



CR Staff Echo clinique du 19 Décembre 2025

Animé par Gilles Mangiapan

Experts du G-ECHO : Vincent Ducrocq

Présents : 7

Cas1 : Actinomycose thoracique. Gilles Mangiapan, Créteil

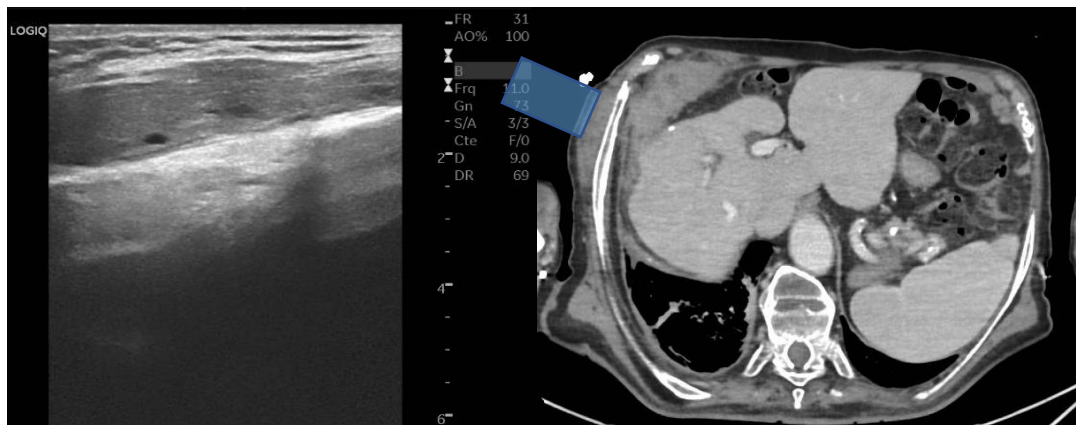
H 92 ans, AEG HL à PNN

TDM : infiltration thoracique pleural, peut-être aussi sous diaphragmatique. Mais on repère aussi une infiltration pariétale en superficie du plan costal.



L'impression est une pathologie infectieuse. A 92 ans, il faut bien sûr discuter le rapport bénéfice risque d'une ponction. Cependant, si c'est dans la paroi thoracique en dehors du plan costal et visible à l'écho, une biopsie écho guidée sous AL à la xylo tamponnée, au lit du patient (pas de déplacement) ne présente aucun risque et aucune douleur et le rapport bénéfice risque dans ce cas est toujours en faveur de la réalisation de la biopsie

On réalise l'écho et on retrouve en effet une infiltration pariétale franche.



On réalise la biopsie à l'aiguille trucore semi automatique de 18 G sous AL à la xylo tamponnée et sous échoguidage direct, 3 passages avec mise en culture, en particulier pour les germes à croissance lente. En effet une infection torpide avec atteinte pleurale et pariétale doit faire évoquer l'actinomycose.

L'histologie retrouve de la nécrose et des tissus infiltrés par une inflammation neutrophilique, la culture revient positive à *Actinomyces naeslundii*

Malgré la mise en place rapide d'une antibiothérapie probabiliste (couvrant l'actinomycose), l'évolution est défavorable avec DC sur inhalation à J7 d'hospit.

Message clé : sur la question « est-ce biopsable ? », la réponse écho est toujours : « faut voir ! » !

Et une lésion superficielle facilement accessible n'a aucun risque sous échoguidage et AL correcte.

Cas N°2 : biopsie pleurale, quelles techniques . Gilles Mangiapan, Créteil

La discussion évolue vers les techniques de biopsies pleurales à l'aiguille : abrams, castellain ou trucore ?

La littérature est abondante sur l'abrams, mais les techniques diffèrent selon les centres ! de plus l'aiguille est grosse et beaucoup ont des souvenirs difficiles de cette technique

L'aiguille de castellain est moins présente dans la littérature, mais les quelques articles, montrent quand même des résultats proches. A Créteil, nous avons repris près de 200 biopsies à la castellain avec une rentabilité globale de plus de 70%, en particulier dans les pleurésies néoplasiques (Colin, CPLF 2006). Surtout, nous avons plus de 50% de diagnostic chez des patients non éligibles à une thoroscopie diagnostique.

Enfin l'aiguille trucore semi automatique peut aussi récupérer des fragments pleuraux de qualités.

N'oubliez pas, on ne biopsie que vers le bas pour éviter le paquet vasculo-nerveux !!! jamais de biopsies dirigées vers le haut de l'espace intercostal !

Le choix entre ces 3 techniques dépend bien sûr de celle que l'on connaît.

Pour abrams et castellain, on peut faire plusieurs zones autour du point d'entrée demi cercle vers le bas, devant la côte inférieure.

Mais si on fait échoguidée en temps réel, les biopsies ne seront que dans l'axe de l'espace intercostal pour toujours voir l'aiguille.

Cependant, les études sont aussi difficiles à comparer car peu descriptive sur l'existence d'une pachypleurite ou non.

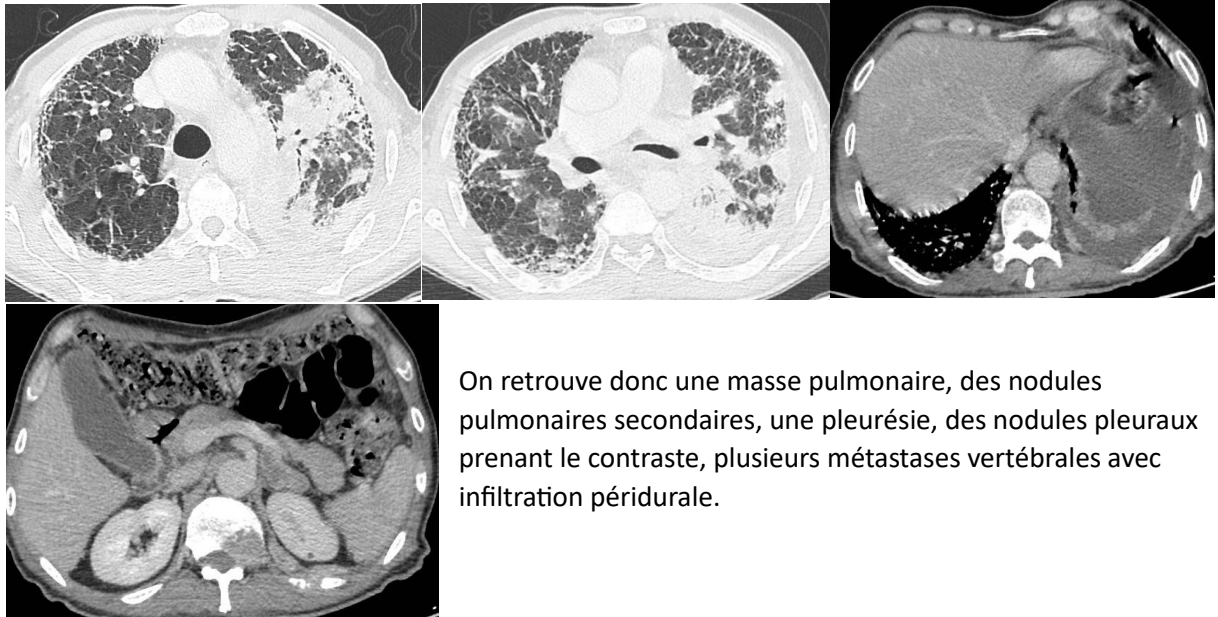
En l'absence de pachypleurite, la biopsie à l'aiguille (et non à l'aveugle : c'est toujours échorepéré, c'est la « closed pleural biopsy » des anglosaxons !), reste l'examen à réaliser en première intention en cas de suspicion de tuberculose (n'oubliez pas de mettre un fragment pour la culture BK et la PCR BK)

En cas d'autres suspicions, et en particulier pleurésie néoplasique, il faut rapidement préférer la biopsie sous pleuroscopie... que malheureusement plus grand monde ne pratique !!! en cas d'indisponibilité de la pleuro (qui se fait conscient sous AL et/ou ALR), la thoroscopie est bien sûr une option, mais de nombreux patients sont récusés sur leur état général ou leur âge et dans ces cas, une biopsie à la castellain ou l'abrams (sous réserve, d'une bonne anesthésie locale : Guiraud Chaumeil, rev mal respir 2025) est une option acceptable.

Par contre en cas de pachypleurite nodulaire à l'écho, la biopsie échoguidée doit être le premier choix, et dans ce cas, avec une aiguille trucore semi automatique, plaquée dans ou contre le nodule. Et il n'y a pas de taille minimale.

Pour illustrer cette discussion un cas est présenté :

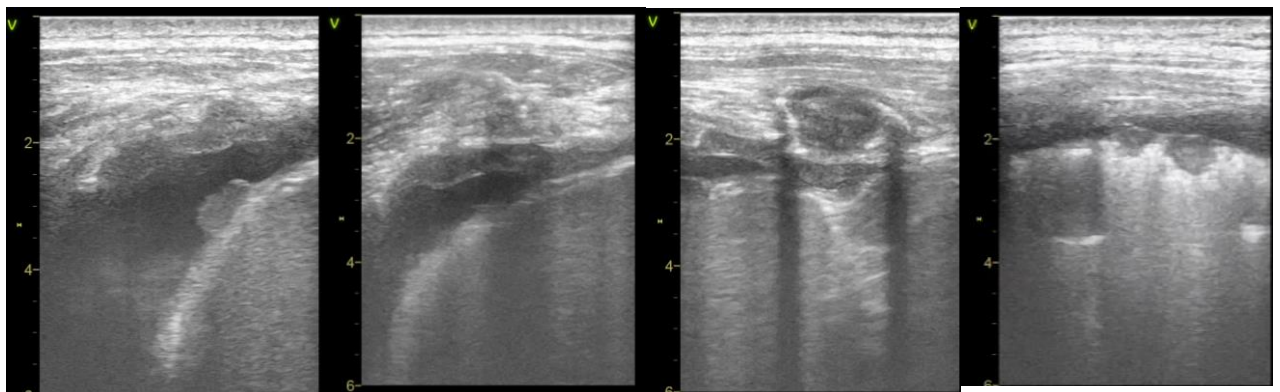
Un homme de 67 ans , tabagique présente des douleurs lombaires depuis 1 mois , non soulagées par les AINS ni AA pallier 1 : des scanner lombaire puis thoraco abdominal sont réalisés :



Quel abord diagnostique ? Le plus efficace (1 seul examen), Le plus simple, Le plus confortable (le moins inconfortable), Le moins cher = biopsie échoguidée en première intention.

Chaque fois que le choix est possible entre fibro, biopsie scanno guidée ou biopsie échoguidée, sur les 4 critères de choix d'un examen, la biopsie échoguidée l'emporte toujours !

On réalise l'écho thoracique et on retrouve les nodules pleuraux, pariétaux, diaphragmatique et pulmonaire ...



et depuis le temps , vous le savez : ce qui est échovisible est écho ponctionnable... pas seulement le liquide pleural, mais aussi les nodules.

Le choix se porte vers une aiguille trucore semi automatique 18G : chaque fragment biopsique de sa fenêtre réglée sur 1,5 cm est équivalent à 4 ou 5 biopsies bronchiques !

On réalise 3 passages dans le nodule du cul de sac permettant le diagnostic d'ADK TTF1+, sans mutation (suffisamment de matériel pour le NGS complet).



Pour voir la vidéo : https://youtu.be/OP_2FwmWqDI

Dernier point pratique : on dit souvent que pour faire une biopsie il faut laisser du liquide. C'est vrai pour Abrams et Castelain, pas utile pour trucore s'il y a une pachypleurite.

Cependant, même s'il ne reste très peu de liquide , on peut facilement « laver la plèvre » en perfusant 500 ml de sérum physiologique , permettant de repousser le poumon des 2 à 3 cm nécessaires pour introduire l'aiguille de castelain ou d'abrams sans risque.

C'est même encore plus facile si le patient est drainé, on injecte au travers du drain, exactement comme pour un lavage pleural !

Donc, ne vous privez pas d'évacuer les plèvres que vous ponctionnez... « une plèvre vidée est une plèvre sauvée » !!!

Une dernière question était le risque de ponctionner une pleurésie qui serait finalement une hydatidose.... La réponse dans le prochain staff écho clinique de février 2026 avec la grande question, l'hydatidose pleurale primitive existe-t-elle ou est-ce toujours une rupture d'un kyste hydatique hépatique ou pulmonaire... réponse en février....

Prochain staff écho clinique : le vendredi 27 Février 2026