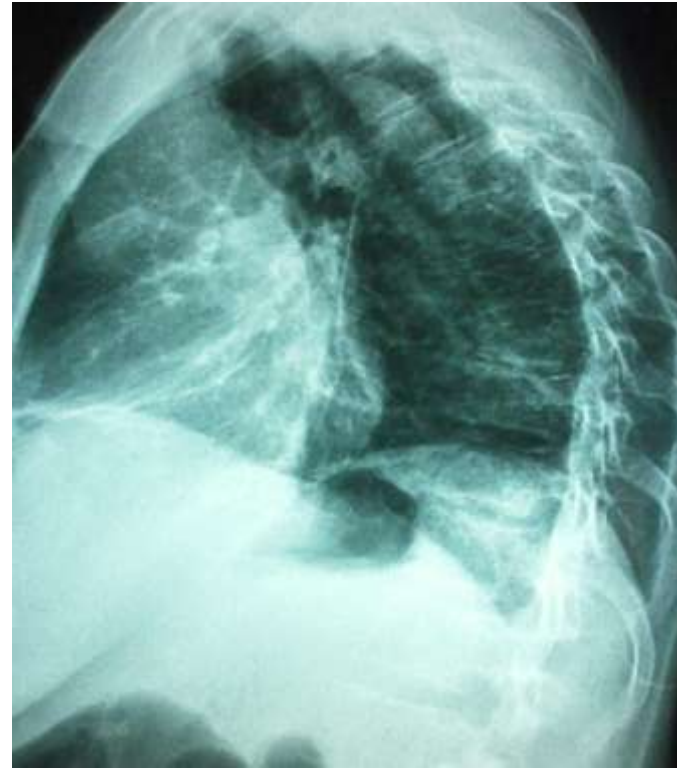


Mme Fatma K...56 ANS ->m'a consultée le 13/12/12 pour « Douleur thoracique droite »

Depuis 1MOIS **DOULEUR BASITHORACIQUE DROITE ATROCE**..EXTENTION EPAULE DROIT ET RACHIDIENNE .

.NOTION DE **LESIONS CUTANEEES TRAINANTES** SOUS ANGULMAXILLAIRE ET AXILLAIRE DROITE ANCIENNE(18mois)..



Pachypleurite Apicale gauche rétractile -Atélectasie en bande basale droite –Emoussement cul de sac droit

## EXAMEN PHYSIQUE :

FISTULE AXILLAIRE DROITE D' ALLURE PROFONDE ET  
REMANIEE –Lésion violacée squameuse retro-  
angulomaxillaire.

TA: 12/7 RC : 88 /min .Sat: 98 % .-T° 38. Pd:50 kg.



## E.C.G :

T négative v5-v6

## EXAMENS BIOLOGIQUES :

NFS: GB 9400 10 3/mm<sup>3</sup>- HB=  
11,60 gr/l - PLAQUETTES = 520000  
103/mm<sup>3</sup>

CREATININE:8mg/l

TRANSA : GOT = 11 ;GPT=15

PHOSPHATASE ALCALINE:213

**VS :80/120**

HIV:Négatif

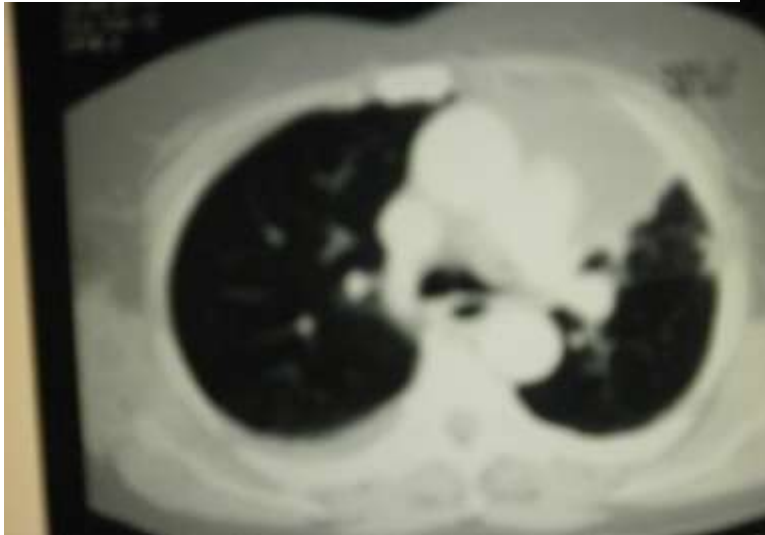
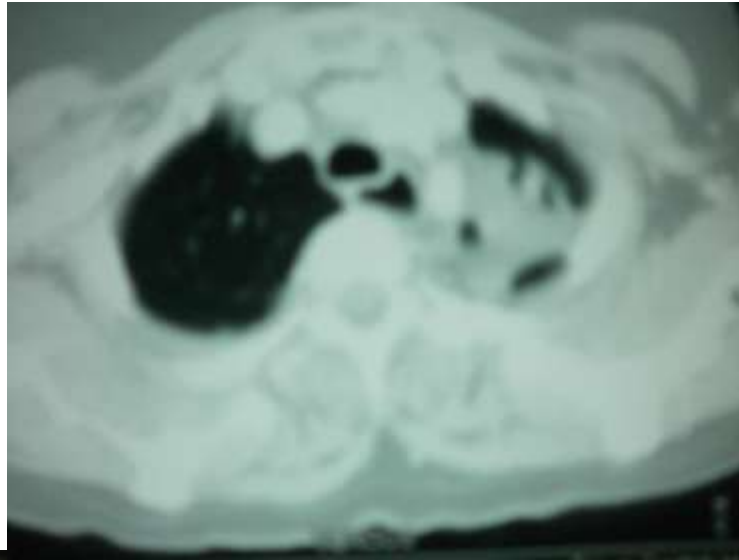
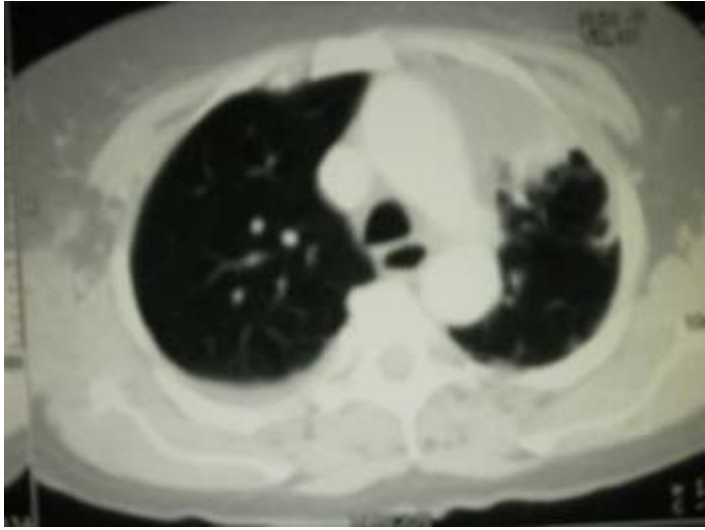
PROTEINE C REACTIVE:67

CRACHAT :ABSENCE DE BAAR

FROTIS LESION CUTANNE :NEGATIVE

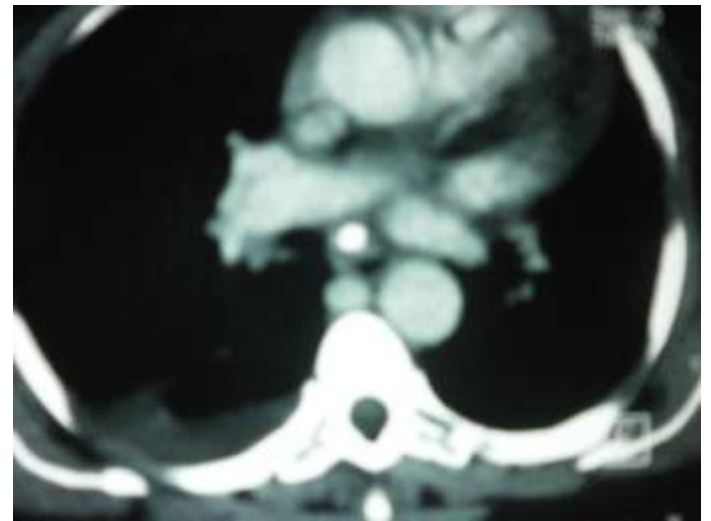
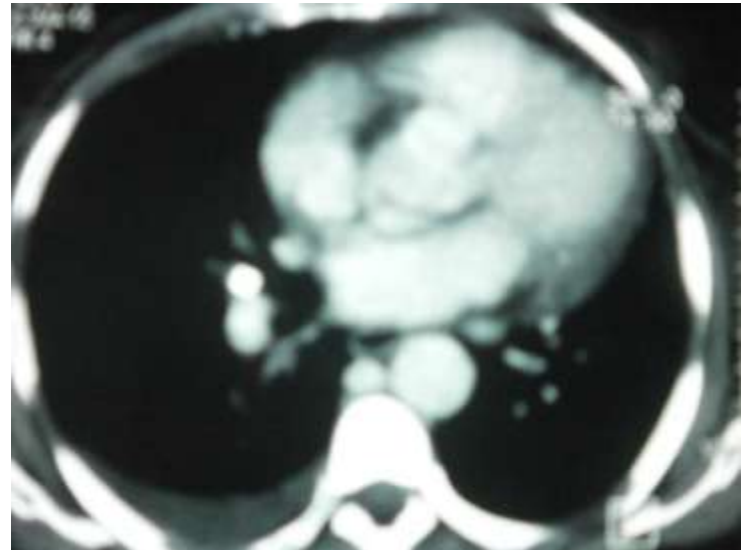
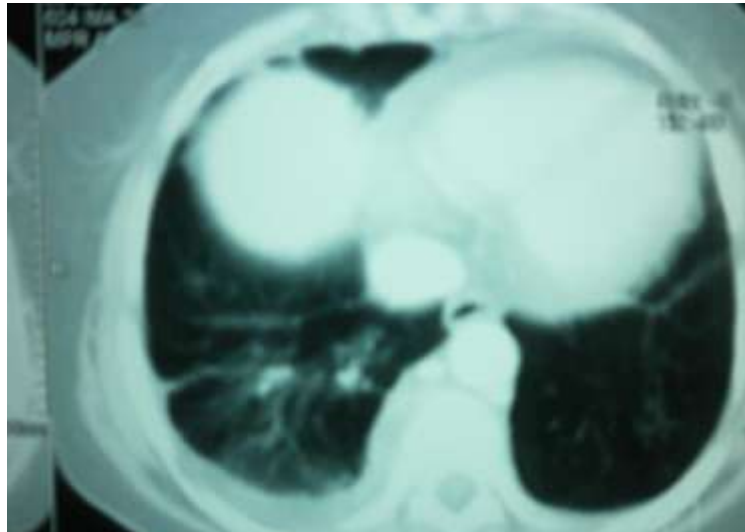


# Scanner thoracique 4/12/12



**« Processus » médiastinale  
antérieure gauche avec foyer  
parenchymateux satellite  
LSG**

Péricardite -Epanchement pleurale droit + syndrome alveolo-intetielle basale- Calcification médiastinale multiples



# ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE :

## A GAUCHE:

Intégrité de l'interface pleuroaerique (ligne hyperechogène fine, lisse, continu).

Le signe du glissement est retrouvée sur toute la surface quadrillée .

Cul de sac costeau diaphragmatique libres

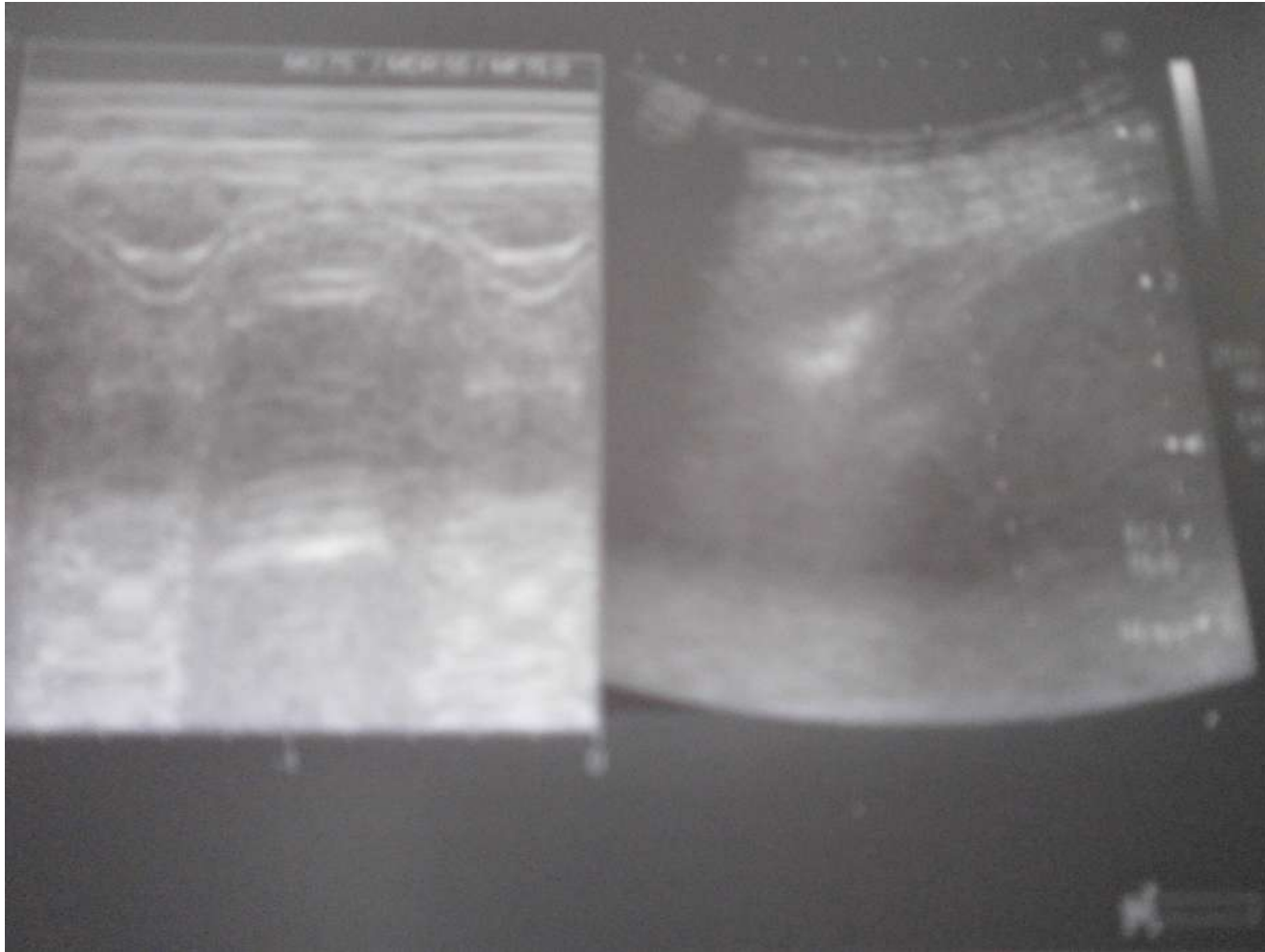


## A DROITE:

Au niveaux de ligne para rachidienne basse II existe élargissement de l'espace intercostoaerique( 16 mm) signifiant la présence d' une pachypleurite



Il s'agit d'une Pachypleurite non symphysante (Signe de la sinusoire en TM).

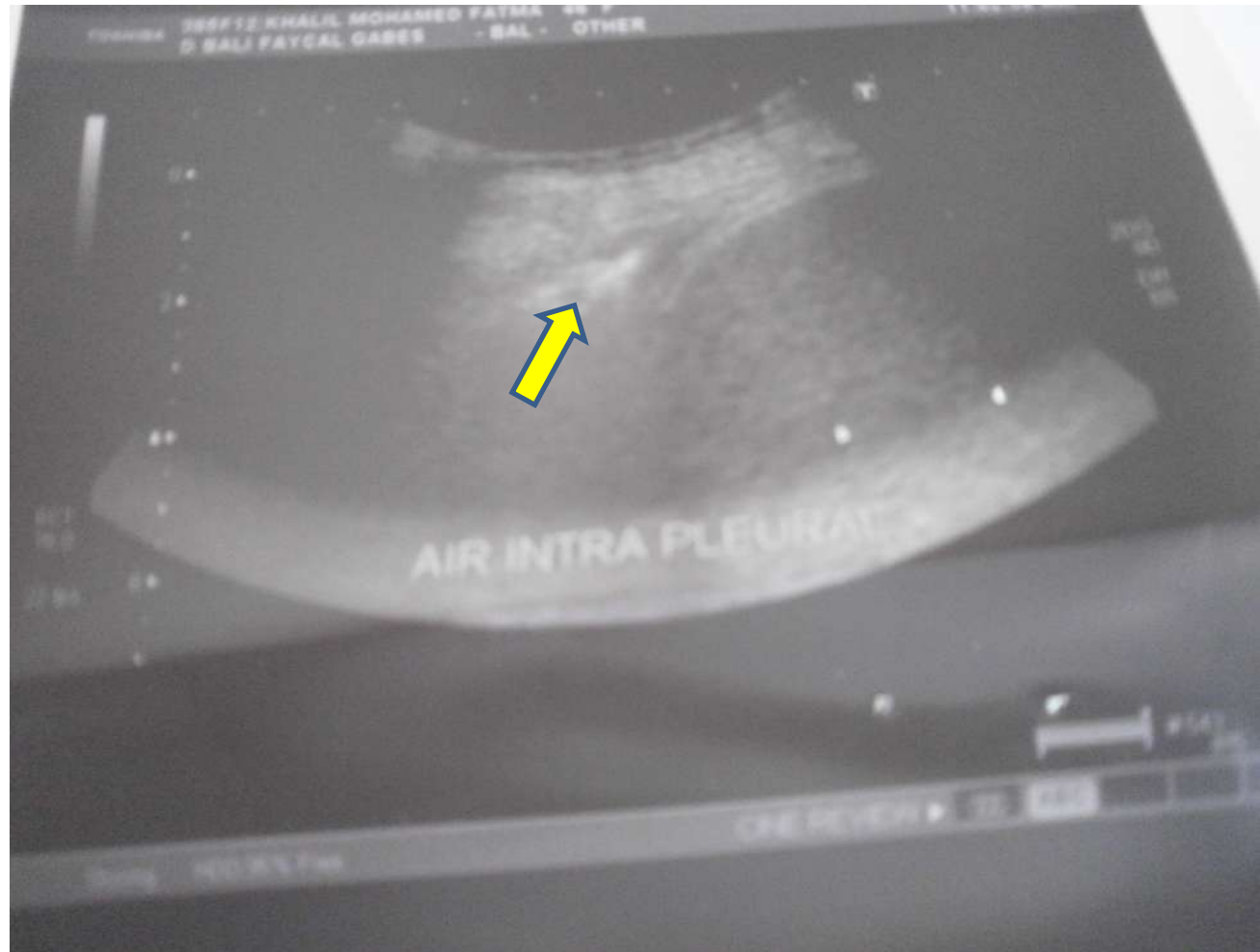


## A Droite

Il existe un syndrome interstitielle avec : 1) Des artéfacts de réverbération en profondeur Il ont par endroit une disposition verticale et inépuisable (Rin Down. Ligne B). 2) Des comet-tail Artéfacts



Il existe par endroit de l' air intra pleurale (Fistule ??)  
Le « signe du rideaux » n' a pas été retrouvée





Au niveaux de ligne scapulaire LA Pachypleurite CONTIEN UNE épanchement liquidien minime avec sensibilité expiratoire . Ponction écho-guidée de quelques gouttes étalée sur lame--> Cytologie/BAAR



# L'ECHOCARDIO. COUPE PARASTERNALE GAUCHE GRAND AXE

**Présence d'épanchement péricardique circonférentiel de 6mm d'épaisseur**

**VG :Contractilité globale altéré (DTD=50mm-DTS=40.mm)-Fraction de Raccourcissement du VG(20.%)  
VD dilaté (DTD =30mm)-  
SIV (D =15mm-S= 20mm)**



LE QUADRILLAGE SOUS DIAPHRAGMATIQUE MONTRE :  
VEINE CAVE INFÉRIEUR. dilatée (20mm) peu mobile +/- compressible-  
VEINE sus hépatique de calibre augmentée( 12mm) et a paroi peu mobile par la respiration



# ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE :CONCLUSION

- Pachypleurite non symphysante droite avec épanchement liquidien minime et aréique(FISTULE ??)-
- Epanchement péricardique de faible abondance –
- Contractilité globale du ventricule gauche altéré avec signe de HTAP et Hypertrophie du septum

## Il s'agit d'une femme de 56 ans qui consulte pour douleur thoracique droite et lésion cutanée homolatérale traînantes

- Elle présente :
  - Une masse médiastino-pulmonaire gauche rétractile et des calcifications médiastinales ponctiformes multiples
  - Une pachypleurite droite non symphysante droite avec épanchement liquidien minime et aréique témoignant de l'existence d'une fistule
  - Une péricardite de faible abondance entraînant une altération de la contractilité du ventricule gauche avec signes d'hypertension artérielle pulmonaire(et une hypertrophie du septum interventriculaires

### Maladie pleurale chronique

Plèvre médiastinale gauche avec aspect pseudo- tumorale

Plèvre pariétale droite avec fistule cutanée

### Maladie péricardite chronique



TUBERCULOSE

# Péricarde chroniques constrictive

- L'adhérence et l'épaississement du péricarde viscéral et pariétal -> Constriction péricardiques et gêne remplissage ventriculaire. Les deux ventricules sont intéressés, mais prédominance au niveau du ventricule droit
- Les calcifications sont retrouvée dans 1/3 des cas(RX thorax de profil); prédominant dans le sillon auriculo-ventriculaire pouvant être étendue (PANZER HERZ). Dans notre observation il sont retrouvée uniquement aux scanner(Granulation calcifiée diffus).
- L'électrocardiogramme constamment modifié mais de façon non spécifique  
(Anomalie de l'auriculogramme; Micro-voltage des complexes QRS ; Anomalies diffuses de la repolarisations)
- L'échographie (peu sensible, peu spécifique )
  - \* Epaississement des deux feuillets ; - Epanchement péricardique
  - \* Dilatation des cavités droites
  - \* Mouvement paradoxal du septum interventriculaires .  
Mouvement de recul diastolique rapide, précoce de la paroi postérieure du ventricule gauche .
  - \* Dilatation de la veine cave inférieure, des veines sus-hépatiques
- **Diagnostic de certitude :Cathéterisme cardiaque droit-> DIP-PLATEAU,**