

Diagnostic radiologique des séquestrations pulmonaires

J. Remy

L'observation de séquestration publiée dans la rubrique « Image et Diagnostic » du numéro de novembre 2004 de la *Revue des Maladies Respiratoires* [1] appelle quelques remarques et questions nées de la lecture de ce fait clinique.

L'hypothèse évoquée devant une jeune fille non fumeuse, sans antécédent, examinée pour des hémoptysies récidivantes de faible abondance et présentant une infiltration postéro-basale droite, étant celle d'une séquestration, il aurait été logique de réaliser chez elle une seule acquisition angioscannographique incorporant l'aorte abdominale haute jusqu'au niveau des artères rénales pour inclure les artères diaphragmatiques inférieures dans le volume d'acquisition. Cette précaution aurait permis d'éviter deux acquisitions et leur conséquence sur l'irradiation mammaire chez cette jeune fille.

La description tomодensitométrique d'une séquestration doit comporter l'étude des bronches, des artères pulmonaires manquantes et remplacées par les divisions de la ou des artères systémiques anormales. Son retour veineux et ses relations pleurales et scissurales nécessitent également d'être décrites. Par ailleurs, la machine utilisée par les auteurs permet une approche morphologique des cavités cardiaques et, à en juger sur le degré de dilatation de la racine inférieure de la veine pulmonaire inférieure droite, il aurait été utile d'incorporer l'étude du retentissement cardiaque de ce shunt gauche-gauche. Cette remarque est inspirée par le fait que l'édition 2003 du Séminaire d'Approfondissement et de Perfectionnement en Pneumologie dédié aux « Inter-actions Cœur-Poumon » ne fait aucune allusion à l'imagerie cardiaque scannographique qui peut de plus en plus être intégrée au scanner thoracique prescrit par nos collègues.

On aurait souhaité des informations plus précises sur le substratum anatomo-pathologique de « l'hyperclarté, des lésions parenchymateuses et du foyer de dilatations bronchiques limité » cités dans la discussion. La description de ces lésions constitue en effet l'information primordiale classant la malformation et justifiant la lobectomie inférieure droite.

Des considérations techniques sont abordées dans la discussion. À présent que le décret n° 2003-270 du 24 mars

Service de Radiologie, Hôpital Calmette, CHRU de Lille, Lille, France.

Correspondance : J. Remy Service de Radiologie, Hôpital Calmette, CHRU de Lille, Boulevard du Pr. J. Leclercq, 59037 Lille Cédex.
j-remy@chru-lille.fr

Réception version princeps à la Revue : 24.01.2005.
Retour aux auteurs pour révision : 21.02.2005.
Réception 1^{ère} version révisée : 15.03.2005.
Acceptation définitive : 15.03.2005.

2003 relatif à la protection des personnes exposées à des rayonnements ionisants à des fins médicales et médico-légales et modifiant le code de la santé publique responsabilise le pneumologue dans la justification et l'optimisation de l'examen irradiant, il est impératif que le radiologue l'informe en retour sur la dose d'irradiation reçue par la personne. Le produit dose-longueur peut être facilement traduit en dose efficace approximative, ordre de grandeur compréhensible à la fois par les patients qui s'en préoccupent et les médecins prescripteurs de l'acte. Dans le même ordre d'idées, l'utilisation d'un langage technologique tel que la « résolution isotropique » ou la « projection conique » ne peut apporter

aucune information, utilisée à leur pratique, à des lecteurs non spécialistes en imagerie. Pourtant, il serait temps que la revue des maladies respiratoires se préoccupe de mettre les avancées technologiques d'une imagerie quotidienne, et en perpétuelle transformation, à la portée de ceux qui la prescrivent !

Référence

- 1 Oukel H, Beneteau S, Bizieux-Thaminy A, Valo I, Caron C, Urban T, Racineux JL : Diagnostic radiologique des séquestrations pulmonaires. *Rev Mal Respir* 2004 ; 21 : 1001-3.