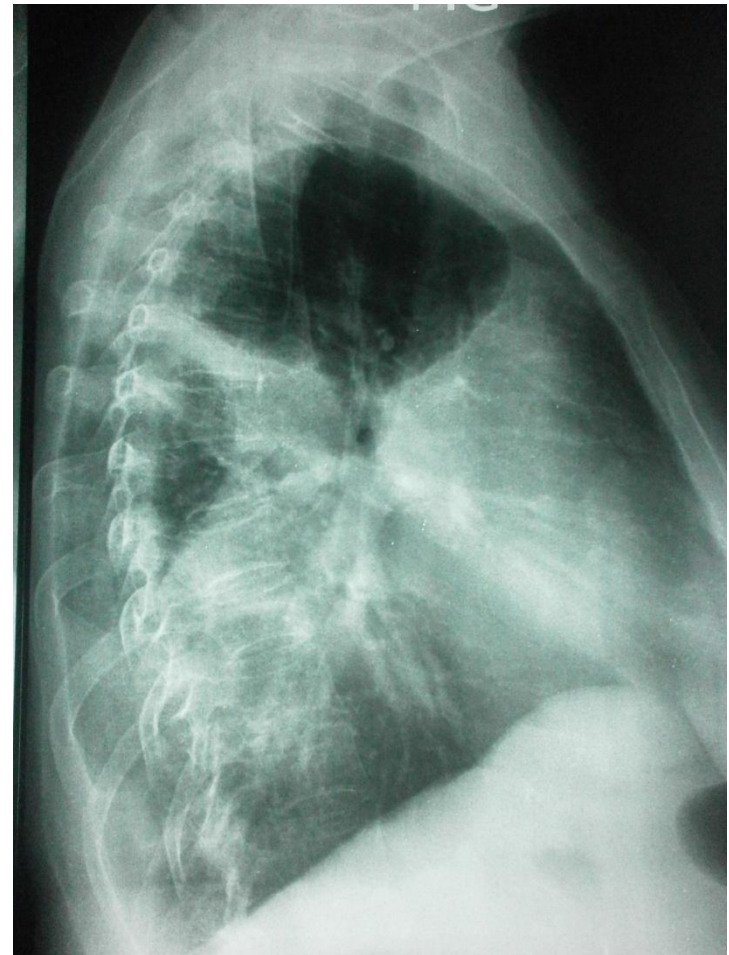
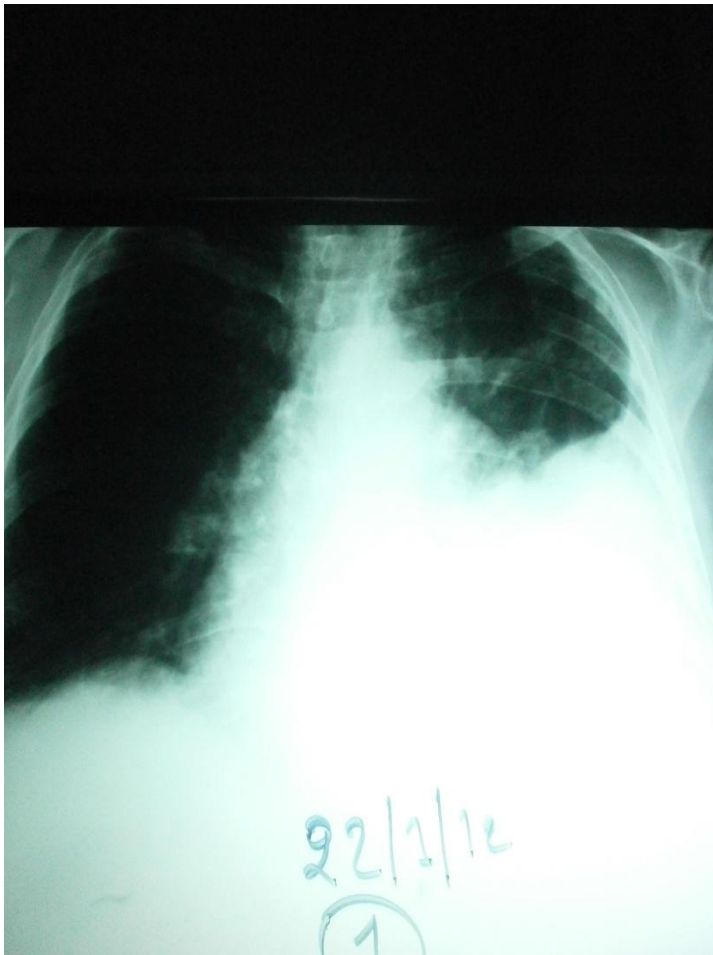


Imagerie de la plèvre néoplasique : l'échographie remise au goût du jour

- Une étude prospective: Cinquante deux patients suspects d'épanchement néoplasique
-
- *la présence d'épaississements pleuraux supérieurs à 1 cm,
- * de lésions nodulaires sur la plèvre pariétale ou diaphragmatique
- * la constatation de métastases hépatiques.
- .
- **. La sensibilité et la spécificité du test étaient respectivement de 79 % (IC 95 % : 61 % - 91 %) et 100 % (IC 95 % : 81 % - 100**
- La mise en évidence d'une masse pulmonaire parenchymateuse au scanner permettait le diagnostic d'atteinte maligne chez 6 patients supplémentaires
- [Qureshi NR, Rahman NM, Gleeson FV : Thoracic ultrasound in the diagnosis of malignant pleural effusion. *Thorax* 2009 ; 64 : 139-43.

ABDELAALI 65ANS

Depuis 1 mois dyspnée..gène hemithoracique gauche



EXAMEN PHYSIQUE :

TA: 12/7 .Sat: 98 %. Pas d'adénopathies périphériques .
matité base gauche.

PONCTION PLEURALE :

PROTIDE : 42 ; RIVALTA: NEGATIF

HEMATIE : TRES NOMBREUX

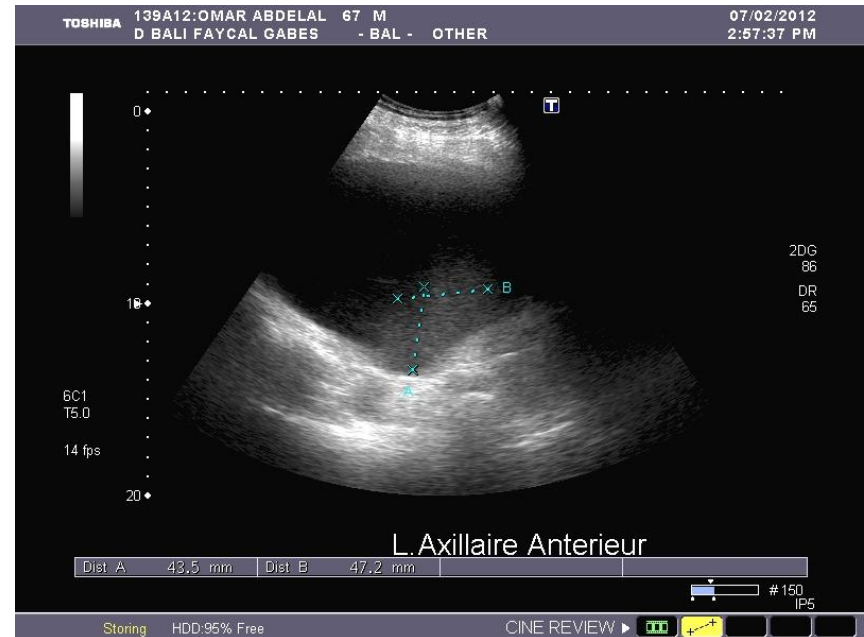
LEUCOCYTE : 1700(Neutrophiles: 45 %-LYMPHO 55 %)

PRESENCE DE CELLULES ATYPIQUES SUGGERANT UN ADENOCARCINOME

ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE Gauche:

Pachypleurite avec épanchement de grande abondance sous forme d'une masse centrale anéchogène avec couronne peu échogène-

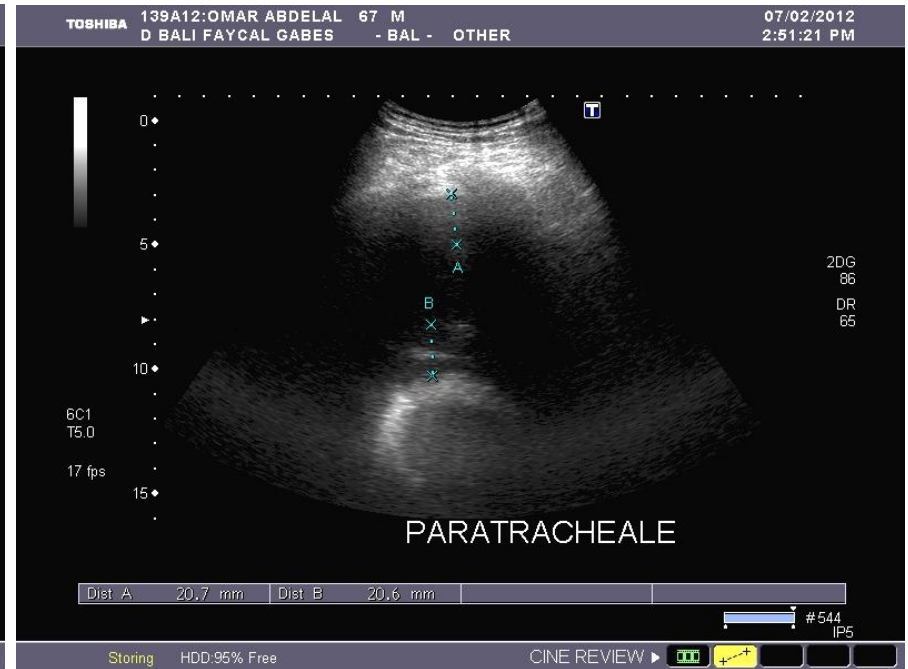
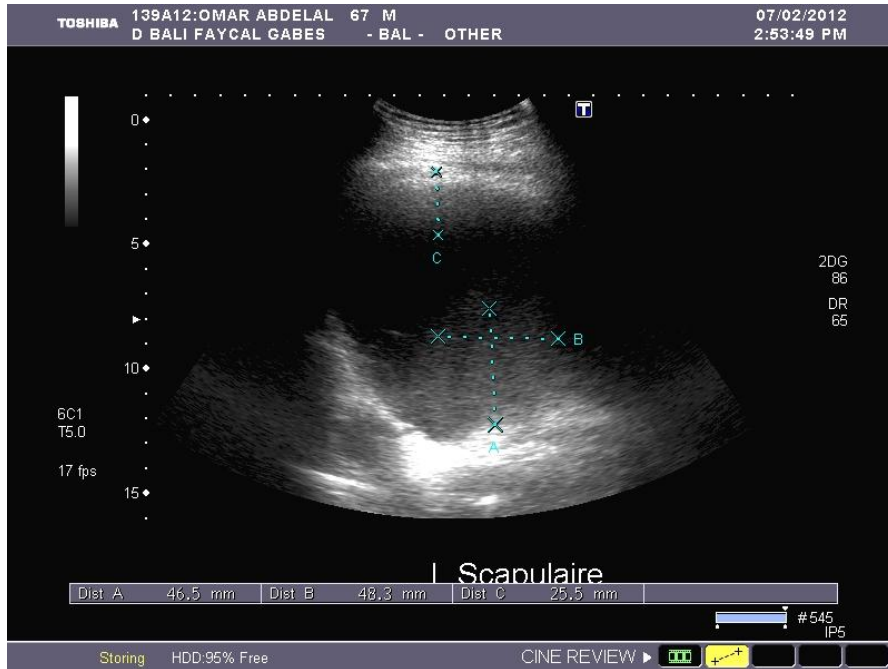
Pachypleurite de forme et de taille variable



ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE Gauche:

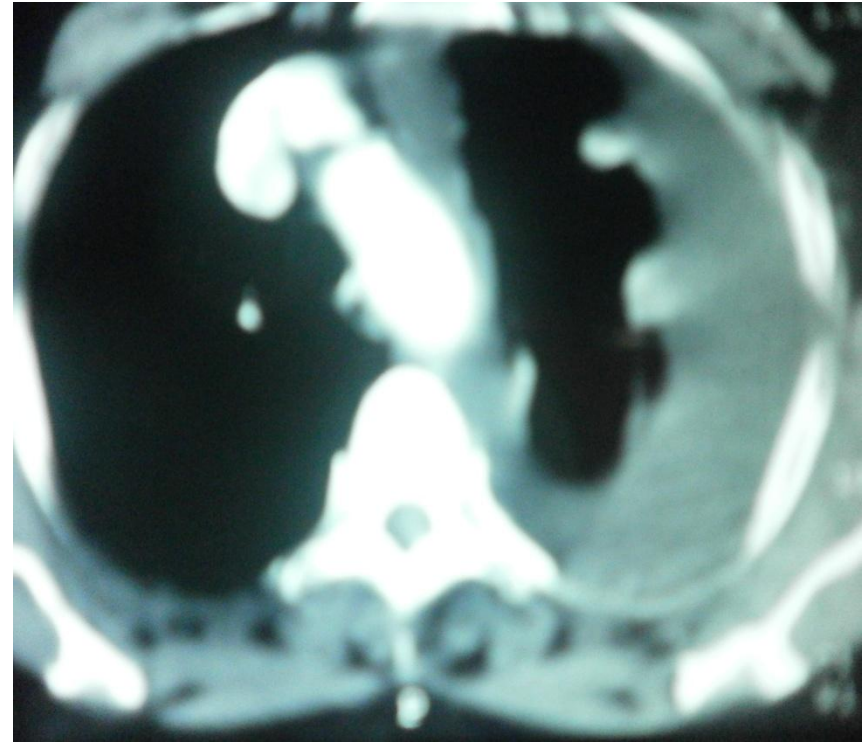
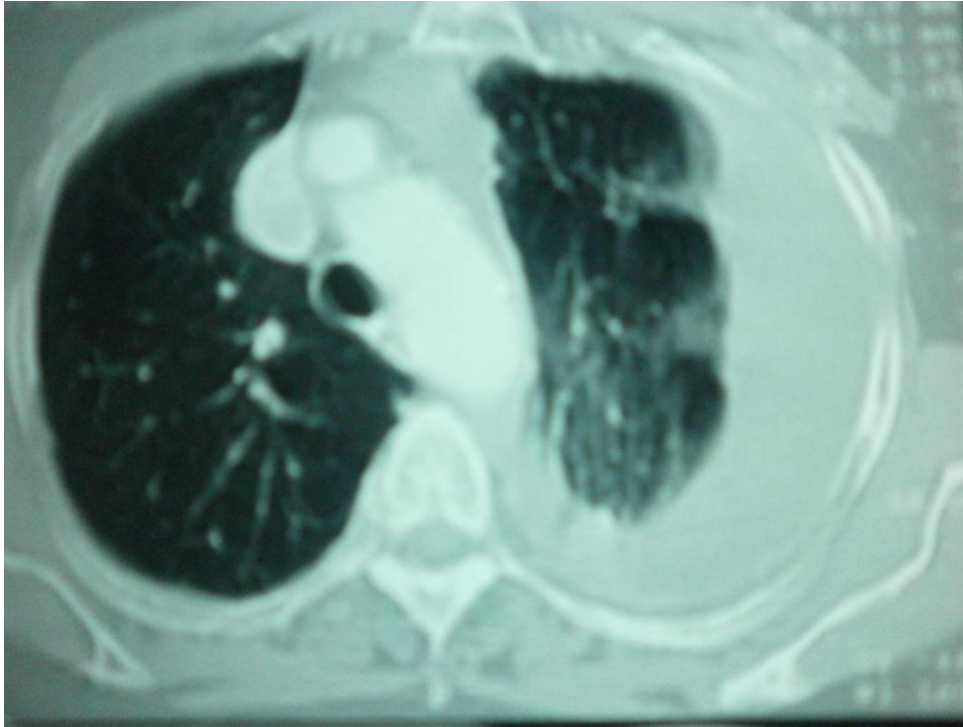
Aspect franchement mamelonné

EXTENSION AUX NIVEAUX DE LA PLEVRE
MEDIASTINALE

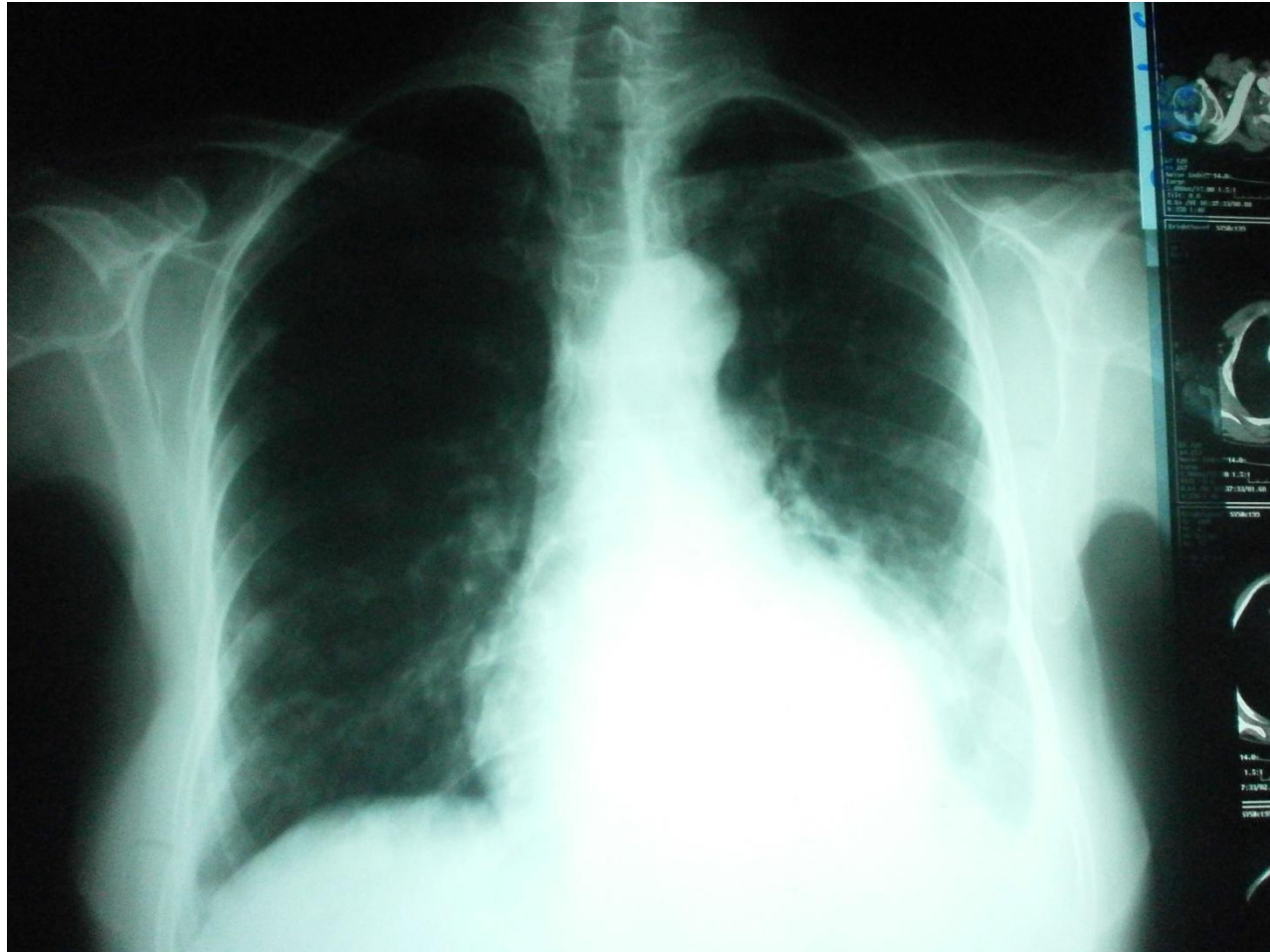


La malignité est évoquée a l'échographie :

Atteinte de la plèvre médiastinale + Aspect mamelonné



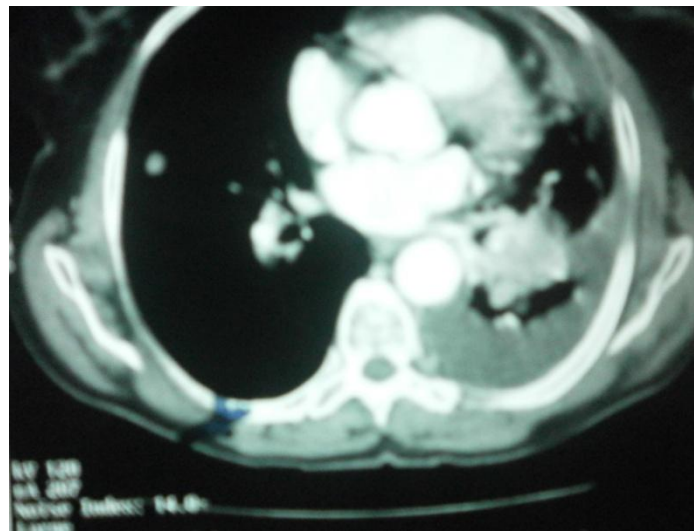
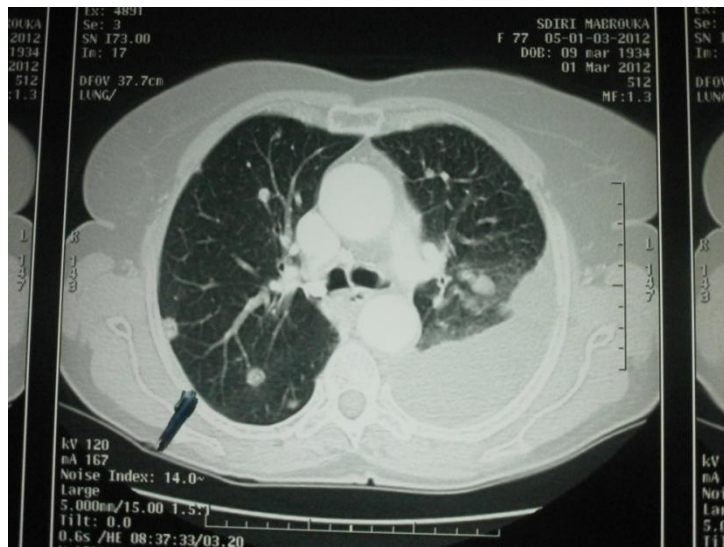
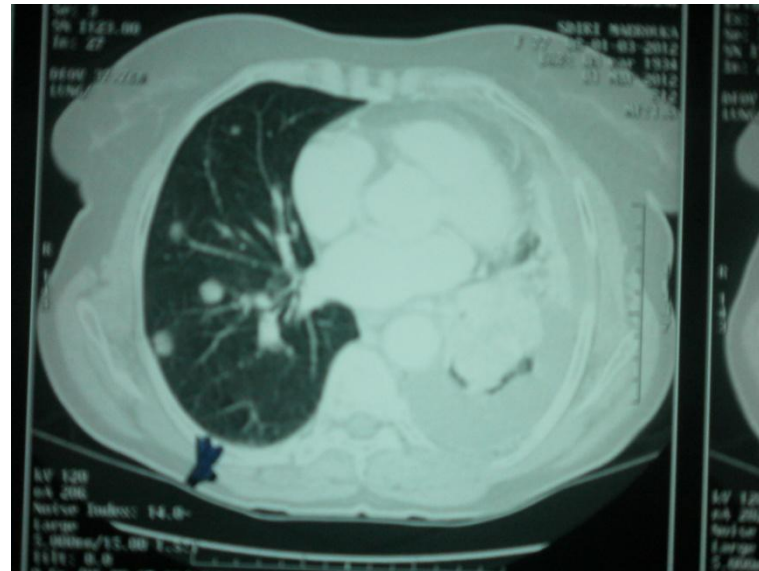
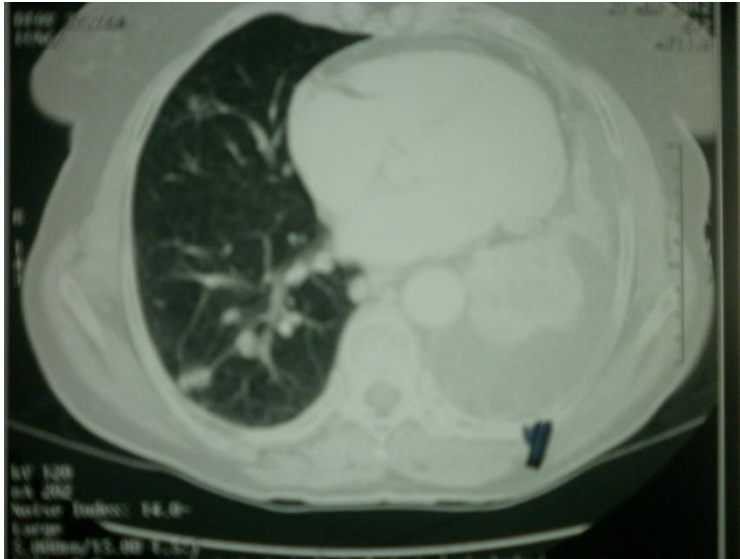
MABROUKA S ..70 ANS Toux ET dyspnée depuis 1ans..
Perte de Poids ..Epigastralgie



TAILLE DU CŒUR LIMITE-PLEURONEUMOPATHIE GAUCHE-NODULE LID

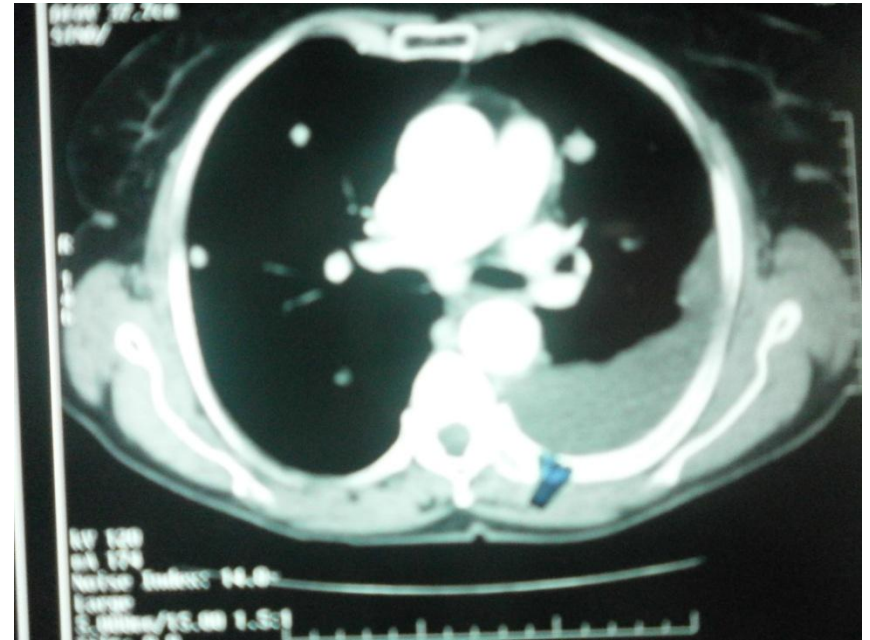
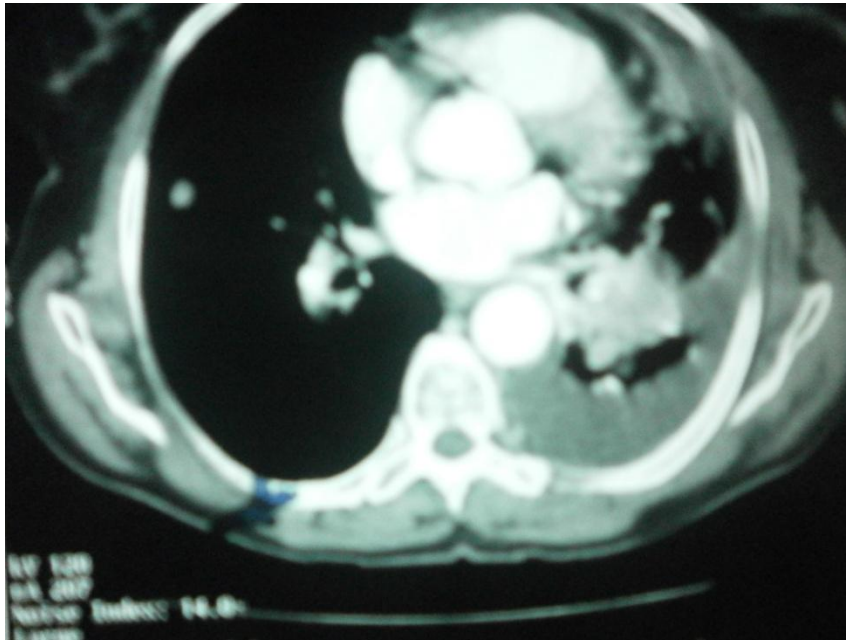
Scanner thoracique

Epanchement pleural gauche de grande abondance avec atélectasie du lobe inférieur
Multiples nodules pulmonaires infra centimétriques bilatéraux



Scanner thoracique

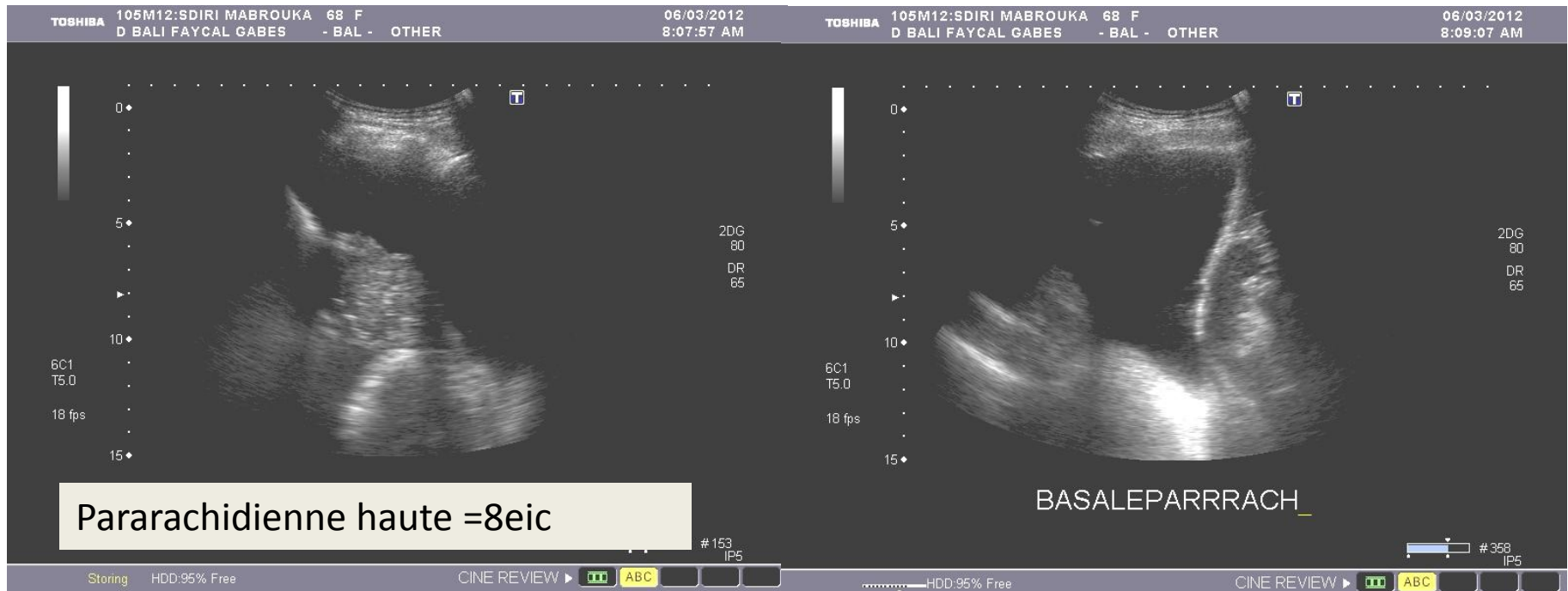
Epanchement pleural gauche



ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE

Au niveaux de ligne scapulaire gauche (Pararachidienne haute =8eic) Il existe une pachypleurite épanchement :masse centrale anachogène avec couronne peu echogène-

En posterieur EN BASALE Il existe une pleuresie de grande abondance avec poumon sous jacent comprimeé est le siège d'un syndrome alveolaire--> Ponction echoguideé de 800cc citrin



ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE

En passant sur ligne axillaire antérieur et en parasternale la pachypleurite prend un aspect mammelonné irrégulier(Pachypleurite Neoplasique).



ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE

Au niveaux de ligne scapulaire gauche (Pararachidienne haute =8eic) Il existe une pachypleurite épanchement :masse centrale anachogène avec couronne peu echogène-

En posterieur EN BASALE Il existe une pleuresie de grande abondance avec poumon sous jacent comprimeé est le siège d'un syndrome alveolaire--> Ponction echoguideé de 800cc citrin



ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE

En passant sur ligne axillaire antérieur et en parasternale la pachypleurite prend un aspect mammelonné irrégulier(Pachypleurite Neoplasique).



EXAMEN PHYSIQUE :

TA: 14/8 ;RC: 80 /min .Sat:91 %. PAS d'ADENOPATHIES PERIFERIQUE.MV Diminueé a gauche

E.C.G :T NEGATIVE V4-V5-V6

EXAMENS BIOLOGIQUES :

VS : 1ér H: 17 2ére H: 30 ;

NFS: GB =6,49 10³/mm³- HB= 13,4 gr/l - PLAQUETTES = 320 10³/mm³

CRP =79

CRACHAT :ABDENCE DE BAAR

PONCTION PLEURALE :

RIVALTA:NEGATIF,PROTIDE:34 ;HEMATIE:12500

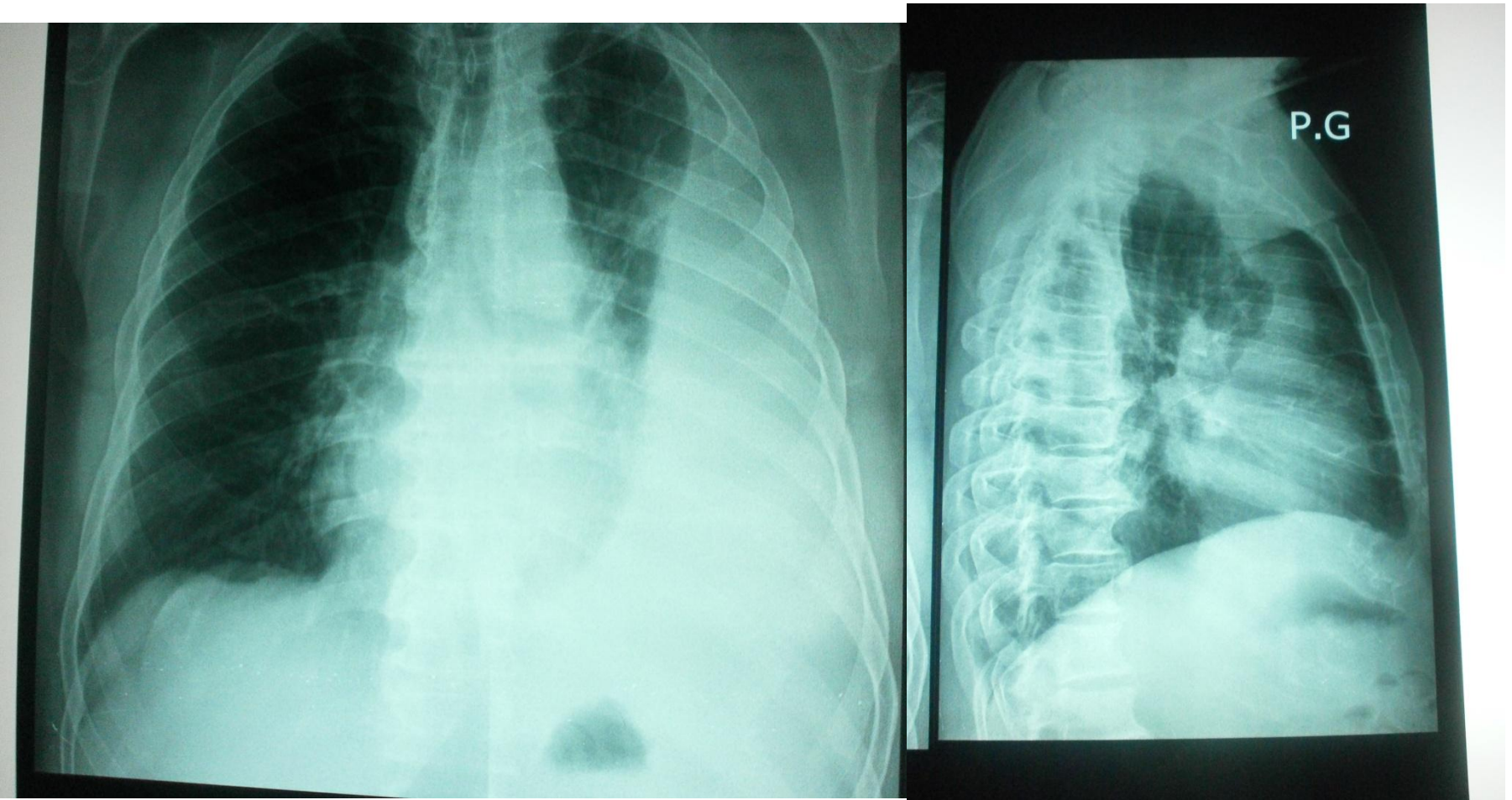
LEUCOCYTE:620 ;Neutrophiles:21%

LYMPHO(79 %):

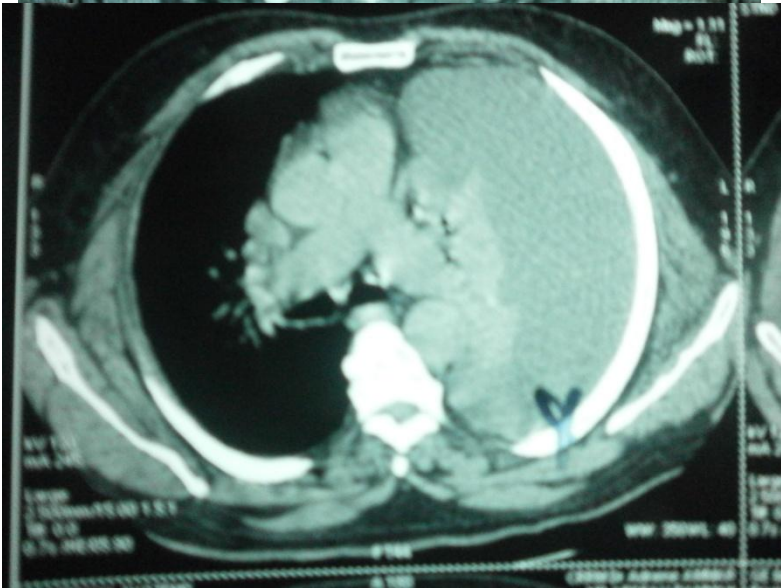
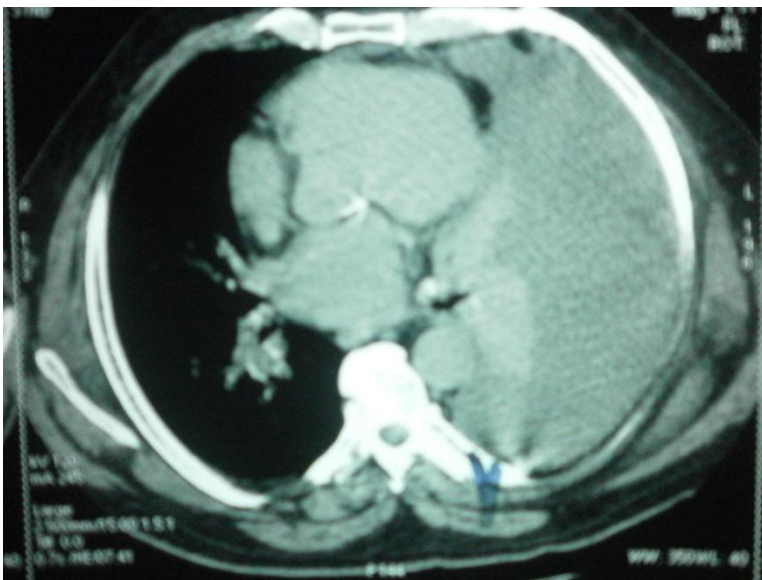
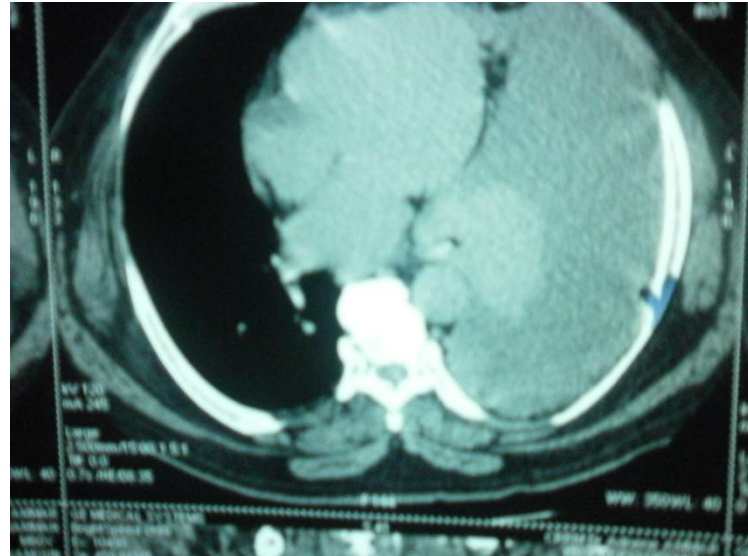
Présence de cellules carcinomateuses suggérant un adénocarcinome

AICHA T ..75ANS

Dyspnée progressive depuis 2 mois (Biopsie pleurale négative)



Scanner thoracique



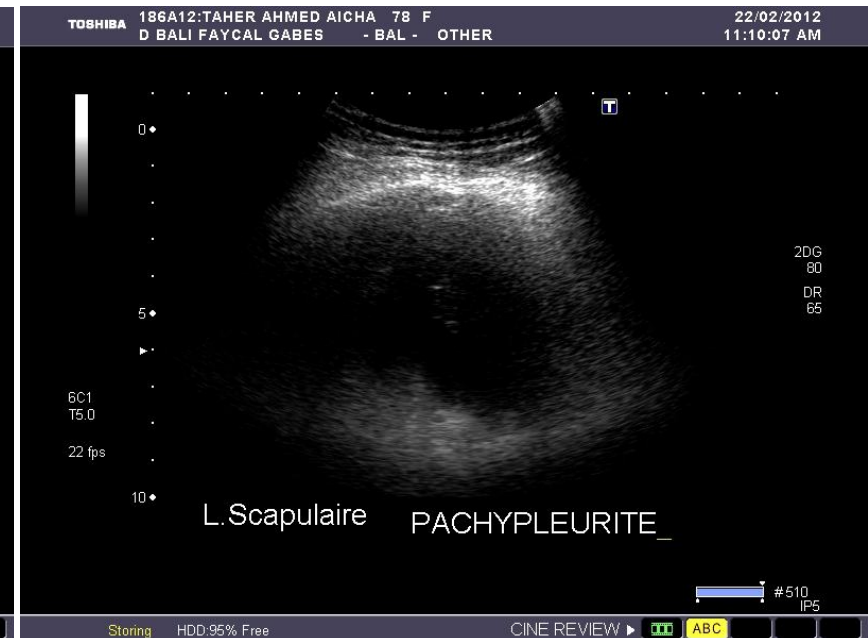
ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE Gauche

Au niveaux de ligne axillaire moyenne en basale(9ème espace intercostale).

Il existe une pleurésie de grande abondance avec poumon sous jacent comprimée est le siège d'un syndrome alvéolaire surface pulmonaire flotte dans le liquide(Signe du Méduse)

Au niveaux de ligne scapulaire(7é espace intercostale.post)

Il existe une Pachypleurite avec épanchement sous forme image en rail double interface en regard du liquide



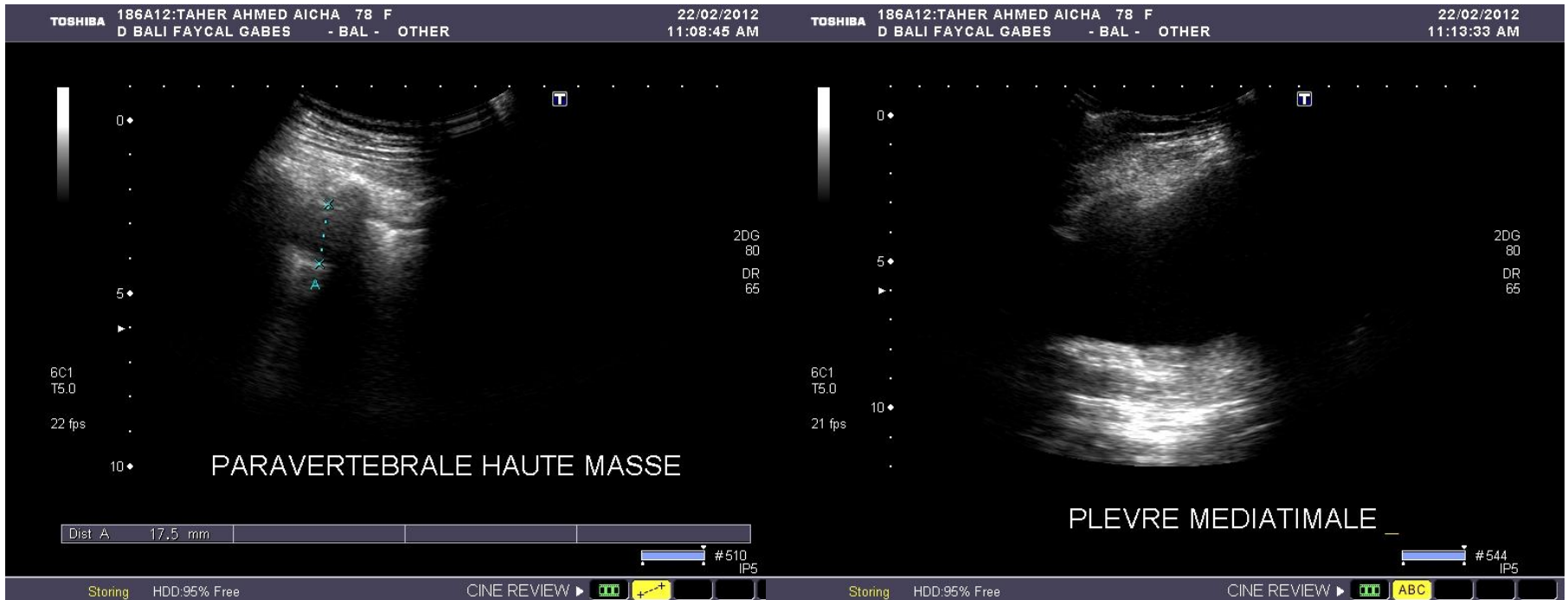
ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE Gauche:

Au niveaux de 2ème espace intercostale POSTERIEUR:

Il existe une masse périphérique (17x17mm) avec Mure postérieur net et régulier

En antérieur (Ligne parasternale)

La Pachypleurite avec épanchement est retrouvé



EXAMAEN PHYSIQUE: MV_Diminué a Gauche. Pas d'adenopathies periferiques.

E.C.G :BBD

EXAMENS BIOLOGIQUES :

NFS: GB = 11300 10³/mm³- HB= 12,80 gr/l - PLAQUETTES 227= 103/mm³

CREATININE:7,10.IONO: NA: 139 K: 3,9 CL:101

VS : 1ér H: 35 . 2ére H:67

GAZ DE SANG :Po₂: 58 Pco₂ : 42 So₂: 91 Hco₃⁻ : 30 PH:7,47

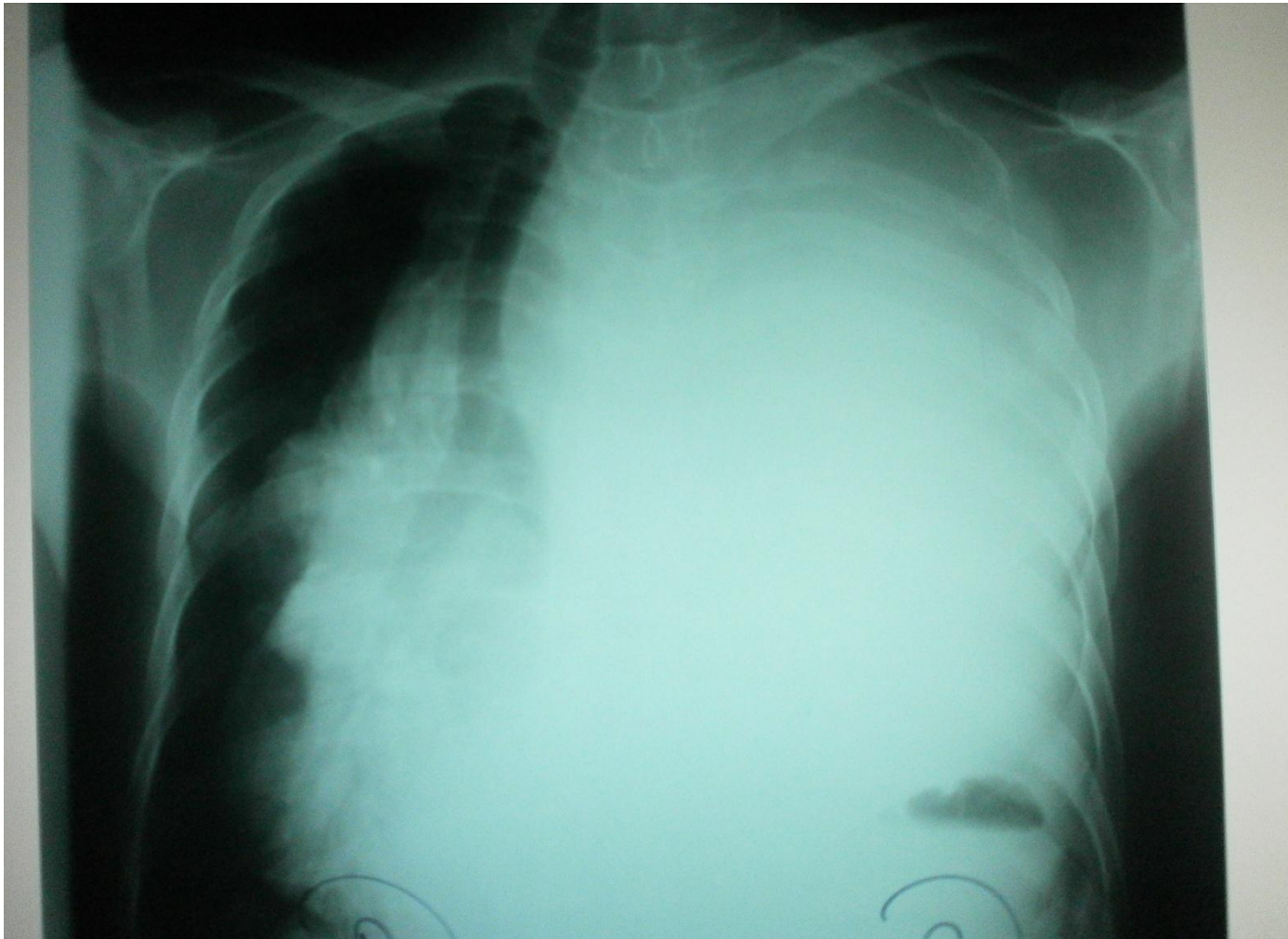
PONCTION PLEURALE :

RIVALTA:positif.PROTIDE:42.HEMATIE:23000

LEUCOCYTE:1300(Neutrophiles:21% ;LYMPHO:79%)

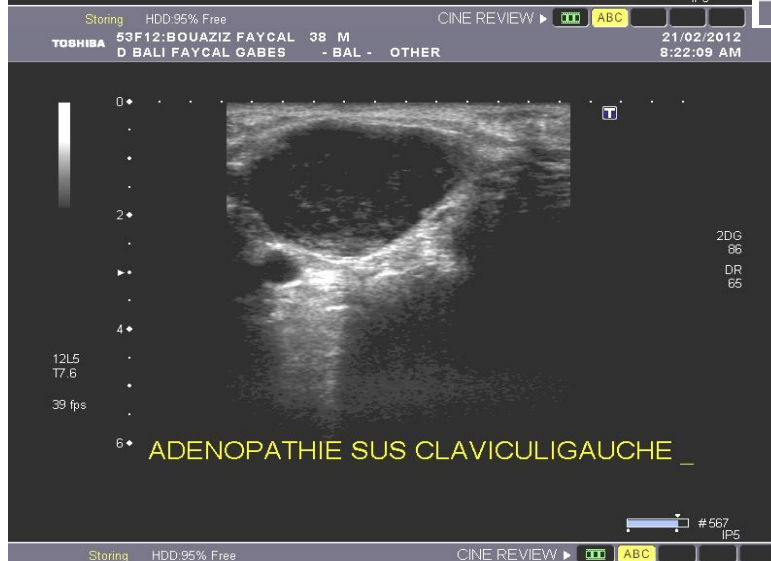
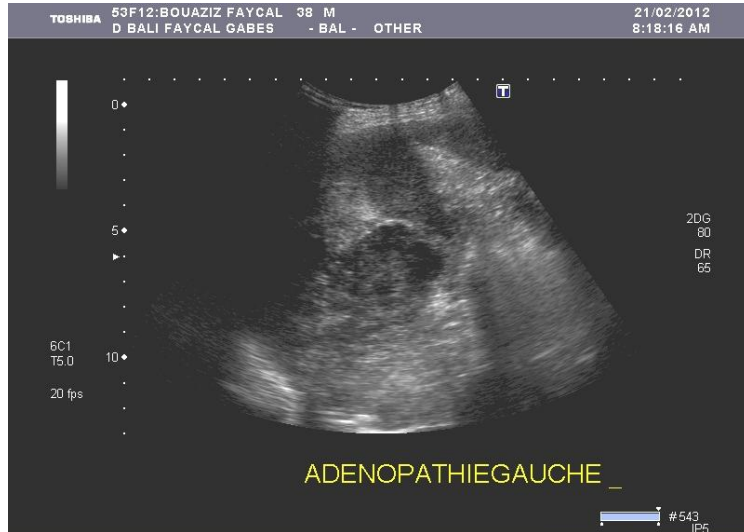
Présence de cellules carcinomateuses suggérant un adénocarcinome

Mr Faycal ..45 ANS :DYSPNEE DYSPHAGIE ... PROBLEME D' OXYGENOTHERAPIE
LYMPHOME SUIVIE DEPUIS 10 ANS A SOUSSE PUIS A Gabés
Venu en ASPHYXIE cyanosée. Sat 74%.TA 7/5. P02=53mmde Hg.



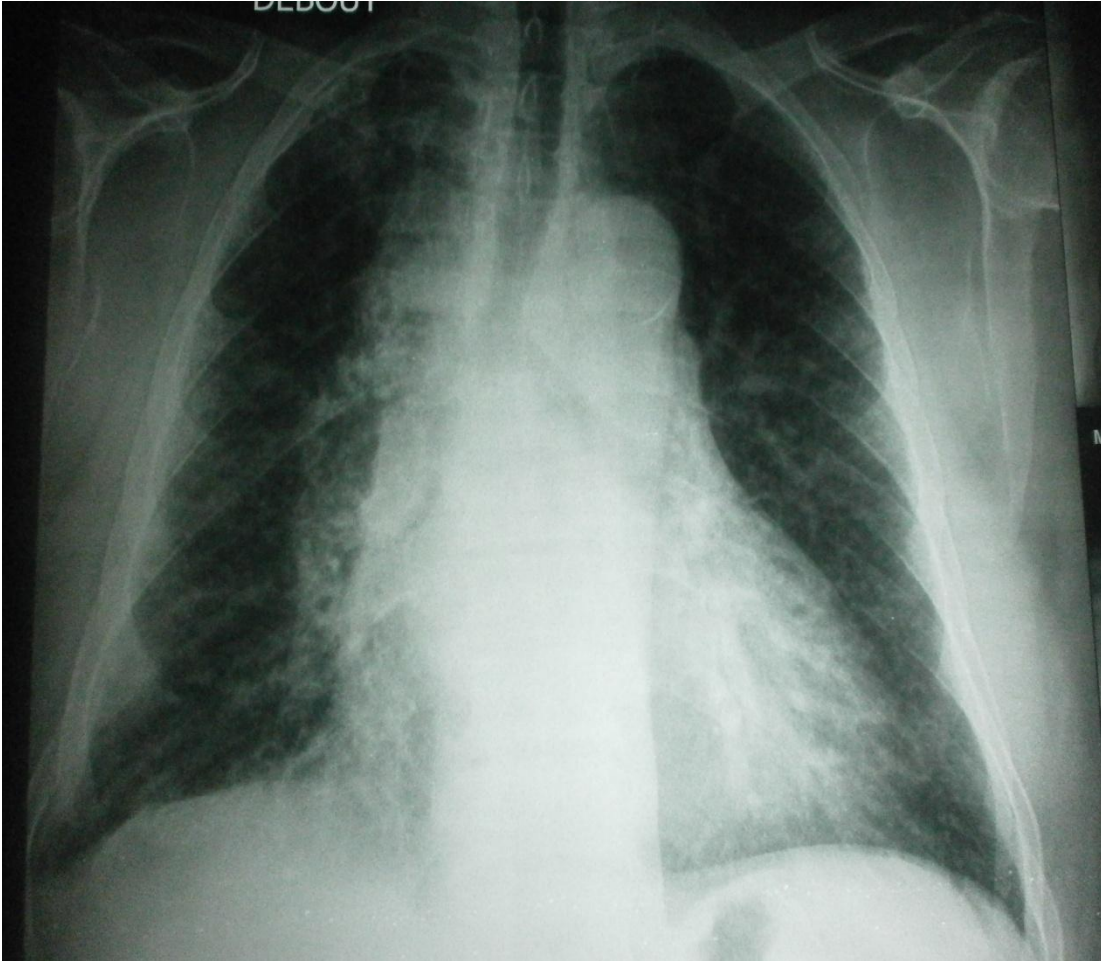
Ultrasonographie.

La cavité pleurale gauche est occupée par un magma d'adénopathies. Pas de liquide à ponctionner



Adénopathie cervicale maligne (Globuleux. sinus hypoéchogène)

Mr Achour ...65 an :Dyspnée depuis 1 mois



- **EXAMEN PHYSIQUE :**
- Tachypneique.
.Sat: 85 %.
- TA: 13/7. RC :86
/min
:

GAZ DE SANG :

Po2:49mm hg - **Pco2** : 71
Hco3- : 43 . PH:7,40

ULTRASONOGRAPHIE:



A DROITE: Pleurésie de moyenne abondance surface pulmonaire repoussée et le siège d' un syndrome **intertitielle**(Comet-tail RinDownin.Ligne B).
PONCTION PLEURALE ECHOGUIDEE DE 500 CC DE LIQUIDE CHYLEUX



LE QUADRILLAGE CERVICALE MONTRE :

Adénopathie cervicale SUS
CLAVICULAIRE GAUCHE de 10x9 mm
(Aspect globuleux , sinus hypoechogène)
Cytoponction échoguidée

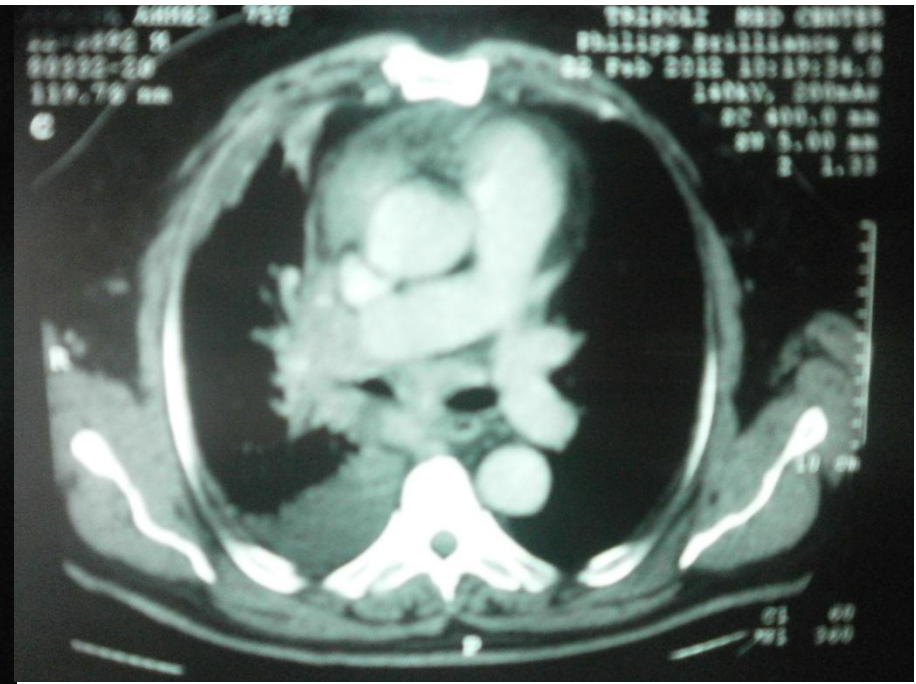
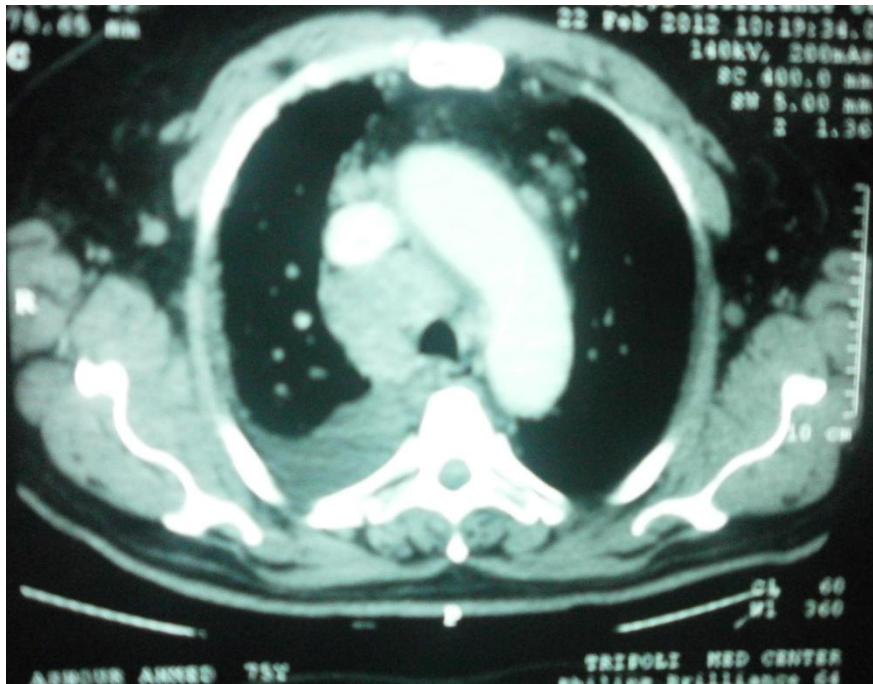
Ponction pleurale: Liquide pleural riche en lymphocytes ; absence de cellule néoplasique.
Exudat riche en triglycéride (Chyle)

Cytoponction d' adénopathie cervicale gauche :
Présence de cellules carcinomateuses
suggérant une métastase d'un
carcinome peu différencié

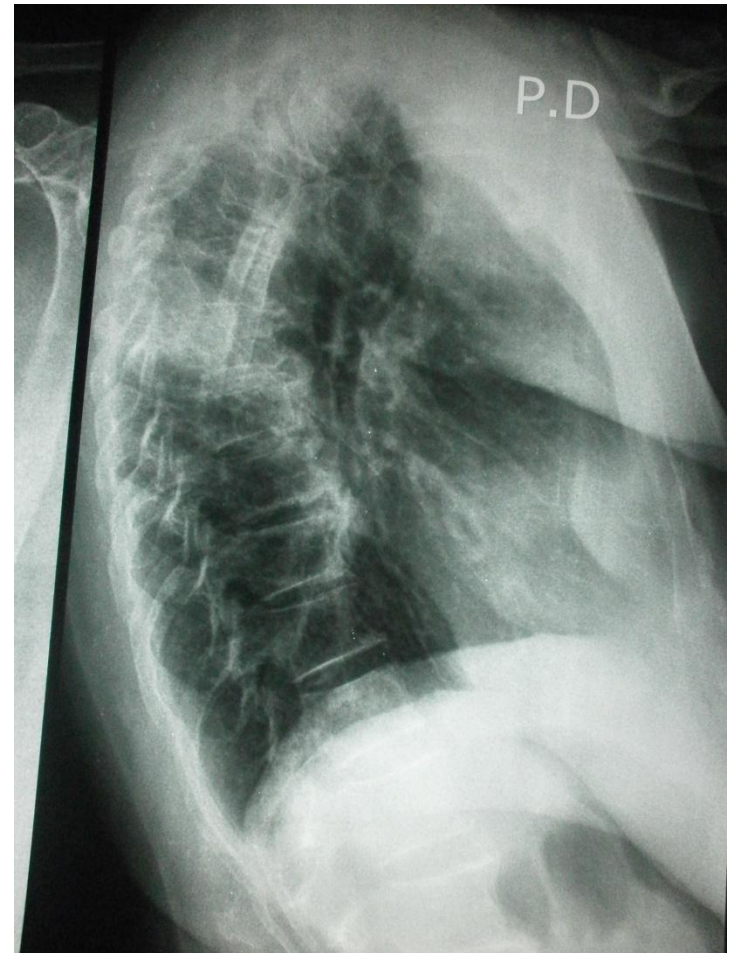
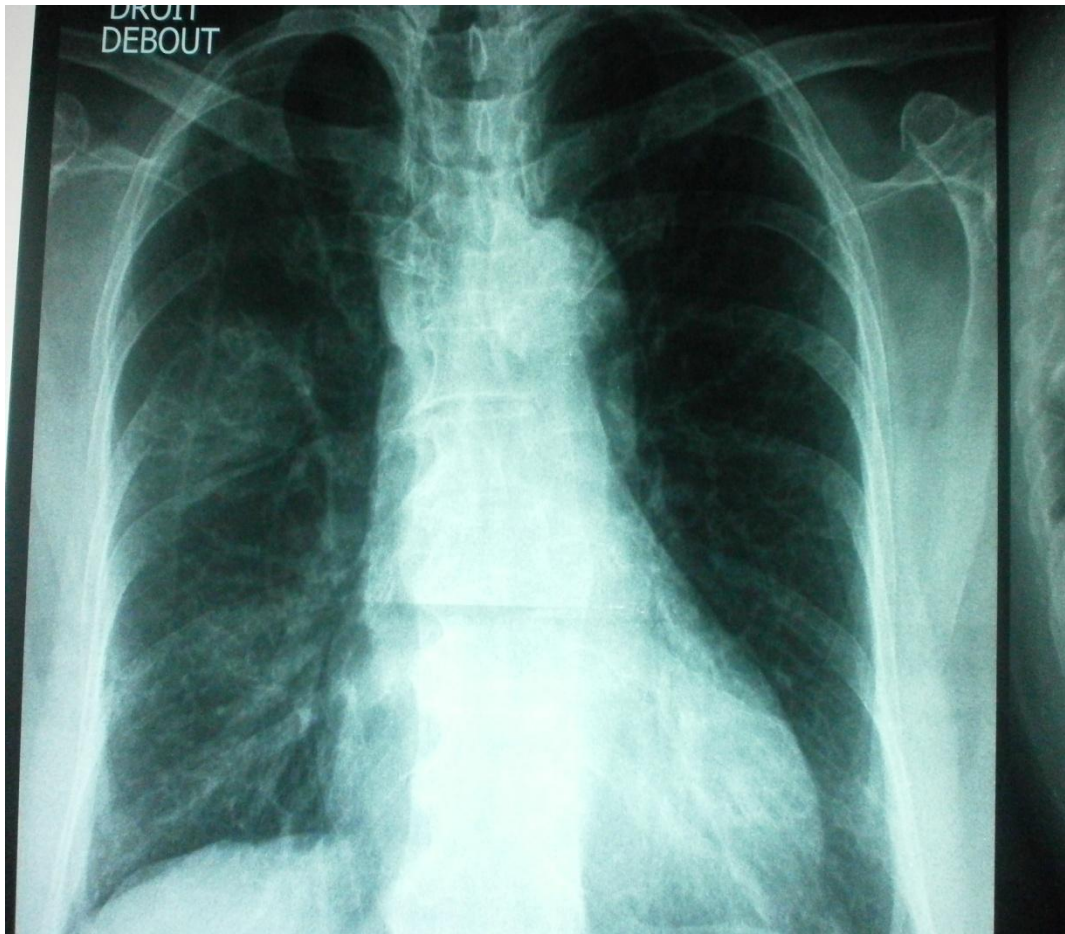
Scanner Thoracique:

Rétrécissement bronche souche droite.

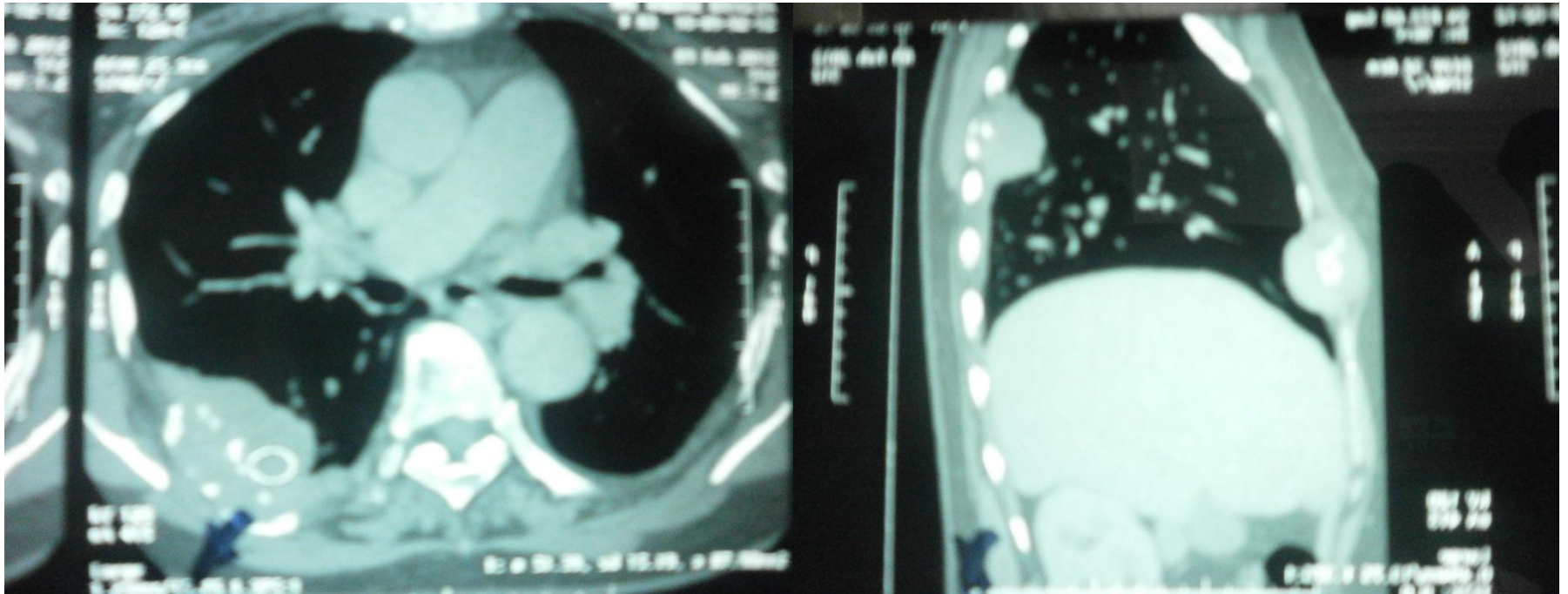
Adénopathies médiastinale. Epanchement pleurale droit



Mme Bouhlia H..61ANS Douleur hemithoracique droite
Depuis 4 MOIS douleur atroce l'empêchant de dormir
..antérieure ET rachidienne ..dyspnée.. toux

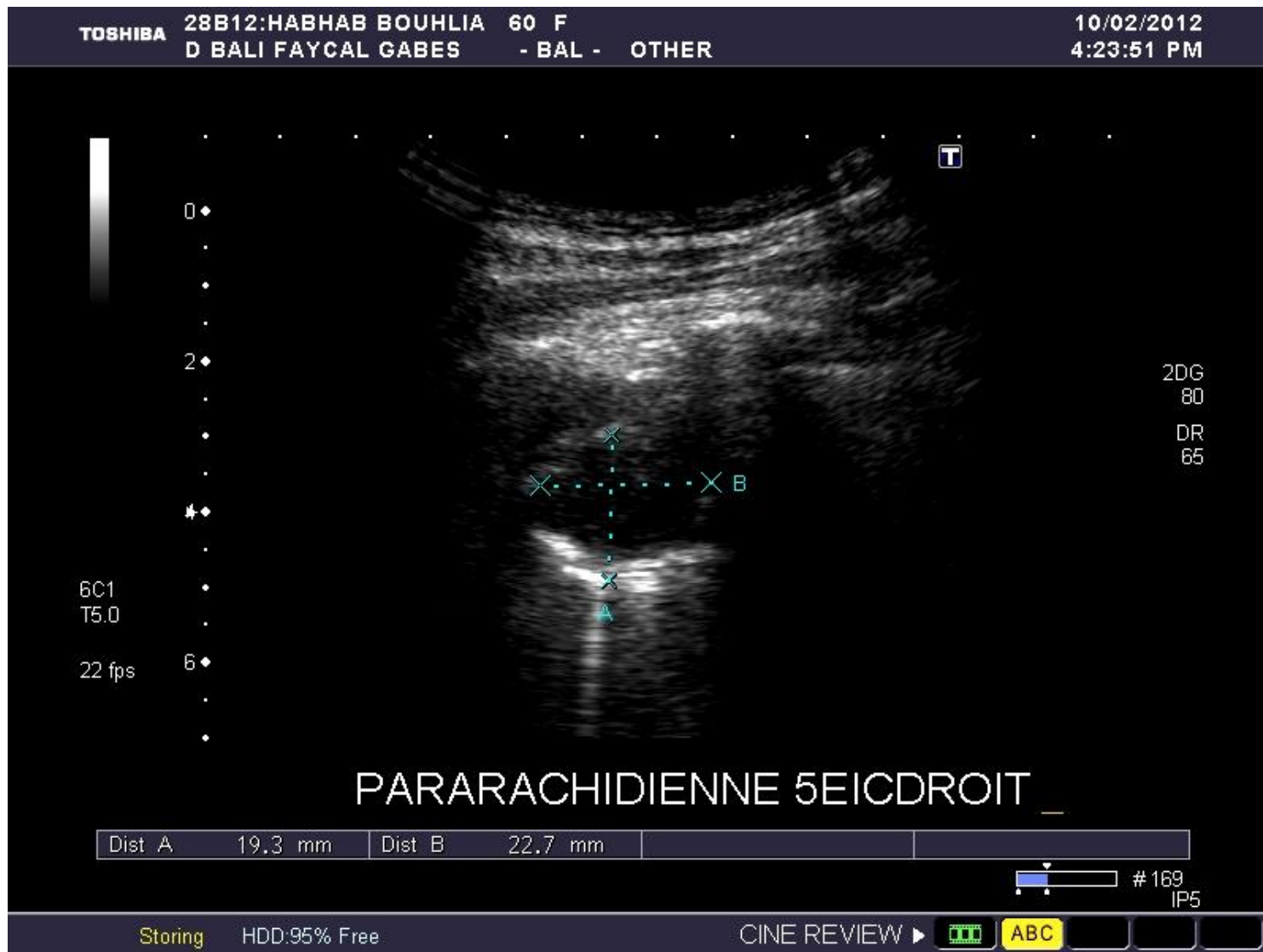


Scanner thoracique : Métastases tissulaires ostéolytiques intéressant l'arc antérieur de la 4eme cote droite, l'arc postérieur avec atteinte pleurale de la 5 eme cote droite, les vertèbres D5-D6,D8 et L2



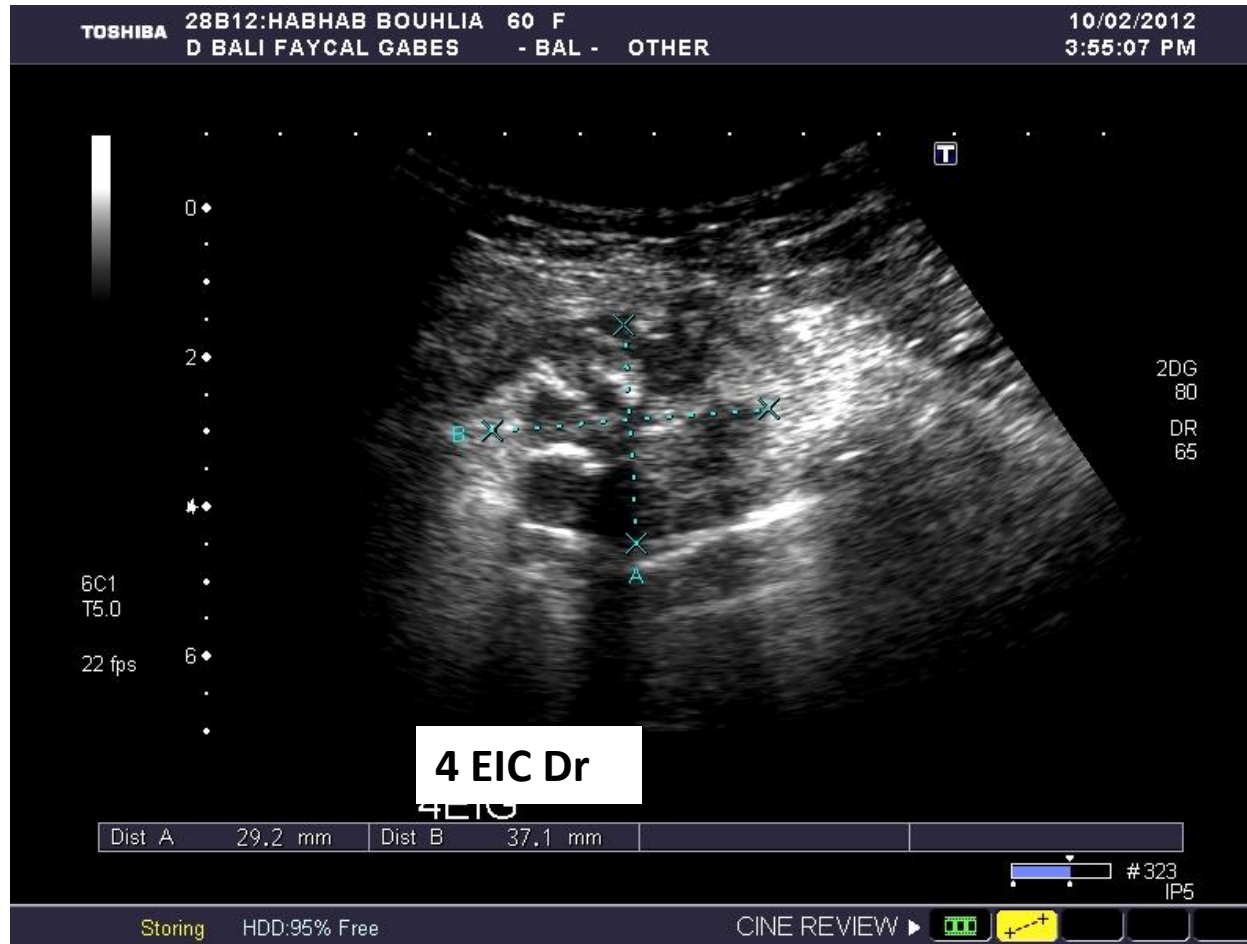
ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE:

A DROITE: Au niveaux de 5^{ème} EIC il existe une masse pulmonaire périphérique (19x23mm) Hypoéchogène homogène; mure postérieure net et régulier

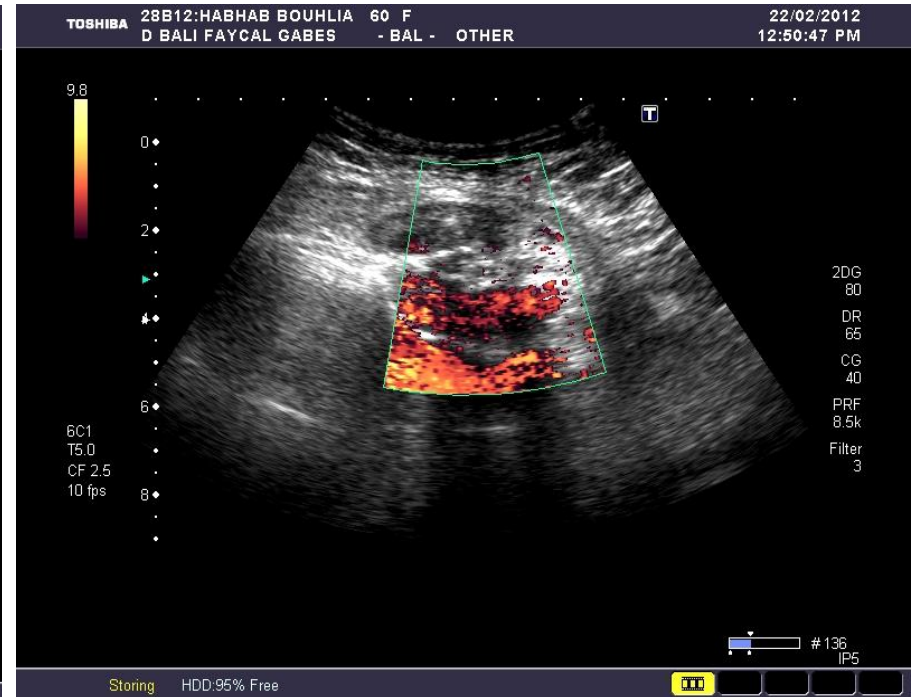


ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE:

A DROITE: Au niveaux de 4^{ème} arc antérieur il existe une masse PARITALE (37x29mm) Hypoéchogène et hétérogène contenant des calcifications avec mure postérieur net et régulier.



ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE: -> Ponction biopsie échoguidé a main levée
Profondeur peau/masse= 13mm. Profondeur de la masse=32mm. Repérage vasculaire



ANAPATH

CYTOPONCTION: Matériel peu cellulaire e .ABSENCE DE CELLULE NEOPLASIQUE

Biopsie échoguidée à l'aiguille:

Granulation chronique riche en lymphocytes et plasmocytes-Pas de signe de spécificité ou de malignités

Biopsie chirurgicale:

-Prolifération diffuse de plasmocytes à noyaux excentrique cytoplasme basophile englobant de rare spicule osseux

->Plasmocytome malin

ANTECEDENTS ET TARES :HTA 3 ans

EXAMEN PHYSIQUE :Pas d'adenopathies pariferique.Tuméfaction arc antérieur 4écote dr.TA:16/7.Sat: 98 %.

EXAMENS BIOLOGIQUES :CALCEMIE:93.VS : 1ér H: 79 . 2ére H:138

NFS: GB =7,5 10 3/mm3- HB= 11,9r/l - PLAQUETTES = 294103/mm3

ELECTROPHORESE DES PROTIDES :hyper Beta 2(Pic)

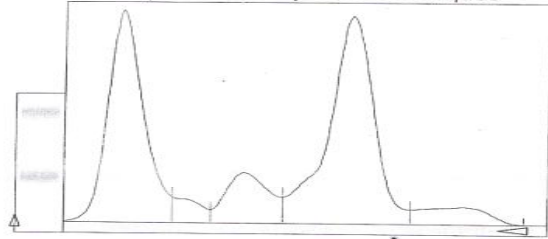
ELFOLAB INTERLAB Roma Microtech Series Electrophoresis Systems 2.56 12.4.0

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES NAJAR MED SADOK 13 Février 2012
 AVENUE MONGI SLIM GABES 6000
 75 273 891

Nom BOHLIA HABHAB ID du patient 1
 Date de naissance Sexe F Département 1

Date de l'essai 13/02/2012
 Bande 1 Trace ou tracer 1 Fractions 5 Balayer (mm) 21 Bande Id: 1

Électrophorèse des protéines sériques

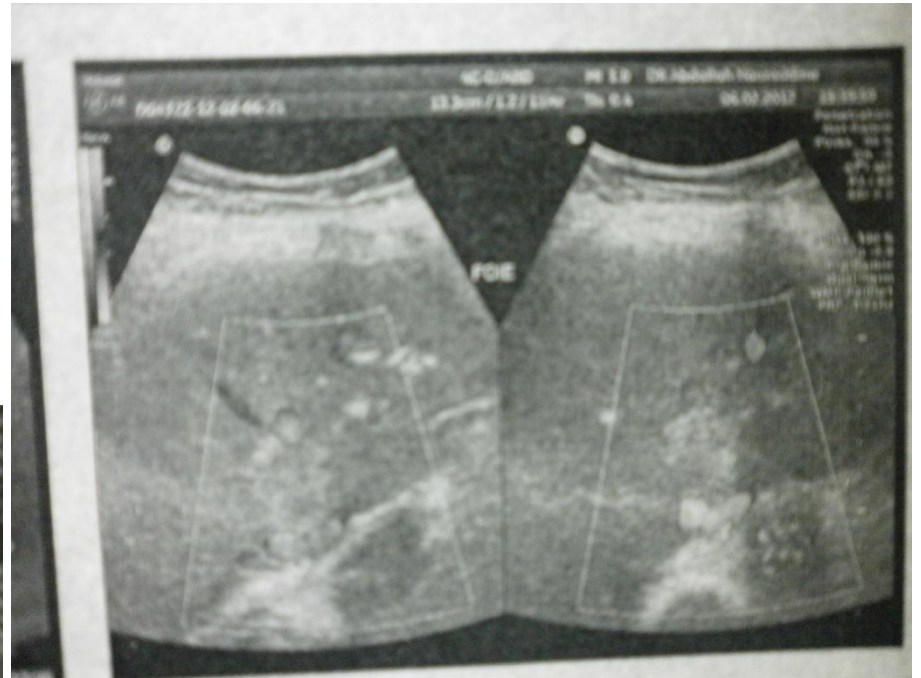
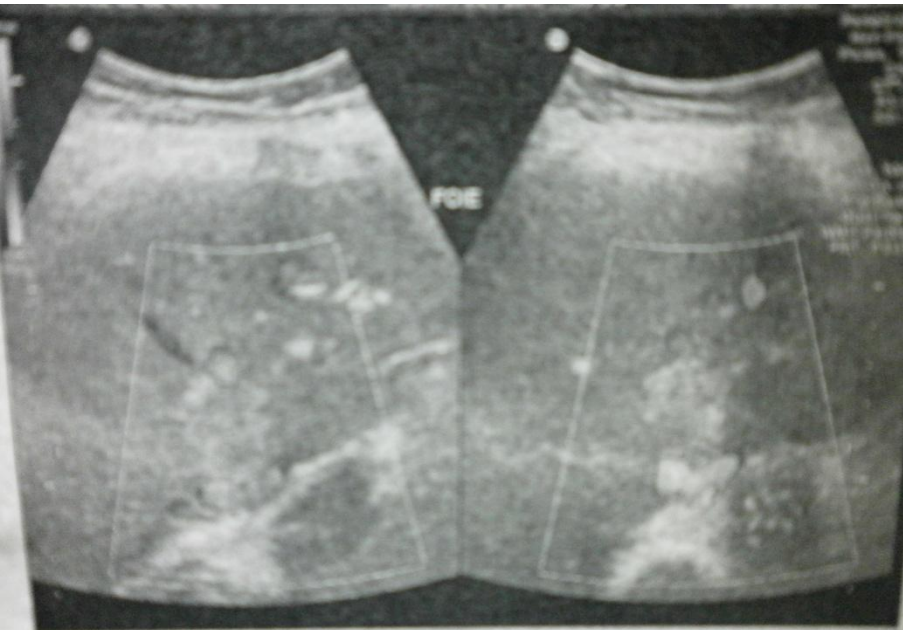


Fractions	%	% normal	(g/l)	(g/l) normal
Albumin	36.1 ↓	54-66	37.2	32.4-52.8
Alpha 1	3.3 ↓	1.4-2.8	3.4 ↑	0.8-2.2
Alpha 2	10.5 ↑	9.1-13.8	10.8	5.5-11
Beta	44.7 ↑	8.7-14.4	46.0 ↑	5.2-11.5
Gamma	5.5 ↓	10.6-19.2	5.7 ↓	6.4-15.4
Rapport A/G 0.56			Prot. Tot. (g/l) 103 ↑	60-80

Reviewed by:

Laboratoire d'Analyses Médicales
 Mohamed Sadok Najjar
 Pharmacien Biologiste
 Av. Mongi Slim, Gabès
 Tél: 79 273 891

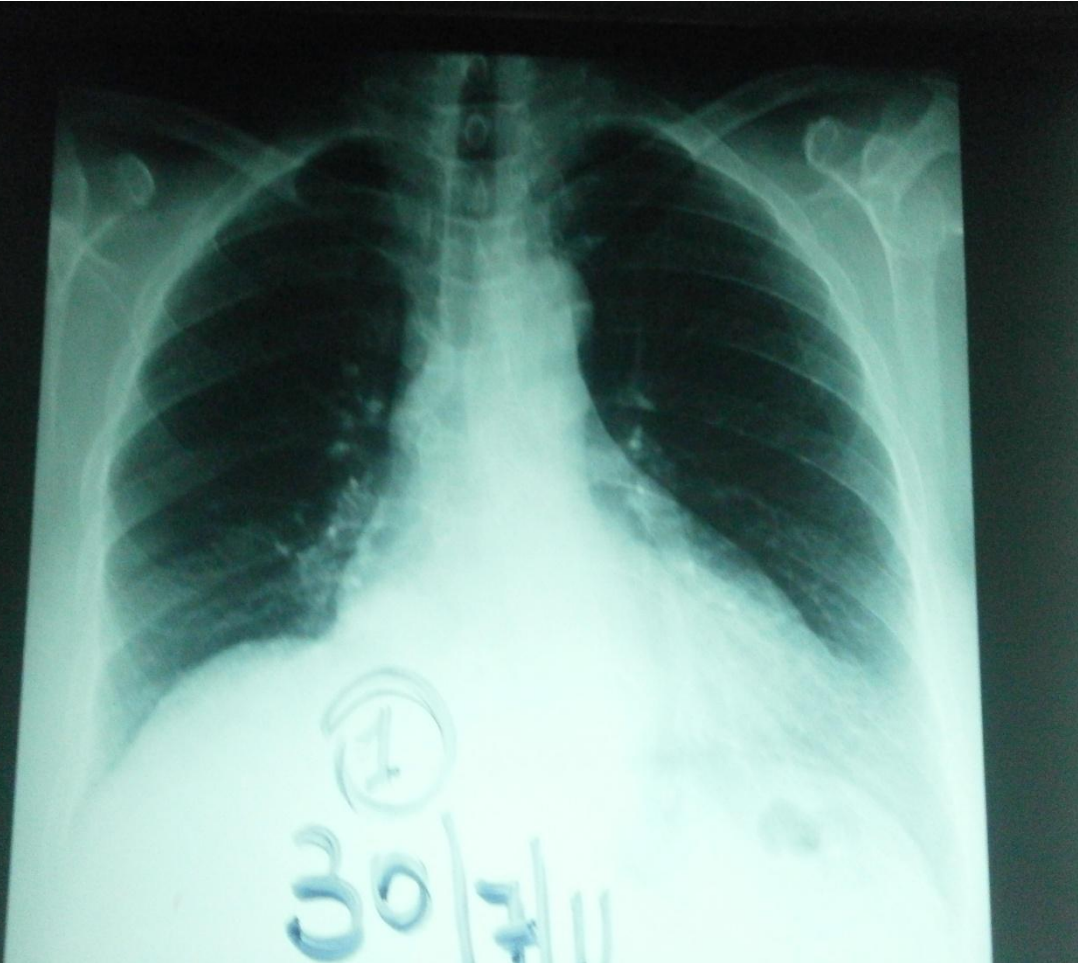
Echographie abdominale: _ Nodule hépatique hyper-échogène pouvant cadrer avec un angiome hépatique toutefois l'origine néoplasique ne peut être éliminée.



Mme Bornia A..55 ans m'a consultée le 01/11/2011

Depuis 4 MOIS TOUX RECIDIVANTE +/- PRODUCTIVE +RHINITE ASSOCIEE AETE

VU PAR ORL DEUX FOIS ..SIFFLEMENT .. DYSPNEE ..



ANTECEDENTS ET TARES :

- *HTA(10ANS) AVLOCARDYL 160
- *CANAL LACRYMONASALE DROITE
- *CATARCTE

EXAMEN PHYSIQUE :

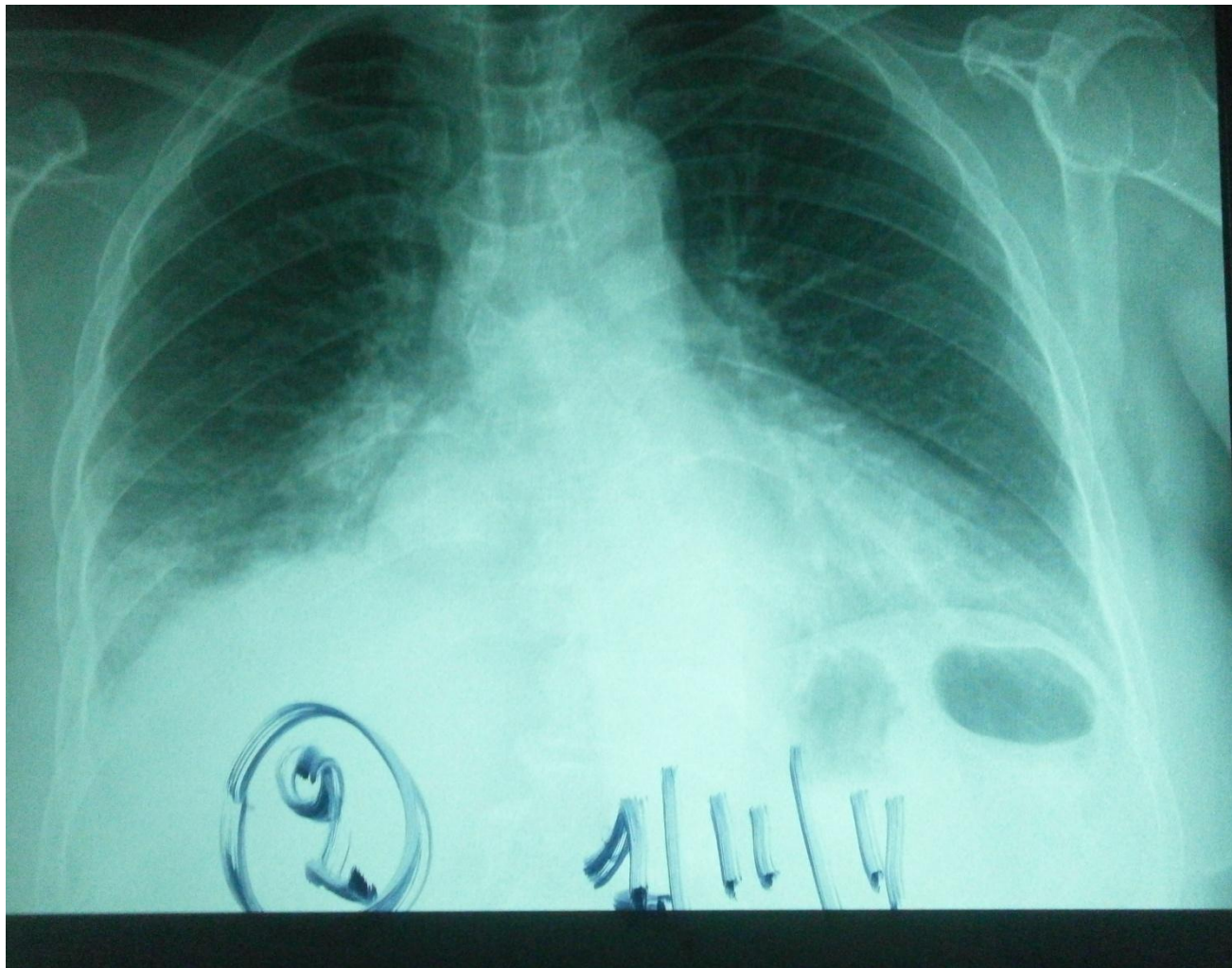
TA: 15/9. RC : 85 /min .Sat: 96 %.

QQ .RONCHUS

ECG:Normale

RX THORAX DU 30/07/11

RX THORAX FACE DU 1/11/2011:Emoussement cul de sac droit-
Comblement de l' angle pleuropericardique droit-Opaciteé lobe
moyen-Redistribution vasculaire



Biologie

ProBNP:123

VS : 85/ 123

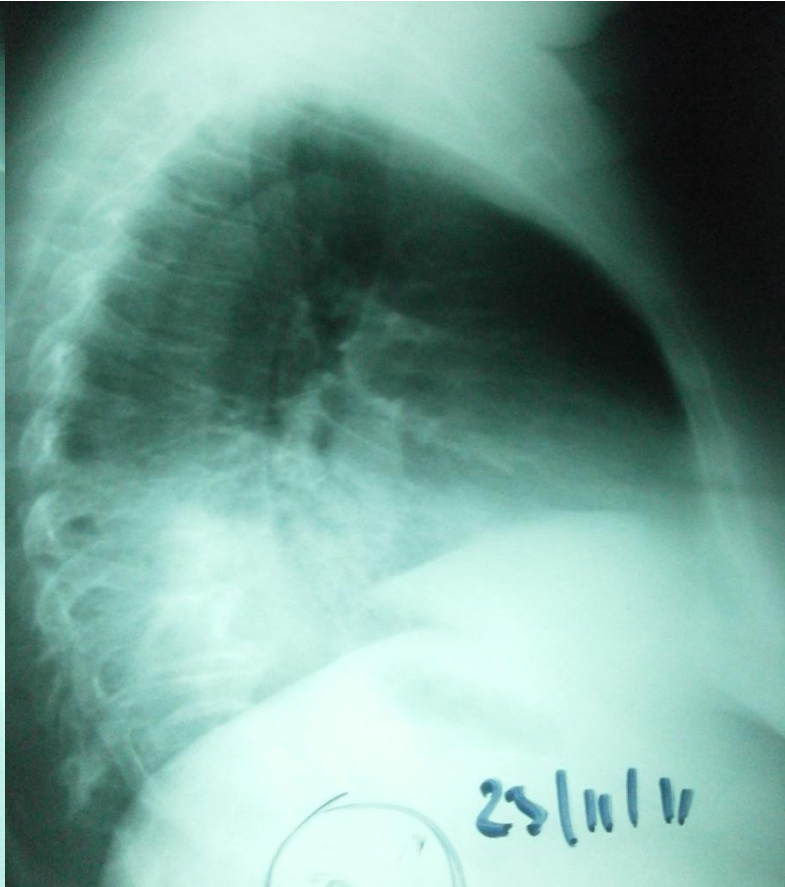
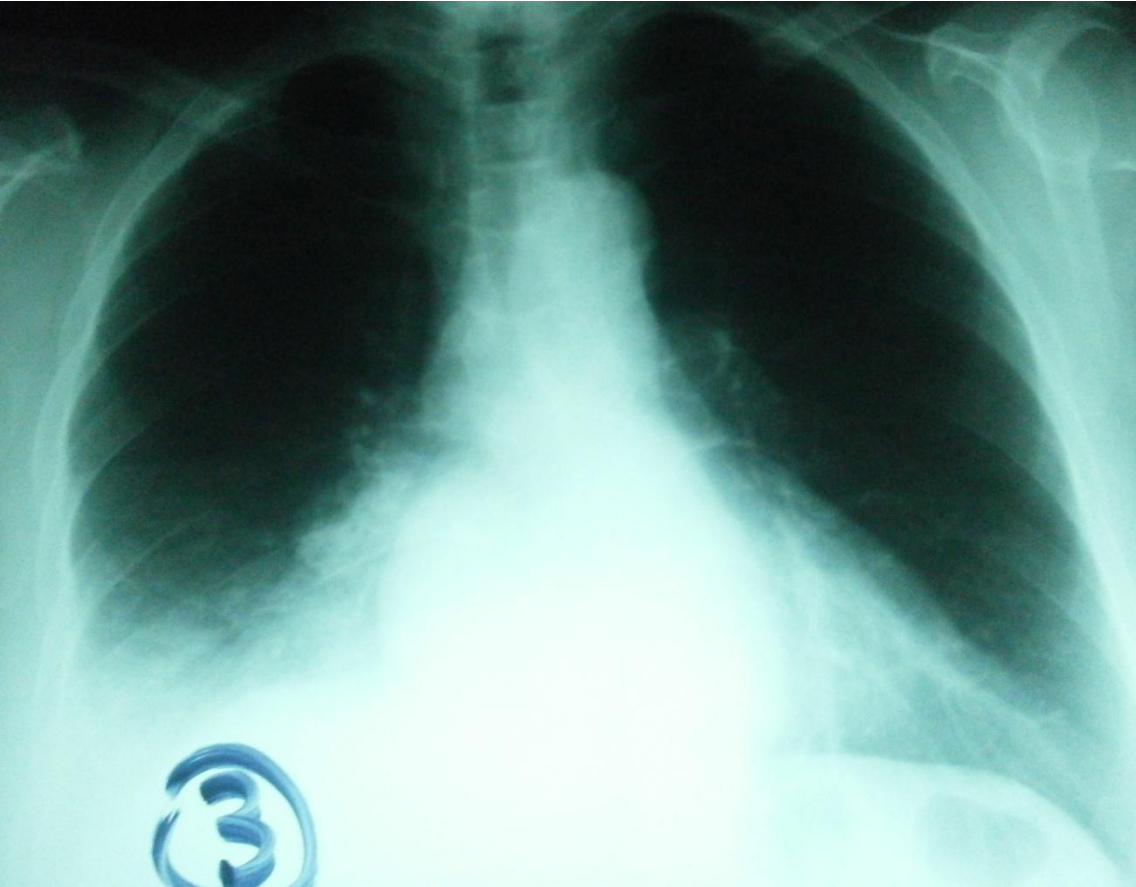
NFS: GB = 5,4 10
3/mm³- HB=11,6 gr/l -
PLAQUETTES = 277
103/mm³

MEDICAMENTS PRESCRITS : LASILIX. KALEORID . VENTOLINE.Tavnic

->contrôle dans ds 21j+rx+bil->Scn->fib

(1E 24/11/2011) Recul (23 jours.)

Amélioration clinique ET Biologique (VS =40/83)



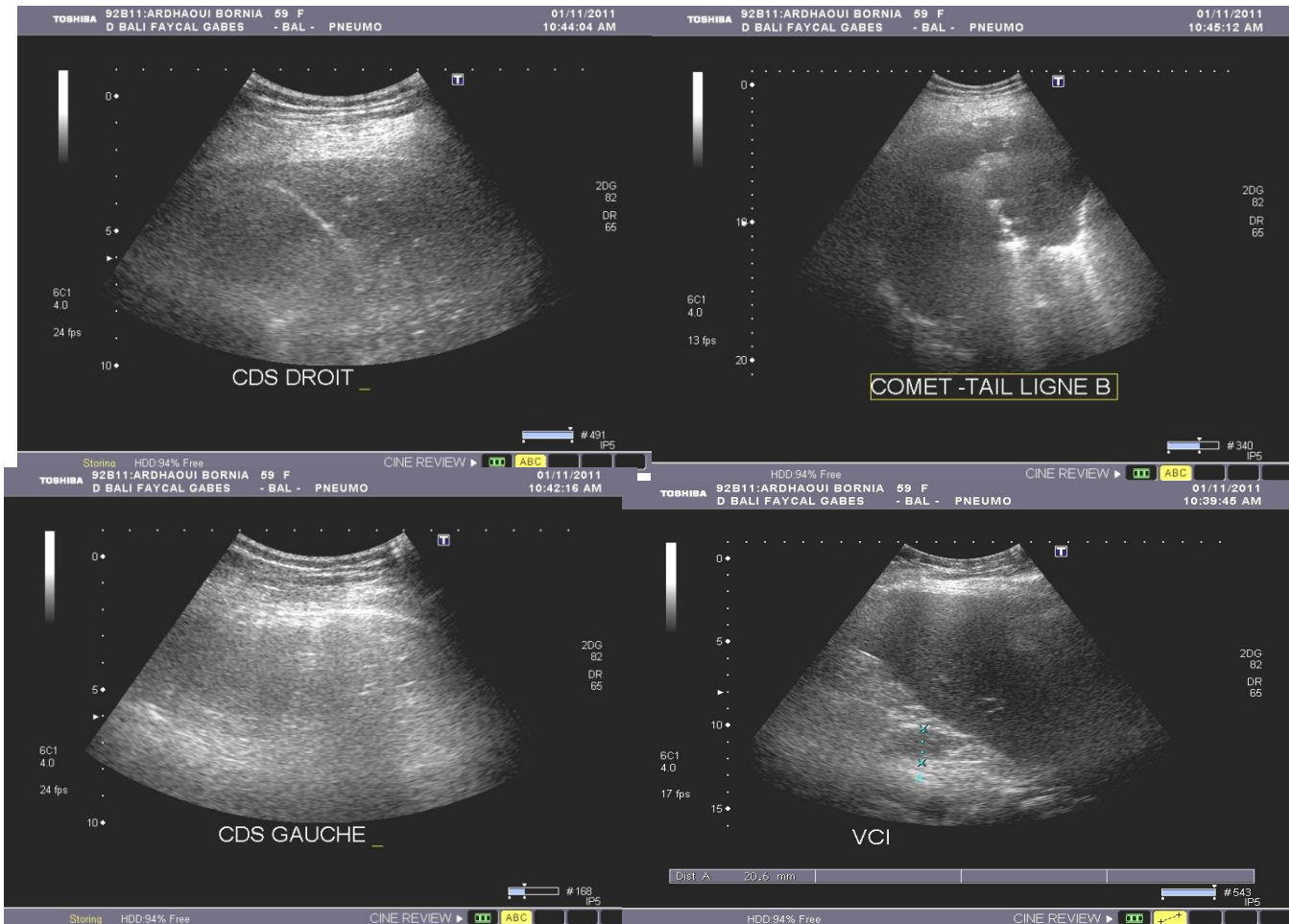
RX THORAX FACE23/11/11: opacité basale droite bien individualisée

A gauche: Cul de sac libre. Le signe du glissement est retrouvé sur toute la surface quadrillé.

A DROITE: Le cul de sac costéau diaphragmatique est le siège d'une pleuresie de faible abondance .

Le poumon est le siège d'une masse hypoéchogène de 62,7 x 61,4 mm d'Aspect Homogène et hypoéchogène

Trop belle image postérieure ;



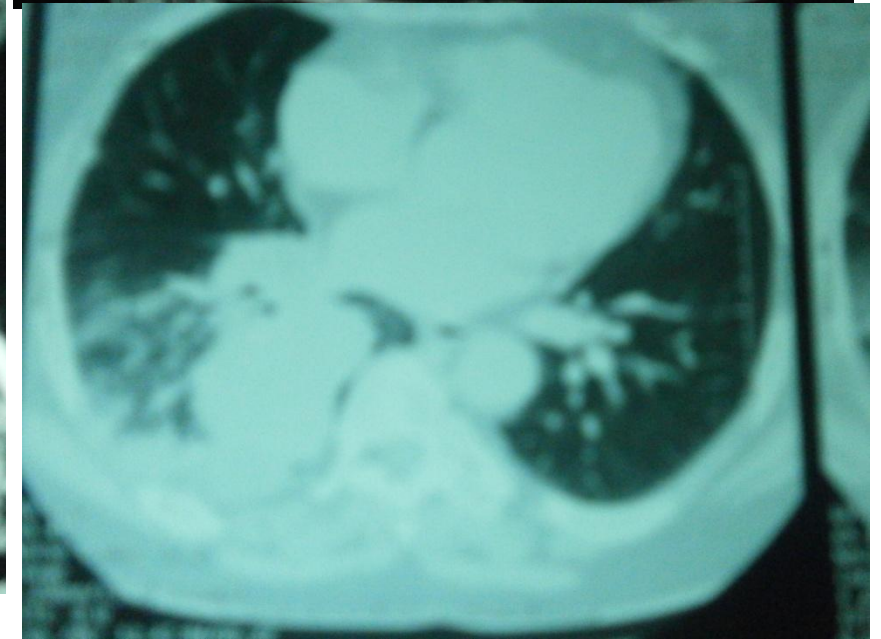
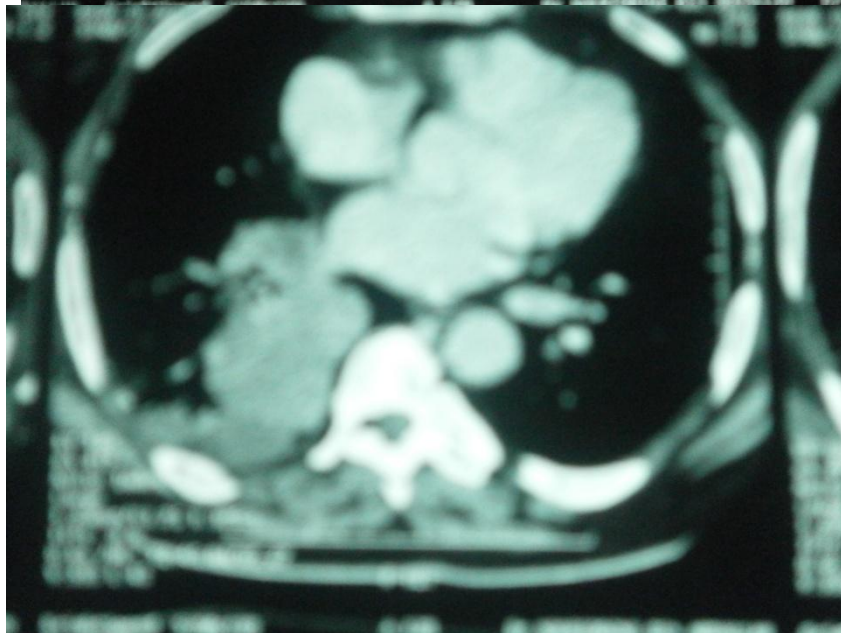
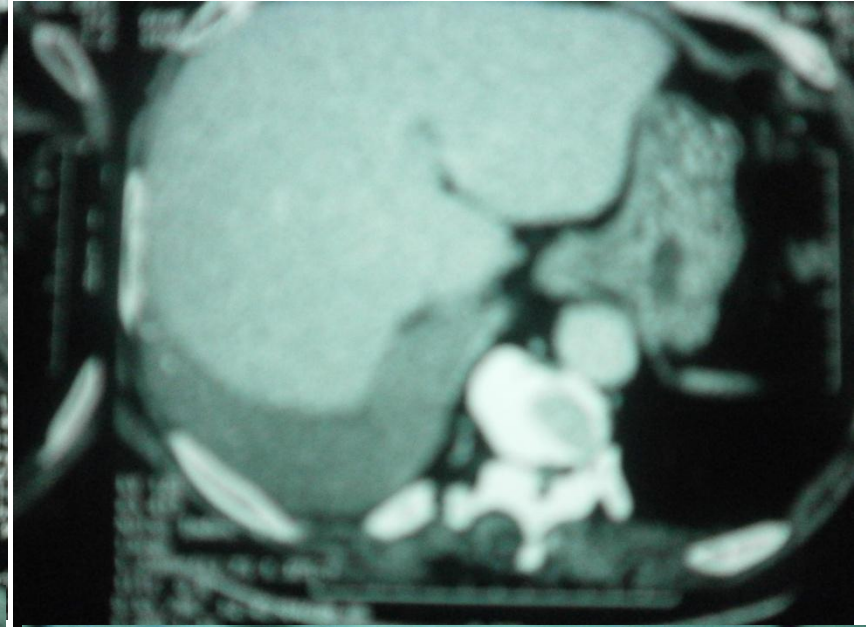
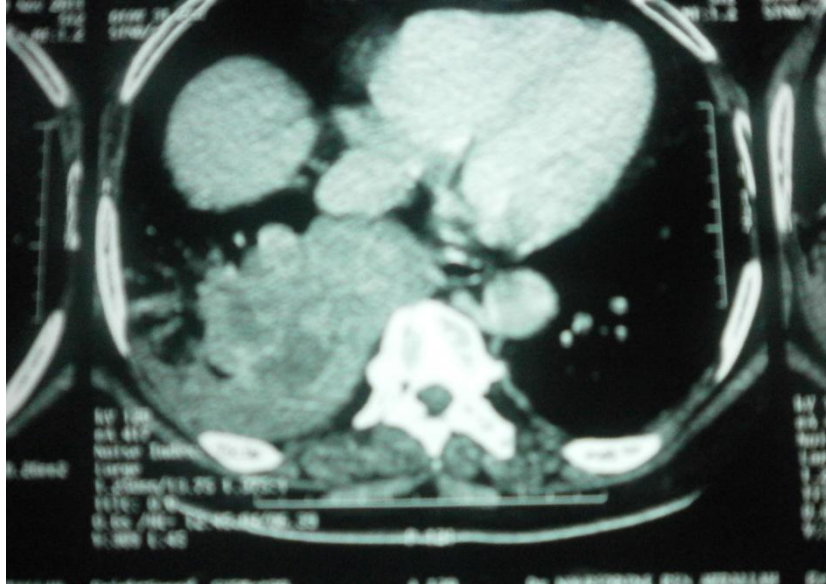
Le poumon droit est le siège d'une masse hypoechogène de 62,7 x 61,4mm
.Non adhérente ala paroi attestée par la présence du signe du glissement



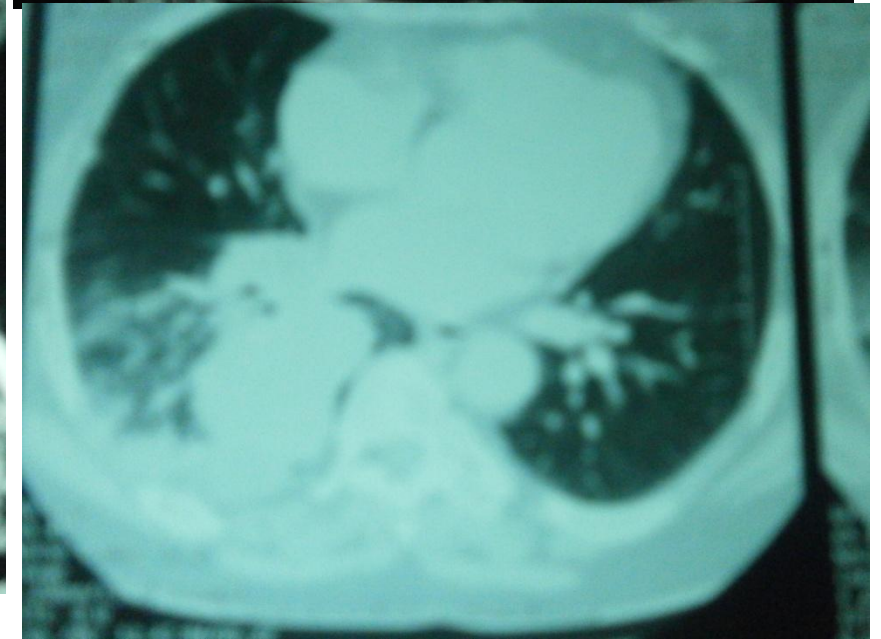
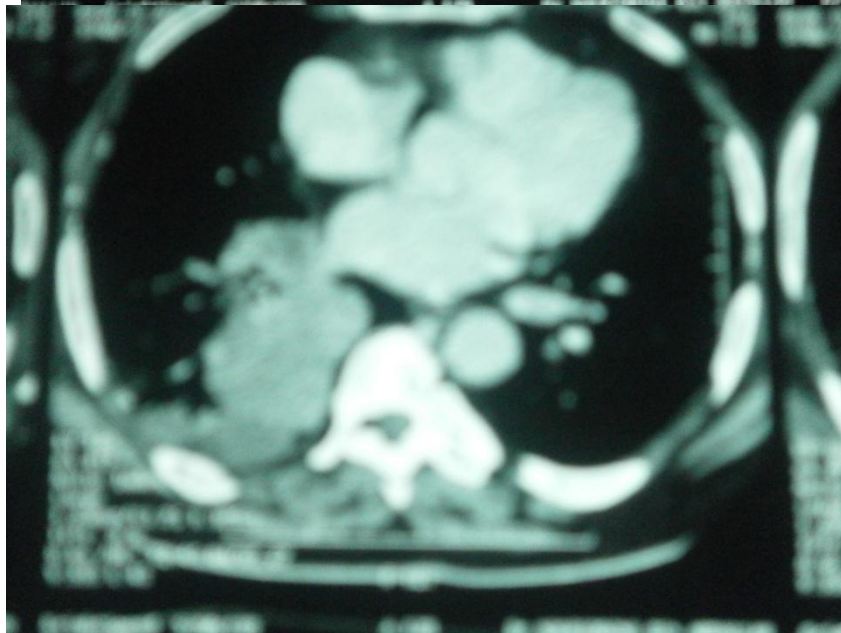
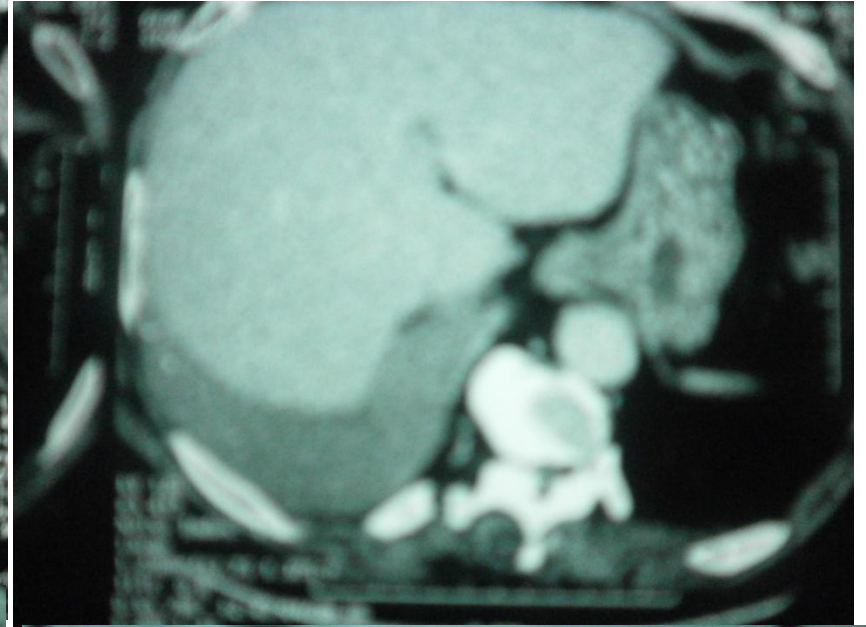
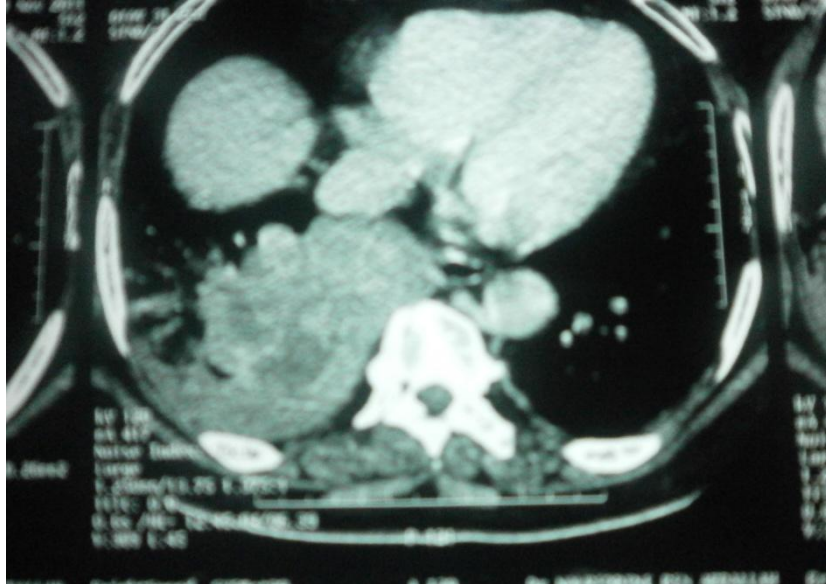
ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE

- Le cul de sac costeau diaphragmatique DROITest le siege d'une pleuresie de faible abondance avec Sensibiliteé expiratoire.
- Le poumon est le siège d'une masse hypoechogène de 62,7 x61,4mm AVEC:
- Aspect Homogène et hypoechogène.
- Trop belle image postérieure.Faible echogenicitée de la ligne pleuroaerique en regard de la masse.
- Mobilité respiratoire de la masse.
- Présence du Signe du glissement objectiveé par le TM
- Conclusion
- Il existe une masse pulmonaire périphérique posterobasale droite-
Reaction pleurale-Présencedu signe du glissement Temoin de non
invasion pariétale

Scanner thoracique(24/11/11): Processus tumorale 9 cm de grand axe ;nécrosée-reaction pleurale et lymphangite-Adenomegalie sous carinaire



Scanner thoracique(24/11/11): Processus tumorale 9 cm de grand axe ;nécrosée-reaction pleurale et lymphangite-Adenomegalie sous carinaire



EFR : Normale avec CVF : 1,86 76 % VEMS: 0,85 77 % VEMS / CVF: 0,85 %

ECHOGRAPHIE ABDOMINO- PELVIEN: Absence de métastases hépatiques ou surrénaliennes.

SCANNER CEREBRALE: NORMALE

FIBROSCOPIE BRONCHIQUE :

-

Compression extrinsèque origine pyramide basale après la NELSSON.
Epaississement et infiltration EPERON postéro basale / latéro basale

ANAPATH (Biopsie Eperon infiltrée et distale postéro basale +BROSSAGE +Aspiration)

ADENOCARCINOME

DIAGNOSTIC

Femme de 59 ans qui présente un adénocarcinome lobaire inférieur droite de 9 cm de grand axe avec réaction pleurale (Non douloureuse-et présence du signe du glissement a l' echo)et doute sur adenomegalie sous carinaire

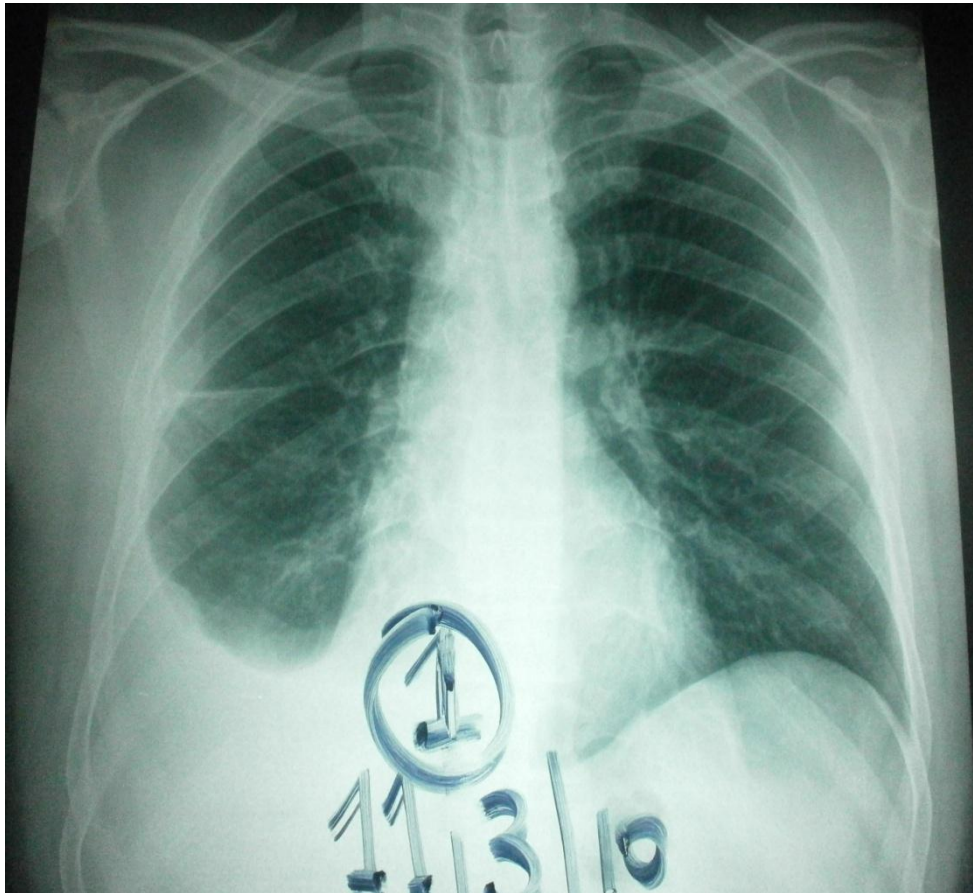
--->Thoractomie première(ou Précédéé de 2 cycles chimio)

Avis Chiurugie

Il existe des signes de mauvais pronostic(Couleé ganglionnaire;Lymphangite et pleurésie).Faire 3 Cycles de chimio.

Mr KHALIFA A..56 ANS M'a consultée le 11/03/2010 .

Depuis 2 mois: DOULEUR DERNIERES COTES PLUS PRONOCEE A DROITE ..INSTALATIONS PROGRESSIVE.. 3
CONSULTATIONS SANS RESULTATS .. RX SERAIT NORMALE ..DYSPNEE D'EFFORT DOULEUR INTESCAPULAIRE



ANTECEDENTS ET TARES :

- TABAC 20 PA. STOP 4 MOIS
- TECHNICIEN AERONAUTIQUE PENDANT 20 ANS
- COLOPATHIE;OTITE GAUCHE

EXAMEN PHYSIQUE :

TA: 12/7 . RC : 80 Sat:98 %-MV SYMETRIQUE.:

Echographie abdominale :normale

E.C.G :NORMALE

PONCTION PLEURALE :blanche

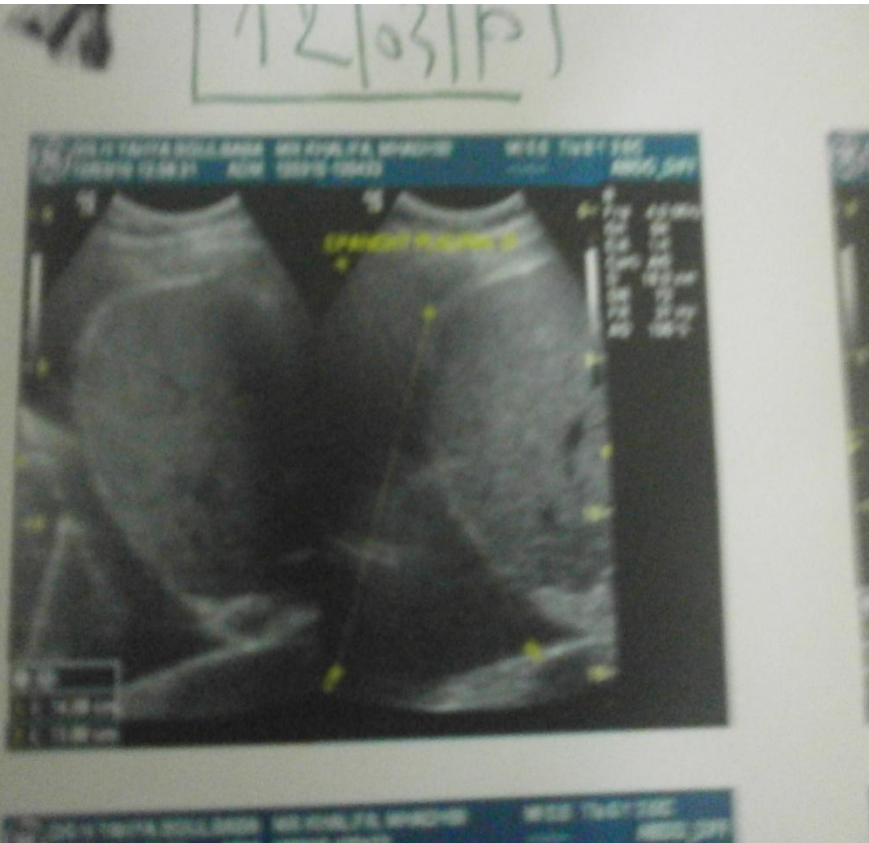
MEDICAMENTS PRESCRITS :

U-Cef 500. DIALGESIC

Prochain contrôle dans 15 JOURS
+scanner –bilan.

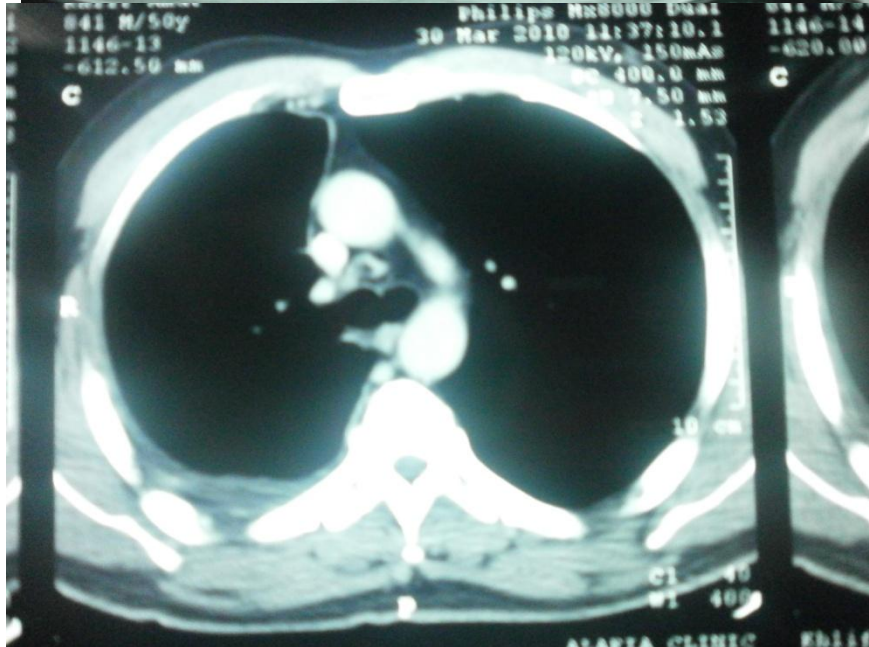
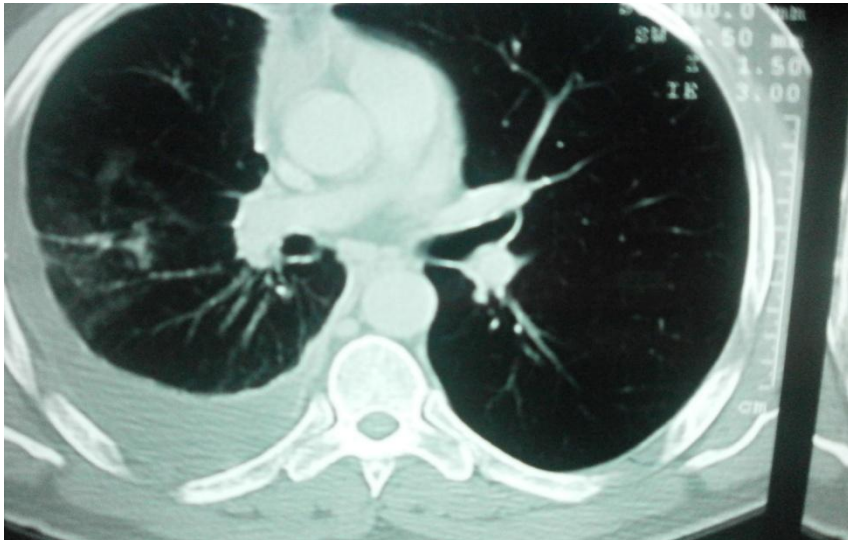
RX THORAX :émoussement cul de sac droit

Echographie du 12/03/10 Pleurésie Anéchogène homogène dimension



Contrôle du 5/04/10: Récidive de la pleurésie

SCANNER (30/03/10):Pleurésie de faible abondance -Régulière-pas d' adénopathies



- EXAMEN PHYSIQUE :

- sat =95%. Apyretique.pas d'adénopathies..périphériques : -MV diminuée a droite

- Biologie

- GB =10 000 ;VS 40/60

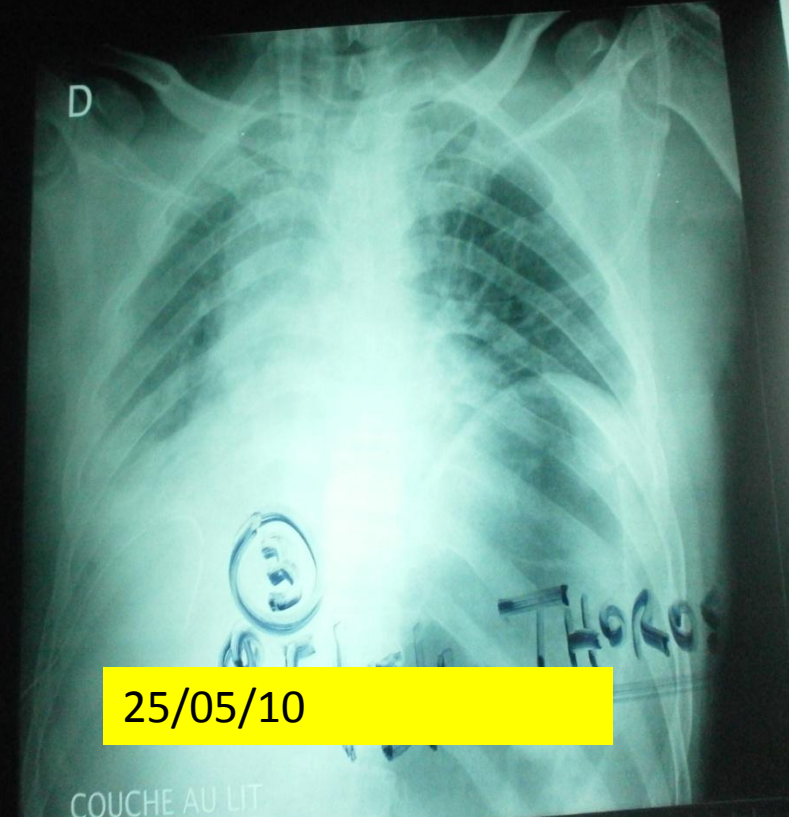
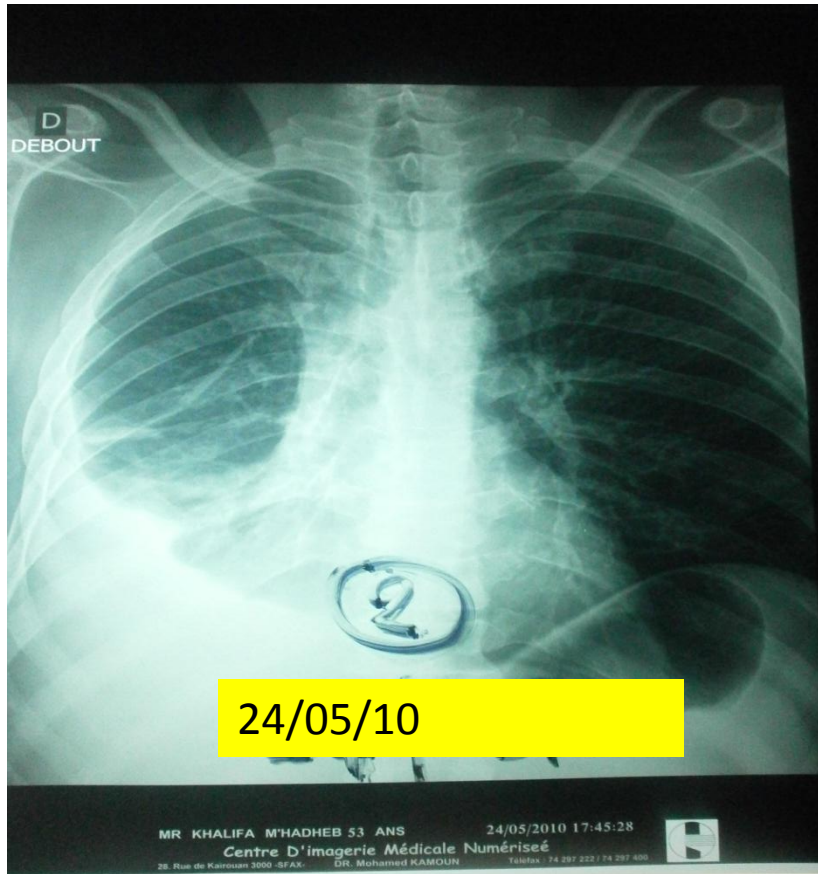
- PONCTION PLEURALE :

- 300CC de liquide citrin riche en lymphocyte- Absence de cellule néoplasique

- Biopsie pleurale :

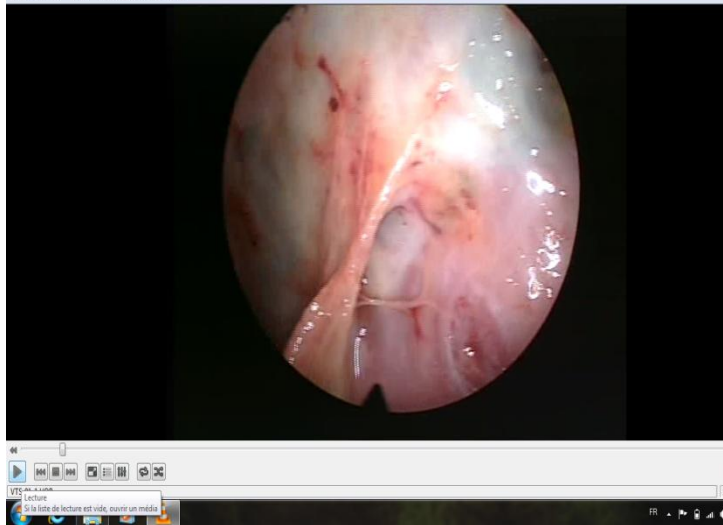
- Non contributive

Controle du 24/05/10 Recidive de pleuresie
THORCOSCOPIE FAITE LE 25/05/2010

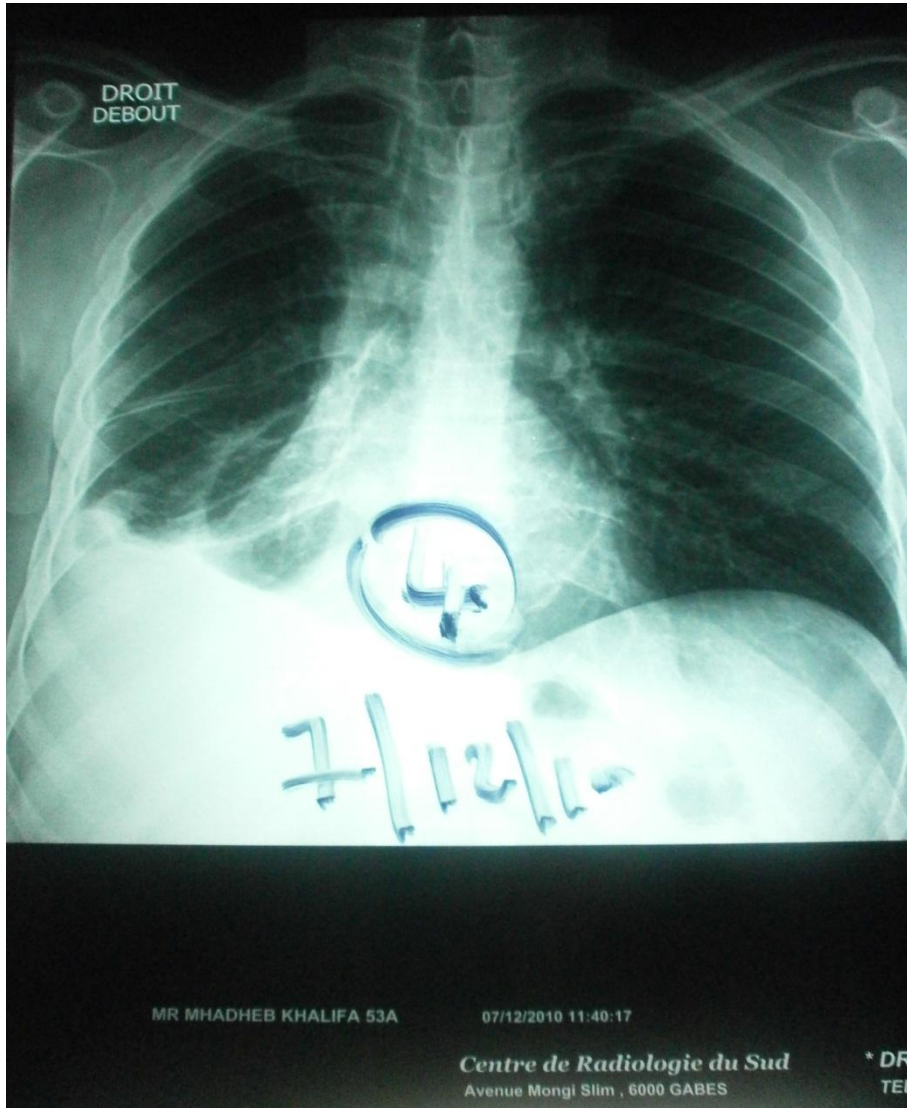


Thoracoscopie: Pachypleurite. Adherence-Nodule de 3mm:
Biopsie pleurale : Pachypleurite; pas de signes de spécificité ou de malignité

Thoracoscopie(25/5/11)Pachypleurite-Adherence-Nodule de 3mm



Consultation du 7/12/10 (Recul : 9 mois)

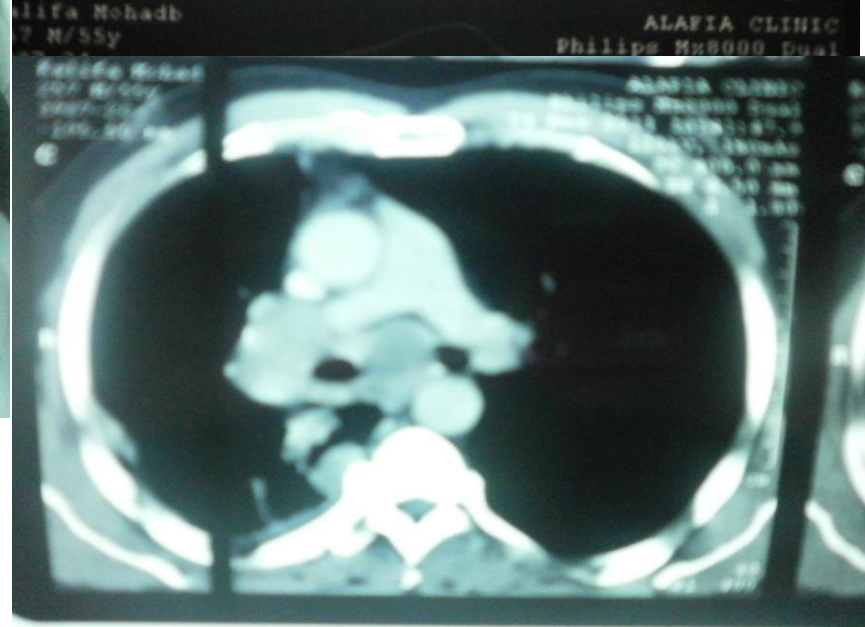
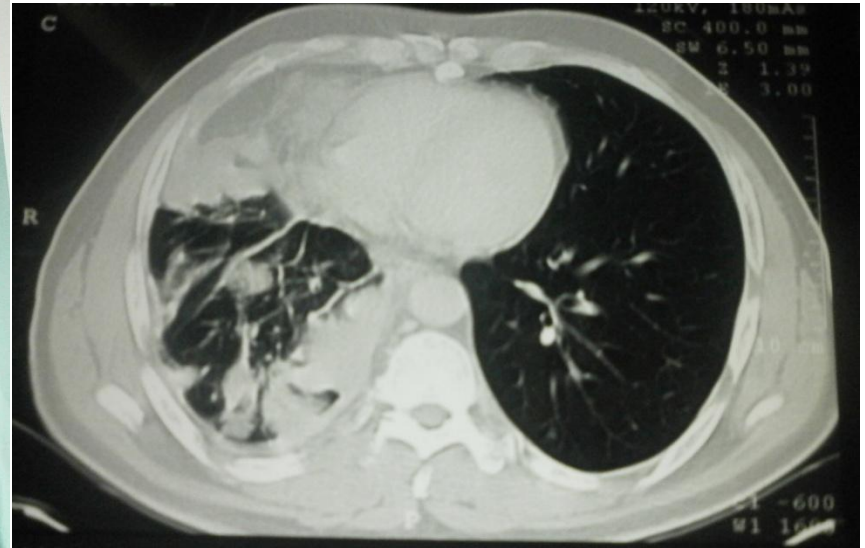


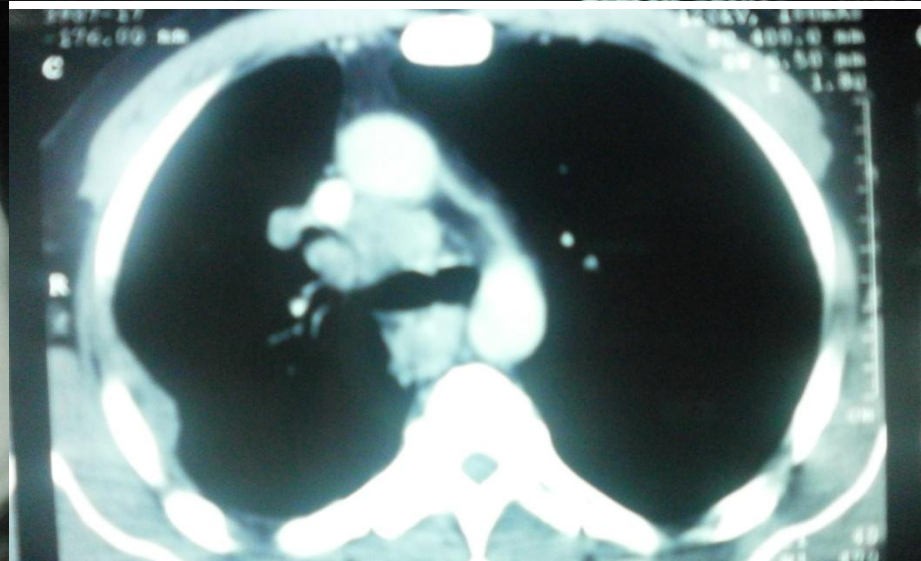
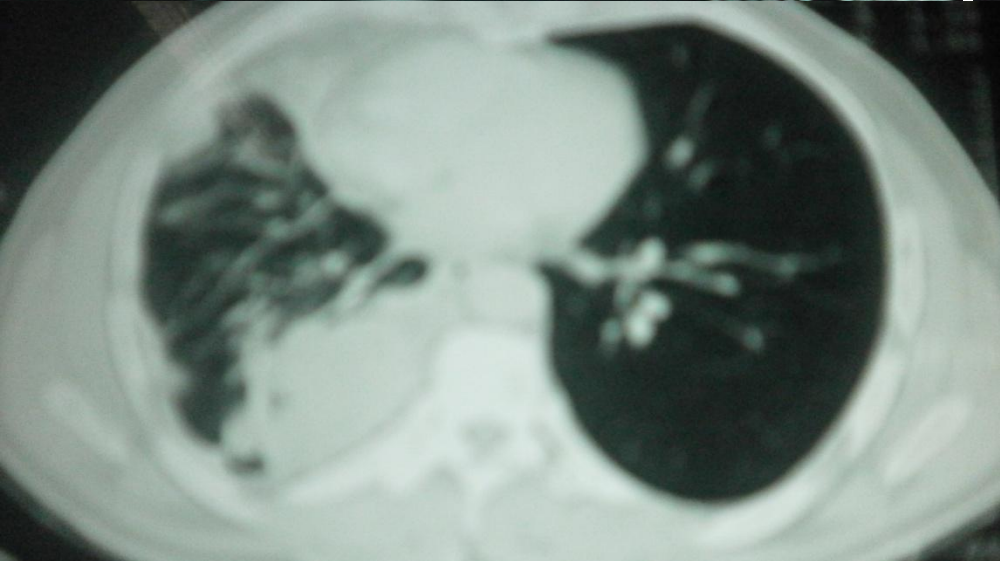
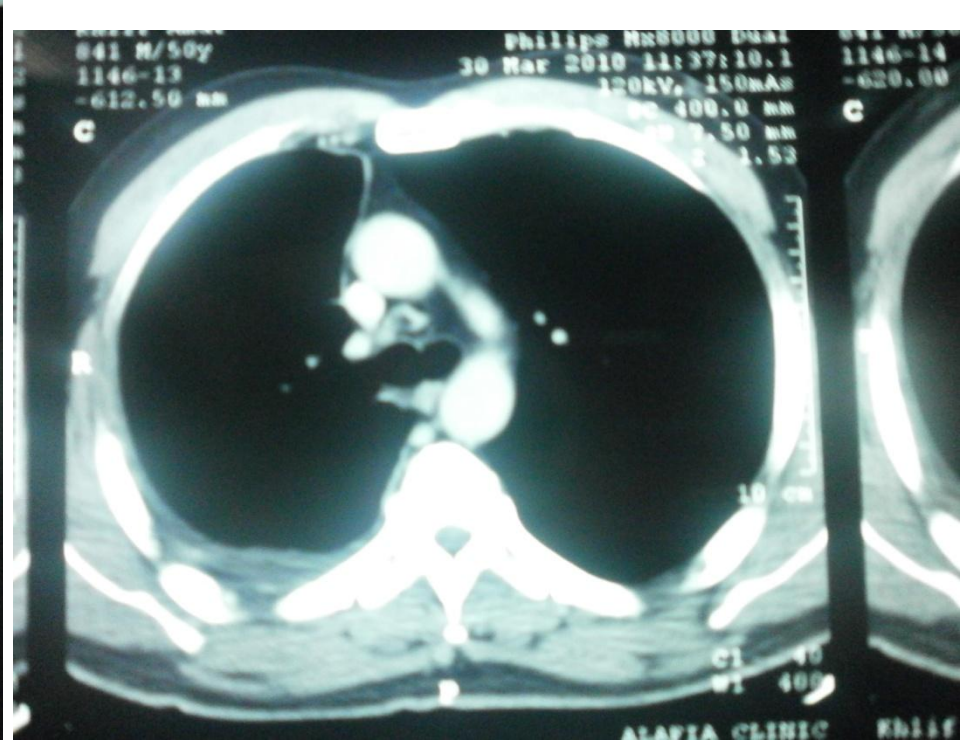
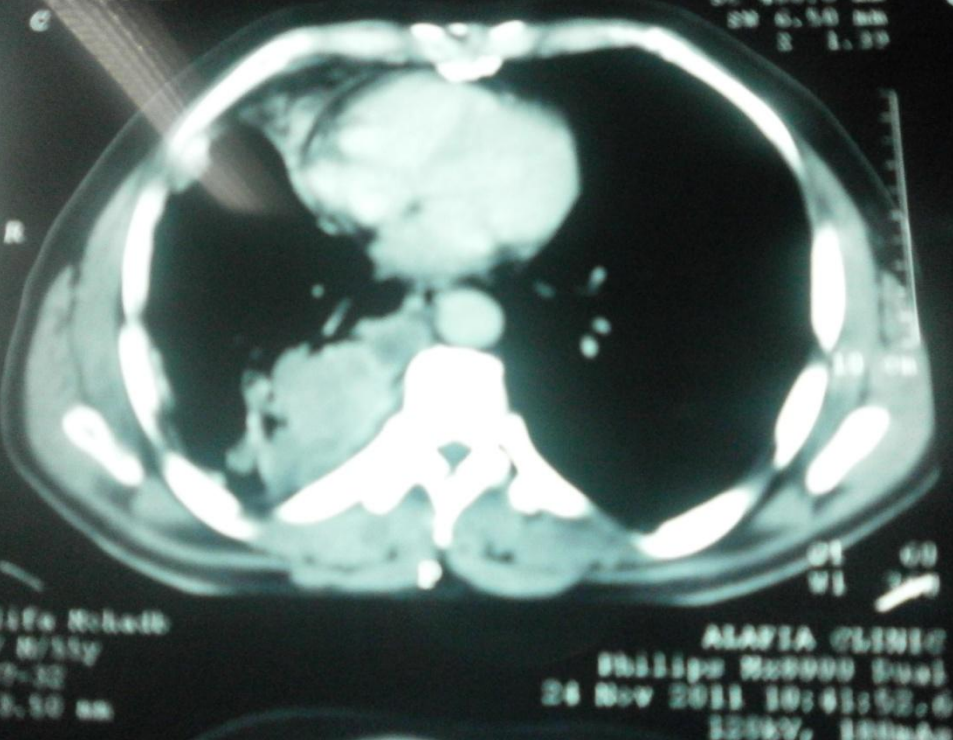
RDV PROCHAIN???

Reste genee du point de vu douleur hemithoracique droite ..Toux progressive a et revu en LYBIE -->Modification radiologique-->Scanner demandeé



RX THORAX FACE:22/11/11 Poumon droit retractee-opaciteé hilo inferieur droite mamelonee -Emoussement cul de sac



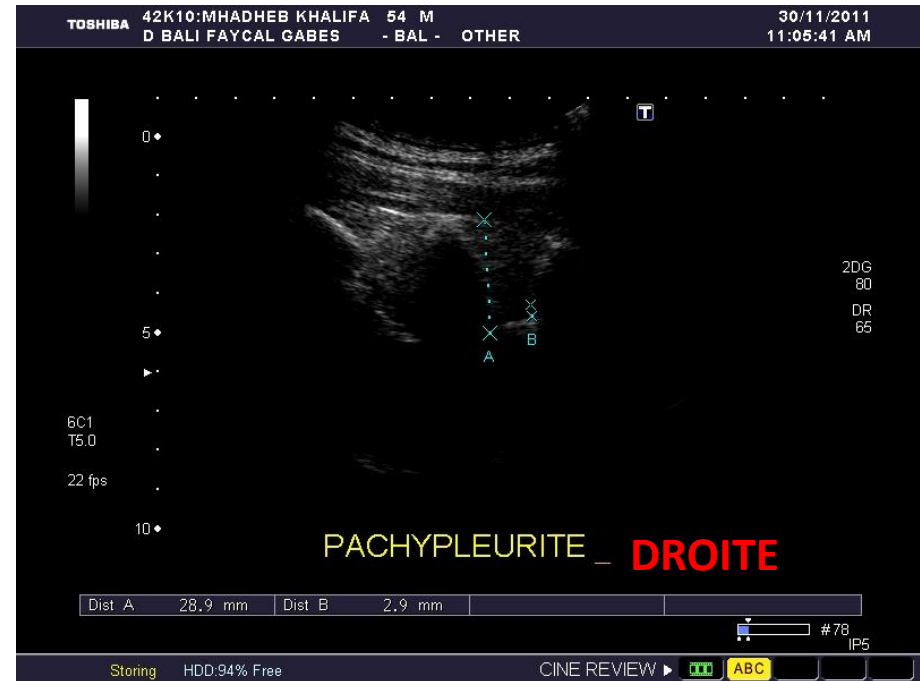


Scanner thoracique:24/11/1 adenopathie mediastinale(Barety -sous carinaire)englobant bronche lobaire inferieur-Epanchement en kystéé avec plèvre mamelonné

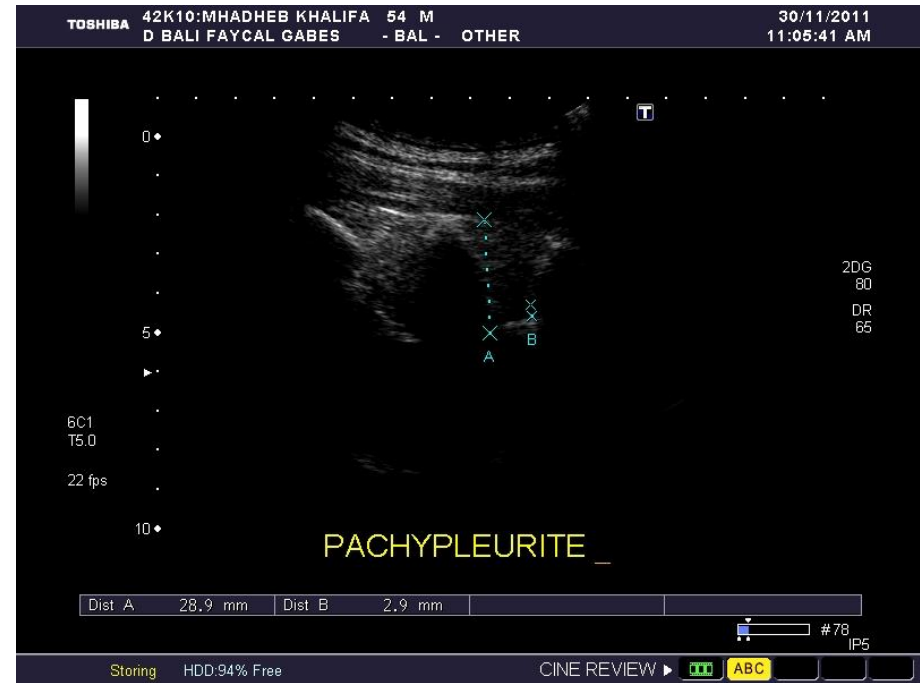
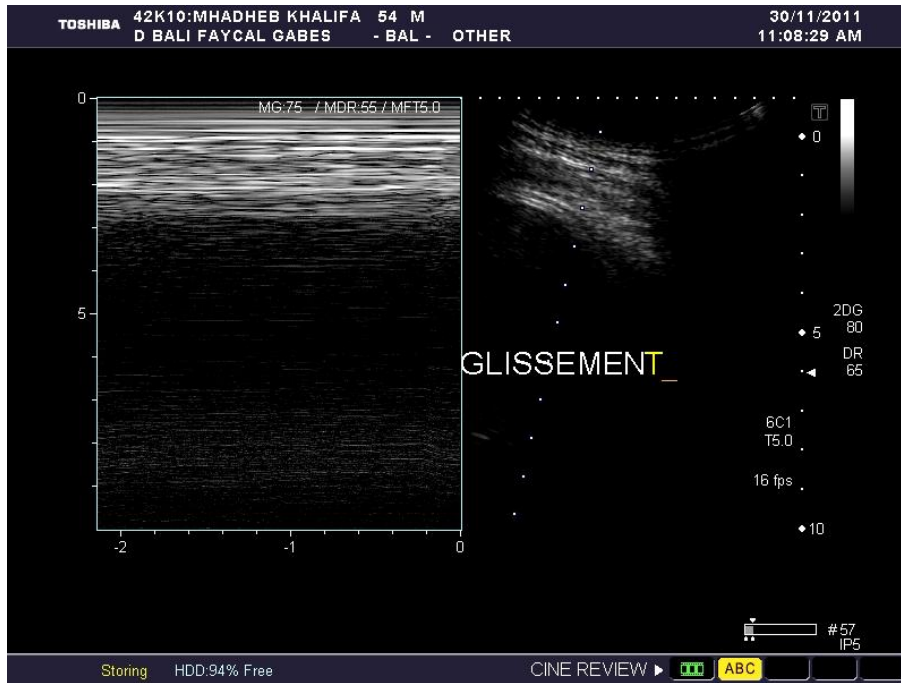
ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE

A GAUCHE: Intégrité interface pleuroaérique. Cul de sac costeau diaphragmatique libres-

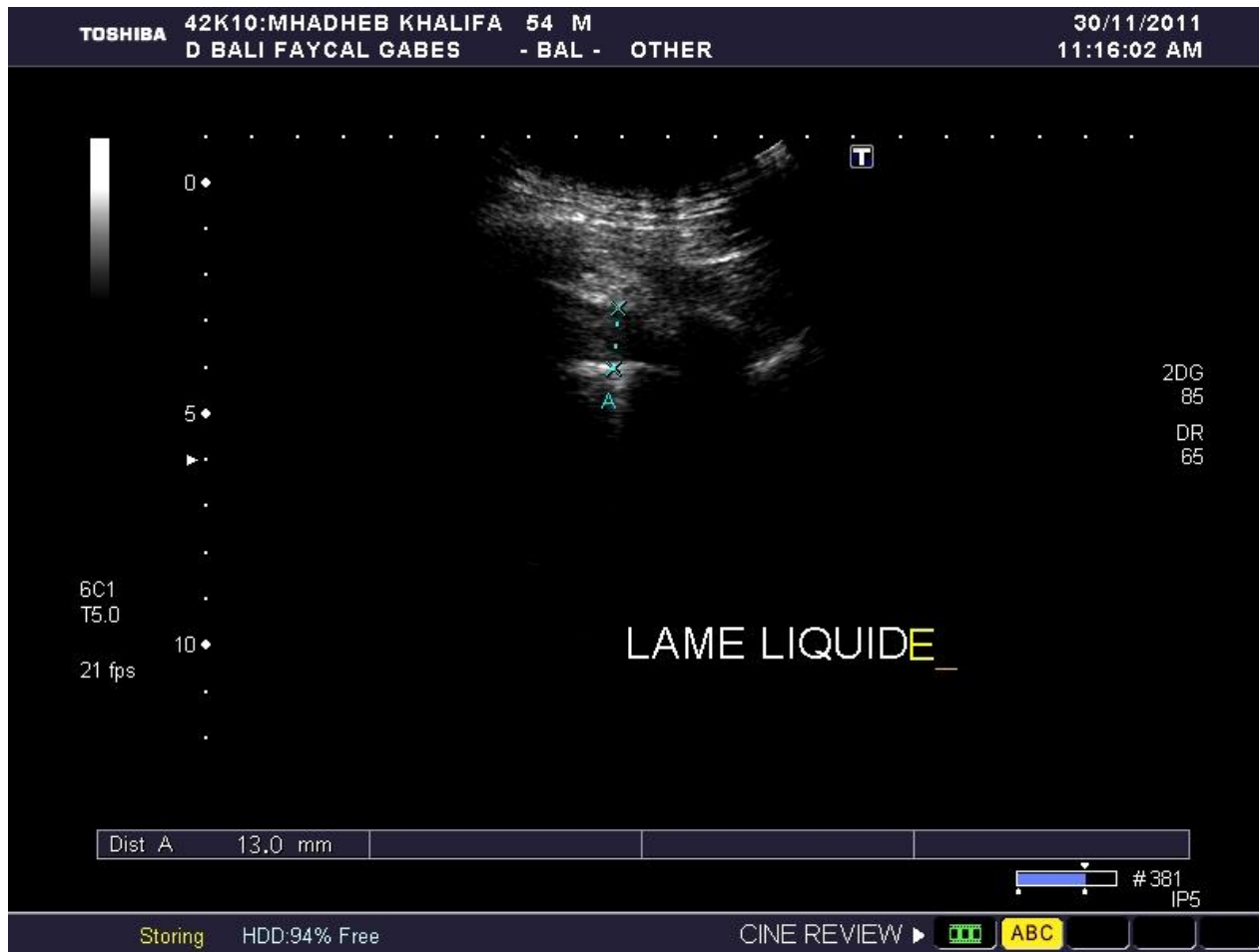
A DROITE: Pachypleurite d'aspect mamelonnée irrégulière et d'épaisseur variable pouvant atteindre par endroit 3 cm



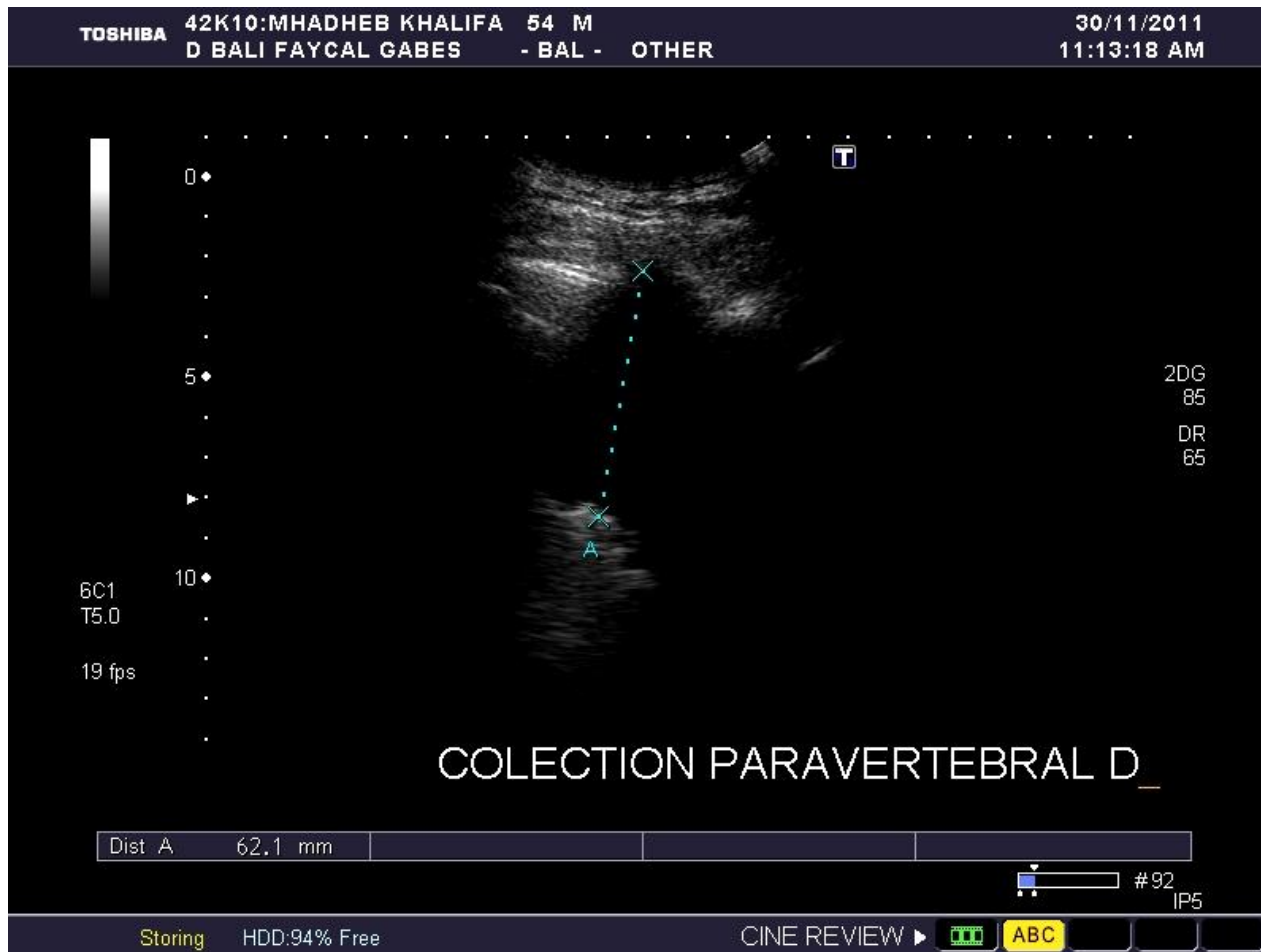
Pachypleurite Symphysante et disparition du signe du glissement (objectivé en TM)



Pachypleurite entrecoupée par des épanchement de forme variables: En axillaire lame de liquide avec image en rail en double interface

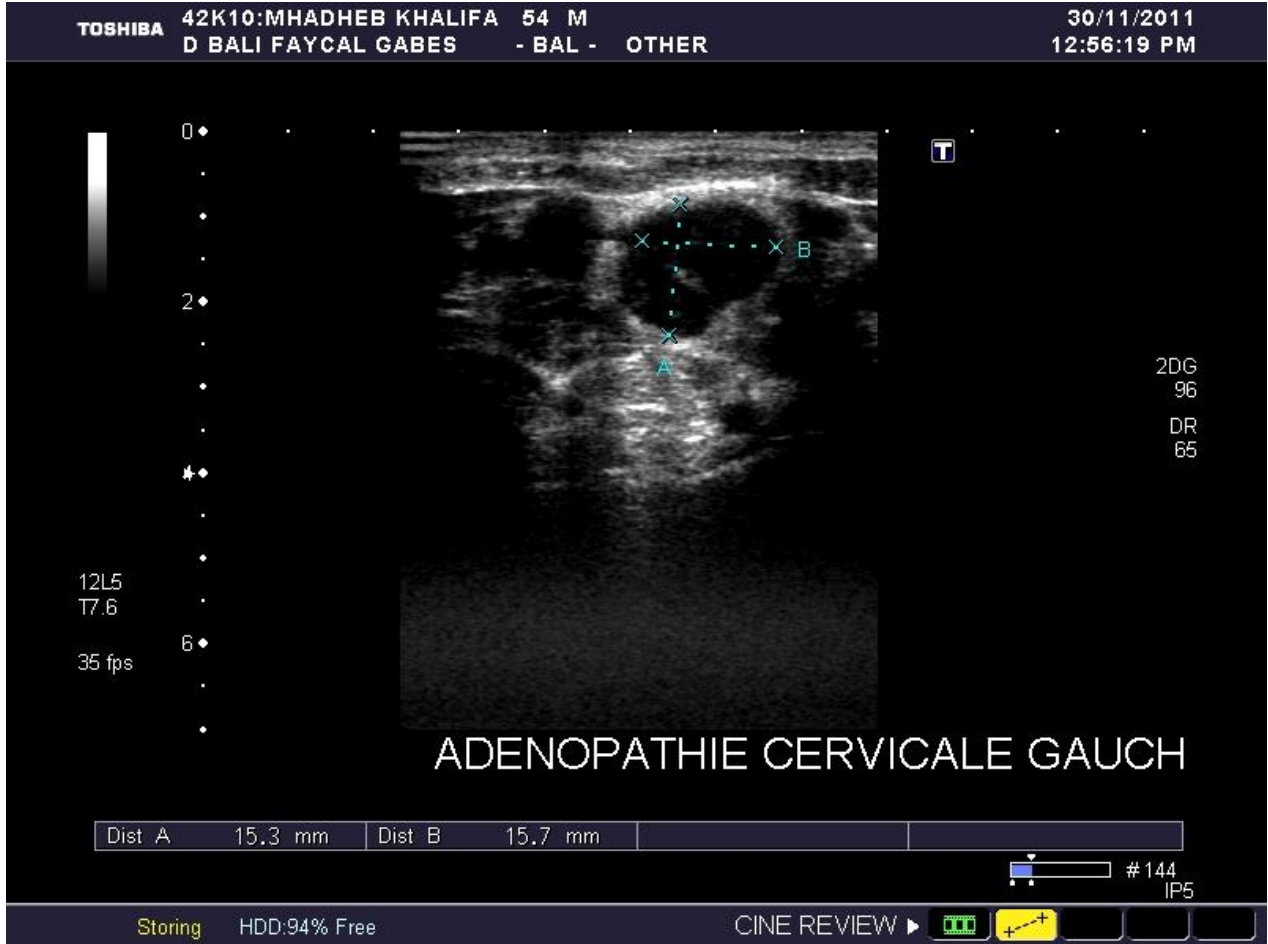


En paravertébrale :masse centrale anachogène de 62mm de grand axe avec couronne peu echogène



QUADRILLAGE CERVICALE :

Présence de magma d' adénopathies cervicales GAUCHE de forme arrondie dont la plus grande a une taille 15,3 mm x 15 mm avec un hile hyperéchogène punctiformr et un sinus Hypoechogène (signes de la série maligne)



ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE

- :
- Conclusion
- Pachypleurite avec épanchement d'allure Néoplasique -
- Adénopathies cervicale. présentant des signes de la série maligne

ECHOGRAPHIE ABDOMINALE-TROIS Lésions nodulaires hépatiques au niveau des segments III;VI et VIII mesurant respectivement 17mm;16mm et 22mm évoquant des localisations secondaires.



DIAGNOSTIC :

Biopsie ganglion cervicale: MESOTHELIUM

-
- 1) Il s'agit d' un homme de 54 ans qui a travaillé dans l'aéronautique et présente un mésothélium droit avec adénopathies médiastinales et cervicale controlatérale ainsi que des métastases hépatiques
- 2) Evolution lente est incidieuse (Thoracoscopie avec biopsie faite 8 mois au paravenet serait négative)

Excès de risque de mésothéliome dans 8 situations (RR [IC95 %])

McDonald et coll.,2001 Registre SWORD (UK)entre 1990 et 1996(n = 115 hommes + 13 femmes)

- *Industrie de la construction
 - * menuisiers – charpentiers
 - *plombiers
 - *électriciens
 - * isolateurs

- *Construction navale
- *Fabrication d'articles en fibrociment
- *Fabrication de produits minéraux non métalliques (incluant l'amiante

ECHOGRAPHIE THORACIQUE

- L'échographie est appliquée depuis de nombreuses années en pathologie abdominale et des parties molles (tendons, thyroïde, seins, etc....) alors que pour les affections thoraciques, elle est peu utilisée car son apport est méconnu. Habituellement, lorsqu'une affection thoracique est suspectée cliniquement ou sur la base de radiographies, si un examen complémentaire d'imagerie s'avère nécessaire, on ne pense pas à l'échographie mais à la tomodensitométrie (TDM ou CT-scan). En effet, la tomodensitométrie est incomparable pour l'analyse des remaniements parenchymateux infiltratifs ainsi que dans les bilans tumoraux, mais dans certaines situations particulières les renseignements apportés ne sont pas supérieurs, voire parfois inférieurs à ceux de l'échographie.

Les possibilités de l'échographie dans la pathologie thoracique a été développée par différents auteurs **(1, 2, 3,4)**

1/Bourgeois JM, Targhetta R. Manuel pratique d'échographie en pneumologie. Sauramps Médical, 1989

2/ goddard P. indications for ultrasound of the chest. J thorax imaging 1 :89-97, 1985.

3/Matalon TA , NEIMAN HL , Mintzer RA .Non cardiac chest sonography : state of the art. chest 83 :675-678, 1983.

4/menu Y . L'échographie thoracique in : imagerie thorax. Grenier, Flammarion, Paris, 1987

PACHYPLEURITE

- Devant une opacité radiologique d'allure pleurale, il est possible d'évoquer un épaississement de la plèvre,, et il n'est pas toujours aisé de discuter une participation pleurale liquidienne ou non, voire pariétale ou pulmonaire périphérique.L'échographie confirme le diagnostic, facilite la recherche d'un éventuel épanchement liquidien associé ou/et d'une image pulmonaire périphérique et permet un chiffrage précis de l'épaississement.
 - Devant un épanchement liquidien radiologique, l'échographie découvre une pachypleurite non soupçonnée, parfois évocatrice d'un processus malin , pariétale ou/et viscérale.
 - Dans la pachypleurite néoplasique ;les images présentent un aspect hypoéchogène, irrégulier parfois mamelonné, orientant d'emblée (1). Du fait des contrastes différents, ces images sont bien distinguées par les ultrasons de l'épanchement liquidien souvent associé, alors que la radiographie du thorax ne laissait pas prévoir(2). L'écho guidage permet de suivre la réussite balistique si nécessaire
-
- (1)Mathis .Ultrasound MedBiol1997;23:1131-9
 - (2) Goerg . Ultrasound 1991 ;19 :93-7.

PATHOLOGIE PULMONAIRE PARENCHYMATEUSE

- Les altérations parenchymateuse sous pleurales ou qui s'accompagnent d'une disparition des volumes aériques entre la zone atteinte et la plèvre, sont visibles par échographie. Ainsi, les opacités pulmonaires périphériques sont bien analysables.
- Divers signes échographiques permettent d'affiner le diagnostic différentiel entre atélectasie, infiltrat et tumeur. En cas d'infiltrat, les bronches périphériques sont en général aérées et se présentent sous forme de bandes échogènes.
- Dans les atélectasies obstructives, on observe une image de broncho gramme hydrique ; seule l'échographie peut démontrer des bronches périphériques remplies de matériel. La présence d'une zone hypoéchogène hilare, à la pointe d'un triangle de parenchyme pulmonaire condensé, doit faire évoquer la présence d'une tumeur avec pneumonie obstructive **(1)**.
- **(1)Yang PC ,. Radiology 174 :717-720,1990.**

Abcès du poumon (1)

Lésion hypoechogène avec mue postérieur irrégulier.

Le centre est anéchogène et peu contenir des septat et des écho internes

- (1) Yang PC; J Thorac Imaing 1997;12:272-284

Pneumonie obstructive

- Dans le syndrome alvéolaire il ya souvent coexistence de Bronchogramme aérien et bronchogramme hydrique
- La prédominance du broncho gramme hydrique sous formes de structures tubulaire anechogène est typiquement visible lors d'obstruction bronchique et doit alertés le clinicien sur l'existence d'une tumeur proximale (1).
- L'échographie est capable de distingués la tumeur proximale (souvent hypoechogène) et la consolidation distale (plus échogène). (36)
- (1) Mathis ;Ultrasound Med Biol 1999;23:1131-1348
- (2) Yan PC,Thorax 1992;47:457-460

TUMEUR PERIPHERIQUE

Il sont écho décelable si il ya contact pleurale.

Structure hypoechogène avec renforcement postérieur et collapsus du parenchyme adjacent avec parfois présence de broncho gramme (1)

L'Extension pariétale (muscle, fascia) et aux niveaux de la plèvre viscérale est bien illustrée. La disparition du signe de glissement témoigne de l'atteinte de plèvre pariétale .

Le scanner thoracique était considéré comme le Gold Standard pour la étudier le satatus T2-T3 de la tumeur.

Certaines études ont démontrée que l'échographie est plus performante que le scanner (2)(3)

- (1) Diacon .curr opin pulm med 2005 ; 11 : 307-312
- (2) Sugama chest 1988 ; 93 ; 275-279
- (3) Suzuki N. Radiology 1993 ; 187 :39-42

Le Doppler couleur est utile pour la distinction entre la bénignité et la malignité d'une masse (1)(2).

- Dans 2/3 des tumeurs malignes ;il existe un signal du doppler (low- impedance flow) liée a une neovascularisation. Le model de flux constant est corrélée avec la malignité
- Le modèle de flux pulsatile et tri phasique existe dans les tumeurs maligne et bénigne(3)
- La réponse de la chimiothérapie peut être évoluée par la diminution du signal doppler (4)
- (1)Yuan AJR AmJ Roentenol 1994;163:545-549
- (2)HsuWH,Ultrasound Med Biol 1998.;24:1087-1095
- (3) Suzuki N. Radiology 1993 ; 187 :39-42
- (4)Liae YS, Chest 1993;104:1600-1601

ECHOGRAPHIE INTERVENTIONNELLE

L'échographie est une technique à privilégier **(1)**. Les mesures de la lésion, l'épaisseur de la paroi, la profondeur de l'aiguille à ne pas dépasser sont consignées. La porte d'entrée est choisie, en évitant les axes vasculaires par l'échodoppler si nécessaire **(2)**. Durant la ponction il est possible de visualiser le trajet de l'extrémité hyperéchogène de l'aiguille facilement repérable par des petits mouvements de va et vient imprimés à l'aiguille. L'échographie permet dans les suites immédiates de détecter l'apparition d'un éventuel pneumothorax **(3)**.

(1) Saito T. Chest 1988 ; 94 : 1271-3

(2) Targhetta R.J Clin Ultrasound 1993 ;21 :203-6.

(3) Targhetta R. Chest 1992 ;101 :855-6

La ponction sous échographie : Technique privilégiée

Précision, innocuité, cout, temps réel et sans irradiation

Saito	Targhetta	vogel b
12 patients porteurs d'une tumeur pariétale : toutes les lésions métastatiques (n=8) et deux lésions bénignes sur quatre ont été diagnostiquées.	Approche échographique chez des patients avec lyse osseuse : le diagnostic a pu ainsi être obtenu chez 14 des patients	Série de 63 patients avec lésions ostéolytiques . Les résultats (62 diagnostics sur 63) font proposer cette méthode en première intention. Aucune complication hémorragique ou pneumothorax n'a été rapporté.
Chest 1988 ; 94 : 1271-3	Chest 1993 ; 103 : 1403-8.	Chest 1993 ; 104 :1003-5