

# Le compte-rendu du scanner de l'embolie pulmonaire : ce qu'attend le clinicien

Benoît Ghaye, MD, PhD

Dpt de Radiologie Cliniques Universitaires St Luc Université Catholique de Louvain

Avenue Hippocrate 10 B-1200 Bruxelles Belgique

[Benoit.Ghaye@uclouvain.be](mailto:Benoit.Ghaye@uclouvain.be)

# Importance du compte-rendu structuré

- Nombre d'examens ↑ et temps d'interprétation ↓
- Interaction avec cliniciens ↓
- Complexité des examens ↑
- Expertise variable dans l'embolie pulmonaire
- Pronostic, traitement et management variables
- **Avantages:** uniformisation, concision, éléments clés cités, clarté, data mining, recherche
- **Inconvénients:** cas complexes, ordre parfois non logique

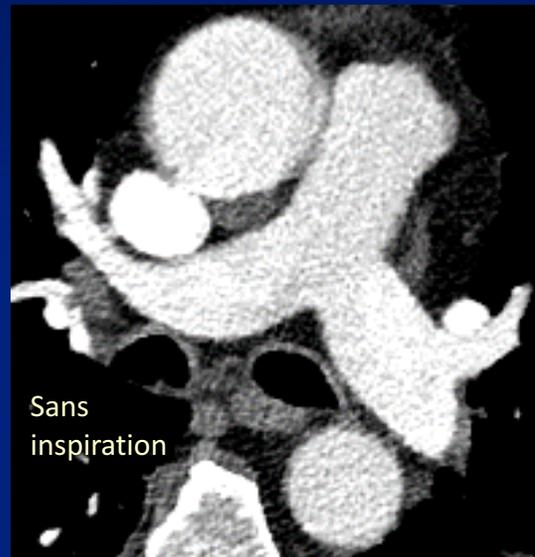
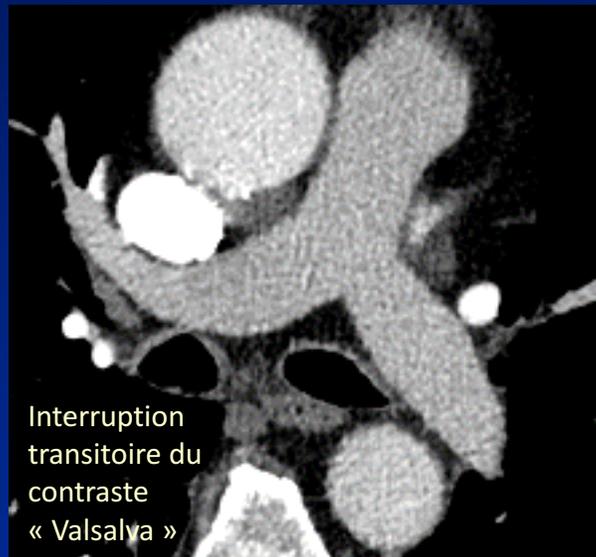
# Compte-rendu structuré dans l'EP

1. Technique d'acquisition
2. Comparaison avec examens précédents
3. Qualité de l'examen – limite d'analyse
4. Description des caillots
5. Stratification du risque
6. Données additionnelles (liées à EP ou non)
7. Impressions et recommandations

# Compte-rendu structuré dans l'EP

## 1. Technique d'acquisition

- Spectral ou non : carte iodée
- Type d'apnée : inspiration ou non
- Contraste IV (type, Q, débit, tracker, allergie, prémédication, extravasation)
- Seconde acquisition (modifications apportées !)

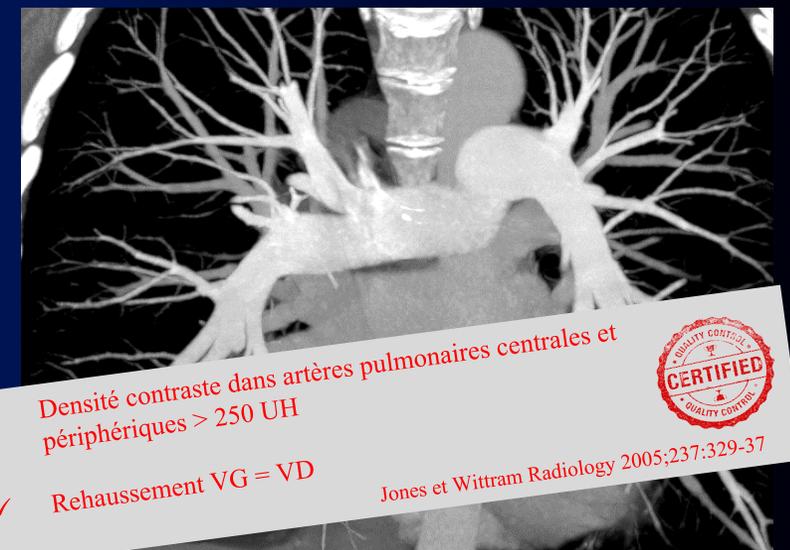
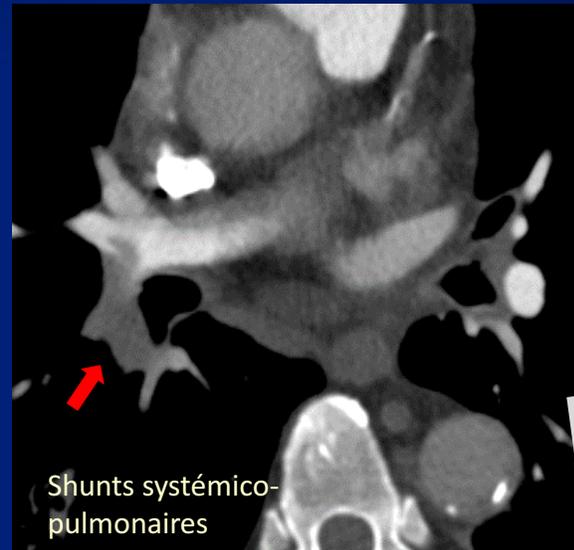
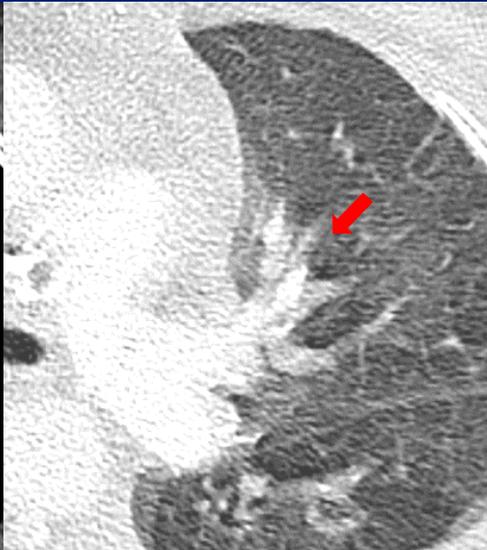
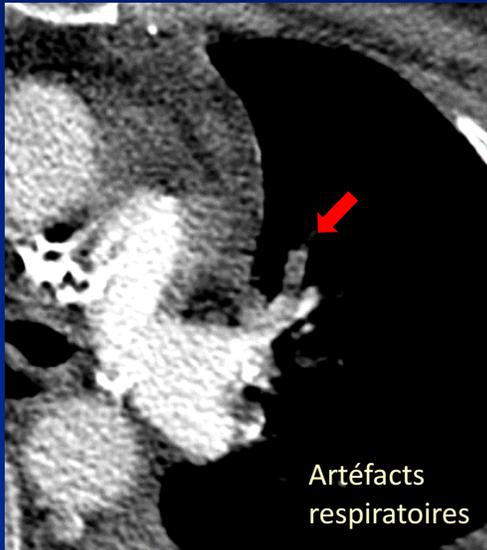


## 2. Comparaison avec examens précédents

# Compte-rendu structuré dans l'EP

## 3. Qualité de l'examen - Limite d'analyse

- Opacification (TIC)
- Artéfacts (respiratoires, cardiaques)
- Niveau (central → SS)
- Certitude diagnostique (~ 5% [0.5-11] non diagnostique)



# Compte-rendu structuré dans l'EP

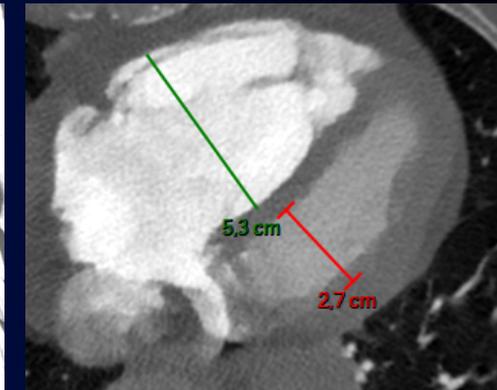
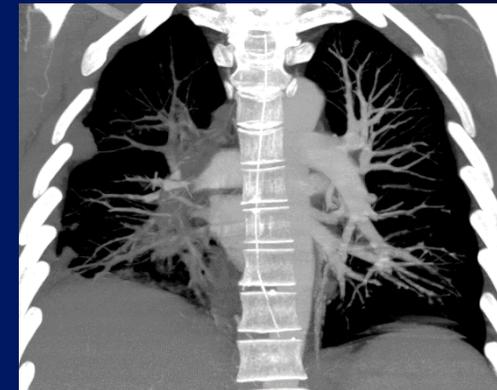
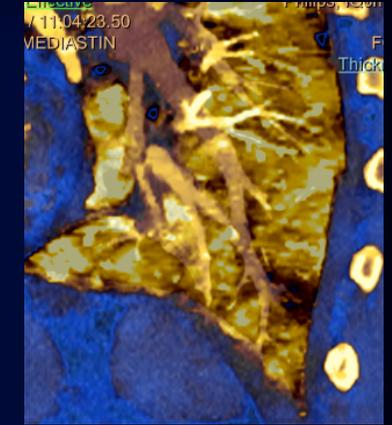
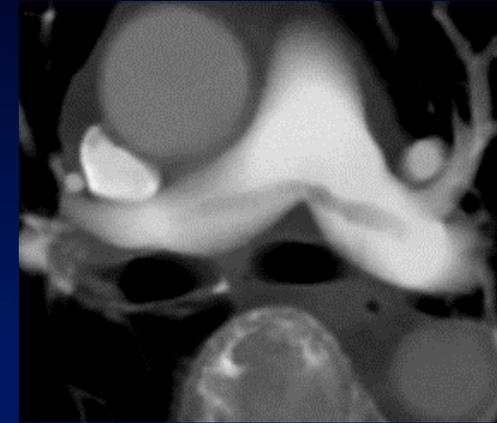
## 4. Description des caillots

- Distribution
- Caillot le plus proximal
- Si SS, uni vs multifocal
- Aigu ou chronique

Important si thrombolyse  
Pronostic mais pas mortalité  
! Pas d'EP massive !

Traitement vs pas de traitement  
Numéro de coupe !  
Second avis recommandé

Certitude diagnostique



## 5. Stratification du risque

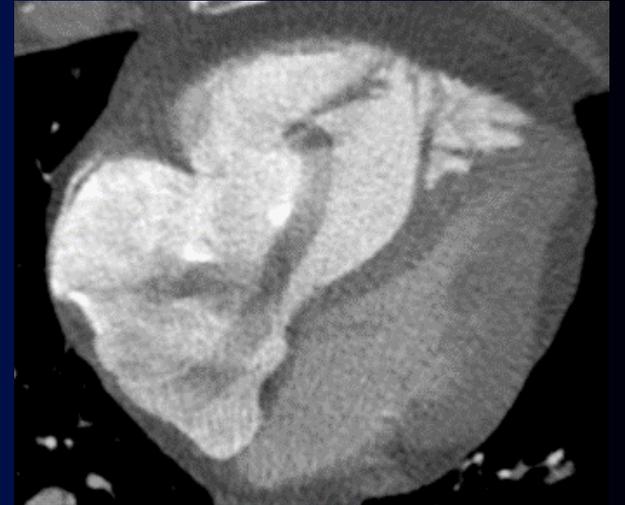
- Dysfonction VD
- VD/VG > 1

Mortalité à court terme ↑ 5X

# Compte-rendu structuré dans l'EP

## 6. Données additionnelles

- Liées **directement** à EP : infarctus pulmonaire, épanchement pleural, thrombus VCS ou cardiaque
- Liés **indirectement** à EP :
  - emphysème, coronaropathie calcifiante
  - variante ou pathologie accès veineux
  - néoplasie
- **Autre** : diagnostic alternatif expliquant la symptomatologie



## 7. Impressions et recommandations

- Synthèse pour management

# Exemple

PULMONARY CTA WITH CONTRAST MATERIAL – PULMONARY EMBOLISM PROTOCOL

**CLINICAL INDICATION:** [ ]

**COMPARISON:** [None]

**TECHNIQUE:** Pulmonary CTA using [ ] mL of IV contrast material without any complications.

**FINDINGS:**

## **Pulmonary Arteries**

Image quality: Pulmonary arteries are adequately assessed up to the [subsegmental arteries].

Pulmonary embolism: [none, present]

- [Right cardiac chambers, main pulmonary artery]
- Right side: (most proximal location, segments involved)
- Left side: (most proximal location, segments involved)

Signs of right ventricular dysfunction:

- RV/LV ratio on axial images at largest diameter: [ ]
- Interventricular septum: [normal, straight, leftward bowing]
- Inferior vena cava: [normal, dilated]
- Main pulmonary artery: [ ] mm; [normal, dilated]
- Reflux of contrast material in the IVC: [absent, present]

Other complications:

- Pulmonary infarct: [absent, present], (location)
- Pleural effusion: [none, mild, moderate, severe] [on the right, on the left, bilaterally]

## **Lower Neck**

[No enlarged supraclavicular lymph nodes.] [No actionable nodule is present in the imaged portion of the thyroid lobe.]

## **Mediastinum**

[No enlarged lymph node.] [No calcifications of the aorta and coronary arteries.] [The aorta and left cardiac chambers are normal in size.] [No pericardial effusion.]

## **Lungs**

[The central airway is patent.] [No significant emphysema.] [The lungs are clear. No solid lung nodules.]

## **Impression**

[No pulmonary embolism/Pulmonary embolism on the right/left/bilaterally.] The most proximal PE is located in [ ]. There are [no] signs of right ventricular dysfunction with [normal/increased] RV/LV ratio.

Pulmonary CTA is considered indeterminate beyond the [segmental] arteries. Further imaging with [ ] is recommended.

[There is pulmonary infarct.] [There is mild/moderate right/left/bilateral pleural effusion.]

[No suspicious malignant lesion.]

Note—RV = right ventricle, LV = left ventricle, IVC = inferior vena cava.