



CR Staff Echo clinique du 26 Avril 2024

Animé par Gilles Mangiapan

Experts du G-ECHO : Vincent Ducrocq, Thomas Flament.

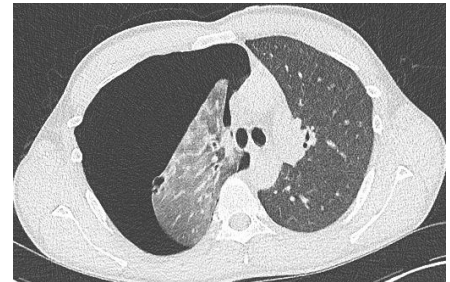
Présents : 5

1-Suivi écho d'un Pneumothorax spontané. Vincent Ducrocq, Nîmes

Un patient présente un PNT spontané complet, de grande abondance, bien toléré, traité par drainage ambulatoire. Evolution favorable.

L'écho de contrôle après ablation du drain est présentée : elle est particulière par une « impression » d'hétérogénéité avec des zones où le glissement est franc avec un cône d'ombre impur net et de petites zones où il y a beaucoup plus de lignes A mais quand même l'impression d'un glissement. C'est l'aspect de petites bulles d'air persistantes dans la plèvre après ablation du drain : pas suffisante pour donner un point poumon habituel, mais suffisante pour donner une traduction échographique.

Voir la vidéo sur notre chaine youtube : <https://youtu.be/KKSI0fuiVZY>



2-Prise en charge Kiné – Marie Declérieux, Kiné à Lyon (présenté par Gilles Mangiapan)

Une patiente est opérée d'une thymectomie. La première séance de kiné est la phase diagnostique : il existe une abolition du murmure vésiculaire à la base gauche, une écho (bien utile au kiné !) est réalisée : il existe une image anéchogène tubulée paracardique (flèche jaune).

Voir la vidéo : <https://youtube.com/shorts/Rhr9ZkPRc60>

Péricardite ou aorte déroulée ? pour faire la différence, on commence par passer de la coupe longitudinale à la coupe intercostale : si la forme tubulée reste la même c'est la péricardite, si le tuyau devient rond, c'est l'aorte. On peut aussi faire un doppler sur cette image, avec les limites habituelles : les mouvements respiratoires et les battements cardiaques peuvent donner un signal doppler sans flux, et il peut ne pas y avoir de signal doppler malgré un flux si le faisceau ultrasonore est perpendiculaire au flux.

Enfin, il ne faut pas hésiter, même avec une sonde convexe basse fréquence à regarder sur les points d'exploration d'écho cardiaque : voie sous costale, au travers de la fenêtre acoustique du foie et voie parasternale. C'est ce qu'a fait Marie et elle a confirmé la présence d'une péricardite post opératoire associée à la pleurésie gauche ce qui a interrompu le début de la prise en charge kinsésithérapique, le temps de l'exploration de ces anomalies.



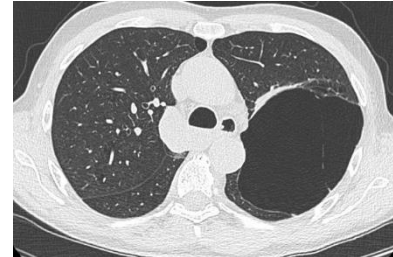
3-Point bulle de l'emphysème : mon premier cas ! Gilles Mangiapan, Créteil

Après l'étude bullecho, de Rouen (Thèse de Kinan El Husseini), un point sémiologique m'avait interpellé : le point bulle qui peut être confondu avec un point poumon... Je n'en avais jamais vu ! Elise de Rouen a fait une magnifique présentation de l'écho des pathologies obstructives lors de la 3^{ème} journée scientifique à Tours en novembre dernier et a expliqué et détaillé le point bulle.

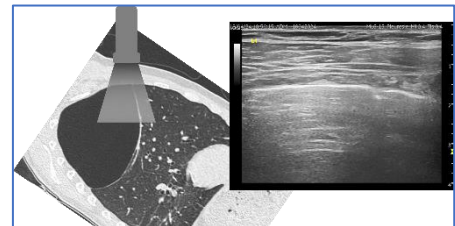
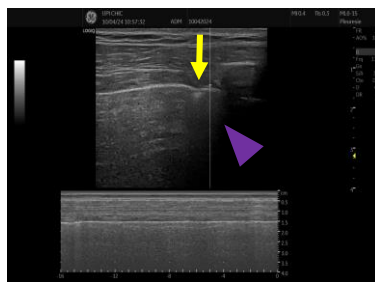
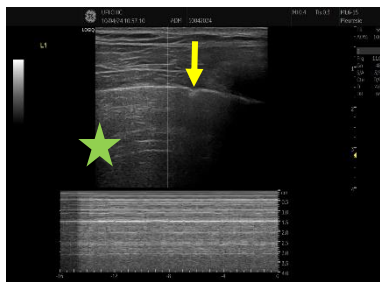
Enfin j'ai pu voir mon premier point bulle !

Un patient fumeur a un scanner thoracique systématique sur lequel on retrouve une image aérique apicale gauche : PNT partiel ou bulle d'emphysème : l'écho vous dis-je !

Déjà sur le scanner, le fait d'avoir des images linéaires au sein de l'image aérique affirme l'emphysème. Cela ne peut pas être une bride, qui retiendrait une partie du poumon.



On fait donc une écho en L1 et on voit très bien cet aspect de point bulle : d'un côté, un glissement faible et un profil A, avec un pouls pulmonaire présent en TM (étoile verte). Puis une irrégularité de la ligne pleurale correspondant à la limite de la bulle avec septa épaissi (flèche jaune), puis une ligne pulmonaire normale avec glissement conservé et franc signe du rivage, plus marqué qu'au-dessus (triangle violet). Voir la vidéo : https://youtu.be/_bmp0isvJlg



Il ne faut en effet pas confondre avec un point poumon, mais la grande différence, qu'il faut garder en tête, c'est que dans le point poumon, l'alternance glissement / absence de glissement est au même endroit, le poumon venant glisser sur la zone du PNT. Il faut donc faire la différence avec d'une part le point bulle (2 zones différentes sans chevauchement) et d'autre part avec la fin d'une symphyse où le glissement réapparaît progressivement (là aussi, pas de chevauchement).

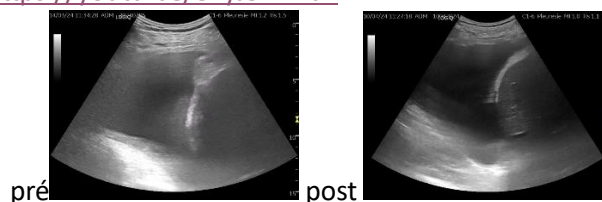
4-Nodules diaphragmatiques : est-ce toujours tumoral ? Gilles Mangiapan, Créteil

Un patient de 80 ans, cardiopathe, obèse, a une dyspnée qui se majore : il existe une pleurésie droite abondante, sur 4 EIC, avec un aplatissement et un abaissement diaphragmatique. Il a 5000 de NT-proBNP. L'hypothèse d'une pleurésie sur insuffisance cardiaque semble la bonne... cependant à l'écho, on retrouve un nodule diaphragmatique...

Si l'on en croit la littérature, un nodule diaphragmatique affirme la pleurésie néoplasique !

On réalise une ponction évacuatrice.

En fin de ponction, le diaphragme est remonté et a retrouvé une courbure normale.... Et le nodule a disparu ! Voir la vidéo : <https://youtu.be/8EyJ5kfxvuk>



L'hypothèse est celle d'une « plicature diaphragmatique » : en s'abaissant, le diaphragme qui garde la même longueur se replie sur lui-même donnant cet aspect pseudo nodulaire, plus marqué probablement du fait de l'obésité et de la surcharge graisseuse diaphragmatique comme en atteste l'écho post.

Le liquide était bel et bien un transsudat pur, et cette hypothèse reste une hypothèse : on n'a pas fait de pleuroscopie diagnostique !

Prochain staff écho scientifique : le vendredi 31 mai : réflexion autour de l'intérêt de l'Intelligence Artificielle en écho thoracique, avec l'équipe d'ECHOPEN

Prochain staff écho clinique : le vendredi 28 juin