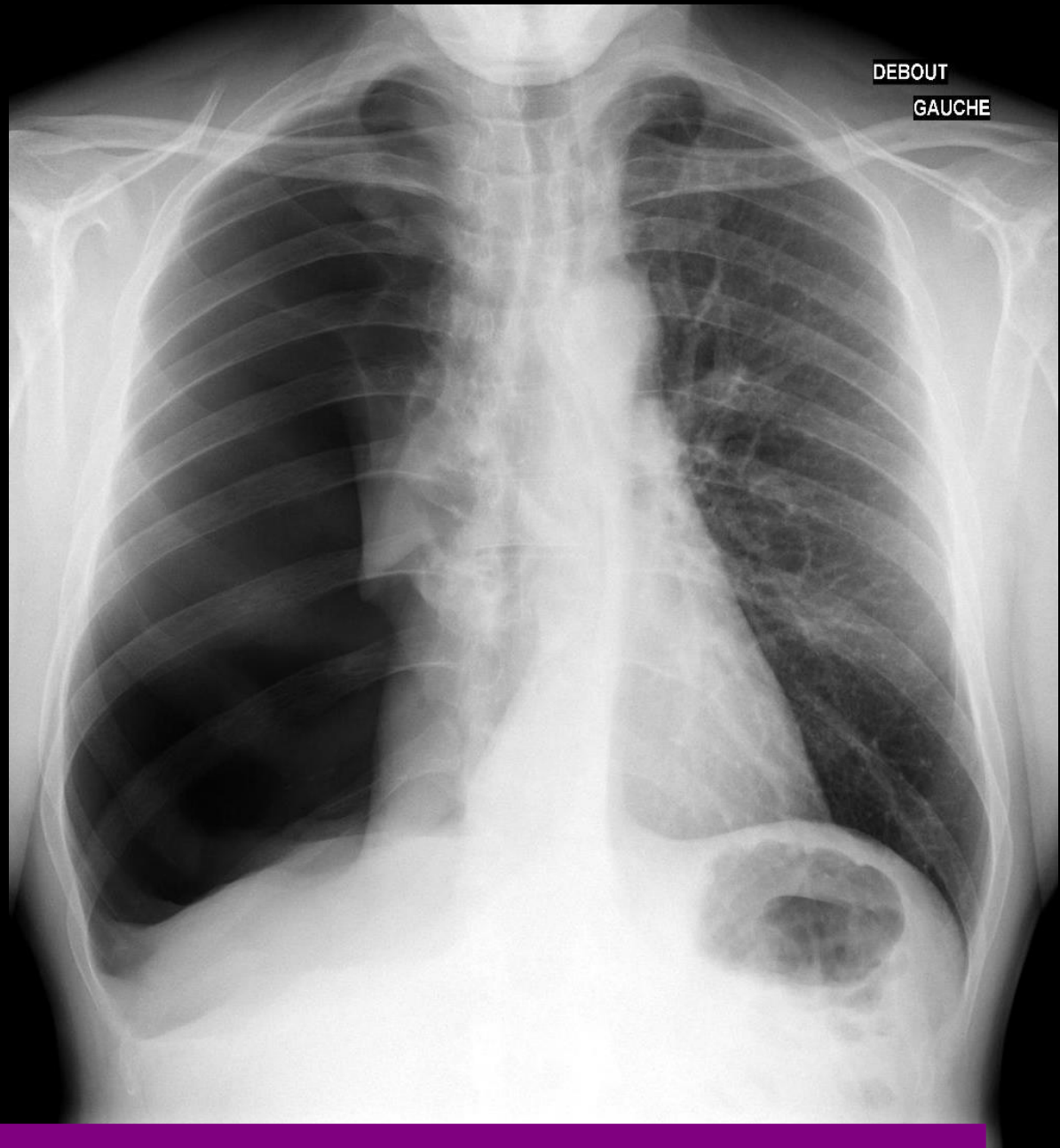


homme de 41 ans, fumeur,
présente un pneumothorax total
de la grande cavité droite

noter le **caractère compressif
de pneumothorax** qui se traduit
par le refoulement du médiastin
vers la gauche, l'augmentation
de hauteur et de largeur de
l'hémi thorax droit ,
l'aplatissement de l'hémi-
coupole diaphragmatique et
l'élargissement des espaces
intercostaux

avec le "signe du sinus costo-
phrénique latéral profond "

""**deep sulcus sign** ""



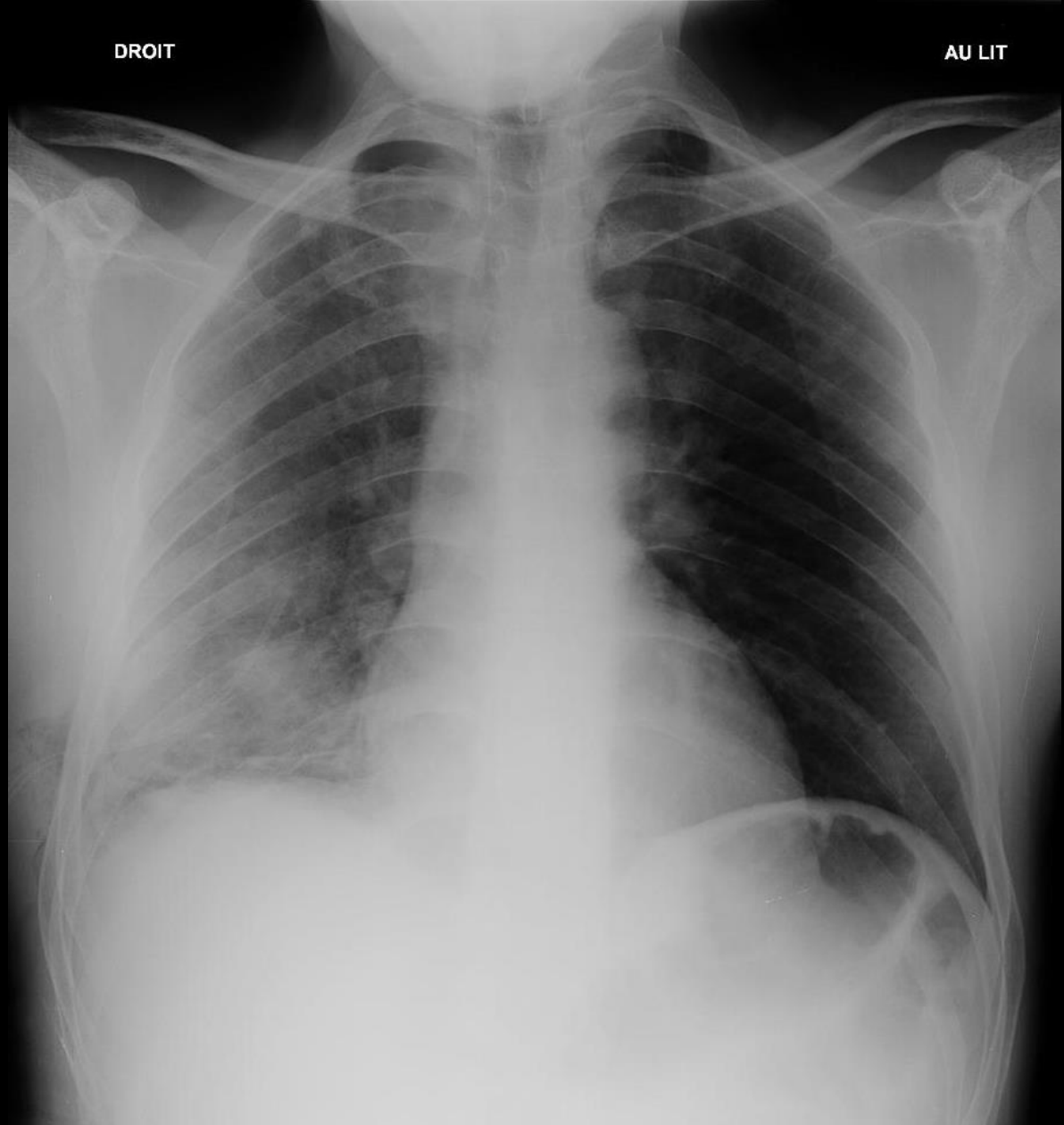
obs.: Yves Ranchoup Groupe radiologique du Mail Grenoble"

après drainage par voie classique, le cliché de thorax montre un défaut d'expansion du poumon qui est le siège d'une opacité hétérogène à type de comblement alvéolaire, non systématisé unilatéral, sans réaction pleurale évidente associée;

Le retentissement clinique est modeste et dans l'ensemble la pathologie est bien supportée :

dyspnée modérée ;

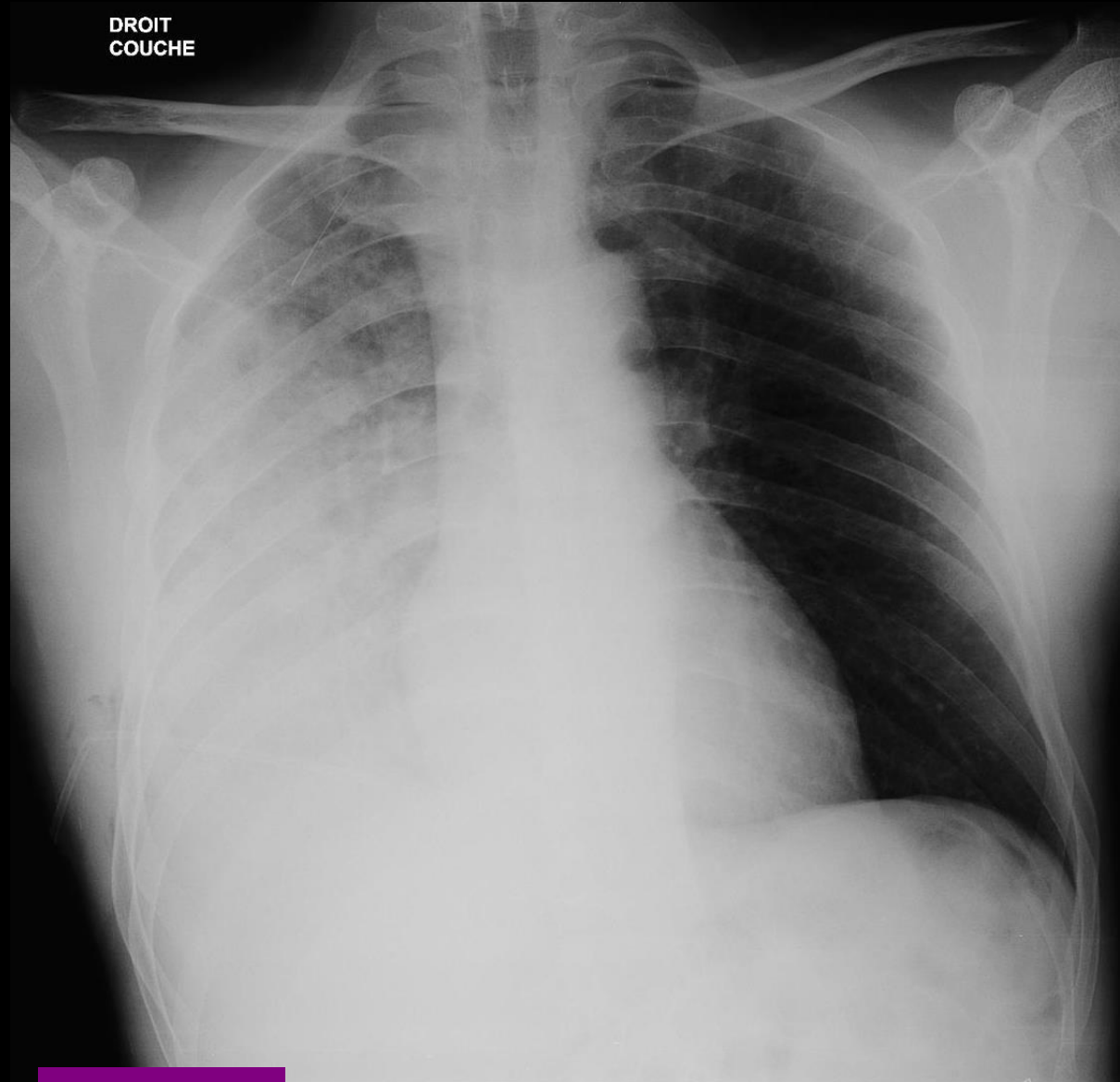
retentissement minime sur l'hématose



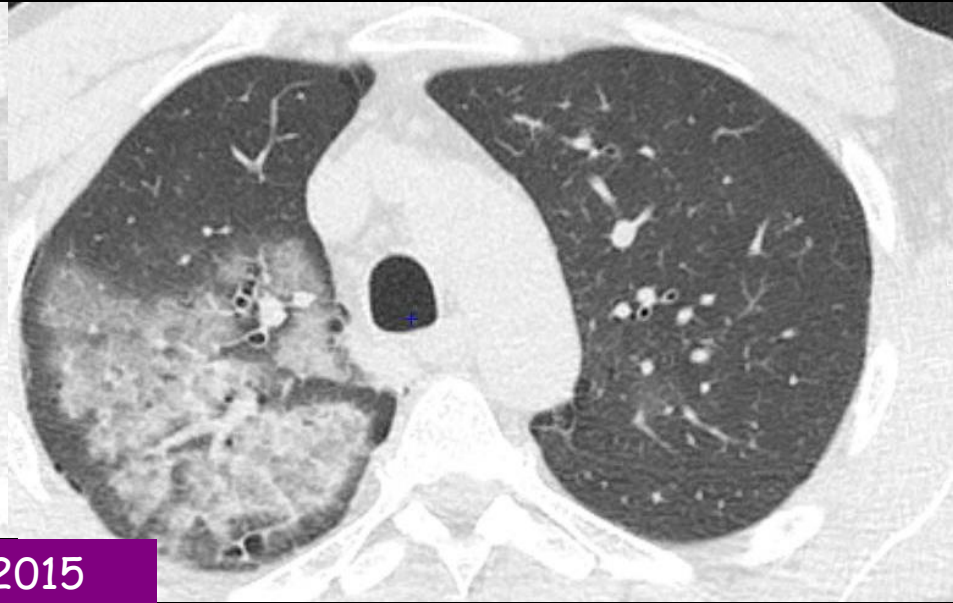
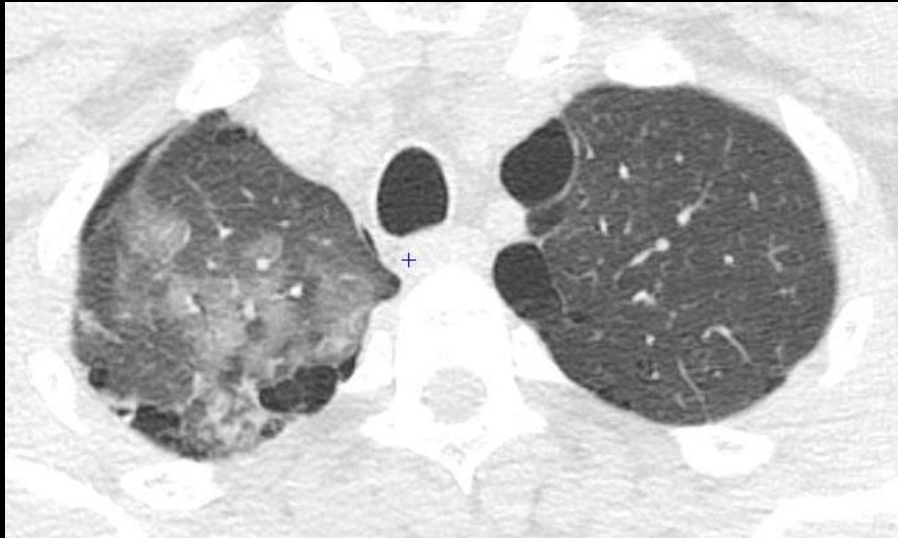
14/6/2015

devant l'absence
d'amélioration des images
radiologiques puisque le
comblement alvéolaire avec
bronchogramme aérique
n'épargne plus que de façon
relative une partie du lobe
supérieur droit;

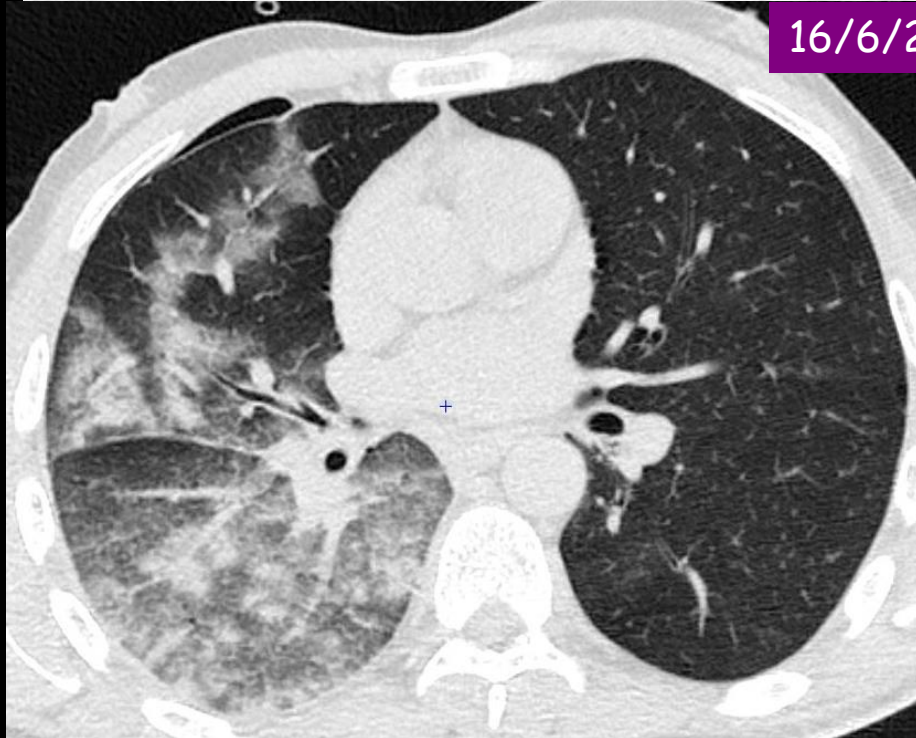
Un scanner est donc décidé



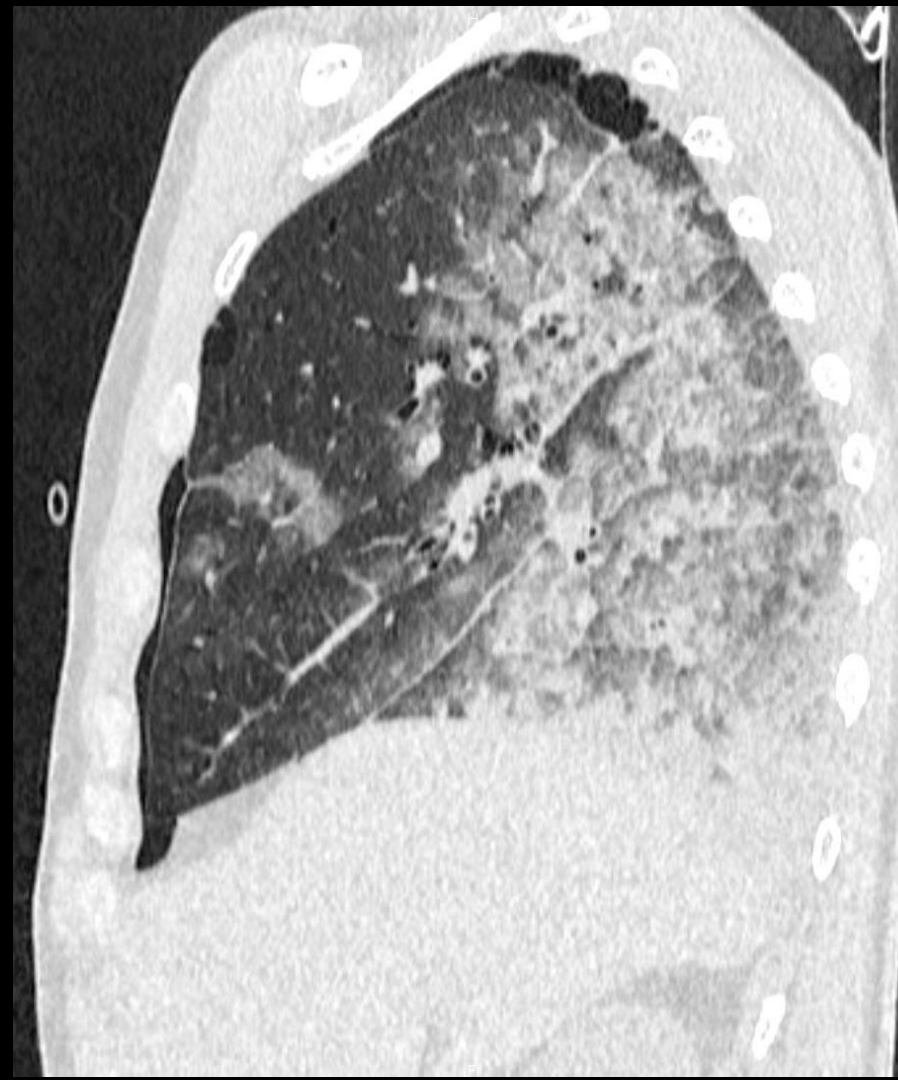
15/6/2015

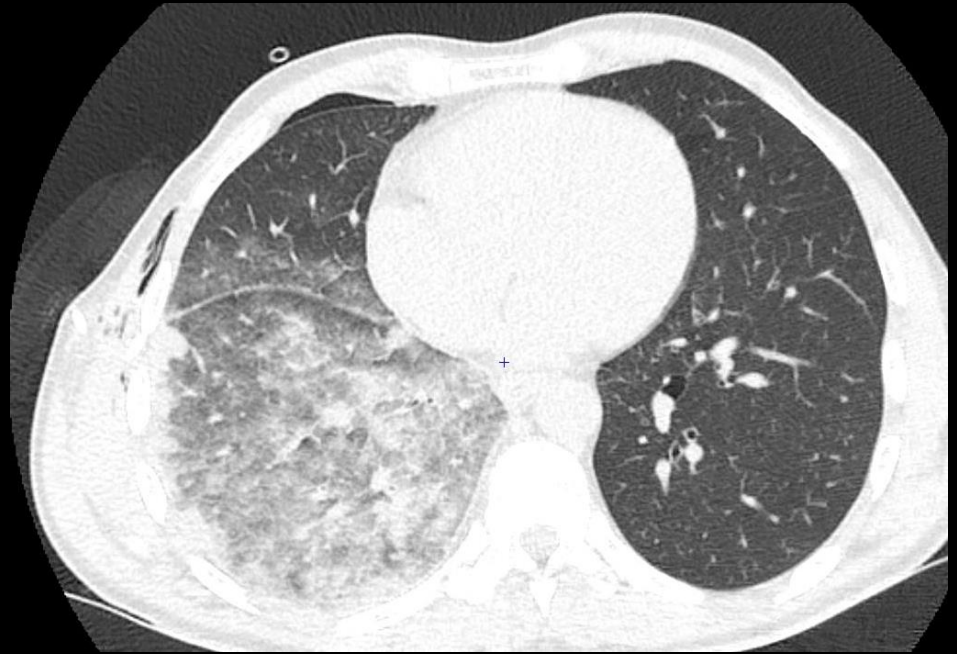
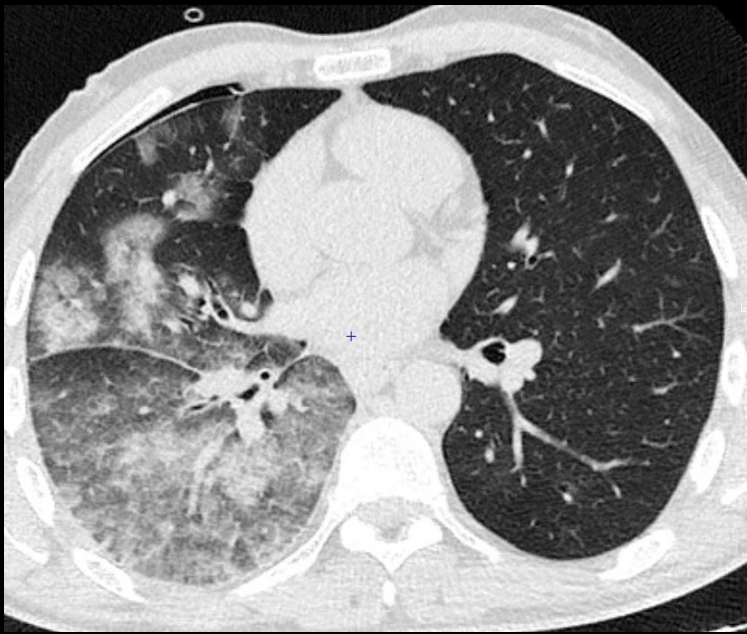


16/6/2015



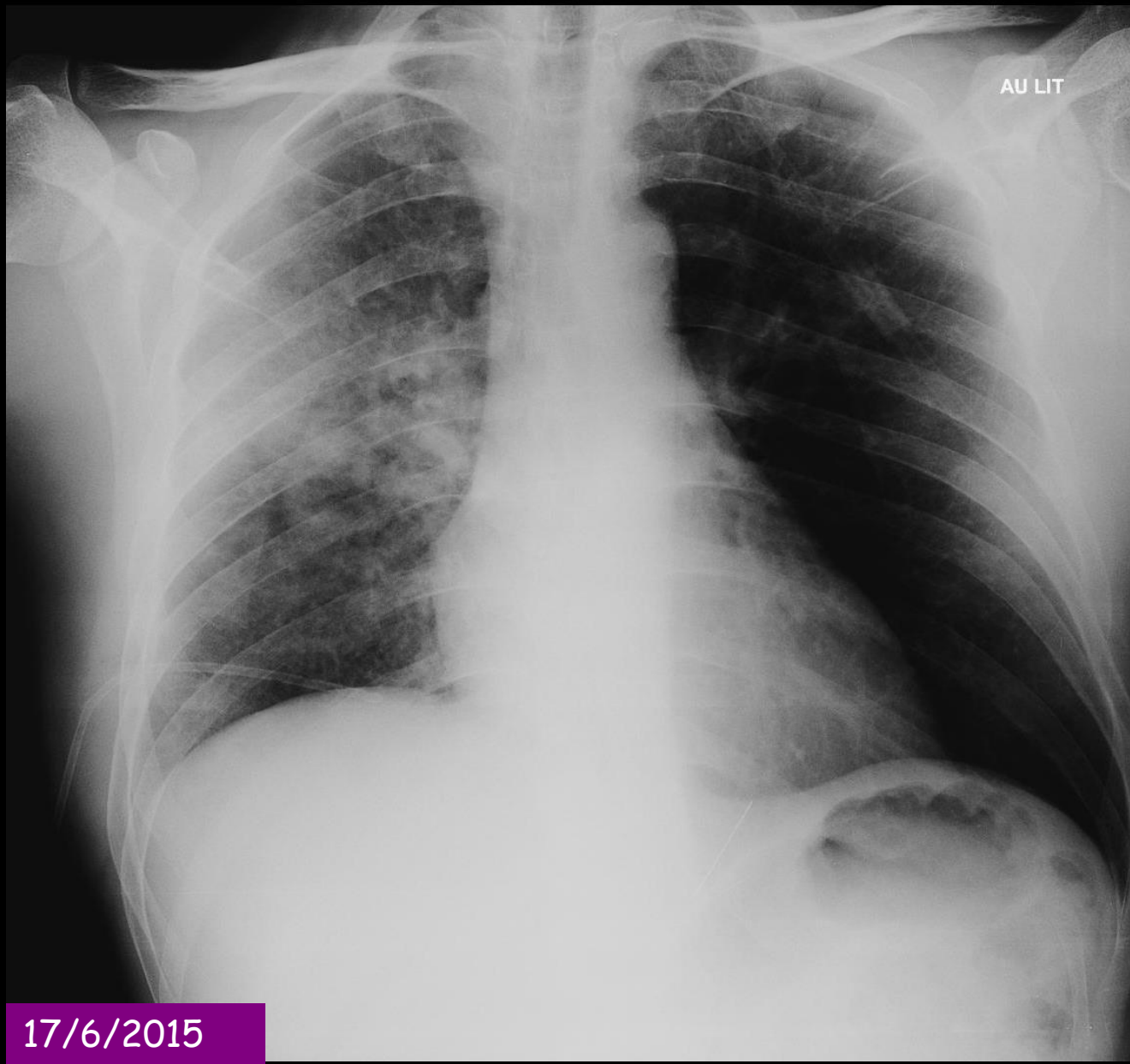
il confirme la présence de **plages de verre dépoli parsemées de condensation parenchymateuse "en taches"**, sans réticulation septale, à prédominance basale et postérieure, n'épargnant que les segments antérieurs du LSD et de la lingula ; présence **d'images d'emphysème paraseptal (bulles sous pleurales) et centrolobulaire**



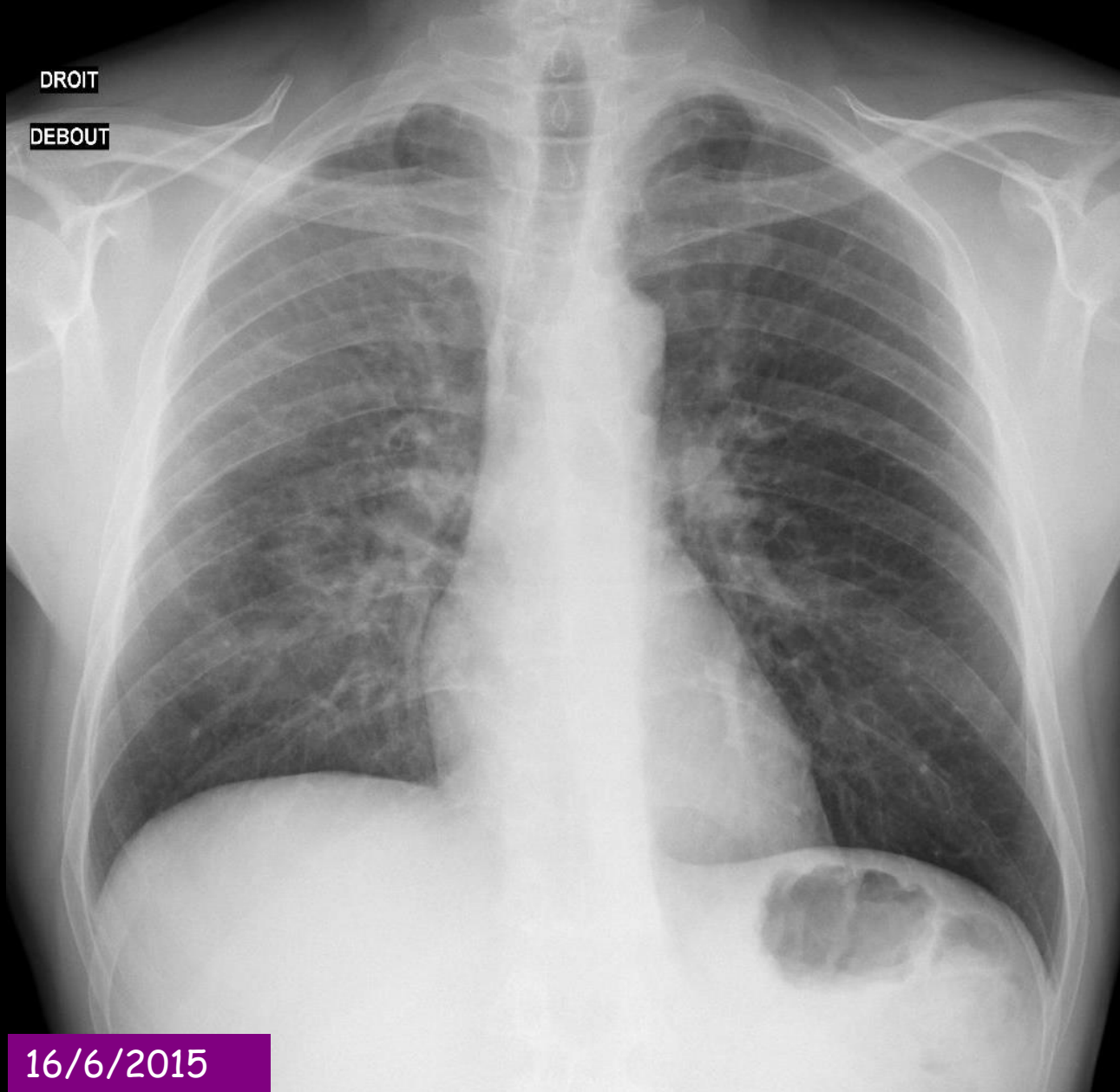


le diagnostic est bien sur celui

d'œdème pulmonaire "a
vacuo" ou œdème pulmonaire
de ré-expansion



l'évolution résolutive amène un retour à la normale en 3 jours



l'œdème pulmonaire "a vacuo" ou œdème de ré-expansion

l'œdème pulmonaire a vacuo ou **œdème de ré-expansion** est une complication rare ,touchant le plus souvent le poumon du coté drainé, mais qui peut être bilatéral ou contro latéral. C'est une complication de la ré-expansion du parenchyme pulmonaire après un collapsus., que celui-ci soit en relation avec un épanchement liquide ou un épanchement gazeux de la plèvre.

les **formes bilatérales** d'œdème de ré-expansion après drainage d'un pneumothorax traumatique sont les plus difficiles à diagnostiquer car il faut les distinguer des oedèmes pulmonaires cardiogéniques ,des contusions, des infections...

la physiopathologie est incertaine. .

à côté des **facteurs mécaniques** (:surtout évoqués dans les formes observées sous anesthésie générale, le plus souvent en chirurgie O.R.L et cardio-thoracique.)

- augmentation du retour veineux conséquence d'une dépression intra thoracique importante et brutale
- défaillance systolo-diastolique du ventricule gauche
- élévation de la pression transmurale
- altération de la barrière alvéolo capillaire

l'élévation **des taux sériques de cytokines pro- inflammatoires** (interleukine 8 et leucotriène 4) ainsi que celle des protéines d'attraction des monocytes sont souvent cités comme éléments déterminants du déclenchement de l'œdème pulmonaire de ré-expansion .Ce sont les lésions alvéolaires engendrées par le collapsus qui seraient à l'origine de ces manifestations inflammatoires

les facteurs de risque de survenue d'un œdème de ré-expansion sont :

.pendant ou au décours d' anesthésies en particulier lors de la chirurgie O.R.L et cardio-thoraciques

le jeune âge du patient,

les sujets sportifs

les enfants

-après drainage d'un épanchement liquide ou gazeux de la plèvre :

. la durée

. l'importance du collapsus pulmonaire

.la rapidité de la ré-expansion du poumon après drainage

paraissent favoriser la survenue d'un œdème a vacuo

le pronostic est bon sous traitement mais la mortalité spontanée a pu être évaluée à 15-20 %.,

La ré-expansion du poumon collabé doit être progressive, d'autant plus que le collapsus est ancien et quelle que soit la nature de l' épanchement qui l'a provoqué.

Le traitement curatif repose essentiellement sur l'oxygénothérapie et la diminution des pressions d'aspiration pleurale.

Les diurétiques, la ventilation mécanique, les traitements inotropes cardiaques et les corticoïdes peuvent s'avérer nécessaires

Le meilleur traitement reste la prévention

au total

-même si sa physiopathologie reste discutée, l'œdème pulmonaire de ré-expansion est une complication redoutable du traitement des épanchements pleuraux liquidiens ou gazeux entraînant un collapsus pulmonaire .

-un assez grand nombre des patients reste asymptomatique mais cette pathologie reste grave puisqu'elle entraîne des décès dans 15 à 20 % des cas

-le risque de voir se développer un œdème pulmonaire de ré- expansion est plus important en cas de pneumothorax ou d'épanchement pleural liquide volumineux avec atélectasie durable, notamment chez les patients porteurs d'une fibrose pulmonaire

-l'imagerie identifie facilement les lésions uni ou bilatérales d'œdème pulmonaire lésionnel , sans modification notable du volume du cœur