

=====

=====

SCANNER THORACIQUE

Cet examen est réalisé au décours de crachats hémoptoïques.

Antécédent de dilatation des bronches et de foyers infectieux décrits le 7 Mars 2020.

On réalise une hélice thoracique sans injection de produit de contraste.

En fenêtre médiastinale : Il n'y a pas d'adénomégalie médiastinale ou hilare.

Il n'y a pas d'épanchement pleural ou péricardique.

En fenêtre parenchymateuse :

À droite : Stabilité de la dilatation des bronches et des impactions endo-bronchiques focalement calcifiées lobaires moyennes.

Stabilité des impactions endo-bronchiques diffuses et des nodules bronchiolaires de la pyramide basale.

Apparition d'une condensation parenchymateuse para-cardiaque et latéro-basale lobaire inférieure.

Régression d'une condensation sous-pleurale triangulaire latéro-basale et apparition d'une autre zone de condensation plus antérieure.

Les plages en verre dépoli associées à des nodules bronchiolaires ne sont pas d'origine virale.

À gauche : Majoration de plages en verre dépoli au contact d'impactions endo-bronchiques du segment apical du lobe inférieur.

Régression partielle de nodules bronchiolaires de la périphérie de la pyramide basale et apparition d'une condensation sous-pleurale linguale.

En conclusion : stabilité morphologique de la Dilatation des bronches et des impactions endo-bronchiques précédemment décrites.

Apparition de condensations parenchymateuses latéro-basales et médio-basales lobaires inférieures

droites et d'une condensation triangulaire sous-pleurale linguale.

Ces anomalies infectieuses n'évoquent pas une pneumopathie virale de type COVID-19.

=====  
=====  
Merci de nous avoir adressé votre patient pour recherche de foyer infectieux thoracique et des sinus de la face.

Sinus de la face :

On réalise une hélice centrée sur la base du crâne et sur les sinus de la face sans injection de produit de contraste.

Il n'y a aucune anomalie de ventilation et de pneumatisation des sinus de la face.

Il n'y a aucun foyer infectieux.

On notera une discrète alvéolyse périapicale dentaire de la 26.

Concernant les fosses nasales : Le septum est latérodévié vers la droite.

La muqueuse des cornets est irrégulière, d'aspect inflammatoire, polypoïde.

Thorax :

En fenêtre médiastinale : Il n'y a pas d'adénomégalie médiastinale ou hilare.

Il n'y a pas d'épanchement pleural ou

péricardique.

En fenêtre parenchymateuse : La dilatation des bronches cylindriques est peu marquée mais diffuse.

Les épaissements sous-pleuraux fibreux des deux apex sont cicatriciels.

Impactions endobronchiques et broncholithiases lobaires moyennes associées à des condensations parenchymateuses de

densité mixte essentiellement en verre dépoli.

Plages en verre dépoli systématisées périphériques en aval d'impactions

endobronchiques latéro et postérobasales de la

pyramide basale droite.

Nodules bronchiolaires de faible densité diffus de la périphérie de la

pyramide basale gauche.

En fenêtre osseuse :

Tassement vertébral d'aspect ostéoporotique du plateau supérieur de L1

engendrant une perte de hauteur vertébrale de

50%.

En conclusion, on retiendra une dilatation des bronches cylindrique diffuse associée à des impactions

endobronchiques des deux lobes inférieurs, du lobe moyen et à des

condensations infectieuses lobaires moyennes et de

la pyramide basale droite. Les micronodules bronchiolaires et de la pyramide

basale gauche sont même origine.

ABPA ? surinfection à mycobactéries atypiques ?