

MAGAZINE MÉDICO-CHIRURGICAL

K-KLINIK

[www K-KLINIK.lu](http://www.K-KLINIK.lu)

N° 18 Septembre - Octobre 2020

N° 19 Novembre - Décembre 2020

**NUMERO DOUBLE SPECIAL
IMAGERIES MEDICALES**



Dr MANAVI H.-R.
Médecin spécialiste en
Gériatrie à Esch-sur-Alzette
Rédacteur en chef

EDITO

K-KLINIK est « un magazine fait par les professionnels de la santé pour les professionnels de la santé »

Chères collègues et chers collègues,

Nous avons été sollicités, lors de nos réunions avec nos cher(e)s collègues médecins généralistes, afin de réaliser un numéro spécial : **IMAGERIES MÉDICALES**.

En effet, depuis une bonne dizaine d'années, le support (format) radiologique a changé : avant nous avions des clichés radiologiques, aujourd'hui nous avons des CD.

De même, les nouveaux ordinateurs, soit Mac ou PC, n'ont plus de lecteur de CD !

Donc, dans l'exercice médical, au quotidien, en ville les images se font rares.

C'est pourquoi, nous avons décidé, à l'aide de nos chers collègues radiologues, de faire un numéro spécial : **IMAGERIES MÉDICALES**.

Nous avons, énormément, d'images intéressantes à vous montrer.

Nous avons tenté de les structurer en fonction de leurs fréquences.

Je tiens toujours à vous rappeler, mes chères collègues et chers collègues, que vous pouvez, également, exposer vos **cas cliniques et vos imageries médicales**.

Pour cela, il suffit de nous contacter afin que nous vous guidions et que nous vous aidions dans la rédaction et la mise en page. Nous sommes là pour faciliter votre travail.

Je vous souhaite une bonne lecture et je vous souhaite également une bonne et heureuse année 2021, et, surtout beaucoup de santé, par les temps qui courent.

Rédacteur en chef, Dr MANAVI.

Mentions légales

| | | | |
|-------------------------------|---------------------|----------------------------------|-------------------------|
| Éditeur : KKLINIK Sàrl | N° TVA : LU29285949 | N° d'Identité nationale : | 20172418520 |
| Rédacteur en chef : | Dr MANAVI H.-R. | Directrice éditoriale : | Madame CLATOT Stéphanie |
| Correction : | M. HUGOT Denis | | denishugot@aol.com |

www.K-KLINIK.lu le site a été réactualisé en novembre 2017 mise à jour : septembre 2020

Imprimeur : Luxgeston / www.luxgeston.com

Les cas cliniques exposés dans le magazine **K-KLINIK** ne comportent pas de publicité.

Dans chaque **K-KLINIK**, les auteurs vous proposent un schéma diagnostique et thérapeutique sous leur propre responsabilité.

En aucun cas **KKLINIK Sàrl** ne peut être tenu pour responsable des opinions des auteurs.

Les publicités sont publiées sous la seule responsabilité des annonceurs (contrat).

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction, par quelque procédé que ce soit, sont interdits.

K-KLINIK

La Direction et toute l'équipe de K-KLINIK tiennent à remercier chaleureusement les personnes qui ont participé à l'élaboration de ce numéro spécial :

Dr CATEL Laurent

M. DESQUIOTZ Claude

Mme LOUVEL Sophie

Dr MAURON Vincent

Dr MOLKO Philippe

Mme RAMOS Fernanda

Dr RIBEMONT Annie-Claude

M. SALLES Damien

7

Nous remercions, chaleureusement nos collègues radiologues qui ont participé à l'élaboration de ce numéro double spécial : IMAGERIES MÉDICALES.



Dr Molko Philippe



Dr Catel Laurent

Toute l'équipe de K-KLINIK magazine et moi-même vous souhaitons une bonne et heureuse année 2021.



KETTERTHILL

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

VALEURS DE REFERENCES

| | FEMMES | HOMMES | |
|--|-----------|--|--------------------------|
| Hématologie | | | |
| Erythrocytes | 3.80-5.30 | 4.20-5.80 | T / l |
| Hémoglobine | 12.0-16.0 | 13.0-17.0 | g / dl |
| Hématocrite | 34.0-47.0 | 37.0-50.0 | % |
| Leucocytes | | 4.000-10.000 | G / l |
| Plaquettes | | 150-400 | G / l |
| Biochimie hémato | | | |
| Ferritine | 10-205 | 22-275 | ng / ml |
| Coefficient de Saturation de la transferrine | | 15.0-45.0 | % |
| Bilan rénal | | | |
| Créatinine | 0.6-1.1 | 0.7-1.2 | mg / dl |
| DFG (MDRD) | | > 60 | ml / mn / m ² |
| Urée | 15-40 | 19-44 | mg / dl |
| Acide urique | 2.6-6.0 | 3.5-7.2 | mg / dl |
| Ionogramme | | | |
| Sodium | | 136-145 | mmol / l |
| Potassium | | 3.5-5.1 | mmol / l |
| Chlore | | 98-110 | mmol / l |
| Calcium | | 8.4-10.2 | mg / dl |
| Magnesium | | 1,7-2,2 < 20 ans 1,6-2,6 > 20 ans | mg / dl mg / dl |
| Hémostase-Coagulation | | | |
| D-Dimères | | < 500 | ng / ml |
| Bilan glucidique | | | |
| Glycémie | | 70-105 | mg / dl |
| Hb A1c | | 4.0-6.0 | % |
| Bilan lipidique | | | |
| Cholestérol total | | Pas de valeurs de référence. | |
| Cholestérol H.D.L. | | A évaluer en fonction des autres facteurs de risque cardio-vasculaire. | |
| Triglycérides | | < 150 | mg / dl |
| Protéines | | | |
| Protéines totales | | 64-83 | g / l |
| Albumine | | 38.0-55.0 | g / l |
| CRP | | < 5 | mg / l |
| Bilan hépato-pancréatique | | | |
| Bilirubine totale | | 0.3-1.2 | mg / dl |
| G.G.T. | 9-36 | | UI / l |
| G.O.T. | | 5-34 | UI / l |
| G.P.T. | | < 55 | UI / l |
| Lipase | | 8-78 | U / l |
| Enzyme musculaire | | | |
| C.P.K. Totale | < 170 | < 300 | U / l |
| C.K. MB Massique | < 3.2 | < 4.5 | ng / ml |
| Enzymes cardiaques | | | |
| BNP | | < 100 | pg / ml |
| Troponine I hs | < 16 | < 34 | pg / ml |
| Hormones | | | |
| TSH | | 0.35-4.5 | mUI / l |
| T4 libre | | 0.7-1.5 | ng / dl |
| T3 Libre | | 1.7-3.7 | pg / ml |
| Marqueurs tumoraux | | | |
| PSA | | < 4.00 | ng / ml |

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|---|-------------|------------|
| Edito (Dr MANAVI H.-R.) | PAGE | 3 |
| Remerciements | PAGE | 7 |
| Normes et valeurs biologiques (Laboratoires KETTERHILL) | PAGE | 9 |
| Table des matières et table des matières des diagnostics | PAGE | 11 |
| Abréviations | PAGE | 13 |
| ORTHOPÉDIE | PAGE | 17 |
| Epaules | Page | 17 |
| Coude | Page | 25 |
| Poignet | Page | 31 |
| Bassin | Page | 35 |
| Hanches | Page | 39 |
| Autres fractures de Hanches | Page | 45 |
| Genoux | Page | 51 |
| Tibia | Page | 55 |
| Cheville | Page | 61 |
| Tassements vertébraux | Page | 63 |
| APPAREIL DIGESTIF | PAGE | 73 |
| Emphysème sous-cutané / perforation digestive | Page | 73 |
| Syndrome sub-occlusif | Page | 77 |
| Cancer de la tête du pancréas | Page | 79 |
| Occlusion de l'artère mésentérique | Page | 83 |
| Hernie crurale | Page | 85 |
| Colique hépatique | Page | 87 |
| Cholécystite aiguë | Page | 89 |
| PNEUMOLOGIE | PAGE | 93 |
| Embolie pulmonaire (EP) | Page | 93 |
| Epanchement pleural | Page | 97 |
| COVID | Page | 99 |
| Foyer Pulmonaire | Page | 101 |
| NEUROLOGIE | PAGE | 103 |
| HSD bilatéral | Page | 103 |
| AVC ischémique | Page | 105 |
| AVC hémorragique | Page | 107 |
| Infarctus Sylvien | Page | 109 |
| Occlusions du tronc basilaire | Page | 111 |
| Autres AVC | Page | 113 |
| UROLOGIE | PAGE | 117 |
| Pyélonéphrite aiguë | Page | 117 |
| PARTIES MOLLES | PAGE | 119 |
| Hématome | Page | 119 |

ABREVIATIONS

| | | | |
|------------------|---|--------------|---|
| AEG | Altération de l'État Général | HSD | Hématome Sous-Dural |
| AINS | Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien | HTA | HyperTension Artérielle |
| AIT | Accident vasculaire Transitoire | HTAP | Hypertension de l'artère pulmonaire |
| AMM | Autorisation de Mise sur le Marché | IA | Intra-Artériel |
| ARA2 | Antagoniste des Récepteurs de l'Angiotensine II | IEC | Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion |
| ASP | Abdomen Sans Préparation | IV | IntraVeineux |
| AVC | Accident Vasculaire Constitué | IMC | Indice de Masse Corporelle |
| BAV | Baisse de l'Acuité Visuelle | INR | International Normalized Ratio |
| BGN | Bacille Gram Négatif | IPP | Inhibiteur de la Pompe à Protons |
| BHA | Bruit HydroAérique | IPS | Index de Pression Systolique |
| BMI | Body Mass Index | IRA | Insuffisance Rénale Aiguë |
| BNP | Brain Natriuretic Peptide | IRM | Imagerie par Résonance Magnétique |
| BPCO | BronchoPneumopathie Chronique Obstructive | IF | ImmunoFluorescence |
| BZD | BenZoDiazépines | kg | kilogramme |
| CAE | Conduit Auditif Externe | LDH | Lactale DésHydrogénase |
| CAT | Conduite A Tenir | MAV | Malformation Artério-Veineuse |
| CG | Culot Globulaire (transfusion) | MI | Membre Inférieur |
| CIVD | Coagulation IntraVasculaire Disséminée | mn | minute |
| cm | centimètre | MV | Murmures Vésiculaires |
| CMOH | CardioMyopathie Obstructive Hypertrophique | NACO | Nouvelle AntiCoagulation par voie Orale |
| CPRE | CholangioPancréatographie Rétrograde Endoscopique | NHA | Niveau Hydro Arénique |
| CRP | C-Réactive Protéine | NLP | NeuroLePtiques |
| CS-Tf | Coefficient de saturation de la transferrine | OMI | Œdèmes des Membres Inférieurs |
| DC | Débit Cardiaque | PA | Paquets-Années (Tabac) <small>pneumologie</small> |
| DEC | Déshydratation Extra Cellulaire | PA | Phosphatases Alcalines |
| DFG | Débit de Filtration Glomérulaire | PA | Pression Artérielle <small>cardiologie</small> |
| DIC | Déshydratation Intra Cellulaire | PEEP | Positive End-Expiratory Pressure |
| DID | Diabète Insulino Dépendant | PCR | Polymerase Chain Reaction |
| DT | Delirium Tremens | PIO | Pression IntraOculaire |
| DTS | Désorientation Temporo-Spatiale | PSNP | Paralysie Supra-Nucléaire et Progressive |
| D mIA | Dégénérescence Maculaire Liée à l'Age | PVC | Pression Veineuse Centrale |
| DNID | Diabète Non Insulino Dépendant | RAA | Réticulaire Activateur Antérieur |
| ECG | ElectroCardioGramme | RRS | Rythme Régulier Sinusal |
| ECBC | Examen Cyto Bactériologique des Crachats | SAMS | Staphylocoques Sensibles à la Méricilline |
| ECBU | Examen Cyto Bactériologique des Urines | SAM. | Staphylocoques Résistants à la Méricilline |
| FA | Fibrillation Atriale | Sat | Saturation |
| FC | Fréquence Cardiaque | s | seconde |
| FE | Fraction d'Éjection | SDRA | Syndrome de Détresse Respiratoire Aiguë |
| FID | Fosse Iliaque Droite | SGOT | Sérum Glutamo-Oxalate Transférase |
| FO | Fond d'Œil | SGPT | Sérum Glutamo-Pyruvate Transférase |
| FR | Fréquence Respiratoire | SLT | Selective Laser Trabéculoplastie |
| FV | Fibrillation Ventriculaire | TACFA | Tachyarythmie Complète par Fibrillation Atriale |
| GDS | Gaz Du Sang | TDM | TomoDensitoMétrie |
| GEP (PEG) | Gastrotomie Endoscopique Percutanée | TDC | Trouble Dépressif Caractérisé |
| GLW | Glasgow (échelle de) | TFI | Trouble Fonctionnel Intestinal |
| HAS | Haute Autorité de Santé | TV | Tachycardie Ventriculaire |
| Hb | Hémoglobine | TVP | Thrombose Veineuse Profonde |
| HBPM | Héparine de Bas Poids Moléculaire | UI | Unité Internationale |
| HDT | Hopitalisation à la Demande d'un Tiers | VGM | Volume Globulaire Moyen |
| HEC | Hyperhydratation Extra Cellulaire | VIH | Virus de l'Immunodéficiencce Humaine |
| HIC | Hyperhydratation Intra Cellulaire | VNI | Ventilation Non Invasive |
| HNF | Héparine Non Fractionnée | VZV | Virus Zona Varicelle |
| HO | Hospitalisation d'Office | | |

ORTHOPEDIE

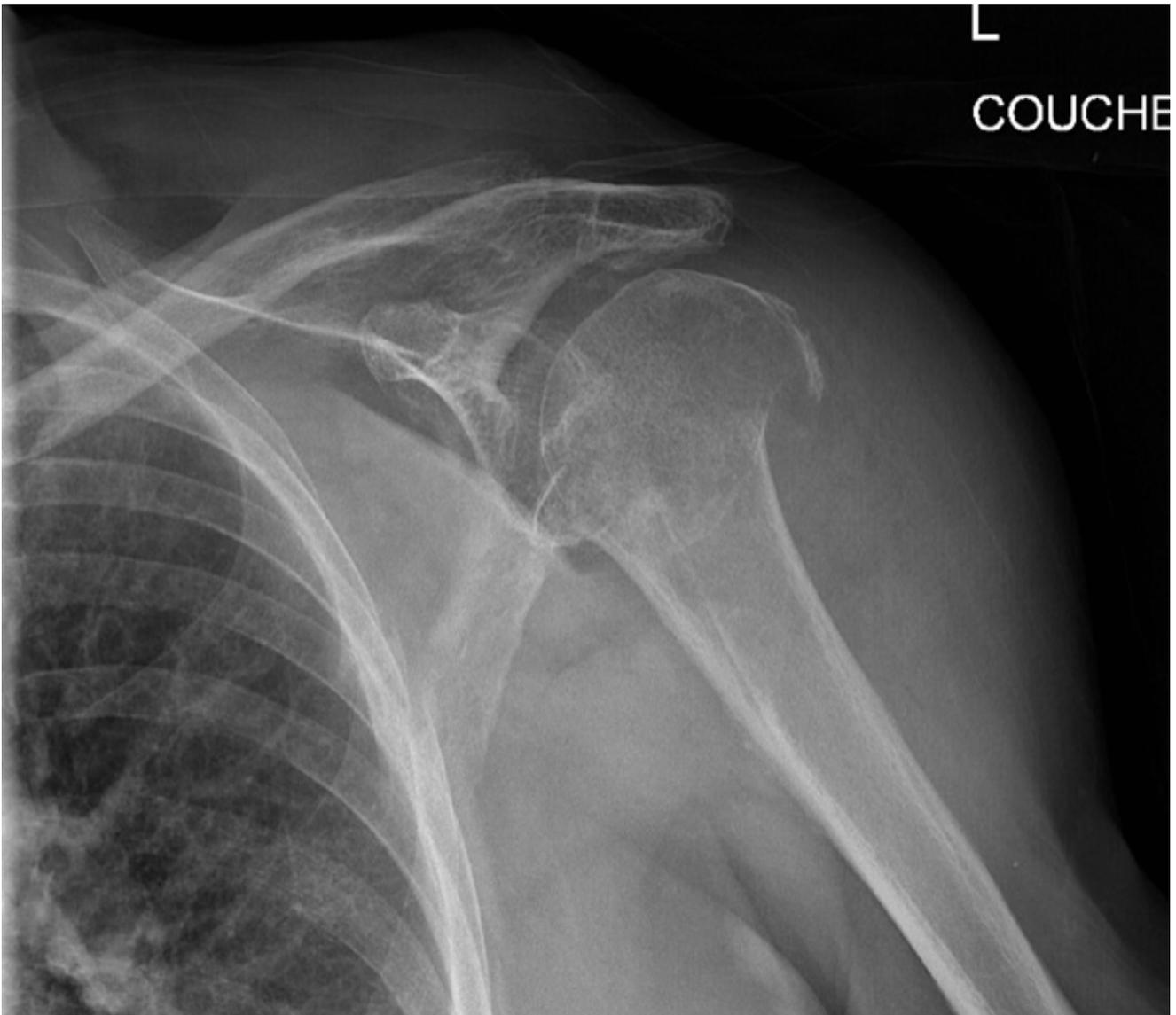
Epaules

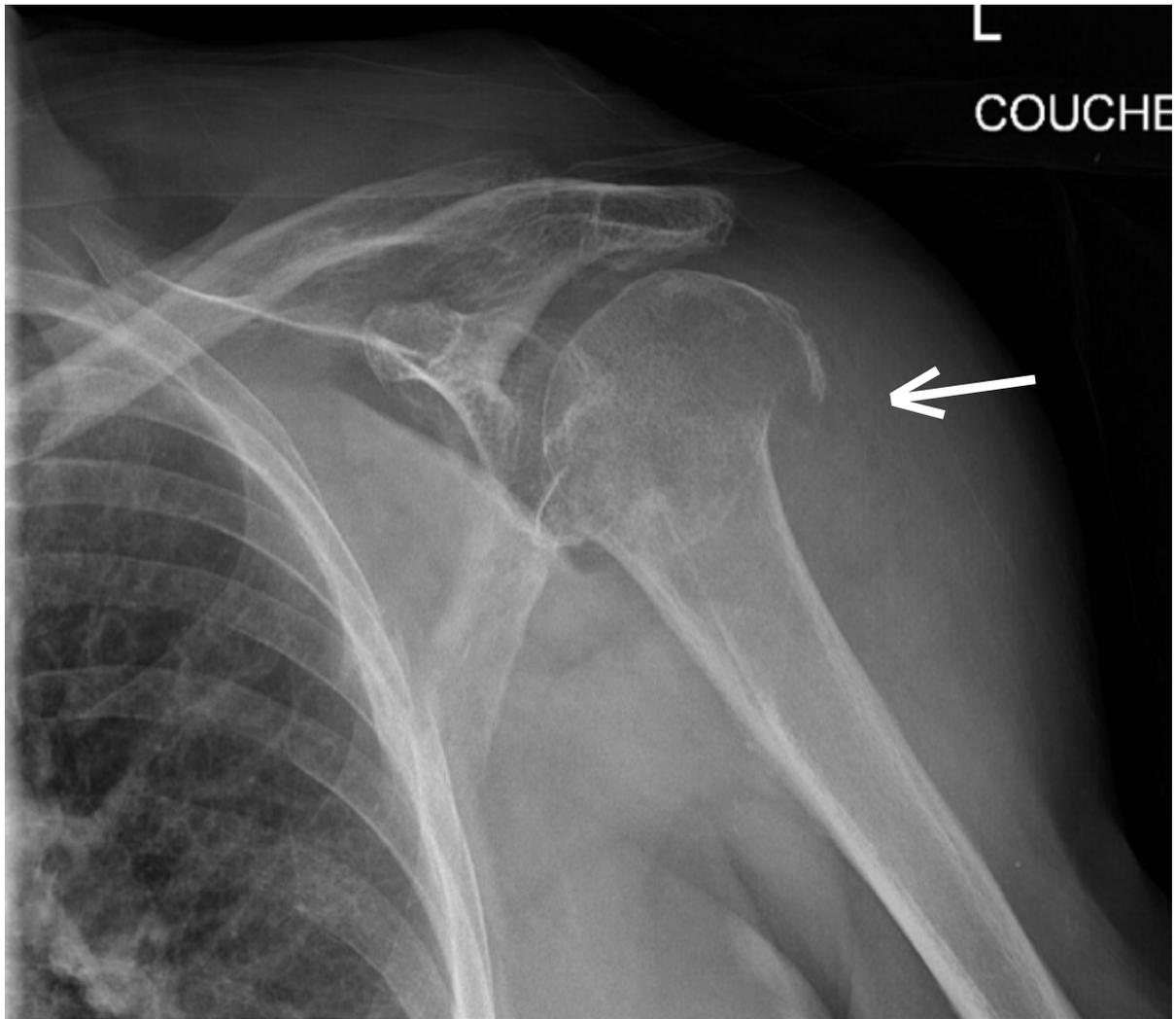
Patiente, âgée de 85 ans, admise suite à une chute mécanique de sa hauteur.

Elle a très mal, à son épaule gauche : la mobilisation, passive ou active, déclenche une douleur insupportable.

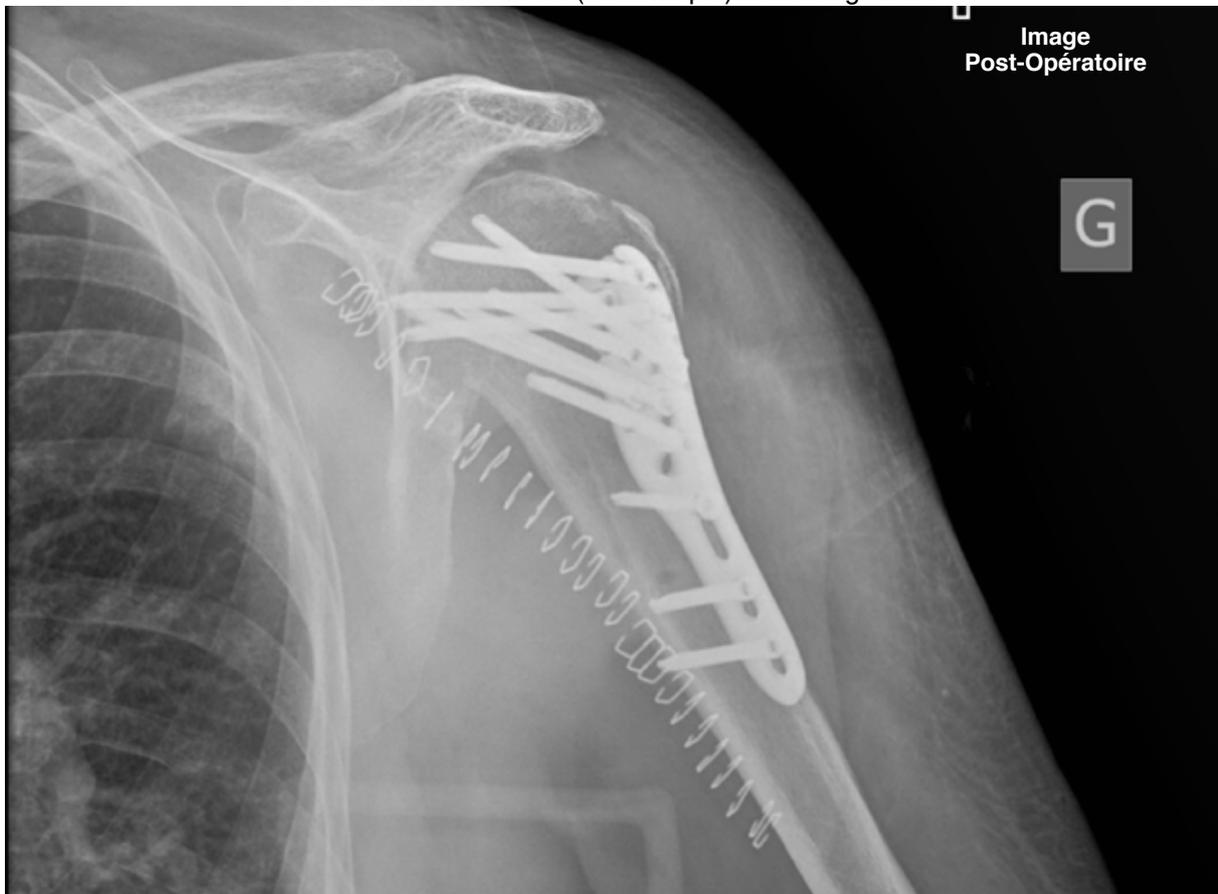
Voici la radiographie de son épaule gauche.

Quel est votre diagnostic ?





C'est une fracture du col (anatomique) huméral gauche



Epaules

Ostéosynthèse par vis-plaque de l'épaule gauche (11 vis – 1 plaque)

ORTHOPEDIE

M^{me} S. est tombée en allant aux WC. Son pied s'est pris dans le tapis.

Elle se plaint de son épaule droite, depuis sa chute .

Voici les clichés de radiographie de son épaule droite.

Quel est votre diagnostic ?

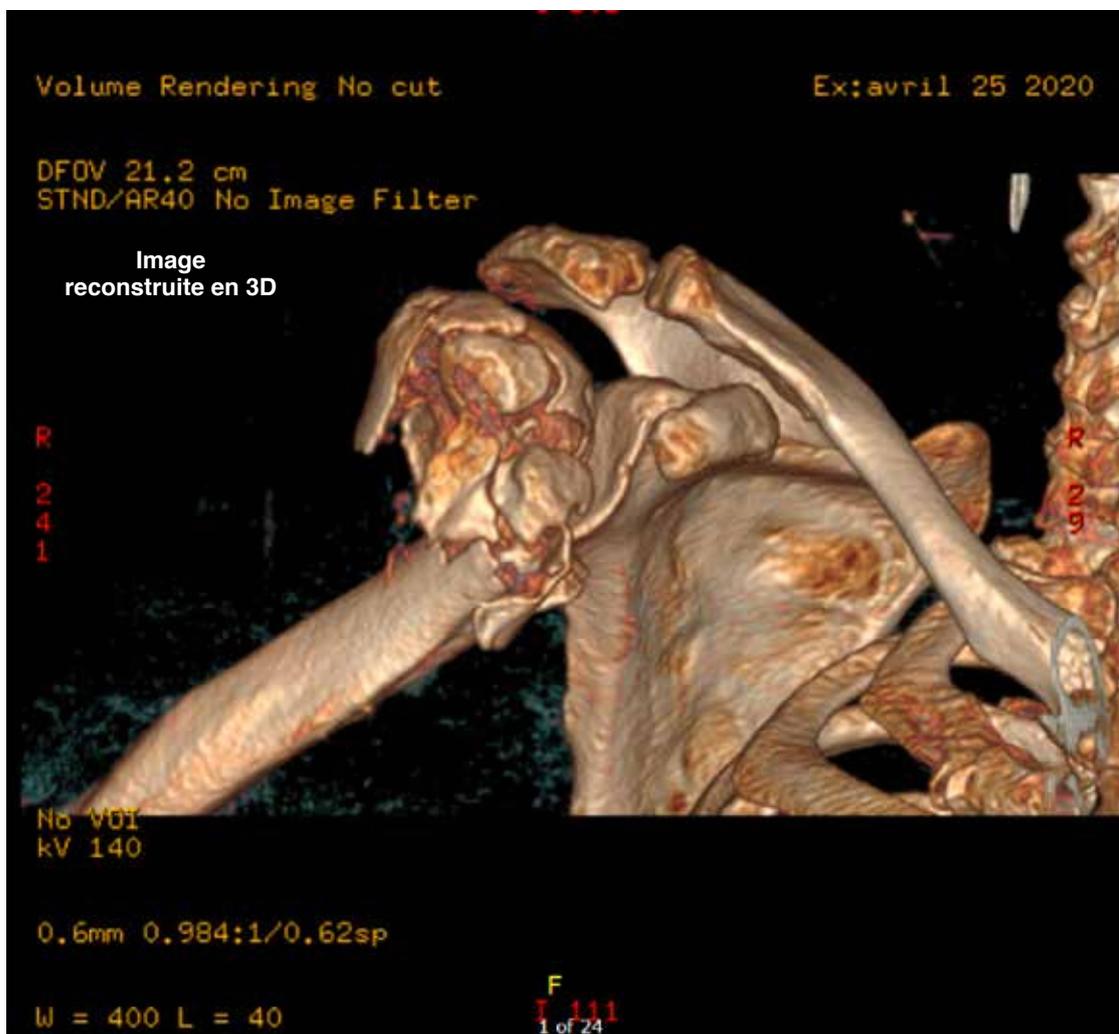




Epaules

C'est une fracture complexe, du col chirurgical de l'humérus droit, avec un déplacement très important. La fracture est complexe, dans ce cas, on complète les radiographies, par un scanner de l'épaule avec même une reconstitution en 3D.

Image
TDM de l'épaule



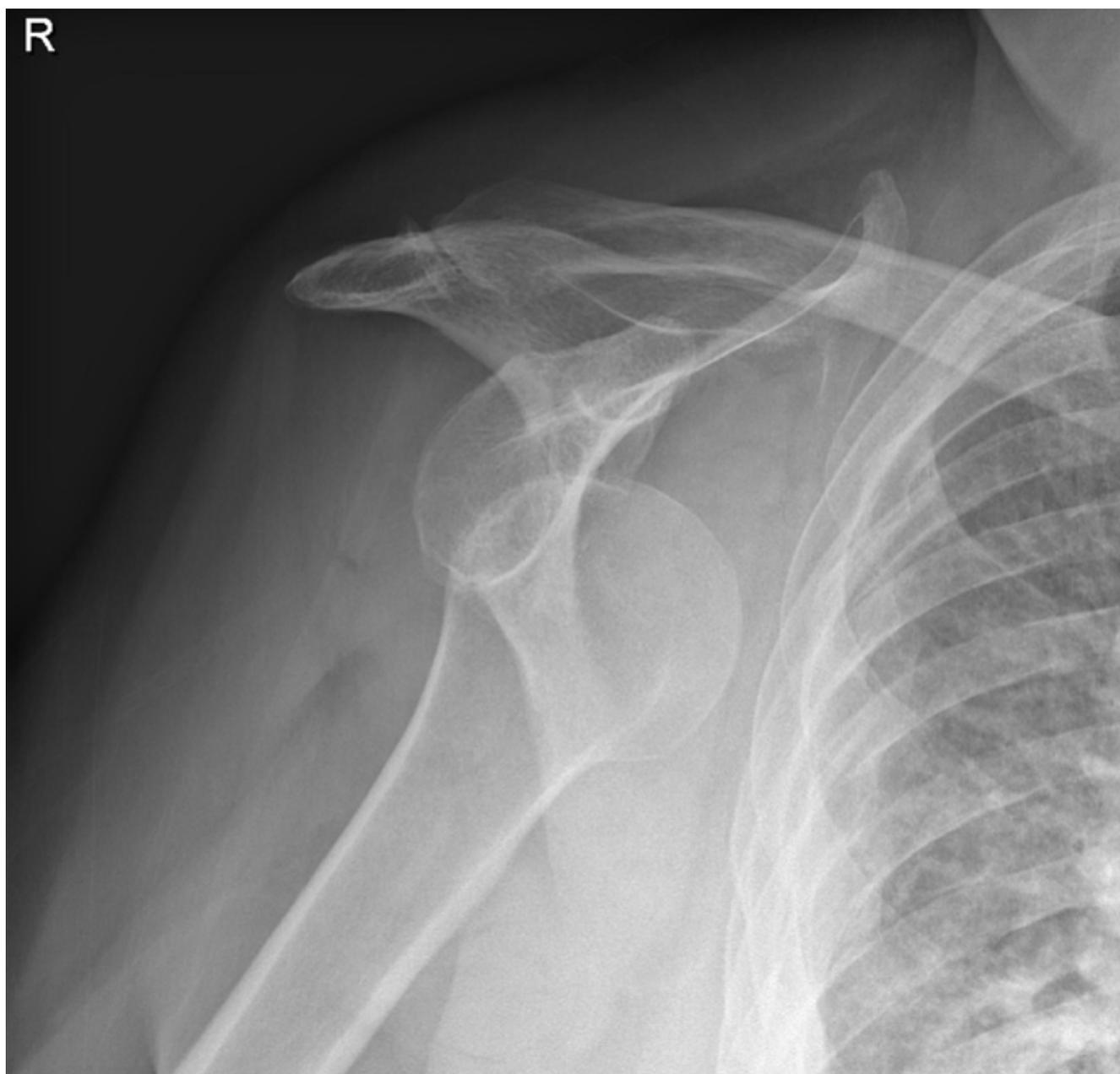
ORTHOPEDIE

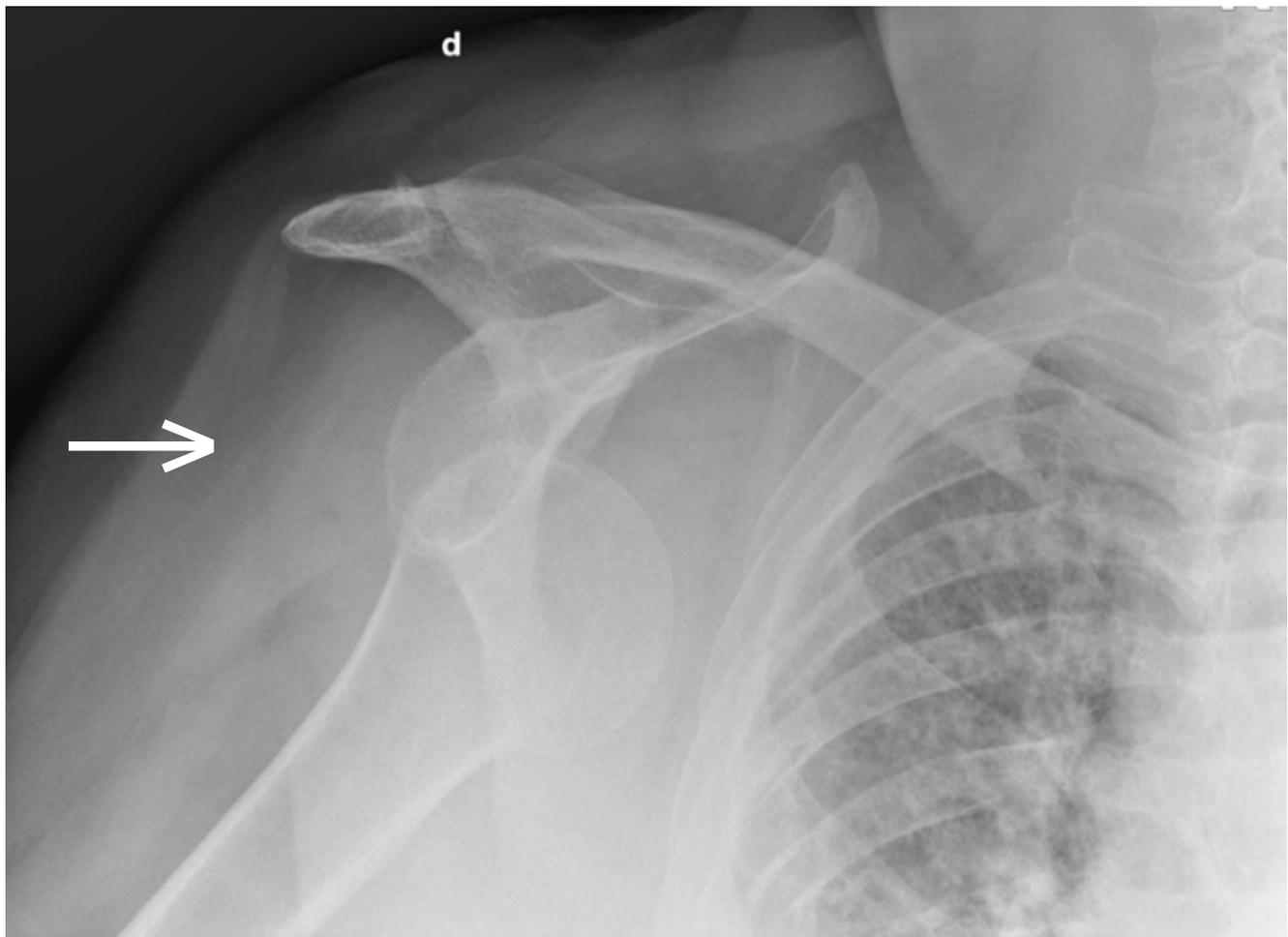
M. W. âgé de 66 ans a fait une très mauvaise chute dans un contexte d'énolisme aigu.

Il y a une forte déformation de son épaule droite avec impotence.

Voici la radiographie de l'épaule droite.

Quel est votre diagnostic ?

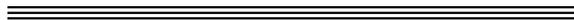




24

Epaules

Il s'agit bien d'une luxation de l'épaule droite.
Pour confirmer si c'est une luxation antérieure (majoritaire) ou postérieure,
il faut disposer des clichés radiologiques de profil.



ORTHOPEDIE

Coude

M^{me} B., âgée de 82 ans, a glissé dans sa salle de bain, et, elle a fait une mauvaise chute.

Depuis, elle se plaint de son coude gauche.

A l'examen clinique, il y a un œdème important et elle n'arrive pas à mobiliser son coude gauche.

Voici la radiographie de son coude gauche.

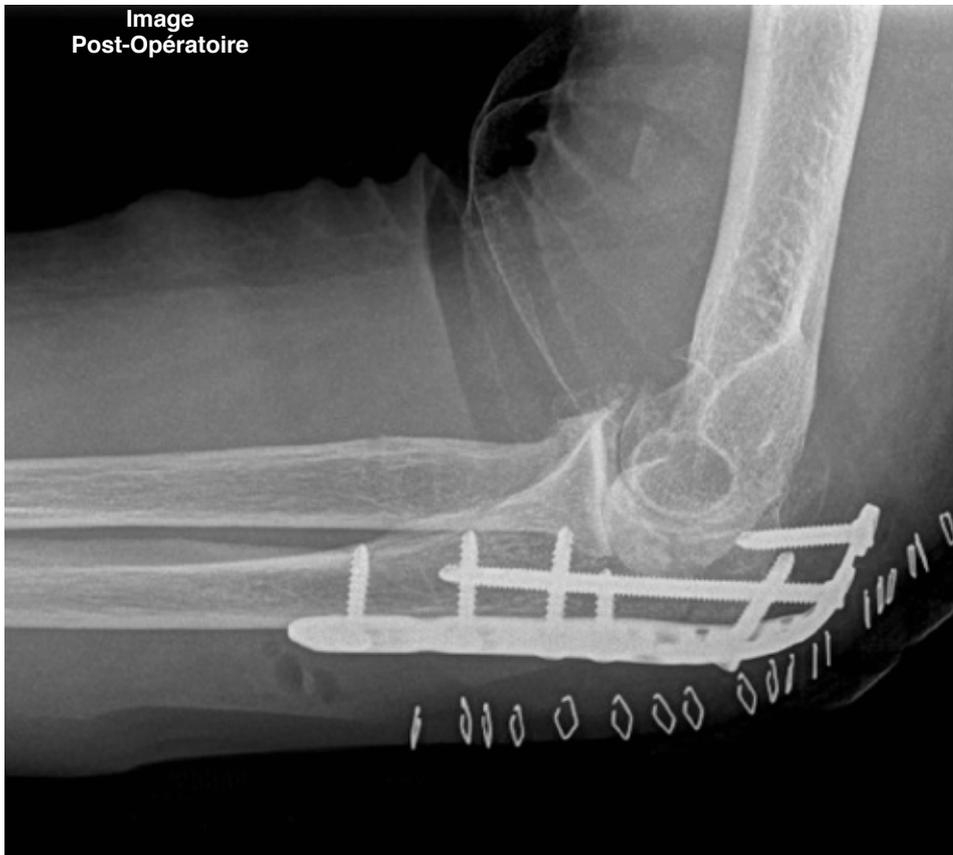
Quel est votre diagnostic ?





C'est une fracture de l'olécrane du coude gauche.

Image
Post-Opératoire



Coude
Ostéosynthèse vis + plaque



ORTHOPEDIE

M^{me} D., âgée de 95 ans, a fait une chute dans son jardin.

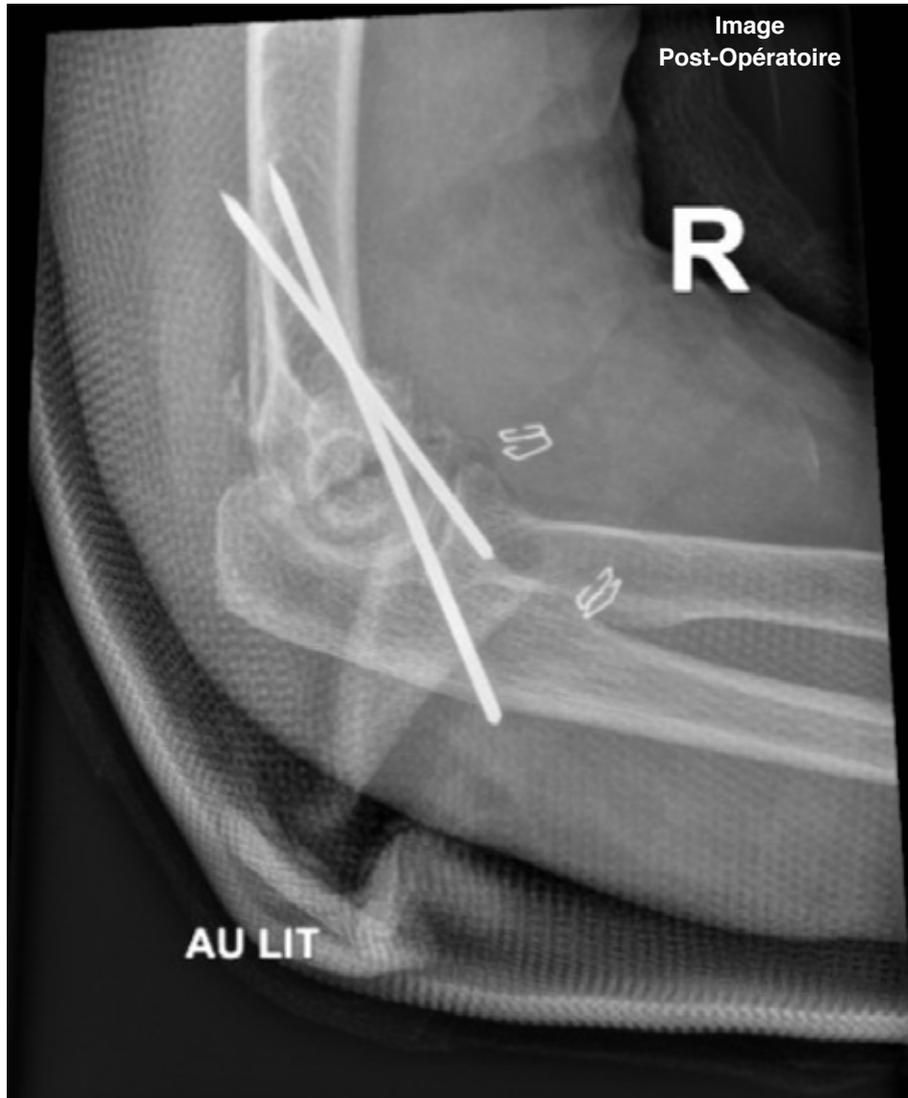
Elle a très mal au coude droit.

Elle ne peut pas mobiliser son coude droit.

Voici la radiographie du coude droit.

Quel est votre diagnostic ?





C'est une fracture complexe de la palette humérale droite.



Coude

Il s'agit de la radiographie post-opératoire du coude droit.
On voit clairement les 2 broches et la trame du plâtre en résine (broches + immobilisation).

ORTHOPEDIE

Poignet

M^{me} M., âgée de 74 ans, est tombée en avant. Elle a amorti sa chute avec ses poignets.

Mais, depuis sa chute, elle a mal au poignet gauche.

A l'examen clinique, il y a un œdème, un hématome et à la palpation: elle a très mal.

Vous avez demandé une radiographie de son poignet gauche.

Voici la radiographie du poignet gauche.

Quel est votre diagnostic ?





Poignet

C'est une fracture cuneiforme de la styloïde radiale, avec atteinte articulaire.

La radiographie de contrôle, sous plâtre en résine :

- On voit bien un cal osseux formé
- On voit, également, le plâtre en résine bien en place pour une immobilisation efficace.
- Par contre, il y a une apparition d'un diastasis scapho-lunaire sur la radiographie de contrôle

ORTHOPEDIE

M^{me} Marcelle K., âgée de 70 ans, était venue, tout d'abord, en radiologie pour faire une écho-doppler des membres inférieurs.

En attendant son tour, elle décida de marcher dans la rue, pour prendre l'air.

Mais malheureusement, elle a raté la 1^{ère} marche des escaliers où elle s'est retrouvée la tête en avant dans le bac à fleur du jardin, à l'entrée de la clinique !

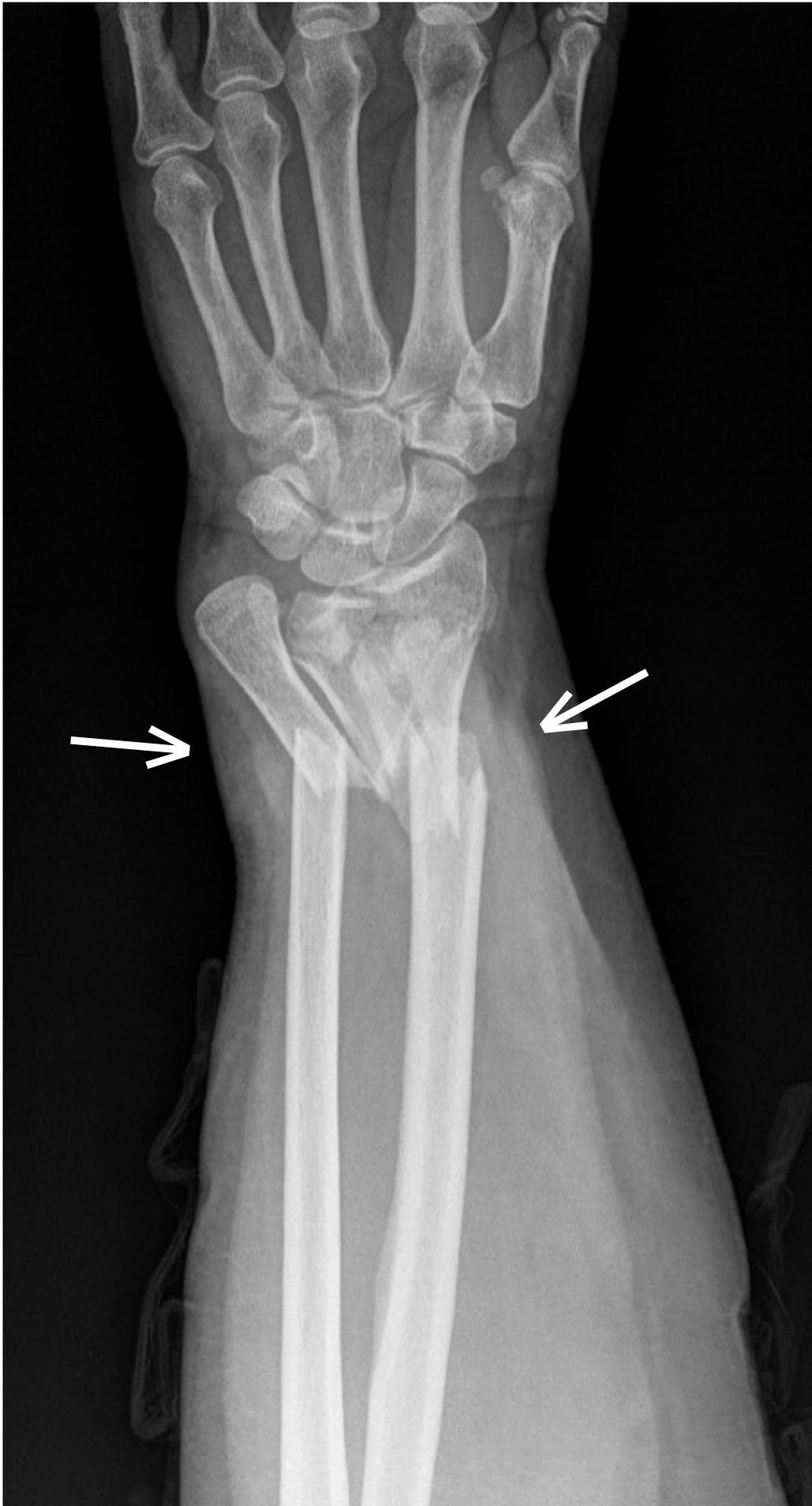
Les témoins de la scène, sont allés à son secours et ont remarqué une déformation importante de son poignet gauche.

Vous avez demandé, en urgence, les radiographies des 2 poignets.

Voici la radiographie de poignet gauche

Quel est votre diagnostic ?





34

Poignet

Fractures complexes et articulaires des 2 os de l'avant-bras gauche (flèches), avec déplacement important en baïonnette, nécessitant une opération en urgence.

ORTHOPEDIE

Bassin

Patiente âgée de 80 ans, admise suite à une chute mécanique de sa hauteur.

Elle a une douleur intense avec une impotence complète.

Vous avez demandé la radiographie du bassin.

Voici les images.

Quel est votre diagnostic ?





36

Bassin

C'est une fracture récente d'une branche ischio-pubienne (fracture stable)

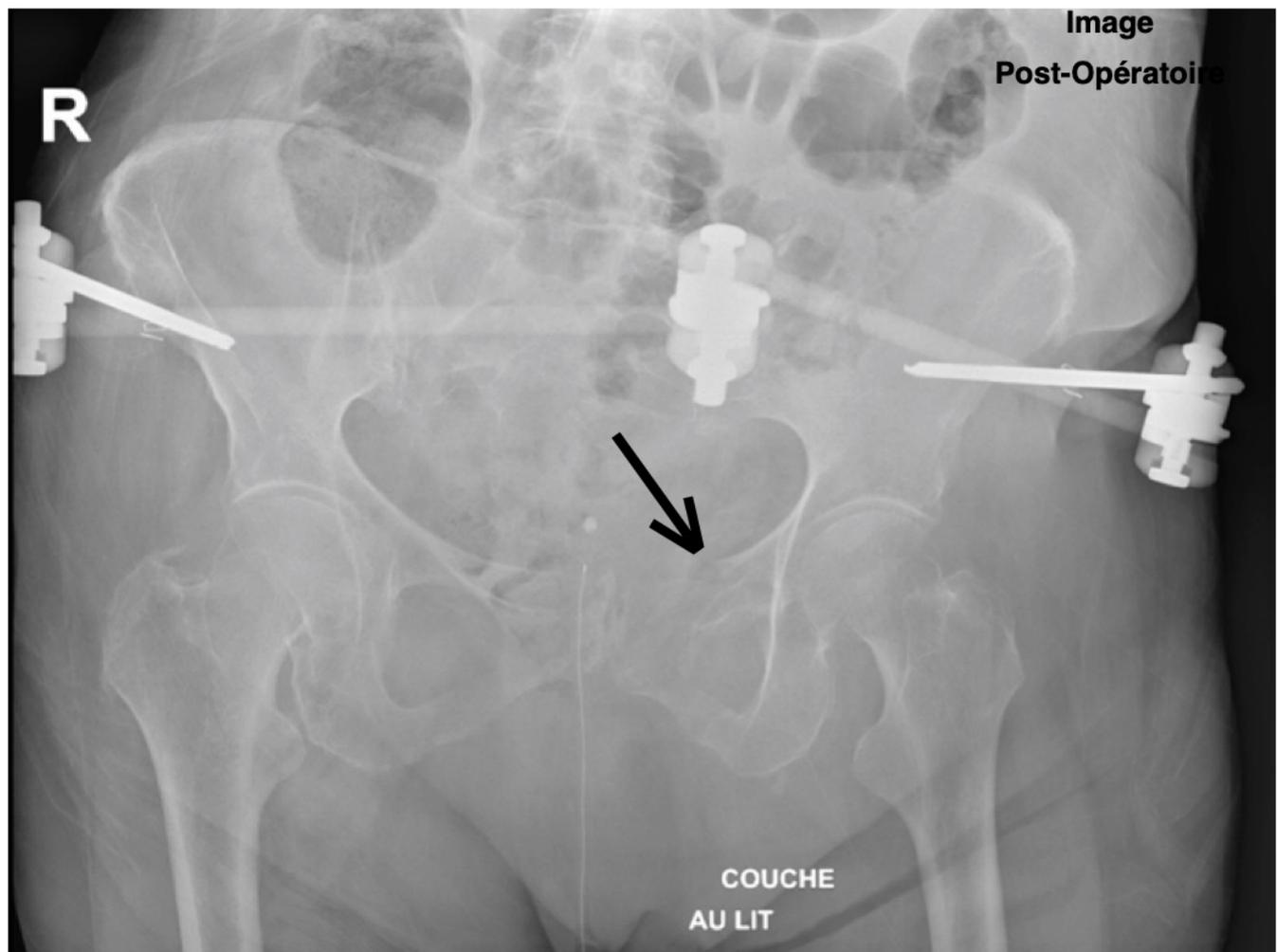
ORTHOPEDIE

Patiente, âgée de 77 ans, admise pour une chute avec douleur de hanche et impotence

Voici la radiographie du bassin de face.

Quel est votre diagnostic ?





Bassin

C'est une fracture récente d'une seule branche ischio-pubienne
Avec un fixateur externe.

ORTHOPEDIE

Hanches

M^{me} M., âgée de 86 ans, a fait une chute (mécanique, de sa hauteur), en voulant aller aux WC.

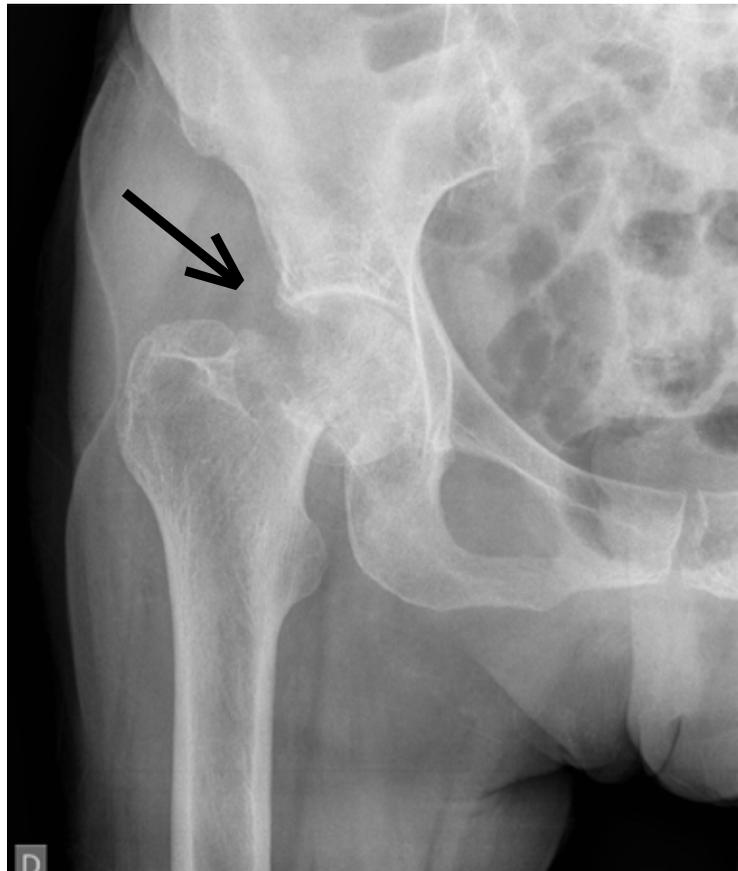
Vous avez demandé une radiographie du bassin et des hanches.

Voici la radiographie de la hanche droite.

Quel est votre diagnostic ?

Que cherchez vous à l'examen clinique ?





40

Hanches

C'est une fracture basicervicale de la hanche droite.

C'est une fracture instable, nécessitant une opération chirurgicale ; car le risque de nécrose vasculaire est très grand.

Cliniquement, la patiente a mal (**douleur**), au pli de l'aine droite et ne peut pas se lever (**Impotence**).

De plus, il y a une **rotation externe** du membre concerné et un **raccourcissement** à droite

ORTHOPEDIE

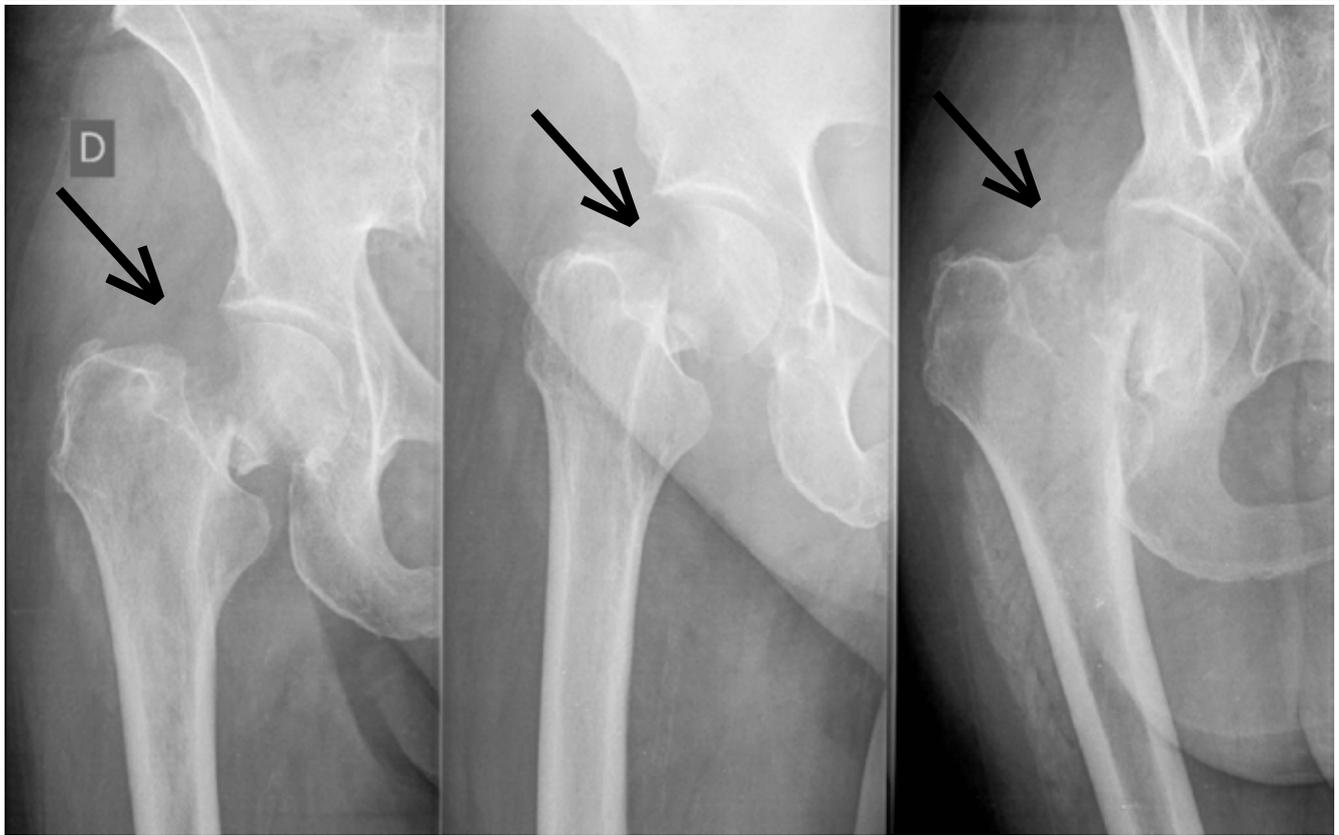
M^{me} P., âgée de 82 ans, a raté une marche d'escalier, et elle est tombée (dans les escaliers, devant témoins). Il était impossible de la lever.

Vous avez demandé une radiographie du bassin de face et des clichés de hanche droite.

Voici les images.

Quel est votre diagnostic ?





42

**Hanches**

C'est une fracture avec déplacement de la hanche droite (Garden IV).
Avec nécessité opératoire.

ORTHOPEDIE

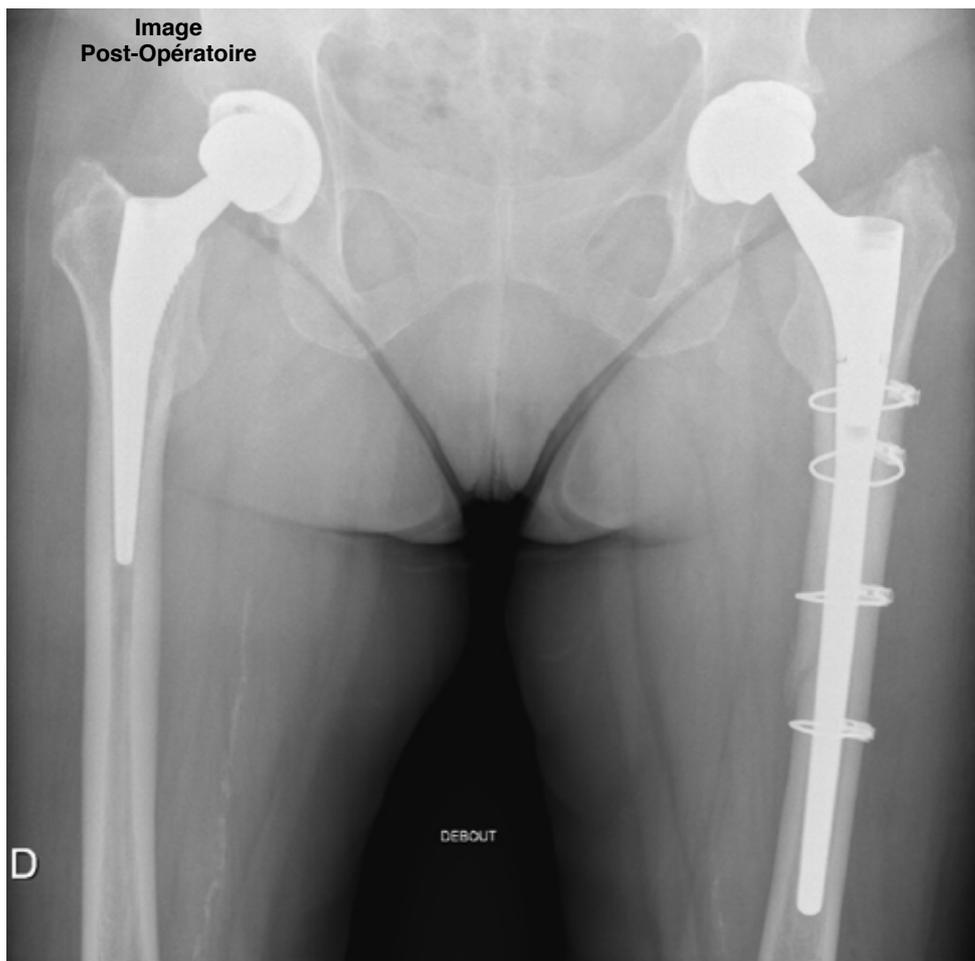
Patiente âgée de 78 ans, opérée pour une PTH (programmée) sur une coxarthrose de la hanche gauche, très évoluée (cliché du 12 / 05).

Elle est transférée, par la suite, en rééducation où elle avait beaucoup de douleurs à la hanche opérée, et pendant la mobilisation, et en station debout.





Image
Post-Opératoire



Hanches

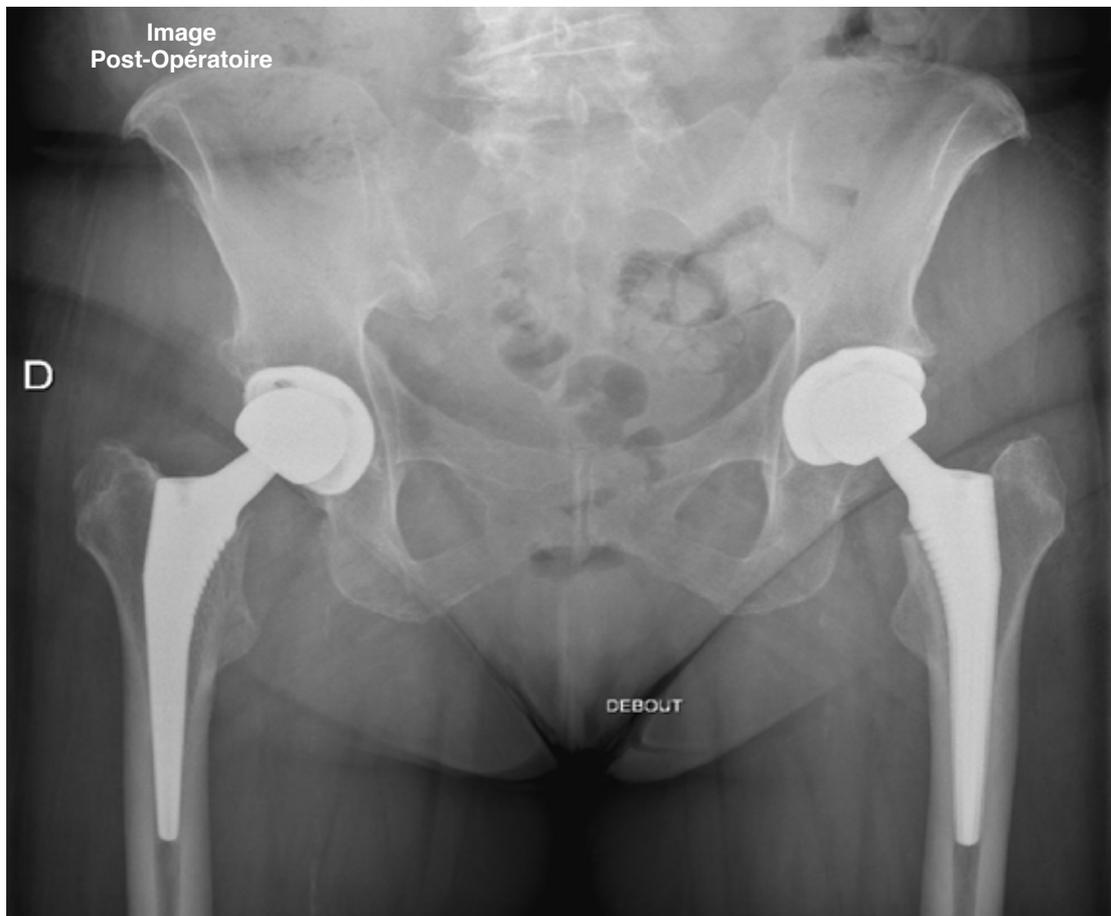
Sur les clichés, exposés dans l'ordre chronologique, nous voyons l'apparition d'une petite fissure (cliché du 27 / 05 / 20), qui évolue en grandissant (08 / 06 / 20), jusqu'à une fracture claire et nette.

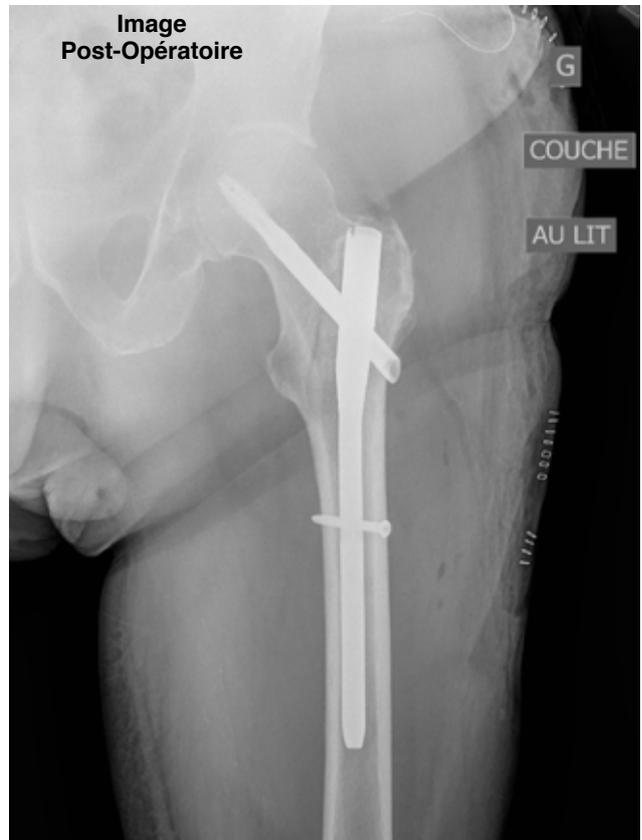
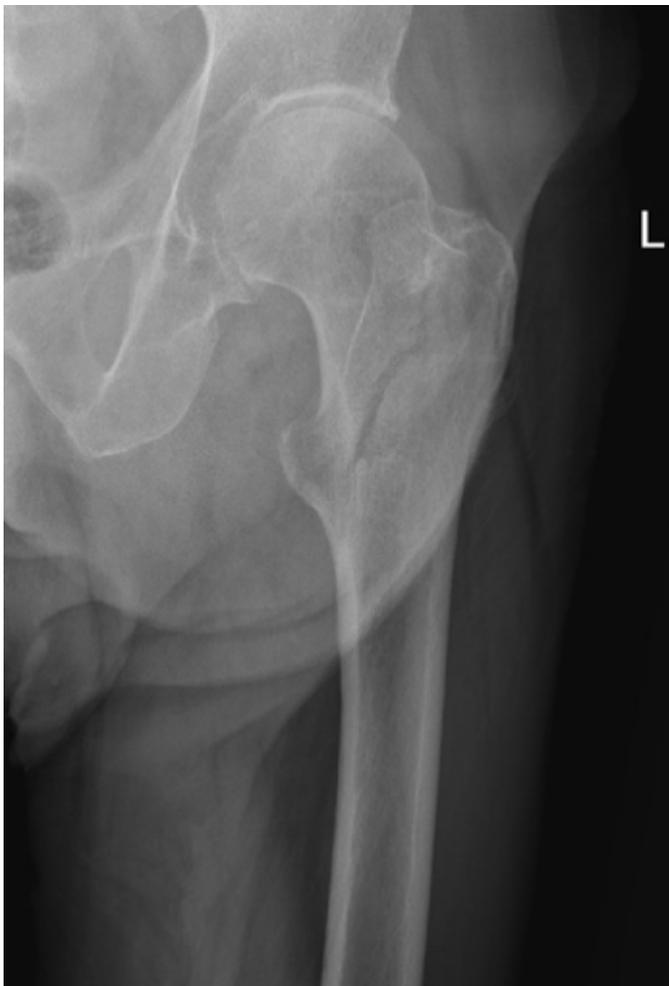
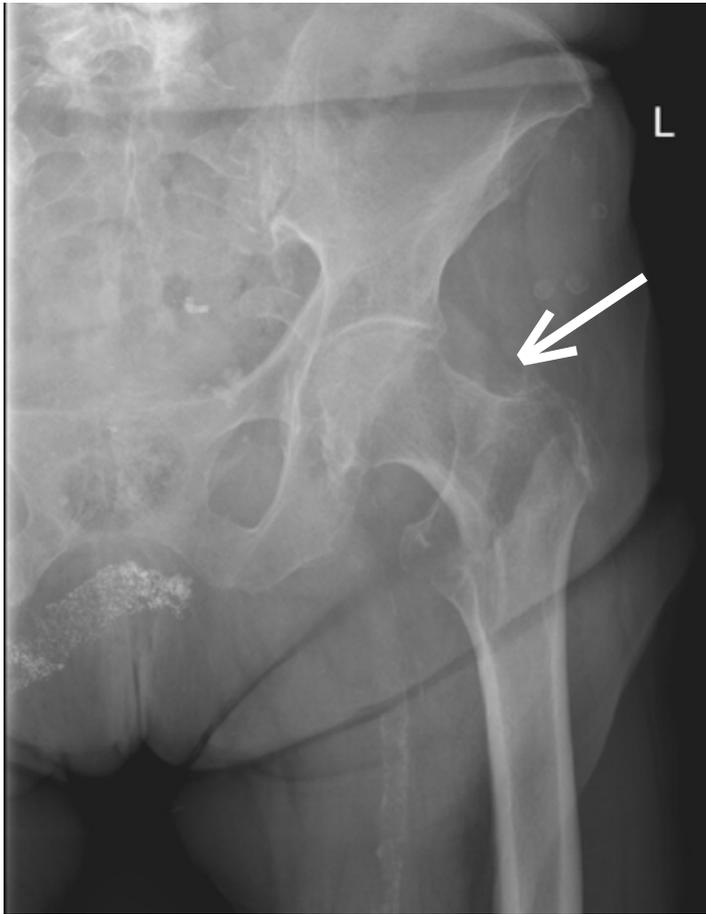
Ce qui implique une reprise au bloc opératoire.

Finalement, elle a été reprise au bloc opératoire pour réadaptation de PTH (allongement de la tige + cerclages).

ORTHOPEDIE

Autres fractures de hanche



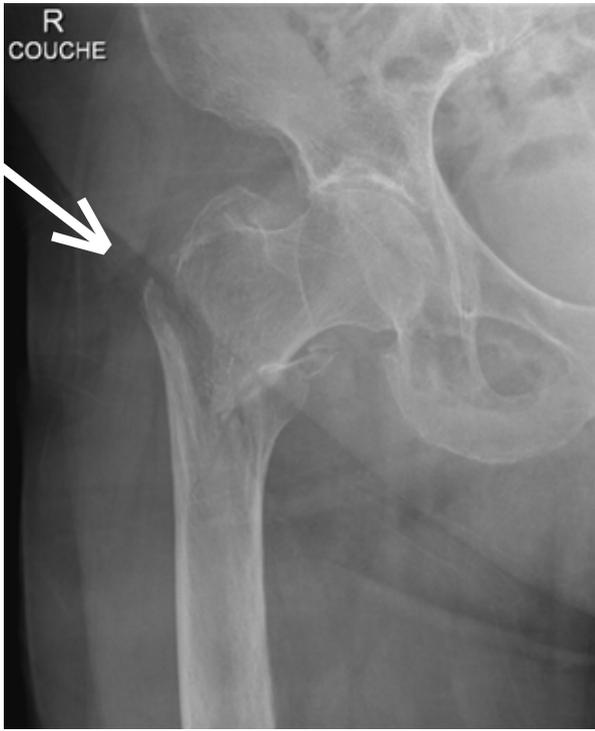


Autres fractures de Hanches

ORTHOPEDIE



ORTHOPEDIE



ORTHOPEDIE

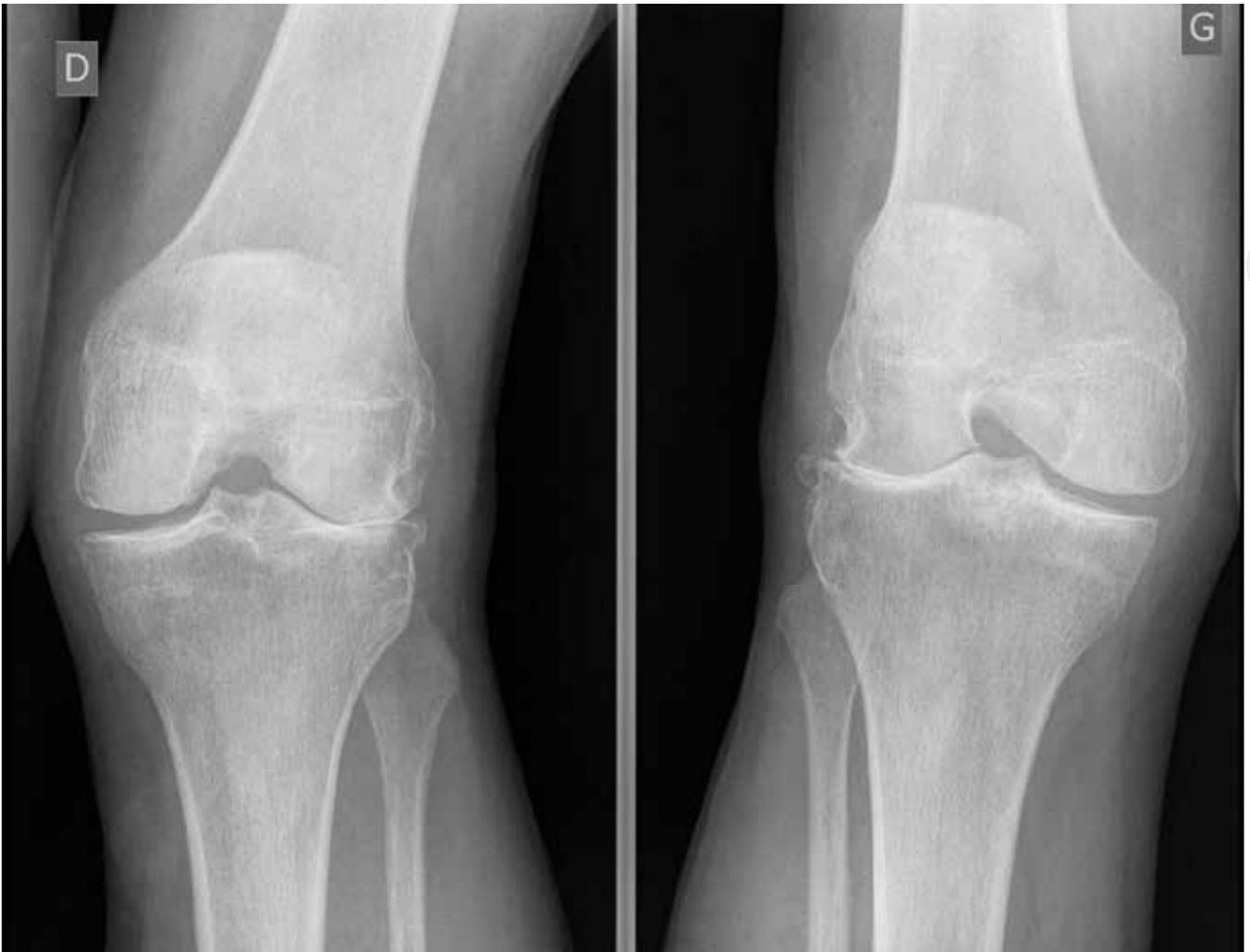
Genoux

M^{me}. P. Simone, âgée de 80 ans, se plaint, de façon chronique, des douleurs de genoux.

Vous avez demandé des radiographies des 2 genoux en charge (debout).

Voici les images.

Quel est votre diagnostic ?



Images
Post-Opératoires

L
DEBOUT





R

DEBOUT

Genoux

Gonarthroses bilatérales et valgissantes très avancées (G » D : plus à gauche qu'à droite).

La Patiente étant, quasiment, autonome dans sa vie de tous les jours; une prothèse totale du genou (PTG) a été programmée, d'abord à gauche, et, puis à droite, avec quelques mois de rééducation entre les deux opérations programmées.



ORTHOPEDIE

Patiente, âgée de 80 ans, est tombée en voulant pivoter sur sa jambe gauche.

Elle a entendu un gros craquement, du genou gauche, avant la chute.

Vous avez demandé une radiographie du genou gauche.

Voici la radiographie du genou gauche.

Quel est votre diagnostic ?

Demandez-vous d'autres clichés ? Pourquoi ?



Tibia

Il s'agit d'une fracture, avec déplacement, de métaphyse tibiale gauche nécessitant une intervention chirurgicale et une immobilisation plâtrée.

Pensez, toujours à demander, dans le cadre d'une fracture, rotatoire, du type «bimalléolaire», les clichés de cheville homolatérale (du même côté).



Images
Post-Opératoires



Ostéosynthèse par vis-plaque des 2 sites.

ORTHOPEDIE

Cheville

Les pompiers, sont intervenus, dans un centre commercial, pour secourir une patiente de 68 ans, qui est tombée de sa hauteur, en faisant ses courses.

Le membre inférieur gauche a été immobilisé dans une «coquille».

Voici la radiographie de la cheville gauche.

Quel est votre diagnostic ?



Image Post-Opératoire



Cheville

Il s'agit bien d'une fracture bimaléolaire gauche.
Ostéosynthèse par vis-plaque des 2 sites de fractures + immobilisation par un plâtre en résine.

ORTHOPEDIE

Tassement vertébral

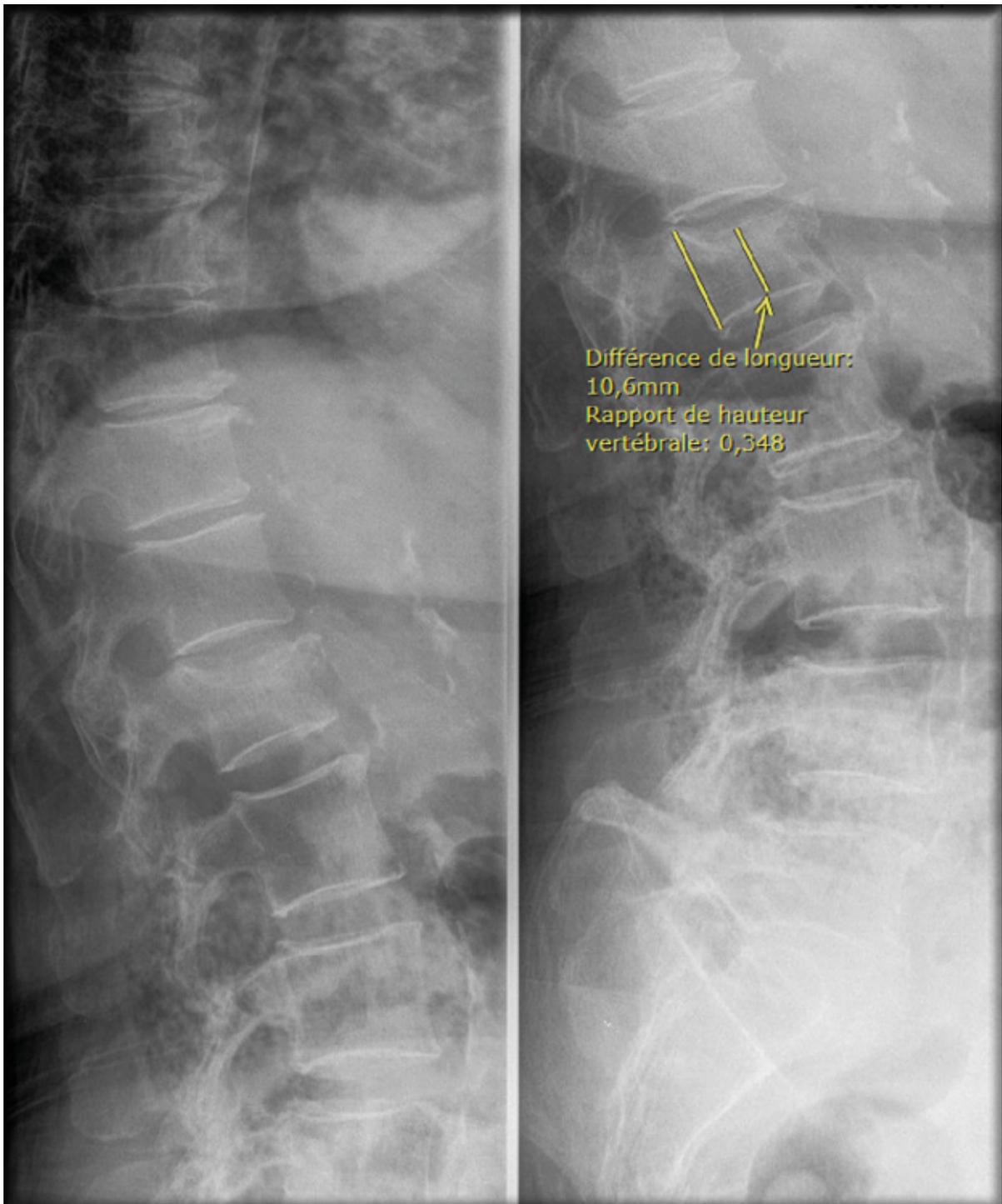
M. B., âgée de 80 ans, hospitalisée en rééducation, a fait une très mauvaise chute dans la salle de bain : elle est tombée de tout son poids sur les fesses.

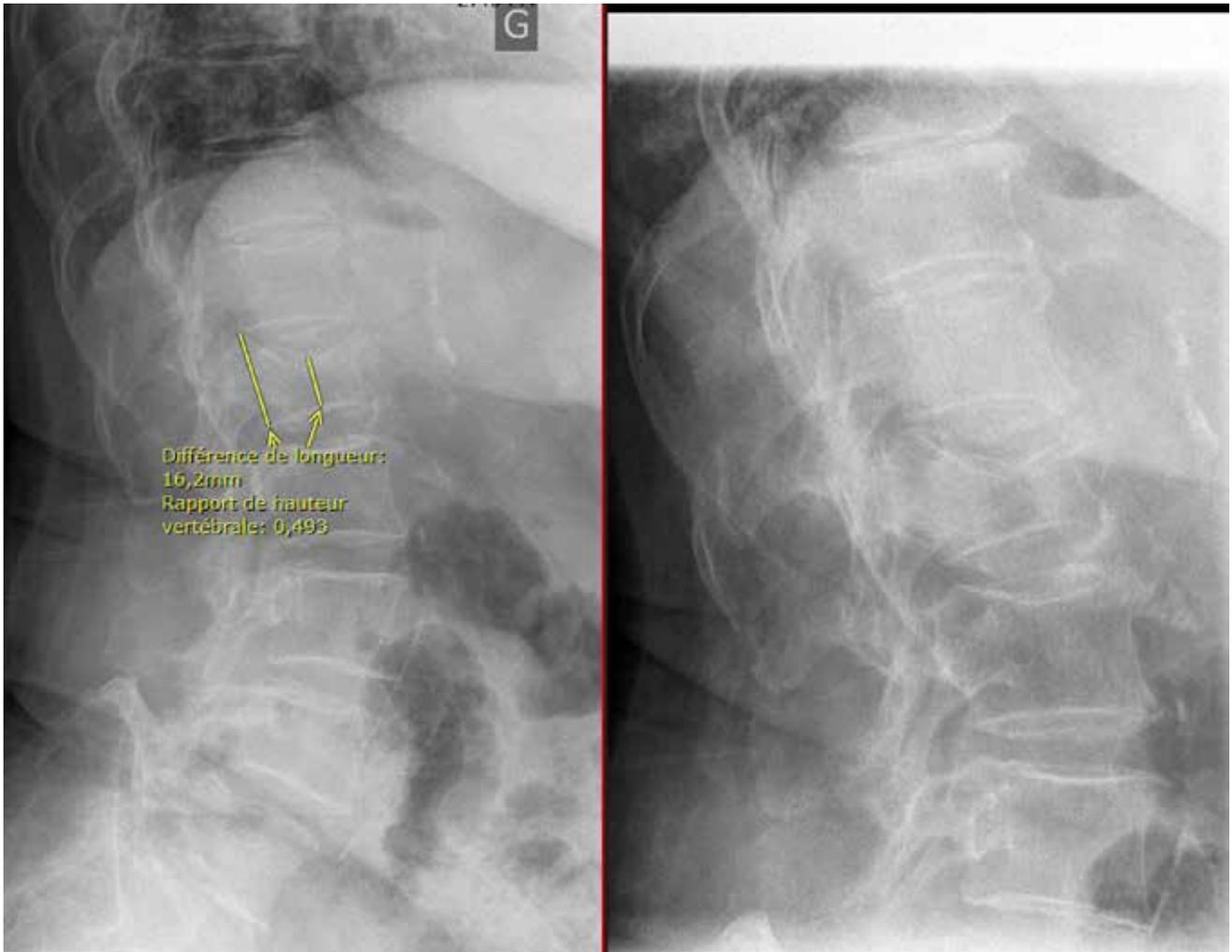
Depuis, elle a très mal dans le dos, et, aucune position ne peut calmer sa douleur.

Vous avez demandé une radiographie de sa colonne vertébrale dorso-lombaire

Voici les radiographies

Quel est votre diagnostic ?





Tassements vertébraux

Il s'agit bien d'un tassement (fracture) vertébral de L1 sur ostéoporose.

C'est un tassement (fracture) récent nécessitant une Kyphoplastie (Cimentoplastie), dans un délai de 7 jours.

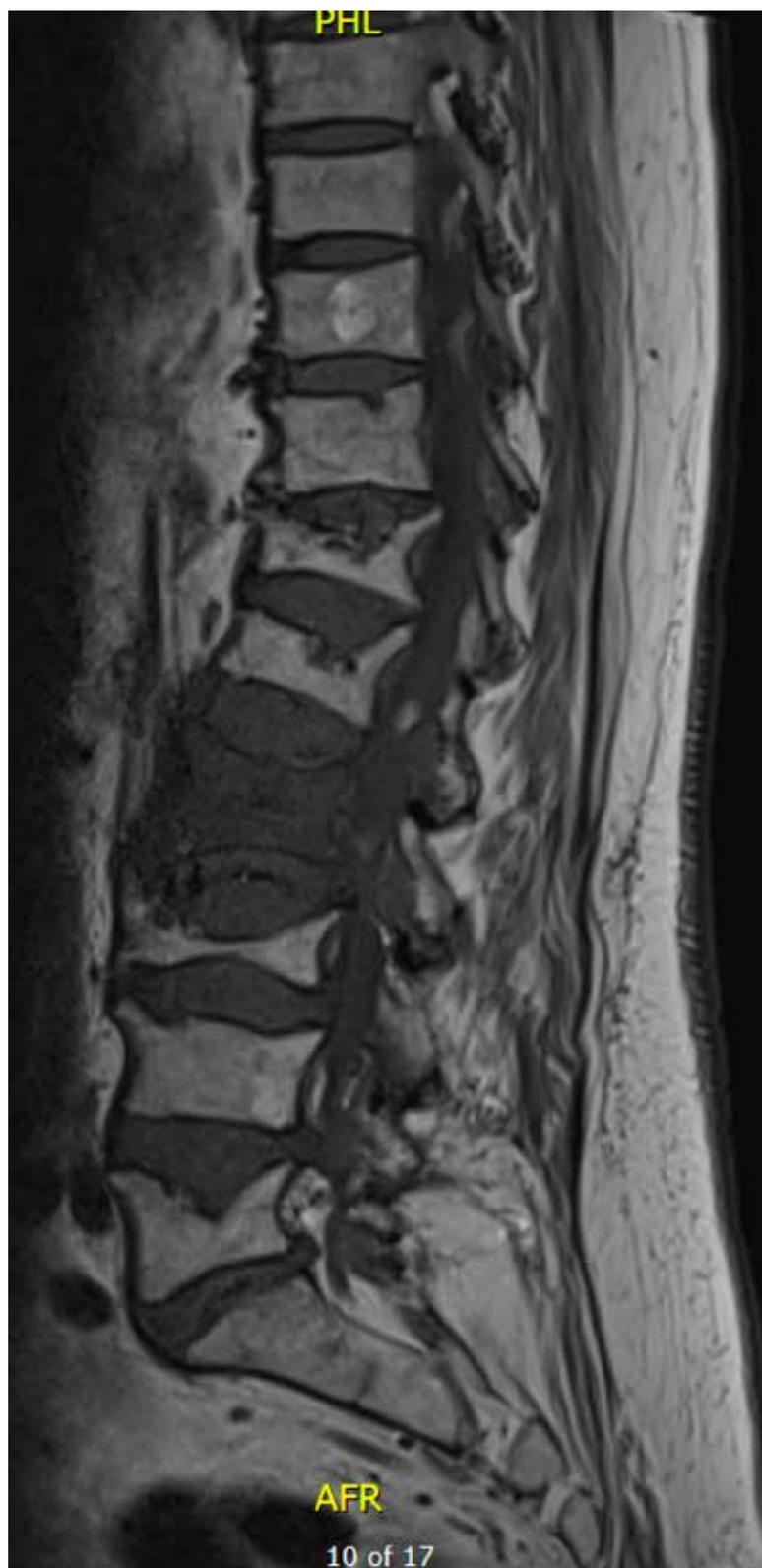


ORTHOPEDIE

Certains tassements vertébraux ne sont pas visibles en radiographie conventionnelle.

C'est dans ces cas-là que l'on demande une imagerie par TDM ou IRM.

On a recours, de moins en moins, à la scintigraphie osseuse, pour ces diagnostics difficiles.





ORTHOPEDIE

Encore, un tassement vertébral récent où le corps vertébral est complètement écrasé sur tout sa longueur.

Alors, comment reconnaître un tassement récent par rapport a un tassement ancien ?

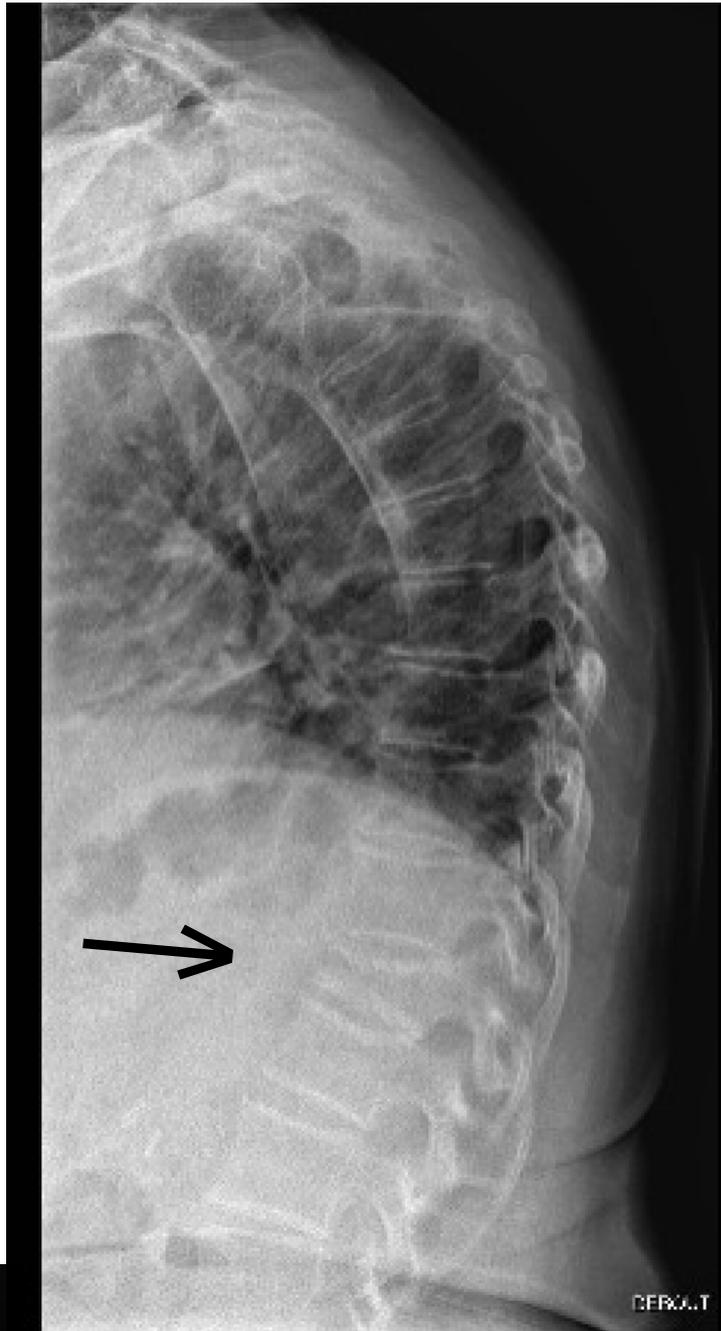
Astuce de radiologie : on cherche l'image de «couvercle de boîte à camembert».

C'est la preuve d'une fracture récente.

Il n'y a pas de rebord, en présence d'une fracture ancienne : les bords sont lissés



Tassements vertébraux



**Images
Post-Opératoires**



APPAREIL DIGESTIF

M^{me} P. Catherine, âgée de 82 ans, était dans AINS pour des douleurs articulaires depuis une semaine.

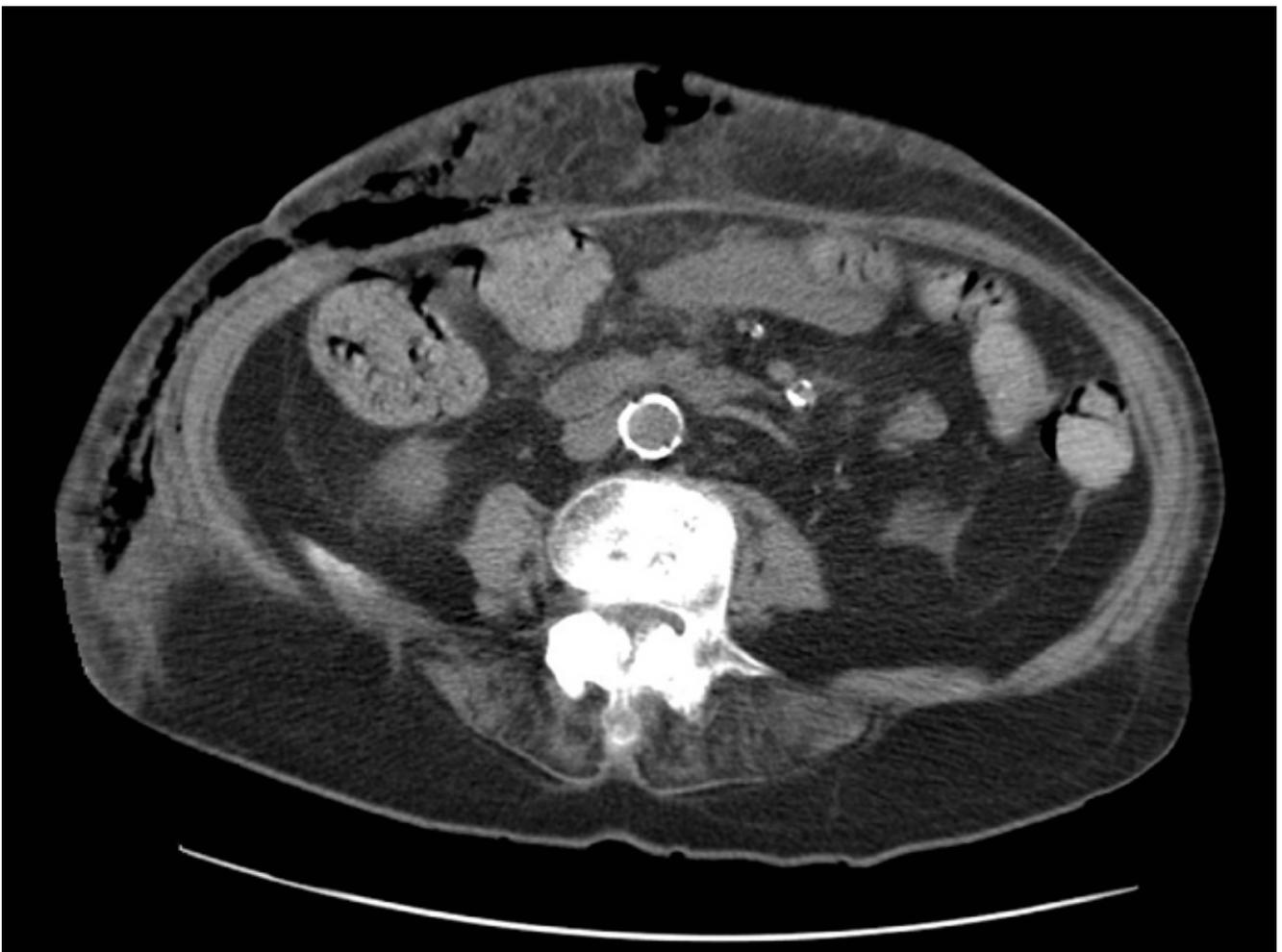
Elle a été adressée pour des douleurs abdominales à début brutal .

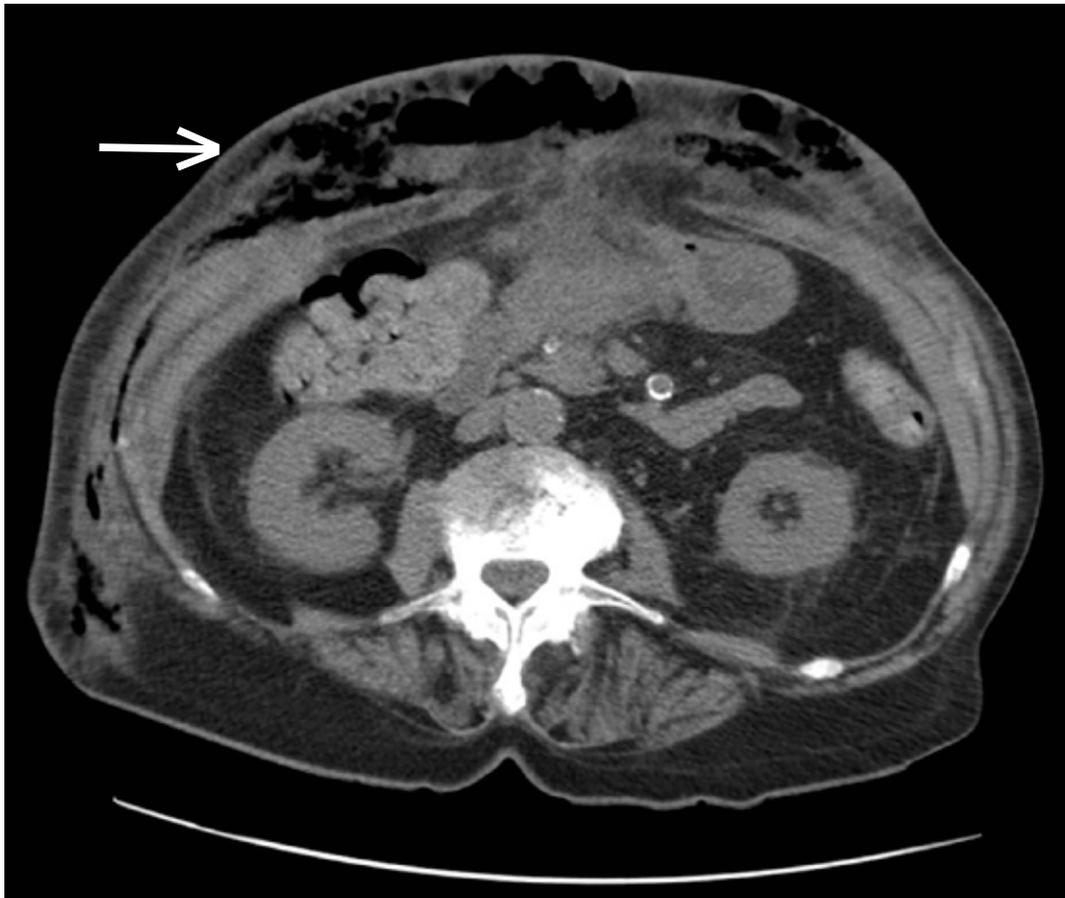
A l'examen clinique, vous voyez clairement qu'elle a mal à l'abdomen, et, à la palpation vous avez une défense abdominale claire. A l'auscultation (abdominale) vous avez des bruits de type crépitants.

Vous avez demandé une TDM abdomino-pelvienne sans préparation (sans produit de contraste).

Voici quelques coupes de scanner.

Quel est votre diagnostic ?





74



Emphysème sous-cutané / perforation digestive

On voit, clairement, la présence d'air sous la peau (en région abdominale) : Emphysème sous-cutané. Cet air provient d'une perforation abdominale, libérant les gaz sous la peau. Ce qui explique les bruits de type crépitants (gaz sous la peau) à l'auscultation. La patiente a été opérée, à temps, et elle est toujours vivante !

APPAREIL DIGESTIF

M^{me} B., âgée de 92 ans, a été transférée pour un bilan d'AEG récente.

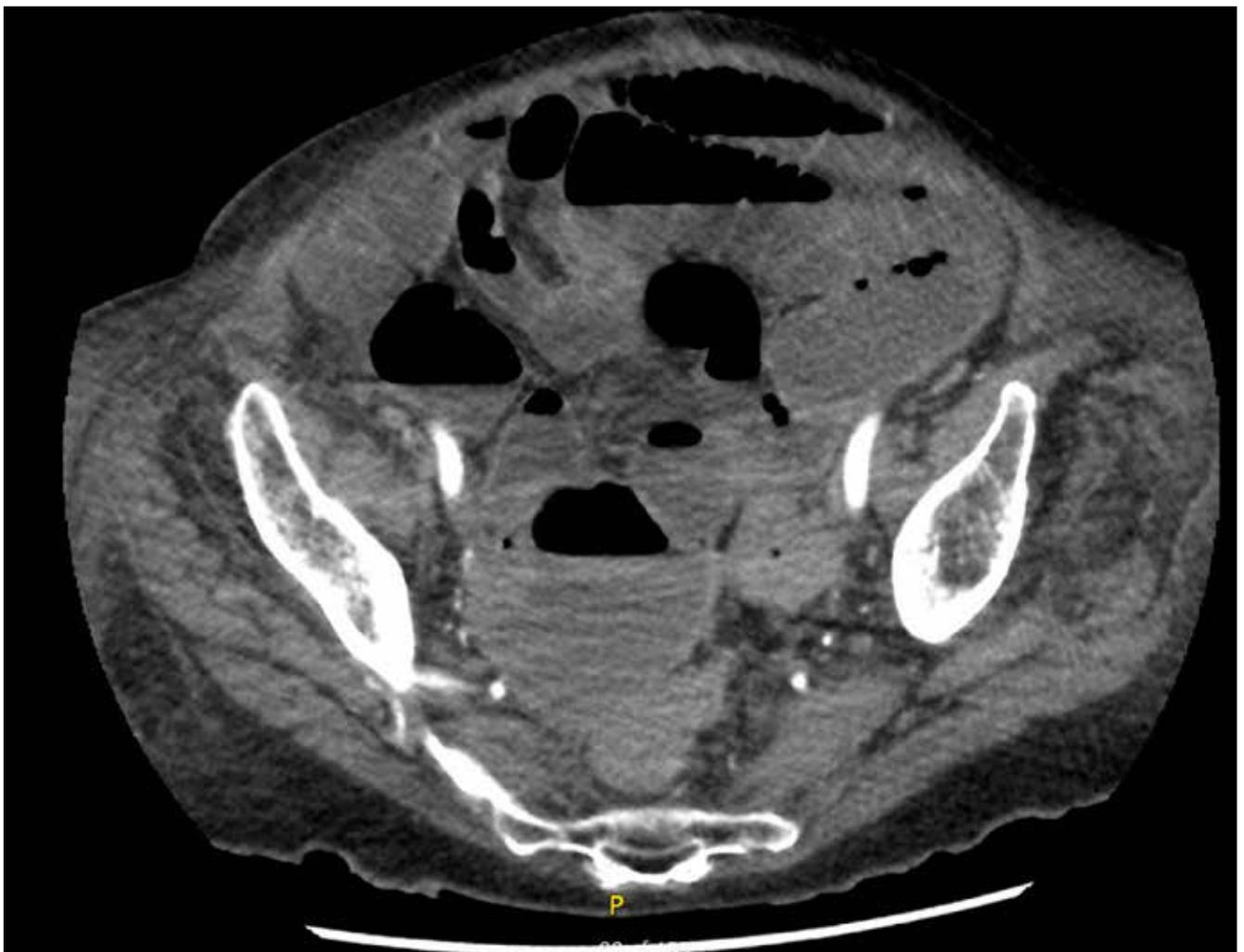
En effet, depuis 24 heures elle a des nausées avec vomissements (1 seul fois, au début).

Elle se plaint de douleurs abdominales, et, elle n'a pas eu ni de selles ni de gaz depuis 12 heures, au moins.

Devant, ce tableau, vous avez demandé un ASP et une TDM abdomino-pelvienne.

Voici quelques clichés du TDM abdomino-pelvienne.

Quel est votre diagnostic ?





78

Syndrome sub-occlusif

Il s'agit d'un syndrome occlusif ou sub-occlusif avec présence de NHA (Niveaux Hydro Aériques).



APPAREIL DIGESTIF

M. W. Marco, âgé de 71 ans, a été adressé par son médecin traitant, pour un bilan d'AEG, plus ou moins récente.

En effet, le patient a perdu plus de 15 kg en moins de 1 an.

Il n'a plus d'appétit. Il est de plus en plus faible.

Le bilan sanguin est sans particularité. (sauf, présence d'un ictère).

Dans le cadre d'un bilan complet, vous avez demandé une TDM abdomino-pelvienne (avec injection du Produit de Contraste (PdC)).

Voici quelques clichés du Scanner.

Quel est votre diagnostic ?

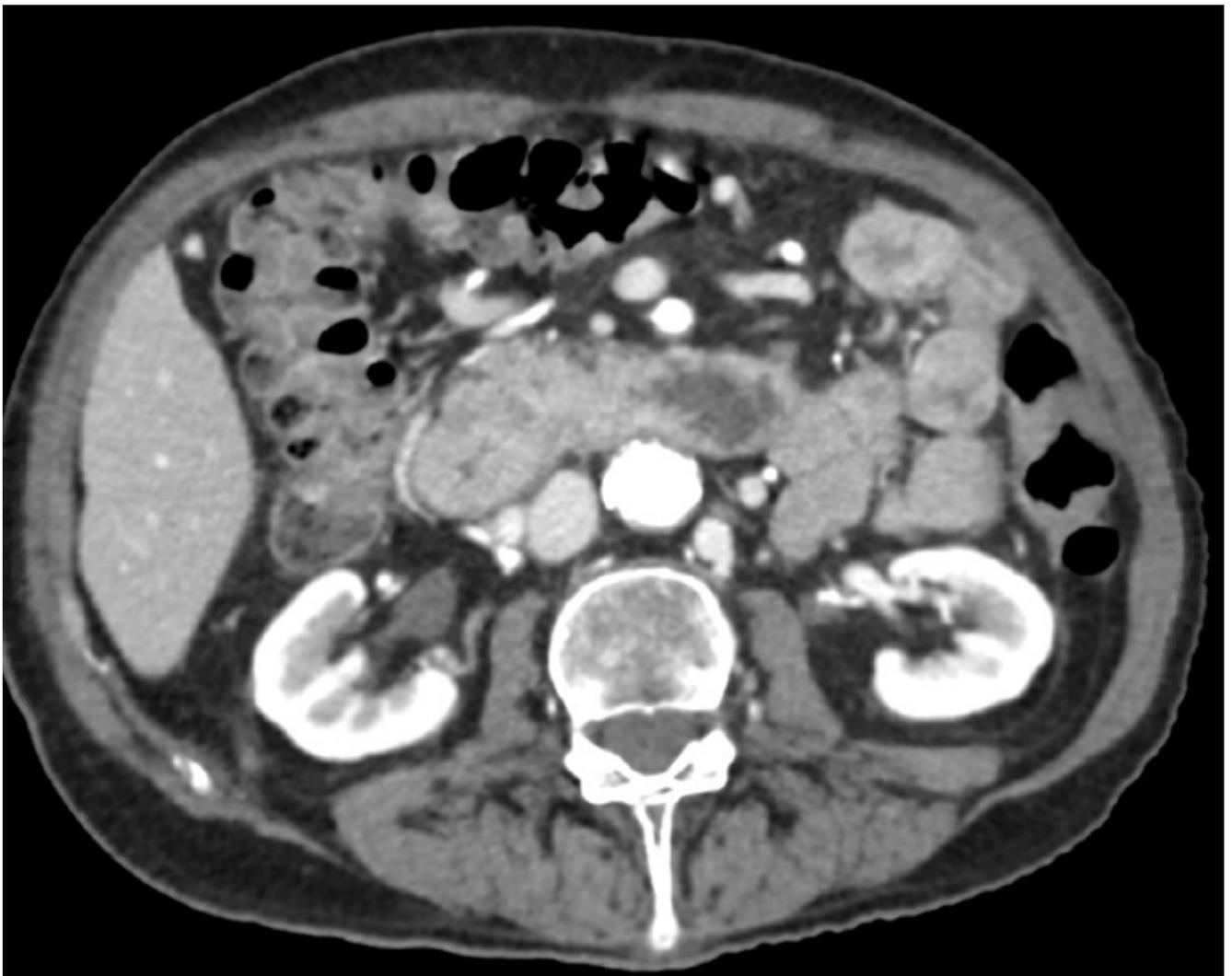


Image
TDM



80



Cancer de la tête du pancréas

Il s'agit bien d'une coupe de TDM avec injection de PdC.
On voit une masse, relativement volumineuse, dépendante du pancréas.
Malheureusement, il s'agit bien d'un cancer de la tête du Pancréas.

APPAREIL DIGESTIF

M^{me} P. Zoila, âgée de 82 ans, se plaint de douleurs abdominales, depuis 14 jours avec émissions de diarrhées. Vous avez fait un bilan complet, malheureusement, non contributif, sauf le scanner abdominal avec injection de PdC.

Voici les clichés du scanner en question.

Quel est votre diagnostic ?





Occlusion de l'artère mésentérique

Il s'agit d'une occlusion partielle de l'artère mésentérique supérieure.
Compte tenu de l'âge et de son état cardiovasculaire, cette patiente a été traitée de façon purement médicale.

APPAREIL DIGESTIF

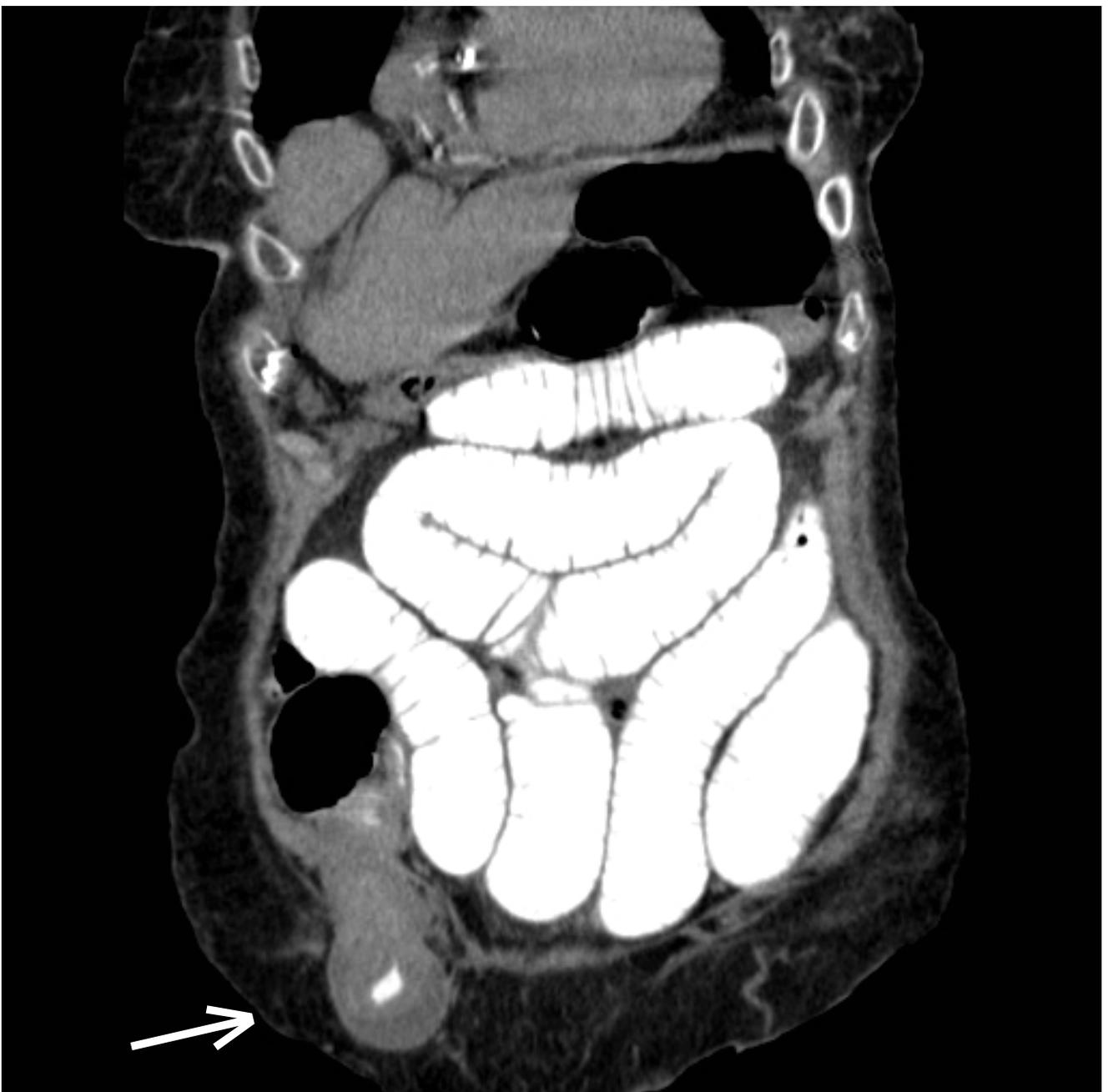
M. C. Andrea, vivant au CIPA de Dudelange, âgée de 94 ans, n'arrête pas de vomir depuis 4 heures.

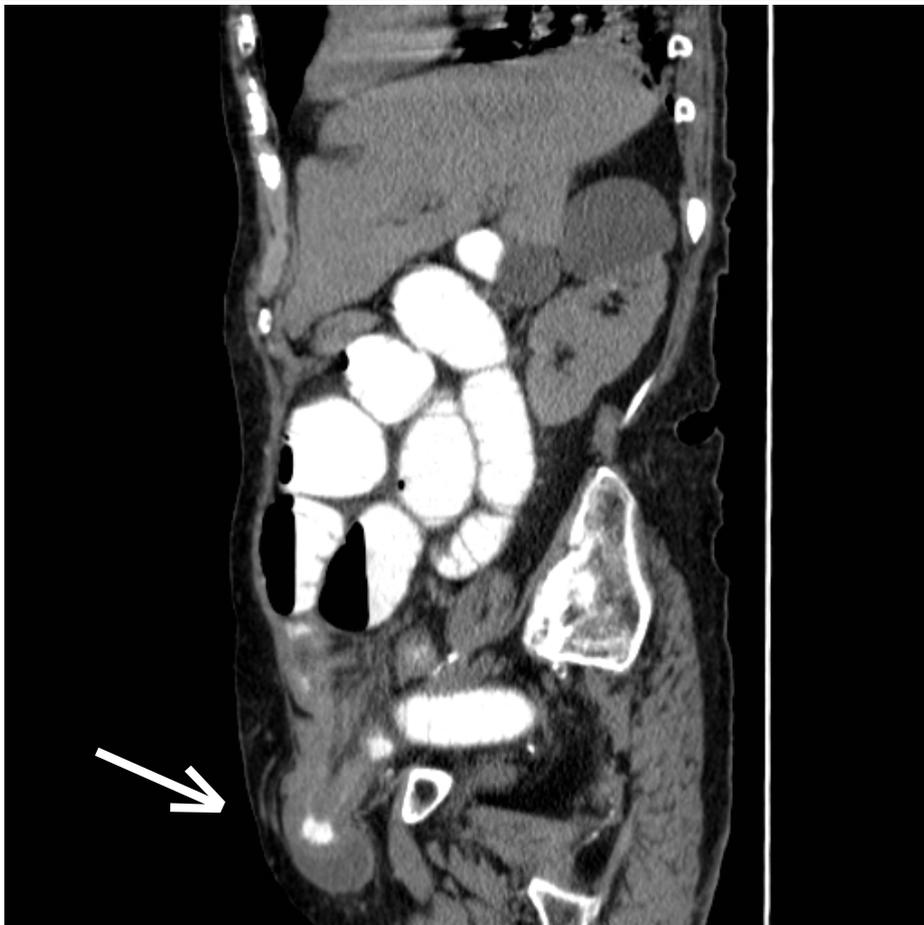
Lors des derniers vomissements, vous suspectez la présence de matières fécales ; donc, vous êtes devant un vomissement fécaloïde.

Vous avez demandé une TDM abdomino-pelvienne en urgence.

Voici quelques clichés de scanner abdomino-pelvien, avec PdC.

Quel est votre diagnostic ?





86



Hernie crurale

Il s'agit d'une TDM abdomino-pelvienne avec ingestion (Per os : par la bouche) d'un produit de contraste (TELEBRIX®).

Nous pouvons voir, sur les clichés, la présence d'une hernie crurale, plus ou moins, étranglée. Comme il était impossible de la réduire : la patiente a été opérée en urgence, avec succès.

APPAREIL DIGESTIF

M^{me} S. Emma, âgée de 69 ans, vous a été adressée par son médecin traitant, pour des douleurs abdominales, très brutales, depuis hier soir à minuit.

A l'examen clinique, vous avez un signe de Murphy.

Dans ce cas, vous demandez un ASP et une échographie abdominale.

Voici l'ASP.

Quel est votre diagnostic ?





Colique hépatique

Sur l'ASP (Abdomen Sans Préparation)

Nous voyons des calculs radio-opaques à facettes (comme les diamants), de petite et grande taille.

APPAREIL DIGESTIF

Patient, âgé de 78 ans, admis, en urgence, pour des douleurs épigastriques, très violentes de type « coups de poignard ».

Il a des nausées et a vomi, une fois, dans l'ambulance.

À l'examen clinique, il a une petite fièvre à 38,2°C, accompagnée d'un léger ictère.

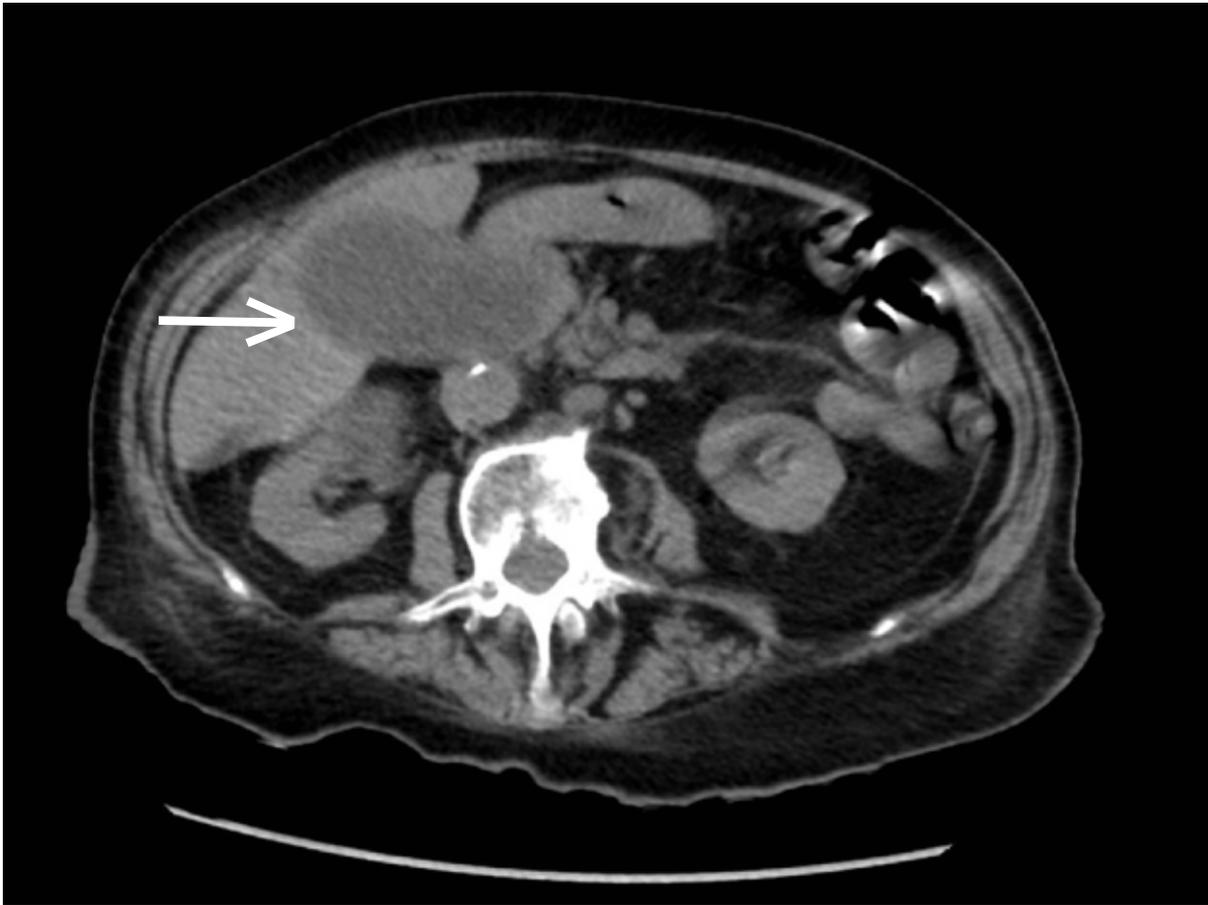
Vous retrouver, également, le signe de MURPHY.

Vous avez demandé un scanner abdomino-pelvien.

Voici quelques coupes du scanner.

Quel est votre diagnostic ?





90



Cholécystite aiguë

Le scanner met en évidence une grosse vésicule tendue, à paroi épaisse.
Par contre, on ne visualise pas de lithiase radio-opaque.
Il s'agit probablement, des lithiases d'acide urique ??

PNEUMOLOGIE

Mme P., âgée de 92 ans, a fait une syncope pendant sa toilette.

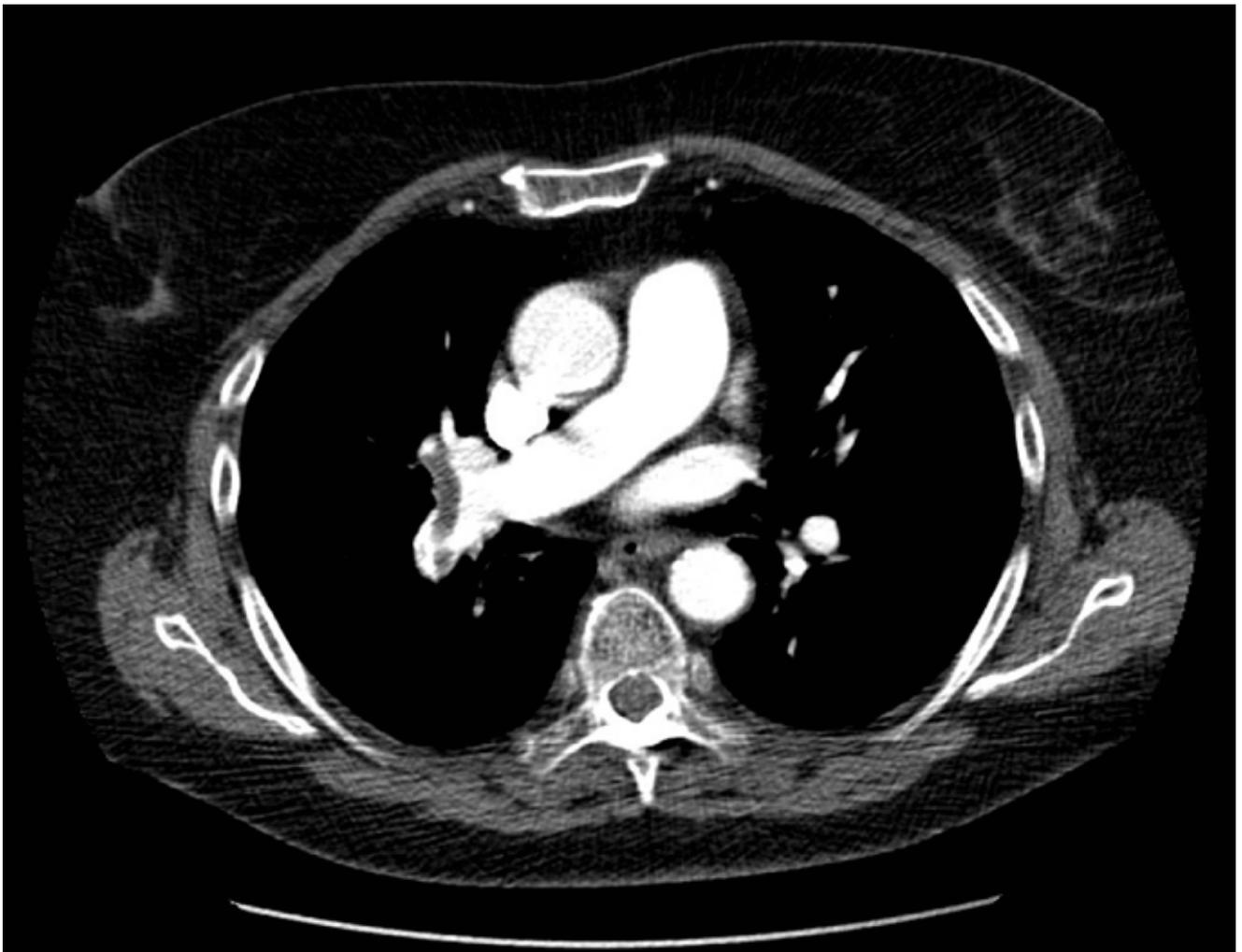
À l'arrivée du SAMU, elle présente :

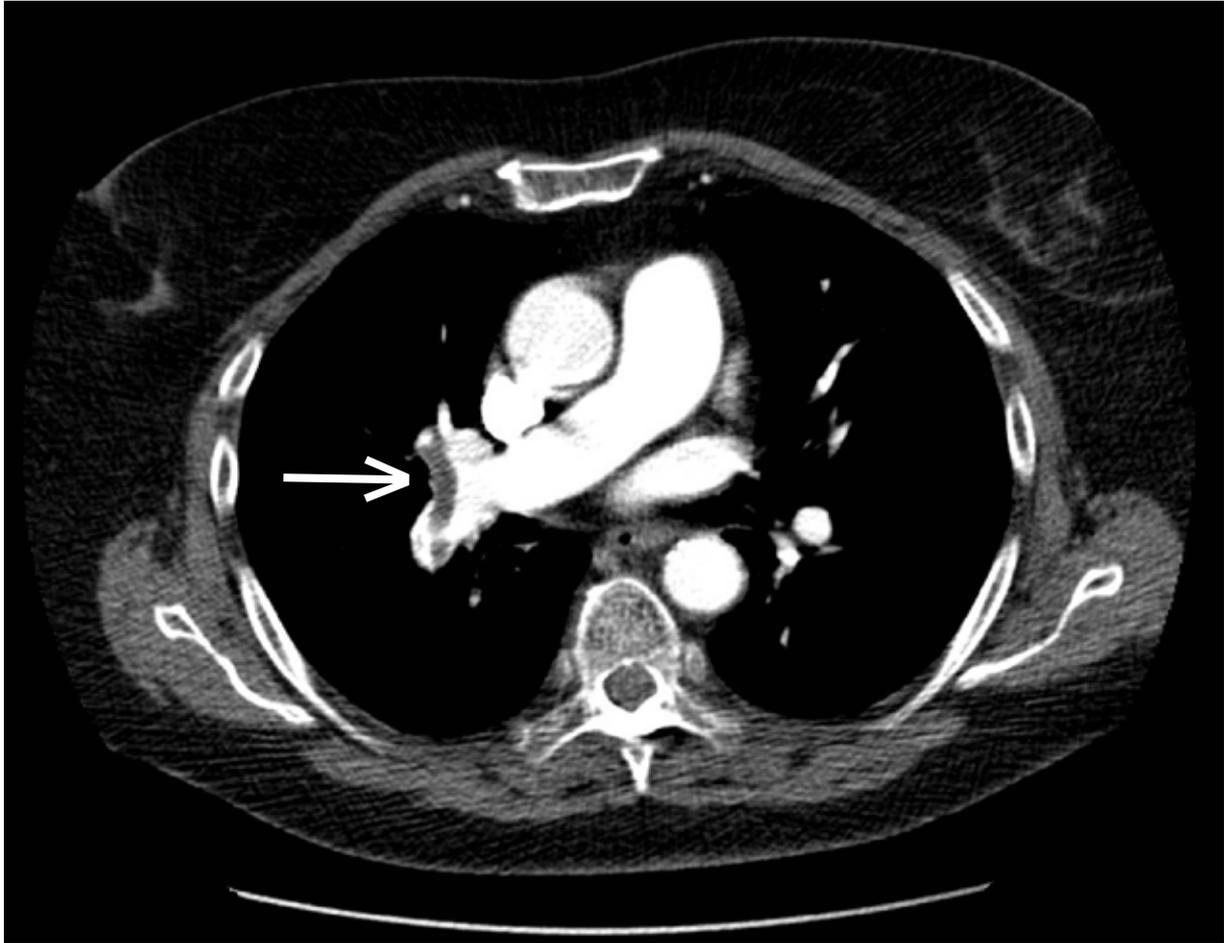
- TA : 16 / 11
- Pouls : 112 / mn
- Saturation : 89 % sous air ambiant
- Température : 37,8°C
- ECG : ACFA (déjà connue)

Les collègues des urgences ont demandé un angioscanner thoracique.

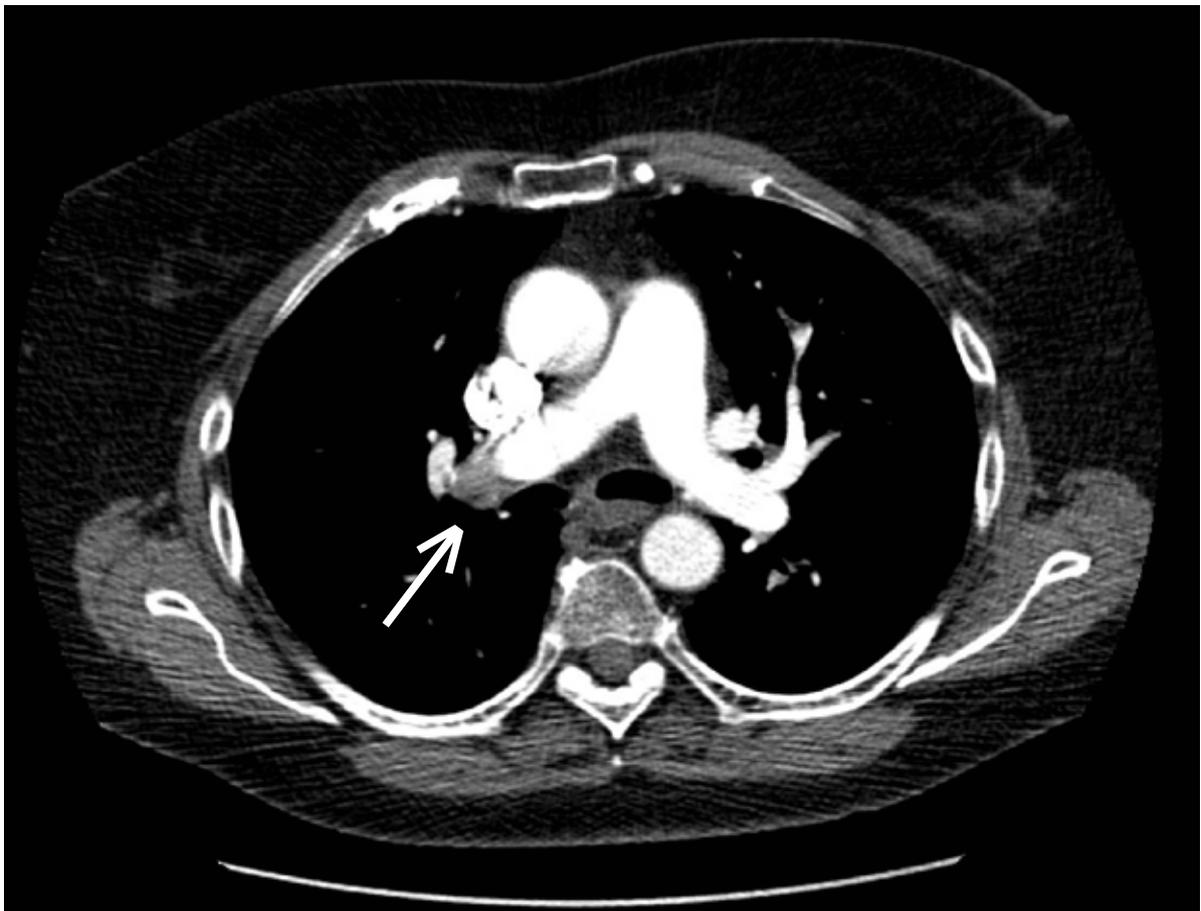
Voici quelques coupes de l'angioscanner.

Quel est votre diagnostic ?





94

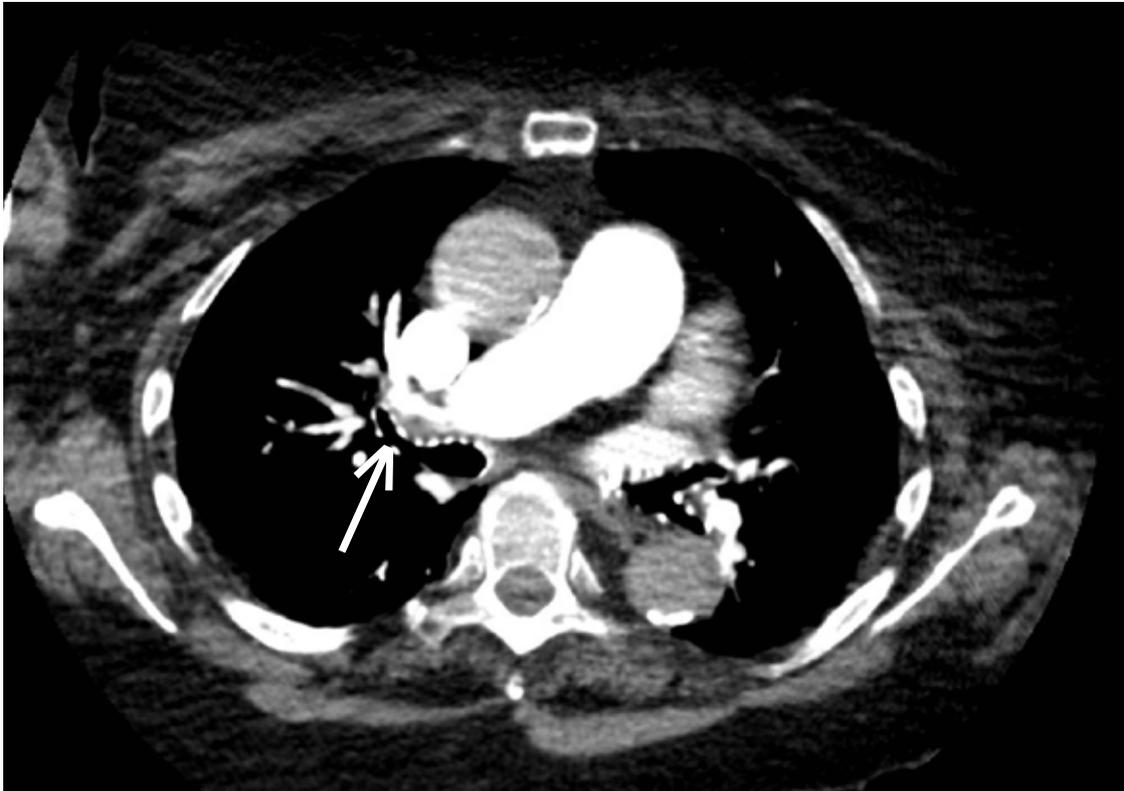


Embolie pulmonaire

Il s'agit d'une embolie pulmonaire (EP) bilatérale et massive

PNEUMOLOGIE

Autres images d'EP bilatérale et massive, mise en évidence par angioscanner thoracique



PNEUMOLOGIE

Patient, âgé de 78 ans, a été admis pour dyspnée et cyanose.

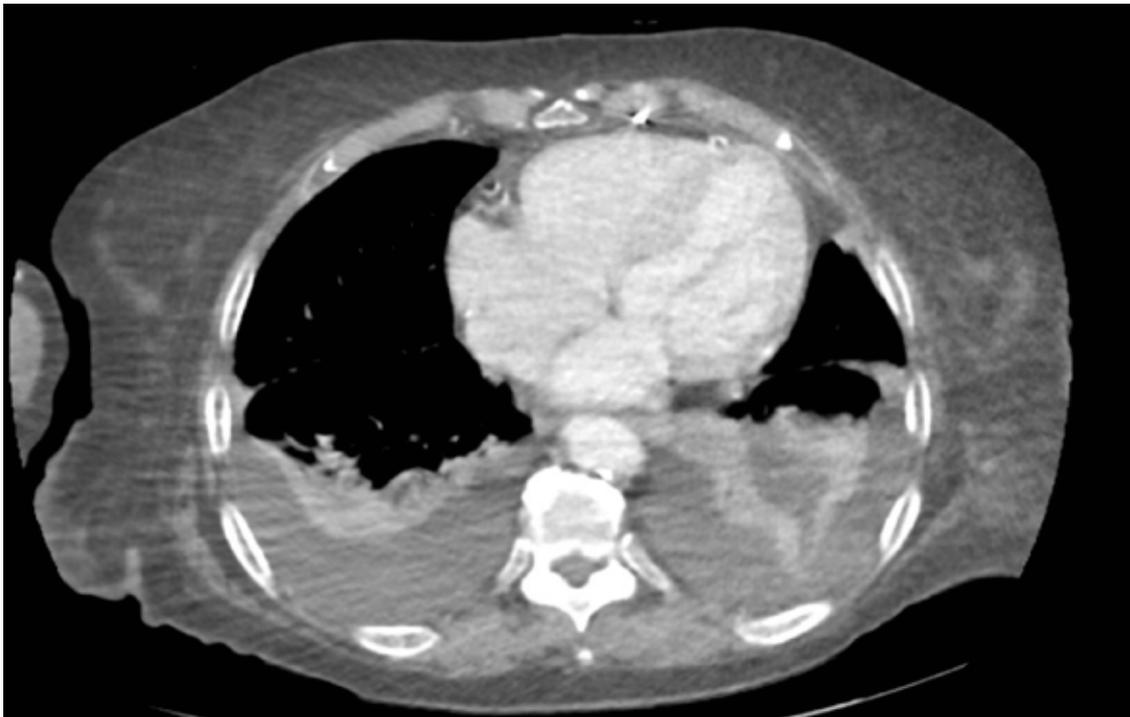
Patient alcoolo-tabagique connu du service, suivi pour BPCO.

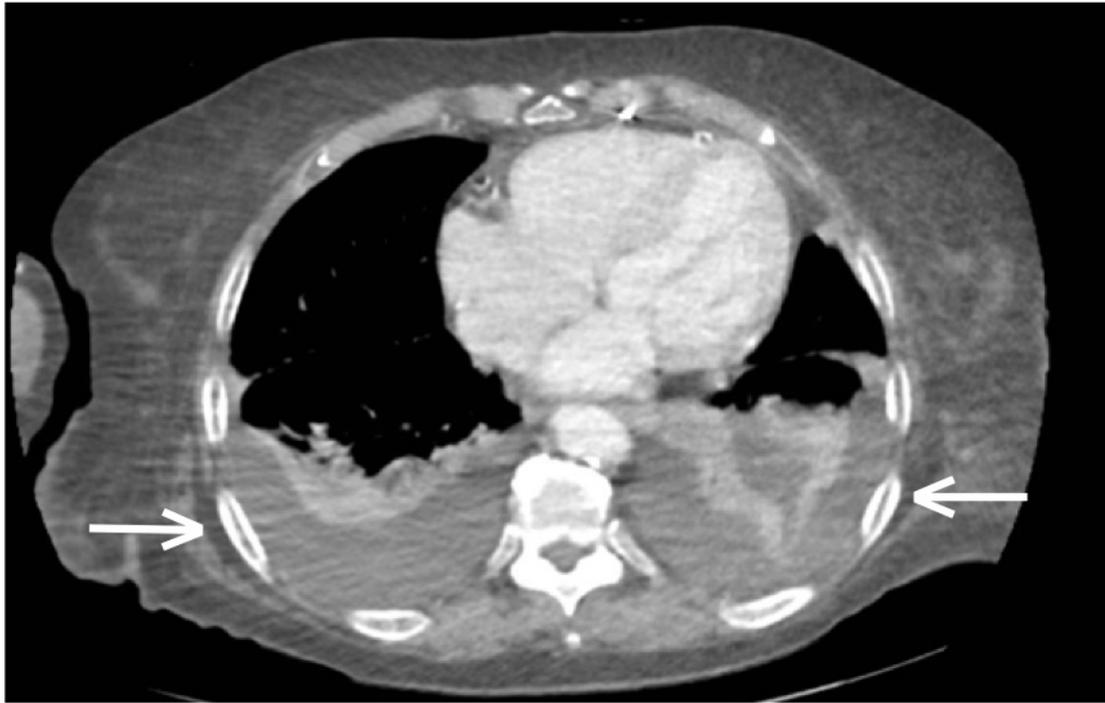
À l'auscultation pulmonaire, vous avez une matité.

Vous demandez un scanner pulmonaire.

Voici une coupe de scanner thoracique demandé

Quel est votre diagnostic ?





Epanchement pleural bilatéral

Le scanner (à blanc / sans PdC) met en évidence la présence d'épanchement pleural bilatéral

PNEUMOLOGIE

Patiente, âgée de 27 ans, se plaignant de toux sèche, fièvre, dyspnée et douleurs rétro-sternales, depuis 1 semaine, au retour de vacances en Autriche.

A l'examen clinique, vous trouvez :

- Toux sèche
- Saturation en oxygène 100 %,
- FC 128 / min,
- Température : 38,5 °C

Elle ne prend aucun médicament hormis pilule contraceptive

Elle n'a pas d'antécédents chirurgicaux / médicaux

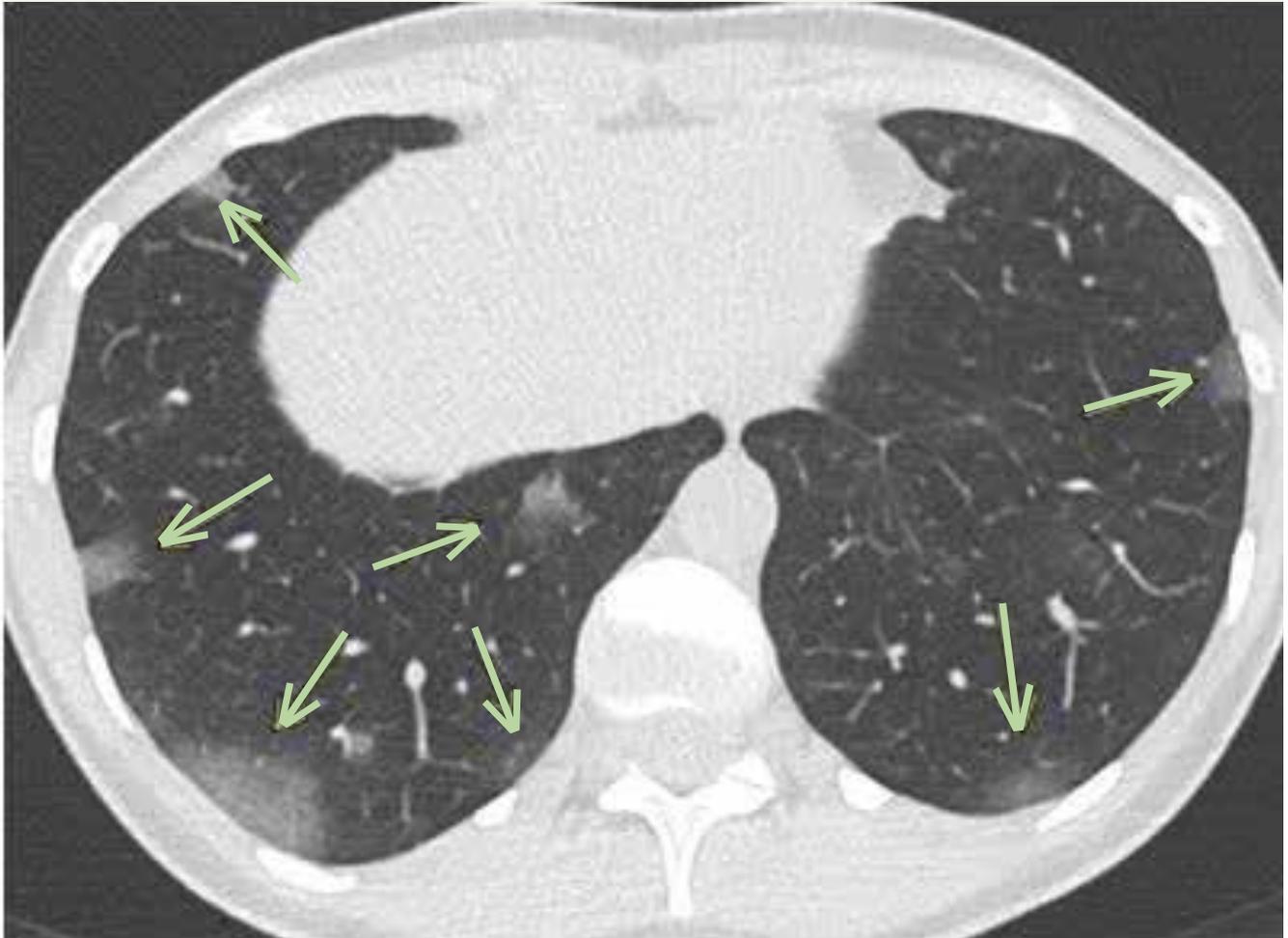
La biologie met en évidence une leucopénie à 3.19 G / l (N : 3.900 – 10.000) G / l

Nous avons demandé un scanner thoracique.

Voici une coupe du scanner en question.

Quel est votre diagnostic ?





100

COVID

Plages en verre dépoli (définies par une surdensité tomodynamométrique (terme d'usage impropre en radiographie) et traduisant un comblement alvéolaire partiel de nature cellulaire, liquidien, purulent, ...) au sein de laquelle la visualisation des vaisseaux pulmonaires reste possible) de topographies périphériques et péribronchovasculaires, à net gradient apico-caudal (épargne des lobes supérieurs) et antéro-postérieur, au sein desquelles sont retrouvées une majoration de septa interlobulaires et quelques bronchectasies tubulaires.

La pneumopathie CoVid19 se traduisant dès lors en tomodynamométrie ente-autre par :

Des plages en verre dépoli (Se 77 %), bilatérales (Se 86 %) et périphériques (Se 86 %) à gradient apico-caudal et antéro-postérieur (Se 80 %) pouvant évoluer dans des stades ultérieurs vers des condensations parenchymateuses

Une majoration des **septa-interlobulaires** (Se 75 %)

– **L'absence**, du moins au stade initial, **d'adénomégalies et d'épanchements pleuraux**

Diagnostic Radiologique :

– Pneumopathie compatible avec une pneumopathie infectieuse de type CoVid19

PNEUMOLOGIE

Patiente, âgée de 87 ans, admise pour une AEG brutale.

À l'examen clinique, vous trouvez :

TA : 11 / 7

Pouls : 95 / mn

Saturation : 85 % sous air ambiant

Température : 39,4 °C

Toux grasse++

Expectorations verdâtres

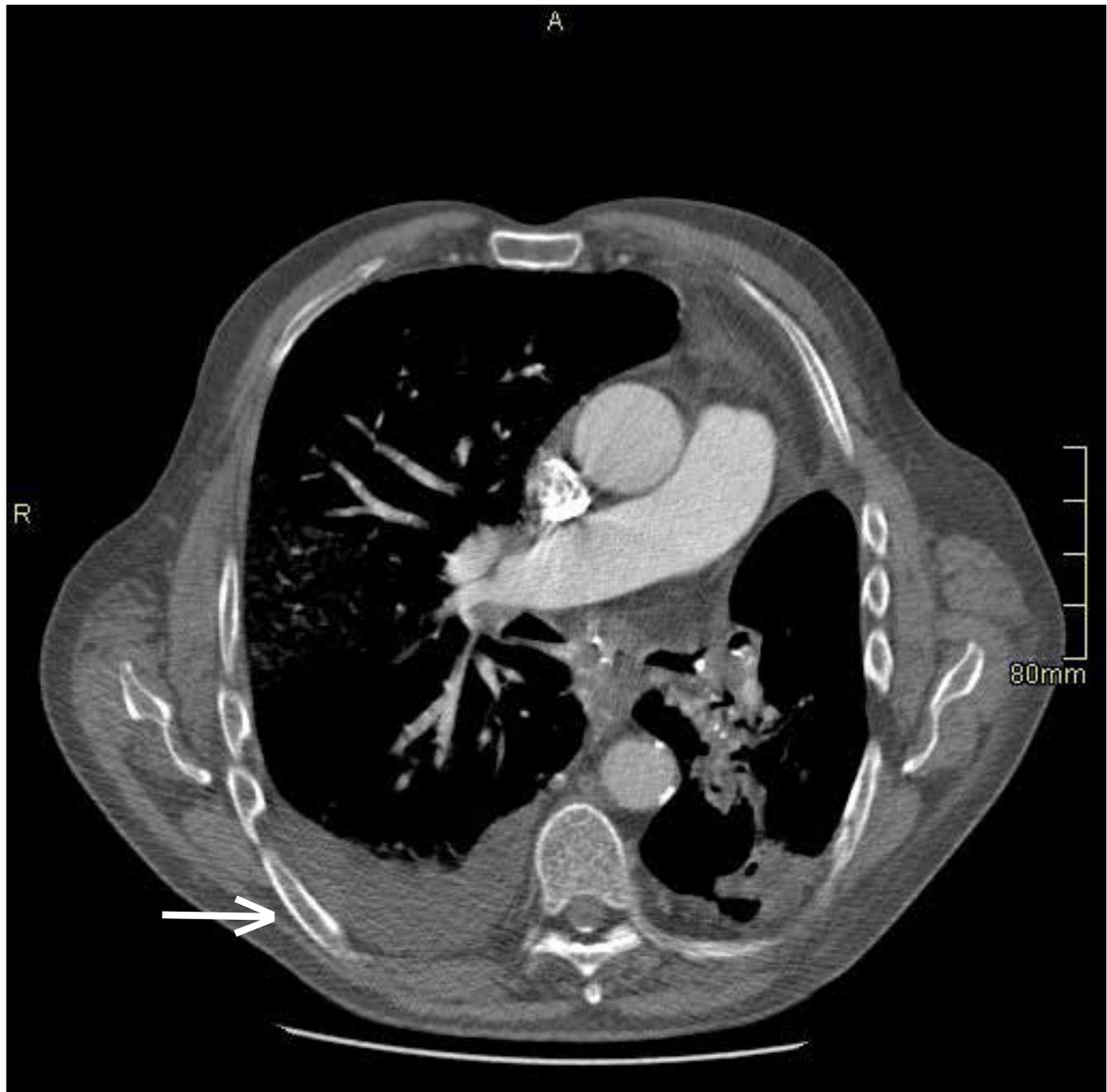
A l'auscultation, vous avez des crépitants des deux côtés.

Vous avez demandé un scanner thoracique.

Voici une coupe du scanner en question.

Quel est votre diagnostic ?





102

Foyer Pulmonaire

Le scanner a mis en évidence une pneumonie bilatérale avec un épanchement bilatéral

NEUROLOGIE

Patient, âgé de 77 ans, a fait une très mauvaise chute dans sa salle de bain.

D'après, sa femme, il a frappé sa tête à gauche contre le bord du lavabo et à droite contre le radiateur.

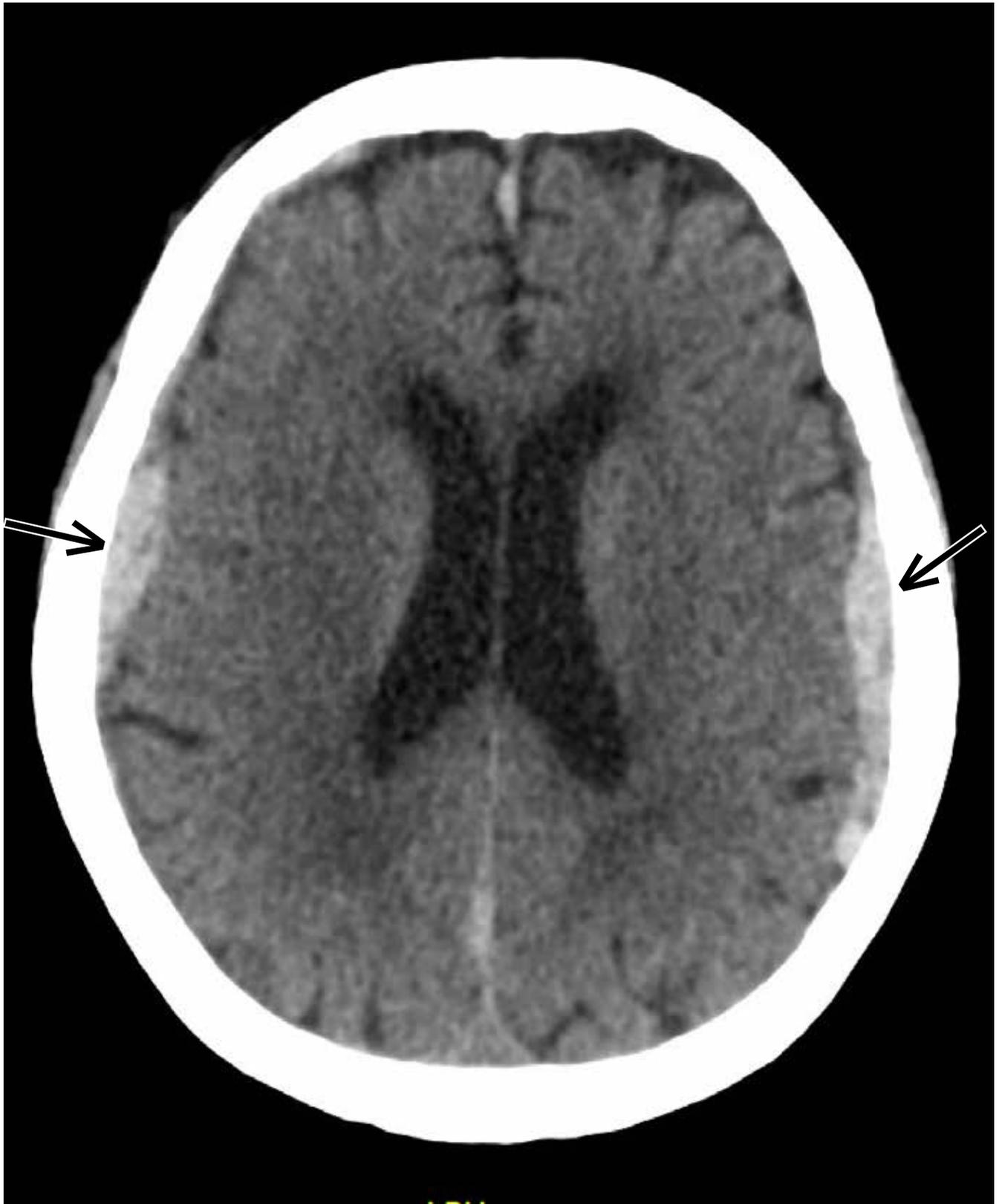
Le patient est inconscient.

Vous demandez une TDM du crâne, en urgence.

Voici le scanner cérébral en question.

Quel est votre diagnostic ?





104

HSD bilatéral.

Les flèches montrent l'HSD (Hématome Sous Dural) à droite et à gauche : HSD bilatéral.
Le sang frais apparaît en blanc sur les clichés du scanner cérébral, sans PdC.

NEUROLOGIE

Patient, âgé de 80 ans, alcool-tabagique, suivi en cardiologie pour ACFA et en pneumologie pour BPCO, a été admis aux urgences pour coma stade II.

Il a été retrouvé, gisant au sol, par son fils.

L'examen neurologique est asymétrique

Glasgow à 3 / 15

Coma stade II

Il a eu un scanner du corps entier.

Voici les clichés du scanner cérébral sans PdC.





106

**AVC ischémique**

Large zone hypo-dense, évoquant un AVC ischémique constitué au niveau de la corne frontale.

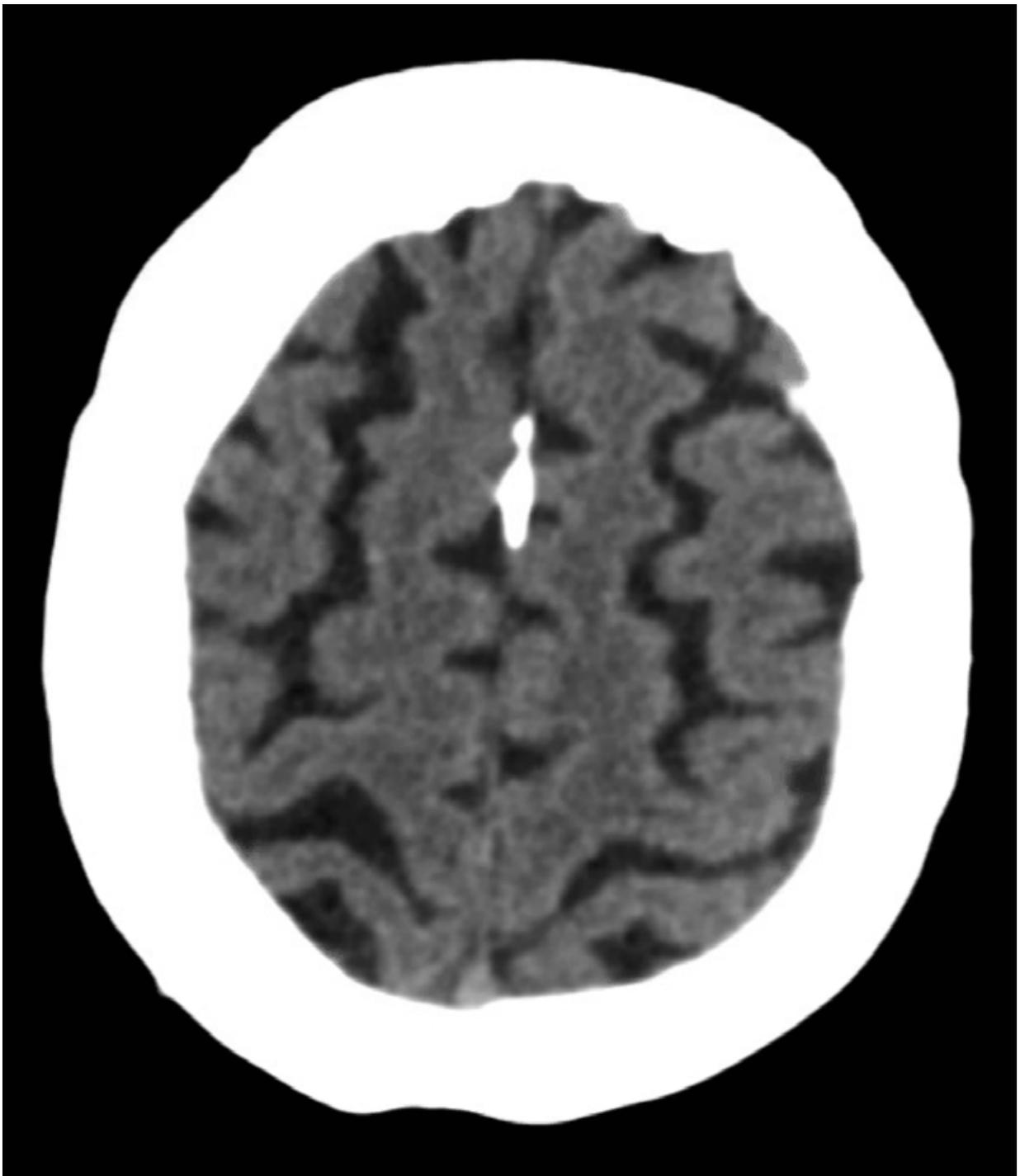
NEUROLOGIE

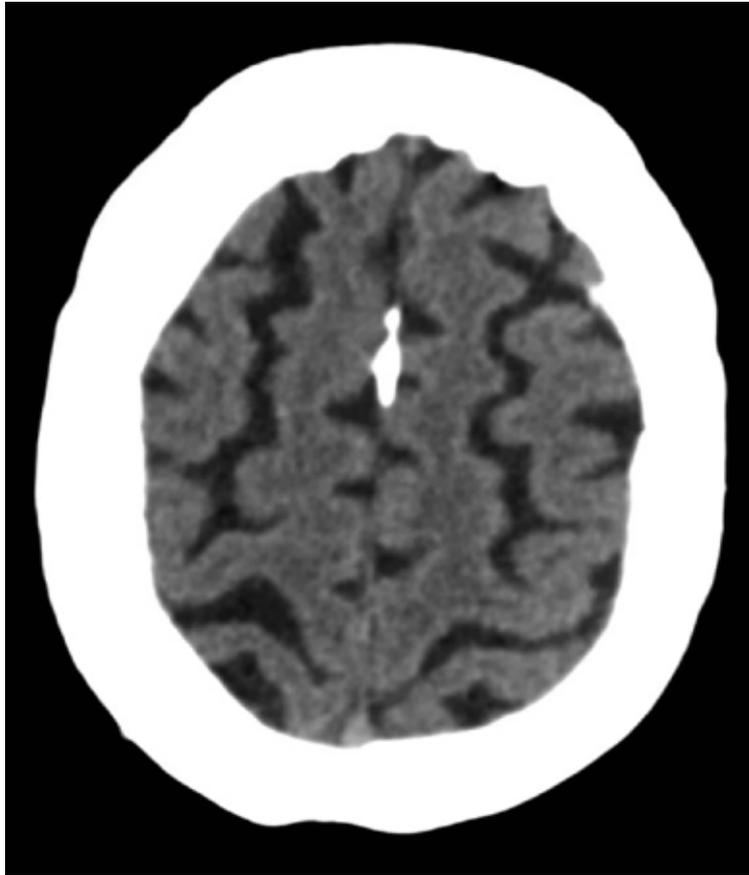
M^{me} F. Catherine, âgée de 81 ans, a été retrouvée au sol, inconsciente, par son fils qui n'avait plus de nouvelles depuis 48 h.

Vous avez demandé, devant ce tableau clinique, une TDM cérébrale, sans PdC.

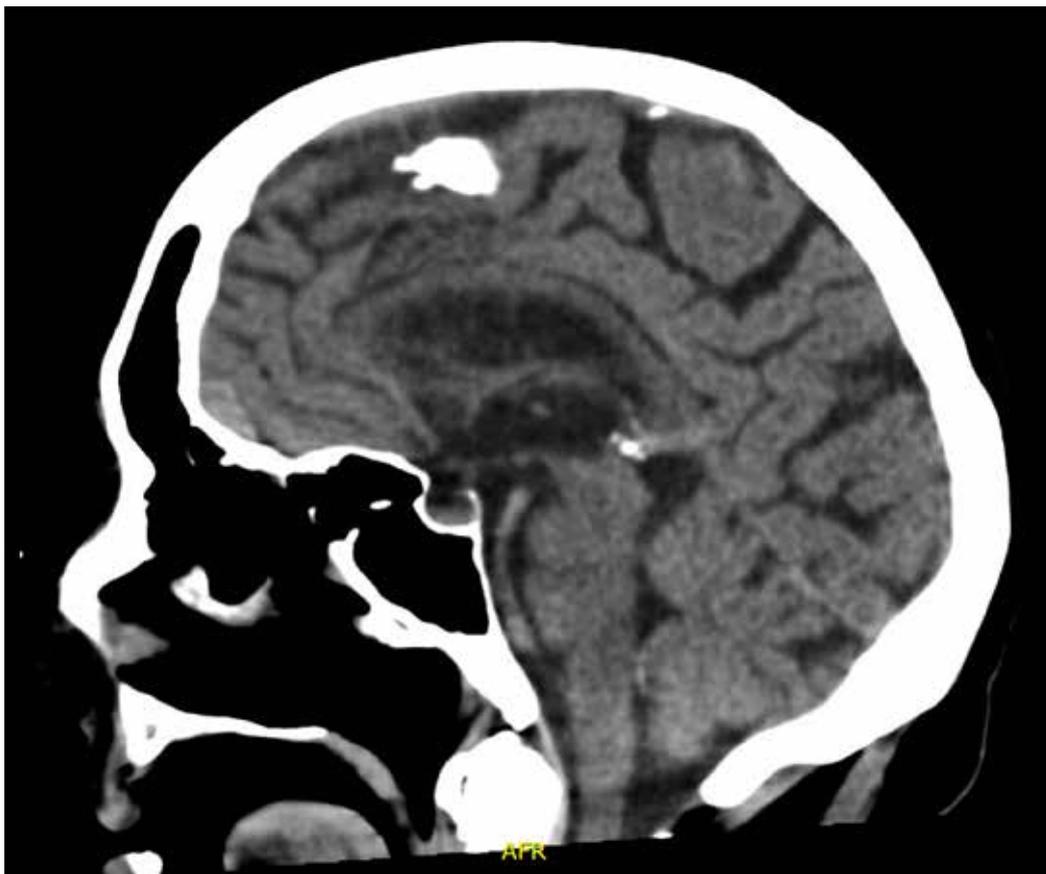
Voici deux coupes du scanner en question.

Quel est votre diagnostic ?





108



AVC hémorragique

Le scanner de M^{me} F. Catherine montre une plage hyperdense (sang frais).

Ce sang frais peut provenir de :

- AVC hémorragique d'emblée, provoquant une perte de connaissance, puis une chute sur le sol
- AVC ischémique avec saignement secondaire, provoquant une perte de connaissance, puis une chute sur le sol
- Chute (mécanique) avec TC (Trauma Crânien) et saignement secondaire (du au traumatisme / choc)

En résumé, c'est l'histoire de l'œuf et de la poule : Qui de l'œuf ou de la poule est arrivé en premier ?

NEUROLOGIE

Patiente, âgée de 78 ans, est retrouvée désorientée et errante, par sa fille.

L'examen clinique, aux urgences, montre :

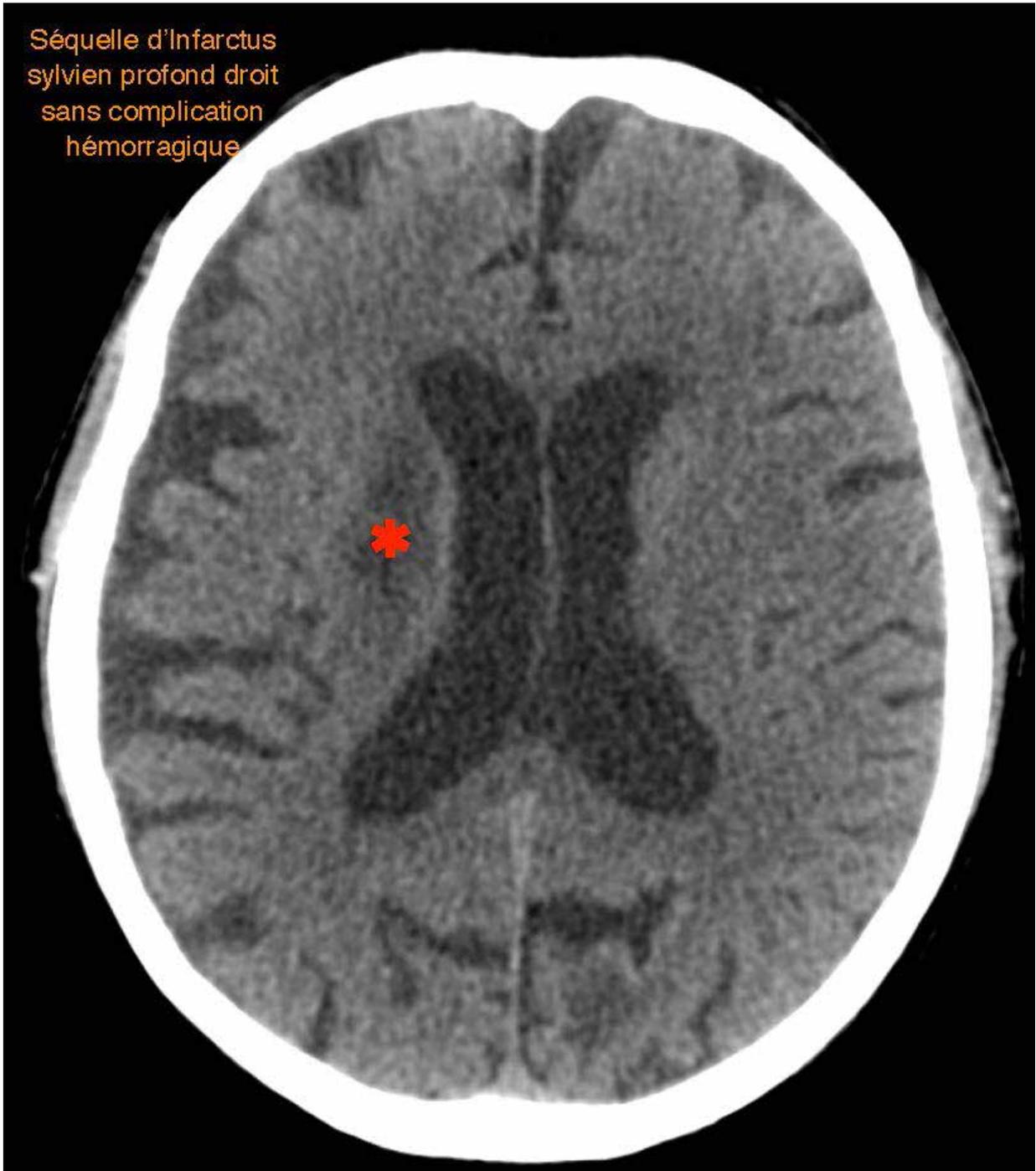
- Céphalées intenses.
- Trouble du langage.
- Trouble du comportement (agitation).
- Trouble de l'équilibre.
- Faiblesse du bras (force musculaire estimée à 2 / 5).
- Engourdissement de la face.

Voici une coupe de son scanner cérébral.

Quel est votre diagnostic ?



Séquelle d'infarctus
sylvien profond droit
sans complication
hémorragique



110

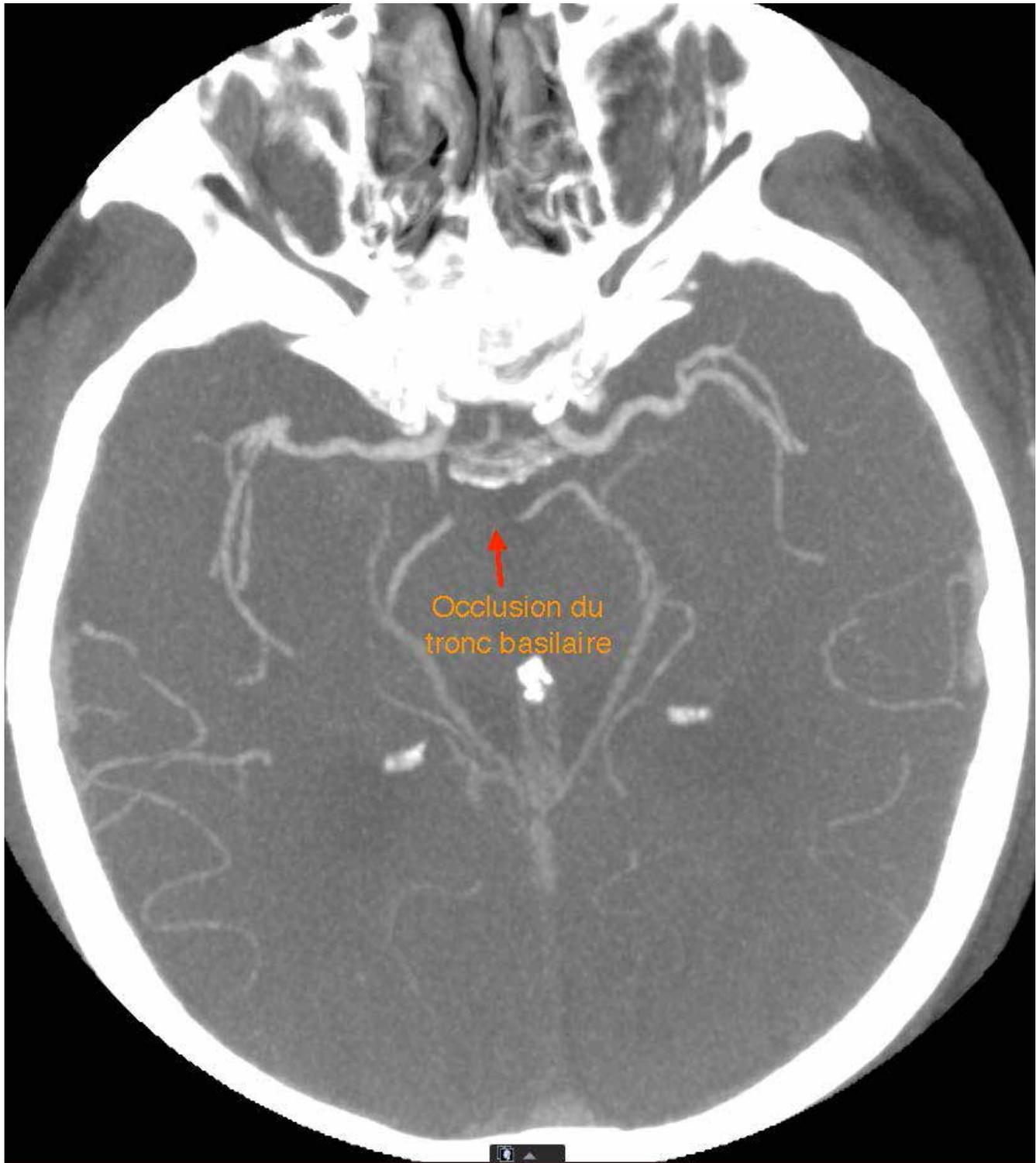
Infarctus Sylvien

NEUROLOGIE

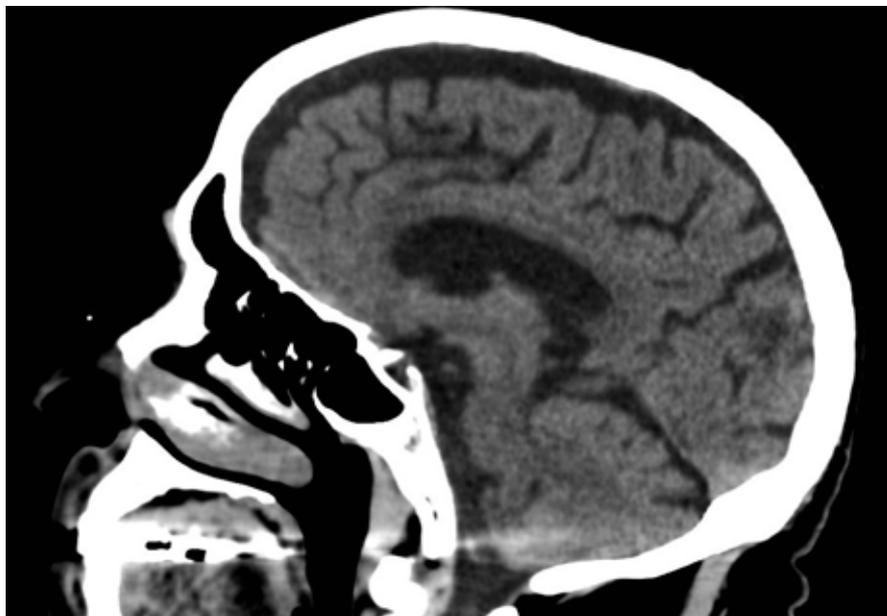
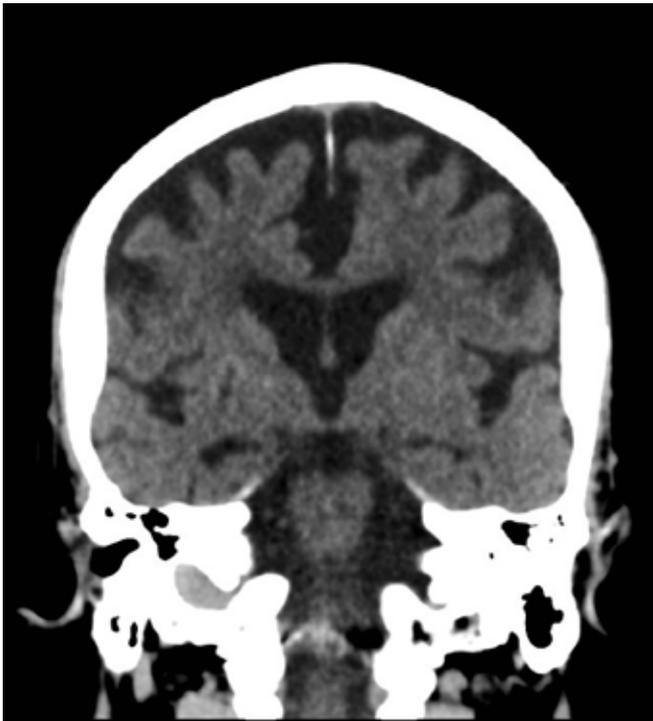
Patient, âgé de 70 ans, alcoolo-tabagique, ne se réveille plus, le lendemain d'une soirée bien arrosée.



Les occlusions du tronc basilaire (OTB) sont les formes les plus sévères des infarctus de la fosse postérieure. Leur pronostic reste sombre et le taux de handicap très important.

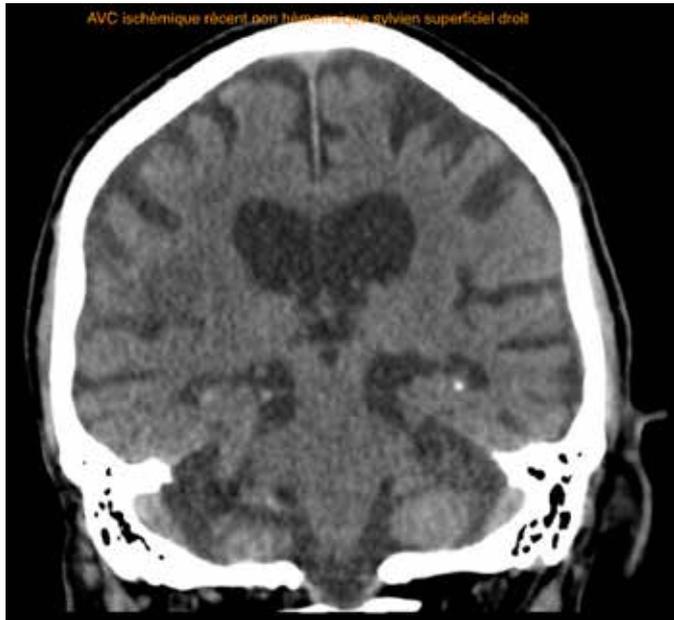


NEUROLOGIE





114



Autres AVC

UROLOGIE

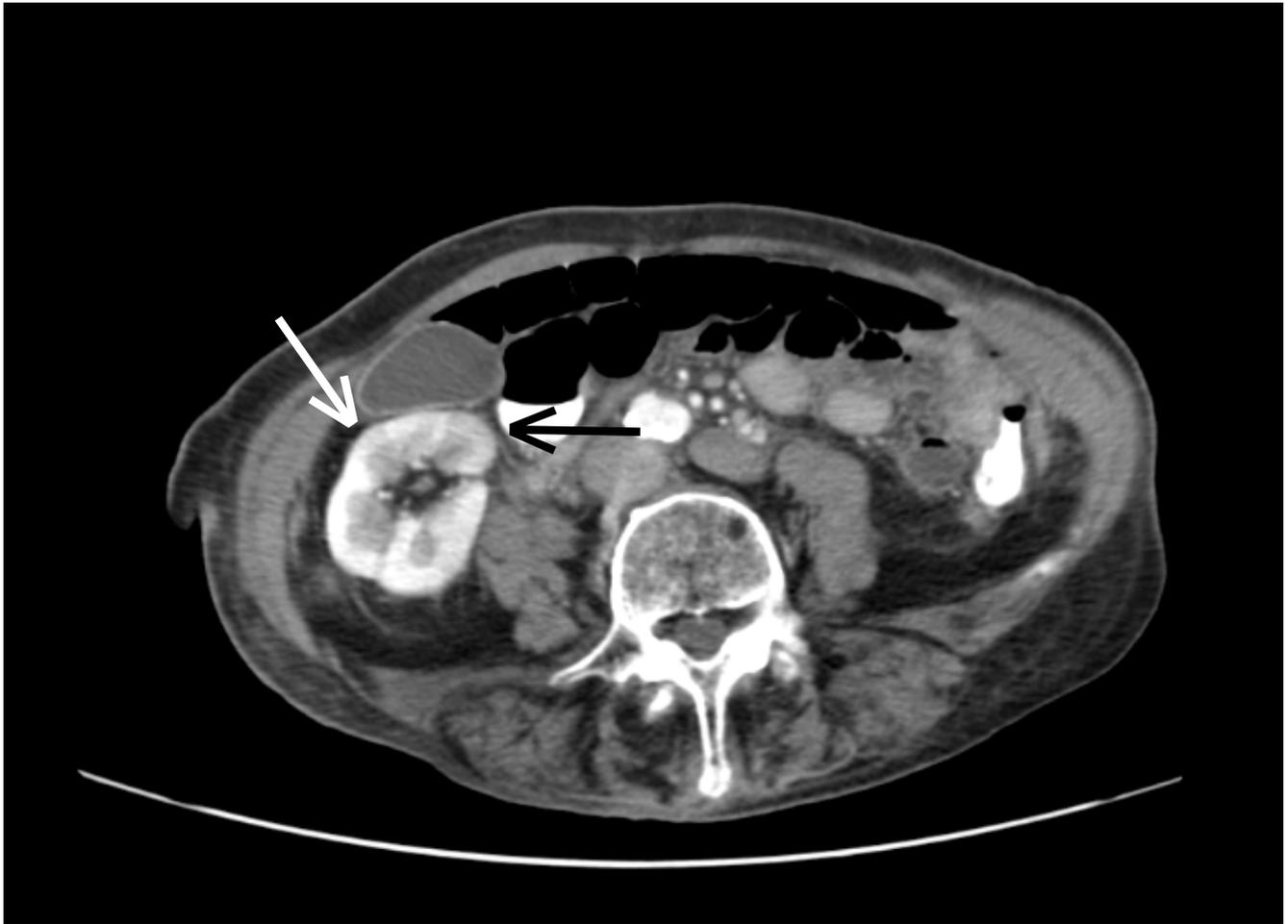
M^{me} B. Marie, âgée de 92 ans, a été admise, en urgence, pour douleurs dorso-lombaires
Associée à une grosse fièvre à 40,1°C avec des frissons.

Vos collègues des urgences ont demandé une TDM abdomino-pelvienne.

Voici deux coupes différentes du scanner en question.

Quel est votre diagnostic ?





118

Pyélonéphrite aiguë

Il s'agit d'une pyélonéphrite aiguë.

Les flèches montrent les zones corticales, du rein droit, qui n'ont pas été rehaussées par le PdC (Produit de Contraste).



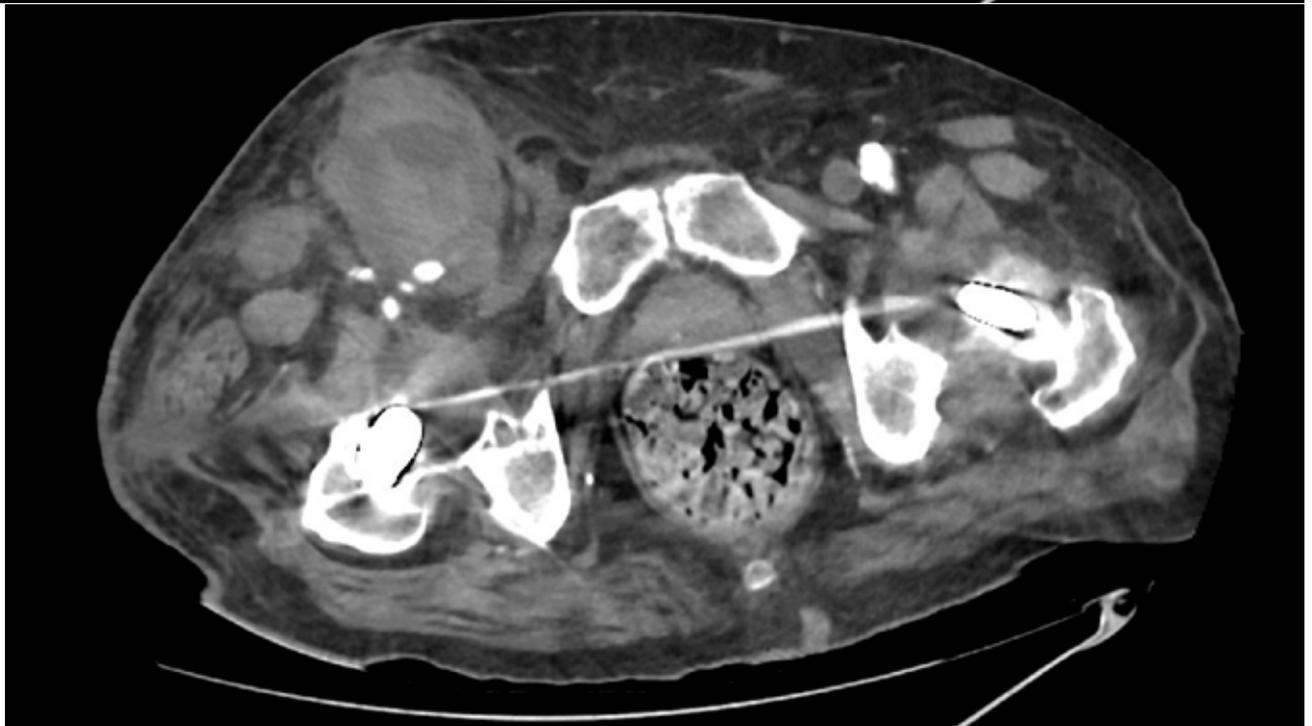
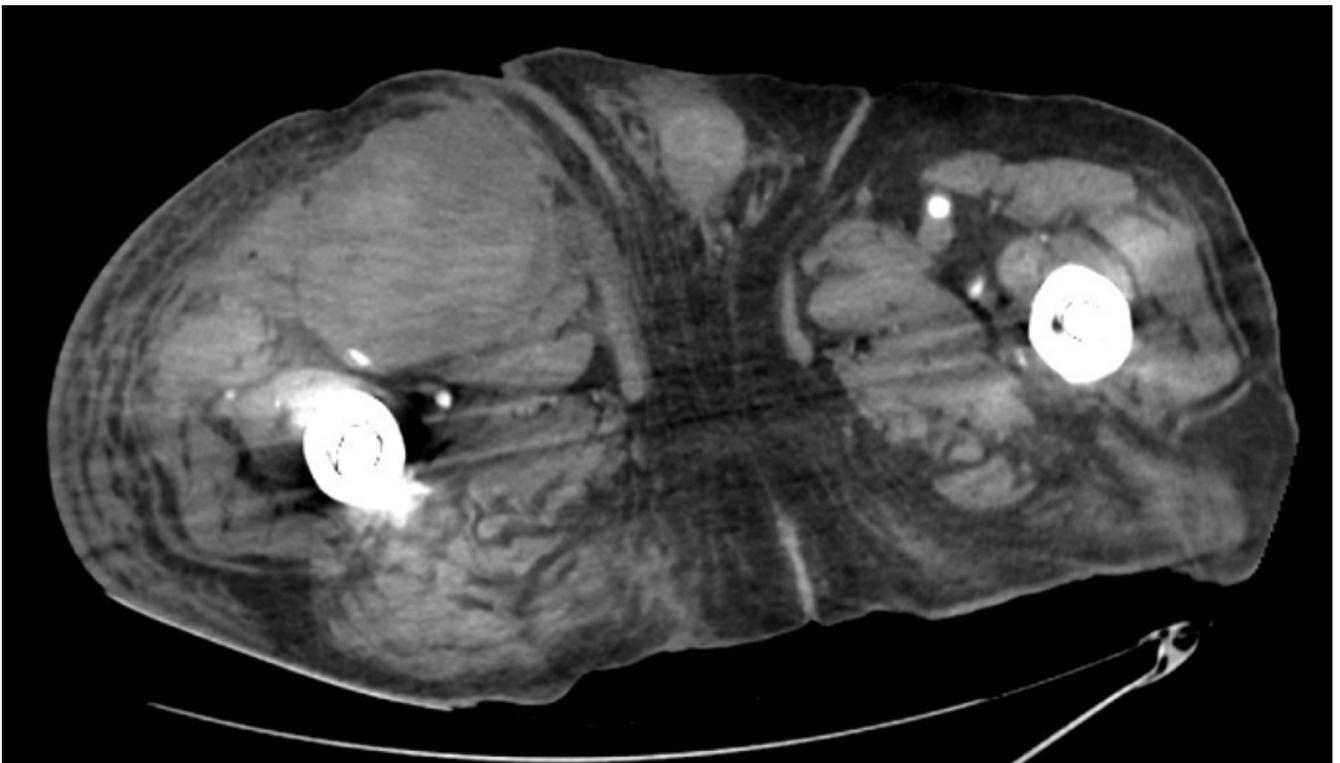
PARTIES MOLLES

Patient, âgé de 78 ans, sous NOAC, pour ACFA, présente une masse volumineuse, d'apparition rapide, au niveau de l'aîne droite.

Vous avez demandé un scanner abdomino-pelvien avec PdC.

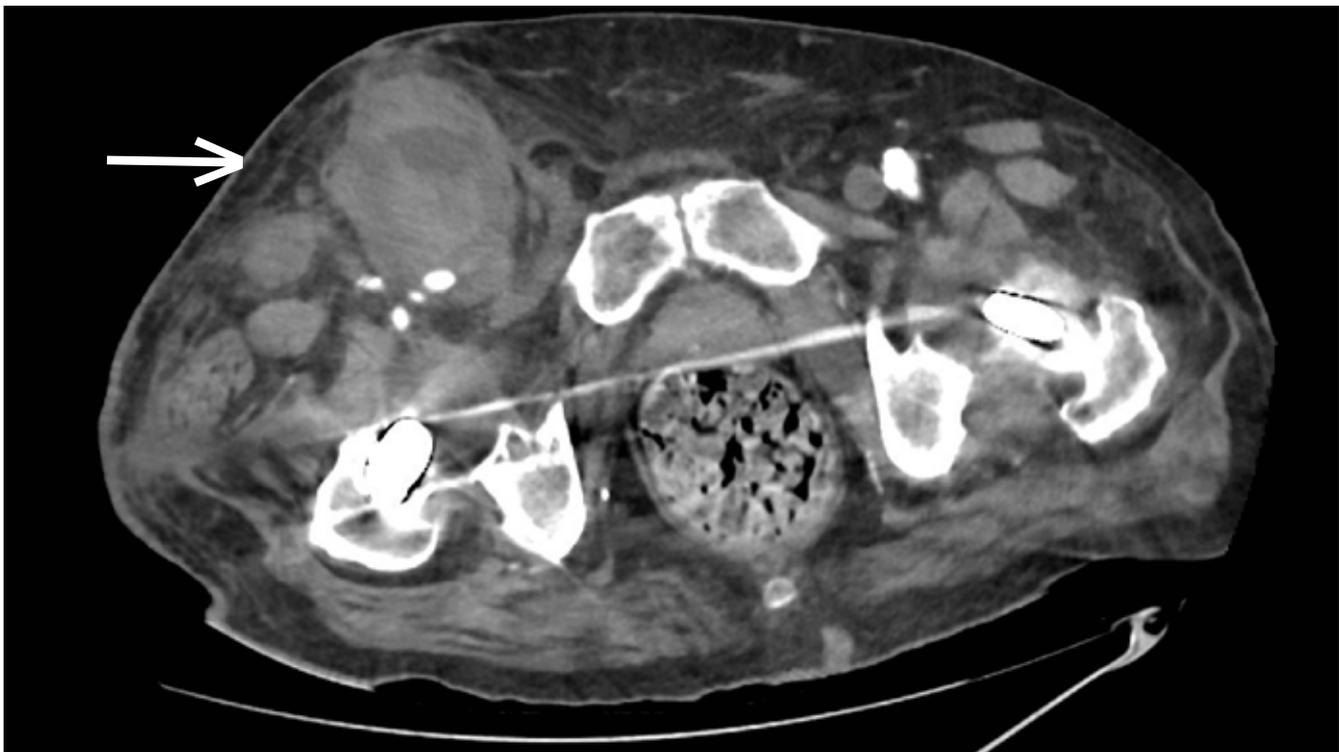
Voici quelques coupes du scanner en question.

Quel est votre diagnostic ?





120



Hématome

Le scanner met en évidence un volumineux hématome du scarpa droit (triangle de scarpa).