

Pour en savoir + sur le même thème

Séance pédagogique

La salle de radiologie interventionnelle de demain

8h30 – 9h45
Salle Passy

Suite de la page 1

idéalement abriter un échographe mobile de qualité.

Ce type de salle permet le contrôle thérapeutique immédiat (artério-scanner hépatique après une chimio-embolisation par exemple) et la réalisation de deux traitements en une seule procédure sur la même table de RI multi-modale (radiofréquence hépatique couplée avec une chimio-embolisation par exemple).

Elle doit être équipée d'un plateau radiologique radio-transparent, avec suppression de l'appui de l'arceau au plafond ou au sol pour simplifier l'accessibilité au patient. Seules les interventions chirurgicales « simples » (abord < à 10 cm par exemple) peuvent en bénéficier.

Cet équipement simplifie le guidage jusqu'à la cible thérapeutique et le contrôle per et post-intervention, améliore la radioprotection des patients et des opérateurs, tout en diminuant la quantité de produit de contraste iodé nécessaire. Il doit bénéficier d'un environnement anesthésique et d'asepsie répondant aux normes d'un bloc interventionnel.

La rentabilité d'un équipement de ce type au sein du service d'imagerie est permise par le regroupement en son sein de la majorité des actes de RI avec l'activité d'angiographie interventionnelle, le transfert à partir du scanner et de l'échographie d'actes de RI de la douleur et en oncologie, en y associant les activités ambulatoires (accès veineux, gastrostomies, infiltrations...).

Ce type de salle de RI nécessite un investissement important des radiologues et des manipulateurs pour acquérir la compétence nécessaire à la planification des actes. Il doit être différencié de **la salle hybride à prédominance chirurgicale**, qui associe une installation

plateau chirurgical robotisé et couplé à l'arceau permettant la réalisation de tous les actes chirurgicaux. ■

Editorial

Jean-Philippe Masson • Président de la FNMR

Le rôle du médecin radiologue dans le parcours de soins du patient

Les JFR sont, pour l'imagerie médicale et notamment pour les médecins radiologues, un moment de découverte des nouvelles techniques et des nouvelles machines proposées par les différents constructeurs.

Les radiologues, et particulièrement les médecins libéraux, s'interrogent aussi, hélas, sur les moyens de financement de ces machines pour le bénéfice de leurs patients alors que la valeur des actes d'imagerie baisse depuis plusieurs années.

Certes, la situation des comptes sociaux en France est mauvaise, et ce depuis longtemps, mais ce n'est pas une raison pour en rendre responsables et stigmatiser les mêmes médecins radiologues libéraux et, ainsi, fragiliser leurs structures.

À l'orée de la nouvelle loi de santé publique, ces JFR doivent être l'occasion d'une prise de conscience par les tutelles du rôle central du médecin radiologue dans le parcours de soins et la prise en charge de son patient grâce à des outils de gestion de la qualité, certains comme Labelix existant depuis plusieurs années mais peu reconnus et mal ou non valorisés.

Comme pour son action primordiale dans le dépistage du cancer du sein, le radiologue doit pouvoir assumer ses responsabilités dans le choix du bon examen d'imagerie à réaliser. Ce n'est pas le cas aujourd'hui,

faut des autorisations d'équipements nécessaires. Sans parler de l'impact économique fort (éviter les examens redondants ou inutiles), la détermination du bon examen radiologique nécessite d'améliorer la coordination avec le médecin demandeur (guides de bonnes pratiques, formation des médecins demandeurs par les radiologues, outils informatisés d'aide au choix du bon examen comme le « Clinical Decision Support (CDS) » de l'ACR Select. La substitution de techniques utilisant les rayons X au profit de l'IRM (à condition d'avoir suffisamment de machines) fait également partie de cette recherche de qualité.

Cette excellence, dans laquelle les radiologues français sont engagés depuis de nombreuses années, doit être valorisée afin d'être encouragée. Cette valorisation indispensable doit faire l'objet d'études économiques afin de trouver le ou les meilleurs moyens pour en faire bénéficier les médecins radiologues impliqués dans cette démarche.

Cette évolution, indispensable, ne pourra se faire qu'en renforçant les liens avec les associations de patients.

Le médecin radiologue n'est plus seulement un interpréteur d'images, mais aussi un consultant et un contributeur dans la prise en charge du patient. ■

RAYONNEMENTS IONISANTS ET SANTÉ : LA DOSE, PARLONS-EN !

RADIATION DOSE MONITOR :

LE BON RÉFLEXE POUR UNE OPTIMISATION DE LA DOSE.

Mesdquare, acteur majeur du marché du DACS (Dose Archiving and Communication System), a été retenue par les groupements Résah-IDF et UniHA pour sa solution de gestion de la dose patient : Radiation Dose Monitor. Ainsi, RDM sera déployée dans de nombreux CHU et CH durant les quatre années de marché.

Grâce à son interface conviviale et ses outils performants, RDM répond parfaitement à la réglementation ainsi qu'aux attentes des établissements publics comme privés.

Il s'inscrit naturellement dans leur démarche de collecte, de contrôle, d'analyse et d'optimisation des doses délivrées aux patients lors d'examens radiologiques.

RDM est en constante évolution !

Venez découvrir ses nouvelles fonctionnalités :

- La gestion spécifique des patients à risques
- La connexion des modalités de médecine nucléaire
- Des nouveaux indicateurs de pratiques
- La consolidation des données en radiologie interventionnelle

... et plein d'autres nouveautés !



niveau 2
stand 233

MEDSQUARE

www.radiationdosemonitor.com • Tél : 01 55 25 62 50 • e-mail : contact@med-square.com

med^e