



CR Staff Echo clinique du 28 aout 2026

Animateur : Gilles Mangiapan

Connectés : 16

1-Echo en réanimation : **Abcès pulmonaire.** Gilles Mangiapan

H 26 ans, Sd dépressif, obèse (160 kg/181cm) SAS appareillé, Gastralgie, diarrhée. Adressé pour endoscopie digestive haute.

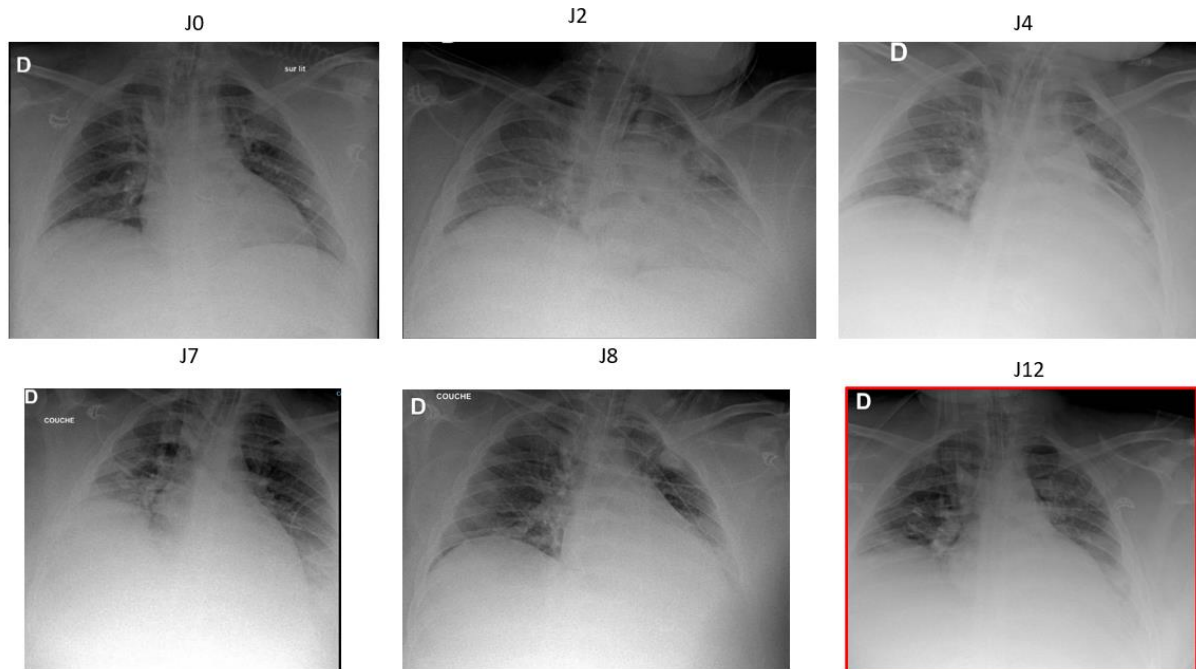
Choc lors de la fibro, suspicion choc anaphylactique + inhalation

Intubé, ventilé. Apparition fièvre, sd inflammatoire.

Aspiration+ en PCR multiplex à Staph aureus et Klebsiella pneumoniae

Persistance fièvre et syndrome inflammatoire

Patient en réanimation en decubitus ventral non transportable.



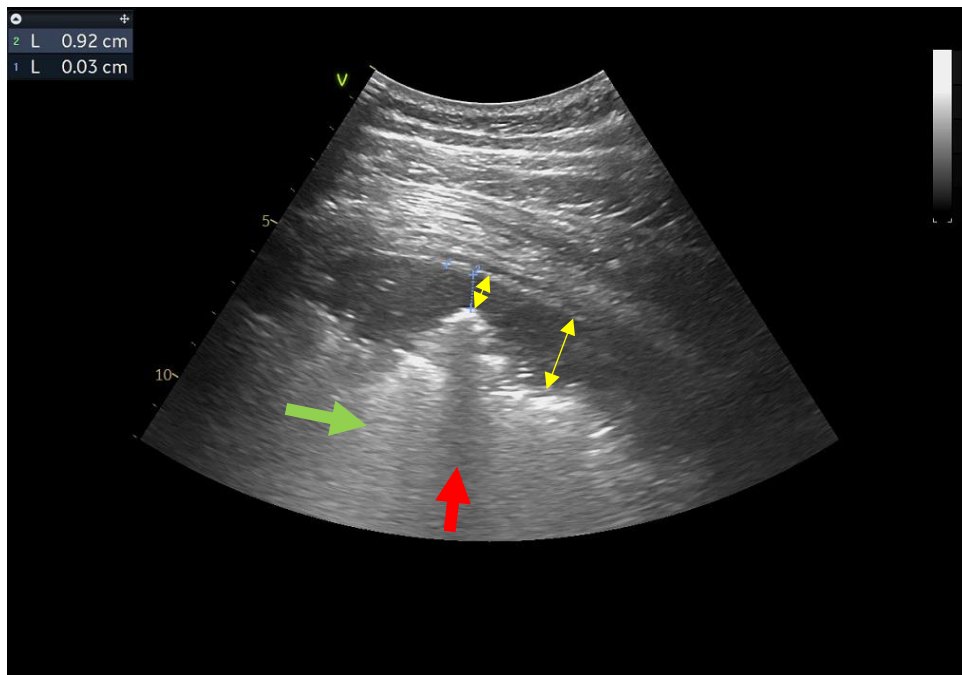
Appel pour faire une écho pour rechercher une pleurésie ou un abcès pulmonaire du fait la fièvre et CRP élevée, chez un patient non mobilisable pour un scanner.



On retrouve un syndrome alvéolaire franc, particulier par une image centrale aérique qui évoque un abcès avec la forme en « fer à cheval » (en « lunette de soleil » dans ce cas !!!!).

Vidéo : <https://youtu.be/OzwDdINX60s>

On discute de la différence de brillance du cône d'ombre impur entre la zone derrière la pointe aérique (flèche rouge) et le reste (flèche verte) : cela s'explique par plusieurs phénomènes : plus de tissu non aéré, riche en eau, faible atténuation, de part et d'autre (moins de tissu sur la zone nécrotique)(double flèche jaune) et forme hétérogène de part et d'autre avec du tissu pulmonaire aéré avec plus de phénomène de dispersion/diffusion, responsable de l'aspect tempête de neige alors que dans la zone abcédée c'est de l'air pur sans tissu pulmonaire avec plus de réflexion et moins de dispersion, expliquant un cône d'ombre impur moins brillant.



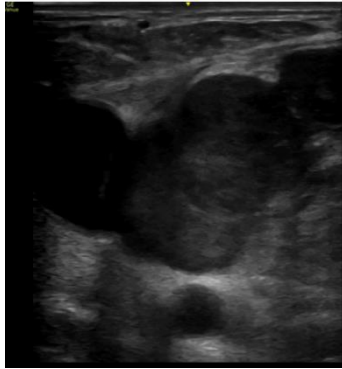
On rappelle que l'abcès peut prendre plusieurs aspects : hyperéchogène lors du début de la nécrose, liquéfaction avec aspect anéchogène, niveau hydro aérique, puis comme dans notre cas cavité aérique.

Cécile Malbert de Grenoble pose la question de la prise en charge des abcès pulmonaire, de la place du drainage. Yannick Kpi (Côte d'Ivoire) a publié un article sur le drainage des abcès pulmonaires, raccourcissant la durée d'hospitalisation (J Func Vent Pulm 2025 ;50(16) :32-37). **On propose un travail pour le prochain staff** : récupérer des images écho d'abcès pour faire une bibliothèque des différents aspects, et discuter du drainage : présentation par Yannick de son travail, et réflexion sur l'attitude antibiotique : choix et durée par Cécile et Damien.

Chez ce même patient, on montre une image en L4 avec 2 zones de LPPA avec des glissements différents : c'est typiquement une image de scissure avec le lobe supérieur gauche proche du cœur montrant un glissement rythmé par les battements cardiaques, alors que le lobe inférieur glisse rythmé par la respiration. Video : <https://youtu.be/HklnRj2E3IO>

2-adenopathie sus claviculaire : biopsie ou non ? Pierre Brancalone, (La Louvière, Belgique)

Un homme arrive avec une anomalie pulmonaire évocatrice de cancer pulmonaire. L'examen révèle une tuméfaction cervicale, patient adressé pour discuter biopsie échoguidée



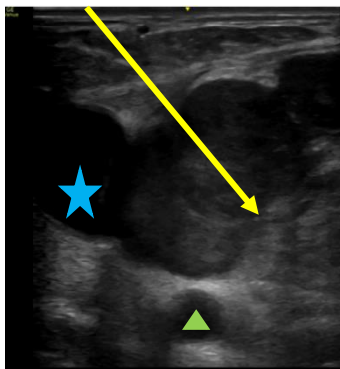
L'écho retrouve l'adénopathie sus claviculaire jugulo-carotidienne (aire IV de la classification cervicale, aire 1 de la classification médiastinale !)

Cependant la proximité des vaisseaux a fait hésiter sur la biopsie et le diagnostic a finalement été obtenu par EBUS.

En cervical, les vaisseaux sont toujours proches !

Il faut choisir un trajet de biopsie parallèle aux vaisseaux et pas perpendiculaire, limitant le risque.

Pour une adénopathie de plus de 1,5 cm il n'y a pas de risque avec une aiguille semi automatique réglée sur 1 cm, en dessous il faut préférer une aiguille manuelle type hépashot.



Dans ce cas : le choix du trajet de biopsie est illustré par la flèche jaune : on reste parallèle à la jugulaire (étoile bleue et pas dans l'axe de la carotide (triangle vert))

Une astuce : lors de l'anesthésie locale, on traverse tout le ganglion et on injecte l'anesthésie à la partie profonde, créant un « coussin » d'anesthésie entre le ganglion et les structures sous-jacentes, augmentant la distance de sécurité. Video : <https://youtu.be/NUL06494nKg>

Gilles fait un rappel de l'anatomie échographique du cou et rappelle un piège : confondre en coupe transversale l'attache du scalène antérieur avec un ganglion. Dans le cou, il faut bien suivre les structures connues et si on a un doute avec un muscle, il faut tourner la sonde de 90° et on trouve la structure allongée fibrillaire du muscle.

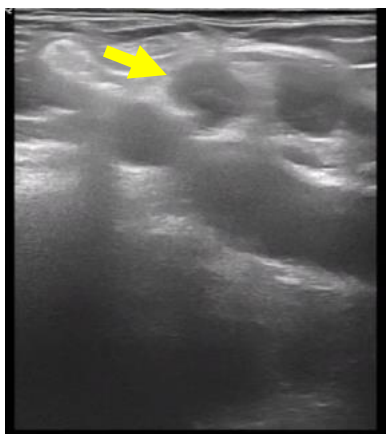
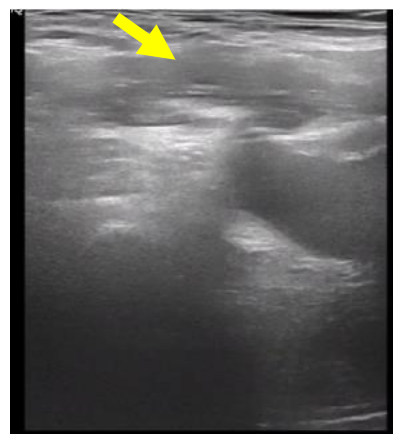


image arrondie : scalène antérieur ou ganglion ?

Rotation de la sonde de 90°
la structure arrondie devient une structure allongée fibrillaire musculaire, cette structure arrondie est donc bien un muscle !

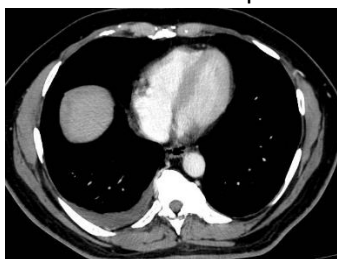


3-Biopsie pleurale sur pleurésie minime. Gilles Mangiapan

Un homme présente des adénopathies médiastinales + cervicales, biopsie gg sus clav : granulomatose épithélioïde sans nécrose avec PCR et cult BK négative : on retient le dg de sarcoïdose.

Apparait une pleurésie de petite abondance, probablement associée à une petite pneumonie, régressive, mais persistante à 3 mois : décision de ponction et biopsie.

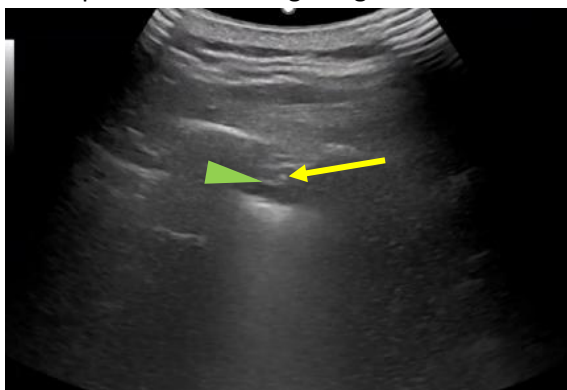
L'écho retrouve une pleurésie de 8mm sur 1EIC.



Toute image échovisible est écho ponctionnable : sous échoguidage direct, AL à la xylo à l'aiguille IM 21 G , récupération de 10 ml pour analyse.

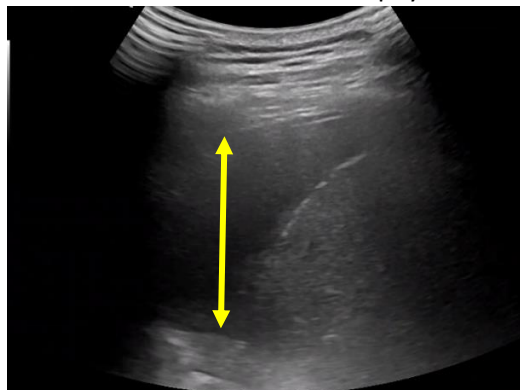
Peut-on biopsier ? oui mais pas assez d'espace pour le faire sans risque : dans ce cas, on ponctionne avec aiguille sécurisée type Veress, une fois dans la cavité pleurale, on instille 500 ml de serum physiologique, permettant d'éloigner le poumon de la paroi. L'épaisseur devient supérieure à 2 cm permettant la biopsie à l'aiguille de Castelain sans risque.

ponction en échoguidage direct



Fleche jaune : pointe de l'aiguille
Tête de flèche verte : plèvre pariétale

instillation de serum phy



on a rempli la cavité, éloignant les structures dangereuses

On montre la technique de biopsie à la castellain :

Ponction avec le trocart en place

Changement du trocart pour le crochet de biopsie (en faisant parler/ chanter pour maintenir une pression positive intra-pleurale et éviter l'entrée d'air dans la cavité pleurale, mais un PNT par entrée d'air de dehors en dedans, sans plaie pulmonaire, n'a aucune conséquence !)

On plaque le crochet vers le bas (jamais vers le haut : risque de blessure du paquet vasculo-nerveux !!!)

Et on gratte la paroi : dès que l'on sent une résistance, on fait un mouvement de cisaillement et traction, permettant de gratter la plèvre pariétale devant la côte inférieure et de ramener des fragments de plèvre.

On retire l'aiguille à crochet et on remet le trocart pour obturer l'aiguille, là encore en faisant parler/chanter pour maintenir une pression positive intra pleurale.

On réalise au minimum 4 à 6 fragments, dont 1 pour BK et PCR, voire pour bactério.

On termine en évacuant la totalité du liquide

Avec une anesthésie locale de qualité (xylo tamponnée, aiguille de petit calibre initialement, progression en injectant , et en insistant sur la zone sous pleurale) la biopsie pleurale à l'aiguille est INDOLORE ! (cf Rev Mal Respir 2025 ;42(1):1-8)

Prochain staff écho clinique : le vendredi 30 octobre 2026

Staff à thème : abcès pulmonaire