

5ème staff Echo clinique du G-ECHO : 29/12/2023

Staff animé par Gilles Mangiapan, Vincent Ducrocq, Natacha Moutard

9 participants.



Cas N°1 : Pleurésie infectieuse compliquée (Lana ELU, CHIC Créteil)

H de 64 ans, installation sub aigüe sur 3 semaines de douleur thoracique, essoufflement, fébricule.

Radio : pleurésie gauche. Normo leucocytose, CRP 200

Echo :



Il s'agit d'une pleurésie d'emblée multicloisonnée, évoquant une pleurésie infectieuse compliquée ATCD de séjour en sanatorium dans l'enfance.

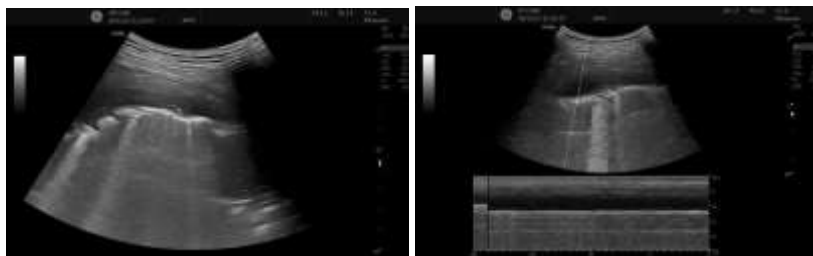
On décide de faire drainage thoracique ET biopsie pleurale à l'aiguille de Castellain : dans l'hypothèse d'une tuberculose, mais aussi pour culture bactériologique, la biopsie pleurale dans les pleurésies bactériennes ayant aussi un meilleur rendement que la culture du liquide pleural, comme pour la tuberculose (Psallidas, Chest 2018).

Drainage d'emblée dans l'hypothèse d'une pleurésie. Le drainage seul a un taux d'échec élevé : associatio à lavage, enzymothérapie (Fibrinolyse+/- dornase).

Amélioration mais récurrence précoce : poche pleurale résiduelle postérieure et réascension de la CRP : décision de thoracoscopie : en salle d'endoscopie sous AL+ bloc intercostal avec le pleuroscope semi rigide ! : pleurésie cloisonnée, avec enduit fibrinonécrotique diffus, ;, multiples poches pleines de liquides troubles : décloisonnement, drainage lavage fibrinolyse : amélioration rapide clinique et biologique et échographique



A J5, RAD, revu à J10 : plus de sd inflammatoire, pachypleurite résiduelle sans pleurésie.



Cas N°2 : Echo de contraste. Gilles Mangiapan Créteil

Gilles rapporte son expérience d'écho de contraste.

Intérêt pour séparer atélectasie et tumeur et surtout dans les tumeurs , faire la différence entre tissu actif et nécrose.

Les études sont intéressantes, mais nous avons déjà une rentabilité >90%

Il faut un produit de contraste : Sonovue (hexafluorure de soufre et macrogol)

Un réglages spécifique « écho de contraste », avec en particulier un index mécanique bas pour éviter les microcavitations.

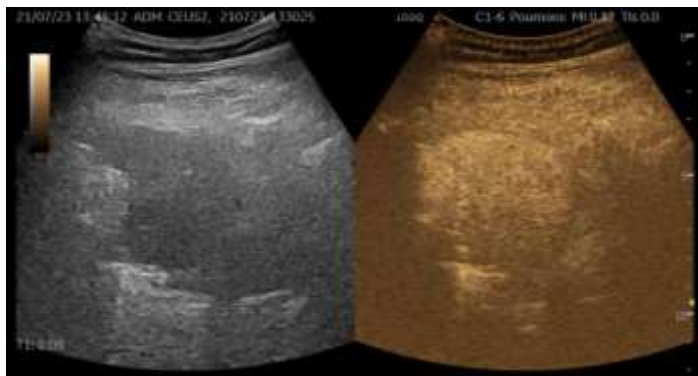
Cela permet de repérer les zones peu ou pas perfusées

Cela reste difficile de voir la différence de prise de contraste entre les structures précoces (temps artériel pulmonaire : atélectasie ou pneumonie) et les structures à prise de contraste plus tardive (tumeur)

Plus facile de repérer les zones ne prenant pas le contraste (nécrose... ou tumeur bénigne !)

Quel intérêt par rapport au guidage TEP ? pas de réponse

Nous le faisons actuellement pour le guidage des biopsies de tumeur de plus de 4 à 5 cm de profondeur, à la recherche de zone de nécrose. Mais vu la bonne rentabilité de nos biopsies, une différence sera difficile à mettre en évidence.



La place exacte dans l'exploration du poumon reste à définir !

Prochain staff écho clinique : vendredi 23 février 2024 à 13h30