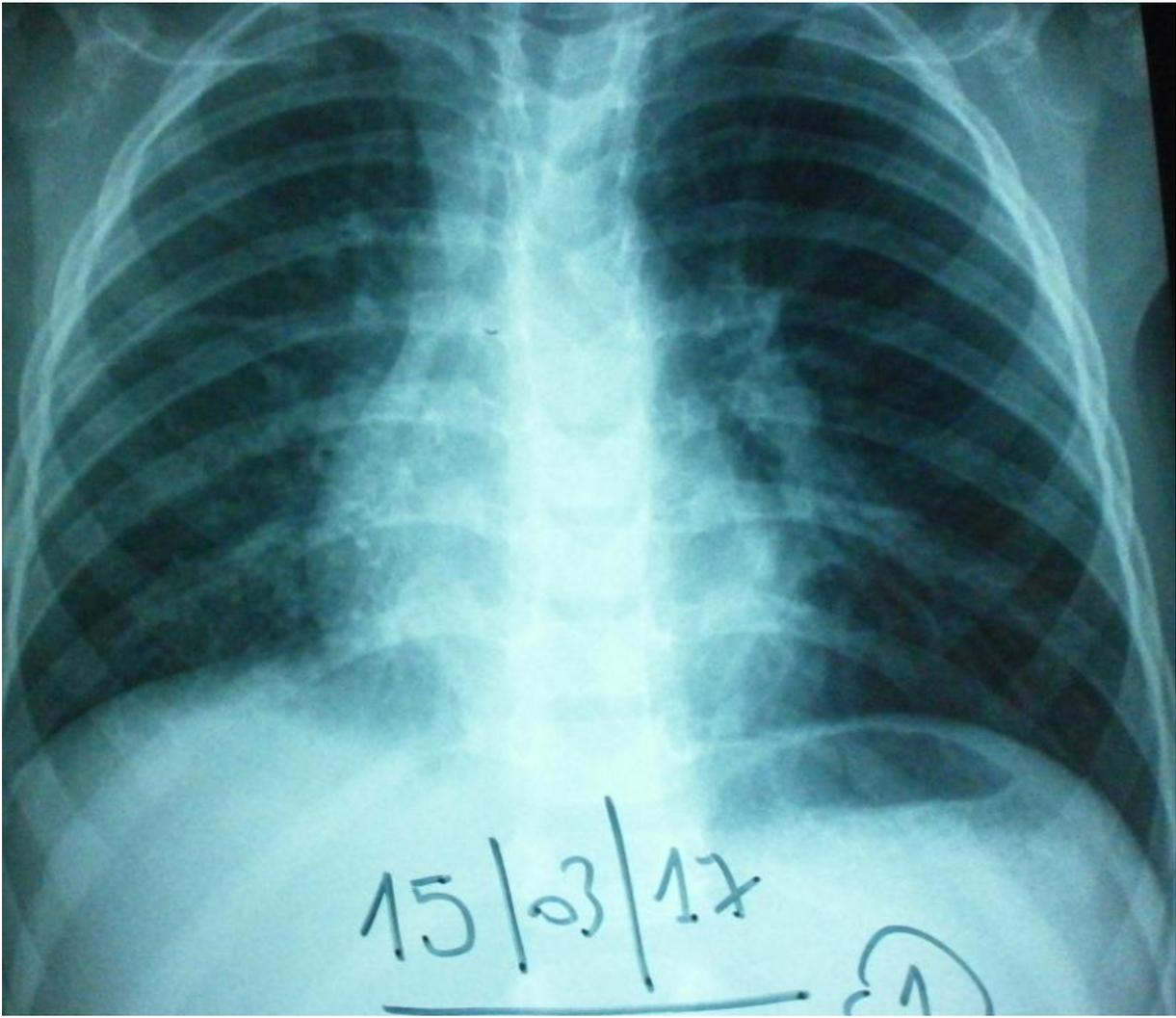
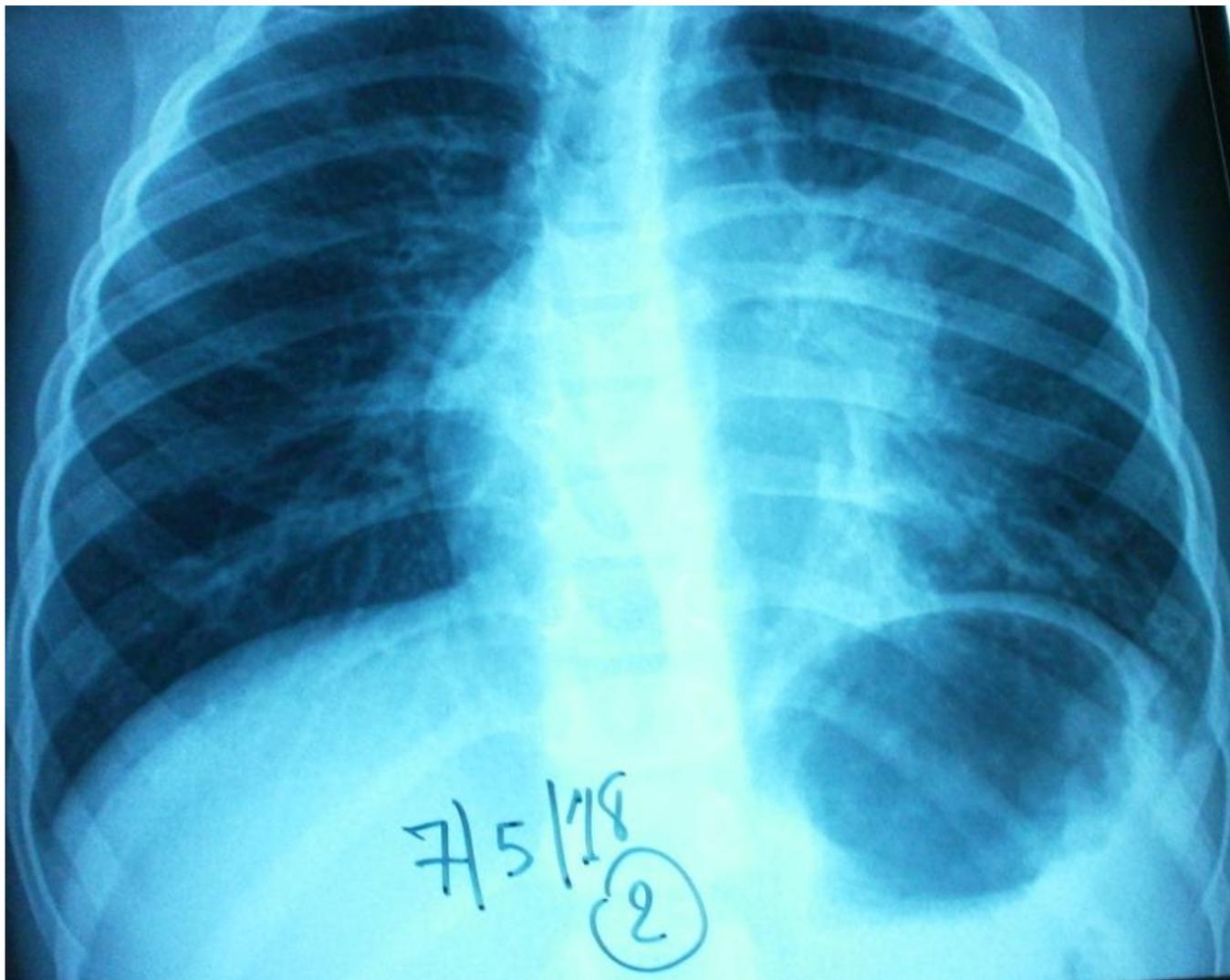


La petite MOUNTAHA R...3ANS: A consultée un pédiatre pour toux sifflement depuis 3 mois  
→ Mise sous traitement inhalé

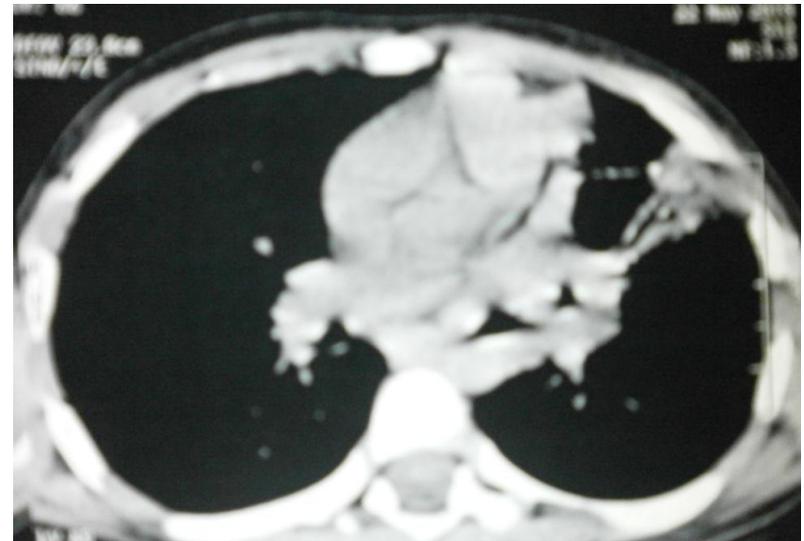
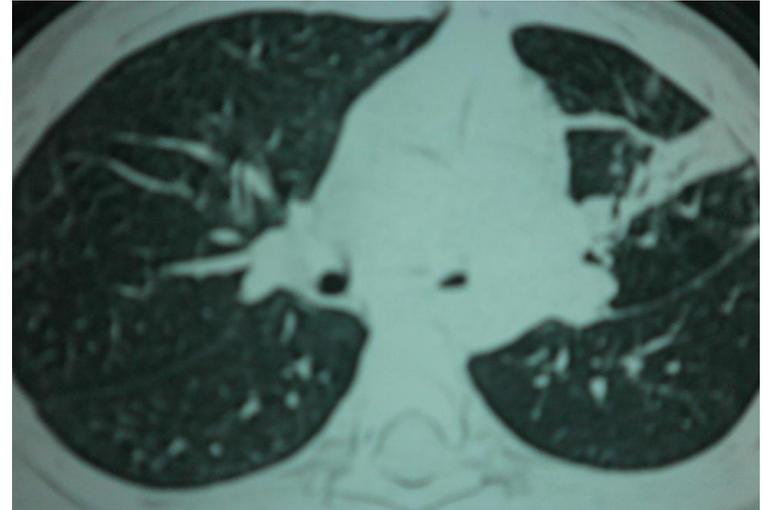
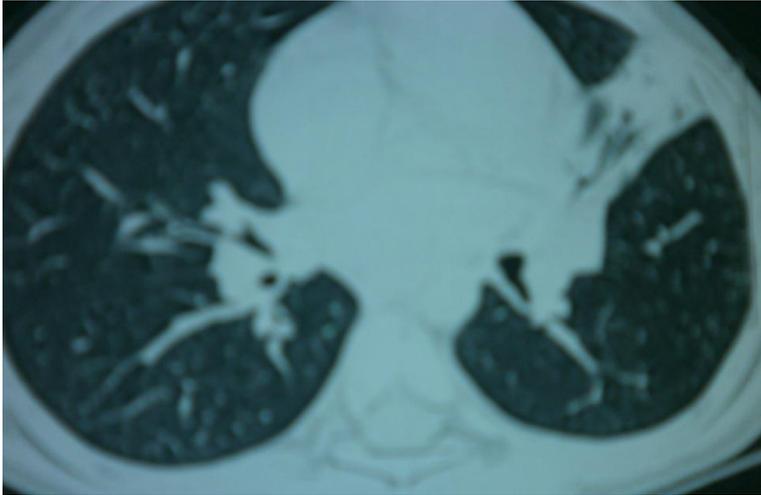


**Je l'ai vu le 07/05/2018 ( soit 8 mois après) pour persistance de la toux qui est devenu productive, prédominance matinale, caractère continue sans véritable crise**

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

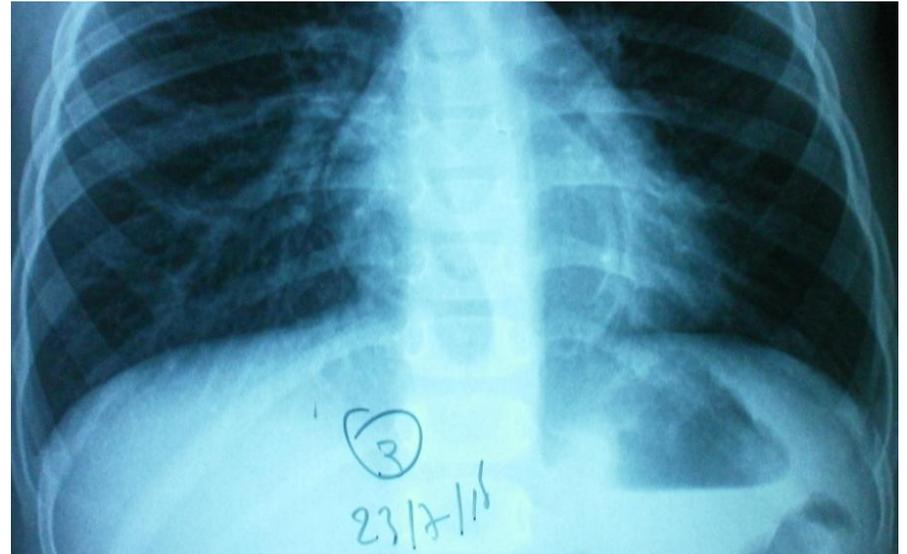
**Electrophorèse des protides**: normale

**EXAMENS BIOLOGIQUES :**

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

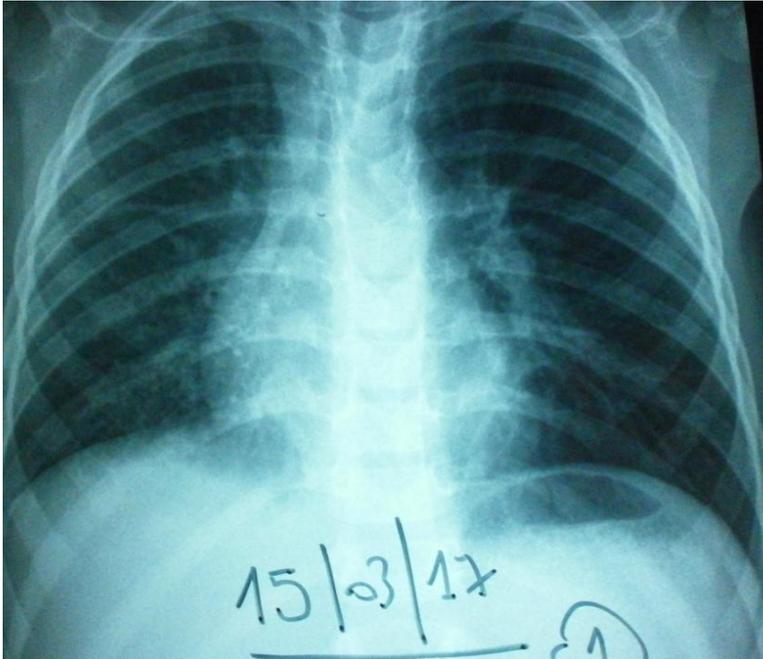
**MEDICAMENTS PRESCRITS :**

- 
- 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

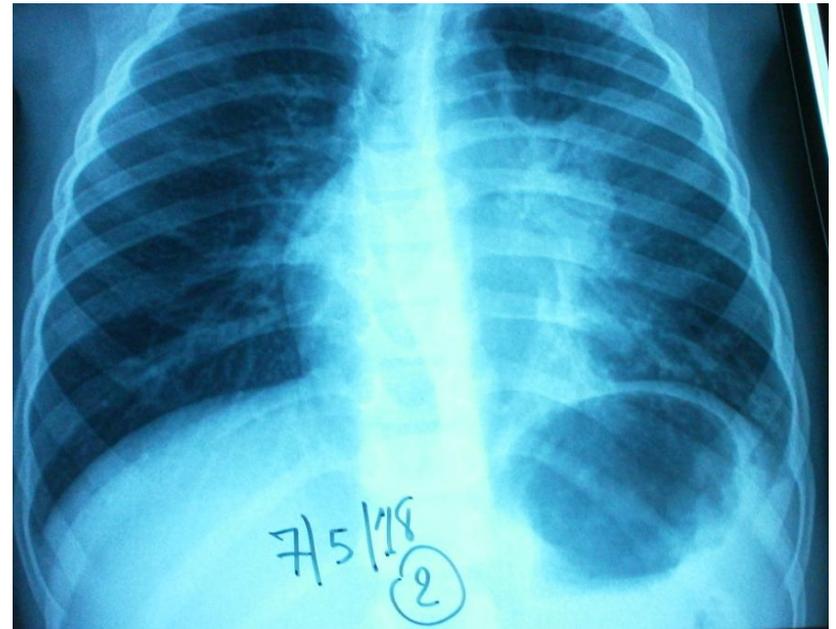
Poumon moins clair(Hyperclaritéé controlatérale)

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

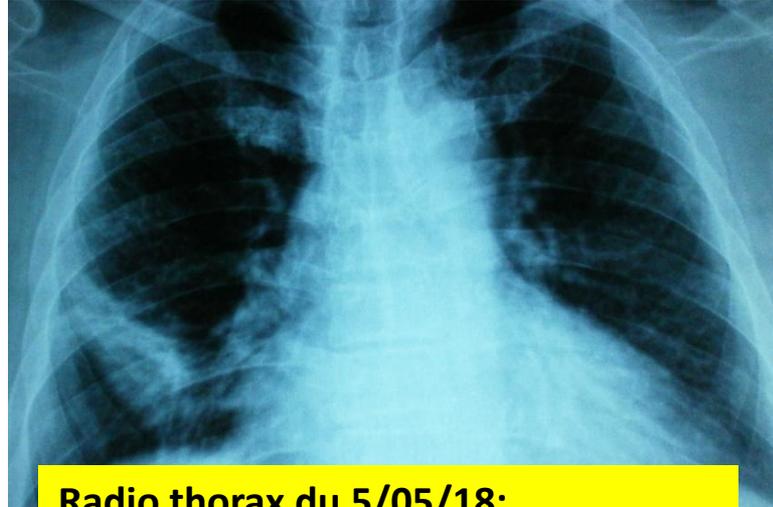
**Mr M MAHMOUD M...55 ANS** ma consultée le **05/07/2018** pour **toux productive parfois teinte de sang fébricule le soir..persistance de la symptomatologie après antibiothérapie multiple**

**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

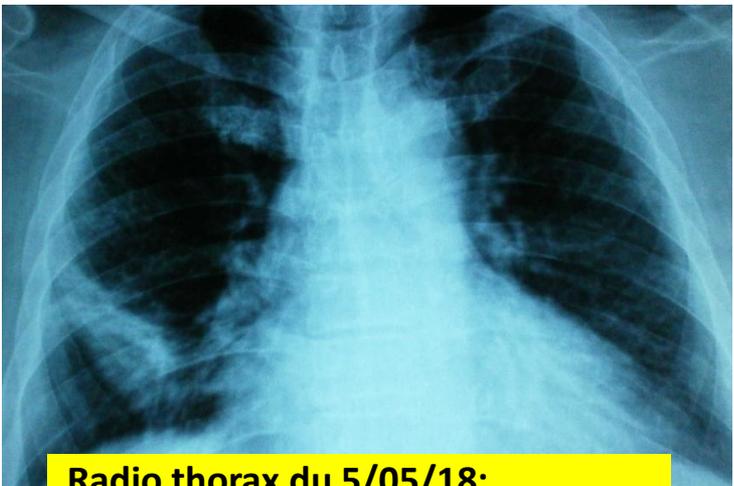
**Mr M MAHMOUD M...55 ANS** ma consultée le **05/07/2018** pour **toux productive parfois teinte de sang fébricule le soir..persistence de la symptomatologie après antibiothérapie multiple**

**ANTECEDENTS ET TARES :** HTA SS Enapril. TABAC-

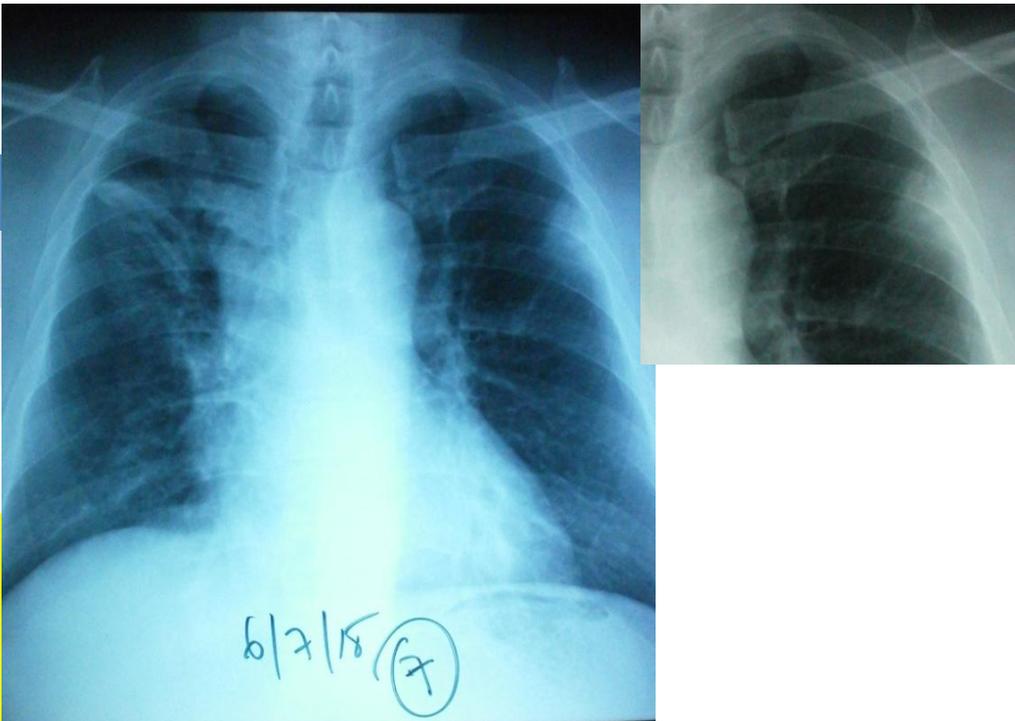
**EXAMEN PHYSIQUE :** TA 14/8 .T °37.sat 96%.Adénopathies périphériques.MV Symétrique.

**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

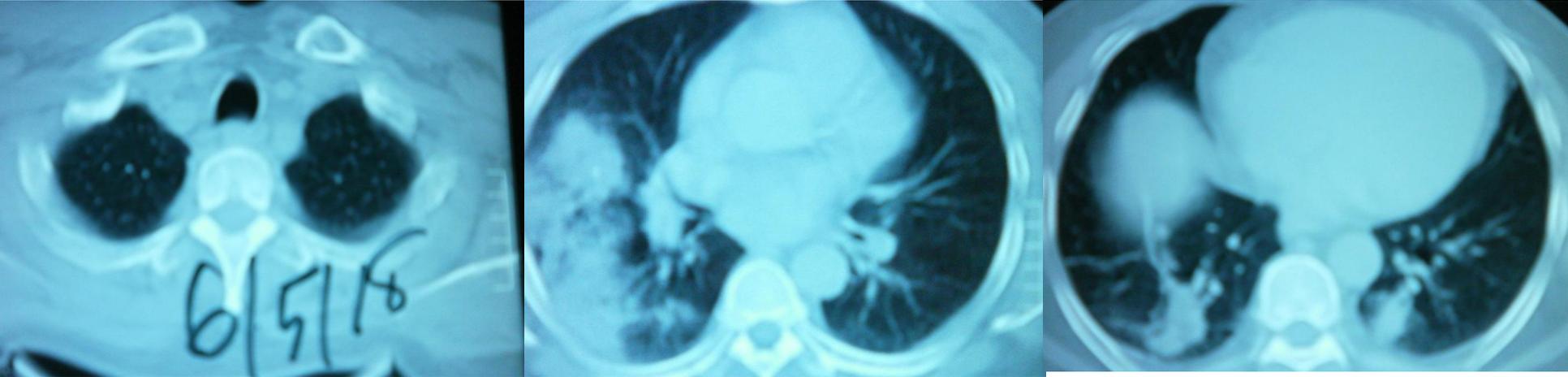


**Radio thorax du 5/05/18:**  
Foyer lobaire inférieur droit



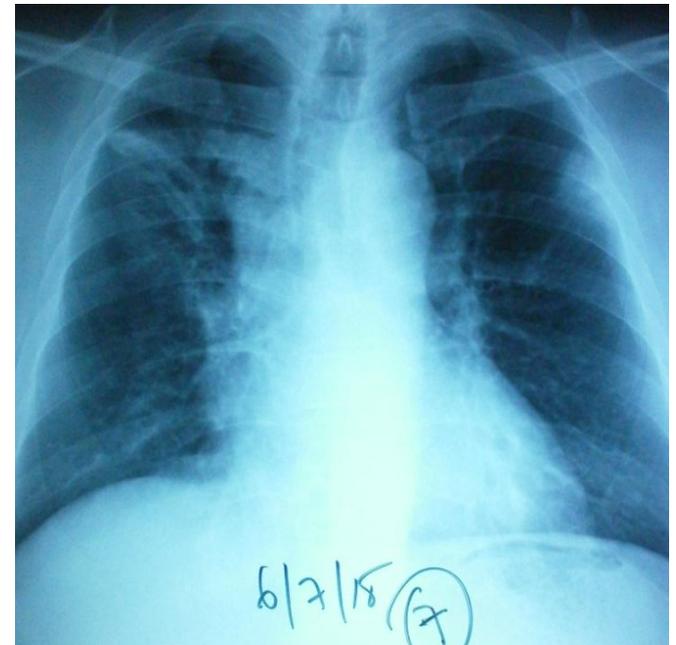
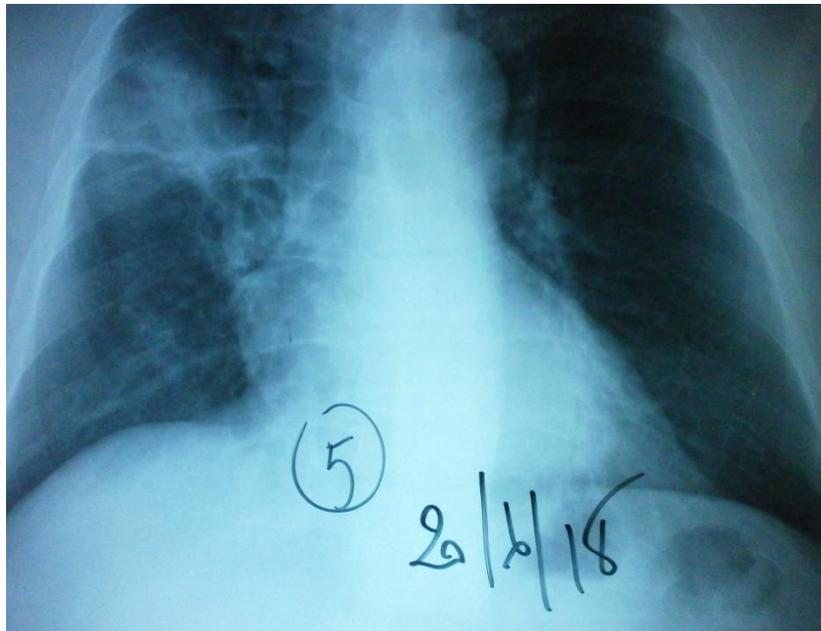
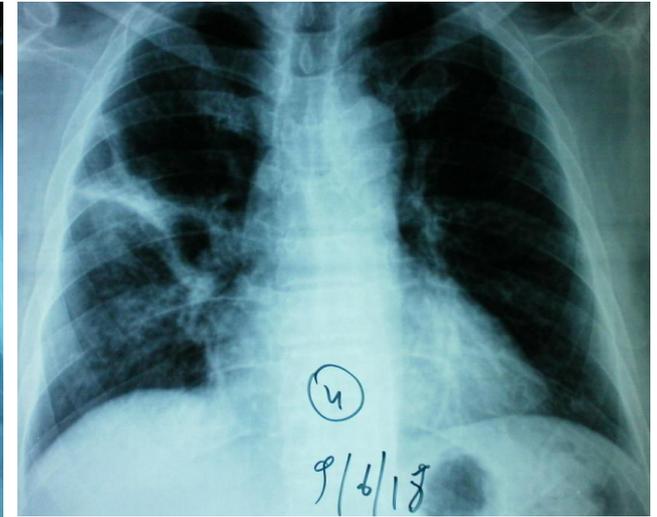
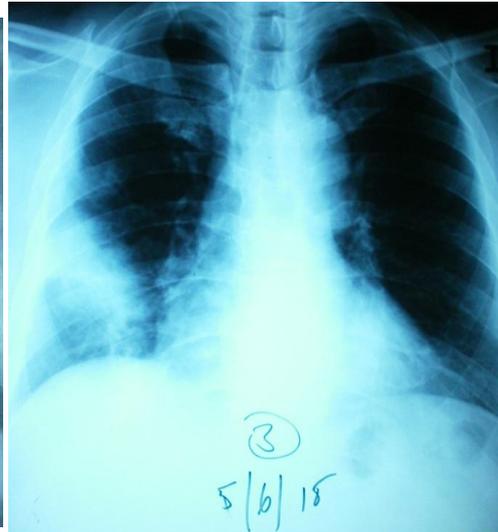
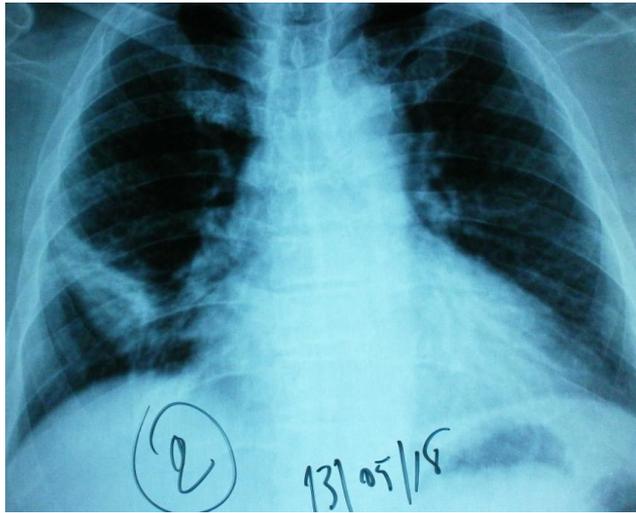
**RX THORAX DU 6/07/18:**  
Régression du foyer LID. Apparition d'un double foyer lobaire supérieur droit et gauche

**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.**



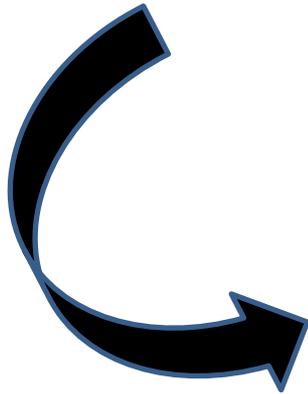
**BAAR** :Négative

**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

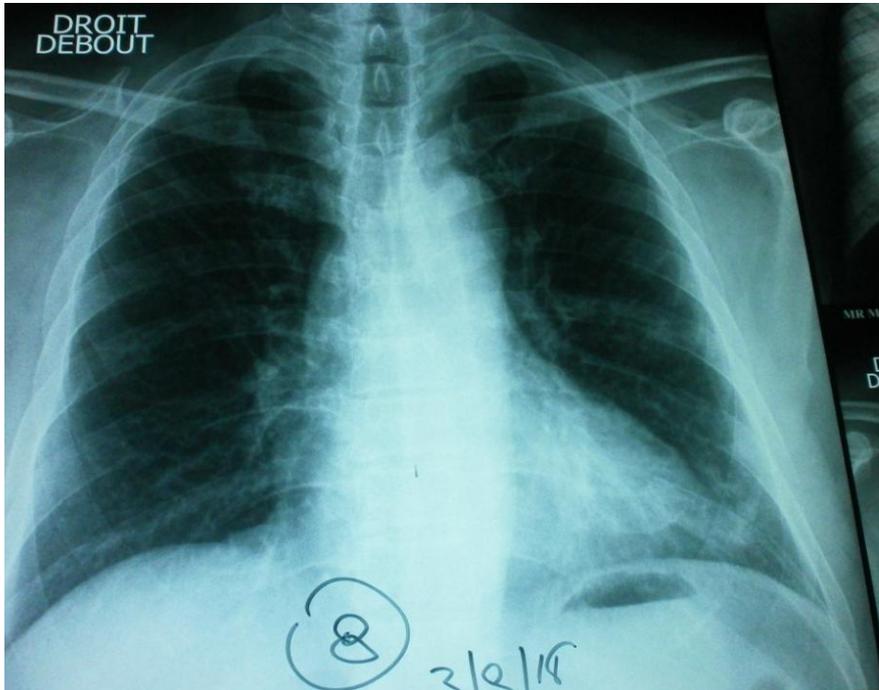
**BAAR** :Négative

**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 ..

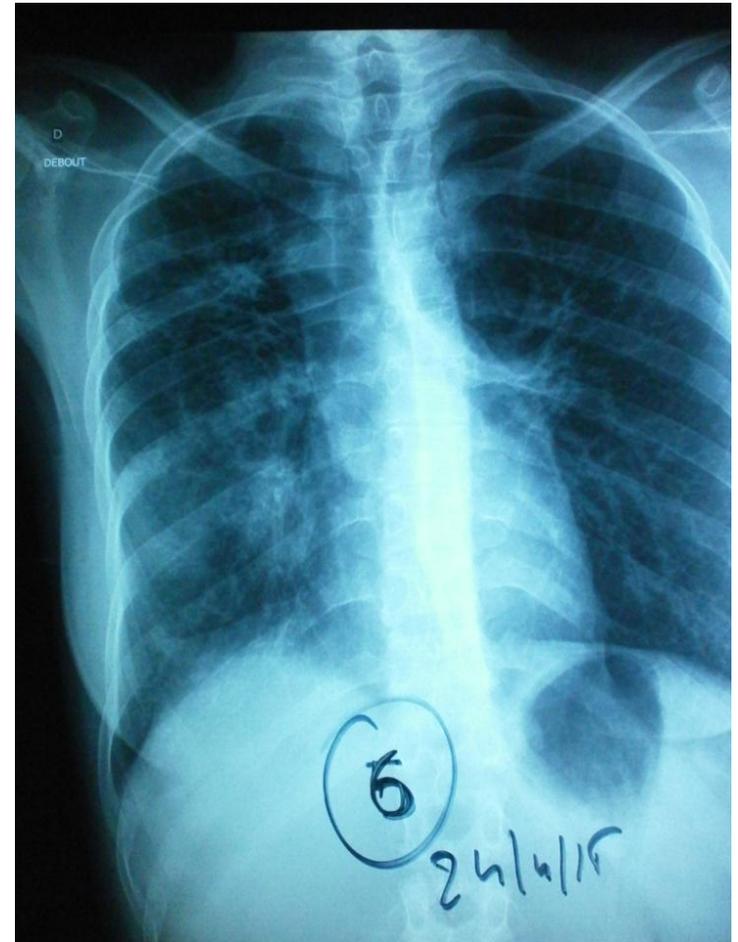
## Examen physique

Pds 40 kg.T 37.Sat 98%.MV Symétrique.

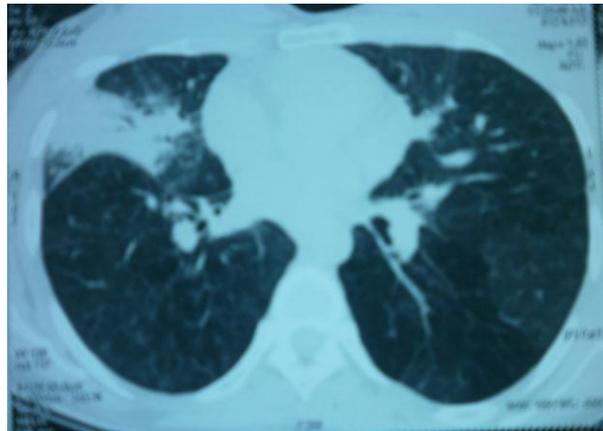
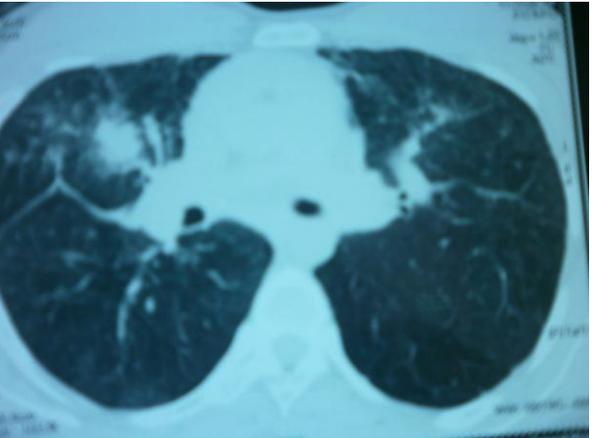
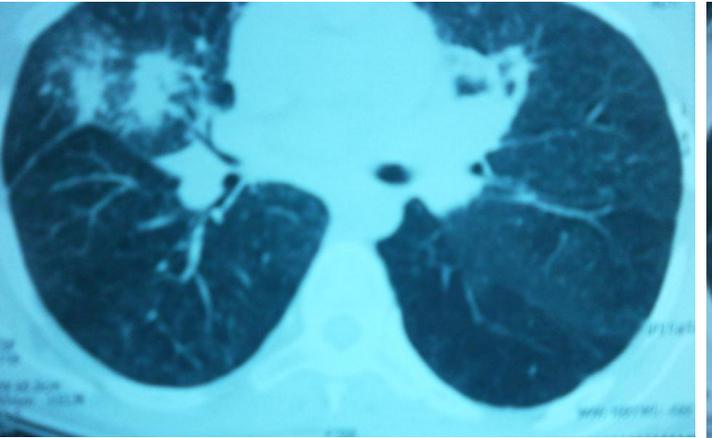
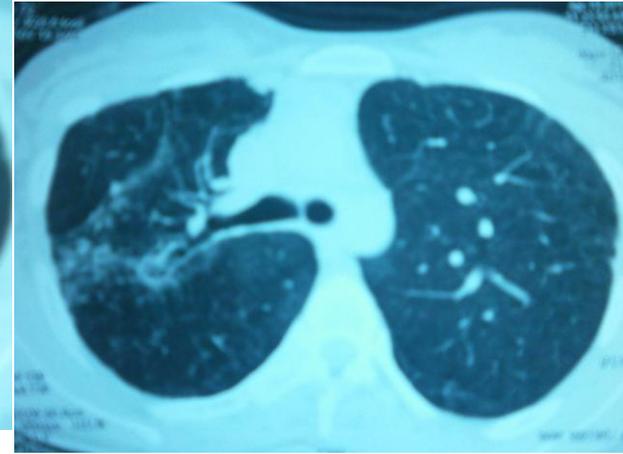
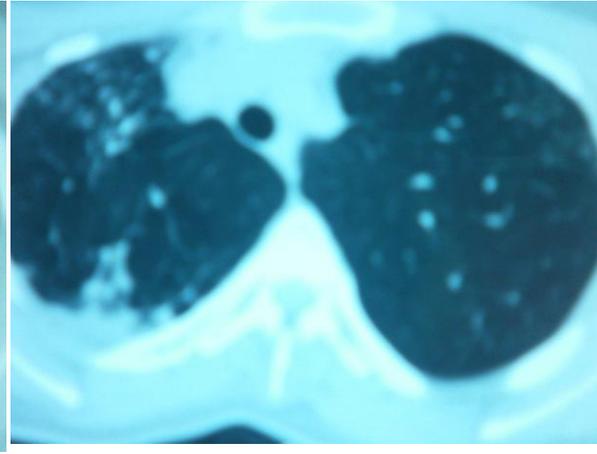
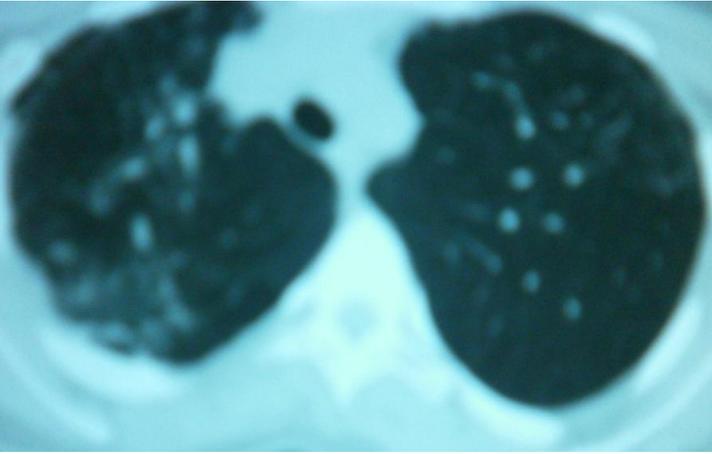
Pas d'adénopathies périphériques .Pas de lésion cutanée

### Radio du thorax du 24/04/18:

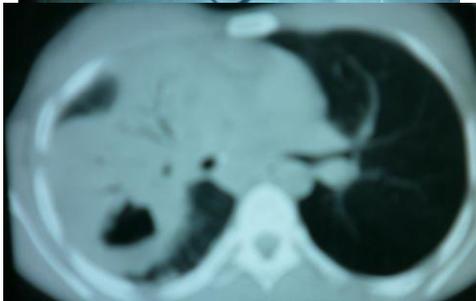
Foyer lobe moyen



**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

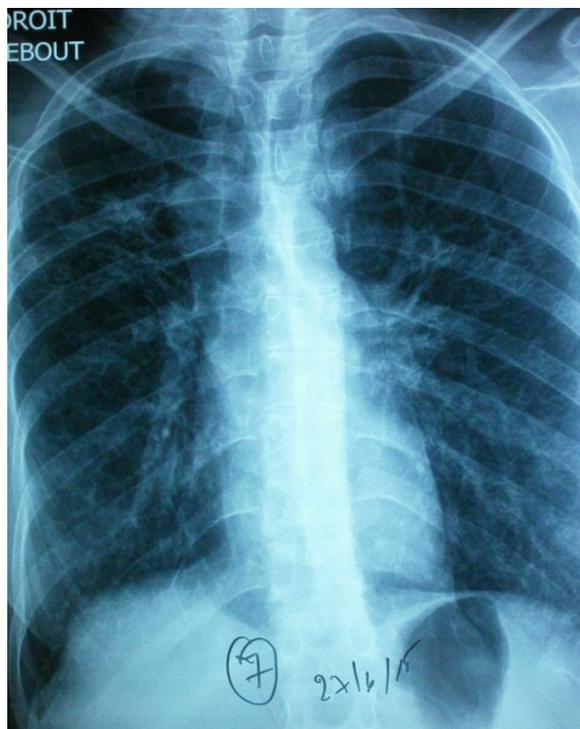
FIBROSCOPIE BRONCHIQUE : Aspect inflammatoire lobaires inferieurs

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

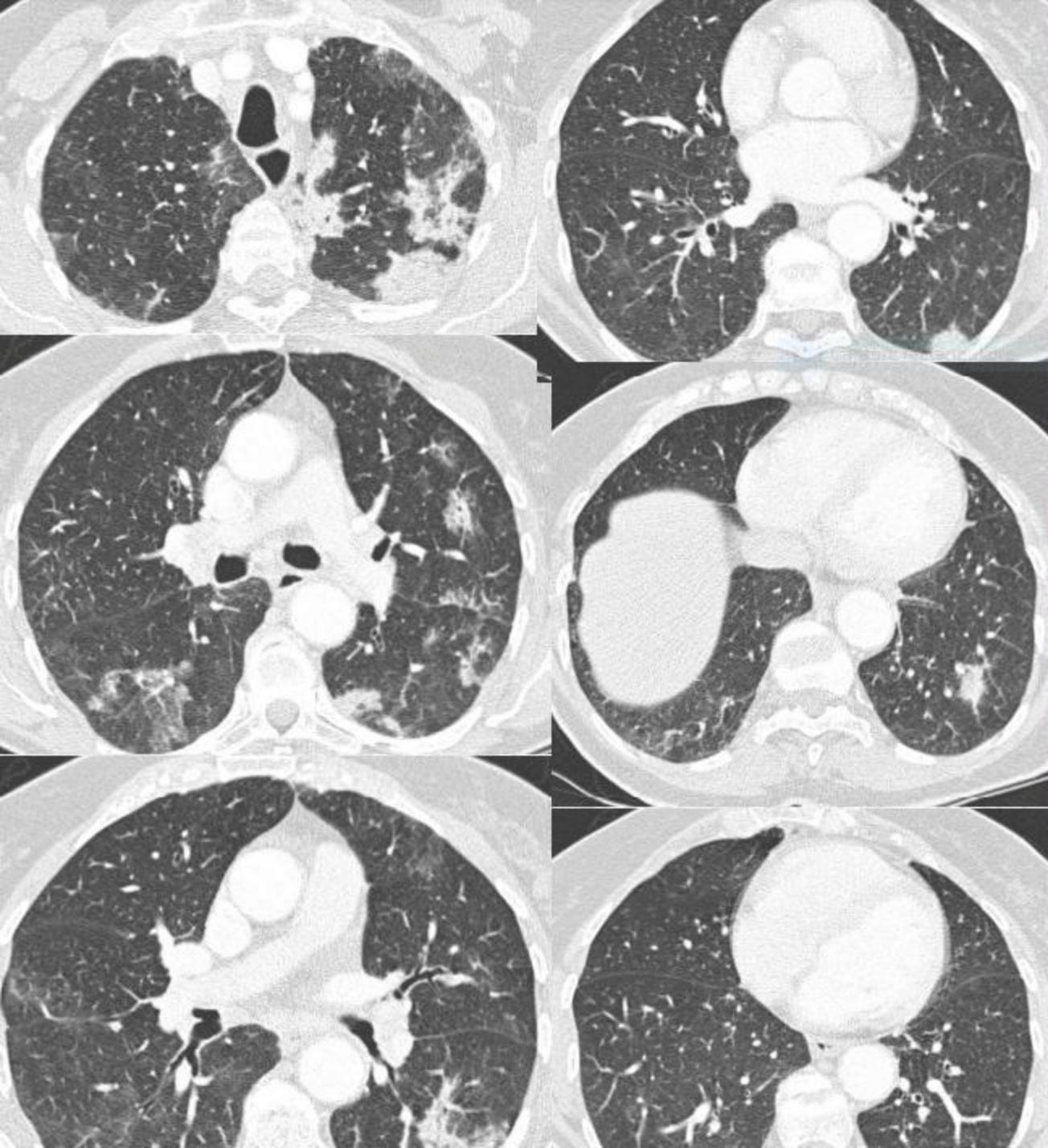
Opacités en verre dépoli

« Crazy paving »

Signe du halo inversé

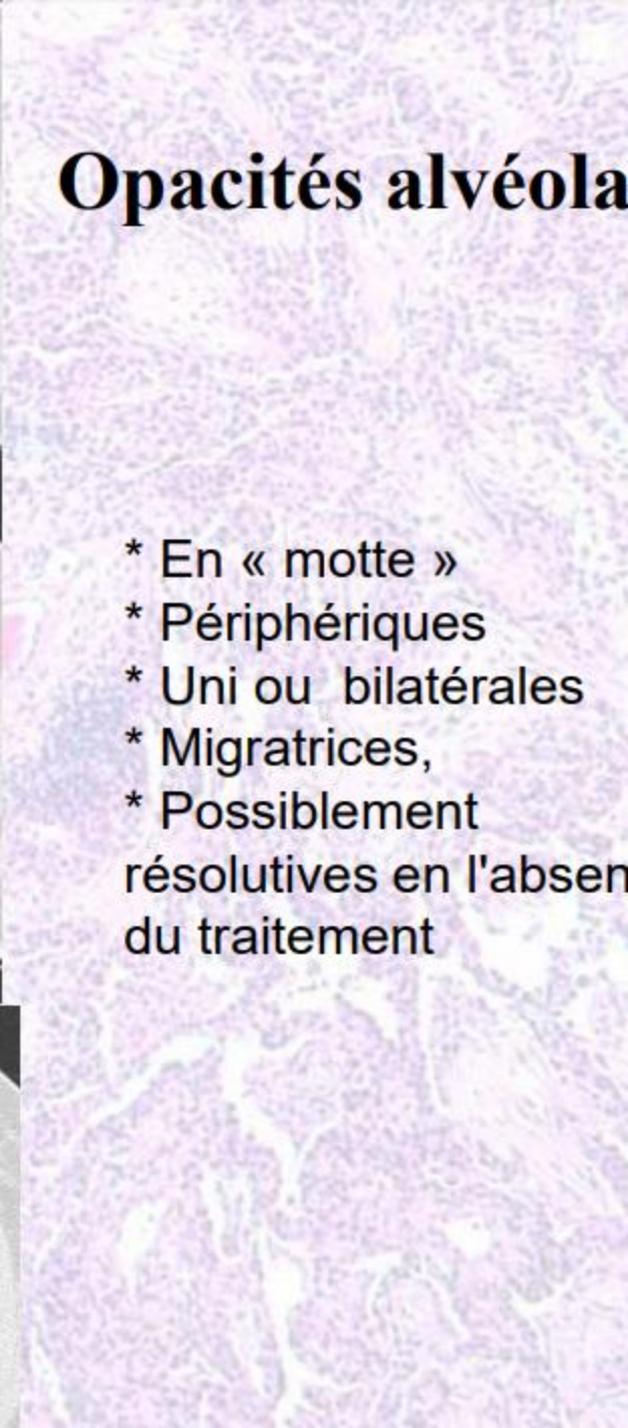
Micronodules

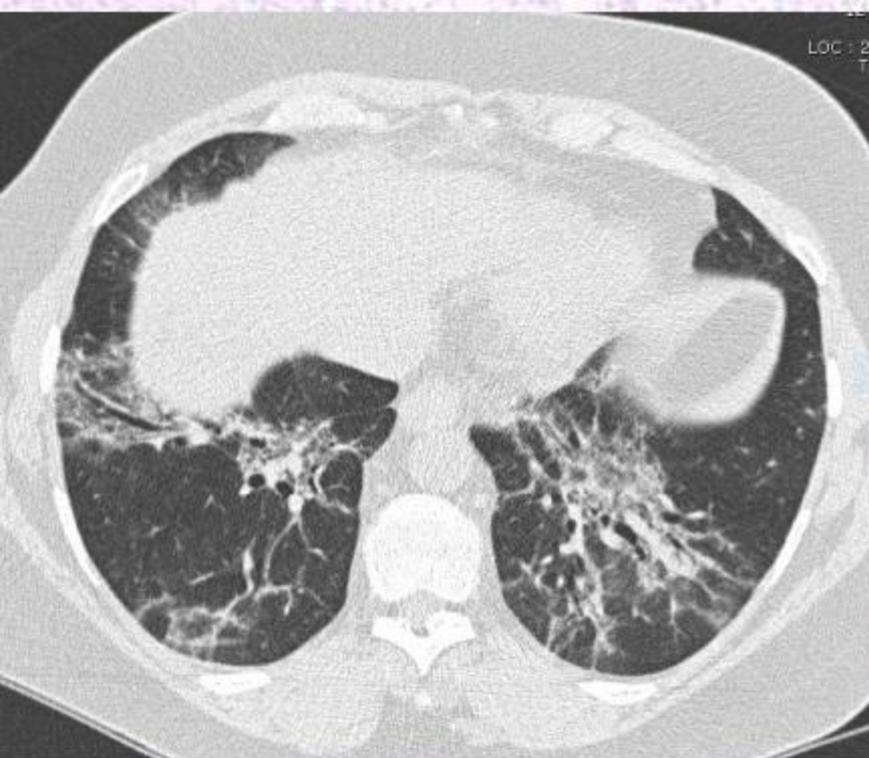
Syndrome réticulaire



## Opacités alvéolaires

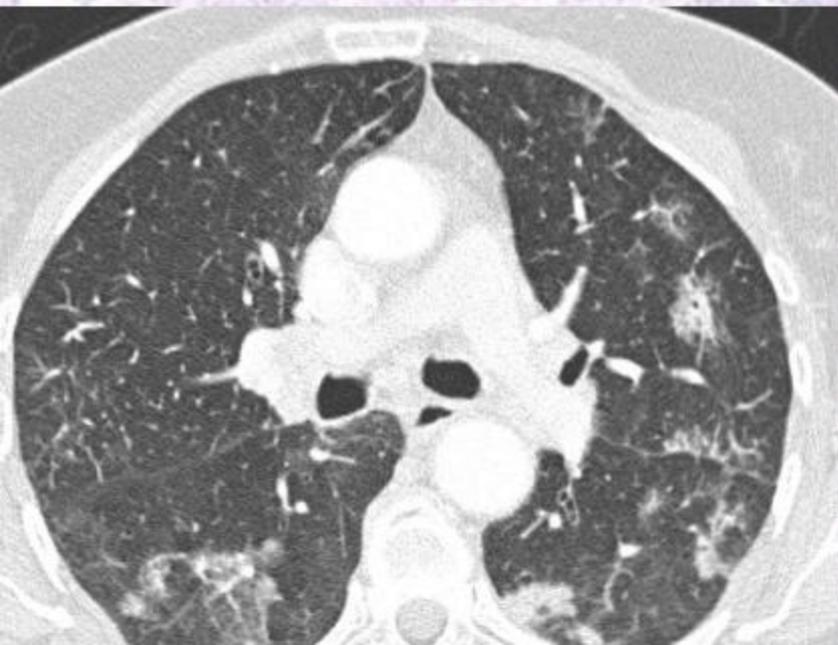
- \* En « motte »
- \* Périphériques
- \* Uni ou bilatérales
- \* Migratrices,
- \* Possiblement résolutives en l'absence de traitement





## Opacités en verre dépoli

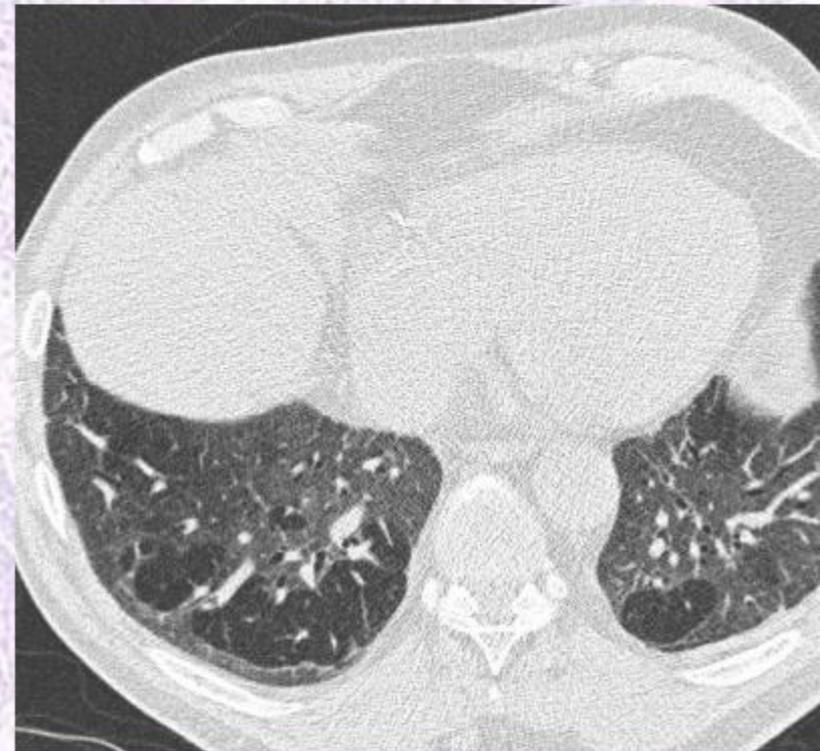
Péri broncho vasculaires  
bilatérales  
fréquentes  
mais non spécifiques.

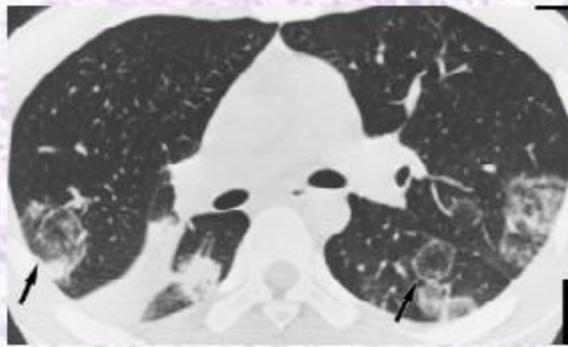




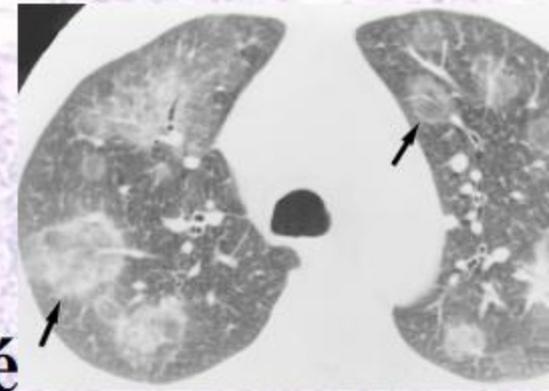
## « Crazy paving »

Rare, parfois associé aux autres aspects TDM



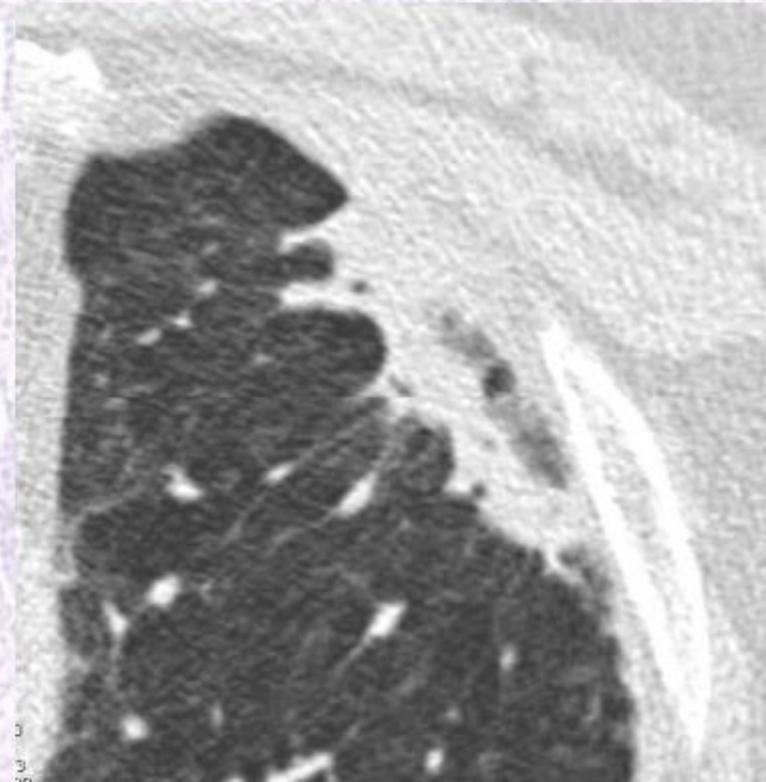
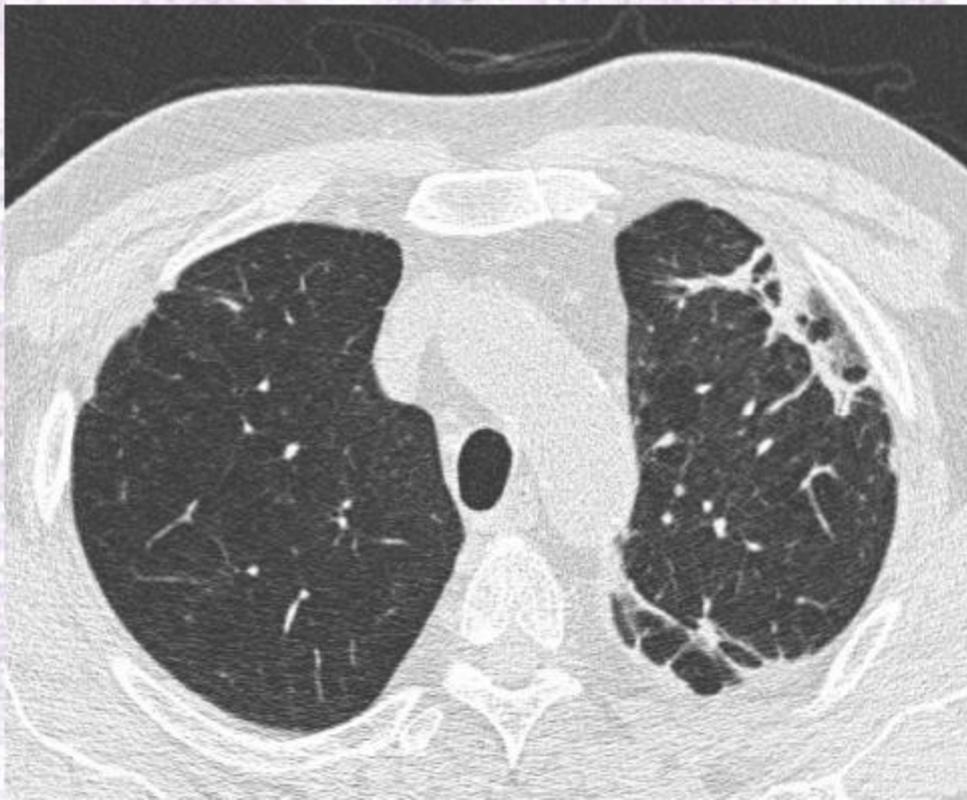


Kim SJ, Lee KS, Ryu YH, Yoon YC, Choe KO, Kim TS, Sung KJ Reversed Halo Sign on High-Resolution CT of Cryptogenic Organizing Pneumonia: Diagnostic Implications  
AJR 2003;180:1251-1254

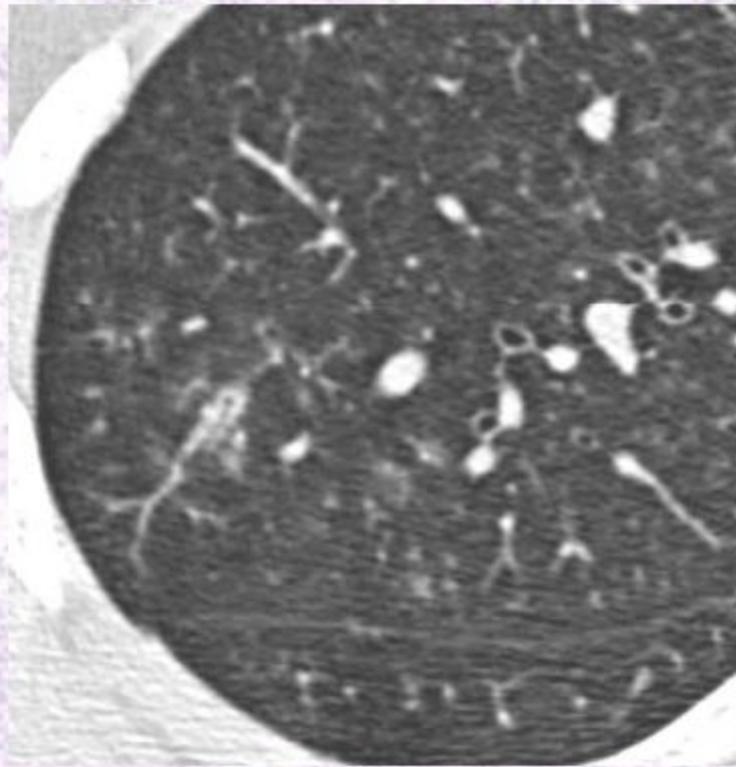


## Signe du halo inversé

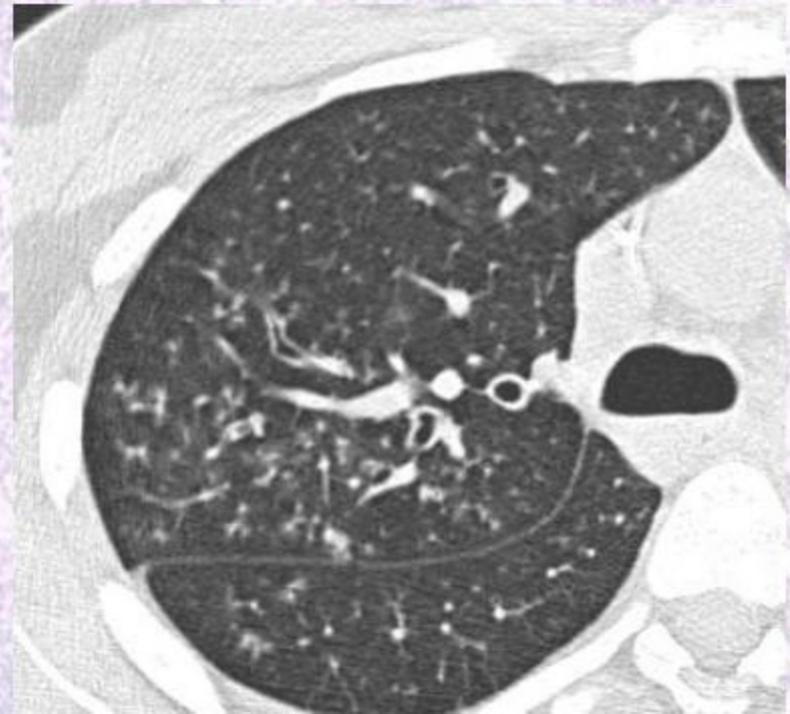
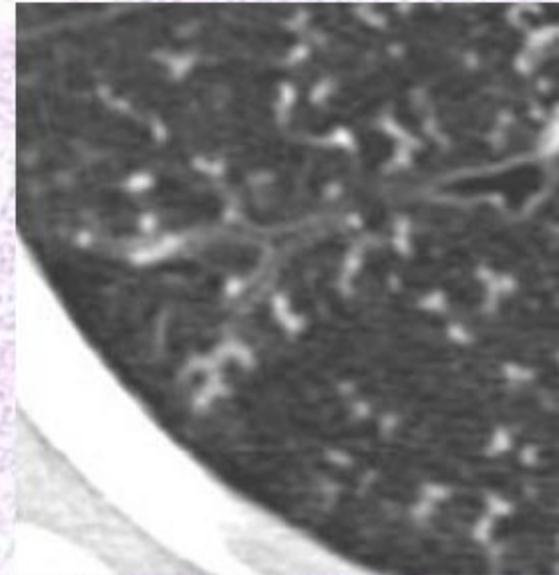
20 % des cas  
très évocateur de BOOP

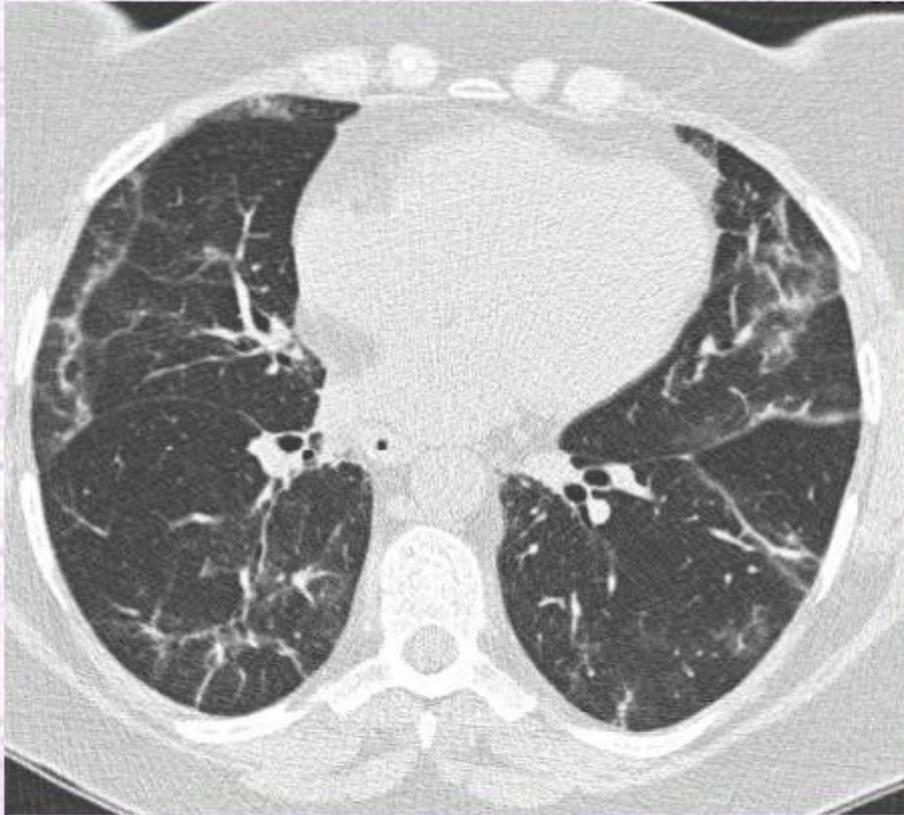


# Micronodules



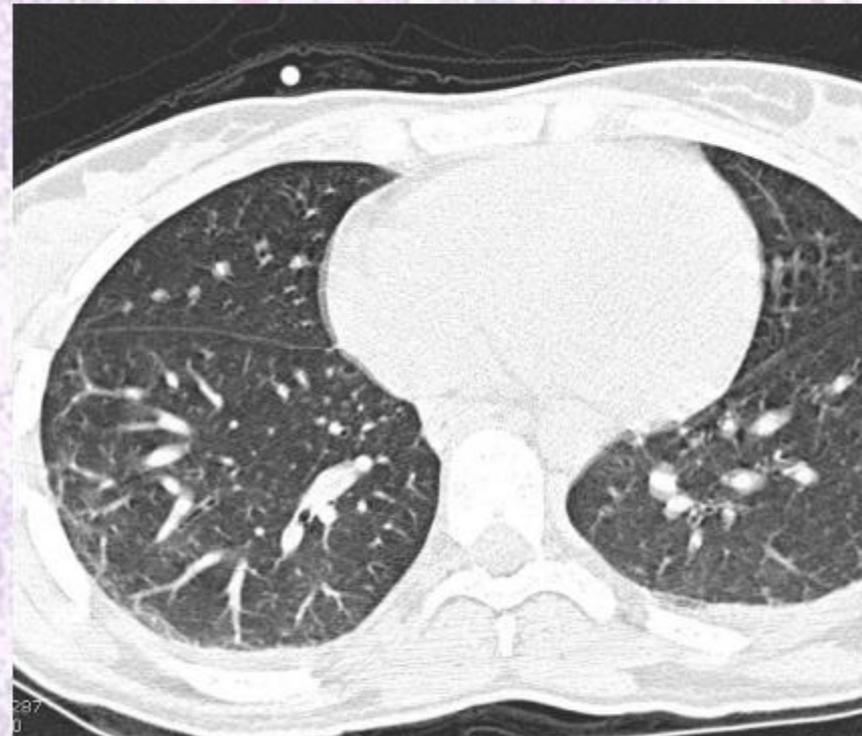
**Rare, parfois liés à  
la maladie de base**





# 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 <sup>a</sup>		Lung Zone <sup>a</sup>			Predominant Distribution <sup>a</sup>					
	No.	%	Bilateral	Unilateral	Upper	Middle	Lower	Subpleural	Central	Random	Peribroncho-vascular	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

<sup>a</sup>Means of interpretations by two observers

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

M. Baque-Juston <sup>a, \*</sup> , A. Pellegrin <sup>a</sup>, S. Leroy <sup>b</sup>, C.-H. Marquette <sup>b</sup>, B. Padovani <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de radiologie, hôpital Pasteur, 30, avenue de la Voie-Romaine, 06003 Nice cedex 1, France

<sup>b</sup> 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.