

DESTRUCTION TUMORALE PERCUTANÉE D'UNE LÉSION PULMONAIRE EN RADIOLOGIE

Mise à jour : 09-2021

Madame, Monsieur,

Votre médecin vous a proposé une intervention de radiologie interventionnelle. Elle sera pratiquée avec votre consentement. Vous avez en effet la liberté de l'accepter ou de la refuser.

Une information vous est fournie sur le déroulement de cette intervention et de ses suites.

Le médecin radiologue est qualifié pour juger de l'utilité de cette intervention pour répondre au problème thérapeutique que se pose votre médecin. Toutefois, il se peut que cette intervention ne permette pas un traitement complet et définitif de votre pathologie.

Il est très important que vous répondiez bien aux questions qui vous seront éventuellement posées sur votre état de santé ainsi que sur les médicaments que vous prenez (liste écrite des médicaments). Certains traitements doivent en effet être modifiés ou interrompus pour certaines interventions d'imagerie.

N'oubliez pas de vous munir de vos anciens examens d'imagerie s'ils ont été réalisés dans un autre établissement et surtout de respecter les recommandations qui vous sont faites.

Le radiologue aura peut-être besoin de savoir

- si vous avez déjà eu une injection de produit de contraste et comment cela s'est passé
- si vous êtes diabétique et quel traitement vous prenez

La radiographie et le scanner utilisent des rayons X

En matière d'irradiation des patients, aucun risque n'a pu être démontré chez les patients compte tenu des faibles doses utilisées et des précautions prises pour limiter au strict minimum la zone examinée. A titre d'exemple, un cliché simple correspond en moyenne à l'exposition moyenne naturelle (soleil) subie lors d'un voyage de 4 heures en avion.

Toutefois, pour les femmes enceintes, des précautions doivent être prises systématiquement : c'est pourquoi il est important de signaler si vous pouvez être dans ce cas.

L'IRM et l'échographie n'utilisent pas de rayons X

Ce sont des examens non irradiants qui utilisent soit les propriétés des champs magnétiques pour l'IRM, soit les propriétés des ultrasons pour l'échographie.

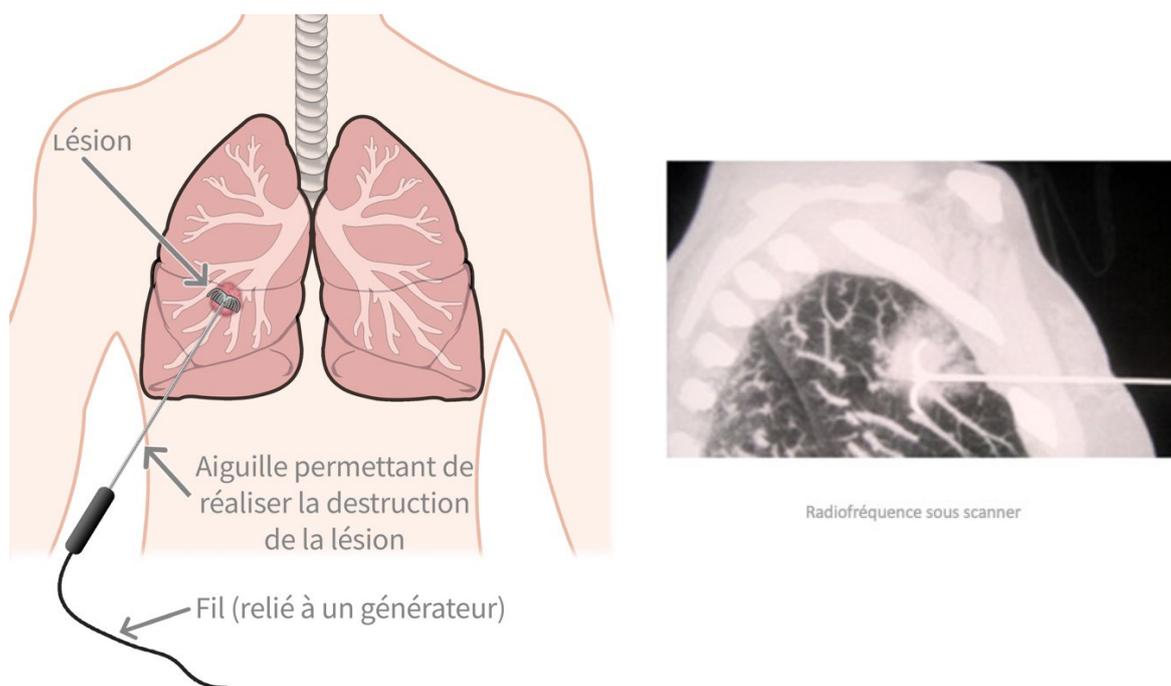
Pour les intensités utilisées par ces deux techniques, il n'a jamais été décrit de conséquence particulière pour l'homme.

De quoi s'agit-il ?

Les techniques de destruction tumorale percutanée (DTP) consistent à insérer une ou plusieurs aiguilles à travers la peau pour traiter (détruire) une ou plusieurs lésions du poumon, en étant guidé de façon très précise par l'imagerie.

Les techniques les plus utilisées consistent à détruire la ou les lésions par le chaud comme la radiofréquence ou les micro-ondes. La destruction de ces lésions peut également s'effectuer par le froid, on parle alors de cryoablation. Afin de s'adapter au mieux à votre pathologie, le type d'intervention va être déterminé en fonction de plusieurs paramètres incluant la taille et la localisation de la (ou des) lésion(s), l'éventuelle présence de certains organes à proximité, votre état général ou vos antécédents.

Ces interventions sont classiquement réalisées sous anesthésie générale, mais elles sont également possibles sous sédation consciente associée à une anesthésie loco-régionale.



Pourquoi faire cette intervention dans le service de radiologie ?

L'intervention est réalisée par un médecin radiologue, assisté d'un personnel paramédical, en salle de radiologie interventionnelle. En effet, c'est l'imagerie médicale (scanner ou, parfois, échographie) qui permet au mieux d'atteindre de façon précise la lésion à traiter et de rendre le geste le plus sûr possible.

Alternatives :

Le traitement curatif des lésions du poumon peut aussi se faire par chirurgie ou radiothérapie.

Dans votre cas, la destruction tumorale percutanée sous guidage de l'imagerie a été choisie par votre équipe médicale comme étant la plus appropriée. Le nombre de nodule, leur taille, leur localisation ainsi que votre capacité respiratoire, l'éventuelle nécessité de réaliser un prélèvement (biopsie), vos antécédents et votre état général ont été pris en compte pour faire ce choix.

Les examens de sang que vous devez faire avant l'intervention :

Avant l'intervention, on pourra vous demander de faire des analyses médicales pour vérifier que votre sang coagule bien.

Apportez le jour de l'intervention :

- o La demande de votre médecin (ordonnance, lettre, ...), si celui-ci est extérieur à l'établissement qui pratique la DTP pulmonaire
- o Les résultats du laboratoire concernant la prise de sang si cet examen vous a été demandé
- o Le dossier radiologique en votre possession (radiographies, échographies, scanners, IRM, ...) sauf s'il a été réalisé dans l'établissement
- o La liste écrite des médicaments que vous prenez

Pour l'intervention :

A l'exception des médicaments que l'on vous aurait précisément demandé d'arrêter, vous prendrez normalement vos autres traitements. Il faudra **être à jeun** (depuis au moins 6 heures).

Le déroulement de l'intervention :

L'intervention est effectuée le plus souvent sous anesthésie générale. Si l'intervention est faite sous sédation consciente, votre coopération est essentielle : elle contribuera à la rapidité de l'intervention et diminuera les risques de douleur et de complications. Vous devez rester immobile pendant toute la durée de l'intervention et arrêter de respirer pendant quelques secondes si le radiologue vous le demande. Le radiologue et son équipe seront à votre écoute et répondront à vos demandes.

La destruction tumorale percutanée comprend 5 étapes principales :

1. Le repérage de la cible à traiter au scanner (ou plus rarement en échographie).
2. La mise en place d'une ou plusieurs aiguilles, en fonction de la modalité de traitement choisie, au sein du nodule, au travers de la peau, sous guidage de l'imagerie.
3. En fonction des conditions anatomiques et notamment des structures avoisinants le nodule, il est parfois nécessaire d'écarter ces structures à risques afin de les protéger de la zone de traitement. Pour ce faire, une petite aiguille est insérée au travers de la peau dans la cavité pleurale (il s'agit d'une cavité physiologiquement virtuelle délimitée par des membranes qui entourent le poumon) afin d'y injecter du gaz. On parle de « pneumothorax artificiel ».
4. L'étape de traitement qui consiste à délivrer par la (ou les) aiguilles soit de l'énergie (par des ondes de radiofréquence ou des micro-ondes) soit du froid dans le cas de la cryoablation.
5. Le retrait du matériel suivi d'une compression manuelle du point de ponction et de la pose d'un pansement simple à la peau. Dans certains cas, il peut être décidé d'injecter une faible quantité de gélatine par l'aiguille, lors du retrait de celle-ci, afin de minimiser le risque de complication (pneumothorax).

La durée de l'intervention est variable en fonction du type d'intervention choisie, du mode de guidage, de la complexité technique et du nombre de nodule à traiter, allant de 1 heure à 3 heures.

Quelles complications peuvent survenir pendant et après la destruction tumorale percutanée ?

Toute intervention sur le corps humain, même conduite dans des conditions de compétence et de sécurité maximales, comporte des risques.

Nous listons ci-dessous les complications les plus fréquentes et/ou les plus graves qui peuvent parfois être rencontrées.

L'échec de ciblage, lorsqu'il est finalement impossible d'atteindre la lésion à traiter, est rare mais possible.

Une douleur du thorax est possible au décours de l'intervention. Des médicaments pour vous soulager pourront vous être administrés par perfusion si nécessaire.

Les traitements de destruction tumorale percutanée peuvent entraîner un saignement sur le trajet de l'aiguille, ainsi que dans les poumons, se manifestant alors par des crachats de sang. Ils sont la plupart du temps sans gravité et cèdent spontanément. Il est donc rare qu'une complication de ce type soit à l'origine d'une hémorragie nécessitant une transfusion ou une intervention pour arrêter le saignement. Cette complication est systématiquement recherchée dans les suites de l'intervention.

Lors de la mise en place ou du retrait de l'aiguille, de l'air peut s'immiscer dans la cavité pleurale (entre la paroi et le poumon), entraînant une douleur du dos ou de l'épaule et, parfois, une gêne à la respiration. Ces signes

disparaissent le plus souvent spontanément. Dans le cas contraire, il peut s'avérer nécessaire de mettre en place un petit tuyau (drain) pour évacuer l'air. Cette complication est systématiquement recherchée après l'intervention. Une complication infectieuse, notamment de la zone traitée, est rare mais possible. L'entrée d'air dans les vaisseaux et la migration de cet air vers le cerveau (embolie gazeuse) sont tout à fait exceptionnelles. La plaie d'un organe à proximité de la zone à traiter est rarissime. Une complication conduisant au décès est rarissime. Naturellement, les bénéfices attendus de l'intervention qui vous est proposée sont largement supérieurs aux risques que celle-ci vous fait courir.

En pratique : prévenez-nous à la moindre gêne respiratoire, en cas de douleur persistante ou d'autres signes tels que fièvre, frissons, vertiges ou si vous crachez ou toussiez du sang.

Que va-t-il se passer après le traitement ?

Après votre réveil, vous serez surveillé attentivement par le personnel soignant lors d'une hospitalisation dont la durée peut varier en fonction du traitement réalisé et en fonction de votre tolérance. Des médicaments pourront vous être administrés en cas de douleur. L'autorisation de vous lever, de boire et manger vous seront données par l'équipe médicale dont le radiologue fait partie. Cette dernière jugera du moment où vous pourrez sortir de l'hôpital.

Quand saurai-je si le traitement a été efficace ?

Un premier commentaire pourra vous être donné juste après l'intervention et permettra de vous informer de son déroulement. L'efficacité de la destruction tumorale percutanée est évaluée à distance (traditionnellement 4 à 6 semaines après la séance) par imagerie (scanner et/ou PET-scanner) et une consultation. Le résultat vous sera donné par l'équipe médicale qui vous prend en charge et dont le radiologue fait partie.

Après votre retour à domicile :

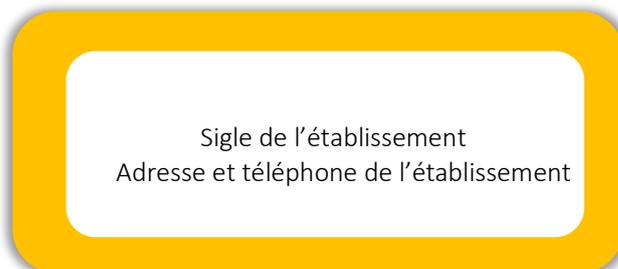
Vous ne devez pas conduire pendant les 24 premières heures, éviter les exercices physiques intenses dans les 48 heures suivantes et vous organiser pour, en cas de problème, pouvoir rejoindre rapidement un établissement de santé.

Informations complémentaires :

D'une manière générale, n'hésitez pas à fournir tout renseignement qui vous paraîtrait important à communiquer, d'éventuelles allergies et à **nous informer de toute maladie sérieuse**.

.....
Au moindre doute, il est important de contacter immédiatement votre médecin ou notre équipe au n° de téléphone suivant : _____

Il est normal que vous vous posiez des questions sur l'intervention que vous êtes amené à passer. Nous espérons y avoir répondu. N'hésitez pas à interroger notre équipe radiologique pour tout renseignement complémentaire.



© Ces fiches sont la propriété de la SFR (Société Française de Radiologie) et de la FRI (fédération de radiologie interventionnelle). Tout droit de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays (Code de la propriété intellectuelle). Aucune diffusion par sponsoring n'est permise sans l'autorisation expresse de la Société Française de Radiologie