



CR Staff Echo clinique du 27 Décembre 2024

Animé par Gilles Mangiapan

Expert du G-ECHO : Vincent Ducrocq.

Présents : 8

Cas 1 : au-dessus ou en dessous ? (Vincent Ducrocq, Nîmes)

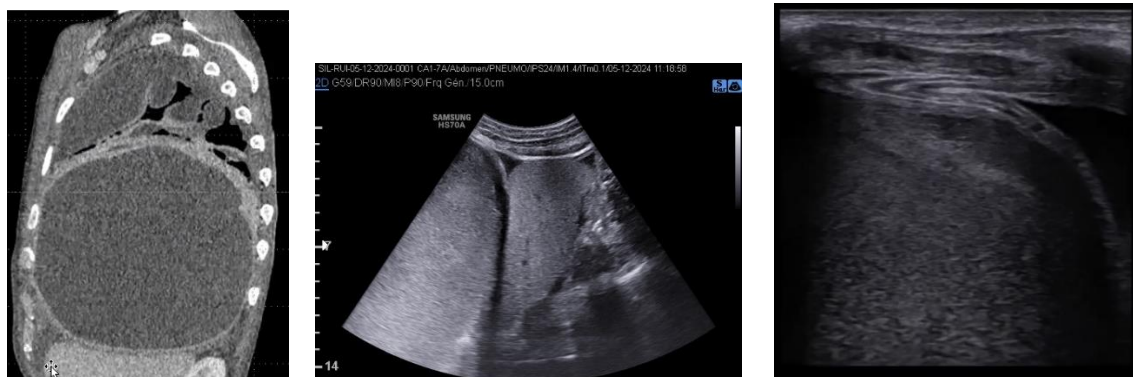
H 58 ans, AEG ,OMI. Radio de thorax : poumon quasi blanc, partiellement aéré avec bronchogramme

TDM : poches pleurales enkystées apicales et volumineuse poche arrondie compressive

Mais est elle sus ou sous diaphragmatique ?

L'écho retrouve un liquide échogène mobile, sans cloison. A noter sur les premières images un artefact battant d'une structure hors champ, disparaissant lors de la modification (franche) de la profondeur de champ (voir la vidéo sur le lien en fin de cas)

On explore la limite inférieure et on retrouve un aspect plicaturé du diaphragme refoulé vers le bas par cette poche probablement sous pression : cette image permet d'affirmer que la poche est sus diaphragmatique et rend la ponction sans risque.



On discute des petits signes indirects qui aurait pu faire évoquer la situation sus diaphragmatique : on retrouve l'atélectasie du LID très postérieure voire axillaire, évoquant une poche sissurale

Le foie est franchement refoulé plus qu'envahi... mais aucun de ces signes n'affirment la situation sus diaphragmatique

Seule l'écho l'affirme en retrouvant la plicature du diaphragme.

En cas de doute : toujours aller voir la jonction de l'anomalie avec le reste des structures, toujours être sûr de la position du diaphragme avant de ponctionner !

Video sur : <https://youtu.be/gfVfIW9UgU0>

Cas 2 : Biopsie pulmonaire noire. (Gilles Mangiapan, Créteil)

H 85 ans, tabac, emphysème. Découverte d'un nodule LID et d'une masse paramédiastinale inférieure droite (aire 8D)

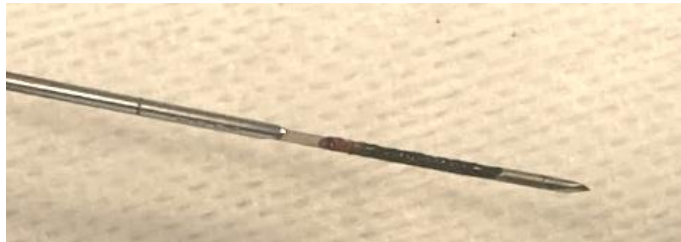
Est-ce accessible à une biopsie échoguidée : contact pariétal mais partiellement derrière la côte : faut voir si c'est écho visible c'est écho-ponctionnable.

Evaluation des risques : plus de risques de PNT si contact de moins de 3 cm et mobile lors de la respiration : ici : 2 cm et mobile, mais le patient arrive à tenir l'apnée pendant 5 secondes.



Plus de risques de saignement si vascularisation importante ou avec certaines histologie (rein, thyroïde, mélanome)

On réalise la biopsie : la carotte recueillie est totalement noire : est-ce de l'antracose , mais ce n'est pas un ganglion, est-ce de la nécrose : souvent blanche, mais parfois noir « vieux sang ».



En fait c'est une métastase de mélanome avec pigmentation de mélanine, confirmée par l'histologie.

Cas 3 : biopsie pleurale : quelles aiguilles ? (Gilles Mangiapan, Créteil)

Les biopsies pleurales à l'aiguille, technique développée dans les années 1950, utilisent habituellement des aiguilles d'Abrams, les plus étudiées et les aiguilles de Castelain. Les techniques sont différentes mais reposent toutes les 2 sur une introduction de l'aiguille dans l'espace pleural nécessitant la présence d'une pleurésie d'au moins 2 cm, raison pour laquelle on conseillait de ne pas vider totalement les pleurésies. Cependant cette attitude n'était pas très pertinente, en effet, même avec moins de 2 cm, il suffit de ponctionner et de remplir la plèvre avec 500 cc de serum phy (équivalent d'un lavage !) permettant d'éloigner le poumon de la paroi et donc de faire les biopsies avec n'importe quelle aiguille.

L'autre possibilité est d'utiliser une aiguille trucore que l'on plaque contre la plèvre pariétale permettant de retirer une carotte de 1,5 cm de plèvre pariétale donnant des biopsies de qualité.

Le seul problème avec cette technique est qu'elle est échoguidée, donc réalisée uniquement dans l'axe de l'espace intercostale alors que les biopsies à la castelain peuvent se faire à différents endroits de la plèvre devant la côte inférieure.

Par contre, dès qu'il existe une pachypleurite, la biopsie échoguidée de la lésion doit être effectuée avec une bonne rentabilité.

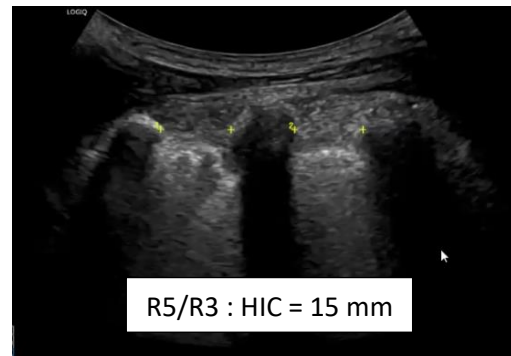
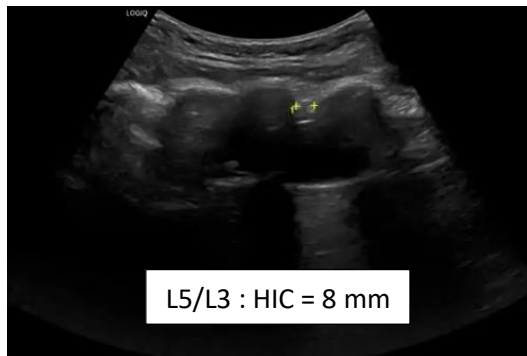
Cas 4 : hauteur de l'espace intercostal. (Natacha Moutard, Créteil)

Une femme de 78 ans a été opérée 7 ans auparavant d'une lingulectomie + curage pour carcinome épidermoïde du poumon.

3 ans avant, elle a présenté un empyème sur l'hémithorax opéré, traité par drainage lavage et antibiothérapie

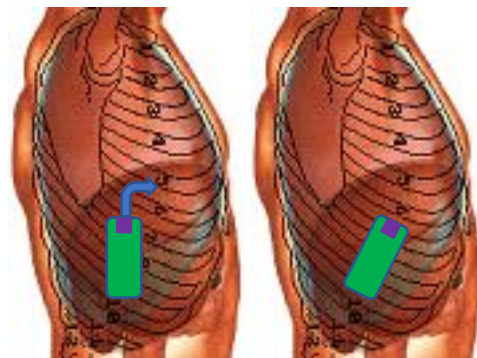
Persistance actuel d'un épanchement, adressée pour ponction

L'écho retrouve une diminution franche de la hauteur des espaces intercostaux gauche, signe de rétraction de l'hémithorax.



On ne connaît pas la norme de la hauteur de l'espace intercostal, elle doit toujours être comparée avec le côté controlatéral en considérant que normalement le thorax est symétrique. Mais on ne sait pas non plus qu'elle est le seuil de la différence significative.

De plus, pour que la mesure soit reproductible, il faut la mesurer de manière perpendiculaire à l'espace intercostal : on positionne la sonde en longitudinale puis on effectue une rotation, sommet de la sonde vers l'extérieur (zone 5) ou vers l'avant (zone 3) jusqu'à ce que la hauteur soit la plus petite : on est exactement positionné perpendiculairement



Le maximum de rétraction s'apprécie sur la ligne axillaire moyenne au niveau de la jonction thoracoabdominale.

A quoi sert cette mesure ?

Surtout pour le suivi des rétractions hémithoraciques postinfectieuses (pleurésies infectieuses et tuberculoses) utile pour les kiné au même titre que la mobilité diaphragmatique et la pachypleurite.

