

19^{ème} Réunion Annuelle du Club des Jeunes Néphrologues

#Kidneys_on_the_Bloc

Du 14 au 16 Mars 2019 à Marseille



EMBOLISATION RÉNALE

Farouk TRADI - Alexis JACQUIER - Jean Michel BARTOLI - Vincent VIDAL

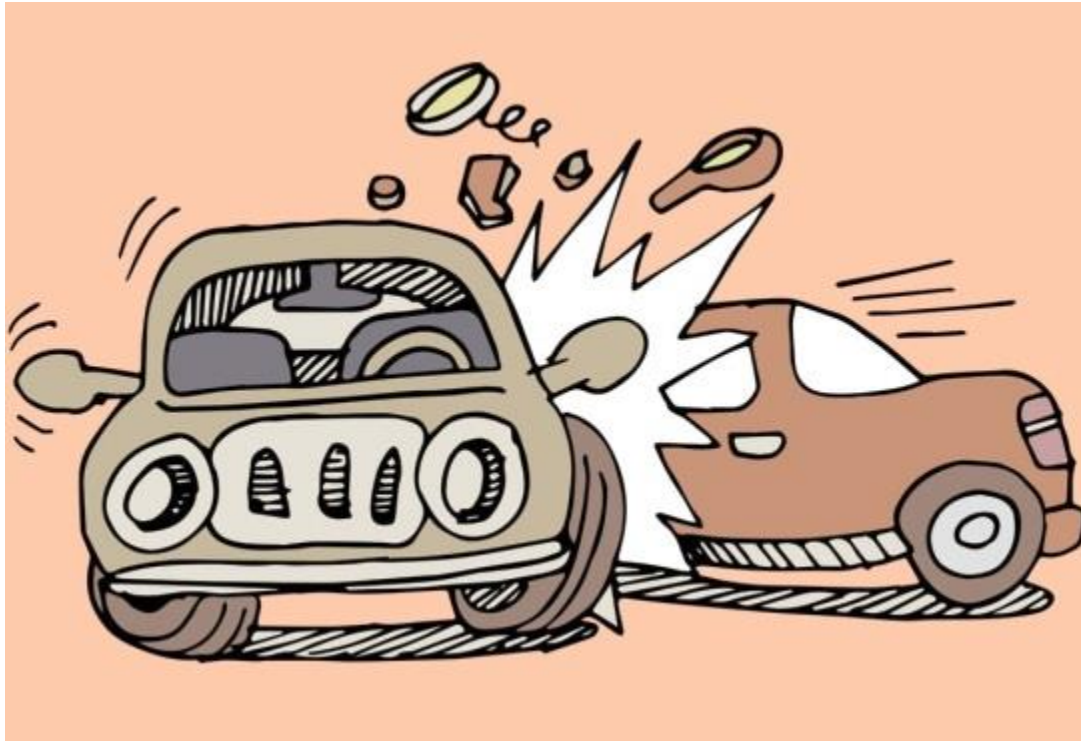
Mars 2019

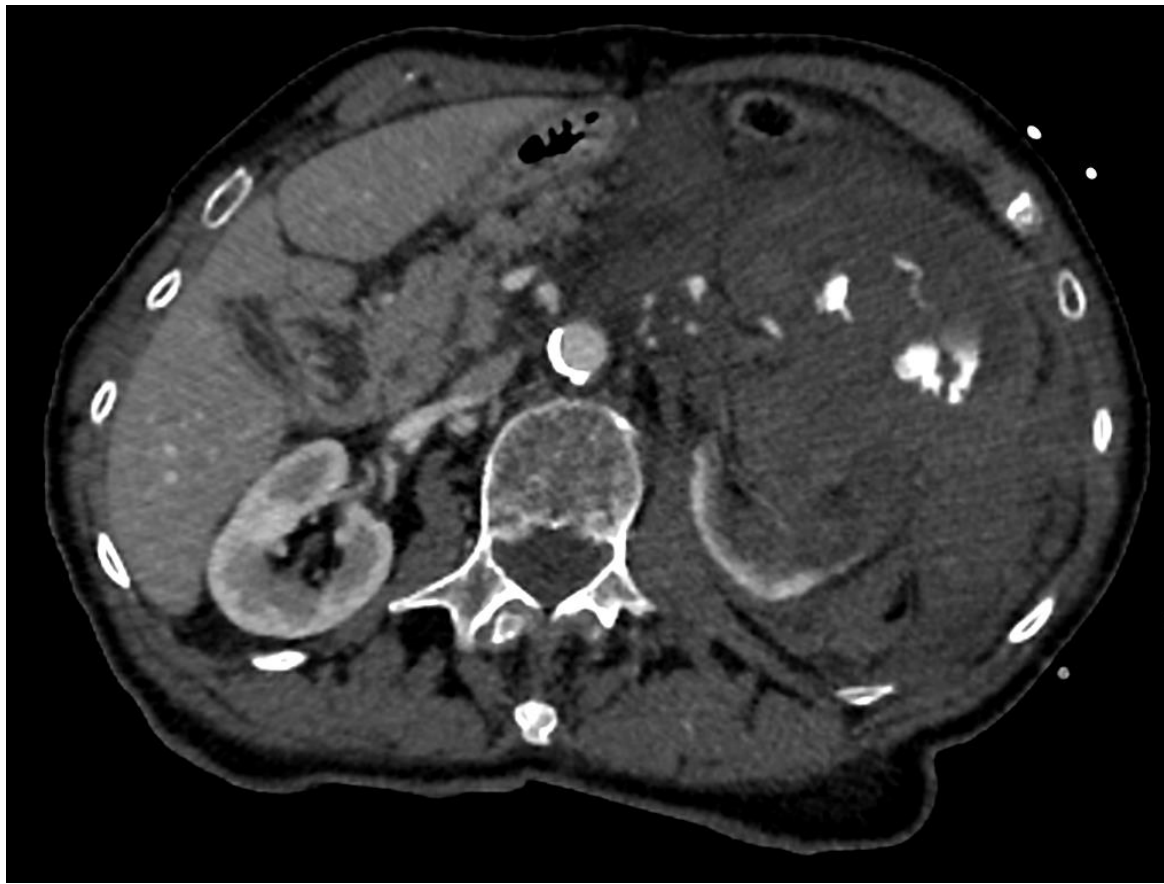


INTRODUCTION

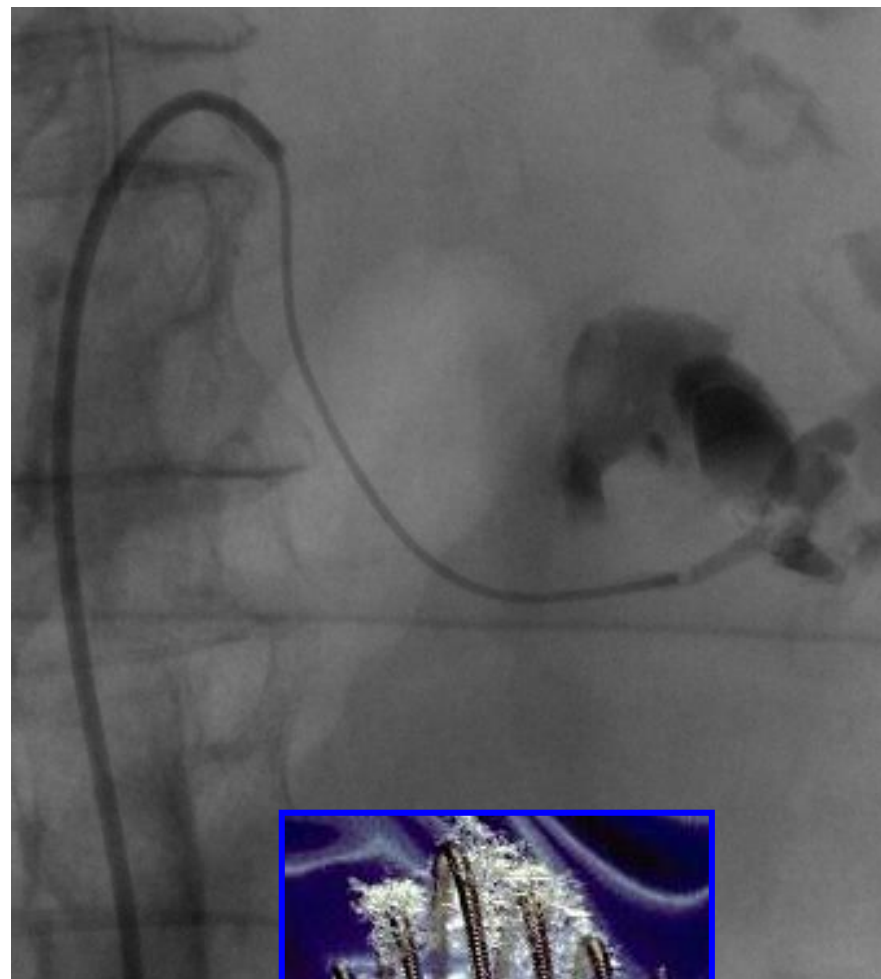
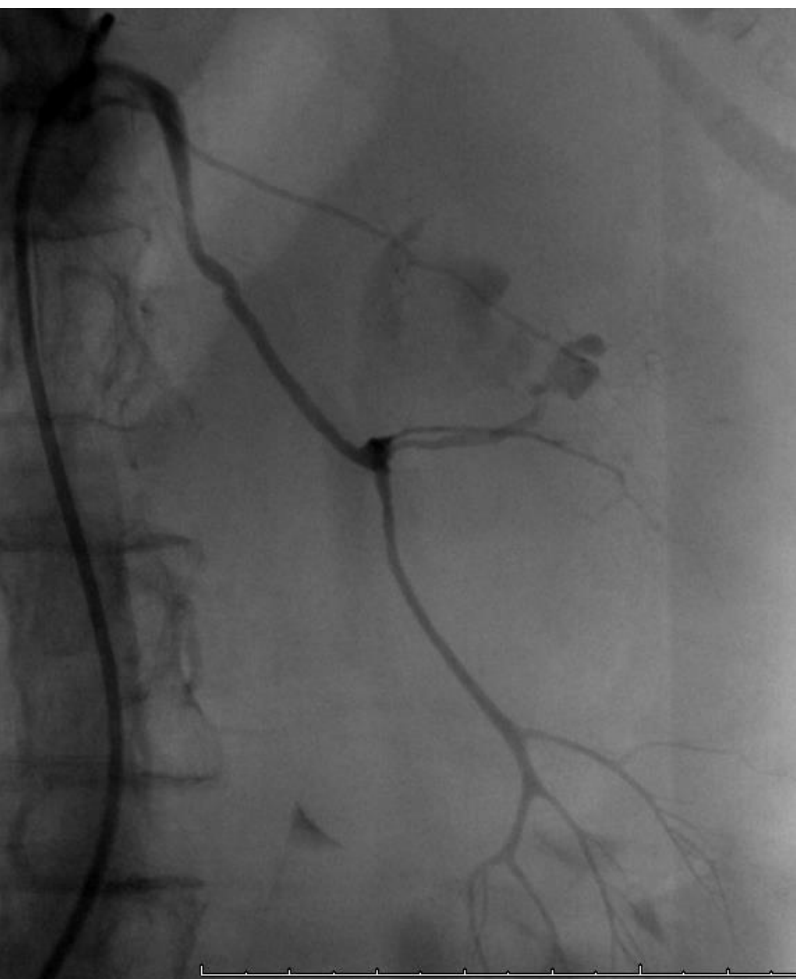
- Technique ancienne (1970) :
 - Initialement ciblant pathologie tumorale
 - Développement : Mini invasif / Epargne néphronique
- **Applications actuelles larges:**
 - Tumeur : Oncologie et bénin (AML)
 - Hémostase
 - Accidentologie : aigue, tardive
 - Iatrogène
 - Hémorragie spontanée
 - Anévrismes, MAV
 - Exclusion/Réduction rénale : HTA, PKR

TRAUMATISME





Patiente 93 ans
Piéton renversée par VL
Syndrome hémorragique
Stabilité hémodynamique

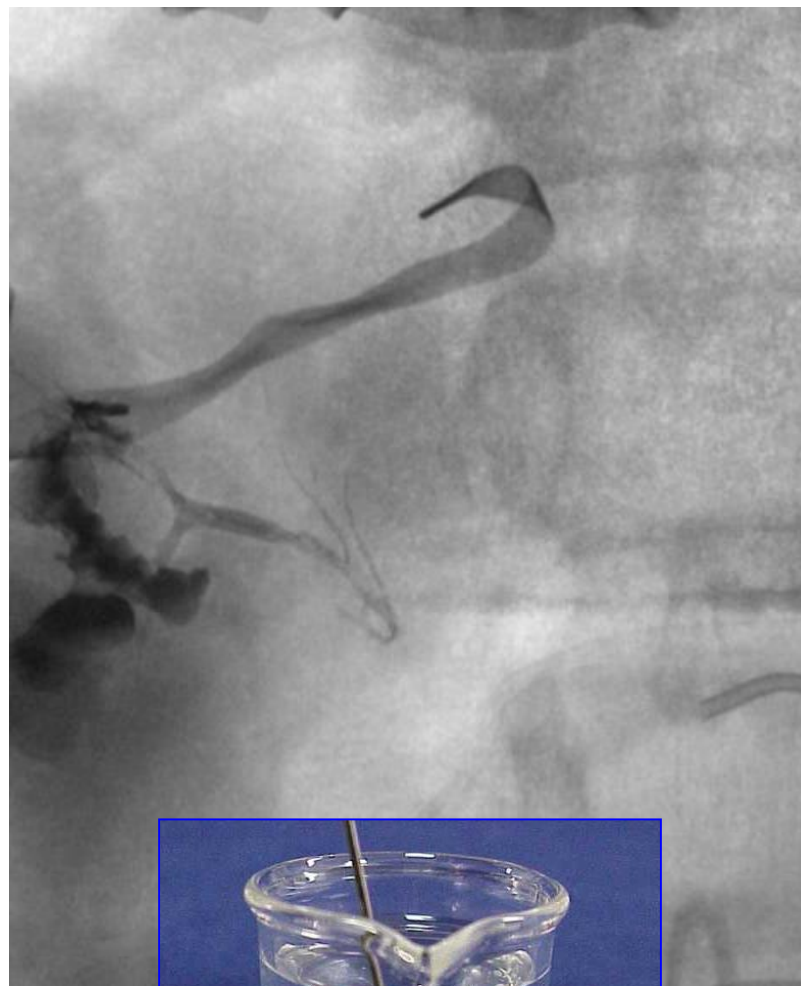
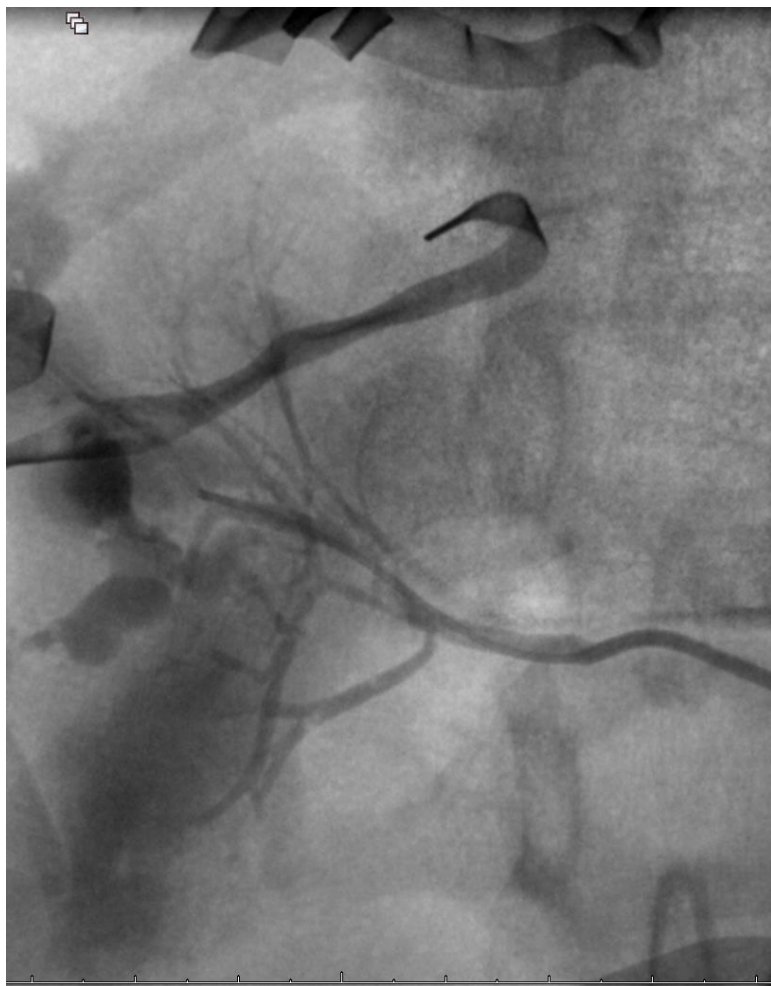


Bonne évolution immédiate
Décès à J5 sur défaillance respiratoire

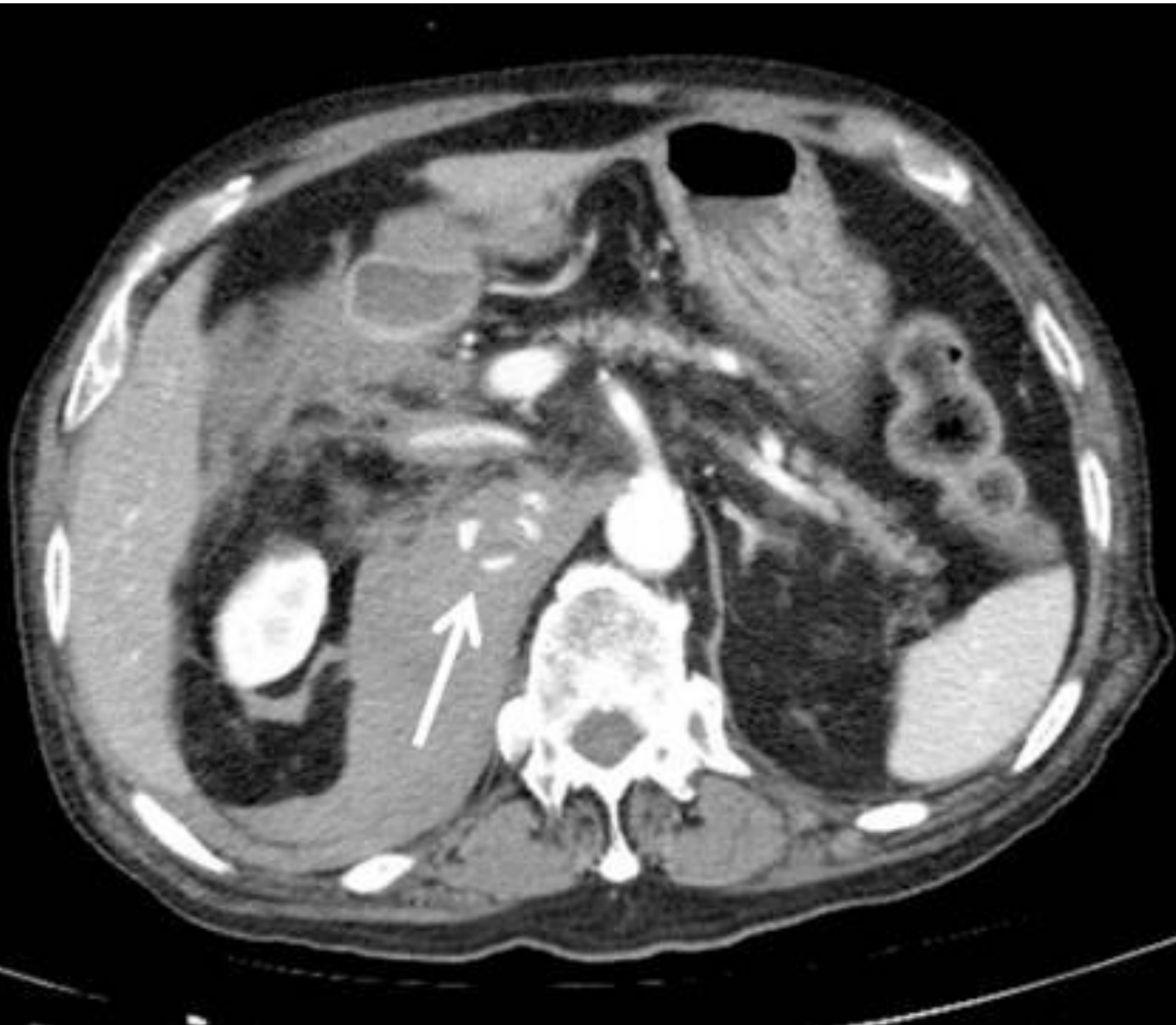
- Femme 30 ans
- Plaie pénétrante couteau thorax et abdomen
- Transfert de CHR stable
- Arrivée : choc hémorragique réfractaire

- CD du scanner non envoyé
 - FAST echo –hémopéritoine
 - Mais notion de plaie rénale hémorragique
 - Trop instable pour refaire un scanner - > Bloc
- Pas de saignement intra-péritonéal
- Hématome rétropéritonéal majeur
- Choc refractaire
- Packing -> Laparostomie -> Bloc radio Interventionnelle





Bonne évolution clinique.
Sortie d'hospitalisation à J15.



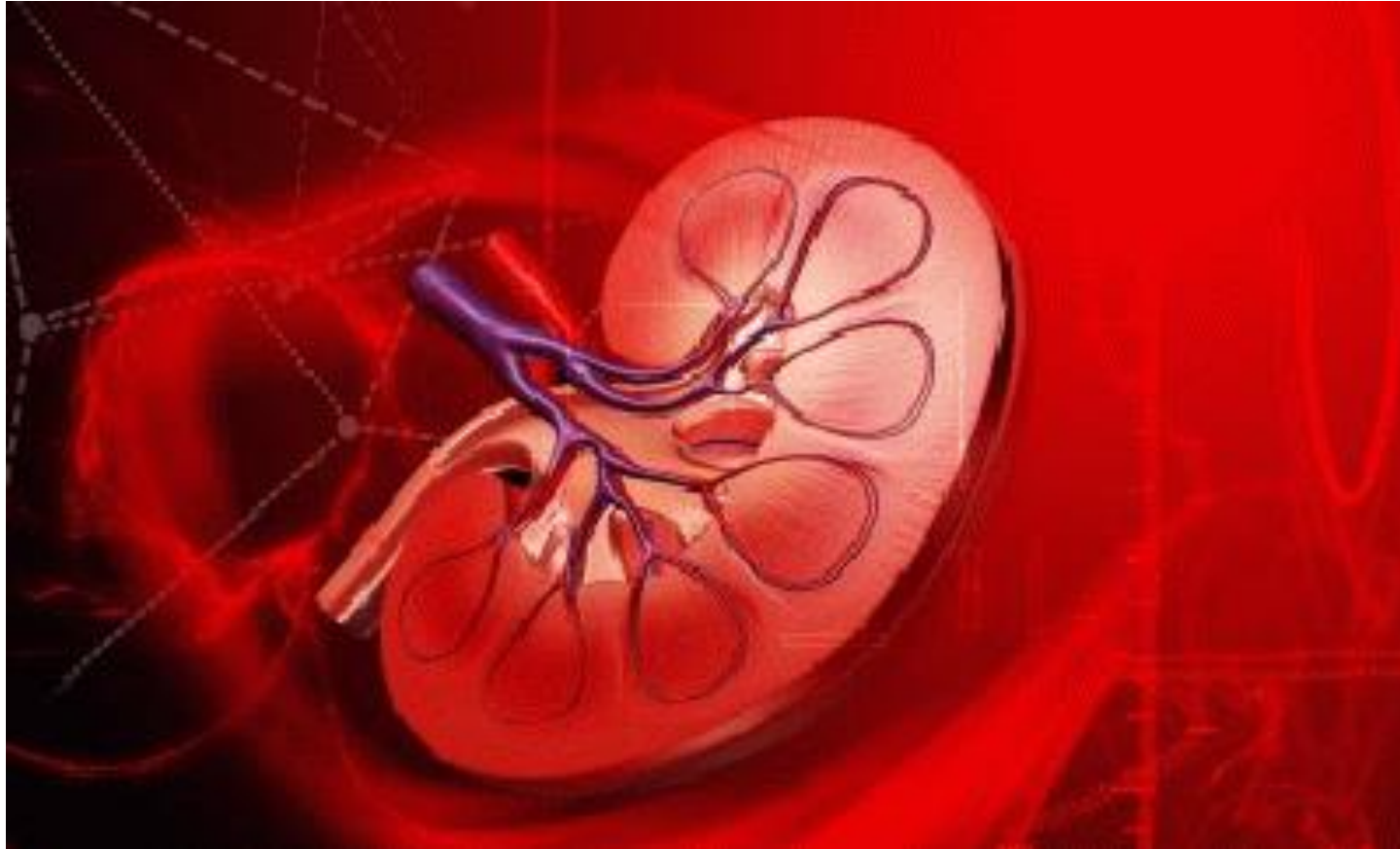


ACC +/- AAP



ACC +++

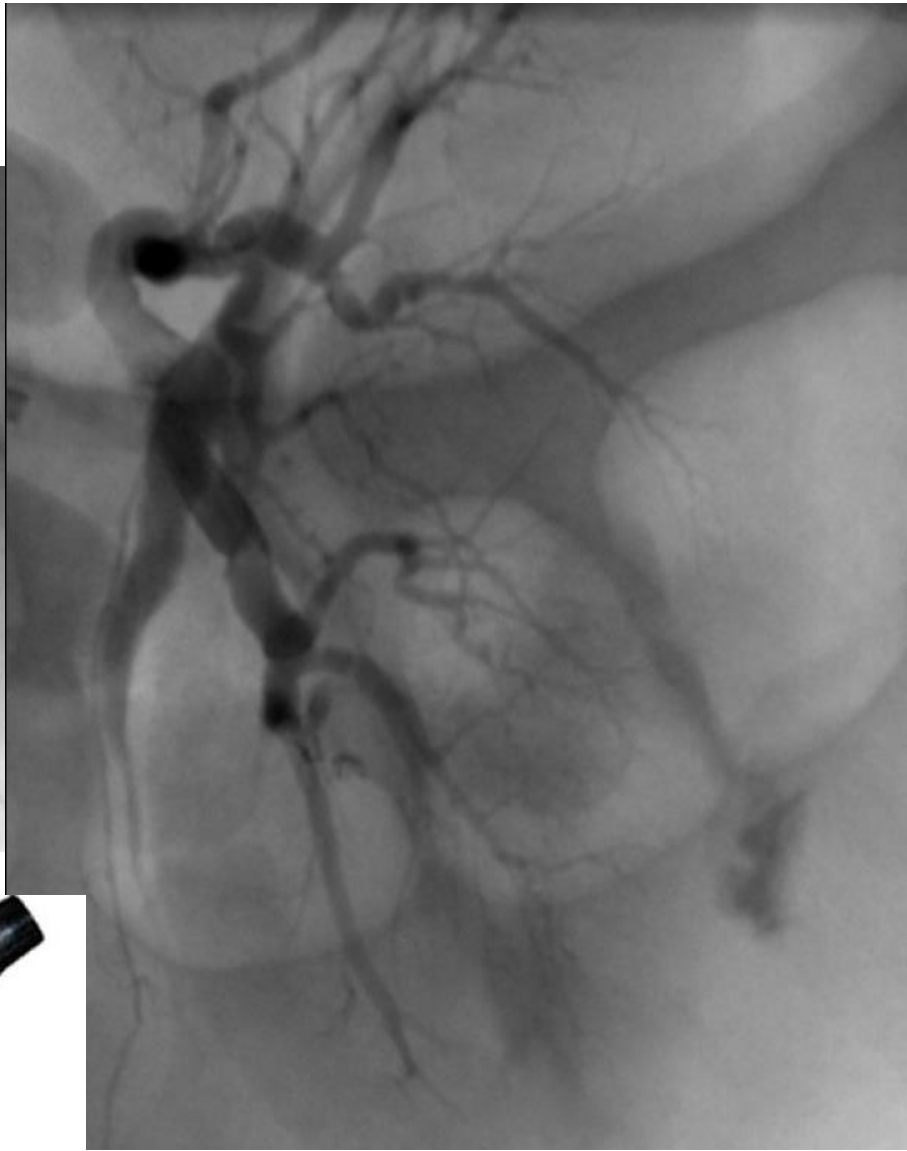
SPONTANÉ





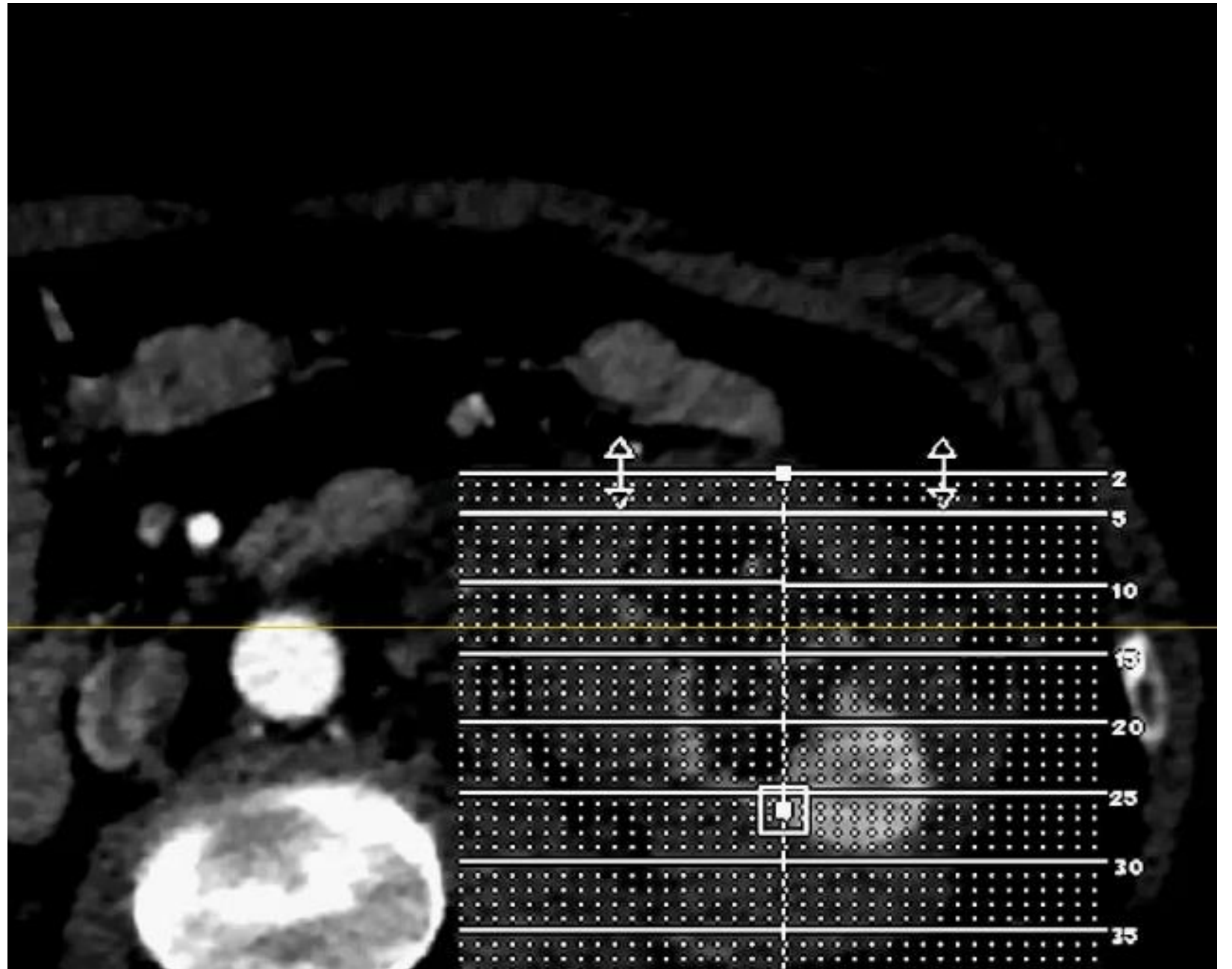
Patient de 50 ans
HTA
Douleur abdominal intense

Angioscanner



Patiente de 60 ans
Sans antécédent
Douleur abdominal intense

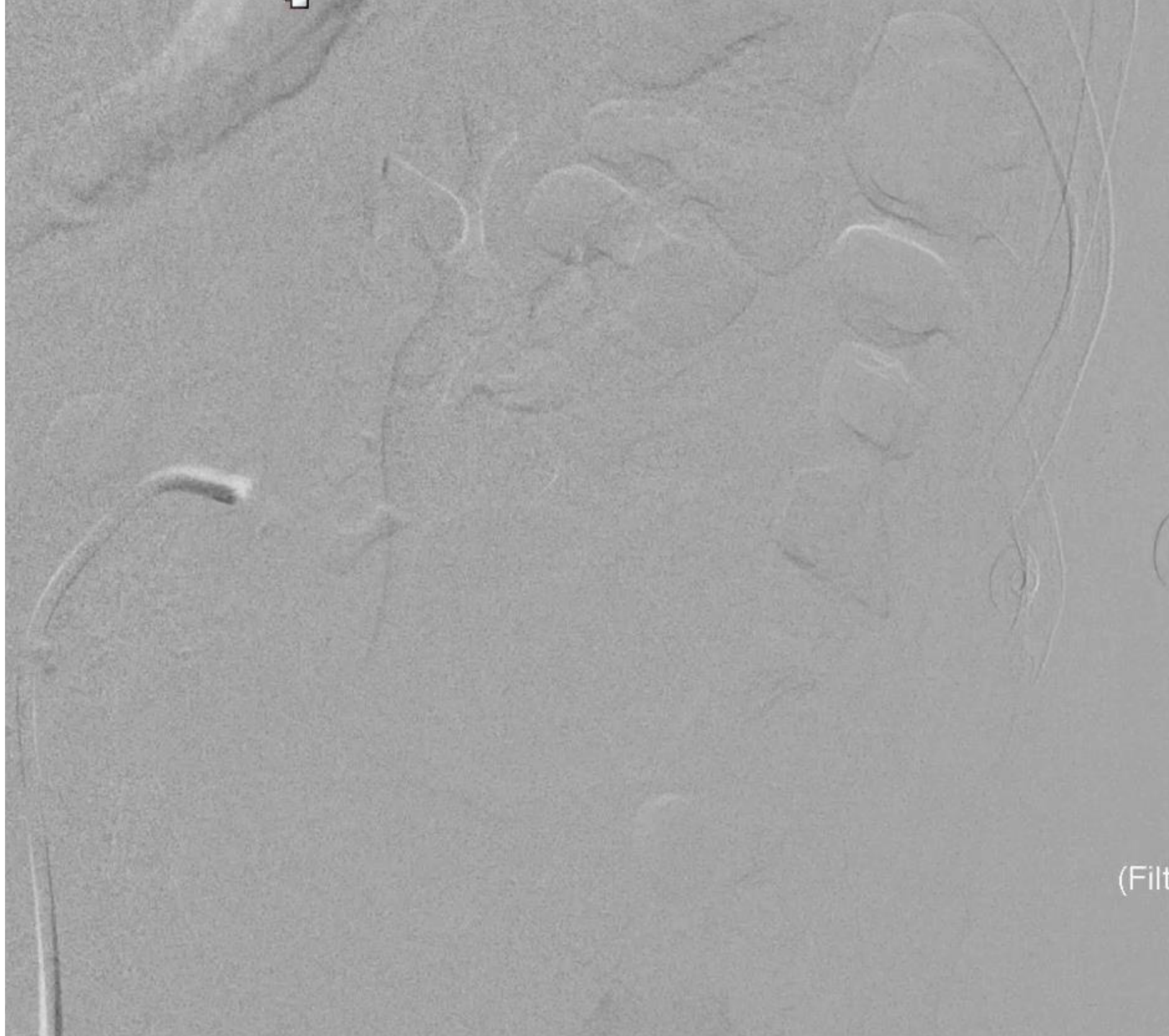
Angioscanner



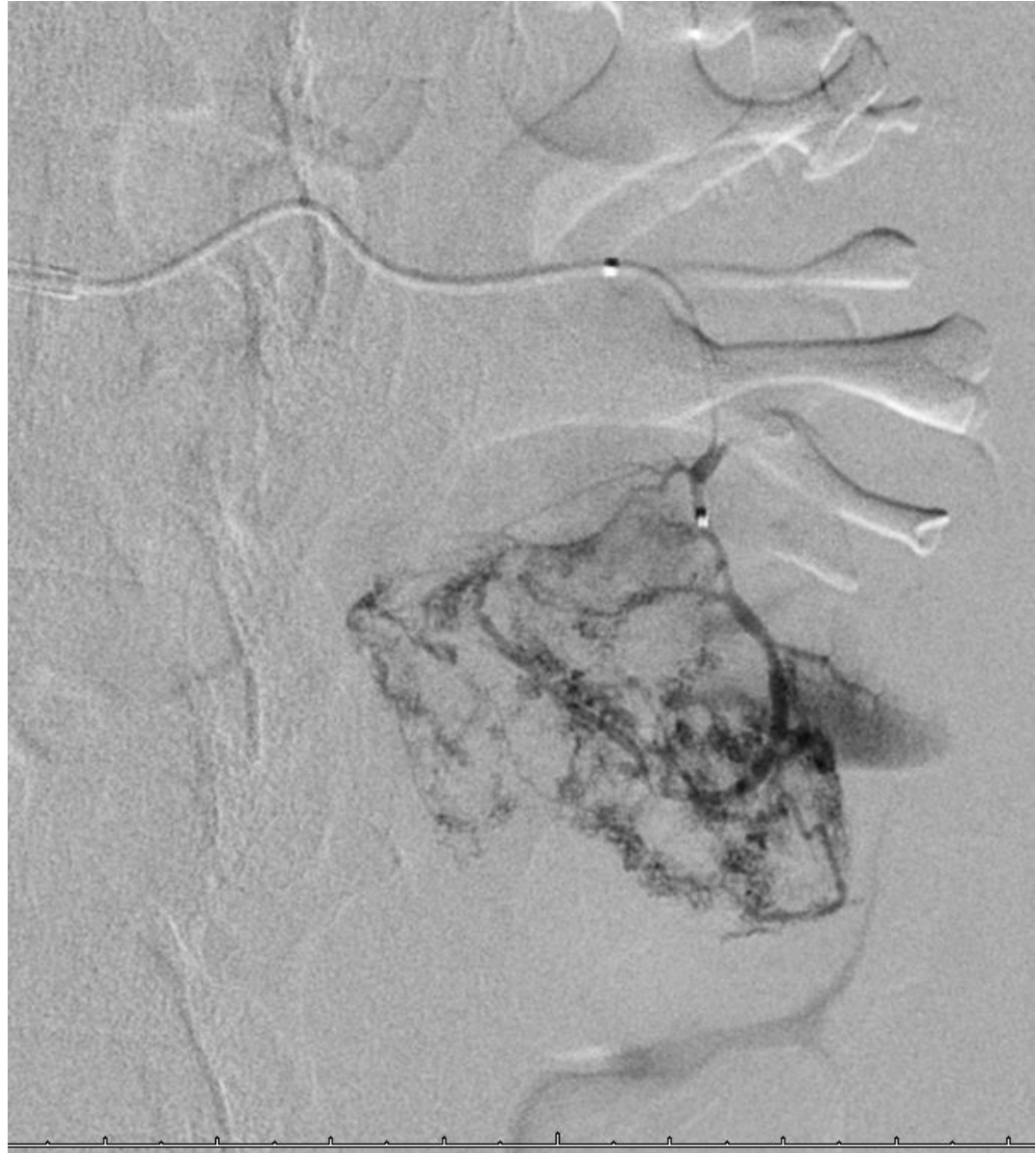
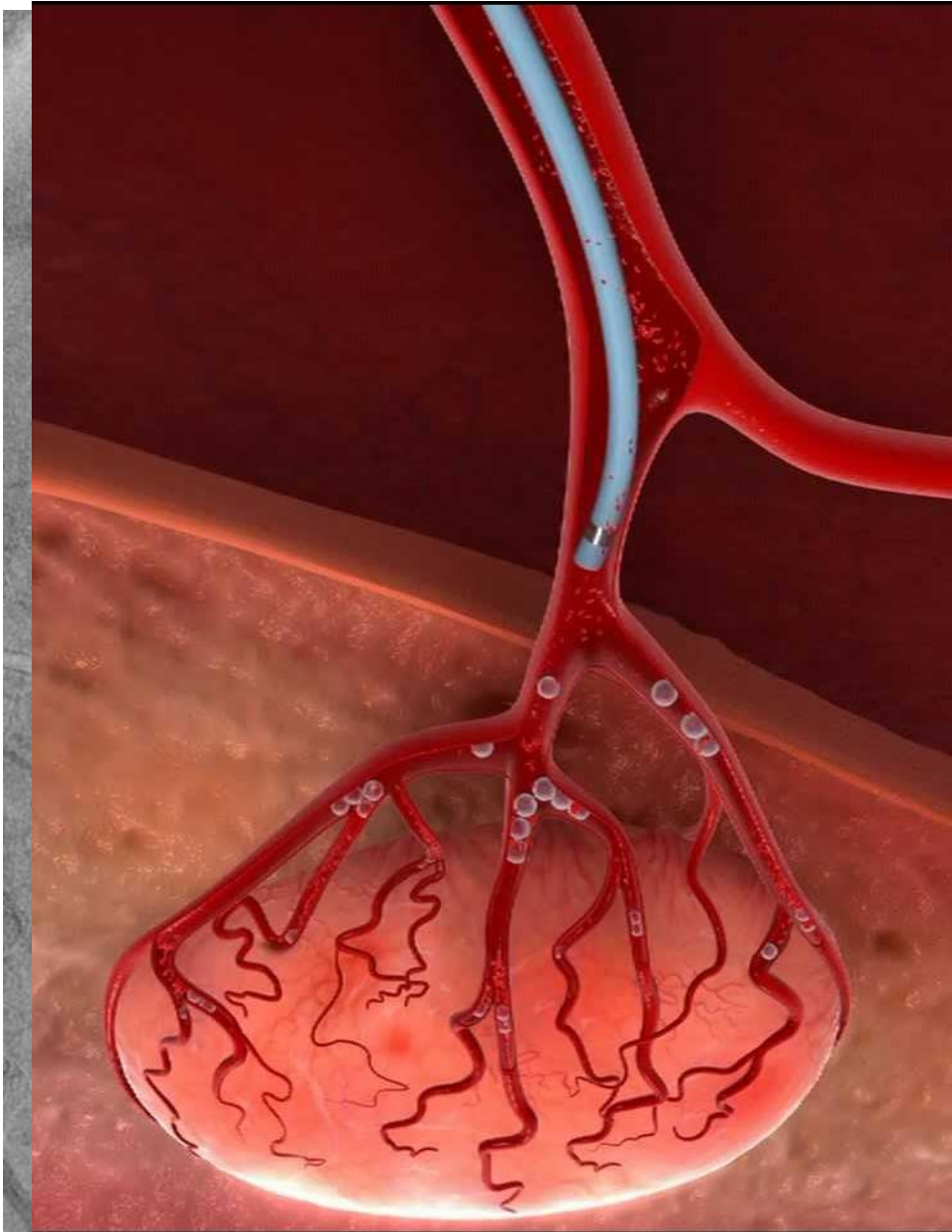
ANGIOMYOLIPOME

- Complications hémorragiques > 4 cm de diamètre et dans la sclérose tubéreuse de Bourneville.
- L'embolisation est justifiée devant un syndrome hémorragique:
 - permettant de contrôler l'hémorragie et,
 - de dévasculariser +/- totalement l'angiomyolipome
 - La chirurgie n'est pas toujours nécessaire
- Embolisation préventive validée pour les lésions > 4cm
- L'embolisation doit être la plus distale et complète possible.
 - Les agents les plus souvent utilisés sont les particules inertes et les agents liquides
 - Reliquat = Récidive





(Filt



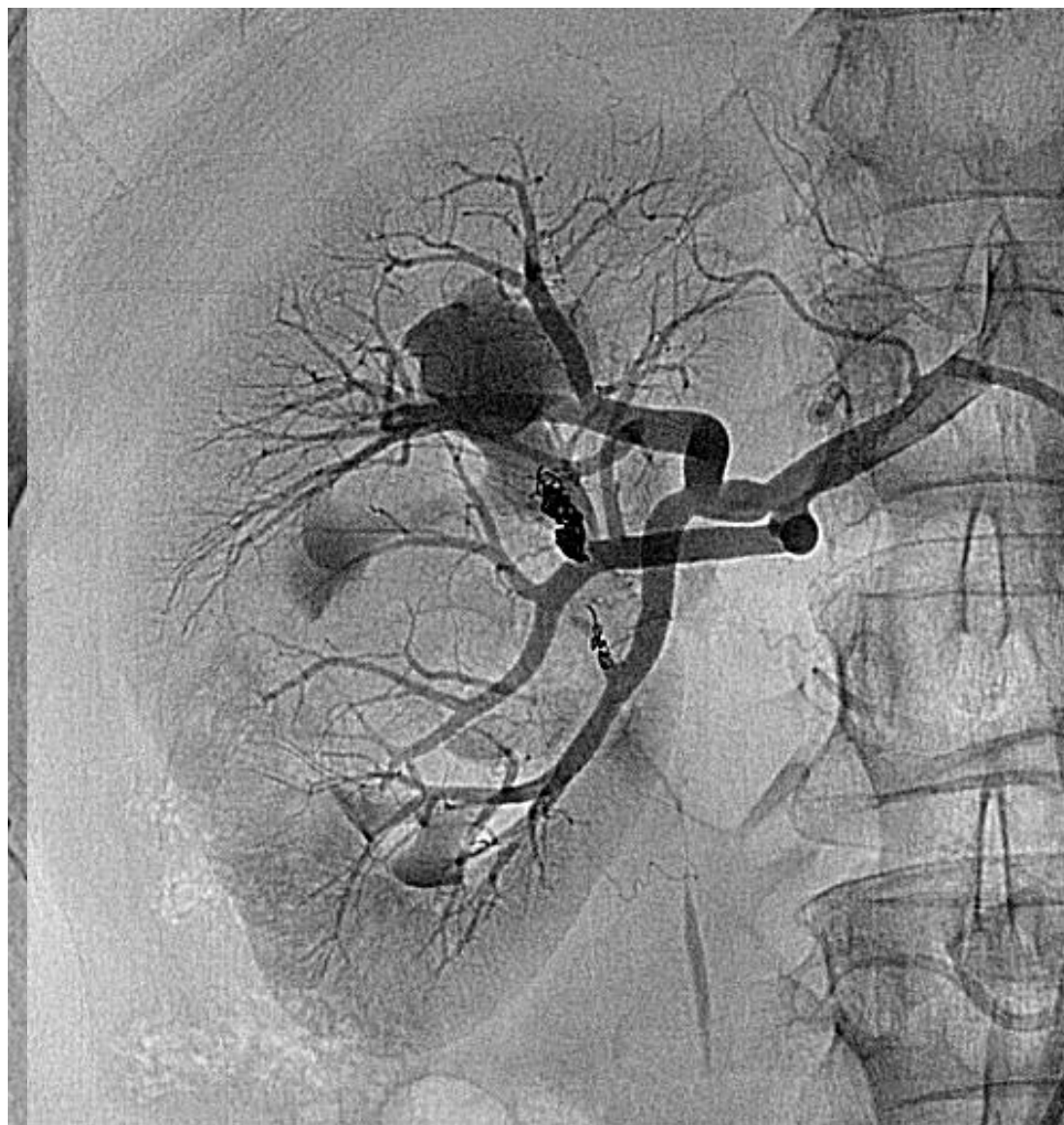
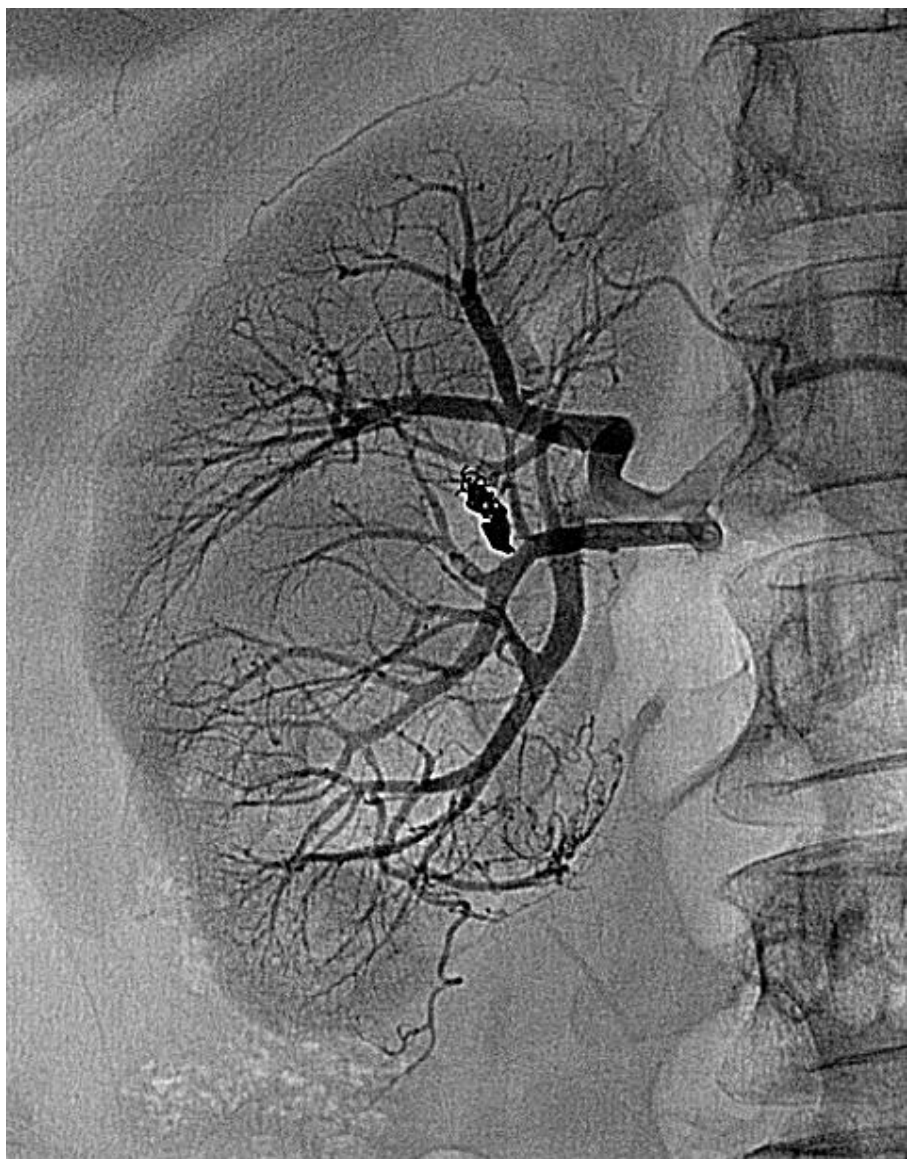








6ans plus tard



Pre-Operatoire



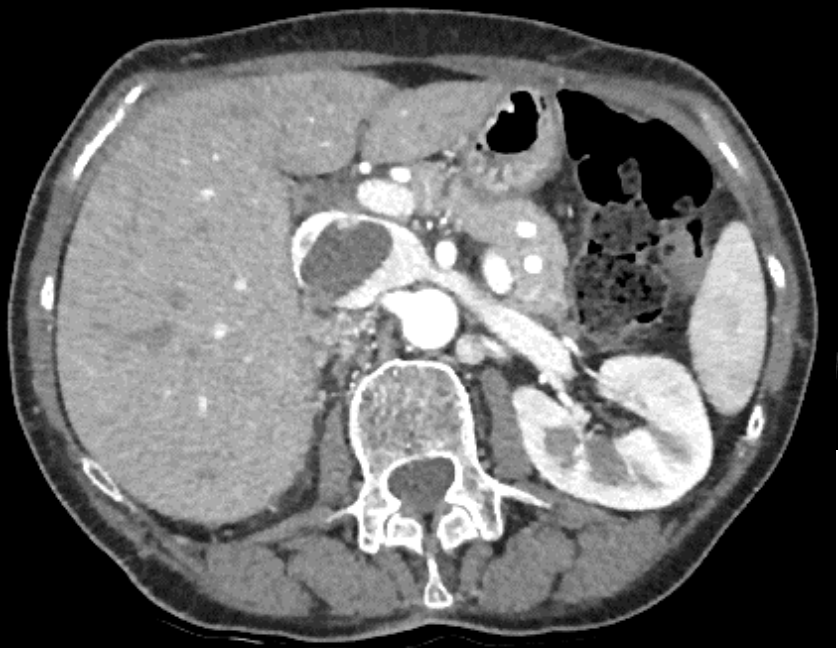
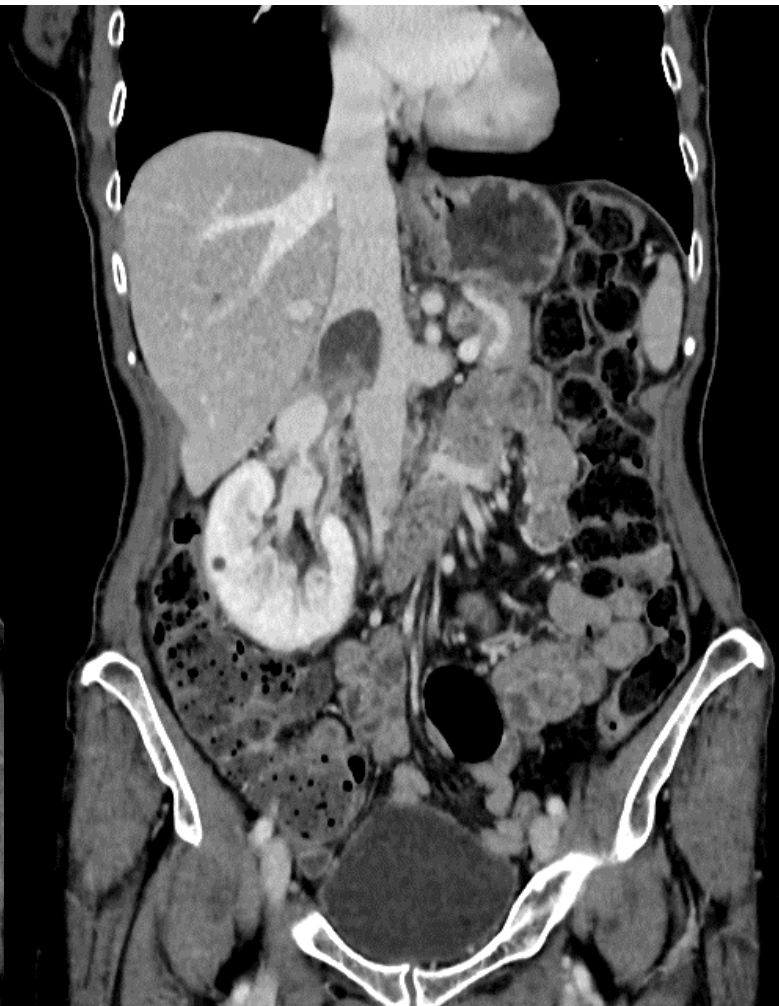
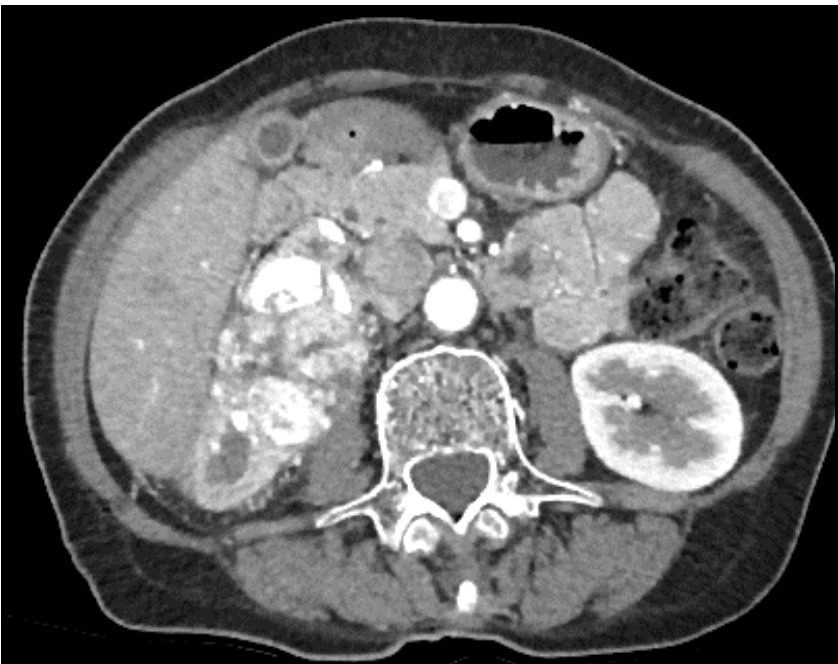
Embolisation Pre-Operatoire

- Intérêt :
 - Diminuant les pertes sanguines et facilitant le clivage tumoral.
 - Faciliter l'abord du pédicule dans les stades T3 avec envahissement de la veine rénale.
- Controversée chez les patients candidats à la chirurgie radicale (T1 à T3).
 - Technique réservée aux lésions de grande taille > à 9 cm, richement vascularisées.
- L'embolisation doit être complète, avec obstruction distale des vaisseaux, afin de dévasculariser au mieux la zone d'exérèse

- Femme 73 ans
- Bilan d'hématurie

- Carcinome rénal droit 5cm avec envahissement cave.

- RCP :néphrectomie élargie droite associée à une thrombectomie cave.



Avert.: Non à usage diagnostique



- Shunts AV ++
- Risque migration
 - Curaspon
 - Particules
 - Agent liquide
- Portion tronculaire longue

Avert.: Non à usage diagnostique



- Amplatzer Plug Gen 4
- 5 min d'attente
- Insuffisant

Avert.: Non à usage diagnostique



- Packing Coils : POD
- Ralentissement
- Artère
surrénalienne



- Coils poussables
 - 2mm

Avert.: Non à usage diagnostique



- Occlusion complète
- Moignon suffisant

Evolution

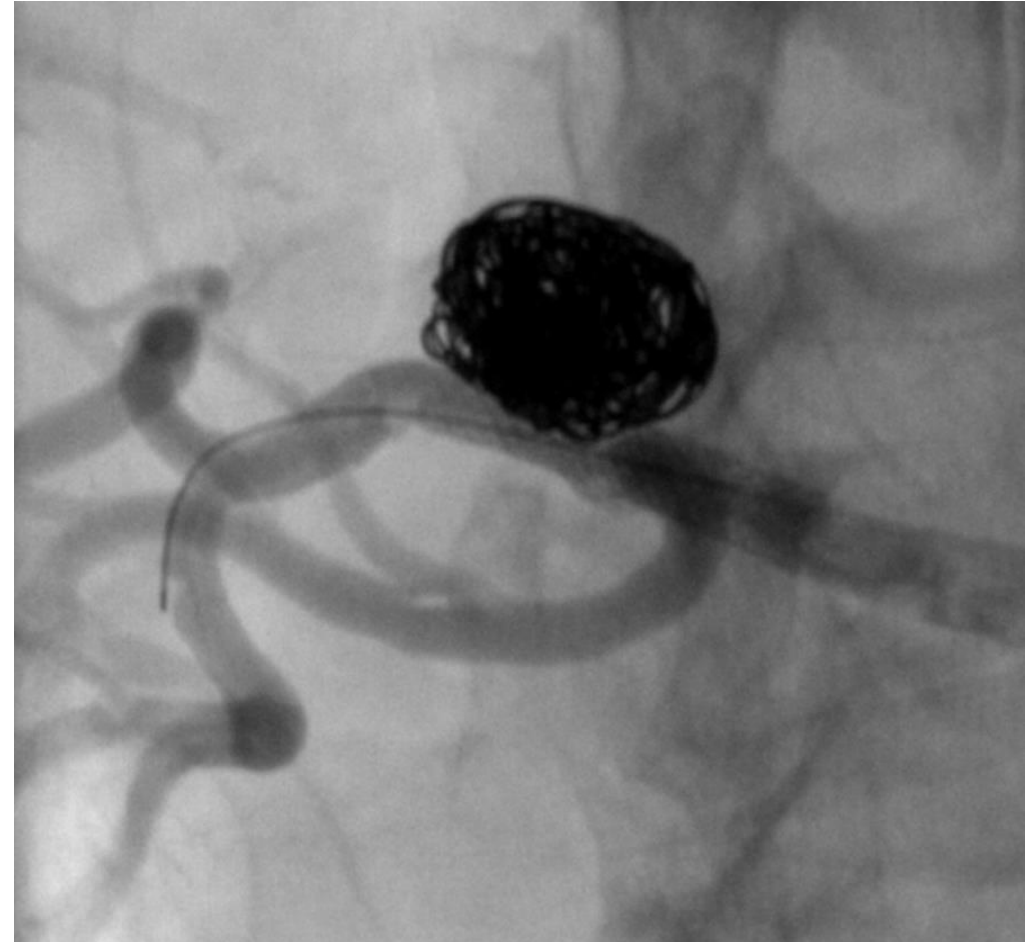
- Douleurs post embolisation au bout de 30'
 - Titration morphine
- Bradycardie 70 → 40bpm instantanée après embolisation surrénalienne
 - Prévenir l'anesthésiste +++
- Bloc opératoire
 - Néphrectomie « sèche » : 0 saignement
 - Veines collatérales affaissées
- Bonne évolution clinique. RAD à J10

Aneurisme



Anévrisme

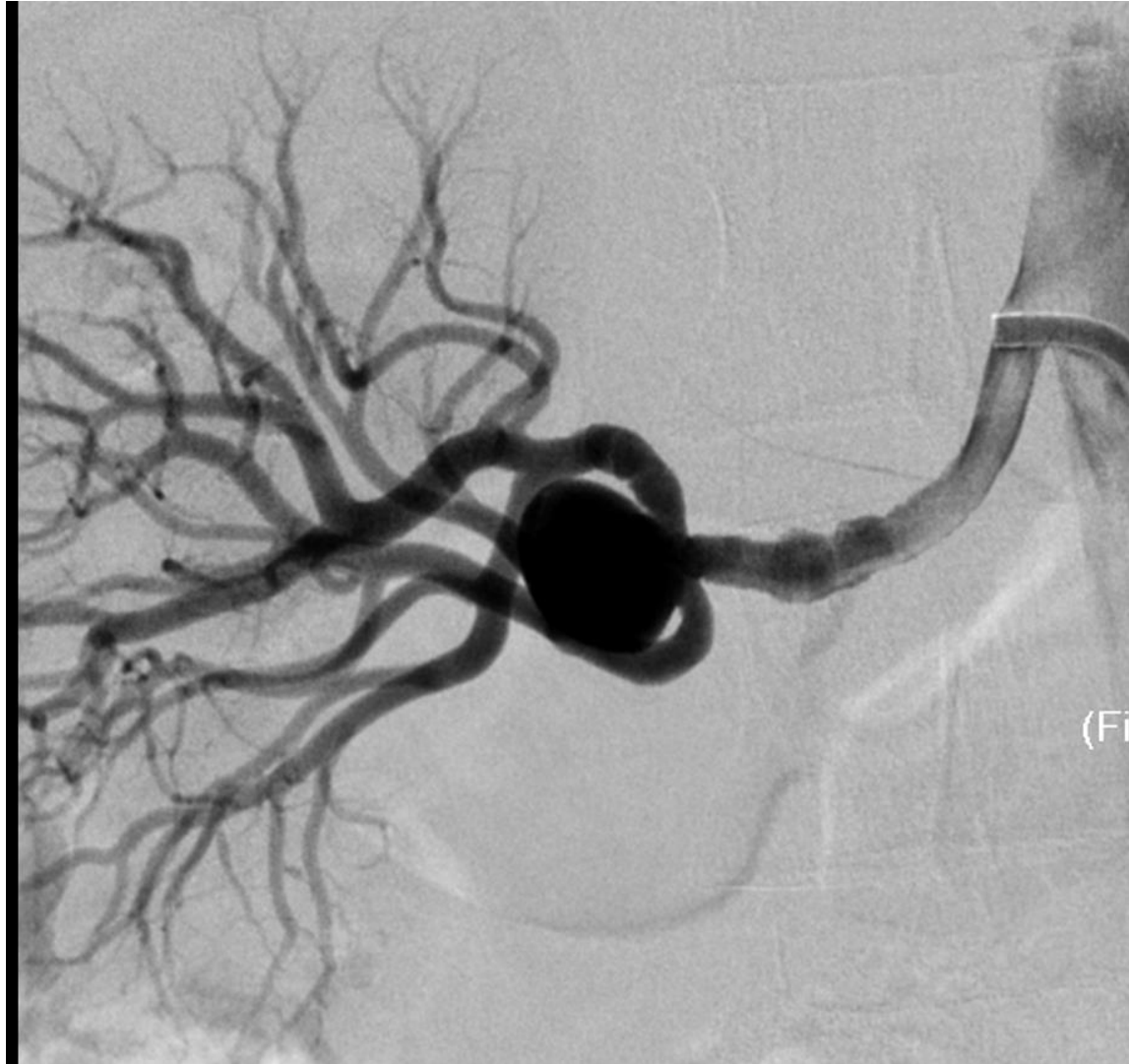
- Risque de rupture >2 cm
 - Controverse
- RCP : chirurgie versus endovasculaire
- Coiling stent assisté :
 - Héparine + AAP





Patiente de 45 ans
DFM
Anévrisme de 15mm





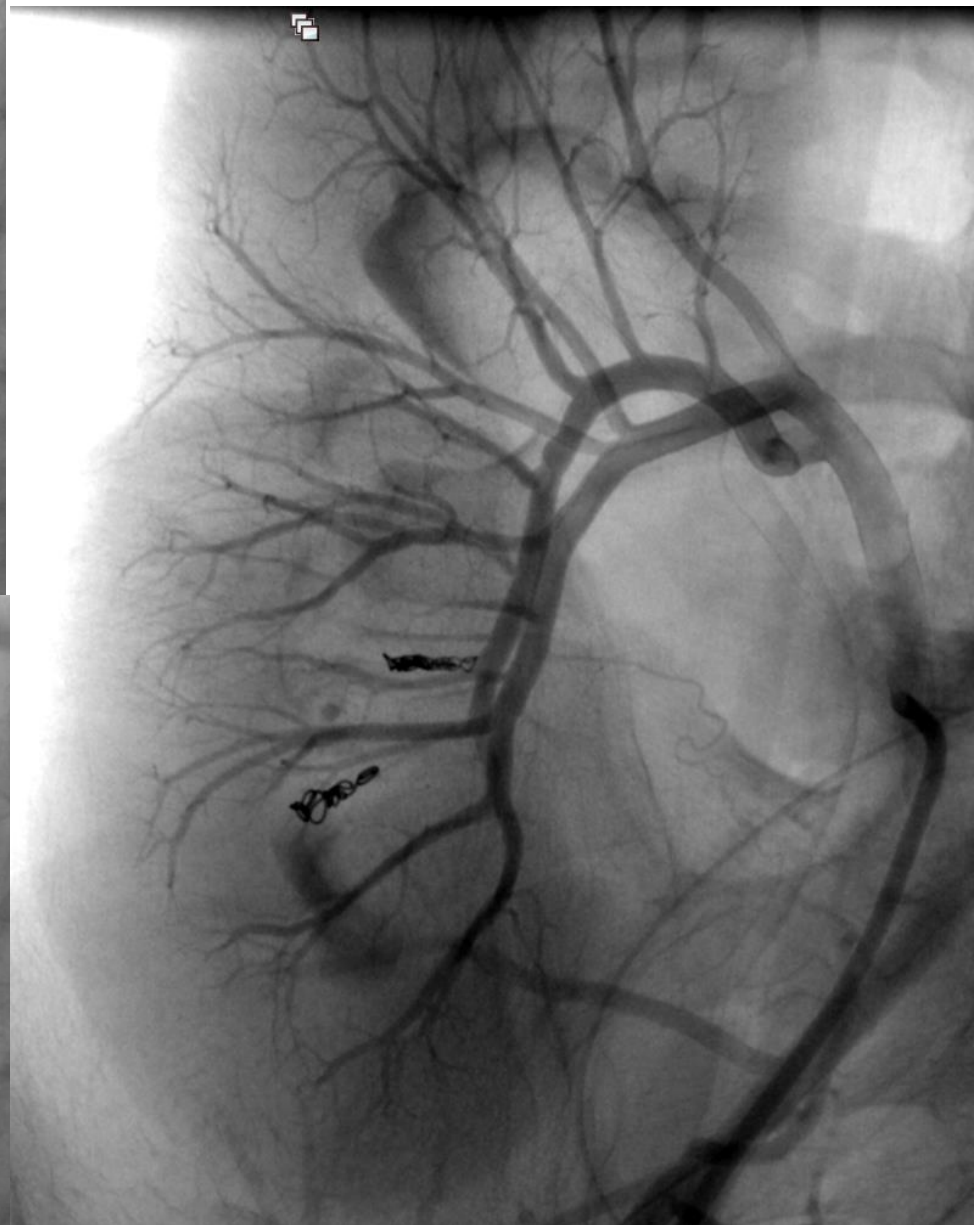
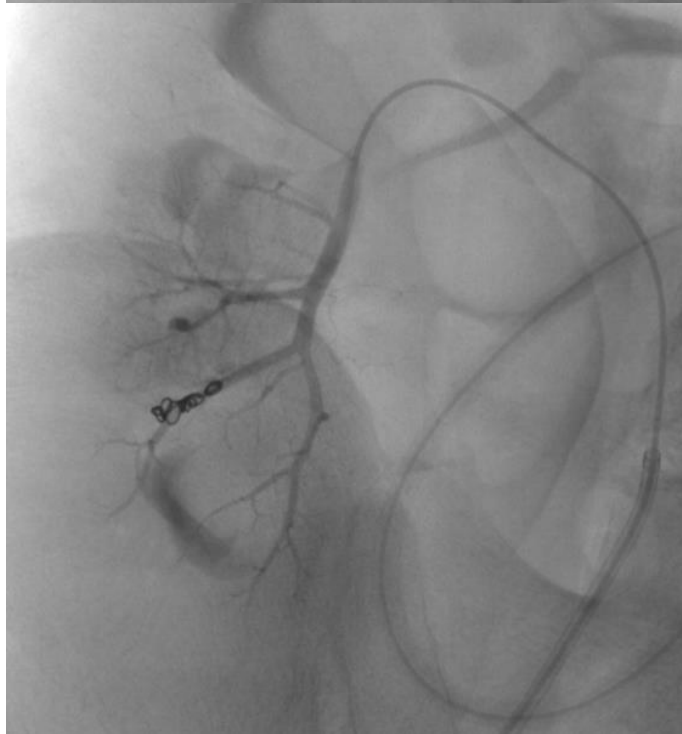
IATROGENE



IATROGENE

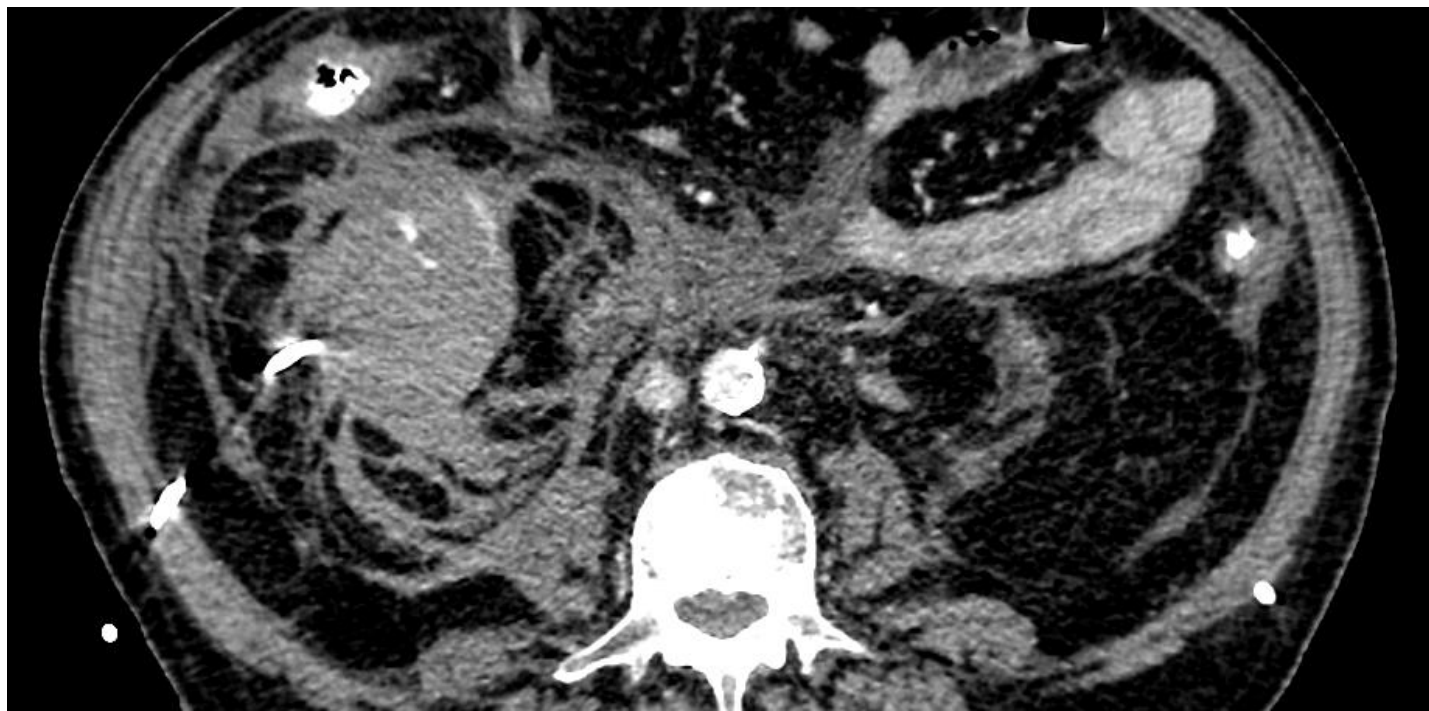
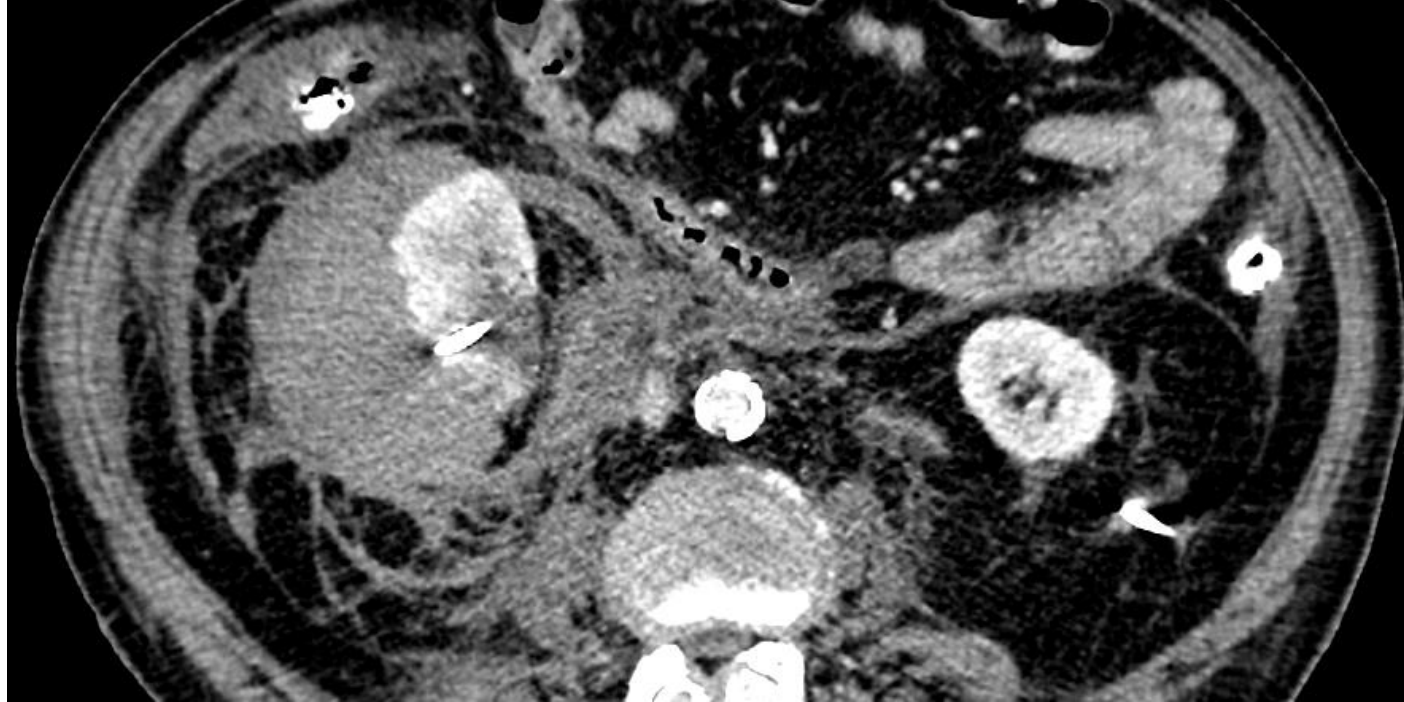
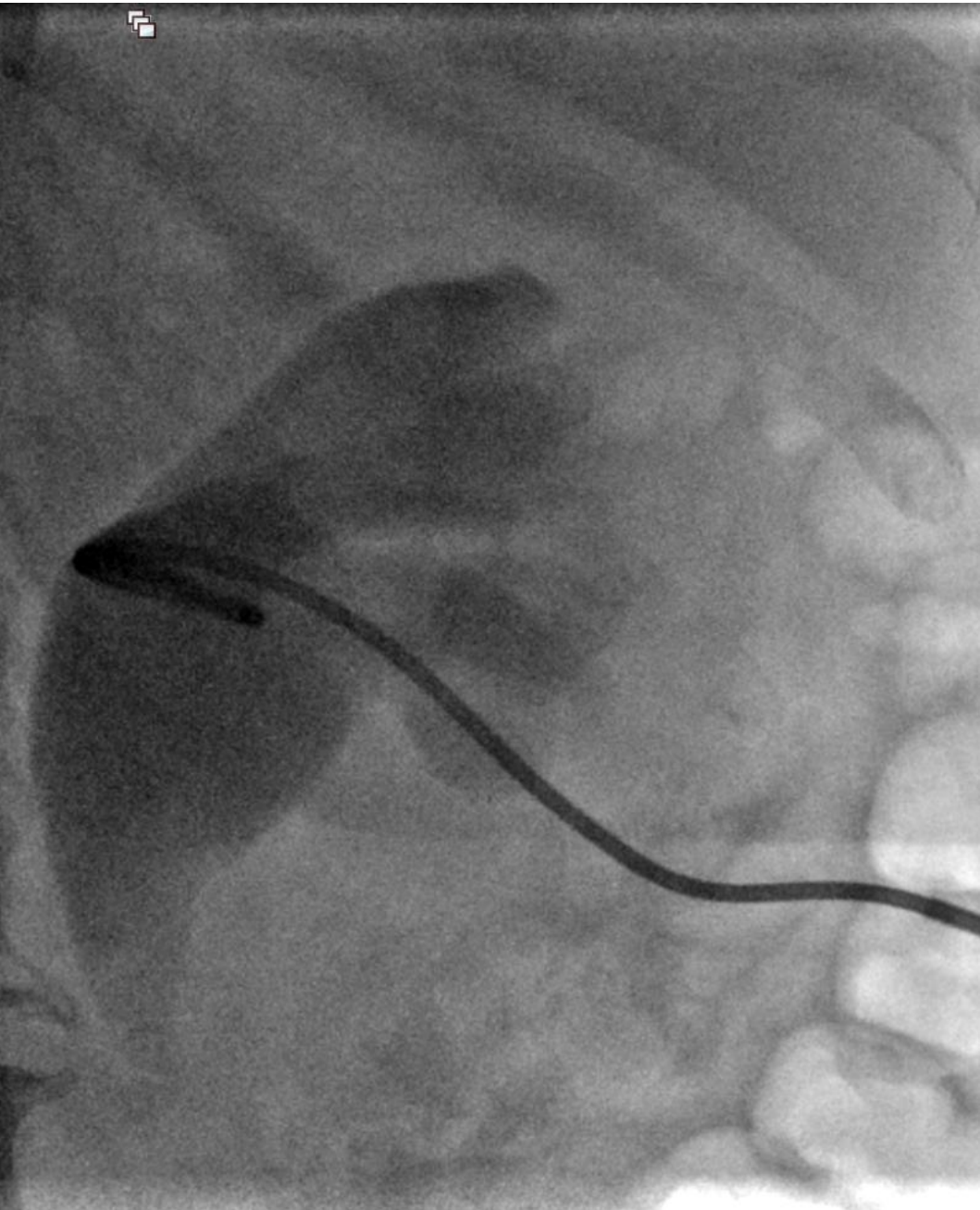
PBR





IATROGENE

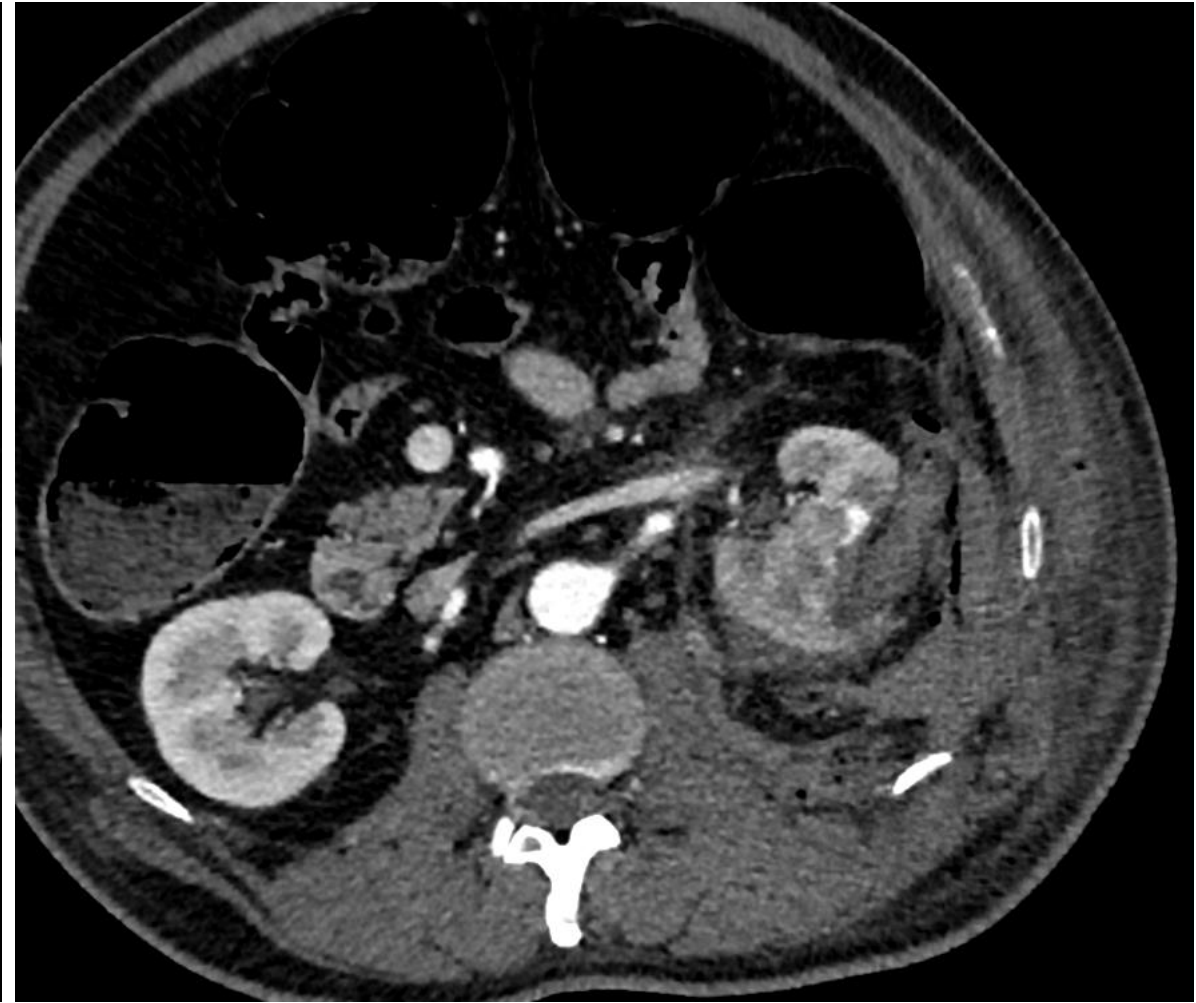
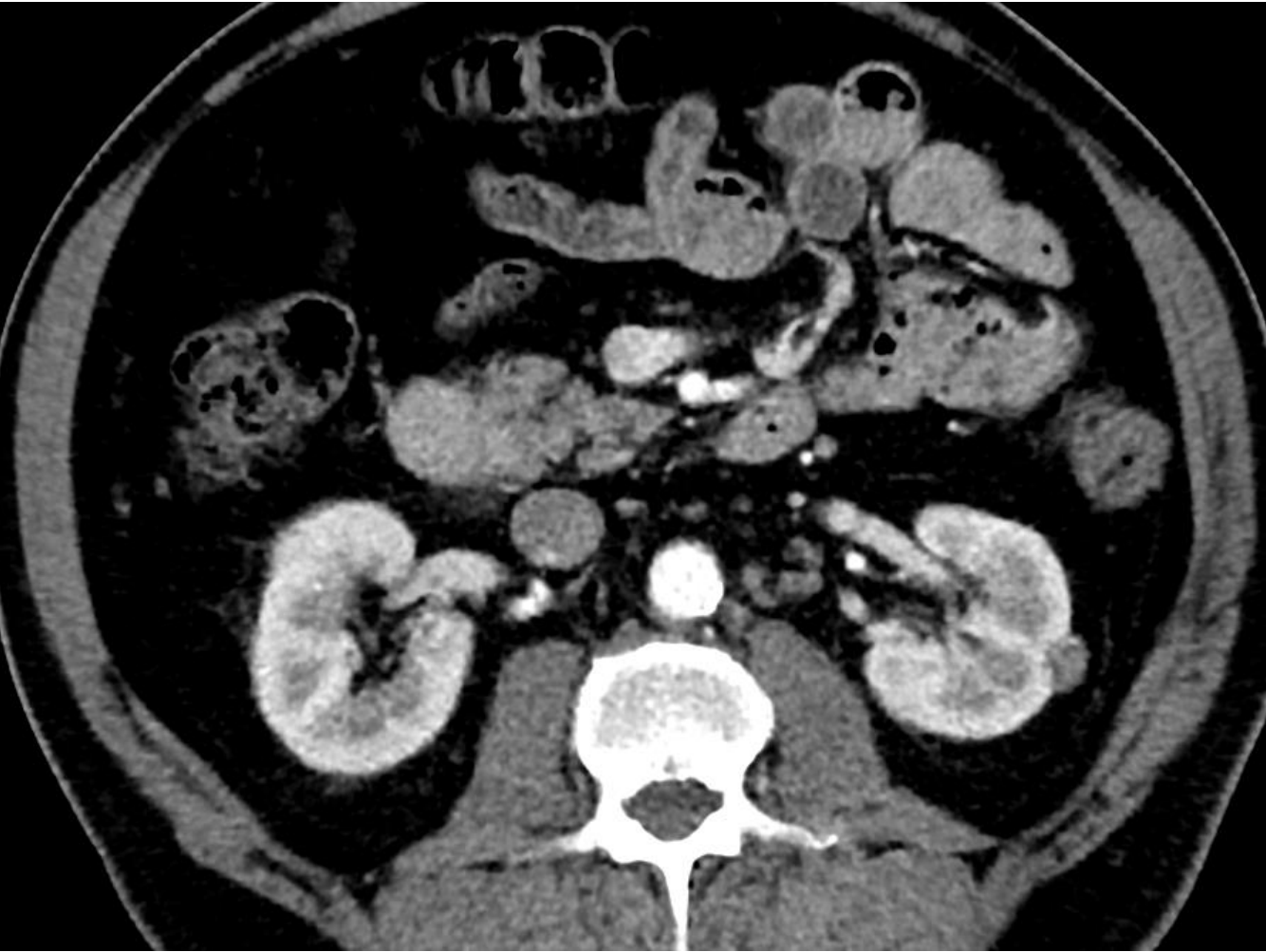
NEPHROSTOMIE

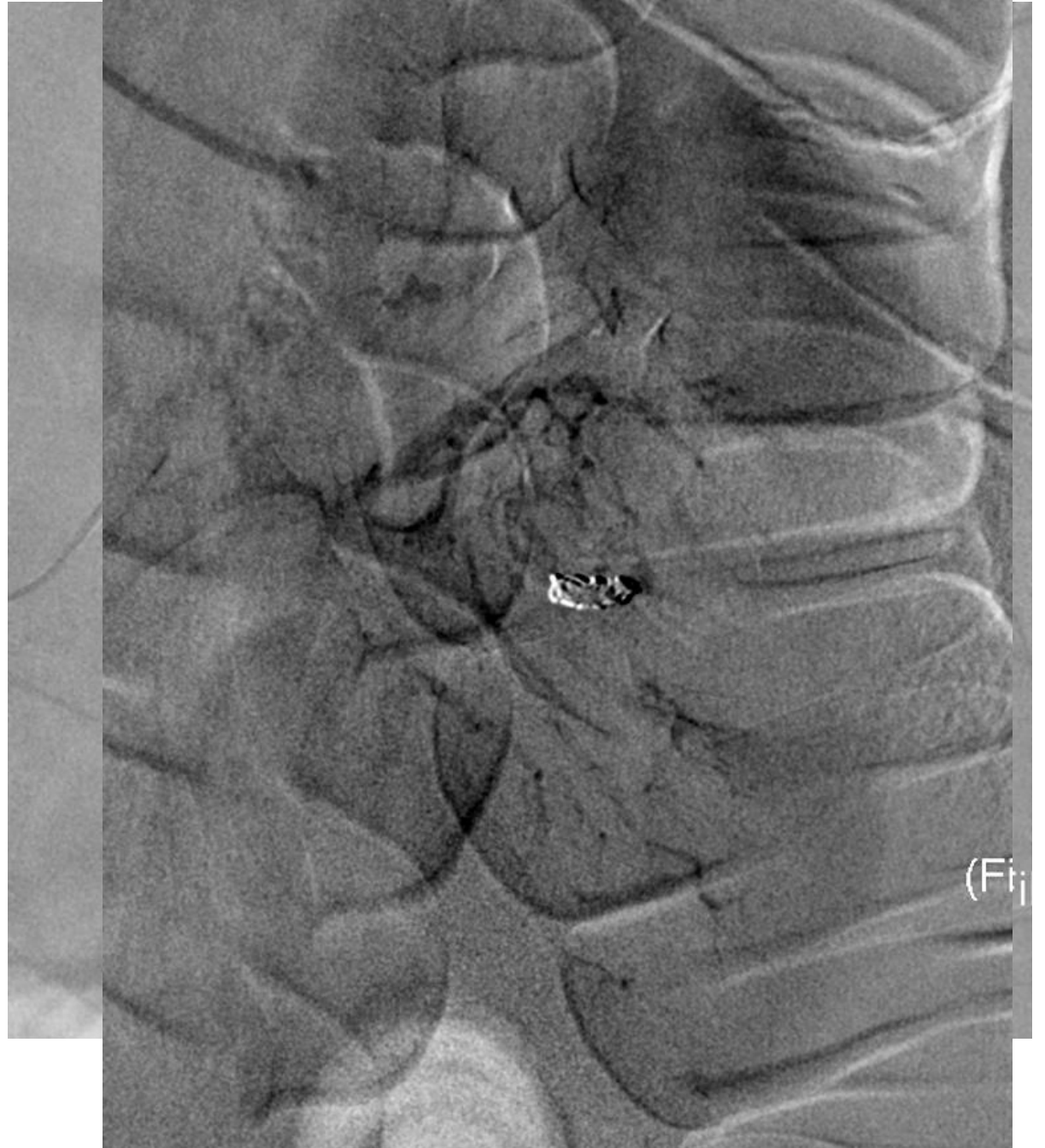




IATROGENE

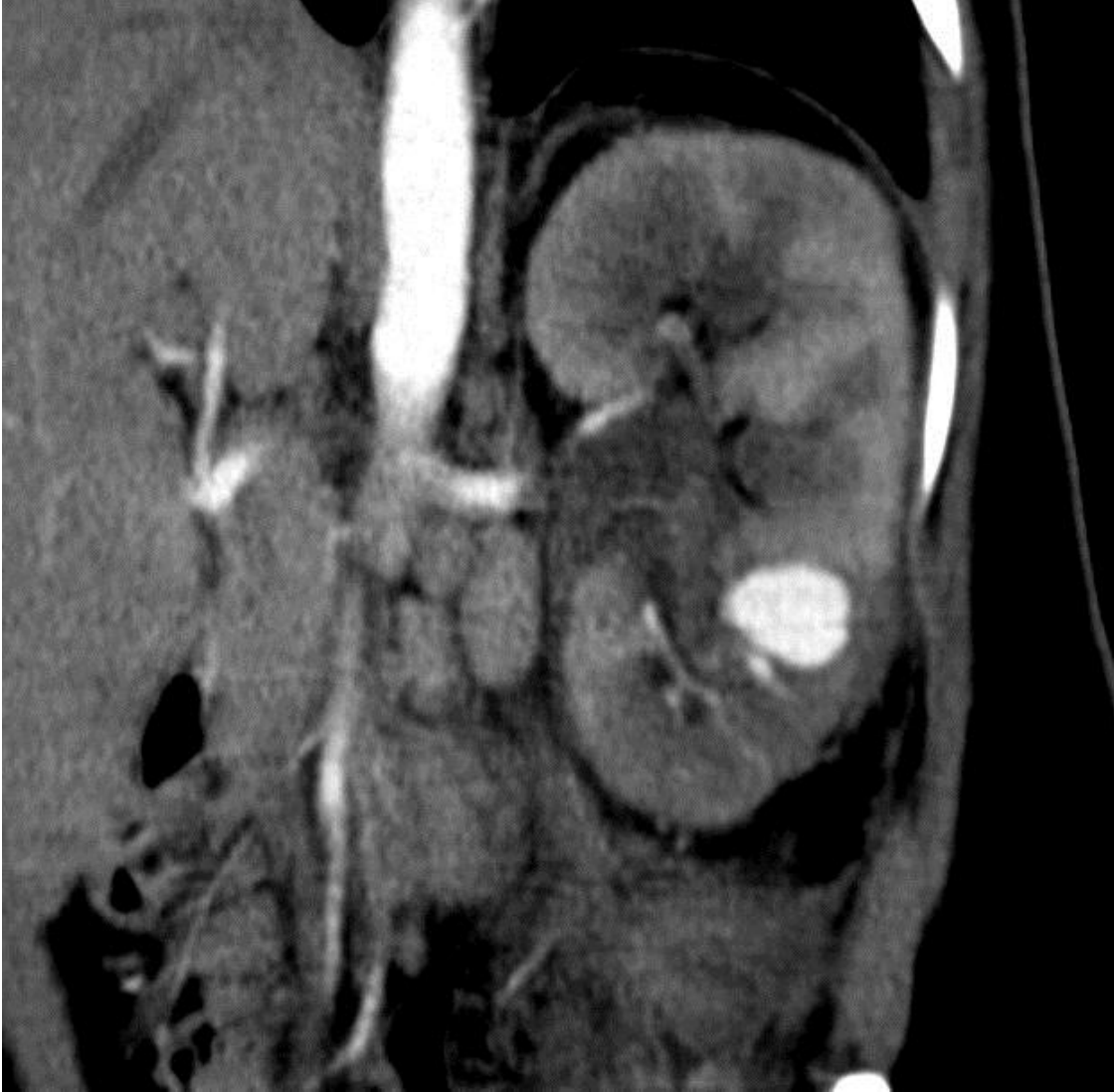
NEPHRECTOMIE

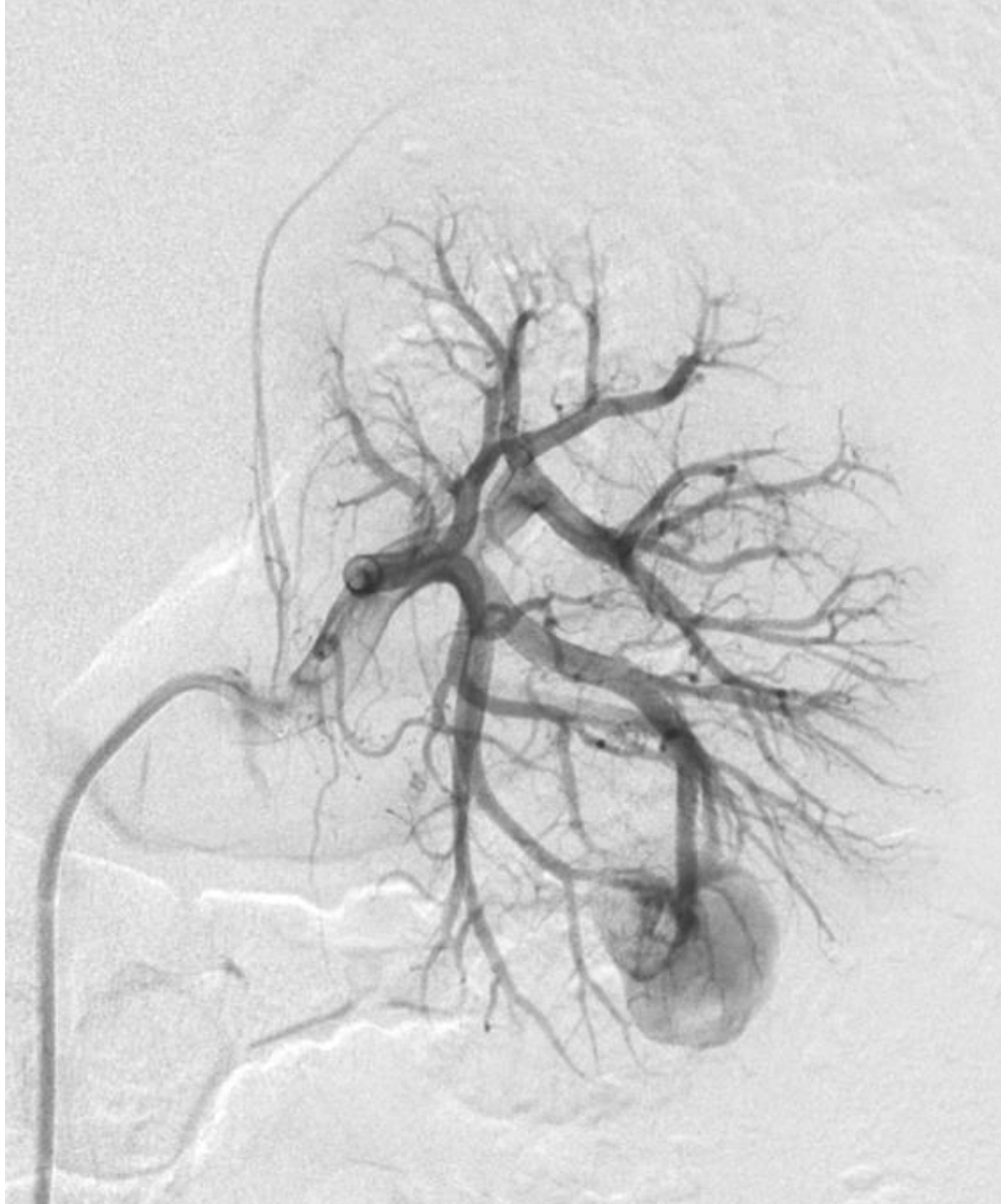


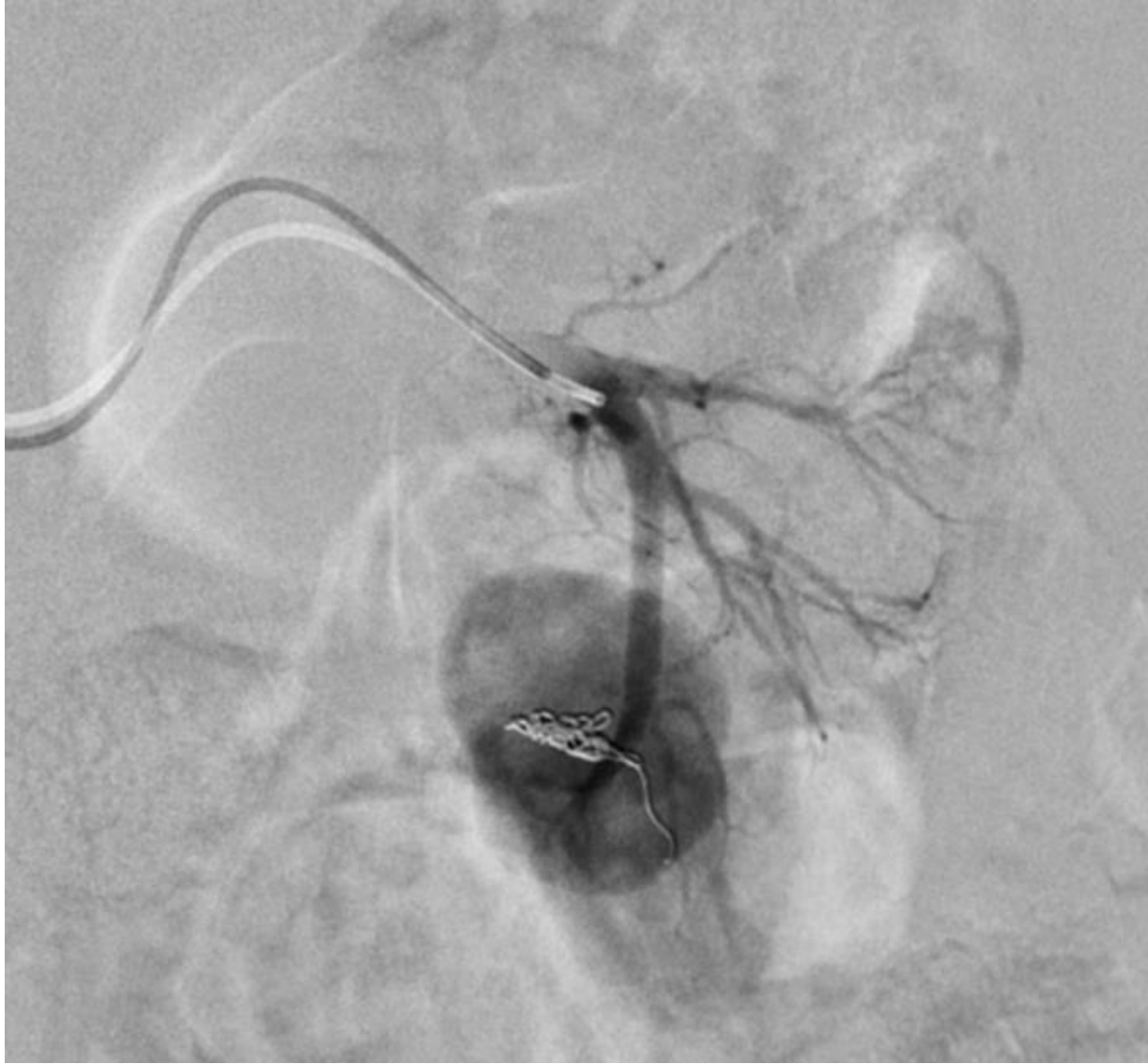


IATROGENE

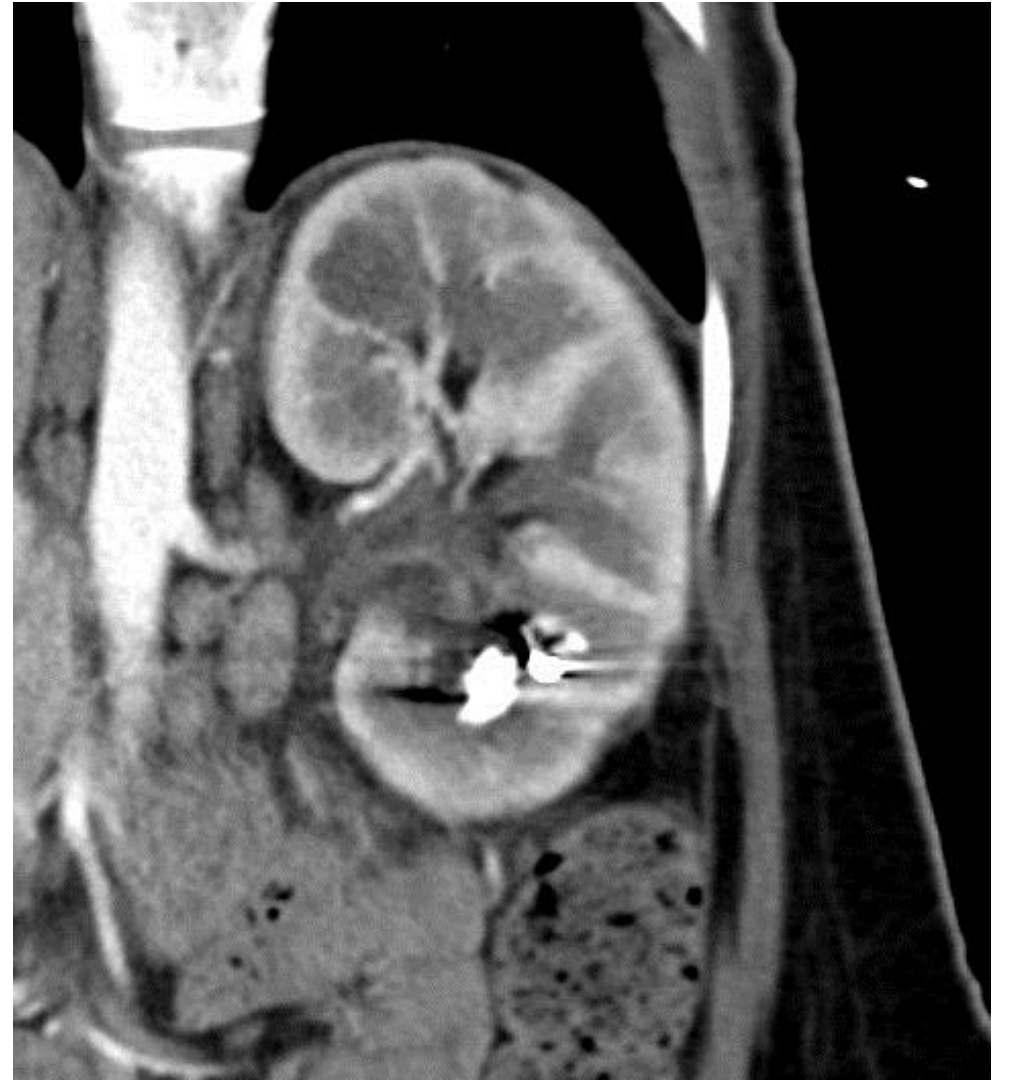
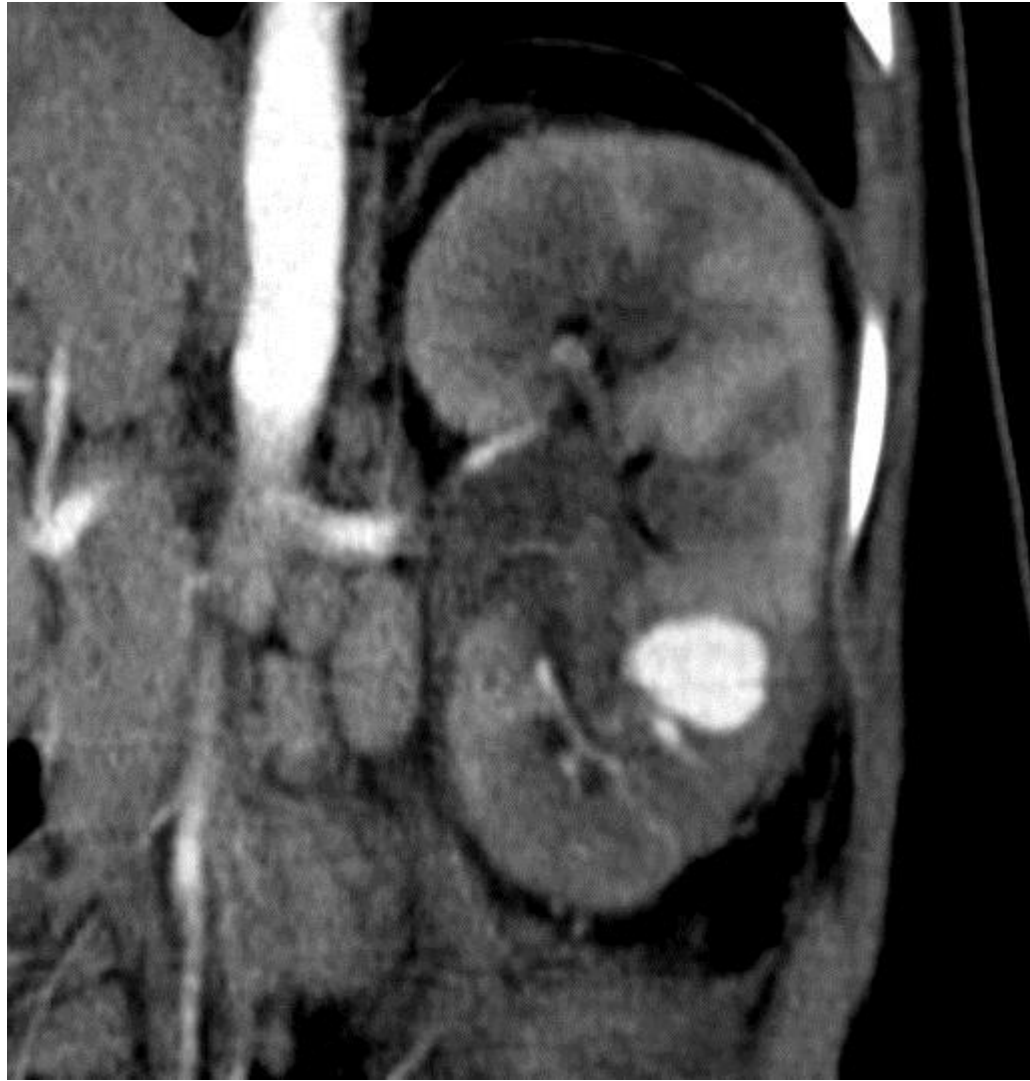
NEPHROLITHOTOMIE
PERCUTANEE



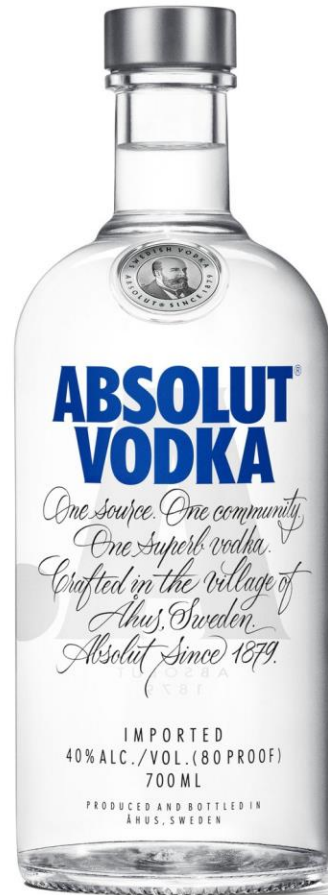


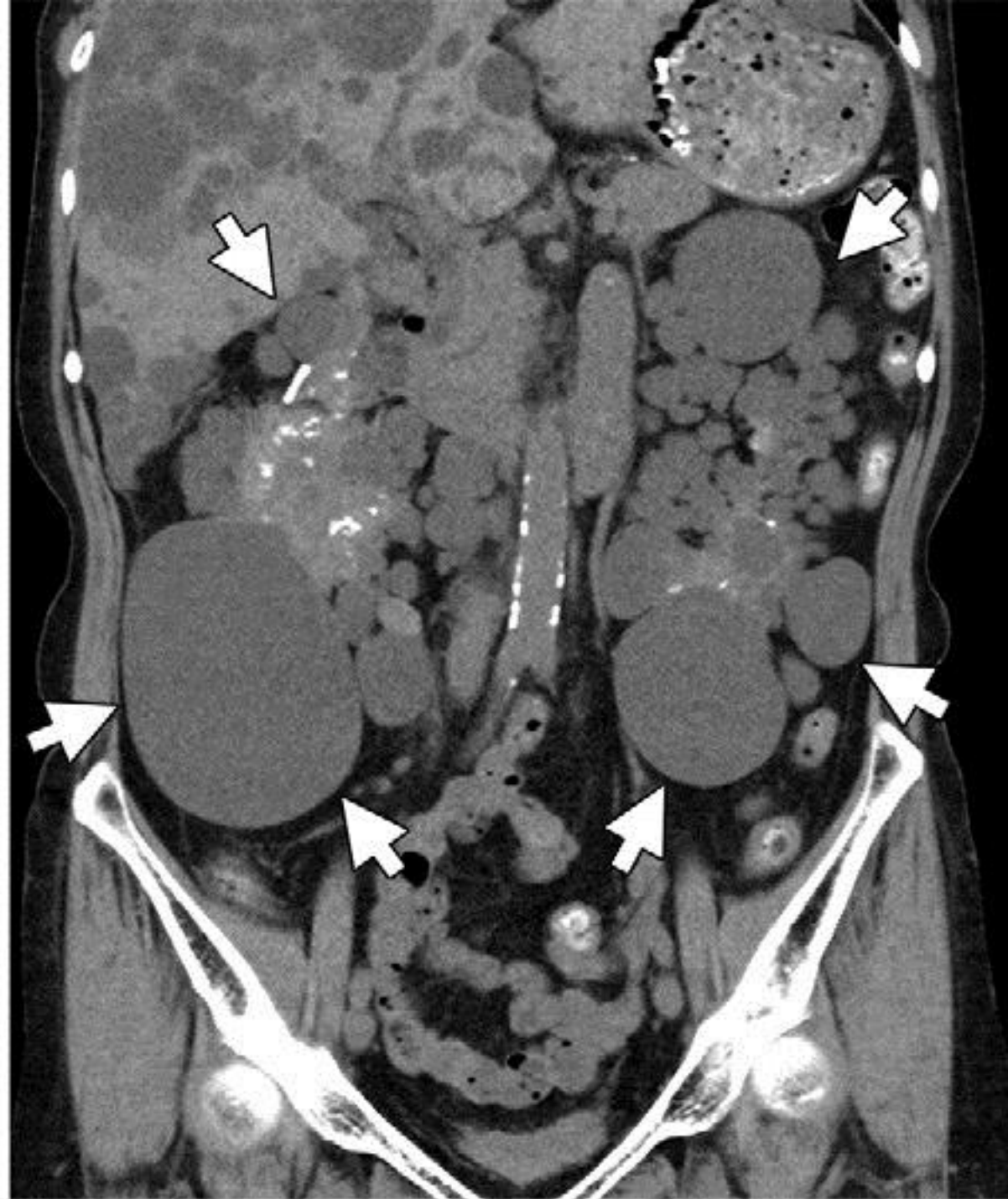
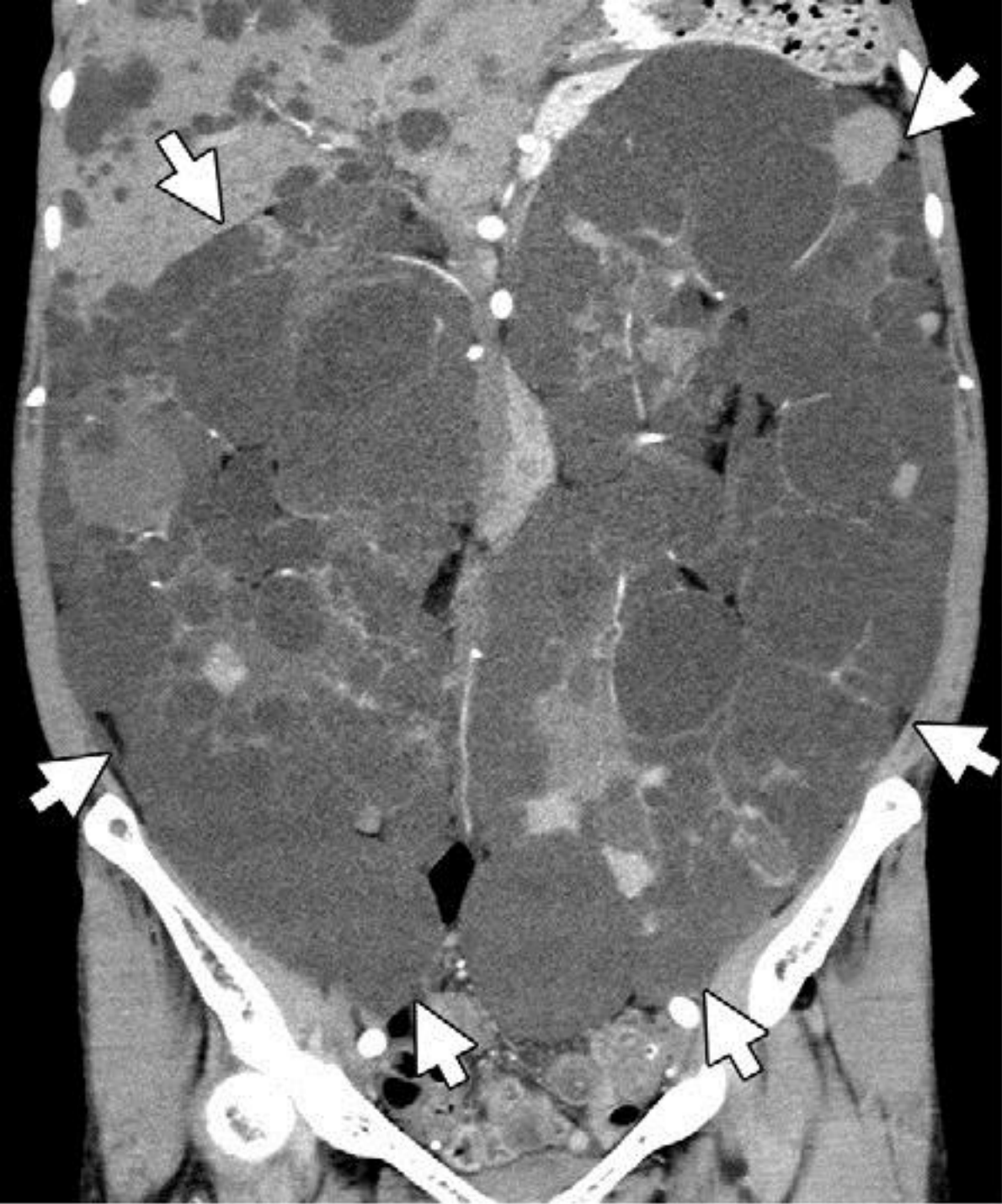


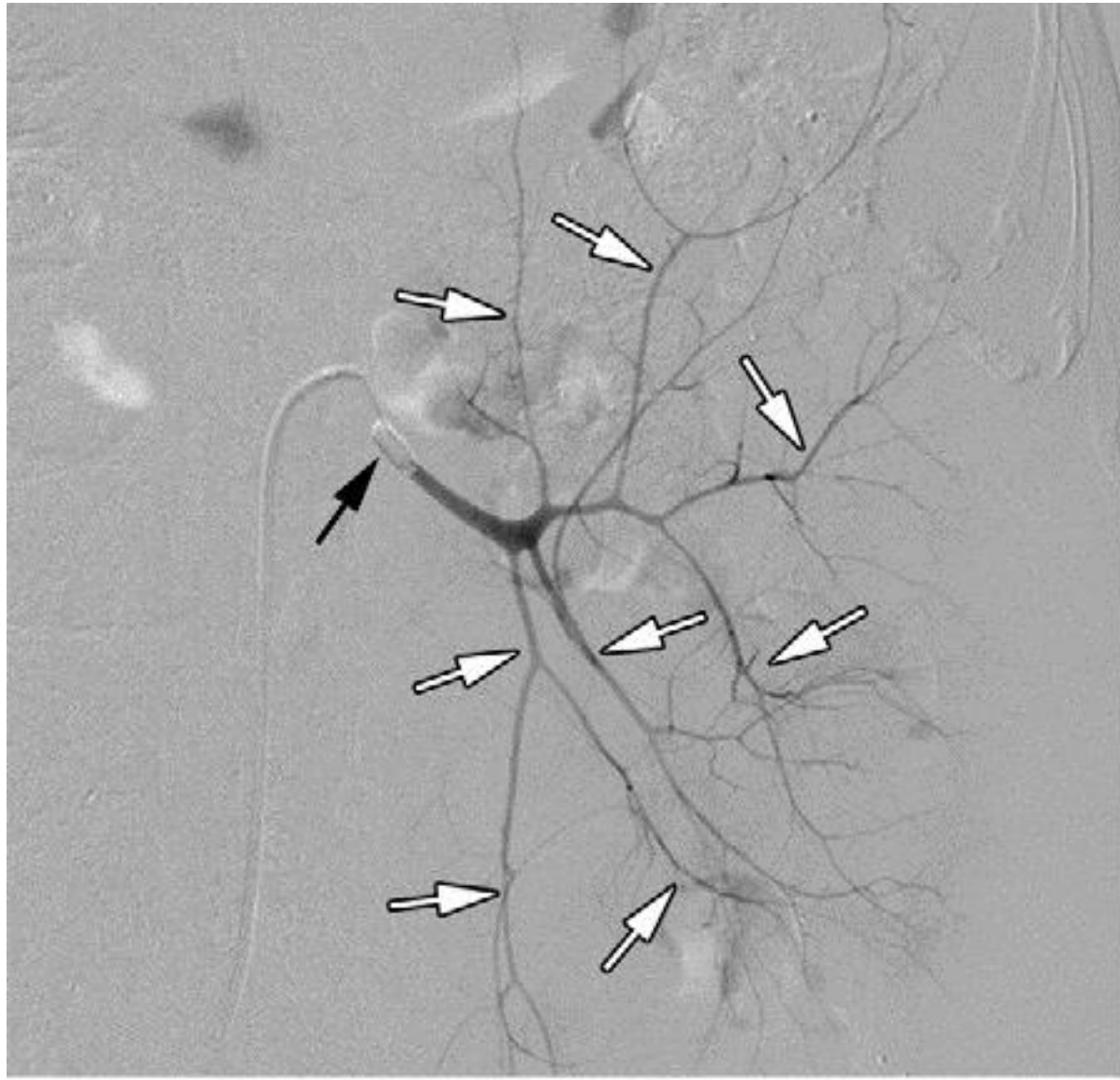




CYTOREDUCTION RENALE

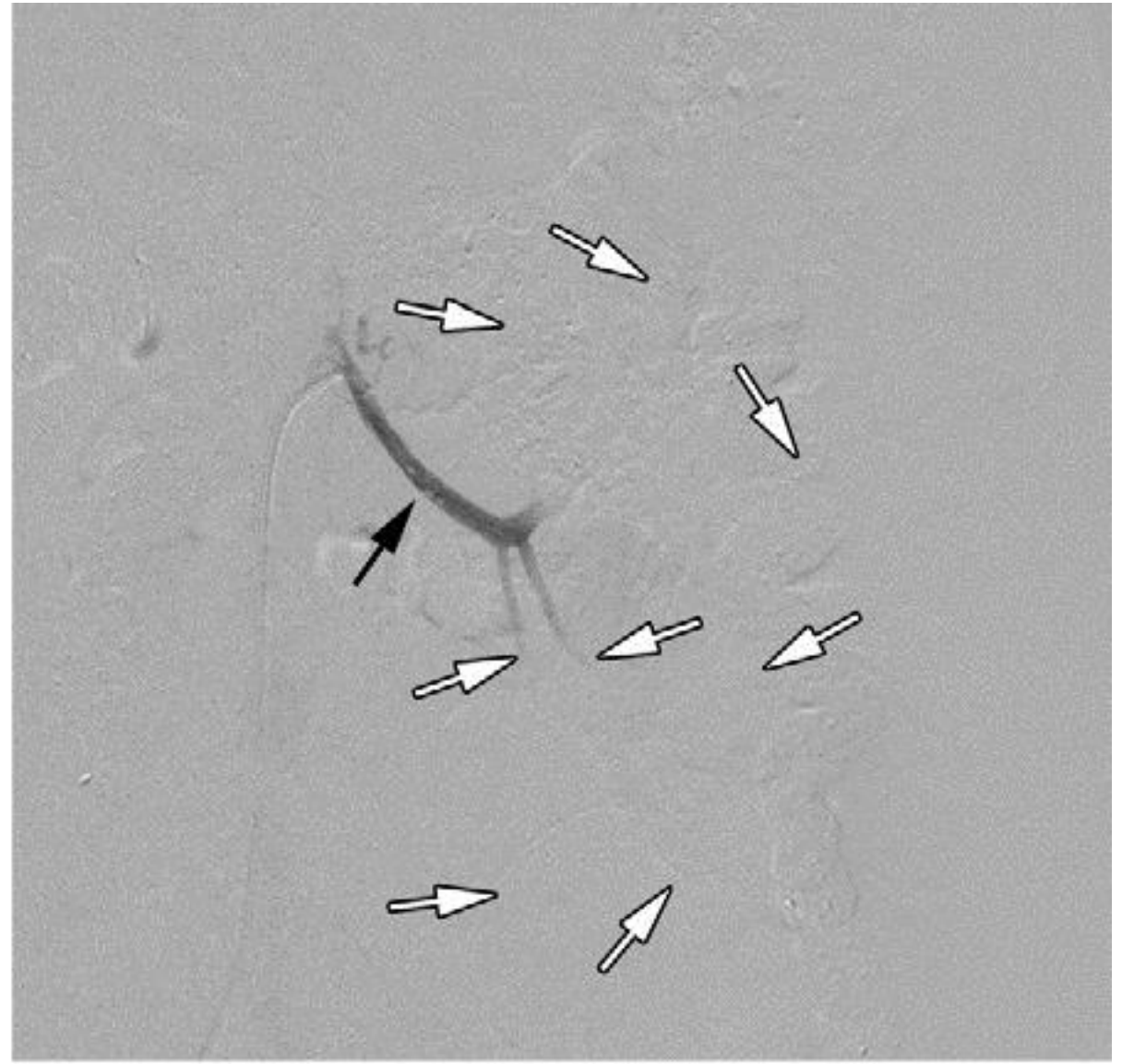






a.

Yusuke Sakuhara, Radiology 2015



b.

COMPLICATIONS

- Douleur : Exclusion rénale (ethanol ++)
- Syndrome post-embolisation : fréquent (volume), corticoïdes
- HTA
- IRA
- Hématurie
- Embolisation hors cible, Ischémie rénale
- Liées au cathéterisme : Hématome, dissection, ...

CONCLUSIONS

- Embolisation en pathologie rénale s'adresse à des affections très diverses : Dévascularisation tumorale, hémostase, anévrismes,...
- Epargne néphronique en générale permise.
- Pas de risque majeur si bonne indication, maîtrise du cathétérisme artériel et de l'embolisation endovasculaire.
- Une concertation pluridisciplinaire est indispensable pour poser au mieux les indications lorsqu'elles sont difficiles : anévrismes, AML