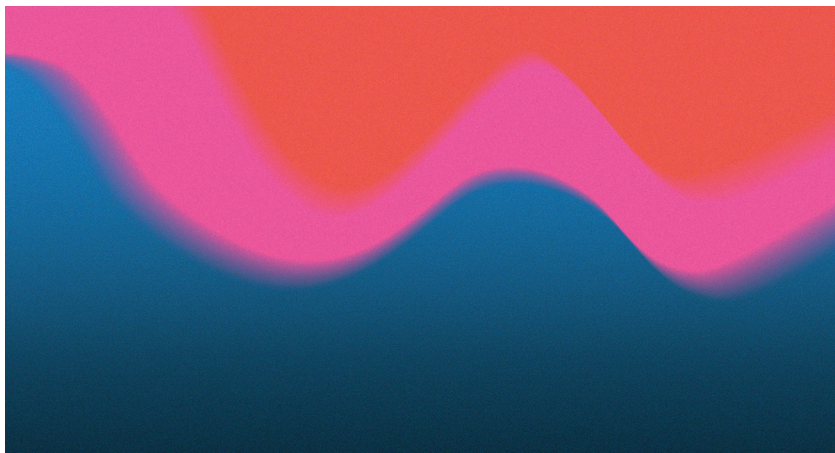




Directive

Scintigraphie pulmonaire
de ventilation

V1.1 20.04.2026

[www.bag.admin.ch/fr/
radioprotection-directives](http://www.bag.admin.ch/fr/radioprotection-directives)

Contact

Tél. : 058 462 96 14

E-mail : str@bag.admin.ch

Recommandations relatives à la protection du personnel lors de la scintigraphie pulmonaire de ventilation

La ventilation pulmonaire peut être associée à un certain risque de contamination et d'incorporation pour le personnel. La présente directive compare plusieurs méthodes d'examen. Elle fournit des estimations du risque pour le personnel et présente les mesures permettant de réduire la dose de rayonnement à laquelle celui-ci est susceptible d'être exposé.

1 Contexte

Dans la plupart des cas, la scintigraphie pulmonaire de ventilation, associée à la scintigraphie de perfusion, vise à mettre en évidence ou à exclure une embolie pulmonaire. Cette méthode consiste à nébuliser dans les voies aériennes un produit radio-pharmaceutique, dont on observe la distribution dans les alvéoles pulmonaires au moyen du rayonnement gamma qu'il émet. Elle peut être réalisée avec une gamma caméra, soit pendant l'inspiration d'un gaz noble radioactif, soit après l'inhalation d'un aérosol radioactif, une fois que celui-ci s'est déposé dans le système bronchique.

La scintigraphie pulmonaire de ventilation est parfois remplacée par la tomodensitométrie (angiographie par TC) avec injection de produit de contraste, sans tenir compte de la dose efficace plus élevée à laquelle celui-ci expose le patient : cette dose peut aller de 2 à 6 mSv [1], alors que, lors d'une scintigraphie, elle est en règle générale inférieure à 1 mSv. Outre une plus faible irradiation, la scintigraphie a l'avantage de ne pas recourir à des produits de contraste nocifs pour les reins et de présenter une plus grande sensibilité dans la détection des embolies pulmonaires périphériques.

Les médecins doivent prendre d’autres paramètres en compte pour décider de l’examen à faire, à savoir scintigraphie ou angiographie. La publication de Vock présente de façon claire les avantages et les inconvénients des deux méthodes [2].

2 Réalisation

Une scintigraphie pulmonaire de ventilation peut être réalisée avec différents systèmes de ventilation et différents produits radiopharmaceutiques, à savoir essentiellement un aérosol marqué au Tc-99m (tel que le Tc-99m-DTPA) ou des particules de carbone marquées au Tc-99m, connues sous le nom de « Technegas ».

Tableau 1 : Activités habituelles lors d'une scintigraphie pulmonaire de ventilation et dose efficace pour les patient(e)s utilisant le Tc-99m-DTPA (aérosol) et le Tc-99m-Technegas.

Produit radiopharmaceutique	Activité dans le générateur d'aérosol	Activité dans les poumons	Dose efficace ¹
Tc-99m-DTPA (aérosol)	400–1300 MBq	env. 50–100 MBq	env. 0,35–0,70 mSv
Tc-99m-Technegas	300–700 MBq	env. 20–50 MBq	env. 0,30–0,75 mSv

¹ Pour une patiente / un patient adulte

2.1 Tc-99m-DTPA (aérosol)

Le Tc-99m-DTPA peut être nébulisé sous forme d’aérosol dans différents systèmes (tels que le « Ventiscan™ » et le « SmartVen™ »). Selon le système, on introduit entre 400 et 1300 MBq de solution de Tc-99m-DTPA dans le générateur d’aérosol (sur cette quantité, 20 à 40 MBq se déposeront dans les poumons des patients), et la durée de l’inhalation varie entre 1 et 5 minutes. La dose efficace est de 0,007 mSv/MBq, soit, normalement, 0,28 mSv par examen. Si les patients retirent l’embout buccal pendant le traitement, il s’échappe une certaine quantité d’aérosol radioactif, qui varie selon le système employé ; d’après les indications du fabricant, aucune fuite ne devrait être possible avec le SmartVent.

2.2 Tc-99m-Technegas

Le Technegas est produit dans un générateur de Technegas. On chauffe un creuset constitué de graphite de haute pureté en présence de Tc-99m-pertechnétate de sodium à 2550°C dans une atmosphère d’argon dépourvue d’oxygène.

À cette température élevée, une très petite quantité de graphite est vaporisée, générant une dispersion ultra-fine constituée de microparticules de carbone marquées au Tc-99m (agrégats constitués de quelques atomes de carbone ultramicroscopiques, qui contiennent chacun du technétium).

La plus grande partie des particules de Tc-99m-Technegas sont déposées dans les alvéoles pulmonaires ; seule une petite partie est expirée. Aucune élimination par diffusion dans les vaisseaux sanguins ne se produit, et la radioactivité intra-pulmonaire décroît en pratique avec la demi-vie physique du Tc-99m. Chez les patients présentant d’importants troubles respiratoires, il peut arriver qu’une partie des particules de Tc-99m-Technegas se déposent dans les voies respiratoires supérieures et y restent. Cette radioactivité est expulsée avec le mucus, principalement par la toux ou la déglutition, sans absorption par le tractus gastro-intestinal.

On met dans le creuset de graphite 200 à 750 MBq de Tc-99m-pertechnétate. Cette activité n’est incorporée aux agrégats de carbone du Tc-99m-Technegas et inhalée par le patient qu’à hauteur de 20–30 %. La quantité et l’activité spécifique du Tc-99m-Technegas inhalé dépendent fortement du temps écoulé entre sa fabrication et son inhalation par le patient. Le Technegas devrait être administré au plus tard dix minutes après sa préparation dans le générateur. Le patient inhale l’aérosol en faisant trois à cinq respirations. La dose efficace inhalée est de 0,018 mSv/MBq, soit au maximum 4 mSv (30 % de 750 MBq), mais généralement 0,7 mSv (20 % de 200 MBq).

2.3 Risque de contamination et d’inhalation pour le personnel

Avec les aérosols radioactifs, la mauvaise coopération du patient ou ses difficultés à respirer avec le système de tuyaux sont susceptibles d’entraîner une contamination de l’air et, de ce fait, un certain risque de contamination et d’inhalation pour le personnel.

Le système au Technegas présente le risque le plus élevé, raison pour laquelle il est traité plus en détail ci-après.

Petzold et al. se sont penchés dans une publication sur le Technegas [3] sur l'activité des particules de carbone chargées en Tc-99m qui était incorporée par le personnel lors de la scintigraphie pulmonaire de ventilation et ont présenté les mesures destinées à prévenir une telle incorporation.

Ces mesures, qui permettaient de réduire l'incorporation d'un facteur 1000, étaient les suivantes :

- ajout au générateur d'une technique de filtrage moderne et modification du logiciel de commande ;
- positionnement sur la tête du patient, pendant et après la ventilation, d'une unité d'aspiration supplémentaire dotée d'une cloche d'aspiration et ayant une performance de 300 m³/h ;
- après la ventilation, obligation pour le patient de respirer au moins une minute de l'air ambiant dans l'unité d'aspiration ;
- détermination, par une technique de mesure externe, du moment où l'enrichissement d'activité dans les poumons est suffisant pour la scintigraphie ;
- changement de vêtements et douche après l'examen.

Au moyen d'un contaminamètre de l'intégralité du corps, Petzold et al. ont déterminé les activités incorporées par le personnel après un examen avec du Technegas. Sans mise en œuvre de ces mesures, des activités de 500 à 800 kBq ont été mesurées par examen, sachant que toute l'activité n'était pas réellement incorporée, mais également déposée sur les vêtements sous forme de contamination de surface. Les chiffres diminuaient de 80 à 90 % après un changement de vêtements et une douche.

Pour évaluer l'incorporation réelle, ils ont donc multiplié par 0,25 le chiffre en becquerels calculé pour les poumons, de façon à corriger le pourcentage de contamination surajoutée. Le facteur choisi était plus élevé que le chiffre mesuré le plus grand afin de ne pas sous-estimer l'incorporation. Avec cette correction, l'activité incorporée aboutissait à une dose efficace d'au maximum 3,6 µSv par examen, soit, pour 20 examens par an, 72 µSv. Si l'on compare cette dose pour le personnel avec, par exemple, celle due à l'irradiation externe lors des scanners, on peut considérer comme très faible le danger dû aux examens pulmonaires de ventilation quand toutes les précautions sont prises. La dose est encore un peu plus faible lors d'examens avec du Tc-99m-DTPA.

3 Recommandations de l'OFSP

Le risque d'incorporation pour le personnel étant inhérent à tout examen pulmonaire de ventilation, il est recommandé de procéder à une mesure de tri immédiatement après chaque examen, et non pas seulement à la fin de la journée comme l'indique l'Ordonnance sur la dosimétrie [4]. Cette mesure de contrôle permettrait également de détecter une contamination.

Si la mesure de tri donne un chiffre élevé, un changement de vêtements est recommandé. On a constaté que le fait de mettre un vêtement à usage unique ne suffit pas pour empêcher la contamination de ceux sur lesquels il est porté [3]. Après le changement et, le cas échéant, d'autres mesures de décontamination corporelle, on répète la mesure de tri.

Si la ventilation est réalisée à côté de la gamma caméra, il est conseillé de bien recouvrir de draps les surfaces de mesure de celle-ci.

Il convient en outre de veiller à ce que l'intervalle entre la ventilation et la mesure soit le plus court possible. Enfin, l'examen doit se dérouler dans une pièce qui ne soit pas utilisée simultanément par d'autres patients.

4 Références bibliographiques

- [1] Mayo J. R., Aldrich J., Müller N. L. Radiation exposure at chest CT: a statement of the Fleischner Society. *Radiology* 2003; 228: 15-21.
- [2] Vock P., Müller-Brand J., Valley J.-F. Medizinische Strahlenexposition in der Schweiz. Teil 2: Die Rolle dosisintensiver Untersuchungen, insbesondere der Computertomographie (CT). *Schweiz Med Forum* 2004; 4: 865-872.
- [3] Petzold J., Alborzi H., Fundke R., Petzold L., Sabri O., Seese A., «Verringerung der Inkorporation von ^{99m}Techetium beim Personal während Lungenventilationsuntersuchungen.» in *Strahlenschutzpraxis* 2007, Heft 3/2007, S.23-28.
- [4] Ordonnance sur la dosimétrie individuelle et la dosimétrie de l'environnement (Ordonnance sur la dosimétrie, RS 814.501.43) du 26 avril 2017, annexe 15, n° 22.

5 Valeur juridique

Les présentes directives sont une aide à l'exécution élaborée par l'OFSP en tant qu'autorité de surveillance dans le domaine de la radioprotection. Elles s'adressent en premier lieu aux titulaires d'une autorisation ou aux experts en radioprotection. Elles mettent en œuvre les exigences ressortant de la législation sur la radioprotection et correspondent à l'état actuel de la science et de la technique. Si les titulaires d'une autorisation ou les experts en radioprotection tiennent compte de leur contenu, ils peuvent partir du principe qu'ils exécutent ladite législation conformément aux prescriptions légales.