



CR Staff Echo clinique du 27 février 2026

Animé par Gilles Mangiapan
Expert du GETA : Kada Bentata
Expert du GETT : Islam Mejri
Connectés : 17

1 : Pleuroscopie au vidéobronchoscope à usage unique. Gilles Mangiapan

La pleuroscopie nécessite une AG et un matériel spécifique : trocart, optiques, pince à biopsie colonne de vidéo chirurgie. La pleuroscopie « médicale » (pleuroscopie sous anesthésie locale) est moins contraignante : avec une bonne anesthésie locale, une prémédication et une anesthésie locorégionale comme un bloc intercostal ou un bloc des érecteurs du rachis : on s'affranchit du bloc opératoire pour revenir en salle d'endoscopie, mais le matériel spécifique reste nécessaire, et les patients les plus précaires sont quand même récusés.

Dès l'arrivée des fibroscopes bronchiques au début des années 1970, certains ont essayer la fibroscopie de la plèvre, mais le matériel devait être stérilisé, ce qui n'est pas possible avec les videobronchoscopes actuels, et les biopsies étaient plus petites qu'avec le matériel habituel. Cependant, l'avènement des fibroscopes à usage unique permet d'avoir un fibroscope stérile. Les tailles les plus petites de 3,8 mm peuvent passer au travers du trocart des kits de pose des drains tunnés à demeure (pleurX, rocket IPC, aspira ou asept)

Gilles présente le cas d'un patient BPCO traité pour un cancer pulmonaire par chimio et immunothérapie. Il développe AEG, exacerbation hypercapnique, pleurésie gauche exsudative panachée, sans cellules tumorales. Il est trop limite (PS4, Capnie élevée) pour une fibro diagnostique et encore moins pour une pleuroscopie conventionnelle (ne tient pas le décubitus latéral).

Du fait de la reconstitution rapide du liquide on propose la pose d'un drain tunnés à demeure.

Au moment de la pose, en position semi assise (position de fowler 35°), on décide de « jeter un coup d'œil » en mettant un fibroscope à usage unique au travers du trocart du DTD, permettant d'explorer la cavité pleurale qui retrouve une plèvre inflammatoire épaissie sans nodule avec quelques adhérences, en faveur d'une réaction inflammatoire à l'immunothérapie plus que d'une récive de cancer.

Il guéri sous corticoïdes, permettant d'enlever le drain à M1.

Ce cas ouvre de nouvelles perspectives chez les patients les plus fragiles avec la possibilité de vérifier la plèvre dans les pleurésies sans diagnostic avec décision de DTD de confort chez des patients altérés. Cette « fibroscopie pleurale » peut se faire sans anesthésie supplémentaire, dans la position de pose du DTD



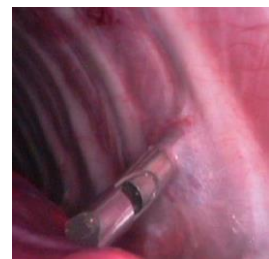
lien youtube de la vidéo : <https://youtu.be/Kh5eTXDxcGs>

2- techniques de biopsies pleurales à l'aiguille. Gilles Mangiapan

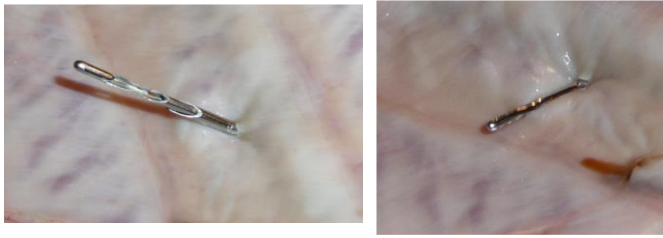
En réponse à une question sur les biopsies pleurales à l'aiguille, Gilles présente un diaporama fait pour les DES de pneumologie sur les abords pleuraux et les biopsies pleurales.

3 techniques existent :

-aiguille Abrams : c'est un trocart de grande taille (4mm, 6 gauge). Il faut retirer l'aiguille à chaque prélèvement. On visse et dévisse un mandrin interne, qui ouvre une fenêtre et qui arrache un petit fragment de plèvre.
(photo CH Marquette)



-Aiguille de Castellain : c'est une aiguille à crochet qui va racler la plèvre pariétale. Elle passe au travers d'un trocart de 12 gauge (2mm). On peut laisser le trocart en place, mais le retrait de l'aiguille met en communication l'extérieur et l'intérieur risquant de faire un PNT (mais sans conséquence !) pour l'éviter, il suffit de faire une pression positive intrathoracique : faire parler ou chanter le patient.



-Aiguille trucore semi automatique : c'est une aiguille de 18 ou 16 Gauge (1 ou 1,3mm), on plaque l'aiguille contre la plèvre sous échoguidage, on ouvre la fenêtre au contact de la plèvre et on déclenche. Surtout si pachypleurite nodulaire, mais aussi réalisable sur plèvre fine (tuberculose+++)



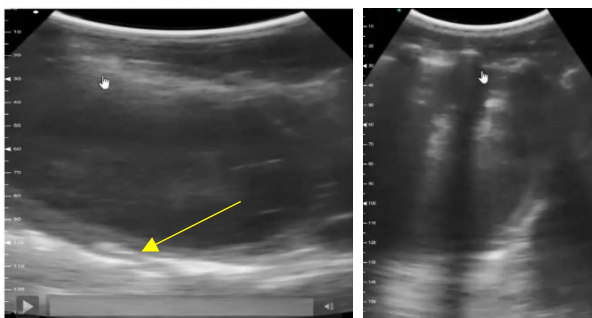
La littérature compare surtout l'abrams (la plus universelle) et la trucore guidée par l'imagerie (l'aiguille des radiologues !). Peu de littérature sur castelain !

3-Hydatidose pleuro pulmonaire. Islam Mejri et Kada Bentata

Une question régulièrement posée dans les formations du G-ECHO est de savoir si on peut faire la différence entre kyste hydatique et pleurésie infectieuse, surtout dans les pays d'endémie... cette question a été posée à Islam et à Kada qui nous présente les principaux aspects et quelques cas.

-Islam nous rappelle la progression de l'écho thoracique en Tunisie depuis une dizaine d'années, date des premières formations du G-ECHO jusqu'à aujourd'hui où tous les services universitaires de pneumologie de Tunisie sont équipés d'échographe, et des formations sont proposées régulièrement par le GETT (Groupe Echographie Thoracique Tunisien).

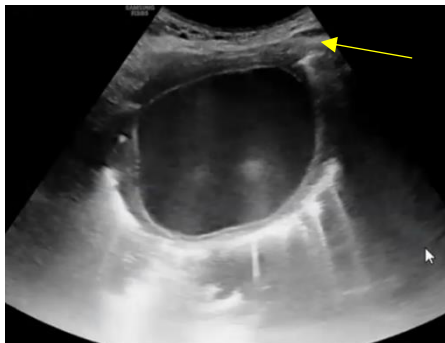
Cas 1 : H 25 ans, zone rurale, hémoptysie depuis 2 jours écho en L3 (axillaire basale gauche)
Formation ovale, anéchogène un peu hétérogène, avec aspect en double contour de la paroi : cet aspect est celui de la paroi du kyste avec poumon aéré derrière



le contenu est hétérogène et avec une zone hyperéchogène avec cône d'ombre impur évoquant un contenu aérique. On voit bien cet aspect en double contour correspondant à la paroi du kyste
L'aspect en double paroi, très évocateur du kyste hydatique est en rapport avec la structure du kyste : paroi externe, membrane prolifère interne



voici l'aspect de la radio



N'oubliez pas de bien regarder la limite du kyste : un arrêt à angle droit par rapport au poumon affirme le caractère intrapulmonaire de l'image.

Cas 2 : H 45 ans expectoration au gout salé.

Evoque une vomique kystique : la radio retrouve une image kystique aérique avec image flottante : signe du nénuphar, correspondant aux membranes flottantes

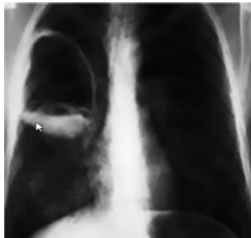


image anéchogène hétérogène avec membrane flottante et syndrome microbullaire

-Kada Bentata a fait un appel dans le GETA permettant de retrouver plusieurs cas.

Kada débute par un rappel de la structure histologique du kyste avec le périkyte et vers l'intérieur, la membrane prolifère contenant les vésicules filles.

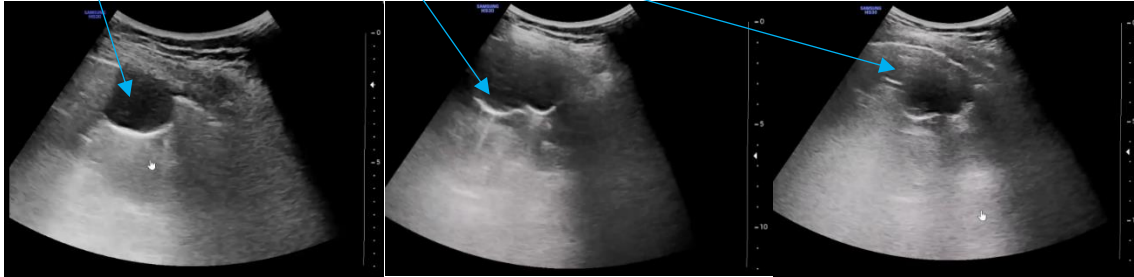
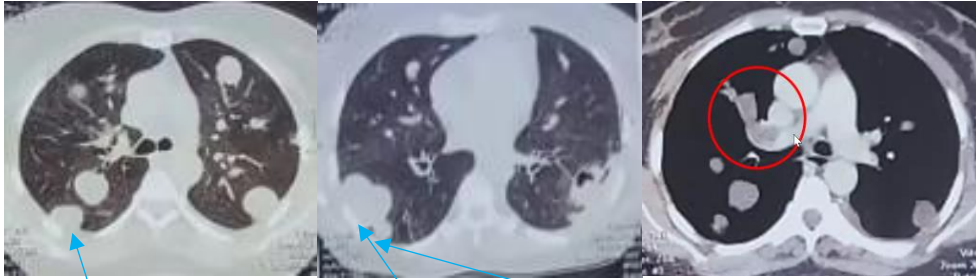
Dans un kyste on peut retrouver des vésicules de toutes tailles, de microscopique à plus d'1 cm.

Cas N°1 :

Une femme suivie pour une hydatydose hépatique et pulmonaire, déjà opérée, puis rupture de kyste hépatique dans la cavité pleurale.

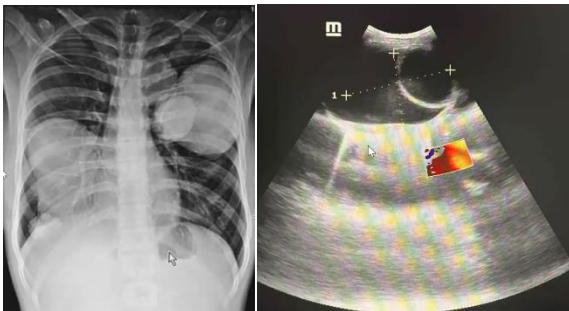
Dissémination pulmonaire avec multiples kystes pulmonaires et localisation endovasculaire dans l'artère pulmonaire droite.

Echo : image kystique intrapulmonaire



Le glissement est maintenu (sauf si symphyse ou kyste volumineux). Sur une zone on retrouve un aspect polylobé, correspondant sur le scanner à la coalescence de plusieurs kystes proches.

Cas2 du GETA



volumineux kystes pulmonaires.
l'écho retrouve une image de cloison dans l'image kystique : l'aspect est celui d'une vésicule fille volumineuse dans le kyste mère !

Cas3 du GETA :

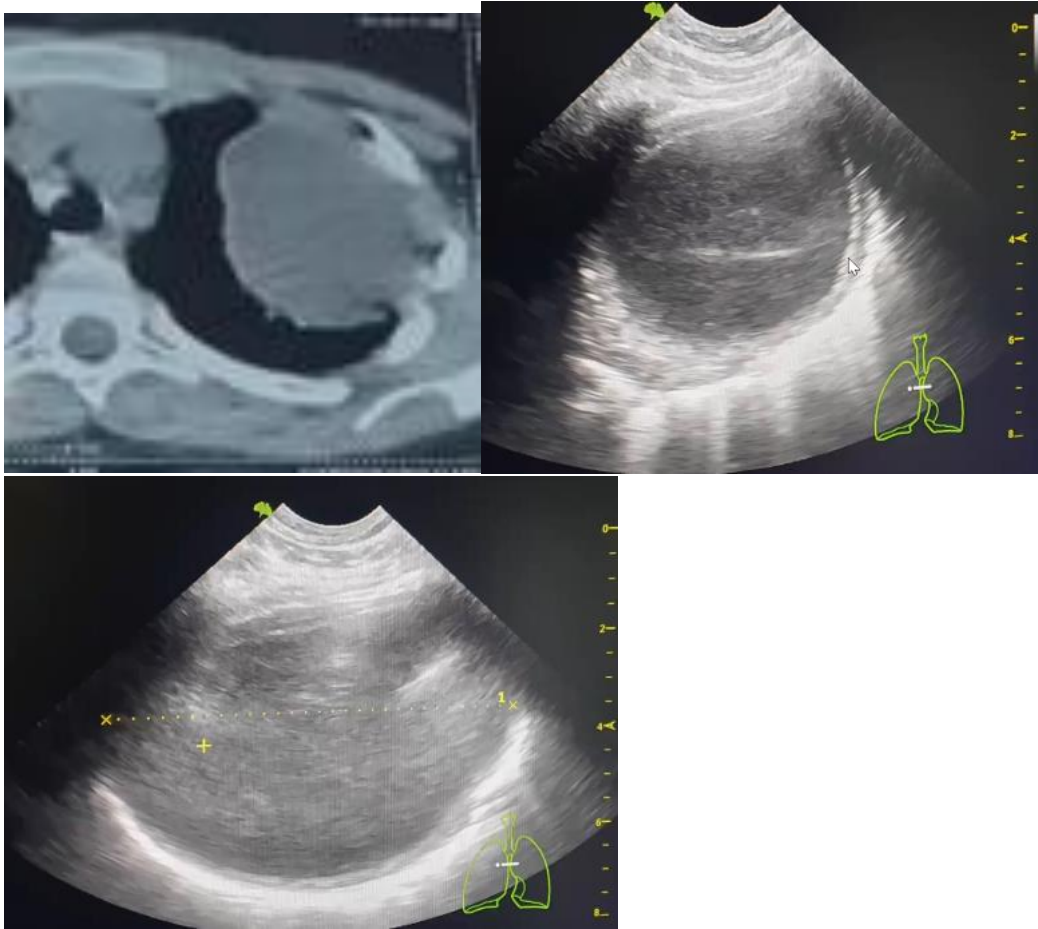


kyste compliqué avec image aérique et des fines cloisons correspondant vraisemblablement aux membranes prolifères.

En comparant avec cette image de pièce anatomique (provenant d'un article de la littérature) on imagine que c'est le même processus avec la paroi et les membranes internes.



Cas4 du GETA :



On retrouve sur ce volumineux kyste unique non compliqué avec l'aspect décrit par Islam au début avec la paroi et son aspect de double contours : paroi épaisse échogène entourée d'une fine membrane hypoéchogène, mais régulière avec contenu homogène.

Le glissement est habituellement présent, mais il peut être absent pour un kyste volumineux ou en cas de symphyse pleural (ATCD de chir ...)

En conclusion l'aspect écho d'un kyste hydatique dépend de son ancienneté et des complications

1-image kystique :

- arrondi, anéchogène

- à paroi épaisse en double épaisseur : où l'on peut distinguer 2 couches (périkyste et membrane proligère)

2-intrapulmonaire (arrêt à angle droit par rapport au poumon adjacent)

3-variantes

Kystes non compliqués :

- Avec vésicule fille interne : image arrondie dans le kyste

- Avec aspect polylobé de plusieurs kystes adjacents

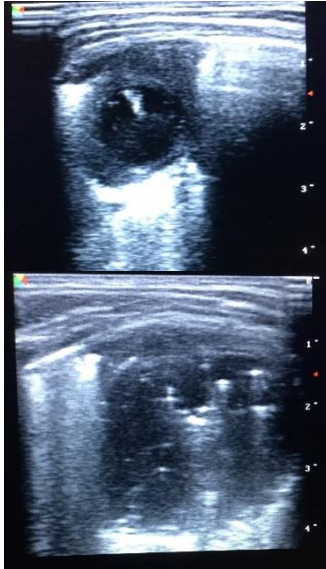
Kystes compliqués :

- avec image aérique et sd microbullaie (rupture)

- avec multiples images linéaires des membranes à l'intérieur

-Hydatidose pleurale : Gilles

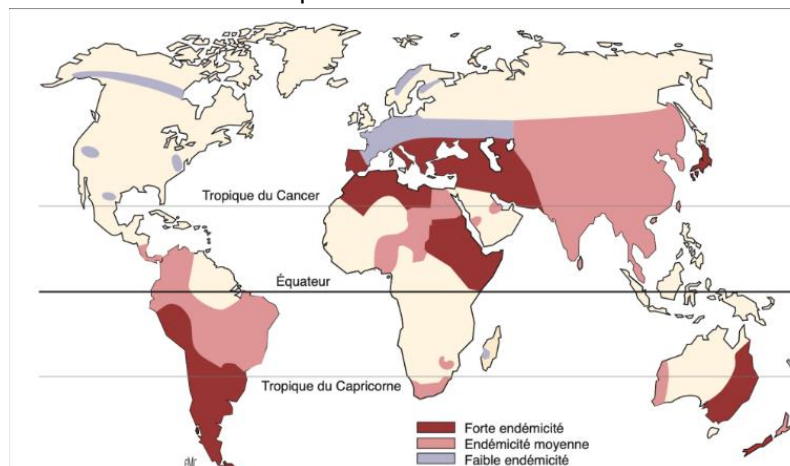
Un autre cas de tunisie (1ere formation du G-ECHO en Tunisie).



On insiste sur la caractère intrapulmonaire du kyste : arrêt à angle droit
Devant une image atypique : il faut toujours aller voir à la jonction avec les structures normales afin de savoir comment elle se construit et en particulier c'est cette limite qui vous donnera l'information de la position intrapulmonaire ou non de l'image.

Sur le kyste compliqué (rompu) : aspect très hétérogène avec image aérienne multiple. On réinsiste sur l'aspect d'arrêt à angle droit signant la localisation intrapulmonaire et non intrapleurale du kyste.

Il faut penser à l'hydatidose chez des patients en zone d'endémie ou ayant vécu en zone d'endémie : (outre le Maghreb et le proche et moyen orient, penser aussi au sud de la péninsule Ibérique, à l'Italie du sud, mais aussi sud de l'Amérique du sud ou l'est de l'Australie.



L'écho du foie est aussi une clé du diagnostic, le foie est atteint dans la majorité des cas et vous retrouverez des kystes hépatiques associés.

Kyste hépatique + kyste pulmonaire = hydatidose.

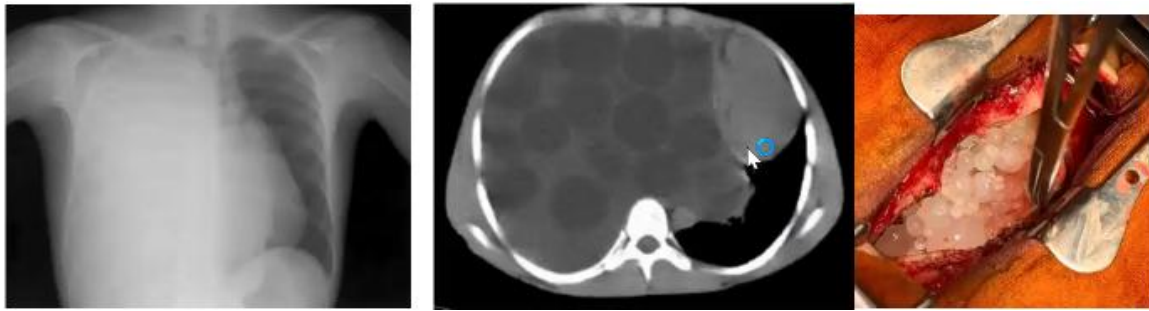
Kyste hépatique+ kyste rénal = polykystose... ;

Formes pleurales : rares :

 Soit rupture de kyste pulmonaire dans la plèvre (rare : plutôt rupture dans le poumon !)

 Soit forme pleurale primitive : rare

Gilles présente un cas de la littérature... mais sans écho !



Devant cet hémithorax opaque, le scanner retrouve une image de multiples images kystiques intrapleurales. L'intervention retire de multiples kystes intrapleuraux.

En conclusion de ces présentations :

Devant une image anéchogène arrondie, on évoque un kyste.

Vérifier la position intrapulmonaire de la lésion en regardant bien la frontière entre la lésion et le poumon normal.

Penser à l'hydatydose en fonction des pays d'endémie.

Décrire les lésions : kyste non compliqué : image arrondie avec paroi à double contour, parfois visualisation d'une vésicule fille, parfois aspect polylobé de plusieurs kystes adjacents.

Kyste compliqué : image aérienne = rupture, multiple membrane ;

L'atteinte pleurale est très rare et est donc rarement un diagnostic différentiel

Message aux membres du G-ECHO : si vous avez des images écho de kyste hydatique pulmonaire ou pleural : envoyez les nous, on constitue une banque d'image pour une description la plus exhaustive possible.

Prochain staff écho clinique : le vendredi 24 Avril 2025