



Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



# Radiologie thoracique

Thoracic radiology

**S. Bommart\*, H. Kovacsik**

Hôpital Arnaud de Villeneuve, CHU de Montpellier, 371 avenue du Doyen Gaston Giraud,  
34295 Montpellier Cedex 5, France.

## Liens d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

## Rôle du scanner thoracique précoce dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique de suspicions de pneumonie aigue communautaire.

Claessens YE, Debray MP, Tubach F, Brun AL, Rammaert B, Hausfater P, et al. CT-Scan to assist diagnosis and guide treatment decision for Suspected community-acquired pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*. 2015;192:974-82.

### Introduction

La définition d'une pneumonie aiguë communautaire répond à ce jour à un tableau radio clinique codifié de longue date dont est exclu le scanner, hors la présentation clinique peut être trompeuse et la radiographie du thorax d'interprétation difficile.

Sur ces constatations cette étude propose de répondre à une question simple mais très pertinente à savoir l'utilité du scanner thoracique précoce dans la prise en charge diagnostique et thérapeutique des suspicions de pneumonie aiguë communautaire aux urgences.

### Méthodes et résultats

Il s'agit d'un travail prospectif s'intéressant aux suspicions de pneumonie aigue communautaire aux urgences dont le score CRB65 était inférieur à 3. Le diagnostic et la stratégie thérapeutique proposés par le médecin urgentiste ont été colligés avant et après la réalisation du scanner et confrontés aux conclusions cliniques faites à quatre semaines. Le diagnostic de pneumonie en imagerie a été classé selon quatre critères : Certain, probable possible ou exclu. Le scanner a modifié la répartition de ces sous groupes pour 187 patients soit dans 58,6 % des cas.

Des condensations alvéolaires sans anomalie sur le cliché standard étaient présentes dans 33 % des cas. À l'inverse, le scanner a exclu le diagnostic de pneumonie avec opacités évocatrices sur le cliché standard dans 29,8 %. Le scanner a modifié la proposition thérapeutique avec initiation d'une antibiothérapie dans 16 % des cas et arrêt de l'antibiothérapie dans 9 % des cas. Le devenir du patient (hospitalisation ou sortie) a été modifié dans 14,1 % des cas.

\*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : s-bommart@chu-montpellier.fr (S. Bommart).

## Commentaires

Cette étude clinique met en exergue les difficultés de prise en charge aux urgences d'une pathologie fréquente telle que la pneumonie aigue communautaire et un moyen simple d'y sursoir. Elle démontre non seulement la valeur limitée du cliché standard du thorax pour le diagnostic mais aussi l'impact thérapeutique d'un scanner thoracique précoce dont les résultats font débiter l'antibiothérapie dans 9 % des cas et arrêter cette dernière dans 16 % des cas.

Sur le plan méthodologique, le choix de la population est déterminant puis que transposable dans la plupart des services d'accueil d'urgences des pays occidentaux. L'exclusion des patients graves est ici justifiée par l'intérêt déjà démontré du scanner dans cette population spécifique.

Les auteurs ont repris les outils issus de la littérature dans la fibrose pulmonaire idiopathique pour exprimer le degré de conviction diagnostique. Les quatre sous classes ont été résumées de façon binaire en imagerie de façon à simplifier la lecture des résultats. Les conditions de réalisation du protocole d'étude apporte des informations concrètes, puisque réalisé dans les conditions réelles de prise en charge. Elles n'ont par contre pas permis d'analyser la variabilité inter-observateur dans l'interprétation des examens.

L'exposition aux rayonnements ionisant peut être un grief envers l'utilisation du scanner par rapport à la radiographie standard du thorax. Elle est certes supérieure pour un scanner par rapport au cliché standard mais les efforts des constructeurs concernant la dose émise par les scanners permettent en pratique de réduire l'exposition. Dans cette étude celle ci était divisée par deux par rapport aux recommandations actuelles. La dose est aujourd'hui plus volontiers divisée par dix en routine pour les scanners dit « basse dose » tout en conservant une qualité image suffisante pour l'interprétation.

À l'ère des économies de santé basées sur les preuves, cet article doit faire méditer sur l'économie réelle de la prescription d'un cliché standard versus le scanner dans la population ciblée par cette étude. L'impact du scanner précoce dans la prise en charge de la pneumonie aigue communautaire à la fois sur la prescription médicamenteuse et l'orientation *ad hoc* du malade est en tous cas ici soulevé.

## Tendances actuelles dans la détection fortuite des nodules.

Gould MK, Tang T, Liu IL et al. Recent trends in the identification of incidental pulmonary nodules. *Am J Respir Crit Care Med* 2015;192:1208-1214.

## Introduction

La mise en évidence de nodules pulmonaire est elle associée à une meilleure prise en charge des patients ?

## Méthodes et résultats

Cette étude américaine s'est basée sur l'analyse des données informatisées d'un système d'information. Elle a recueilli le nombre de scanners thoraciques, le nombre de nodule pulmonaire de 4 à 30 mm détecté ainsi que le nombre de nouveaux cas de cancer pulmonaire entre 2006 et 2012.

200 000 patients ont réalisés 415 581 scanners du thorax. Le nombre annuel de scanner et la détection de nodule ont tous deux augmentés sur la période donnée respectivement de 1,3 à 1,9 % et de 24 à 31 % alors que le nombre de nouveau cas de cancer est resté stable.

## Commentaires

Il existe bien sur de nombreux biais à ce type de travail rétrospectif descriptif basé sur l'exploitation des données épidémiologiques des systèmes d'informations. Il a le mérite d'alimenter la réflexion sur nos pratiques quotidiennes en offrant des données chiffrées sur l'augmentation de la détection incidente des nodules pulmonaires.

Le nombre d'examen pratiqué augmente régulièrement mais aussi la qualité d'interprétation, probablement lié d'une part à la qualité des examens mais surtout à la sensibilisation des radiologues et une meilleure maîtrise d'outils d'aide à la lecture tel que le mode MIP.

Malgré l'augmentation farouche de la détection fortuite de nodules pulmonaires à l'échelle d'un pays comme les états unis aucun lien n'a pu être démontré dans cette étude entre l'incidence des nodules détectés au scanner et l'incidence de nouveau cas de cancer pulmonaire. Le coût du suivi est par contre indéniable compte tenu des algorithmes de surveillance actuels proposés par la Fleischner society. C'est aussi une source notable d'anxiété pour le patient.

Ces constatations corroborent l'activité au quotidien du pneumologue dont la « nodulologie » devient une part entière de l'activité. Malgré les recommandations récentes de l'HAS sur le dépistage ou plutôt le non dépistage par scanner des patients à risque, la tendance semble déjà prise d'explorer le parenchyme du BPCO et donc d'encore découpler l'incidence des nodules pulmonaires.

Même si les propositions simplifiées de surveillance du programme Nelson tendent à limiter les contrôles scannographiques, il persiste des controverses sur la prise en charge optimale des nodules. Le travail de Kakinuma et al. publié dans *Radiology* en 2015 est un bon exemple de l'évolution possible de la surveillance tout azimut des nodules. Ces derniers proposent en effet de contrôler à 3,5 ans les nodules en verre dépoli pur de moins de 5 mm. Le travail de Gould et al souligne l'impérieuse nécessité de poursuivre les efforts de recherche dans la validation d'algorithme simplifié de prise en charge des nodules pulmonaires.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5725308>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5725308>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)