

Atténuation en mosaïque: profil étiologique

Belkziz O., El Khattabi W., Msika S., Bamha H., Bougteb N., Arfaoui H., Jabri H., Afif MH.

Service des maladies respiratoires, Hôpital 20 Aôut 1953, CHU Ibn Rochd, Casablanca (Maroc).

INTRODUCTION

Verre dépoli en mosaïque et perfusion en mosaïque se traduisent par des hétérogénéités de densité au sein du parenchyme pulmonaire. Ces deux entités ont des valeurs diagnostiques tout à fait différentes. La différence sémiologique essentielle entre les deux aspects est basée sur l'analyse de la taille et la profusion des vaisseaux pulmonaires.

OBJECTIFS

Déterminer le profil étiologique de l'aspect scannographique du poumon en mosaïque

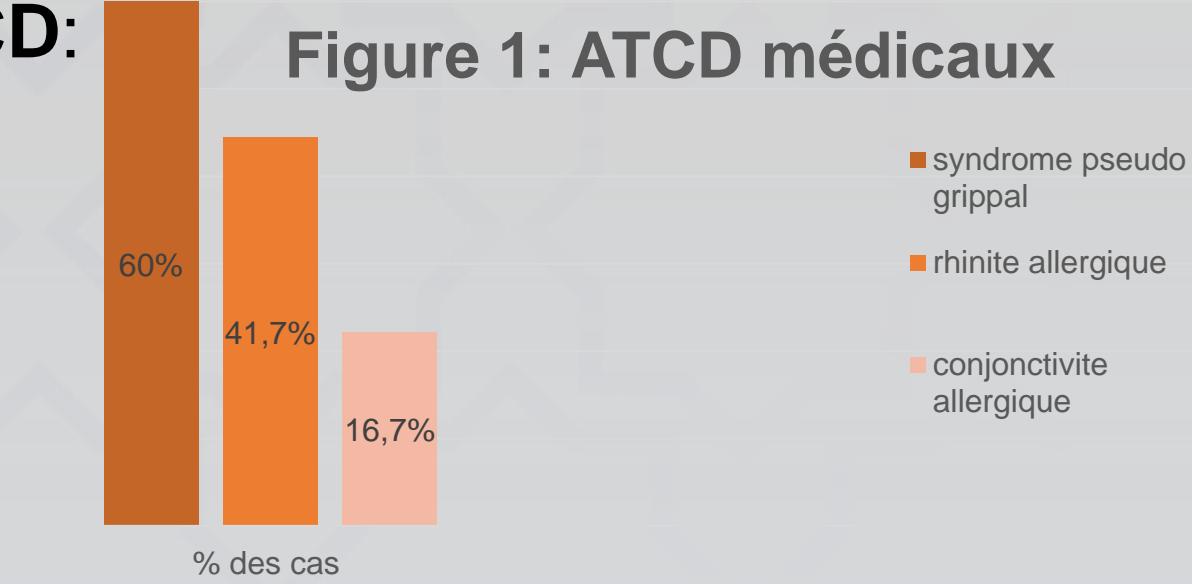
MATERIELS ET METHODES

Étude rétrospective portant sur 12 cas de poumon en mosaïque colligés au service des maladies respiratoires de l'hôpital 20 aout de Casablanca sur une période allant de novembre 2021 à novembre 2025

RESULTATS

La moyenne d'âge était de 59 ans , avec une prédominance féminine de 75% L'exposition au pigeons a été retrouvée dans 58,3% des cas , au perruches (25% des cas), le tabagisme passif et actif dans 16,7 % des cas.

ATCD:



Symptomatologie clinique:

- Toux sèche et dyspnée: 75% des cas chacune
- Douleur thoracique: 33,3 % des cas
- Symptomatologie extra thoracique: 58,3% des cas

Examen clinique:

- Saturation > à 90% en AA: 75% des cas
 - Examen pleuro pulmonaire normal: 58,3% des cas

TDM thoracique haute résolution en inspiration-expiration:

100% des cas

Bilans:

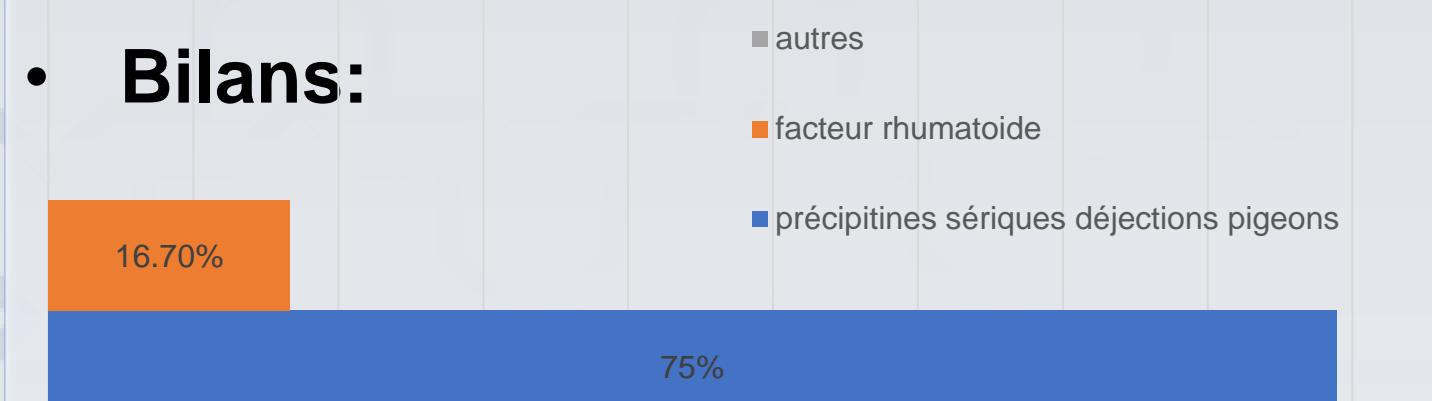


Figure 2: Bilans immunologiques positifs

L'endoscopie bronchique avec biopsies étagées et aspirations bronchiques ont été effectuée dans 66,7% des cas, tandis que les lavages broncho-alvéolaires dans 58,3% des cas .

Bilan de retentissement:

pléthysmographie:

- Normale: 41,7% des cas
- TVO irréversible: 25% des cas
- Obstruction bronchique périphérique: 16,7% des cas

Test de marche de 6 min: effectué dans 41,7% des cas n'objectivant pas de désaturation.

Etiologies:

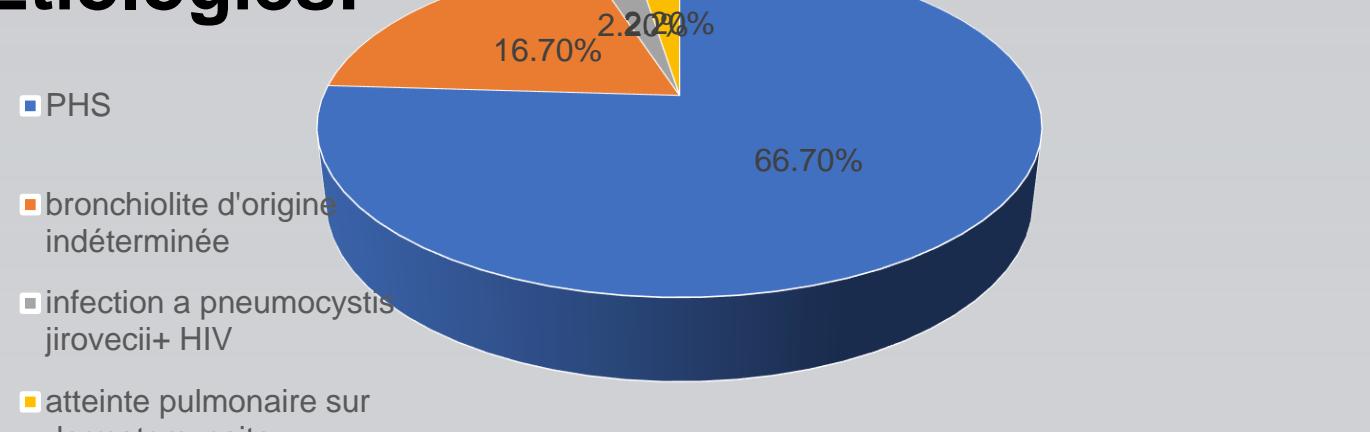


Figure 3: Etiologies

DISCUSSION ET CONCLUSION

L'atténuation en mosaïque observée en tomodensitométrie haute résolution reflète un large éventail d'entité pathologiques sous-jacents, incluant des anomalies des voies aériennes, des troubles vasculaires et des infiltrations parenchymateuses. Sa caractérisation repose sur une analyse intégrée des données cliniques, fonctionnelles et radiologiques. Les anomalies des voies aériennes, comme la bronchiolite oblitérante, représentent une cause fréquente de piégeage aérien, particulièrement visible en phase expiratoire

Cette condition, souvent associée à des infections virales, des greffes ou des expositions toxiques, produit des zones hypoatténues persistantes. Des pathologies obstructives comme l'asthme ou la BPCO peuvent également présenter un tel profil, bien que moins marqué. Les troubles vasculaires, notamment l'embolie pulmonaire chronique et l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP), se manifestent par une hypoperfusion régionale. Par ailleurs, certaines atteintes parenchymateuses, telles que les pneumopathies interstitielles diffuses (PID) ou les infections granulomateuses, produisent une mosaïque due à des altérations inflammatoires ou fibrosantes hétérogènes. En conclusion, bien que l'atténuation en mosaïque soit fréquemment rencontré, sa diversité étiologique impose une approche multidisciplinaire.

REFERENCES

- 1- Jacob J, et al. "Automated quantitative CT versus visual CT scoring in idiopathic pulmonary fibrosis: validation against pulmonary function." *European Radiology*
- 2- Galiè N, et al. "2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension." *European Heart Journal*, 2015.