

JurisMedX

Comprendre les examens - Imagerie

Comprendre la radiologie interventionnelle

Repérer | Accéder | Guider | Traiter | Surveiller



Laurence Petoud – Référente juridique

CAS Droits des patients & santé publique

www.jurismedx.ch – laurence@jurismedx.ch

"Ce document est protégé par copyright. Son contenu est issu d'un travail original et ne peut être utilisé sans autorisation."



Introduction

Les fiches pédagogiques JurisMedX ne sont pas des résumés : ce sont des outils de raisonnement.

Chaque fiche est conçue pour transformer la lecture d'un texte, d'un arrêt ou d'une situation en logique juridique claire et exploitable.

Elles servent à :

- Visualiser les mécanismes juridiques,
- Identifier les notions-clés,
- Et bâtir des automatismes solides pour le cas pratique, le commentaire ou le qcm.

💡 *Objectif* : faire de chaque notion une évidence, et de chaque article une arme intellectuelle.

Ressources et contacts utiles

- Carte mentale
- Flash cards
- QCM interactifs
- Cas pratiques

Conclusion générale

Une fiche n'est jamais une fin en soi : c'est une **base de réflexion**.

Elle ne remplace ni la lecture, ni l'analyse — elle les organise.

Reviens-y souvent, complète-les, mets-les à jour.

Les bons étudiants révisent ; les excellents **structurent leur pensée**.

“Une fiche bien faite, c'est un juriste qui pense droit — pas un perroquet du Code.” — *Philosophie JurisMedX*



L'essentiel en une phrase

La radiologie interventionnelle utilise l'imagerie pour guider avec précision des gestes diagnostiques ou thérapeutiques mini-invasifs, souvent au moyen d'une aiguille, d'un guide ou d'un cathéter introduit à travers la peau ou les vaisseaux.

Elle peut permettre de :

- Prélever un tissu ;
- Drainer une collection ;
- Déboucher ou dilater un vaisseau ;
- Arrêter un saignement ;
- Fermer une anomalie vasculaire ;
- Déposer un dispositif ;
- Traiter certaines tumeurs ;
- Soulager une obstruction.

Le CHUV présente ces interventions guidées par l'imagerie comme des techniques précises et mini-invasives pouvant offrir une alternative ou un complément à la chirurgie traditionnelle.

I. La grande règle du Décodeur

L'image ne sert pas seulement à regarder : elle sert à atteindre la cible et à contrôler le geste

Selon l'intervention, le radiologue peut utiliser :

- L'échographie ;
- La radioscopie ;
- La radiographie ;
- Le scanner ;
- Parfois plusieurs techniques combinées.

L'imagerie permet notamment de :

- Localiser la cible ;
- Choisir le trajet ;
- Éviter les structures à risque ;
- Suivre l'aiguille ou le cathéter ;
- Vérifier le résultat ;
- Repérer une complication immédiate.

En radiologie diagnostique, l'image aide à comprendre.

En radiologie interventionnelle, elle aide aussi à agir.



II. Première porte — Diagnostiquer ou traiter ?

La radiologie interventionnelle comprend deux grandes familles de gestes.

- **Les gestes diagnostiques**

Ils servent à obtenir une information.

Exemples

- Biopsie ;
- Ponction ;
- Prélèvement de liquide ;
- Artériographie diagnostique ;
- Prélèvement ciblé sous contrôle d'imagerie.
- **Les gestes thérapeutiques**

Ils servent à modifier directement une situation.

Exemples

- Drainage ;
- Embolisation ;
- Angioplastie ;
- Pose de stent ;
- Traitement d'une obstruction ;
- Destruction ciblée d'une lésion ;
- Traitement de la douleur ;
- Intervention sur un accès vasculaire.

Le même appareil peut servir à voir, confirmer et traiter au cours d'une seule séance.



III. Deuxième porte — La voie percutanée

De nombreux gestes sont réalisés **à travers la peau**.

Le professionnel introduit notamment :

- Une aiguille ;
- Un guide ;
- Un drain ;
- Une sonde ;
- Un cathéter.

Le trajet est planifié pour atteindre la cible en limitant les lésions des structures voisines.

Exemples de gestes percutanés

- Biopsie hépatique ;
- Biopsie pulmonaire ;
- Drainage d'un abcès ;
- Drainage biliaire ;
- Néphrostomie ;
- Ponction d'une collection ;
- Infiltration ;
- Ablation tumorale ;
- Vertébroplastie dans certaines indications.

Le drainage biliaire percutané décrit par le CHUV utilise par exemple l'échographie, le scanner ou la radiographie afin de repérer les voies biliaires, introduire un cathéter, opacifier le système puis positionner un drain ou une prothèse.

IV. Troisième porte — La voie endovasculaire

La radiologie interventionnelle peut aussi utiliser les vaisseaux comme voie d'accès.

Un cathéter est introduit dans une artère ou une veine, puis avancé sous contrôle d'imagerie jusqu'à la zone à traiter.

Points d'entrée fréquents

- Artère radiale au poignet ;
- Artère fémorale à l'aîne ;
- Veine jugulaire ;
- Veine fémorale ;
- Autre accès adapté à l'intervention.

L'entrée peut être éloignée de la cible : le cathéter voyage dans le réseau vasculaire jusqu'à la zone à traiter.



v. Quatrième porte — L'angioplastie

L'angioplastie vise à rétablir ou améliorer le passage du sang dans un vaisseau rétréci ou obstrué.

Principe

- 1) Franchir la zone avec un guide ;
- 2) Positionner un ballon ;
- 3) Gonfler le ballon ;
- 4) Dilater le rétrécissement ;
- 5) Vérifier le flux ;
- 6) Poser éventuellement un stent.

Le CHUV décrit l'angioplastie comme une dilatation artérielle sous contrôle radiologique au moyen d'un ballon afin de rétablir la circulation sans chirurgie ouverte.

Le stent

Un stent est un dispositif destiné à maintenir un conduit ouvert.

Il peut être utilisé notamment dans :

- Une artère ;
- Une veine ;
- Une voie biliaire ;
- Certains autres conduits anatomiques.

Il peut être :

- Auto-expansible ;
- Déployé par ballon ;
- Temporaire ou permanent selon le dispositif.

Le ballon ouvre. Le stent aide à maintenir ouvert.



VI. Cinquième porte — L'embolisation

L'embolisation consiste à fermer volontairement un vaisseau ou une partie de la circulation.

Elle peut servir à :

- Arrêter une hémorragie ;
- Traiter un anévrisme ;
- Fermer une malformation vasculaire ;
- Réduire l'apport sanguin d'une tumeur ;
- Traiter certaines hémorragies gynécologiques ;
- Diminuer un saignement avant une opération ;
- Traiter certaines douleurs ou pathologies ciblées.

Les agents d'embolisation

Selon la situation, le radiologue peut utiliser :

- Coils ou spirales ;
- Particules ;
- Colle ;
- Liquide embolisant ;
- Bouchon vasculaire ;
- Ballon ;
- Autre matériel spécialisé.

Pour certains anévrismes cérébraux, un microcathéter est avancé dans l'artère jusqu'à l'anévrisme, puis différents dispositifs peuvent être déployés afin de l'occlure ou de reconstruire l'artère.

Emboliser ne signifie pas « boucher au hasard »

La fermeture doit être :

- Ciblée ;
- Planifiée ;
- Contrôlée ;
- Adaptée à l'anatomie ;
- Compatible avec la vascularisation des tissus voisins.

Le but n'est pas seulement de fermer un vaisseau.

Le but est de fermer le bon vaisseau tout en préservant ce qui doit continuer à être perfusé.



VII. Sixième porte — Les drainages

Un drainage permet d'évacuer un liquide ou de rétablir un écoulement.

Exemples

- Abscess ;
- Collection postopératoire ;
- Liquide pleural ;
- Liquide abdominal ;
- Urine en amont d'un obstacle ;
- Bile en amont d'une obstruction.

Déroulement général

- 1) Repérage de la collection ou de l'obstacle ;
- 2) Anesthésie locale ou autre anesthésie ;
- 3) Ponction ;
- 4) Introduction d'un guide ;
- 5) Mise en place du drain ;
- 6) Fixation ;
- 7) Contrôle ;
- 8) Surveillance du débit et du point d'entrée.

Un drain n'est pas un simple tuyau

Il faut surveiller notamment :

- Perméabilité ;
- Fixation ;
- Quantité drainée ;
- Aspect du liquide ;
- Douleur ;
- Fuite ;
- Rougeur ;
- Fièvre ;
- Arrêt brutal du drainage ;
- Déplacement ;
- Consignes de rinçage.



VIII. Septième porte — Les biopsies

Une biopsie consiste à prélever un fragment de tissu pour analyse.

Elle peut être guidée par :

- Échographie ;
- Scanner ;
- Mammographie ;
- Autre technique adaptée.

Pourquoi guider une biopsie ?

Pour :

- Cibler précisément la lésion ;
- Éviter les structures voisines ;
- Réduire le nombre de passages ;
- Prélever dans une zone représentative ;
- Contrôler les complications immédiates.

Ce que la biopsie peut permettre

- Confirmer une tumeur ;
- Préciser sa nature ;
- Rechercher une inflammation ;
- Identifier une infection ;
- Analyser une lésion ;
- Orienter le traitement.

L'imagerie choisit la cible.

L'anatomopathologie dit ce que contient le prélèvement.

IX. Huitième porte — Les ablations tumorales

Certaines tumeurs peuvent être détruites localement par une sonde introduite sous contrôle d'imagerie.

Techniques possibles

- Radiofréquence ;
- Micro-ondes ;
- Cryothérapie ;
- Autre énergie ciblée.

Le traitement peut provoquer :

- Chaleur ;
- Froid ;
- Destruction cellulaire ;
- Nécrose contrôlée.



Avantages possibles

- Incision limitée ;
- Traitement local ;
- Récupération parfois plus rapide ;
- Possibilité de répéter certains gestes ;
- Option chez des personnes difficilement opérables.

Limites possibles

- Taille de la lésion ;
- Localisation ;
- Proximité d'un organe sensible ;
- Nombre de lésions ;
- Visibilité ;
- Risque de saignement ;
- Accès difficile.

Mini-invasif ne signifie pas adapté à toutes les lésions.

x. Neuvième porte — Le produit de contraste

De nombreuses interventions utilisent un produit de contraste pour visualiser :

- Les vaisseaux ;
- Une cavité ;
- Un conduit ;
- Une fuite ;
- La position du matériel.

Il faut notamment vérifier :

- Antécédent de réaction ;
- Fonction rénale ;
- Grossesse ;
- Médicaments ;
- Hydratation ;
- Indication.



Réaction au produit de contraste

Une réaction peut être :

- Légère ;
- Modérée ;
- Sévère.

Les symptômes peuvent notamment comprendre :

- Démangeaisons ;
- Urticaire ;
- Nausées ;
- Gêne respiratoire ;
- Baisse de tension ;
- Réaction plus grave.

Une ancienne sensation de chaleur n'est pas forcément une allergie.

Mais tout antécédent doit être signalé et clarifié.

xI. Dixième porte — La coagulation

Comme la procédure implique souvent une ponction ou un accès vasculaire, il faut évaluer le risque hémorragique.

À vérifier selon le geste

- Plaquettes ;
- INR ;
- aPTT ou TCA ;
- Anticoagulants ;
- Antiagrégants ;
- Fonction rénale ;
- Fonction hépatique ;
- Antécédents de saignement.

Les médicaments

Certains traitements peuvent devoir être :

- Poursuivis ;
- Interrompus ;
- Décalés ;
- Remplacés ;
- Repris selon un calendrier précis.

La décision dépend :

- Du geste ;
- Du risque de saignement ;
- Du risque thrombotique ;
- Du traitement ;
- De l'indication ;
- De la fonction rénale.

On ne suspend jamais seul un anticoagulant “par précaution”.



XII. Onzième porte — La préparation

Elle varie selon l'intervention.

Il peut être demandé :

- D'être à jeun ;
- De réaliser des analyses récentes ;
- D'adapter des médicaments ;
- D'apporter la liste complète des traitements ;
- De signaler les allergies ;
- De signaler une grossesse ;
- De prévoir une hospitalisation ;
- D'organiser le retour ;
- De retirer certains objets ;
- De signer un consentement.

Le CHUV demande notamment de signaler les médicaments, une grossesse possible et les allergies avant certaines interventions guidées.

Le consentement

La personne doit comprendre autant que possible :

- L'objectif ;
- La technique ;
- Les alternatives ;
- Les bénéfices attendus ;
- Les risques ;
- L'anesthésie ;
- Les suites ;
- Les signes d'alerte.

Le consentement ne consiste pas à faire signer une feuille cinq minutes avant l'entrée en salle.



xiii. Douzième porte — L'anesthésie

Selon le geste, il peut être réalisé sous :

- Anesthésie locale ;
- Sédation ;
- Analgésie ;
- Anesthésie générale ;
- Combinaison de plusieurs méthodes.

Le choix dépend notamment :

- De la durée ;
- De la douleur attendue ;
- De la nécessité d'immobilité ;
- De la région ;
- De l'état clinique ;
- De l'âge ;
- De l'anxiété.

xiv. Treizième porte — Le déroulement en salle

La salle peut ressembler à un bloc opératoire équipé d'imagerie.

L'équipe peut comprendre :

- Radiologue interventionnel ;
- Technicien ou technicienne en radiologie médicale ;
- Infirmier ou infirmière ;
- Anesthésiste ;
- Personnel spécialisé ;
- Autres intervenants selon le geste.

Les étapes générales

- 1) Vérification de l'identité ;
- 2) Contrôle du dossier ;
- 3) Installation ;
- 4) Monitoring ;
- 5) Asepsie ;
- 6) Anesthésie ;
- 7) Ponction ou accès ;
- 8) Guidage ;
- 9) Réalisation du traitement ;
- 10) Contrôle final ;
- 11) Fermeture ou compression du point d'entrée ;
- 12) Transfert en surveillance.



xv. Quatorzième porte — La radioprotection

La radiologie interventionnelle utilise souvent la radioscopie et peut exposer la personne aux rayons X pendant une durée supérieure à celle d'une radiographie simple.

La dose dépend notamment :

- De la durée ;
- De la région ;
- De la complexité ;
- Du nombre d'acquisitions ;
- De la taille de la personne ;
- Des incidences ;
- Du matériel ;
- Du protocole.

L'OFSP rappelle que l'exposition augmente notamment avec la durée de l'examen et le volume irradié, et que les principes de justification et d'optimisation demeurent essentiels.

Optimiser ne signifie pas faire vite à tout prix

Il faut :

- Limiter l'exposition inutile ;
- Utiliser le champ adapté ;
- Réduire les acquisitions non nécessaires ;
- Choisir les bons réglages ;
- Protéger le personnel ;
- Conserver une qualité suffisante pour la sécurité du geste.

L'OFSP précise également que la sécurité repose sur l'assurance qualité, la formation et le contrôle des installations.

xvi. Quinzième porte — Les complications possibles

Elles dépendent fortement du geste.

Risques généraux possibles

- Douleur ;
- Saignement ;
- Hématome ;
- Infection ;
- Réaction au contraste ;
- Atteinte vasculaire ;
- Thrombose ;
- Lésion d'un organe voisin ;
- Déplacement de matériel ;
- Complication anesthésique ;
- Échec technique ;
- Nécessité d'une nouvelle intervention.



Risques liés à l'accès vasculaire

- Saignement ;
- Hématome ;
- Faux anévrisme ;
- Thrombose ;
- Occlusion ;
- Infection ;
- Douleur ;
- Atteinte nerveuse rare.

Risques liés à l'embolisation

- Embolisation non ciblée ;
- Ischémie ;
- Douleur ;
- Inflammation ;
- Fièvre ;
- Atteinte d'un tissu voisin ;
- Syndrome post-embolisation.

Risques liés au drainage

- Fuite ;
- Obstruction ;
- Déplacement ;
- Saignement ;
- Infection ;
- Lésion d'une structure voisine ;
- Récidive de la collection.

Mini-invasif signifie généralement moins invasif qu'une chirurgie ouverte.

Cela ne signifie pas sans risque.



xvii. Seizième porte — La surveillance après le geste

La personne peut devoir rester :

- Quelques heures ;
- Une nuit ;
- Plusieurs jours selon l'intervention.

La surveillance peut porter sur

- Douleur ;
- Tension ;
- Fréquence cardiaque ;
- Respiration ;
- Saturation ;
- Température ;
- État neurologique ;
- Point de ponction ;
- Saignement ;
- Couleur et chaleur du membre ;
- Diurèse ;
- Débit d'un drain ;
- Signes allergiques ;
- Complications spécifiques.

Après un accès artériel

Il peut être demandé :

- De rester couché ;
- De maintenir le membre immobile ;
- De surveiller le point d'entrée ;
- De ne pas porter de charge ;
- D'éviter certains efforts ;
- De respecter les consignes de reprise des médicaments.



xviii. Dix-septième porte — Le point de ponction

À surveiller

- Saignement ;
- Gonflement ;
- Douleur croissante ;
- Hématome ;
- Rougeur ;
- Chaleur ;
- Diminution des pouls ;
- Pâleur ;
- Refroidissement ;
- Troubles sensitifs ;
- Faiblesse du membre.

Un petit point d'entrée peut cacher une complication vasculaire importante.

xix. Dix-huitième porte — Les signes d'alerte après le retour

Selon l'intervention, il faut consulter rapidement en présence de :

- Saignement persistant ;
- Hématome qui augmente ;
- Douleur inhabituelle ;
- Fièvre ;
- Frissons ;
- Difficulté respiratoire ;
- Douleur thoracique ;
- Faiblesse brutale ;
- Trouble neurologique ;
- Membre froid ou pâle ;
- Absence de débit d'un drain ;
- Fuite importante ;
- Rougeur ou écoulement ;
- Malaise.



xx. Dix-neuvième porte — Radiologie interventionnelle ou chirurgie ?

Les deux approches peuvent être :

- Alternatives ;
- Complémentaires ;
- Successives ;
- Combinées.

Radiologie interventionnelle	Chirurgie
Accès percutané ou vasculaire	Incision et accès direct
Guidage par l'image	Vision opératoire directe
Geste souvent ciblé	Accès parfois plus large
Récupération parfois plus rapide	Nécessaire dans de nombreuses situations
Peut éviter une chirurgie ouverte	Peut être plus adaptée à certaines lésions
Limites anatomiques ou techniques	Autres risques et possibilités

Le meilleur traitement n'est pas toujours le moins invasif.

C'est celui qui offre le meilleur rapport entre efficacité, sécurité et situation clinique.

xxi. Vingtième porte — Les limites

Une intervention peut être impossible ou incomplète en raison :

- De l'anatomie ;
- De l'absence de voie d'accès sûre ;
- D'une coagulation non corrigée ;
- D'une cible trop petite ;
- D'un risque excessif ;
- D'un matériel inadapté ;
- D'une obstruction infranchissable ;
- D'une instabilité clinique ;
- D'une complication ;
- D'un résultat insuffisant.

Elle peut alors nécessiter :

- Un autre geste ;
- Une nouvelle séance ;
- Une chirurgie ;
- Un traitement médicamenteux ;
- Une surveillance.



XXII. Focus terrain — Ce que l'ASSC doit savoir

L'ASSC doit notamment pouvoir :

- Vérifier l'identité ;
- Connaître le geste prévu ;
- Contrôler le jeûne selon prescription ;
- Relever les traitements ;
- Signaler anticoagulants et antiagrégants ;
- Vérifier les résultats prescrits ;
- Signaler allergies et grossesse possible ;
- Préparer la personne ;
- Expliquer les étapes relevant de son rôle ;
- Repérer l'anxiété ;
- Respecter les consignes d'asepsie ;
- Surveiller les paramètres ;
- Contrôler le point de ponction ;
- Surveiller un drain ;
- Transmettre immédiatement toute anomalie ;
- Documenter les observations.

Ce qu'elle ne doit pas faire seule

- Interrompre un anticoagulant ;
- Autoriser la reprise d'un médicament ;
- Mobiliser une personne avant l'heure prescrite ;
- Rincer un drain sans protocole ;
- Retirer un dispositif ;
- Banaliser un hématome qui augmente ;
- Utiliser un accès ou un drain sans validation ;
- Interpréter seule une image de contrôle.



XXIII. Transmission structurée après intervention

Situation

Mme X revient de radiologie interventionnelle après une angioplastie fémorale.

Contexte

Accès radial droit, compression en place, anticoagulation selon protocole.

État

Douleur 3/10, pansement sec, main chaude, coloration normale, sensibilité conservée.

Action

Surveillance du point d'entrée et du membre selon prescription. Aucune anomalie actuelle.

Mini-cas — L'hématome qui progresse

Après une procédure artérielle, le point de ponction devient :

- Douloureux ;
- Tendus ;
- De plus en plus volumineux.

Réflexe

- Comprimer selon la procédure ;
- Appeler immédiatement ;
- Surveiller les paramètres ;
- Évaluer le membre ;
- Ne pas laisser la personne se lever ;
- Documenter l'évolution.

Mini-cas — Le drain silencieux

Un drain abdominal ne produit plus rien depuis plusieurs heures.

La personne présente :

- Douleur croissante ;
- Température ;
- Fuite autour du drain.

Hypothèses possibles

- Obstruction ;
- Déplacement ;
- Collection persistante ;
- Complication infectieuse.

Réflexe

- Ne pas manipuler au hasard ;
- Vérifier les consignes ;
- Observer le montage ;
- Transmettre immédiatement ;
- Documenter.



Mini-cas — L'anticoagulant oublié

Une personne arrive pour une biopsie profonde.

Elle a pris son anticoagulant le matin.

Mauvais réflexe

Ce n'est probablement pas grave, l'incision est minuscule.

Bon réflexe

- Transmettre avant le geste ;
- Vérifier le traitement exact ;
- Dose et heure ;
- Fonction rénale ;
- Résultats biologiques ;
- Décision du médecin.

La taille du trou ne détermine pas seule le risque de saignement.

Mini-cas — La jambe froide

Après une intervention vasculaire, la personne présente :

- Douleur ;
- Pâleur ;
- Refroidissement ;
- Diminution de la sensibilité.

Priorité

Il peut s'agir d'une complication vasculaire aiguë.

Action

Transmission immédiate et application de la procédure urgente.

xxiv. La méthode JurisMedX en dix questions

1. Quel est l'objectif du geste ?

- ☐ Diagnostiquer
- ☐ Drainer
- ☐ Dilater
- ☐ Fermer
- ☐ Détruire
- ☐ Prélever
- ☐ Autre

2. Quelle imagerie guide l'intervention ?

.....

3. Quelle voie d'accès est prévue ?

.....

4. Quels traitements modifient le risque ?

.....

5. Quels résultats doivent être vérifiés ?

.....



6. Quel type d'anesthésie est prévu ?

.....

7. Quelles complications sont spécifiques ?

.....

8. Quelle surveillance est prescrite ?

.....

9. Quelles restrictions doivent être respectées ?

.....

10. Quels signes imposent une alerte immédiate ?

.....

xxv. Tableau de lecture rapide

Intervention	Objectif	Surveillance essentielle
Biopsie	Prélever un tissu	Saignement, douleur, état général
Drainage	Évacuer un liquide	Débit, aspect, fixation, infection
Angioplastie	Dilater un vaisseau	Point d'accès, perfusion du membre
Stent	Maintenir un conduit ouvert	Flux, douleur, traitement antithrombotique
Embolisation	Fermer un vaisseau ciblé	Douleur, ischémie, saignement
Ablation	Détruire une lésion	Douleur, fièvre, atteinte voisine
Néphrostomie	Drainer l'urine	Diurèse, perméabilité, saignement
Drainage biliaire	Rétablir l'écoulement de la bile	Débit, fuite, douleur, fièvre

Contrôle avant l'intervention

- ☐ Identité vérifiée
- ☐ Geste et côté vérifiés
- ☐ Consentement présent
- ☐ Jeûne contrôlé
- ☐ Médicaments vérifiés
- ☐ Anticoagulants signalés
- ☐ Allergies signalées
- ☐ Grossesse possible signalée
- ☐ Fonction rénale vérifiée si nécessaire
- ☐ Hémostase disponible
- ☐ Voie veineuse préparée selon prescription
- ☐ Imagerie antérieure disponible
- ☐ Retour et accompagnement organisés
- ☐ Consignes expliquées



Contrôle après l'intervention

- ☐ Paramètres stables
- ☐ Douleur évaluée
- ☐ Point de ponction contrôlé
- ☐ Membre surveillé
- ☐ Pansement sec
- ☐ Drain perméable et fixé
- ☐ Débit documenté
- ☐ Consignes de mobilisation respectées
- ☐ Reprise des médicaments clarifiée
- ☐ Hydratation prescrite appliquée
- ☐ Signes d'alerte expliqués
- ☐ Retour sécurisé

xxvi. Les vingt pièges JurisMedX

Piège n° 1 — Confondre radiologie interventionnelle et simple imagerie

Le but peut être directement thérapeutique.

Piège n° 2 — Mini-invasif égale sans risque

Les complications peuvent être sérieuses.

Piège n° 3 — Petit point d'entrée égale petit saignement

Le vaisseau concerné peut être important.

Piège n° 4 — Suspendre seul un anticoagulant

La décision doit être médicale et individualisée.

Piège n° 5 — Oublier l'heure de la dernière dose

Elle peut modifier la conduite.

Piège n° 6 — Visible à l'image égale accessible sans danger

Le trajet doit éviter les structures voisines.

Piège n° 7 — Drain présent égale drainage efficace

Il peut être bouché, déplacé ou mal positionné.

Piège n° 8 — Absence de débit égale collection vide

Le drain peut être obstrué.

Piège n° 9 — Hématome stable sans surveillance

Il peut augmenter secondairement.



Piège n° 10 — Le membre paraît normal donc aucune surveillance

Une complication vasculaire peut apparaître plus tard.

Piège n° 11 — Embolisation égale suppression complète du risque

Une récurrence ou une reperfusion peut survenir.

Piège n° 12 — Produit de contraste égale simple formalité

Allergies, fonction rénale et indication comptent.

Piège n° 13 — Radioprotection limitée au tablier

Elle repose surtout sur justification et optimisation.

Piège n° 14 — Consentement réduit à une signature

L'information doit être comprise.

Piège n° 15 — Douleur après geste toujours normale

Son intensité et son évolution doivent être évaluées.

Piège n° 16 — Fièvre après embolisation toujours infectieuse

Un syndrome inflammatoire peut exister, mais l'infection doit rester envisagée.

Piège n° 17 — Tout geste ambulatoire autorise un retour seul

Le protocole peut exiger accompagnement et surveillance.

Piège n° 18 — Mobiliser dès que la personne se sent bien

Les restrictions liées au point d'accès doivent être respectées.

Piège n° 19 — L'intervention réussie ferme automatiquement le dossier

Le suivi clinique et radiologique peut être indispensable.

Piège n° 20 — Le résultat technique remplace le résultat clinique

Un vaisseau peut être ouvert sans que tous les symptômes disparaissent.



xxvii. À retenir

Radiologie interventionnelle

Utilisation de l'imagerie pour guider un geste diagnostique ou thérapeutique mini-invasif.

Percutané

Réalisé à travers la peau.

Endovasculaire

Réalisé en progressant à l'intérieur des vaisseaux.

Angioplastie

Dilatation d'un vaisseau rétréci ou obstrué.

Stent

Dispositif maintenant un conduit ouvert.

Embolisation

Fermeture ciblée d'un vaisseau.

Drainage

Évacuation d'un liquide ou rétablissement d'un écoulement.

Biopsie guidée

Prélèvement ciblé sous contrôle d'imagerie.

Ablation

Destruction locale d'un tissu à l'aide d'une énergie ciblée.

xxviii. Formule JurisMedX

- **Repérer la cible · Choisir l'accès · Guider le geste · Contrôler le résultat · Surveiller les complications**

Et surtout :

- **La radiologie interventionnelle transforme l'image en voie d'accès.**
- **Elle permet de traiter précisément — à condition que chaque millimètre du trajet et chaque minute de surveillance soient maîtrisés.**