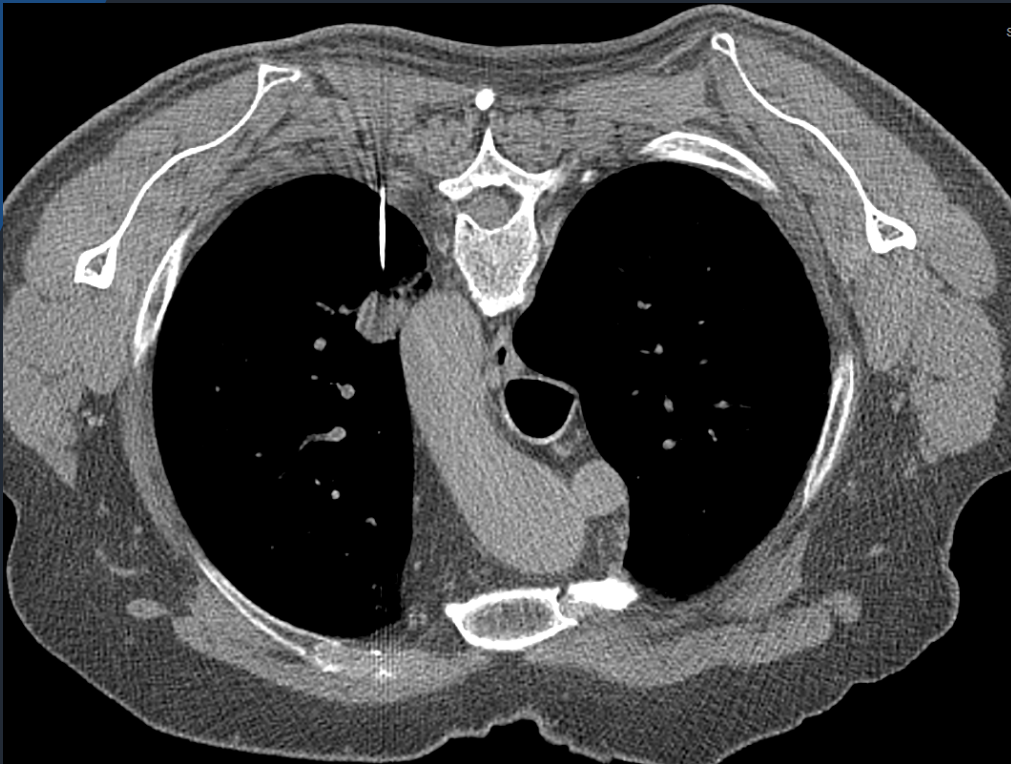




Radiologie & imagerie médicale : Cas cliniques & e-learning

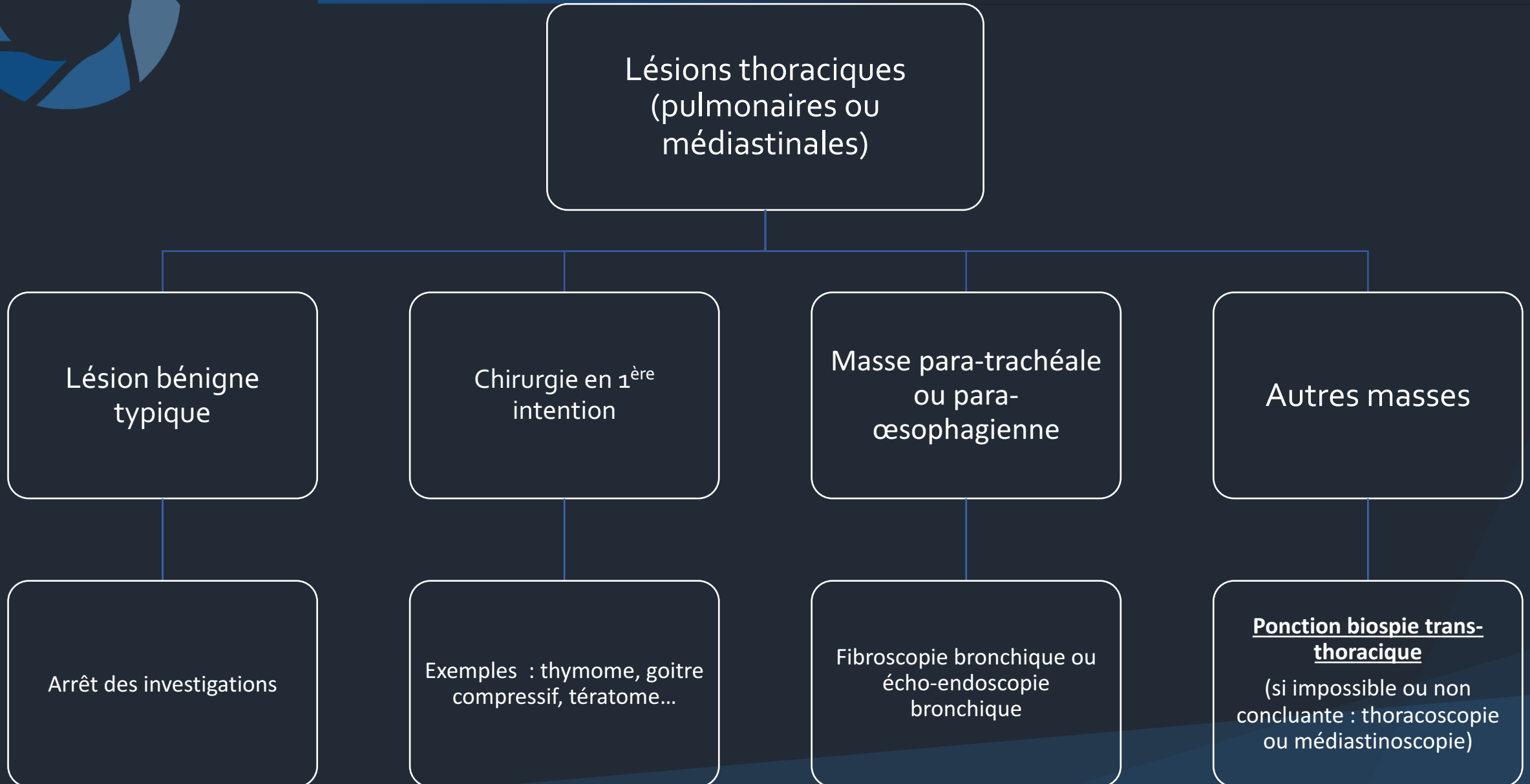


Comment je fais une biopsie trans-pariétale thoracique

Interne Denizet Gaëtan

Dr Grillet Franck

Indications



- Nodule pulmonaire > 10 mm (patient à risque)
 - Stable ou augmente en taille après > 3-4 semaines
 - +/- essai thérapeutique par antibiotique
 - Fibroscopie bronchique avec biopsies des éperons – (y compris nodules périphériques)

Résultats attendus

- Diagnostic de malignité
- Recherche de mutation (thérapie ciblée)
- Diagnostic d'infections /maladies inflammatoires
- Pose d'un hameçon pour vidéo-chirurgie

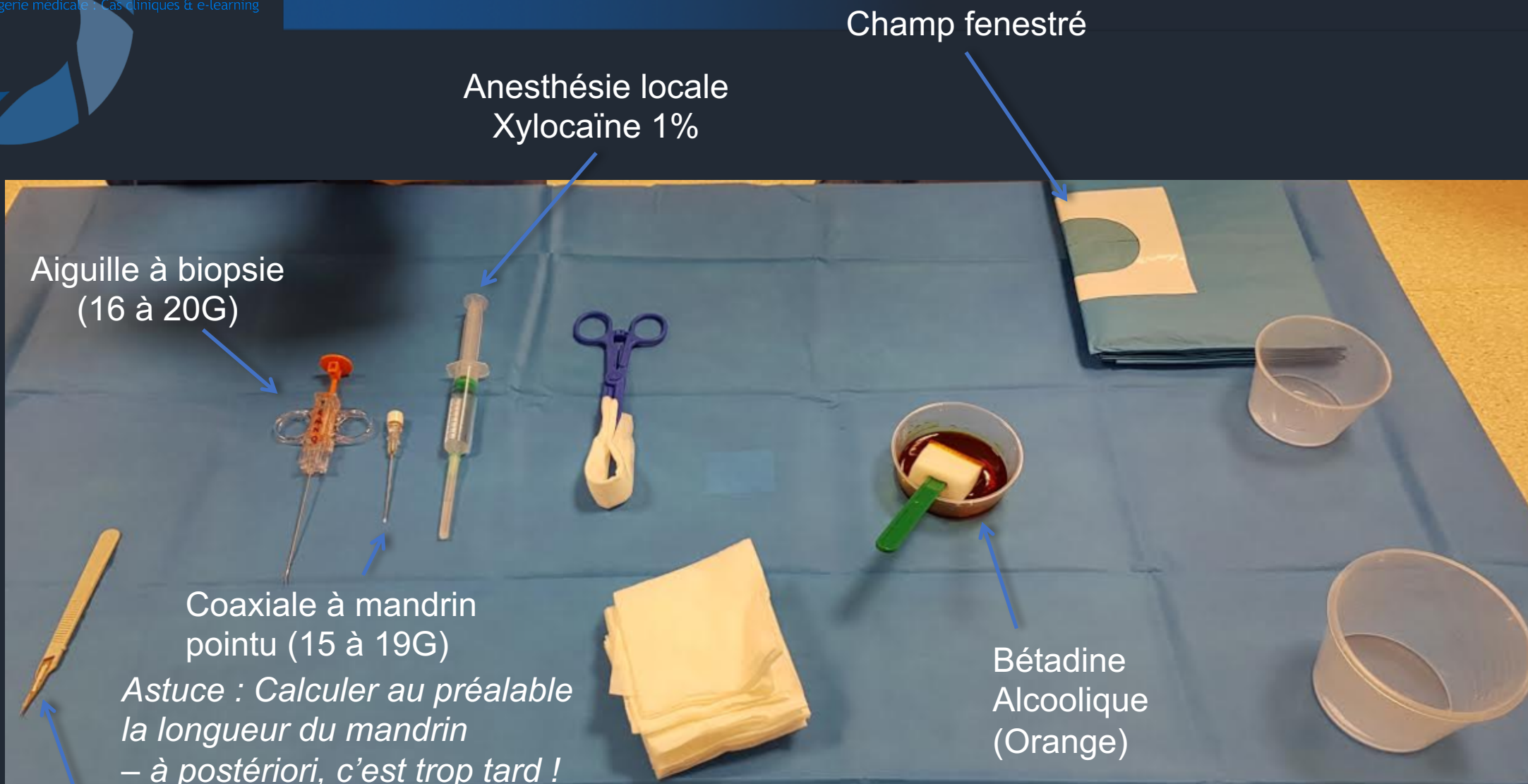
- Geste à risque hémorragique modéré (2/3)
- Bilan d'hémostase et plaquettes (INR < 1,5 et Plaquettes > 50 000)
- Traitement anticoagulant ou antiagrégant

Traitement	CAT
Aspirine	Poursuivre
Clopidogrel/Prasugrel/Ticagrelor	Arrêt 5/5/7j (+/- relais aspirine)
AVK	Arrêt 5j (+/- relais héparine)
HBPM	Arrêt dose avant procédure
HNF	Arrêt 4h avant procédure

- S'assurer de la possibilité pour le patient de tenir en décubitus ventral/dorsal
- Hospitalisation du patient pour surveillance selon comorbidités
- En cas de pathologie bronchique chronique : s'assurer que le VEMS (Volume Expiré Maximum par Seconde) aux EFR soit $> 1\text{L/sec}$

- Obtenir le consentement du patient
- Expliquer le déroulement de la procédure, son objectif
- Expliquer les risques (pneumothorax, hémorragie alvéolaire, hémoptysie, embolie gazeuse)

Matériel

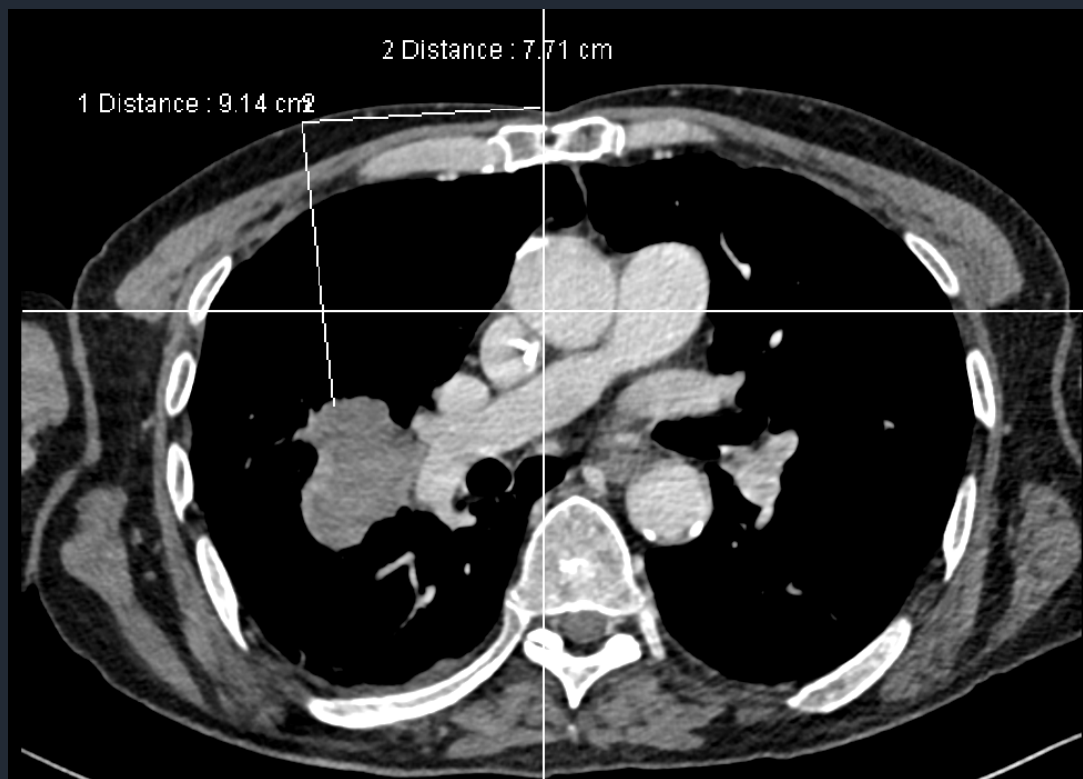


Scalpel pour réaliser une moucheture à
la peau avant d'insérer la coaxiale

Déroulement de la procédure

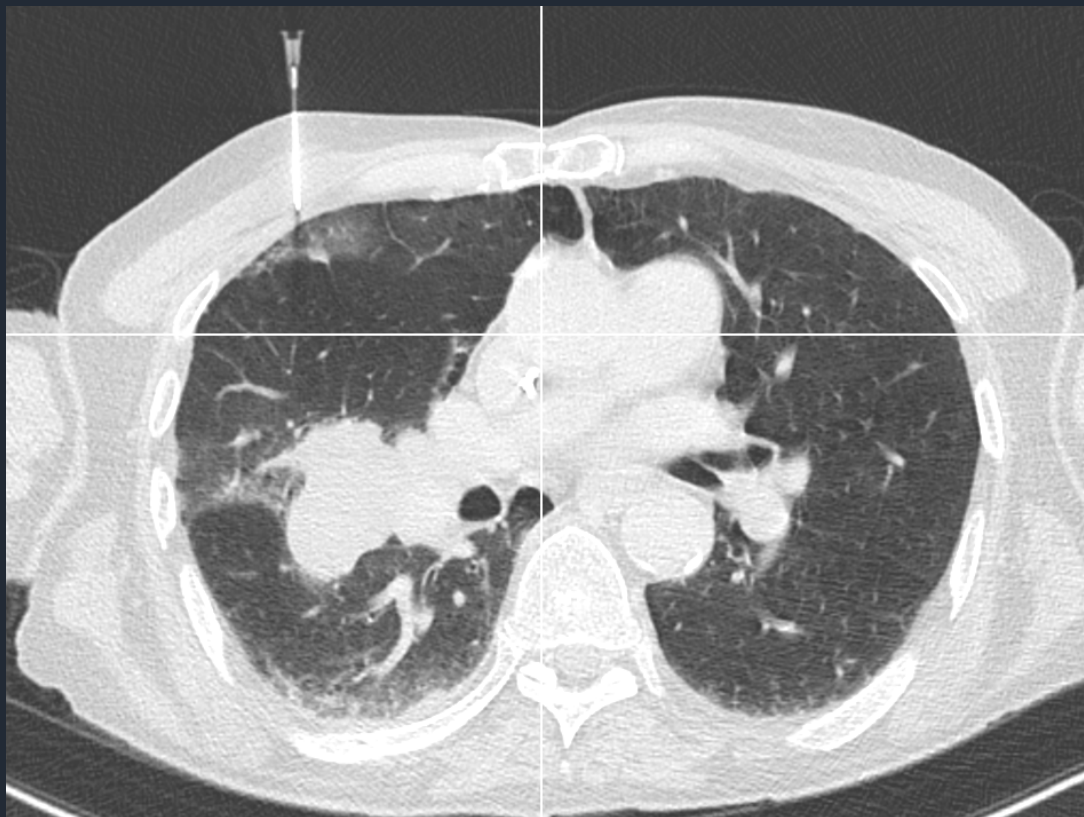
- Choix de la cible
 - Zone de fixation en TEP/CT
 - Eviter zone nécrotique
- Choix de la voie d'abord et du trajet
 - Trajet le plus court possible
 - Éviter les scissures
 - Éviter les cavités aériques (risque de pneumothorax/embolie gazeuse)
 - Éviter les structures vasculaires (hile, artères thoraciques internes, intercostales)

Déroulement de la procédure



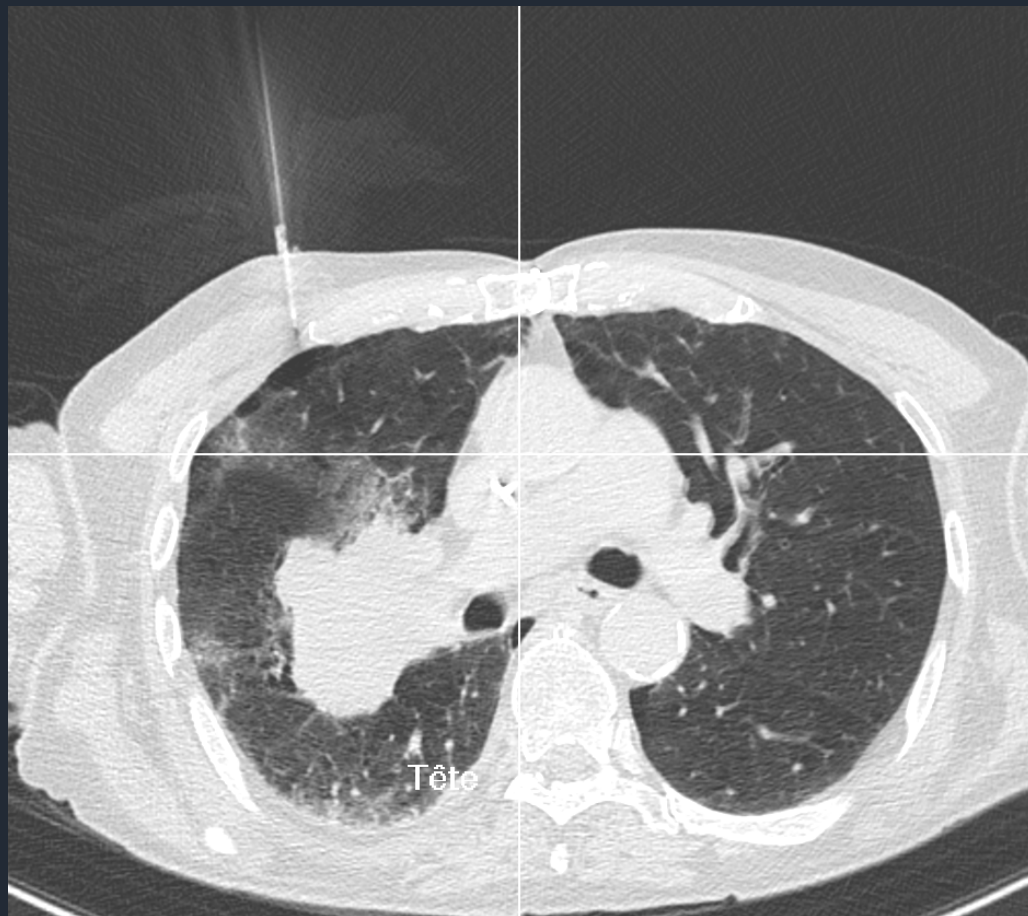
- Réalisation d'une acquisition thoracique injectée pour repérer les structures vasculaires
- Repérage/choix de la cible (vérifier qu'elle n'a pas diminué en taille !)
- Marquage à la peau du point de ponction à l'aide d'un laser et de mesures

Déroulement de la procédure



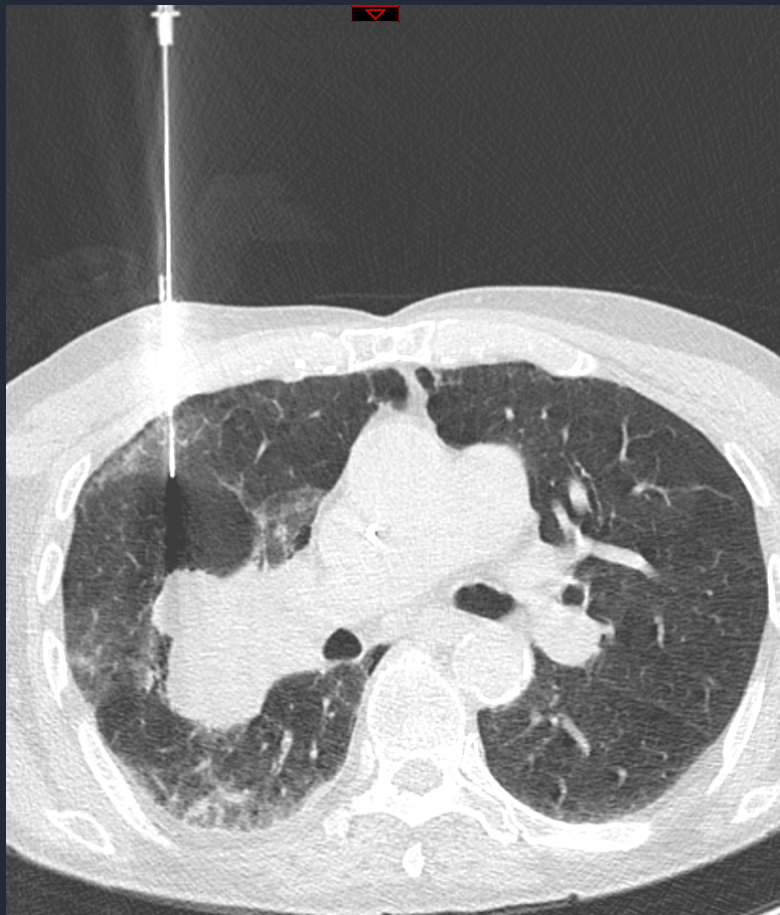
- Anesthésie locale des plans cutanés et sous-cutanés à la xylocaïne 1%

Déroulement de la procédure



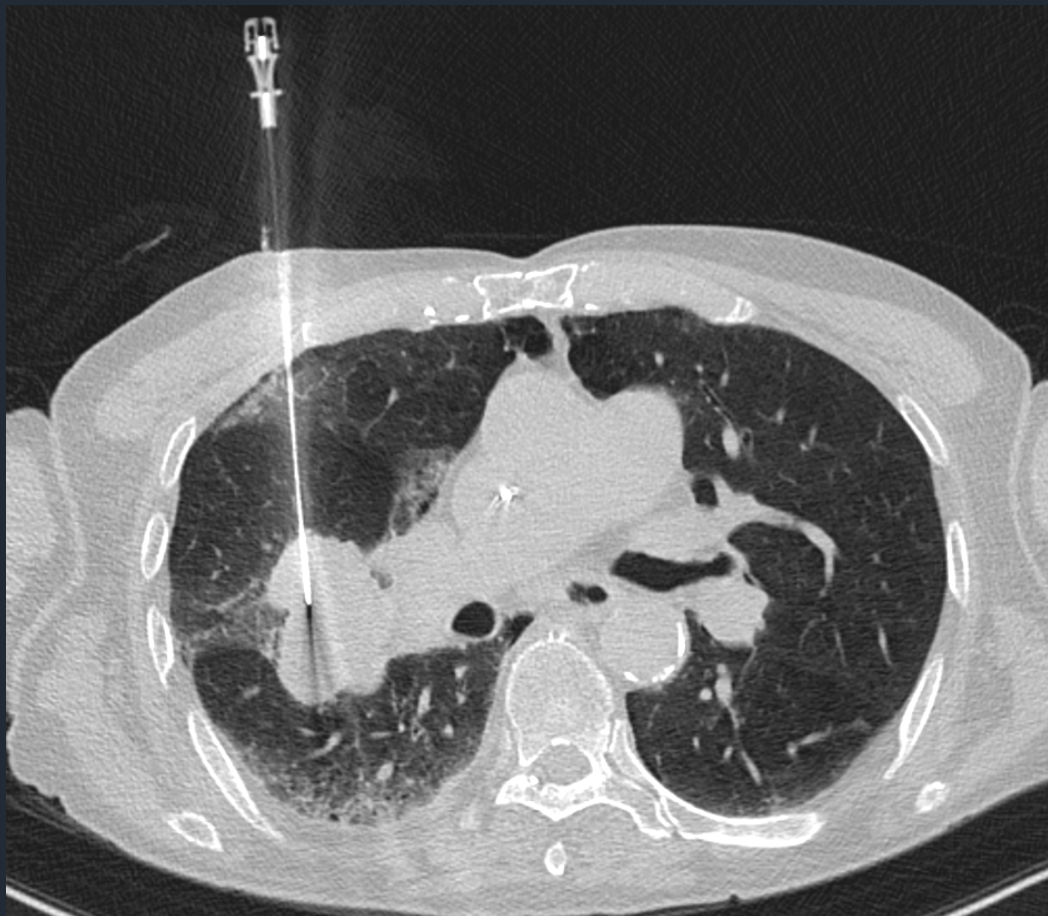
- Ponction extra-thoracique avec la coaxiale

Déroulement de la procédure



- Position intermédiaire
- *Astuce : Franchir la plèvre d'un coup sec en ayant prévenu le patient qui doit être calme, afin d'éviter des mouvements respiratoires importants*

Déroulement de la procédure

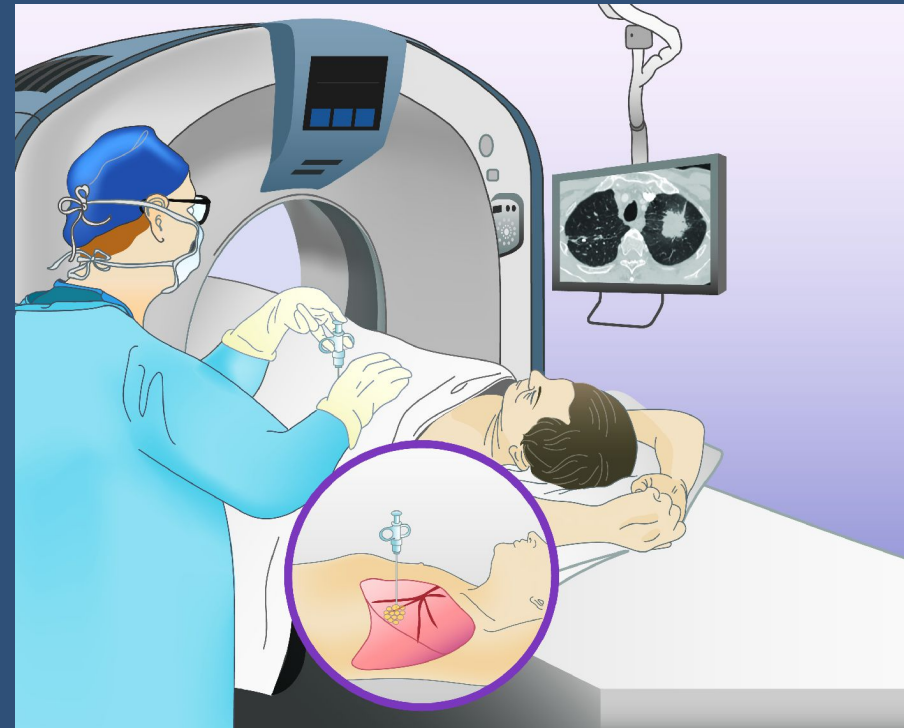
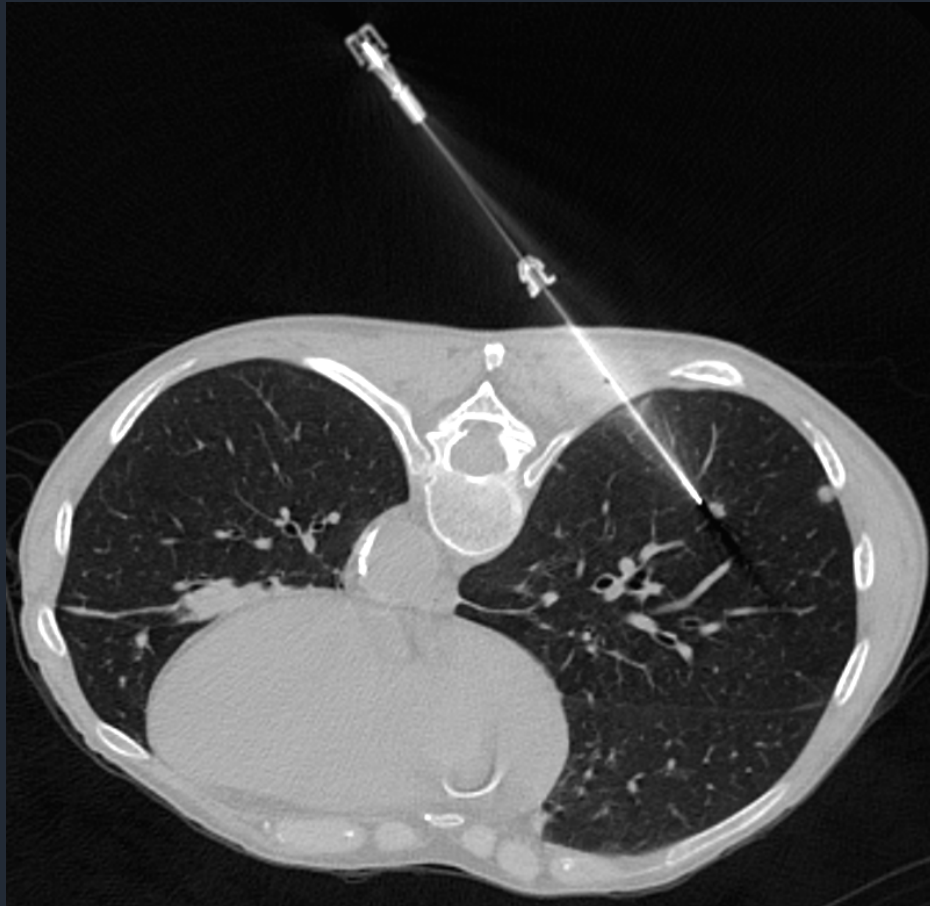


- Position finale
- *Astuce : Attention au débattement de 2cm lors de la biopsie. Prendre une marge de 25mm avec les vaisseaux/bronches/scissures*

- En cas de procédure en décubitus ventral :
 - Retrait de la coaxiale et retournement immédiat du patient en décubitus dorsal, afin de limiter les risques de pneumothorax
- Réaliser une acquisition sur tout le thorax pour vérifier l'absence de complication
- Savoir et avoir le matériel pour gérer les complications :
Pneumothorax et Hémoptysie.

Après la procédure

- Surveillance hospitalière
 - 4h (hôpital de jour) si patient jeune, sans comorbidité pulmonaire
 - 24h (hospitalisation conventionnelle) si patient à risque de pneumothorax secondaire
- Réalisation systématique d'une radiographie thoracique de contrôle (debout) entre 4h et 24h
 - A la recherche d'un pneumothorax même si l'hélice de contrôle post geste n'en montrait pas



*Interne Denizet Gaëtan
Dr Grillet Franck*