

SYNDROME PARIÉTAL

I – Définition

Le syndrome pariétal est l'ensemble des signes radiologiques correspondant à une lésion de la paroi thoracique. Le siège pariétal d'une lésion peut être affirmé :

- s'il existe une lésion osseuse,
- si l'examen clinique découvre une anomalie de la paroi.

II – Rappel anatomique

La paroi thoracique est constituée par des parties molles et des éléments osseux.

a) Les parties molles comprennent, de dehors en dedans :

- la peau, le tissu sous cutané et la graisse,
- les glandes mammaires,
- les muscles et leurs aponévroses,
- le paquet vasculo-nerveux intercostal,
- le fascia endothoracique.

b) Le squelette thoracique comprend :

- le gril costal,
- le sternum,
- le rachis dorsal,
- la ceinture scapulaire, avec les omoplates, clavicules et extrémités supérieures des humérus.

III – Sémiologie radiologique

Le syndrome pariétal est l'ensemble des signes traduisant une lésion soit :

- des parties molles,
- une lésion osseuse,
- les deux à la fois

1°- Lésions des parties molles

Elles peuvent être de trois types :

- augmentation localisée de l'épaisseur des parties molles,
- augmentation, ou diminution étendue de l'épaisseur des parties molles,
- calcification des parties molles.

a) L'augmentation localisée de l'épaisseur des parties molles

C'est le cas le plus fréquent, la lésion présente les caractères suivants :

- c'est une opacité périphérique, de densité hydrique, homogène, qui correspond soit à du tissu, soit à du liquide (pus, sang, œdème, cellules).
- son contour est net et bien limité, lorsque le rayon l'aborde tangentiellement.

Lorsque le rayon n'est pas tangentiel :

- les limites de l'opacité, peuvent être soit floues, soit nettes sur toute la circonférence ce qui permet d'affirmer sa situation périphérique,
- soit flou d'un côté et nettes de l'autre, dans ce cas il faut évoquer une localisation pleurale ou pariétale.
- le raccordement à la paroi se fait en pente douce sur une incidence tangentielle.
- Habituellement, le diamètre horizontal de l'opacité est presque aussi grand que son diamètre vertical, contrairement aux opacités pleurales localisées, où le diamètre vertical est supérieur au diamètre horizontal.
- Le signe du liseré pleural peu connu mais pathognomonique, traduit le refoulement de la graisse située sur la face externe du feuillet pariétal. Lorsque l'opacité pariétale se développe vers le poumon et quelle est vue tangentiellement, elle est parfois doublée d'un liseré opaque, séparé de la masse par un halo plus clair de un ou deux millimètres d'épaisseur. Le halo clair correspond à la graisse située entre le fascia endothoracique et la plèvre ; la ligne opaque traduit le refoulement des deux feuillet pleuraux.
- En scolie, l'opacité pariétale est solidaire des mouvements du gril costal.
- Enfin, un caractère négatif important : une lésion pariétale pure, isolée, ne s'accompagne pas de signes pleuraux.

b) L'augmentation ou diminution étendues de l'épaisseur des parties molles

Elles posent peu de problèmes diagnostiques et se traduisent sur un cliché :

- soit par une opacité diffuse d'un hémithorax ;
- soit par une hyperclarté étendue.

Mais il n'existe ni anomalie pleurale ni modification de la vascularisation pulmonaire. Cette asymétrie de transparence s'apprécie par comparaison des deux hémithorax, et l'examen clinique permet de rattacher l'anomalie à une cause pariétale évidente.

Calcifications des parties molles

Elles sont facilement repérables sur un cliché par leur densité particulière. On les rattache aisément aux parties molles lorsqu'elles sont visibles en dehors du gril costal, mais elles peuvent se projeter sur le poumon ; des incidences complémentaires permettent alors de faire la preuve de leur siège extrapleurale.

Elles traduisent :

- soit une nécrose tissulaire (adénopathie ou parasite nécrosé) ;
- soit une hémorragie ancienne (hématome, séquelle d'injection) ;
- soit enfin, des calcifications chondro-costales normales, d'orientation et de siège caractéristiques.

2° - Lésions osseuses

Leur présence affirme la localisation pariétale du processus pathologique. Elles siègent le plus souvent sur une côte, mais intéressent tous les autres constituants du thorax osseux (sternum, ceinture scapulaire, rachis dorsal).

Elles sont le plus souvent ostéolytiques, mais parfois de type productif

a) Les lésions ostéolytiques se traduisent par :

- une décalcification diffuse ou localisée ;
- une disparition d'un segment de côte ;

- une lyse débutante ;
- une ou plusieurs lacunes ;
- une fracture pathologique ;
- enfin, une érosion costale à type d'encoche.

b) Les lésions productives :

- modifient la forme de l'os ;
- soufflent les corticales ;
- refoulent les parties molles.

IV- Etiologies

1° - Lésions des parties molles

a) Externes :

- papillomes,
- molluscum pendulum,
- lipomes,
- neurinome en bissac.

b) Internes :

- fibromes,
- lipomes,
- présence de tissu cellulo-adipeux dans les agénésies lobaires ou pulmonaires,
- tumeurs neurogènes.

2°- Lésions osseuses

a) Tumeurs

- Malignes :
 - métastases (poumon, sein, rein, thyroïde, etc.),
 - myélomes,
 - Hodgkin,
 - Chondrosarcomes,
 - Sarcome d'Ewing,
 - Sarcome ostéogénique.
- Bénignes :
 - hémangiome costal,
 - chondrome,
 - granulome éosinophile,
 - dysplasie fibreuse,
 - kyste anévrisimal, fibrochondroinyxome. tumeur à myéloplaxe, ostéome, ostéoblastome, exostose,
 - hyperparathyroïdie.

b) Infections :

- ostéite tuberculeuse,
- ostéite à germes banals,
- mycose et échinococcose.

3°- Traumatismes

a) Accidentels :

- fractures de cotes
- hématome,
- cals.

b) Iatrogènes :

- fractures de cotes après massage cardiaque,
- hématomes après ponction,
- pneumothorax extrapleurale,
- séquelles de chirurgie thoracique.