**Protocoles d’imagerie thoracique**

**DRAINAGE D’UN EMPYÈME GUIDÉ PAR SCANNER**

**INTRODUCTION :**

* Le scanner permet de guider la mise en place d’un drain intra-thoracique en position la plus déclive et la plus caudale possible

**TECHNIQUES :**

* ***Préparation*** :
* Vérifier l’arrêt ou le relais du traitement anticoagulant en concertation avec le médecin prescripteur (héparine arrêtée depuis 4 heures, AVK relayé par de l’héparine). Ponction possible sous Kardegic
* Vérifier l’hémostase
* Prémédication conseillée : Perfalgan IV 1g 1 heure avant le geste
* Patient amené au scanner en lit
* VVP, scope pour surveillance des paramètres
* ***Positionnement et acquisition*** :
* Positionnement du patient en fonction de la voie d’abord : préférer un abord latéral permettant d’éviter que le patient ne soit couché sur son drain
* Repérage de la collection : acquisition hélicoïdale
* Coupes axiales ou courte hélice basse dose et en respiration lente dépassant la cible de part et d’autre. On répétera ces repérages jusqu’à ce que la cible soit atteinte
* Le repérage du point d’entrée cutané sera fait à la peau du patient (laser, trombone…)
* ***Drainage*** :
* Soit avec la scopie scanner soit en répétant l’acquisition de repérage mais en dégradant la qualité de l’image afin de diminuer la dose
* Mesures d’asepsie rigoureuses
* Anesthésie locale à la Xylocaïne jusqu’à la plèvre
* Drainage : méthode de Seldinger (la plus fiable) ou ponction directe (en passant au bord supérieur de la côte inférieure).
* Aspiration de liquide purulent
* Passage du guide d’échange qui doit être facile et réalisable sans forcer ou très peu
* Contrôle de la position du guide qui doit être enroulé dans la cavité́
* Dilatation du trajet par des dilatateurs successivement glissés sur le guide laissé en place jusqu’à la taille du drain choisi
* Mise en place du drain lui-même, sur son armature, glissé sur le guide. Le choix du calibre du drain est fonction de la taille de la cavité́ et de la nature du liquide. Un drain de gros calibre est toujours préférable. Une fois l’extrémité́ du drain dans la cavité́, on glisse uniquement le drain en désolidarisant l’armature que l’on maintient au niveau de la paroi. Une fois le drain en place, on retire l’armature et le guide. Le drain est ensuite muni d’une valve antiretour
* Prélèvements à visée microbiologique et cytologique et éventuellement biochimique si le liquide est citrin, sur citrate.
* Fixation solide du drain
* Contrôle de la bonne position du drain par acquisition hélicoïdale plus large que l’acquisition de repérage
* Le drain est mis en aspiration douce ou en siphonnage
* ***Prélèvements*** :
* Placer les prélèvements effectués lors de la ponction dans les milieux adéquats, en accord avec le laboratoire d’anatomopathologie
* Acheminer rapidement les prélèvements aux différents laboratoires avec un étiquetage correct et la feuille de renseignements cliniques demandée par les laboratoires
* ***Surveillance du patient*** :
* Retour du patient en position couchée avec son dossier médical et une fiche de suivi indiquant l’heure du drainage, les observations éventuelles et la conduite à tenir.

**COMPTE RENDU :**

* Iconographier la réussite balistique
* Points qui doivent figurer dans le compte rendu : la voie d’abord ; la notion de réussite balistique ; le type des prélèvements réalisés ; la quantité́ de liquide extériorisé́ pendant que le patient est en radiologie