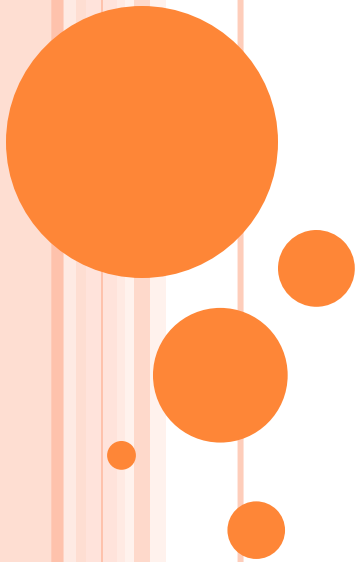


LES SYNDROMES PULMONAIRES

Dr: R. HEDDANE



PLAN

I. Les syndromes de condensation pulmonaire

I.1. Le syndromes de condensation pulmonaire non rétractile

I.2. Le syndrome de condensation pulmonaire rétractile

II. Le syndrome cavitaire

III. L'emphysème



Les syndromes de condensation pulmonaire:

C'est une densification du parenchyme pulmonaire intéressent le plus souvent un lobe macroscopiquement ressemble à du parenchyme hépatique d'où le terme **d'hépatisation**.

Le parenchyme perd son élasticité et il ne flotte pas dans l'eau
La condensation pulmonaire peut être due:

Soit a une Infection bactérienne : c'est la **P**neumonie **F**ranche **L**obaire **A**iguë (PFLA)

Soit a une embolie artérielle : c'est l'infarctus pulmonaire.

Ces deux premiers types réalisent un syndrome de condensation pulmonaire non rétractile



Soit a une obstruction bronchique : réalisant l'atélectasie qui est l'absence de ventilation dans le territoire pulmonaire dépendant de la bronche obstruée : réalisant un syndrome de condensation pulmonaire rétractile.



I .1. Les syndromes de condensation pulmonaire non rétractiles

Quel que soit le mécanisme (infection ou embolie) ,le syndrome de condensation pulmonaire non rétractile sera reconnu sur les signes suivants :

□ Cliniquement :

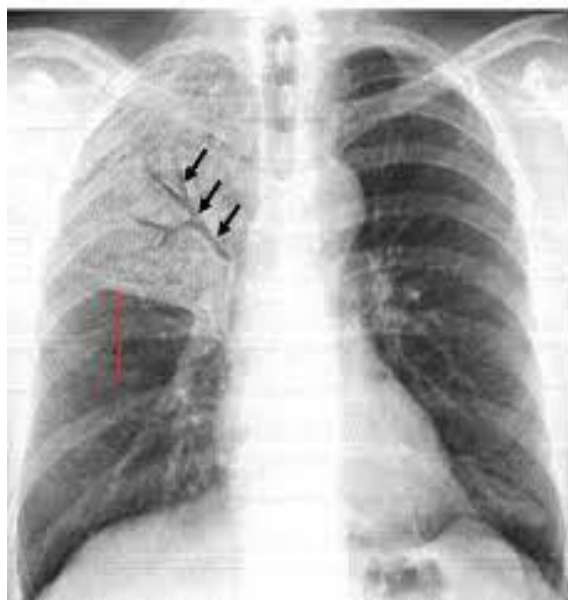
il associe les signes physiques suivants:

- ✓ **Palpation:** augmentation des vibrations vocales
- ✓ **Percussion :** matité ou sub matité a limite nettes
- ✓ **Auscultation:** abolition des murmures vésiculaires et présence des râles crépitants dus a l'exsudation alvéolaire associes secondairement a un souffle tubaire



□ Radiologiquement :

sur la radiographie thoracique de face, présence d'une opacité homogène plus ou moins dense, bien limitée dont la topographie sera précisée par le cliché de profil



Pneumonie franche lobaire aiguë :PFLA

la phase de début :

les signes fonctionnels :

douleur thoracique à type de point de côté sous
mamelonnaire

toux sèche

la fièvre

les signes physiques :

à l'examen clinique on retrouve **la triade** classique du
syndrome de condensation pulmonaire avec fins crépitants
sans souffle tubaire.



la phase d'état : à partir du troisième jour

les signes fonctionnels :

persistance de la toux qui ramène l'expectoration caractéristique : « les crachats rouillés » **de Laennec** : crachats visqueux, adhérents, de couleur orangée ou ocre, la fièvre qui persiste.

les signes physiques :

à l'auscultation apparition d'un souffle tubaire (intense à tonalité élevée de timbre rude à prédominance inspiratoire) qui refoule les râles crépitants à la périphérie
accessoirement une bronchophonie et un retentissement de la toux



I.1.2. L'infarctus pulmonaire :

succède à une embolie pulmonaire et apparaît **24 à 36 heures**

L'embolie pulmonaire est suspectée chez un opéré récent, une accouchée ou un sujet alité sur l'apparition brutale:

- **De signes fonctionnels :**

douleur thoracique à type de point de côté basi-thoracique ou para-sternale avec polypnée et angoisse.

- **De signes généraux :**

pouls rapide, élévation de la température.

- **De signes physiques :**

recherche de signes de phlébite des membres inférieurs :
signe de Homans (douleur provoquée à la dorsi-flexion du pied).

L'examen pleuropulmonaire est normal



Les signes d'infarctus pulmonaire apparaissent au bout de **24 à 36 heures**.

Persistance de la toux qui ramène une expectoration hémoptoïque caractéristique : crachats peu nombreux, épais, visqueux, adhérents, noirâtres, d'odeur alliacée.

La fièvre persiste.

Signes physiques:

objective un foyer de condensation pulmonaire typique avec râles crépitants et souffle tubaire.

Radiographie :

téléthorax de face ,L'opacité est périphérique, conique à sommet hilare et à base pleurale.





Image radiologique de l'infarctus pulmonaire



I.2. Le syndrome de condensation pulmonaire rétractile ou atélectasie

I.2.1. Lorsque l'atélectasie intéresse un lobe :

- **Palpation** :

les vibrations vocales sont soit normales, ou augmentées, soit le plus souvent diminuées (ce qui peut s'expliquer par l'obstruction de la bronche).

- **Percussion** : matité franche.

- **Auscultation** : abolition du murmure vésiculaire.

I.2.2. Lorsque l'atélectasie intéresse tout un champ pulmonaire :

aux signes précédents retrouvés sur toute la hauteur de l' héli thorax s'ajoutent à l'inspection : **une immobilité** et **une rétraction** de l' héli thorax correspondant avec pincement des espaces intercostaux.



I.2.3. La radiographie:

une opacité dense, homogène systématisée et rétractée avec pincement des espaces intercostaux, attraction des organes de voisinage vers le territoire atélectasie :

déplacement du médiastin,

surélévation de l' héli coupole diaphragmatique si l' atélectasie intéresse un héli thorax.

Lorsque l'atélectasie atteint un lobe pulmonaire la rétraction s'exerce sur la scissure qui apparaît arciforme à convexité dirigée vers le centre de l'opacité .



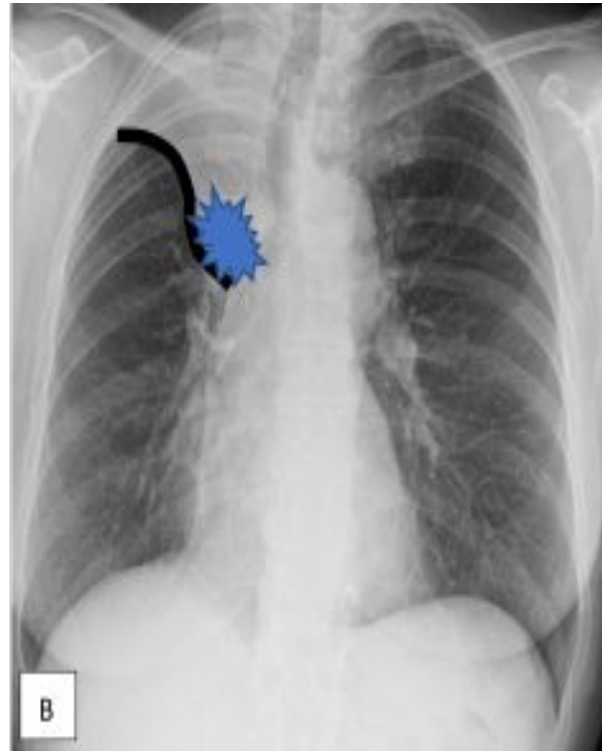


Image radiologique d'une atélectasie





II. Le syndrome cavitaire :

II.1. Définition :

il réalise le plus souvent un syndrome de condensation pulmonaire excavée caractéristique de la caverne tuberculeuse et de l'abcès du poumon à la phase de foyer ouvert.

II.2. Les signes physiques

II 1.1. Signes de condensation pulmonaire :

- **Palpation** : augmentation des vibrations vocales
- **Percussion** : matité.
- **Auscultation** : abolition du murmure vésiculaire.

II.1.2. Les signes propres à l'excavation : sont retrouvés à l'auscultation: **Le souffle cavitair** : intense, à tonalité basse, de timbre creux, à prédominance inspiratoire.

II.3. Les signes radiologiques :

le télé thorax : montre une cavité circulaire aérique entourée d'une plage de condensation dense plus ou moins étendue.

Cette cavité est parfois de type hydro-aérique avec une opacité inférieure à limite supérieure horizontale surmonté d'une hyper clarté.





Caverne tuberculeuse





**Abcès
pulmonaire**



III. L'emphysème:

III.1. Définition :

c'est une dilatation anormale des voies aériennes distales au-delà des bronchioles terminales avec lésions destructrices des alvéoles. Il réalise un syndrome de distension alvéolaire.

III.2. les signes cliniques :

Dyspnée permanente de type expiratoire exagérée par l'effort



III.3.les signes physiques:

□ Inspection:

- Modification morphologique du thorax : réalisant le thorax en tonneau.
- Diminution de l'ampliation thoracique (index de Hirtz très diminue entre 2 à 4) au lieu de 7cm chez le sujet normal
- Tirage intercostal et sus- sternal.

□ Palpation :

- Diminution des vibrations vocales au niveau des deux héli thorax.
- Diminution du choc de pointe



□ **Percussion :**

- Hyper sonorité des deux héli thorax.

□ **Auscultation :**

- Diminution du murmure vésiculaire au niveau des deux héli thorax.
- Inversion du rythme respiratoire avec expiration prolongée.
- Diminution de l'intensité des bruits du cœur qui paraissent assourdis.



III.4. La radiographie :

- Un élargissement des espaces intercostaux et une horizontalisation des côtes.
- Une hyper clarté du parenchyme pulmonaire.

III.5. L'exploration fonctionnelle respiratoire :

un syndrome de type obstructif associant :

Une diminution de la capacité vitale par diminution du volume de réserve expiratoire.

Une diminution importante du VEMS et diminution de l'indice de Tiffeneau..

La mesure des gaz du sang va objectiver une hypoxie (diminution de la pO_2) avec diminution de la saturation en oxygène de l'hémoglobine et souvent une hypercapnie (augmentation de la pCO_2).



