



CR Staff Echo clinique du 29 Aout 2025

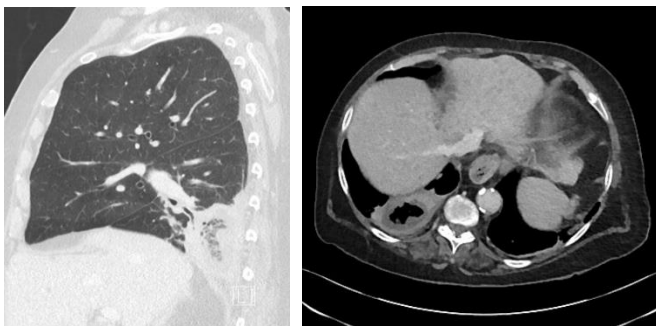
Animé par Gilles Mangiapan

Expert du G-ECHO : Vincent Ducroq

Présents : 14

Cas 1 : Absès pulmonaire. Pierre Brancalone (La Louvière, Belgique)

patient de 71 ans admise aux SI pour embolies pulmonaires bilatérales le 16/7. Sepsis avec HC + à acinetobacter le 21/7. TDM thorax :



Echo : aspect en fer à cheval » typique de l'abcès : périphérie hypoéchogène de la coque inflammatoire et centre aérique hyperéchogène avec cône d'ombre impur derrière.



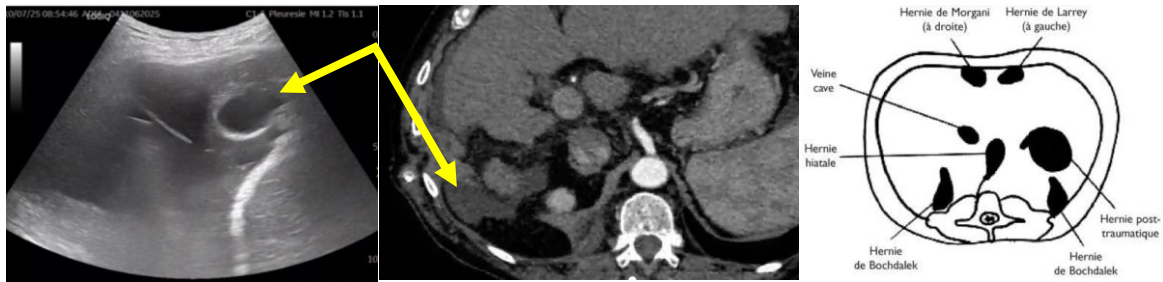
Lien vidéo : <https://youtu.be/i2EDZxwyxh0>

Cas 2 : Thibaut Delisle (Créteil)

F 75ans, cirrhose éthylique sévère, plusieurs décompensation oedémato-ascitique. Pleurésie transsudative chronique récidivante symptomatique, sans ascite.

Ponction itérative (1^{ER} DTD exclu après infection)

L'écho retrouve une pleurésie libre et une hernie diaphragmatique, avec contenu liquidien (ascite sous phrénique).



Lien vidéo : <https://youtu.be/VguQyUN7wQ>

Ces hernies postérieures sont des déhiscences diaphragmatiques sur les fentes de Bochdalek, fréquent avec l'âge, à contenu le plus souvent de graisse rétropéritonéale, parfois de contenu viscéral, en particulier rein. Ici la hernie de Bochdalek ne contient que de la graisse et de l'ascite.

Cas 3 : Echo et Grossesse. Gilles Mangiapan (Créteil)

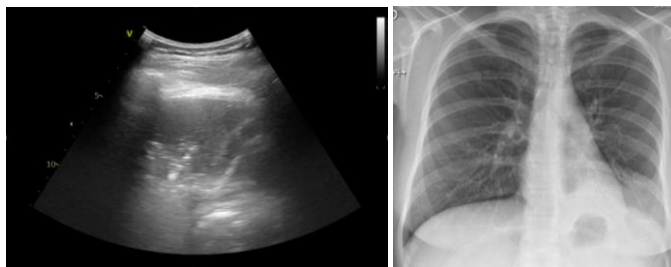
-F de 29 ans, enceinte de 8 semaines.

Toux, sensation fébrile, prise de pristnamycine, amélioration, arrêt au bout de 4 jour. À J7 réapparition de la toux, fatigue, Bio : 13000 leuco, CRP 80. Auscultation : quelques râles bronchiques diffus, pas de foyer de crépitations, pas de douleur thoracique. Percussion symétrique.

Essaye de faire radio en ville : 10 à 15 jours de délai...ou refus car grossesse.

Rappel : l'irradiation transmise au fœtus d'une radio de thorax, est nulle : pas de contre indication... si l'indication est réfléchie.

Echo bilatérale : aspect en L5

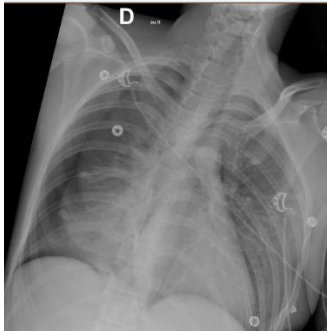


Lien vidéo : <https://youtu.be/IS7TGvuz-bY>

Mais pourquoi lui avoir fait la radio ???

En fait la pneumonie a été ratée initialement à l'écho car une mauvaise sonde a été utilisée :linéaire haute fréquence : on a confondu rate et pneumonie : impression d'écho normale. Radio sur forte suspicion, reprise echo avec sonde convexe basse fréquence : pneumonie facilement visible !!!

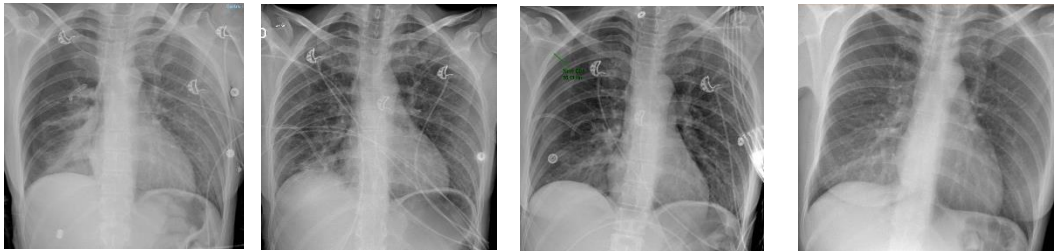
-F 30 ans, tabac début à 16 ans : 14 PA. Tachycardie sous bisoprolol. Mi avril, douleur thoracique brutale + dyspnée -> urgence : découverte d'une grossesse débutante (9SA) et d'un PNT sur la radio



La première radio d'un pneumothorax spontané est impérative : recherche de lésion sous-jacente, recherche des 3 anomalies nécessitant un drainage en urgence et un avis chir : PNT bilat, hémopneumothorax, brides, et évaluation de l'abondance en cas de PNT complet.

Une fois cette radio faite, les recommandations françaises (2023) proposent une surveillance par échographie.

Chez cette patiente : surveillance radiologique au lit, avec 4 radios supplémentaires effectuées, alors qu'elles auraient pu être évitées par une écho quotidienne.



Il est temps de se mettre à l'écho pour surveiller les PNT : il est très facile d'éliminer un PNT à l'écho, l'affirmer, nécessite de reconnaître le point-poumon, ...évident quand on a vu 1 !!!

Cas 3 : où l'on parle de diaphragme. Natacha Moutard (La Pitié/CHIC Créteil)

-patient traité pour une pneumonie, adressé pour recherche de pleurésie

Pas d'image disponible ... il faut aller voir la vidéo en suivant ce lien : https://youtu.be/KJlgAt_ZfBY

Mais le diagnostic était clinique : il avait un hoquet, visible en écho par contraction brutale, spasmodique du diaphragme ! donnant ce bel aspect échographique de hoquet...

-Autre cas : écho d'une patiente avec ATCD de PNT sur endométriose, opéré. Revient pour suivi

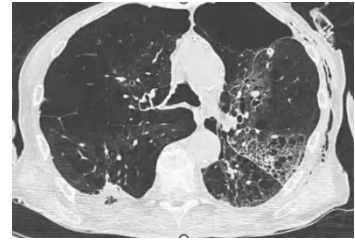
Echo : on retrouve une solution de continuité sur le diaphragme avec une protrusion du foie au travers : il s'agit d'une rupture diaphragmatique sur endométriose diaphragmatique.



Lien vidéo : <https://youtu.be/6P1kocr7ct4>

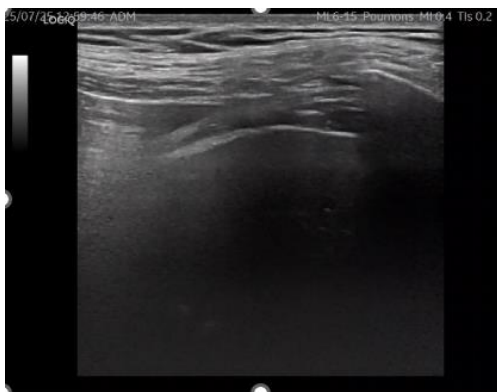
Cas 4 : IRA chez un emphysémateux. Gilles Mangiapan(Créteil)

Homme de 74 ans, emphysème pulmonaire connu sur tabagisme actif persistant, au stade d'IRCO sous OLD... avec tabagisme persistant! A déjà fait 2 PNT droits avec talcage par thoracoscopie et PNT gauche en 2024 lors d'une pneumonie, drainé. (TDM de 2024 :)



Douleur thoracique et dégradation respiratoire, arrivée directement en UPI par refus de passage aux Urgences. SaO2 90% sous 3 l/mn, tirage, sus claviculaire, FR 35/mn, ne termine pas ses phrases

Echo : peu ou pas mobile en antérieur : distension ou PNT ?, on descend en axillaire sur la zone de jonction : on retrouve un aspect typique de point diaphragmatique et un aspect d'hydroPNT minime : on affirme le PNT



aspect d'hydroPNT : affirme le PNT !

lien vidéo : <https://youtu.be/yVCQ19gRdns>

Peut-on drainer sans radio ? j'affirme le PNT grâce à l'écho, le patient est en détresses respiratoire sur PNT secondaire, il y a donc une indication à drainer quel que soit l'abondance.

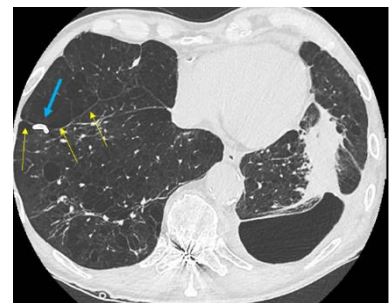
Pour être en sécurité : on se met juste au-dessus du diaphragme, là où l'on est sûr que le poumon est décollé, et on draine avec un système sécurisé : drain seldinger de petite taille.

Il était en plus sous anticoagulant... qui n'est pas une contre-indication au drainage d'urgence, le drainage seldinger étant une procédure à faible risque hémorragique, surtout si échoguidée

Dès la pose du drain, amélioration clinique immédiate avec FR à 20, parole possible et SaO2 qui remonte à 95.

Voici le scanner après. A noter qu'un drain mis en axillaire à un risque élevé d'être en intrascissural ce qui est le cas, mais il a fait le job : disparition quasi complète du PNT !

Indication théorique à une symphyse ...que le patient a refusé



Prochain staff écho clinique : le vendredi 31 Octobre 2025