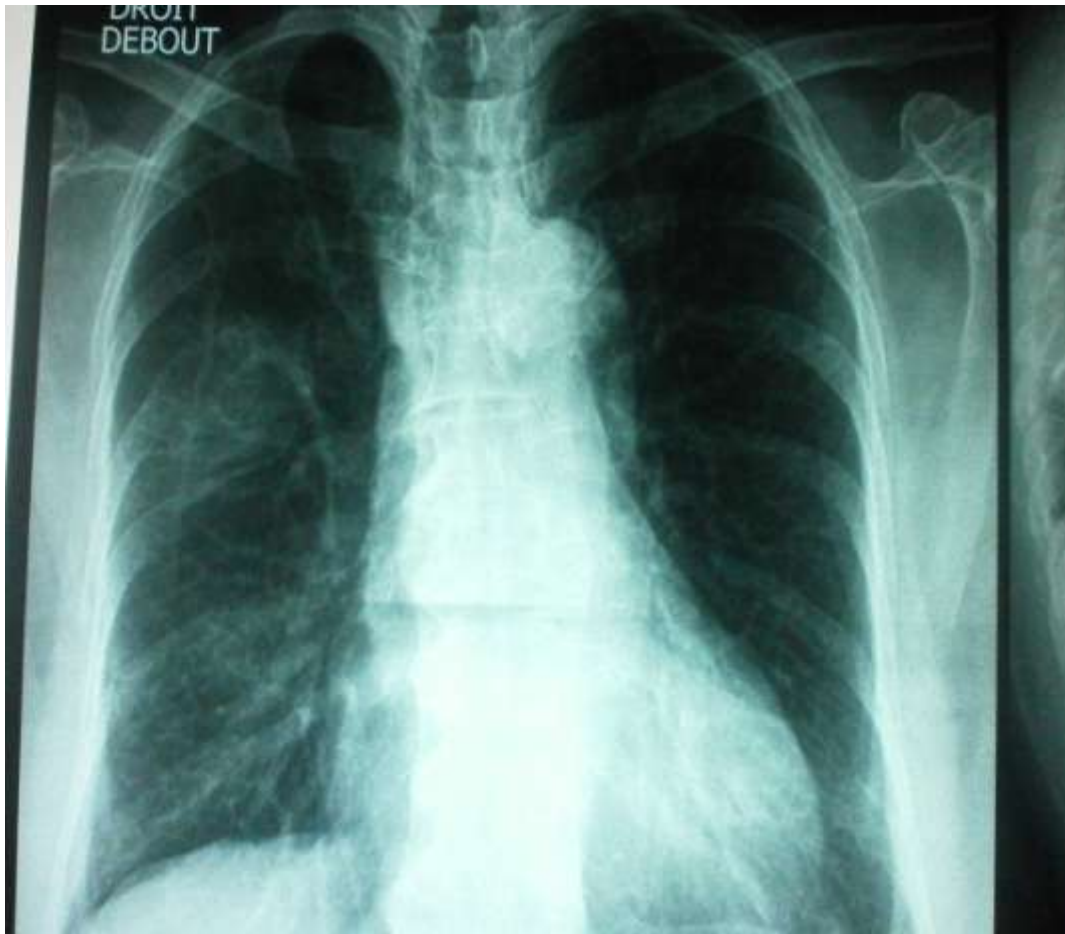
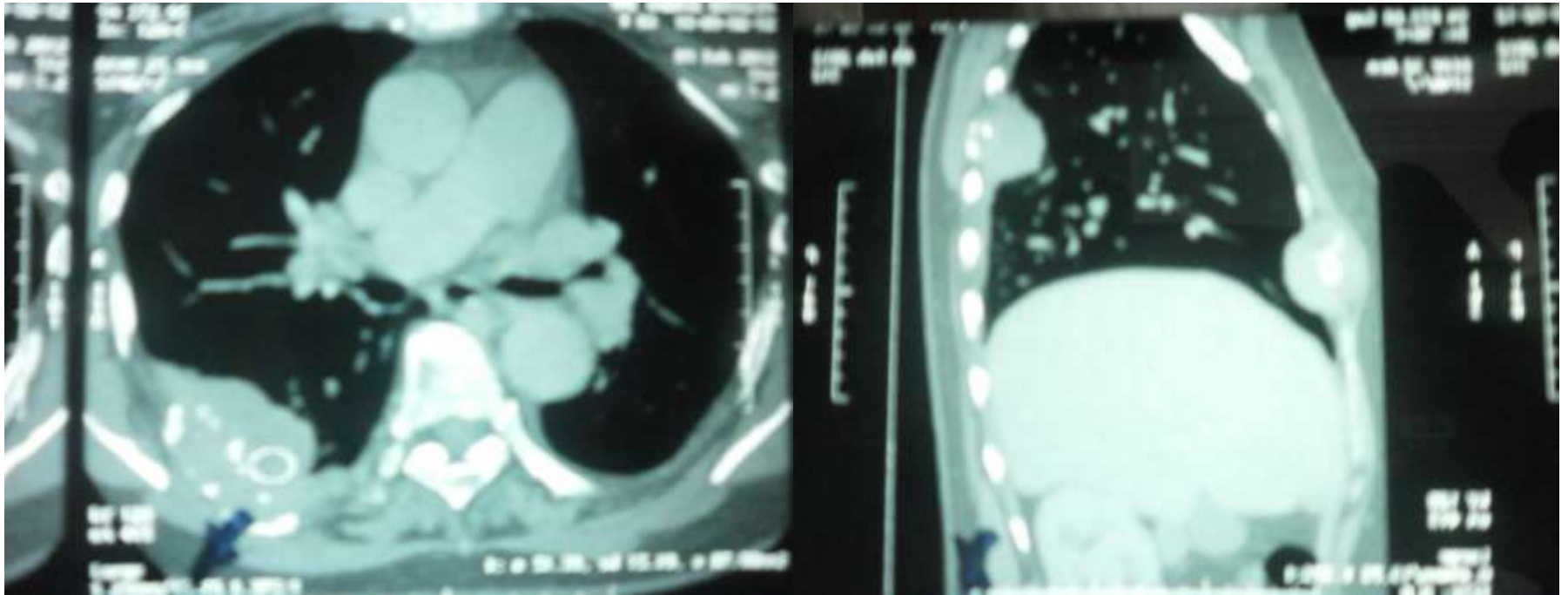


# Mme Bouhlia H..61ANS Douleur hemithoracique droite

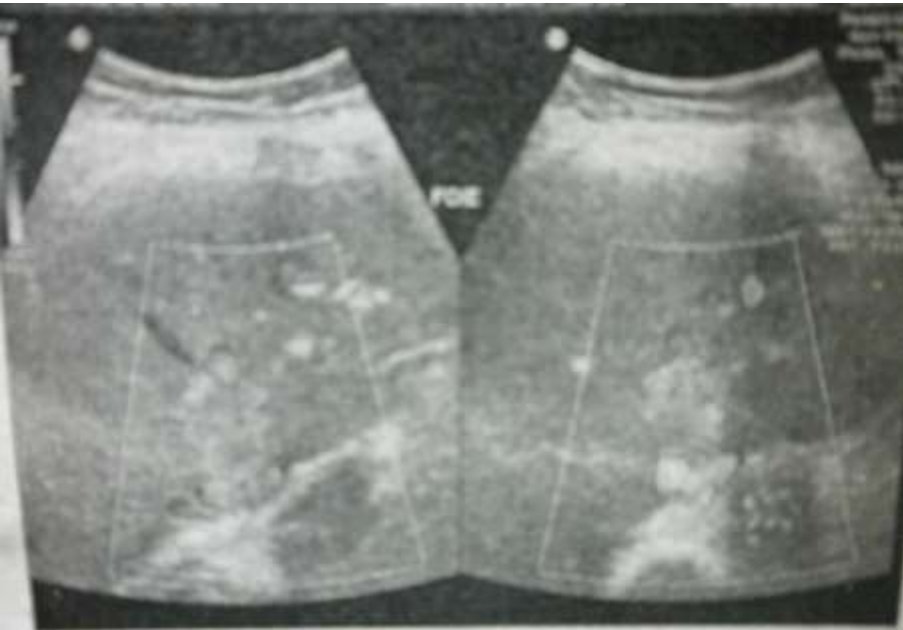
Depuis 4 MOIS douleur atroce l'empêchant de dormir ..antérieure ET rachidienne ..dyspnée.. toux



**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



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



**ANTECEDENTS ET TARES** :HTA 3 ans

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

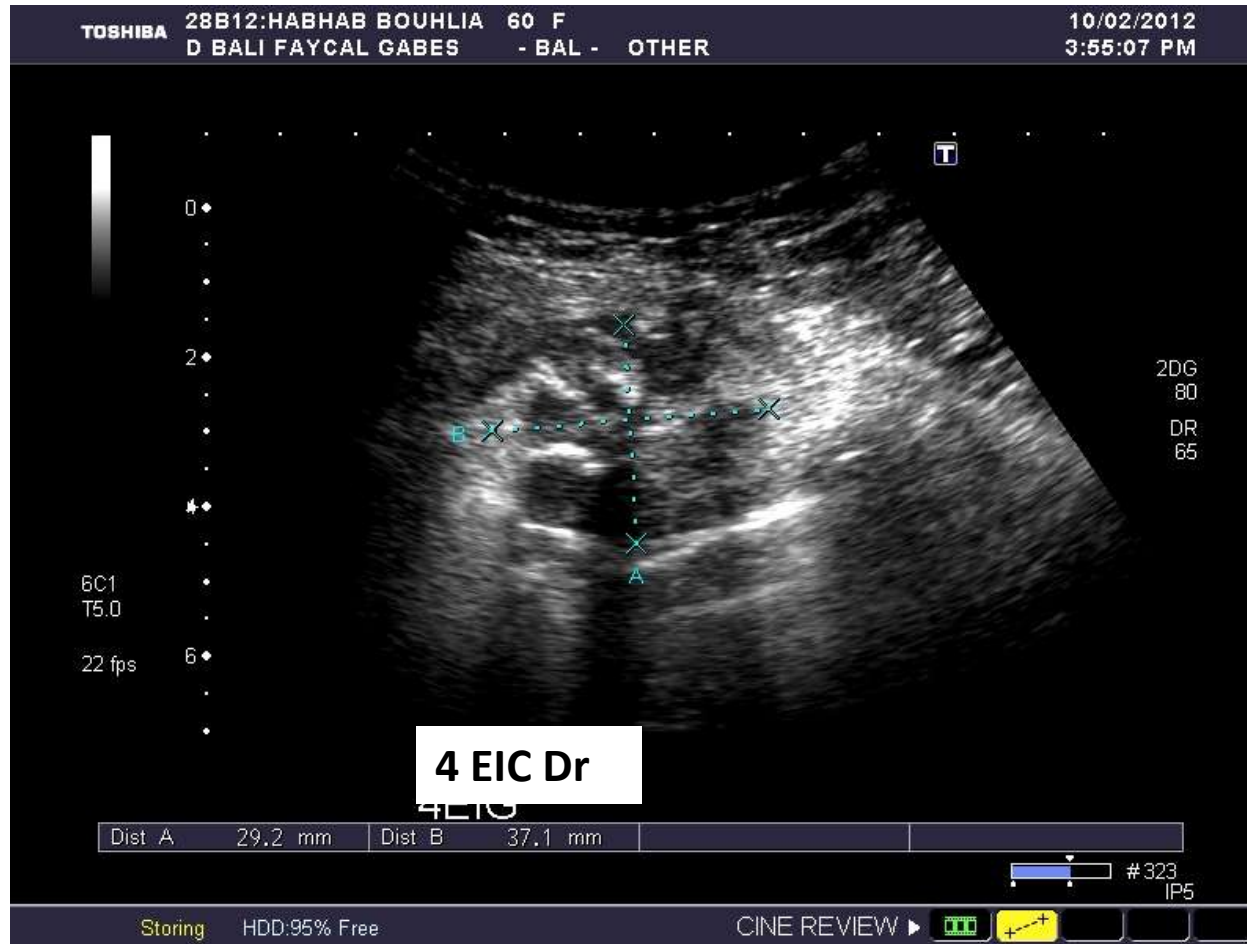
**EXAMENS BIOLOGIQUES** :CALCEMIE:93.VS : 1ér H: 79 . 2ére H:138

NFS: GB =7,5 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>- HB= 11,9r/l - PLAQUETTES = 294103/mm<sup>3</sup>

**ELECTROPHORESE DES PROTIDES** :hyper Betta 2(Pic)

# ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE:

A DROITE: Au niveaux de 4<sup>ème</sup> arc antérieur il existe une masse pulmonaire périphérique (37x29mm) Hypoéchogène et hétérogène contenant des calcification avec mure postérieur net et régulier.

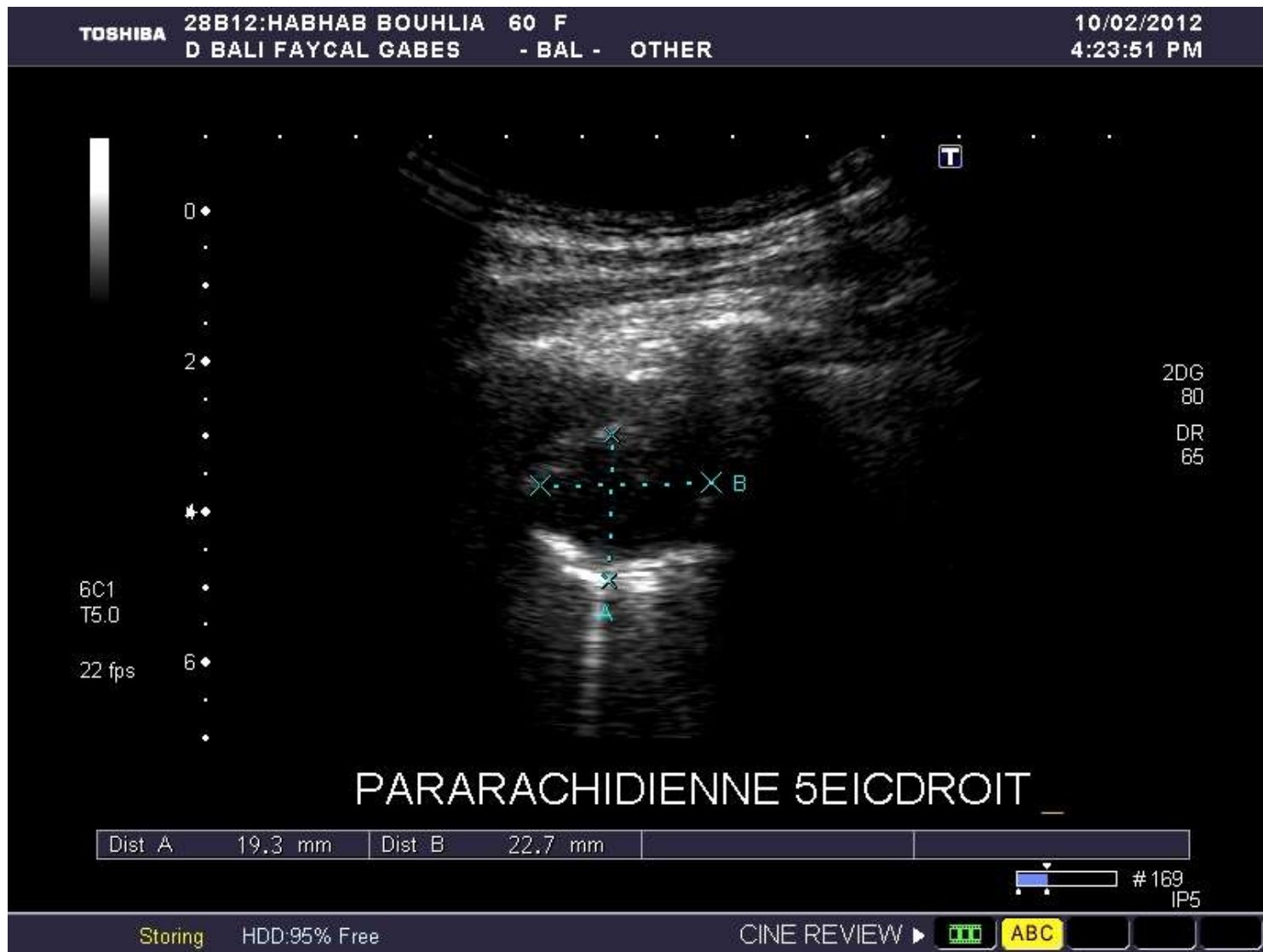


**ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE:** -> Ponction biopsie échoguidé a main levée  
Profondeur peau/masse= 13mm. Profondeur de la masse=32mm. Repérage vasculaire



## ULTRASONOGRAPHIE THORACIQUE:

A DROITE: Au niveaux de 5<sup>ème</sup> EIC il existe une masse pulmonaire périphérique (19x23mm) Hypoéchogène homogène; mure postérieure net et régulier



# 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

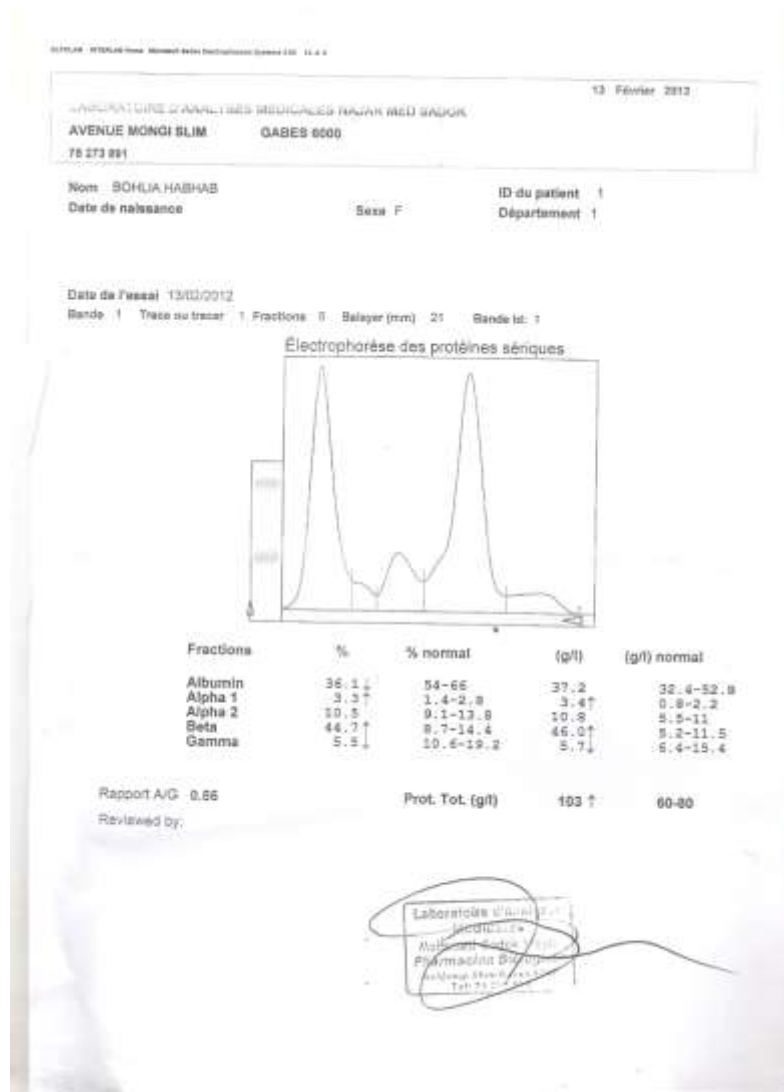
**Biopsie chirurgicale**:

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

->Plasmocytome malin



# EFP : Pic Gamma



# 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