

Mini-CAS

2^{ème} cycle

images-clé ECN

Stéphanie Bravetti

NEUROLOGIE

CAS 1 :

Patient de 56 ans, alcoolique chronique
Trouble de la conscience depuis 48heures

- 1 – interpréter l'imagerie
- 2 – Prise en charge ?



HSD

Scanner cérébral en coupe axiale, non injecté

En fenêtre parenchymateuse

Hyperdensité spontanée de la convexité droite

En croissant, extra-parenchymateuse

Effet de masse

Déviations des structures médianes

Engagement sous-falcoriel

→ HSD aigu

CAS 2 :

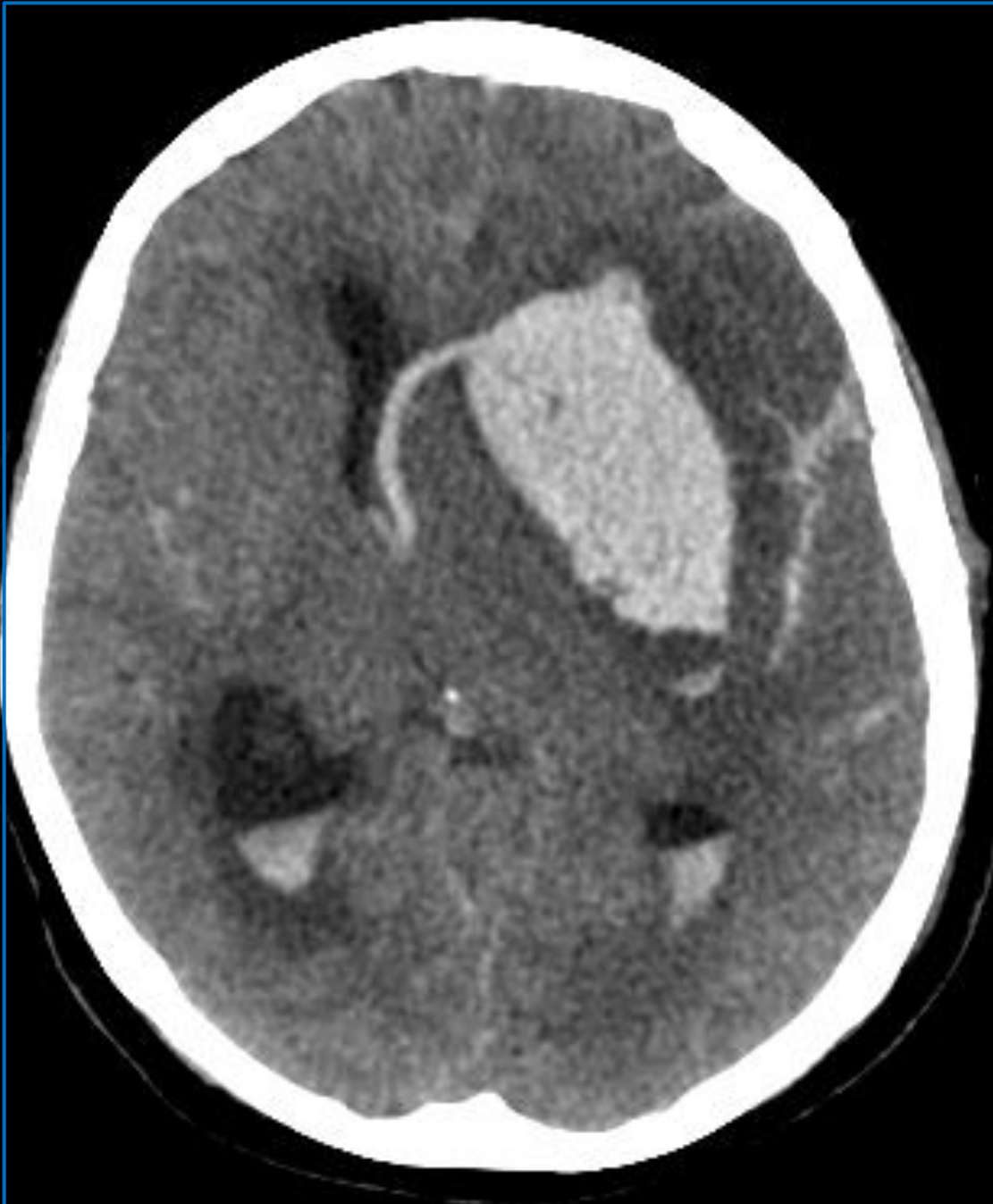
Patiente de 75ans

Traumatisme par chute mécanique dans les escaliers

Trouble de la conscience et agitation

1- interpréter l'imagerie

2- PEC



HIP, inondation
ventriculaire,
HSA

Scanner cérébral en coupe axiale

Sans injection en fenêtre parenchymateuse

Hématome intra -parenchymateux frontal
antérieur gauche

Suffusion dans les espaces sous-arachnoïdiens

Inondation ventriculaire

Effet de masse

Déviations des structures médianes

Engagement sous-falcoriel

→ HIP, HSA, inondation ventriculaire,
engagement

CAS 3 :

Patient de 29ans,

VIH +

CD4 à 120/mm³

Céphalées et fièvre

1- interpréter imagerie

2- PEC



Abcès cérébral

Scanner cérébral en coupe axial

Avec injection en fenêtre
parenchymateuse

Hypodensité intra-parenchymateuse, avec
rehaussement annulaire et œdème péri-
lésionnel

Image en cocarde frontale antérieure
gauche

Discrète déviation des structures
médianes

→ abcès cérébral ; toxoplasmose

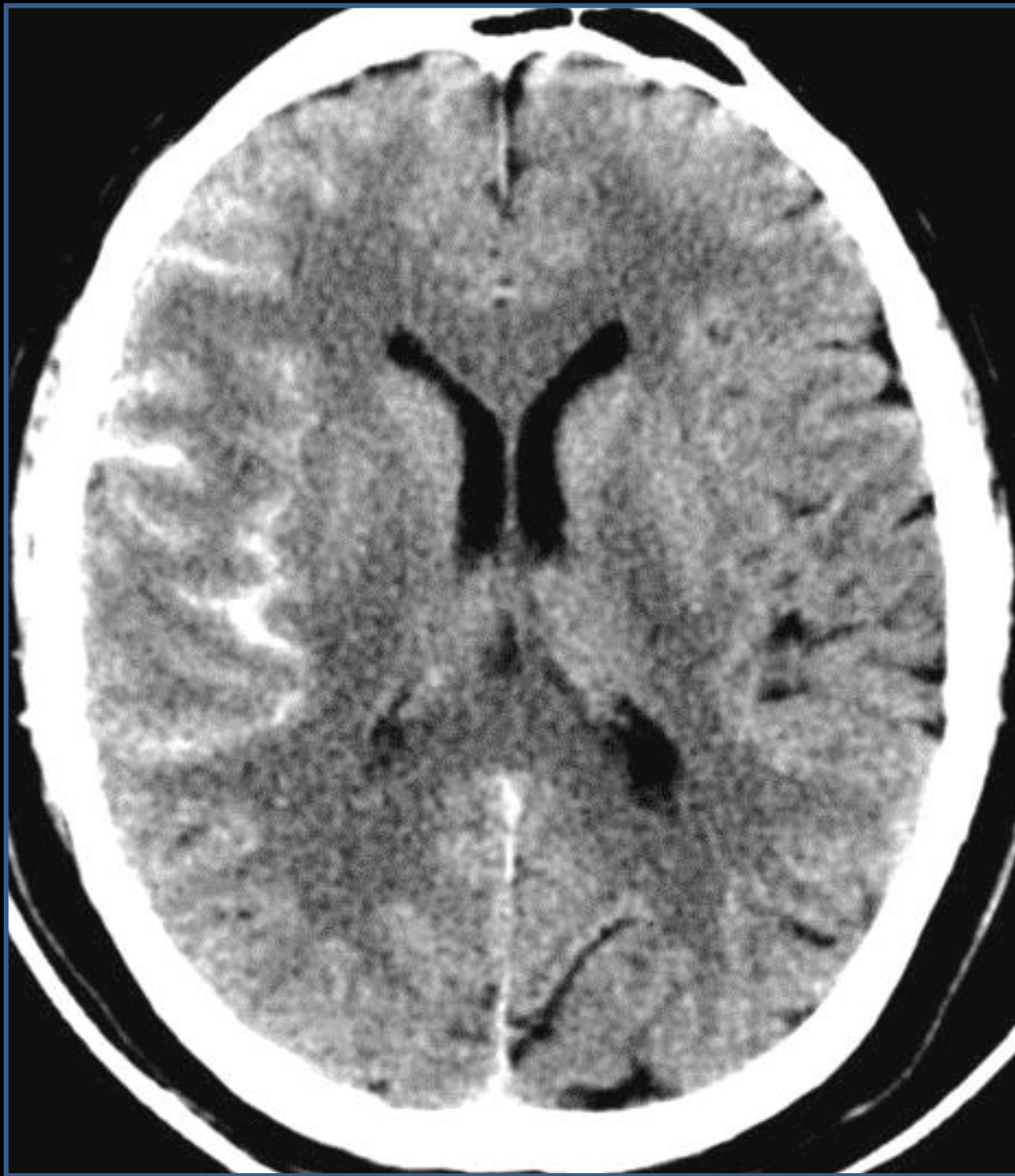
CAS 4 :

Femme de 25ans

Céphalées aiguës après avoir fait un footing

1-interpréter imagerie

2- quels examens complémentaires sont à réaliser



Hémorragie
méningée

Scanner cérébral en coupe axiale

Sans injection en fenêtre
parenchymateuse

Hyperdensité spontanée au sein des
sillons corticaux frontaux droit

Pas d'inondation ventriculaire, pas
d'hydrocéphalie

Pas de déviation de la ligne médiane

→ HSA

CAS 5 :

Patiente de 26ans

AVP

TC avec PC

Glasgow 9

1- interpréter l'imagerie

2-PEC



Hématome
Extra-dural
Et HIP

Scanner cérébral en coupe axiale

Sans injection

En fenêtre parenchymateuse

Hyperdensité spontanée en lentille
biconvexe extra-parenchymateuse, fronto-
pariéto-occipitale gauche → HED

Hyperdensité intra-parenchymateuse
frontale antérieure droite → HIP

Discrète déviation de la ligne médiane

CAS 6 :

Patient de 18 ans

AVP

Inconscient, intubé sur les lieux

1- interpréter l'imagerie

2- mettez-vous en place une ATBthérapie?



HIP

Scanner cérébral en coupe axiale

Sans injection

En fenêtre parenchymateuse

Hyperdensité spontanée intra-
parenchymateuse pariétale droite avec
œdème péri-lésionnel

Embarrure de la voute crânienne postéro-
latérale droite en regard

→ HIP sur embarrure droite

CAS 7 :

Patient de 31ans

Migraines atypiques

ATCD de PKRAD

1-interpréter l'imagerie

2- cause la plus probable



Hémorragie sous
arachnoïdienne

Scanner cérébral sans injection

En fenêtre parenchymateuse

En coupe axial

Hyperdensité spontanée des vallées sylviennes et des citernes chiasmaticques

Pas d'inondation ventriculaire

Pas d'hydrocéphalie

→ HSA

CAS 8 :

Patient de 56 ans

Coup violent à la tête

Accident de travail

1-interpréter l'imagerie

2-Complications à redouter



**HSA et
INONDATION
VENTRICULAIRE**

Scanner cérébral sans injection

En fenêtrage parenchymateuse

En coupe axiale

Hyperdensité au sein des sillons corticaux frontaux gauche

Inondation du ventricule latéral gauche

Pas de fracture de la voûte évidente

→ HSA compliqué d'inondation ventriculaire

CAS 9 :

Patient de 90ans

Syndrome démentiel

1-interpréter imagerie

2- FDR de cette pathologie



HSD
CHRONIQUE

Scanner cérébral sans injection

En fenêtrage parenchymateuse

En coupe axiale

Hypodensité de la convexité droite

Discret effet de masse

Pas de déviation des structures médianes,
pas d'engagement

→ HSD chronique

CAS 10 :

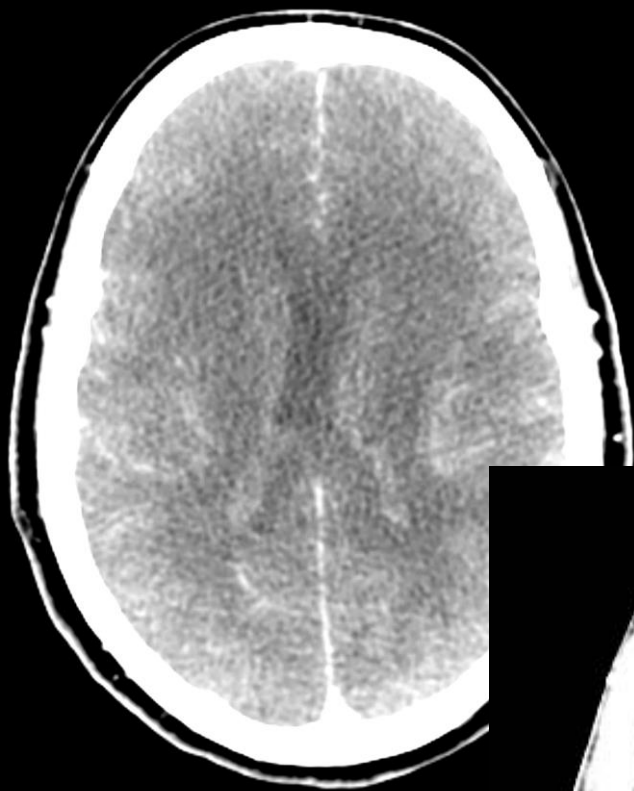
Patient de 58ans

Traumatisme médullaire

Inconscient, aréactif

1-interpréter l'imagerie

2- critères cliniques et para cliniques pour affirmer le diagnostic



MORT
ENCEPHALIQUE

Scanner cérébral

Avec injection

En fenêtre parenchymateuse

En coupe axiale

Effacement des sillons corticaux et du système ventriculaire

Dédifférenciation substance blanche-grise

→ œdème cérébral diffus

CAS 11 :

Patiente de 36ans, fièvre à 39°

Céphalées depuis 48heures

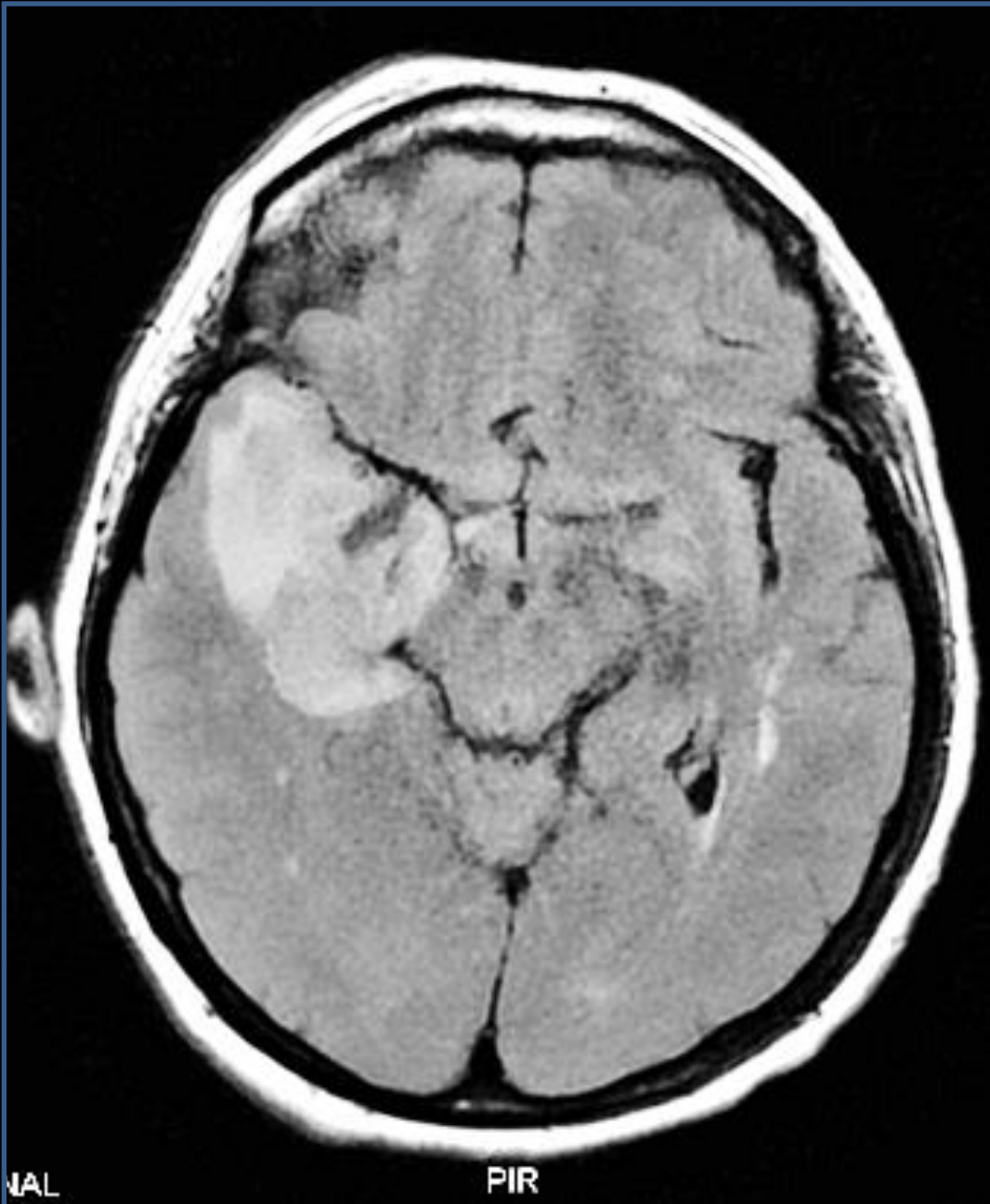
Convulsions

Raideur de nuque, photophonophobie

Trouble de la conscience

1- interpréter l'imagerie

2- PEC



Méningo-
encéphalite
herpétique

IRM encéphalique

Séquence axiale Flair

Hypersignal cortical unilatéral de la région
temporale droite

→ méningo-encéphalite herpétique

CAS 12 :

Patiente de 68ans, handicapé,

Aphasie brutale

ATCD d'HTA

1-interpréter l'imagerie

2-traitement



AVC
hémorragique

Scanner cérébral sans injection

En fenêtre parenchymateuse

En coupe axiale

Hyperdensité spontanée lenticulaire droit

Pas d'œdème péri-lésionnel, pas de déviation des structures médianes

→ AVC hémorragique droit

CAS 13 :

Patiente de 49ans

Paresthésies et paralysie de l'hémicorps gauche

AEG

Pas d'ATCD

1- interpréter l'imagerie

2- réalisez-vous des examens complémentaires



Métastases
cérébrales

Scanner cérébral en coupe axiale

Avec injection

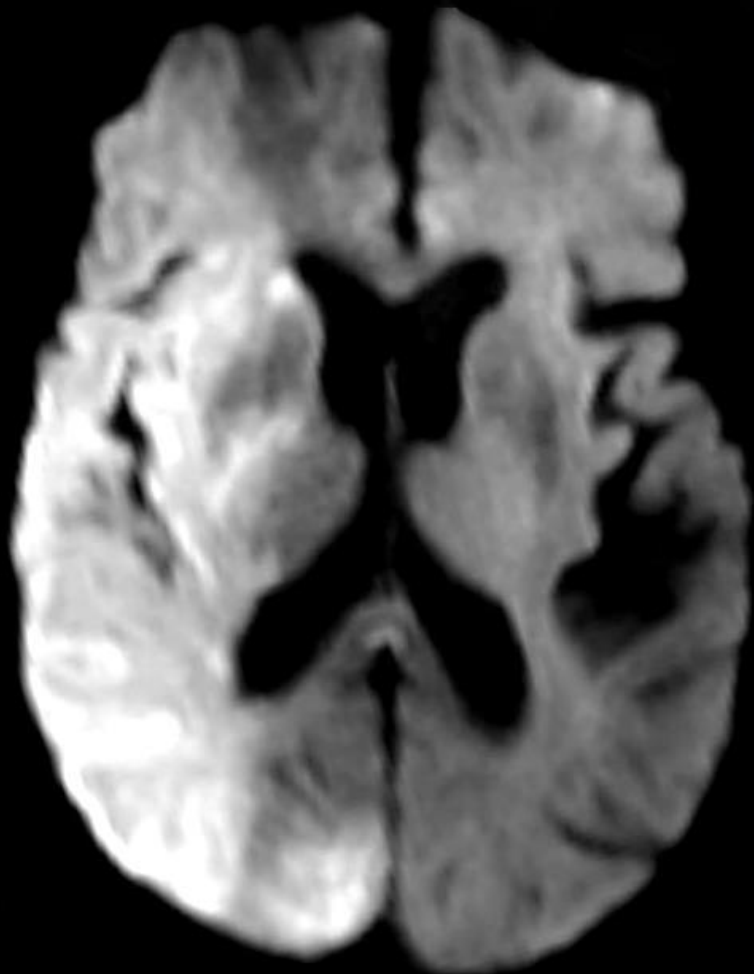
En fenêtre parenchymateuse

Masse hypodense pariéto-occipitale droite
avec rehaussement annulaire et œdème
péri-lésionnel

Déviations de la ligne médiane

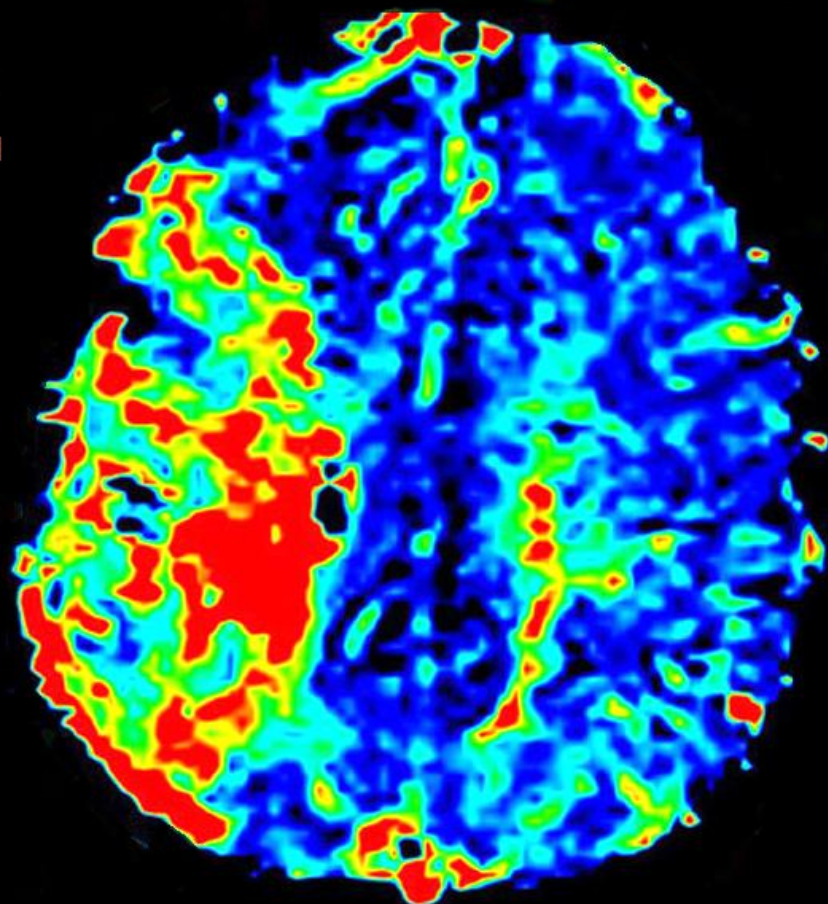
→ métastase cérébrale

IRM de diffusion



**AVC ischémique
sylvien droit total**

IRM de perfusion



CAS 14 :

Patiente de 58 ans

AVP

Tétraplégie de niveau cervical

1-interpréter l'imagerie



Contusion médullaire

IRM médullaire du rachis cervico-thoracique

Séquence sagittale T2 FS

Hypersignal intra-médullaire en regard de C5-C6

Discarthrose avec rétrécissement canalaire

Pas de lésion osseuse traumatique

→ Contusion médullaire et myélo-cervicarthrose

CARDIOLOGIE

CAS 15 :

Patiente de 35ans

Bilan de suivi d'un adénocarcinome
colique opéré

Sous chimiothérapie

1-interpréter l'imagerie

2- PEC



Embolie pulmonaire



Thrombose fémorale superficielle droite

Scanner thoracique et abdomino-pelvien

En coupe axiale

En fenêtre médiastinale et abdominale

Avec injection au temps artériel (1ère), au temps veineux (2nde)

Hypodensité au sein de l'AP droite et de l'artère lobaire inférieure gauche → embolie pulmonaire proximale bilatérale

Pas d'épanchement pleural

Hypodensité au sein de la veine fémorale superficielle droite : TVP

CAS 16 :

Patiente de 45ans suivi pour une thrombophilie.

Douleur de la fosse iliaque gauche

1-interpréter l'imagerie

2- PEC



Thrombose VCinf/ Hématome grand droit gauche

Scanner abdomino-pelvien injecté au temps portal

Coupe axiale

Hypodensité au sein de la veine cave inférieure--> thrombose cave

Hyperdensité au sein du muscle grand droit gauche → hématome du muscle grand droit gauche

CAS 17 :

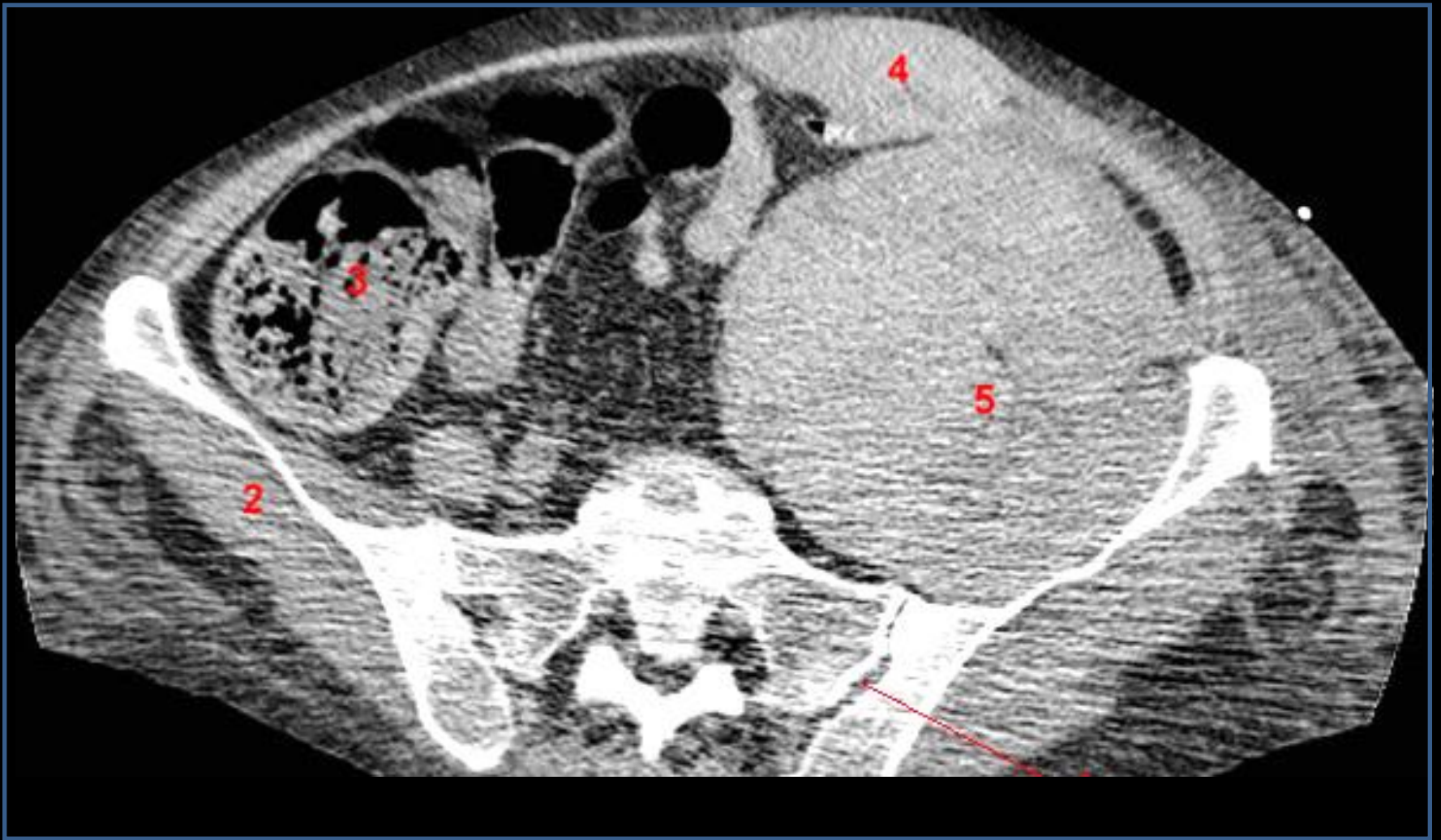
Patient de 69ans

Douleur abdominale diffuse

ATCD : ACFA anti coagulé par AVK

1-interpréter l'imagerie

2- citez un dosage biologique à effectuer



Hématome psoas gauche et grand droit gauche

Scanner abdomino-pelvien injecté

Coupe axiale

Hyperdensité du muscle psoas et grand droit gauche

→ hématomes musculaires (accident des anticoagulants)

CAS 18 :

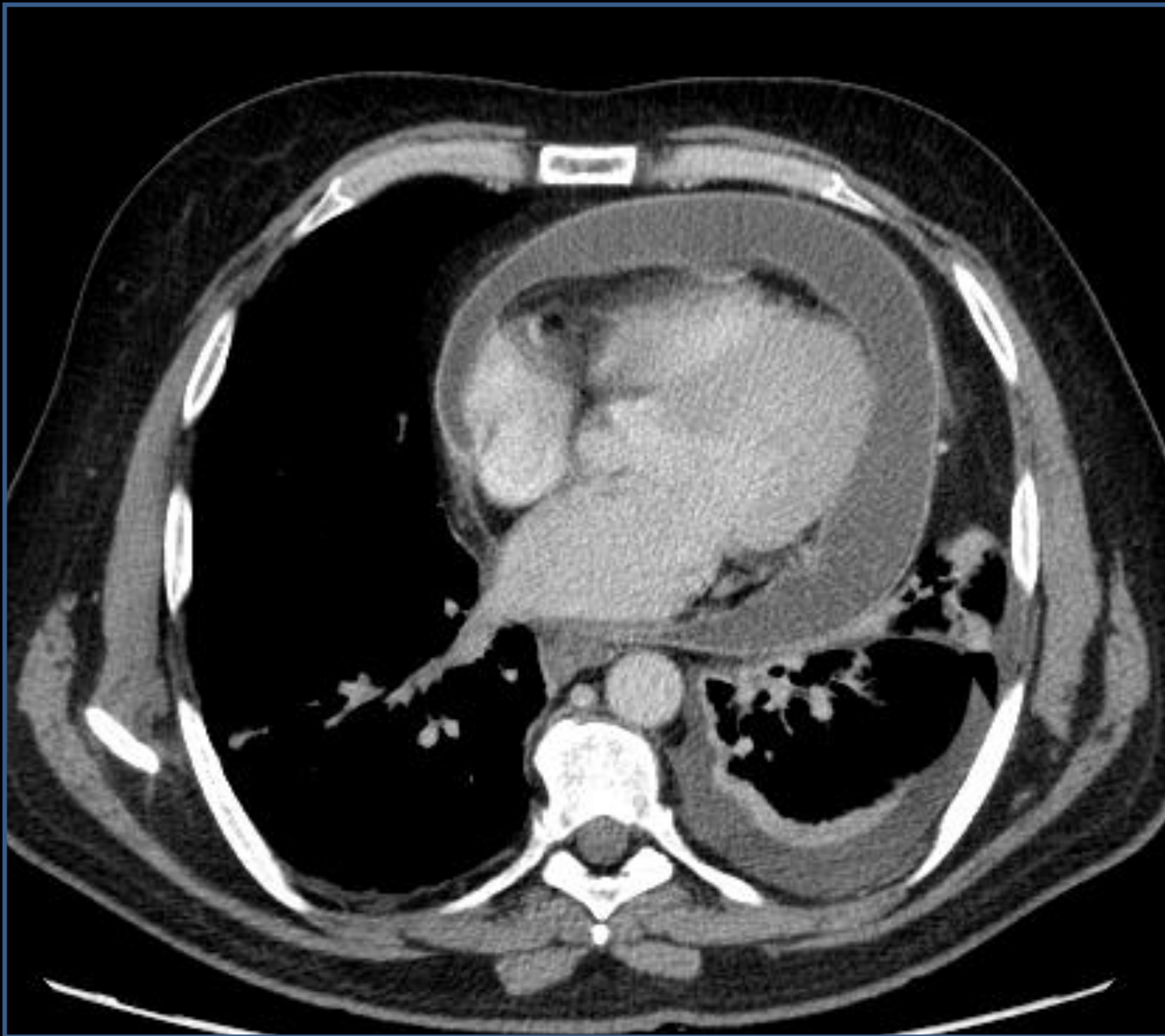
Patient de 45ans

Douleur thoracique

Soulagée par l'antéflexion

1-interpréter l'imagerie

2- signes de gravité à rechercher à l'examen clinique



Péricardite

Scanner thoracique injecté

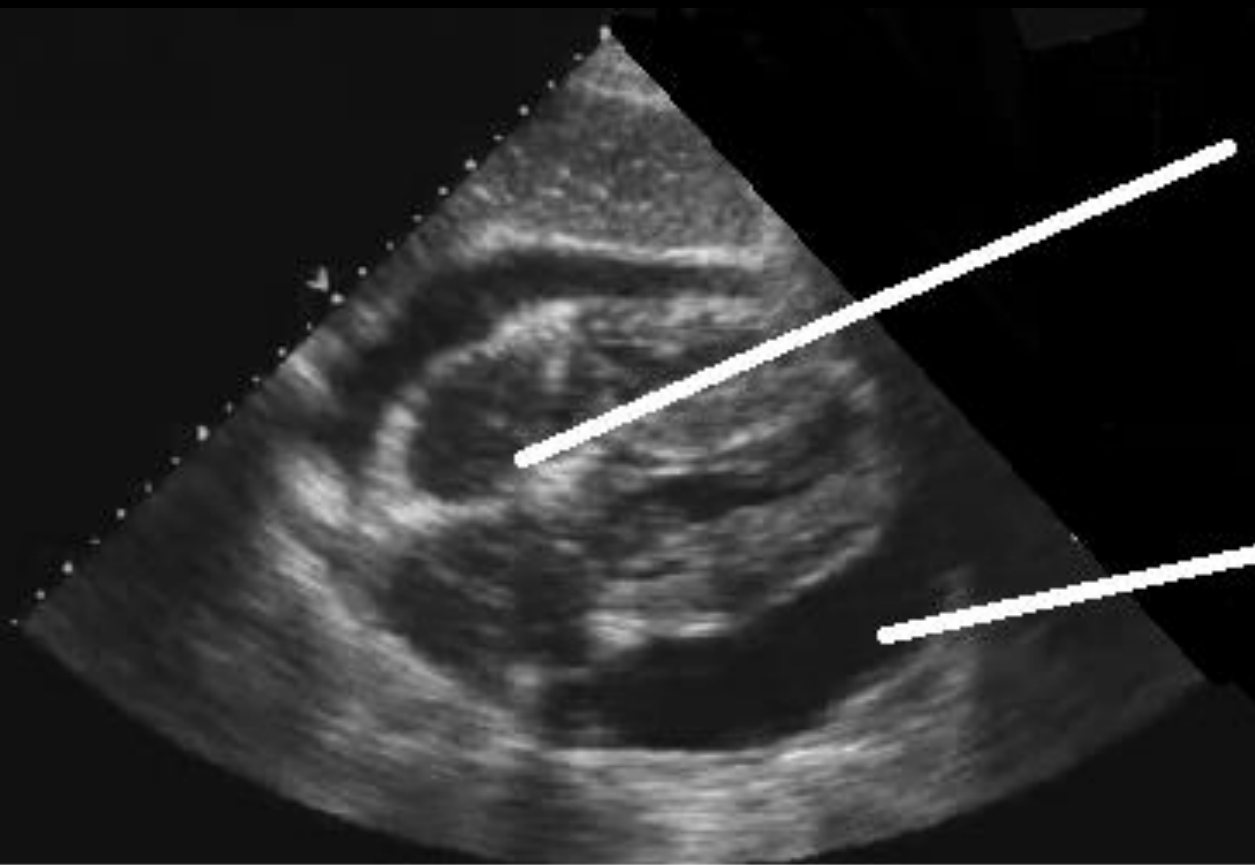
Coupe axiale

Fenêtre parenchymateuse

Épanchement péricardique circonférentiel
de grande abondance → péricardite

Pas de septum paradoxal

Épanchement pleural gauche avec
atélectasie passive de contact



Septum paradoxal

**Epanchement
péricardique
circonférentiel**

Tamponnade

CAS 19 :

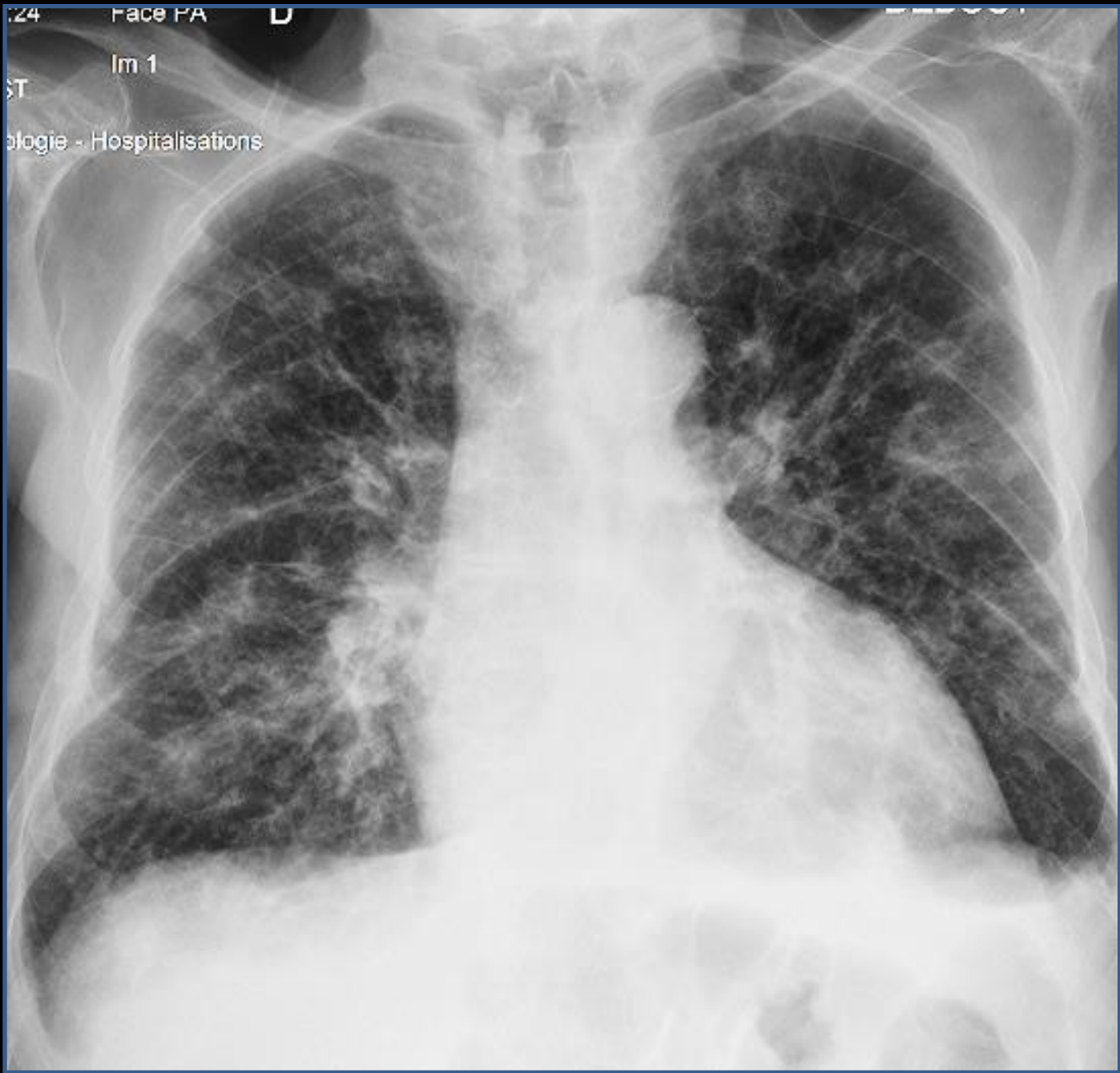
Patient de 80ans

Dyspnée

Sibilants diffus

1-interpréter le cliché

2-traitement



OAP

Radiographie thoracique de face

Opacités hilifuges bilatérales

Surcharge vasculaire avec redistribution
aux apex

Épanchement pleural bilatéral

Lignes de Kerley

Cardiomégalie

→ OAP

CAS 20 :

Patient de 45ans

Dyspnée progressive

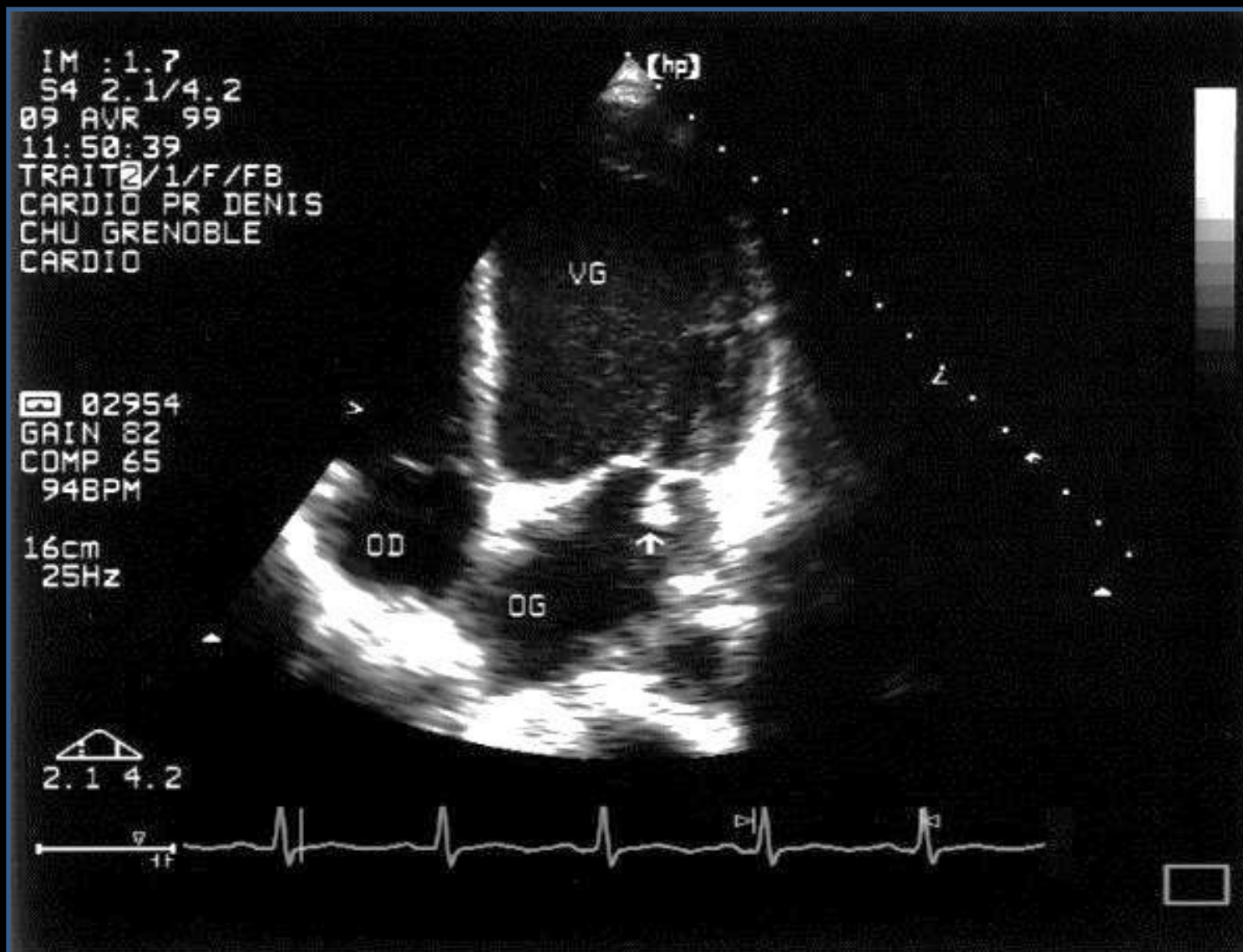
AEG+ fièvre depuis 1 mois

Éruption cutanée

1-interpréter photo

2-interpréter imagerie





Endocardite infectieuse

Echographie trans-thoracique

Coupe 4 cavités

Image appendue à la valve mitrale sur son versant atrial

D'environ 1 à 2cm : végétations

→ endocardite subaiguë

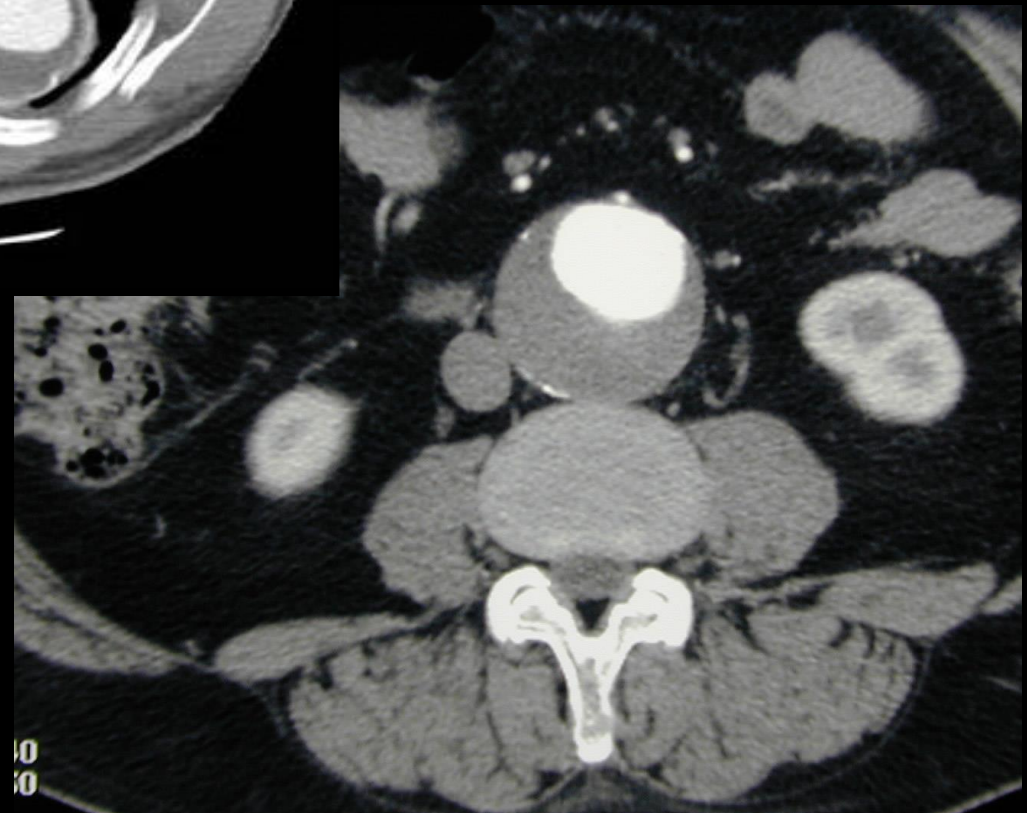
CAS 21 :

Patient de 80ans

Bilan systématique pour exposition à l'amiante

1-interpréter l'imagerie

2-Risques encourus



Anévrisme de l'aorte

Scanner thoracique et abdominal injecté
au temps artériel

Augmentation du diamètre de l'aorte
thoracique descendante et de l'aorte
abdominale → anévrisme aortique

Hypodensité au sein de la lumière aortique
→ thrombus mural

Pas de complication (pas d'épanchement
pleural ou péritonéal, pas de rupture)

CAS 22 :

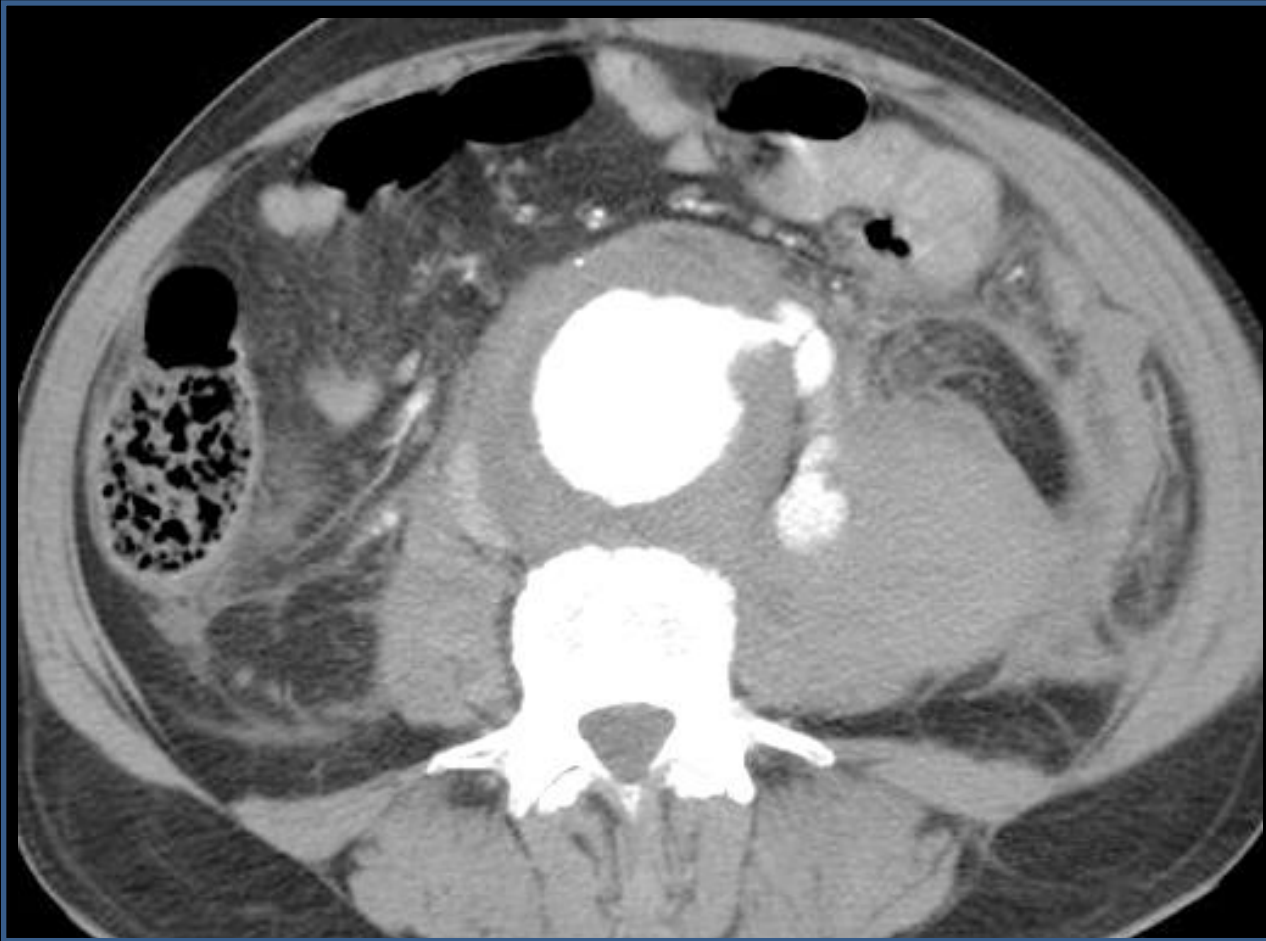
Patient de 87ans

Douleur abdominale

Défense

Hypotension, tachycardie

1-interpréter l'imagerie



Rupture d'un anévrysme dans le rétro péritoine

Scanner abdomino-pelvien injecté au temps artériel

En coupe axiale

Augmentation du calibre de l'aorte abdominale : anévrisme

Perte de continuité de la paroi aortique avec extravasation de PDC : rupture de la paroi externe

Hématome au sein du rétro-péritoine

→ Rupture d'un anévrisme aortique dans le rétro-péritoine

CAS 23 :

Patiente de 87ans

Douleur de la hanche gauche post-traumatique avec cruralgies

ATCD EP il y a 3mois

1-interpréter l'imagerie



Hématome ilio-psoas gauche

Scanner abdomino-pelvien au temps artériel

En coupe axiale

Hyperdensité du muscle psoas gauche :
hématome musculaire

Hyperdensité en son sein : saignement
actif

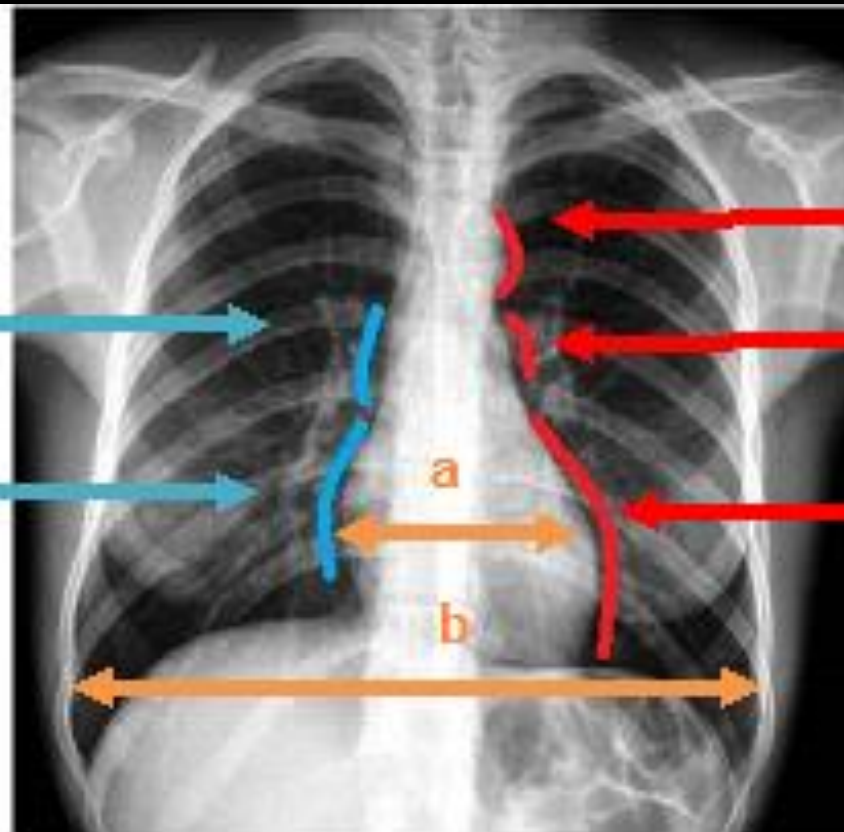
→ Hématome psoas gauche avec
saignement actif



PNEUMOLOGIE

Arc moyen droit :
Veine cave supérieure

Arc inférieur droit :
Oreillette droite



Arc supérieur gauche :
Bouton aortique

Arc moyen gauche :
Artère pulmonaire gauche

Arc inférieur gauche :
Ventricule gauche

index cardio thoracique = a/b
ICT normal $<0,5$

CAS 24 :

Patiente de 70ans

En maison de retraite

Douleur basi-thoracique droite

Fièvre

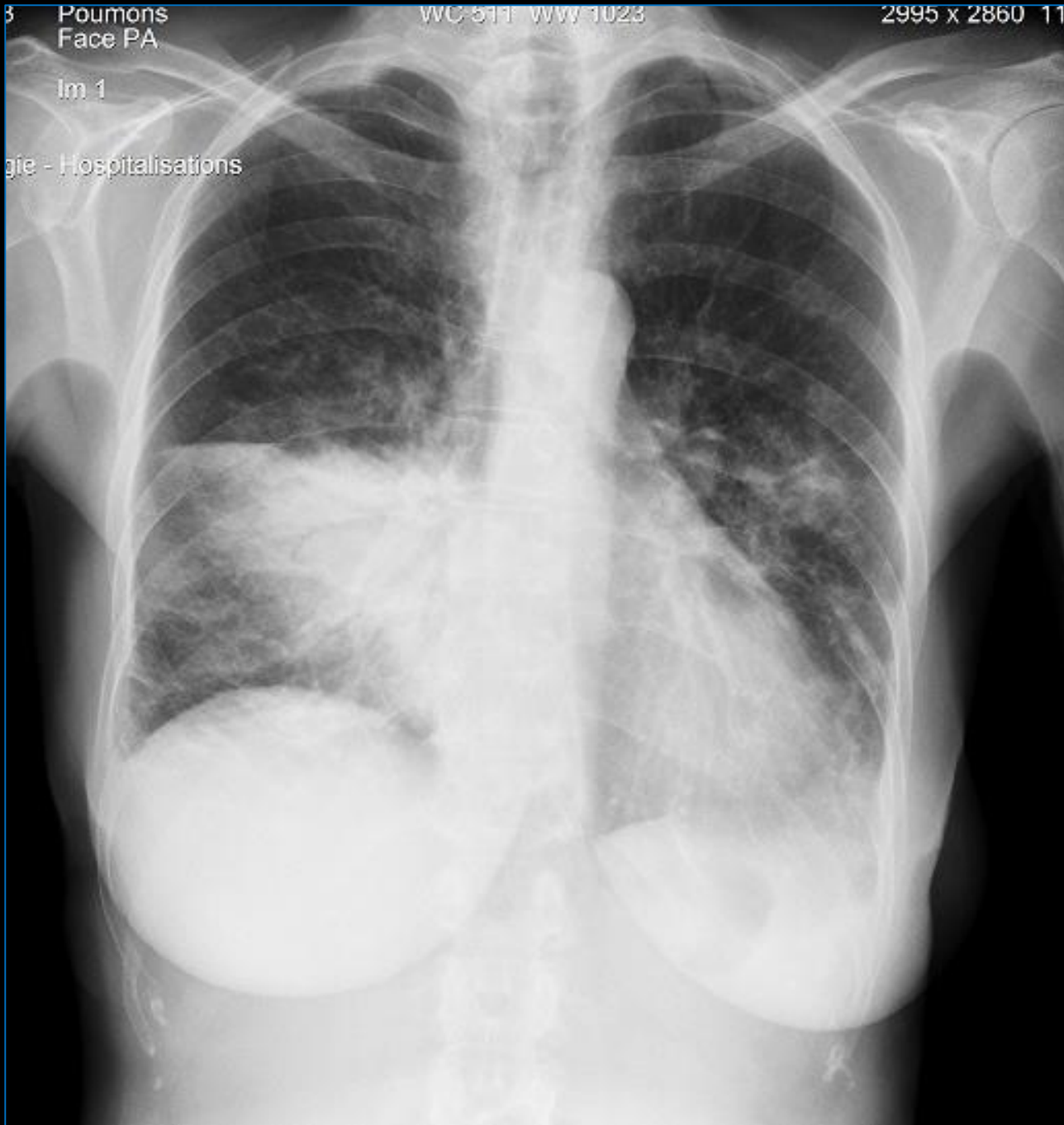
Bio : cytolyse, cholestase, hyponatrémie

1- interpréter l'examen

2- modalités administratives

Im 1

gic - Hospitalisations



Profile

Im 1

Hospitalisations



PFLA

Radiographie thoracique de face et de profil

Opacités

Confluentes, limites floues

Systematisées du lobe moyen (signe de la silhouette)

Bronchogramme aérien

→ PFLA lobaire moyenne

CAS 25 :

Patient de 36ans

Début brutal

Crachats hémoptoïques

Fièvre à 39°

ATCD de splénectomie

1-interpréter examen

2- quelles mesures doivent entourer une splénectomie



PFLA

Scanner thoracique en coupe axiale
Fenêtre parenchymateuse et médiastinale
Avec injection au temps artériel
Condensation systématisée au lobe
supérieure droit
Bronchogramme aérique
→ PFLA lobaire supérieure droit

CAS 26 :

Patient de 60ans

Radiographie systématique

Médecine du travail

1-interpréter cliché

2-quels examens complémentaires
prescrivez-vous



Tumeur pulmonaire gauche

Radiographie thoracique de face

Opacité arrondie lobaire supérieure
gauche

Entourée de gaz : intra-parenchymateuse

Pas d'épanchement pleural

→ probable cancer broncho-pulmonaire
du lobe supérieure gauche

CAS 27 :

Patient de 54ans

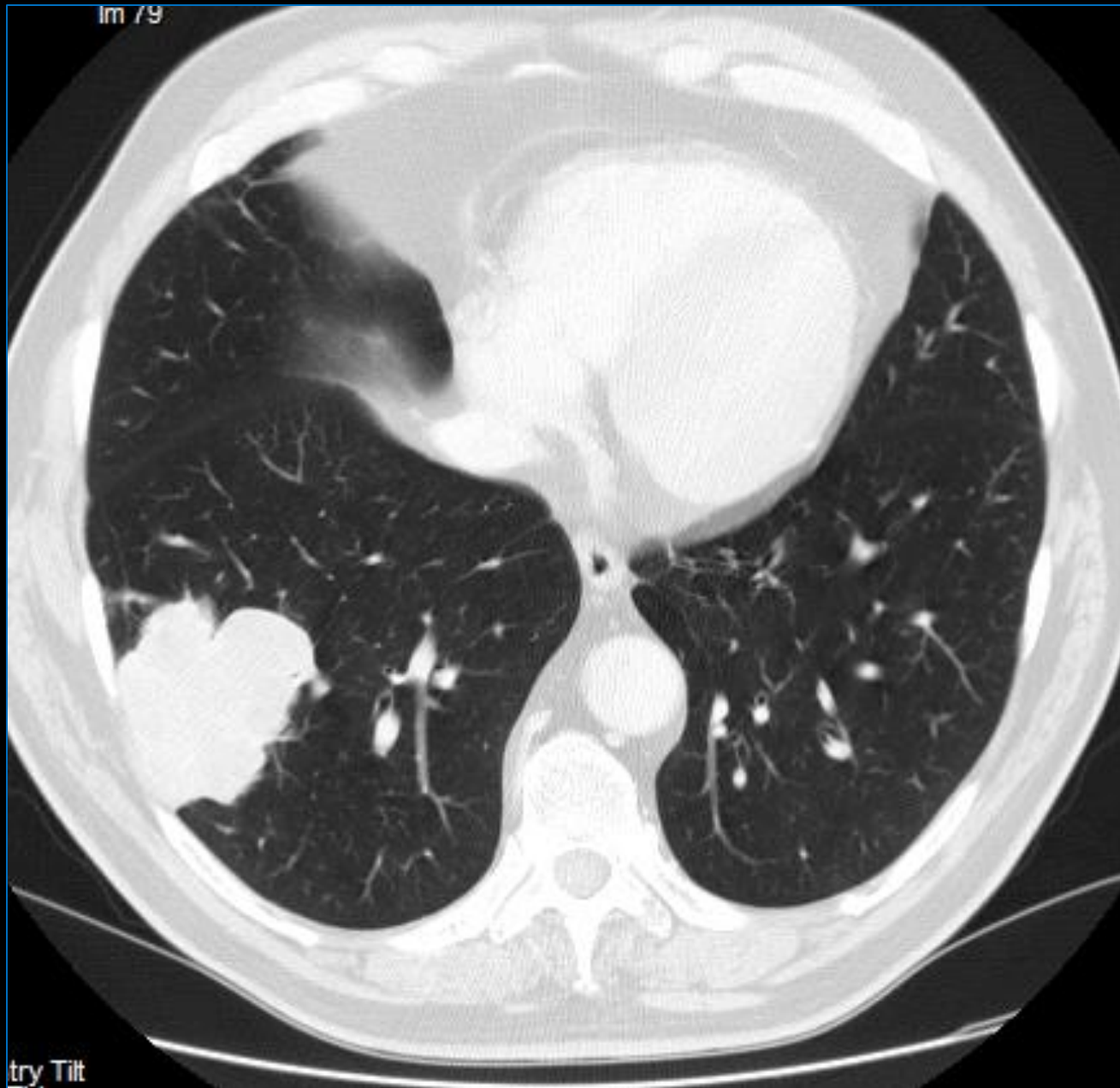
Hémoptysie depuis quelques mois

ATCD d'IDM

FDR CV : tabagisme sevré depuis qq semaines

1-interpréter imagerie

2-étiologie principale des hémoptysies



Cancer
Broncho-
pulmonaire

Scanner thoracique

En fenêtre parenchymateuse

Masse lobaire inférieure droite

D'au moins 5cm, à contact pleural

Pas d'autre nodule visible sur cette coupe

Pas d'atteinte osseuse évidente sur cette coupe

→ probable cancer broncho-pulmonaire lobaire inférieur droit

CAS 28

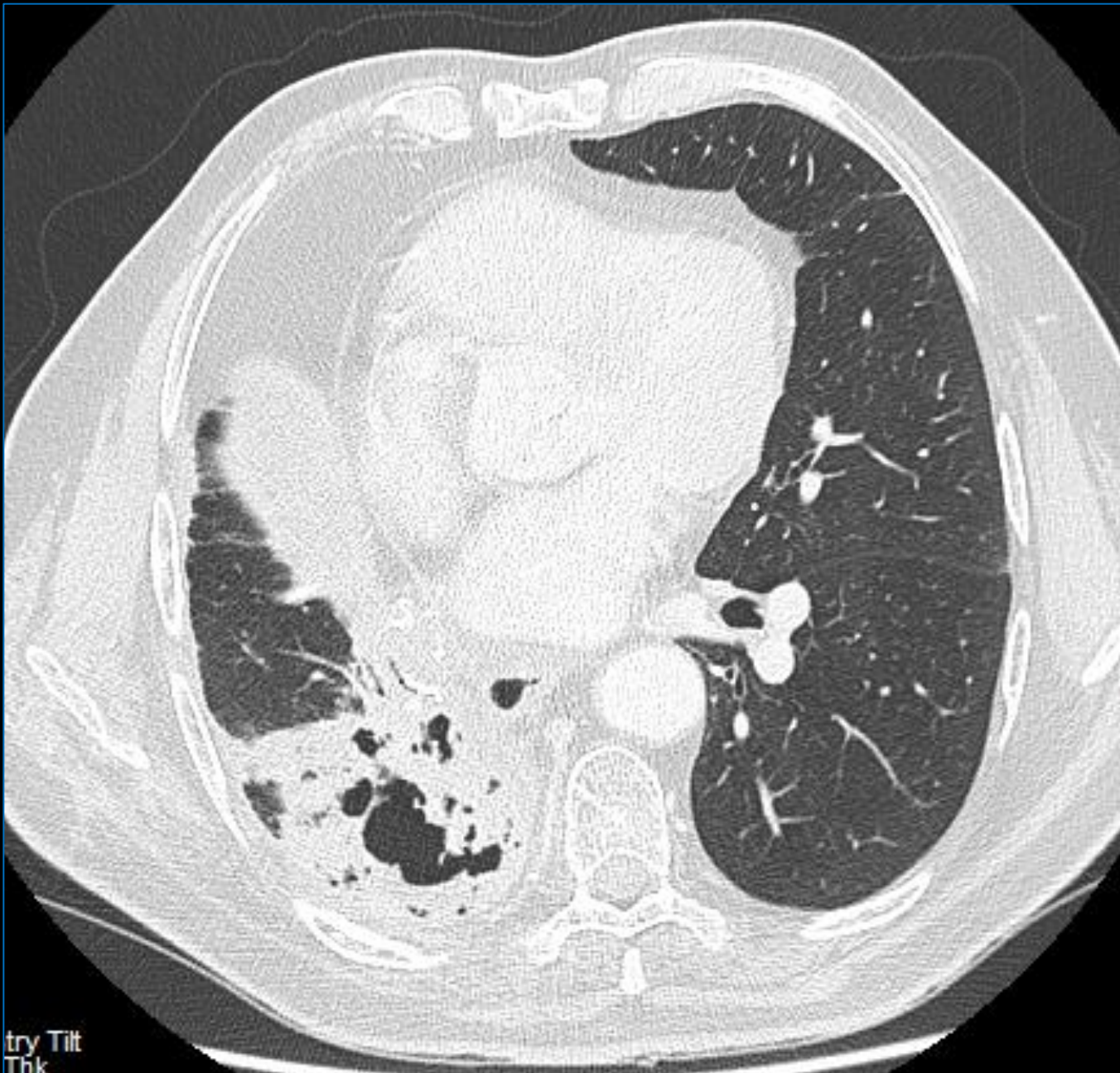
Patient de 65ans

AEG avec amaigrissement de 12 kg en 2 mois + fébricule

Travailleur dans une usine de peinture

1-interpréter imagerie

2- modalités administratives



Tumeur
excavée

Scanner thoracique en coupe axiale

En fenêtre parenchymateuse

Masse excavée lobaire inférieure droite

Pas d'épanchement pleural, pas d'autres nodules

→ cancer broncho-pulmonaire lobaire inférieur droit

CAS 29 :

Patient de 28 ans

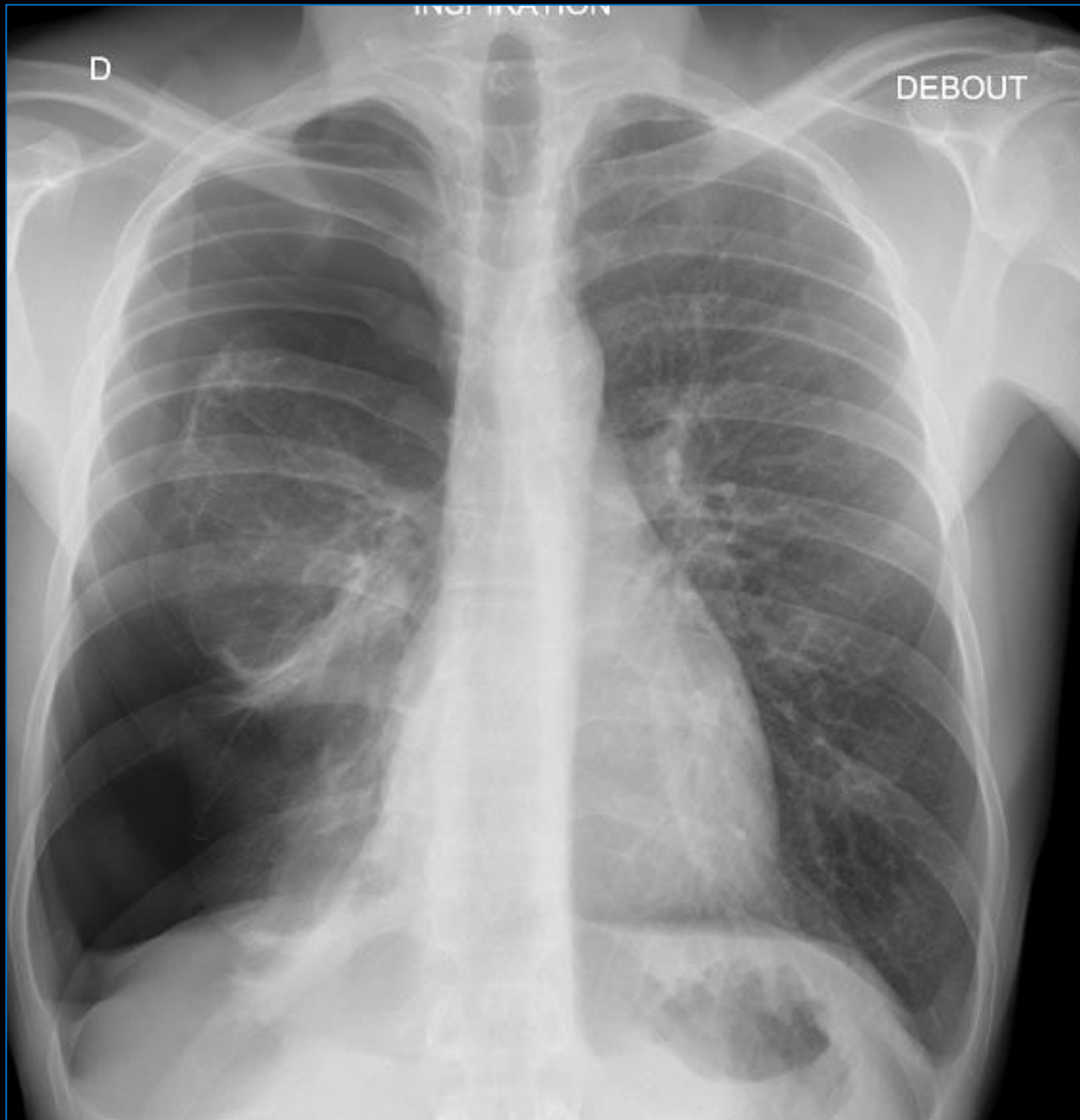
Océanographe

Douleur en coup de poignard basithoracique droite

Dyspnée

1- interpréter imagerie

2- PEC en urgence si décompensation respiratoire



Pneumothora

Radiographie thoracique de face

Hyperclarté pulmonaire gauche sans trame broncho-vasculaire en son sein

Bande de décollement pleural droit

Poumon rétracté au hile droit

Pas d'épanchement pleural, pas de bride, pas de pneumothorax controlatéral, pas de pathologie pulmonaire sous-jacente évidente

→ PNO complet droit post-barotraumatisme

CAS 30 :

Patiente de 28 ans

Dyspnée d'effort

Eruption cutanée à type de « bleus » des membres inférieurs, arthralgies

1-interpréter l'examen

2- examens complémentaires?



Sarcoïdose

Radiographie thoracique de face

Élargissement du médiastin et des hiles:
adénopathies bilatérales, symétriques,
non compressives

Pas de syndrome interstitiel

→ Sarcoïdose de stade I

CAS 31 :

Patiente de 25ans

Dyspnée d'effort

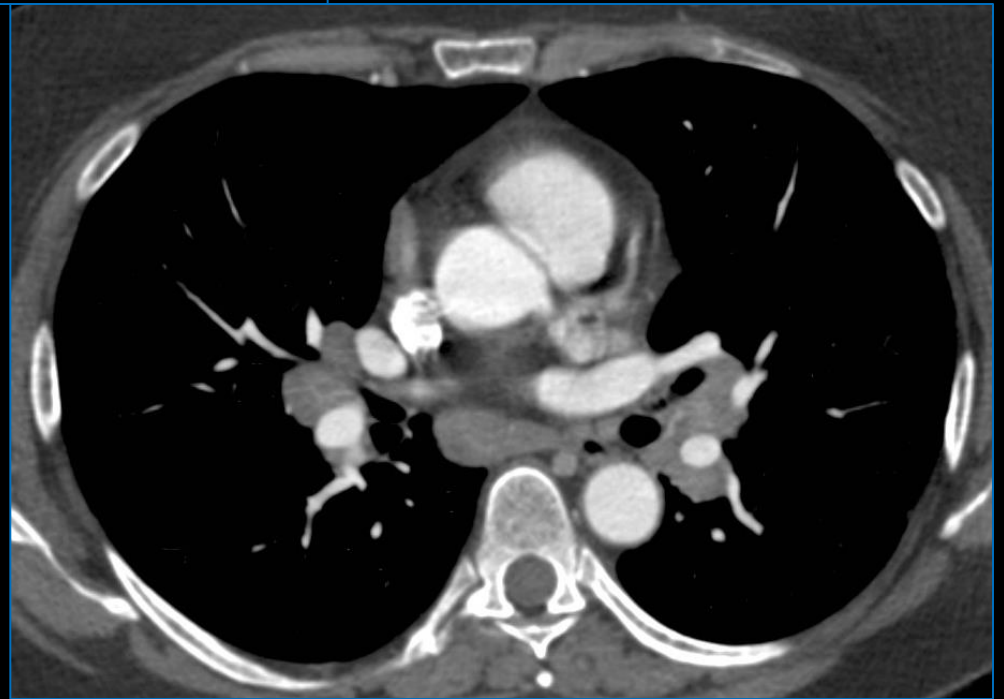
Fébricule et syndrome inflammatoire
biologique depuis plusieurs mois

1- interpréter l'imagerie

2- PEC



Sarcoïdose stade II



Scanner thoracique

En coupe axiale

En fenêtre médiastinale et
parenchymateuse

Infiltrats réticule-nodulaires bilatéraux

Adénomégalies médiastino-hilaires

→ Sarcôïdose de type II

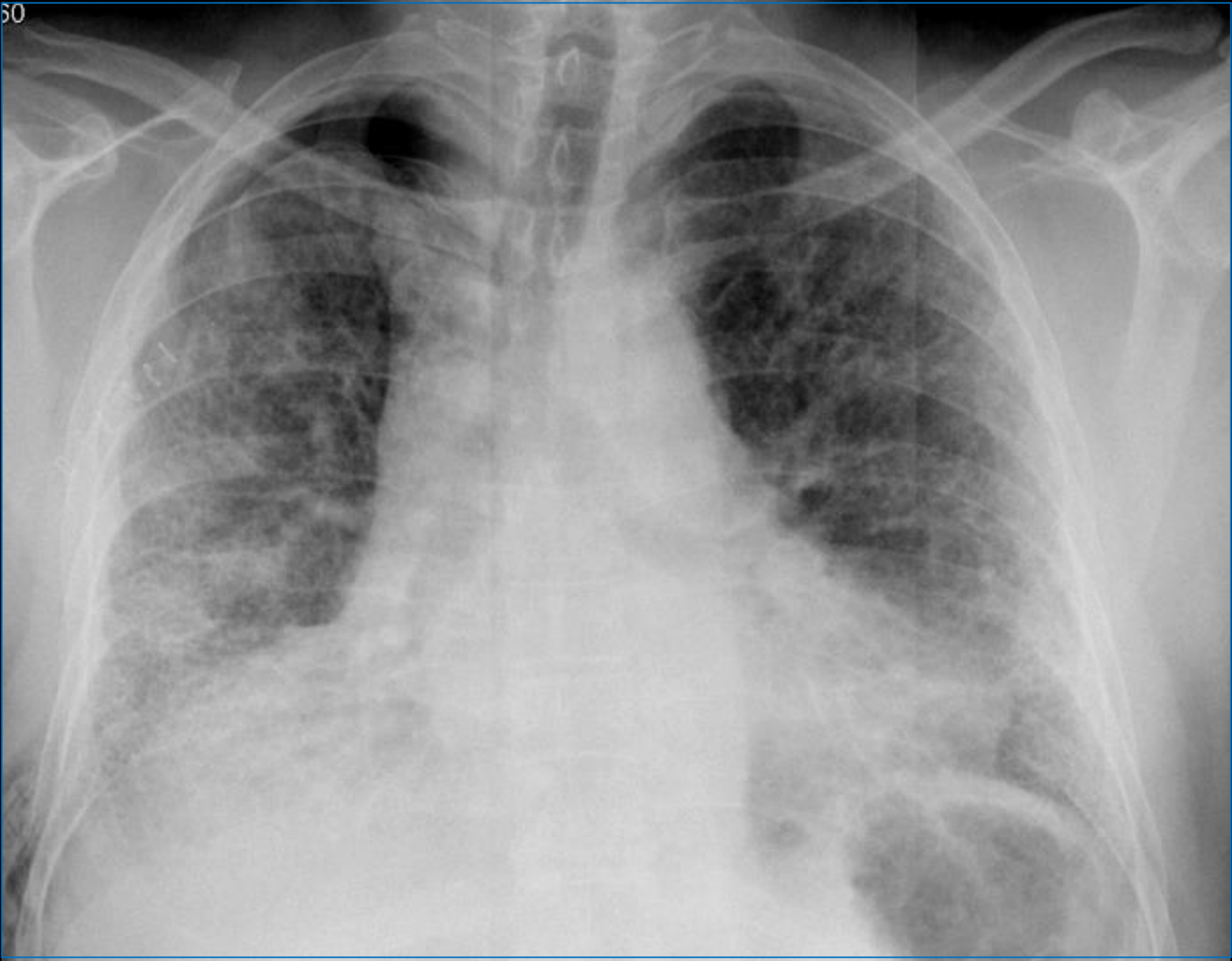
CAS 32 :

Même patiente que précédemment
quelques années plus tard

Majoration de la dyspnée d'effort

Invalidation dans la vie quotidienne

1- interprétation des examens



Sarcoïdose

Radiographie thoracique de face

Opacités à bord net

Non confluentes

Non systématisées

Sans bronchogramme aérien : syndrome
interstitiel

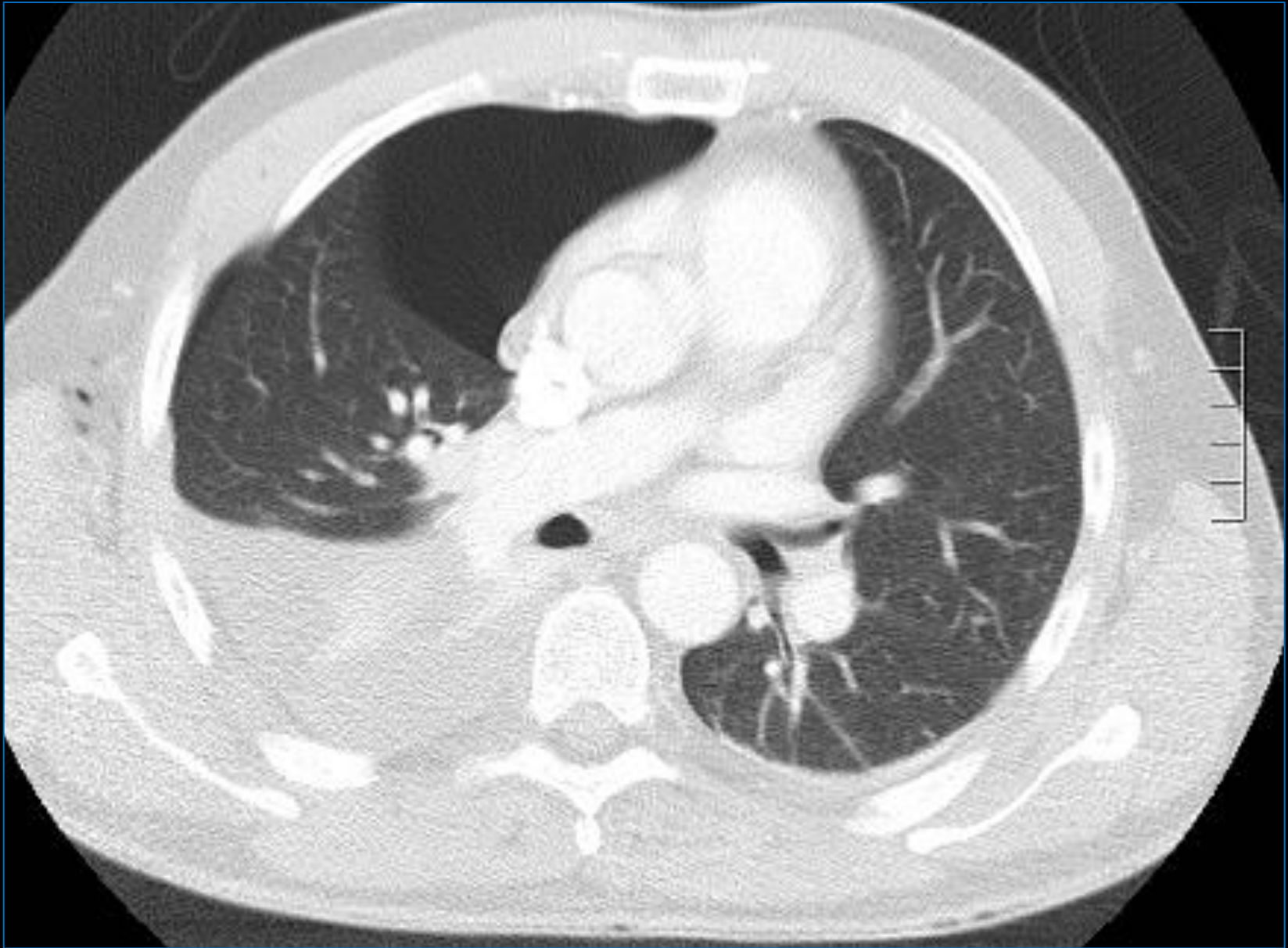
→ sarcoïdose stade III

CAS 33 :

Patient de 19ans

AVP

- 1- interpréter imagerie
- 2- critères de gravité radiologique des PNO



Hémopneumothorax

Scanner thoracique en coupe axiale

En fenêtrage parenchymateuse

Décollement pleural antérieur droit

Épanchement pleural de moyenne
abondance droite

Pas de contusion parenchymateuse
évidente

→ hémopneumothorax droit

CAS 34 :

Patient de 54ans

Revenu d'Algérie il y a un mois

AEG

Hémoptysie

Fièvre depuis quelques semaines

1-interpréter imagerie

2- quelles localisations extra-pulmonaires
connaissez-vous?



Miliaire
tuberculeuse

Radiographie thoracique de face

Opacités bilatérales, non confluentes, non systématisées, rétractile, à bords flous

Syndrome réticulo-nodulaire bilatéral

→ Miliaire tuberculeuse

CAS 35 :

Patient de 68ans

Dyspnée de repos

EFR: syndrome restrictif

Pas d'autre ATCD par ailleurs

1- interpréter imagerie



Fibrose pulmonaire

Scanner thoracique en coupe axiale

En fenêtre parenchymateuse

Images en rayon de miel bi-basales
prédominant à droite

Bronchectasies

Epaississement des septa

→ Fibrose pulmonaire

CAS 36 :

Patient de 26 ans

SDF, vivant dans un squat

AEG

Fièvre depuis 6mois

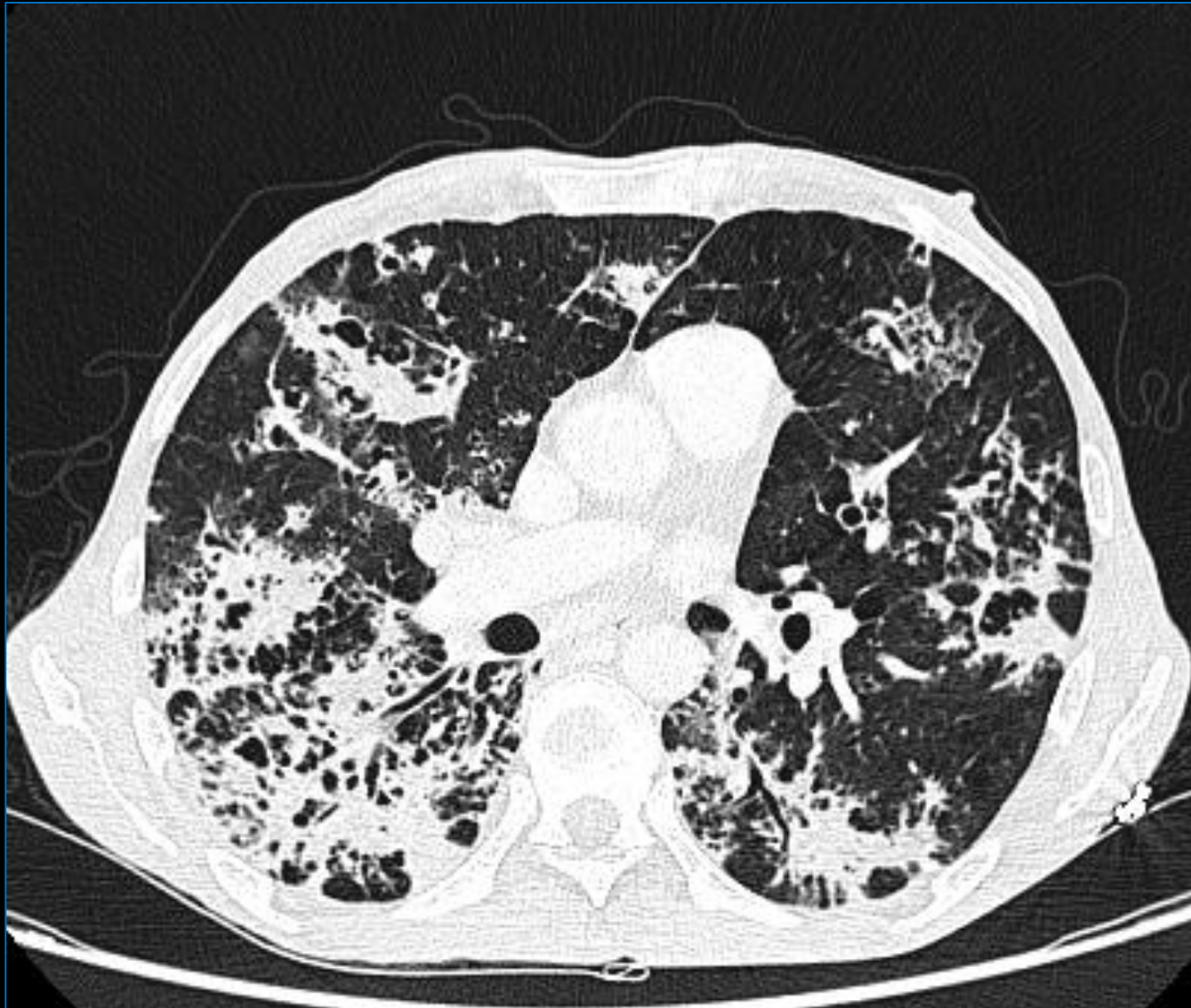
Douleur basi-thoracique droite

1-interpréter l'imagerie

2- examens complémentaires



antrv Tilt



Tuberculose bronchogénique

Scanner thoracique en coupe axiale

En fenêtre parenchymateuse

Image excavée lobaire moyenne

Bronchectasies

Plages en verre dépoli

Infiltrats péri-bronchiques, épaissement
des septa

→ tuberculose bronchogénique

CAS 37 :

Patient de 65ans

AEG

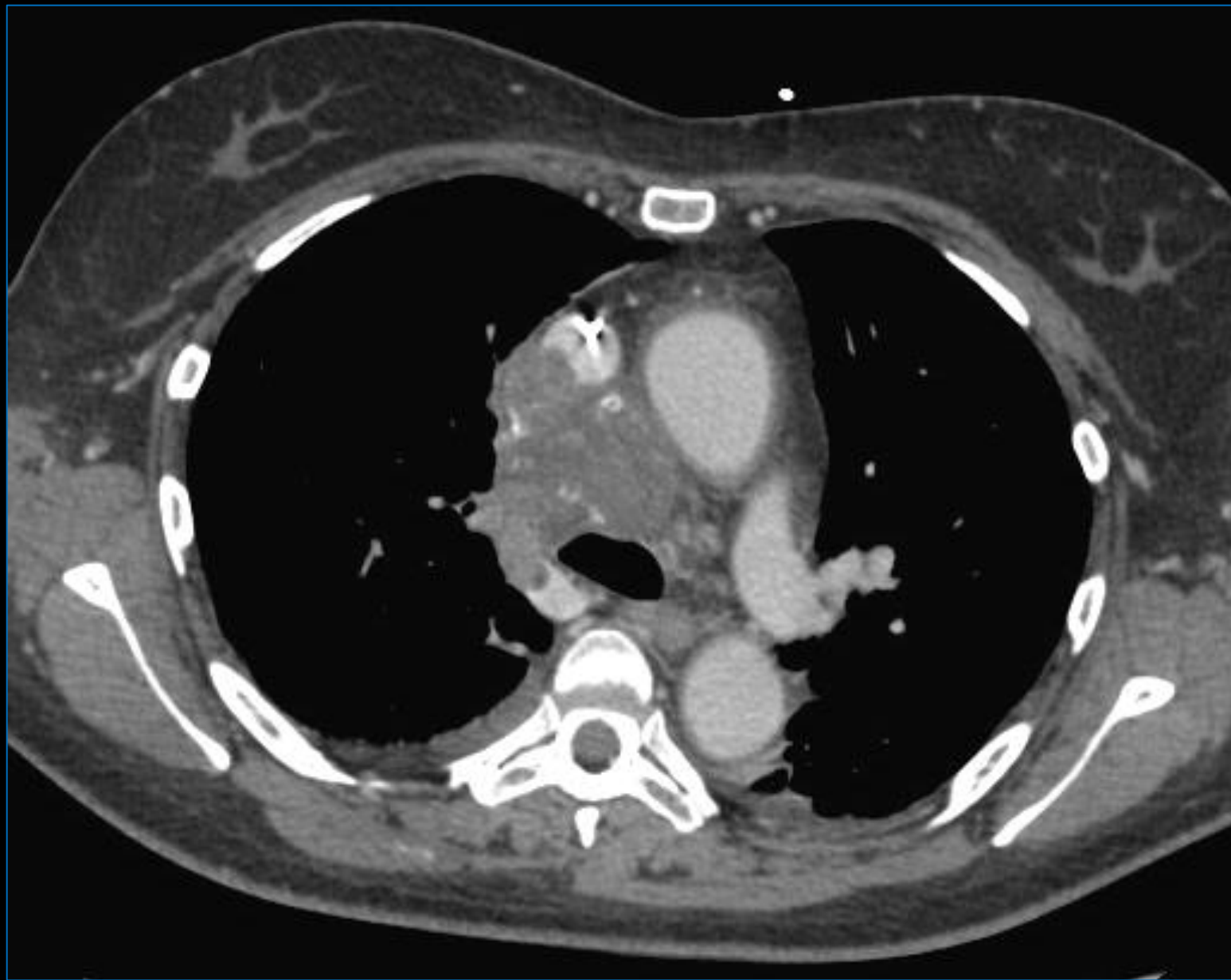
1-interpréter les photos

2-interpréter imagerie





Cancer broncho-pulmonaire



Volumineuse masse médiastinale
antérieure au contact avec la VCsup
(bourgeon endotumoral et effet de masse)

Au contact de l'aorte thoracique
ascendante sur 180°

Effet de masse sur la bronche souche
droite

Bourgeon endotumoral dans l'artère
pulmonaire droite

Pas d'épanchement pleural

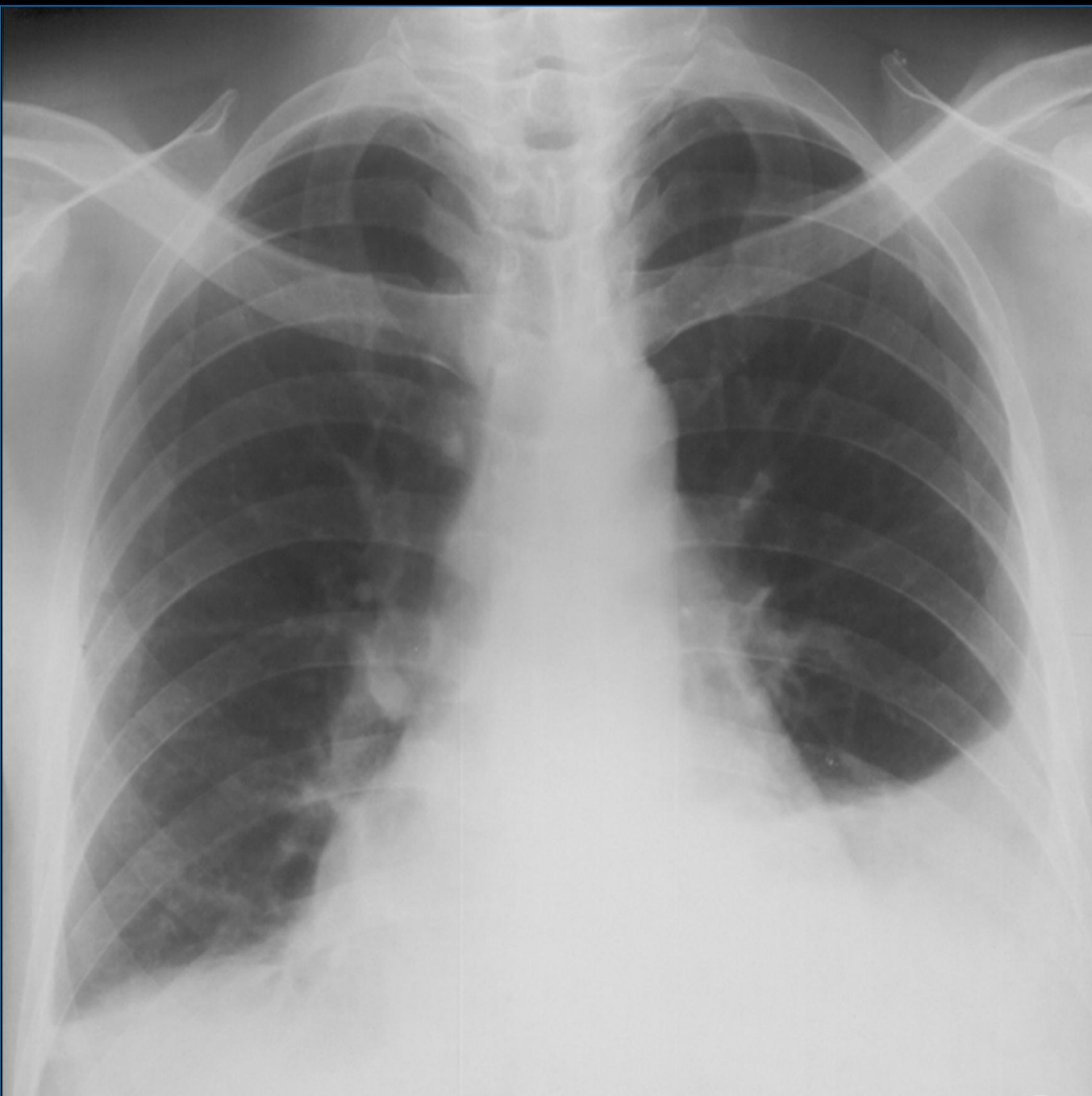
→ cancer broncho-pulmonaire
responsable d'un syndrome cave
supérieur

CAS 38 :

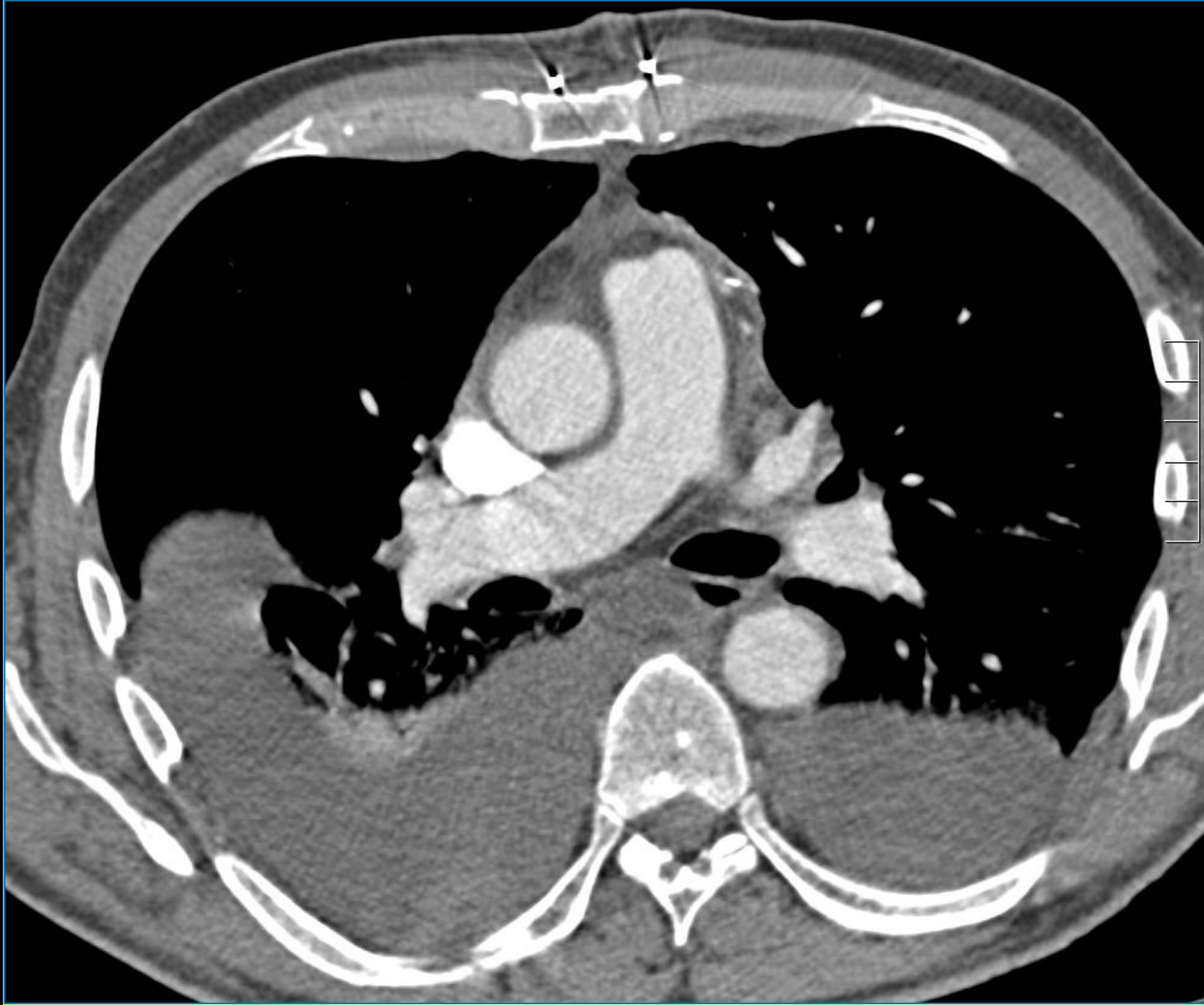
Patient de 35ans

Hospitalisé pour une PA

1- interpréter imagerie



Epanchement
pleural
gauche



Pleurésie bilatérale

Radiographie thoracique :

Opacité concave vers le haut lobaire inférieure gauche

Bien limitée (ligne de Damoiseau)

Emoussement du cul de sac pleural droit

→ épanchement pleural gauche, lame d'épanchement pleural droit

Scanner thoracique en coupe axiale en fenêtre médiastinale :

Épanchement pleural bilatéral de moyenne abondance avec atélectasie de contact

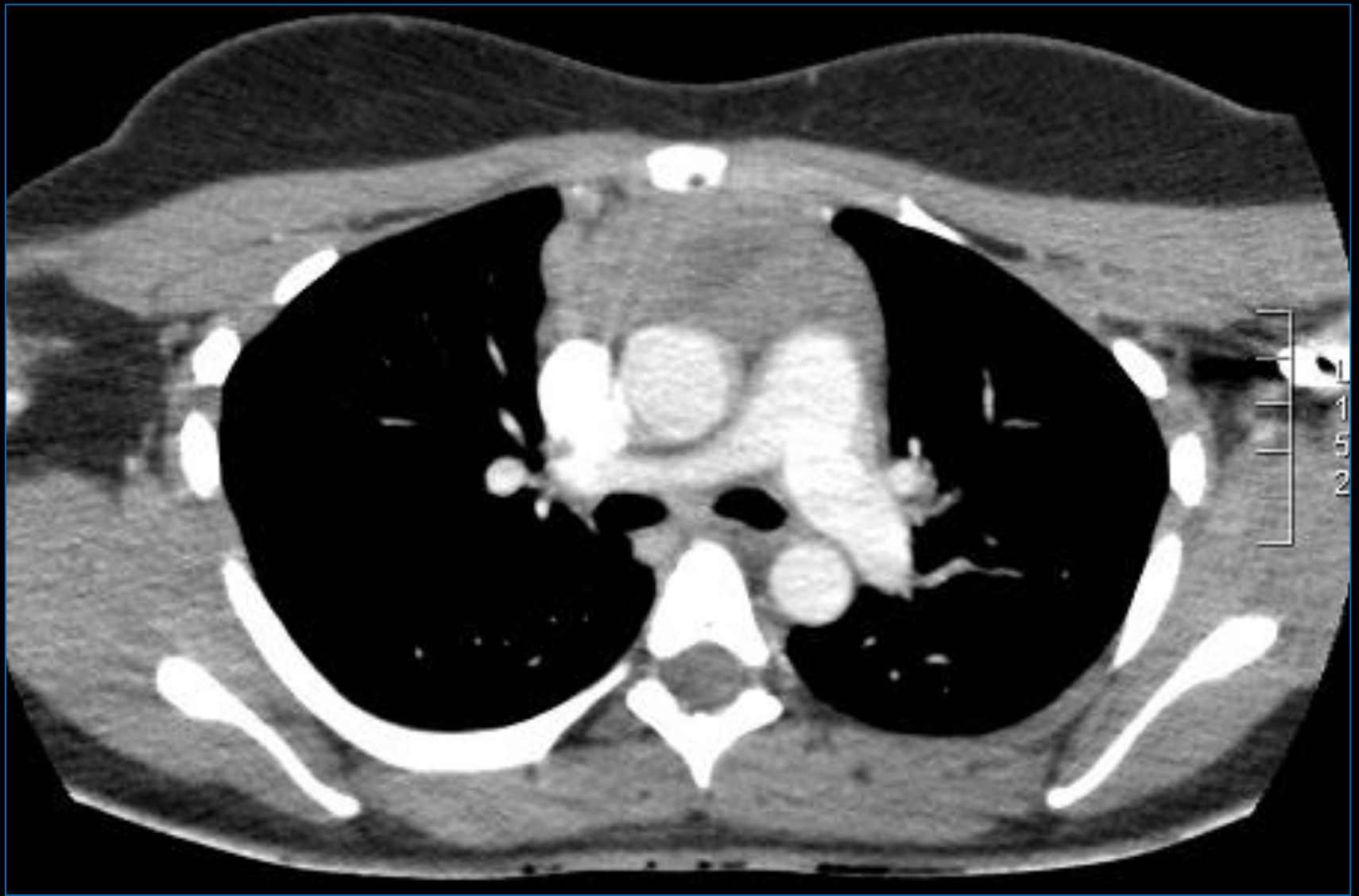
CAS 39 :

Patiente de 35ans

Ptosis en fin de journée

Déficit musculaire des membres inférieurs
lors d'effort de marche prolongé

- 1- pathologie à suspecter?
- 2- interpréter imagerie



Thymome

Scanner thoracique en coupe axiale

En fenêtre médiastinale

Injecté

Masse médiastinale antérieure en lieu et place du thymus

→ Thymome ou tumeur thymique

CAS 40 :

Patient de 29ans

Hospitalisé pour une PA grave

1-interpréter imagerie

2- critères cliniques



SDRA

Radiographie thoracique de face en position couchée

Opacités bilatérales : poumons blancs radiologiques

→ SDRA

DIGESTIF

CAS 41 :

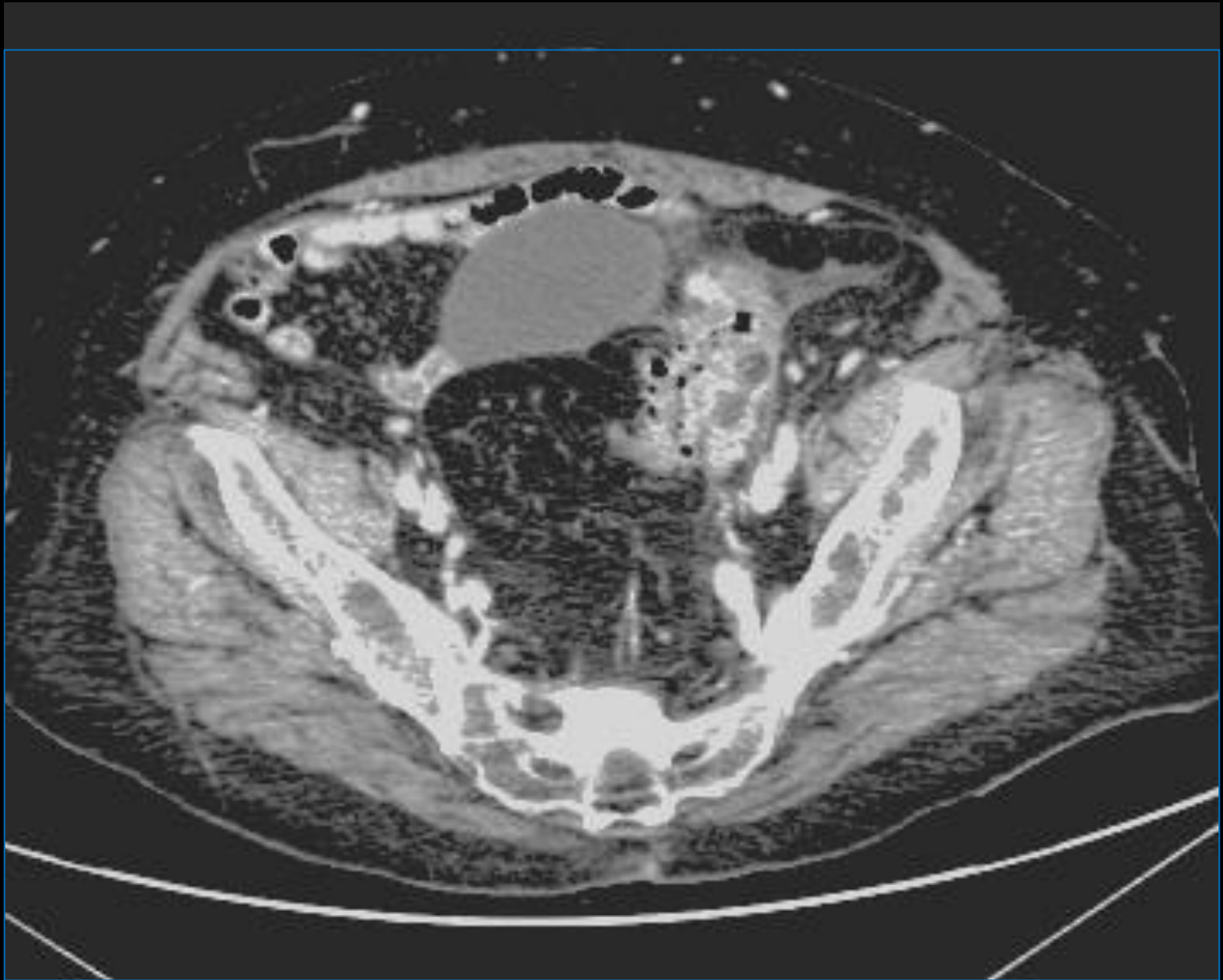
Patiente de 69ans

Fièvre

Douleur en FIG

1-interpréter imagerie

2- complications de la pathologie





Sigmoïdite abcédée

Scanner abdomino-pelvien en coupe axiale et coronale

Injecté au temps portal

Diverticulose sigmoïdienne

Epaississement pariétal sigmoïde

Infiltration du méso-sigmoïde

Collection au contact

-->Sigmoidite perforée-bouchée

CAS 42 :

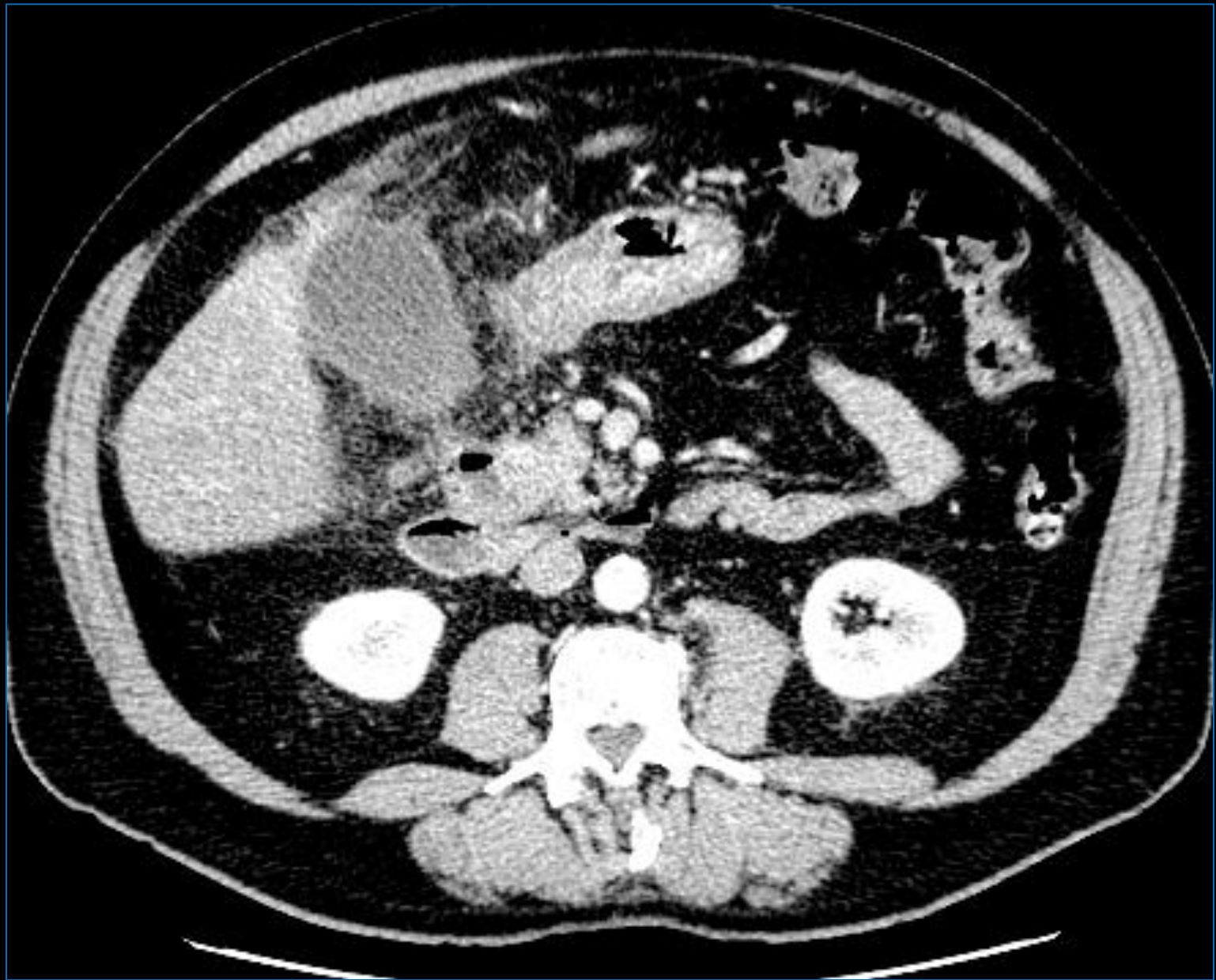
Patiente de 45 ans

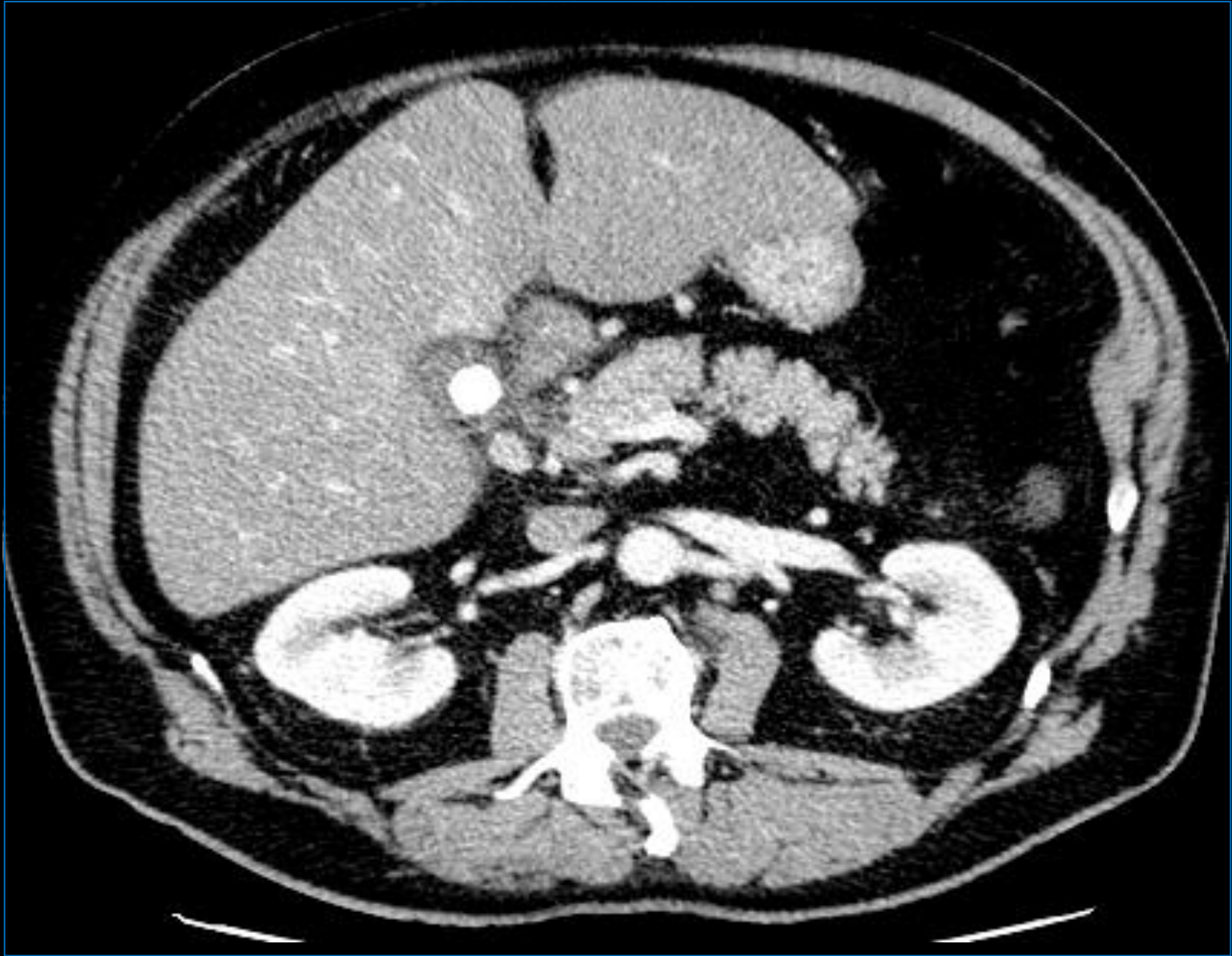
Douleur abdominales épigastriques

Fièvre

1- interpréter l'imagerie

2- Traitement





Cholécystite aiguë lithiasique

Scanner abdominopelvien

En coupe axiale

Injecté , au temps portal

Infiltration de la graisse péri-vésiculaire

Discret épaissement de la paroi
vésiculaire

Distension vésiculaire

Calcul infundibulaire

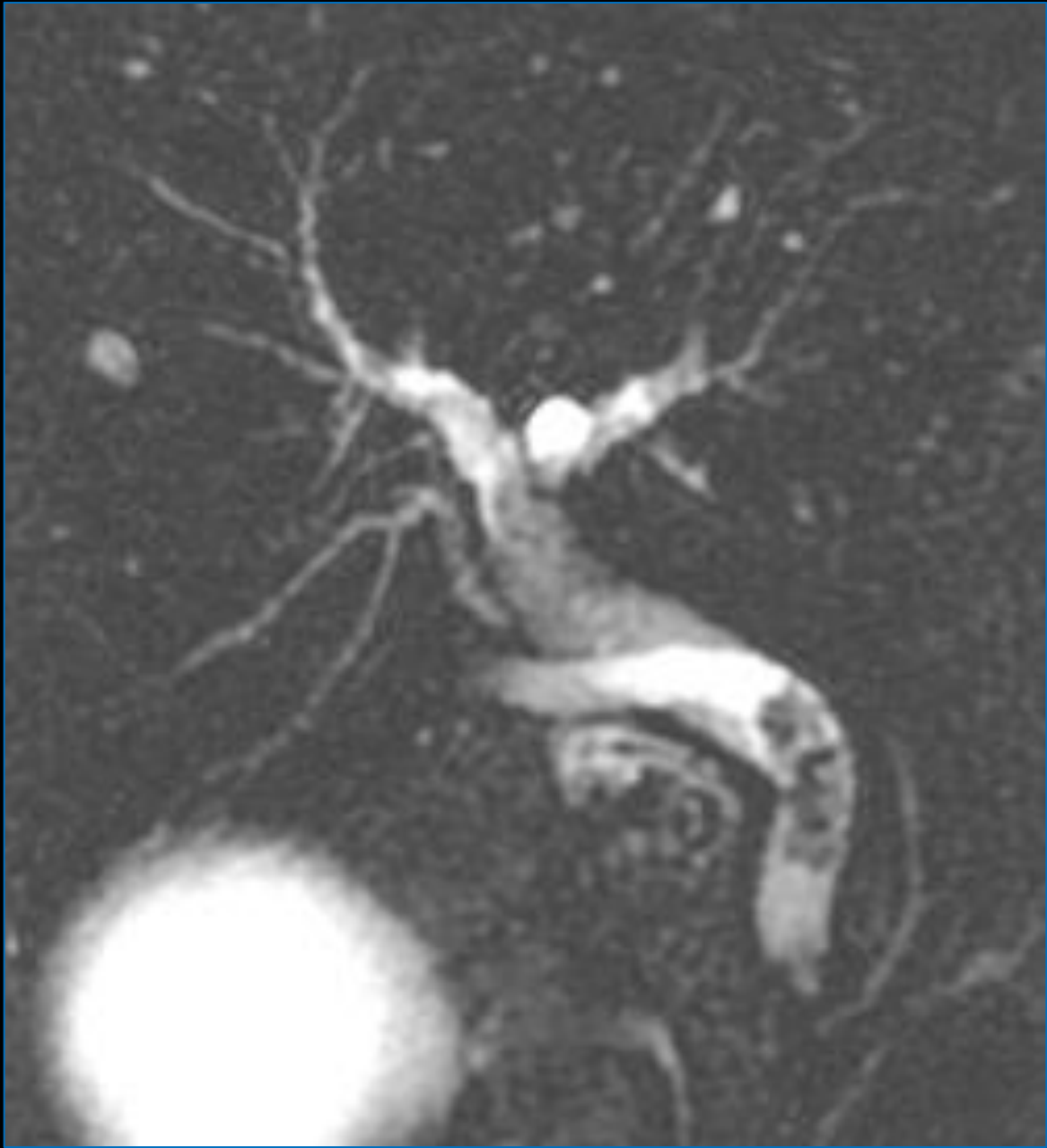
→ Cholécystite aiguë lithiasique

Vous réalisez avant la chirurgie cet examen

...

1-décrire l'examen

2- décrire les principaux temps chirurgicaux



Bili-IRM
Calcul de la VBP

CAS 43 :

Patiente de 51 ans

ATCD de dyslipidémie

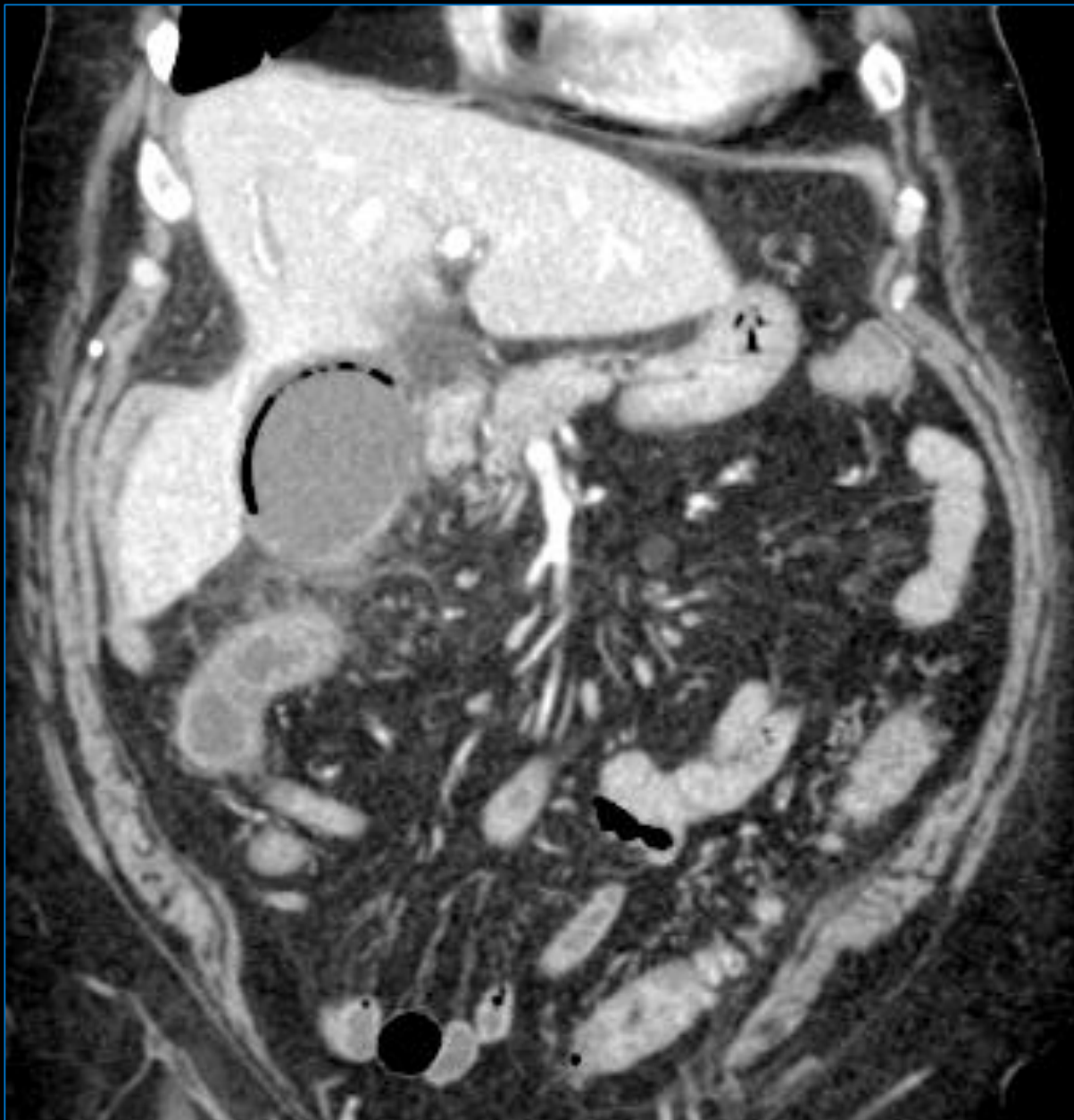
Douleur de l'hypocondre droit irradiant dans l'épaule homolatérale

Fièvre

1-interpréter l'examen

2- traitement





Cholécystite
gangreneuse

Scanner abdominopelvien

En coupe axiale et coronale

Sans et injecté au temps portal

Infiltration de la graisse péri-vésiculaire

Défaut de rehaussement de la paroi
vésiculaire

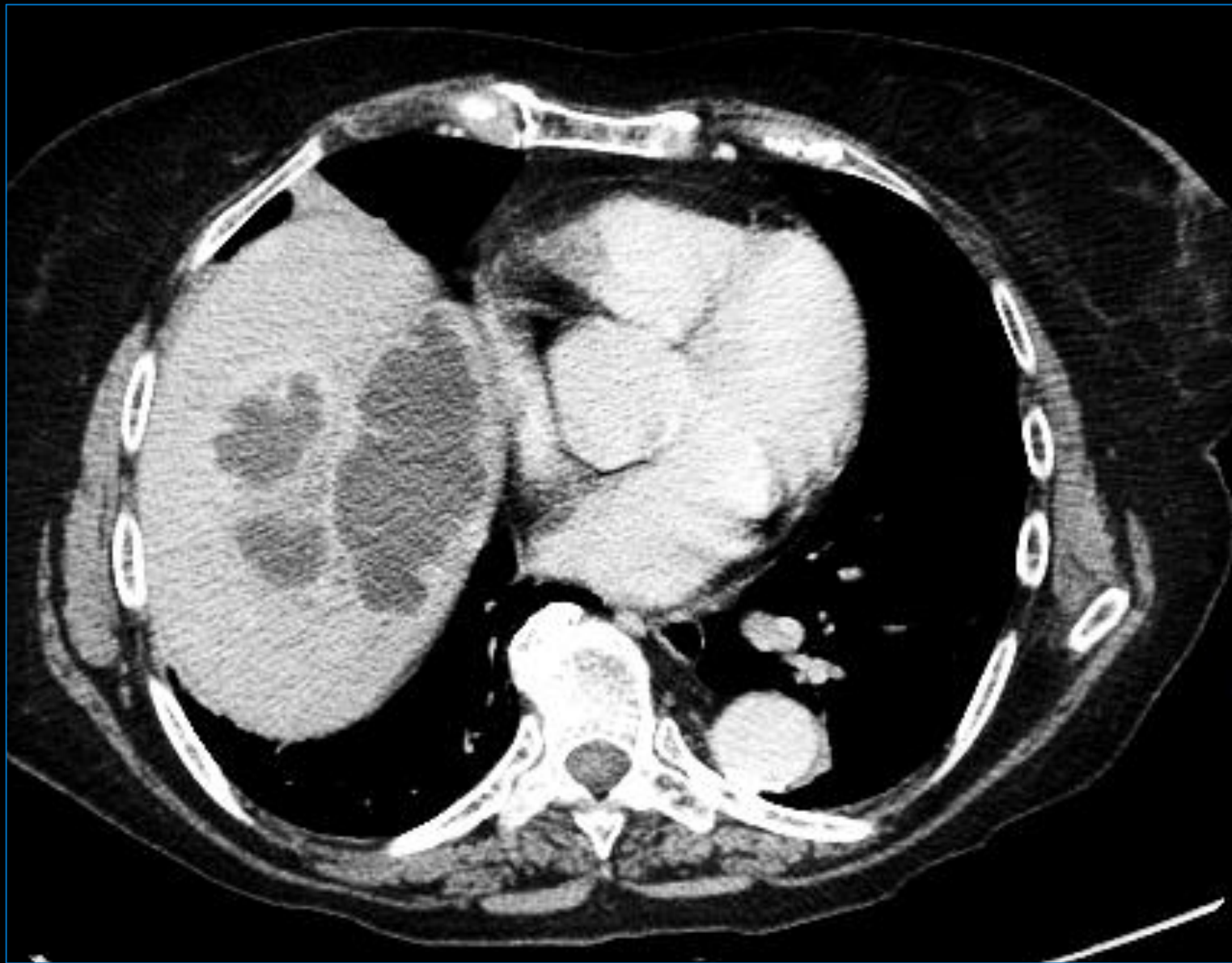
Gaz en son sein

Calcul vésiculaire

→ Cholécystite gangréneuse lithiasique

La patiente présente un syndrome inflammatoire biologique qui persistent...
Vous réalisez l'examen suivant :

- 1- décrire l'examen
- 2- Quelles sont les possibilités thérapeutiques?





Abcès
hépatiques

Scanner abdomino-pelvien

En coupe axiale et coronale

Injecté au temps portal

Multiplés lésions du segment VIII hépatique

Hypodense au centre, couronne annulaire

→ Abscès hépatiques compliquant une cholécystite

CAS 44 :

Patient de 61 ans

Bilan d'un éthylysme chronique

1- interpréter l'imagerie

2- complications de cette pathologie



Cirrhose hépatique

This is an axial CT scan of the abdomen. The liver is the large, homogenous organ on the left side of the image. It shows signs of cirrhosis, including a nodular surface and a heterogeneous internal texture. The spleen is visible on the right side of the image. The stomach and other abdominal organs are also partially visible. The spine is seen at the bottom center of the image.

Scanner abdomino-pelvien

Sans injection et injecté au temps artériel et portal

En coupe axiale

Dysmorphie hépatique : contours bosselés, hypertrophie du lobe caudé et du foie gauche, atrophie du foie droit

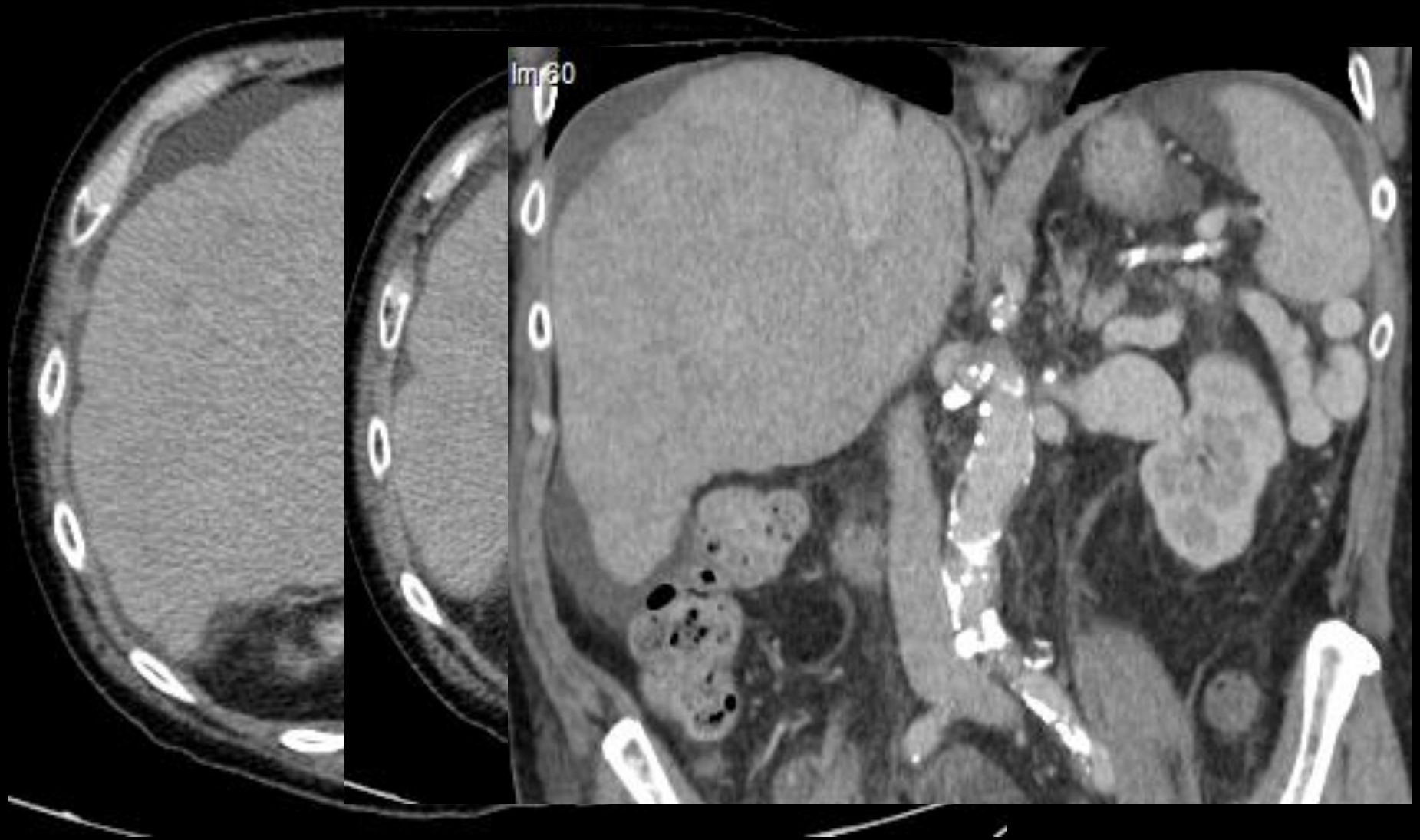
Pas de splénomégalie ni ascite

Pas d'épanchement péritonéal

→ Cirrhose hépatique

Le même patient revient quelques années plus tard... par l'intermédiaire des urgences dans votre service

- 1- interpréter l'imagerie
- 2- Quels sont les signes d'HTP?



Cirrhose avec HTP

Scanner abdomino-pelvien

En coupe axiale et coronale

Injecté au temps d'équilibre

Dysmorphie hépatique (cf)

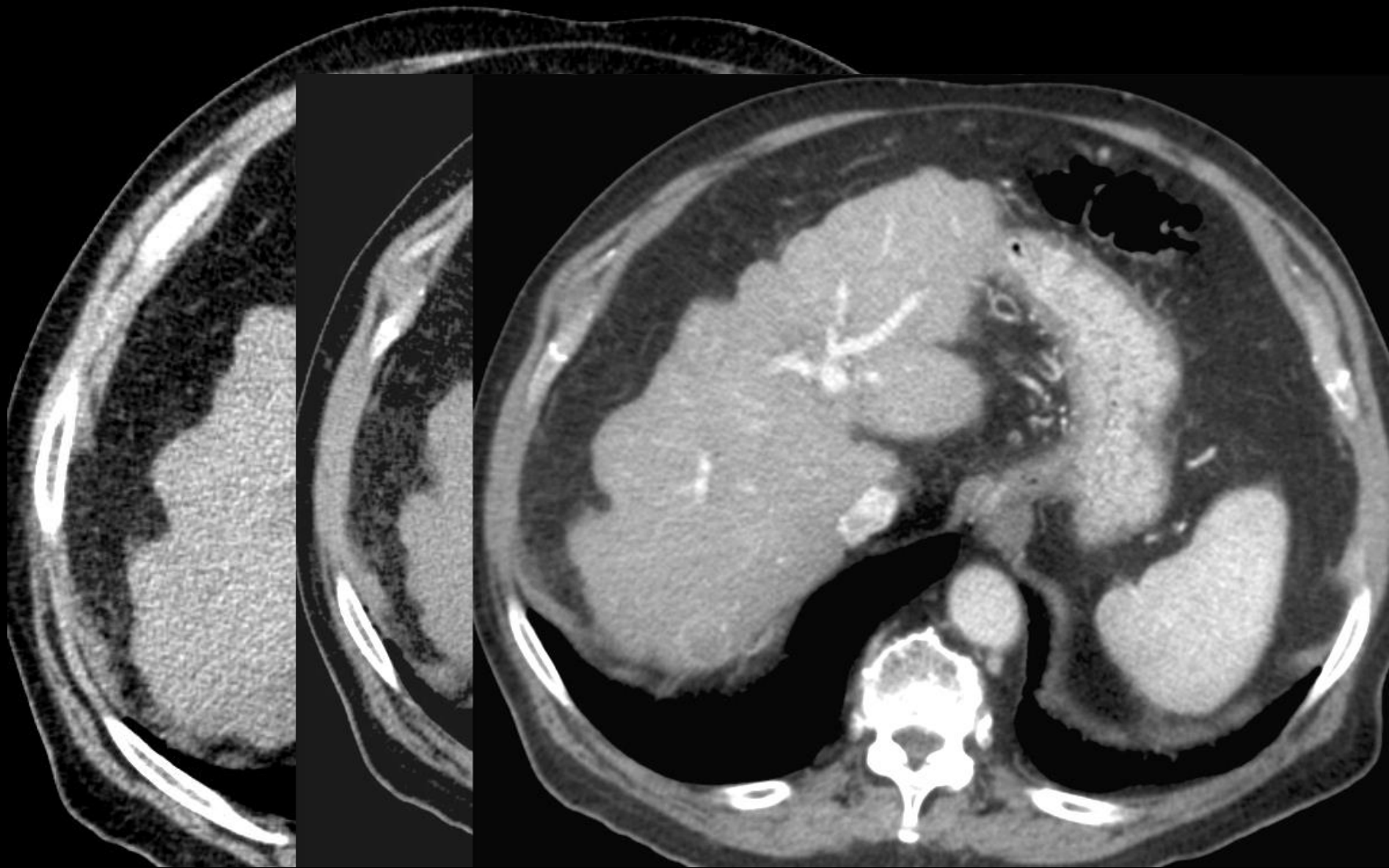
Signes d'HTP : lame d'épanchement
péritonéal péri-hépatique et péri-splénique
(ascite), voies dérivation porto-
systémiques (péri-gastrique, péri-
splénique), pas de splénomégalie

→ Cirrhose avec HTP

Ce même patient, que vous suivez régulièrement revient à votre consultation pour une altération de l'état général...

1- Interpréter l'imagerie

2- Quels types de traitement connaissez-vous pour ce type de pathologie?



CHC sur cirrhose hépatique

Scanner abdomino-pelvien

En coupe coronale

Sans injection et injecté au temps artériel et portal

Dysmorphie hépatique : cirrhose

Lésion nodulaire de 2cm du segment VII hépatique, hypervascularisation au temps artériel et wash-out au temps portal

→ CHC (affirmé selon critères de Barcelone) sur cirrhose hépatique

CAS 45 :

Patiente de 57ans se présentant à votre consultation pour des pesanteurs abdominales associées à une augmentation du volume de l'abdomen.

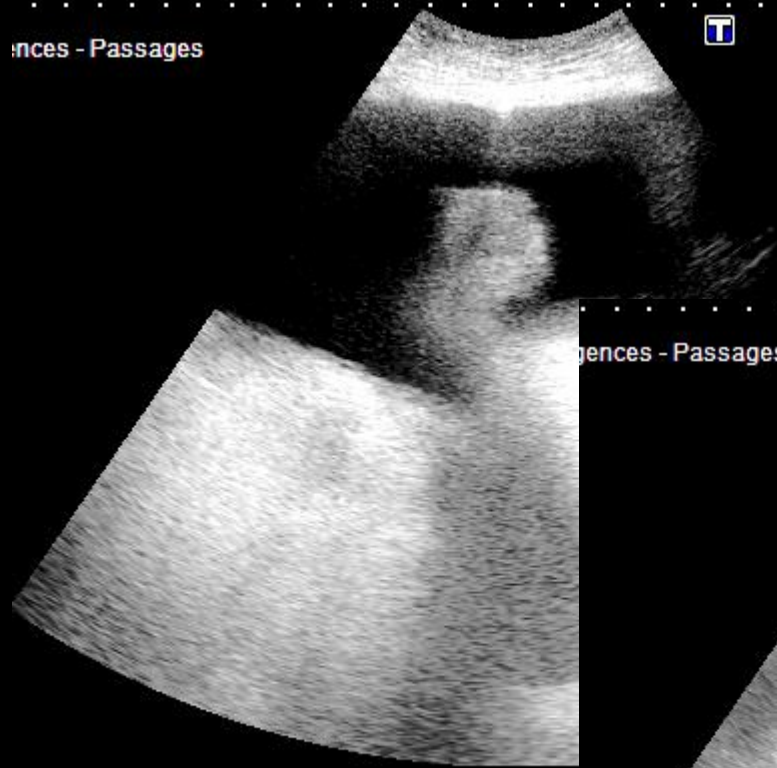
- 1- décrivez les examens suivants.
- 2- Interpréter la photographie



Nodule de Sœur
Marie Joseph

ances - Passages

T



DOUGLAS

ances - Passages

A

T



FIG

Epanchement péritonéal

Echographie abdomino-pelvienne

Epanchement péritonéal de grande
abondance au sein du Douglas et de la
gouttière pariéto-colique gauche



Cystadénocarcinome de l'ovaire

Scanner abdomino-pelvien en coupe axiale

Injecté au temps portal

Volumineuse masse pelvienne à
composante mixte liquidien et tissulaire

Paroi épaisse et hétérogène avec des
épaississements focaux

Pas de végétations ni cloisons endo-
kystiques

→ Cystadénocarcinome de l'ovaire

**Tumeur épithéliale maligne de l'ovaire
après diagnostic anatomo pathologique**



Classification FIGO (1995)

FIGO	TNM	
	T1	Tumeur limitée aux ovaires
I A	T1A	Tumeur limitée à un seul ovaire avec capsule intacte
I B	T1B	Tumeur des deux ovaires, capsules intactes
I C	T1C	Rupture capsulaire ou végétations exokystiques ou cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
II	T2	Tumeur ovarienne étendue au pelvis
IIA	T2A	Extension à l'utérus et/ou au trompes
IIB	T2B	Extension aux autres organes pelviens
IIC	T2C	Extension pelvienne avec cellules malignes dans le liquide d'ascite ou de lavage péritonéal
III	T3 et/ou N1	Métastases péritonéales au delà du pelvis et/ou adénopathies métastatiques régionales (inguinaux, iliaques, lombo-aortiques)
IIIA	T3A	Métastases péritonéales microscopiques
IIIB	3B	Métastases macroscopiques ≤ 2 centimètres
IIIC	T3C et/ou N1	Métastases macroscopiques > 2 centimètres et/ou adénopathies métastatiques régionales
IV	M1	Métastases à distance (autres que les métastases péritonéales)



Stades I à IIA



Stades IIB, IIC, III et IV

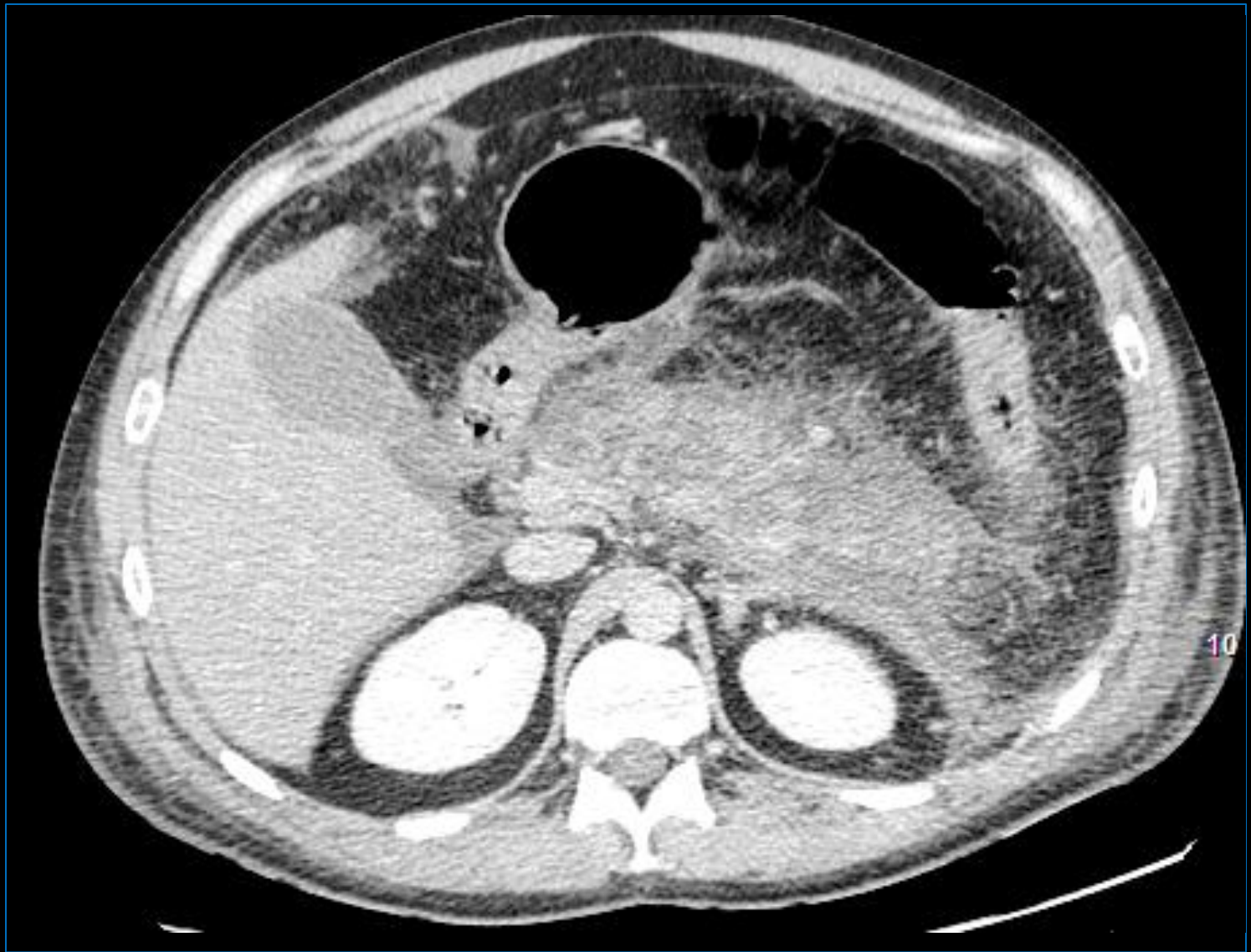


CAS 46 :

Patient de 43 ans, présentant des douleurs abdominales intenses ne cédant pas à l'alimentation.

- 1- décrivez les photographies. Quelles imageries réalisez-vous et dans quel délai?
- 2- interpréter l'imagerie





Pancréatite aiguë



Scanner abdomino-pelvien

En coupe axiale et coronale

Au temps tardif et portal

Infiltration de la graisse péri-pancréatique

Nécrose > 50% de la glande

2 collections péri-pancréatiques, pas de gaz
en leur sein

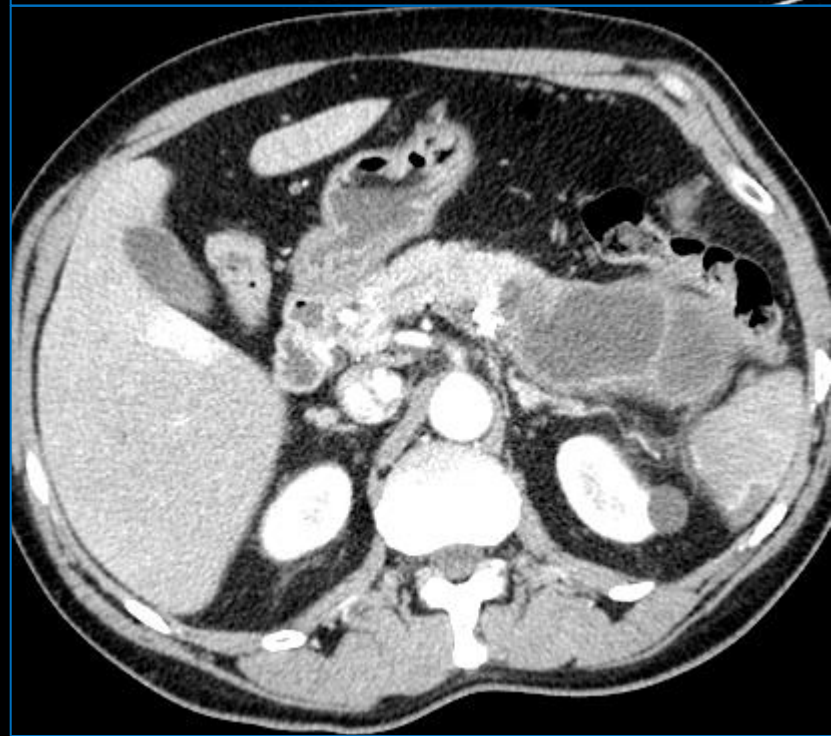
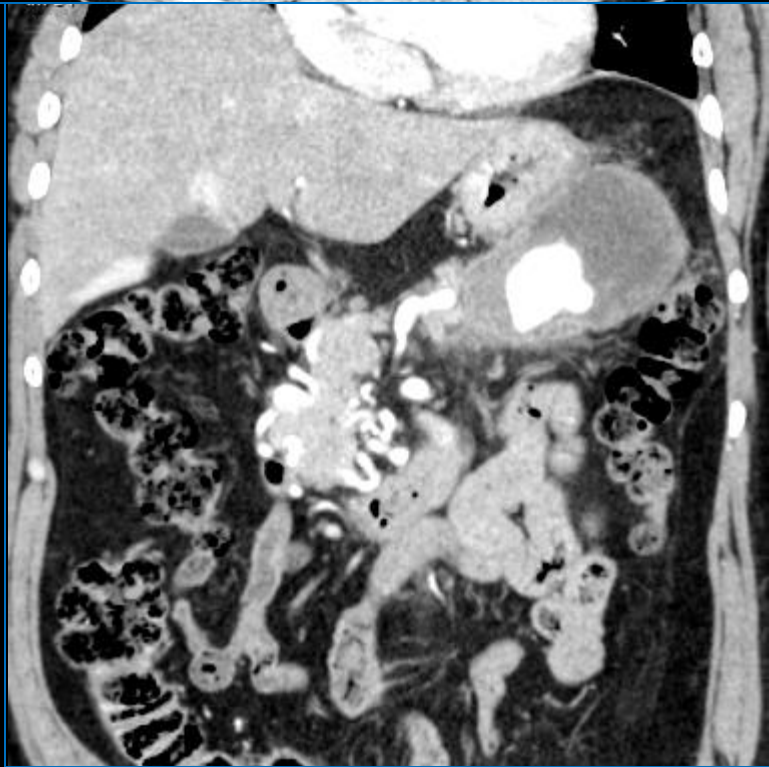
Epanchement péritonéal de faible
abondance (péri-hépatique, splénique et
Douglas)

→ PA grave

Vous revoyez ce même patient quelques mois plus tard ; il se plaint de douleur persistante abdominale

1- Interpréter l'imagerie.

2- quelles sont les étiologies d'une PA.



Scanner abdomino-pelvien

En coupe axiale et coronale

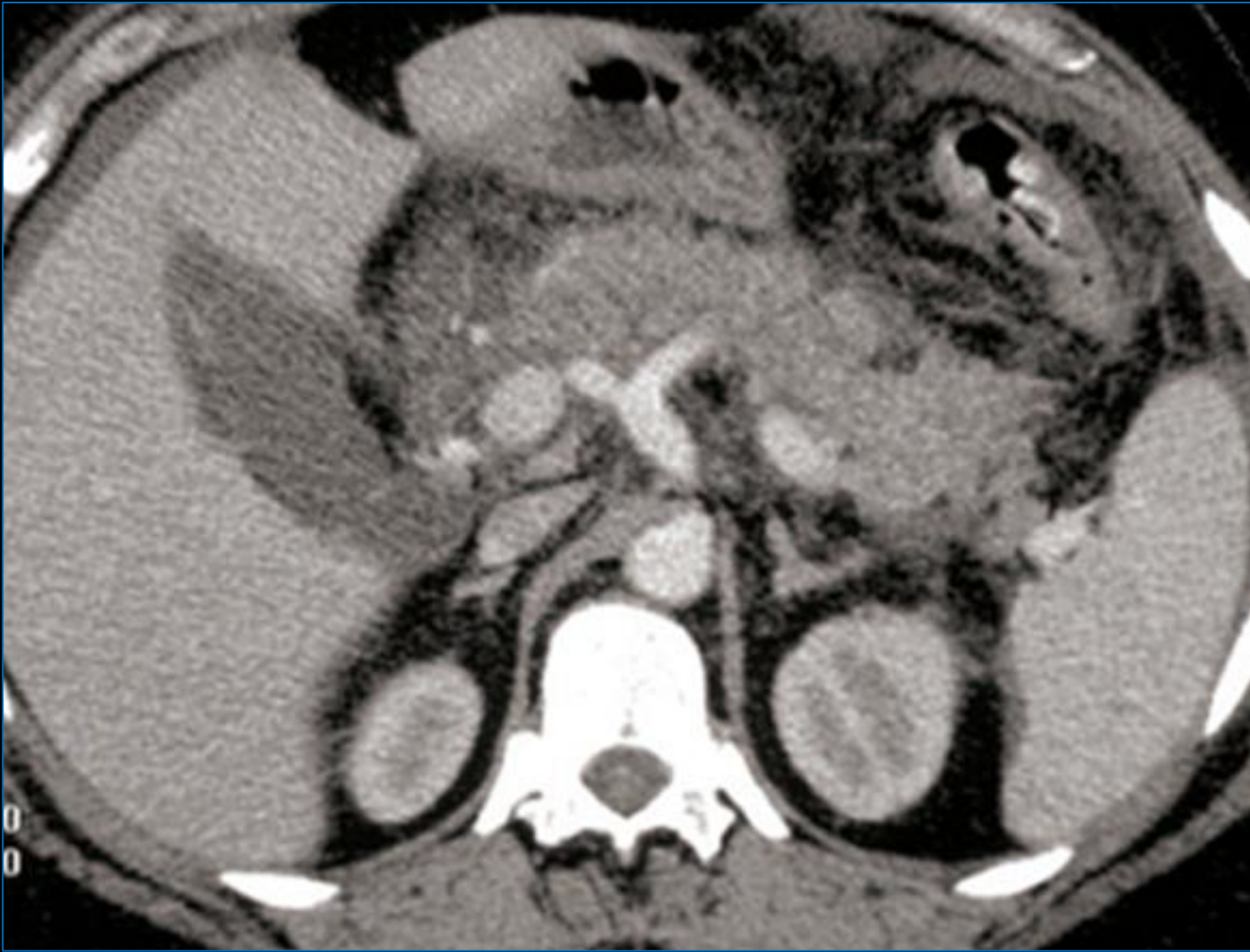
Sans injection et injecté au temps artériel et
portal

Pseudo-anévrisme de l'artère splénique

Score de Balthazar

- **Inflammation pancréatique et péripancréatique:**
 - grade A: pancréas normal (0 point)
 - grade B: élargissement focal/ diffus du pancréas (1 pt)
 - grade C: pancréas hétérogène associé à une densification de la graisse péri-pancréatique (2 pts)
 - grade D: coulée péri-pancréatique unique (3 pts)
 - grade E: coulées multiples ou présence de bulles de gaz au sein d'une coulée (4 pts)
- **Nécrose pancréatique:**
 - pas de nécrose (0 pt)
 - nécrose < 30% (2 pts)
 - nécrose >30% (4 pts)
 - complications extra pancréatiques (2 pts)

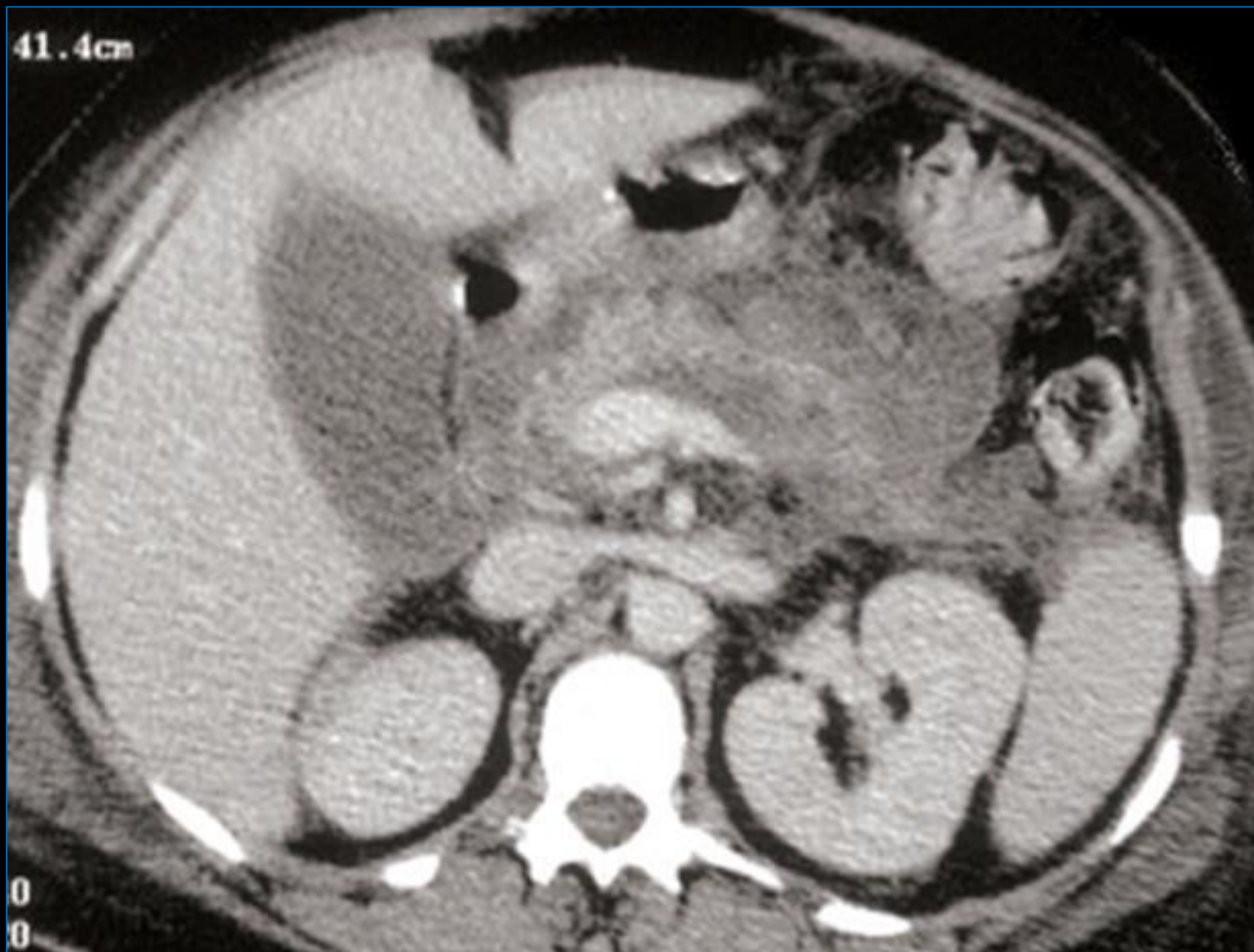
Gradez ces pancréatites aiguës...



PA grade C



PA grade E Balthazar



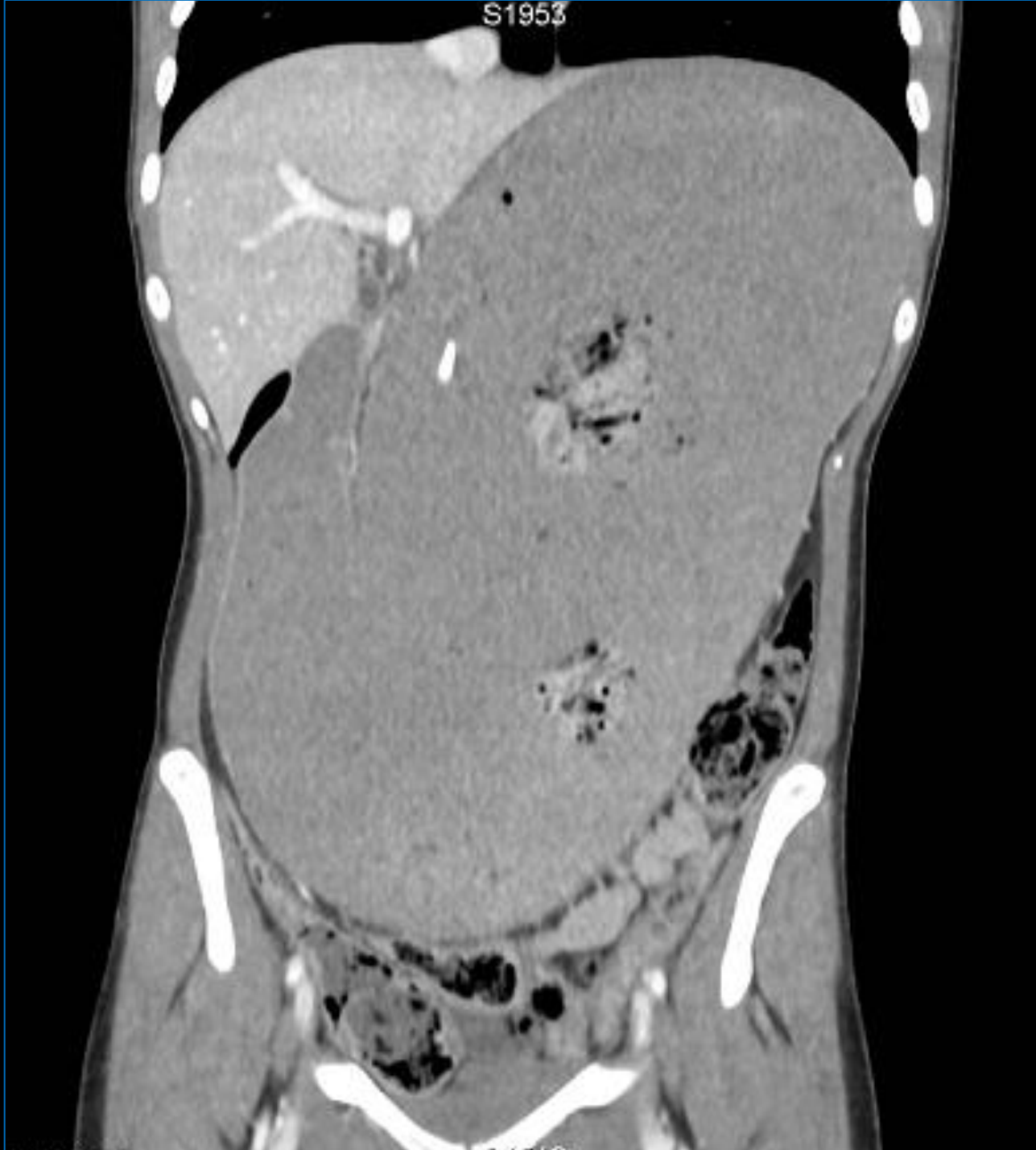
PA grade D

CAS 47 :

Patiente de 23 ans, présentant des douleurs abdominales avec arrêt des matières et des gaz

1- décrivez l'imagerie

2- quelle étiologie suspectez-vous?



Occlusion
sur
bézoard

Scanner abdominal

En coupe coronale

Injecté au temps portal

Distension majeure de l'estomac par un corps étranger

Anses grêles et colon plat en aval.

→ Occlusion sur Bézoard (trichotillomanie)

CAS 48 :

Homme de 78 ans,

Douleur abdominale

Arrêt des matières et des gaz précoces

Pas de vomissements.

1- comment différenciez-vous une occlusion
grêlique et colique par la clinique

2- interpréter l'imagerie



Volvulus du sigmoïde

Scanner abdomino-pelvien

En coupe coronale

Injecté au temps portal

Distension gazeuse du colon avec aspect en
« U » inversé (double jambage)

→ Occlusion sur volvulus du sigmoïde

CAS 49 :

Patiente de 91ans,

Etat de choc d'origine inconnue

Rectorragies

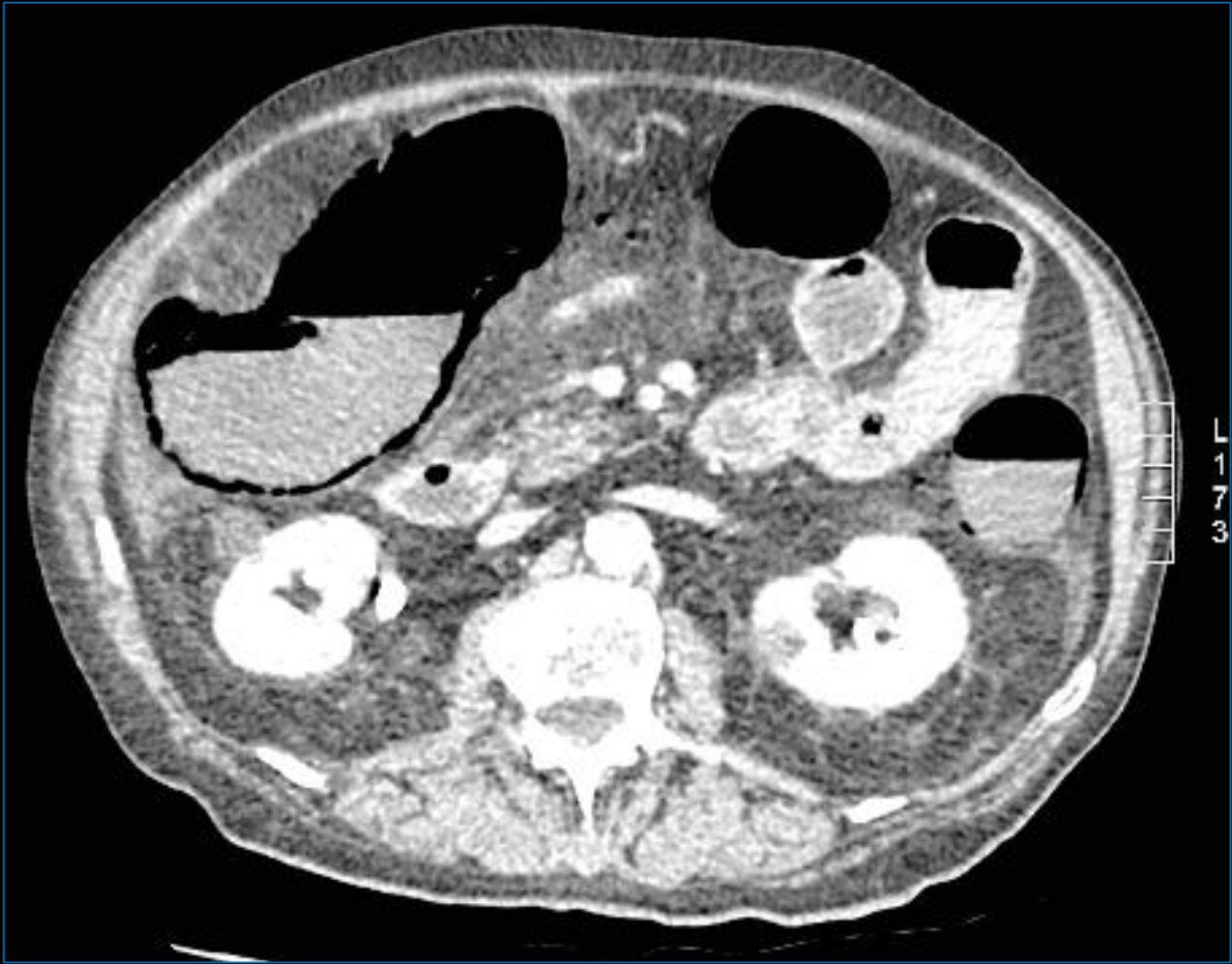
ATCD de gastro-entérite ces derniers jours,

HTA

TTT : IEC

1-interpréter l'imagerie

2- cause la plus probable?





Ischémie
mésentérique

Scanner abdomino-pelvien en coupe axiale et coronale

Injecté au temps tardif et d'équilibre

Défaut de rehaussement du colon droit, transverse et gauche

Nécrose trans-murale (pneumatose pariétale) du colon droit

Aéroportie, aéromésentérie

→ Ischémie mésentérique sur bas débit circulatoire

CAS 50 :

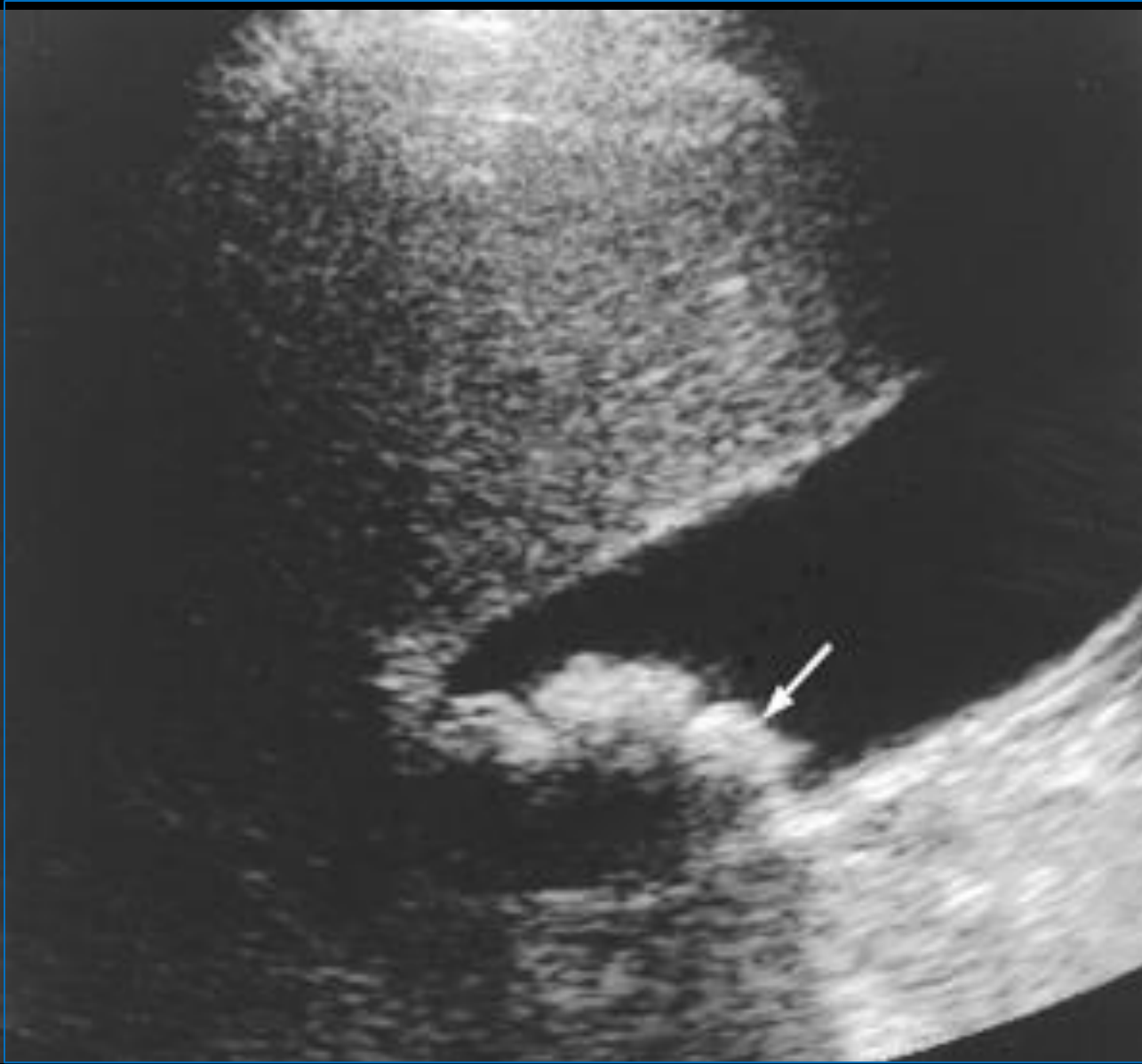
Patiente de 45 ans

Douleur épigastrique depuis 2h

Apyrexie

1- interpréter l'imagerie

2- quelles en sont les complications?



Colique
hépatique

Echographie hépato-biliaire

Images hyperéchogènes au sein de la VB
avec cône d'ombre postérieur : calculs
vésiculaires

Pas d'épaississement pariétal, pas de
distension vésiculaire

→ Colique hépatique

CAS 51 :

Homme de 47 ans,

Douleur abdominale

Arrêt des matières et des gaz

1- Interpréter l'imagerie

2- quelles techniques chirurgicales connaissez-vous et pour laquelle optez-vous?





Occlusion sur hernie
inguinale gauche
étranglée

Scanner abdomino-pelvien

En coupe axiale et coronale, injecté au temps portal

Distension grêlique et colon plat : occlusion grêlique

Infiltration et incarceration d'une anse dans l'aire inguinale gauche

Pas de défaut de rehaussement des anses, pas de pneumatose pariétale, pas d'aéroportie

→ Occlusion grêlique sur hernie inguinale gauche étranglée

CAS 52 :

Patiente de 36 ans

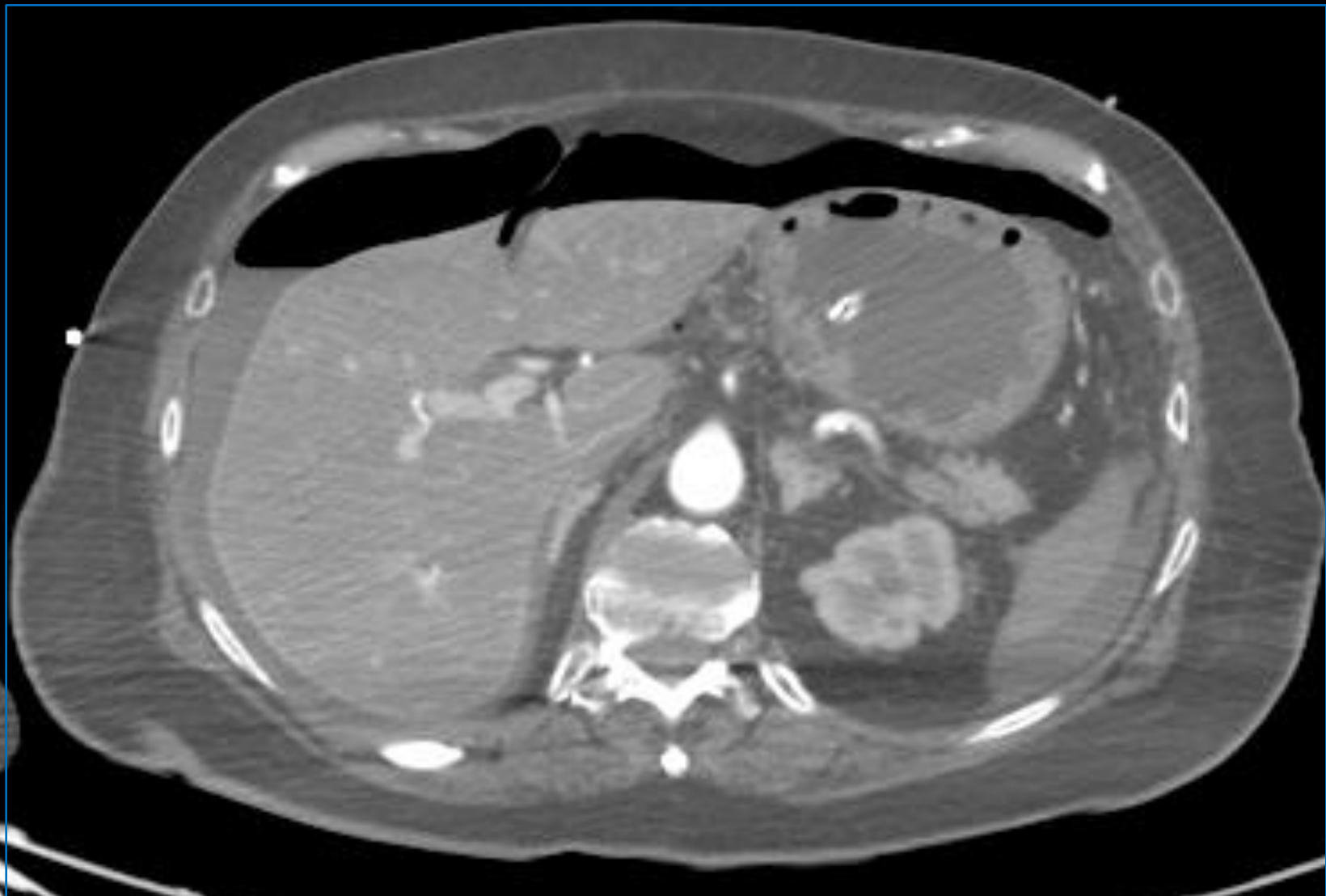
Etat de choc inexpliqué

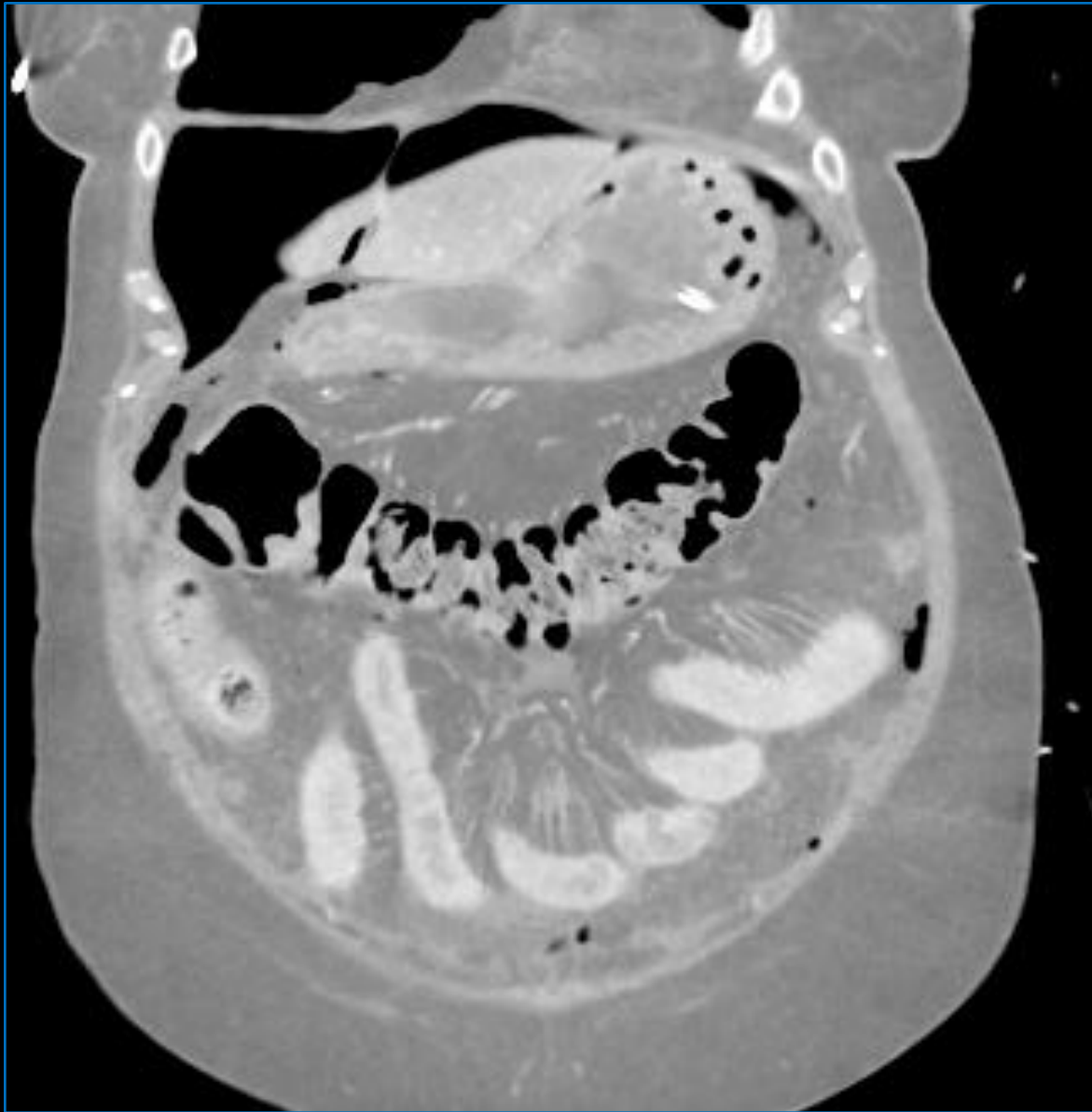
Défense abdominale

1- Interprétez les imageries.

2- quelles sont les causes les plus fréquentes?









Hémopneumopéritoine sur un ulcère perforé de la jonction antro-pylorique

RP de face :

Croisant clair gazeux sous-diaphragmatique,
bilatérale : pneumopéritoine

Scanner abdomino-pelvien, en coupe axiale,
injecté au temps portal

Pneumopéritoine, lame d'hémopéritoine péri-
hépatique

Bulles et solution de continuité en regard de la
jonction antro-pylorique

→ Hémopneumopéritoine sur un ulcère perforé
de la jonction antro-pylorique

CAS 53 :

Femme de 68 ans

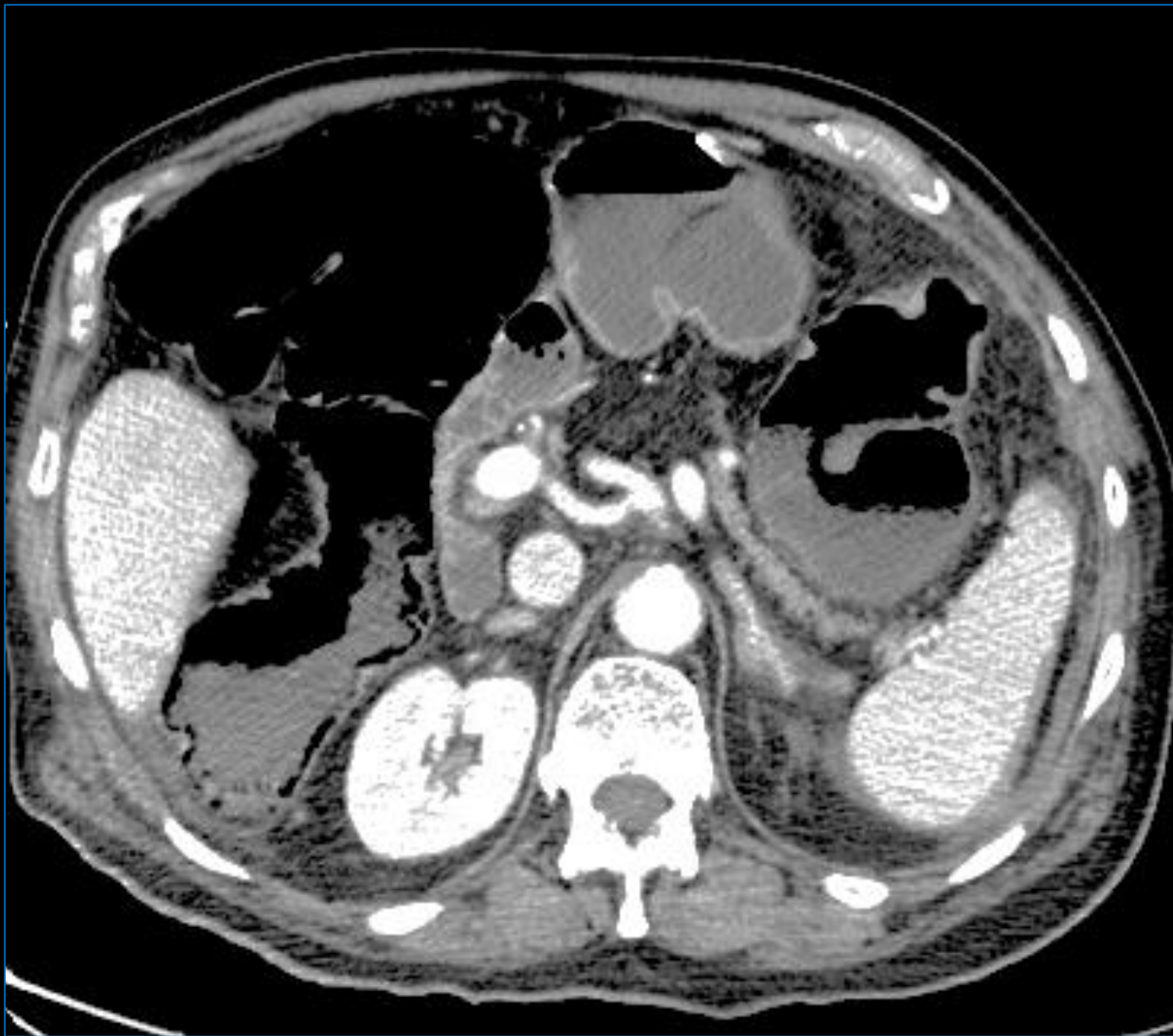
Douleurs abdominales

Hypotension

Hyperlactatémie

1- interpréter l'imagerie

2- quelles causes connaissez-vous?



Ischémie mésentérique

Scanner abdomino-pelvien

En coupe axiale

Injecté au temps d'équilibre

Gaz dans la paroi du colon droit :
pneumatose pariétale

Défaut de rehaussement du colon droit

→ Ischémie mésentérique

CAS 54 :

Femme de 18 ans

AVP moto

1-interpréter l'imagerie

2- Quel bilan biologique réalisez-vous ?



Fracture pancréatique



Fracture hépatique

Scanner abdominopelvien

En coupe axiale

Injecté au temps portal

Hypodensité linéaire au sein du parenchyme
pancréatique : fracture pancréatique

Hypodensité du segment IV hépatique :
fracture hépatique

CAS 55 :

Homme de 21 ans

AVP moto

1- interpréter l'imagerie

2- quelle est le 1^{er} viscère touché dans les traumatismes abdominaux?



Hématome sous-capsulaire hépatique

Scanner abdomino-pelvien

En coupe axiale

Injecté au temps portal

Collection sous-scapulaire hépatique

Rate indemne sur la coupe

→ Hématome sous-scapulaire du foie

CAS 56 :

Patient de 23 ans

Douleur abdominale intense

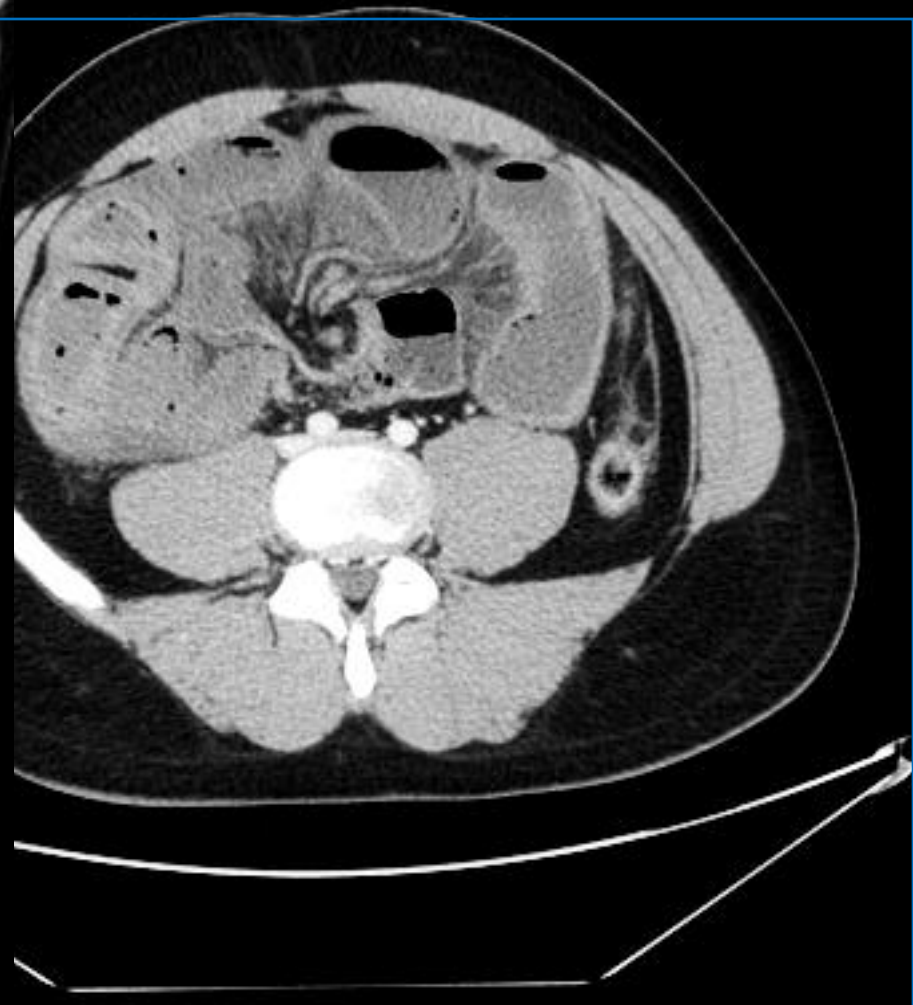
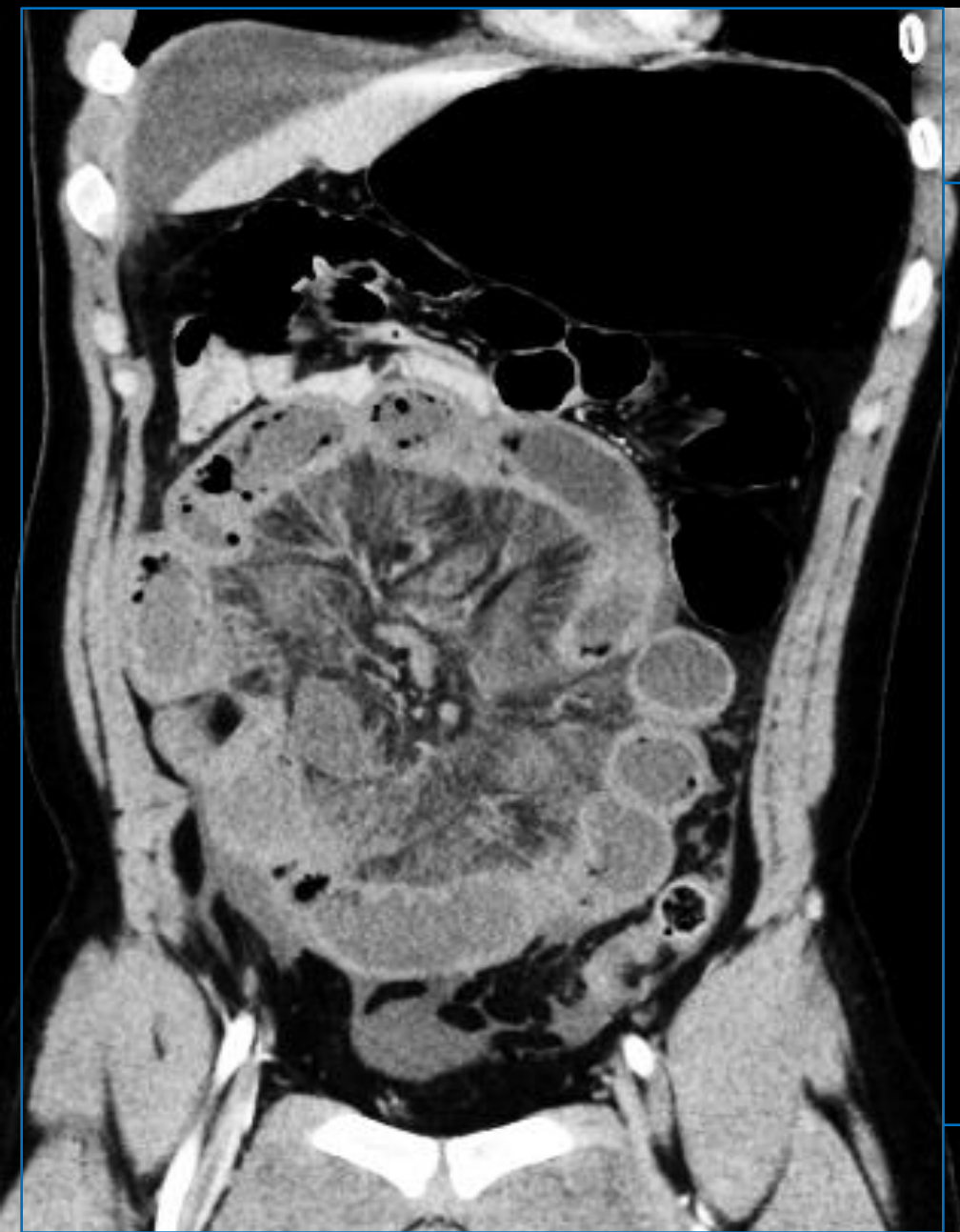
Défense

ATCD de péritonite appendiculaire

1- interpréter imagerie

2- Quels signes de gravité radiologiques de cette pathologie connaissez-vous?





Volvulus du grêle sur bride

Scanner abdomino-pelvien

Sans injection et injecté au temps artériel et portal

En coupe axiale et coronale

Occlusion grêlique avec whirl sign
(mouvement de rotation de la dernière anse grêle et de son méésentère)

Infiltration de la graisse méésentérique

Œdème sous-muqueux (souffrance veineuse)

Défaut de rehaussement d'une anse grêle

Épanchement péritonéal

→ volvulus du grêle sur bride avec signes de gravité

CAS 57

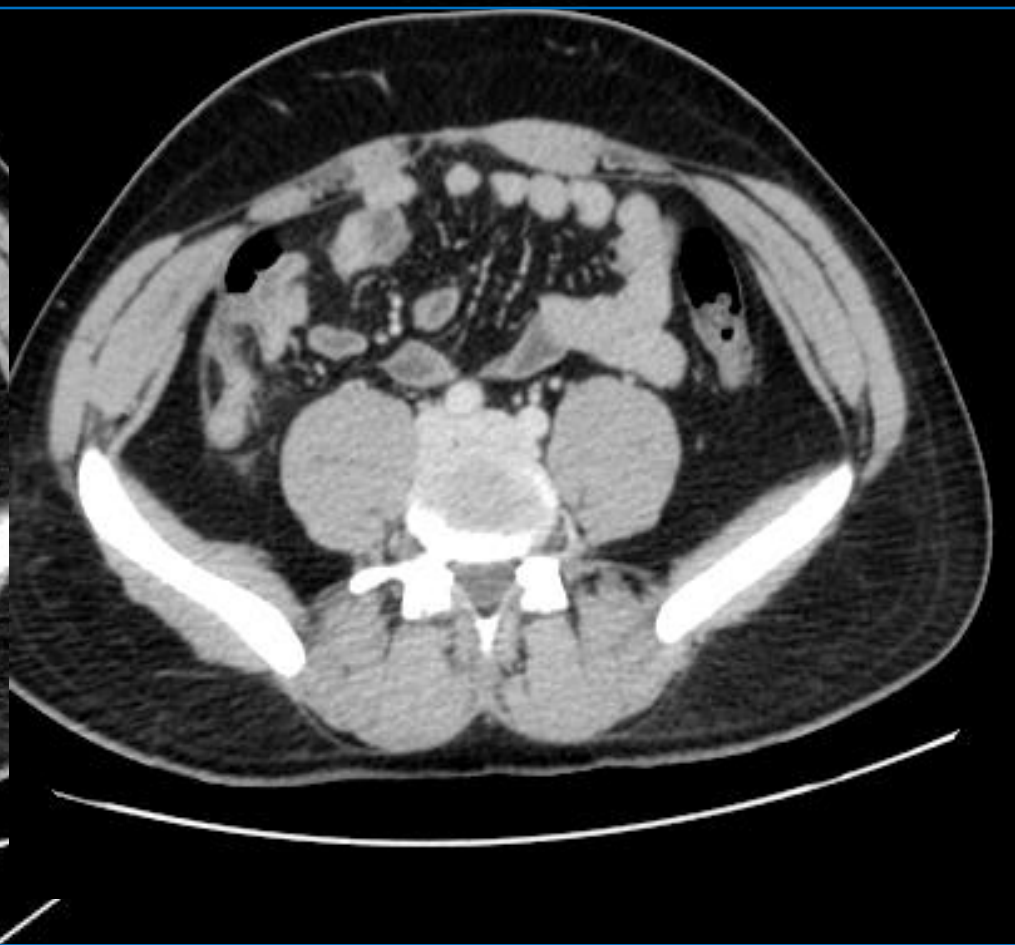
Patient de 27ans

Douleur abdominale en fosse iliaque droite

Fébricule

1- Hypothèses diagnostiques

2- interpréter imagerie



Diaper Cor
Im 30



Im 34



Scanner abdomino-pelvien

En coupe axiale

Sans injection et injecté au temps portal

Épaississement de la paroi
appendiculaire

Distension de l'appendice

Infiltration de la graisse péri-colique
droite

Pas de stercolithe, pas d'abcès, pas de
pneumopéritoine

→ appendicite aiguë non compliquée

CAS 58

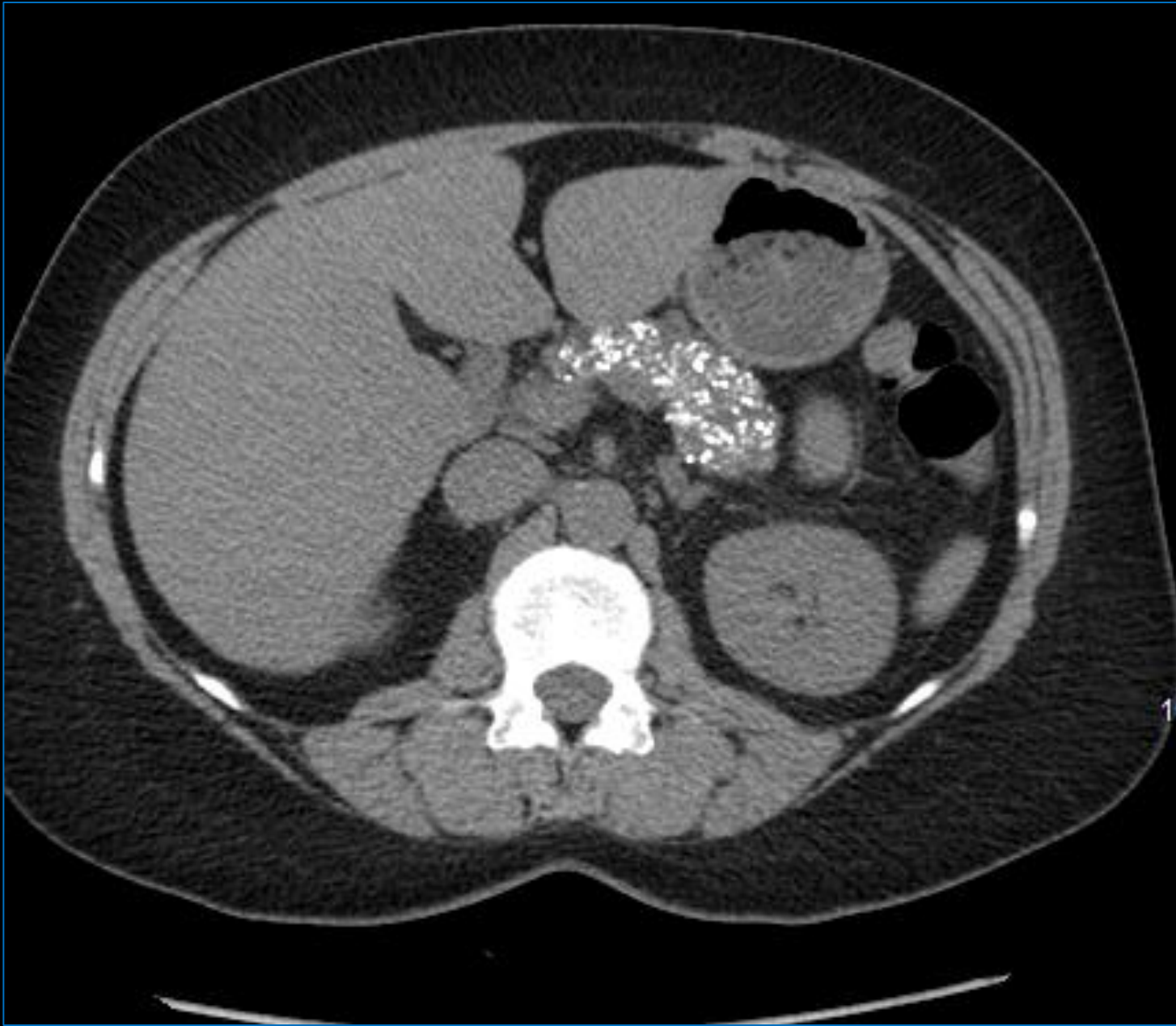
Patient de 63 ans

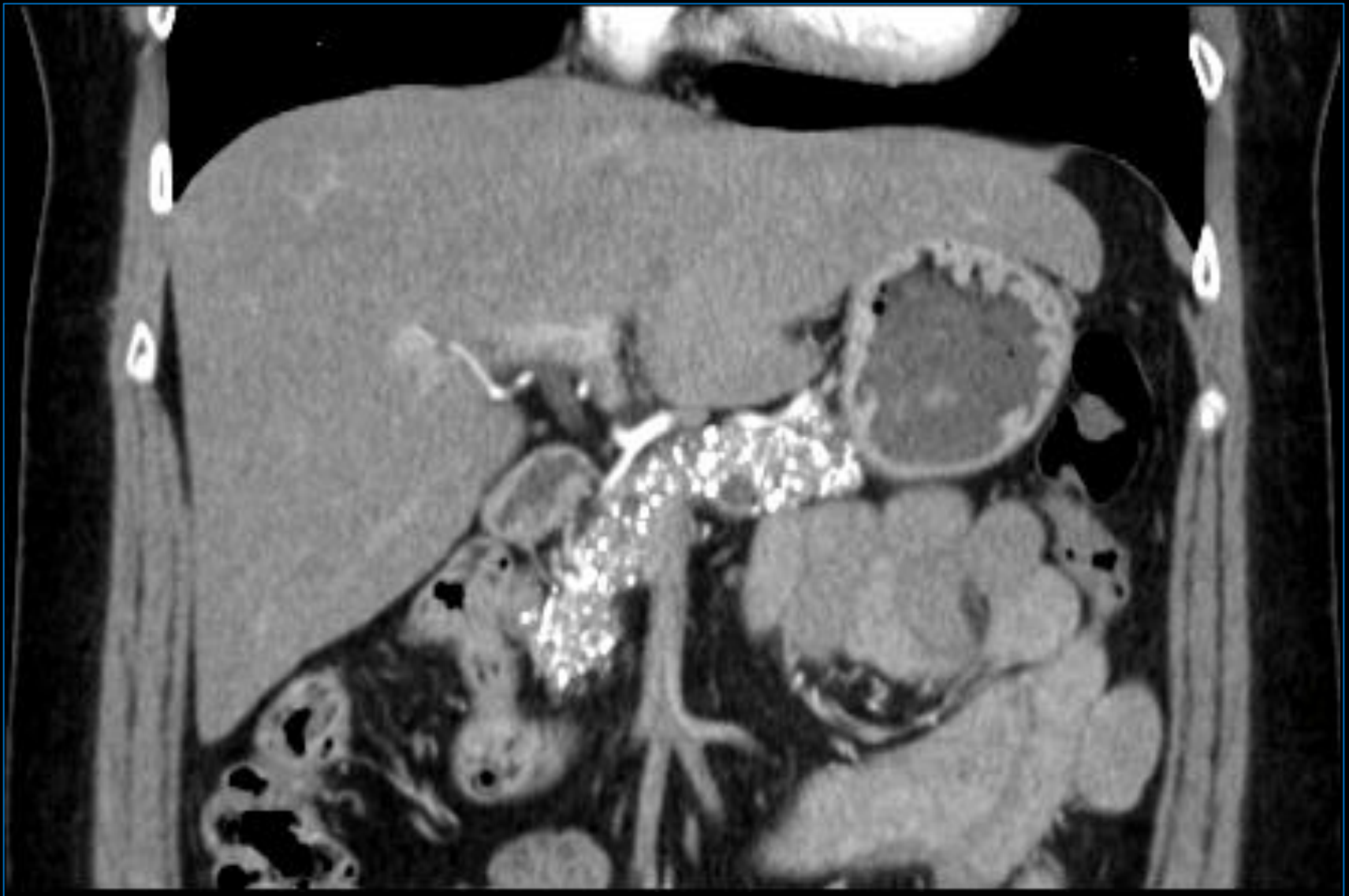
Douleurs abdominales chroniques
associées à des troubles du transit

ATCD de PA

1- interpréter l'imagerie

2- causes des douleurs abdominales dans
ce contexte





Pancréatite chronique calcifiée

Scanner abdomino-pelvien

En coupe axiale et coronale

Sans injection et injecté au temps portal

Calcifications pancréatiques diffuses
associées à des microkystes

→ Pancréatite chronique calcifiante

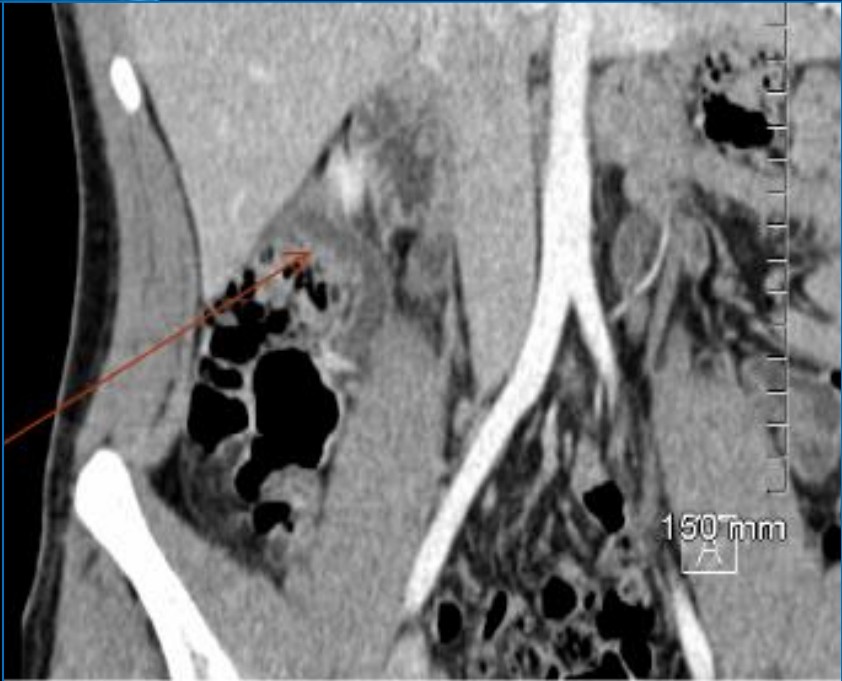
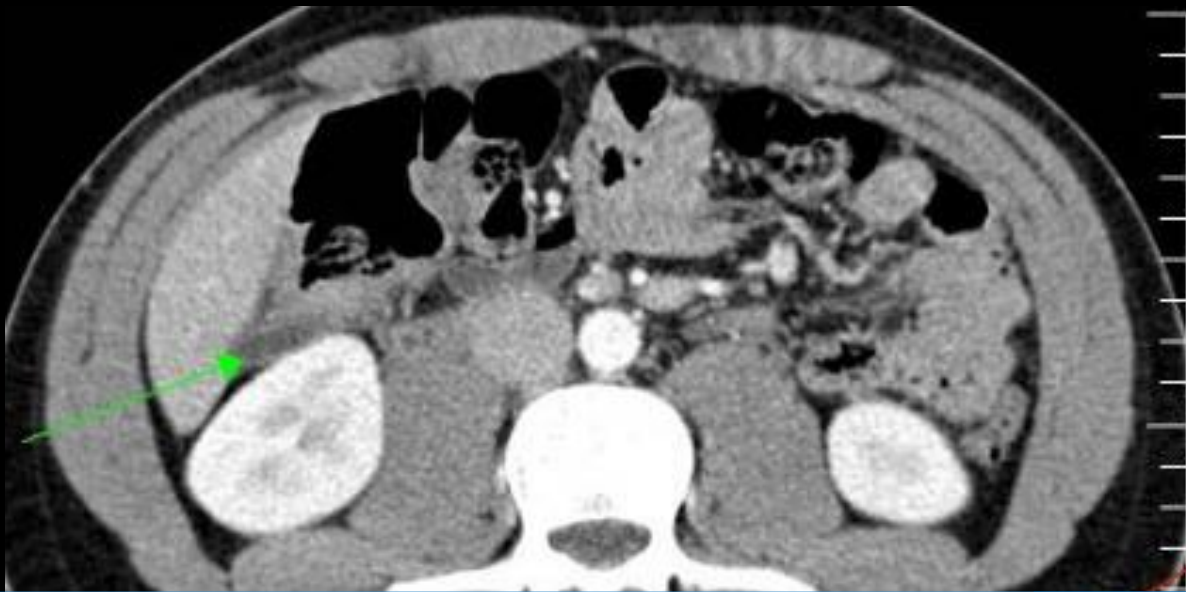
CAS 59

Femme de 28ans

Douleur abdominales localisées en
hypocondre droit avec irradiation dans
l'épaule homolatérale

1- interpréter l'imagerie

2- quelles localisations connaissez-vous à
cette pathologie?



Appendicite sous-hépatique

Scanner abdomino-pelvien

En coupe axiale et coronale

Injecté au temps artériel

Epaississement de la paroi de l'appendice

Distension de l'appendice

→ Appendicite sous-hépatique

NEPHROLOGIE

CAS 60 :

Patient de 24 ans

Douleur fosse lombaire et testiculaire droite

Apyrexie

1-Quels signes de gravité clinique recherchez-vous?

2- Interprétez l'imagerie

Im 14

Accueil des Urgences

T

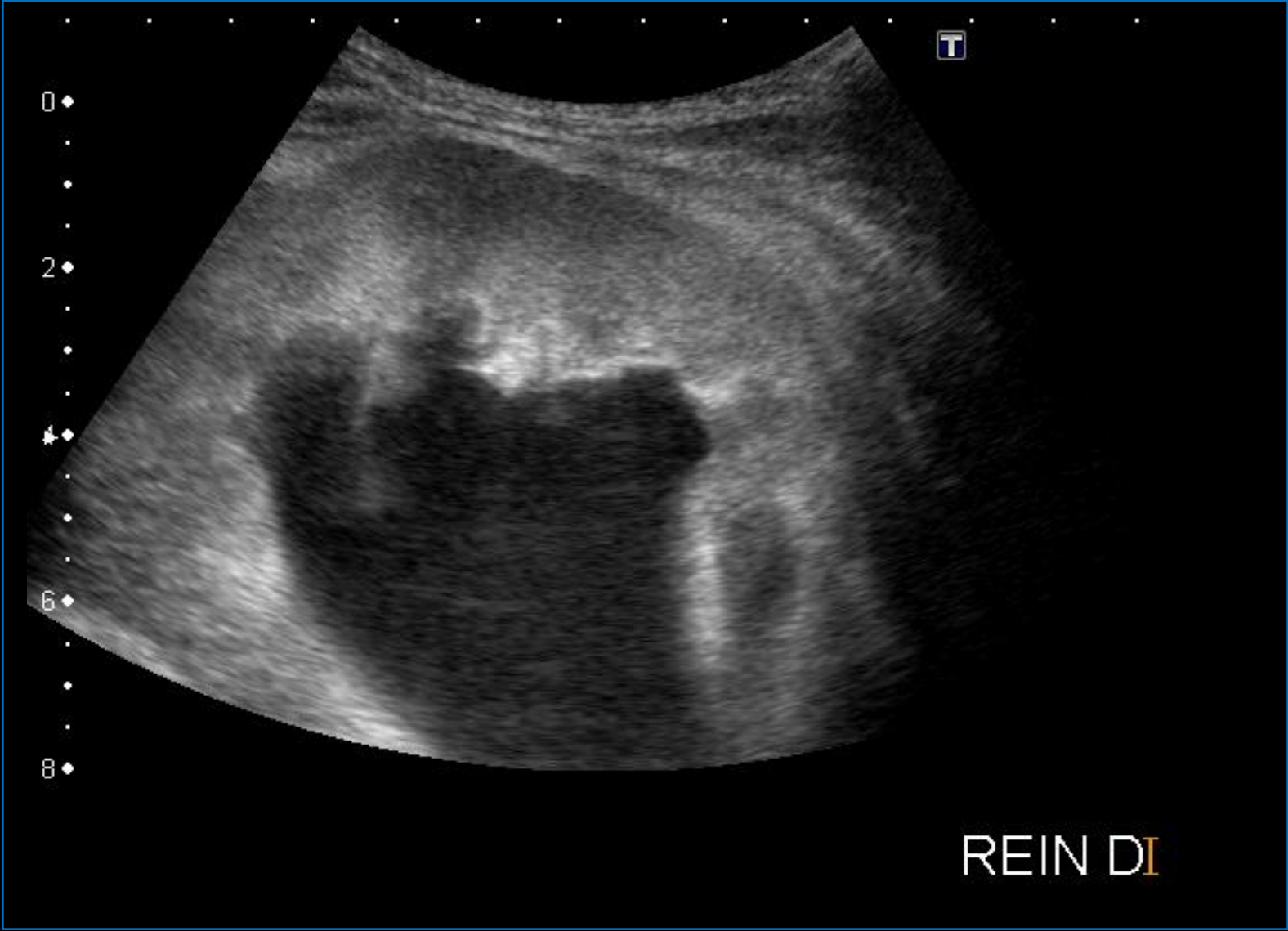
5

10

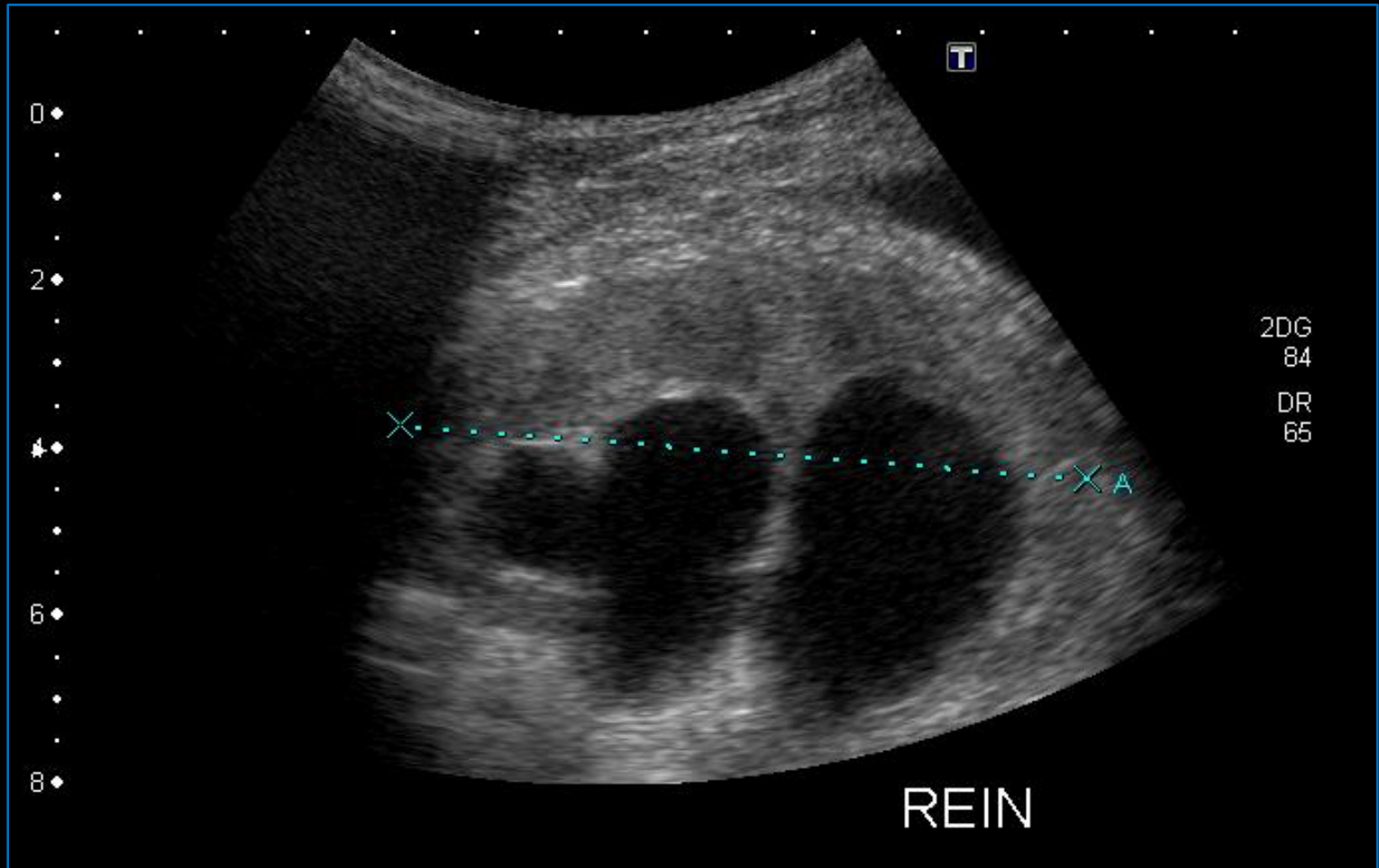
0
ips

REIN DI





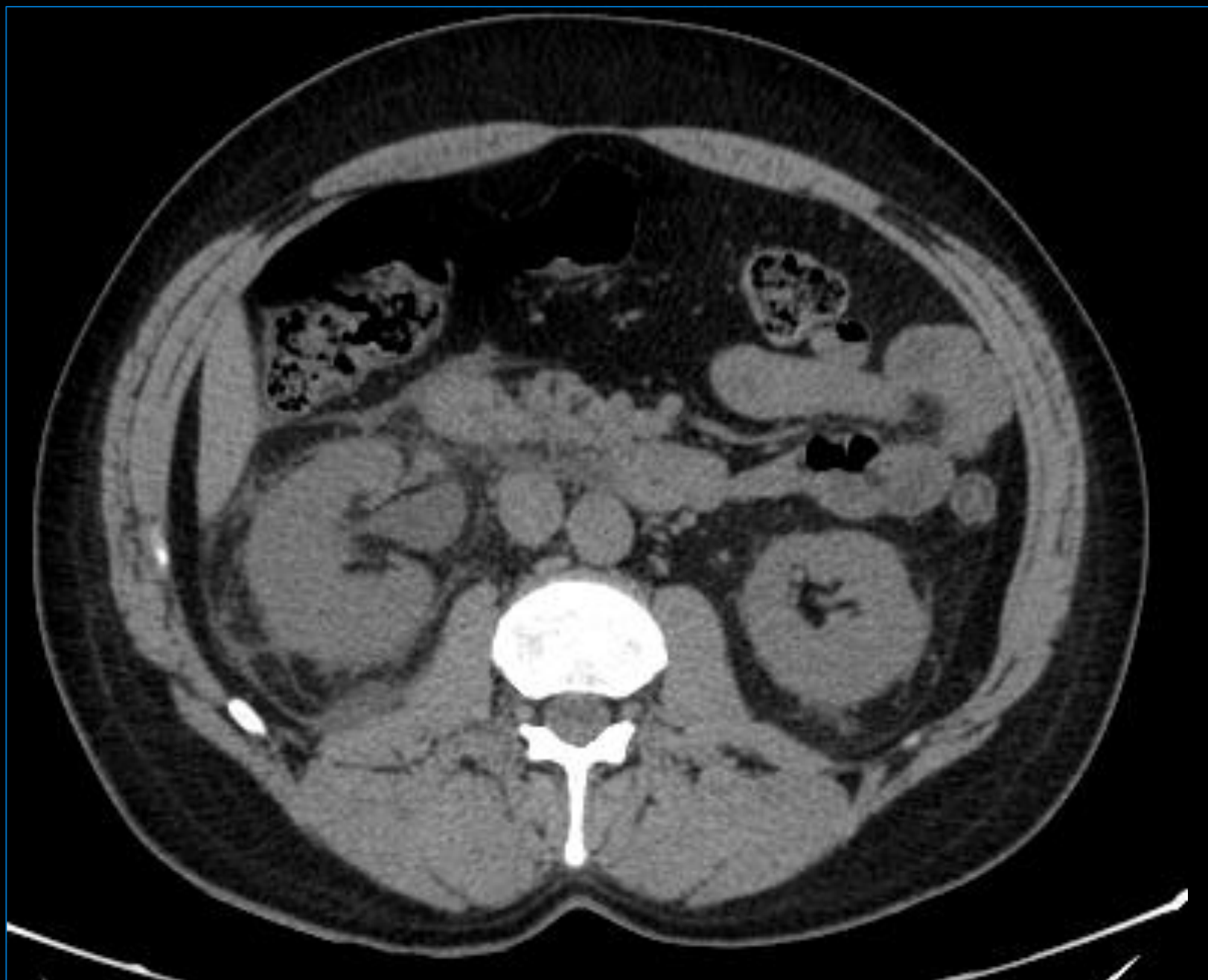
REIN DI



Dilatation des CPC

Echographie réno-vésicale

Dilatation des cavités pyélocalicielle du rein droit





Colique néphrétique droite

Importante infiltration péri-rénale droite

Urétéro-hydronéphrose droite

Calcul juste en amont du méat urétéro-vésical

→ Colique néphrétique droite

CAS 61 :

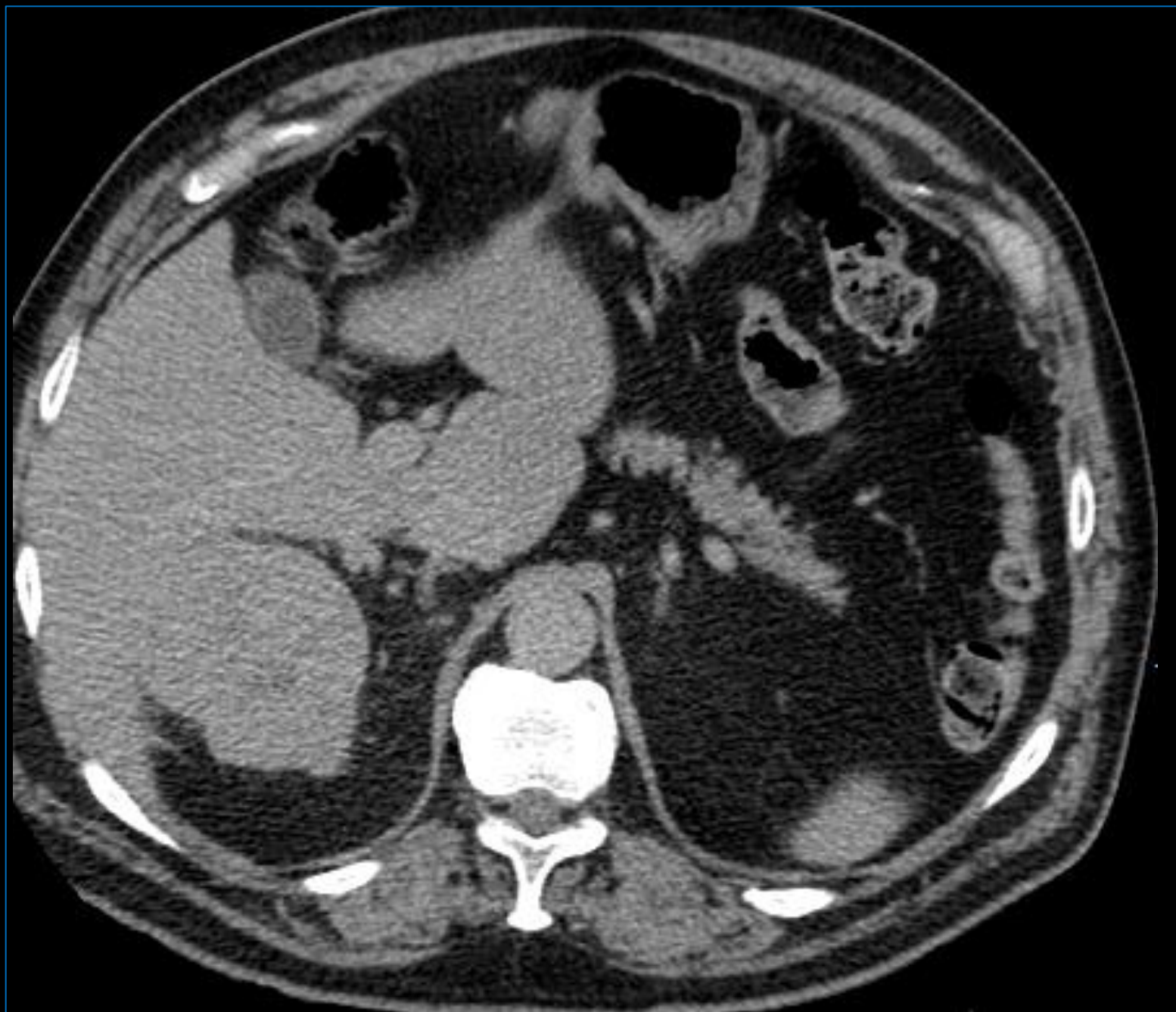
Patient de 52 ans

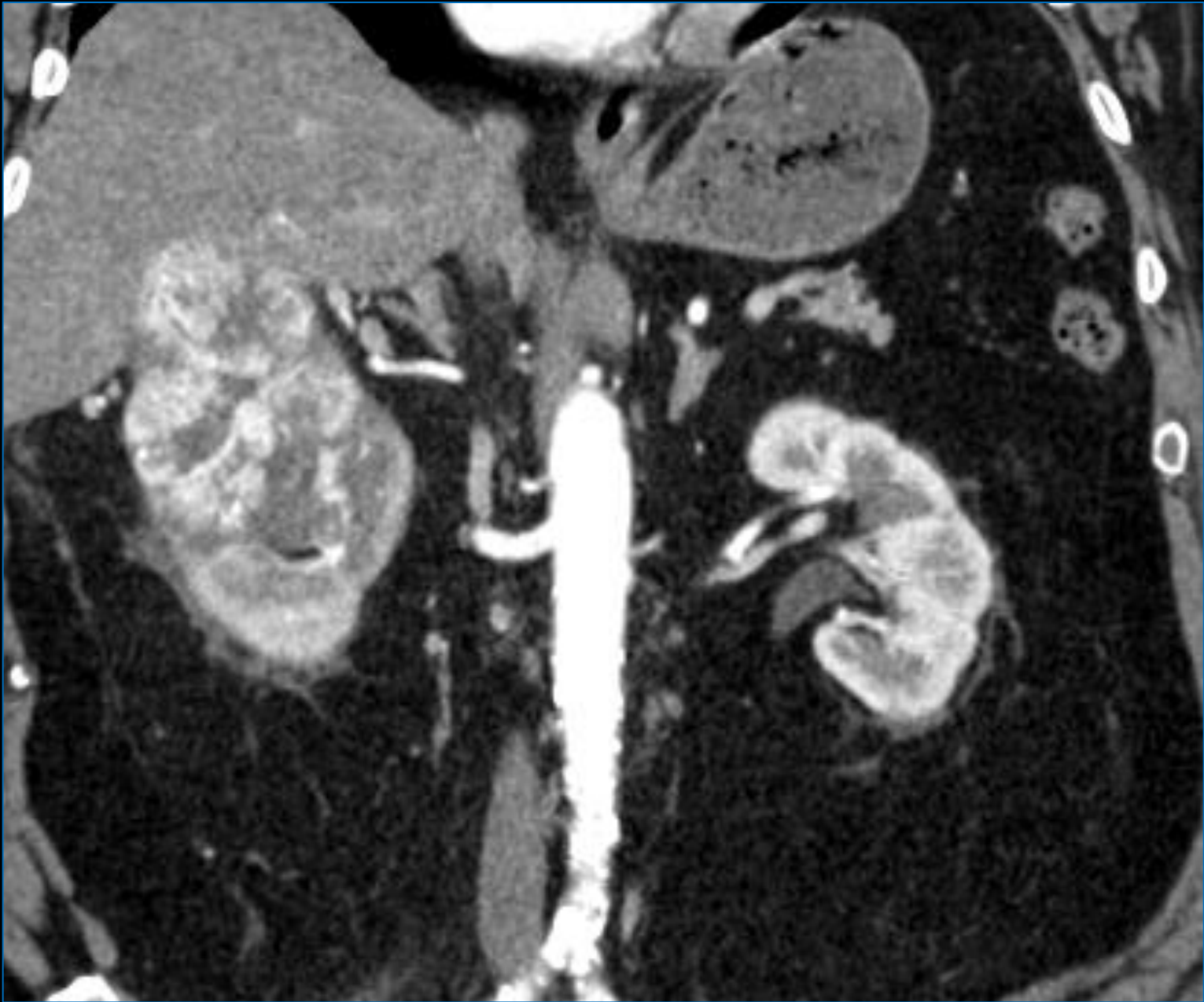
Fièvre, douleur lombaire

Hématurie

1- Interprétez l'imagerie

2- quelles sont les principaux syndromes paranéoplasiques que vous connaissez dans cette pathologie ?





Im 73



Tumeur
de
Grawitz
du rein
droit

Scanner abdomino-pelvien

Sans injection et injecté au temps artériel et d'équilibre

En coupe (respectivement) axiale, coronale et axiale

Masse développé au pole inférieur du rein droit mesurant > 4cm

Prenant le contraste de manière hétérogène

→ Tumeur de Grawitz du rein droit (T2Nx)

T0	Aucune preuve de tumeur primitive
T1	Tumeur limitée au rein ≤ 7 cm de grand axe
T1a	Tumeur limitée au rein ≤ 4 cm de grand axe
T1b	Tumeur limitée au rein > 4 cm mais ≤ 7 cm de grand axe
T2	Tumeur limitée au rein > 7 cm de grand axe
T2a	Tumeur limitée au rein > 7 cm mais ≤ 10 cm de grand axe
T2b	Tumeur limitée au rein > 10 cm
T3	Tumeur intéressant les veines principales ou envahissant la graisse péri-rénale ou du sinus rénal mais sans atteindre le fascia de Gerota
T3a	Tumeur envahissant la veine rénale ou ses branches de division segmentaires, la graisse du sinus rénal ou péri-rénale mais n'atteignant pas la surrénale et ne dépassant pas le fascia de Gerota.
T3b	Tumeur envahissant la veine cave sous forme d'un thrombus sous diaphragmatique.
T3c	Tumeur envahissant la paroi de la veine cave inférieure ou thrombus s'étendant au dessus du diaphragme.
T4	Tumeur s'étendant au delà du fascia de Gerota, incluant l'envahissement de contiguïté de la surrénale homolatérale.

N : Envahissement des ganglions régionaux

NX	Les adénomégalies ne peuvent être évaluées
N0	Pas de métastase ganglionnaire
N1	Métastase ganglionnaire unique
N2	Plus de 1 métastase ganglionnaire

M : Métastases à distance

Mx	Les métastases à distance ne peuvent pas être évaluées
M0	Pas de métastase à distance
M1	Métastase à distance

PEDIATRIE

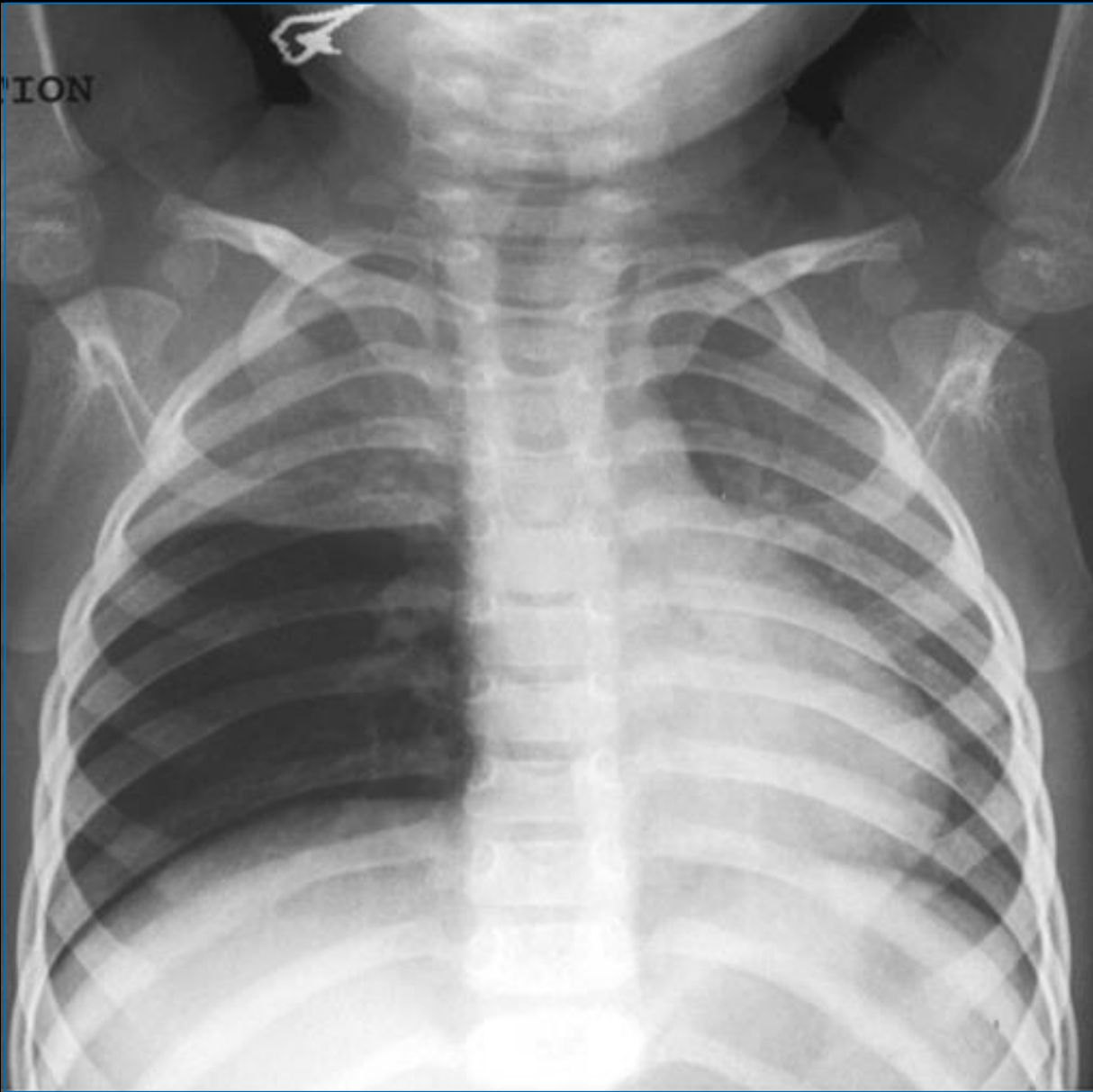
CAS 62 :

Enfant de 2 ans

Toux, malaise et rougeur alors que les parents prenaient un apéritif avec des amis

1- interpréter l'imagerie

2- PEC ?



Trapping
sur CE
lobaire
inférieur
droit

RP de face :

Hyperclarté lobaire inférieur droite

Pas de corps étranger radio-opaque

→ Trapping sur corps étranger lobaire inférieur droit

CAS 63 :

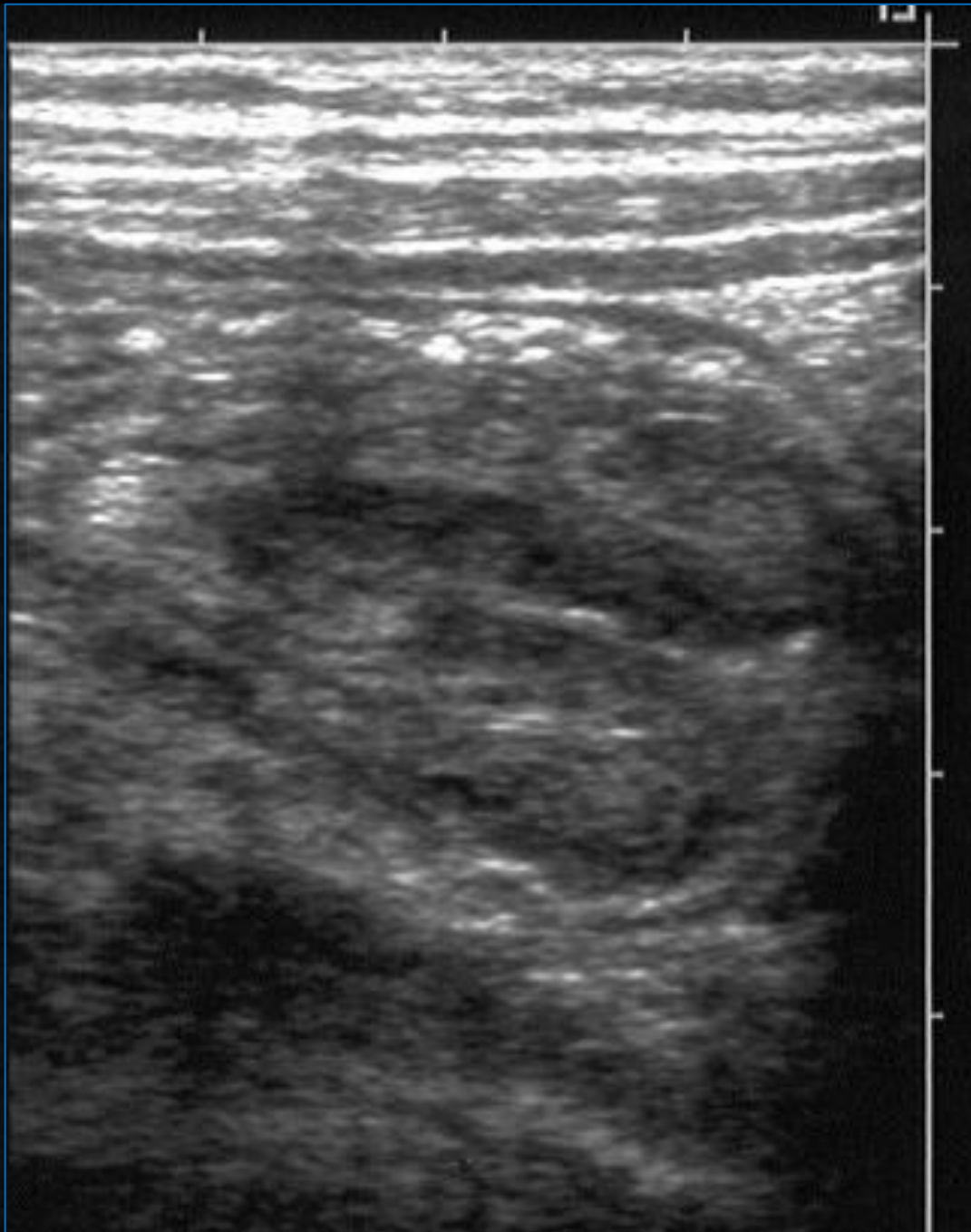
Enfant de 1 an

Malaise suivi de cris et pleurs paroxystique

1- Interpréter l'imagerie

2- PEC





Invagination
intestinale
aiguë

Echographie abdomino-pelvienne

Aspect de la tête du boudin d'invagination
de la jonction iléo-colique en cocarde en
coupe transversale et en sandwich en coupe
longitudinale

→ Invagination intestinale aiguë iléo-colique

CAS 64 :

Enfant de 10 ans

Boiterie avec douleurs de la hanche gauche

Pas de traumatisme

1- Causes à évoquer devant une boiterie de l'enfant

2- interpréter l'imagerie



Ostéocondrite hanche gauche

Radiographie de la hanche gauche

Fracture sous-chondrale (image en coup
d'angle)

Aplatissement et densification épiphysaire

→ Maladie de Legg-Perthes-Calvé

CAS 65

Garçon de 12ans

Boiterie brutale du membre inférieur gauche

1- interpréter la radiologie

2- PEC



Epiphysiolyse

Radiographie de la hanche gauche de face

Glissement de la tête fémorale en bas et en dedans

Diminution de la hauteur du noyau épiphysaire

Aspect irrégulier du cartilage de croissance

Ligne de Klein passant au-dessus du sommet de la tête fémorale

→ Epiphysiolyse

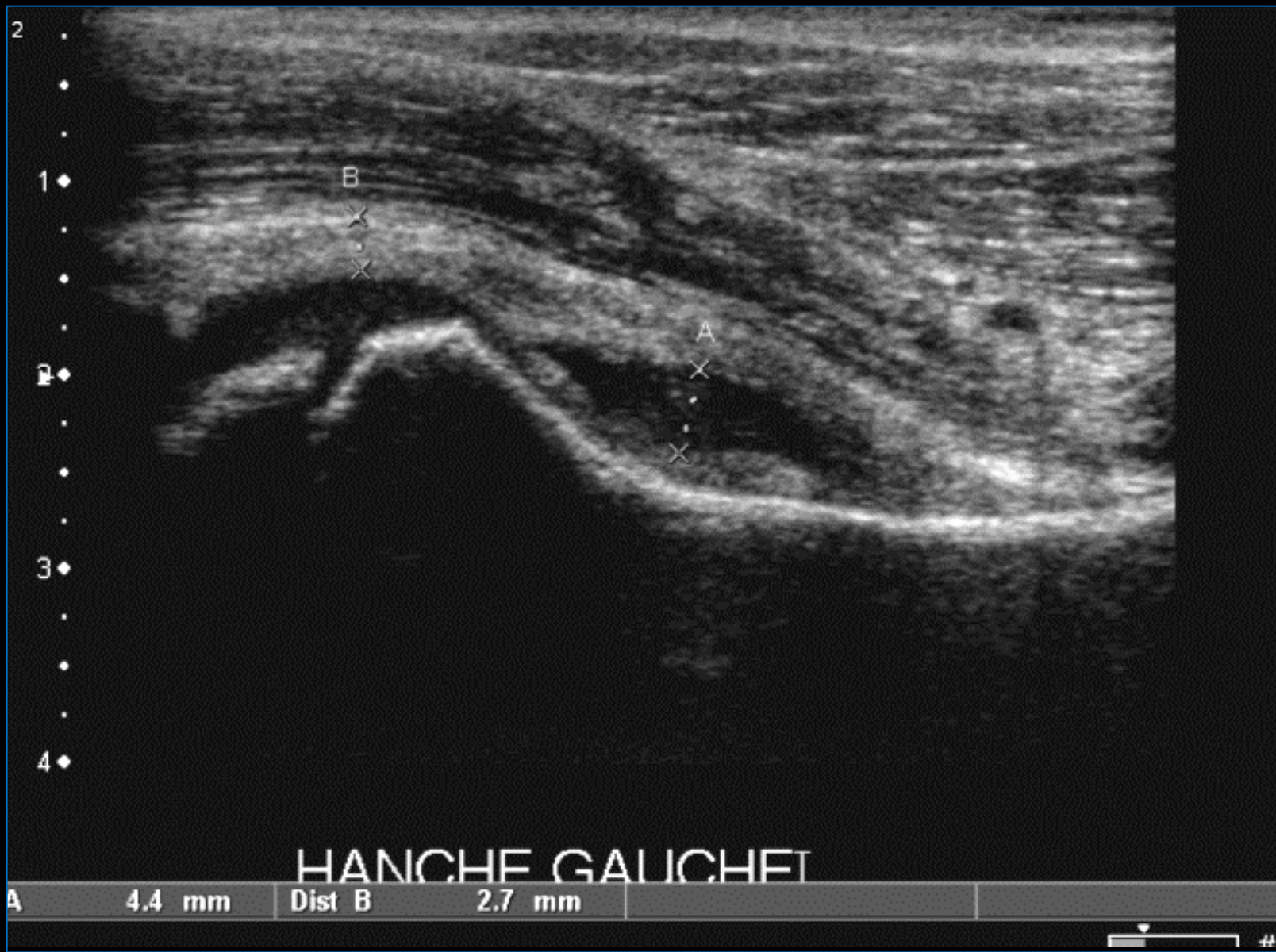
CAS 65 :

Enfant de

Douleur de la hanche gauche brutale

1- interpréter l'imagerie

2- évolution de cette pathologie



Rhume de la hanche gauche

Echographie de la hanche gauche

Epanchement intra-articulaire de la hanche gauche

→ Synovite aiguë de la hanche gauche

CAS 66 :

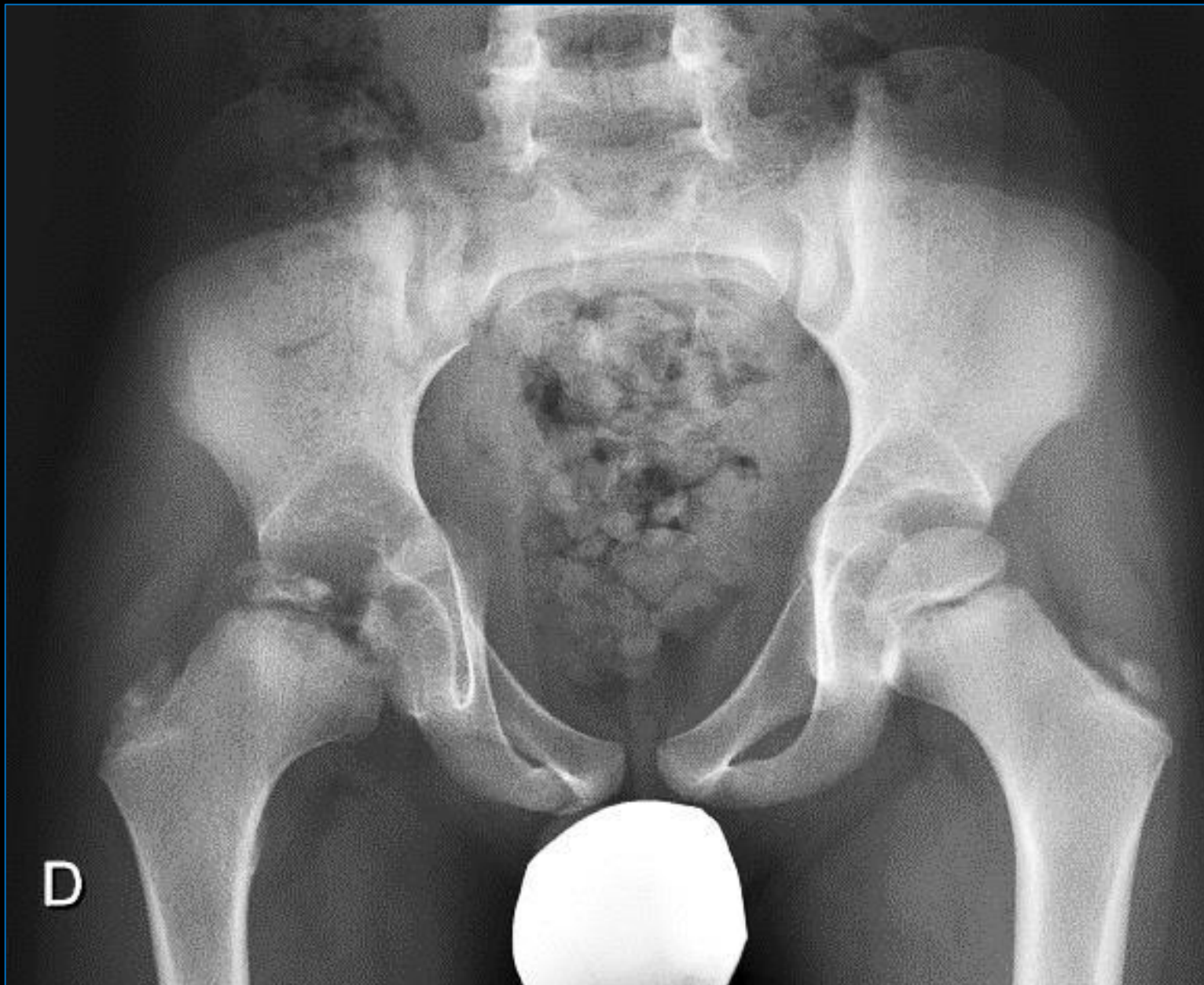
Enfant de 7ans

Boiterie depuis quelques mois

Pas de suivi

1- interpréter l'imagerie

2- physiopathologie de cette affection



Ostéochondrite de hanche droite

Radiographie du bassin

Condensation du noyau épiphysaire

Fragmentation du noyau épiphysaire droit

Reconstruction avec réossification à la
périphérie du noyau

→ Ostéochondrite primitive de la hanche
droite

CAS 67

Enfant de 5 ans

Toux et douleur abdominale

1- interpréter l'imagerie

2- PEC



Corps étranger
(balle de 9mm)

ASP debout de face

Corps étranger (balle de 9mm) se projetant en regard du colon droit

Pas de pneumopéritoine

→ ingestion d'un corps étranger

ORTHOPEDIE

CAS 68 :

Enfant de 7ans

Chute sur la main lors d'une course de rollers

1- interpréter l'imagerie

2- Durée de l'immobilisation?



Fracture en motte
de beurre du radius
et de l'ulna gauche

Radiographie du poignet gauche

Fracture-impaction métaphyso-diaphysaire de l'extrémité inférieure du radius et ulna gauche

Incurvation des travées osseuses de l'extrémité inférieure du radius et ulna gauche en bouée circonférentielle

→ Fracture en motte de beurre du radius et ulna gauche

CAS 69 :

Enfant de 9 ans

Chute sur le côté lors d'un match de football

1- Interpréter la radiographie

2- PEC ?

D



Fracture en bois vert
du radius droit

Radiographie de l'avant-bras droit

Fracture du 1/3 inférieur du radius droit

Effraction de la corticale et périoste antérieur

Pas de rupture du périoste postérieur

→ Fracture en bois vert

CAS 70 :

Enfant de 6 ans

Douleur de la jambe gauche

Tacle lors d'un match de football à l'école

1- Interpréter l'imagerie

2- Rédiger un certificat de dispense scolaire



Fracture en cheveu du tibia
gauche

Radiographie de la jambe gauche

Trait de fracture trans-corticale du tibia
gauche

→ Fracture en cheveu du tibia gauche

CAS 71 :

Enfant de 14ans

Douleur du 5^{ème} doigt gauche suite à un traumatisme

1- interpréter imagerie

2- PEC



Salter II

Radiographie centrée sur le 5^{ème} doigt
gauche

Fracture trans-métaphysaire associée à un
décollement épiphysaire

Localisée à la base de P1

→ Salter II

CAS 72 :

Femme de 80 ans

Douleur persistance avec raideur de la main gauche

ATCD de fracture de Pouteau-Colles il y a 6 mois

1- interpréter l'imagerie

2- Décrivez les 2 phases de la maladie



Algodystrophie

Radiographie de la main gauche

Déminéralisation avec multiples géodes :
ostéoporose pommelée

Prédominant sur les berges des IPP et IPD

→ Algodystrophie

CAS 73 :

Homme de 70 ans

Bilan systématique après un traumatisme de la jambe gauche

1- interpréter l'imagerie

2- Quel marqueur biologique est utilisé pour suivre cette pathologie ?



Maladie de Paget

Radiographie du tibia gauche :

Ostéocondensation de l'extrémité supérieure du tibia gauche

Aspect de « V » du 1/3 moyen du tibia gauche

→ Maladie de Paget

CAS 74 :

Femme de 76 ans

Chute dans les escaliers

Impotence fonctionnelle totale du membre inférieur droit

1- interpréter l'imagerie

2- PEC



Garden III

Radiographie de la hanche droite

Fracture du col fémoral droit

Fermeture de l'angle cervico-diaphysaire
droit $< 125^\circ$

Obliquité des travées osseuses horizontales

→ Fracture du col fémoral droit Garden III

Gradez ces fractures fémorales



Garden IV



Garden I



Fracture inter et
Cervico-trochantérienne



Fracture trochantéro-
diaphysaire

CAS 75

Patiente de 89ans,

Chute mécanique dans les escaliers

Entorse de la cheville gauche

1- quelles sont les critères d'Ottawa?

2- interpréter l'imagerie





Fracture uni-malléolaire
externe gauche peu
déplacée

Radiographie de la cheville gauche (face profil)

Fracture peu déplacée de la malléole externe

Intégrité de la malléole médiale

Tuméfaction des parties molles péri-malléolaire externe

CAS 76

Femme de 54ans

Chute en roller

Impotence fonctionnelle totale du
membre supérieur gauche

1-interpréter l'imagerie

2- Décrire votre examen clinique





Luxation gléno-humérale
antéro-interne de l'épaule
gauche
Fracture arrachement du
tubercule majeur

Radiographie de l'épaule gauche (face et profil de Lamy)

Luxation gléno-humérale antéro-interne de l'épaule gauche

Fracture-arrachement du tubercule majeur

Pas d'autres lésions fracturaires et notamment glène intègre

CAS 77

Patient de 58 ans

AVP voiture – piéton

Douleur et déformation de l'épaule
gauche

1- interpréter l'imagerie

2- sur quel terrain survient ce type de
fracture ?

13 Humérus
Face AP

WC 511 WW 1023

3001 x 1787 11 E

G

Im 1

l'Accueil des Urgences - Passages





Fracture comminutive
de l'extrémité
supérieure de
l'humérus gauche

Radiographie de l'épaule gauche (face et profil de Lamy)

Fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus

4 fragments (tubercule majeur, mineure, col chirurgical)

→ Neer IV ou céphalo-bi-tubérositaire

Calcification à l'insertion du tendon supra-épineux

Pas de luxation associée

CAS 78

Patient de 35ans

Instabilité chronique de l'épaule

Luxation à répétition lors de faux-mouvement

Scapulalgies chroniques

1-interpréter l'imagerie

2-quel est le TTT d'une première luxation de l'épaule ?

D



Arthrographie de l'épaule droite

Cliché en rotation neutre et interne

Encoche de Malgaigne

Butée en place

Pas de rupture de coiffe évidente

Petits arrachements osseux en regard
de la portion antéro-inférieure de la
glène

→ Epaule séquellaire de luxations
antérieures

CAS 79

Homme de 31ans

Craquement et torsion du pied lors d'une prise au judo

Douleur de la cheville droite

1-interpréter l'imagerie

2- risque de cette fracture à redouter et
PEC



Sé 1
ARTM

Im 1

Service d'Accueil des Urgences - Prosope

EN LIT
D



Radiographie de la cheville de profil et
jambe droite de face

Luxation antérieure tibio-talienne droite

Fracture déplacée du 1/3 inférieure de la
diaphyse fibulaire droite

CAS 80

Patient de 58ans

Douleur de l'épaule gauche

Impotence fonctionnelle suite à un effort de lancer au hand Ball

1- quelles sont les signes cliniques d'une luxation de l'épaule?

2- interpréter l'imagerie





Fracture-luxation
gléno-humérale
antéro-inférieure
gauche

Radiographie de l'épaule gauche (face +
profil de Lamy)

Luxation gléno-humérale antéro-interne de
l'épaule gauche

Fracture non déplacée du tubercule majeur

Fracture-arrachement du rebord antéro-
inférieur de la glène

CAS 81

Garçon de 10 ans

Torsion de la cheville droite dans les escaliers

1- quelles sont les incidences à réaliser devant un traumatisme de la cheville et pourquoi ?

2- interpréter imagerie





Fracture uni-malléolaire
de la cheville droite

Radiographie de la cheville droite
(face+face en rotation interne à 15-20° ,
profil)

Fracture spiroïde de de la malléole
externe

Pas de fracture de la base du 5ème MT
ni du pilon tibial, os surnuméraire de la
malléole interne

→ fracture uni-malléolaire externe droite

CAS 82

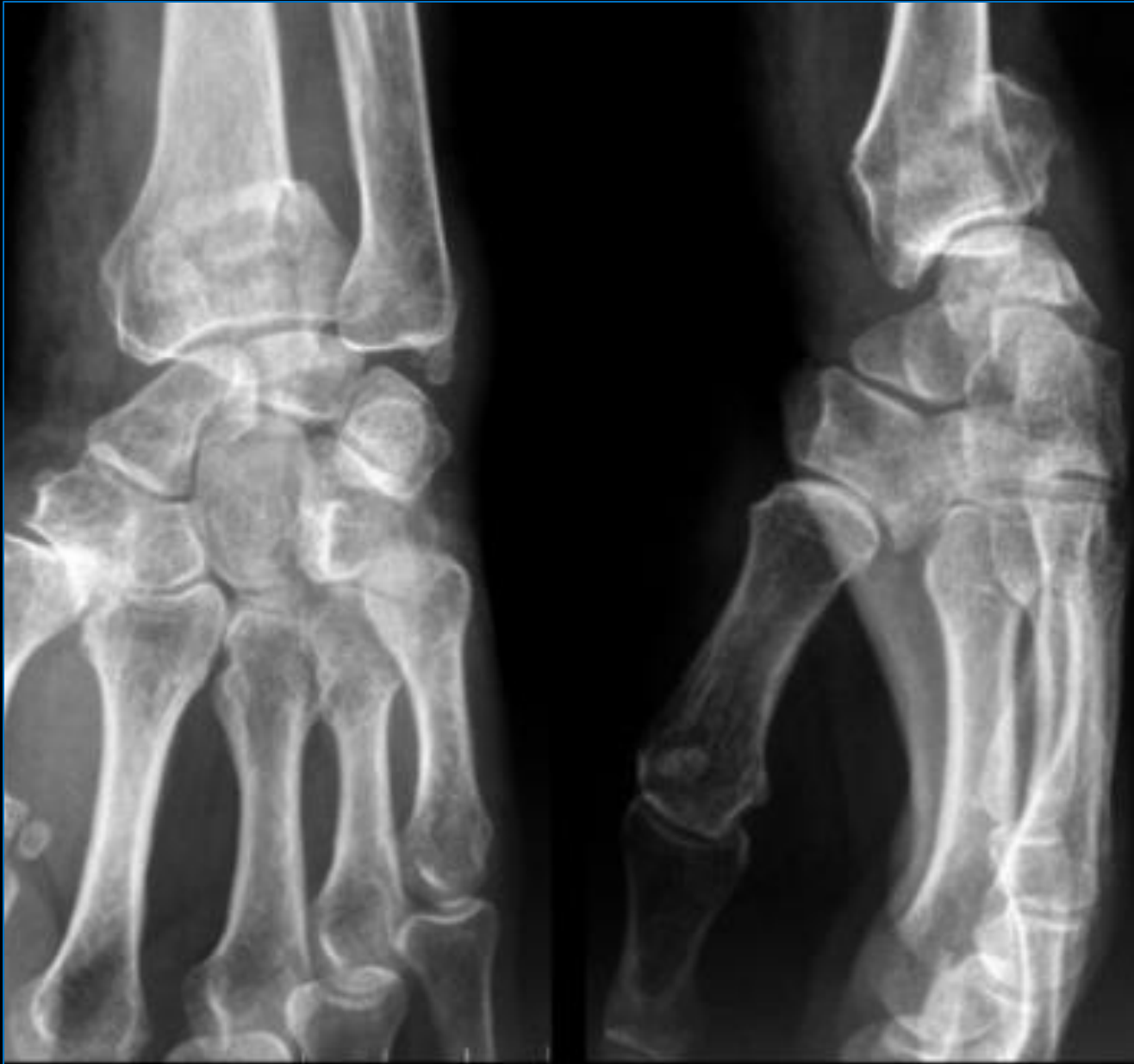
Patiente de 58ans,

Chute sur la main en extension

Déformation et douleur du poignet

1- interpréter l'imagerie

2- PEC ?



Fracture de Pouteau-Colles gauche

Radiographie du poignet gauche (face et profil)

Fracture sus-articulaire, métaphysaire de l'extrémité inférieure du radius gauche

A déplacement postérieur de l'épiphyse radiale

Diastasis radio-cubital nul, index radio-cubital inférieur négatif

→ Fracture de Pouteau Colles

RHUMATOLOGIE

CAS 83

Patient de 35ans

Douleur permanente de l'ensemble du rachis

Limitation des amplitudes articulaires

1- interpréter l'imagerie

2- grandes lignes de la PEC ?



SPA

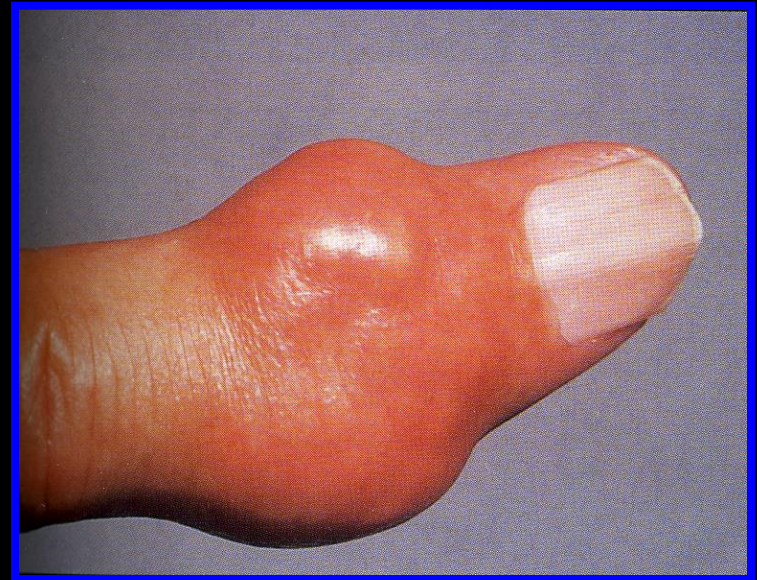
Radiographie du rachis dorsal (face profil)
Ankylose avec syndesmophytes bilatéraux
Déminéralisation osseuse diffuse
Pas de fracture

→ Colonne bambou d'une SPA

CAS 84

Patiente de 89 ans

Gonflement de l'IPD de D5



1- interpréter la photographie

2- interpréter l'imagerie



Tophus goutteux

Radiographie de face centrée sur 4 derniers
doigts gauche

Epaississement calcifié des parties molles
de l'IPD de D4 gauche : tophus

Pincement de l'IPD, érosions osseuses et
ostéosclérose des berges prédominant sur
l'IPD de D4 : arthropathie

→ Goutte

CAS 85

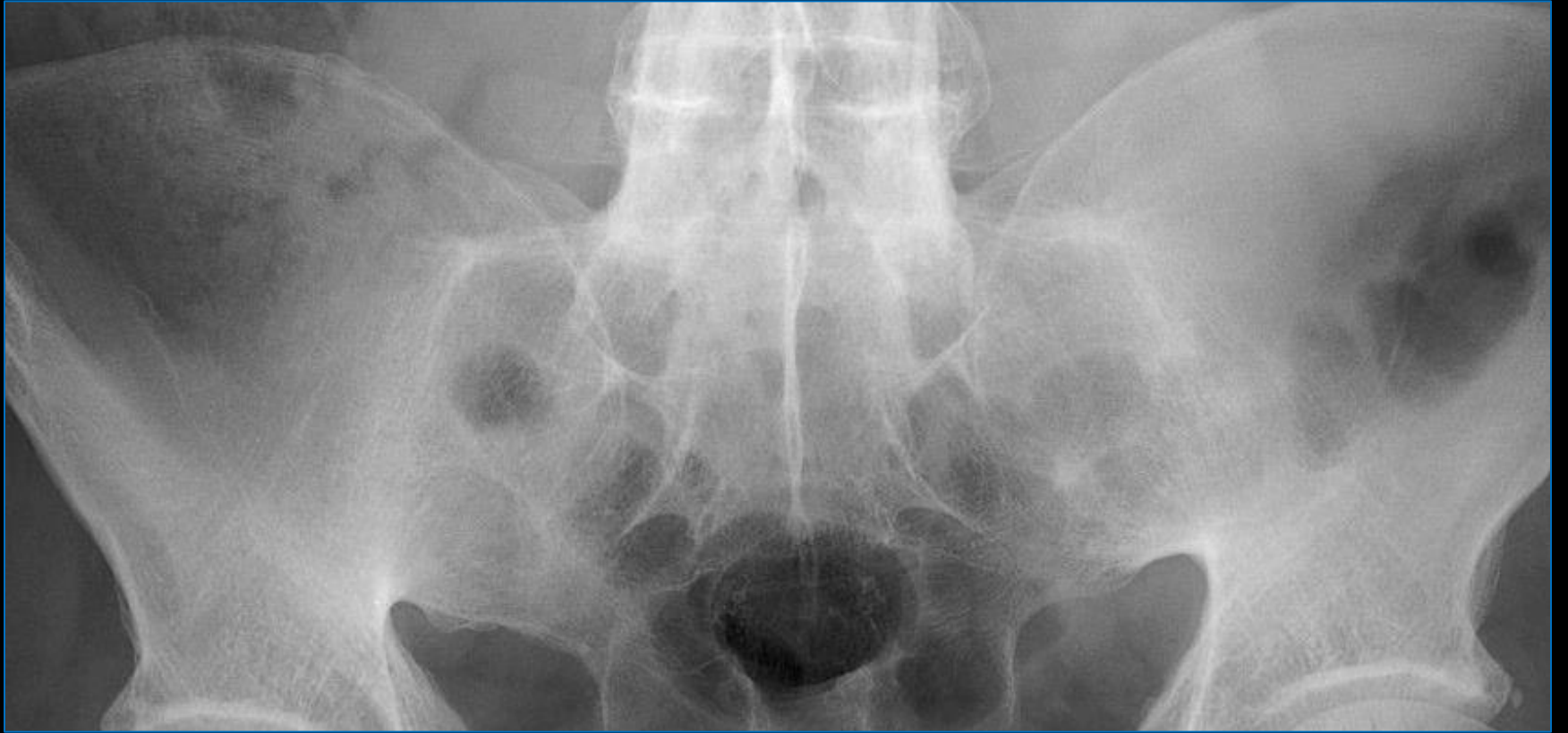
Homme de 31 ans

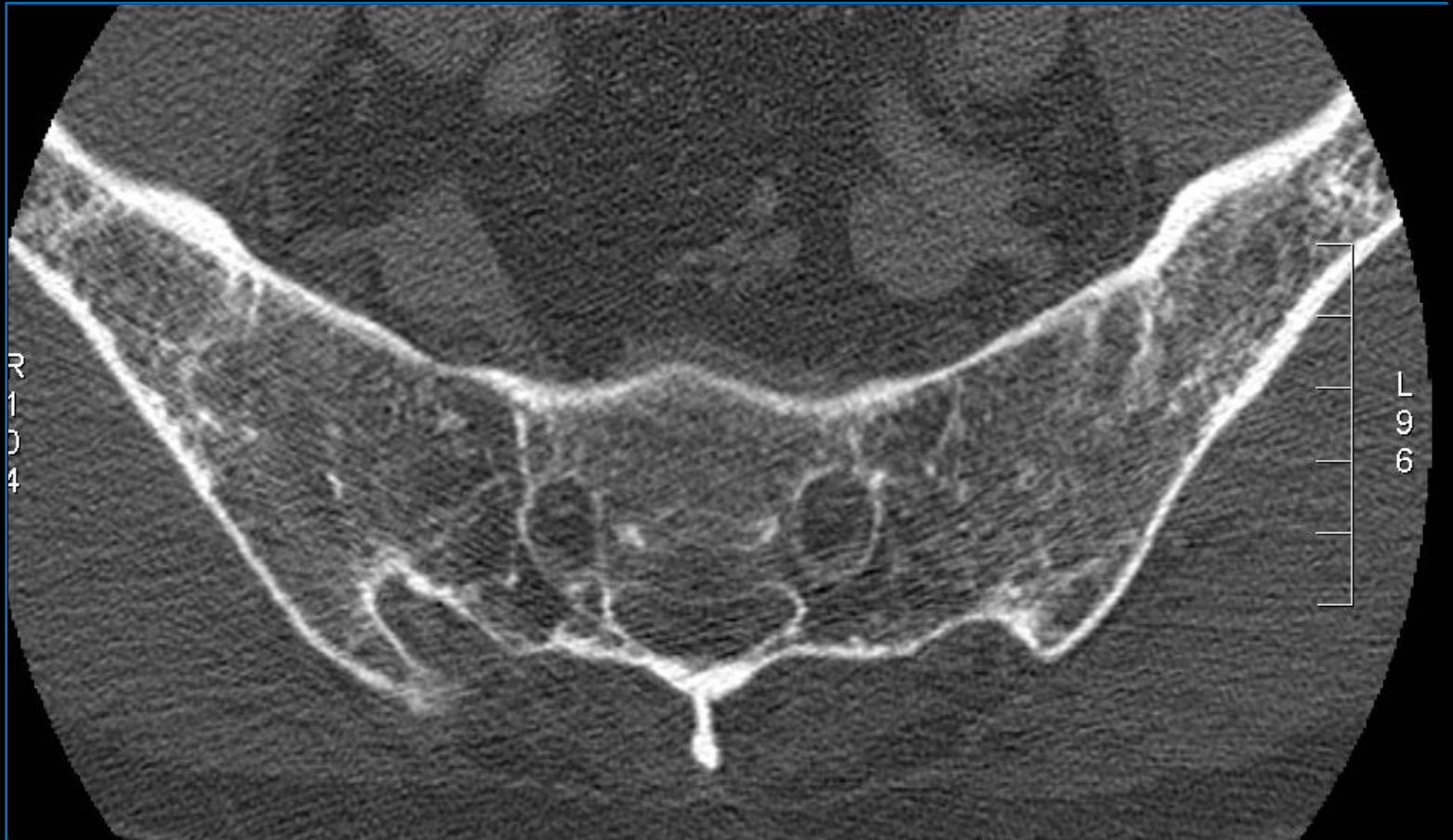
Pygargues à bascule

D'horaire inflammatoire

1- Décrire les douleurs d'horaire inflammatoire

2- interpréter imagerie





Ankylose des articulations sacro-iliaques

Scanner des articulations sacro-iliaques

En coupe axiale

En fenêtre osseuse

Fusion complète des articulations sacro-iliaques

→ Sacro-iléite s'intégrant dans une SPA

CAS 86

Patiente de 79ans

Douleur d'allure inflammatoire des poignets

1-interpréter l'imagerie

2- résultats de la ponction articulaire ?



CCA



Radiographie du poignet droit et genou de face

Liseré calcique des ménisques

Liseré calcique du ligament triangulaire du carpe et de l'espace trapézo-scaphoïdien

→ Chondrocalcinose articulaire

CAS 87

Patiente de 58 ans

Déformation des mains et des poignets,

Douleur d'horaire inflammatoire

1-interpréter la photographie

2- interpréter la radiographie



PR

Radiographie de la main gauche oblique

Subluxation en Z du pouce

Hyperflexion de l'IPD de D3 et
hyperextension de l'IPP de D3 : col de
cygne

Carpite quasi-fusionnante

→ Polyarthrite rhumatoïde

CAS 88

Femme de 79 ans

Gonalgies chroniques bilatérales
prédominant à droite

1-interpréter l'imagerie

2- FDR de cette pathologie



Gonarthrose droite

Radiographie du genou droit (face et profil)

Pincement global des interlignes fémoro-tibiaux

Ostéophytoses tri-compartmentales

Ostéocondensation des berges articulaires

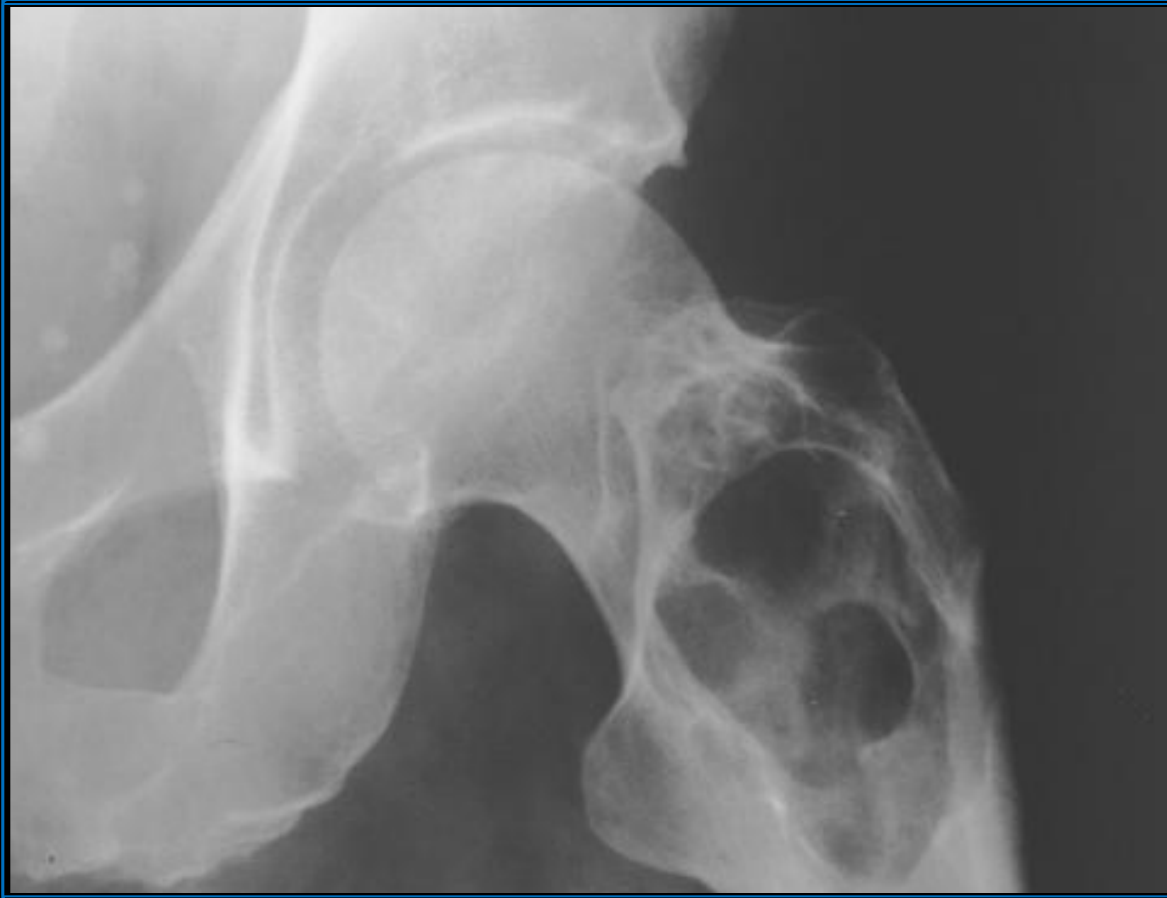
→ Gonarthrose tri-compartmentale évoluée

CAS 89 :

Patient de 80 ans

Douleur de la hanche gauche

Altération de l'état général



Myélome

Radiographie de la hanche gauche

Géode (ostéolyse bien limitée) à l'emporte-pièce de la région trochantérienne gauche

→ Myélome multiples avec localisation osseuse (hanche gauche)

CAS 90

Patient de 54 ans,
AEG depuis 3mois

Fébricule

Rachialgies

Retour d'Algérie il y a 4mois

1-interpréter l'imagerie

2- examens complémentaires



Spondylodiscite

IRM du rachis dorso-lombaire

Séquences T1, T2, T1 Gado en coupes
sagittales

Hypersignal T2, hypo T1 des corps
vertébraux T8-T9 et du DIV

Prise de contraste périphérique

Pas de collection juxta-vertébrale

→ Spondylodiscite subaiguë