pour l'ECN : une image, un diagnostic
DIGESTIF
CAS 41 :

Patiente de 69 ans
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
-->Sigmoïdite perforée-bouchée
CAS 42 :

Patiente de 45 ans
Douleur abdominales épigastriques
Fièvre

1- interpréter l’imagerie
2- Traitement
Cholécystite aigue lithiasique
Scanner abdominopelvien
En coupe axiale
Injecté au temps portal
Infiltration de la graisse péri-vésiculaire
Discret épaississement de la paroi vésiculaire
Distension vésiculaire
Calcul infundibulaire
→ Cholécystite aigue 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 gangrèneuse
Scanner abdominopelvien
En coupe axiale et coronale
Sans et injecté au temps portal
Infiltration de la graisse péri-vésiculaire
Défaut de réhaussement 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 hépatique
Scanner abdomino-pelvien
En coupe axiale et coronale
Injecté au temps portal
Multiples lésions du segment VIII hépatique
Hypodense au centre, couronne annulaire

→ Abcès hépatiques compliquant une cholécystite
CAS 44 :

Patient de 61 ans
Bilan d’un éthylisme chronique

1- interpréter l’imagerie
2- complications de cette pathologie
Cirrhose hépatique
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 abomino-pelvien
En coupe axiale et coronale
Injecté au temps d’équilibre
Dysmorphie hépatique (cf)
Signes d’HTP : lame d’épanchement péricardial péritonéal péri-hépatique et péri-splénique (ascite), voies de 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 57 ans 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
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 endokystiques
→ Cystadénocarcinome de l’ovaire
**Classification FIGO (1995)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>FIGO</th>
<th>TNM</th>
<th>Description</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>T1</td>
<td>A</td>
<td>Tumeur limitée aux ovaires</td>
</tr>
<tr>
<td>T1A</td>
<td>A</td>
<td>Tumeur limitée à un seul ovaire avec capsule intacte</td>
</tr>
<tr>
<td>T1B</td>
<td>B</td>
<td>Tumeur des deux ovaires, capsules intactes</td>
</tr>
<tr>
<td>T1C</td>
<td>C</td>
<td>Rupture capsulaire ou végétations exokystiques ou cellules malignes dans le liquide d’ascite ou de lavage péritonéal</td>
</tr>
<tr>
<td>T2</td>
<td>I</td>
<td>Tumeur ovarienne étendue au pelvis</td>
</tr>
<tr>
<td>T2A</td>
<td>IA</td>
<td>Extension à l’utérus et/ou au trompes</td>
</tr>
<tr>
<td>T2B</td>
<td>IB</td>
<td>Extension aux autres organes pelviens</td>
</tr>
<tr>
<td>T2C</td>
<td>IC</td>
<td>Extension pelvienne avec cellules malignes dans le liquide d’ascite ou de lavage péritonéal</td>
</tr>
<tr>
<td>T3 et/ou N1</td>
<td>II</td>
<td>Métastases péritonéales au delà du pelvis et/ou adénopathies métastatiques régionales (inguinaux, illiaques, lombo-aortiques)</td>
</tr>
<tr>
<td>T3A</td>
<td>IIA</td>
<td>Métastases péritonéales microscopiques</td>
</tr>
<tr>
<td>T3B</td>
<td>IIB</td>
<td>Métastases macroscopiques ≤ 2 centimètres</td>
</tr>
<tr>
<td>T3C et/ou N1</td>
<td>IIC</td>
<td>Métastases macroscopiques &gt; 2 centimètres et/ou adénopathies métastatiques régionales</td>
</tr>
<tr>
<td>M1</td>
<td>V</td>
<td>Métastases à distance (autres que les métastases péritonéales)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Stades I à IIA**

**Stades IIB, IIC, III et IV**
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 ils 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-anévrysme 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 aigues...
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 91 ans,
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 cone 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 laquelles 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 incarcération d’une anse dans l’aire inguinale gauche
Pas de défaut de rehaussement des anses, pas de pneumatose pariétale, pas d’aéroportée

→ Occlusion grêlique sur hernie inguinale gauche étranglée
CAS 52 :

Patiente de 36 ans
Etat de choc inexplicable
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 1ᵉʳ viscère touché dans les traumatismes abdominaux?
Hématome sous-capsulaire hépatique
Scanner abdomino-pelvien
En coupe axiale
Injecté au temps portal
Collection sous-capsulaire hépatique
Rate indemne sur la coupe

→ Hématome sous-capsulaire 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 mésentère)
Infiltration de la graisse mésentérique
Oedème 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 27 ans
Douleur abdominale en fosse iliaque droite
Fébricule

1- Hypothèses diagnostiques
2- interpréter imagerie
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 chronique associée 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
Femme de 28 ans

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
Dilatation des CPC
Echographie réno-vésicale
Dilatation des cavités pyélo-calicielles 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 ?
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)
<table>
<thead>
<tr>
<th>T0</th>
<th>Aucune preuve de tumeur primitive</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>T1</td>
<td>Tumeur limitée au rein ≤ 7 cm de grand axe</td>
</tr>
<tr>
<td>T1a</td>
<td>Tumeur limitée au rein ≤ 4 cm de grand axe</td>
</tr>
<tr>
<td>T1b</td>
<td>Tumeur limitée au rein &gt; 4 cm mais ≤ 7 cm de grand axe</td>
</tr>
<tr>
<td>T2</td>
<td>Tumeur limitée au rein &gt; 7 cm de grand axe</td>
</tr>
<tr>
<td>T2a</td>
<td>Tumeur limitée au rein &gt; 7 cm mais ≤10 cm de grand axe</td>
</tr>
<tr>
<td>T2b</td>
<td>Tumeur limitée au rein &gt; 10 cm</td>
</tr>
<tr>
<td>T3</td>
<td>Tumeur intéressant les veines principales ou envahissant la graisse péri-rénale ou du sinus rénal mais sans atteindre le fascia de Gerota</td>
</tr>
<tr>
<td>T3a</td>
<td>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.</td>
</tr>
<tr>
<td>T3b</td>
<td>Tumeur envahissant la veine cave sous forme d’un thrombus sous diaphragmatique.</td>
</tr>
<tr>
<td>T3c</td>
<td>Tumeur envahissant la paroi de la veine cave inférieure ou thrombus s’étendant au dessus du diaphragme.</td>
</tr>
<tr>
<td>T4</td>
<td>Tumeur s’étendant au delà du fascia de Gerota, incluant l’envahissement de contigüité de la surrénale homolatérale.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**N : Envahissement des ganglions régionaux**

<table>
<thead>
<tr>
<th>NX</th>
<th>Les adénomégalies ne peuvent pas être évaluées</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>N0</td>
<td>Pas de métastase ganglionnaire</td>
</tr>
<tr>
<td>N1</td>
<td>Métastase ganglionnaire unique</td>
</tr>
<tr>
<td>N2</td>
<td>Plus de 1 métastase ganglionnaire</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**M : Métastases à distance**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mx</th>
<th>Les métastases à distance ne peuvent pas être évaluées</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>M0</td>
<td>Pas de métastase à distance</td>
</tr>
<tr>
<td>M1</td>
<td>Métastase à distance</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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 aigue
Echographe 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 aigue 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
Ostéochondrite hanche gauche
Radiographie de la hanche gauche
Fracture sous-chondrale (image en coup d’ongle)
Aplatissement et densification épiphysaire

→ Maladie de Legg-Perthes-Calves
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 somment de la tête fémorale
→ Epiphysiolysye
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 aigue 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 7 ans
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 ?
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 14 ans
Douleur du 5ème doigt gauche suite à un traumatisme

1- interpréter imagerie
2- PEC
Radiographie centrée sur le 5ème 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
Radiographie de la main gauche
Déminéralisation avec multiples géodes : ostéoporose pommelée
Prédominant sur les bords 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°
Obliquité des travées osseuses horizontales

→ Fracture du col fémoral droit Garden III
Gradez ces fractures fémorales
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
Femme de 54 ans
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 intégré
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 ?
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 35 ans
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 ?
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
Homme de 31 ans
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
Fracture-luxation de la cheville droite
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 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 58 ans,
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 35 ans
Douleur permanente de l’ensemble du rachis
Limitation des amplitudes articulaires

1- interpréter l’imagerie
2- grandes lignes de la PEC ?
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
Pyalgies 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 ?
Radiographie du poignet droit et genou de face
Liseré calcique des ménisques
Liseré calcique du ligament triangulaire du carpe et de l’espace trapézo-scaphoidien

→ 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
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
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-compartimentales
Ostéocondensation des berges articulaires
→ Gonarthrose tri-compartimentale 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 3 mois
Fébricule
Rachialgies
Retour d’Algérie il y a 4 mois

1-interpréter l’imagerie
2- examens complémentaires
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 subaigue