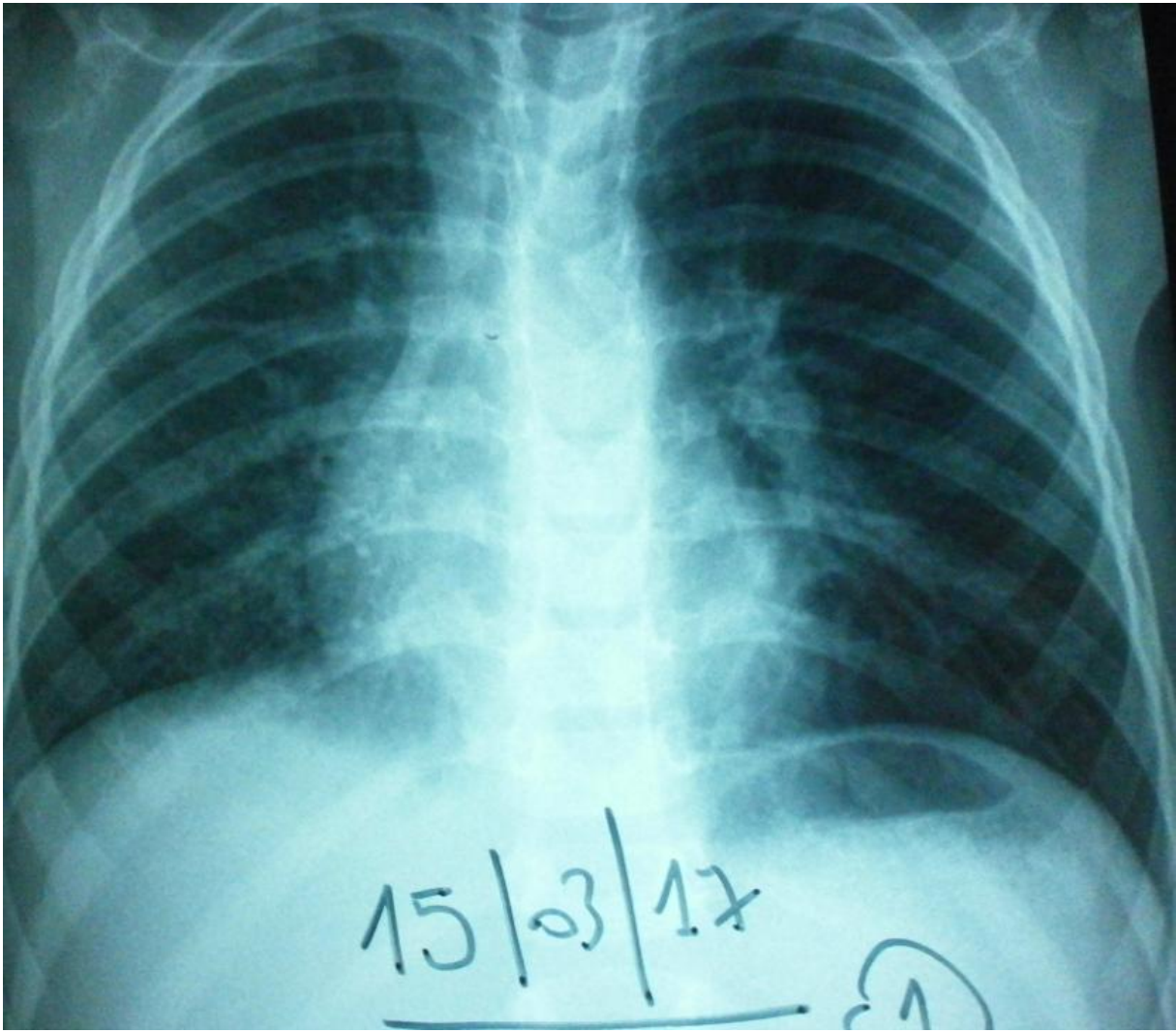
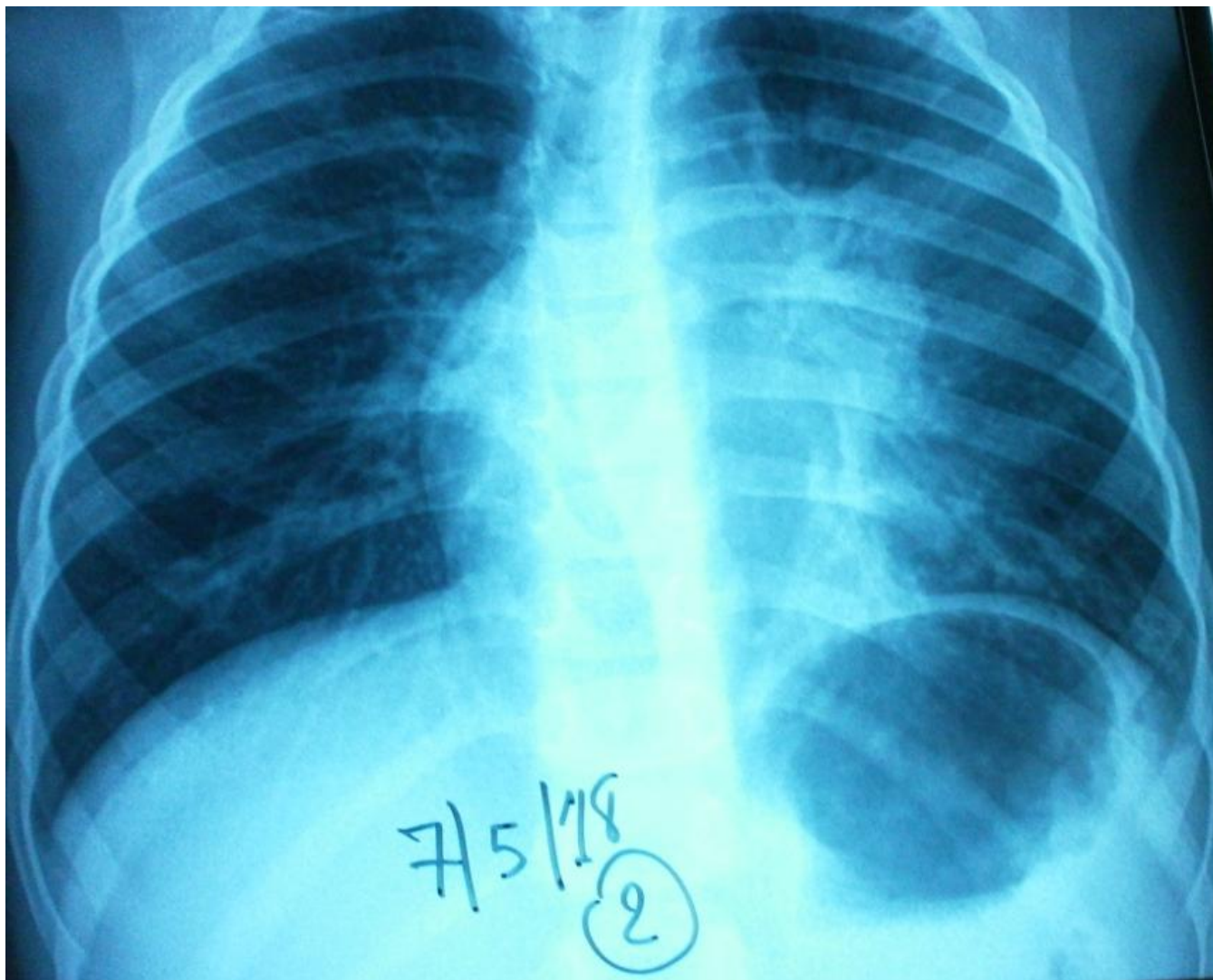


La petite MOUNTAHA R...3ANS: A consultée un pédiatre pour toux sifflement depuis 3 mois
→ Mise sous traitement inhalé

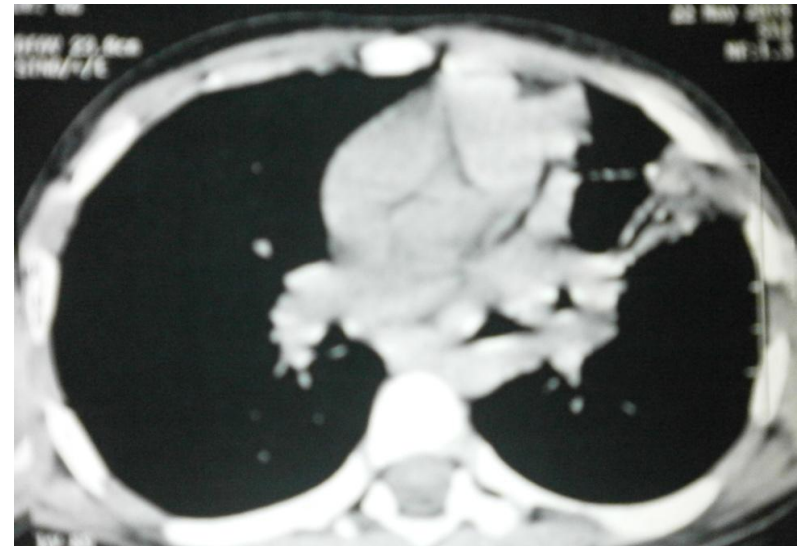
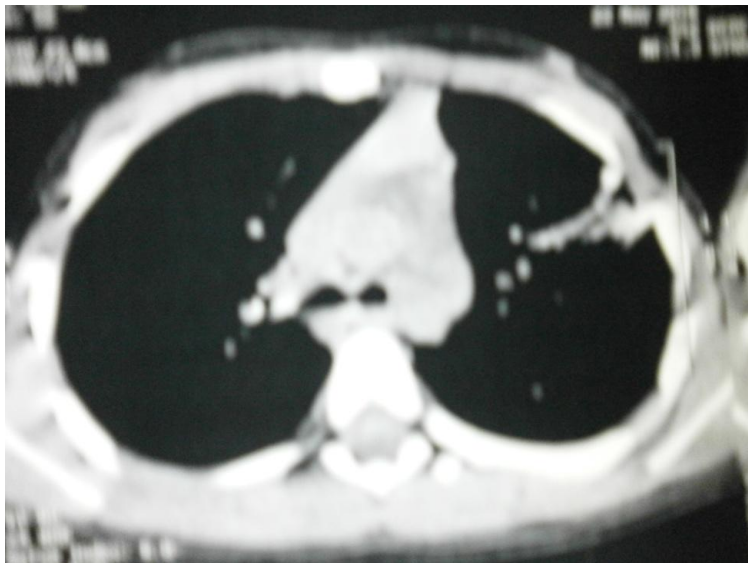
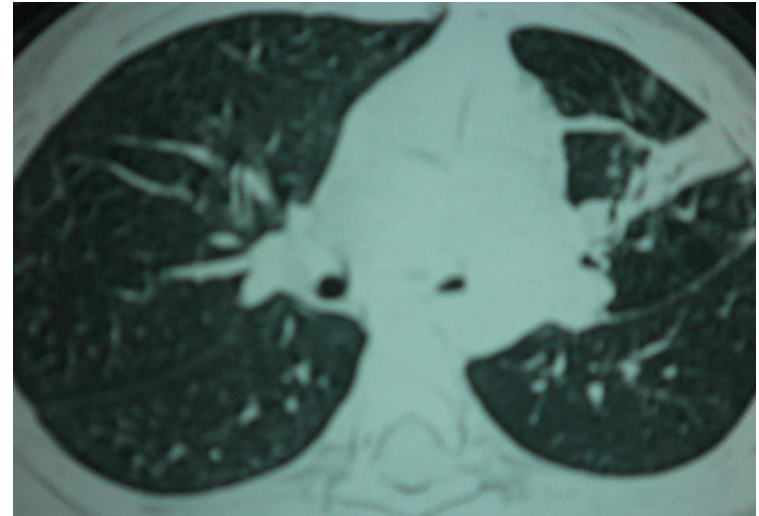
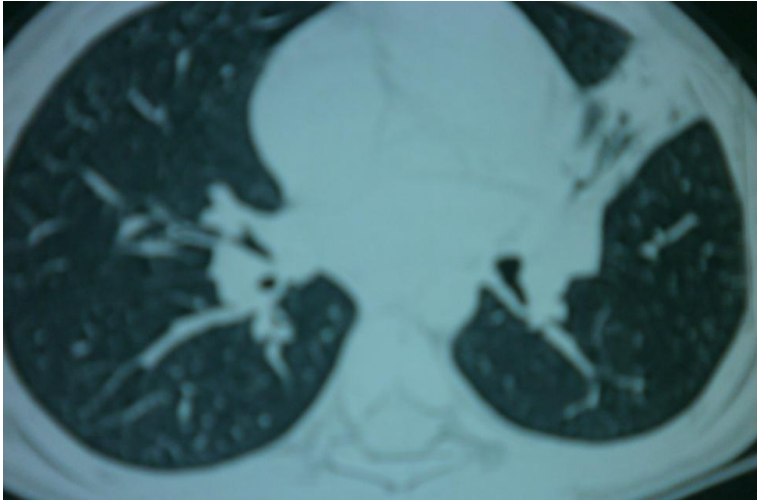


Je l'ai vu le 07/05/2018 (soit 8 mois après) pour persistance de la toux qui est devenu productive, prédominance matinale, caractère continue sans véritable crise

Je l'ai vu le 07/05/2018 (soit 8 mois après) pour persistance de la toux qui est devenu productive, prédominance matinale, caractère continue sans véritable crise



Scanner THORACIQUE :Poumon gauche rétractée dans son ensemble Adénopathies hilaires gauche .Rétrécissement lumière bronche souche gauche. Condensation rétractile culmen.



EXAMEN PHYSIQUE :QQ RONCHU mv plus rude a droite. Apyrétique. Pas d'adénopathies périphérique
IDR :8mm

Electrophorèse des protides: normale

EXAMENS BIOLOGIQUES :

NFS:HB: 12,1 GB:7700 PLA:229
TP:100%.CREATININE:4,9. PROTEINE C REACTIVE:3
TRANSA : GOT = 30 TGP=27

MEDICAMENTS PRESCRITS :

-
- 1) RIFADINE 300
- 1 gel le matin en une prise; a jeun(un demie heure avant le petit déjeuner)
- 2) NIAZIDE Cp 100 mg
- 1 Cp le matin a jeun en une prise
- 3) PYRAZINAMIDE 500
- 1 CP par jour le matin a jeun en une seule prise
- 4) MYAMBUTOL 400mg
- 1CP le matin a jeun en une prise



Primo-infection Tuberculeuse

EXAMEN PHYSIQUE :QQ RONCHU mv plus rude a droite. Apyrétique. Pas d'adénopathies périphérique
IDR :8mm

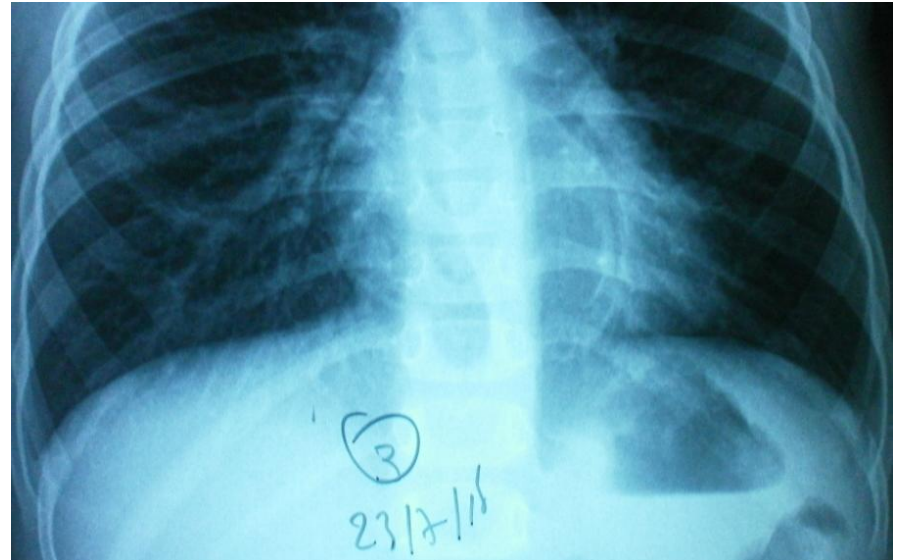
Electrophorèse des protides: normale

EXAMENS BIOLOGIQUES :

NFS:HB: 12,1 GB:7700 PLA:229
TP:100%.CREATININE:4,9. PROTEINE C REACTIVE:3
TRANSA : GOT = 30 TGP=27

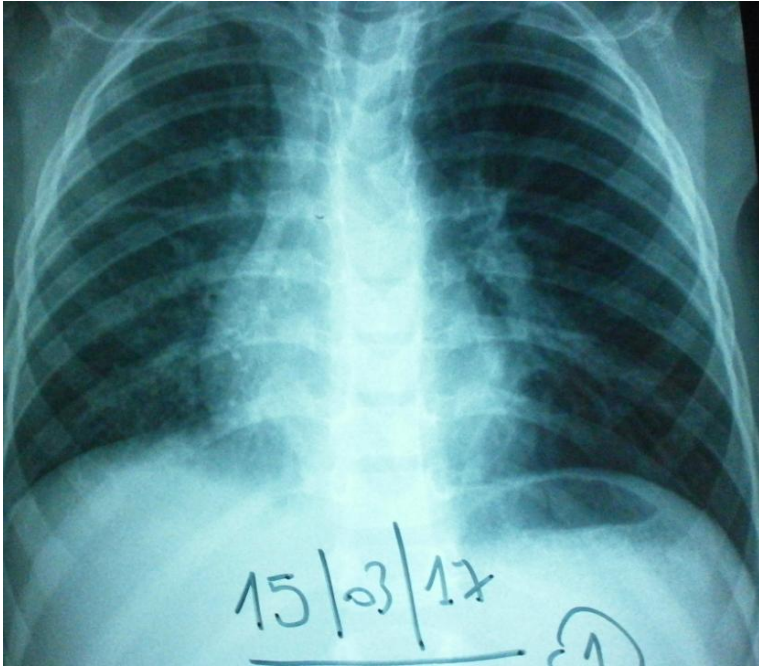
MEDICAMENTS PRESCRITS :

-
- 1) RIFADINE 300
1 gel le matin en une prise; a jeun(un demie heure avant le petit déjeuner)
- 2) NIAZIDE Cp 100 mg
1 Cp le matin a jeun en une prise
- 3) PYRAZINAMIDE 500
1 CP par jour le matin a jeun en une seule prise
- 4) MYAMBUTOL 400mg
1CP le matin a jeun en une prise



Nette amélioration radiologique dès le
2ème mois du traitement

Obstruction bronchique: Faux asthme



Ultérieurement :Début de la rétraction

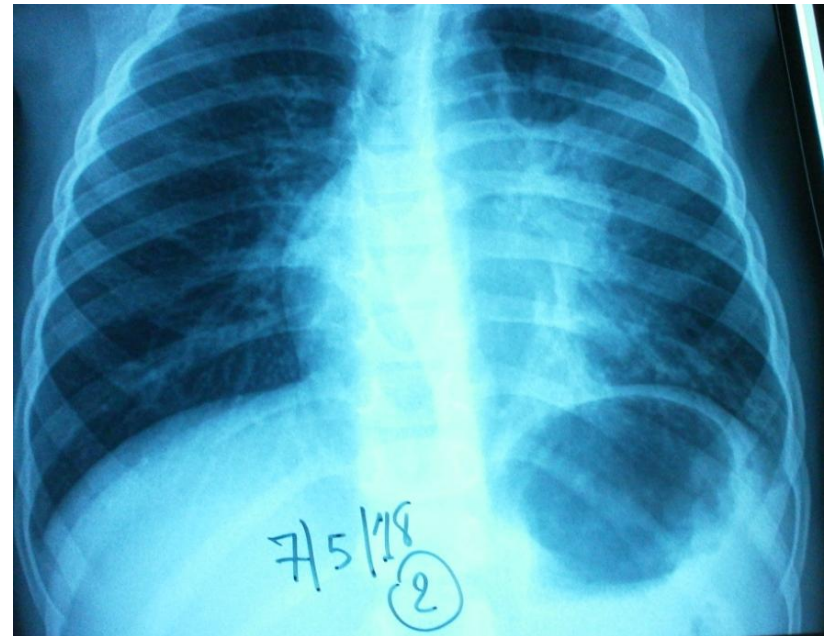
Poumon moins clair(Hyperclaritéé controlatérale)

Pincement des EIC

Ascension coupole

Luxation du médiastin

Cause médiastinale évidente



Première étape(Obstruction partielle: valve)

Hypérclaritéé du poumon.

Elargissement des EIC

Horisentalisation des cotes.

La radio est strictement de face

Le HILE gauche est franchement anormale

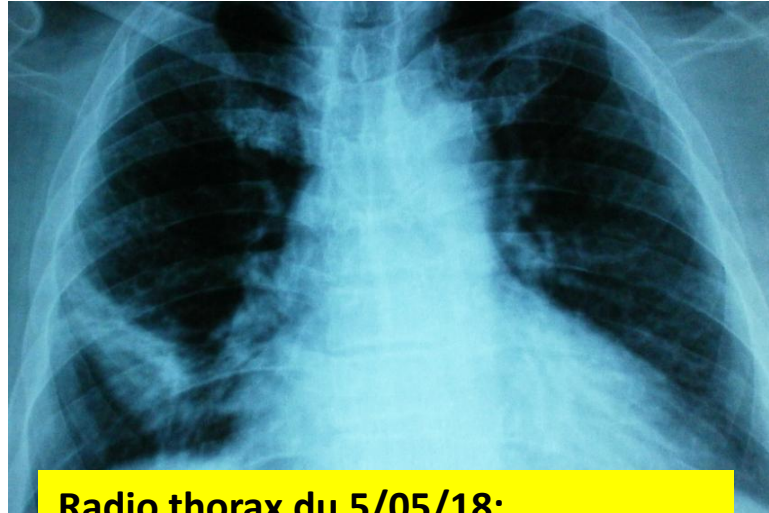
Mr M MAHMOUD M...55 ANS ma consultée le **05/07/2018** pour **toux productive parfois teinte de sang fébricule le soir..persistance de la symptomatologie après antibiothérapie multiple**

ANTECEDENTS ET TARES : HTA SS Enapril. TABAC-

EXAMEN PHYSIQUE : TA 14/8 .T °37.sat 96%.Adénopathies périphériques.MV Symétrique.

EXAMENS BIOLOGIQUES

	CRP	GB 10p3	HB	CRE vs	K
20/6/18	126	10,7(EO 2%)	11,9	7,60	
5/07/18	89,4	10,4(EO 1%)	10,6	6,69	133/141 2,9



Radio thorax du 5/05/18:
Foyer lobaire inférieur droit

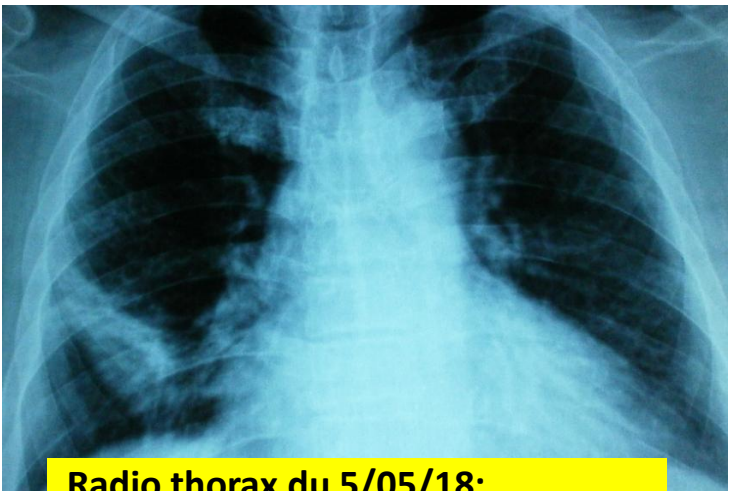
Mr M MAHMOUD M...55 ANS ma consultée le **05/07/2018** pour **toux productive parfois teinte de sang fébricule le soir..persistance de la symptomatologie après antibiothérapie multiple**

ANTECEDENTS ET TARES : HTA SS Enapril. TABAC-

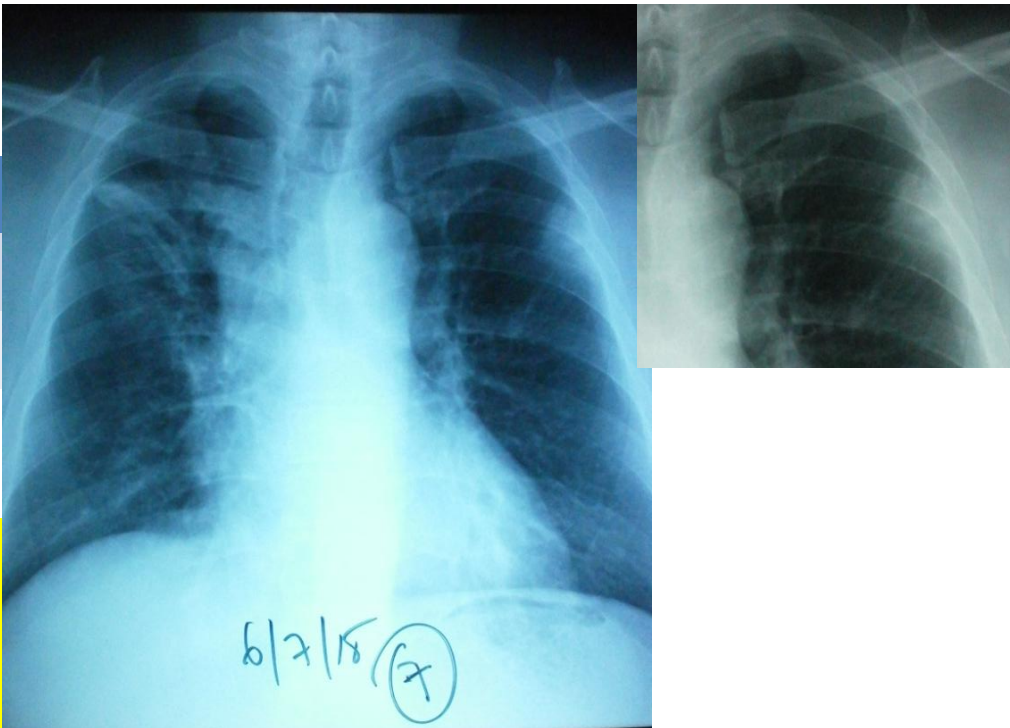
EXAMEN PHYSIQUE : TA 14/8 .T °37.sat 96%.Adénopathies périphériques.MV Symétrique.

EXAMENS BIOLOGIQUES

	CRP	GB 10p3	HB	CRE vs	K
20/6/18	126	10,7(EO 2%)	11,9	7,60	
5/07/18	89,4	10,4(EO 1%)	10,6	6,69	133/141 2,9

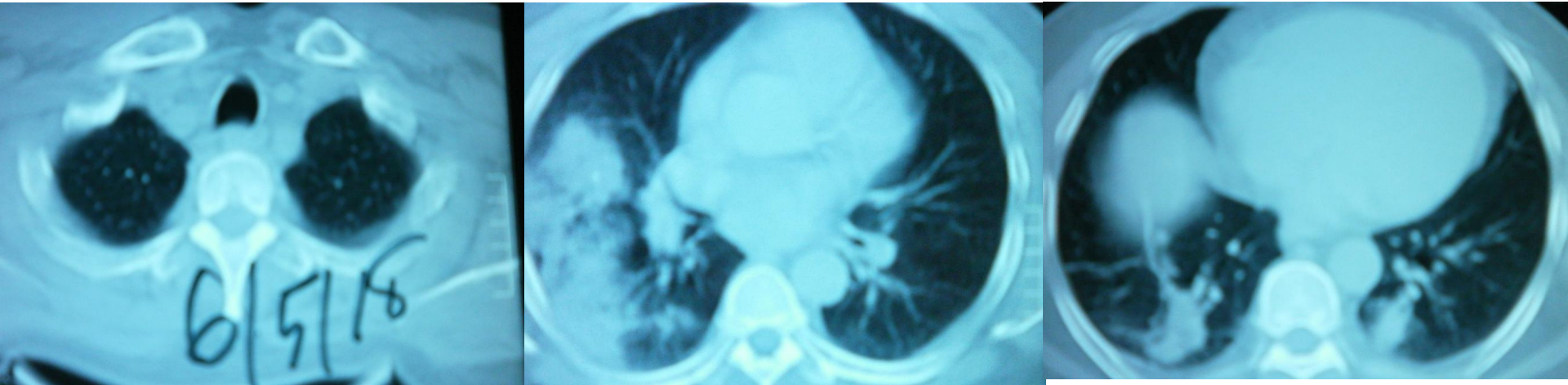


Radio thorax du 5/05/18:
Foyer lobaire inférieur droit



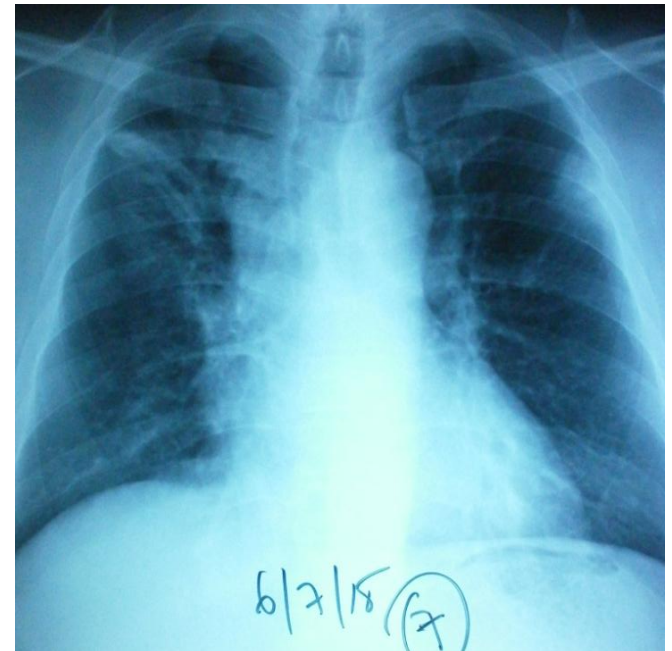
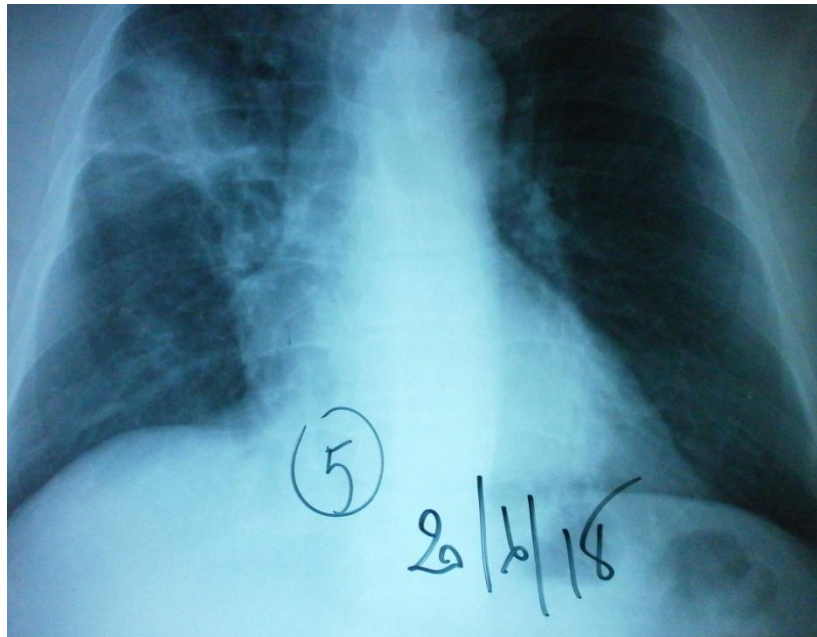
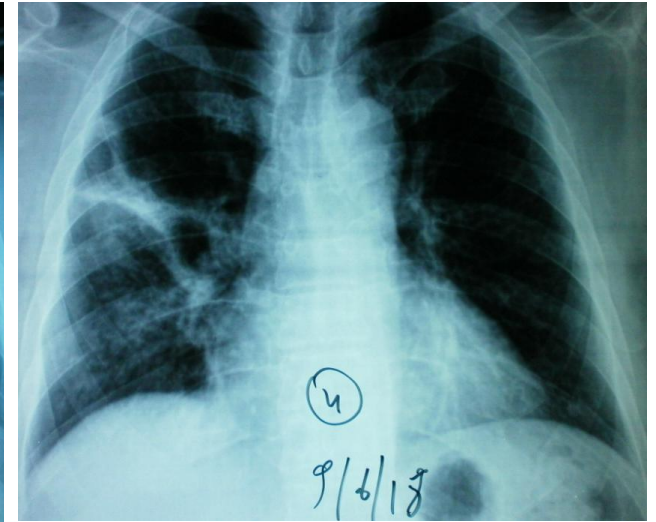
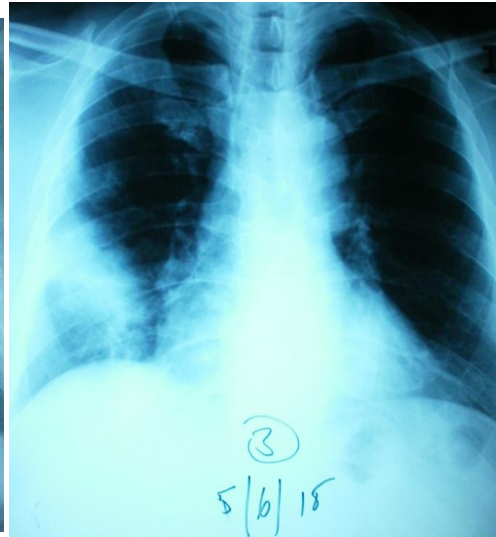
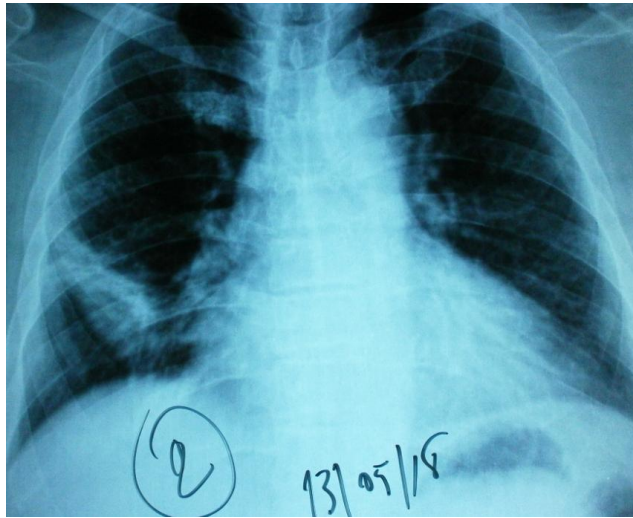
RX THORAX DU 6/07/18:
Régression du foyer LID. Apparition d'un double foyer lobaire supérieur droit et gauche

Le premier scanner du 6/05/18: syndrome alvéolaire bilatérale asymétriques prédominant aux 2 lobes inférieurs. Sous pleurale .En motte. Perivasculaire. Ver dépolie.



L'examen des radio antérieurs montre l'existence de « pneumopathie labile »

Caractère fugace et migrateur du syndrome alvéolaire.



BAAR :Négative

Bilan immuno: ANCA - AAN –

Fibroscopie bronchique: Aspect inflammatoire droite .Epaississement éperon LSD

Biopsie bronchique :inflammation chronique de la muqueuse .

Lavage Broncho-alvéolaire : 200 000 cel/ mm :Macrophage 87% ;LYMPHO 8%.EOSYNO 1%.NEUTRO .



**BOOP ->Corticoïdes
(+Anti-TBC)**

MEDICAMENTS PRESCRITS :

- 1) RIFADINE 300 GEL
2 GEL le matin en une prise a jeun 2 mois
- 2) NIAZIDE Cp 100 mg
3 Cp le matin a jeun en une prise 2 mois
- 3) SOLUPRED 20 mg.
3 cp(15 j)puis 2cp(45j)puis) dissous dans l'eau le
matin en une seule prise au mileux du petit
dejeuner +RSS
- 4) KALEORID Cp
3cp/j a midi (3 JOURS)PUIS 1/ JOUR(2 mois)
- 5) EZORAL 20MG 1 BOITE DE 28
1CP/JOURS le soir (28 jours)
- 1) MYAMBUTOL 400mg
3CP le matin a jeun en une prise 2 mois

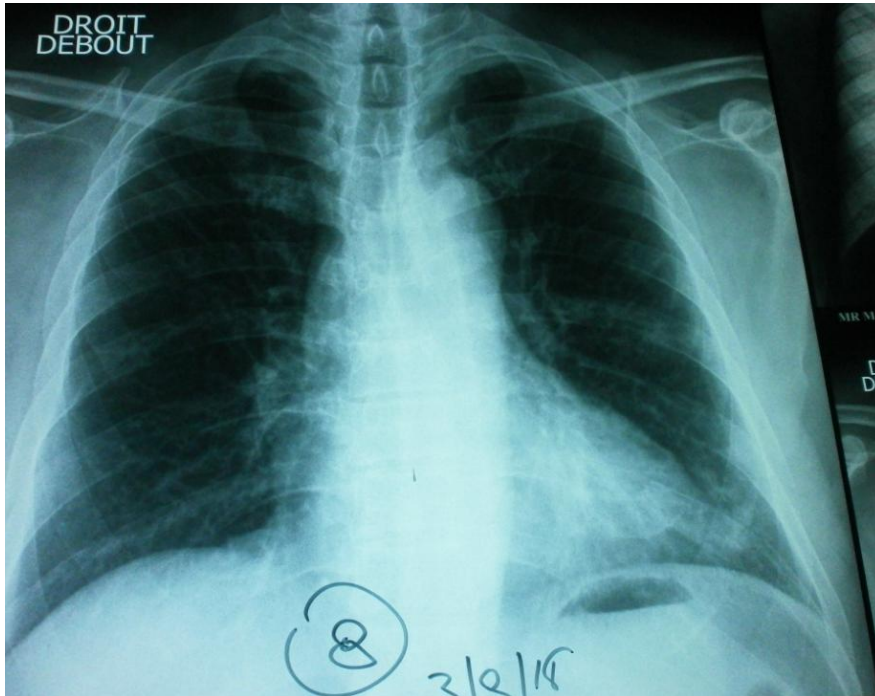
BAAR :Négative

Bilan immuno: ANCA - AAN –

Fibroscopie bronchique: Aspect inflammatoire droite .Epaississement éperon LSD

Biopsie bronchique :inflammation chronique de la muqueuse .

Lavage Broncho-alvéolaire : 200 000 cel/ mm :Macrophage 87% ;LYMPHO 8%.EOSYNO 1%.NEUTRO .



MEDICAMENTS PRESCRITS :

- 1) RIFADINE 300 GEL
2 GEL le matin en une prise a jeun 2 mois
- 2) NIAZIDE Cp 100 mg
3 Cp le matin a jeun en une prise 2 mois
- 3) SOLUPRED 20 mg.
3 cp(15 j)puis 2cp(45j)puis) dissous dans l'eau le matin en une seule prise au mileux du petit dejeuner +RSS
- 4) KALEORID Cp
3cp/j a midi (3 JOURS)PUIS 1/ JOUR(2 mois)
- 5) EZORAL 20MG 1 BOITE DE 28
1CP/JOURS le soir (28 jours)
- 1) MYAMBUTOL 400mg
3CP le matin a jeun en une prise 2 mois

Le 3/09/18(2 mois après)

- Nettoyage radiologique.
- Biologie : vs 28/57- CRP =3
- Scanner thoracique le 1/09/18 normale

MARWA E..28ans m ' a consultée le 24/04/18 Gène hemi thoracique droite ; toux productive..parfois teintée de sang et transpiration et ceci depuis 2 mois

Antécédents et tares

Notion de pneumopathie depuis 2008 ..

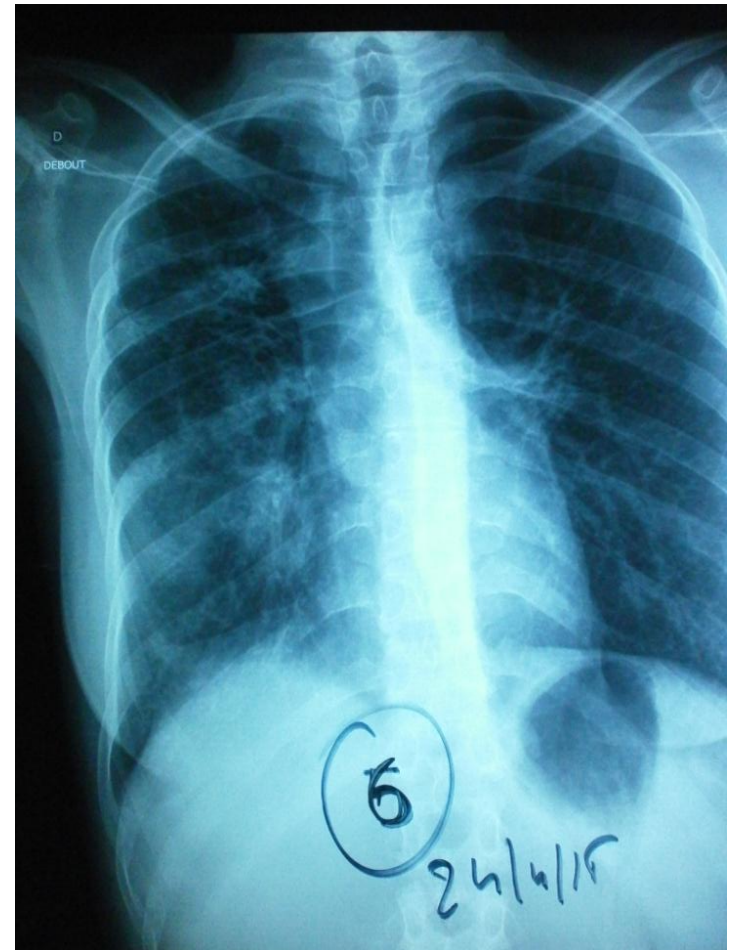
Examen physique

Pds 40 kg.T 37.Sat 98%.MV Symétrique.

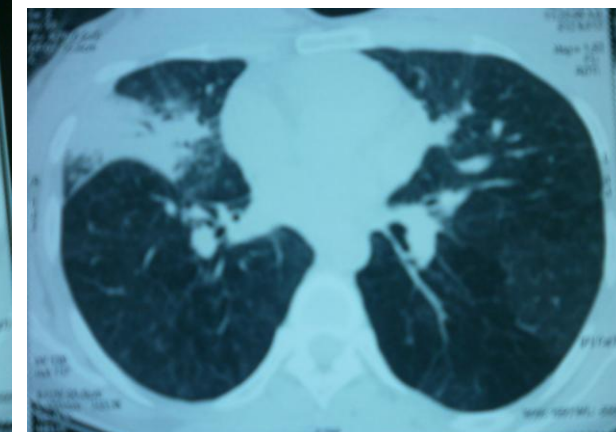
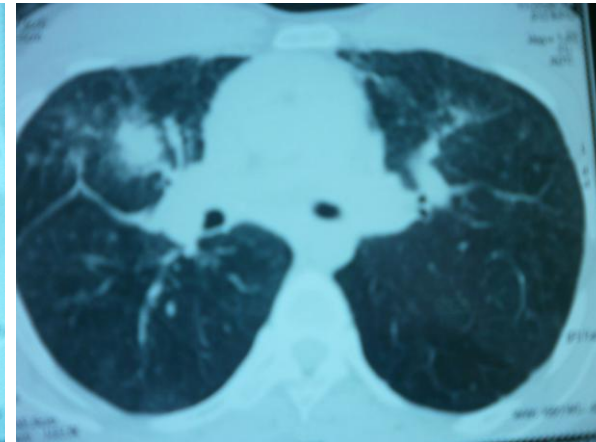
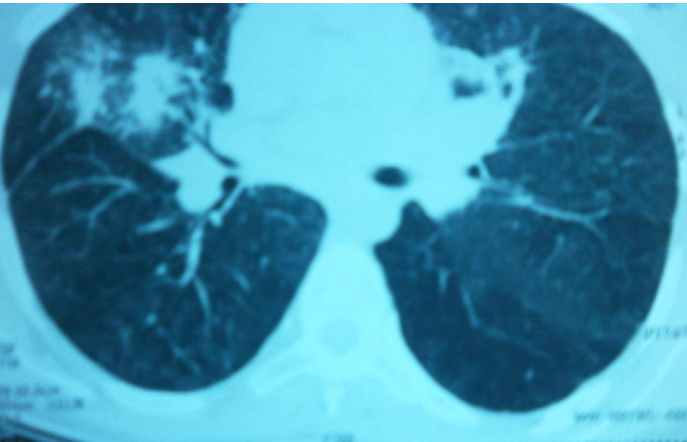
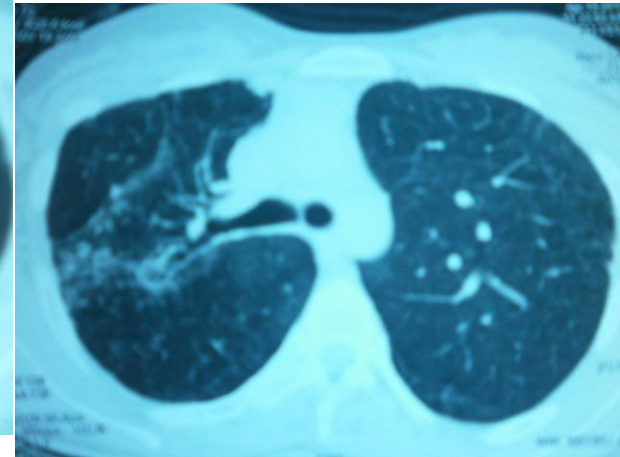
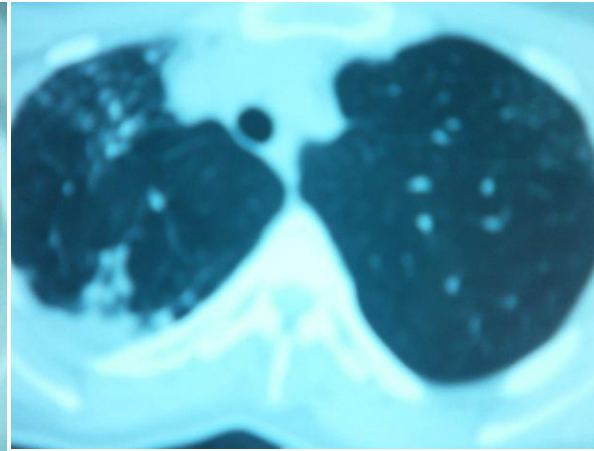
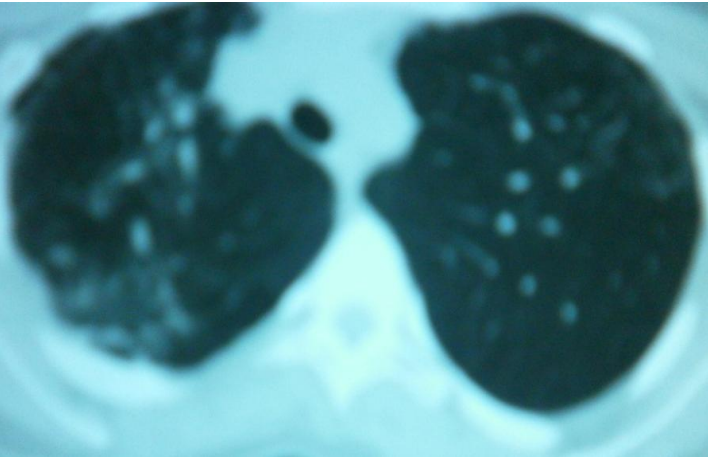
Pas d'adénopathies périphériques .Pas de lésion cutanée

Radio du thorax du 24/04/18:

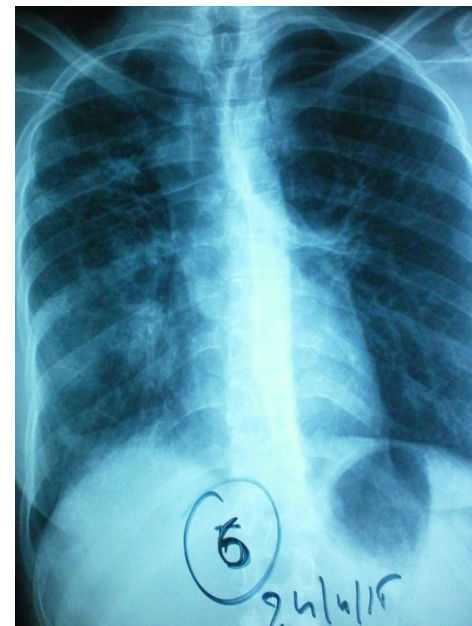
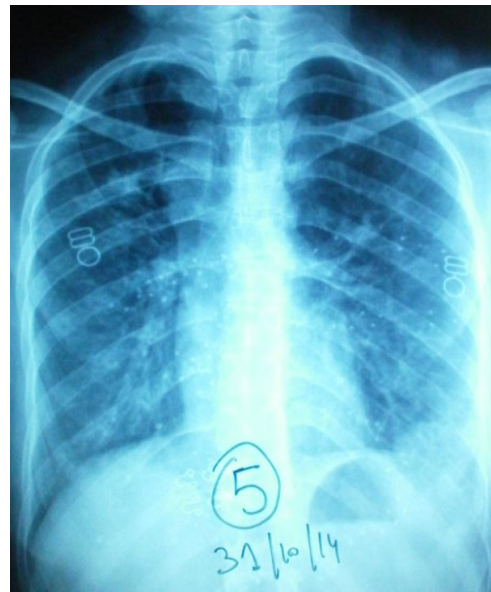
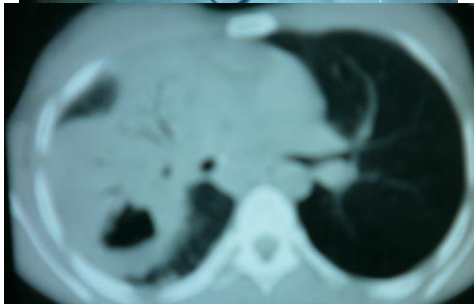
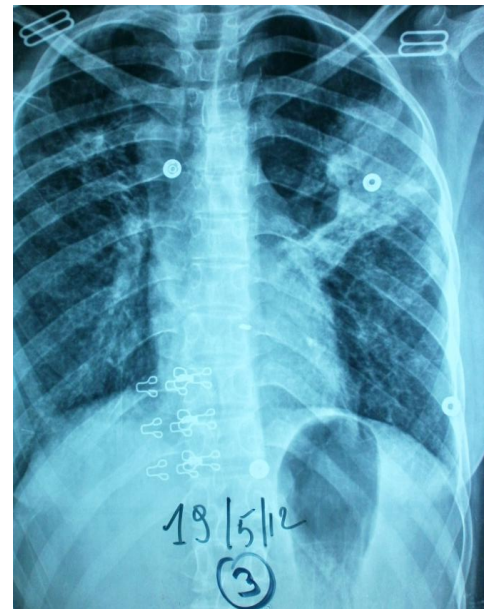
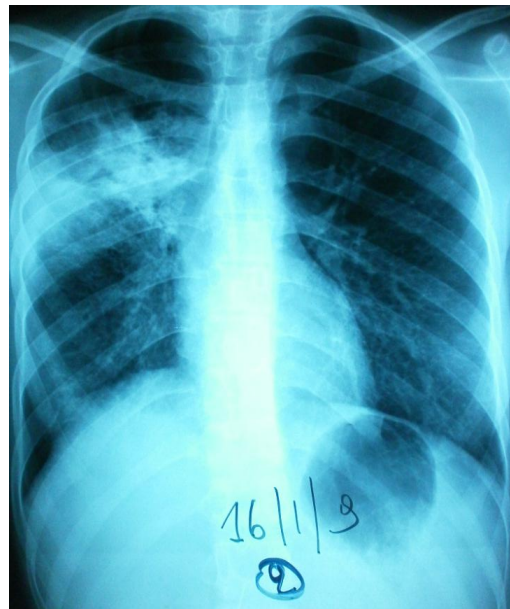
Foyer lobe moyen



Scanner du 19/04/17: condensations parenchymateuses multifocales.
Sous pleurale .Nodule Perivasculaire avec signe du halot. Ver dépolie.
Signe du halo inversé. Micronodules et reticulationLSD.



L'examen de son dossier radiologique : Caractère fugace et migrateur .Excavation en 2008



EXAMENS BIOLOGIQUES :

NFS:HB: 12,3. GB: 9600 (Eosyno 2%) PLA:401.

VS: 1er heure:69 . 2èm heure:120

CREATININE:6,77.IONO SODIUM: 133 POTASSIUM: 3,7 . CHLORURES:97

LDH:141

Bacilloscopie :Négative

FIBROSCOPIE BRONCHIQUE : Aspect inflammatoire lobaires inferieurs

Lavage Broncho-alvéolaire : 150 000CELL/ML . macrophage 85%-lympho 10 %

Bilan immunologique: Ac/CCP ;FAN négatives .c ANCA + DOUTEUX

Electrophorèse des protéines :normale

URINE : Pas de protéinurie ,pas d'hématurie



**BOOP ->Corticoïdes
(+Anti-TBC)**

MEDICAMENTS PRESCRITS :

- 1) SOLUPRED 20 mg.
2 cp(7 j)puis 1cp ET 1/2(15j)puis 1cp(15 jours)puis
1/2cp(15 j) dissous dans l'eau le matin en une
seule prise au milieu du petit dejeuner +RSS
- 2) KALEORID Cp
1cp/j amidi (2 mois)
- 3) EZORAL 20MG 1 BOITE DE 28
1CP/JOURS le soir (60 jours)
- 4) RIFADINE 300
2 gel le matin en une prise; a jeun(un demie heure
avant le petit dejeuner)
- 5) NIAZIDE Cp 100 mg
2 Cp le matin a jeun en une prise(2 mois)

EXAMENS BIOLOGIQUES :

NFS:HB: 12,3. GB: 9600 (Eosyno 2%) PLA:401.

VS: 1er heure:69 . 2èm heure:120

CREATININE:6,77.IONO SODIUM: 133 POTASSIUM: 3,7 . CHLORURES:97
LDH:141

Bacilloscopie :Négative

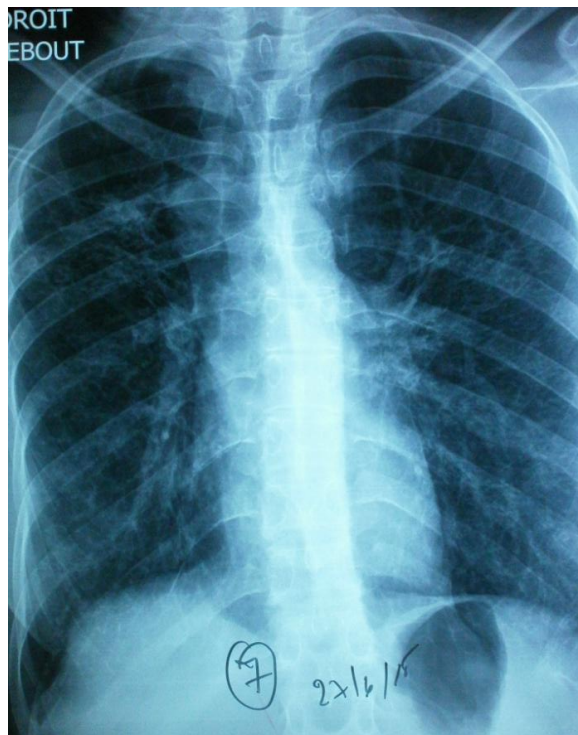
FIBROSCOPIE BRONCHIQUE : Aspect inflammatoire lobaires inferieurs

Lavage Broncho-alvéolaire : 150 000CELL/ML . macrophage 85%-lympho 10 %

Bilan immunologique: Ac/CCP ;FAN négatives .c ANCA + DOUTEUX

Electrophorèse des protéines :normale

URINE : Pas de protéinurie ,pas d'hématurie



MEDICAMENTS PRESCRITS :

- 1) SOLUPRED 20 mg.
2 cp(7 j)puis 1cp ET 1/2(15j)puis 1cp(15 joursj)puis
1/2cp(15 j) dissous dans l'eau le matin en une
seule prise au milieu du petit déjeuner +RSS
- 2) KALEORID Cp
1cp/j amidi (2 mois)
- 3) EZORAL 20MG 1 BOITE DE 28
1CP/JOURS le soir (60 jours)
- 4) RIFADINE 300
2 gel le matin en une prise; a jeun(un demie heure
avant le petit déjeuner)
- 5) NIAZIDE Cp 100 mg
2 Cp le matin a jeun en une prise(2 mois)

Nette amélioration radiologique deux
mois après (persistance petit nodule LSD)

Deux mois après: Amélioration clinique
(+4kg) et biologique (VS 7/24)

BOOP = bronchiolite oblitérante avec pneumonie en voie d'organisation
COP = pneumonie cryptogénique en voie d'organisation

Prolifération d'un tissu de granulation dans les bronchioles (bronchiolite oblitérante) associée à une inflammation chronique des alvéoles (pneumonie en voie d'organisation)

BOOP

idiopathique

secondaire

à des agressions pulmonaires

- * Infections : bactériennes , virales
- * Contexte VIH +
- * Aspiration
- * Gaz toxiques
- * Médicaments
- * Abus de Cocaïne
- * Vascularites
- * Collagénoses
- * Alvéolite allergique extrinsèque
- * Pneumopathie à éosinophiles
- * Syndrome myélodysplasique
- * Radiothérapie

Sémiologie scanner

Opacités alvéolaires

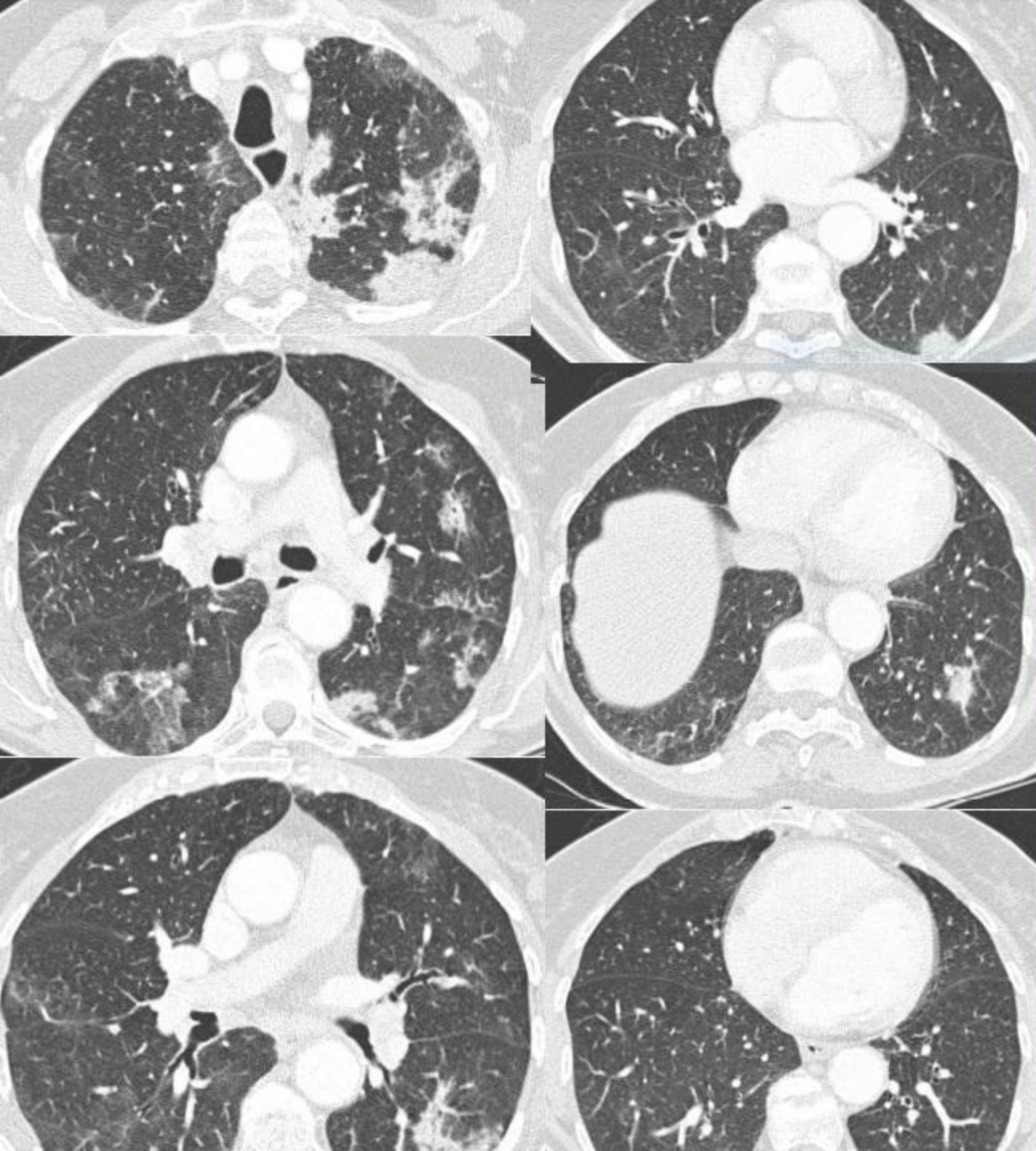
Opacités en verre dépoli

« Crazy paving »

Signe du halo inversé

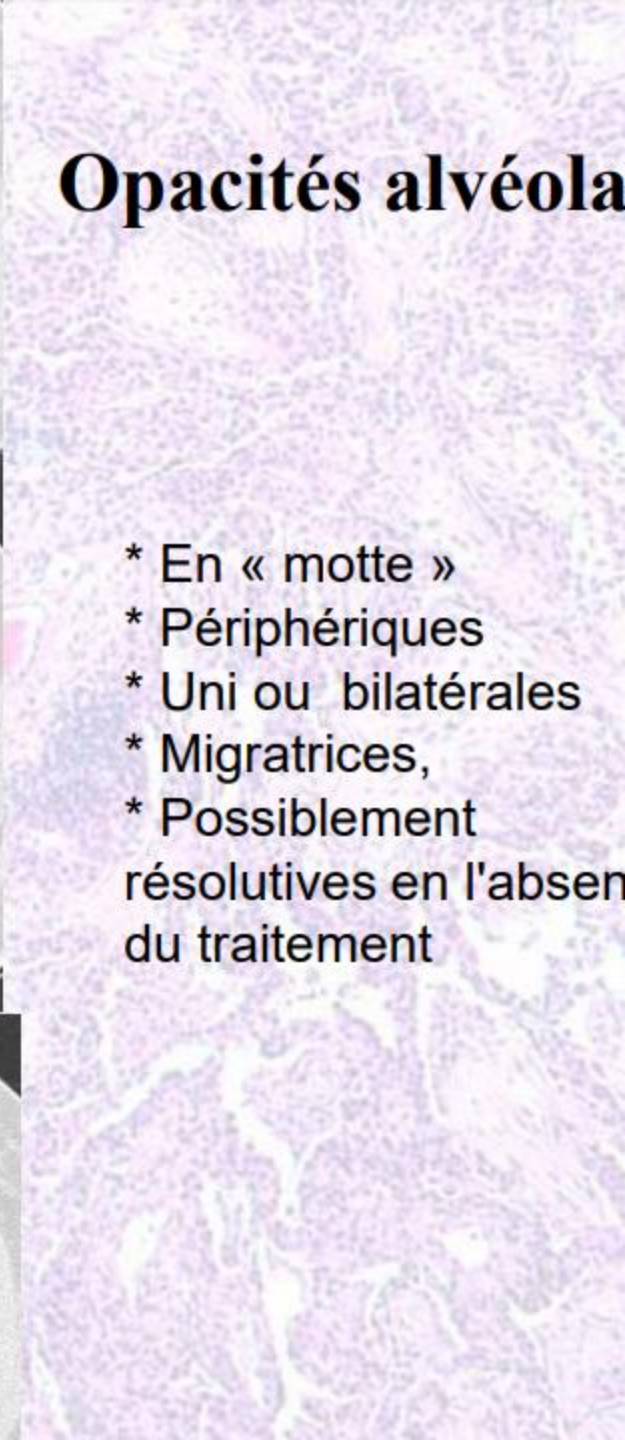
Micronodules

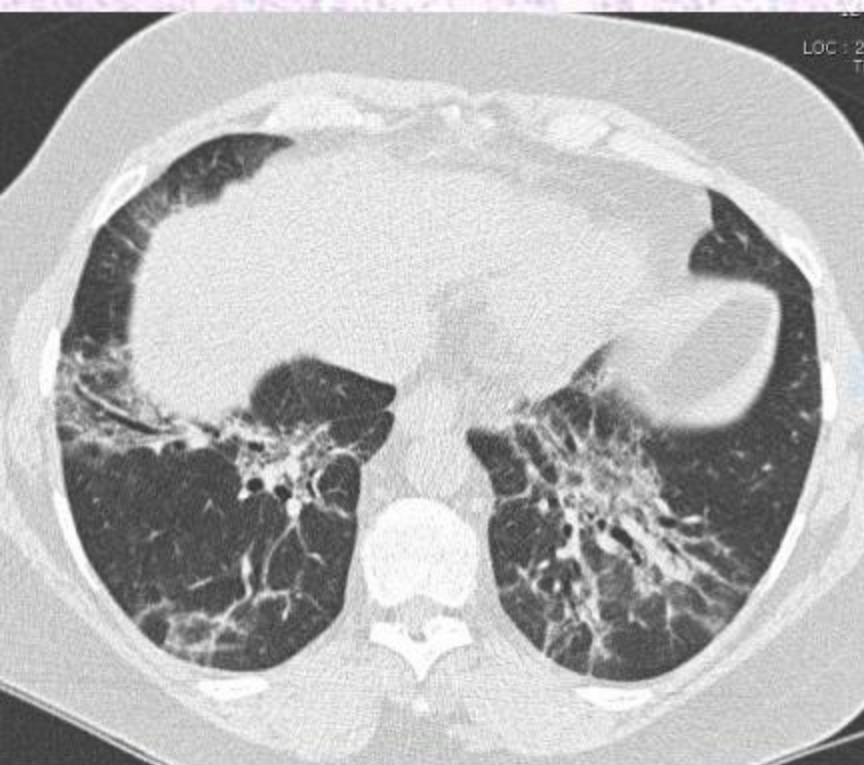
Syndrome réticulaire



Opacités alvéolaires

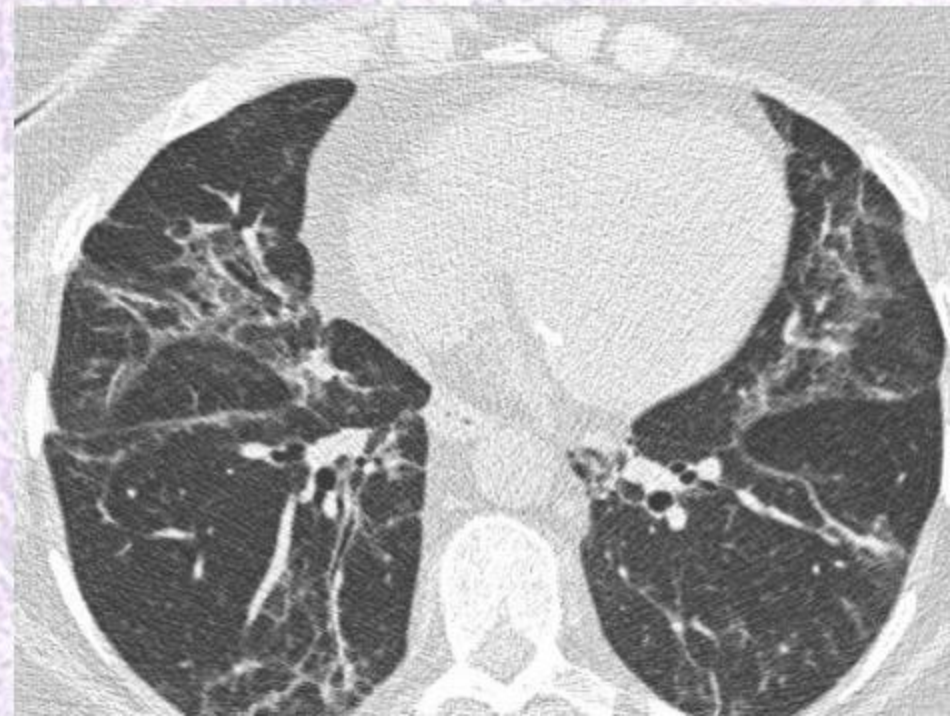
- * En « motte »
- * Périphériques
- * Uni ou bilatérales
- * Migratrices,
- * Possiblement résolutives en l'absence de traitement





Opacités en verre dépoli

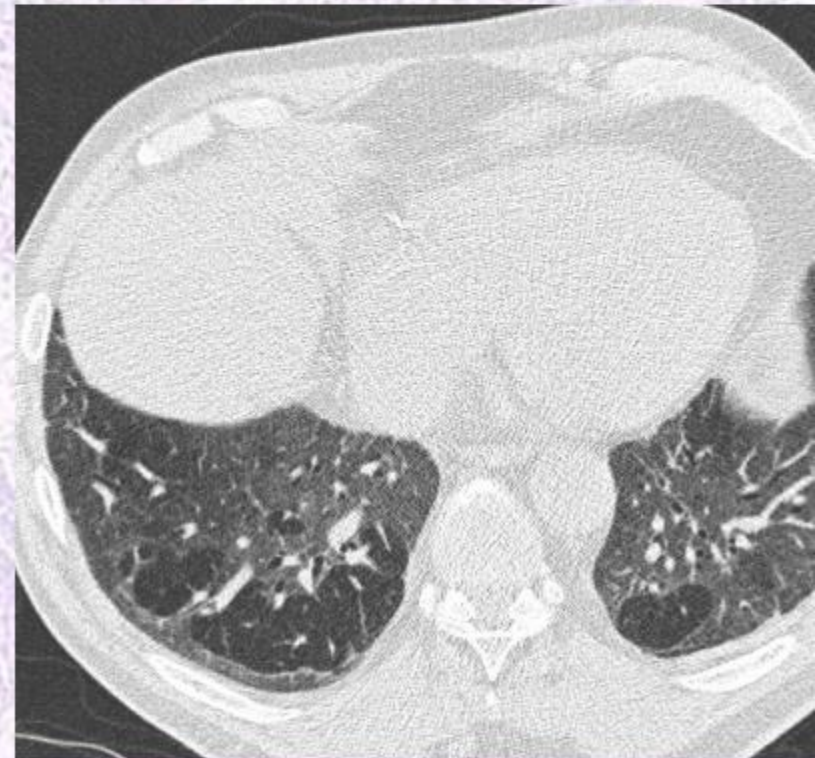
Péri broncho vasculaires
bilatérales
fréquentes
mais non spécifiques.

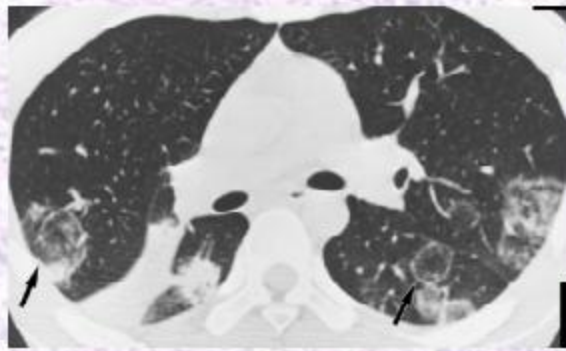




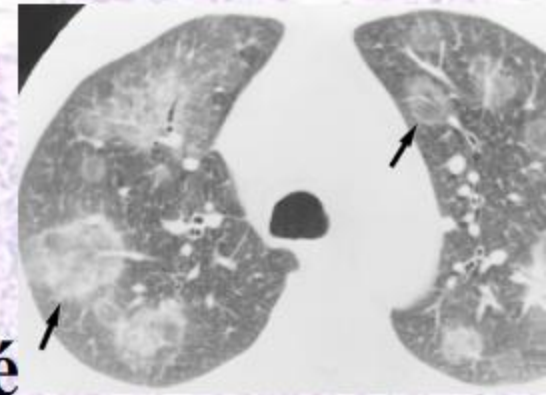
« Crazy paving »

Rare, parfois associé aux autres aspects TDM



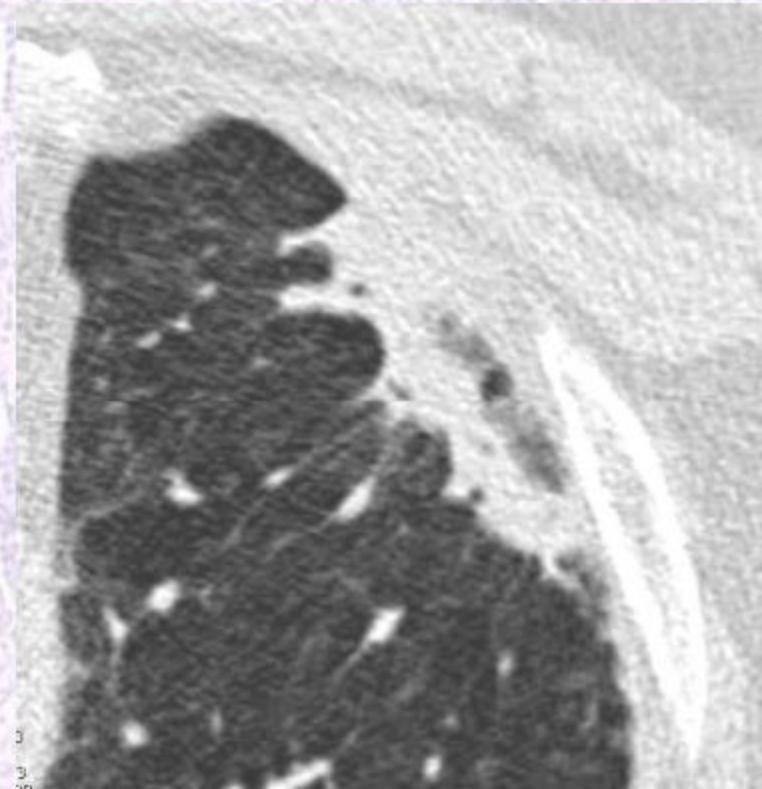
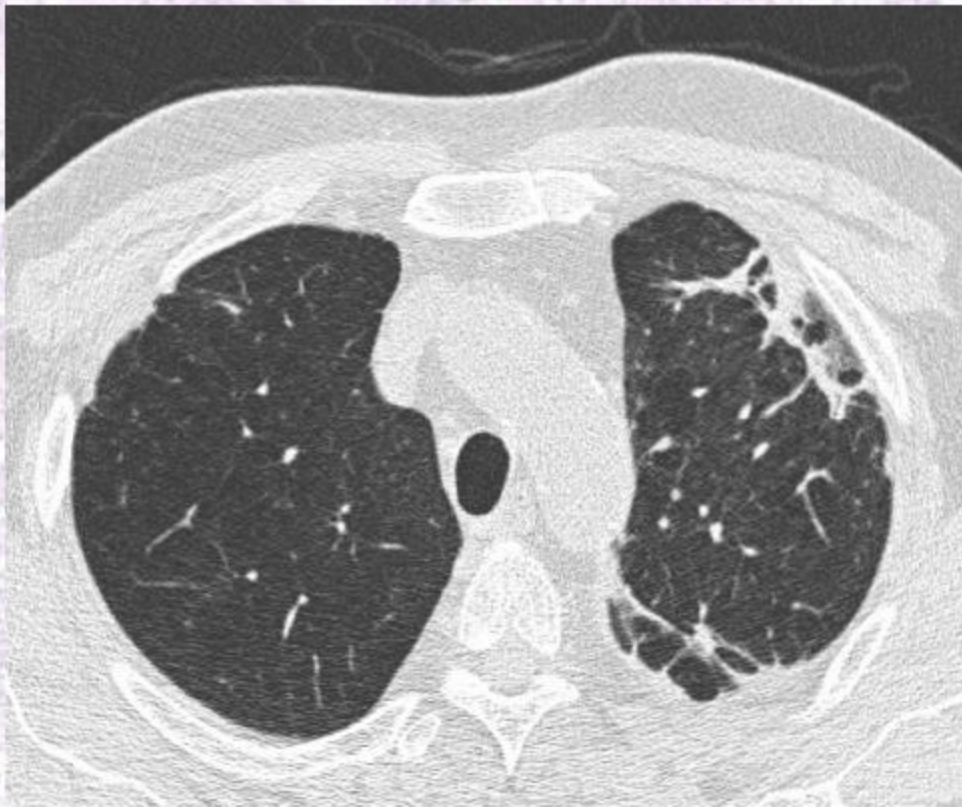


Kim SJ, Lee KS, Ryu YH, Yoon YC, Choe KO, Kim TS, Sung KJ Reversed Halo Sign on High-Resolution CT of Cryptogenic Organizing Pneumonia: Diagnostic Implications
AJR 2003;180:1251-1254

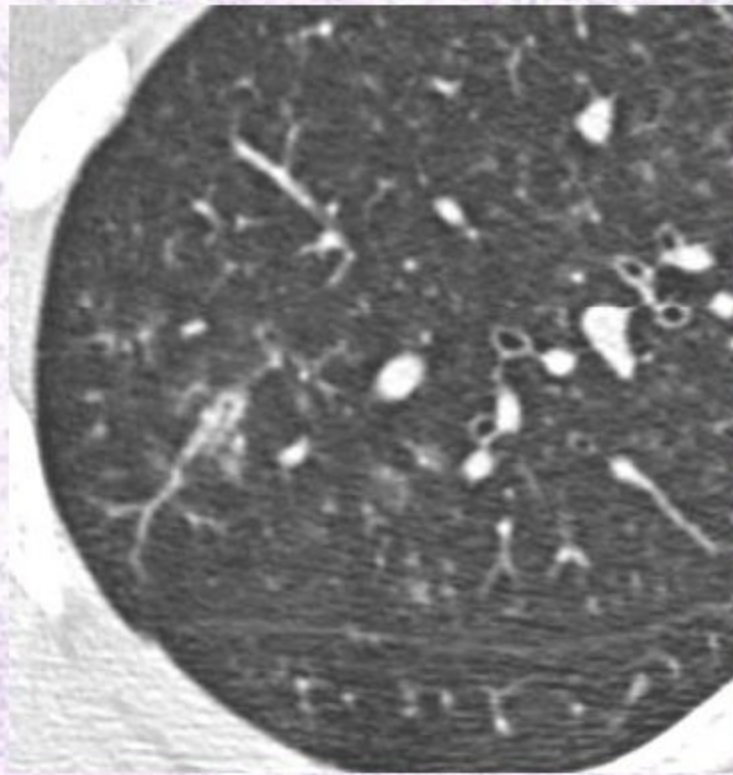


Signe du halo inversé

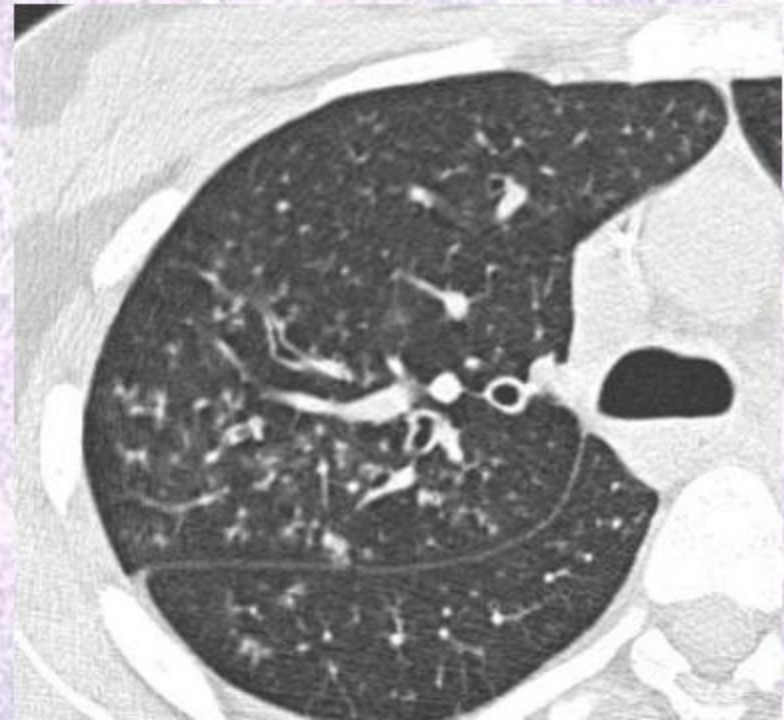
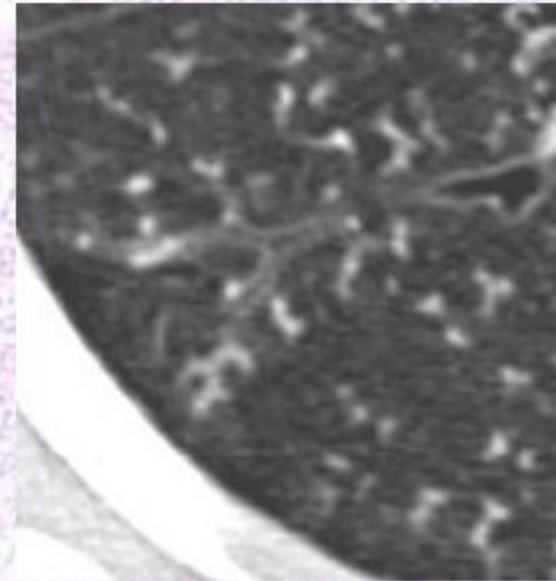
20 % des cas
très évocateur de BOOP

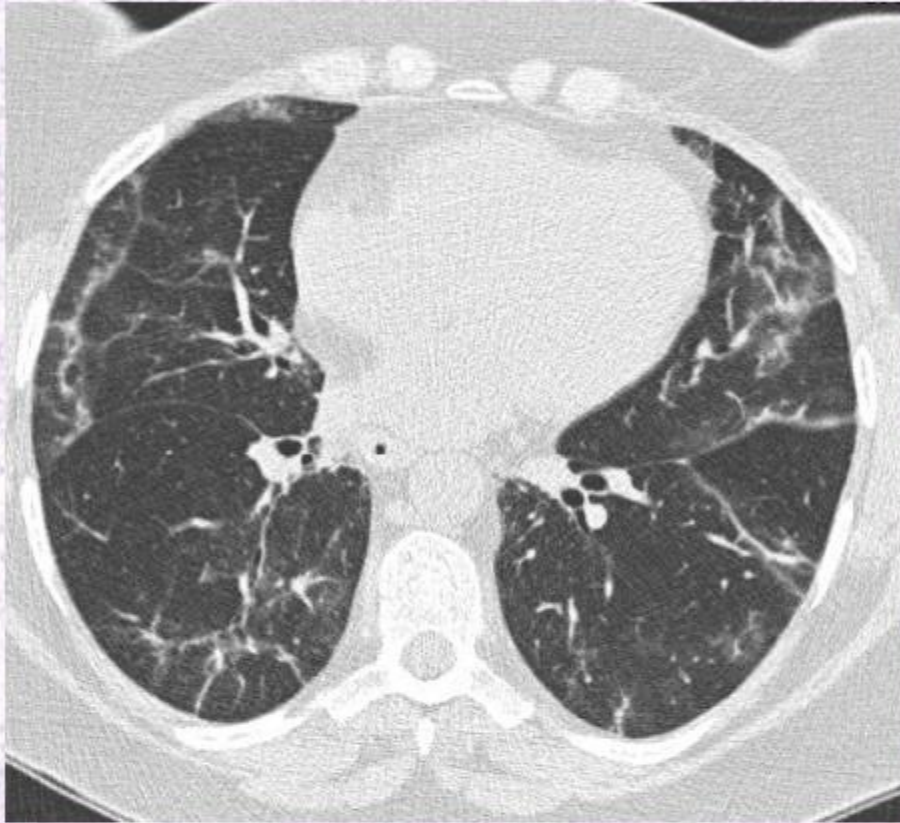


Micronodules



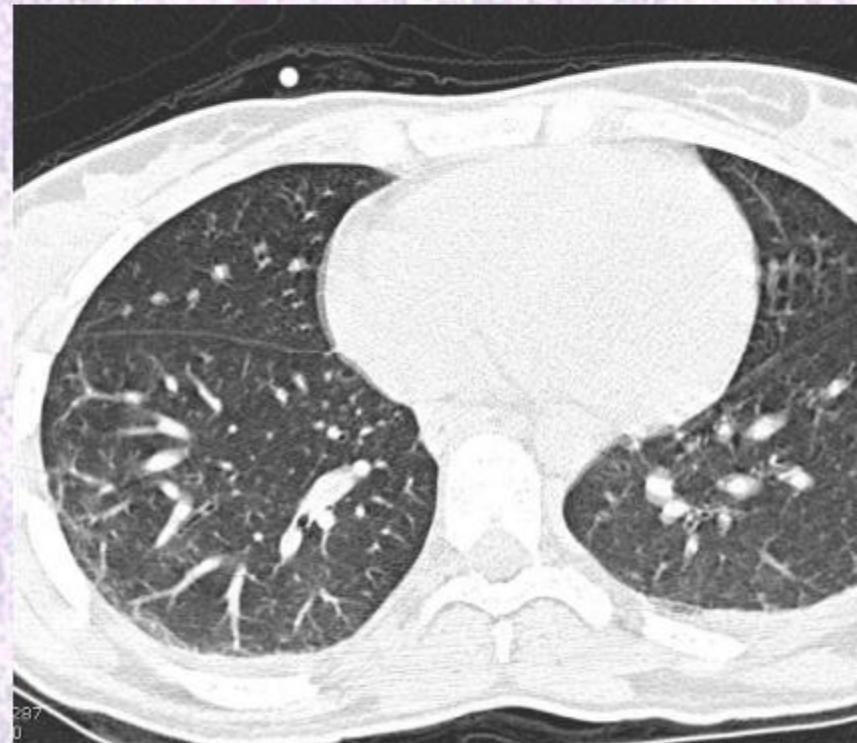
**Rare, parfois liés à
la maladie de base**





Syndrôme réticulaire

Rare, non spécifique



Idiopathic BOOP
n=16

Littérature

Sémiologie scanner

Shadows on chest radiographs

Reticular/nodular	3	(18.8)
Bilateral patchy	13	(81.3)
Both	0	(0.0)
Migratory shadows	3	(18.5)
Volume loss	0	(0.0)

CT findings

Cystic formation	0	(0.0)
Ground glass opacity	16	(100.0)
Airspace consolidation	16	(100.0)

(4)

CT of Cryptogenic Organizing Pneumonia

TABLE I Patterns and Distribution of High-Resolution CT Findings of Cryptogenic Organizing Pneumonia in 31 Patients

Patterns	Incidence in 31 Patients		Laterality ^a		Lung Zone ^a			Predominant Distribution ^a					
	No.	%	Bilateral	Unilateral	Upper	Middle	Lower	Subpleural	Central	Random	Peribronchovascular	Diffuse	Patc
Ground-glass opacity	28	90	28	0	23	26	26	11	0	17	11	8	20
Consolidation	27	87	26	1	13	23	24	14	0	13	14	4	23
Nodules or masses	13	42	13	0	10	10	10	5	0	8	4	0	13
Irregular linear opacity	9	29	8	1	5	7	9	7	0	2	1	0	9

^aMeans of interpretations by two observers

Pneumopathie organisée : qu'est-ce que c'est ? Sémiologie conceptuelle et revue iconographique

M. Baque-Juston ^a, ^{*}, , A. Pellegrin ^a, S. Leroy ^b, C.-H. Marquette ^b, B. Padovani ^a

^a Service de radiologie, hôpital Pasteur, 30, avenue de la Voie-Romaine, 06003 Nice cedex 1, France

^b Service de pneumologie, hôpital Pasteur, 30, avenue de la Voie-Romaine, 06003 Nice cedex 1, France



Figure 9 :

Nodules solides et troués, rarement rencontrés dans un cadre de PO. Diagnostic posé sur l'aspect labile, spontanément résolutif et migrateur des anomalies rencontrées. Résolution complète des lésions sous traitement stéroïdien.