



- C'est un téléthorax de face objectivant une volumineuse opacité de tonalité hydrique hilare gauche
Forme : grossièrement ovalaire
- Taille : mesure 6 à 8 cm de grand axe
- Limites : interne noyée dans le médiastin et se raccordant à angle aigu avec le bord gauche du médiastin.
- Limite externe flou irrégulière réalisant l'aspect en patte de crabe
- Plage : hétérogène par la présence de broncho gramme aérien
- Index cardio thoracique, les culs de sacs pleuraux sont libres
- On note une petite opacité de tonalité calcique se projetant sur le lobe supérieur du poumon droit
- **Conclusion** : gros hile tumorale malin gauche évoquant un cancer bronchique proximal
- **Pas de diagnostic différentiel**
- **CAT** : bilan d'extension: fibroscopie bronchique, TDM thoraco-abdominale, échographie abdomino-pelvienne et scintigraphie osseuse



- C'est un téléthorax de face objectivant de multiples opacités de tonalité hydrique de taille et de formes variables intéressant les deux champs pulmonaires prédominant au niveau des bases, confluentes par endroits de plage homogène.
-
- L'index cardio thoracique ne peut être mesurer, les culs de sacs pleuraux sont libres et on note l'absence de lésions osseuses visibles
- **Conclusion** : syndrome interstitiel et de comblement alvéolaire réalisant l'aspect en lâché de ballon évoquant des localisations secondaires.
- **Diagnostic différentiel** : staphylococcie pleuro pulmonaire
- **CAT** : TDM thoraco-abdominale, échographie abdomino-pelvienne et scintigraphie osseuse .Ce bilan d'extension a un double intérêt : celui de rechercher le néo primitif et celui d'essayer de déterminer d'autres



- C'est un téléthorax de face objectivant une opacité de tonalité hydrique siégeant au niveau du champ pulmonaire inférieur gauche, de forme ovalaire, mesurant 5cm de grand axe, de plage hétérogène par la présence de broncho gramme, de limites plus ou moins nettes et les contours sont irréguliers.
- En appliquant le signe de la silhouette, l'opacité n'efface pas le bord gauche du médiastin donc elle est de topographie postérieure. Ailleurs on note une opacité hilare gauche irrégulière. L'index cardio-thoracique est normal, les culs de sac pleuraux sont libres, pas de lésions osseuses visibles.
- **Conclusion** : syndrome de comblement alvéolaire évoquant un cancer broncho-pulmonaire, métastase pulmonaire unique
Diagnostic différentiel : abcès du poumon, tumeur bénigne.
- **CAT** : TDM thoracique, échographie abdomino-pelvienne et scintigraphie osseuse Fibroscopie bronchique



- C'est un téléthorax de face objectivant de multiples opacités de tonalité hydrique, de taille miliaire et micronodulaire diffuse, intéressant les 2 champs pulmonaires.
- L'index cardio-thoracique est normal, les culs de sacs pleuraux sont libres et on note l'absence de lésions osseuses visibles. **Conclusion** : syndrome interstitiel diffus bilatéral évoquant une miliaire tuberculeuse en 1^{er} lieu. **Diagnostic différentiel** : miliaire carcinomateuse, pneumoconiose (maladie professionnelle)
- **CAT** : Echographie abdomino-pelvienne (car il existe des miliaires spléniques, hépatiques ou rénales. TDM thoracique, scintigraphie osseuse°)



- C'est un téléthorax de face objectivant une image cavitaire à paroi épaisse, siégeant au niveau du champ pulmonaire moyen droit, faite d'une hyperclarté parenchymateuse entourée d'une paroi épaisse, la paroi externe on ne la cherche pas, la paroi interne est régulière.
- On retrouve un épanchement minime à gauche, le cul de sac droit est libre, l'index cardio-thoracique normal et absence de lésions osseuses visibles.
- **Conclusion** : syndrome cavitaire du champ pulmonaire moyen droit évoquant un abcès ou une caverne tuberculeuse en 1^{er} lieu. En dernier lieu cancer broncho-pulmonaire nécrosé.
- **Diagnostic différentiel** : éliminer les images cavitaires à paroi fine (bulle d'emphysème KH et pneumatocelle. **CAT** : cliché de control, échographie abdomino-pelvienne



- C'est un téléthorax de face objectivant une image cavitaire à paroi épaisse, même sémiologie que la précédente et même CAT



- C'est un téléthorax de face objectivant une image cavitaire à paroi épaisse intéressant le champs pulmonaire moyen droit, faite d'une opacité de tonalité hydrique, homogène, surmontée d'une hyperclareté elles sont séparées par un niveau horizontal (niveau hydro-aérique). Limite interne régulière. On note la présence d'un épanchement minime à droite, le cul de sac gauche est libre, l'index cardio-thoracique est normal, et absence de lésions osseuses visibles.
- **Conclusion** : image cavitaire du champs pulmonaire moyen droit évoquant un abcès rompu ou un KH surinfecté
- **Diagnostic différentiel** : éliminer les images cavitaires à paroi fine
- **CAT** : cliché de control, écho abdomino-pelvienne, TDM thoracique, scintigraphie osseuse



- C'est une téléthorax de face objectivant une opacité de tonalité hydrique se projetant sur la partie inf de l'hémi thorax gauche, étendue sur 2 ou 3cm de hauteur, de plage homogène, limite supérieure concave en haut et se continu par une ligne bordante axillaire, la limite ext se confond avec la paroi thoracique, la limite inf effaçant l'hémi coupole diaphragmatique gauche, le parenchyme pulmonaire controlatéral et homolatéral d'aspect radiologique normal, cul de sac droit libre et ICT respecté. Absence de signes de refoulements visibles, trachée non déviée et bord du médiastin non déplacé.
- **Conclusion** : syndrome pleural évoquant un épanchement pleural liquidien libre de moyenne abondance
- **Pas de diagnostic différentiel**
- **CAT** : échographie thoracique de repérage afin de pouvoir ponctionner et drainer cet épanchement et ensuite l'analysé selon l'étude des 3 tubes (biochimie, cytologie et bactériologie)
Cliché de control



- C'est un téléthorax de face objectivant une opacité de tonalité hydrique occupant la totalité de l'hémi-thorax gauche s'étendant de la base à l'apex, de plage homogène, limite sup se confond avec l'apex, limite ext se confond avec la paroi thoracique, limite inf effaçant l'hémi-coupole diaphragmatique gauche, limite interne noyée dans le médiastin. On note la présence de signes de refoulement du bord droit du médiastin (trachée et bronche gauche refoulées). Le parenchyme controlatéral d'aspect radiologique normal et cul de sac droit libre. **Conclusion** : hémi-thorax opaque évoquant un épanchement pleural de très grande abondance
- **Diagnostic différentiel** : KH géant **CAT** : echo et TDM thoracique puis drainage et analyse du liquide de drainage et enfin un téléthorax de control



Fig. 1



Fig. 2

1950

- C'est un téléthorax de face objectivant une hyperclarté avasculaire occupant la totalité de l'hémi-thorax gauche d'étendant de la base à l'apex, hétérogène par la présence du parenchyme pulmonaire collabé. Les limites sont nettes. Le reste du parenchyme est d'aspect radiologique normal. On note un léger émoussement (épanchement minime) dans le cul de sac pleural gauche tant dis que le droit est libre. L'analyse de l'ICT est difficile vu que le parenchyme est comprimé.
- **Conclusion** : syndrome pleural évoquant un pneumothorax total **CAT** : exsufflation et téléthorax de control



- C'est un téléthorax de face objectivant une opacité de tonalité hydrique intéressant le champ pulmonaire moyen droit, de forme grossièrement ovalaire, mesurant 2-3cm de grand axe, de plage hétérogène par la présence de bronchogramme aérique, limites + ou - nettes, contours irréguliers, le reste du parenchyme pulmonaire est d'aspect radiologique normal, l'ICT est normal, les culs de sac pleuraux sont libres et absence de lésions osseuses visibles.
- **Conclusion** : syndrome de comblement alvéolaire du champ pulmonaire moyen droit évoquant un cancer broncho-pulmonaire distal ou métastase unique.
- **Diagnostic différentiel** : tumeur bénigne. **CAT** : bilan d'extension : échographie abdomino-pelvienne, TDM thoracique, scintigraphie osseuse et biopsie trans-pariétale



- C'est un téléthorax de face objectivant de multiples images cavitaires entourées d'un liseré fin opaque intéressant le champ pulmonaire moyen et inférieur droit.
- **Conclusion** : syndrome cavitaire évoquant des bulles d'emphysème
- **Diagnostic différentiel** : éliminer les images cavitaires à parois épaisses
- **CAT** : clichés de surveillances (car la rupture de ces bulles peut donner un pneumothorax)



- C'est un téléthorax de face objectivant une opacité de tonalité hydrique siégeant au niveau du champ pulmonaire moyen droit, de forme arrondie, les limites sont nettes et les contours sont réguliers, mesurant environ 2cm de grand axe
- **Conclusion** : syndrome de comblement alvéolaire du champ pulmonaire moyen droit évoquant une tumeur bénigne **Diagnostic différentiel** : tumeur maligne ou métastase unique **CAT** : cliché de surveillance



- C'est un téléthorax de face objectivant un débord médiastinal droit de l'étage moyen et supérieur fait d'une opacité de tonalité hydrique se raccordant au parenchyme pulmonaire à angle ouvert ce qui signe son appartenance au médiastin, de plage homogène, la limite interne est invisible noyée dans le médiastin, la limite externe nette convexe vers le parenchyme pulmonaire, la limite supérieure est convexe vers le haut et dépasse la clavicule ; ainsi en appliquant le signe du défilé cervico-thoracique ==> l'opacité a une composante postérieure.
- Ailleurs on note une opacité de tonalité hydrique se projetant sur la partie inférieure de l'hémi-thorax droit évoquant un épanchement pleural de moyenne abondance. L'ICT ne peut être déterminé, le reste du parenchyme pulmonaire est d'aspect radiologique normal, le cul de sac pleural gauche est libre et on note l'absence de lésions osseuses visibles.
- **Conclusion** : syndrome médiastinal supérieur droit évoquant (lymphome, lymphothymome, thymome, tératome) associé à un épanchement pleural droit de moyenne abondance.
- **Diagnostic différentiel** : éliminer les opacités parenchymateuses.
- **CAT** : bilan d'extension ; TDM thoracique, échographie abdomino-pelvienne, scintigraphie osseuse



- C'est un téléthorax de face objectivant une opacité de tonalité hydrique, apicale droite, de forme grossièrement arrondie, mesurant environ 5-6cm de grand axe, de plage hétérogène, de limites floues et de contours irréguliers. L'ICT est normal, les culs de sac pleuraux sont libres et absence de lésions osseuses visibles. **Conclusion** : syndrome de comblement alvéolaire évoquant une tuberculose pulmonaire ou un cancer broncho-pulmonaire apical
Diagnostic différentiel : pneumopathie non spécifique
- **CAT** : BK (IDR), bilan biologique ==> si les BK sont + et on retrouve un syndrome inflammatoire associé on pense à une tuberculose, on donne un antibiothérapie après établissement d'un antibiogramme. On fait des clichés de control après 2 ou 3 mois ==> si y a régression c'est une affection bactérienne, on continue l'antibiothérapie sinon on pense au cancer broncho-pulmonaire distal



- C'est un téléthorax de face objectivant un débord médiastinal droit de l'étage moyen et inférieur fait d'une opacité de tonalité hydrique, la limite externe est nette et convexe vers le parenchyme pulmonaire avec un angle de raccordement qui est en pente douce (angle ouvert) la limite interne noyée dans le médiastin.
- En appliquant le signe de la silhouette : l'opacité n'efface pas le bord droit du médiastin alors elle est de topographie postérieure.
- En appliquant le signe de convergence : les vaisseaux sanguins sont visibles à travers l'opacité ce qui élimine la nature vasculaires (grosse artère pulmonaire) et qui confirme que c'est une masse médiastinale
- **Conclusion** : syndrome médiastinal de l'étage moyen et inférieur droit dans son compartiment postérieur ou tumeur neurogène, kyste bronchogénique, kyste hydatique.
- **Diagnostic différentiel** : éliminer les opacités parenchymateuses
- **CAT** : TDM thoracique (afin de déterminer les rapports de l'opacité) échographie abdomino-pelvienne.