



CR Staff Echo clinique du 23 Février 2024

Animé par Gilles Mangiapan et Damien Basille

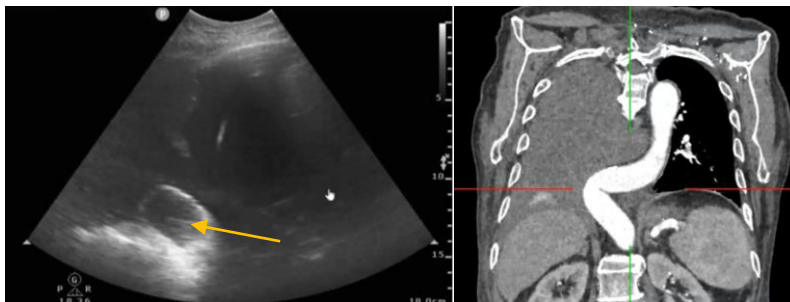
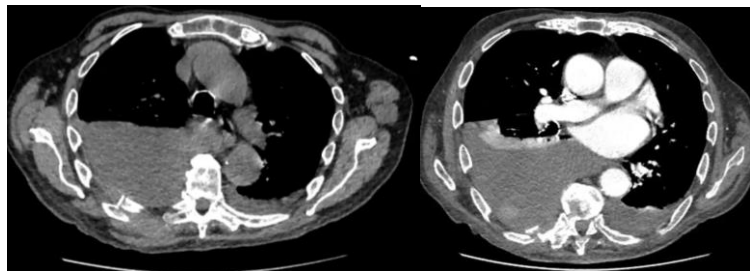
Experts du G-ECHO : Elise Artaud Macari, Sophie Dumètre Laroumagne, Thomas Flament

Présents : 12 participants

1-Hémothorax traumatique. Damien Basille, Amiens

H 80 chute a domicile quelques jours avant, Arrive aux urgences d'un autre hôpital : Scanner : fractures de cote déplacées (arc post) , pleurésie droite de grande abondance, aspect de zone hyperdense intrapleurale en faveur saignement actif. Hb 8g/dL : transfert au CHU pour chirurgie d'hémostase.

A l'écho : en R 3 : liquide anéchogène, pleurésie abondante, atélectasie LID. Mais on voit en profondeur une structure tubulée anéchogène, circulante au doppler : C'est l'aorte visible à droite sur une aorte « plicaturée » : kneeling aorta, aorte à genou » : visible quand le patient âgé a perdu quelques cm (dizaines de cm) de taille, l'aorte se déroule à gauche ou se plicature dans le médiastin avec un coude vers la droite.



2-saignement post ponction pleurale – Gilles mangiapan, Créteil

En fin de ponction pleurale évacuatrice d'une pleurésie néoplasique de grande abondance avec poumon non expansif, on retrouve un aspect inhabituel au retrait de l'aiguille : image échogène dans le liquide résiduelle, s'accumulant en décubitus : c'est un aspect de saignement actif intrapleurale sur une probable blessure vasculaire au retrait de l'aiguille, peut-être aussi favorisée par la dépression intrapleurale (-20 cm d'eau) sur le poumon non expansif.

On rappelle qu'en cas de saignement, il faut comprimer et quoi de mieux que la sonde d'écho !

Le saignement s'est tari en quelques dizaines de secondes !



et pour voir la video, cliquer [ici](#)

Ces 2 cas permettent aussi de rappeler que l'échogénicité d'un hemothorax dépend du délai auquel il est vu : très précoce, liquide hyperéchogène et s'accumulant en décubitus comme dans le 2ème cas, si suffisamment abondant et dans les heures qui suivent, aspect de caillots : structure arrondie échogène molle, gélatineuse. Et plus tard au-delà de 1 à 2 jours (mais parfois aussi d'emblée si peu de coagulation) : aspect anéchogène.

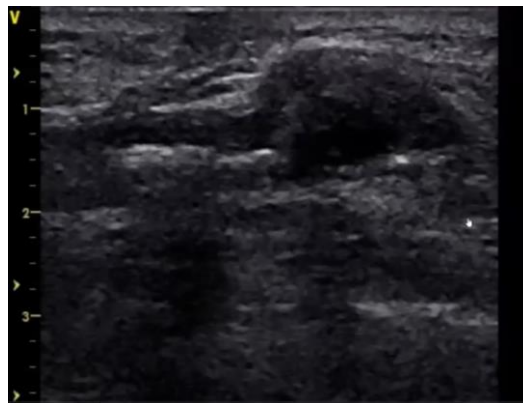
3-Abcès de paroi. Jean Morin. Nantes

Histoire d'une patiente transplantée, compliquée d'hemothorax précoce, de pleurésie aspergillaire ; sevrage difficile, trachéotomisée. Douleur épigastrique persistante, FGD normale, TDM : petit nodule péricardique.

On fait l'écho sur la zone douloureuse : on retrouve une image hypoéchogène de la jonction chondrocostale, bombant dans la paroi. Chirurgie d'exérèse, de cette lésion : nécrose à aspergillus

C'est une ostéochondrite à aspergillus qui était responsable de ses douleurs.

Cela rappelle qu'en cas de douleurs thoraciques, une échographie de la zone thoracique peut apporter beaucoup d'information



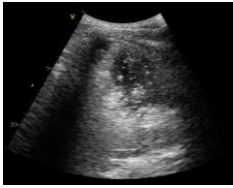
4-Pleuropneumonies. Natacha Moutard. La Pitié Salpêtrière, Paris

1^{er} cas : hospitalisation d'un patient pour une pneumonie franche lobaire aiguë, diagnostiquée aux urgences... à l'échographie ! (comme le conseillent les récentes recommandations de la SPLF sur la prise en charge des PAC (présentation de Damien Basille au dernier CPLF).

Suivi de la pneumonie à l'écho : belles images de syndrome alvéolaire avec bronchogramme liquidien. L'image tubulée anéchogène est belle et bien la bronche car entourée de lignes échogènes

Par contre la recherche d'une pleurésie gauche retrouve une image de syndrome microbullaire, une ligne hyperéchogène avec lignes B : s'agit il d'une pleurésie complexe, d'un hydroPNT ? En analysant bien, on voit que entre ces images d'air et d'eau et la paroi, il y a une structure mobile : dans le thorax, il n'y a pas de structure mobile entre le poumon ou la pleurésie et la paroi : donc c'est une image de poche à air gastrique avec la paroi gastrique mobile (respiration, peristaltisme). Quand on remonte la sonde haut dans le creux axillaire, en L4, on retrouve le diaphragme et le poumon normal, sans pleurésie.

Les structures digestives, hydrique ou hydroaérique sous phrénique sont un piège classique en L3.
N'oubliez pas de vérifier la position du diaphragme et de la rate avant de ponctionner quoi que ce soit
surtout en axillaire gauche !!!



et pour voir la vidéo : cliquer [ici](#)

Prochain staff écho scientifique : le vendredi 29 mars

Prochain staff écho clinique : le vendredi 26 avril

On annonce déjà que le staff scientifique du 31 mai sera consacré à la réflexion autour de l'intérêt de l'Intelligence Artificielle en écho thoracique, avec l'équipe d'ECHOPEN