolution lente**
- **Absence de confluence**
- **Absence de bronchogramme aérien** / alvéologramme aérien
- **Absence de systématisation**

Cas typique : - Fibrose pulmonaire

D'autres causes de syndrome interstitiel :

- Sarcoïdose
- Pneumopathies virales
- Oedème pulmonaire débutant
- Lymphangite carcinomateuse

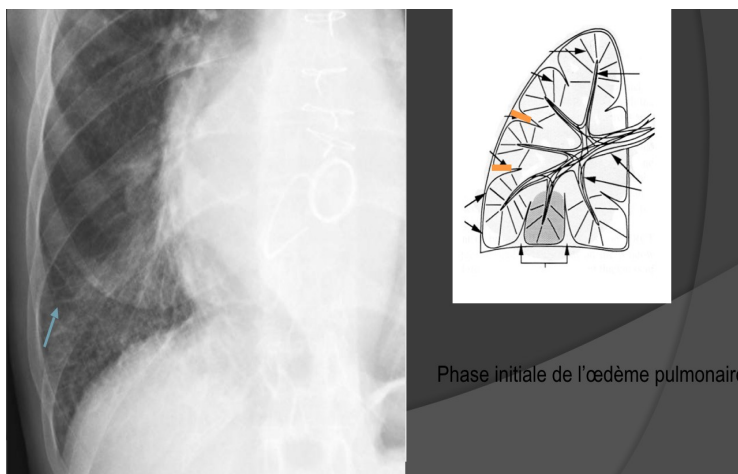


L'interstitium péribronchovasculaire (ou central) est le tissu conjonctif de soutien autour des bronches et des vaisseaux, qui s'étend au centre du lobule secondaire.

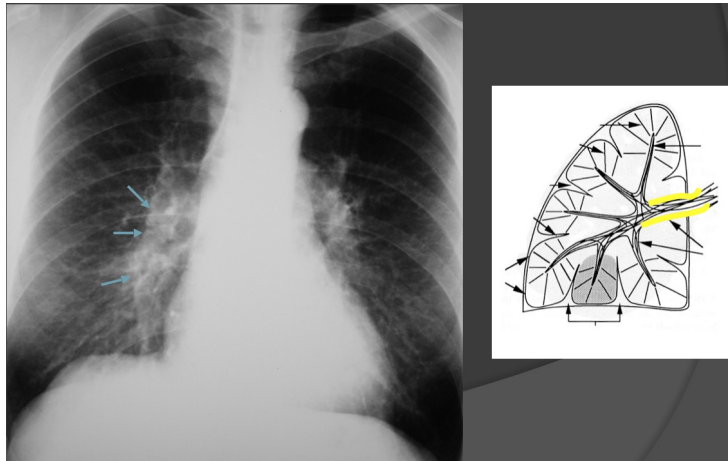
Les différents lobules secondaires sont séparés entre-eux par des septas interlobulaires.

Au sein des lobules, on retrouve l'interstitium intralobulaire qui sépare différentes logettes.

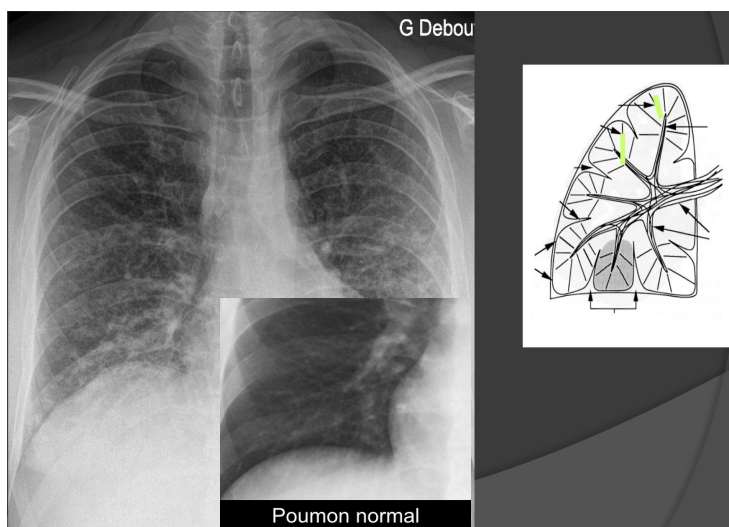
Enfin, à la périphérie du poumon, on retrouve le tissu conjonctif sous pleural qui sépare la plèvre viscérale du parenchyme pulmonaire.



Dans le cas d'une atteinte périphérique, on observe des petites opacités linéaires fines et nettes, perpendiculaire à la plèvre retrouvées à la base du poumon, ce sont les lignes de Kerley (cf. flèche). Ces lignes reflètent l'épaississement des septas interlobulaires. Ici, le patient est à la phase initiale de l'oedème pulmonaire.



Dans le cas d'une atteinte centrale, on observe un flou périvasculaire au niveau des hiles : il y a atteinte de l'interstitium centrale à savoir péribronchovasculaire (cf flèche). Les hiles sont élargis empêchant de distinguer leur composition.



Dans le cas d'une atteinte du secteur intermédiaire, on observe des opacités dites réticulées (ou réticulonodulaires) car quand on projette sur un plan l'ensemble de ces petites lignes anormales, on a la formation d'un « nodule ». Il y a ici une atteinte de l'interstitium intralobulaire qui est épaissi. La différence est visible lorsque l'on compare avec le poumon normal. Ici, le patient est atteint d'une fibrose pulmonaire débutante.



Lorsque la fibrose devient irréversible, on a une destruction des parenchymes pulmonaires qui se met en place. On voit alors apparaître des opacités de type « rayon de miel » : ils ont un aspect de petits kystes qui sont jointifs les uns aux autres et qui remplacent le parenchyme pulmonaire dans les zones de destruction.



## C – Syndrome Pleural

### 1. Epanchement pleural liquidien

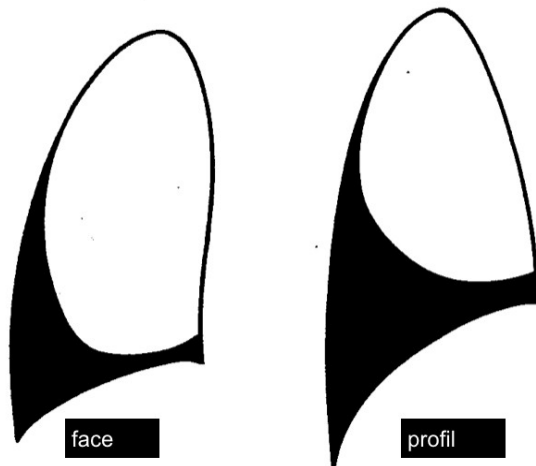
C'est le comblement des culs de sac costodiaphragmatiques par un matériel de tonalité hydrique (ici un liquide) : au lieu d'avoir un poumon clair, il y a une opacité qui va apparaître.

L'épanchement pleural liquidien est aussi appelé pleurésie.

Les caractéristiques retrouvées dans ce syndrome sont les suivantes « +++ » :

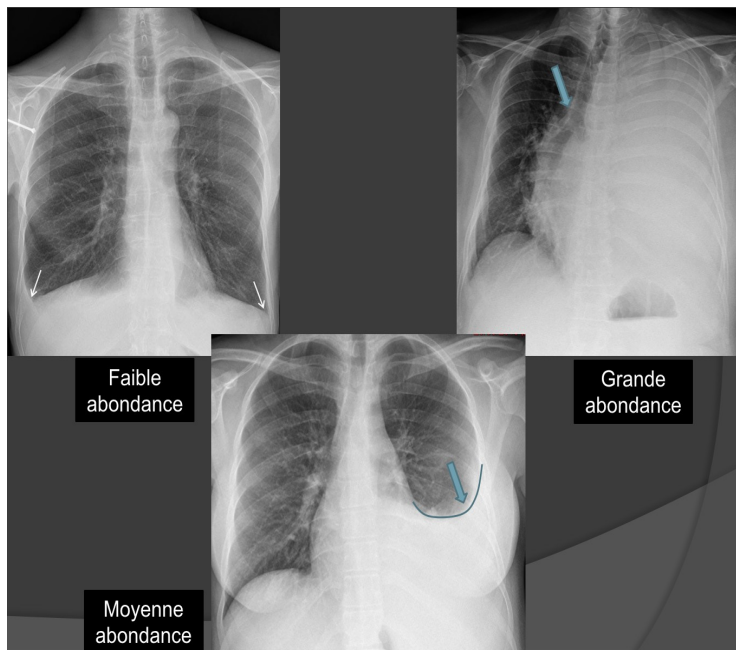
- **Opacité dense, basale et homogène**
- **Effacement de la coupole diaphragmatique / bord du cœur** (selon l'abondance)
- **Déplacement du médiastin vers le côté controlatéral** (selon l'abondance)
- **Absence de bronchogramme aérien** (car on a une opacité de forte tonalité)
- **Présence de la ligne de Damoiseau** (limite supérieure concave, en haut et en dedans)

On prend en charge la pleurésie par une ponction pleurale qui permet d'évacuer le liquide et ainsi permettre au poumon de se réexpandre correctement.



L'épanchement pleural liquidien descend dans les bases pulmonaires et comble dans un premier lieu les culs de sac costodiaphragmatiques postérieurs (cf. image de profil) puis latéral (cf. image de face) : en effet, la première descend plus bas que la seconde.

Le liquide s'accumule en bas en position debout et en arrière en position décubitus.



Dans l'épanchement de faible abondance, seuls les culs de sac costodiaphragmatiques sont comblés.

Lorsque l'abondance est moyenne, on voit qu'il y a un effacement de la coupole diaphragmatique ainsi que du bord gauche du cœur. La limite supérieure est présente, c'est la ligne de Damoiseau (cf. flèche).

Dans l'épanchement de grande abondance, on voit une opacité homogène et volumineuse occupant l'ensemble du poumon gauche. Ceci s'accompagne d'une déviation médiastinale avec une trachée déviée, un poumon gauche tassé et un poumon droit dont la fonction est diminuée.

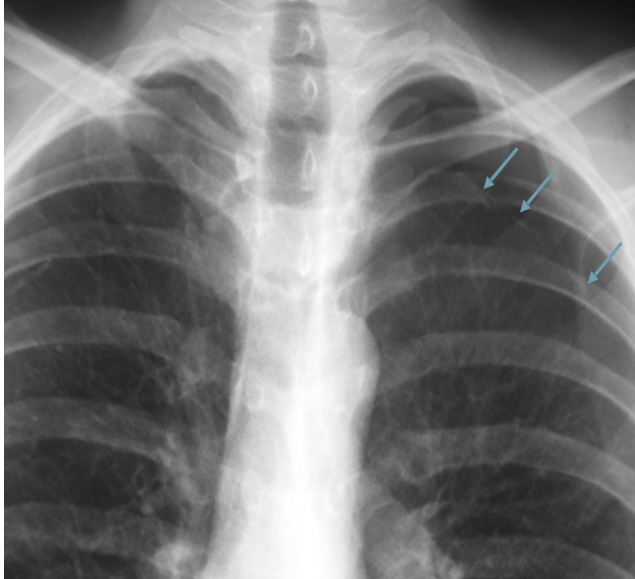
## 2. Epanchement pleural gazeux

C'est un décollement de la plèvre viscérale de la plèvre pariétale suite à une interposition de l'air entre les deux feuillets. La plèvre viscérale devient de ce fait visible.

L'épanchement pleural gazeux est aussi appelé pneumothorax.

Les caractéristiques retrouvées dans ce syndrome sont les suivantes « +++ » :

- **Tonalité aérique avasculaire** (clarté)
- **Situé en apicolatéral** (au départ)
- **Décollement pleural visible**
- **Rétraction du poumon vers le hile** (selon l'abondance)



On a ici un pneumothorax du côté gauche, avec une clarté avasculaire observable qui est délimitée par la plèvre viscérale (*cf. flèche*). Au niveau du pneumothorax, aucun vaisseau n'est présent et c'est tout à fait normal, car la cavité pleurale est censée être virtuelle.

## 3. Epanchement pleural mixte

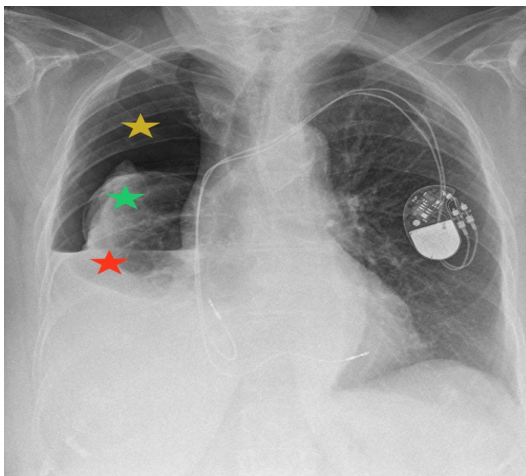
L'épanchement pleural mixte, à la fois liquidien et gazeux, est aussi appelé hydropneumothorax.

On observe un niveau hydro-aérique présent dans la cavité pleurale : en position debout, l'air s'accumule en haut, le liquide en bas.

Les hydropneumothorax sont retrouvés dans les traumatismes externes ou encore iatrogènes.

Les caractéristiques retrouvées dans ce syndrome sont les suivantes « +++ » :

- **Niveau hydro-aérique**
- **Poumon rétracté** (selon l'abondance)



On a ici un hydropneumothorax : un niveau hydro-aérique est retrouvé avec l'air intra-pleural dans la partie supérieure du poumon et le liquide intra-pleural effaçant le bord droit du cœur dans la partie inférieure du poumon. Entre les deux se trouve le poumon rétracté au niveau du hile.

On peut également observer que le patient a un pacemaker dans le poumon gauche avec deux sondes qui vont dans les cavités cardiaques.

## D – Syndrome Bronchique

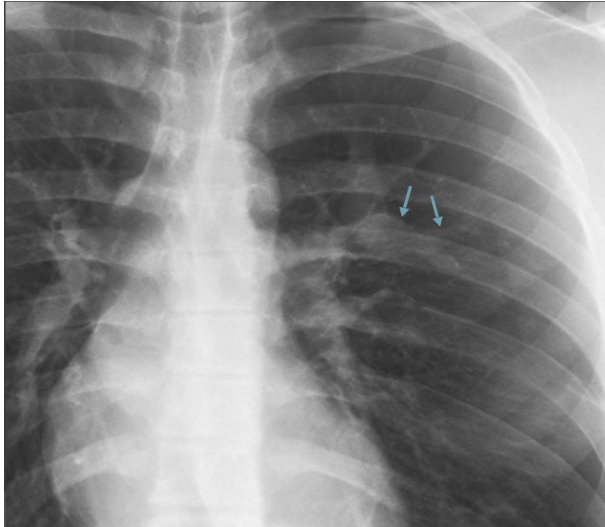
### 1. Signes directs de l'atteinte bronchique

Cela correspond à un épaissement anormal des parois des bronches avec une dilatation de leurs lumières et parfois une accumulation de sécrétions.

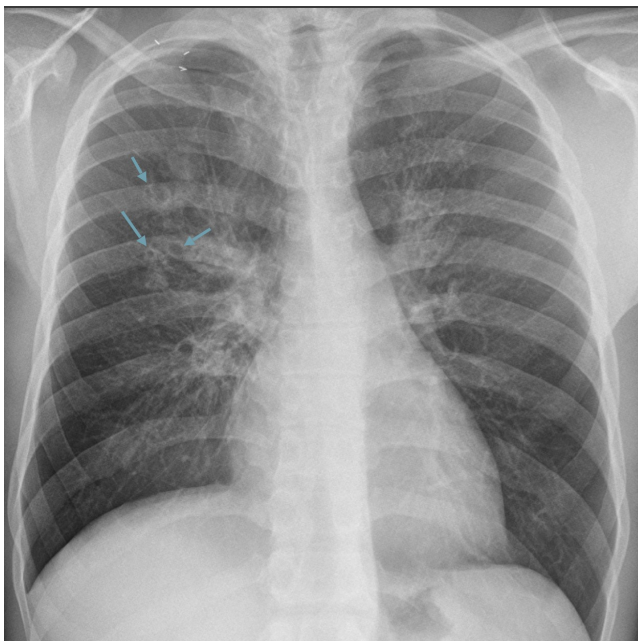
Les caractéristiques retrouvées dans ce syndrome sont les suivantes « +++ » :

- **Images en rails, en cible**
- **Images kystiques regroupées « en grappes »**
- **Opacités tubulées en « Y »**

Cas typique : - Dilatation des bronches



Sur cette radiographie, on voit des bronches dilatées avec, avec une opacité tubulée en « Y » au niveau du poumon gauche (*cf. flèche*).



Sur ce cliché, on voit au niveau de la partie supérieure du poumon droit, des images en cible, circulaire avec une paroi épaisse (*cf flèche*) ressemblant à des nodules. Vu que le patient a des anomalies bronchiques, on pourrait se demander si c'est éventuellement un contenu intra-bronchique car les lignes sont très nettes mais on peut évoquer comme hypothèse un éventuel cancer bronchique. La confirmation se fait alors par scanner. Ici les anomalies bronchiques sont moins diffuses, prédominant dans le lobe supérieur droit.

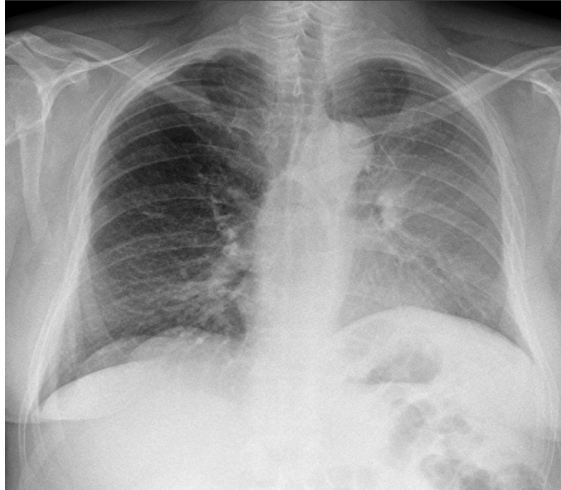
## 2. Signes indirects de l'obstruction bronchique

On constate une atélectasie, c'est-à-dire une perte de volume du territoire ventilé par la bronche obstruée. Cela signifie qu'en aval, la bronche obstruée ne sera plus capable d'assurer la ventilation. Le secteur non ventilé finit alors par se rétracter.

Les caractéristiques retrouvées dans une atélectasie sont les suivantes « +++ » :

- **Opacité systématisée, triangulaire à forme hilare**
- **Perte de volume**

Cas typique : - Obstruction bronchique par une tumeur



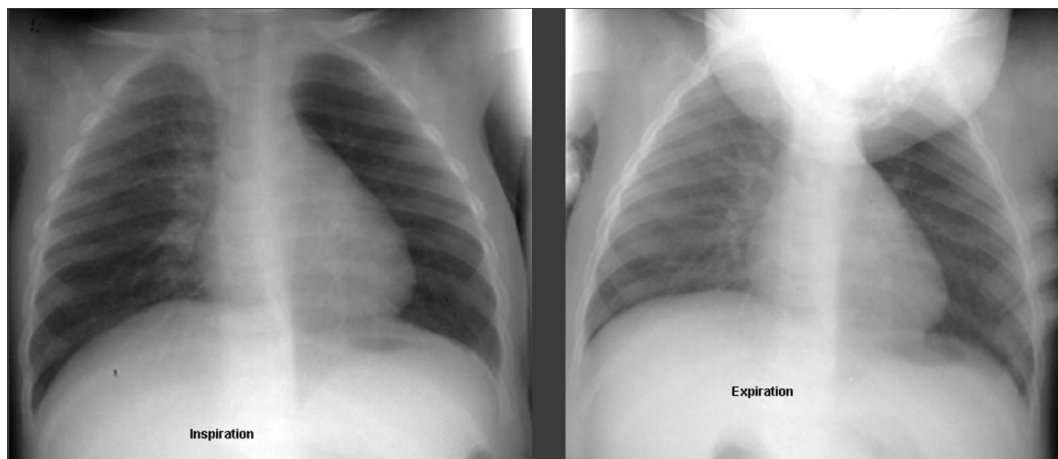
Sur ce cliché, on voit une différence de densité entre les deux poumons, avec le côté gauche plus dense que le côté droit. De plus, on remarque également une différence de volume avec une perte au niveau du poumon gauche qui s'accompagne d'une élévation de la coupole diaphragmatique gauche. L'atélectasie semble plutôt se situer dans le lobe supérieur du poumon car la limite avec le bord gauche du cœur n'est pas visible.

On peut également constater un piégeage, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de diminution de volume du territoire ventilé par la bronche partiellement obstruée en expiration. Cela signifie que l'air peut rentrer en inspiration mais qu'en expiration, le calibre des bronches diminuant, il est difficile d'assurer la sortie du gaz expiré.

Les caractéristiques retrouvées dans un piégeage sont les suivantes « +++ » :

- **Hyperclarté et distension localisée et constante sur le cliché en expiration**

Cas typique : - Corps étranger intra-bronchique chez l'enfant



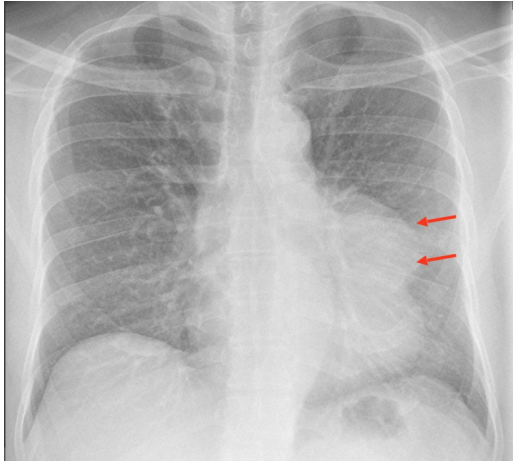
Dans le cliché en inspiration, on observe une symétrie de densité et de volume dans les deux poumons. Dans la radiographie en expiration, on voit que le poumon droit est tout à fait normal : en effet, il est plus opaque et diminué de volume. En revanche, ce n'est pas le cas du poumon gauche qui ne diminue pas de transparence et en plus, présente un volume identique qu'en inspiration. Cela signifie donc que le corps étranger se trouve dans la bronche souche gauche.

## E – Syndrome Médiastinal

Cela correspond à la présence d'une masse, d'une lésion infiltrante ou d'air dans le médiastin.

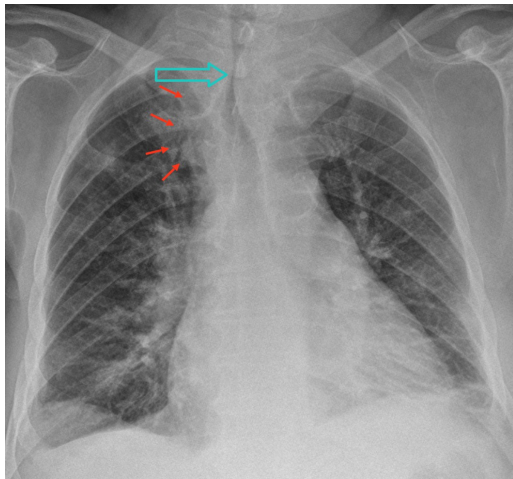
Les caractéristiques retrouvées dans ce syndrome sont les suivantes « +++ » :

- **Elargissement médiastinal**
- **Déplacement des lignes médiastinales**
- **Opacité se raccordant en pente douce avec le médiastin, dont la limite interne n'est pas visible**

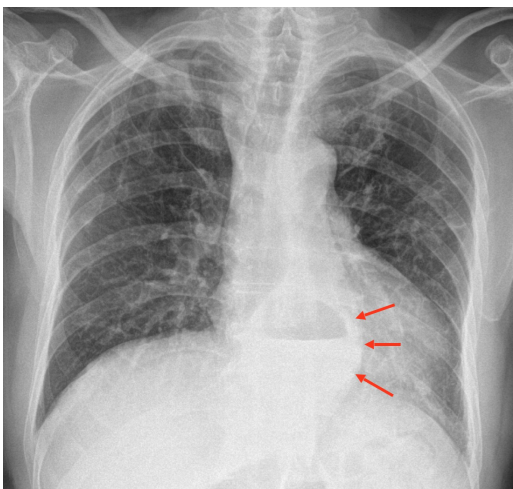


Sur cette radiographie, on observe un élargissement médiastinal, avec une opacité effaçant le bord gauche du cœur ainsi que le hile : la masse est donc localisée au niveau du médiastin antérieur.

Ici, le patient est atteint d'un thymome.



Sur ce cliché, on observe une sténose trachéale localisée au-dessus du sternum. Elle est causée par un goître thyroïdien plongeant dans le médiastin supérieur.



Sur ce cliché, on observe au sein du médiastin un niveau hydro-aérique dont le contour est bien délimité (*cf flèche*) et semble être dans le médiastin postérieur.

Le patient fait l'objet d'une hernie hiatale c'est-à-dire qu'une partie de l'estomac notamment celle qui contient la poche à air gastrique remonte dans le hiatus oesophagien.

## F – Syndrome Nodulaire

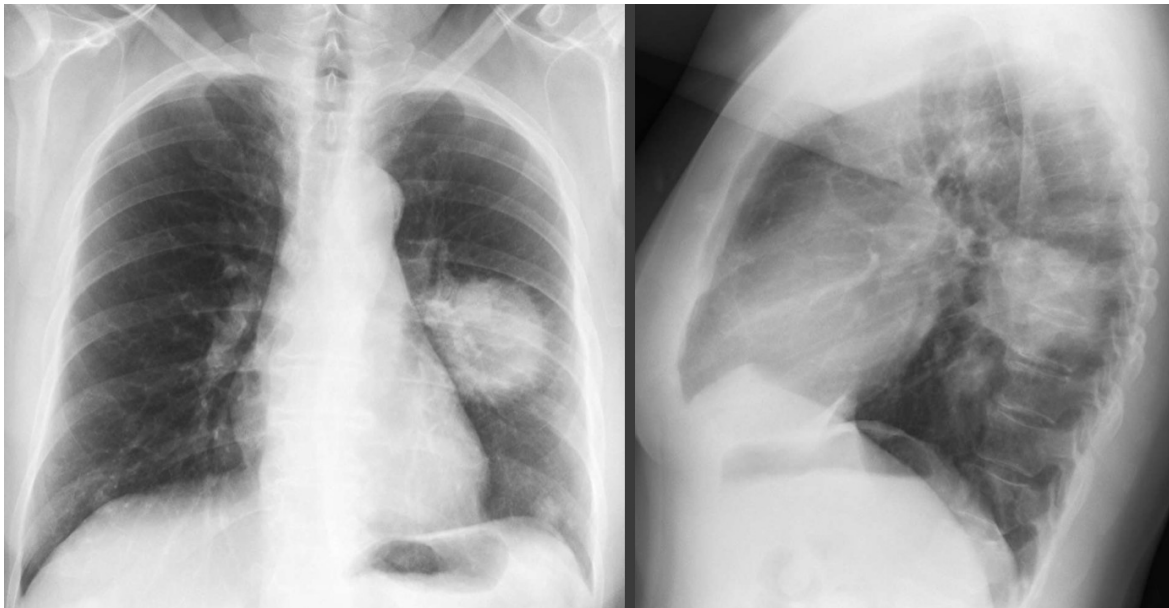
Cela correspond à des **opacités pulmonaires arrondies** soit uniques soit multiples, aux **contours flous ou nets**. On appelle opacités miliaires, des opacités micronodulaires multiples.

Si le nodule fait plus de 3cm, alors il s'agit d'une masse.



Sur cette radiographie, on voit plein de nodules disséminés de façon bilatérale : le patient est atteint d'un adénocarcinome disséminé.

On constate aussi une opacité dense et homogène présente à la base du poumon droit qui efface la coupole diaphragmatique droite : c'est un épanchement pleural liquidien droit. Le cliché a sans doute été réalisé couché d'où la difficulté de visualiser la ligne de Damoiseau.



Sur la radiographie de face, on distingue une masse au niveau du poumon gauche. Elle n'est pas médiastinale car on a une interligne qui la sépare du médiastin. De plus, on a un angle de raccordement aigu qui prouve que ce n'est pas un syndrome médiastinal.

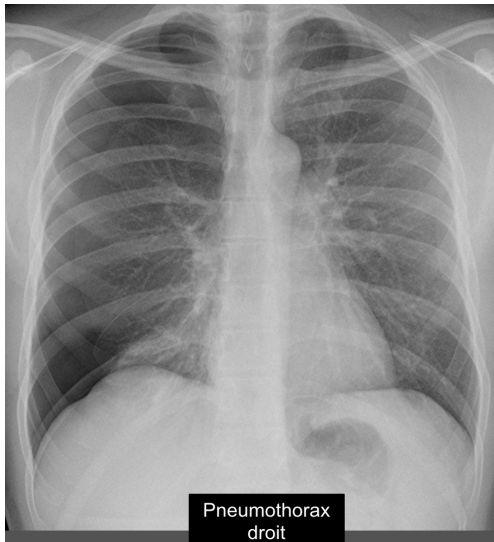
Il n'y a pas de signe de la silhouette donc c'est une masse postérieure comme nous le confirme la radiographie de profil.

### III – Quelques tests



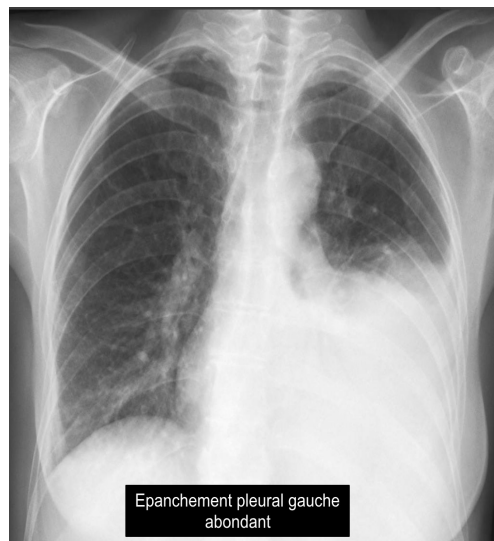
#### Radiographie 1 :

On a une opacité qui se trouve au niveau du poumon droit, qui rend visible le bord droit du cœur donc il est situé dans le lobe inférieur droit. L'opacité est systématisée, elle est délimitée par la scissure et se trouve dans un lobe précis. Des bronchogrammes aériens peuvent être perçus. On est donc dans un syndrome alvéolaire. Le patient est atteint d'une pneumopathie du lobe inférieur droit.



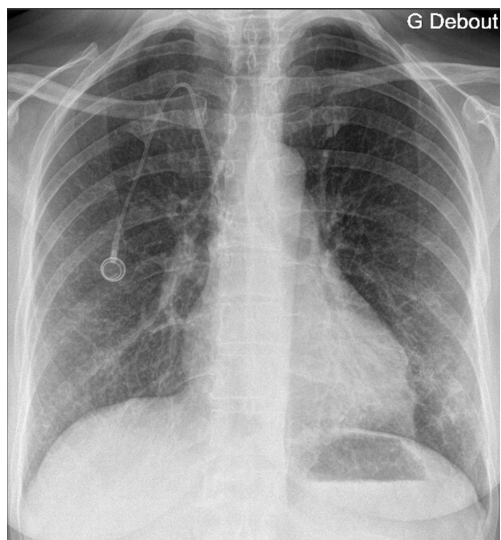
#### Radiographie 2 :

On retrouve une hyperclarté avasculaire au niveau du poumon droit. La ligne pleurale viscérale est visible. Le patient présente un pneumothorax droit.



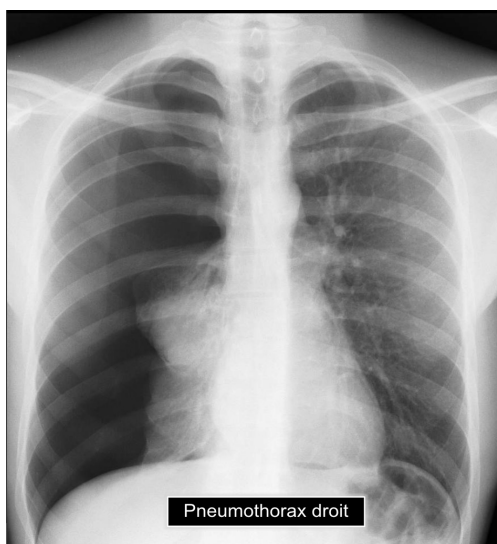
#### Radiographie 3 :

On retrouve une opacité dense et homogène au niveau du poumon gauche. Celle-ci efface la coupole diaphragmatique gauche ainsi que le bord gauche du cœur. Aucun bronchogramme aérien ne peut être observé. On a tout de même des difficultés à visualiser la ligne de Damoiseau. Le patient a un épanchement pleural gauche abondant.



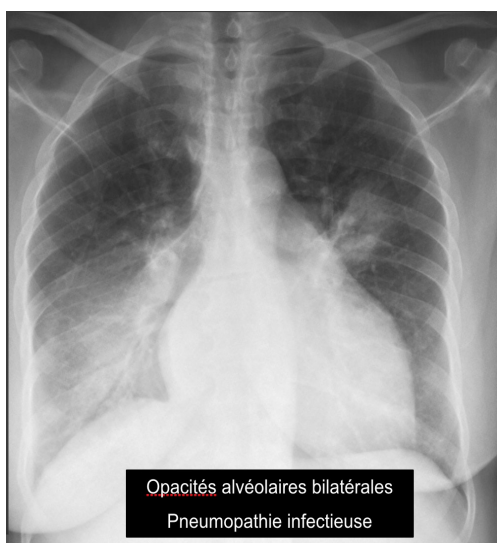
Radiographie 4 :

On retrouve des opacités rétronodulaires diffuses. On a un aspect piqueté qui est très caractéristique du syndrome interstitiel. Les différentes opacités ne sont pas localisées. Le patient est atteint d'une pneumopathie interstitielle.



Radiographie 5 :

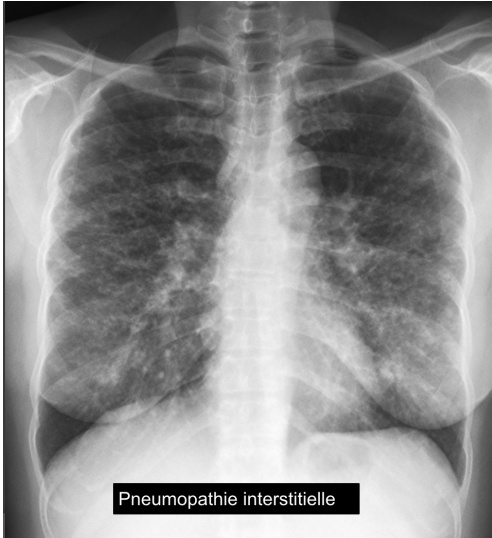
On retrouve une hyperclarté avasculaire au niveau du poumon droit. La ligne pleurale viscérale est visible. Le poumon droit est ici comprimé, et se retrouve près du hile. Le patient présente un pneumothorax droit dit de grande abondance.



Radiographie 6 :

On retrouve une opacité à droite, qui est systématisée avec une distinction claire d'un bronchogramme aérique. Le bord droit du cœur est visible donc l'opacité se trouve dans un plan postérieur à savoir dans le lobe inférieur droit. Un deuxième foyer se trouve à gauche. On a affaire à un syndrome alvéolaire. Le patient est atteint d'une pneumopathie infectieuse.





Radiographie 7 :

On a ici une opacité bilatérale diffuse avec un épaississement au niveau des hiles. Il y a toujours cet aspect piqueté qui est présent et qui renvoie à un syndrome interstitiel.

Le patient est atteint d'une pneumopathie interstitiel.



Radiographie 8 :

On retrouve une opacité bilatérale diffuse, non systématisée qui épargne les apex.

On a une topographie en aile de papillon.

Le patient est atteint d'un syndrome alvéolaire notamment d'un œdème aigu du poumon.

On constate également que le patient va mal (intubation, fils de scop ...).

