

19<sup>ème</sup> 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

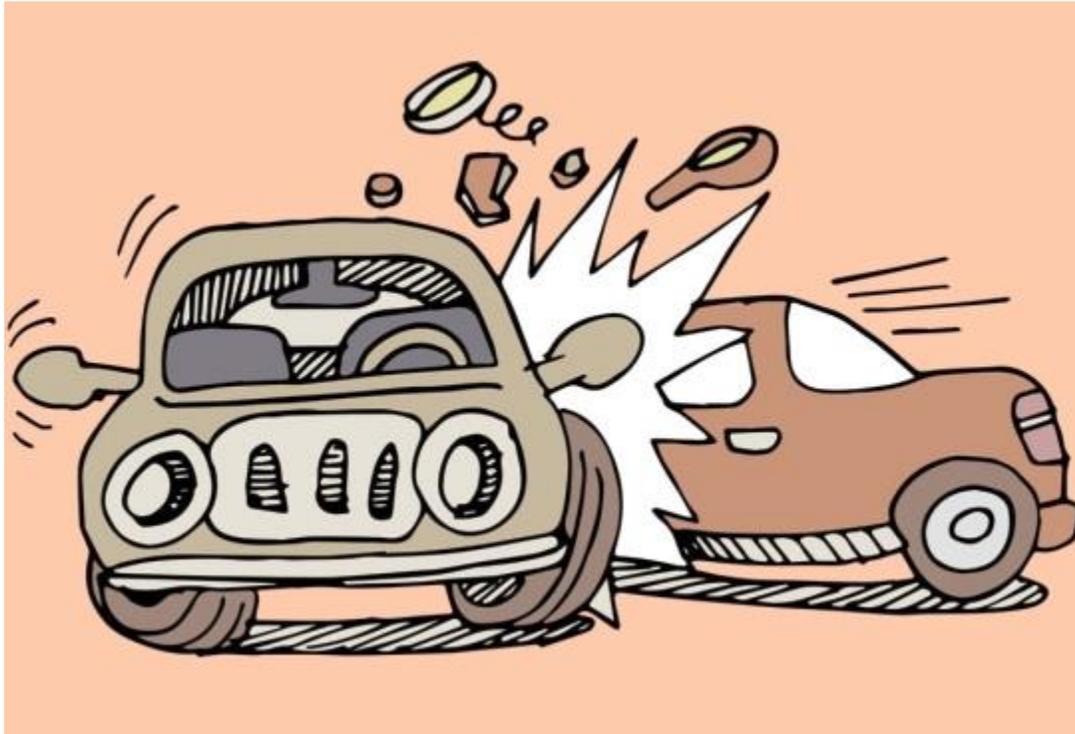
Mars 2019



# 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

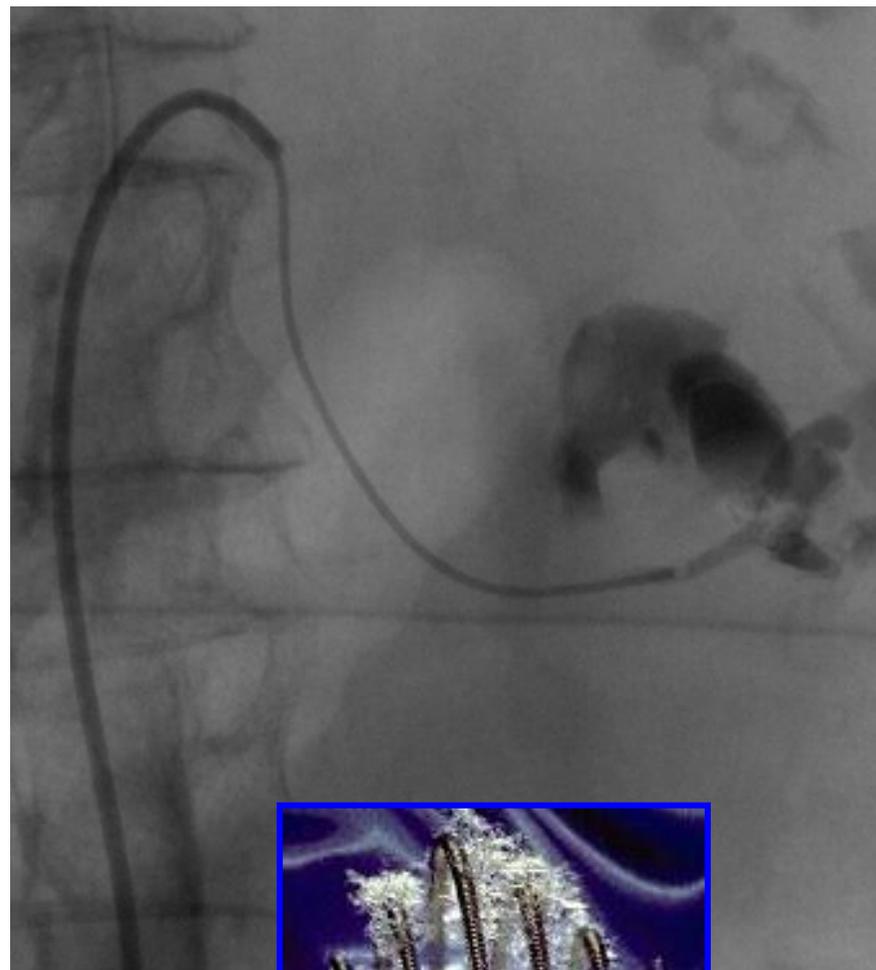
# TRAUMATISME





Patiente 93 ans  
Piéton renversée par VL  
Syndrome hémorragique  
Stabilité hémodynamique



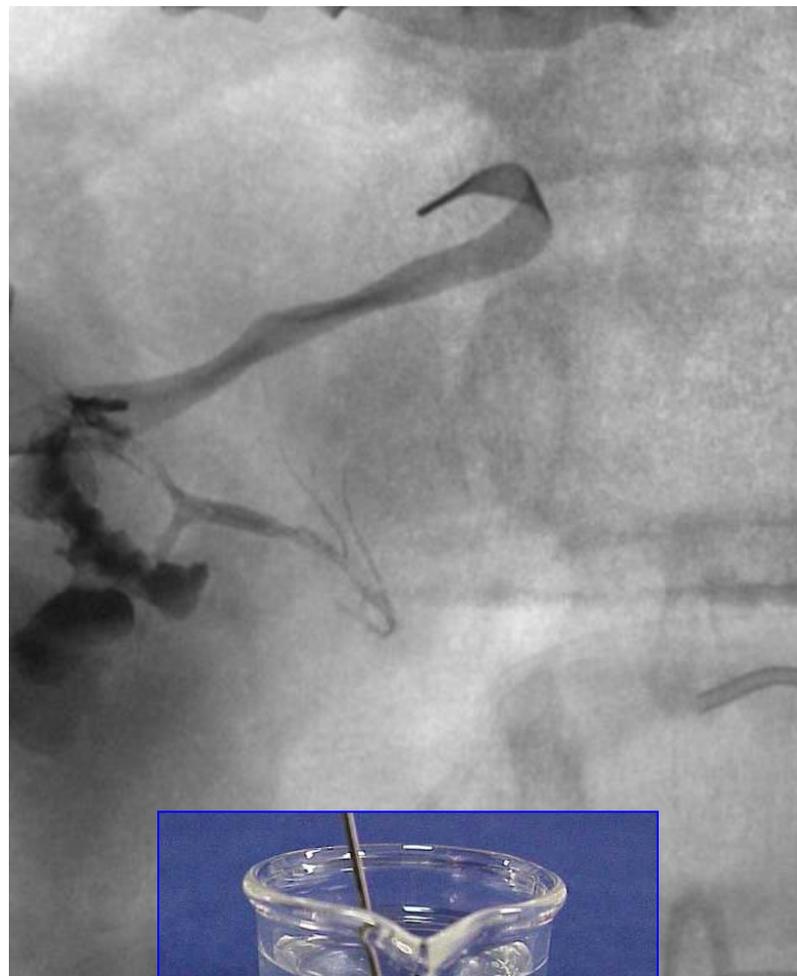
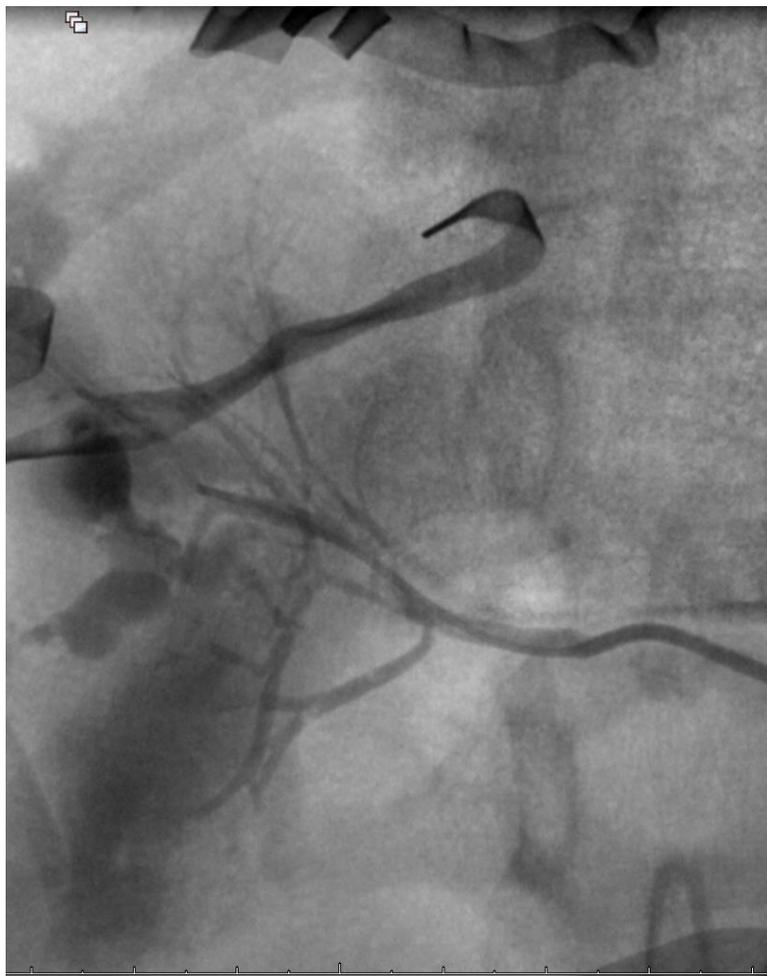


Bonne évolution immédiate  
Décès à J5 sur défaillance respiratoire

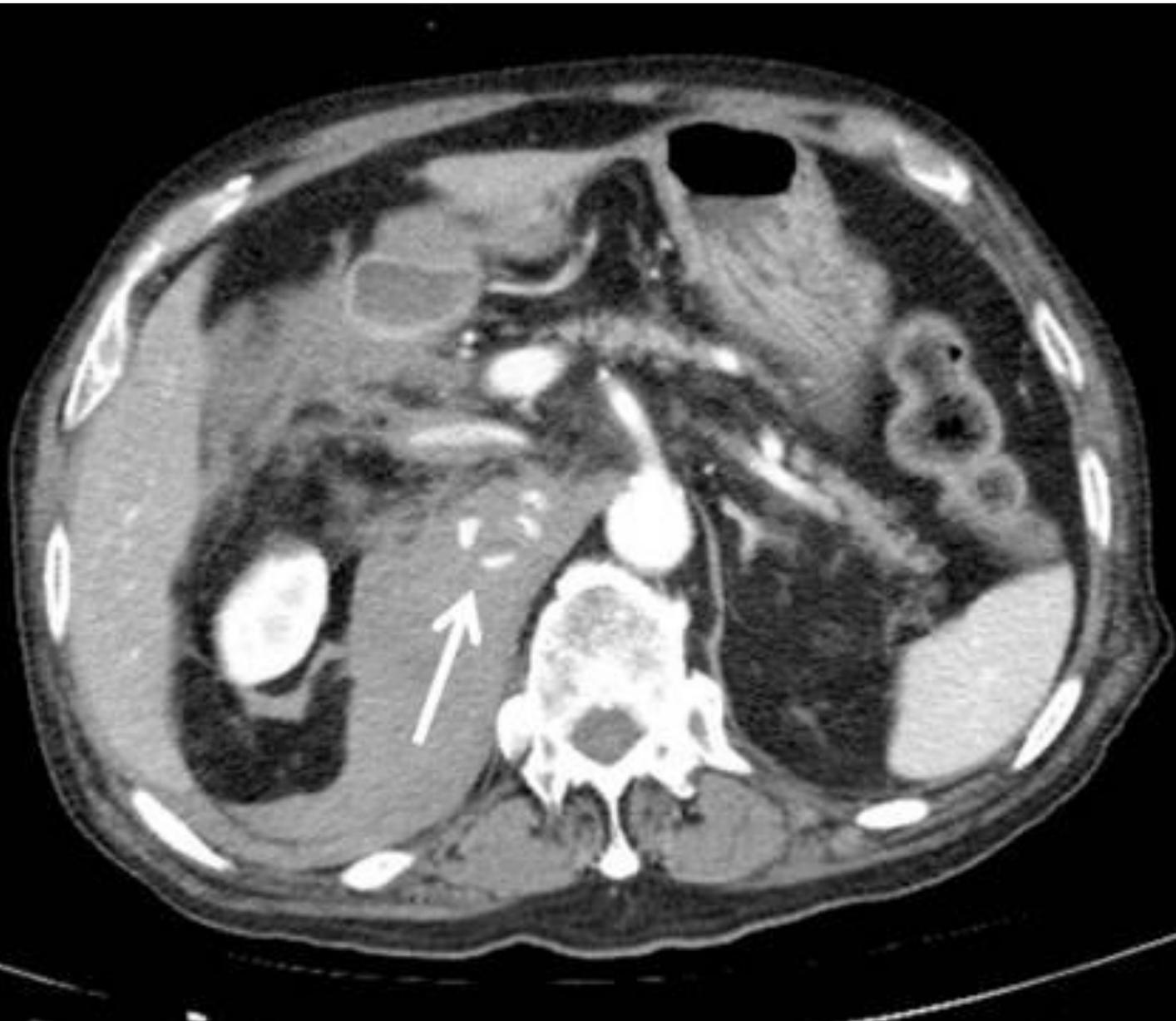
- Femme 30 ans
- Plaie pénétrante couteau thorax et abdomen
- Transfert de CHR stable
- Arrivée : choc hémorragique réfractaire

- 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

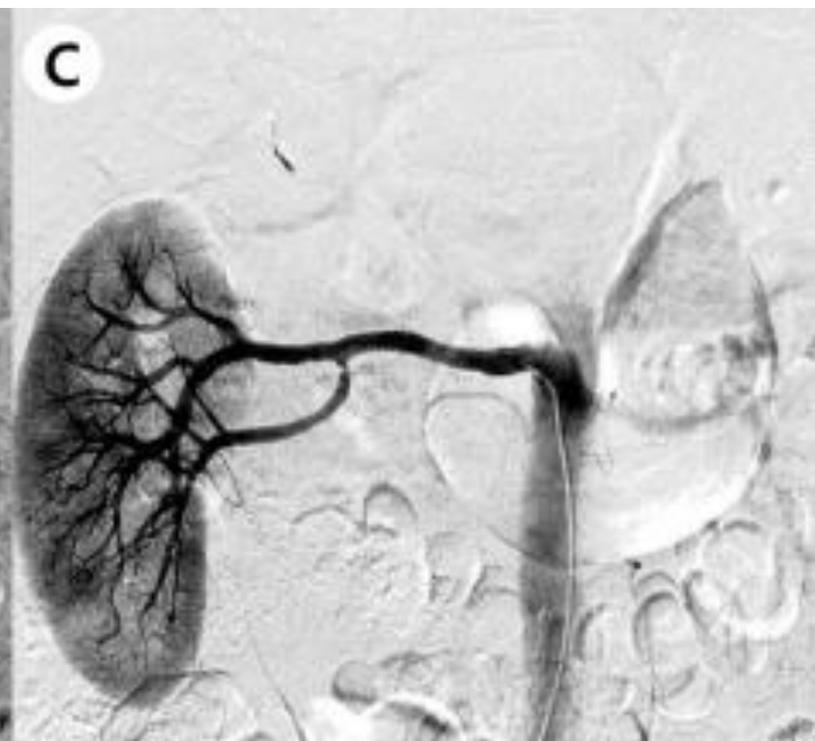
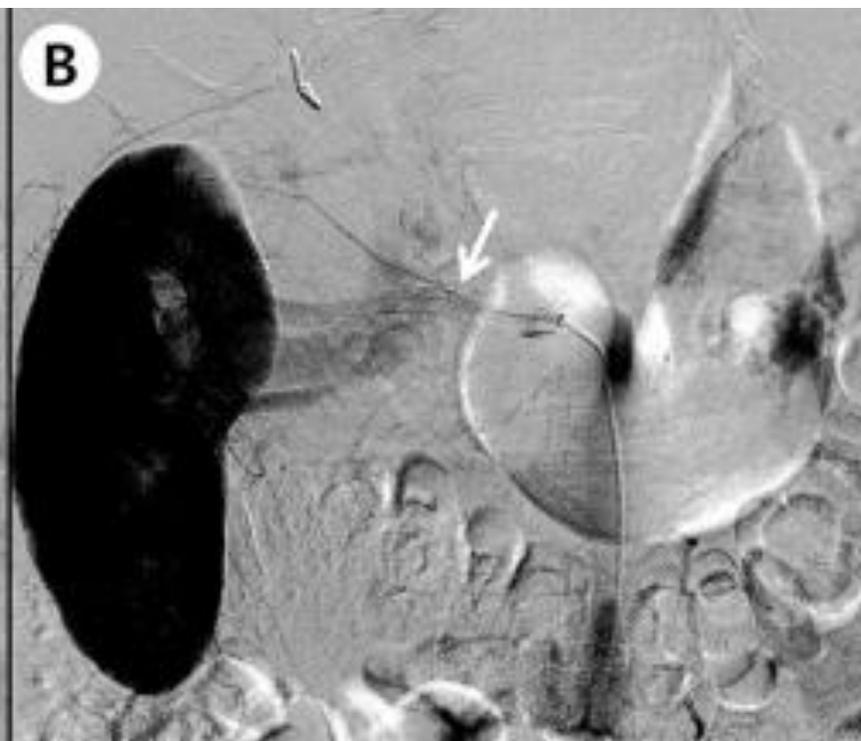




Bonne évolution clinique.  
Sortie d'hospitalisation à J15.



[F]

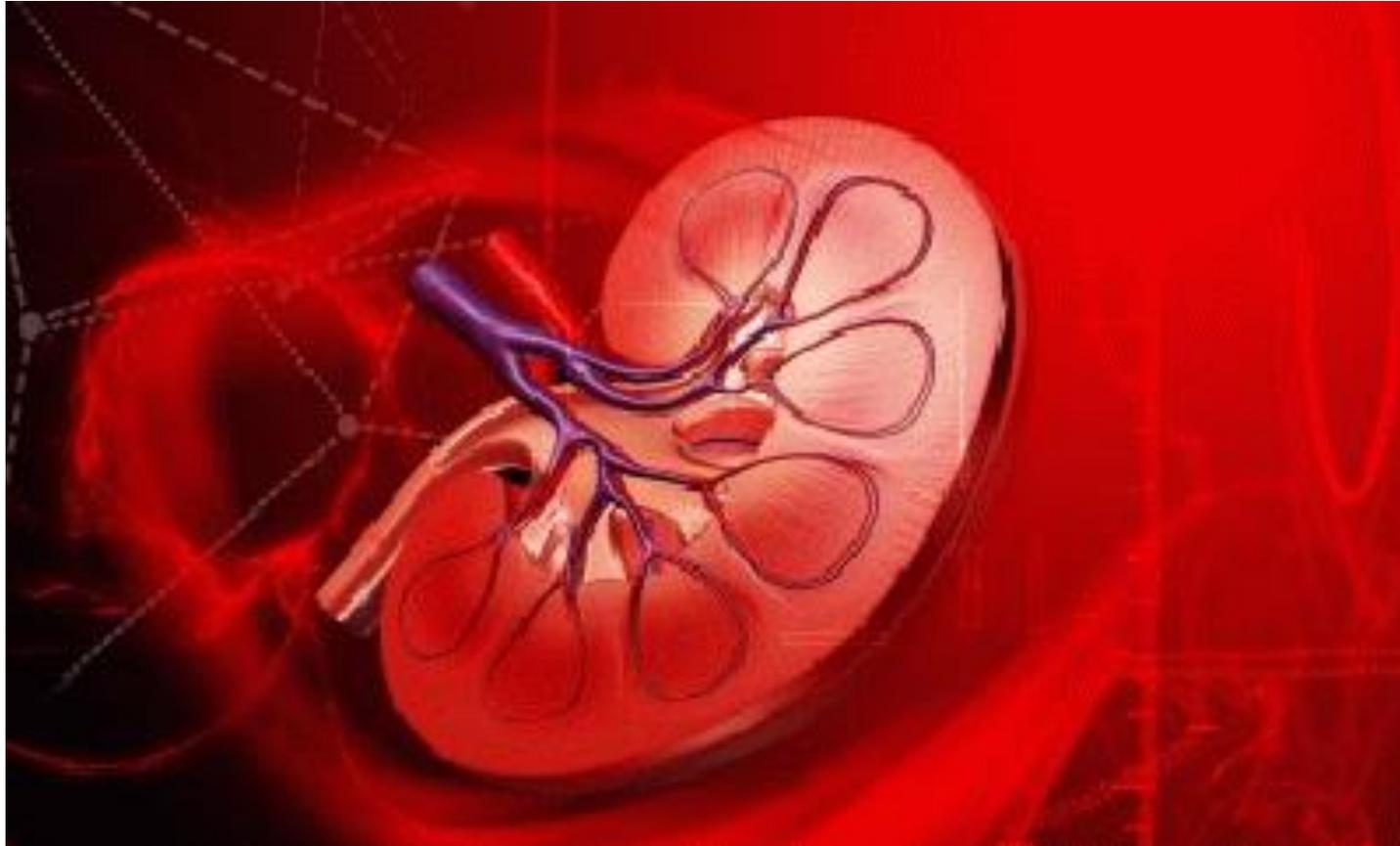


ACC +/- AAP



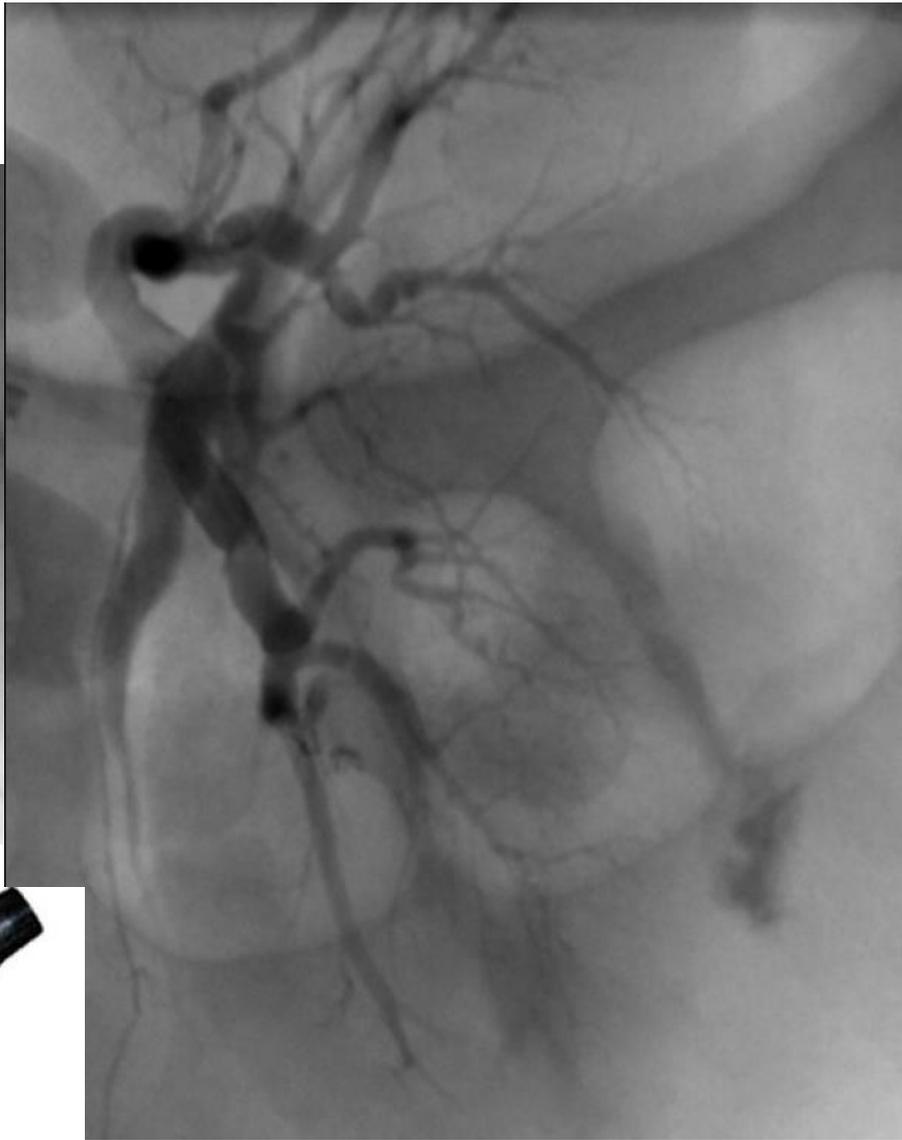
ACC +++

# SPONTANÉ



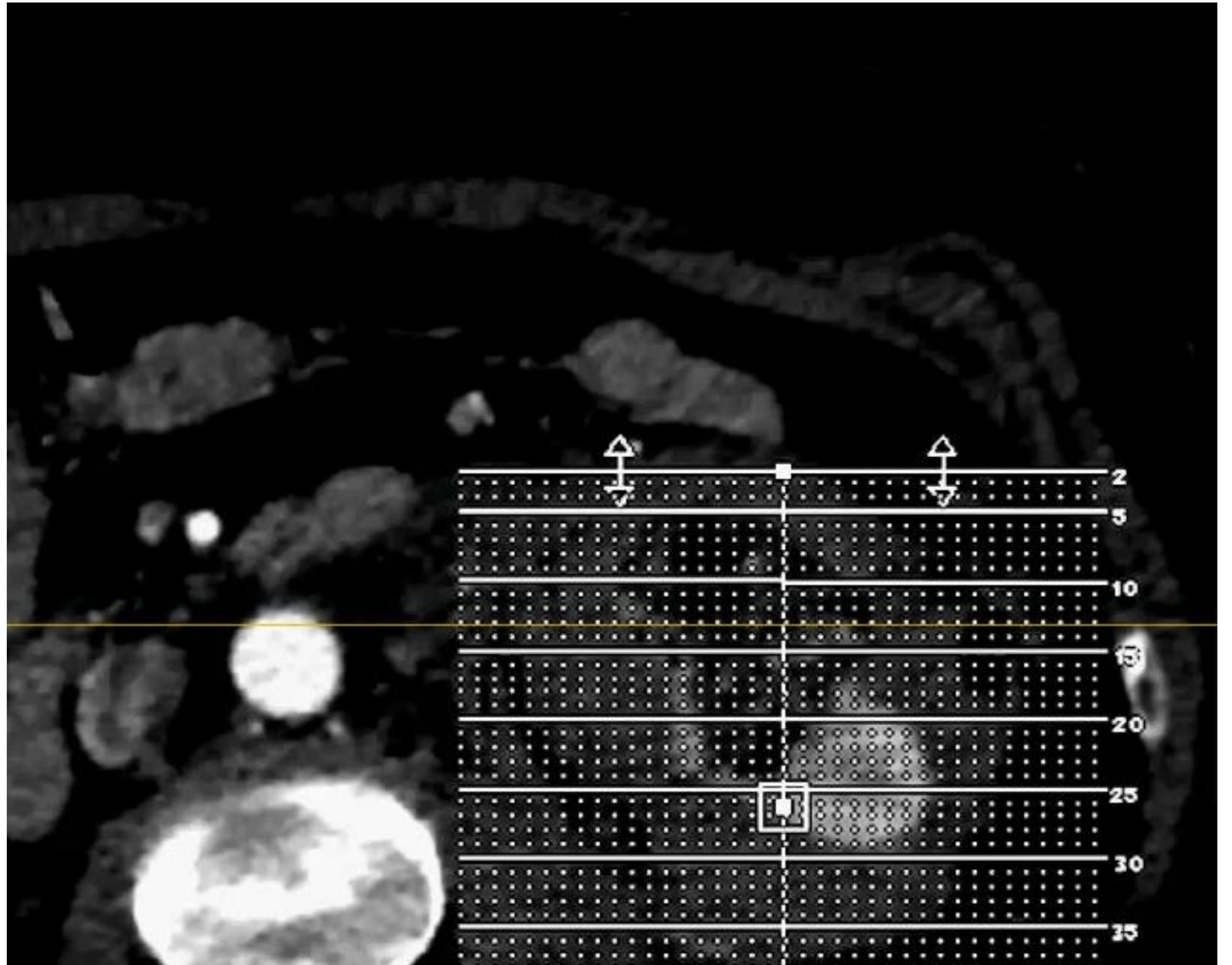


Patient de 50 ans  
HTA  
Douleur abdominal intense  
Angioscanner



Patiente de 60 ans  
Sans antécédent  
Douleur abdominal intense

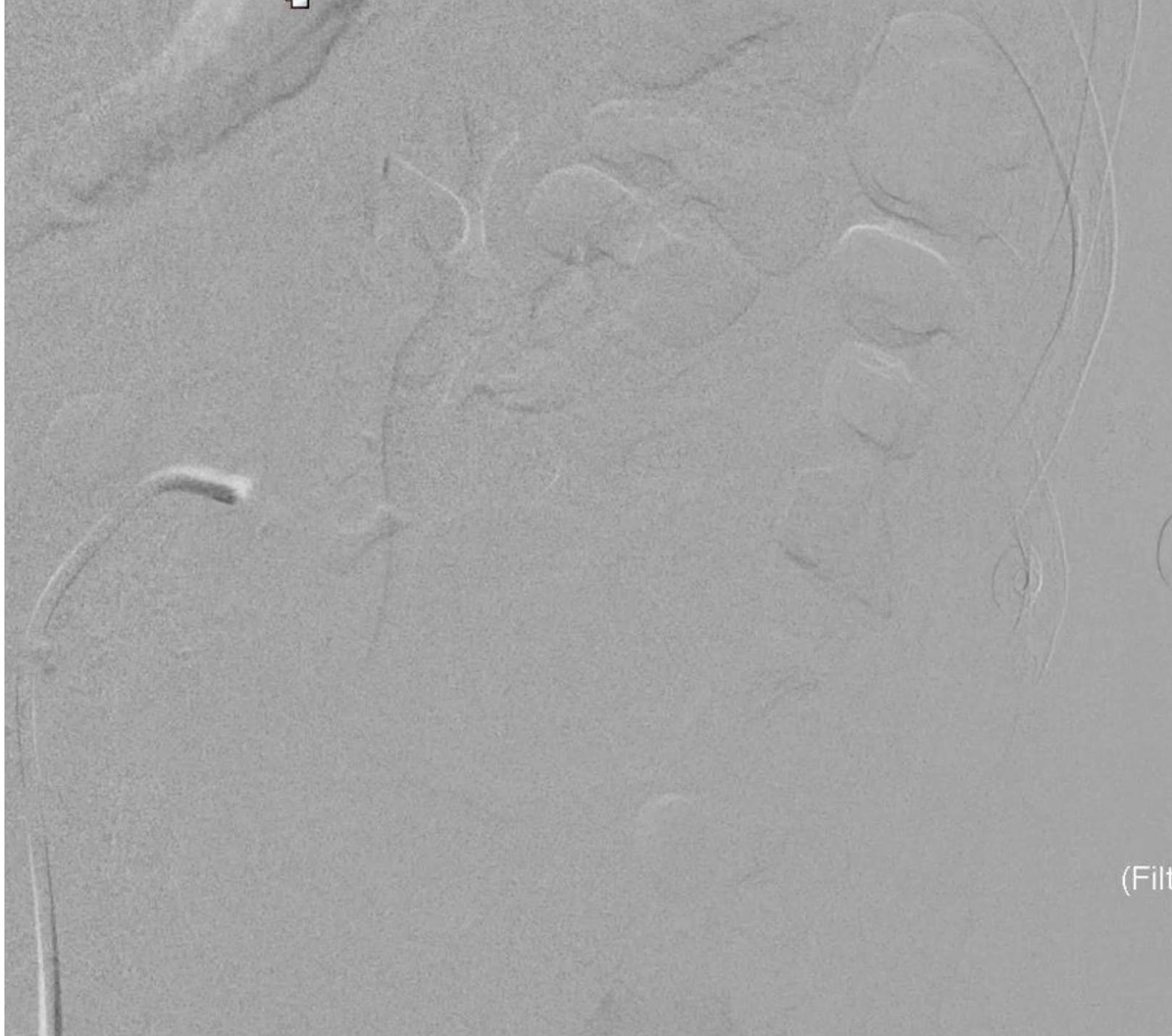
Angioscanner



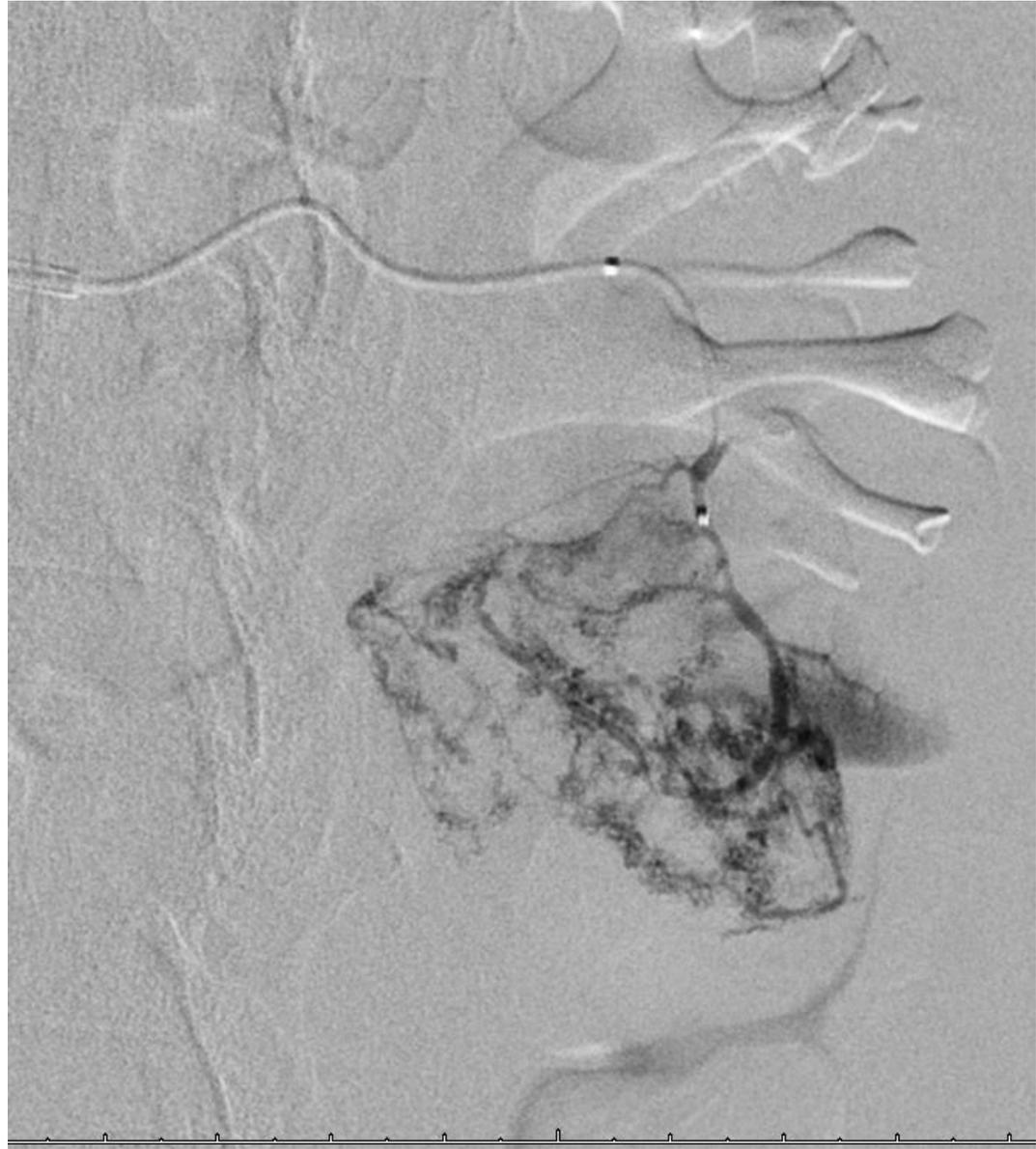
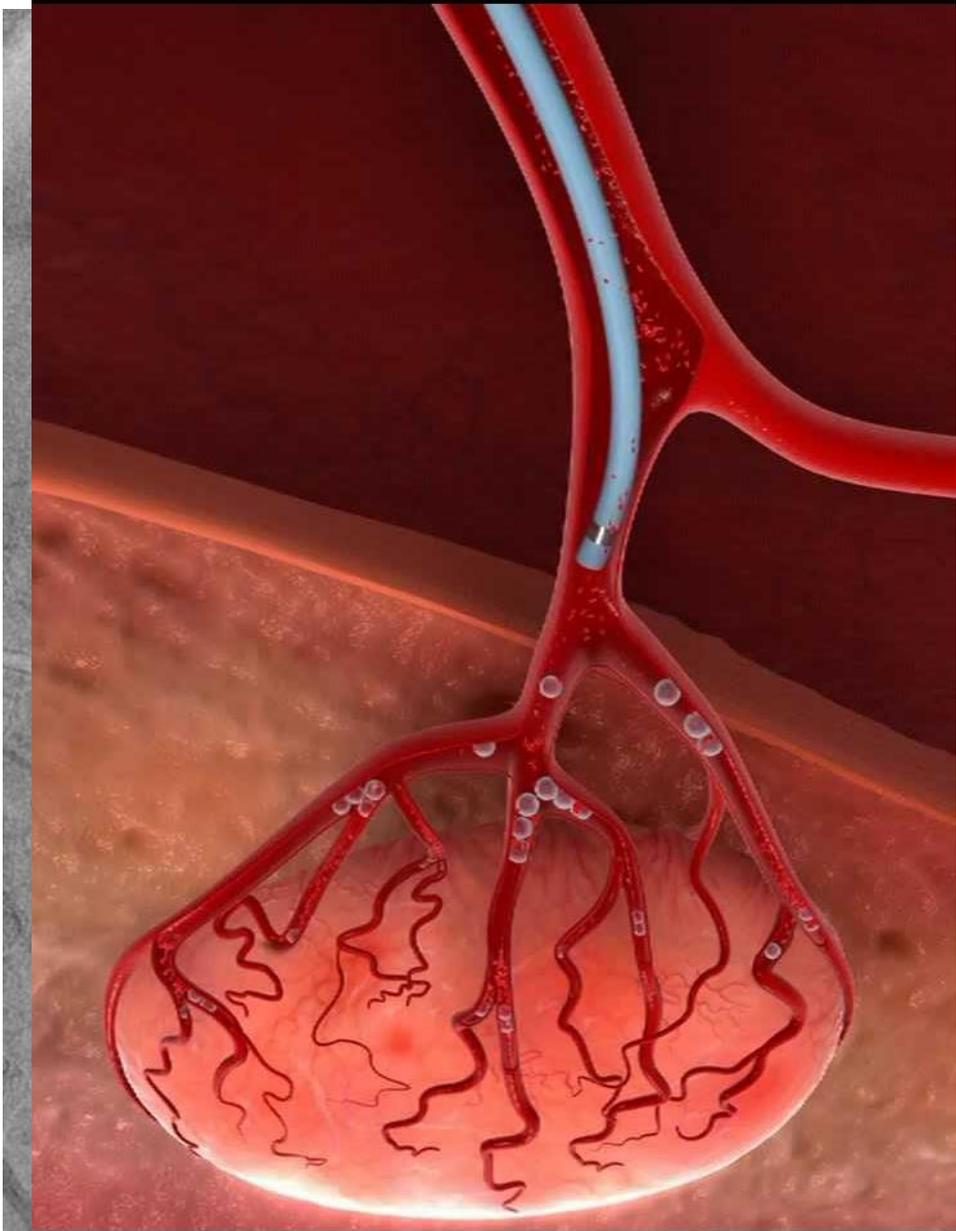
# ANGIOMYOLIPOME

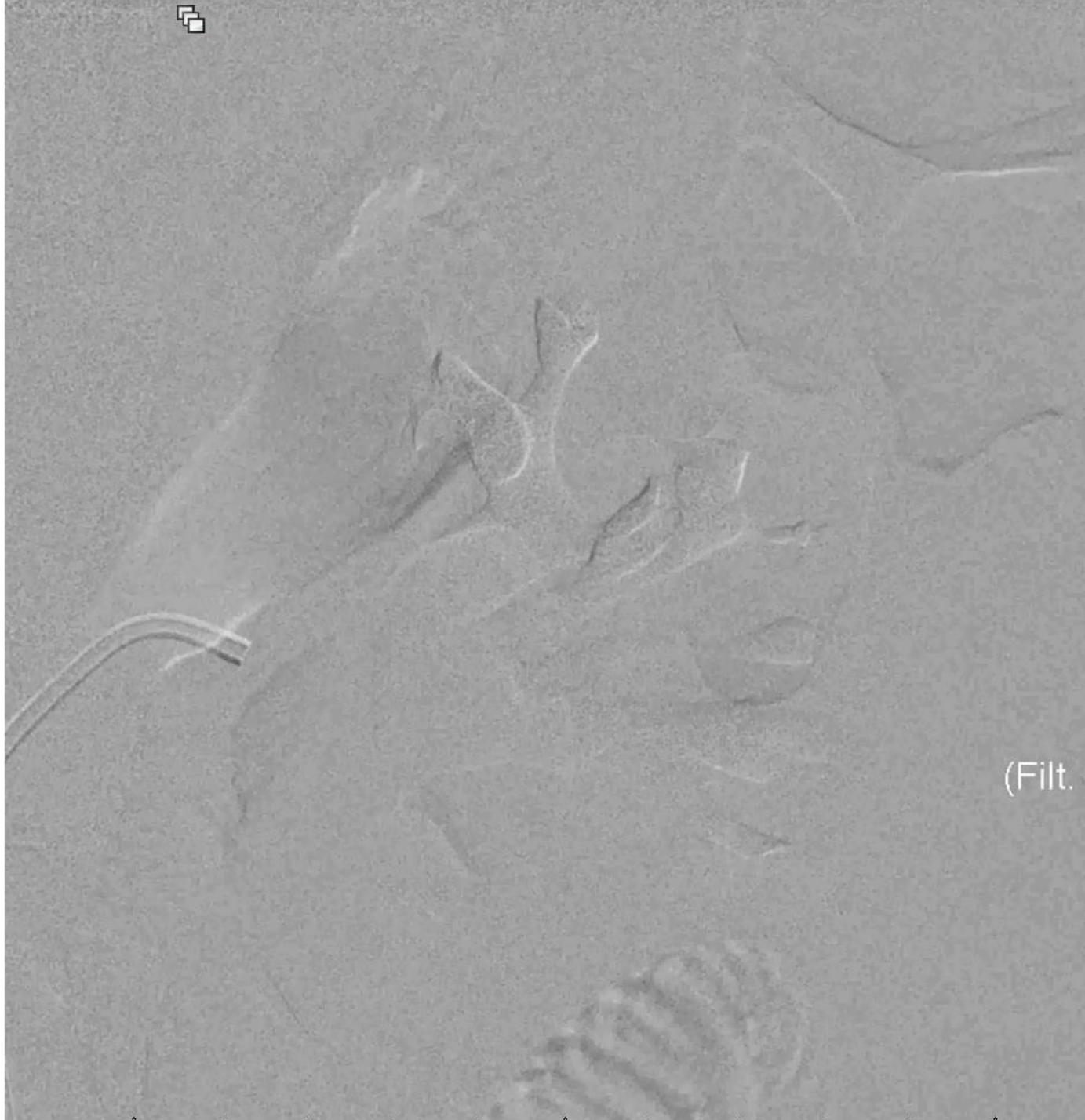
- Complications hémorragiques > 4 cm de diamètre et dans la sclérose tubéreuse de Bourneville.
- L'embolisation est justifiée devant un syndrome hémorragique:
  - permettant de contrôler l'hémorragie et,
  - de dévasculariser +/- totalement l'angiomyolipome
  - La chirurgie n'est pas toujours nécessaire
- 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



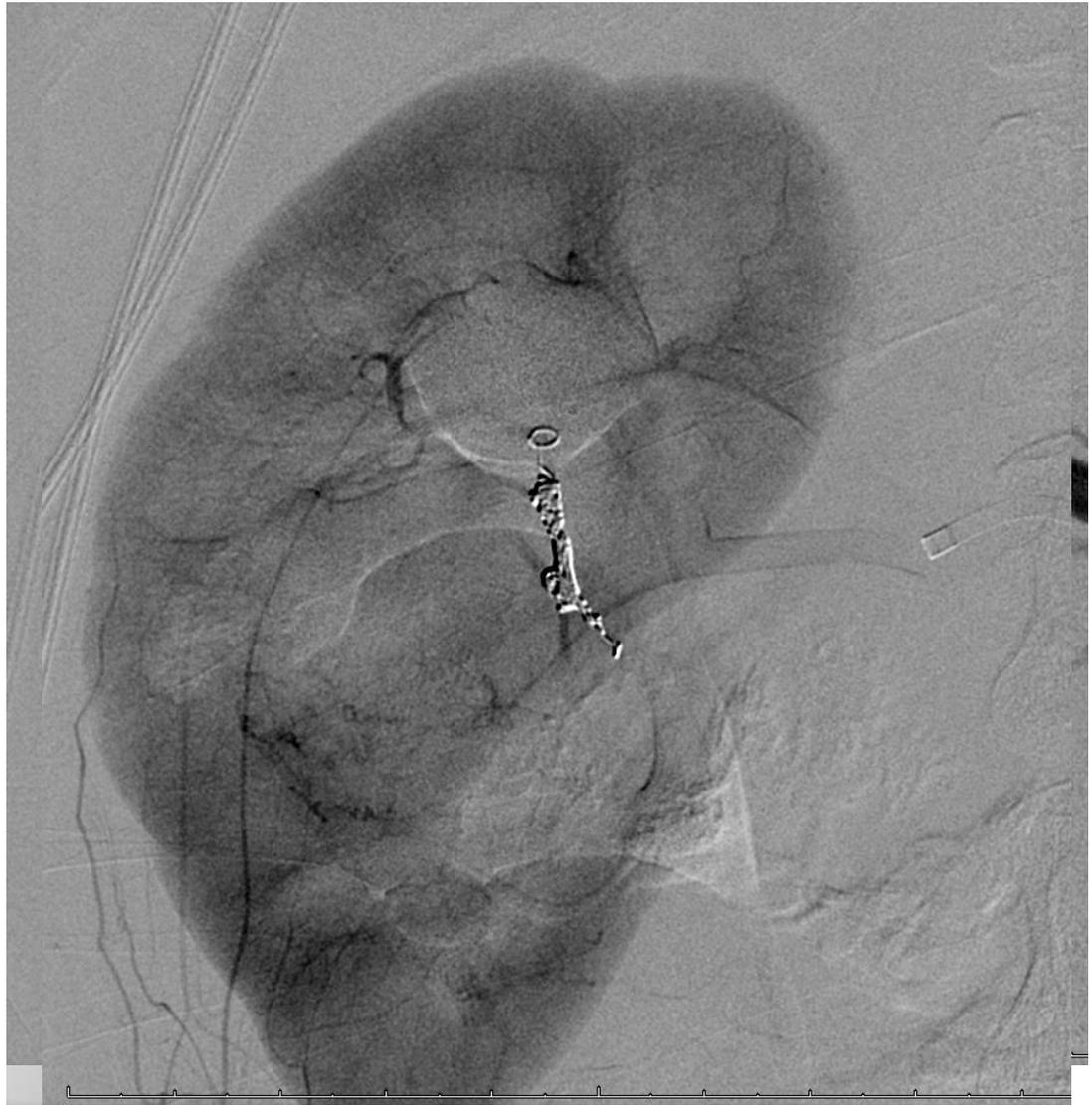


(Filt



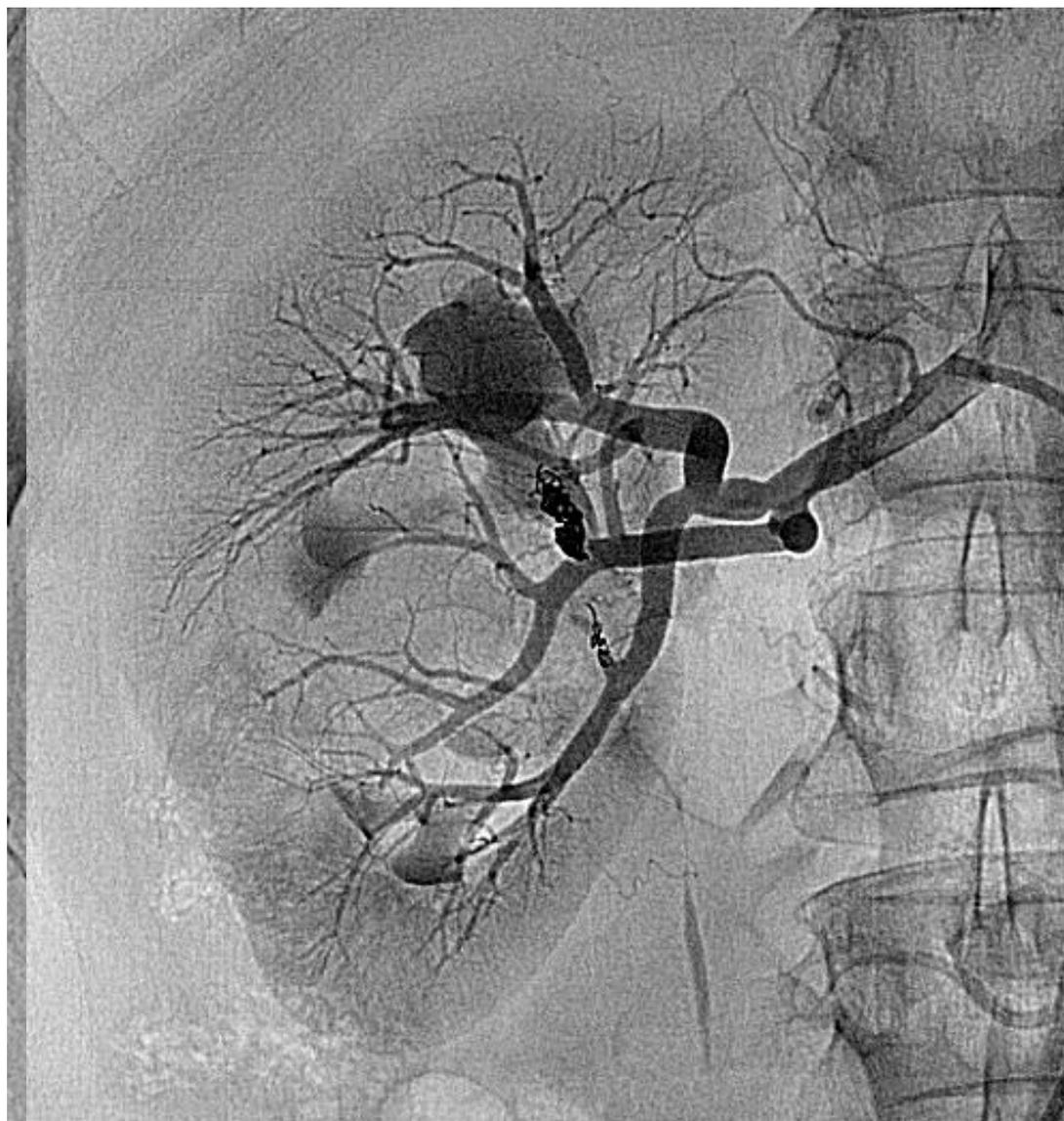
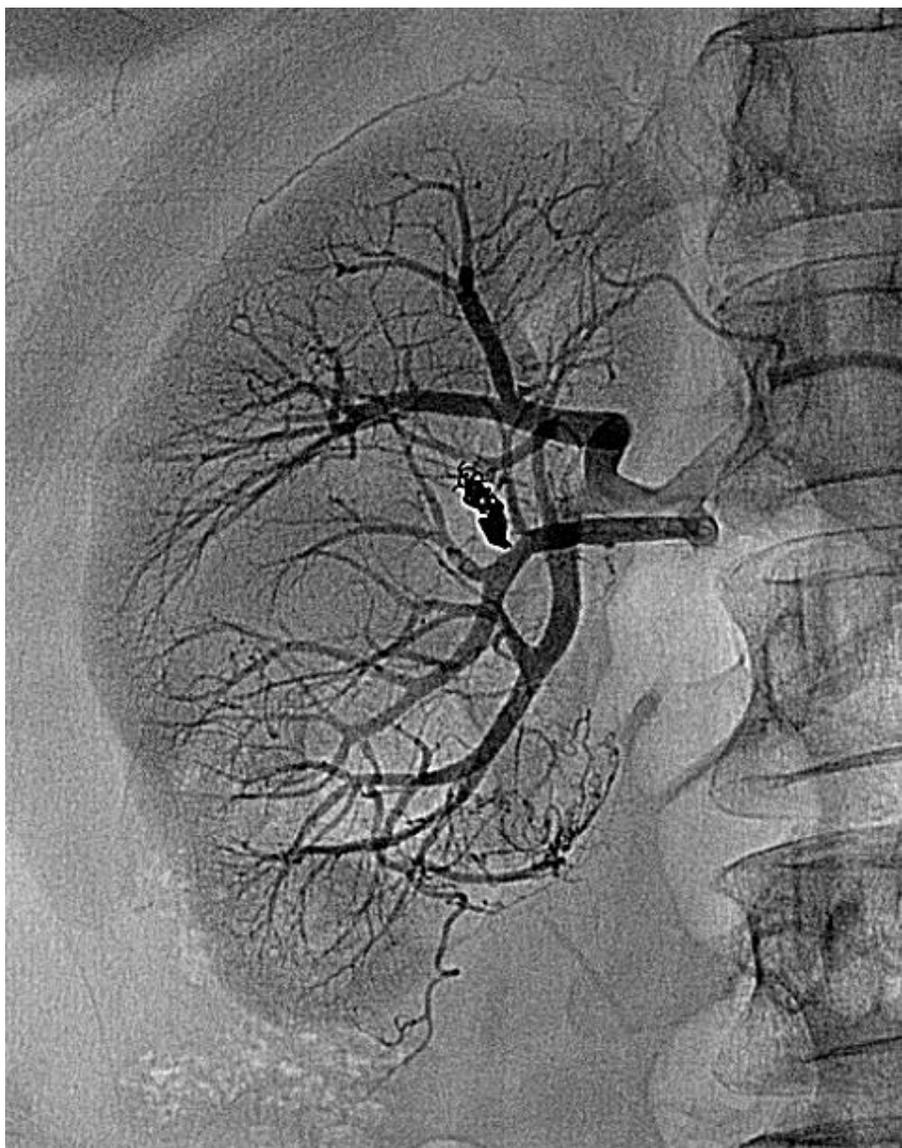








6ans plus tard



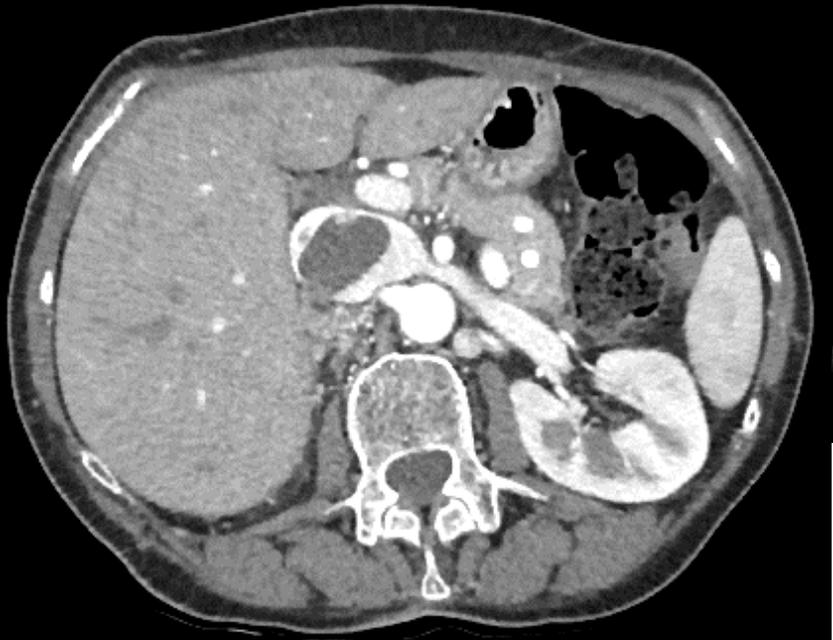
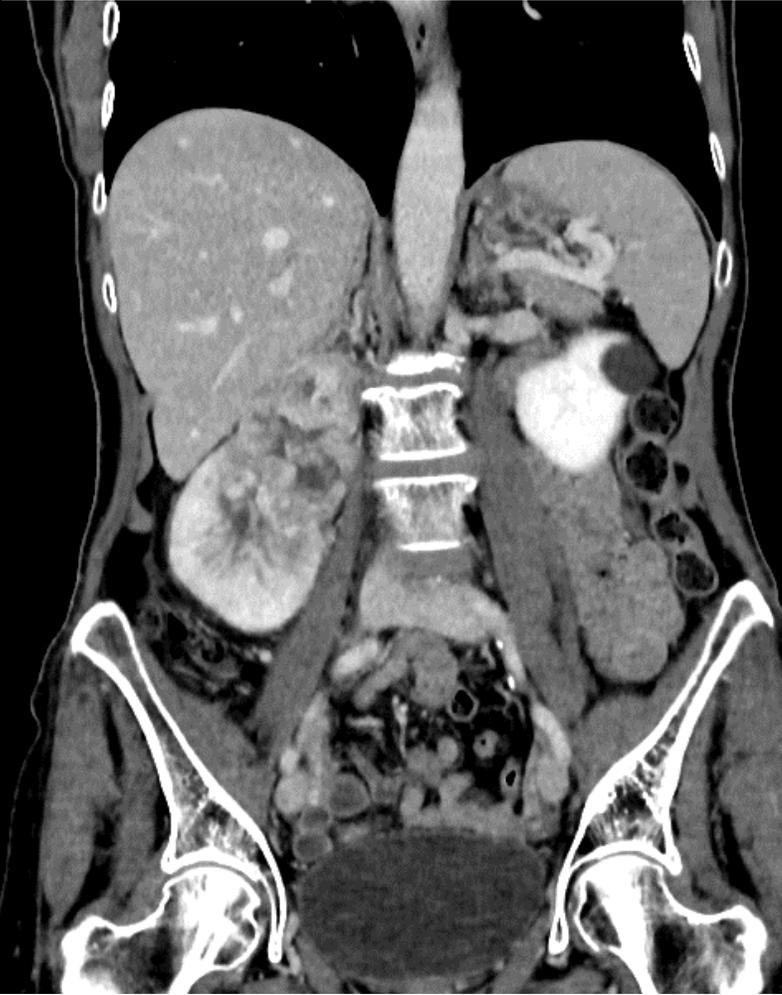
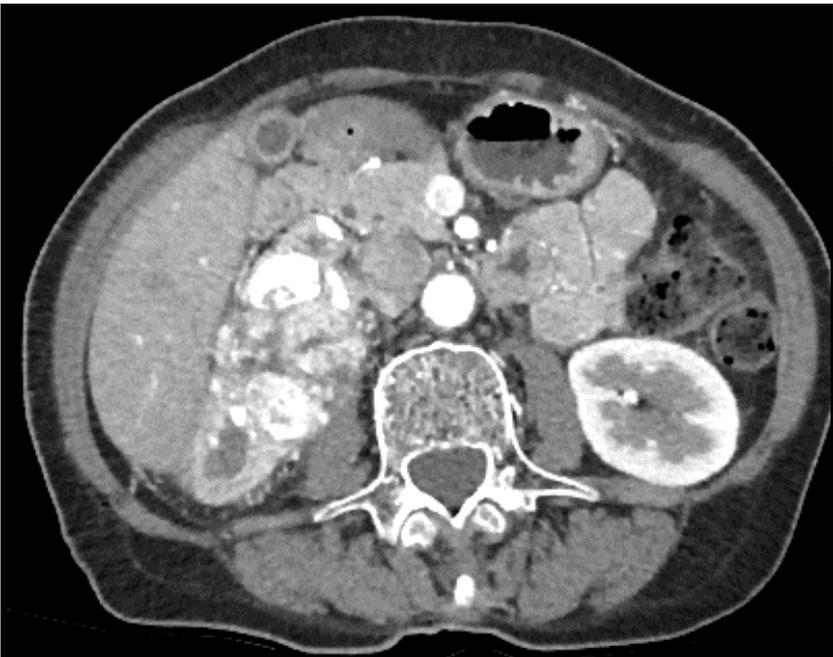
# Pre-Operatoire



# 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**



- Amplatz 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

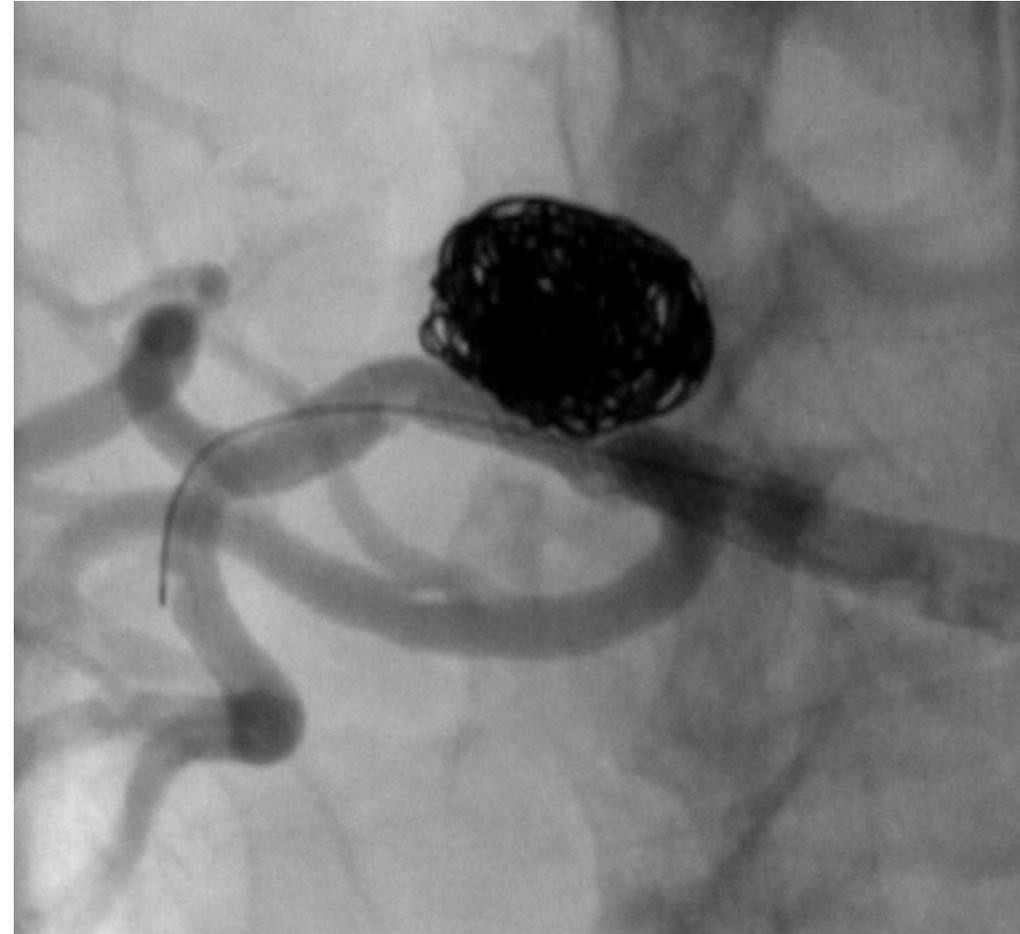
- Douleurs post embolisation au bout de 30'
  - Titration morphine
- Bradycardie 70 → 40bpm instantanée après embolisation surrénalienne
  - Prévenir l'anesthésiste +++
- Bloc opératoire
  - Néphrectomie « sèche » : 0 saignement
  - Veines collatérales affaissées
- Bonne évolution clinique. RAD à J10

# Aneurisme



# Anévrisme

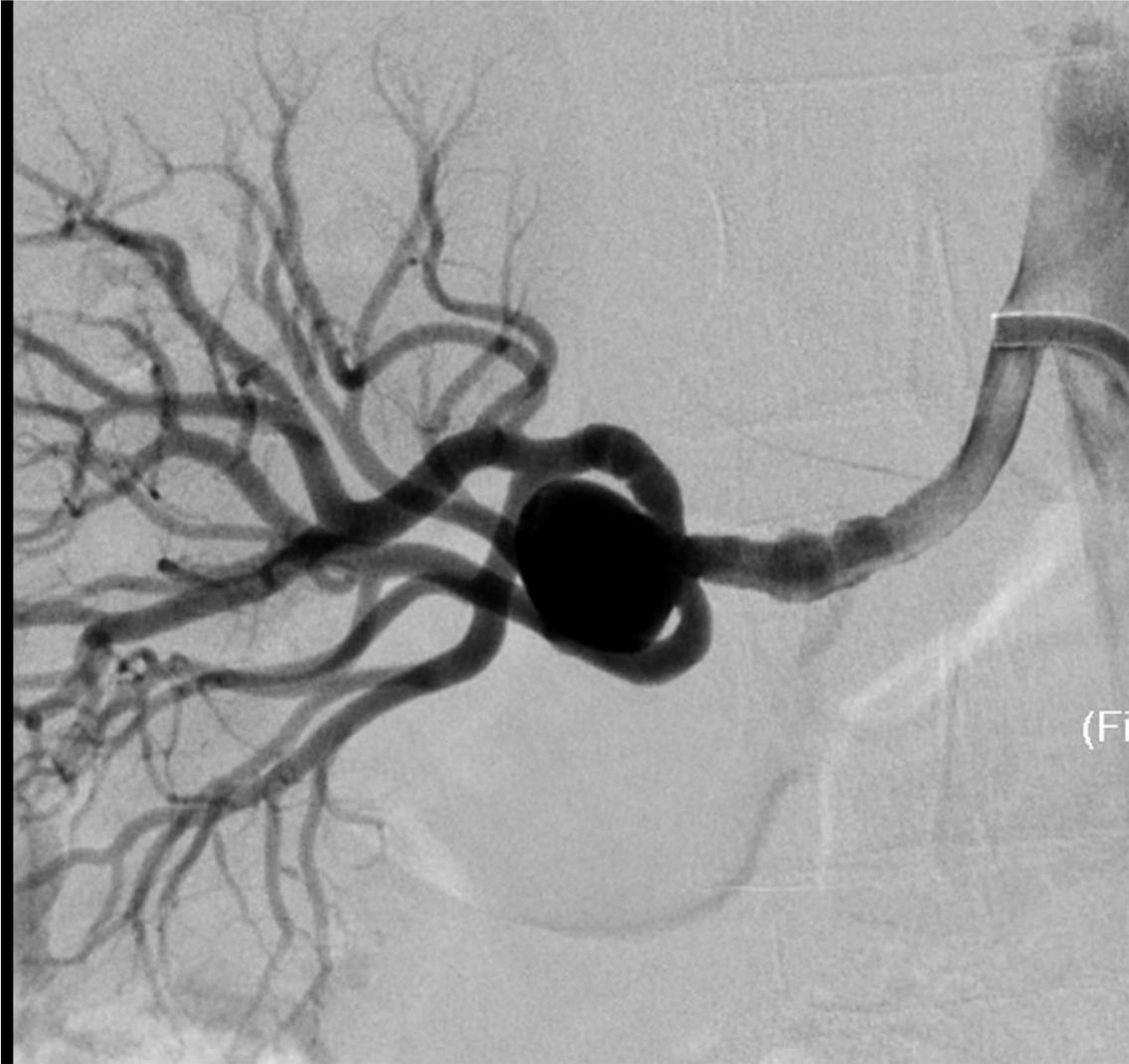
- Risque de rupture >2 cm
  - Controverse
- RCP : chirurgie versus endovasculaire
- Coiling stent assisté :
  - Héparine + AAP





Patiente de 45 ans  
DFM  
Anévrisme de 15mm





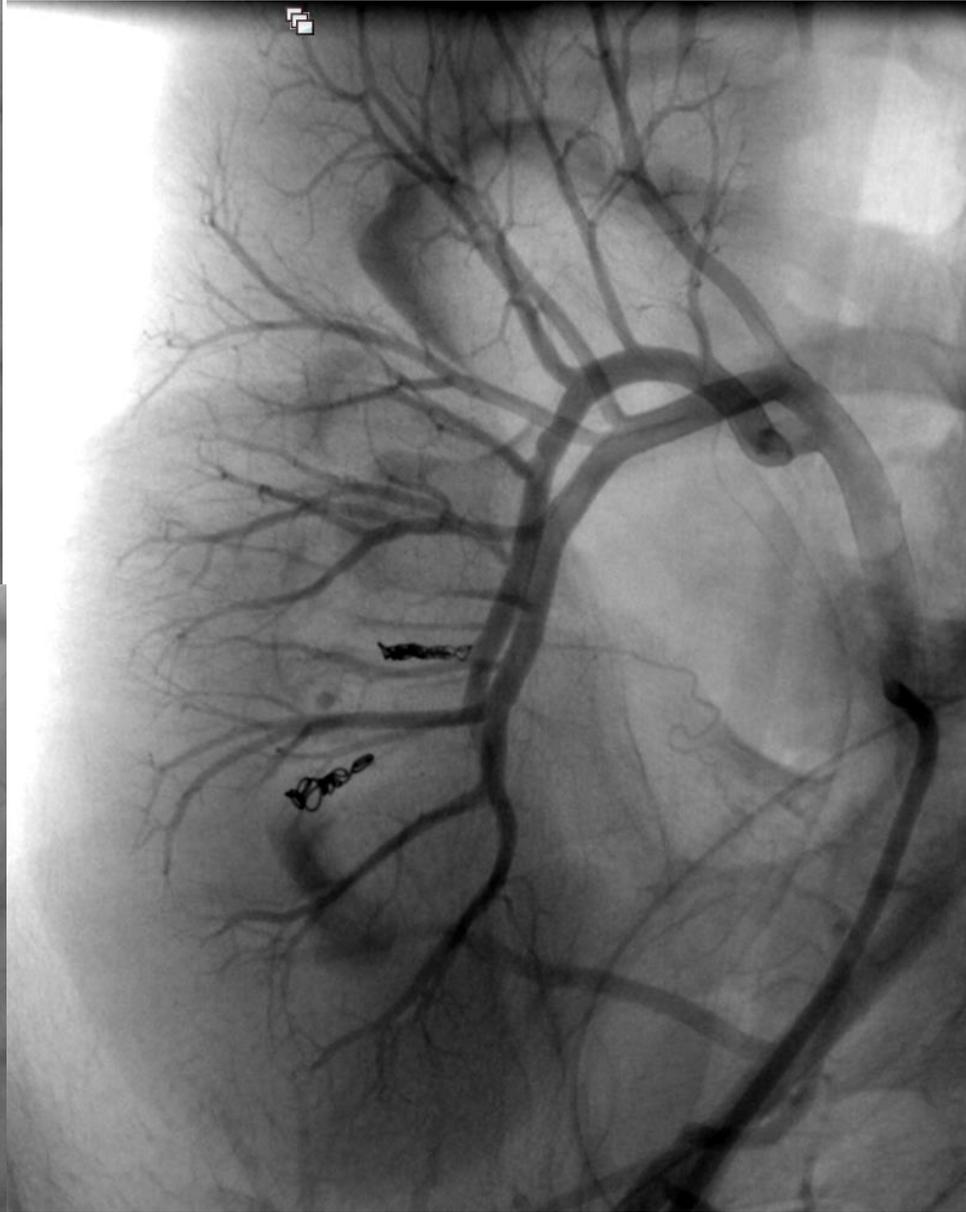
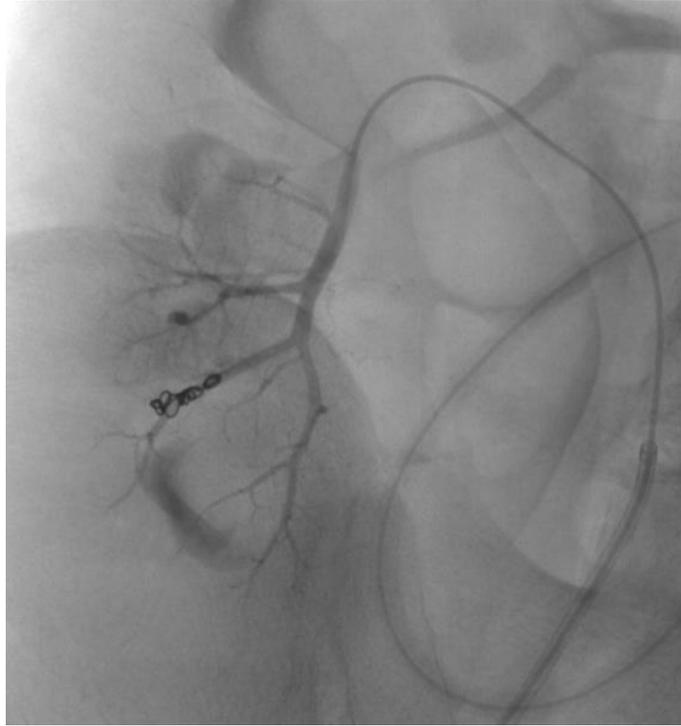
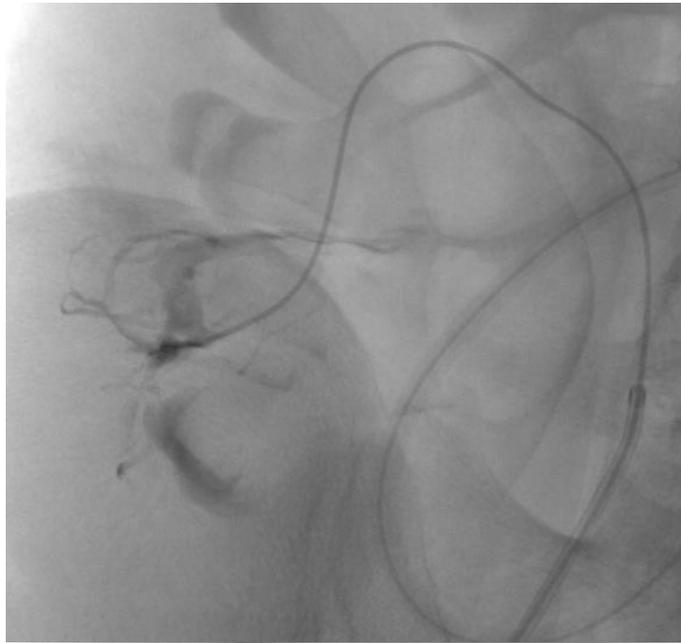
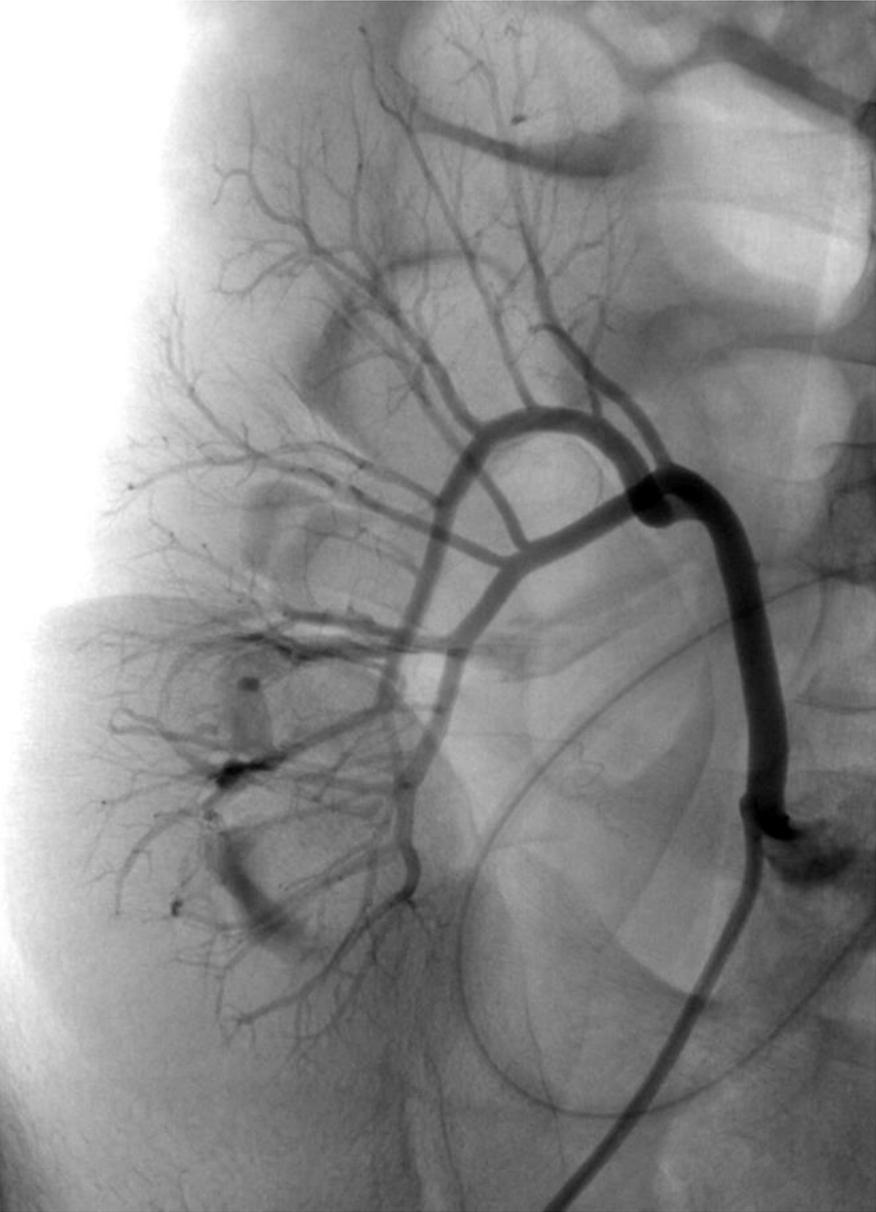
# IATROGENE



IATROGENE

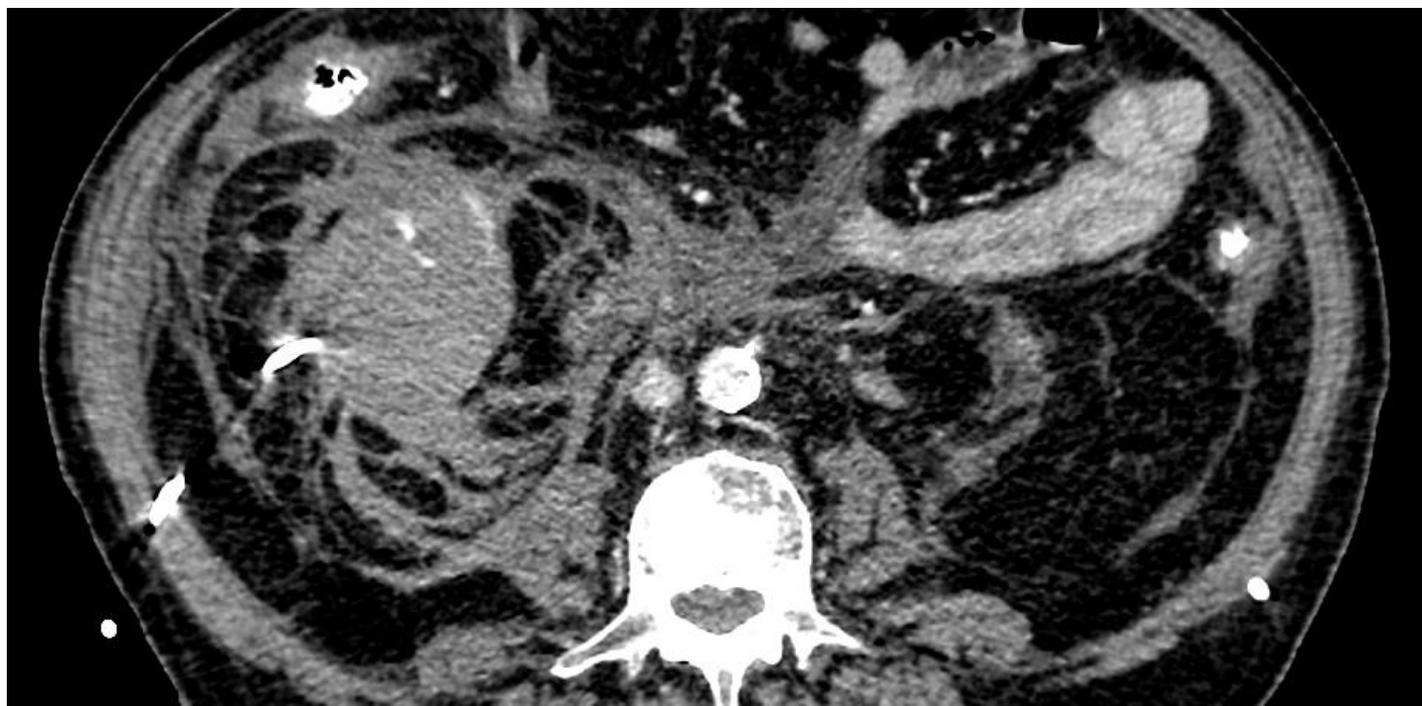
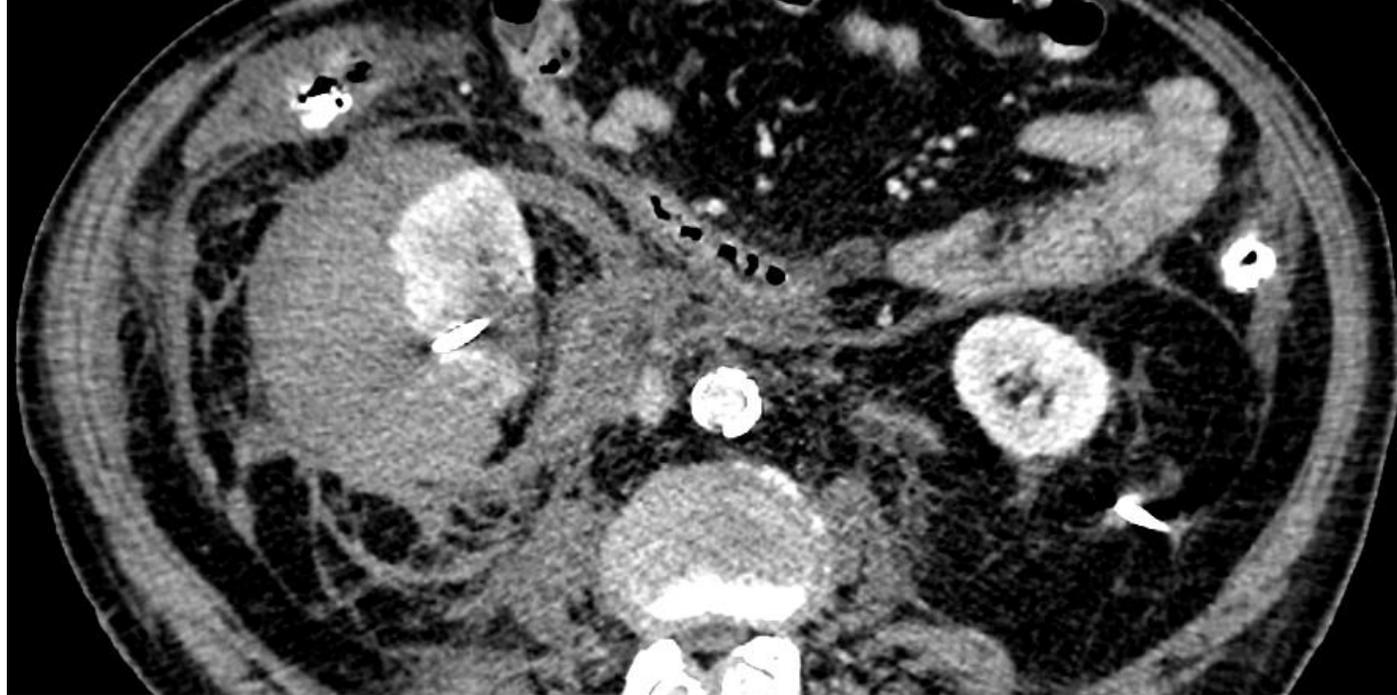
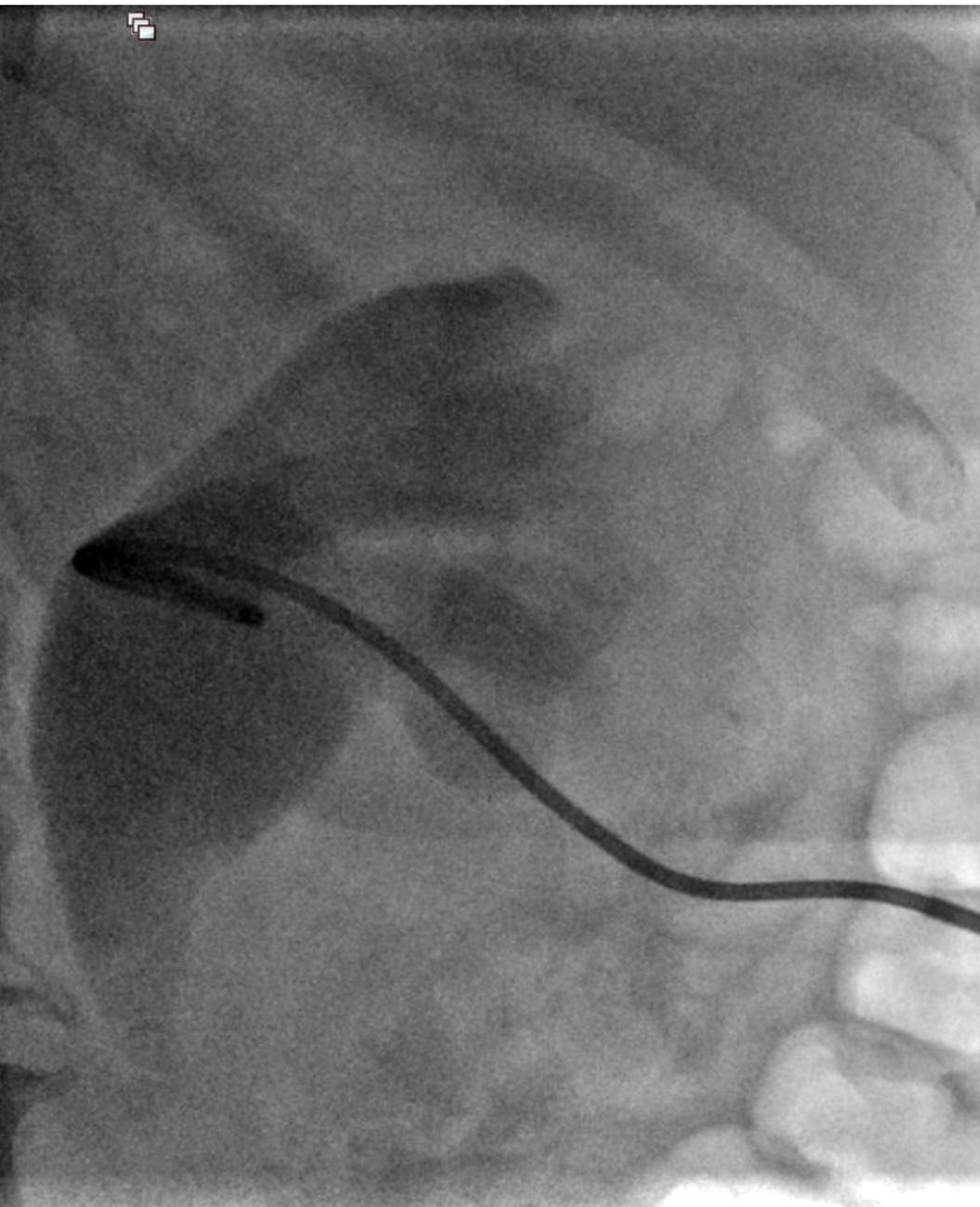
PBR





**IATROGENE**

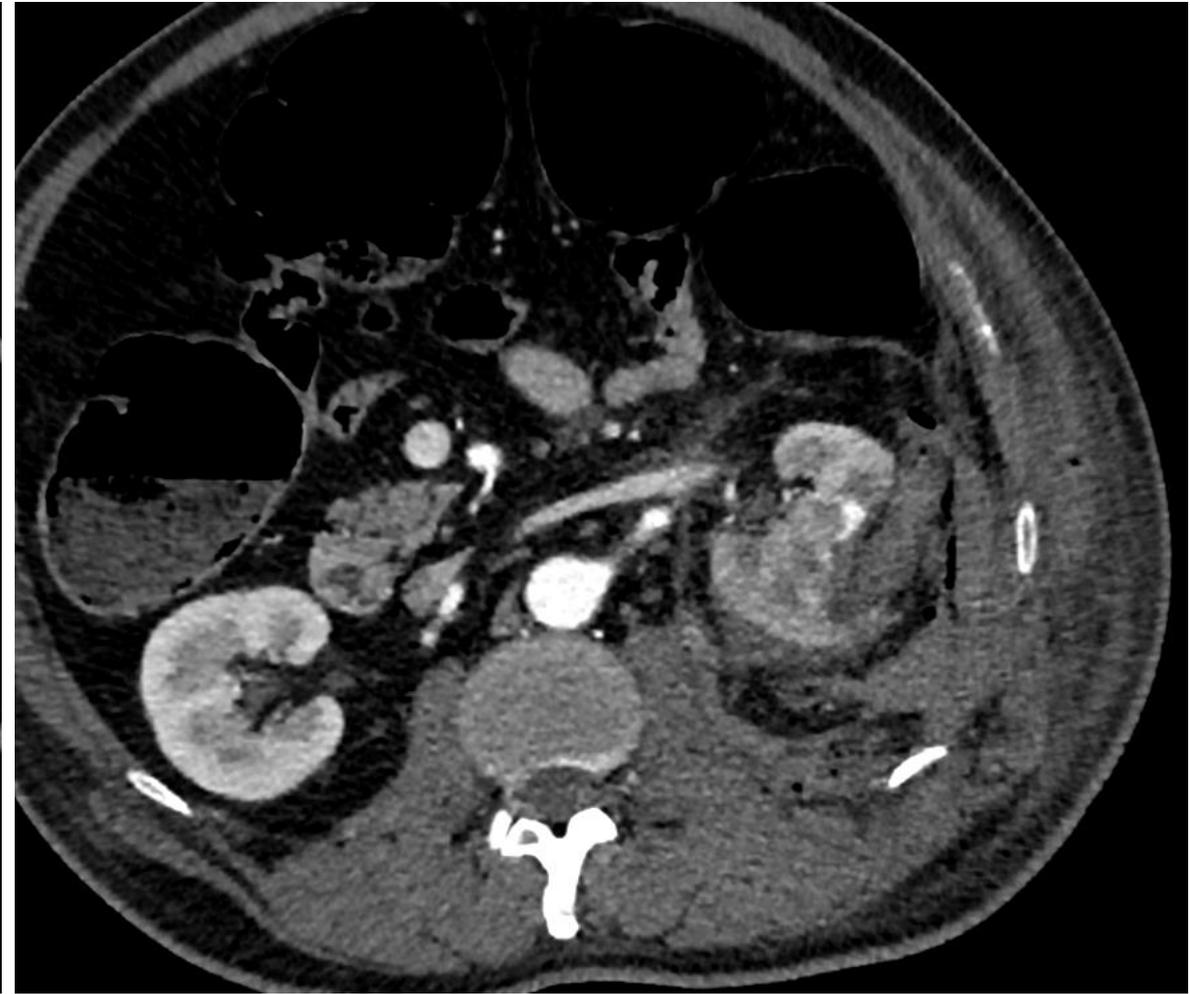
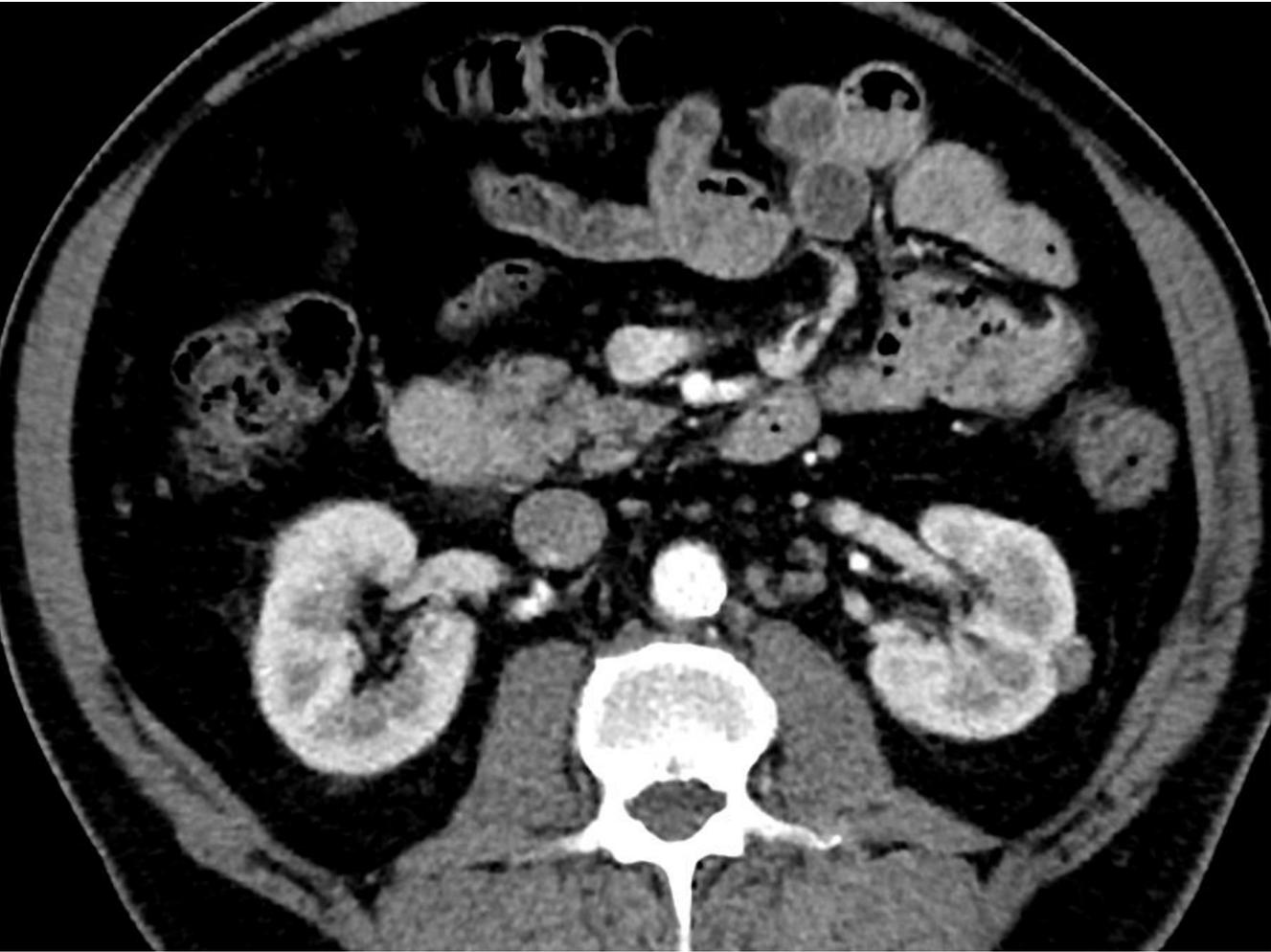
**NEPHROSTOMIE**

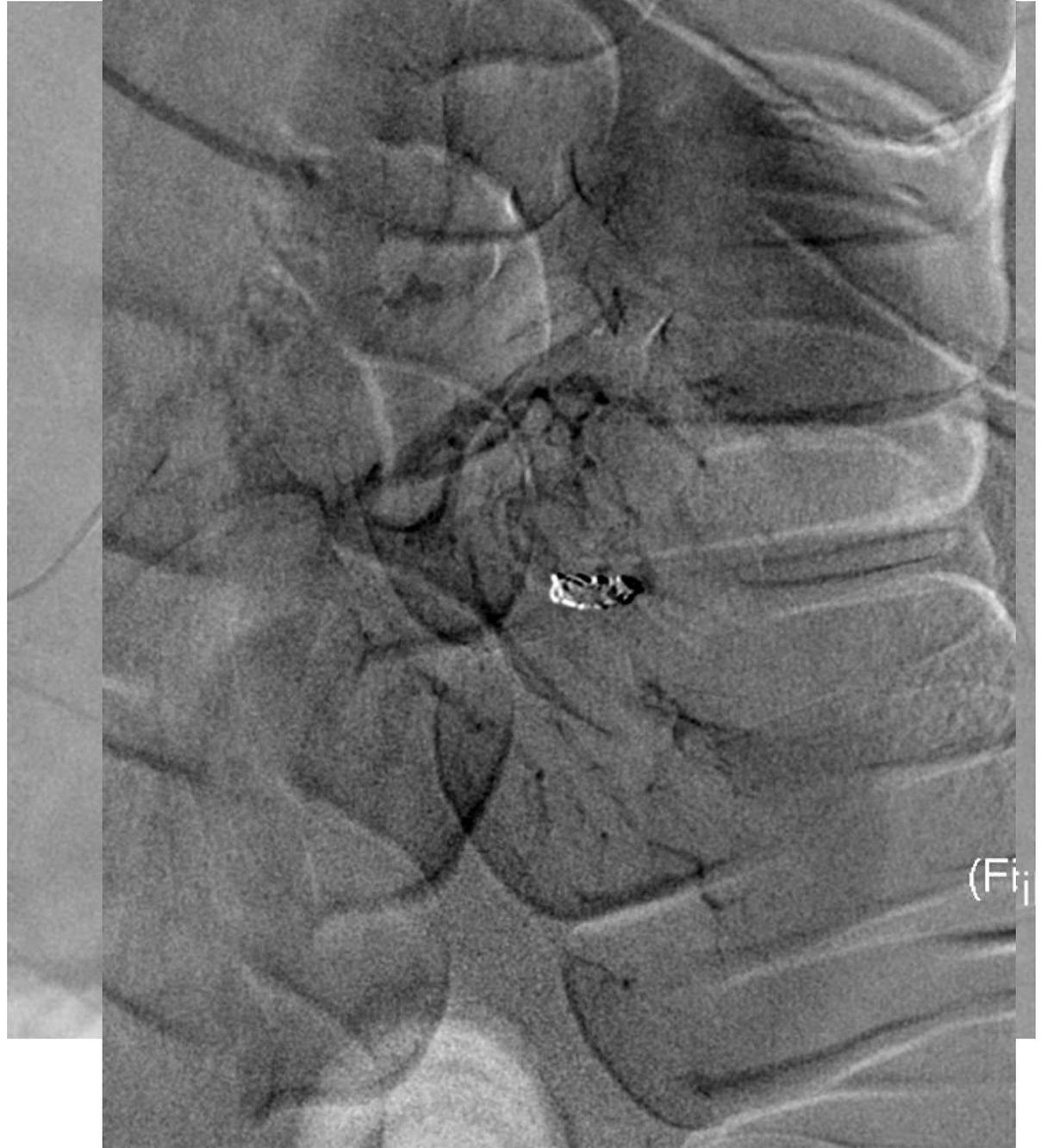
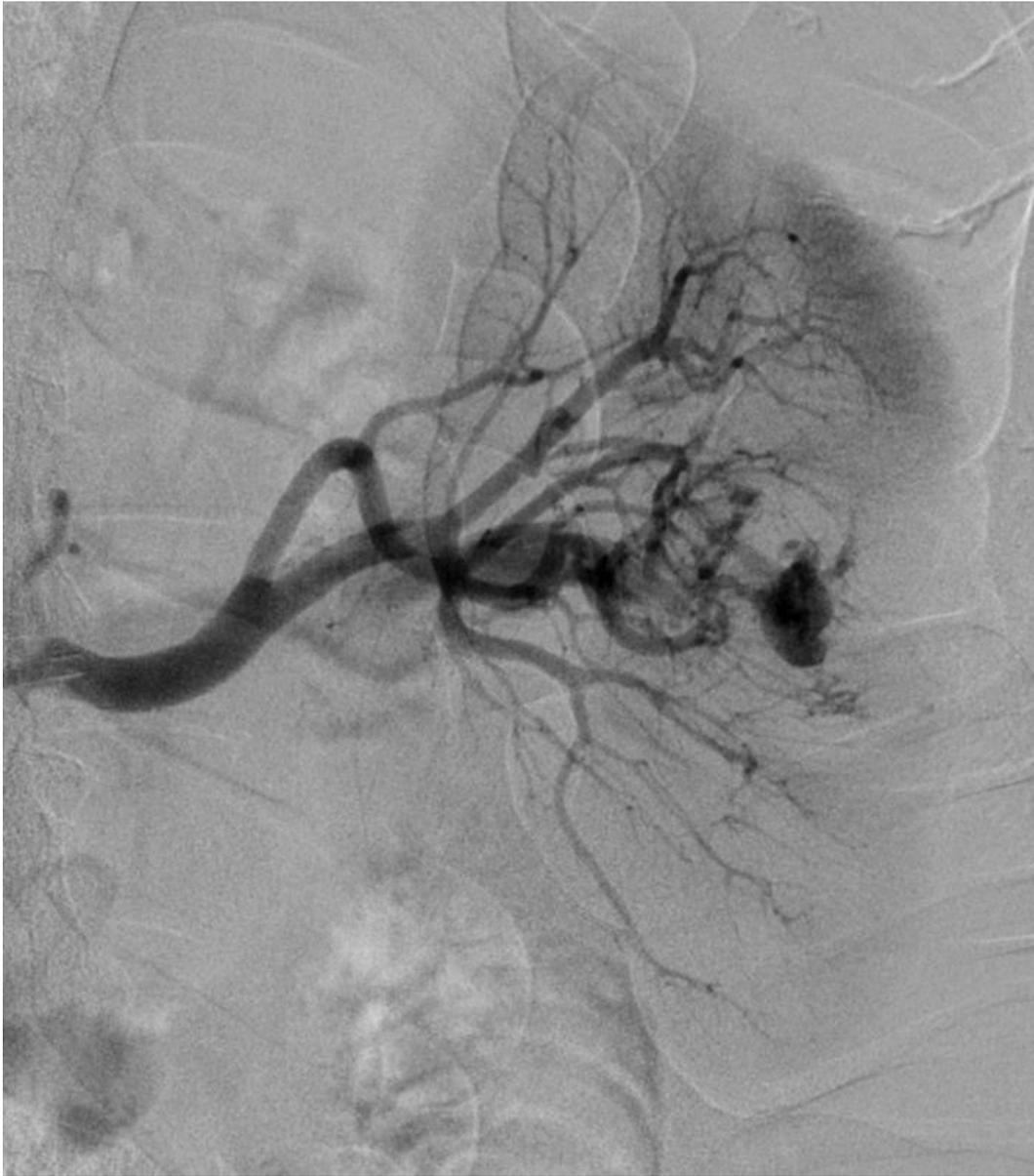




IATROGENE

NEPHRECTOMIE

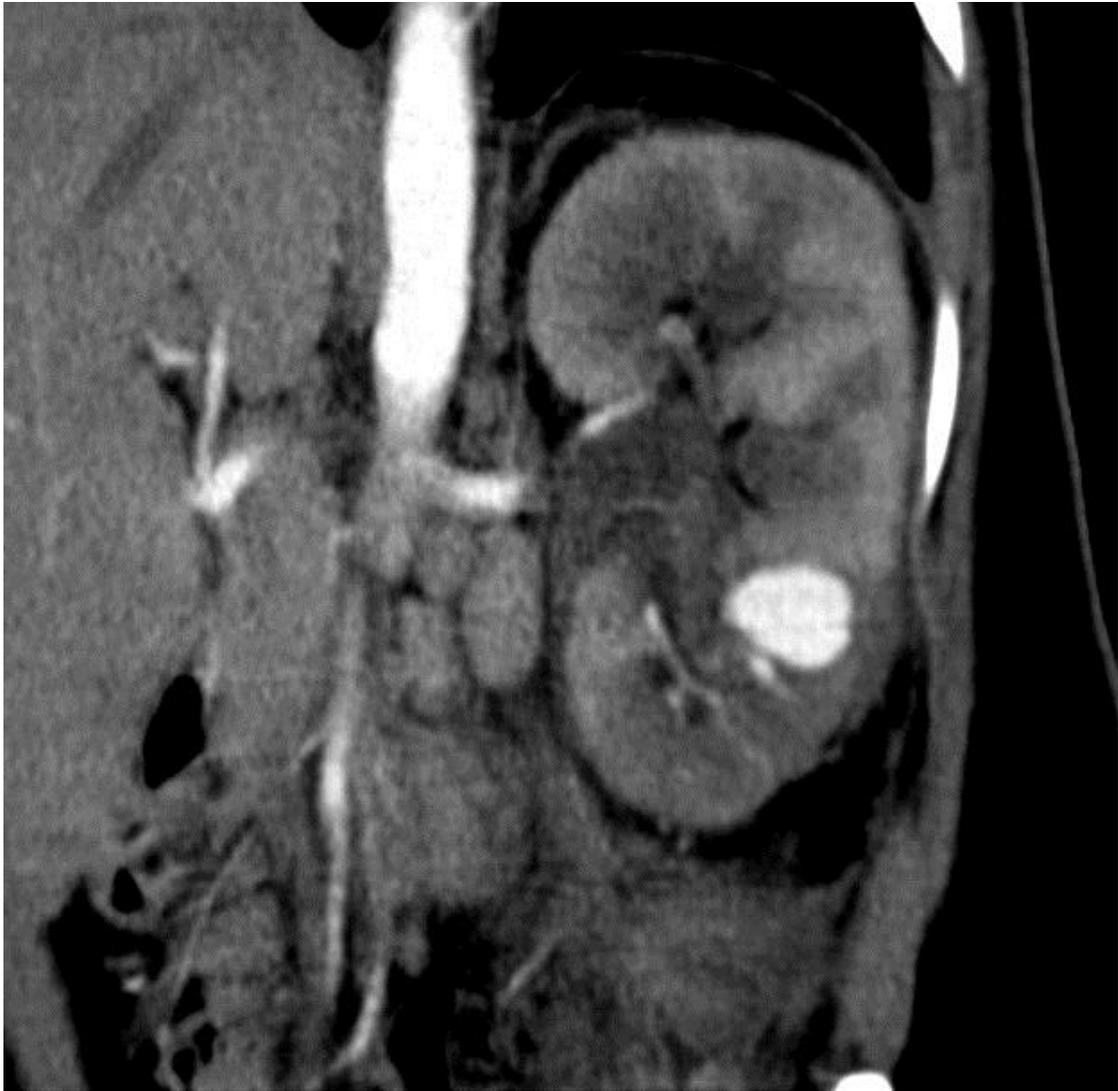


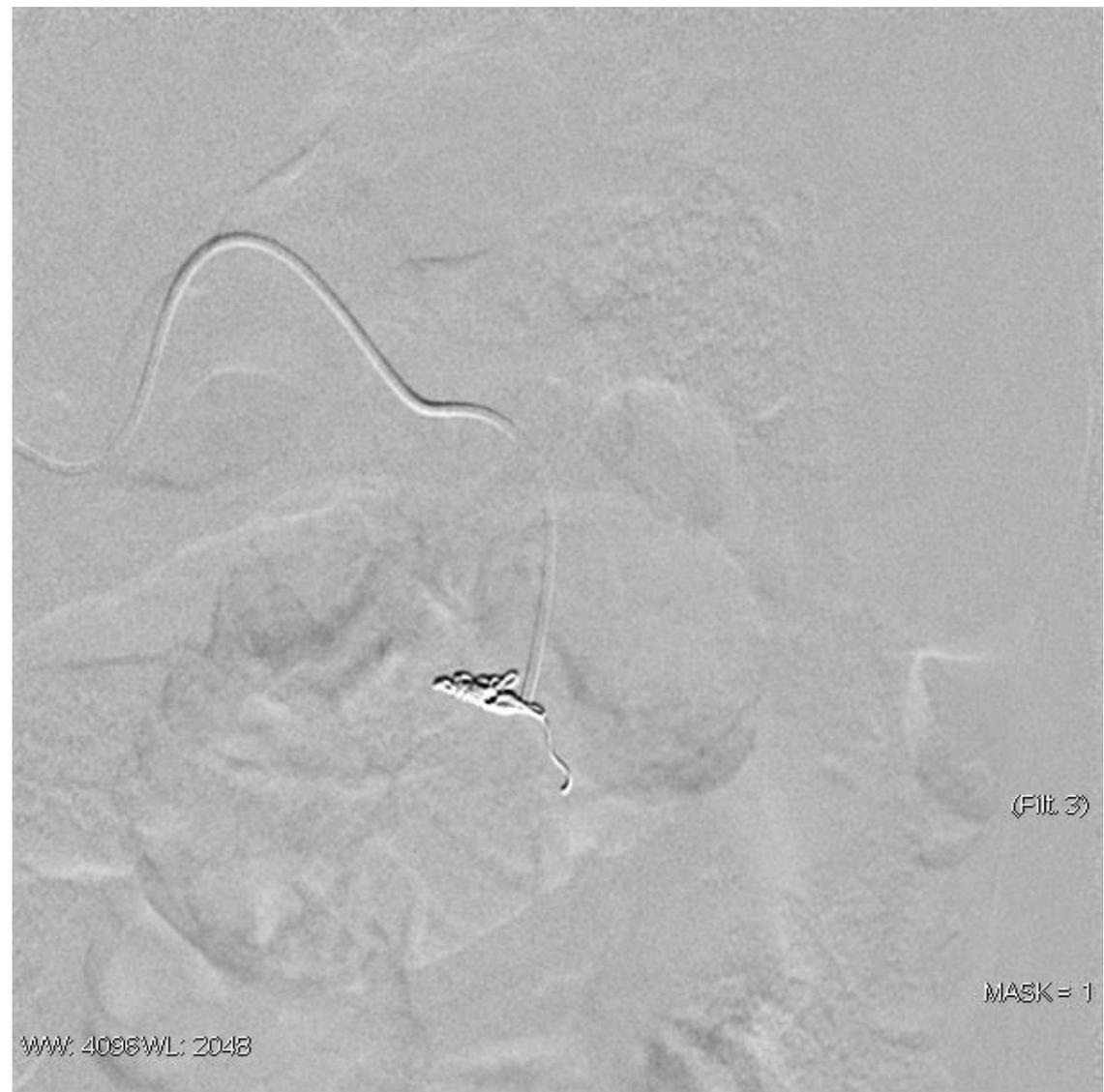
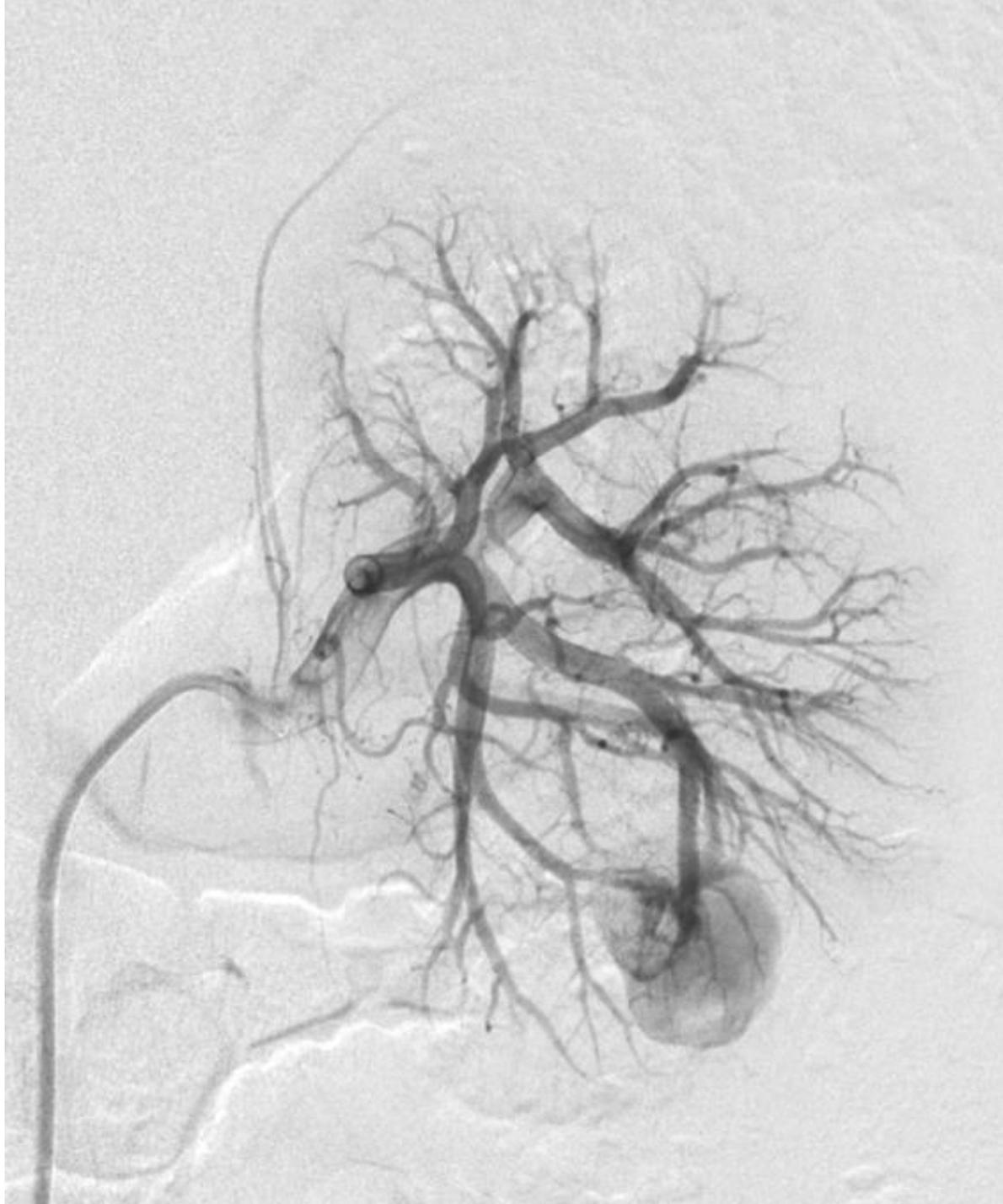


(Fi)

IATROGENE

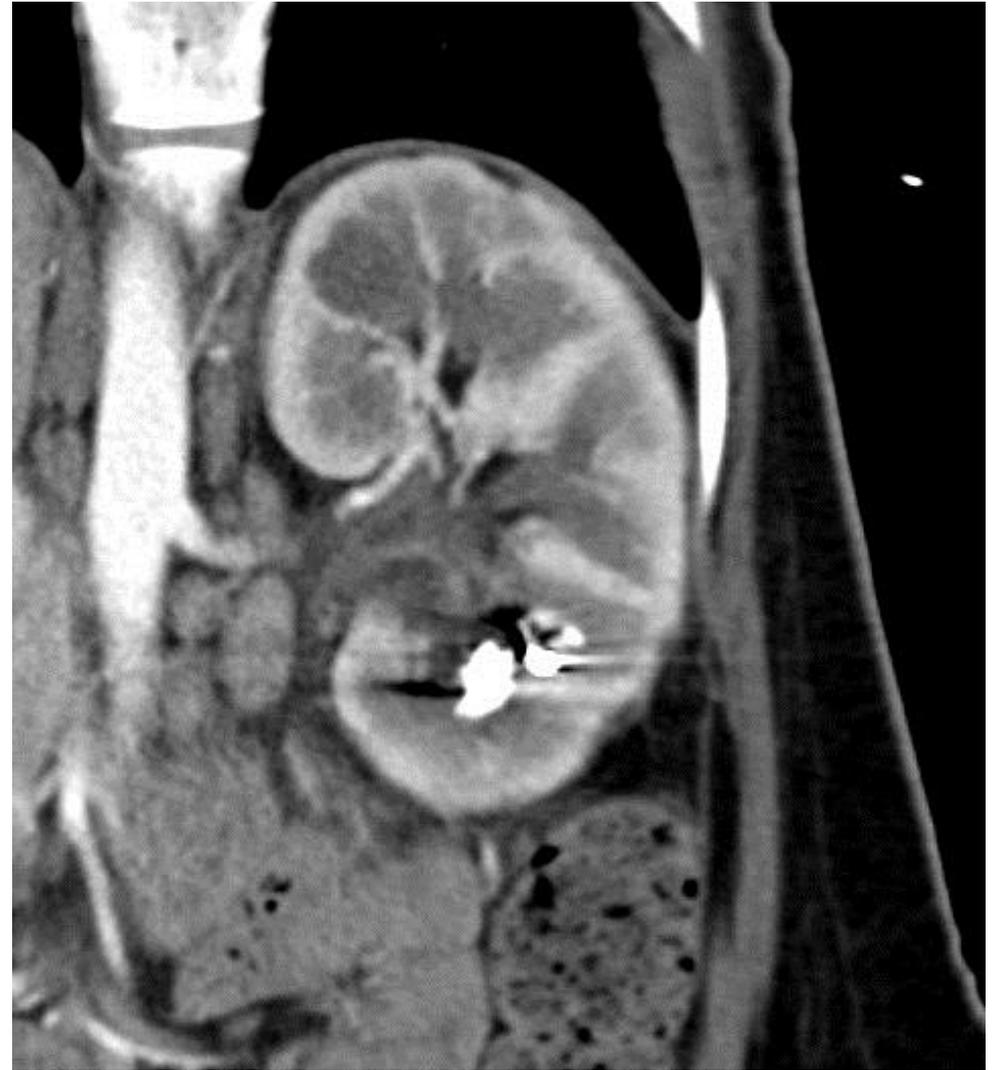
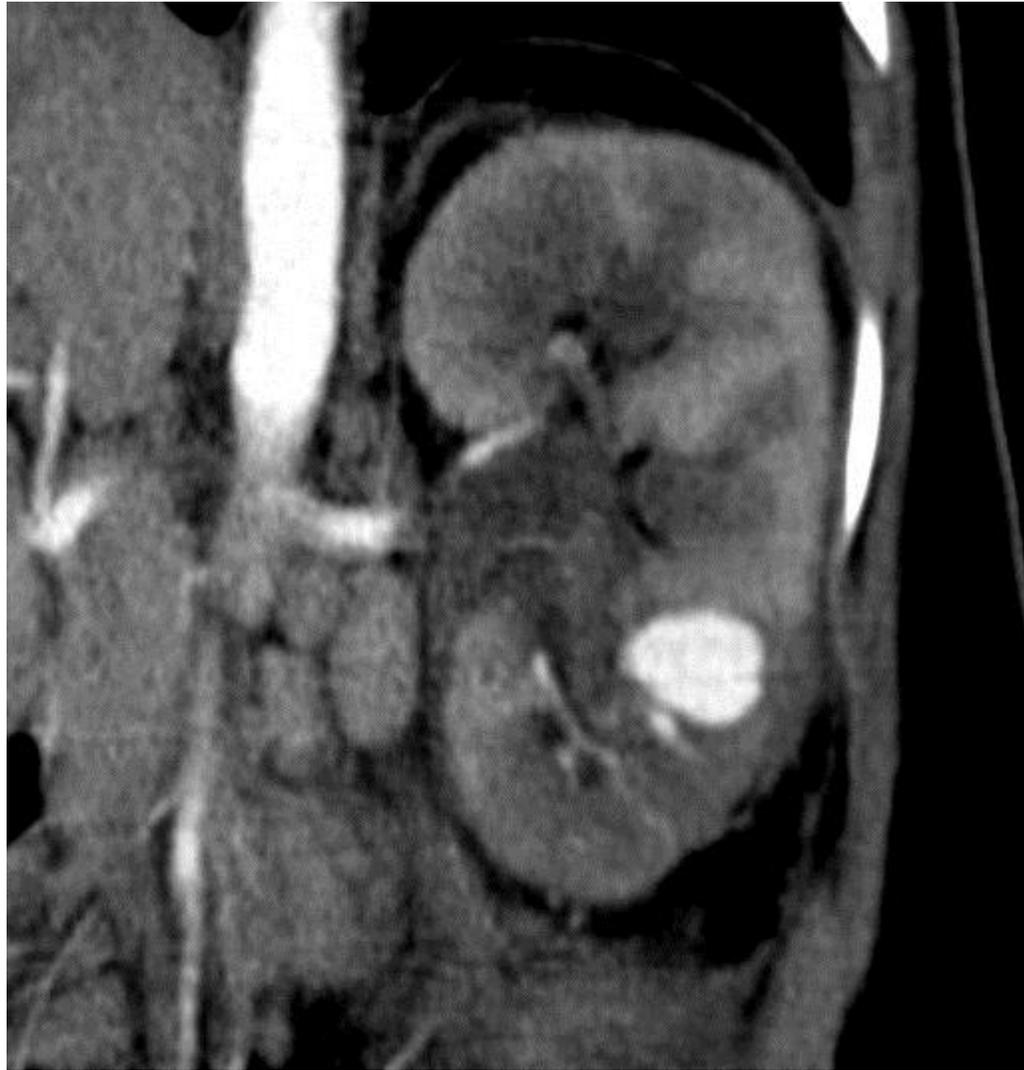
NEPHROLITHOTOMIE  
PERCUTANEE



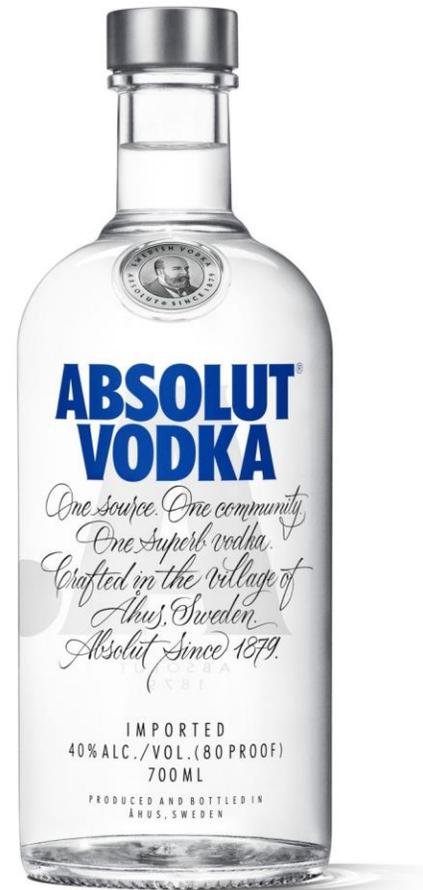


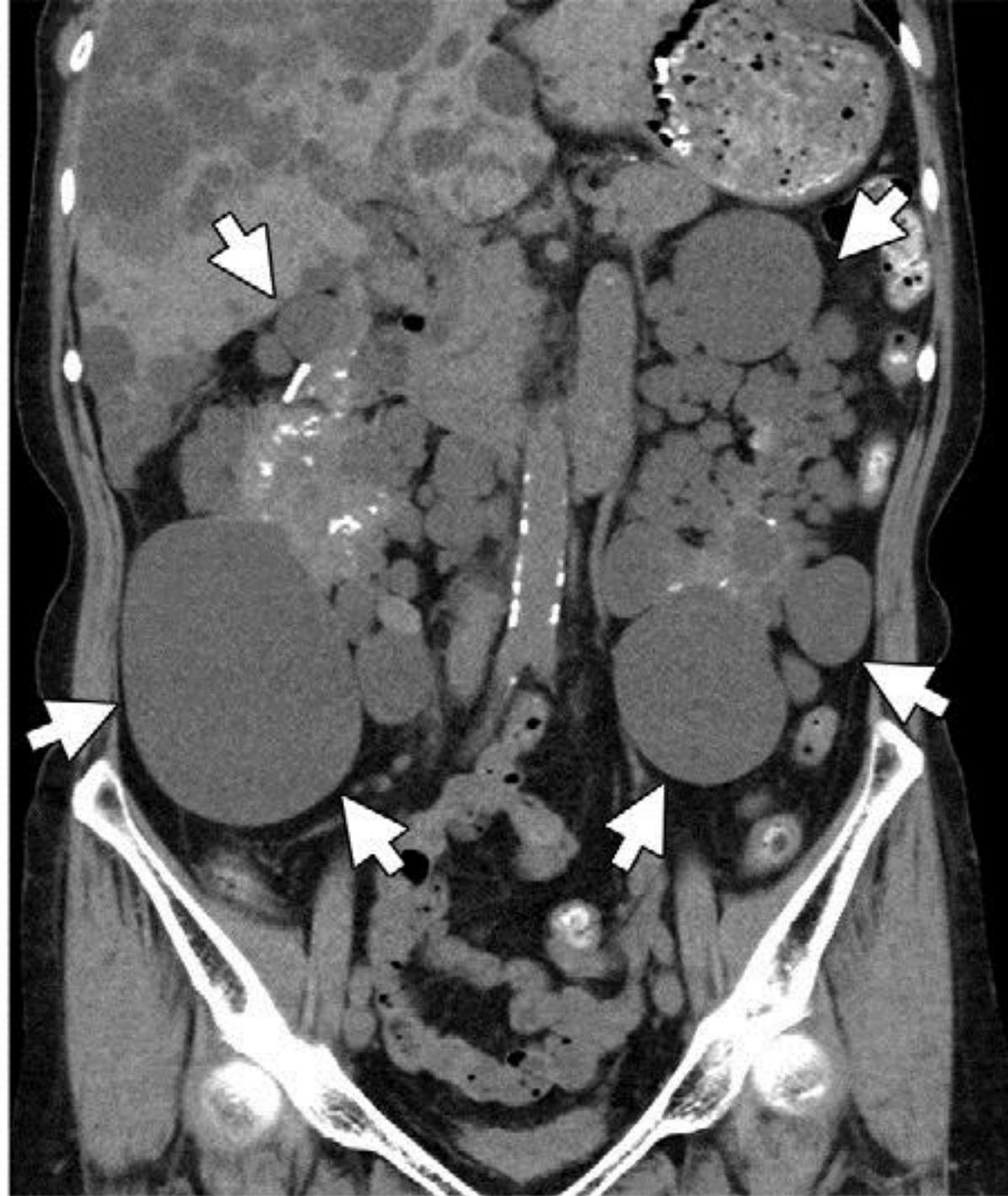


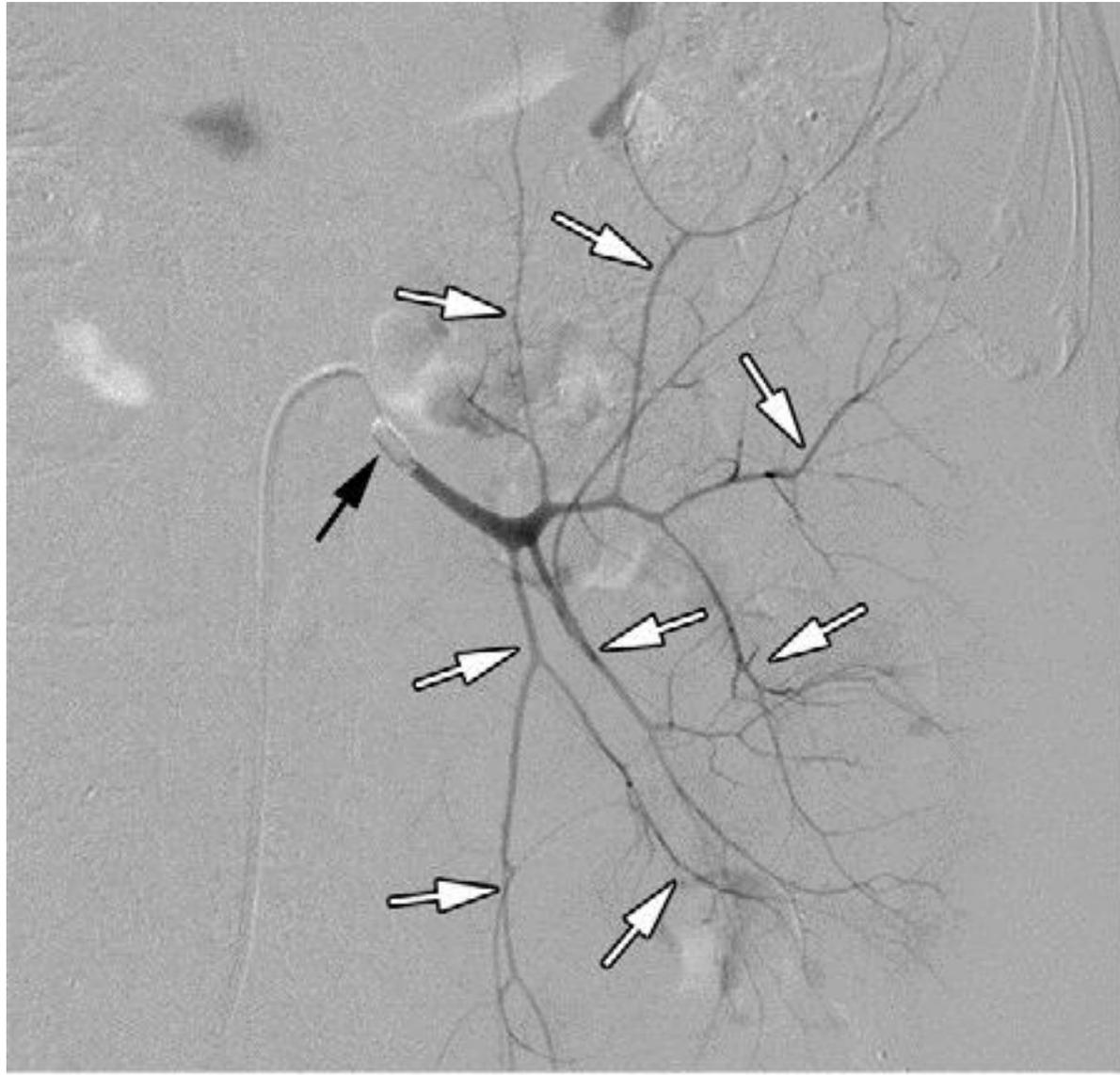




# CYTOREDUCTION RENALE

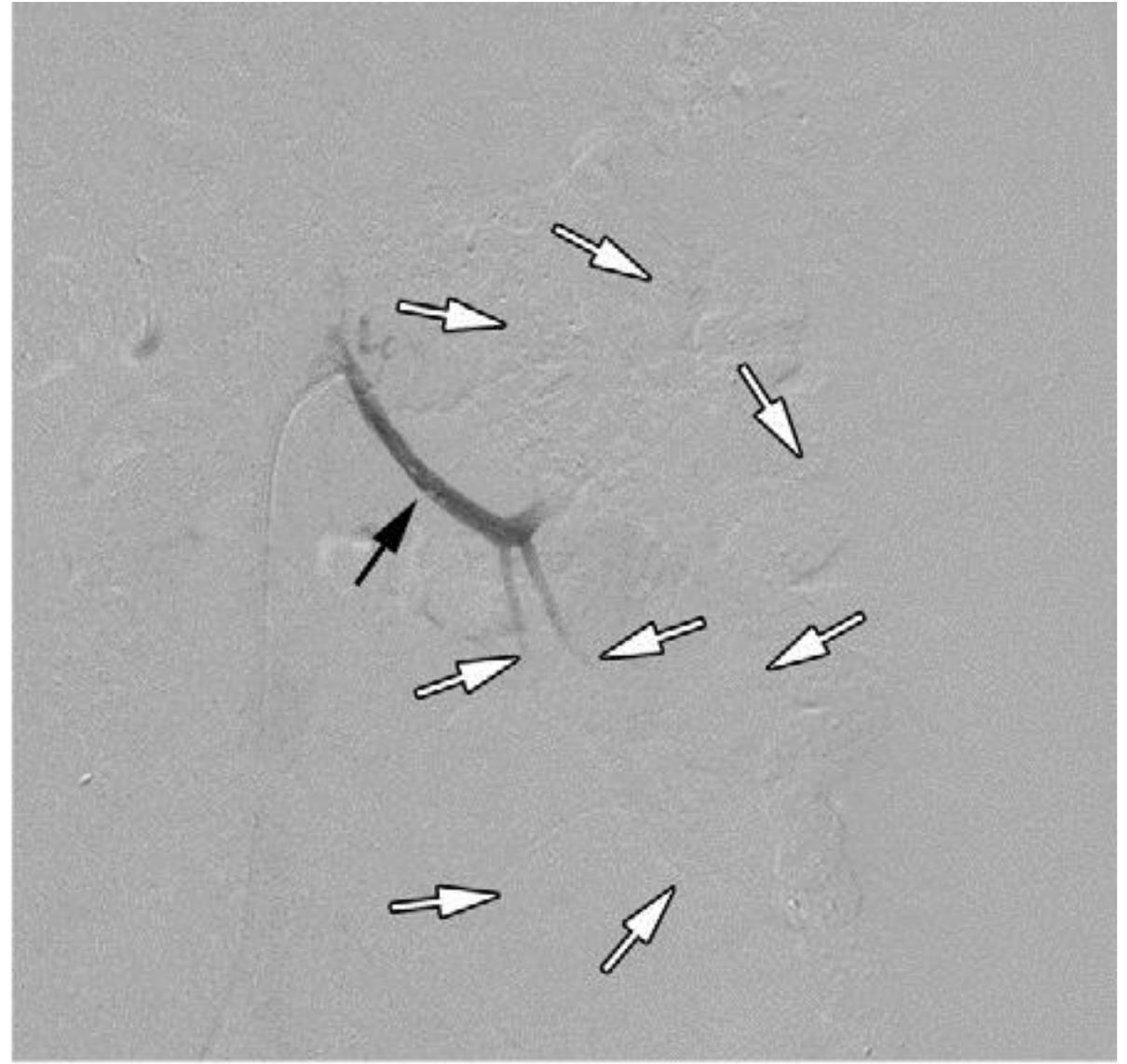






a.

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