

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 :

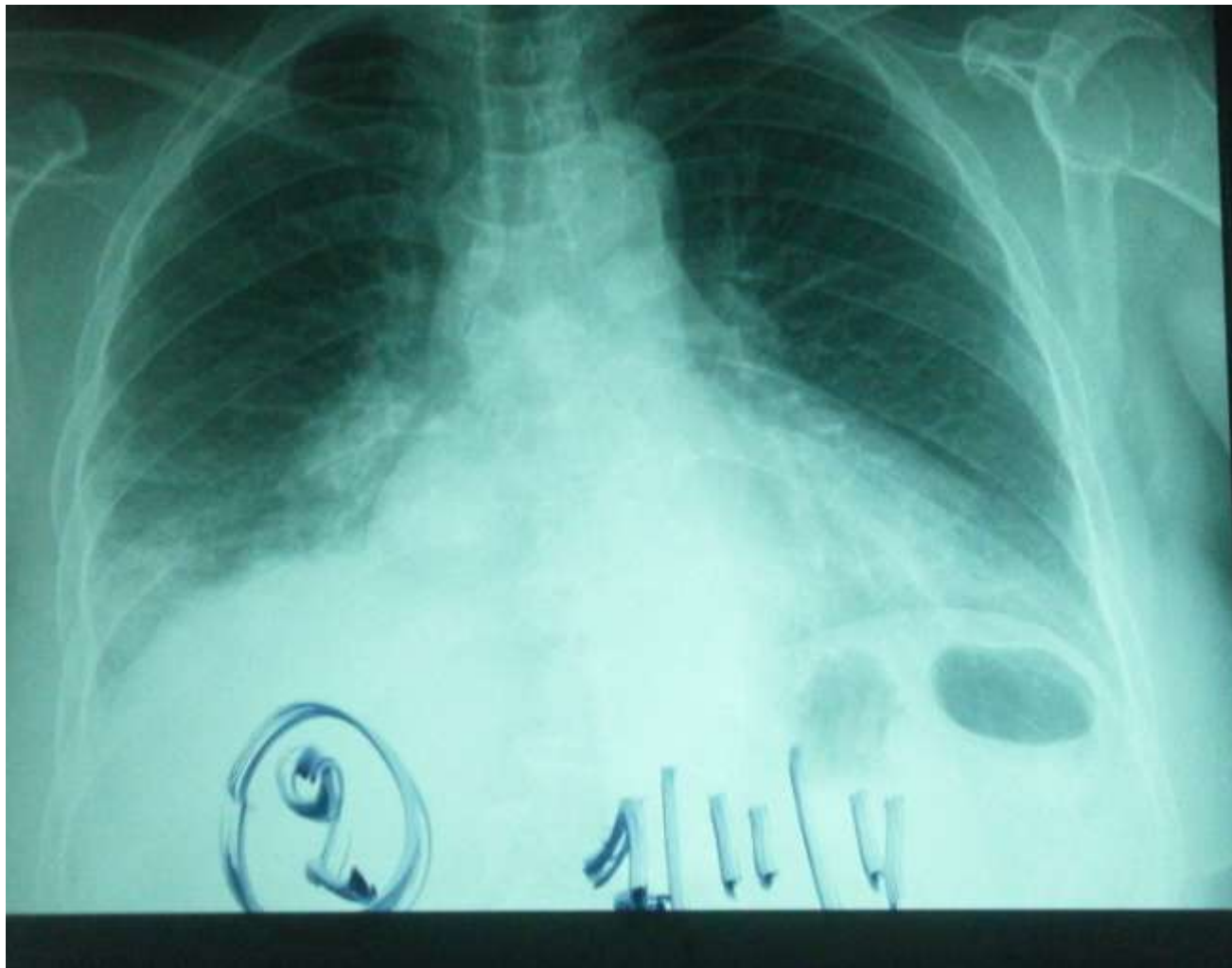
TA: 15/9. RC : 85 /min .Sat: 96 %.

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

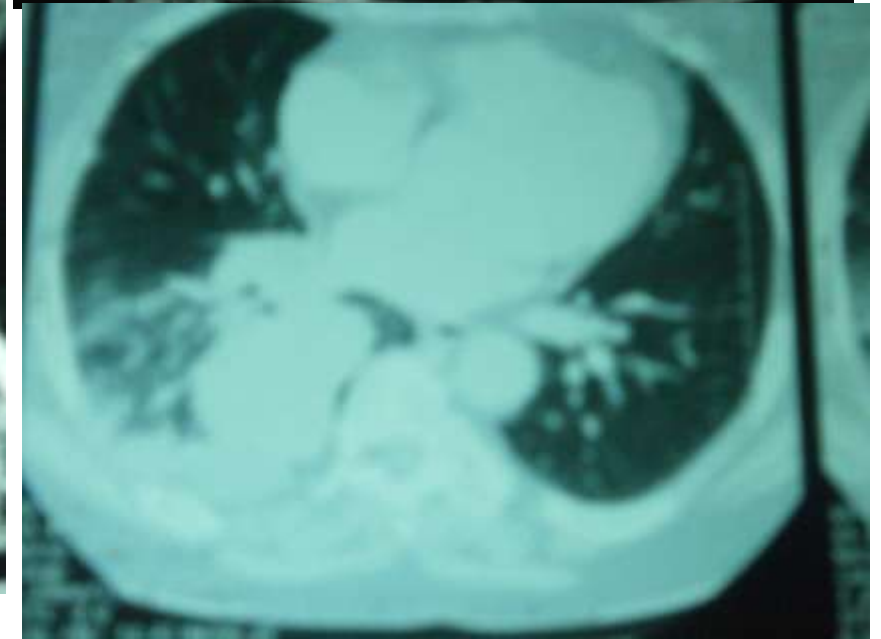
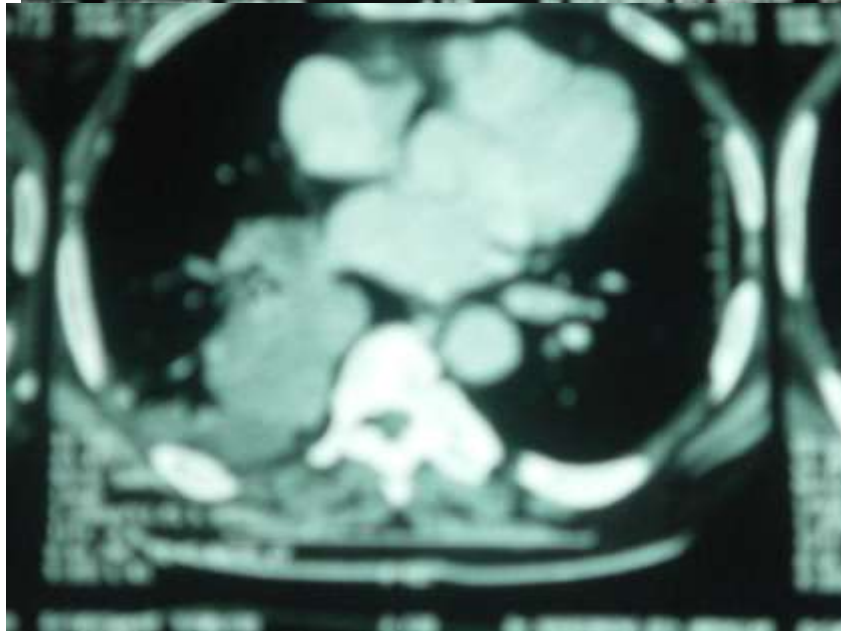
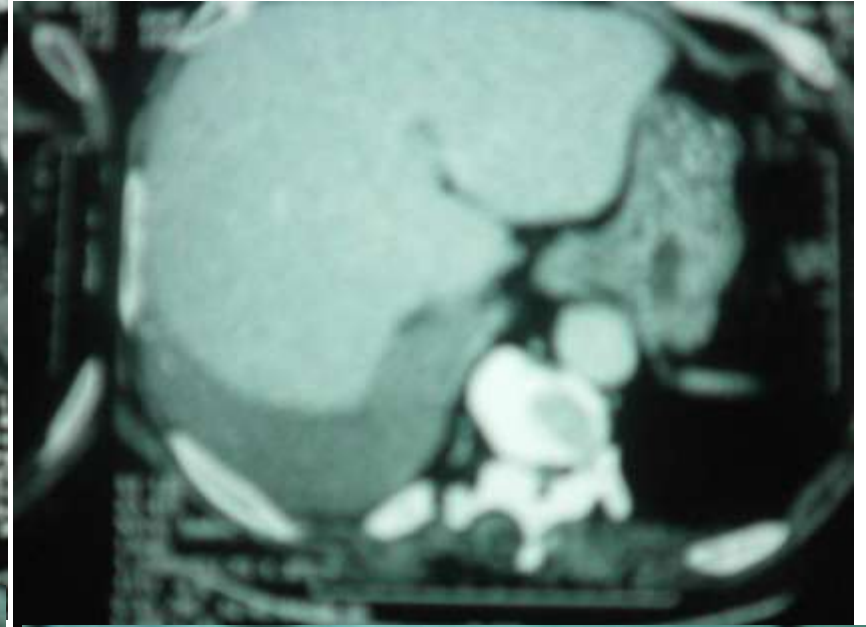
(1E 24/11/2011) Recul (23 jours.)

Amélioration clinique ET Biologique (VS =40/83)



RX THORAX FACE 23/11/11: opacité basale droite bien individualisée

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



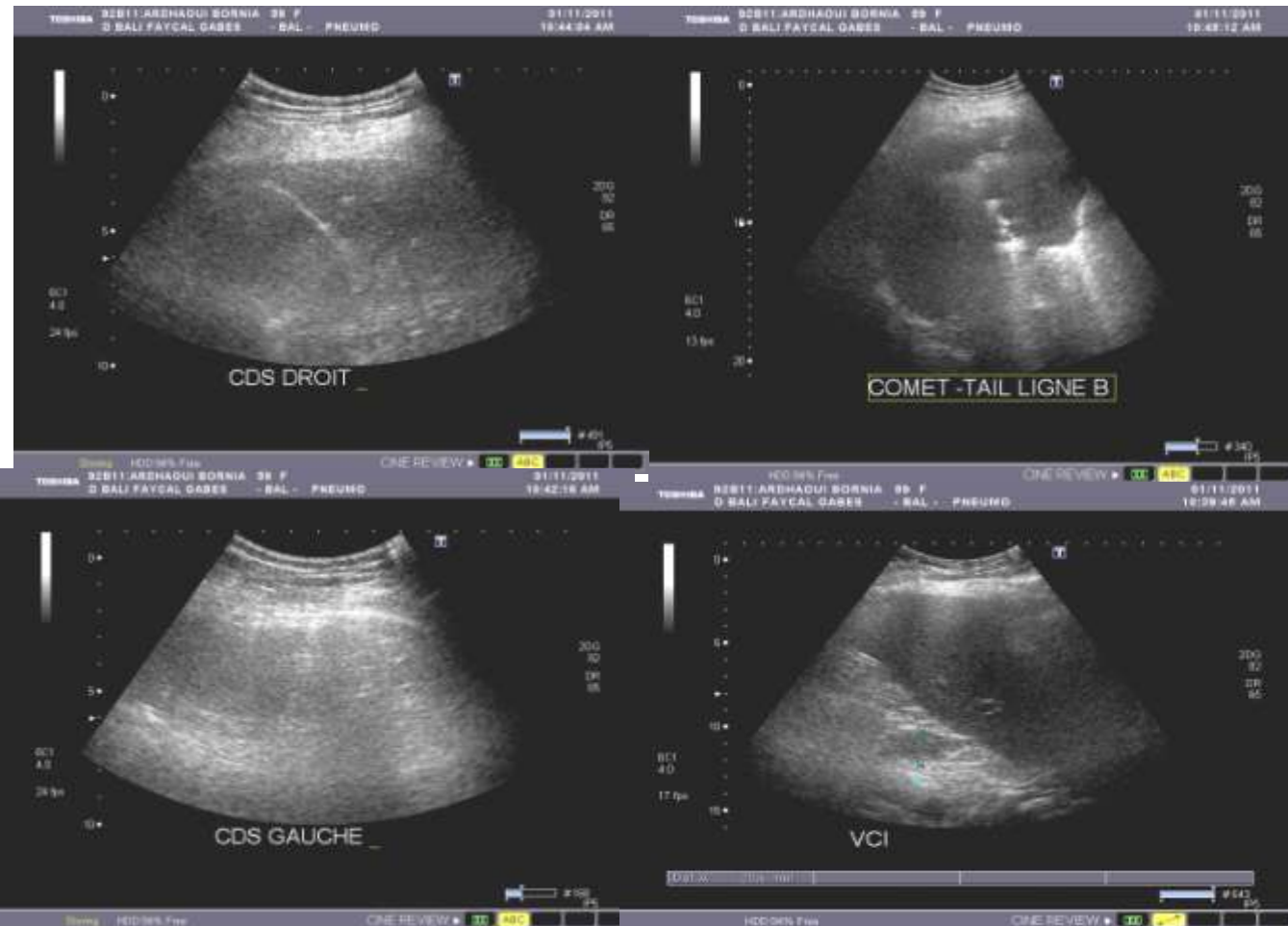
ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE

- Indication Dyspnée.
- QUADRILLAGE THORACIQUE (parasténale ; axillaires et pararachidien):
- Le signe du glissement est retrouvé sur toute la surface quadrillée à gauche .
- Cul de sac costeau diaphragmatique gauche libres-
- Le cul de sac costeau diaphragmatique DROIT est le siège d'une pleurésie de faible abondance avec Sensibilité expiratoire.
- Le poumon est le siège d'une masse hypoechogène de 62,7 x 61,4 mm AVEC:
- Aspect Homogène et hypoechogène.
- Très belle image postérieure. Faible échogénicité de la ligne pleuro-aérique en regard de la masse.
- Mobilité respiratoire de la masse.
- Présence du Signe du glissement objectivé par le TM
- LE QUADRILLAGE SOUS DIAPHRAGMATIQUE MONTRE :
- VEINE CAVE INFÉRIEURE.: peu dilaté (20 mm) peu mobile et peu compressible
- Absence d'ascite
- Conclusion
- Il existe une masse pulmonaire périphérique postérobasale droite - Réaction pleurale - Présence d'un signe du glissement Témoin de non invasion pariétale

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 hypoéchogène de 62,7 x 61,4mm
.Non adhérente ala paroi attestée par la présence du signe du glissement



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.

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