
Retour d'expérience sur les suivis mis en place pour les patients ayant eu des actes radioguidés en France

Joël Greffier*¹ and Marjorie Ferre*^{†2}

¹Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nîmes (CHRU Nîmes) – CHU Nîmes – 4 Rue du Professeur Robert Debré, 30029 Nîmes, France

²Institut Paoli-Calmettes – Fédération nationale des Centres de lutte contre le Cancer (FNCLCC) – France

Résumé

Introduction : Dans son rapport de 2014, l'HAS recommande de mettre en place un suivi des patients exposés lors des actes radioguidés longs et exposants, afin de réduire le risque d'effets déterministes. En 2019, l'ASN a demandé de formaliser dans le système de gestion de la qualité, les critères et modalités de suivi des personnes exposées. L'objectif de notre étude était de faire un état des lieux des pratiques en France sur les critères et modalités de détection et de suivi des patients à risques..

Matériel et méthodes : Un questionnaire a été transmis à tous les adhérents de la section Imagerie de la SFPM. Les items à renseigner concernaient les types et valeurs de seuils atteints en cours des actes interventionnels nécessitant l'expertise d'un physicien médical, les seuils entraînant systématiquement un suivi des patients et les modalités de suivi mises en place. Des questions organisationnelles étaient également posées : système d'alerte, connexion des équipements au DACS, ect. Entre 2019 et 2021, les données ont été collectées indépendamment pour les prises en charge réalisées dans 4 secteurs d'activité : cardiologie, neuroradiologie, radiologie interventionnelle (RI) vasculaire thoraco-abdomino-pelvienne et périphérique ainsi que pour la RI ostéo-articulaire.

Résultats : 20 centres hospitaliers ont participé à l'étude pour un ou plusieurs secteurs d'activité. Seuls 2 établissements utilisaient des seuils différents en fonction des secteurs d'activité. Les indicateurs majoritairement retenus pour demander l'expertise d'un physicien étaient le couple Produit Dose Surface (PDS) & Kerma dans l'air (AK; 35%) et le AK seul (30%). Pour le PDS, les seuils prépondérants étaient 300 Gy.cm² (23%) et 500 Gy.cm² (18%) et 3 Gy (41%) et 5 Gy (23%) pour le AK.

L'indicateur le plus fréquent (80% des cas) pour la mise en place d'un suivi des patients était la dose à la peau (Dp) seule ou associée à un autre indicateur dosimétrique, en deuxième position était mentionné le AK (55%). Les seuils majoritairement retenus pour ces deux indicateurs étaient respectivement 3 Gy (50%) et 5 Gy (33%).

L'antériorité des examens dans la même région anatomique était prise en compte dans 90% des centres sur des périodes de 2 mois (30%) et 3 mois (30%) et le type de suivi le plus répandu était la combinaison d'un auto-suivi associé à une consultation du patient.

*Intervenant

[†]Auteur correspondant: ferrem@ipc.unicancer.fr

Concernant l'outil le plus utilisé pour le calcul de la dose maximale à la peau, il s'agissait d'une association entre un calcul manuel et un calcul automatisé (45%). 60% des services ayant répondu à l'étude avaient la totalité de leurs équipements connectés au DACS et 35% partiellement.

Conclusion : Cette étude a permis de montrer une homogénéité des pratiques dans la détection et le suivi des patients à risque en radiologie interventionnelle. Une étude complémentaire permettant d'évaluer le lien entre les seuils de suivi et les patients ayant réellement des effets déterministes pourrait être réalisée.

Mots-Clés: Radiologie interventionnelle, Effets déterministes, Suivi et détection.