

La radiographie thoracique dans un contexte infectieux

Dre CATHERINE BEIGELMAN-AUBRY³

Rev Med Suisse 2022; 18: 826 | DOI : 10.53738/REVMED.2022.18.779.826

La radiographie thoracique conserve actuellement un rôle de premier plan dans un contexte infectieux à plusieurs titres. Cette modalité d'imagerie, peu irradiante, est en effet volontiers effectuée en première intention dans un contexte de symptomatologie respiratoire basse et fébrile, quel que soit le statut d'immunocompétence ou d'immunodéficience. À ce titre, il s'agit de l'imagerie initiale habituellement effectuée pour un dépistage de Covid dans nombre d'institutions, en Suisse en particulier. Il s'agit également d'un examen d'imagerie de base en soins intensifs. Son intérêt est de fournir une référence, déterminer l'extension du processus infectieux, détecter les complications, exclure les diagnostics alternatifs, envisager des affections associées et permettre un suivi évolutif selon les thérapeutiques instituées.

Une connaissance des lésions élémentaires est requise et peut orienter le diagnostic. Les aspects rencontrés au niveau du parenchyme pulmonaire sont variables: condensation alvéolaire uni ou plurifocale, opacités en verre dépoli plus ou moins étendues, opacités réticulaires, nodules, micronodules, lésions cavitaires, avec niveau hydroaérique ou autre contenu, ces anomalies étant volontiers associées. Les caractéristiques morphologiques et topographiques doivent être précisées: une micronodulation aléatoire à prédominance basale dans le cadre d'une miliaire tuberculeuse hémotogène sera différenciée d'une atteinte bronchogène, plurifocale avec micronodulation de contours flous et éventuel aspect d'arbre en bourgeons, un aspect de rosette acinaire pouvant également être objectivé dans le cadre d'une tuberculose de réactivation.

Dans tous les cas, le contexte anamnestique, clinique et les données biologiques doivent systématiquement être intégrés au diagnostic proposé en première intention: ainsi, si des opacités en verre dépoli prédominant en regard des plages supérieures et en périhilaire suggèrent classiquement une infection à *Pneumocystis jirovecii* chez un sujet VIH, dans le contexte de la pandémie actuelle, des infiltrats à type d'opacités en verre dépoli ou de condensations alvéolaires sous-pleurales et basales évoquent une infection à SARS-CoV-2. Autre exemple, des nodules excavés périphériques dans un contexte fébrile avec bactériémie évoquent d'emblée des embolies septiques.

L'interprétation peut être délicate chez un sujet en décubitus. En particulier, un épanchement pleural avec comblement du cul-de-sac costo-diaphragmatique et/ou avec ligne de Damoiseau sur un cliché debout se présentera sous forme d'une

opacité homogène se projetant sur l'ensemble de la plage pulmonaire sur un cliché en décubitus. Un épanchement pleural loculé, ou avec composante intrascissurale, sera également suspecté ou reconnu, l'incidence de profil pouvant être utile dans ce cadre. De surcroît, au contact de condensations alvéolaires, dans un contexte infectieux, la possibilité d'un empyème devra être évoquée. Dans le même cadre, l'apparition d'un niveau hydro-aérique devra faire éliminer une fistule bronchopleurale. Les gestes effectués de type antériorité de ponction ou drainage devront toujours être pris en considération lors de l'interprétation. En outre, un nouvel épaississement pleural au contact d'une cavité apicale devra quant à lui faire rechercher une surinfection aspergillaire dans le cadre d'une aspergillose chronique cavitaire.

L'analyse du médiastin, des hiles et des autres compartiments tels que la paroi thoracique doit être systématique, à la recherche en particulier d'une atteinte osseuse adjacente. Une lésion associée telle qu'une séquestration en basal gauche ou une anomalie responsable d'une surinfection en distalité doivent être également recherchées.

Dans des situations délicates telles qu'un patient atteint de mucoviscidose avec suspicion de surinfection, la complexité potentielle de l'analyse du fait des lésions préexistantes peut bénéficier d'un scanner ultrabasse dose, dont la dose d'irradiation est voisine de celle d'une radiographie de face et de profil. D'une façon générale, la vérification d'une restitution ad integrum est recommandée, toute situation avec discordance radioclinique, ou trop imprécise, ou évoquant la possibilité d'alternatives diagnostiques requérant un scanner thoracique.

Conflits d'intérêts: L'auteure n'a déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

- Beigelman C, Chartrand-Le-fevre C, Jouveshomme S, Brauner M. Thoracic Infections in Immunocompetent Patients. The Contribution of Computed Tomography. Rev Mal Respir 1998;15:151-7.
- Franquet T, Chung JH. Imaging of Pulmonary Infection. In: Hodler J, Kubik-Huch RA, von Schulthess GK. Diseases of the Chest, Breast, Heart and Vessels 2019-2022: Diagnostic and Interventional Imaging. Cham: Springer, 2019. DOI : 10.1007/978-3-030-11149-6.
- Franquet T. Imaging of Community-Acquired Pneumonia. J Thorac

- Imaging 2018;33:282-94. DOI : 10.1097/RTI.0000000000000347.
- Guarnera A, Podda P, Santini E, Paolantonio P, Laghi A. Differential Diagnoses of COVID-19 Pneumonia: The Current Challenge for the Radiologist—a Pictorial Essay. Insights Imaging 2021;12:34. DOI : 10.1186/s13244-021-00967-x.
- Velissaris D, Lagadinou M, Paraskevas T, et al. Evaluation of Admission Chest X-Ray Findings in Patients with Respiratory Infection During the COVID-19 Pandemic. Cureus 2021;13: e18114. DOI : 10.7759/cureus.18114.

³Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle, Centre hospitalier universitaire vaudois, 1011 Lausanne
catherine.beigelman-aubry@chuv.ch