



CR Staff Echo clinique du 26 juin 2026

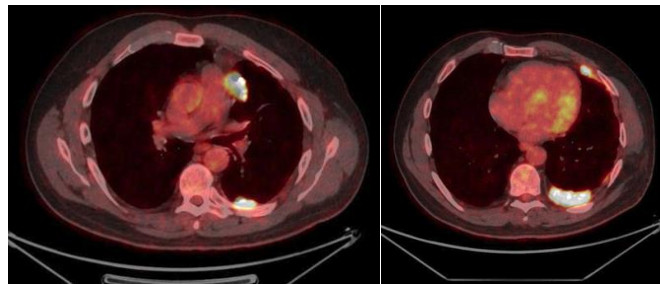
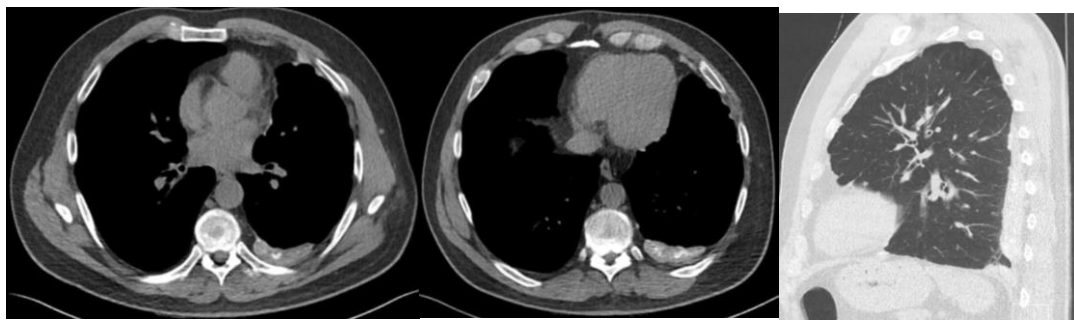
Animé par Gilles Mangiapan

Connectés : 7

1-Pachypleurite hypermétabolique. Pierre Brancalone. (La Louviere, Belgique)

Homme de 47 ans, ancien ouvrier du bâtiment, découverte fortuite d'épaississement pleuraux sur un scanner abdominal.

Bilan : TDM thorax + TEP : masses pleurales hypermétaboliques. Adressé pour biopsie échoguidée d'une suspicion de mésothéliome .



Il existe donc une masse pleurale postérieure avec un aspect hétérogène et des hyperdensités à l'intérieur, évoquant des calcifications, et d'autres nodules pleuraux, là aussi avec des zones calcifiées. Cependant, elles n'ont pas toutes les caractéristiques de plaque pleurales (pas d'angle droit) et elles sont unilatérales.

On réalise l'écho (bien sûr, après l'interrogatoire et l'examen clinique.... Qui donneront le diagnostic... suspense, avez-vous déjà trouvé ?)



L'écho retrouve une pachypleurite , avec symphyse pleurale (pas de glissement). On est cependant étonné de ne pas voir les zones calcifiées qui devraient donner un aspect hyperéchogène avec cône d'ombre postérieur.

Réponse... page suivante !

En fait l'interrogatoire retrouve un ATCD de PNT gauche 23 ans auparavant, drainé, talqué à 2 reprises puis opéré (l'examen retrouve la cicatrice !)

Il s'agit donc d'un **talcome** avec les hyperdensités du talc à l'intérieur : on ne réalise pas la biopsie !

Les talcomes peuvent rester hypermétaboliques longtemps et peuvent mimer des pathologies tumorales : l'interrogatoire redresse le diagnostic !.

Nota bene : le talcage a été efficace avec l'absence de glissement : l'écho est le seul examen permettant d'affirmer la symphyse pleurale !

Quelques ref :

-Vandemoortele T, Laroumagne S, Roca E, Bylicki O, Dales JP, Dutau H, Astoul P. Positive FDG-PET/CT of the pleura twenty years after talc pleurodesis: three cases of benign talcoma. Respiration. 2014;87(3):243-8. doi: 10.1159/000356752. Epub 2014 Jan 18. PMID: 24457915.

-Nguyen, Nghi C. MD, PhD*; Tran, Isaac CNMT*; Hueser, Christopher N. DO†; Oliver, Dana ASCP‡; -Farghaly, Hussein R. MD*; Osman, Medhat M. MD, PhD*. F-18 FDG PET/CT Characterization of Talc Pleurodesis-Induced Pleural Changes Over Time: A Retrospective Study. Clinical Nuclear Medicine 34(12):p 886-890, December 2009. | DOI: 10.1097/RLU.0b013e3181bece11

2-Photos de vacances de Gilles Mangiapan : 2^{ème} partie !.

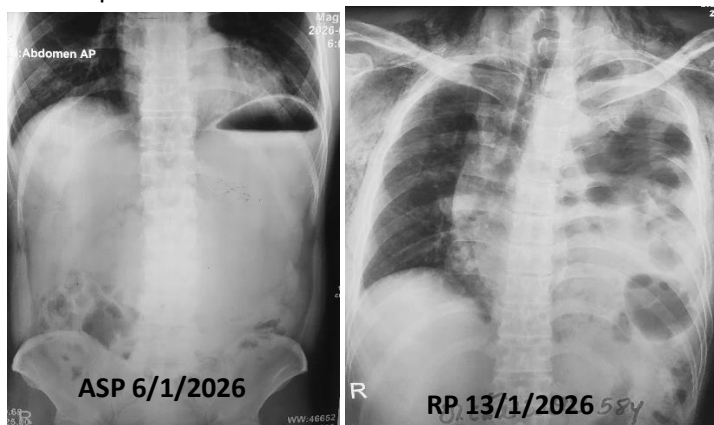
Dans le cadre d'une mission de Soutien Pneumologique International au Laos(DIU franco-laotien de pneumologie, module pathologie pleurale), Gilles a rapporté quelques cas inhabituels.

Au dernier staff, il avait présenté un cas de pleurésies à paragonimase.

Un 2^{ème} cas inhabituel est présenté :

Un homme de 54 ans vient consulter le 6 janvier pour douleur abdominale. Il est renvoyé à domicile avec le diagnostic de pancréatite non grave devant une amylase élevée.

Quelques jours plus tard, il devient dyspnéique et apparait un emphysème sous cutanée cervico thoracique.

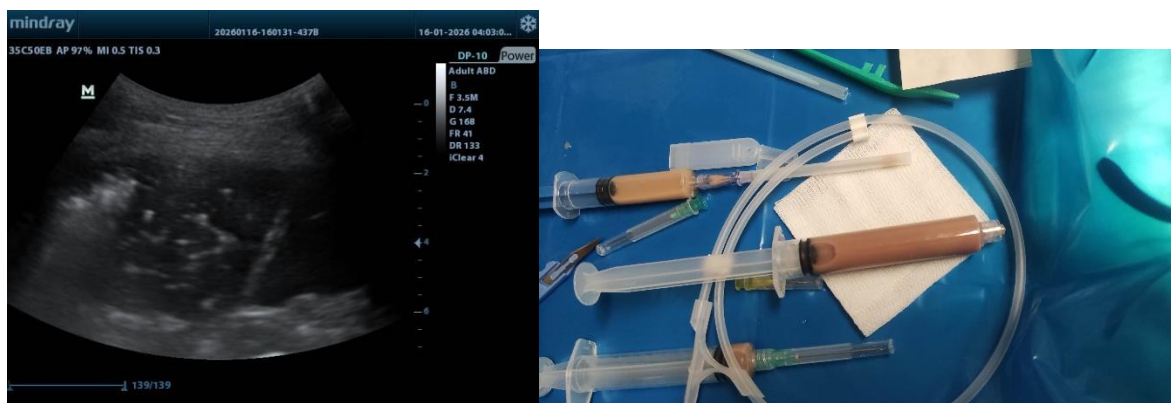


On réalise un scanner thoracique en urgence :





Il existe donc une pleurésie avec PNT enkystée, un emphysème sous cutanée.
Cela se passe début janvier : après un réveillon bien arrosé et la douleur abdominale est survenue après un vomissement important et brutal : c'est une rupture oesophagienne sur vomissement : syndrome de Boerhaave.
D'ailleurs, avez-vous remarqué sur le scanner la fistule œso-médiastino-pleurale...
L'écho retrouve un liquide échogène, épais, hétérogène avec zones aériques.
C'est une des indications à un drainage en urgence.



Syndrome de boerhaave : rare mais grave, drainage en urgence, chirurgie en urgence. Mortalité élevé en cas de retard diagnostique.
Vomissement + douleur thoracique. Emphysème sous cutané retardé, pleurésie purulente gauche.

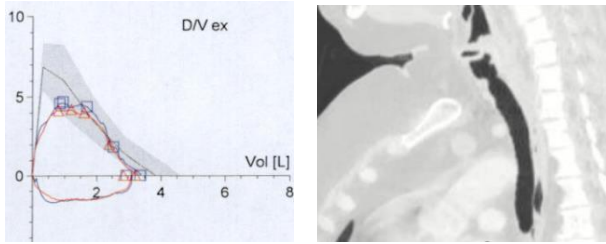
Ref :

-Predescu D, Achim F, Socea B, Rotariu A, Moraru AC, Rasuceanu A, Constantin C, Rosianu CG, Constantin A. Boerhaave Syndrome-Narrative Review. *Diagnostics* (Basel). 2025 Sep 26;15(19):2463. doi: 10.3390/diagnostics15192463. PMID: 41095682; PMCID: PMC12524210.

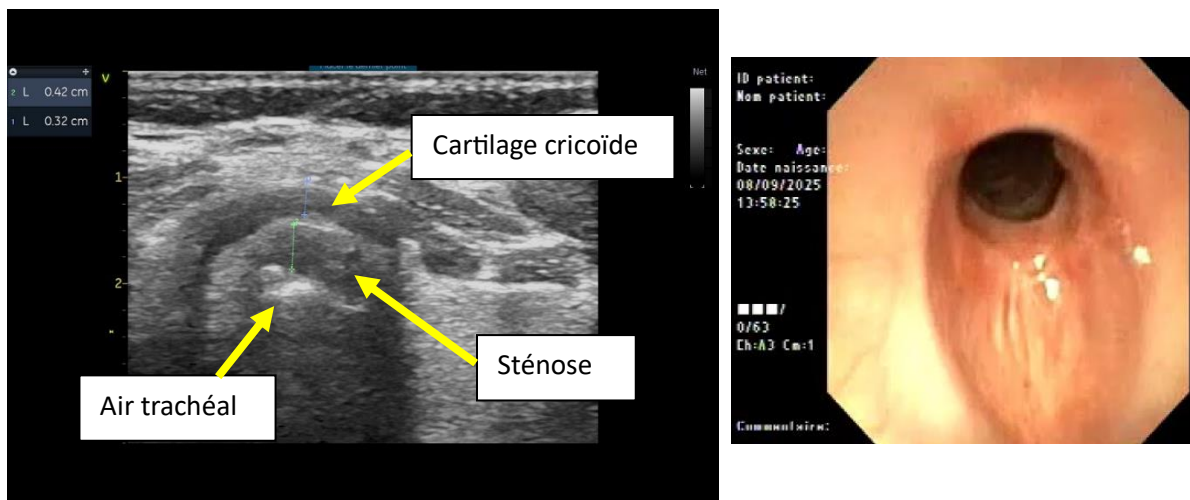
3-Echo de la trachée. Gilles Mangiapan.

Une femme de 34 ans, non fumeuse, obèse, dépressive, consulte pour dyspnée initialement attribuée à de l'asthme et finalement révélant une sténose trachéale idiopathique au niveau du cricoïde (dyspnée inspiratoire) (bilan auto immun négatif, ECA normale, absence de RGO ou de MICI, aucun ATCD infectieux ou traumatique)

La courbe débit volume retrouve le plateau inspiratoire. Le scanner thoracique retrouve cette sténose sous glottique isolée (siège électif des sténoses sous glottiques idiopathiques).



On réalise une écho de la trachée qui retrouve cette sténose mesurée à 4 mm et localisée sur moins de 1 cm de haut, en arrière du cartilage cricoïde qui est intègre et préservé



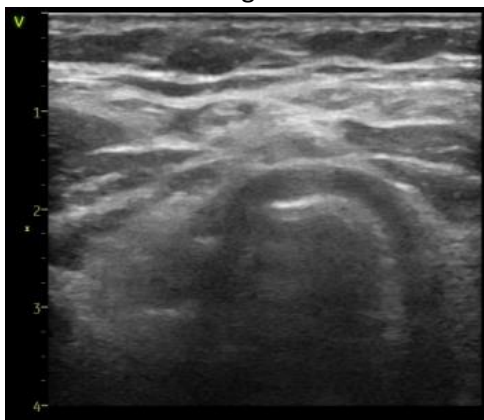
L'endoscopie retrouve cette sténose fibreuse

On réalise une section laser+ dilatation, après trachéotomie avec un bon résultat immédiat

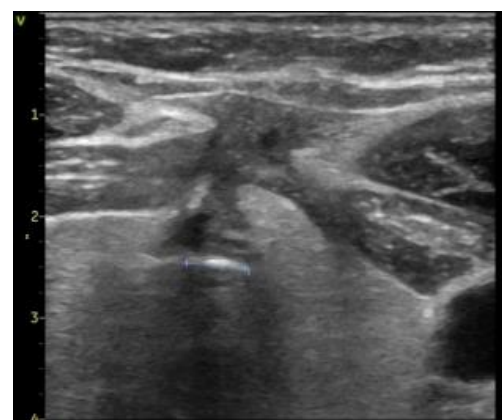
3 mois plus tard, elle récidive l'essoufflement

On réalise une écho :

Au niveau du cartilage cricoïde



au niveau de la cicatrice de trachéotomie



On identifie rapidement l'absence de récurrence de la sténose idiopathique avec un air trachéal au contact du cricoïde et par contre une sténose trachéale plus basse au niveau de la cicatrice de trachéotomie.

L'endoscopie confirme l'absence de sténose sous glottique et la sténose « pseudoglottique » plus basse, en regard de la cicatrice de trachéotomie.

Après discussion des risques opératoires (obésité morbide avec BMI à 51) on décide de traiter par mise en place d'une prothèse.

Ce cas illustre l'intérêt de l'échographie externe dans le diagnostic et le suivi des pathologies trachéales hautes.

Plus d'info sur les sténoses trachéales sous glottiques :

-Aravena C, Almeida FA, Mukhopadhyay S, Ghosh S, Lorenz RR, Murthy SC, Mehta AC. Idiopathic subglottic stenosis: a review. J Thorac Dis. 2020 Mar;12(3):1100-1111. doi: 10.21037/jtd.2019.11.43. PMID: 32274178; PMCID: PMC7139051.

Prochain staff écho clinique : le vendredi 28 Aout 2026