



CR Staff Echo clinique du 31 Octobre 2025

Animé par Gilles Mangiapan

Experts du G-ECHO : Françoise Lepimpec Barthes (HEGP)

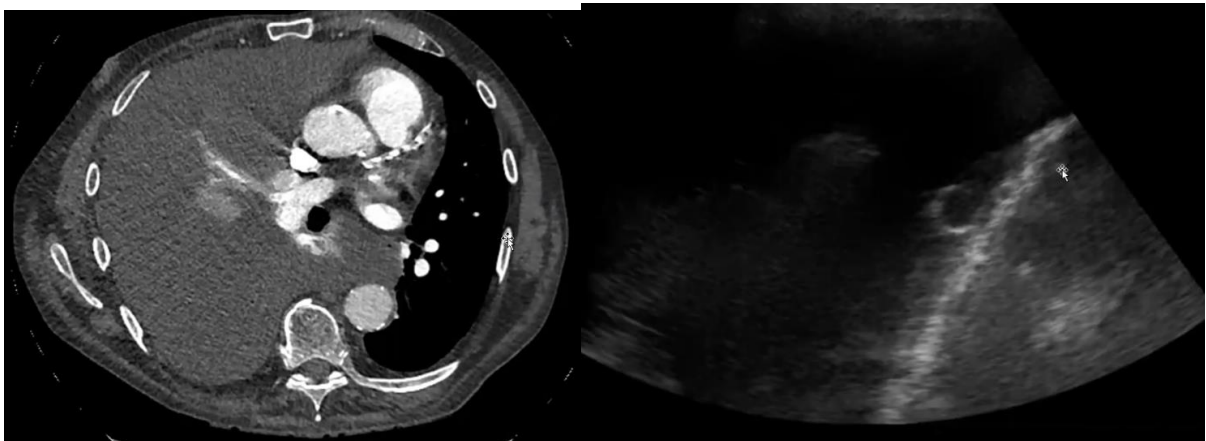
Présents : 15

4 cas présenté par Hadja DAIF, pneumologue à l'hôpital de Chauny

1 une balle rebondissante dans une pleurésie transsudative

H 67 ans, suivi pour cirrhose. Vient pour détresse respiratoire sur pleurésie droite abondante

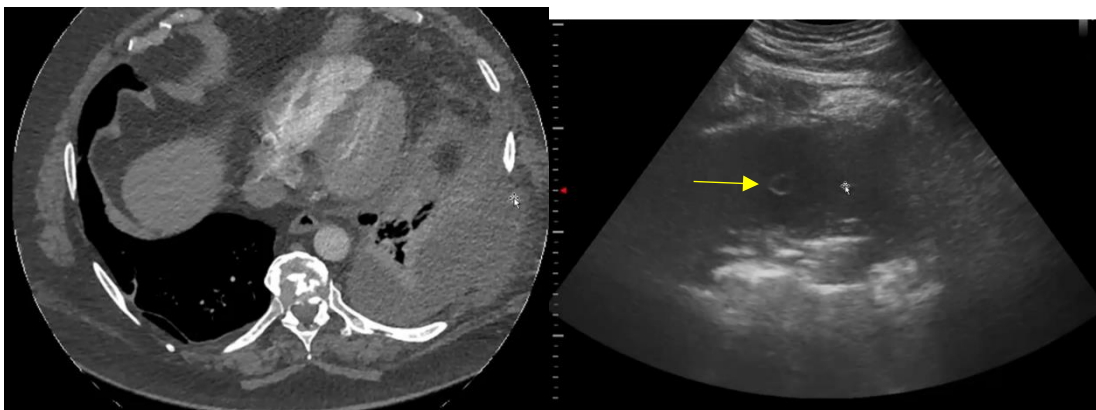
A l'écho on retrouve une image arrondie à centre anéchogène, mobile : c'est une balle rebondissante comme dans les cas d'Aout, mais cette fois ci sur une pleurésie transsudative d'hydrothorax sur cirrhose.



La dernière fois nous avons évoqué une cloison libre de fibrine donnant cet aspect de balle. Cependant ici, avec un transsudat pur, cette hypothèse ne tient pas. On discute de petite hernie diaphragmatique, habituelle dans la cirrhose. Cela pourrait il être un petit sac péritonéal qui passe dans le thorax ?

Cas 2 : une 2eme balle rebondissante dans une pleurésie infectieuse

H 70 ans , diabétique hypertendu. Pleuropneumopathie bilatérale avec empyème gauche Echo : aussi une image arrondie mobile mais cette fois ci plus facilement expliquée par une pleurésie multicloisonnée avec une petite balle de fibrine détachée et mobile



Cas 3 – Nodule et pleurésie.

H (56 ans suivi pour un CPC lobe supérieur droit avec des localisations métastatiques notamment cérébrales et osseuses. Rechute ganglionnaire claviculaire, une altération nette générale. Apparition d'une pleurésie droite de moyenne abondance. Dernier TEP lésion basale dans l'angle phrénopulmonaire.

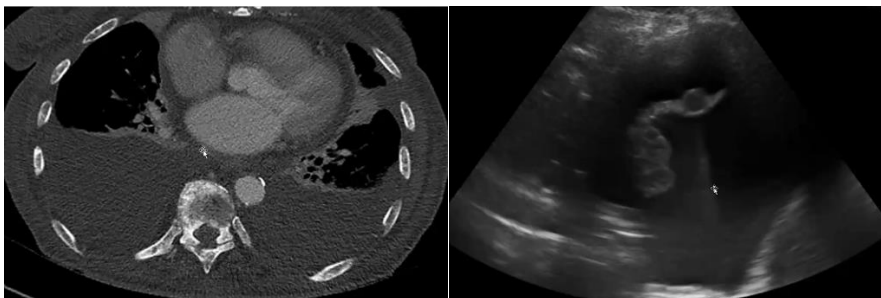
Image échographique de la pleurésie : où est cette image ?

On retrouve des nodules sur le diaphragme et une image tissulaire en profondeur, qui correspond au nodule hypermétabolique vu sur le TEP : c'est en effet en profondeur sur une coupe en R5 : la profondeur est donc vers l'avant. On voit aussi l'aorte en profondeur : pas loin, comme sur le TEP attachée au poumon aéré plus en profondeur. La pleurésie a un peu modifié les rapports anatomiques, mais il s'agit bien de la même lésion.



Cas 4 : nodule pulmonaire

F 88 ans, Cancer du sein métastatique pleure, os



On voit très bien les nodules métastatiques dans le poumon atelectasique.

Cf cours « nodules » : un nodule est visible dans le parenchyme, s'il est en contact avec la paroi ou s'il n'y a pas d'air entre la paroi et le nodule, en particulier en cas d'atelectasie (milieu aqueux diffusant).

Par contre une image arrondie hypoéchogène dans une atelectasie peut être autre chose qu'une métastase : Gilles décrit des images kystiques de séquestrations ou des images kystiques de DDB vues dans des atelectasies en contexte infectieux.

Cas N° 5. Gilles Mangiapan (Créteil) à partir d'un cas de demande d'avis de Saint Etienne

Homme de 62 ans, diabétique, géorgien, en France depuis peu.

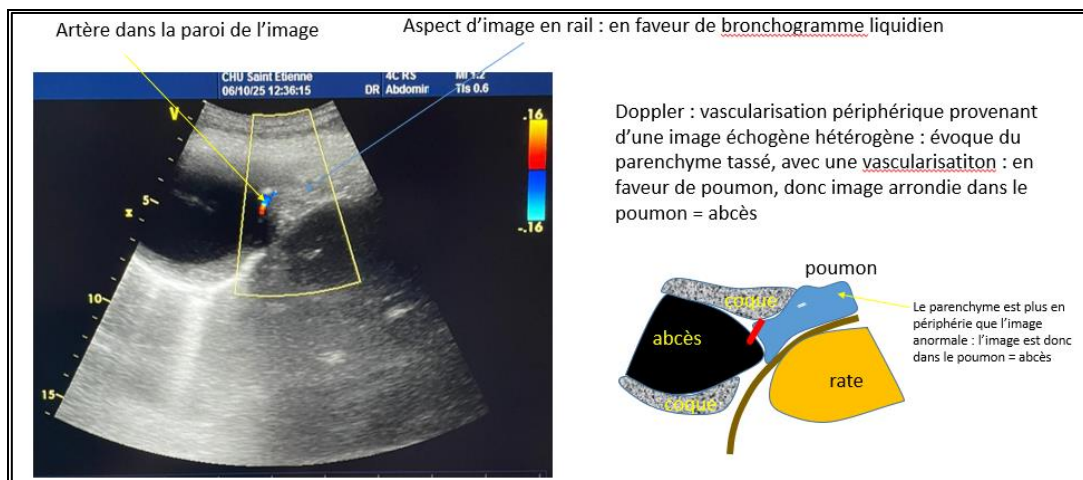
Il avait été hospitalisé en Géorgie au mois d'août pour la prise en charge d'une pleuropneumonie droite. Il a reçu des antibiotiques. Il revient en France début octobre et là il a à nouveau de la fièvre et donc il est hospitalisé à Saint-Étienne. On a pas de scanner, on a que l'écho.

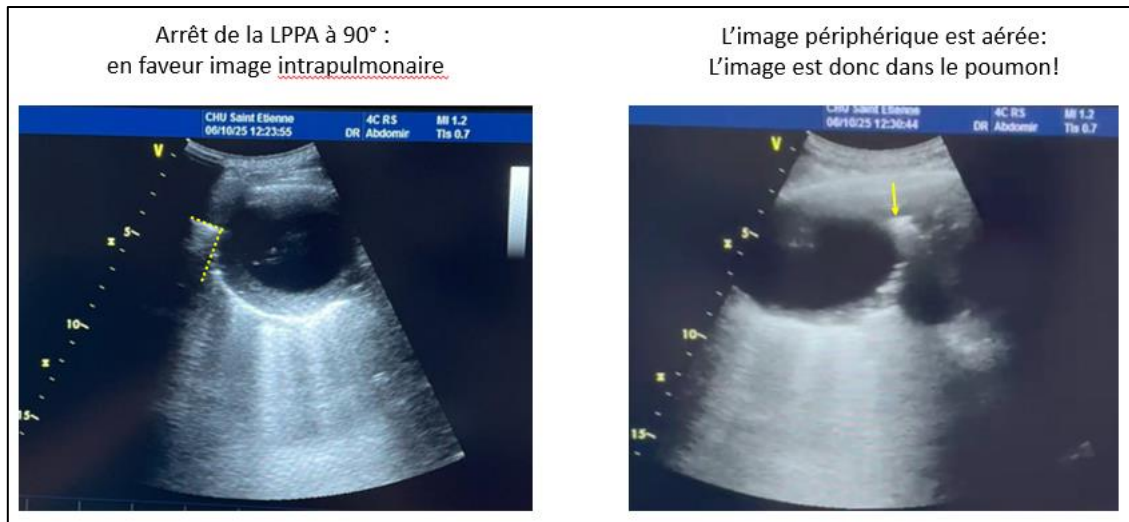
Sur l'écho d'entrée, image arrondie, elle est un échogène, mais avec un contenu hétérogène et entourée d'une grosse coque. La question était est-ce une pathologie pleurale avec une pleurésie enkystée ou est-ce un abcès pulmonaire ?



Faire la différence :

- vascularisation. On retrouve en doppler des vaisseaux plus superficiel que la lésion : probablement lésion pulmonaire
- image de tissu pulmonaire. on retrouve là encore de manière plus superficielle que l'image, un bronchogramme aérique donc cette image est dans le poumon et c'est bien un abcès pulmonaire, enfin on repère un endroit où la ligne pleuro pulmonaire aérée s'arrête à angle droit sur la lésion, confirmant encore sa localisation intrapulmonaire.





Donc abcès enkysté pulmonaire.

Quand une image est complexe, il faut aller voir comment elle se comporte avec les structures normales adjacentes.

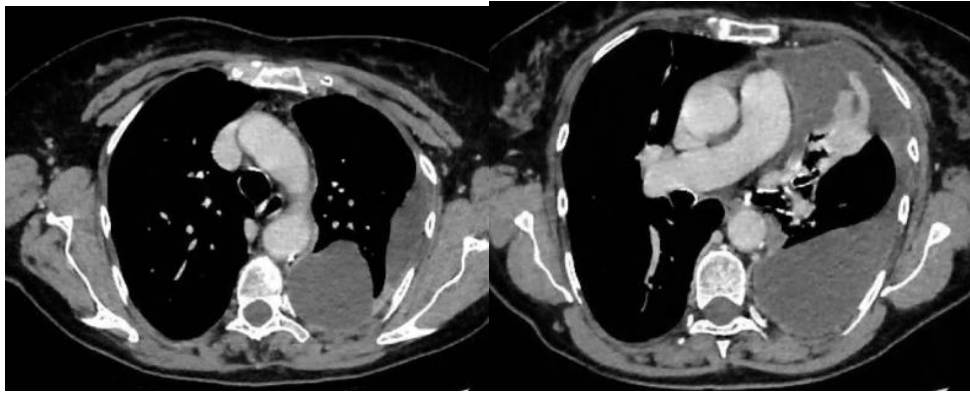
Cependant si cela reste après traitement antibiotique, il est tout à fait possible de proposer une ponction voire un drainage si le syndrome inflammatoire persiste.

Une question de l'équipe d'Argenteuil : comment faire la différence entre pleurésie enkystée et un kyste hydatique ?

Discussion autour du degré de complication : quand on a un kyste hydatique non compliqué, il est généralement dans le poumon, on peut voir les membranes à l'intérieur et l'épaississement de la paroi à l'attache des membranes. On fait la différence sur les zones périphérique qui montre que le kyste est dans le poumon, et là en effet, il ne faut surtout pas ponctionner : traitement chirurgical. Par contre quand le kyste hydatique s'est rompu dans la plèvre, on n'est pas dans le même contexte, c'est déjà dans une maladie compliquée avec dissémination pleurale. Le plus souvent, on retrouve plusieurs kystes pulmonaires+ une pleurésie avec des aspects différents (kystes rompus, niveau hydro aérique, pachypleurite...)

Cas 6 : Pleurésie enkystée ou libre ? Gilles Mangiapan, Créteil

Femme de 68 ans dyspnée progressive révélant une pleurésie exsudative panachée sans germe ni cellules tumorales. Tdm thorax :

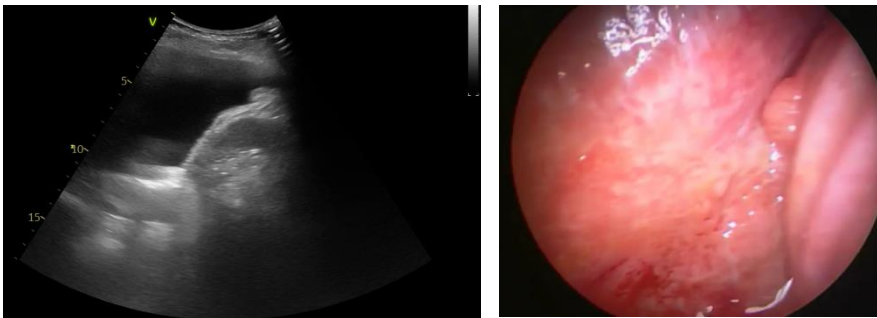


La pleurésie paraît enkystée, pas totalement déclive, avec des zones d'adhérences entre poumon et paroi, en particulier au sommet et en axillaire.

Echo : on retrouve une pleurésie anéchogène libre, on note l'existence d'un nodule diaphragmatique

Proposition d'une pleuroscopie diagnostique

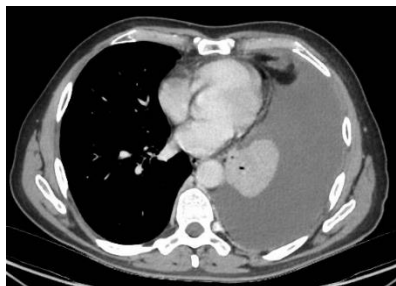
La cavité pleurale est totalement libre, sans adhérence, sans attache (déjà constaté à l'écho) contrastant avec l'aspect TDM. On retrouve le nodule diaphragmatique, ainsi qu'une pachypleurite un peu mamelonnée et irrégulière dont les biopsies retrouvent un mésothéliome.



Donc attention aux images d'enkystement au scanner, l'écho est supérieure au scanner pour déterminer si une pleurésie est libre ou non.

Cas N° 6 , complications hémorragiques des abords pleuraux.

H 69 ans suivi pour cancer du pancréas, ATCD de MTEV (EP) récidivante , sous xarelto au long cours. Pleurésie néoplasique adressée pour PEC.



Arrêt du xarelto 48h avant (48h sans prise).

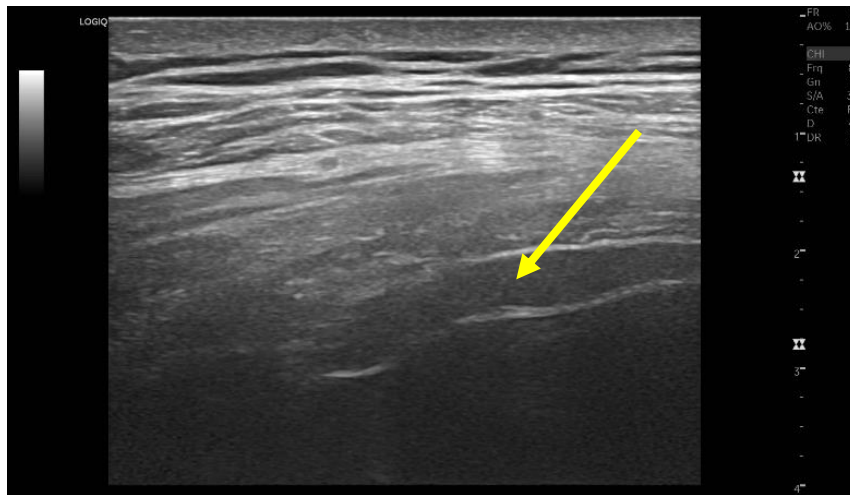
Echo : pleurésie anéchogène libre, atélectasie complète du Lobe inférieur, arrondie (en faveur d'un poumon non expansif).

Ponction pleurale évacuatrice : liquide citrin, trouble, exudatif (48 g de protine) 280 globules rouges, 1170 éléments, panaché, présences de cellules tumorales. Manométrie pleurale + 10 cm d'eau à l'entrée. A 1400 ml, on est à - 8 – 12 cm d'eau. Echographie persistance de l'atélectasie complète, confirmant le poumon non expansif. arrêt évacuation et proposition de drain tunnélisé à demeure.

Retour à domicile avec RDV la semaine prochaine pour pose de DTD.

Rappelle le lendemain matin pour douleur thoracique toute la nuit, sans dyspnée.

Echo : épaissement de l'espace intercostal au niveau de la zone douloureuse pas de PNT.



Il nous apprend qu'il a repris le xarelto 2 h après la ponction... on avait oublié de lui donner des consignes claires : reprise au minimum 12h plus tard et 24 h plus tard si geste à risque (biopsie) !

Donc hématome de paroi sur reprise trop précoce des anticoagulants.

Amélioration en 48h après à nouveau suspension des anticoagulants.

Commentaire : quand il y a une douleur, c'est toujours la paroi !

Si un patient drainé développe une douleur brutale, pensez au saignement pariétal, c'est une urgence.

Et n'oubliez pas la check post procédure, incluant les consignes au patient !

Prochain staff écho clinique : le vendredi 19 décembre 2025