



## CR Staff Echo clinique du 24 Octobre 2024

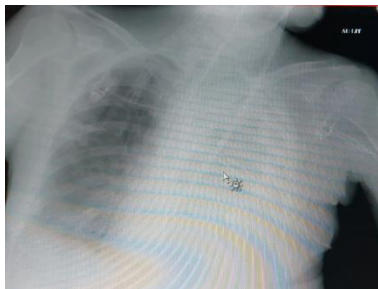
Animé par Gilles Mangiapan

Experts du G-ECHO : Vincent Ducrocq.

Présents : 10

### cas 1 : Poumon Blanc (Meriem Ferchichi, Cannes)

Patiente suivie pour un cancer pulmonaire, obstructif sur la BSG, déjà désobstruée + prothèse, revient pour dyspnée



La radio retrouve un aspect de poumon blanc, quelle est la part de l'atélectasie et de la pleurésie ? Seule l'écho peut répondre !



l'écho retrouve en effet une pleurésie avec atélectasie complète du LI

mais la ponction de 2000 ml n'améliore pas la patiente, la BSG s'était rebouchée en aval de la prothèse.

Rappel : L'écho permet de faire la différence entre atélectasie et pleurésie et la part des 2 devant un poumon blanc. Y a-t-il des signes écho prédictif de non réexpansion du poumon ? Plusieurs études dont celle de Salamensen (Chest 2014), ont essayer de répondre à cette question. Un mode TM sur l'atélectasie sans mouvement est en faveur d'un poumon non expansif.

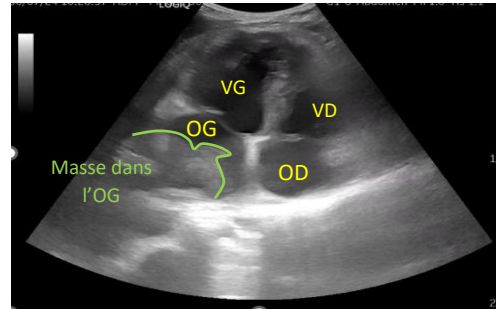
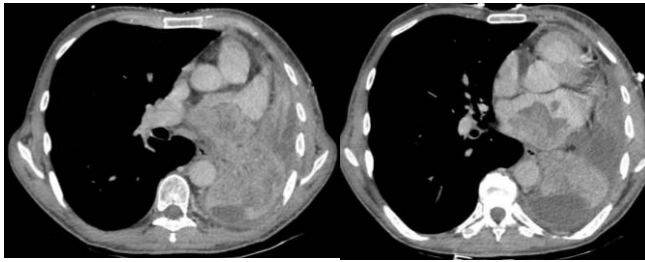
Le 2eme point est celui du bronchogramme : le bronchogramme aérique peut exister dans une atélectasie obstructive, surtout à ses débuts (l'air n'est pas encore totalement résorbé), mais par contre si l'air est mobile dans la bronche (bronchogramme aérique dynamique) cela affirme l'absence d'obstruction (Lichtenstein, Réanimation 2002 – Chest 2009) ( spécificité 94%, Sensibilité 61%).

On rappelle aussi que lorsque l'on parle d'atélectasie : il faut préciser si partielle ou complète du lobe et dans ce cas, il faut bien décrire le ou les lobes atteints : uniquement LI (visible chez un patient assis en postéro basale) ou aussi le LS et le LM : il faut donc remonter en postérieur et aller voir en avant pour déterminer l'étendue de l'atélectasie.

Dans la proposition de classification de l'abondance de Smargiassi : on prend en compte le nombre d'EIC et l'importance et l'étendue de l'atélectasie (Smargiassi Respiration2013).

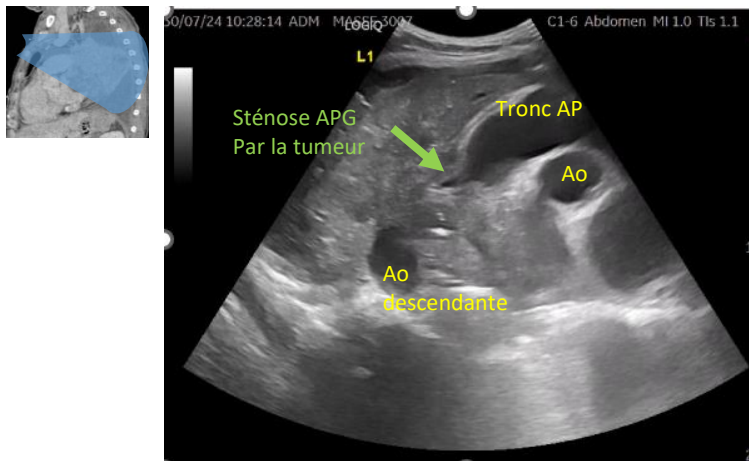
## Cas 2 : diagnostic histo d'une masse proximale (Gilles Mangiapan)

Un homme de 51 ans vient pour douleur thoracique et dyspnée s'installant sur 2 mois. Le scanner thoracique : atélectasie complète du poumon, pleurésie associée et masse proximale, obstruant BSG et envahissant l'oreillette gauche.

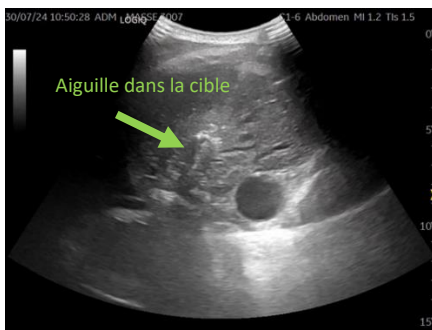


Fast écho cœur : on retrouve la masse de l'OG :

Echo en L1 : comparer avec le scanner pour retrouver les structures



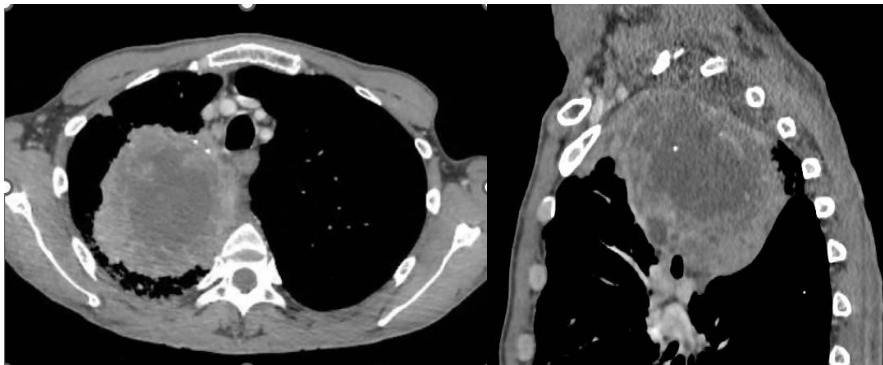
En postérieure, on voit l'atélectasie et la masse, mais il est difficile de les différencier. L'idéal serait de faire une écho de contraste, mais on était en rupture de stock de sonovue : on décide donc de biopsier la partie centrale périhilaire : pas de risque de PNT sur atélectasie complète, pas de risque d'hémoptysie : obstruction complète de la bronche et obstruction de l'artère pulmonaire.



Intérêt de la biopsie échoguidée par le pneumologue : Patient arrivé à J0 (14h aux urgences, TDM 16h, décision de stratégie diagnostique : 17h), biopsie à J1, résultats à J3, chimio à J3!

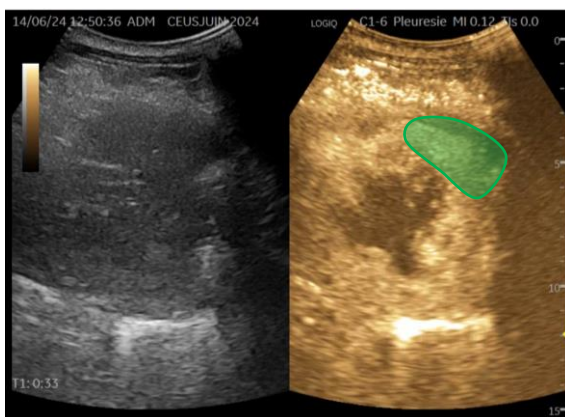
### Cas 3 : un nouveau cas d'écho de contraste (Gilles Mangiapan)

Homme 57 ans fumeur



intérêt du MPR et d'utiliser les coupes sagittales et frontales pour discuter l'abord : en transverse : il y a du poumon, en sagittal on voit un accès sur 3 EIC

intérêt de l'écho de contraste du fait de la nécrose : la nécrose augmente avec la taille de la tumeur



en écho de contraste, on voit la zone prenant le contraste et la zone nécrotique au centre.

Cependant en biopsie cette zone, on a encore beaucoup de nécrose et quelques cellules tumorales. La comparaison avec le TEP montre une zone de nécrose plus étendue en TEP : on a refait la biopsie plus en périphérie : la périphérie de la nécrose peut encore être de la nécrose !!!

TEP et Echo de contraste complémentaire : CEUS : vascularisation , TEP : métabolisme (activité cellulaire)

Mais finalement, la rentabilité des biopsies même sans écho de contraste est déjà très bonne : plus de 90 à 95%.

Biopsier la partie périphérique et changer l'axe de l'aiguille

### Cas 4 : faux nodule diaphragmatique (Gilles Mangiapan)

Nodule diaphragmatique : parfois faux, il faut vraiment balayer tout le diaphragme pour voir comment se construit l'image : ici c'est un diaphragme « bosselé » avec ce faux nodule qui est le début d'une structure sous diaphragmatique normale ! : Tournez autour des anomalies pour voir comment elles se créent et comment elles sont construites avant de conclure !!



lien pour voir la vidéo : <https://youtu.be/xYwG2oh68A0>

### **cas 5 : une autre atelectasie (Gilles Mangiapan)**

Pleurésie infectieuse sur pleurésie néoplasique d'un cancer du poumon, infection à pyo S, sous ATB fibrinolyse et lavage : amélioration du sd infectieux, mais le poumon reste non expansif et le drain est enlevé.

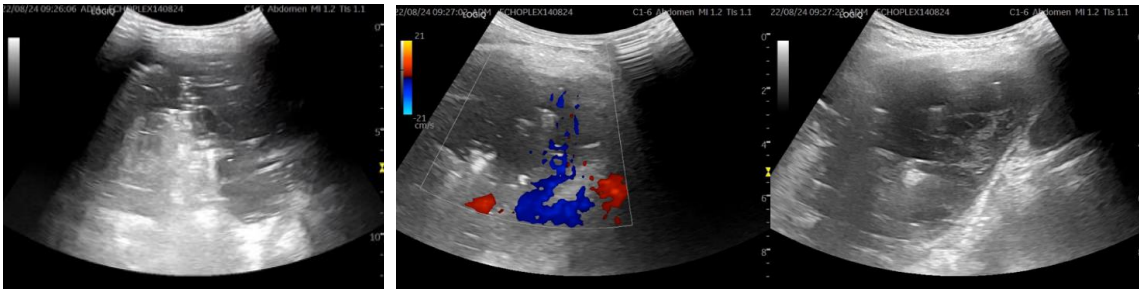
Revient à J15 :



Aspect de pleurésie complexe : multicloisonnée avec cloisons et liquide échogène

Chez cette patient, on trouve aussi des images aériques : questions : air dans la plèvre ou bronchogramme aérique d'un syndrome alvéolaire ?

Utilité du doppler pour faire la différence, et là encore, explorez toutes la zones pour voir comment se construit l'image.



Prochain staff écho clinique : le vendredi 27 Décembre 2024