
Volume 5 - Numéro 1, 2012 - Dossier : La Gestion Des Risques

Questions à Notre Expert En Produits De Contraste: Le Professeur Olivier Clément

Auteurs

Prof. olivier clément

Hôpital Européen

Georges Pompidou, Paris, France

Prof. Elisabeth

Schouman-claeys

Chef du service de radiologie, Hôpital Bichat

Paris, France

olivier.clement@inserm.fr

Pourquoi ne plus se contenter d'une créatininémie, abandonner la formule de Cockcroft et exprimer la fonction rénale en débit de filtration glomérulaire estimé par la formule MDRD ?

La créatininémie estime mal la fonction rénale car elle dépend de l'âge et de la masse musculaire. Depuis longtemps, les néphrologues nous ont incité à employer la formule de Cockcroft qui estime la clearance de la créatinine. Cette formule ne doit plus être employée car elle n'est pas très exacte et les critères de validité ne sont plus respectés (méthode de dosage par Jaffé remplacée par les méthodes enzymatiques). Le MRDR 4 paramètres (en fait 3 si on met la couleur de peau à « blanc » pour tout le monde) estime le débit de filtration glomérulaire ; il est plus simple et probablement un peu plus juste. Le CKI-EPI est également utilisable. Il est préférable pour les estimations des fonctions rénales autour de 90 ml/min, mais identique au MDRD pour la zone à risque (30-45 ml/mn/1.73m²) que nous recherchons.

Quelles recommandations de délai entre un examen IRM injecté et un scanner injecté, dans quel ordre, et pourquoi ?

Il n'y a pas de recommandation des Agences concernant l'injection le même jour de deux produits de contraste. Le risque potentiel concerne le surcroît de risque rénal, mais la quantité d'osmoles injectées en IRM est beaucoup plus faible qu'en scanner. Bien qu'il n'y ait pas de bibliographie disponible, l'injection des deux est possible dans la même journée, et il n'y a à mon sens ni délai à respecter ni ordre.

Prévention de la fibrose néphrogénique systémique : n'est-ce pas excessif, lorsque l'on se cantonne en IRM à l'utilisation des produits les plus stables, à de simples doses, de néanmoins doser la créatininémie, sachant que si l'indication est pertinente, l'examen ne sera pas récusé ?

Pour les produits à « moindre risque », les recommandations de l'EMA (European Medicines Agency) indiquent que l'estimation de la fonction rénale par un test biologique est généralement recommandée. Le dosage de la créatininémie n'est donc, à la différence des produits à « haut risque », pas obligatoire. En effet, si le DFG (débit de filtration glomérulaire) est inférieur à 30 ml/min, l'injection est possible, mais à simple dose. Cette interprétation du terme « généralement recommandé » peut varier selon les centres et les médecins. Mais effectivement, si l'indication est formelle et que la dose sera limitée à 1 mmol/kg, le dosage de la créatininémie ne changera rien à la procédure.

À partir de quel grade de réaction de type allergique se lancer dans un bilan plus poussé (dosage d'histamine et tryptase, tests cutanés) ?

Les résultats de l'étude Cirtaci 2 qui sont en cours de publication montrent que le pourcentage de réaction allergique vraie (IgE médiée) croît avec la sévérité de la réaction, mais est néanmoins élevé dans les grades 1 (urticaire étendue, angio-oedème). En dehors des deux petites papules d'urticaire spontanément résolutive, il faut explorer toutes les réactions allergiques par une prise de sang (surtout dosage de tryptase), car il s'agit d'un argument biologique majeur du diagnostic d'allergie.

Est-ce que la prémédication met à l'abri sur le plan médicolegal chez les patients ayant une histoire allergique peu claire ?

Toutes les notions « d'allergie à l'iode » sont peu claires puisque ce terme ne veut rien dire et que les patients n'ont jamais été correctement explorés. Quand un patient a une histoire de réaction d'hypersensibilité ancienne non explorée, le radiologue peut donc être tenté de « prémédiquer » avant d'injecter. Cette attitude est une fausse sécurité et ne peut certainement pas être un argument dans le cas d'une éventuelle

poursuite. Ce qui compte, c'est d'avoir un chariot d'urgence en état, des procédures affichées, un personnel formé, et d'avoir correctement géré le patient si une réaction devait survenir. La prémédication systématique par les secretaries des rendez-vous est à mon sens une mauvaise pratique. La prémédication médicalisée de patients ciblés, angoissés, ou après exploration par l'allergologue peut bien sûr être envisagée, mais en sachant qu'elle ne préviendra éventuellement que des symptômes de faible intensité (urticaire, etc.) et ne pourra jamais prévenir la survenue d'un choc anaphylactique sévère.

Published on : Sat, 30 Apr 2005