

Mr SAAD L... 83 ANS ma consultée le 08/10/2012
Dyspnée et DOULEUR thoracique gauche



Dyspné et toux progressive depuis 2001..
Majoration de la dyspné depuis 1ans(Sadoul III).. 3 mois DOULEUR thoracique gauche devenu ATROCE LE REVEILLANT

ANTECEDENTS ET TARES :

Diabète 1990 :Daonil 5 3/j -Glycophage R 3/J

HTA 1990: ANGOITEC

CHOLECYSTETOMIE 1ANS

A VECU EN France 35 ANS(PEINTURES10ANS - 1957/1968:USINE DE FABRICATION DE PANNEAUX D' ISOLATION A BASE D'AMIANTE A BOIS DE COLOMBES

EXAMEN PHYSIQUE :

TA: 15/8 RC : 80 /min .Sat: 98 % .---Douleur élective augmentée la pression région mammaire gauche)-Pas d'adénopathies-Pas d'hypocartisme digitale-qq Crépitantes aux 2 bases -

EFR :

CVF : 1,69 57 %-VEMS: 1,69 78 %-VEMS / CVF: 100 %

GAZ DE SANG : Po2: 95 Pco2 : 39 PH:7,40

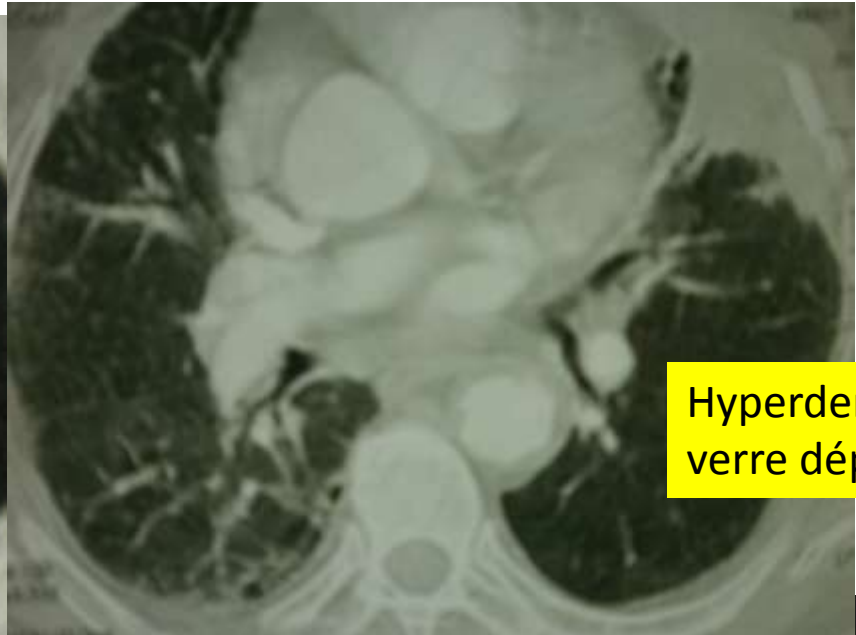


RX THORAX :S interstitielle aux 2 bases +/- rétraction .Participation pleurale gauche (Epaississement)-

SCANNER: IMAGE INTERSTITIELLES BILATERALES EVOCATRICES D'ASBESTOSE



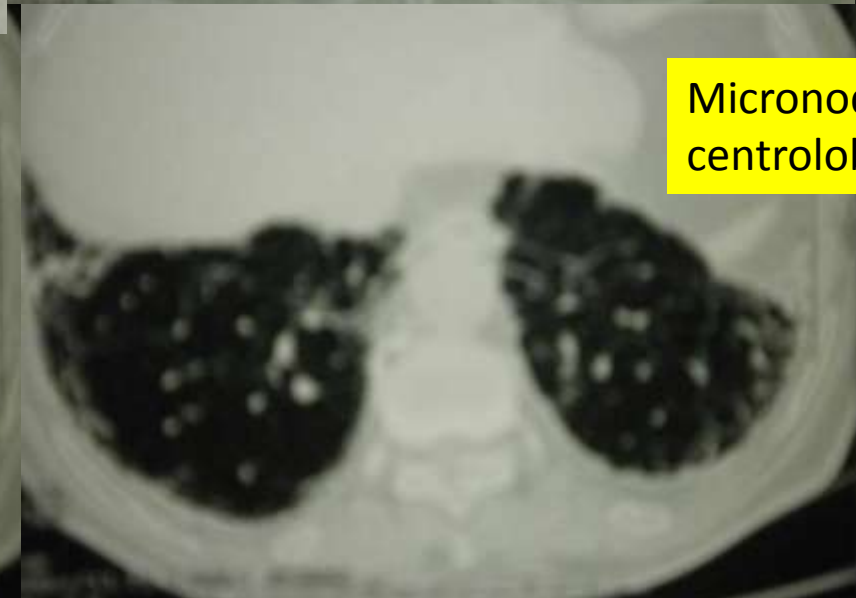
lignes courbes sous pleurales



Hyperdensités en verre dépoli

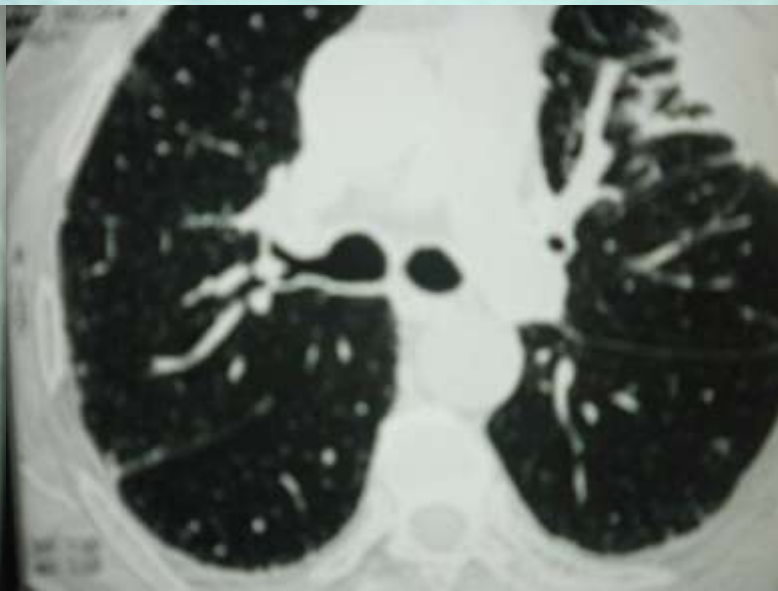
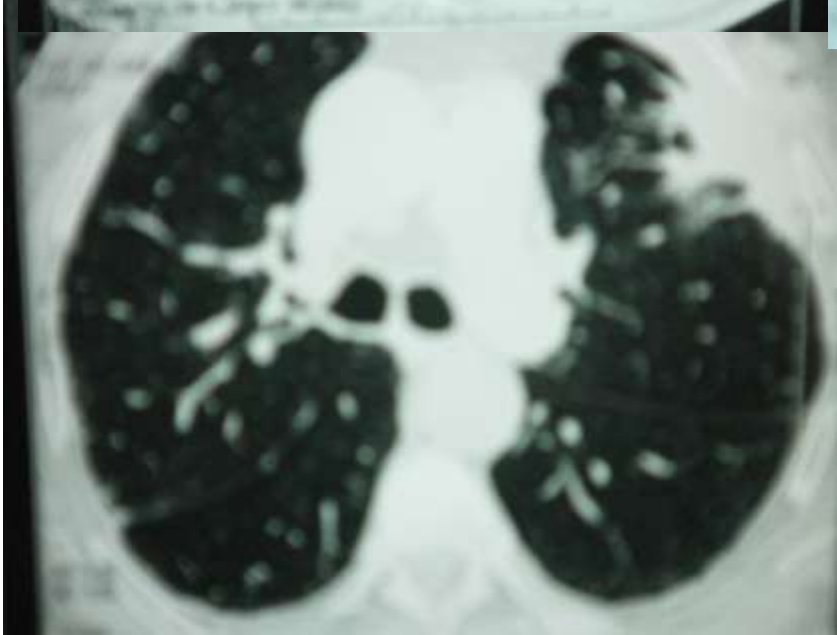
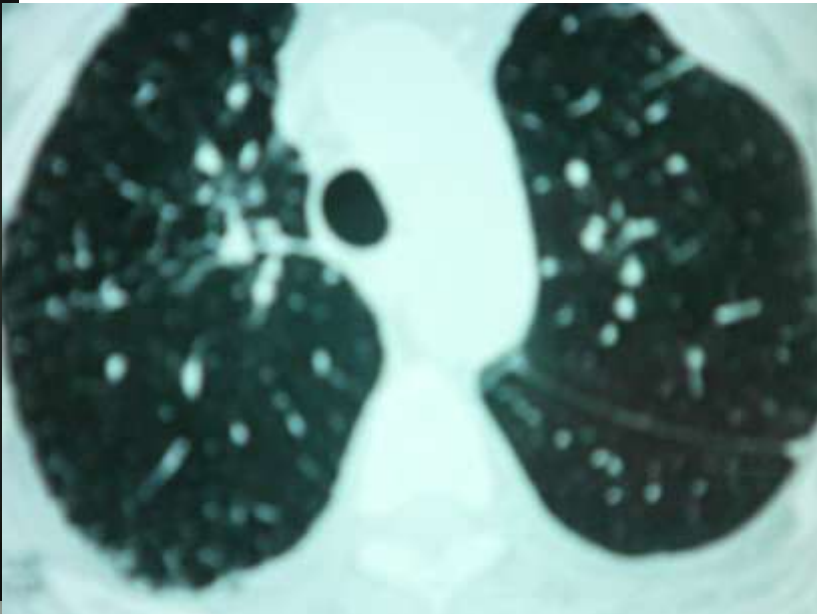
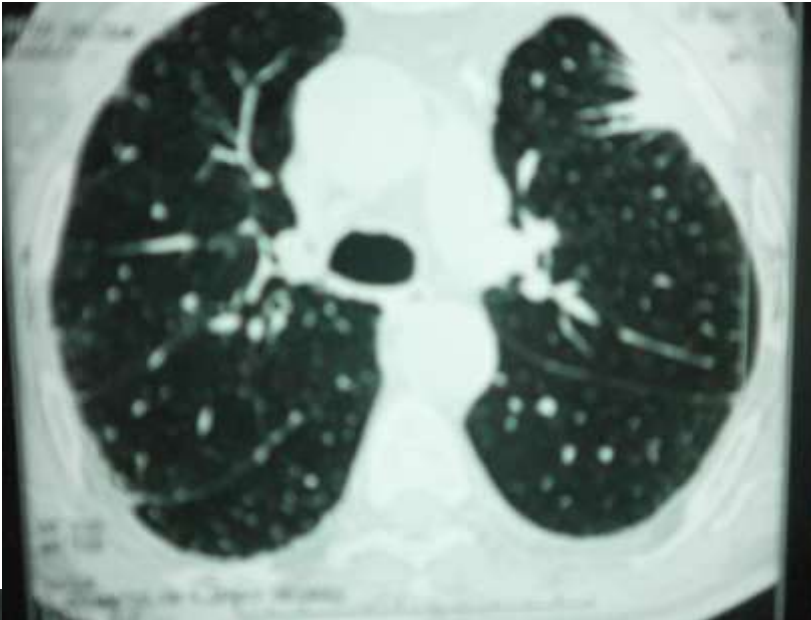


Opacités branchées sous pleurales, réticulations intralobulaires

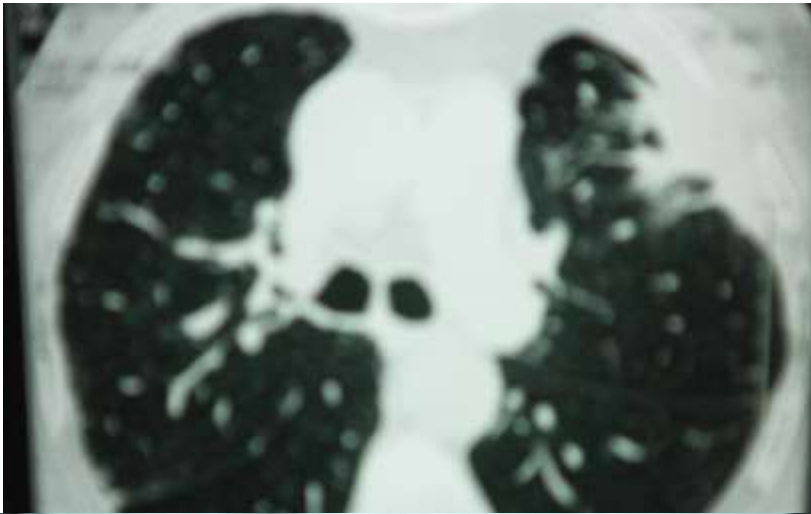


Micronodules centrolobulaires

Épaississement de la plèvre viscérale: Denté tissulaire. accompagnés de bandes parenchymateuses (opacités pulmonaires linéaires prenant naissance à partir de la plèvre épaissie) et/ou d'images en pattes de corneille



AXILLAIRE GAUCHE: UN Epaissement de la plèvre viscéral PLUS MARQUEE PRENANAT L'allure d'une Opaciteé avec prolongement septale(TALGS);épaissement et retraction de la plèvre en dedans -Extention endehors dans le tissu moue-->PONCTION BIOPSIE SOUS SCAN->carcinome epidermoide moyennement differenciee



IL s' agit d' un homme de 81 ans ayant été exposé a l' amiante et qui présente:

- 1)Pneumopathie interstielleEVOCATRICES D'ASBESTOSE et Epaissement de la plèvre viscérale-
- 2)Dégénéresence néoplasique d'UN de ces Epaissement de la plèvre viscéral en axillaire gauche

Je soussigné, Faissal BALI, Docteur en médecine, certifie avoir examiné le 23/10/2012, à, SÂAD LAMLOUM et constaté ce qui suit.

1)Pneumopathie interstielleEVOCATRICES D'ASBESTOSE et Epaissement de la plèvre viscérale-

2)Dégénéresence néoplasique d'UN de ces Epaissement de la plèvre viscéral en axillaire gauche

Ce patient ayant été exposé à L'AMIANTE du fait de sa profession.

(A TRAVAILLER DANS UNE USINE DE FABRICATION DE PANNEAUX D' ISOLATION A BASE D'AMIANTE A BOIS DE COLOMBES DE1957 A 1968).

Il y a lieu de considérer ses troubles comme étant d'origine professionnelle et d'envisager la réparation au titre de la législation sur les maladies professionnelles.

(Tableau N°30:TRG 30C ou TRA 47C ou 47 bis)

Pathologie pleuro-pulmonaire liée a l'amiante

Pathologie bénigne

- *Plaques pleurale
- La pleurésie asbestosique bénigne
- L'épaississement pleural viscéral**
- ***Asbestose**

Pathologie maligne

- ***Mésothélium**
- ***Cancer broncho-pulmonaires**

L'épaississement pleural viscéral

- Fibrose de la plèvre viscérale.. Non spécifique de l'inhalation d'amiante...Peut provoquer restriction et douleurs .
- En TDM, l'épaississement pleural se caractérise par une opacité à l'interface associée à des signes pulmonaires qui reflètent le retentissement parenchymateux à proximité de la lésion .
- Ces signes d'accompagnement sont
- *Les atélectasies rondes*
- *Les bandes parenchymateuses* :sont des hyperdensités linéaires longues de 2 à 5 cm, larges de quelques millimètres à 1 cm environ, généralement au contact de plèvre, grossièrement perpendiculaire à la paroi thoracique, et barrant le parenchyme pulmonaire sans en respecter l'anatomie ; elles sont plus fréquentes aux bases et sont indépendantes de la position du patient . **Du fait de leur forme évoquant l'empreinte d'une patte d'oiseau, elles ont été baptisées « pied de corneille » (*crow's feet***

Atteinte interstitielle (et bronchiolaire). **Ligne et bande intra parenchymateux a point de départ pleurale (Roti ficele-Pieds de corneille)**

La recherche d'asbestose parenchymateuse pulmonaire

N. SANS
J. GIRON
P. FAJADET
G. DURAND
J.-P. SENAC

DÉFINITION

Par asbestose parenchymateuse on entend une atteinte parenchymateuse à la fois bronchiolaire et interstitielle dont la prédominance est très fortement basale dans les gouttières costo-vertébrales (figure 1).

Sont à nommer différemment les atteintes pleurales, qu'elles soient bénignes (pleurésies répétitives, plaques) ou malignes, le mésothéliome et redouté-redoutable.

L'atteinte parenchymateuse qui nous intéresse ici est donc « bronchiolaire » et interstitielle.

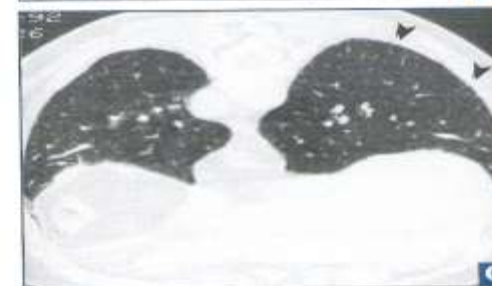
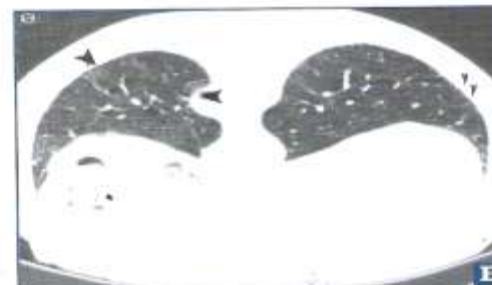


Figure 1 (ADC): Asbestose parenchymateuse pulmonaire.
RT: aspect « para-normal ». TDM: protocole « asbestose » en prospectif et coupes multiplanaires; aspects courts majeurs avec aspect an = (H field = D).

.Ligne et bande intraparenchymateux a point de départ pleurale..Septa interlobaire(Roti ficele-
Pieds de corneille) .Ligne curviligne(Hoshimura)

Mais la séméiologie parenchymateuse chez le sujet et exposé à l'amiante peut aussi comporter des lignes et bandes intra-parenchymateuses qui sont en fait des conséquences des atteintes au départ pleurales. Ainsi en est-il des « pieds de corneille » et des collapsus par étranglement (ou encore « atelectasies rondes »). Elles créent une séméiologie intra-parenchymateuse – linéaire translobulaire ou en « bandes » ou encore en « queue de comète », mais il y a toujours un rapport aux plaques ou aux épaissements pleuraux causaux eux-mêmes stigmates d'épisodes pleuraux précédents (figure 2).

L'ÉTUDE RADIOLOGIQUE

Radiologiquement, la RT simple est très souvent prise à défaut (pseudo-normale) et sa négativité

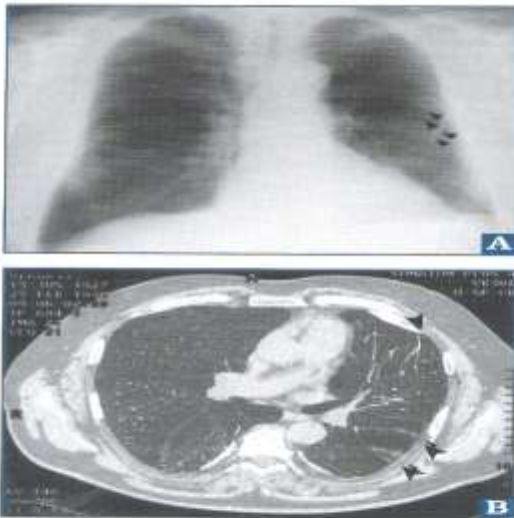


Figure 2 (A-B) : Opacités en bande et lignes trans-lobulaires. La RT et le TDM montrent une opacité linéaire intrapleurale sur les épaissements pleuraux. Hoshimura = « pieds de corneille » : des bandes courbés et étranglés des côtés pleuraux à l'amiante (comme les collapsus par étranglement), mais sans état de rétraction pleurale. Notez aux pleurales rétrécies.

apparente ne suffit pas à écarter un état parenchymateux interstitiel discret lié à l'asbestose. Un profil avec décalage peut montrer une fine réticulation dans les gouttières.

La méthode d'imagerie de référence est la Tomodensitométrie Haute Résolution (TDM-HR). Celle-ci se fait sans produit de contraste avec des coupes millimétriques, avec un algorithme très fort en résolution spatiale et la fenêtre doit être large (1 800 à 2 000 unités Hounsfield de largeur). Comme la topographie des lésions débutantes est basale, sous-pleurale et dans les gouttières costo-vertébrales, il convient de réaliser la TDM-HR en prone. En effet, on évite ainsi les phénomènes de gravité-dépendance dans les gouttières. Ces opacités gravité-dépendantes pourraient cacher les micro-nodules et épaissements septaux discrets. En pro-cubitus, la gravité-dépendance se produit ailleurs dans les territoires ventraux.

La séméiologie constatée est faite de micro-nodules liés à des bronchioles pleines et/ou à des parois épaissies. L'aspect en V ou Y peut être constaté. Cette bronchiole est proche de celle du fumeur radiologiquement. Dans les deux cas, il peut s'ajouter aux micro-nodules quelques zones en verre dépoli et des reticulations pariéto-alvéolaires fines. Mais les sujets exposés à l'amiante peuvent être fumeurs « lourds », la topographie des 2 types de lésions n'est pas la même. La bronchiole responsable du fumeur « lourd » est apicale alors que l'atteinte asbestosique est basale dans les gouttières (figure 3).



Figure 3 : Asbestose parenchymateuse et plaques pleurales chez un sujet ancien, ancien de Corneille. Plaques courbées bien démontrées en TDM-HR. Ligne micro-lobulaire avec décalage par rapport à la ligne de Hoshimura (comme B) (A).

Atteinte interstitielles avec nid d'abeille (Micronodules .Ver depolie. Lignes)

Il s'ajoute à cette séméiologie « bronchiolaire » des signes interstitiels avec épaississement des septas interlobulaires implantés sur la plèvre périphérique à angle droit et donnant l'aspect dit en « rôt ficelé ». A un stade plus évolué, peut apparaître une ligne intra-parenchymateuse dite ligne de Hoshimura. Cette ligne est sous-pleurale et curviligne. Elle a d'abord été décrite dans l'asbestose (Hoshimura). En fait, ce type de ligne se retrouve par ailleurs (poumon sous radiochimiothérapie, sarcoïdose, fibrose...). Elle semble indiquer un stade de gravité du syndrome interstitiel avec effondrement des avant-derniers lobules périphériques.

Enfin, à un stade ultime, la fibreuse reste toujours localisée aux gouttières, mais elle détruit l'architecture lobulaire et apparaît alors l'aspect en « rayon de miel » fait de 1 ou 2 rangées de micronodules de 5 à 10 mm de diamètre, à paroi épaissie. La localisation est toujours la même: localisation sous-pleurale dans les gouttières basales (figure 4). On peut quantifier en TDM-HR ces différentes atteintes. Nous avons proposé un score en 5 niveaux (0 à 4) lors de l'étude d'une cohorte de mineurs retraités exposés à l'amiante (recrue de fours en surface) quarante ans auparavant.

Voici les résultats de cette série pour donner une évaluation de la fréquence de ce type d'atteinte:

Matériels et méthodes

Cent cinquante personnes exposées à l'amiante entre 1948 et 1955, à Carreaux, ont été recensées; 102 ont été évaluées par TDM-HR. La TDM-HR est réalisée en prone, en coupes millimétriques centrées sur les gouttières costo-vertébrales, petit champ, fenêtre large et algorithme haute fréquence. Un score de 0 à 4 est établi sur la présence de signes interstitiels: septas courts, lignes de Hoshimura, verre dépoli, « central dots », bandes parenchymateuses, rayon de miel. La lecture se fait à l'aveugle par 2 lecteurs avec un consensus.

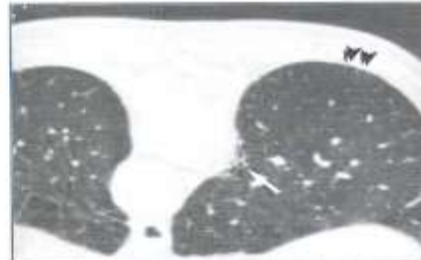


Figure 4 : Asbestose parenchymateuse sans plaque pleurale avec un nid d'abeille, rôtifié de Cornoues implanté massivement à 7 à 30 ans. Micronodules (P) et épaissie de fibres en rayon de miel (r) localisée dans une partie de la gouttière costo-vertébrale.

Résultats

Sur les 102 personnes évaluées: 42 personnes sont indemnes, 2 ont un mésothéliome (dont 1 décès), 58 présentent des plaques pleurales. L'atteinte asbestosique parenchymateuse pulmonaire: 31 cas (30 %) dont 13 cas (12 %) sévères (score 3 et 4). Chez 6 patients, l'atteinte parenchymateuse est présente sans qu'il y ait de plaque pleurale (19 % des cas). On retiendra que l'asbestose parenchymateuse peut être présente sans plaque dans 1 cas sur 5 et que la RT paraissait normale dans plus de 50 % des cas d'atteinte prouvée en TDM-HR.

CONCLUSION

La TDM-HR réalisée et lue de façon méthodique par des centres agréés peut devenir un argument décisif de reconnaissance médico-légale de l'asbestose pulmonaire au niveau du collège des 3 médecins.