

Les conseils du docteur Privet

« Le diagnostic des plaques pleurales requiert une lecture attentive du scanner »



Les plaques pleurales sont la maladie la plus fréquente liée à l'amiante. Les identifier est la condition nécessaire pour que les victimes puissent bénéficier d'une indemnisation dans le cadre du tableau des maladies profession-

nelles n°30 partie B du régime de la Sécurité sociale ou dans le cadre du Fiva. L'évaluation de leur importance est nécessaire pour fixer le taux d'incapacité permanente partielle (IPP), qui détermine le montant de l'indemnisation

Autour du poumon existe une structure, la plèvre, qui est faite de 2 feuillets qui glissent l'un sur l'autre, permettant ainsi au poumon de changer régulièrement de volume à l'intérieur de la cage thoracique rigide. Le feuillet accolé à la paroi est appelé plèvre pariétale et le feuillet accolé au poumon, plèvre viscérale.

Les plaques pleurales se développent sur la plèvre pariétale et quand on les observe, lors d'une thoracoscopie (on voit directement la plèvre à l'aide d'un appareil utilisant les propriétés des fibres optiques), elles apparaissent blanches nacrées (*image 1*).

Mais c'est au scanner qu'on fait le diagnostic. Le scanner étudie les différences d'absorption des rayons X par la matière vivante. Le patient est vu de tous les côtés et une multitude de données sont recueillies. C'est un ordinateur qui analyse toutes ces données et construit alors une image en utilisant une échelle de gris.

Pour améliorer la lecture, on cible plus particulièrement sur une région. Ainsi on distingue la fenêtre parenchymateuse (le poumon est visible, les parois sont peu visibles) et la fenêtre médiastinale (les parois sont visibles, le poumon est invisible).

Les plaques pleurales se

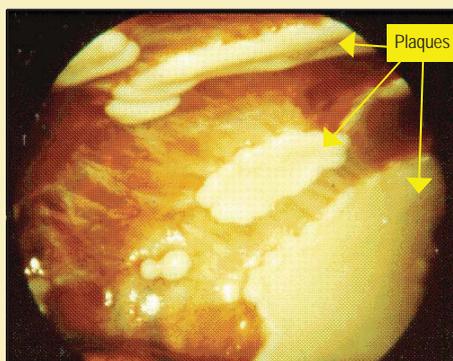


Image 1 : Plaques pleurales vues à la thoracoscopie

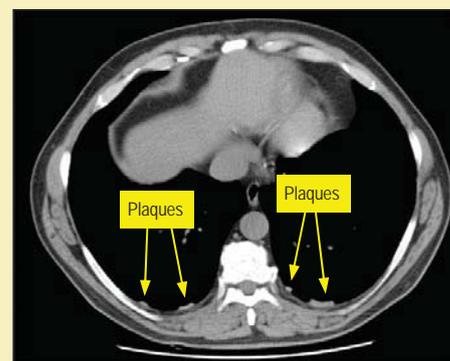


Image 2 : Plaques pleurales non calcifiées (fenêtre médiastinale)

Images de plaques pleurales non calcifiées

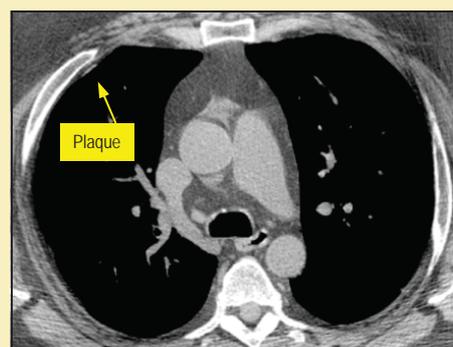


Image 3 : Plaque pleurale non calcifiée (en dedans de la côte, à droite, patient sur le dos vu du bas).

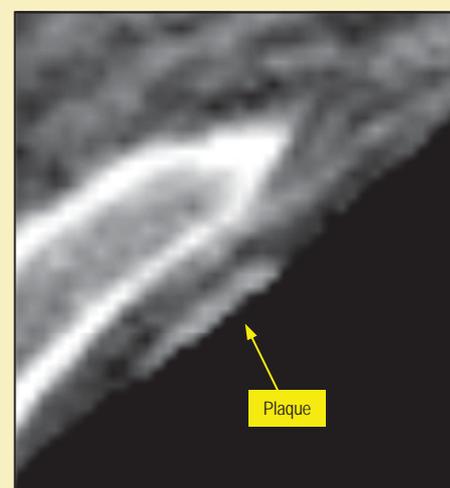


Image 4 (agrandissement) : La plaque est séparée de la côte par une mince couche de graisse.

détectent en fenêtre médiastinale. (*image 2*).

Si une anomalie proche de la plèvre, qui n'existait pas en fenêtre parenchymateuse, il ne peut en aucun cas s'agir d'une plaque pleurale

Lorsque les plaques sont calcifiées, leur mise en évidence ne pose en principe pas de problème.

Par contre, quand elles sont non calcifiées et débutantes, leur mise en évidence requiert parfois un examen attentif du scanner en fenêtre médiastinale.

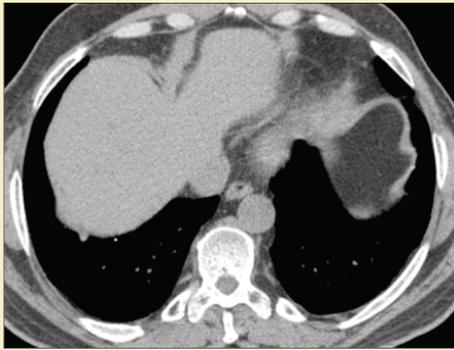


Image 5 : Il existe une boursouffure au niveau du diaphragme.

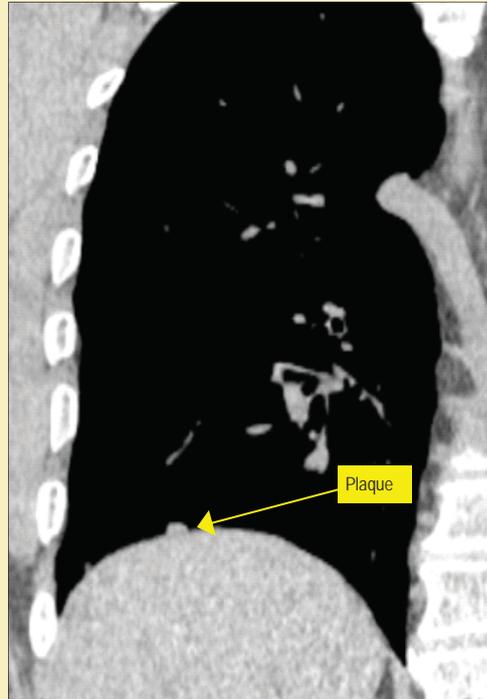


Image 6 : La visualisation en coupe frontale permet de confirmer qu'il s'agit bien d'une plaque pleurale.

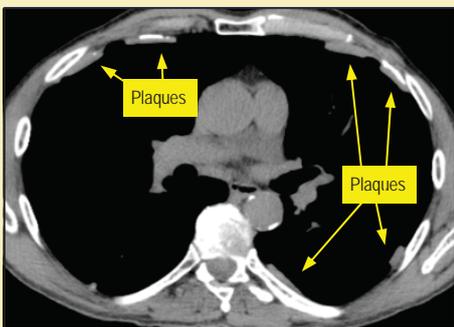


Image 7 : Plaques multiples non calcifiées et calcifiées (partie haute du poumon).

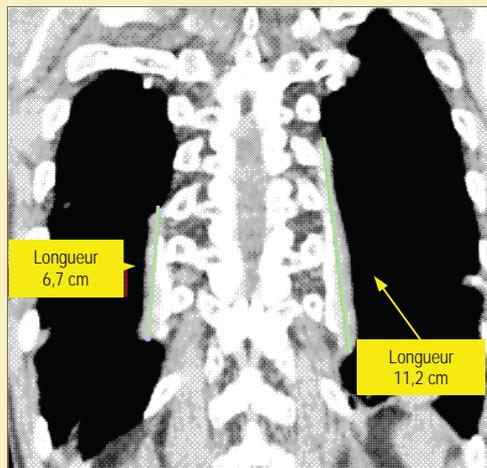


Image 9 : Chez la même victime, visualisation des plaques en coupe frontale.

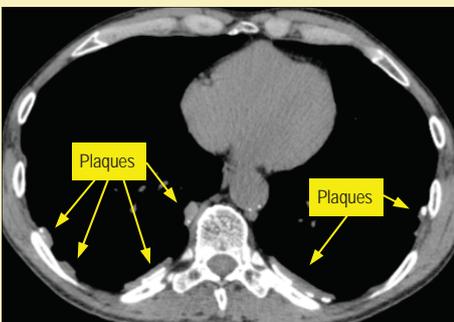


Image 8 : Plaques multiples non calcifiées et calcifiées (partie basse du poumon).



Image 10 : Chez la même victime, visualisation des plaques en coupe sagittale.

Deux zones particulières doivent attirer l'attention du lecteur (en possession du CD Rom sur lequel sont gravées les images recueillies au scanner) : le dedans des côtes et le diaphragme.

Concernant les images de plaques pleurales situées en dedans des côtes, il est conseillé d'agrandir fortement afin de voir la plaque en détail (images 3 et 4).

Si apparaît au niveau du diaphragme une anomalie qui laisse à penser qu'il s'agit d'une plaque pleurale (image 5), il faut contrôler cette image (vue en coupe transversale) en coupe frontale et là on voit nettement qu'il s'agit d'une plaque pleurale (image 6).

La plupart du temps, on visionne d'abord les images en coupes transversales, mais celles-ci ne nous permettent pas toujours de nous rendre compte de l'étendue des plaques (images 7 et 8). Pour reprendre une image familière, si je mange des rondelles de saucisson, je ne sais pas forcément la longueur du saucisson.

Il convient alors de regarder les images en coupe frontale et en coupe sagittale. Le mesurage permet alors d'apprécier précisément leur longueur (images 9 et 10).

Si les plaques sont importantes, il ne faut pas hésiter à revendiquer un taux d'IPP supérieur au taux de 5 % de base convenu, à savoir un taux d'IPP de 10 % et même de 15 %, indépendamment d'un handicap respiratoire qui pourrait venir se rajouter (baisse de la capacité pulmonaire totale).

Plaques pleurales multiples

non calcifiées
(en gris sur l'image)

et calcifiées
(en blanc sur l'image)

chez la même victime