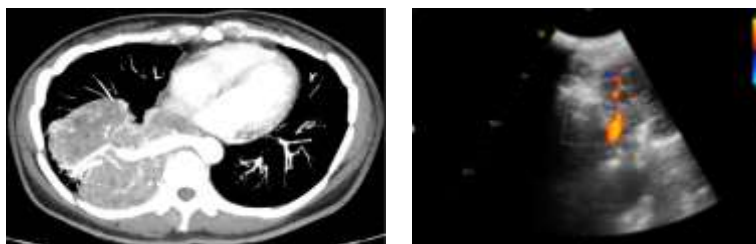


Staff animé par Gilles Mangiapan et Damien Basille

12 participants.

Cas N°1 : présenté par Elise Caillat, DES de pneumo au CHIC de Créteil

Femme de 32 avec toux révélant une séquestration pulmonaire au scanner. Les images échos retrouvent une image tissulaire polykystique et surtout au doppler on visualise une artère volumineuse dont la direction horizontale vers le rachis est anormale.



Commentaire : Damien Basille pose la question de l'intérêt du doppler pulsé : le doppler pulsé pourrait-il faire la différence entre la vascularisation systémique à Haute pression et la vascularisation pulmonaire ? La patiente doit revenir prochainement et on la reverra en écho pour faire le doppler pulsé. ; suite au prochain staff !

Cas N°2 présenté par Gilles Mangiapan

A propos du cas précédent, Gilles rappelle le cas clinique de septembre 2019 sur le site du G-ECHO à propos d'une autre séquestration chez un homme de 20 ans : fièvre, radio de thorax : opacité postéro basale droite, Antibiotique, absence d'amélioration TDM thorax : diagnostic de pleuro pneumonie, adressé pour ponction, la relectrue permet de voir une artère nourricière systémique naissant de l'aorte signant la séquestration.

L'écho retrouve le poumon polykystique, avec une pleurésie échogène (et signe du plancton).

Après évacuation et guérison de l'épisode infectieux, le patient a été opéré sans complication.



Commentaires de Damien Basille : la discussion s'ouvre sur la recherche bactérienne dans les pleurésies infectieuses. En effet dans ce cas, il a été retrouvé un *Hémophilus* sur les crachats amox S, (alors qu'il était sou amox/clavu) : l'écologie bactérienne n'est pas la même pour les pneumonies et les pleurésies. Les études de PCR multiplex retrouvent le plus souvent des pleurésies polymicrobiennes. Et on rappelle que la découverte d'un germe ne doit pas faire rétrograder l'antibiothérapie qui doit toujours couvrir les anaérobies. La seule exception est le pneumocoque qui peut être seul en cause et justifie la simplification antibiotique adaptée à son antibiogramme. On discute de l'intérêt des PCR multiplex dans le diagnostic des pleurésies infectieuses : des études à venir pour le G-ECHO ???

Damien nous donne une liste de référence sur la PCR dans les infections respiratoires, pour aller plus loin...et pour convaincre nos laboratoires de réaliser les PCR multiplex sur le liquide pleural...

L'article TORPIDS => analyse metagenomique par PCR 16S de nouvelle génération sur 243 liquides pleuraux => « Pleural infection was predominately polymicrobial (192 [79%] of 243 samples), with diverse bacterial frequencies observed in monomicrobial and polymicrobial disease and in both community-acquired and hospital-acquired infection. Mixed anaerobes and other Gram-negative bacteria predominated in community-acquired polymicrobial infection whereas Streptococcus pneumoniae prevailed in monomicrobial cases »

Kanellakis NI, Wrightson JM, Gerry S, Ilett N, Corcoran JP, Bedawi EO, Asciak R, Nezhentsev A, Sundaralingam A, Hallifax RJ, Economides GM, Bland LR, Daly E, Yao X, Maskell NA, Miller RF, Crook DW, Hinks TSC, Dong T, Psallidas I, Rahman NM. The bacteriology of pleural infection (TORPIDS): an exploratory metagenomics analysis through next generation sequencing. Lancet Microbe. 2022 Apr;3(4):e294-e302. doi: 10.1016/S2666-5247(21)00327-X. Epub 2022 Mar 11. PMID: 35544066; PMCID: PMC8967721.

Altun O, Almuhayawi M, Ullberg M, Özenci V. 2015. Rapid identification of microorganisms from sterile body fluids by use of FilmArray. J Clin Microbiol 53:710–712. doi:10.1128/JCM.03434-14.

Micó M, Navarro F, de Miniac D, González Y, Brell A, López C, Sánchez-Reus F, Mirelis B, Coll P. Efficacy of the FilmArray blood culture identification panel for direct molecular diagnosis of infectious diseases from samples other than blood. J Med Microbiol. 2015 Dec;64(12):1481-1488. doi: 10.1099/jmm.0.000180. Epub 2015 Oct 1. PMID: 26432445.

Michos A, Palili A, Koutouzis EI, Sandu A, Lykopoulou L, Syriopoulou VP. Detection of bacterial pathogens in synovial and pleural fluid with the FilmArray Blood Culture Identification System. IDCases. 2016 Jun 22;5:27-8. doi: 10.1016/j.idcr.2016.05.006. PMID: 27419071; PMCID: PMC4936597.

Cobo F, Borrego J, Rodríguez-Granger J, Puertas A, Sampedro A, Navarro-Marí JM. Detection of bacterial pathogens in sterile fluids with the FilmArray Meningitis/Encephalitis identification system. Rev Esp Quimioter. 2019 Feb;32(1):85-86. Epub 2018 Dec 17. PMID: 30556385; PMCID: PMC6372964.

Franchetti L, Schumann DM, Tamm M, Jahn K, Stolz D. Multiplex bacterial polymerase chain reaction in a cohort of patients with pleural effusion. BMC Infect Dis. 2020 Feb 1;20(1):99. doi: 10.1186/s12879-020-4793-6. PMID: 32007106; PMCID: PMC6995182.

Cas N°3 : présenté par Gilles Mangiapan

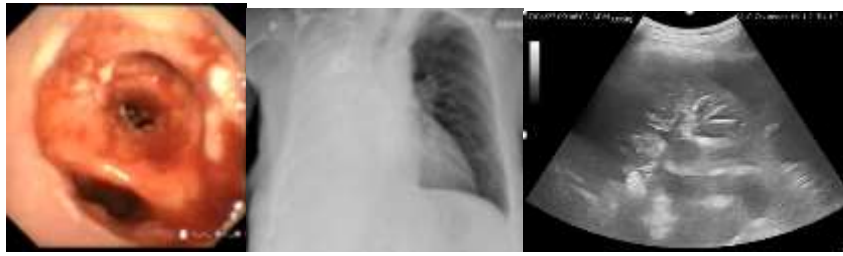
Une patiente suivie pour un cancer pulmonaire, progresse sous traitement et présente une dyspnée sur une obstruction tumorale complète de la BSD, associé à une atélectasie pulmonaire complète et à une pleurésie. Une ponction pleurale évacue 400 ml de liquide citrin exsudatif, non infecté, sans cellules tumorales et avec un profil manométrique de poumon non expansif... (on n'avait pas besoin de la manométrie pour le savoir !!!)

Une bronchoscopie de désobstruction est réalisée (patiente bien sûr incluse dans le registre EPIGETIF !) et une prothèse est mise en place (selon les recommandations de l'étude SPOC).

Une vidéobronchoscopie souple réalisée le lendemain, permet d'aspirer les sécrétions résiduelles et quelques fausses membranes avec une réouverture totale de la LM et de la LID.

La radio réalisée quelques heures plus tard retrouve toujours l'atélectasie complète : la prothèse s'est-elle rebouchée ?

L'écho retrouve un bronchogramme dynamique : image de l'air dans les bronches bougeant avec la respiration : ce signe affirme que les bronches ne sont pas occluses et élimine une obstruction de la prothèse. On réalise une nouvelle ponction pleurale, cette fois-ci le poumon se réaère partiellement. Ce cas souligne l'intérêt de l'écho en salle de pneumologie interventionnelle et qui a évité dans ce cas une nouvelle fibroscopie à la patiente.



Cas N°4 : Image partagée par Natacha Moutard.

Un article récent de l'ultrasound corner de Chest (tweeté par Natacha et retweeté par le @gechospf !) illustre l'aspect échographique d'une fistule pneumo pleurale dans un hydro-pneumothorax avec le signe de l'aquarium (fish tank sign) : image de syndrome microbullaire provenant du poumon et s'élevant dans la pleurésie anéchogène.

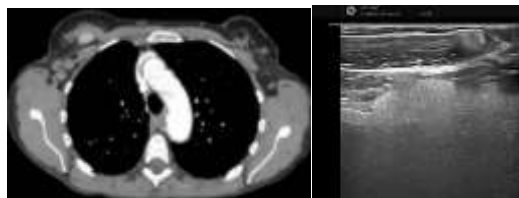
[https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692\(22\)04001-6/fulltext](https://journal.chestnet.org/article/S0012-3692(22)04001-6/fulltext)



Cas N°4 : présenté par Gilles Mangiapan :

Une patiente est adressée pour biopsie d'adénopathie axillaire dans le bilan d'un adénocarcinome pulmonaire avec nodule LSD et adénopathie 2 R (biopsiée e nEBUS et qui a donné le diagnostic. Le TEP retrouve un hypermétabolisme de la lésion pulmonaire et de l'adénopathie médiastinale avec un SUV à 9 et 10, mais aussi des adénopathies axillaires avec un SUV à 3.

Cependant l'écho axillaire retrouve une surface des adénopathies hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur impur. Ne voyant pas au delà de la surface, la biospie n'a pas été faite. Gilles souligne qu'il a déjà vu une telle image 1 seule fois dans une sarcoïdose : est-ce l'altération du métaboslisme calcique qui est responsable de cet aspect, masi on ne retrouve pas de calcifications au scanner. Cependant la patiente a des prothèses mammaires, et la précédente aussi : est ce lié aux prothèses (silicone dans les ganglions ?) à suivre...



Prochain staff : vendredi 30 juin 2023 à 17h