



CR Staff Echo clinique du 25 Avril 2025

Animé par Gilles Mangiapan

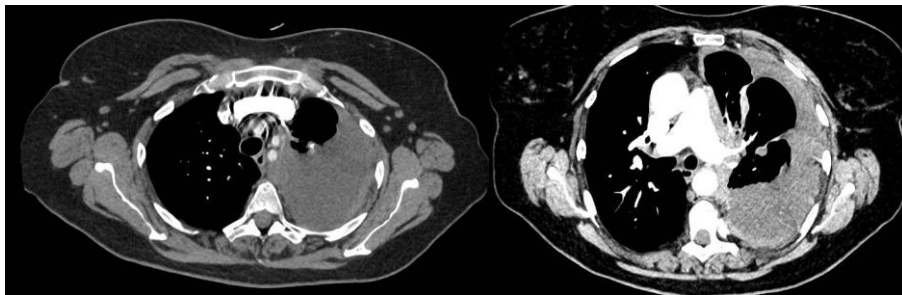
Expert du G-ECHO : Damien Basille

Présents : 18

Cas 1 : exploration d'une pleurésie. Imane Boutayebi, DES socle Créteil (présenté par GM)

Une femme de 62 ans fumeuse, non exposée, présente une dyspnée révélant une pleurésie gauche.

Le scanner injecté retrouve d'emblée des zones de pachypleurite prenant le contraste mais non nodulaire, associées à une infiltration hilare gauche.



On réalise une échographie thoracique : pleurésie libre, anéchogène sur 5 EIC, avec atelectasie partielle LIG. On retrouve un diaphragme convexe vers le haut, mais avec mouvement paradoxal : est-ce une compression ou une paralysie ? Le côté convexe évoque une paralysie (compression = plat ou concave) mais il faudra refaire l'évaluation diaphragmatique après évacuation.

On retrouve aussi une pachypleurite régulière (flèche jaune).

Vidéo de la pleurésie : <https://youtu.be/I2iATr7K13g>



On évoque donc : une pleurésie néoplasique (TDM : pachypleurite prenant le contraste, infiltration hilare gauche, écho : pachypleurite, mais homogène) probablement sur cancer du poumon : fumeuse, infiltration médiastinale avec paralysie phrénique. La preuve doit être histologique, donc on décide d'une biopsie pleurale première.

Réalisation d'une biopsie pleurale à l'aiguille trucore semiautomatique 18G (temno) avec 4 passages ramenant du tissu, puis évacuation dans le même temps de 800 ml d'un liquide citrin trouble. L'écho post évacuation retrouve une réexpansion de l'atelectasie et la persistance du mouvement diaphragmatique paradoxal confirmant la paralysie phrénique.

L'analyse biologique du liquide comporte bien sûr Protides, LDH, comptage cellulaire, cytologie, bactériologie et mycobactériologie. Mais dans ce contexte de forte suspicion néoplasique, on réalise d'emblée une biopsie liquide sur le liquide pleural.

Quand la patiente revient pour évaluation la semaine suivante, l'anapath confirme l'adénocarcinome TTF1 + et la biopsie liquide pleurale est revenue positive avec une mutation EFGR L858R.

L'écho retrouve une récurrence de la pleurésie et on propose d'emblée une symphyse au talc du fait du caractère expansif du poumon. Celle-ci sera réalisée au travers d'un drain thoracique, équivalent à la pleuroscopie et plus rapide à organiser.

Ce cas souligne l'importance de la pachypleurite permettant la réalisation, dès le premier contact, de la biopsie pleurale, raccourcissant le délai diagnostique, et l'intérêt de la biopsie liquide sur le liquide pleural souvent plus sensible que sur le sang et plus rapide que sur la pièce de biopsie.

Cas 2 : pneumonie et empyème. Jean Morin (Nantes)

H 45 ans, douleur thoracique fièvre



Mis sous ATB et retour à domicile

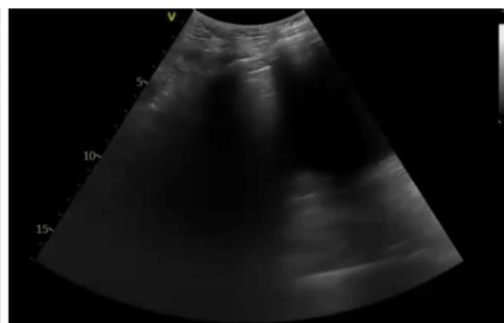
Revient à J7 avec récurrence de fièvre à arrêt amox, signe de détresse respiratoire, marbrures nouvelle radio : image aérienne avec coque et rétraction pulmonaire : pas de niveau hydro-aérique car couché !



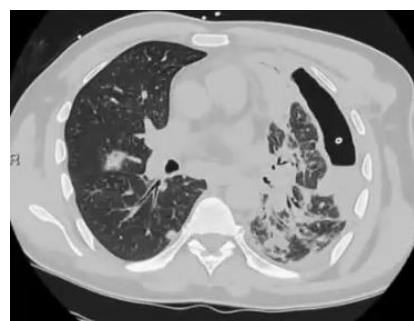
Mais malgré tout, image douteuse car on devine quand même derrière l'image hyperclaire des structures. Est-ce du poumon derrière la poche aérienne ?

Un coup d'écho et tout devient clair : une pleurésie échogène avec poumon hépatisé en dessous et un hydropneumothorax : notez le mouvement du niveau hydro-aérique rythmé par les battements cardiaques (aspect « frémissant ») et non par la respiration (qui serait le cas si poumon aéré).

Vidéo de l'écho : <https://youtu.be/b4FsluXs9ul>



Et voilà le scanner après drainage : bullage persistant signifiant la fistule pneumopleurale, comme on s'en doutait avec cet hydroPNT spontané sur empyème.



Cas 3 : dyspnée brutale : et le cœur ! Jean Morin (Nantes)

Un homme de 45 ans, sportif. Dyspnée brutale la nuit, après un footing.

Aux urgences : 38,5°C, SaO₂ 84% en AA, 95 sous MHC 50%, 15000 leuco

Radio : image interstitielle asymétrique prédominant à Droite : traité comme PAC grave



Plus de fièvre mais reste dyspnéique et O₂ dépendant.

Echo à J 3 : pleurésie petite abondance bilatérale, petit syndrome alvéolaire, nombreuses lignes B diffuses, prédominant aux bases : pleurésie bilat + lignes B = insuffisance cardiaque ??? On fait l'écho cardiaque : prolapsus mitral et reflux d'IM massif.

Donc OAP sur IM aigu, plastie mitrale le lendemain.

Donc : lignes B bilat + pleurésie petite abondance bilat : restons simple, cela reste une insuffisance cardiaque avant tout.

La fast échocoeur est utile dans la PEC des détresses respiratoires !

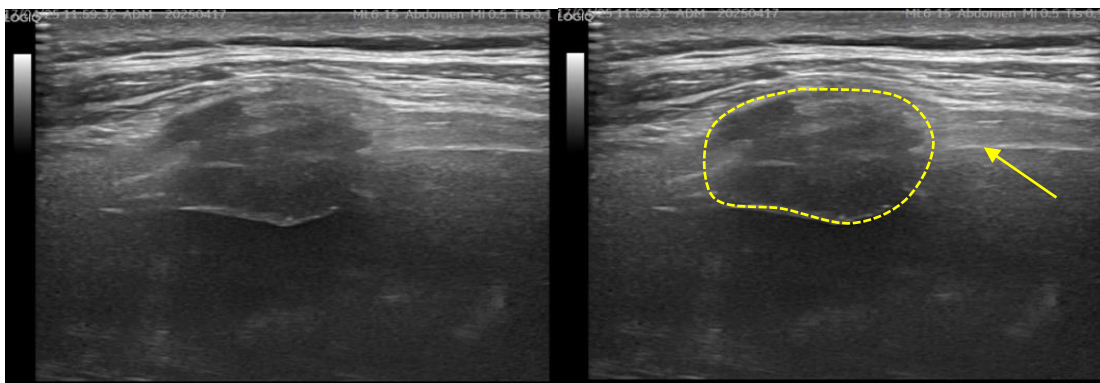
Vidéo du cas : https://youtu.be/VsU3E4VQAW8?si=jb_jMkn_WrlsZCNO

Cas 4 : pachypleurite de mésothéliome. Gilles Mangiapan (Créteil)

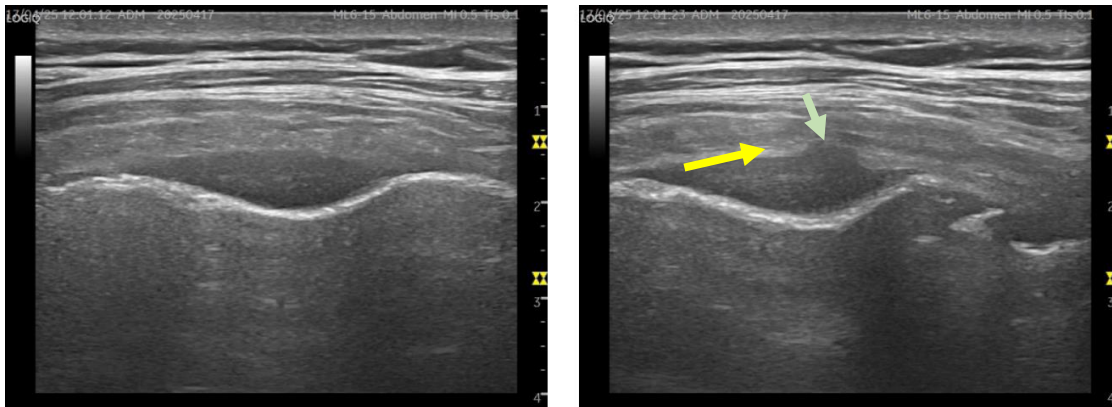
Hydropneumothorax spontané, électricien.

Echo retrouve une pleurésie...et n'oubliez pas d'aller chercher des zones de pachypleurite : écho à la sonde linéaire haute fréquence.

On retrouve en effet des nodules pleuraux (pointillés jaunes) avec franchissement du fascia endothoracique (flèche jaune).



Un peu plus loin, on retrouve des zones de pachypleurite, mais en cherchant bien, on s'aperçoit qu'il existe des franchissements (flèche verte) du fascia endothoracique (flèche jaune) à plusieurs endroits.



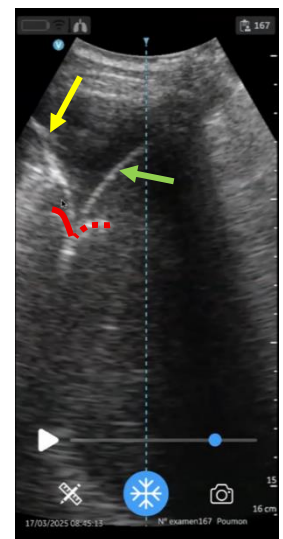
C'est un point intéressant : les nodules de perméation de mésothéliome secondaires aux ponctions sont-ils toujours iatrogènes ? il y a finalement fréquemment un franchissement du fascia d'emblée sur la pachypleurite, bien avant toute ponction...

Cas 5 image en miroir... où est le miroir ? Mary Declérieux (groupe Kinécho, Lyon)

Une image en miroir



Echo d'une pleurésie de petite abondance : on voit bien le diaphragme en bas et image en haut qui paraît symétrique, est-ce un miroir ? Non ! Un miroir nécessite un plan de symétrie qu'il n'y a pas ici. L'image en haut est celle de la ligne hyperéchogène du poumon (flèche jaune), arrondie comme le diaphragme (flèche verte) mais c'est une image « autonome ». Par contre, on voit une image en miroir plus bas : avec comme plan de symétrie le diaphragme, probablement une petite irrégularité de la LPPA : image réelle en rouge, image en miroir en pointillé



Prochain staff écho clinique : le vendredi 27 Juin 2025