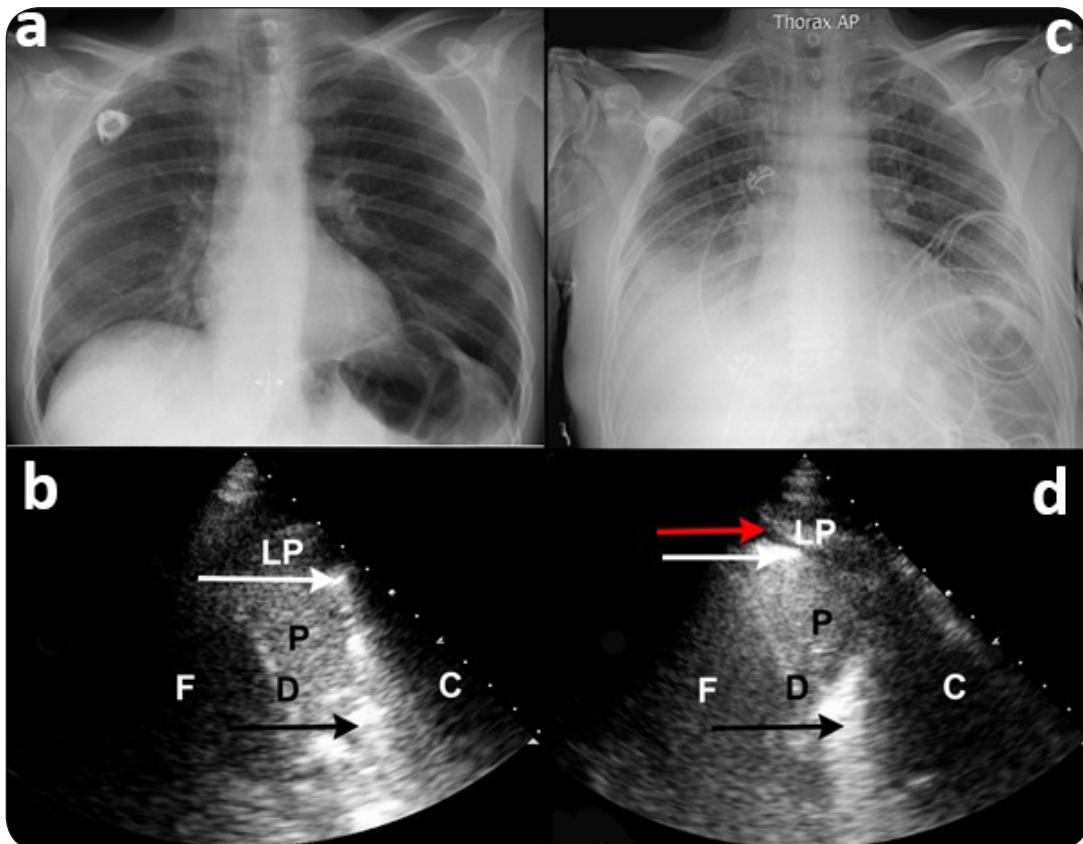


L'IMAGE DU MOIS

SIGNE PRÉCOCE DE PNEUMONIE À L'ÉCHOGRAPHIE

JAVILLIER B (1), MASSART Q (2), CANIVET JL (3), VERSCHEURE S (3)

Figure 1. Radiographie thoracique de face à J0 (Figure 1a) et à J2 (Figure 1c). Echographie pulmonaire en vue longitudinale sur une ligne axillaire postérieure à J0 (Figure 1b) et à J2 (Figure 1d). La flèche noire indique les bronchogrammes aériques. La flèche blanche indique des consolidations (sous-pleurales). La flèche rouge indique un épanchement pleural. P = poumon, D = diaphragme, F = foie, LP = ligne pleurale, C = côtes



INTRODUCTION

L'échographie pulmonaire est un outil de choix pour la détection précoce de pneumonie. Il s'agit d'une approche diagnostique devenue fréquente dans les services de soins intensifs, pour les patients critiques, particulièrement quand ils sont immunodéficients.

ILLUSTRATION D'UN CAS

Nous présentons le cas d'un homme de 51 ans, en neutropénie fébrile consécutive à un lymphome des cellules du manteau traité par thérapie immunosuppressive. Ce patient a présenté une douleur thoracique d'allure pleurétique, de la toux et un crépitement audible à l'auscultation. A l'admission aux Soins-Intensifs il présente un score SOFA («Sequential Organ score Failure Assessment») à 12. Ce score de mortalité aux soins intensifs se base sur la défaillance de 6 systèmes. Un SOFA à 12 correspond à une mortalité hospitalière de 40 à 50 %.

(1) Chef de clinique, (3) Chef de Clinique, Anesthésie-Réanimation, Service de Soins Intensifs Généraux, CHU Sart Tilman, Belgique.

(2) Etudiant Médecine, Université de Liège, Belgique.

Le jour de son admission en réanimation (J0), une radiographie thoracique ne met pas en évidence de foyer d'infection pulmonaire (Figure 1a). Par contre, une échographie pulmonaire a précocement montré des consolidations massives, avec un bronchogramme aérique dynamique (Figure 1b).

Sur base des paramètres cliniques (fièvre, tachycardie, toux, crachissement à l'auscultation) et de la présence de consolidations pulmonaires à l'échographie pulmonaire, une antibiothérapie empirique est initiée d'emblée, après prélèvement d'expectorations.

Quarante-huit heures après son admission, l'échographie pulmonaire, réitérée au lit du patient, confirme la présence de consolidations (sous-pleurales) et d'un bronchogramme aérique dynamique (Figure 1d). Ces anomalies sont maintenant accompagnées d'un épanchement pleural peu important. Une nouvelle radiographie montre, avec un délai de 2 jours par rapport au diagnostic initial apporté par l'échographie, un foyer de bronchopneumonie (Figure 1c).

Le diagnostic de pneumonie a été confirmé par une détection quantitative positive d'*Escherichia Coli* sur un lavage broncho-alvéolaire, avec présence de cette même bactérie dans les prélèvements d'hémocultures.

CONCLUSION

Un diagnostic précoce de pneumonie, grâce à l'apport de l'échographie pulmonaire, notamment chez les patients neutropéniques, est un atout pour l'instauration rapide d'une antibiothérapie et pourrait être envisagé avant même l'admission du patient aux soins intensifs. Une combinaison des données cliniques, de microbiologie et d'images échographiques permet d'augmenter la sensibilité du diagnostic de pneumonie.

Le diagnostic échographique rapide d'une défaillance respiratoire aiguë peut être facilité par l'utilisation du BLUE-protocol (1) qui propose un algorithme associant l'étude des artefacts pulmonaires à des localisations précises, menant à 8 profils dont celui de pneumonie.

RÉFÉRENCE

1. Lichtenstein DA, Mezière GA.— Relevance of lung ultrasound in the diagnosis of acute respiratory failure. The BLUE-protocol. *Chest*, 2008, **134**, 117-125.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Dr B. Javillier, Service de Soins intensifs généraux, CHU de Liège, Site Sart Tilman, 4000 Liège, Belgique.

Email : javillier.benjamin@wanadoo.fr