

ATELECTASIE LOBAIRE ET SEGMENTAIRE

Partie 1

Cours de Radiologie

Tiré du FELSON

Etudiants de médecine 3^{ème} année

Pr BELLAHSENE-BENDIB

Service d'imagerie médicale

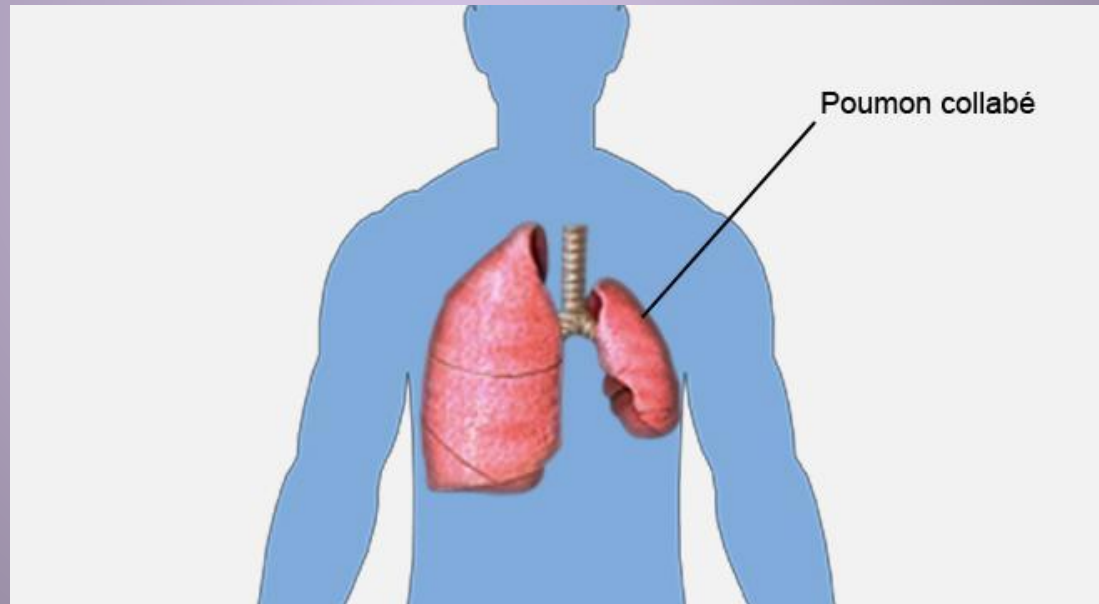
CHU Mustapha

PLAN

- I- Définition
- II- Mécanismes
- III- Sémiologie radiologique
- IV- Diagnostics différentiels
- V- Apport de la TDM
- VI-Conclusion

DÉFINITION

- L'atélectasie ou collapsus pulmonaire = perte de volume d'un segment, d'un lobe ou de tout un poumon, du à un affaissement alvéolaire.



MÉCANISMES

03 mécanismes sont à l'origine d'une atélectasie :



OBSTRUCTION



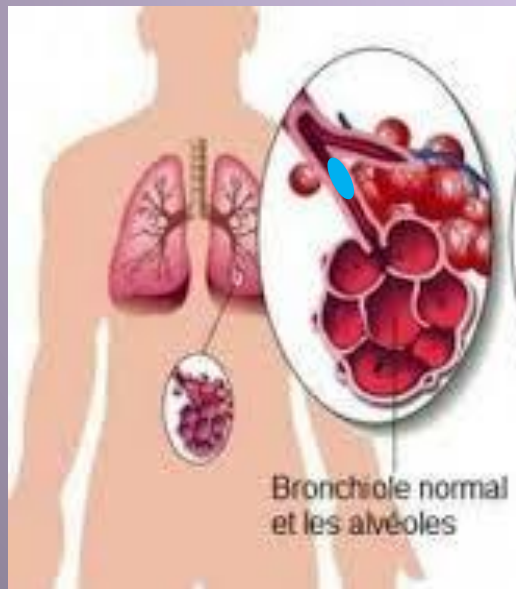
COMPRESSION



RETRACTION

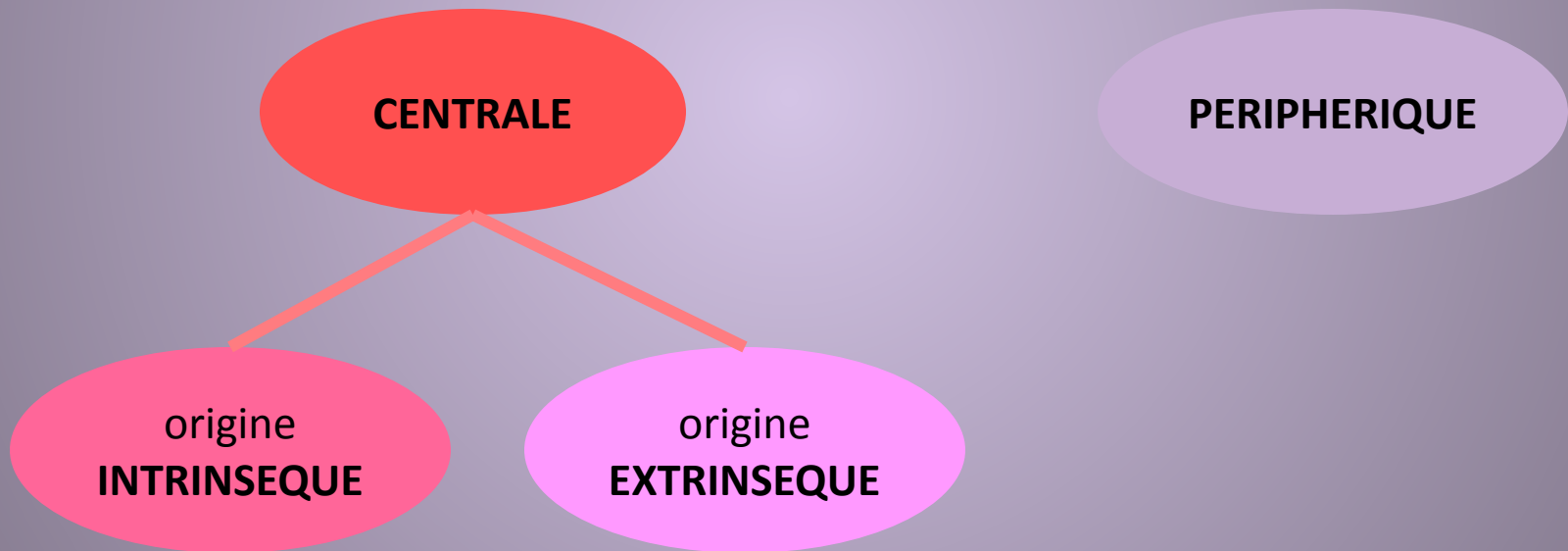
1-Obstruction

- Mécanisme le **plus fréquent**
- Du à une obstruction de la lumière bronchique
- L'air n'entre plus dans les alvéoles en aval de l'obstacle lors de l'inspiration
- L'air intra-alvéolaire se résorbe dans le sang avec pour conséquence, une réduction du volume du lobe ou du segment = collapsus.



Etiologie

- 02 causes à l'obstruction d'une bronche lobaire ou segmentaire :

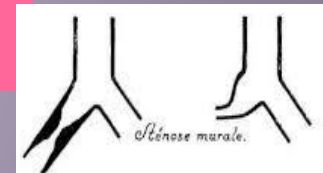


CAUSE CENTRALE

Lésion unique

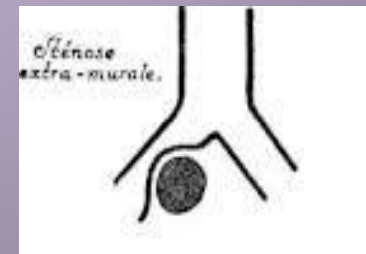
Origine INTRINSEQUE

- Cancer bronchique +++
- Corps étranger (enfant ++)
- Affections bronchiques inflammatoires (ex : TB)

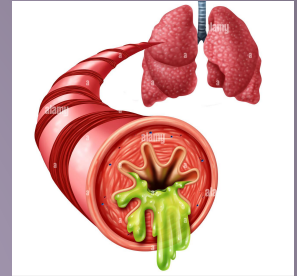


Origine EXTRINSEQUE

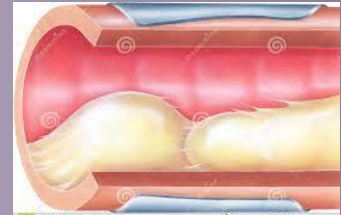
- Adénopathie
- Tumeur médiastinale
- Anévrisme artériel
- Gros cœur



CAUSE PERIPHERIQUE



- Multiples petits bouchons d'exsudat inflammatoire ou de mucus
- Qui obstruent plusieurs bronches de petit calibre
- Observée dans les pneumonies et après chirurgie
- *L'atélectasie se nettoie souvent spontanément lorsque les bouchons sont expectorés ou résorbés.*

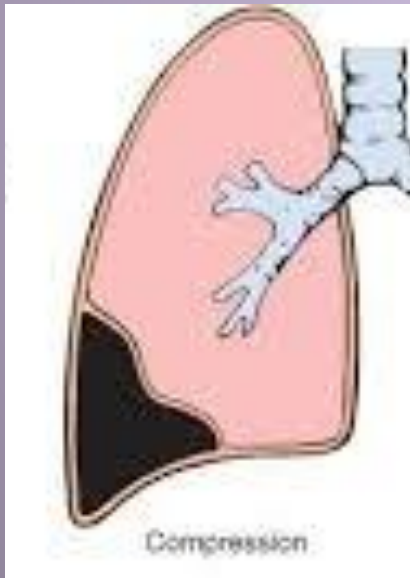




- **L'obstruction** n'entraîne pas systématiquement un collapsus
- Parfois, l'accumulation d'une grande quantité de sécrétions inflammatoires ou d'œdèmes en aval de l'obstruction, empêche la diminution de volume.
- Dans ce cas il y a obstruction sans atelectasie désignée sous le nom de « poumon noyé »
- Le lobe ou le segment obstrué peut alors être augmenté de volume.

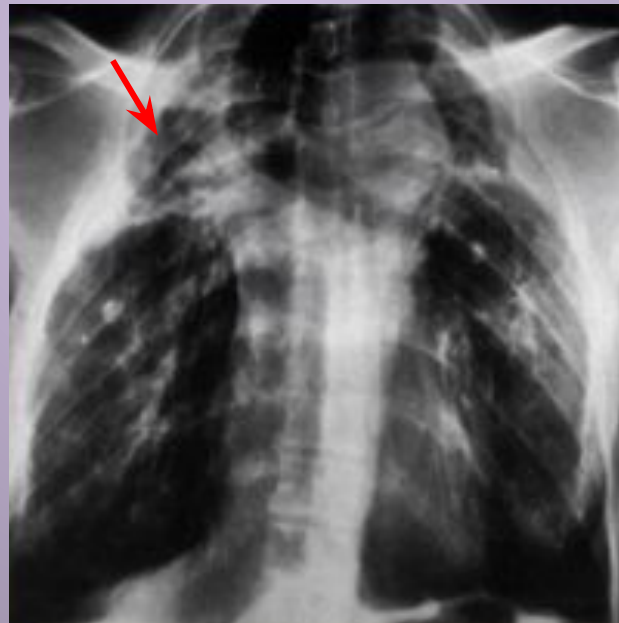
2-Compression

- Le parenchyme pulmonaire peut être comprimé par un pneumothorax ou un épanchement pleural à son contact = collapsus par compression
- Le diagnostic est facile dans ce cas car la cause est souvent évidente.



3-Rétraction

- Les séquelles de tuberculose ou les fibroses pulmonaires d'étiologies diverses (ex : silicose) peuvent entraîner un collapsus par rétraction ou collapsus cicatriciel
- Des travées irrégulières sont fréquentes au sein du collapsus.



Tuberculose pulmonaire : opacité pulmonaire apicale droite à bords concaves en rapport avec une atélectasie cicatricielle

SÉMIOLOGIE RADIOLOGIQUE

L'atélectasie se manifeste sur une radiographie du thorax par des :

An orange oval shape containing the text 'Signes directs'.

Signes **directs**

A purple oval shape containing the text 'Signes indirects'.

Signes **indirects**

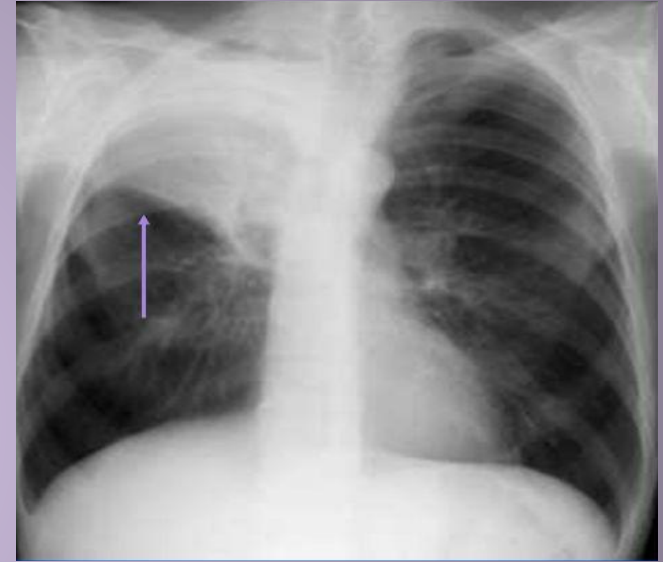
Basés sur la diminution de volume du lobe ou du segment en cause

Signes directs

- Opacité pulmonaire
- Déplacement des scissures interlobaires
- Tassement vasculaire ou bronchique

Signes directs

- **Opacité pulmonaire** due à la résorption de l'air intra-alvéolaire du parenchyme collabé. Signe non spécifique (bcp de processus pathologiques □ une opacité)
- **Déplacement des scissures** qui limitent l'opacité, vers le collapsus. Signe direct qui a le plus de valeur.
- **Tassement vasculaire ou bronchique** : si le lobe ou le segment collabé contient encore de l'air, ses *travées vasculaires* restent visibles et apparaissent tassées dans un plus petit espace.
Si les bronches sont visibles (bronchogramme aérique), elles aussi apparaitront tassées.



Signes indirects

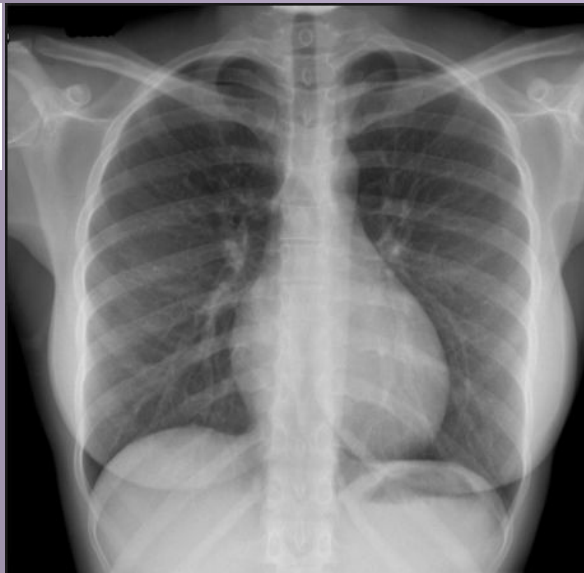
- Déplacement hilair
- Ascension du diaphragme
- Déplacement de la trachée et du médiastin
- Rétraction de la cage thoracique
- Emphysème compensateur

Leur présence est suffisante pour le diagnostic d'atélectasie

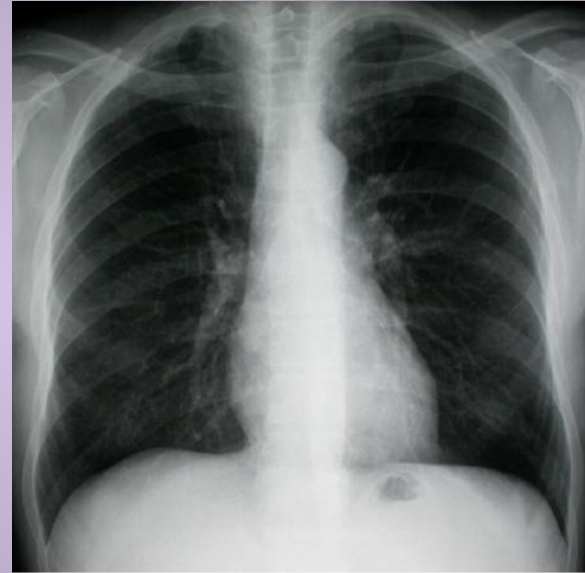
Ils varient en fonction de la localisation et de l'intensité du collapsus

Signes indirects

- **1-Déplacement du hile** = seul signe qui indique toujours par lui-même, un collapsus.



Hile gauche > hile droit (> 97% des cas)



Hiles au même niveau (3% des cas)

- **Un hile gauche plus bas situé que le hile droit fait évoquer un collapsus du LIG.**
- **Dans le collapsus du LSD, le hile droit est ascensionné.**
- *Signe indirect rare dans le collapsus du LM ou de la lingula du à leur petite taille et leur position plus centrale.*

Signes indirects

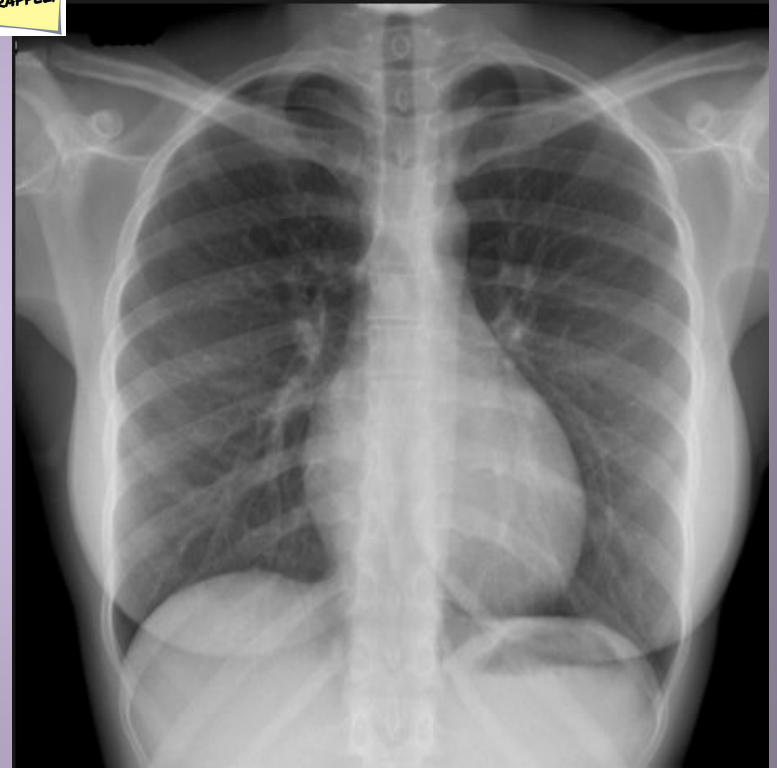
- **2-Ascension du diaphragme** : atélectasie des LI +++



- **3-Déplacement trachéal** : collapsus des LS +++. *Peu fréquent dans les collapsus du LM, lingula ou LI qui sont éloignés de la trachée*

Déplacement du médiastin (cœur) vers le collapsus dans les atélectasies accentuées d'un ou +s lobes

- **4-Rétraction de la cage thoracique** difficile à estimer = rapprochement des côtes du côté pathologique
- **5-Emphysème compensateur** du parenchyme sain adjacent qui se dilate pour combler l'espace libéré par l'atélectasie. Détecté par l'augmentation de sa transparence et l'espacement de la trame vasculaire.



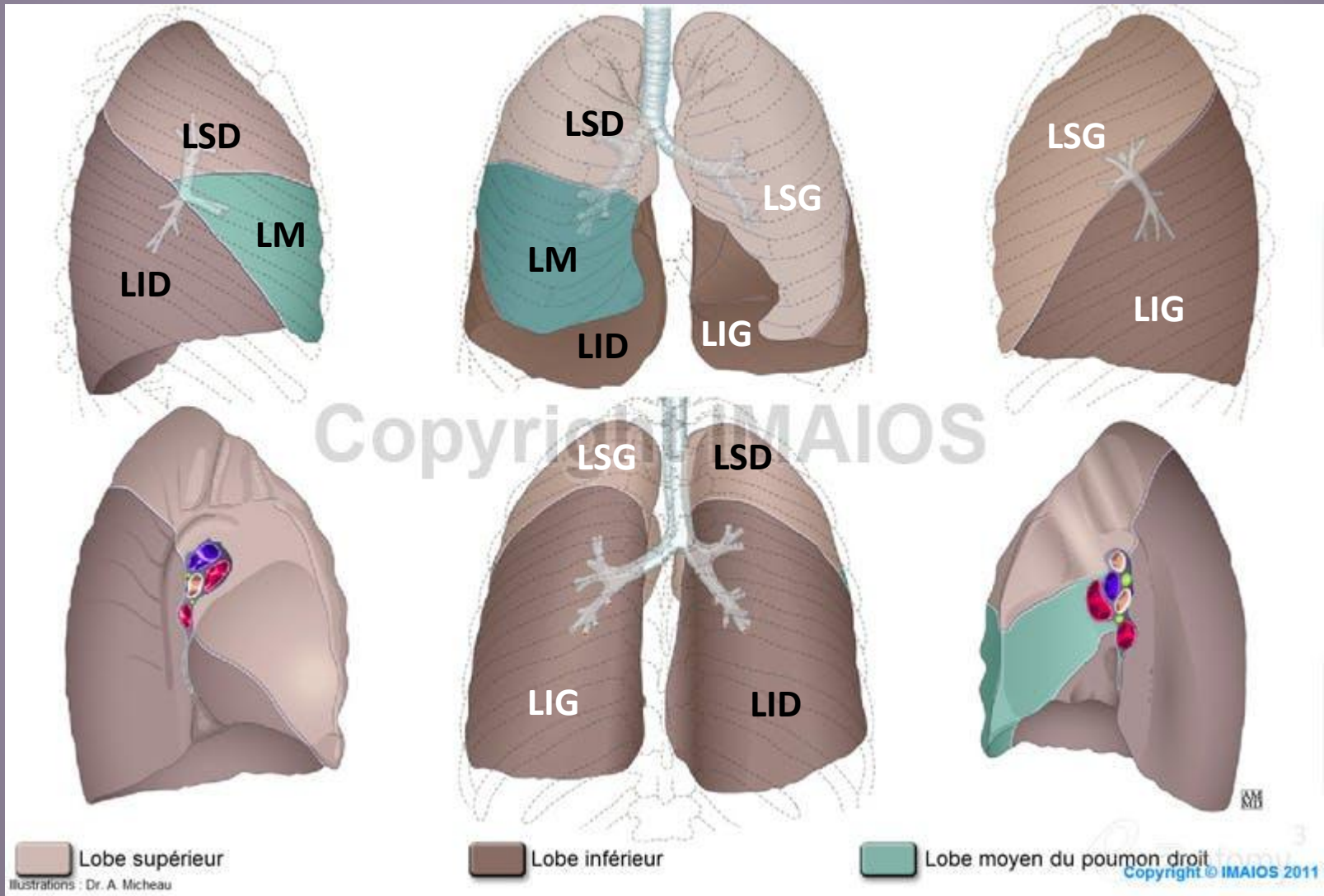
Rappel : coupole diaphragmatique droite normalement plus haute de 1 à 2 cm/ par rapport à la coupole gauche.

Degrés de l'atélectasie lobaire

- Le degrés du collapsus pulmonaire est variable, fonction de l'intensité de l'œdème et du processus inflammatoire distal/ l'obstruction
- Plus il y aura d'œdème ou d'inflammation est importante, moins les signes d'atélectasie seront importants.

ASPECT RADIOLOGIQUE DES ATÉLECTASIES

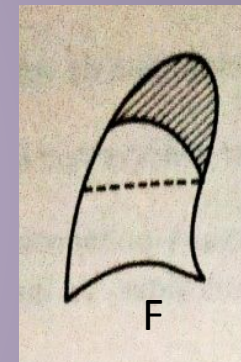
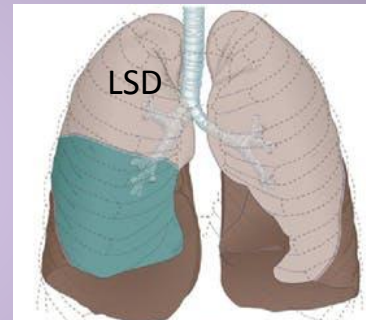
Rappel anatomique



1-Atélectasie du lobe supérieure droit

De face :

- Opacité du sommet pulmonaire droit déplacée vers le haut, en DD et en avant.
- La petite scissure est attirée en haut et en DD. Elle constitue la limite inférieure nette et concave vers le bas du collapsus
- *Hile droit ascensionné ou même niveau que le HG*
- *Attraction de la trachée*
- *Surélévation de la CD droite*



De profil :

- Opacité triangulaire du sommet limitée (en avant) par la petite scissure ascensionnée et (en arrière) par la partie supérieure de la grande scissure déplacée en avant.

