

Recommandations en médecine de ville concernant l'imagerie thoracique Pour les patient(e)s suspect(e)s dans le cadre de la pandémie Covid-19

Ces recommandations sont à destination des médecins de ville demandeurs d'imagerie thoracique dans le cadre de la pandémie Covid-19, notamment aux médecins généralistes face à un(e) patient(e) susceptible d'en être atteint(e) **sur la base d'arguments cliniques**.

Elles sont issues d'une synthèse des recommandations d'une part de **la Société d'Imagerie Thoracique (SIT)**, la composante d'organe de la **Société Française de Radiologie (SFR)**, qui ont déjà été diffusées par l'URPS des Hauts-de-France et plus récemment de celles **du Collège des Enseignants de Radiologie Française (CERF)**.

Nous répondons ainsi à une nouvelle demande de clarification concernant les indications respectives de la **radiographie standard et du scanner thoracique**.

1) **RADIOGRAPHIE** de thorax pour suspicion d'infection Covid-19 = **AUCUNE** indication en médecine de ville **chez les adultes (à discuter pour les enfants au cas par cas)** en raison du risque de transmission au personnel soignant et autres patients même avec toutes les précautions actuelles mises en place par les structures d'imagerie.

Les radiographies de thorax nécessaires en ces temps de crise **pour une autre indication** restent à effectuer (suspicion de pneumothorax, d'œdème pulmonaire, contrôle sous Méthotrexate ou immunosuppresseurs etc.)

2) **SCANNER** thoracique :

Sa réalisation NE DOIT **PAS** être **SYSTÉMATIQUE** en cas de suspicion d'un(e) patient(e) cliniquement suspect(e) de Covid.

Vu l'augmentation en cours et prévisible de cas suspects, **afin de ne pas emboliser les scanners de demandes non pertinentes**, il ne doit être réalisé pour suspicion de Covid **qu'en cas** :

1/ de signes de gravité clinique (dyspnée, polypnée, et/ou désaturation avec application du score de gravité Covid), **initiaux ou secondaires, signes qui relèvent exclusivement d'une prise en charge en unité adaptée** de tri Covid-19.

et/ou

2/ chez des patients avec co-morbidités (diabète, insuffisance rénale, coronaropathies, insuffisance cardiaque ou respiratoire ou hépatique, HTA, obésité, etc.) et qui présentent des symptômes suspects.

Tout patient cliniquement suspect peut ainsi être orienté par son médecin traitant ou éventuellement des unités de ville dédiées Covid vers un établissement de soins qui a mis en place une cellule de tri Covid afin de juger de l'opportunité ou pas de réaliser un scanner thoracique.

Rappelons que le scanner, même s'il est plus beaucoup sensible que la radiographie standard comme dit plus haut, peut cependant être **pris en défaut dans les 3 premiers jours de l'infection (faux négatif)**.

La **valeur pronostique du scanner**, encore débattue à ce jour, pourrait participer à la **décision d'orientation des patients**, en plus des critères cliniques et gazométriques, en se basant sur l'extension de l'atteinte pulmonaire (**hospitalisation ou retour à domicile**).

Dans l'immense majorité des cas, il sera réalisé en première intention **sans injection**, sauf chez un patient qui s'aggrave en réanimation en cas de suspicion d'embolie pulmonaire et en accord avec l'équipe médicale en charge du patient dans l'établissement

C'est ainsi que les **établissements de soins** ont optimisé les circuits de prise en charge Covid (suspects ou positifs) en radiologie, en coordination avec les services d'accueil d'urgence et des cellules Covid créées dans l'établissement dans le cadre du « Plan Blanc », afin de minimiser les temps de déplacement (anticipation de l'arrivée du patient dans les services de radiologie disposant d'un scanner et retour sitôt l'examen réalisé), habillage/déshabillage du personnel d'accompagnement et des manipulateurs(trices), réorganisation des équipes radiologiques et de leurs collaborateurs bio-nettoyage.

Les **établissements** qui disposent de plus d'un scanner ont très majoritairement dédié un scanner à l'activité Covid. Ceux par contre qui ne disposent que d'un seul scanner ont été invités à dédier des plages horaires au Covid, d'autant que le bio-nettoyage entre chaque patient ralenti grandement les procédures de prise en charge des patients Covid.

En espérant avoir répondu à vos interrogations, sachez que les radiologues sont particulièrement mobilisés pour la prise en charge de cette épidémie, en étroite collaboration avec tous les acteurs du soin. Ils sont constamment joignables par téléphone lors de leurs permanences scannographiques en établissement si vous vous interrogez sur la prise en charge d'un(e) patient(e) susceptible d'être concerné(e) par le Covid-19. Leurs représentants régionaux dans les Hauts-de-France sont régulièrement en contact avec leurs sociétés savantes, l'Ordre des médecins, l'URPS, l'ARS et leurs confrères (consoeurs) hospitaliers(ères) par l'intermédiaire de leur Conseil National Professionnel (G4R).

Dr Jean-Christophe DELESALLE

Membre de l'URPS et Président de l'Union des Radiologues libéraux des Hauts-de-France

Dr Isabelle LAMBERT

Membre de l'URPS et de l'Union des Radiologues libéraux des Hauts-de-France

Dr Laurent PETYT

Membre de l'URPS et de l'Union des Radiologues libéraux des Hauts-de-France

Dr Jean-Charles GUILBEAU

Membre de l'URPS et de l'Union des Radiologues libéraux des Hauts-de-France

Dr Philippe CHAZELLE

Président de l'URPS des Médecins libéraux des Hauts-de-France



Vous informer, vous former, vous accompagner...

LA SFR AU SERVICE DE LA RADIOLOGIE ET DE SES MEMBRES

sfr.radiologie.fr

Epidémie de Covid-19 : POINT SUR L'IMAGERIE

La France est actuellement en situation épidémique de stade 2 vis-à-vis du SARS-Cov-2, et la sollicitation des structures radiologiques, qu'elles soient hospitalières ou non, devient plus importante.

Cette montée en charge nécessite de clarifier le rôle de l'imagerie dans ce contexte épidémique

Quelles sont les indications d'imagerie et quel type d'examen réaliser ?

1. Il n'y a pas de place pour la radiographie thoracique, si une imagerie est indiquée, il faut réaliser un scanner.
2. Chez des patients sans gravité clinique ni co-morbidités, pour lesquels il existe une hésitation diagnostique entre pneumopathie bactérienne ou bien atteinte Covid-19, les arguments cliniques (foyer auscultatoire, douleur thoracique) et biologiques (hyperleucocytose) doivent prévaloir, et une PCR peut être indiquée en cas de fièvre résistant à l'antibiothérapie, plutôt que la prescription d'une imagerie.
3. Il n'y a actuellement pas d'indication à réaliser un scanner thoracique à des fins de dépistage chez des patients sans signes de gravité et sans comorbidités.
4. **La réalisation d'un scanner thoracique sans injection en coupes fines est actuellement indiquée chez les patients ayant un diagnostic suspecté ou confirmé et des signes de gravité clinique (dyspnée, désaturation...) initiaux ou secondaires relevant d'une prise en charge hospitalière.** Elle peut également se concevoir chez **des patients suspects avec co morbidités**, en attente des résultats de PCR, ou bien en première ligne si les délais et disponibilité de PCR deviennent limitants, ce qui semble se profiler.
5. Chez les patients Covid-19 positifs en soins intensifs et réanimation, présentant une aggravation, l'examen tomodensitométrique doit rechercher une aggravation des lésions avec évolution vers un tableau de SDRA, mais également un pneumothorax sous ventilation ou bien une complication thrombo-embolique et doit donc être réalisé avec injection.

**Pr REVEL, Pr LEDERLIN, Pr BRILLET, Pr KHALIL
pour la Société d'Imagerie Thoracique – SIT**

Le 12/03/2020



Retours d'expérience sur les organisations et prises en charge des patients suspects d'atteinte pulmonaire du Coronavirus COVID-19 au 22 mars 2020

P.Y. Brillet, M.P. Revel, G. Ferretti, A. Khalil, M. Ohana pour la SIT ; O. Lucidarme pour la SIAD ; J.P. Beregi pour le CERF

Nos tutelles et notamment nos directions hospitalières, nous demandent la déprogrammation des soins médico-chirurgicaux non urgents afin d'augmenter très significativement la capacité d'accueil des patients infectés. Il s'agit d'être vigilant quant à la déprogrammation des actes non urgents, en particulier concernant les activités oncologiques, et de maintenir les actes urgents.

Cette augmentation exponentielle de cas en radiologie, qui selon les modèles épidémiologiques récents ne semble pas en voie de ralentissement, est le reflet de l'accroissement rapide de l'activité des services d'urgence, dont l'organisation peut rapidement être mise à mal. Dans cette situation, les services de radiologie peuvent avoir un rôle pivot à jouer :

1/ en accordant, lorsque cela est possible, une place centrale au scanner dans la prise en charge des patients présentant une symptomatologie respiratoire préoccupante (dyspnée, polypnée et/ou désaturation) et susceptibles d'être hospitalisés suite à leur passage aux urgences. Nous rappelons ici que le scanner ne doit pas être utilisé comme outil de dépistage d'une infection à Coronavirus COVID-19 chez des patients sans signes respiratoires.

2/ en réduisant les temps d'attente et de prise en charge entre deux patients aux urgences, limitant ainsi la congestion des services et l'épuisement des équipes soignantes.

Le scanner semble avoir sa place dans la prise en charge hospitalière après un premier tri clinique réalisé aux urgences des patients suspects d'une infection à Coronavirus COVID-19.

Les patients présentant des symptômes respiratoires préoccupants (dyspnée, polypnée, désaturation) sont éligibles à la réalisation d'un scanner thoracique sans injection. Cet examen est très performant pour le diagnostic de l'atteinte pulmonaire de la maladie et se positive de façon plus précoce que la RT-PCR¹ (il peut cependant être pris en défaut dans les trois premiers jours de l'infection). Par ailleurs, le délai d'obtention d'un résultat de scanner est de quelques minutes, contre plusieurs heures pour la RT-PCR. Le scanner permettrait donc de fluidifier la prise en charge des patients en confirmant rapidement la suspicion d'infection à Coronavirus COVID-19, ou au contraire en orientant vers un diagnostic différentiel. Si le patient relève d'un transfert dans une autre structure hospitalière, notamment en raison d'une pénurie de lits dans la structure initiale, ce transfert pourra s'effectuer rapidement, sans attendre les résultats microbiologiques.

Au-delà du diagnostic positif, le scanner pourrait également participer à la décision d'orientation des patients, en plus des critères cliniques, en donnant un degré de sévérité basé sur l'extension des atteintes. Un score pronostique radiologique n'est pas encore disponible, mais une extension initiale importante des lésions est un facteur péjoratif. A l'inverse, des résultats radiologiques montrant une extension minimale des anomalies pourraient inciter au retour à domicile des patients, avec protocole de suivi médical téléphonique (protocole Covidom).

Le scanner semble avoir sa place dans la prise en charge hospitalière après un premier tri clinique réalisé aux urgences des patients suspects d'une infection à Coronavirus COVID-19.

Les patients présentant des symptômes respiratoires préoccupants (dyspnée, polypnée, désaturation) sont éligibles à la réalisation d'un scanner thoracique sans injection. Cet examen est très performant pour le diagnostic de l'atteinte pulmonaire de la maladie et se positive de façon plus précoce que la RT-PCR¹ (il peut cependant être pris en défaut dans les trois premiers jours de l'infection). Par ailleurs, le délai d'obtention d'un résultat de scanner est de quelques minutes, contre plusieurs heures pour la RT-PCR. Le scanner permettrait donc de fluidifier la prise en charge des patients en confirmant rapidement la suspicion d'infection à Coronavirus COVID-19, ou au contraire en orientant vers un diagnostic différentiel. Si le patient relève d'un transfert dans une autre structure hospitalière, notamment en raison d'une pénurie de lits dans la structure initiale, ce transfert pourra s'effectuer rapidement, sans attendre les résultats microbiologiques.

Au-delà du diagnostic positif, le scanner pourrait également participer à la décision d'orientation des patients, en plus des critères cliniques, en donnant un degré de sévérité basé sur l'extension des atteintes. Un score pronostique radiologique n'est pas encore disponible, mais une extension initiale importante des lésions est un facteur péjoratif. A l'inverse, des résultats radiologiques montrant une extension minimale des anomalies pourraient inciter au retour à domicile des patients, avec protocole de suivi médical téléphonique (protocole Covidom).

Notons que le scanner peut montrer des lésions typiques même chez des patients asymptomatiques². Ainsi, nombreux collègues nous rapportent avoir observé des images pulmonaires évocatrices sur des scanners réalisés pour d'autres indications. Dès lors, la réalisation d'un scanner thoracique pourrait se discuter pour l'évaluation de patients a priori non infectés, mais devant recevoir des soins exposant fortement le personnel (intubation-extubation, radiologie interventionnelle etc.). Il s'agit alors de repérer les patients asymptomatiques présentant des anomalies scannographiques fortement évocatrices d'infection à Coronavirus COVID-19 et devant faire l'objet de précautions supplémentaires.

Ces suggestions sont à adapter en fonction des différentes situations locales.

- Si deux scanners sont disponibles au sein d'un service, sanctuariser l'un des scanners pour l'accueil des patients Coronavirus COVID-19. Dans le cas contraire, prévoir des plages Coronavirus COVID-19 en alternance avec des plages non-COVID-19 afin d'éviter les croisements entre patients contaminés et patients sains.

- coordination avec les urgences pour le circuit de la demande : demande dématérialisée, ligne téléphonique dédiée. L'anticipation de l'arrivée du patient doit se faire de la façon la plus fluide possible de sorte que le patient n'attende pas dans la salle d'attente (procédure similaire à celle appliquée chez les patients polytraumatisés)