**Protocoles d’imagerie thoracique**

**PONCTION TRANSTHORACIQUE GUIDÉE PAR SCANNER A VISÉE DIAGNOSTIQUE**

**INTRODUCTION :**

* L’indication de la ponction a été prise en RCP ou au minimum par entente entre le radiologue et le clinicien
* Une hypertension pulmonaire est une CI à la ponction transthoracique
* Si poumon unique : la plus grande prudence s’impose

**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 (saturation ++)
* S’assurer de la présence de matériel de réanimation au scanner (drain pleural à proximité)
* ***Positionnement et acquisition*** :
* Positionnement du patient en fonction de la voie d’abord (le patient a eu au préalable un scanner thoracique avec ou sans injection pour repérer la cible, prévoir les difficultés et la voie d’abord)
* Scanner de repérage de la cible avec ou sans injection en respiration lente
* Coupes axiales ou courte hélice basse dose 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…)
* ***Geste de ponction*** :
* Soit avec la scopie scanner soit en répétant l’acquisition de repérage
* Mesures d’asepsie rigoureuses
* Anesthésie locale à la Xylocaïne jusqu’à la plèvre
* Mise en place de l’aiguille à biopsie (18 à 20 G). Contrôle de son bon positionnement en repérant son extrémité́. Dans certains cas, une injection IV de produit de contraste peut être utile.
* Les prélèvements sont réalisés lorsque l’aiguille est en bonne position. Si des prélèvements multiples sont nécessaires, utiliser des aiguilles coaxiales adaptées ; s’efforcer de ne pas laisser entrer d’air aux changements d’aiguilles et ne jamais laisser l’aiguille porteuse sans que l’embase en soit occluse par le mandrin
* Friction du point de ponction après retrait de l’aiguille
* Acquisition de contrôle après retrait de l’aiguille : éliminer un pneumothorax et/ou une hémorragie alvéolaire
* ***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 de la ponction, les observations éventuelles et la conduite à tenir.
* Hospitalisation la nuit suivant le geste
* Radiographie de thorax le lendemain

**COMPTE RENDU :**

* Iconographier la réussite balistique ou à défaut la zone du prélèvement.
* Points devant figurer dans le compte rendu : la voie d’abord ; la réussite balistique ou non ; le type de prélèvement réalisé́ (qualité́, nombre, cytologie et/ou biopsie...) ; les complications éventuelles et leur transmission au médecin responsable du patient
* Préciser la destination des prélèvements (laboratoires).