

#001

Objectifs du carnet

Ablation Tumorale Percutane

Carte de revision - Radiologie Interventionnelle

- 1 Reconnaître ablation tumorale percutane : tumeur selectionnee pour radiofrequence, micro-ondes ou cryoablation.
- 2 Rechercher les determinants majeurs : taille, localisation, marge, organes critiques, fonction d'organe et alternative chirurgicale.
- 3 Commencer par la gravite immediate avant le bilan etiological complet.
- 4 Formuler une conduite pratique avec objectif, traitement, surveillance et seuil d'avis specialise.

Visuel extrait et recadré depuis les cours vidéo du SSD1.

Captures de cours recadrées depuis SSD1, usage pédagogique.

- Situer ablation Tumorale Percutane dans le champ de radiologie interventionnelle et préciser ce qui doit être acquis avant d’aller plus loin.
- Décrire la présentation attendue: tumeur selectionnee pour radiofrequence, micro-ondes ou cryoablation.
- Identifier pour ablation Tumorale Percutane les situations qui changent immédiatement le niveau de soins: hémorragie, sepsis, anticoagulation, allergie au contraste, insuffisance rénale ou impossibilité de surveillance post-geste.
- Pour Ablation Tumorale Percutane, formuler une décision finale datée: lieu de prise en charge, traitement, surveillance et délai de réévaluation.

#002

Identifier et hierarchiser

- Interroger et examiner en ciblant ablation Tumorale Percutane: symptômes cardinaux, chronologie, facteurs déclenchants et retentissement.
- Préciser le terrain utile pour ablation Tumorale Percutane: taille, localisation, marge, organes critiques, fonction d'organe et alternative chirurgicale.
- Pour Ablation Tumorale Percutane, séparer forme simple, forme compliquée, diagnostic différentiel dangereux et situation relevant d'un recours senior.
- Pour Ablation Tumorale Percutane, choisir les examens qui répondent à une question explicite: confirmer, stadifier, surveiller ou préparer un geste.

#003

Traiter et surveiller

- Première décision pour ablation Tumorale Percutane: planifier protection, guidage, énergie et contrôle de zone traitée.
- Suivi rapproché de ablation Tumorale Percutane: douleur, syndrome post-ablation, complication biliaire/urinaire et imagerie de suivi.
- Escalader vers radiologue interventionnel, anesthésie et spécialiste demandeur si gravité, doute persistant, échec thérapeutique ou besoin de geste spécialisé.
- Pour Ablation Tumorale Percutane, adapter la stratégie au patient réel: âge, comorbidités, traitements, souhaits, autonomie et ressources disponibles.

#004

Pieges frequents

- Piège classique dans ablation Tumorale Percutane: rassurer trop tôt devant une présentation incomplète ou un examen initial normal.
- Piège thérapeutique: traiter un symptôme de ablation Tumorale Percutane sans planifier la réponse attendue et le seuil d'échec.
- Pour Ablation Tumorale Percutane, piège d'organisation: oublier d'écrire qui revoit le patient, quand, avec quel résultat attendu.
- Pour Ablation Tumorale Percutane, piège EDN: mélanger diagnostic, gravité et orientation; ces trois décisions doivent rester séparées.

#005

Synthese operationnelle

- Synthèse de ablation Tumorale Percutane: nommer le problème, le mécanisme probable, la gravité et l'objectif de prise en charge.
- Documenter ce qui manque encore pour ablation Tumorale Percutane: examen, biologie, imagerie, avis ou résultat microbiologique/ anatomopathologique.
- Pour Ablation Tumorale Percutane, prévoir les complications prévisibles et les signes d'alerte que le patient ou l'équipe doivent surveiller.
- Pour Ablation Tumorale Percutane, terminer par une transmission courte: diagnostic retenu, hypothèse dangereuse exclue ou non, traitement, surveillance.

Sources: Supports locaux SSD1/Alex/13- Radiologie et SSD1/Alex/8- Urologie; Referentiels EDN imagerie et gestes interventionnels; Principes de radioprotection, asepsie et securite peri-procedurale