

7

STRATÉGIES D'IMAGERIES THORACIQUES

Coordonnateur : L. Ducros (Hyères)

Experts : P. Le Conte (Nantes), M. Brauner (Bobigny)

Rapporteur : A. Delahaye (Rodez)

Animateurs : PM. Roy (Angers), S. Morineaux (Nancy)

Radiographie

- Habituellement de mauvaise qualité (malgré images numérisées)
- Discordance entre sémiologie enseignée et la pratique d'urgence
- Intérêt diagnostique positif macro-sémiologie (OAP, pneumopathie, épanchements..)
- Intérêt profil : pneumopathie clinique avec RT face normale

Ultrasonographie

- Réponse à une question précise : Je vois / je ne vois pas, il y a / il n'y a pas

Cardiaque :

- Péricarde et contractilité globale du VG

Thoracique :

- Epanchements liquidiens, pneumothorax antérieur, écho-repérage de ponction
- Condensation parenchymateuse

Tomodensitométrie

- C'est l'examen le plus performant pour la plus grande majorité des diagnostics

Nécessité de préciser les hypothèses diagnostiques pour orienter le protocole d'examen :

- Injection produit contraste d'emblée ou non (syndrome aortique aigu)
- Délais d'acquisition (embolie pulmonaire vs dissection aortique)

Les limites à l'injection des produits de contraste :

- Clairance créatinine < 30 mL/min : balance bénéfique risque
- Prévention : hydratation salée isotonique (< 60 ml/min)
- Dosage de la créatinine avant et 48 h après : > 65 ans et/ou FDR (diabète...)
(recommandations SFR).
- Allergie (lié au sel d'iode) difficilement prévisible
- Prémédications illusoires
- Injection en présence du médecin urgentiste ou réanimateur

Scintigraphie

- Planaire : limite de disponibilité, limite de détection des défauts
- Tomoscintigraphie : meilleurs détection des défauts (technique d'avenir ?)

IRM

- Seule indication d'urgence : suspicion de lésion de la moelle épinière
- Intérêts en cas de CI au scanner : suspicion EP, dissection aortique...

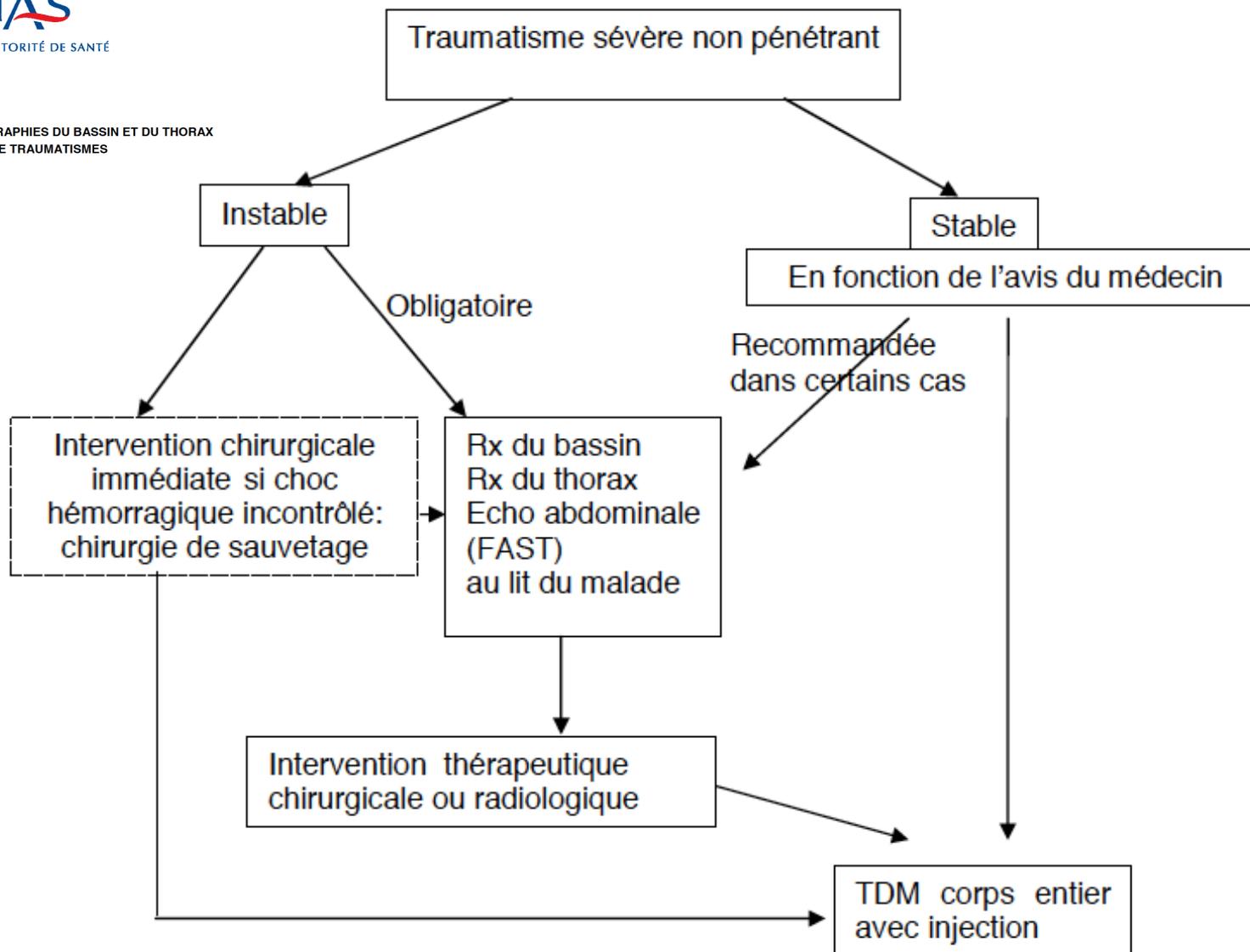
Artériographie

- Une seule indication : embolisation en particulier pour l'hémoptysie grave

Femme enceinte

- Pas de risque foetal lié à l'irradiation du thorax
- Risque d'hypothyroïdie néonatale transitoire liée à l'iode (> 12 SA)
- Pas d'indication à une recherche biologique d'une grossesse évolutive avant imagerie thoracique
- Devoir d'information : relation médecin malade est basée sur la confiance
- Tablier de plomb : protection illusoire (seulement rassurant !)

Pathologies traumatiques



Traumatisme thoracique mineur

Définition :

- < 65 ans
- Cinétique faible (analysable et fiable)
- Pas de co-morbidité(s)
- Pas de traitement à risque
- Atteinte pariétale isolée
- Suspicion clinique de ≤ 2 côtes fracturées

Conduite à tenir :

- Aucun examen d'imagerie nécessaire
- Consignes de surveillance

Traumatisme modéré : suspicion de fracture(s) de côte(s)

- Le diagnostic est clinique !
- Plusieurs côtes = TDM
- Côtes basses (> 9) : recherche lésion sous jacente intra abdominale = RT, écho ± TDM
- Côtes de 2 à 9 = RT +/- écho : lésion pleuro-paremchymateuse sous jacente
- Première côte = atteinte de la ceinture scapulaire = cinétique élevée = traumatisme thoracique grave) = TDM

Traumatisme modéré : suspicion de fracture du sternum

- Suspicion clinique isolée = radiographie de profil du sternum + thorax de face + ECG
- Si sur la radio de sternum de profil pas de déplacement = consignes de surveillance
- Si sur la radio de sternum de profil déplacement = rechercher une lésion sous jacente : médiastinale, myocardique... = TDM, écho... troponine...

Traumatisme modéré : suspicion de fracture du rachis

- Suspicion clinique : bilan radiologique conventionnel. Sauf si TDM nécessaire pour autre motif
- Si négatif : pas d'imagerie systématique de complément en urgence
- Si lésion osseuse sans atteinte neurologique ou un doute sur les lésions osseuses : possible lésion instable non visualisable sur radiographie du rachis thoracique : complément TDM (délais ?)
- Suspicion + examen neurologique anormal : TDM (os) et IRM (moelle)

Traumatisme modéré : suspicion d'autres lésions

- Radiographie de thorax de face
- Si RT normale : proposition de réaliser un complément par échographie :

Si lame d'épanchement aréique ou liquidien : proposition de complément par TDM (quantification)

- Si RT anormale (suspicion contusion pulmonaire...) : TDM

Pathologies médicales

Suspicion de pneumopathies infectieuses

- Suspicion de pneumopathie communautaire = RT face
- Si négative ou douteuse = compléter par RT de profil
- Si profil négatif :
 - Forte suspicion clinique et absence de signes de gravité = traitement et contrôle RT 48h selon évolution
 - Autres situations : doute diagnostic, FDR (immunodéprimé, sujet âgé, emphysémateux), patient instable = TDM (angioTDM)

Suspicion d'épanchements pleuraux

- Suspicion clinique = RT
- Si difficultés d'interprétation et/ou de réalisation : intérêt de l'échographie pleurale

Suspicion d'embolie pulmonaire

- Stratégie diagnostique et d'imagerie basée sur la probabilité clinique, les d-dimères, l'EDVMI et l'angioTDM
- AngioTDM = examen d'imagerie de référence + évaluation des cavités droites (volume)

Quand ne pas faire l'angioTDM (ou non nécessaire) :

- TVP clinique ou femme enceinte ou sujet âgé = EDVMI première intention
- EDVMI positif en proximal : traitement

- En cas de CI à l'angioTDM : scintigraphie, IRM

Traitement avant imagerie :

- Probabilité forte : oui
- Probabilité clinique faible : non
- Probabilité intermédiaire : oui en fonction du délai pour TDM (> 4h)

- Echocardiographie : EP grave et angioTDM inaccessible rapidement

Suspicion d'œdème pulmonaire

- Le diagnostic est anamnestique et surtout clinique
- RT de face
- Valeur ajoutée de l'échographie ?

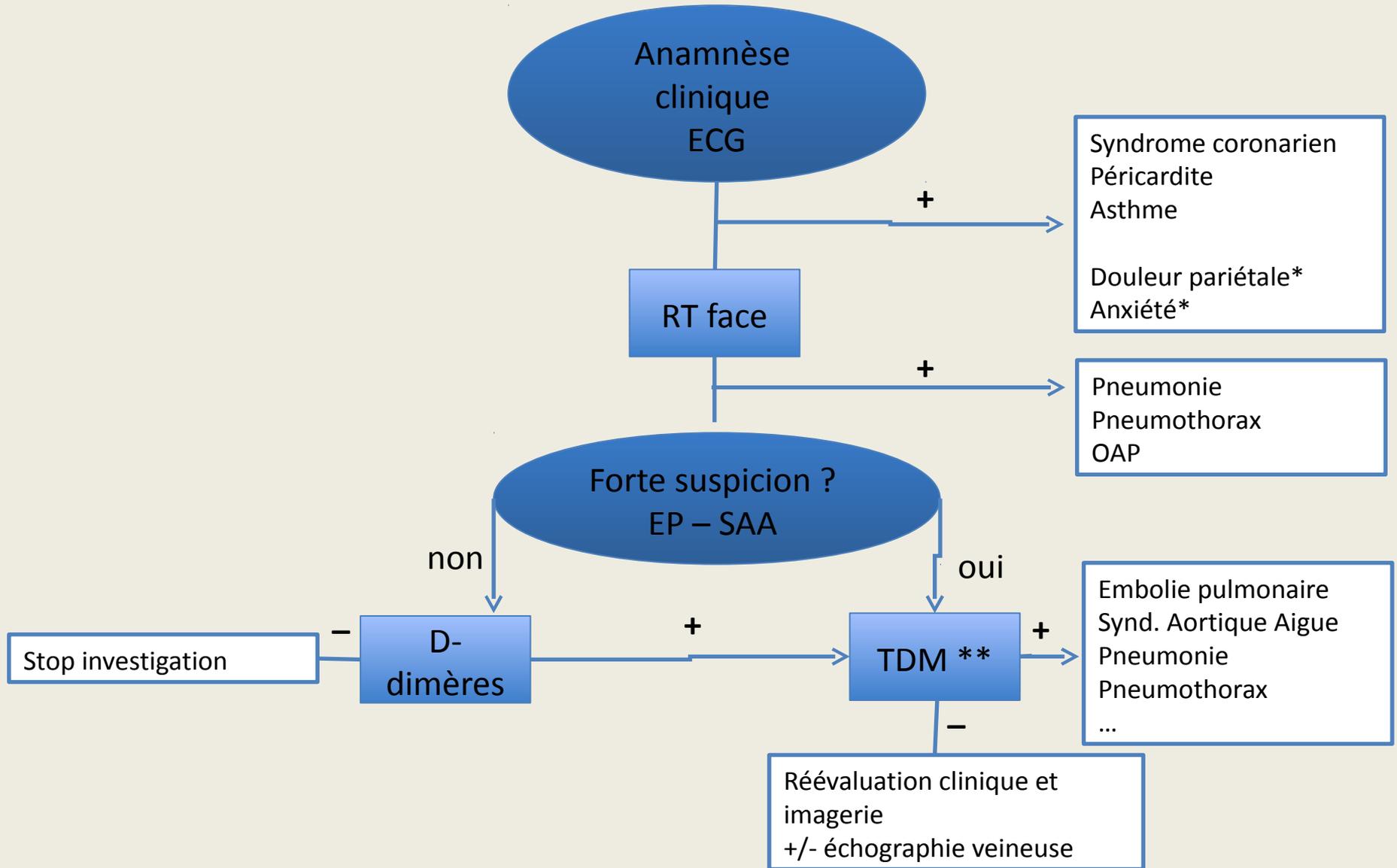
Suspicion de péricardite aiguë

- Diagnostic est clinique
- Valeur ajoutée de l'échographie : évaluation de l'importance de l'épanchement et de son suivi

En cas d'exacerbation de BPCO

- RT de face peut suffire mais...
- Si suspicion clinique d'EP : TDM (cf.)

CAT dyspnée ou douleur thoracique :



* Si aucun élément en faveur d'une autre hypothèse ** Sauf cas particulier – CI

Merci :

**Aux participants de l'ateliers,
Aux experts,
Aux animateurs,
Au coordinateur**

Et à vous pour votre écoute