

4ème staff Echo clinique du G-ECHO : 27/10/2023

Staff animé par Gilles Mangiapan, Vincent Ducrocq, Natacha Moutard

10 participants.



Cas N°1 : Douleur thoracique (Vincent Ducrocq, Nîmes)

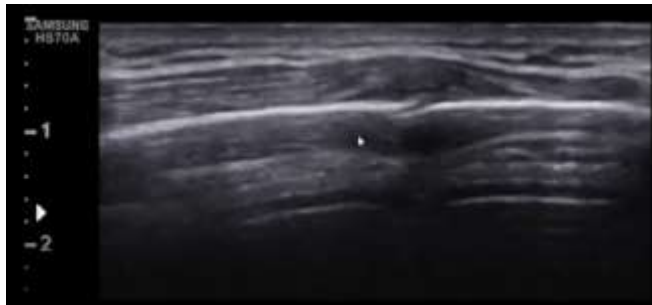
Pratiquant d'Aïkido, chute avec réception sur le genou de l'adversaire

Persistance d'une douleur thoracique ant gauche 15 jours après de manière assez diffuse

Examen clinique normal

Echo thoracique : avec sonde linéaire HF : découverte d'une rupture de continuité corticale et d'un hématome en regard + hématome intercostal expliquant la douleur

On insiste sur l'importance de poser la sonde sur les zones douloureuses et de faire un balayage en coupe longitudinale et intercostale.



Cas N°2 : place de l'écho dans la prise en place d'une pleurésie infectieuse. (François Maury, DES pneumo, Créteil)

Un patient suivi pour un CBNPC en RC, vient pour fièvre, douleur basithoracique gauche et 39000 Leuco

Une radio effectuée est considérée comme normale alors qu'il existe manifestement un foyer rétrocardiaque. Une écho aurait été faite à ce stade, le diagnostic de pneumonie aurait été simple et rapide !

Le patient revient le lendemain pour la persistance asthénie, douleur fièvre une nouvelle radio est effectuée : diagnostic de pneumonie, alors que la radio retrouve déjà une pleurésie, le patient rentre à domicile sans ATB.



2ème occasion ratée de faire une écho qui aurait retrouvé une pleurésie infectieuse et aurait déjà pu faire le dg de pleurésie compliquée et permettre une évacuation rapide

Le patient arrive à J3 chez nous et reçoit enfin une antibiothérapie

Il est suivi par échographie ...mais sans contre rendu et lors de la visite de suivi après sa sortie, nous n'avons aucune idée de l'abondance ou du cloisonnement.

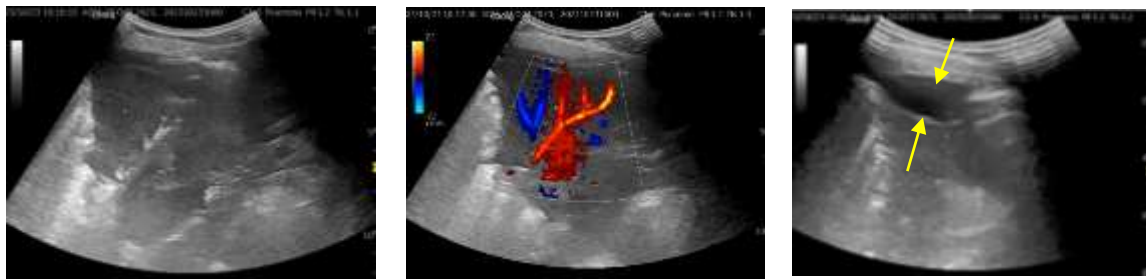
Message : si on fait une écho, on fait UN COMPTE RENDU, afin de pouvoir avoir des éléments de comparaison et de suivi

Finalement on arrive à J16 de l'histoire. L'écho de contrôle retrouve :

-En L6 un syndrome alvéolaire franc, un bronchogramme aérique dynamique, qui élimine une obstruction bronchique , une vascularisation homogène , qui élimine un abcès.

-en L5 : Plus bas on trouve une zone de poche pleurale avec pachypleurite et symphyse pulmonaire

-en L6/L4 : la poursuite du syndrome alvéolaire et une poche pleurale suspendue avec pachypleurite viscérale (image en rail) et pariétale



Finalement le patient s'améliore sous trt ATB et kiné et le sd inflammatoire régresse

Le scanner de contrôle ne montre que la pleuropneumonie, sans obstruction bronchique et sans progression tumorale.

On rappelle que la pleurésie infectieuse est une urgence thérapeutique, que l'écho fait gagner du temps aux urgences (Laursen2015) et que quand on fait une écho, il faut faire un compte rendu !

Cas N°3 : 2 cas de Pneumothorax sous VNI (Natacha Moutard, La pitié)

1^{er} patient : patient suivi pour SLA, ventilé en continu, dégradation, radio : aspect de PNT complet

Question : faut-il drainé, faut-il poursuivre la VNI : diminution des pressions et arrêt in-exsufflateur

Amélioration le lendemain
régression (disparition du PNT)

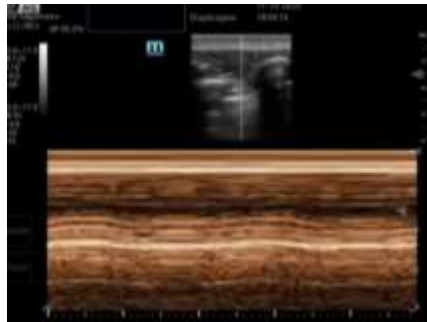
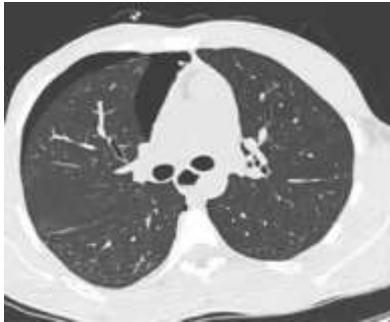
En fait, on se pose la question de la réalité du PNT sur la 1ere radio et pas une image artéfactuelle. En



effet, on note surtout une franche surélévation de la coupole (atélectasie ?) et on est étonné de la rapidité de régression du PNT (normalisation) en 24 h sans aucun geste d'évacuation.

Une petite écho antérieure aurait pu aidé, mais en effet , le contexte SLA rend parfois la PEC difficile et il faut s'adapter au patient.

-2eme patient : jeune homme, sd Ondine , ventilé la nuit, bilan : GDS stable, le soir scanner thoracique programmé : découverte d'un PNT droit dit de moyenne abondance et complet



En fait, le PNT est partiel (point poumon axillaire et de petite taille (moins de 2 cm de décollement

Patient asymptomatique

Une surveillance simple est proposée

Finalement sans aggravation clinique il est quand même drainé le lendemain

La proposition d'une surveillance est tout à fait licite sur le décollement de petite abondance

Si on veut faire quelque chose, il aurait été peut-être utile de discuter plutôt une symphyse d'emblée : 1^{er} épisode de PNT mais sur une patient ventilé au long cours, donc à haut risque de récurrence : si on veut faire quelque chose il aurait été finalement assez logique de proposer d'emblée une symphyse.

Prochain staff écho clinique : vendredi 29 décembre 2023 à 13h30