

Les Syndromes de Condensation Pulmonaire

Pr M.HADJADJ-AOUL

Faculté de médecine de Tlemcen

I. Généralités, définitions

- Les syndromes de condensation pulmonaire regroupent un ensemble des signes observés quand existe une condensation du parenchyme pulmonaire du fait de la présence de produits pathologiques au sein des alvéoles (remplissage ou comblement alvéolaire) ou d'une obstruction bronchique (collapsus alvéolaire). Son origine la plus fréquente est infectieuse (bactérienne ou virale), mais il peut également être d'origine vasculaire (infarctus pulmonaire) ou tumorale (de façon directe du fait de la masse, ou indirecte par atelectasie).
- Les condensations parenchymateuses peuvent être : systématisées (occupant la totalité d'un poumon, d'un lobe ou d'un segment sans le dépasser), ou non systématisées (ne respectent pas les limites des lobes ou des segments) ; rétractées (s'accompagnent d'une diminution de volume du territoire pulmonaire atteint) ou non rétractées (le territoire garde son volume initial).

1 – Les condensations pulmonaires systématisées non rétractées

Elles peuvent intéresser : un ou plusieurs segments, un ou plusieurs lobes, un poumon tout entier

1.1. Signes généraux

Ils sont présents ou absents selon l'étiologie, par exemple syndrome infectieux avec fièvre et frissons.

1.2. Signes fonctionnels

Ils dépendent de l'étiologie, la toux étant le symptôme le plus constant. En cas de pneumopathie à pneumocoque : herpès labial, douleur à type de point de coté, dyspnée à type de polypnée superficielle, toux d'abord sèche puis crachats rouillés

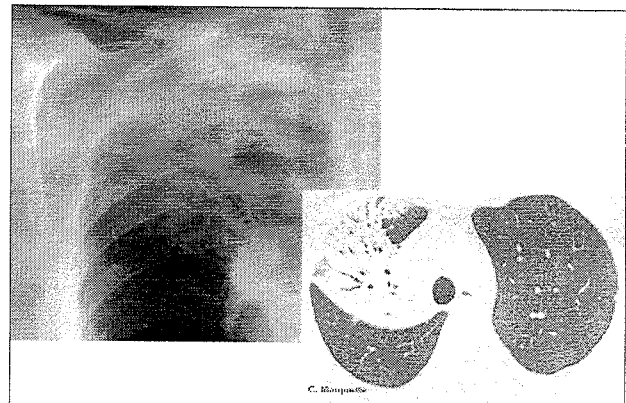
1.3. Signes physiques

L'examen clinique doit toujours être conduit en comparant la zone pathologique aux autres zones saines et au poumon controlatéral.

La palpation retrouve une augmentation de la transmission des vibrations vocales plus ou moins patente selon l'étendue de la zone de condensation pulmonaire. A la percussion il existe une matité, moins franche que dans les épanchements liquidiens, ne se déplaçant pas avec la position du malade. A l'auscultation on retrouve une abolition du murmure vésiculaire dans la zone de condensation parenchymateuse ; des rales crépitants de tonalité haute survenant en fin d'inspiration profonde, en foyer autour du souffle tubaire quand il existe. Le souffle tubaire (transmission anormale du bruit trachéo-bronchique), a un timbre creux et rude, perçu aux 2 temps mais prédomine à l'inspiration, présent au centre du foyer et traduisant une condensation massive du parenchyme.

1.4. Signes radiologiques

Seule la radiographie pulmonaire permet de faire le diagnostic d'opacité pulmonaire systématisée non rétractée. L'examen clinique ne peut aboutir qu'au diagnostic de condensation pulmonaire mais ne peut affirmer ni la systématisation, ni l'absence de rétraction.



L'opacité est le plus souvent triangulaire à sommet hilair, les bords du triangle étant rectilignes. Le volume occupé par le segment, le lobe ou le poumon atteint est normal, il n'y a pas de réduction volumétrique. L'existence d'un bronchogramme aérien est un très bon élément pour confirmer l'origine parenchymateuse de cette condensation contrastant avec l'intégrité de l'arbre bronchique qui apparaît en négatif dans l'opacité du parenchyme pulmonaire condensé.

Si la condensation est d'origine vasculaire (infarctus pulmonaire), il existe fort peu de signes à l'auscultation. A la radiographie l'opacité est périphérique, conique à sommet hilair et à base pleurale.

2 – Condensations pulmonaires systématisées rétractées.

Elles sont le plus souvent d'origine bronchique et liées à une obstruction des bronches de gros diamètre, plus rarement de bronches périphériques. Le parenchyme sous-jacent qui n'est plus aéré est le siège d'une rétraction : C'est une atélectasie avec réduction du volume pulmonaire du territoire atteint. Selon la topographie on parlera d'atélectasie segmentaire, plurisegmentaire, lobaire ou pulmonaire.

2.1. Signes cliniques

Les signes généraux et les signes fonctionnels sont le plus souvent présents mais variables selon l'étiologie et l'état du parenchyme pulmonaire. A l'inspection : rien de particulier. Si l'atélectasie intéresse un territoire pulmonaire important ; il peut alors exister une rétraction de la cage thoracique, avec immobilité en regard de la zone intéressée. A la palpation il existe une augmentation des vibrations vocales généralement nette ; à la percussion une matité plus franche. A l'auscultation il existe une diminution ou disparition du murmure vésiculaire ; il n'y a pas de crépitations. Le souffle tubaire est très inconstant.

2.1. Signes radiologiques

La radiographie permet de confirmer ce diagnostic : Il existe une réduction de volume du territoire atteint. L'opacité est systématisée à limites nettes, le plus souvent triangulaire à sommet hilair mais dont les bords sont convexes vers le centre de l'opacité, sans bronchogramme.

La forme de l'opacité varie selon le territoire siège de l'atélectasie (différences entre l'opacité triangulaire de l'atélectasie LIG et l'opacité périhilair de l'atélectasie LSG).

L'opacité peut n'être visible que sur les incidences de profil.

Les très nombreux signes indirects sont la conséquence de la diminution de volume du parenchyme atteint

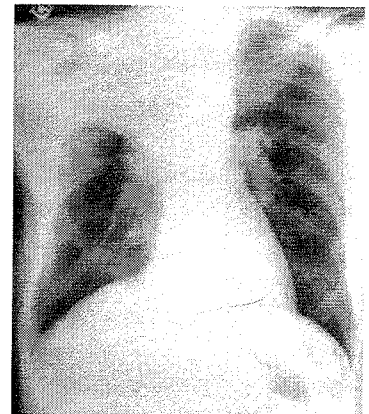
- déplacement de la limite scissurale qui devient concave vers le parenchyme sain
- attraction de diverses structures (hile, cœur, trachée)
- ascension de la coupole diaphragmatique rétraction de l'hémithorax
- Il s'y associe parfois une hyperinflation compensatrice des territoires adjacents.

La confrontation des incidences de face et de profil permet de systématiser l'atélectasie.

Le scanner précise le siège de l'obstruction bronchique : endoluminale, murale ou extrinsèque et recherche une cause : corps étranger, tumeur,...

La distinction entre les condensations pulmonaires rétractées et non rétractées est essentielle car elles répondent à des causes et à des traitements différents. Il est fréquent que seule la radiographie permette cette distinction, les signes cliniques pouvant être identiques.

Exemple d'atélectasie lobaire supérieure droite.



3 – Les condensations pulmonaires non systématisées

Les signes fonctionnels sont le plus souvent plus bruyants. La dyspnée, d'effort ou de repos, est le plus souvent présente, ainsi que la toux.

Les signes d'examen clinique sont identiques à ceux des autres condensations pulmonaires non rétractiles, mais plus diffus. Les crépitations dominent le tableau clinique. La radiographie pourra seule confirmer ce diagnostic en montrant des opacités pulmonaires denses, diffuses et mal limitées.