

**MAGAZINE MÉDICO-CHIRURGICAL**

# **K-KLINIK**

---

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

**N° 34 Mai - Juin 2023**

**N° 35 Juillet - Août 2023**

**NUMERO DOUBLE**



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,

Dans ce numéro double de **K-KLINIK N° 34 - 35**, notre très chère collègue, Dr COITO Sylvie de KETTERHILL nous fait profiter d'un cas clinique exceptionnel comme d'habitude.

De même, nous partageons une série d'imagerie, avec la collaboration de notre cher radiologue; Dr MOLKO Philippe.

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 très bonne lecture .

Rédacteur en chef, Dr MANAVI.

## Mentions légales

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

**www.K-KLINIK.lu** le site a été réactualisé en septembre 2023 mise à jour : septembre 2023

**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 :

Dr ASSADIAN Hamid-Reza

Dr COITO Sylvie

M<sup>me</sup> LOUVEL Sophie

Dr MOLKO Philippe

M. OLIVEIRA Nicolas

M<sup>me</sup> RAMOS Fernanda

M. SALLES Damien

Nous remercions, chaleureusement notre collègue radiologue qui a participé à l'élaboration de ce numéro double spécial : Imageries médicales.



Dr Molko Philippe

# TABLE DES MATIÈRES

<b>Edito (Dr MANAVI H.-R.)</b> .....	<b>PAGE</b>	<b>3</b>
<b>Normes et valeurs biologiques (Laboratoires KETTERHILL)</b> .....	<b>PAGE</b>	<b>7</b>
<b>Table des matières et table des matières des diagnostics</b> .....	<b>PAGE</b>	<b>9</b>
<b>Abréviations</b> .....	<b>PAGE</b>	<b>11</b>
<b>K-KLINIK-1- « Déficit en G6PD ! »</b> .....	<b>PAGE</b>	<b>12</b>
<b>IMAGERIES MÉDICALES</b> .....	<b>PAGE</b>	<b>19</b>
<b>NEUROLOGIE</b> .....	<b>PAGE</b>	<b>20</b>
AVC ISCHÉMIQUES MULTIFOCAUX .....	PAGE	20
<b>PNEUMOLOGIE</b> .....	<b>PAGE</b>	<b>25</b>
FOYER PULMONAIRE BASAL GAUCHE .....	PAGE	25
BPCO TERMINALE & COMPLICATIONS .....	PAGE	27
PNEUMECTOMIE GAUCHE .....	PAGE	33
<b>ABDOMEN</b> .....	<b>PAGE</b>	<b>37</b>
OCCLUSION INTESTINALE PAR VOLVULUS .....	PAGE	37
<b>ORTHOPEDIE</b> .....	<b>PAGE</b>	<b>42</b>
TASSEMENTS VERTEBRAUX T6 - T12 .....	PAGE	42
TASSEMENT VERTEBRAL L1 .....	PAGE	49
FRACTURE (ANCIENNE) DU COUDE GAUCHE .....	PAGE	52
FRACTURE DU POIGNET GAUCHE .....	PAGE	56
FRACTURE DU P1 DU IV <sup>ÈME</sup> DOIGT DE LA MAIN DROITE .....	PAGE	61
FRACTURE BI MALLÉOLAIRE GAUCHE .....	PAGE	65
<b>Normes et valeurs biologiques (Laboratoires KETTERHILL)</b> .....	<b>PAGE</b>	<b>66</b>



# ABREVIATIONS

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

**K-KLINIK-1**

Cas clinique présenté et expertisé par :

Dr COITO Sylvie  
Médecin spécialiste en biologie  
Laboratoires Ketterthill

**DÉFICIT EN G6PD !**

Un homme de 40 ans sans antécédent particulier a été traité pour une infection urinaire par ciprofloxacine 1 g PO / j pendant 72 h. A la fin de son traitement, il consulte car ne se sent pas bien, il a des céphalées, des douleurs abdominales et lombaires et se sent fatigué.

Leucocytes :	7.22	G / L
Érythrocytes :	3.12	T / L
Hémoglobine :	10.9	g / dL
Hématocrite :	32.9	%
MCH :	34.9	pg
MCHC :	33.1	g / dl
MCV :	105.4	fL
Plaquettes :	203	G / L
Neutrophiles :	3.1	G / L
Lymphocytes :	3.13	G / L
Monocytes :	0.54	G / L
Éosinophiles :	0.37	G / L
Basophiles :	0.04	G / L
Réticulocytes :	319	G / L
SGOT / ASAT :	40	UI / L
SGPT / ALAT :	28	UI / L
GGT :	13	UI / L
Phosphatases alcalines :	84	U / L
Bilirubine Totale :	3.2	mg / dL
Bilirubine Directe :	0.7	mg / dL
Bilirubine Indirecte :	2.5	mg / dL
Lipase :	52	U / L
CRP :	13	mg / L

12

- 1- Comment interprétez vous ce bilan et quelles analyses sont à ajouter ?
- 2- Quelles sont les anomalies observables sur le frottis sanguin ?
- 3- Quelle étiologie est la plus vraisemblable et pourquoi ?
- 4- Vous demandez le dosage du G6PD qui revient « taux normal ». Ce résultat exclut-il le diagnostic de déficit en G6PD ?
- 5- Quels sont les principaux facteurs déclenchant des crises de G6PD ?
- 6- Quels sont les principes de prise en charge ?
- 7- Quels conseils de prévention donnez vous au patient ?

**1- Comment interprétez vous ce bilan et quelles analyses sont à ajouter ?**

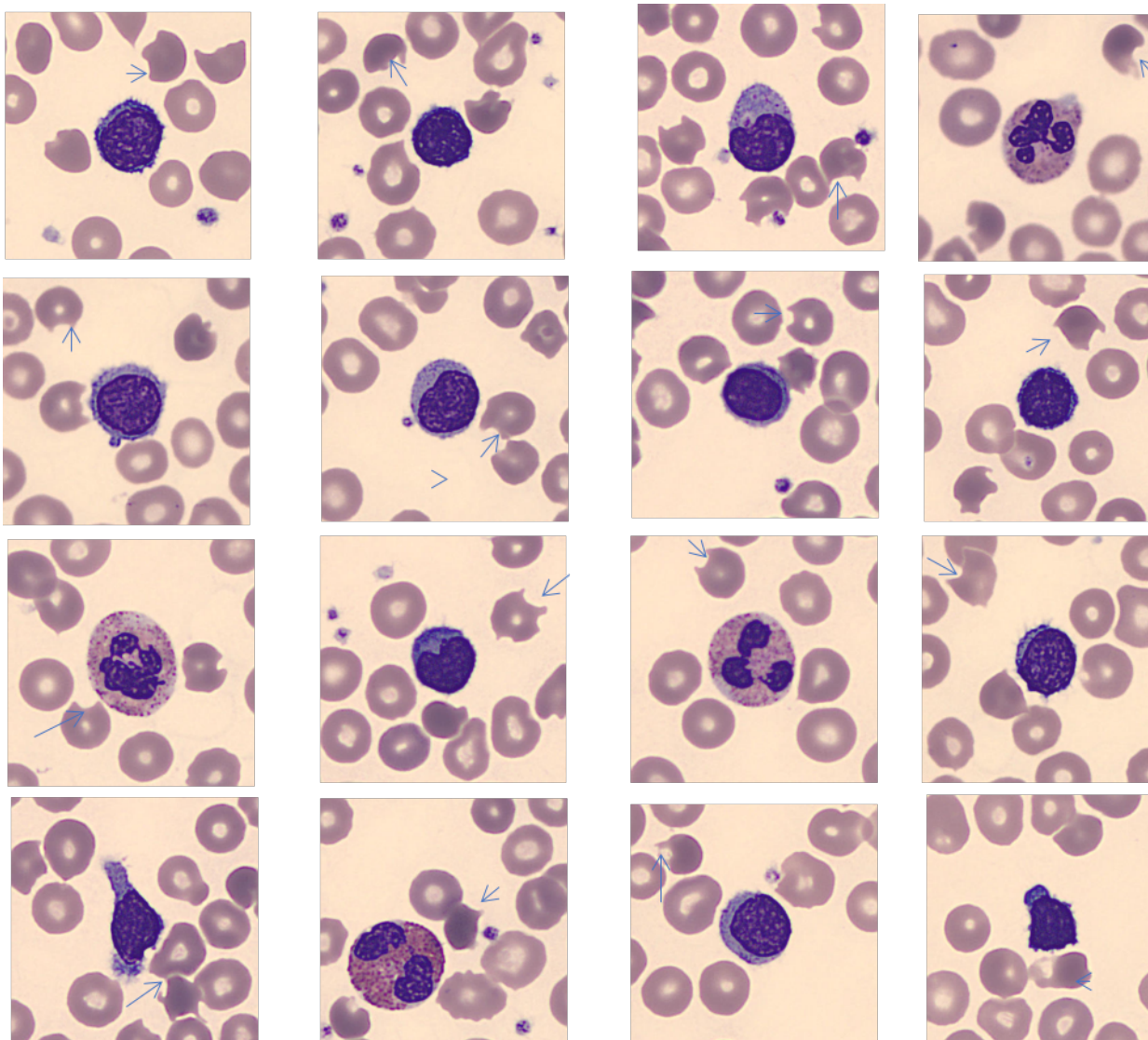
Anémie macrocytaire normochrome régénérative avec hyperbilirubinémie.

Il est nécessaire de compléter le bilan d'hémolyse avec dosage de l'haptoglobine (effondrée), des LDH (augmentés) en plus de la réticulocytose et de l'hyperbilirubinémie indirecte.

Un test de Coombs est à réaliser pour éliminer l'origine auto-immune de l'hémolyse.

La macrocytose peut être expliquée par l'hyperréticulose franche par un effet d'entraînement liée à la stimulation de l'érythropoïèse suite à l'hémolyse.

**Le frottis sanguin montre des GR particuliers :**



**2- Quelles sont les anomalies observables sur le frottis sanguin ?**

**Bite cells / hématies mordues** : Les globules rouges sont amputés d'une ou plusieurs portions semi-circulaires. Ce phénomène est évocateur d'un déficit enzymatique notamment en G6PD.

**Hématies ghost (et hémighosts)** : GR dépourvu en partie ou en totalité de leur contenu en Hb.



### 3- Quelle étiologie est la plus vraisemblable et pourquoi ?

Le diagnostic évoqué est un déficit en G6PD.

Cette pathologie touche préférentiellement les hommes. Dans ce cas, l'hémolyse a débuté après la prise d'antibiotiques, qui sont un agent oxydant.

La G6PD est une enzyme du globule rouge qui joue un rôle essentiel dans la protection du stress oxydatif puisqu'elle va participer à la production de la forme réduite du NADP en NADPH

### 4- Vous demandez le dosage du G6PD qui revient "taux normal". Ce résultat exclut-il le diagnostic de déficit en G6PD ?

Après un accès hémolytique, le dosage de la G6PD peut être faussement normal car les globules rouges survivants après la crise sont les plus jeunes et les moins déficitaires. La crise réticulocytaire apporte un stock de G6PD qui rend faussement normal le résultat.

Il est recommandé de faire un dosage à distance de la crise d'hémolyse et des transfusions s'il y en a eu.

Une autre façon de vérifier le résultat est de doser simultanément une autre enzyme de la glycolyse (pyruvate kinase ou hexokinase) et de vérifier le rapport entre les deux dosages. Un rapport normal exclura le déficit en G6PD.

Les tests de biologie moléculaire ne sont pas utilisés en routine en raison du grand nombre de variants. Ils sont employés pour rechercher des mutations précises dans des populations à risque ou pour caractériser des mutations plus rares par séquençage. Ils sont également très utiles dans les études familiales et peuvent faciliter le diagnostic prénatal.

14

### 5- Quels sont les principaux facteurs déclenchant des crises de G6PD ?

Médicaments oxydants :

- Antipaludéens
- Sulfamides antibactériens
- Sulfamides hypoglycémiant
- Quinolones
- Triméthoprim
- Nitrofurantoïne
- Spiramycine
- Analgésiques antipyrétiques

Infections

- Bactériennes
- Virales

Alimentation

- Fèves
- Vitamine C / acide ascorbique
- Boissons contenant de la quinine

### 6- Quels sont les principes de prise en charge ?

La guérison peut être spontanée.

Le traitement repose sur une hydratation et la supplémentation en vitamines est à discuter (vitamine B9, vitamine E).

**7- Quels conseils de prévention donnez vous au patient ?**

La prévention repose sur l'information du patient :

- Exclusion :
  - o Fèves quel que soit leur mode de préparation et de consommation
  - o Boissons contenant de la quinine : sodas "toniques" type Schweppes
  - o Vitamine C
- Proscrire l'automédication
- Connaître pour ne pas en prendre la liste des médicaments oxydants dangereux, liste que chaque déficients doit porter sur lui et faire connaître aux médecins qui le soignent
- Respecter strictement les doses prescrites notamment d'acide acétylsalicylique et de paracétamol.

Le déficit en G6PD est le déficit héréditaire enzymatique le plus fréquent du globule rouge. 400 millions de personnes, incidence de 20% en Afrique essentiellement au niveau du pourtour méditerranéen, en Asie et Afrique. Il a été décrit plus de 400 variants. Il s'agit d'une **maladie héréditaire récessive liée au chromosome X**.

La répartition de cette maladie est superposable aux zones impaludées. Ce déficit confère un avantage sélectif contre les formes graves de paludisme.

Dans le déficit en G6PD, en l'absence de crise hémolytique, les paramètres biologiques sont normaux.



# **IMAGERIES MEDICALES**

# NEUROLOGIE

## AVC ischémiques multifocaux

M<sup>me</sup> W. Marguerita, âgée de 71 ans, présente des céphalées depuis ce matin.

Elle n'a pas pu dormir à cause des céphalées.

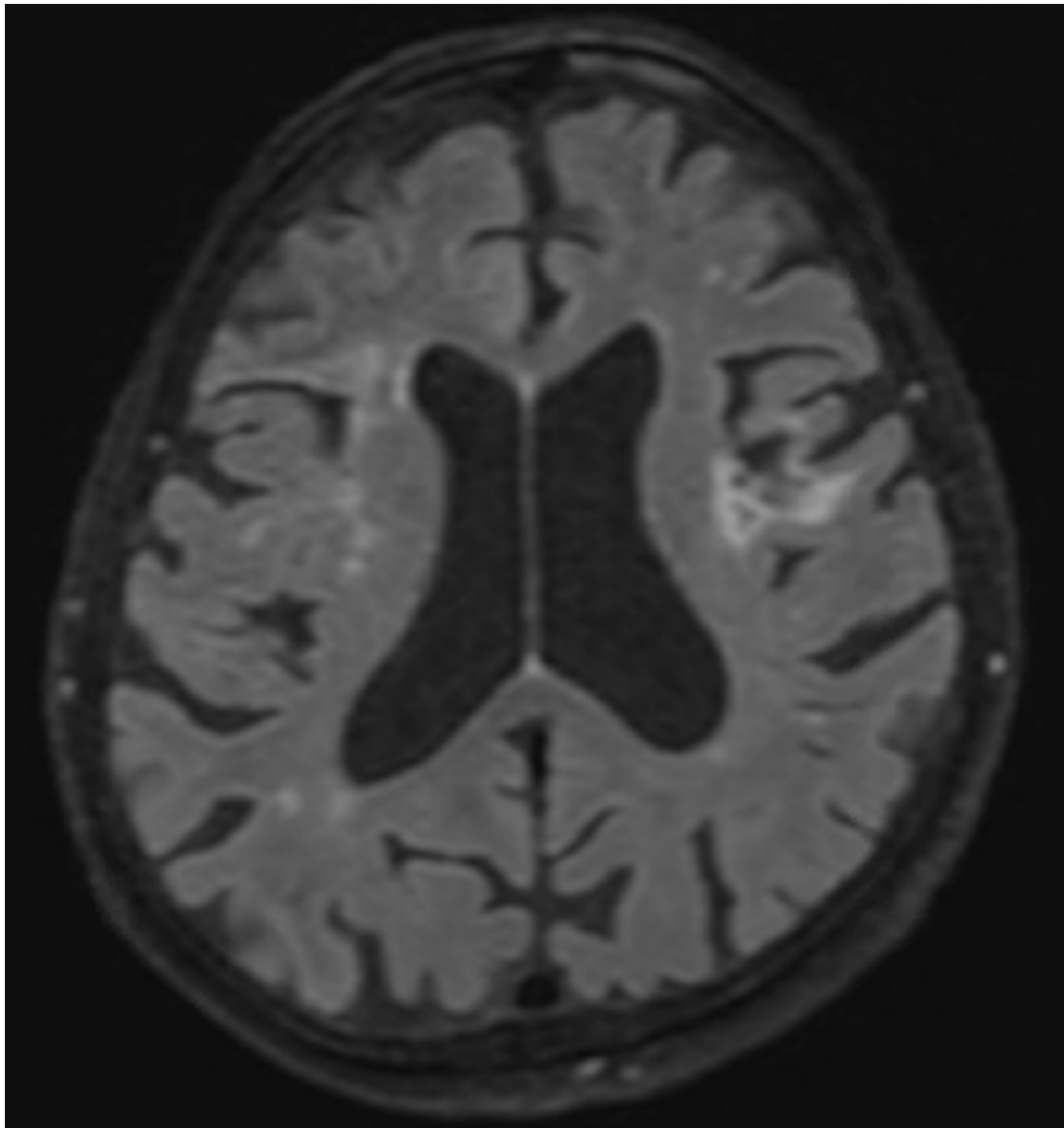
Ce matin, sa fille l'a trouvé au lit, plus ou moins, somnolente.

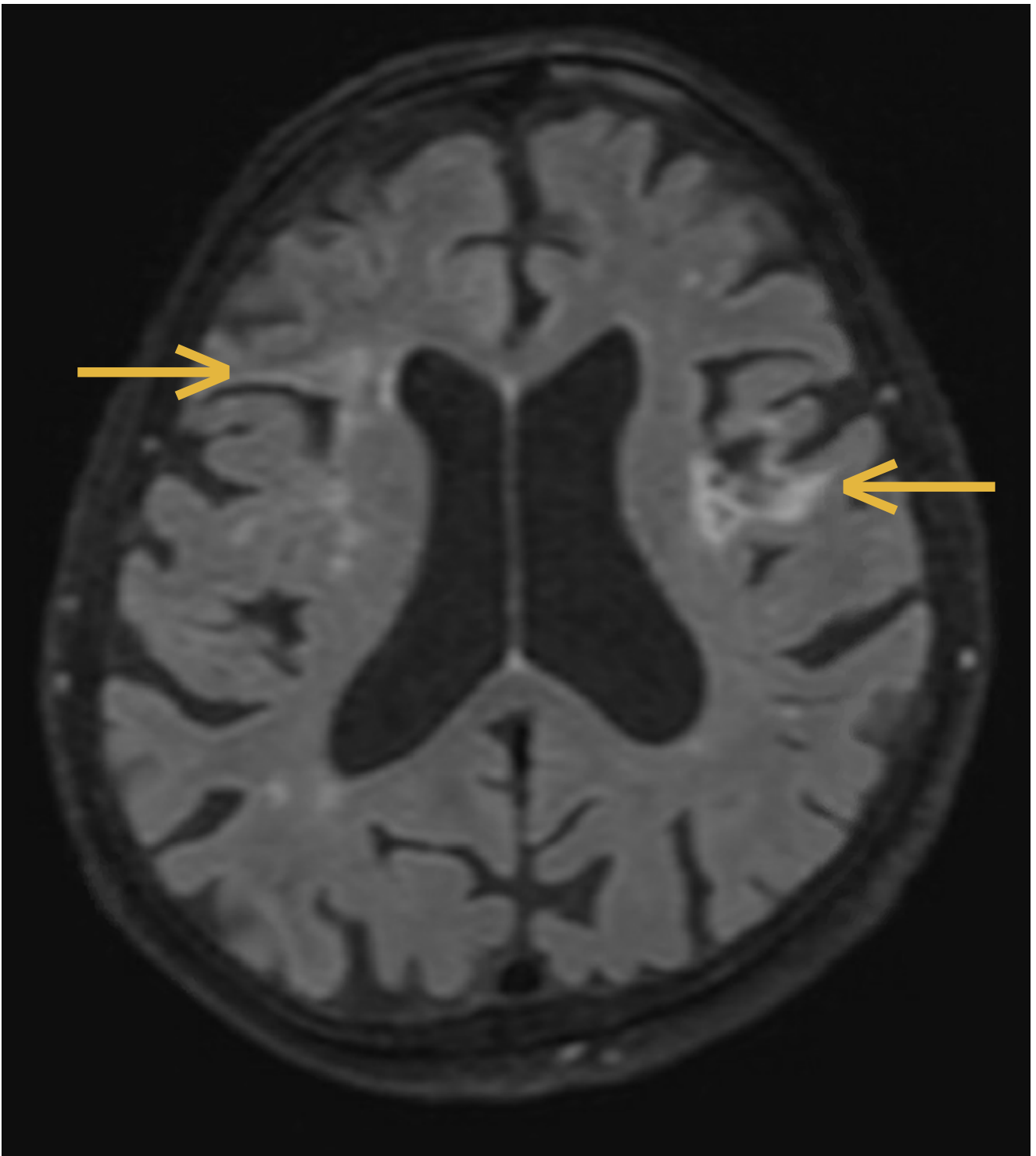
A l'examen clinique, elle est hyper tendue, TA à 220/115 mmHg avec un coma vigil.

Devant ce tableau clinique, vous demandez une IRM cérébrale en urgence.

**Voici quelques clichés.**

**Quel est votre diagnostic ?**





Coupe axiale cérébrale en IRM mettant en évidence deux zones d'ischémie:  
frontale gauche (→) et sylvienne droite (←)

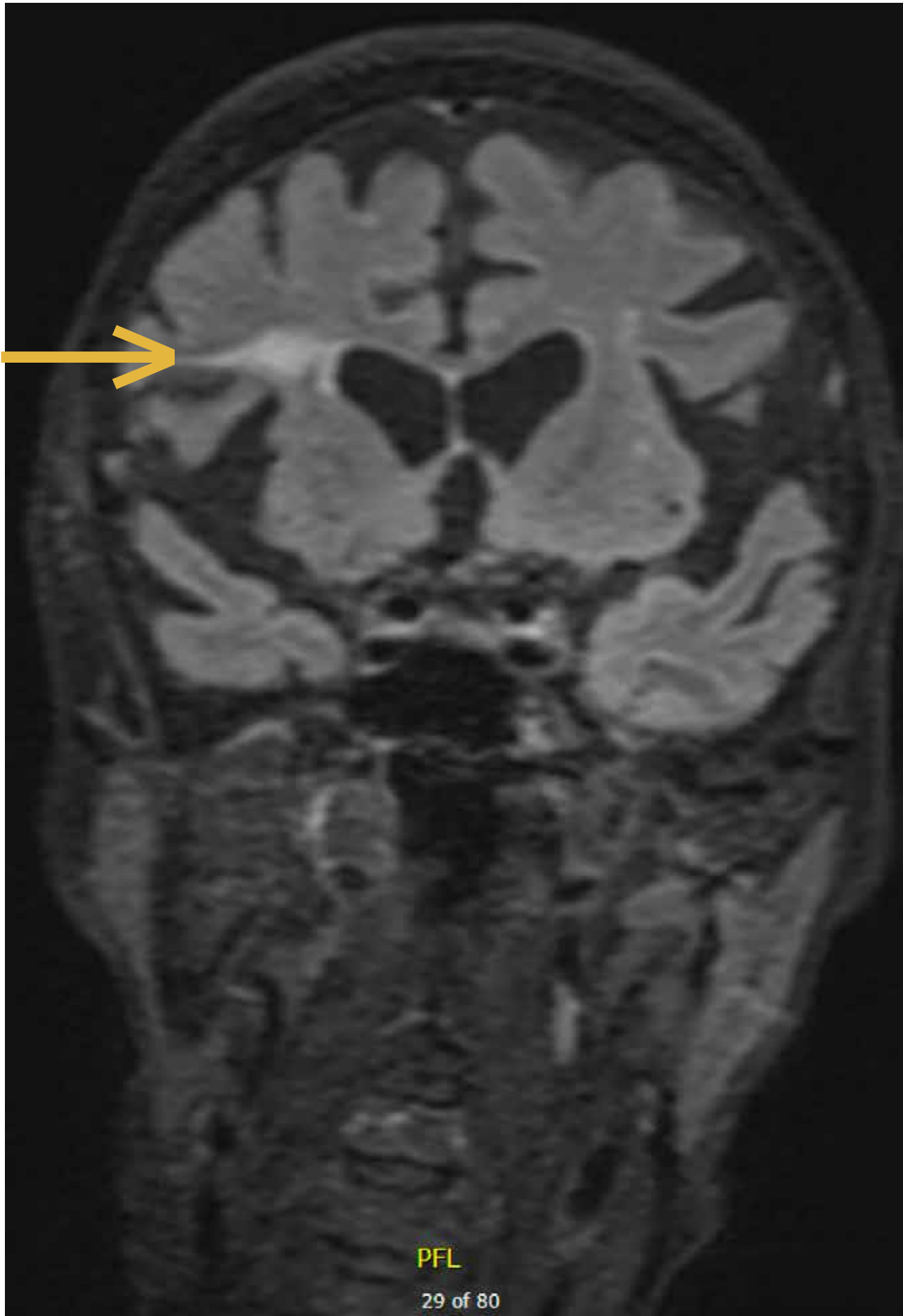


Même image en coupe axiale, avec produit de contraste. (←)

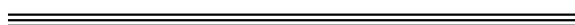


Même lésion, en coupe sagittale. (←)





Même zone ischémique frontale en coupe coronale de l'IRM. (←)



# PNEUMOLOGIE

## Foyer pulmonaire basal gauche

M.L. Frédérique, âgé de 87 ans, présente une fièvre à 38,9°C avec une Altération d'État Général (AEG) brutale, un état confusionnel et une grosse désorientation.

Ce patient, n'a pas d'antécédent particulier et ne prend aucun traitement.

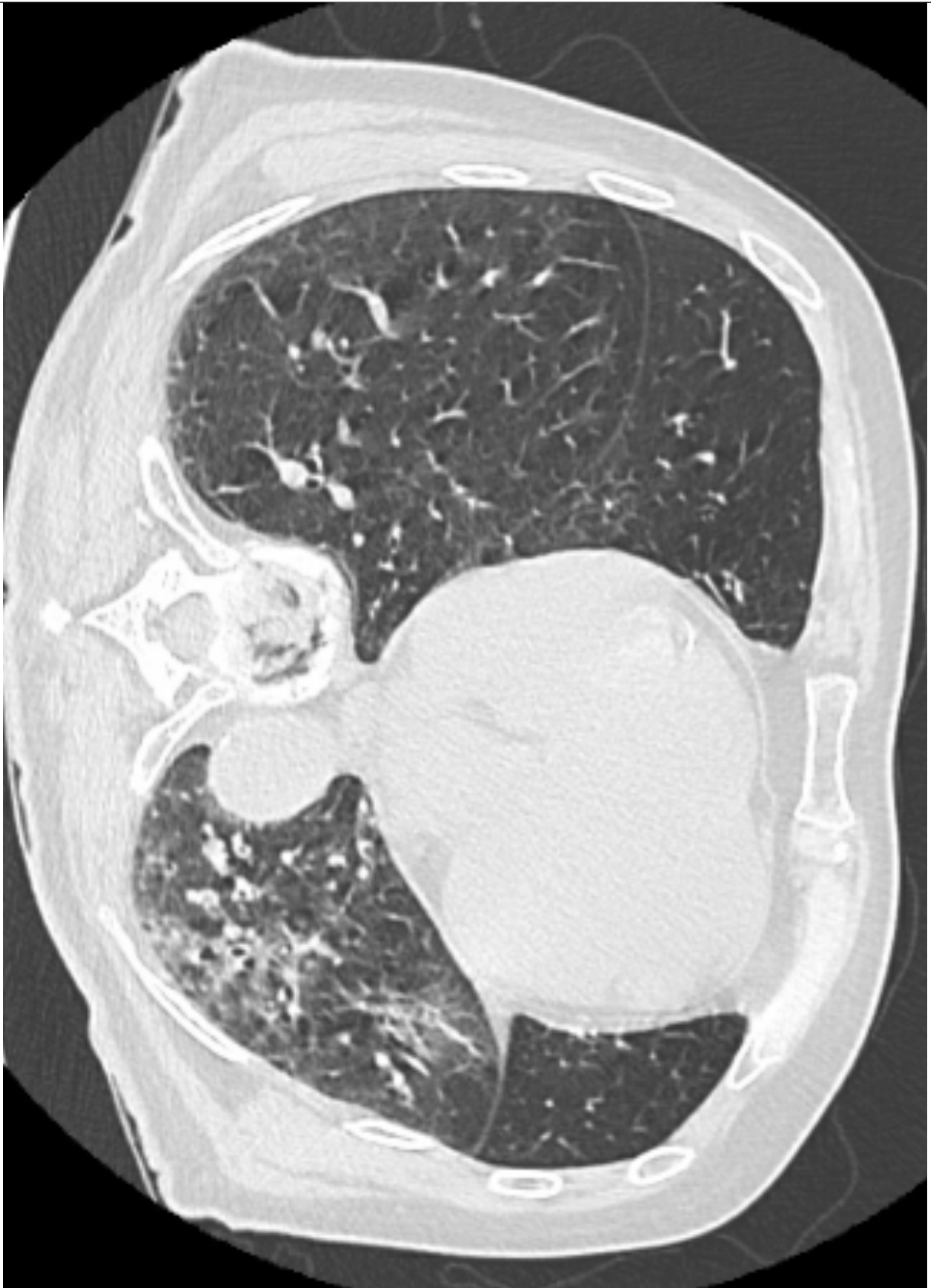
Les tests Covid antigénique et PCR sont négatifs.

Vous avez demandé un scanner thoracique sans produit de contraste.

**Voici quelques clichés.**

**Quel est votre diagnostic ?**





Coupe Axiale du thorax sans produit de contraste.

Cette coupe met en évidence :

un foyer de bronchopneumopathie postéro-basal gauche sans autre lésion thoraco-abdominale d'allure évolutive.

l'état confusionnel, et la désorientation peuvent s'expliquer par cette pneumonie.

# PNEUMOLOGIE

## BPCO terminale & complications

Vous êtes de garde, et, l'infirmière de l'étage vous appelle pour une dyspnée et une désaturation brutale chez M. F. Agostinho, âgé de 79 ans, que vous ne connaissez pas du tout.

Le patient est dyspnéique et cherche de l'air, malgré qu'il a 2 litres d'O<sub>2</sub> / mn, en lunettes.

Ses constantes sont :

TA 180 / 110 mmHg

Pulse à 120 / mn

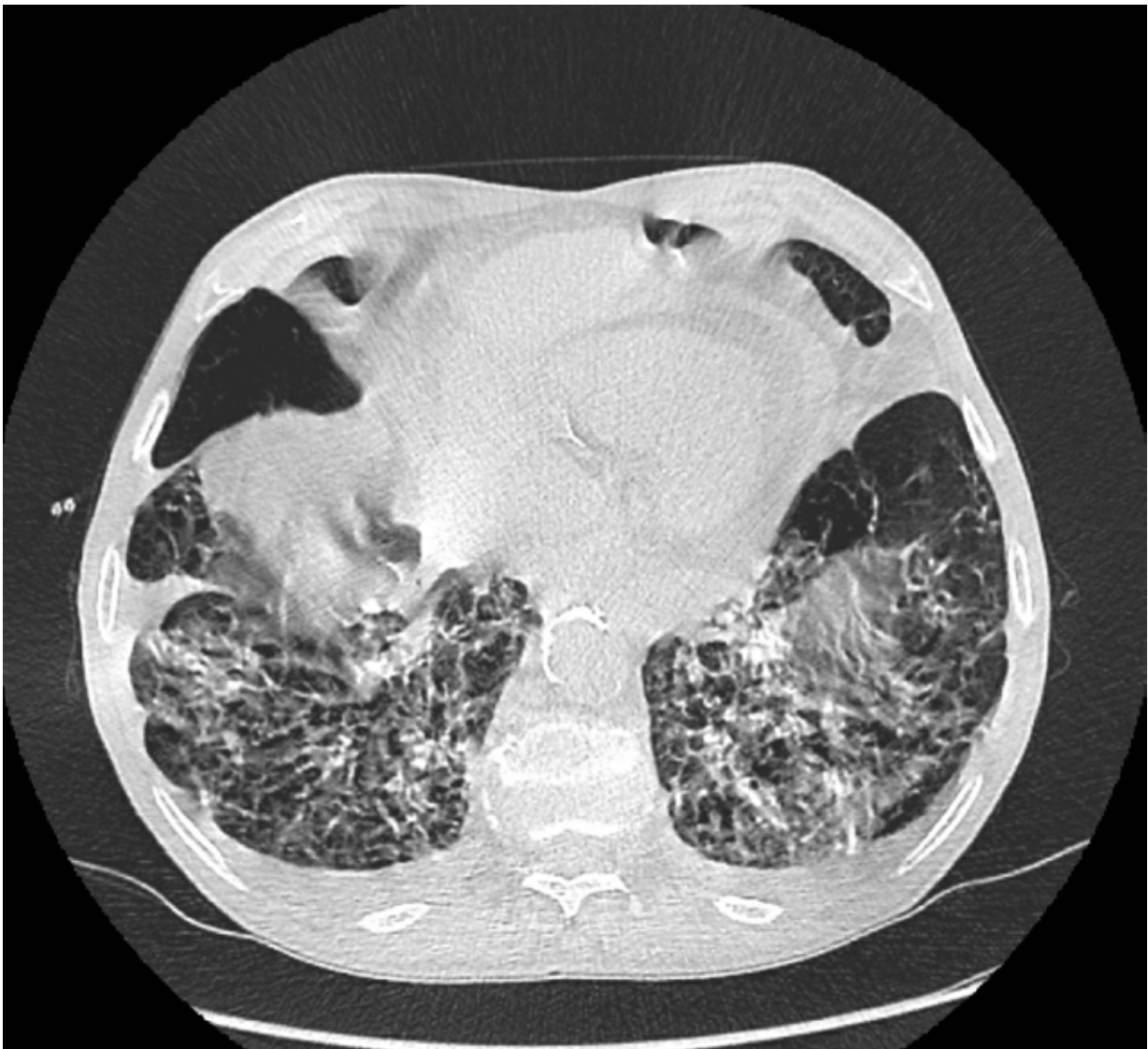
Saturation à 75 % sous 2 litres d'O<sub>2</sub> / mn

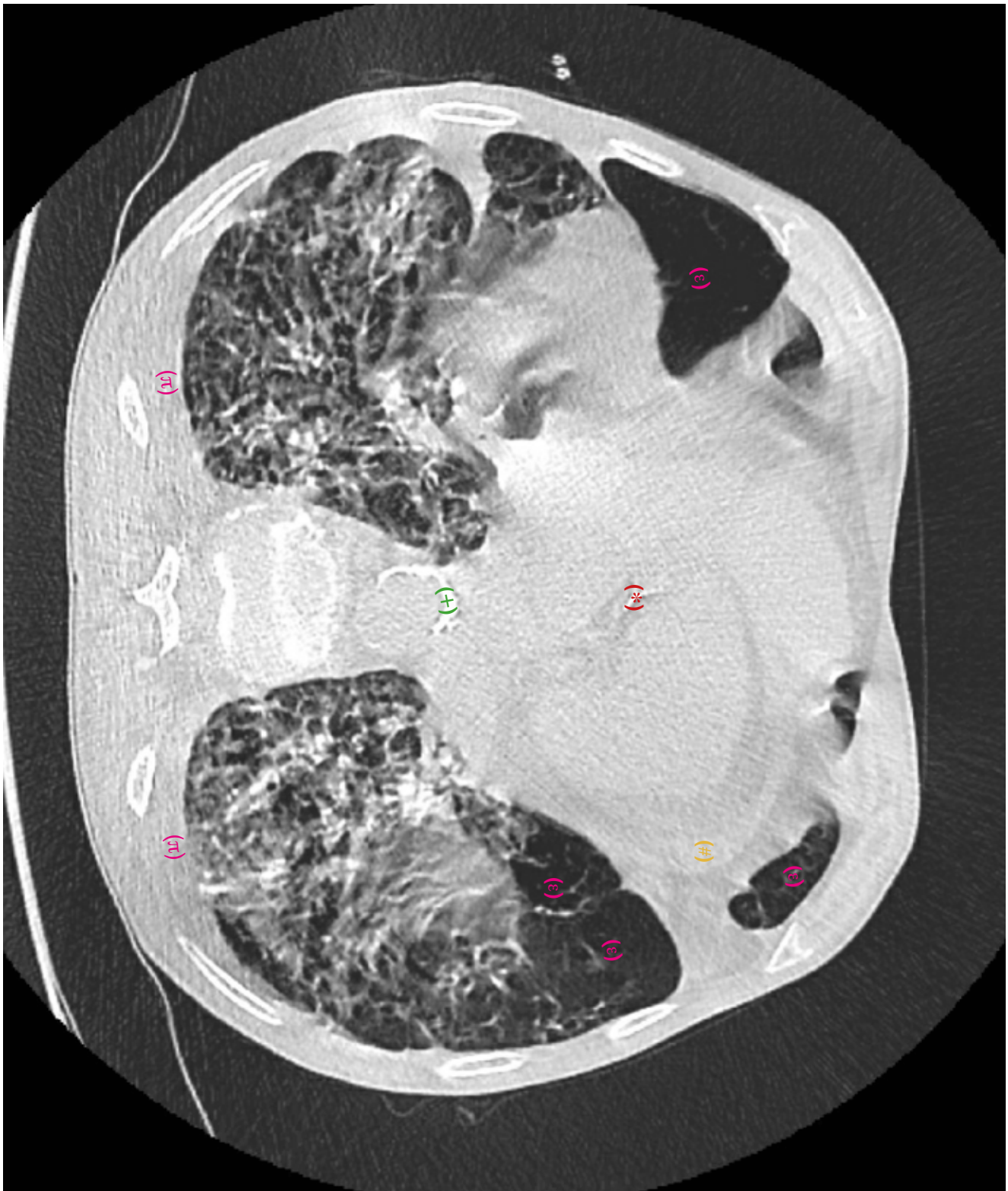
Température à 38,5°C

Vous avez demandé un scanner thoracique sans produit de contraste.

**Voici quelques clichés.**

**Quel est votre diagnostic ?**





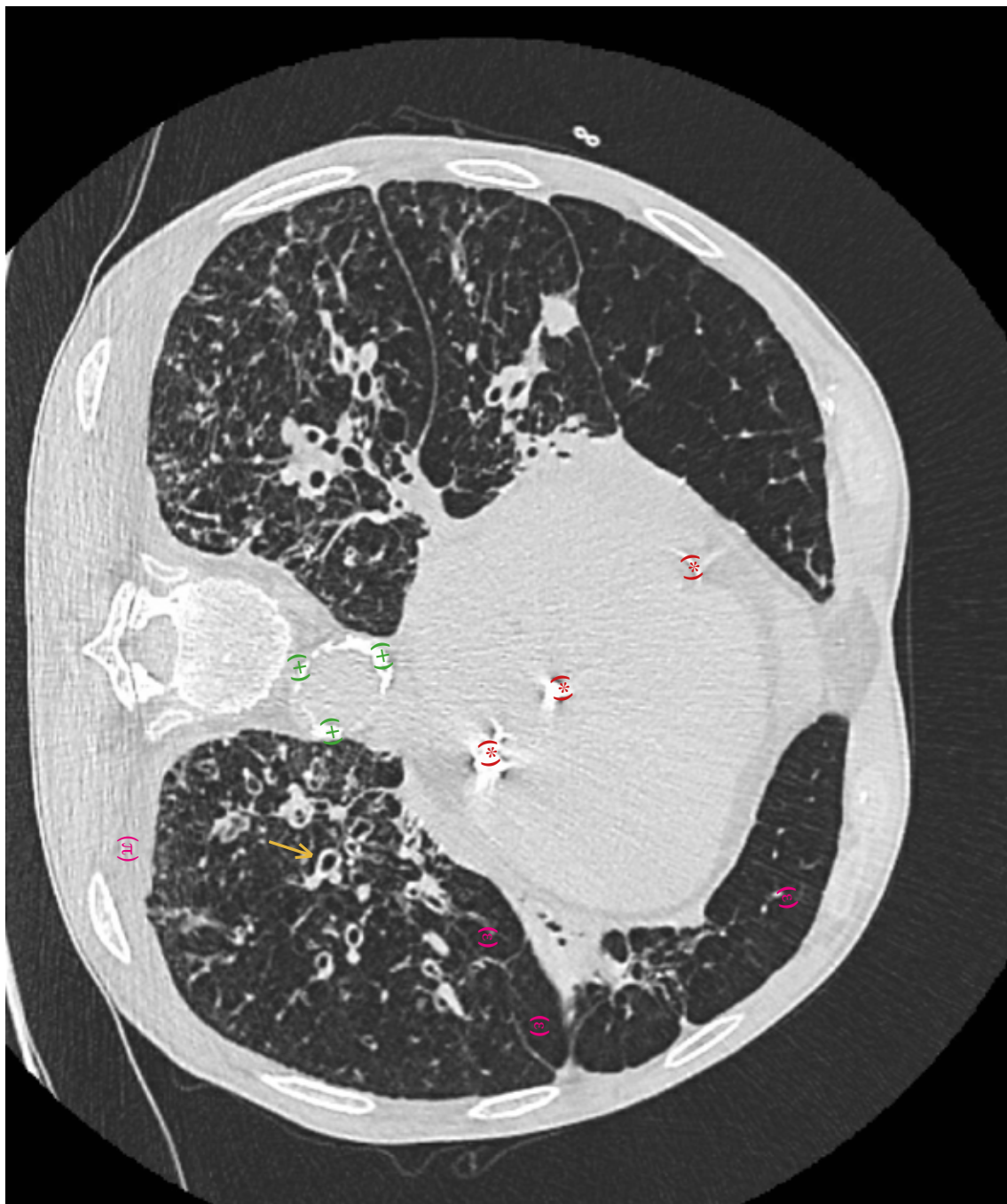
Coupe Axiale du thorax sans produit de contraste.

Cette coupe met en évidence :

Bronchectasies bilatérales, principalement dans les lobes inférieurs, avec de petits infiltrats péribronchiques et parois bronchiques nettement épaissies en forme de cercle. Certaines bronches sous-segmentaires sont déplacées par le mucus : signes d'emphysème pulmonaire.

De plus :

- Calcification de la valve mitrale (\*)
- Calcification aortique (aorte descendante) (+)
- Épanchement péricardique (#)
- Bulles d'emphysème pulmonaire (β)
- Épanchement pulmonaire bilatéral (π)



Coupe axiale du thorax sans produit de contraste.

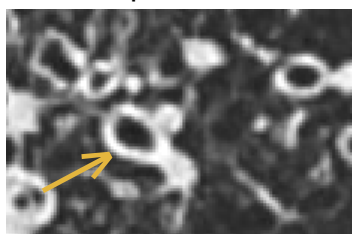
Cette coupe met en évidence :

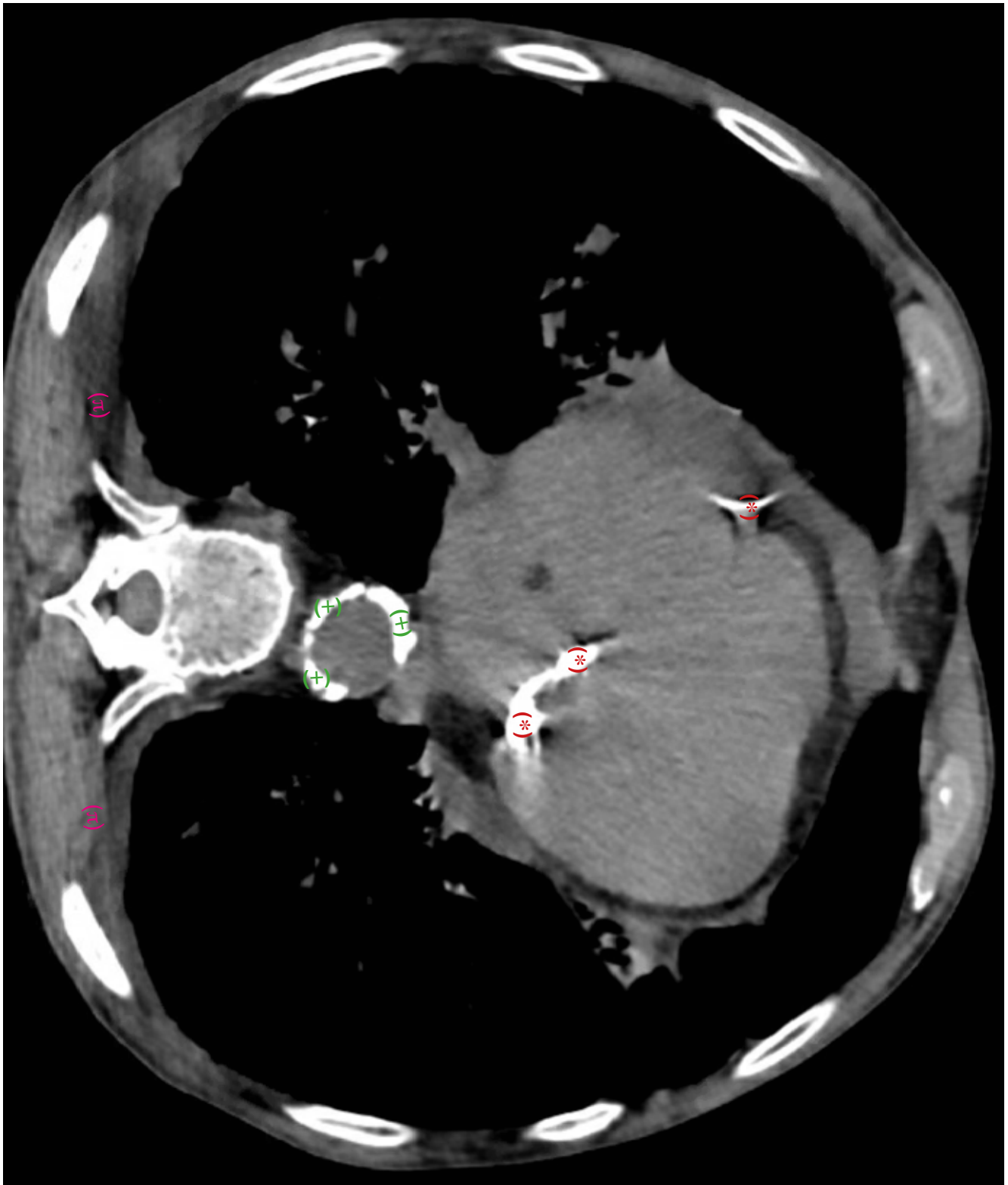
Bronchectasies bilatérales, principalement dans les lobes inférieurs, avec de petits infiltrats péribronchiques et parois bronchiques nettement épaissies en forme de cercle.

De plus :

- Calcification de la valve mitrale et les autres valves également (\*)
- Calcification aortique (aorte descendante) (+)
- Bulles d'emphysème pulmonaire (π)
- Épanchement pulmonaire bilatéral (π)

Le signe du "canon de fusil" : si la coupe de la bronche est plus grande que l'artère adjacente : c'est la preuve d'existence de bronchectasie (dilatation des bronches). →





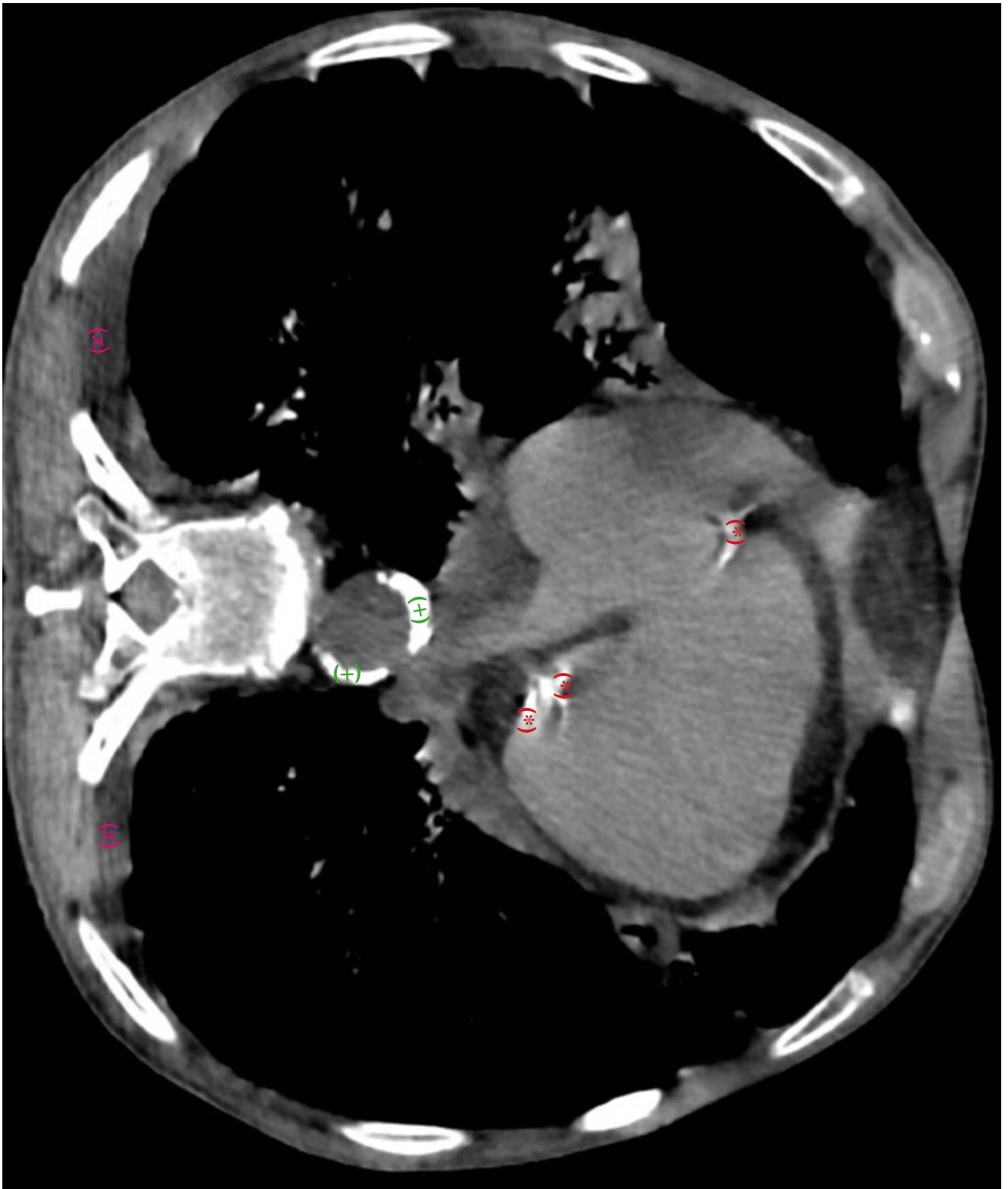
Coupe Axiale du thorax sans produit de contraste.

Cette coupe met en évidence :

Bronchiectasies bilatérales, principalement dans les lobes inférieurs, avec de petits infiltrats péribronchiques et parois bronchiques nettement épaissies en forme de cercle. Certaines bronches sous-segmentaires sont déplacées par le mucus : signes d'emphysème pulmonaire.

De plus :

- Calcification de la valve mitrale et les autres valves également (\*)
- Calcification aortique (aorte descendante) (+)
- Épanchement pulmonaire bilatéral (π)



Coupe axiale du thorax sans produit de contraste.

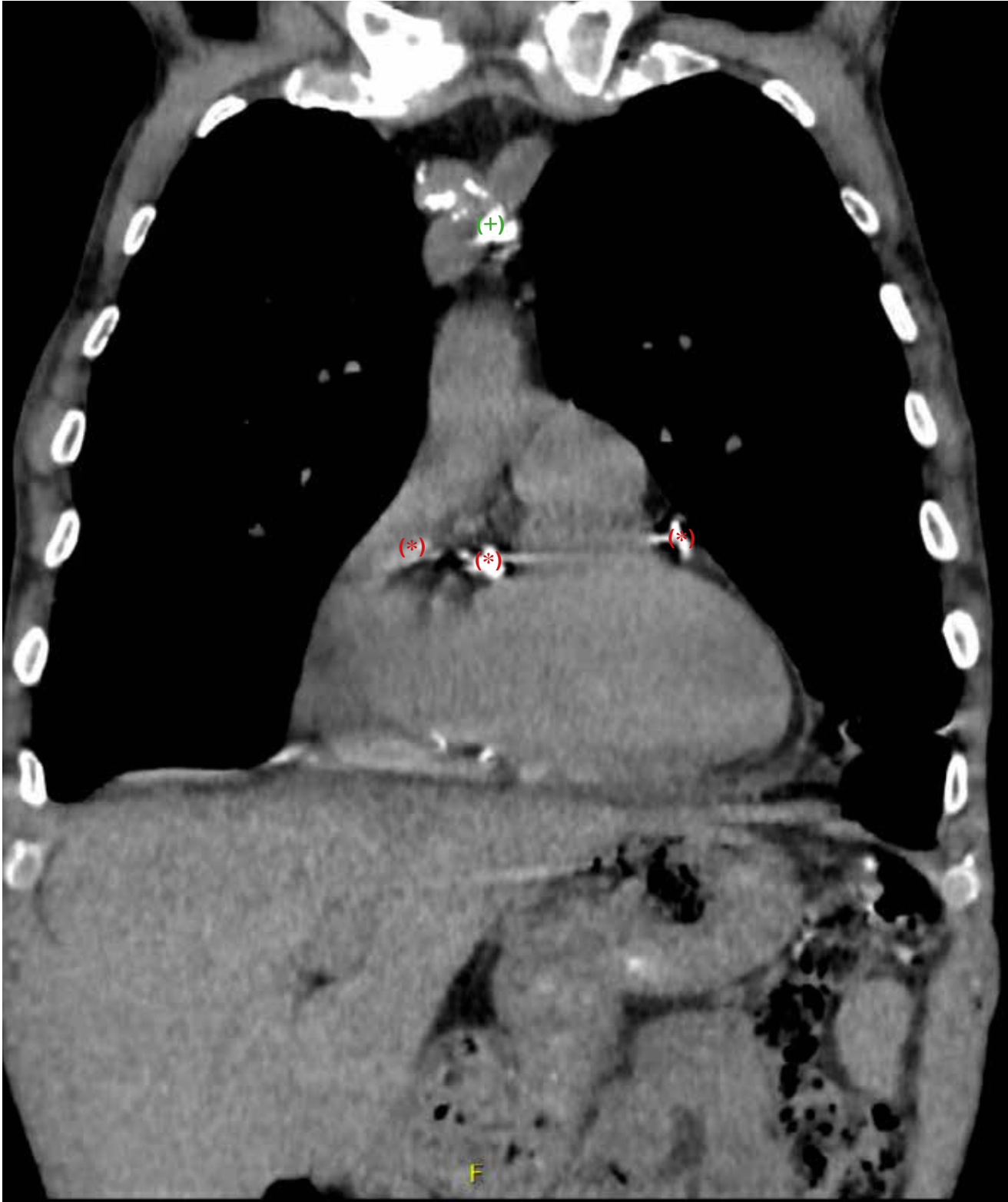
Cette coupe met en évidence :

Bronchiectasies bilatérales, principalement dans les lobes inférieurs, avec de petits infiltrats péribronchiques et parois bronchiques nettement épaissies en forme de cercle.

De plus :

- Calcification de la valve mitrale et les autres valves également (\*)
- Calcification aortique (aorte descendante) (+)
- Épanchement pulmonaire bilatéral (π)





Scanner thoraco-abdominal en coupe coronale

Cette coupe met en évidence :

- Calcification de la valve mitrale et les autres valves également (\*)
- Calcification des vaisseaux du cou appelés troncs artériels supra-aortiques (TSAO) (+)

# PNEUMOLOGIE

## Pneumectomie gauche

Patient âgé de 87 ans, que vous examinez, pour la première fois, à votre cabinet.

Vous n'entendez pas de murmures vésiculaires (MV) à gauche : il y a donc une "abolition" des murmures visiculaires (MV).

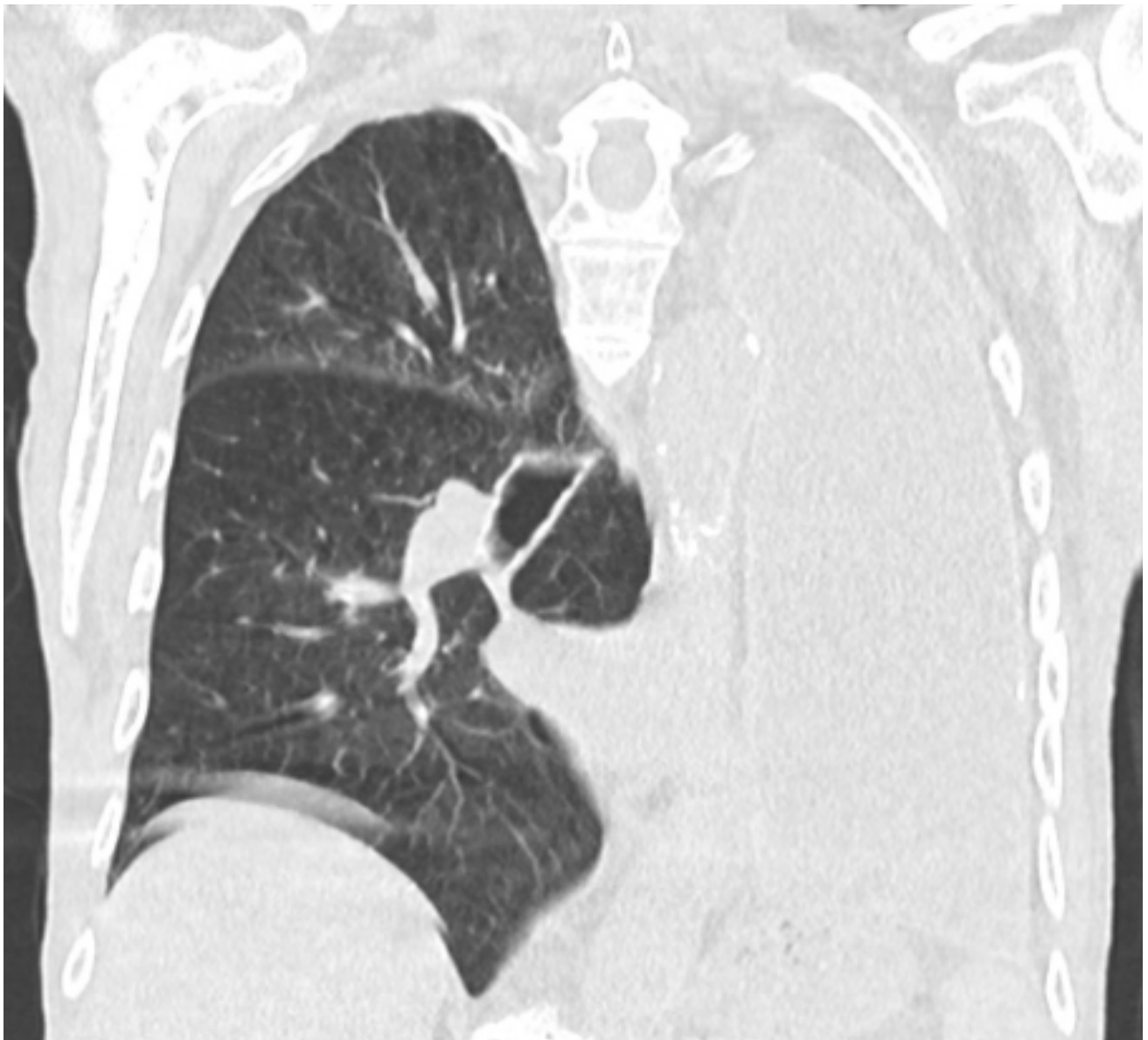
Vous ne connaissez pas ses antécédents et le patient n'est pas interrogeable, non plus.

Devant ce tableau clinique, vous demandez un scanner thoracique.

**Voici une coupe de scanner thoracique.**

**Quel est votre diagnostic ?**





Sur cette coupe coronale de scanner thoracique, nous remarquons l'absence d'un champs pulmonaire gauche : ce patient a subi une pneumectomie gauche.

Il s'agit bien d'une pneumectomie car le médiastin est attiré vers la gauche (sur cette coupe de scanner), alors que en cas de processus expansif (tumeur, ...) le médiastin serait refoulé à droite.



Même image de pneumectomie gauche au scanner thoracique en coupe axiale



Même image de pneumectomie gauche en radiographie pulmonaire de face.

# ABDOMEN

## Occlusion intestinale par volvulus

Patient, âgé de 30 ans, consulte aux urgences pour des douleurs abdomino-pelviennes depuis quelques heures, en crescendo.

Il y a bien arrêt de matière et des gaz depuis ce matin.

De même, à l'auscultation il n'y a pas de bruits hydroaériques (BHA).

Devant ce tableau clinique, vous demandez une TDM abdomino-pelvienne.

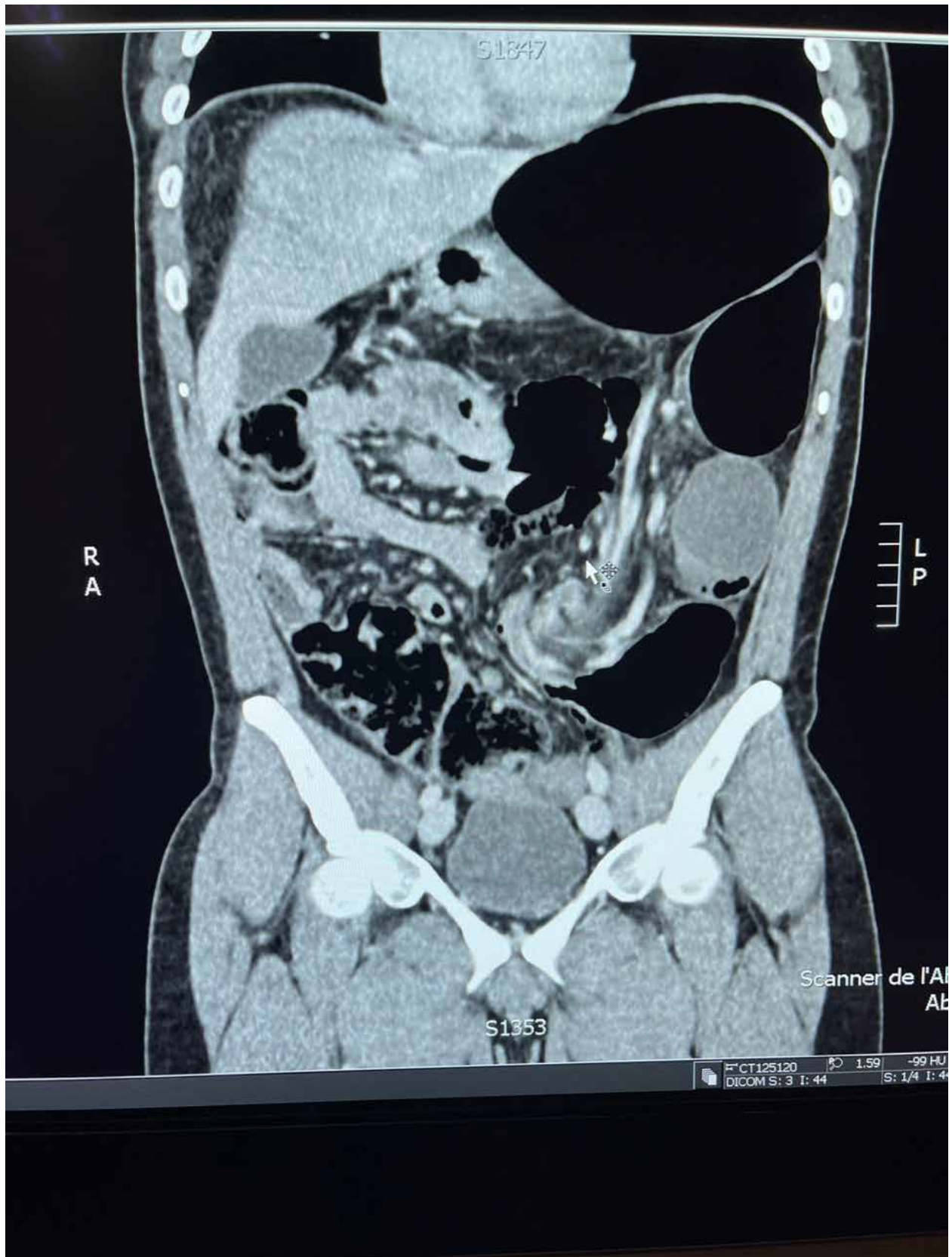
**Voici un cliché fortement évocateur**

**Quel est votre diagnostic ?**





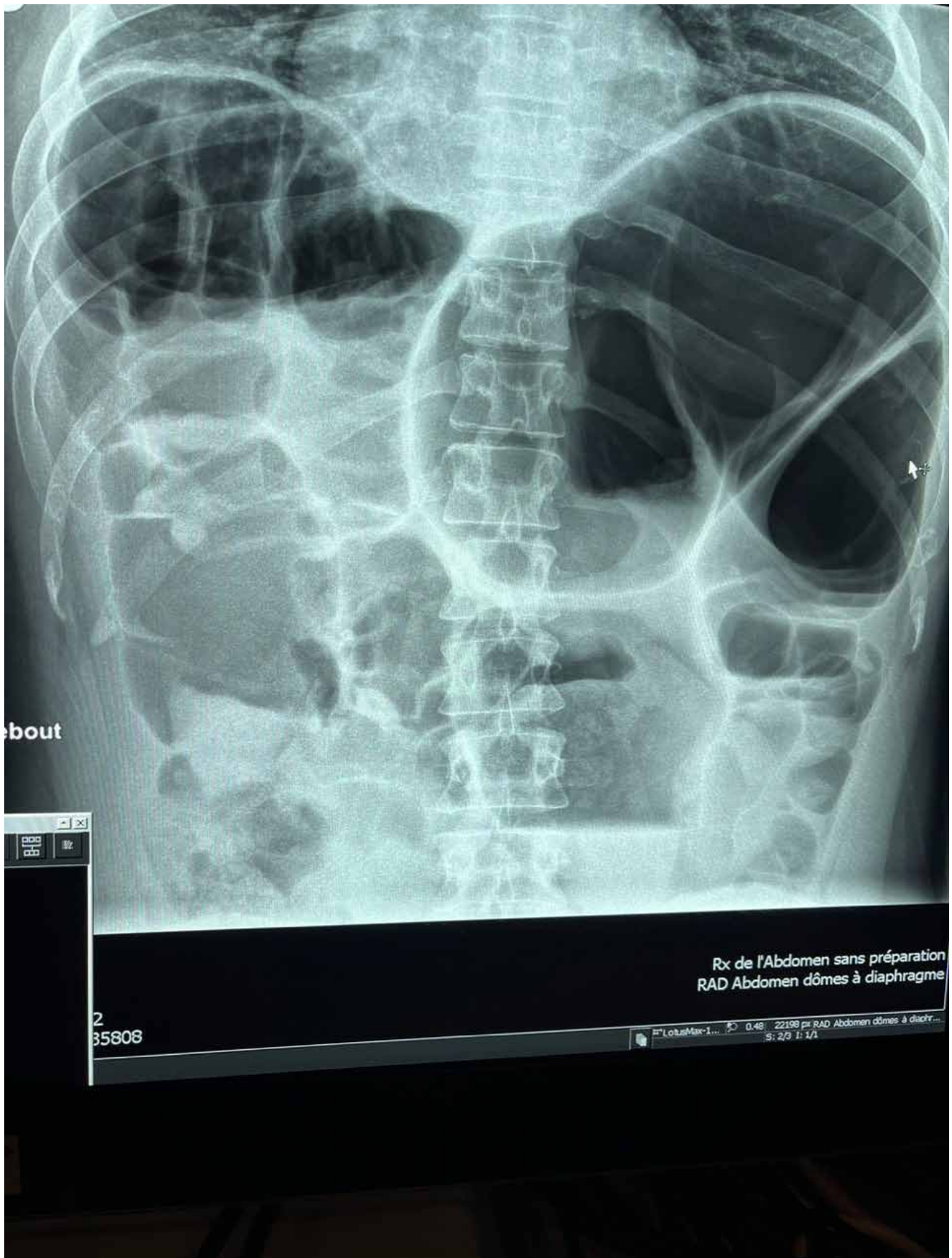
Volvulus du sigmoïde chez un patient de 30 ans.



Forte dilatation du sigmoïde à cause d'un volvulus.  
La base de volvulus est visible sur cette coupe de scanner.

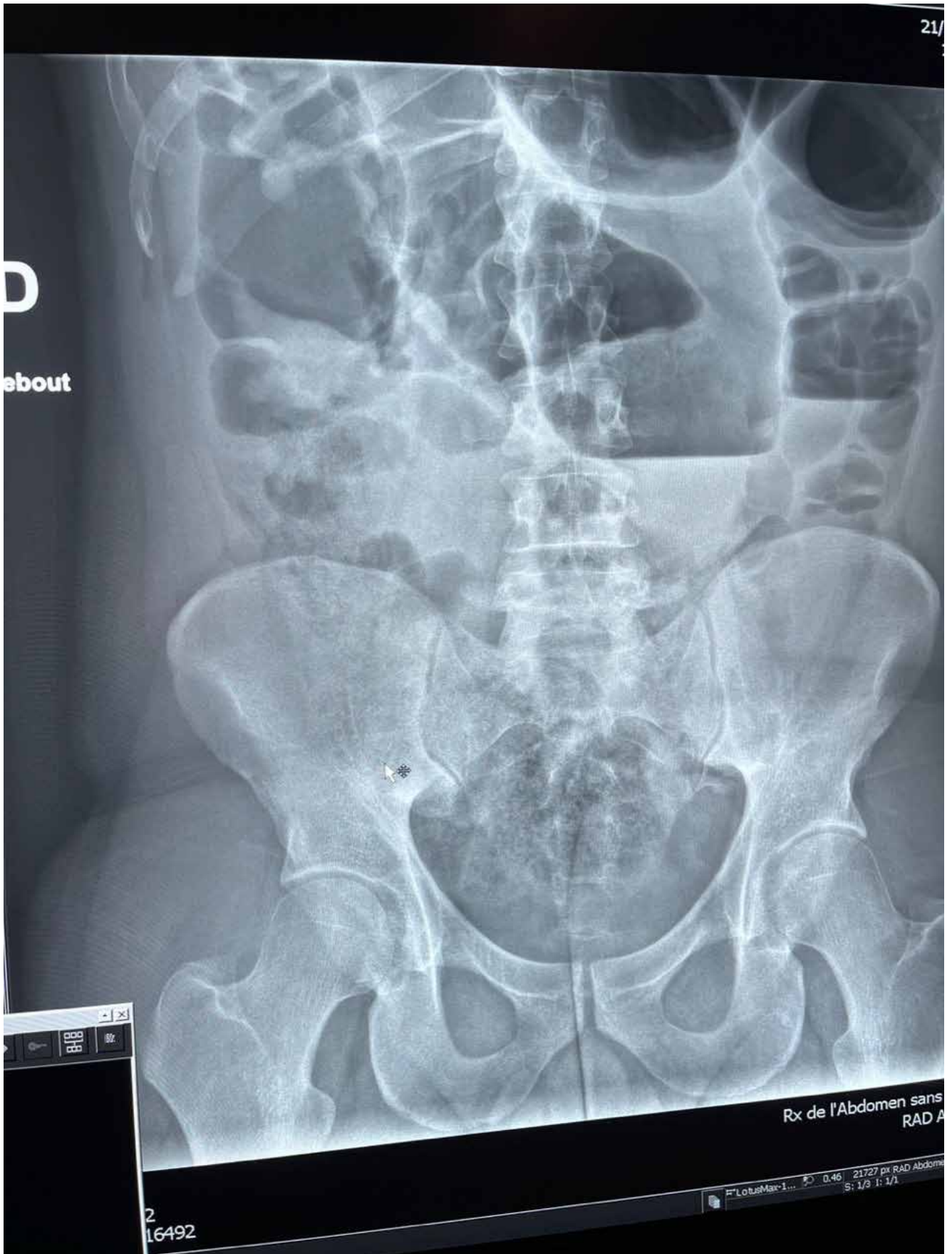
Le diagnostic différentiel est le syndrome d'Ogilvie chez le sujet âgé.





On remarque une ligne d'affrontement des deux parois coliques :

Ce détail permet de différencier  
le volvulus d'un Syndrome d'Ogilvie, chez le sujet âgé.



Nous remarquons sur cet ASP (Abdomen Sans Préparation) des niveaux hydro-aériques (NHA), plus haut que large (occlusion de type "Colique").



# ORTHOPEDIE

## Tassements vertébraux T<sub>6</sub> et T<sub>12</sub>

M<sup>me</sup> P. Lucrezia, âgée de 88 ans, se présente aux urgences pour des troubles neurologiques des membres inférieurs.

En effet, elle présente depuis sa chute, il y a une petite semaine, des déficits sensitifs des deux pieds.

A l'examen clinique vous ne trouvez pas de déficit moteur.

Par contre, il y a bien un déficit sensitif des deux pieds.

Devant ce tableau clinique vous demandez, en urgence, une IRM.

**Voici quelques clichés.**

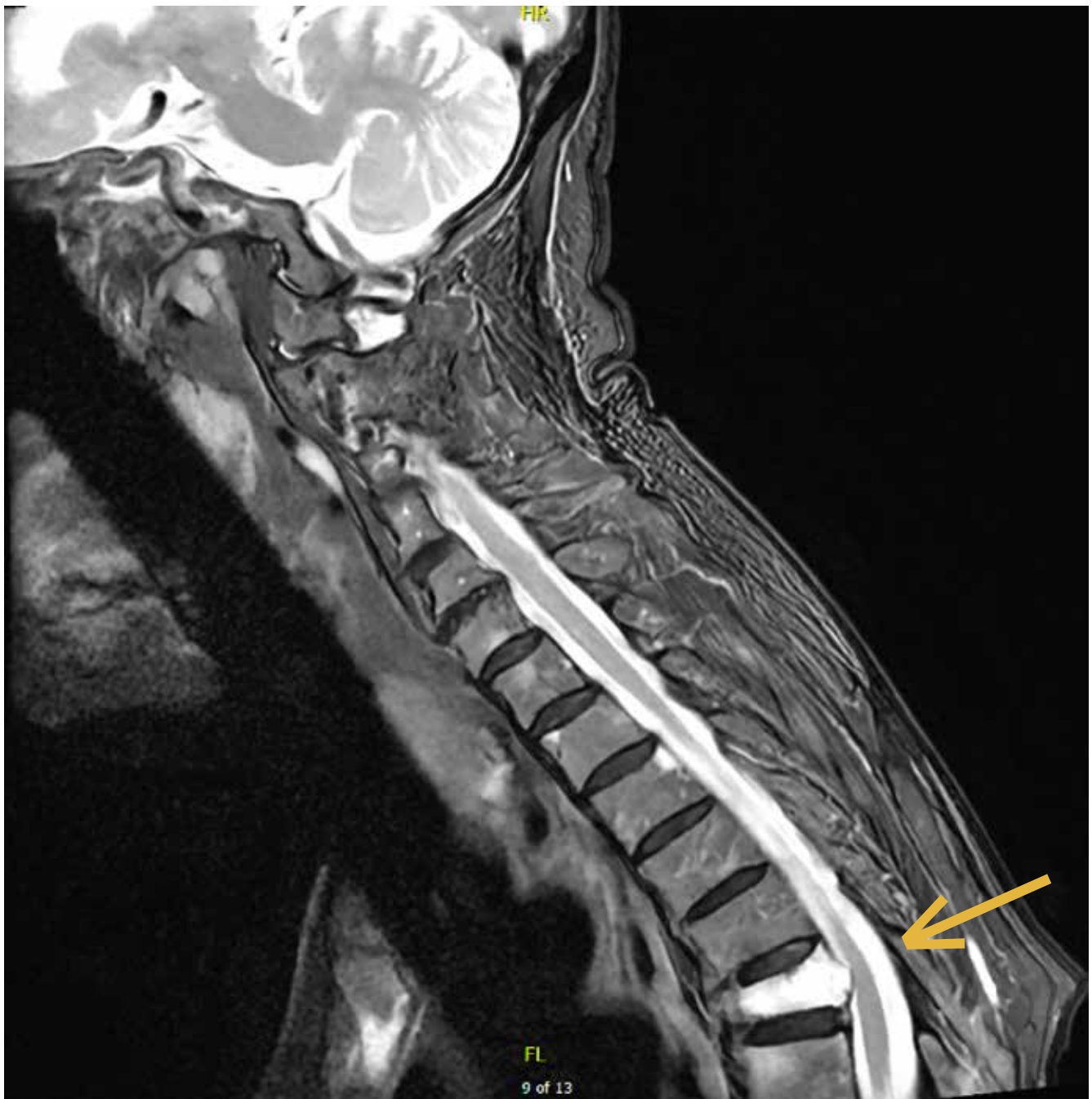
**Quel est votre diagnostic ?**





F

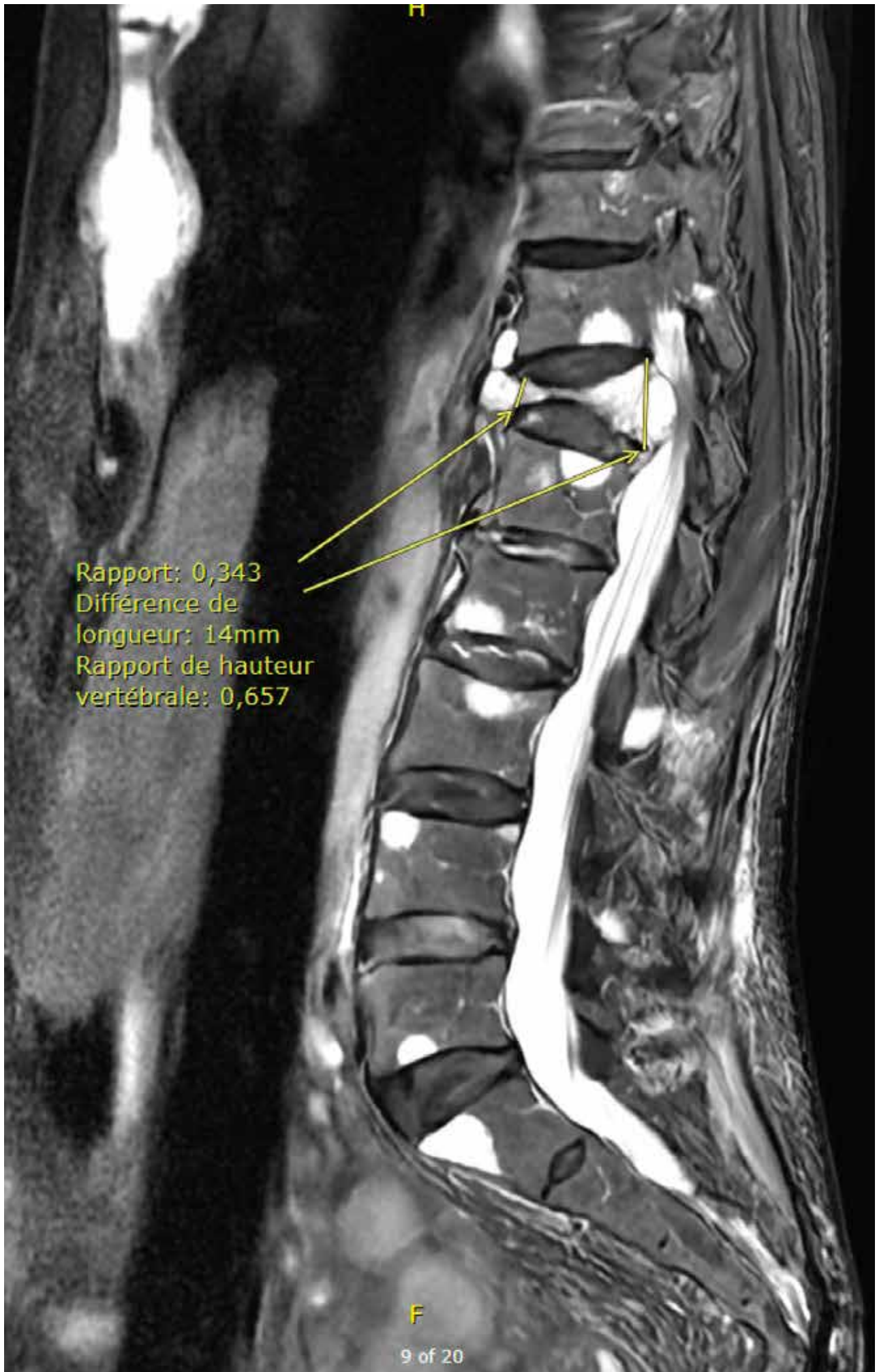
11 of 20

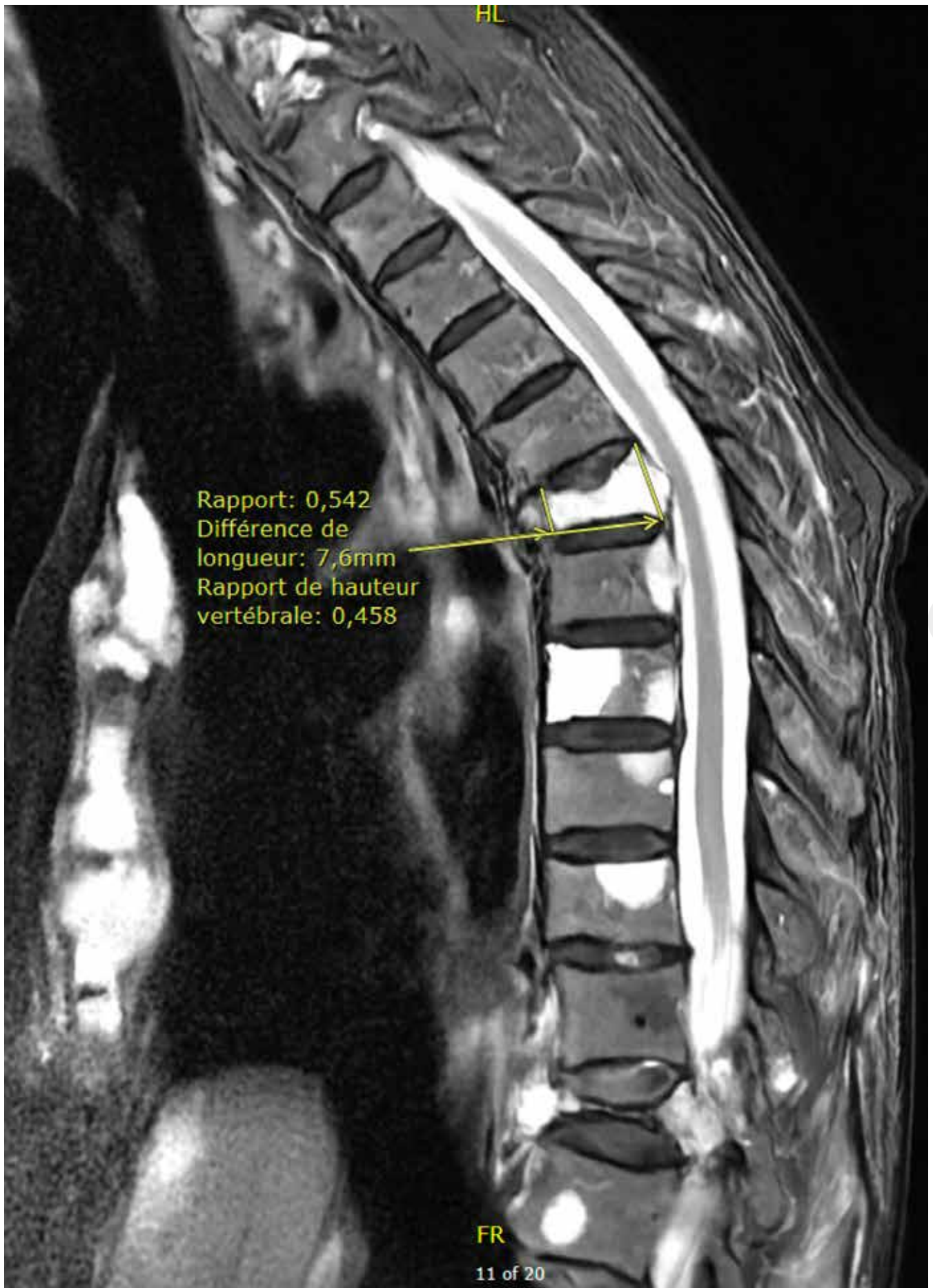


Tassement vertébral cunéiforme antérieur d'allure récente et porotique avec léger recul du mur postérieur de T6 sans retentissement canalaire ou foraminale. (←)

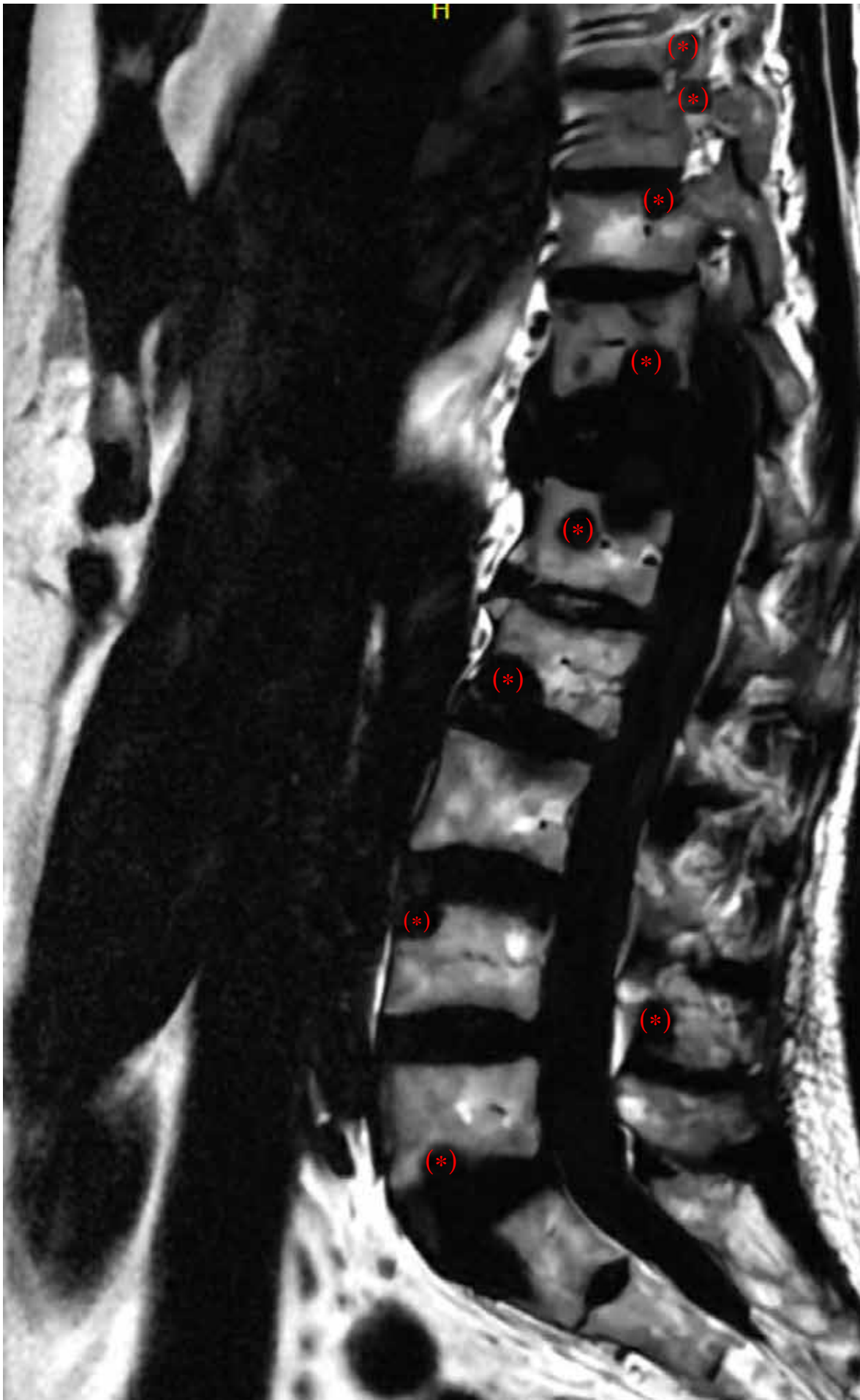


Séquelles de tassement vertébral de T12 avec un recul, plus marqué, du mur postérieur à l'origine d'une sténose canalaire avec un diamètre résiduel de 8 mm. (←)









Multiples métastases osseuses avec tassements pathologiques de T6 et T12 avec une compression médullaire à la hauteur de T12.

# ORTHOPEDIE

## Tassement vertébral L1

M<sup>me</sup> G. Marie-Louise, âgée de 81 ans, est admise aux urgences pour une chute mécanique de sa hauteur, sur les fesses.

Elle a très mal au dos depuis la chute.

Il n'y a pas de signe neurologique de déficit moteur ou sensitif.

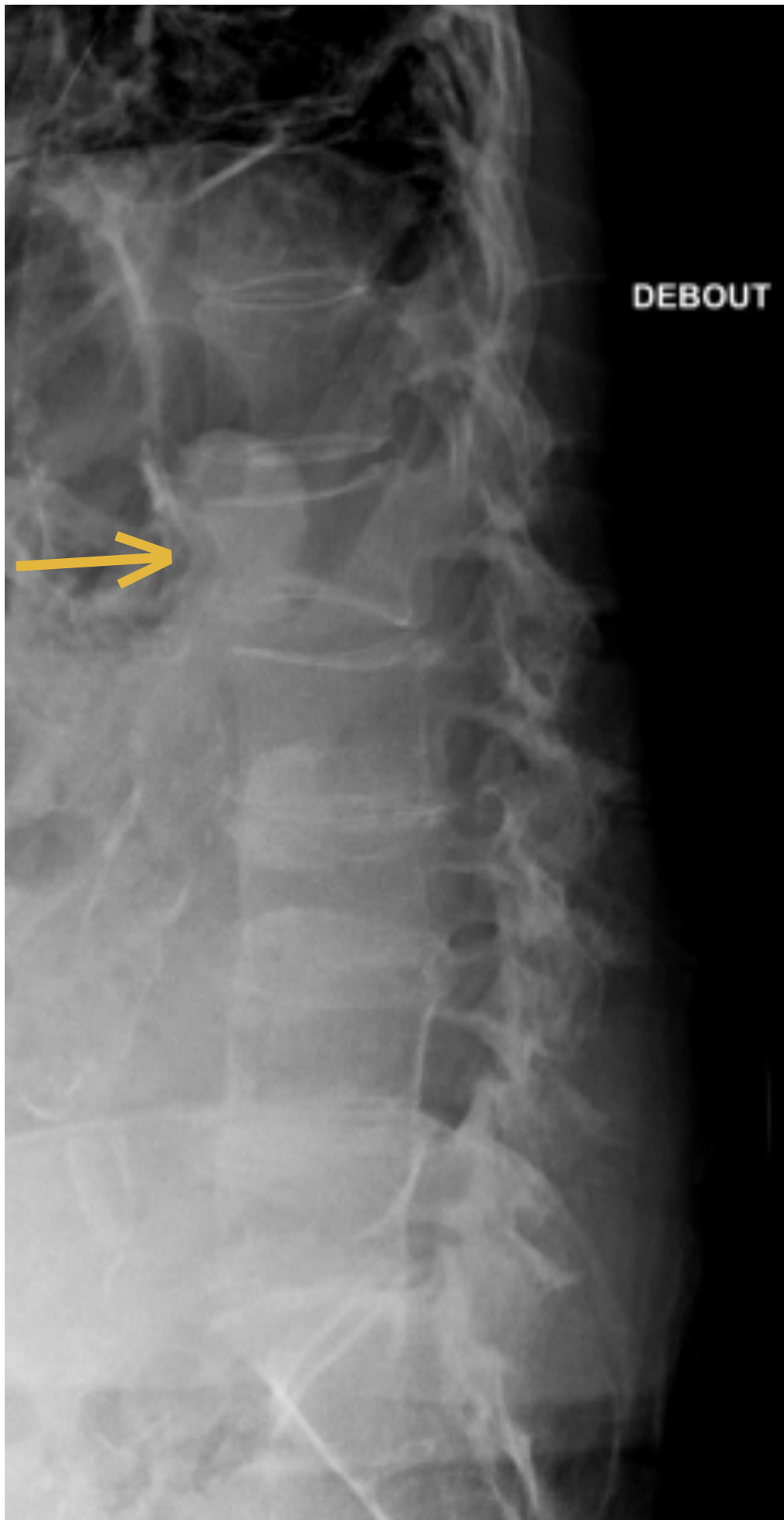
A l'examen clinique, il y a un signe de la "sonnette".

Devant ce tableau clinique vous avez demandé des clichés radiologiques du rachis dorso-lombaire.

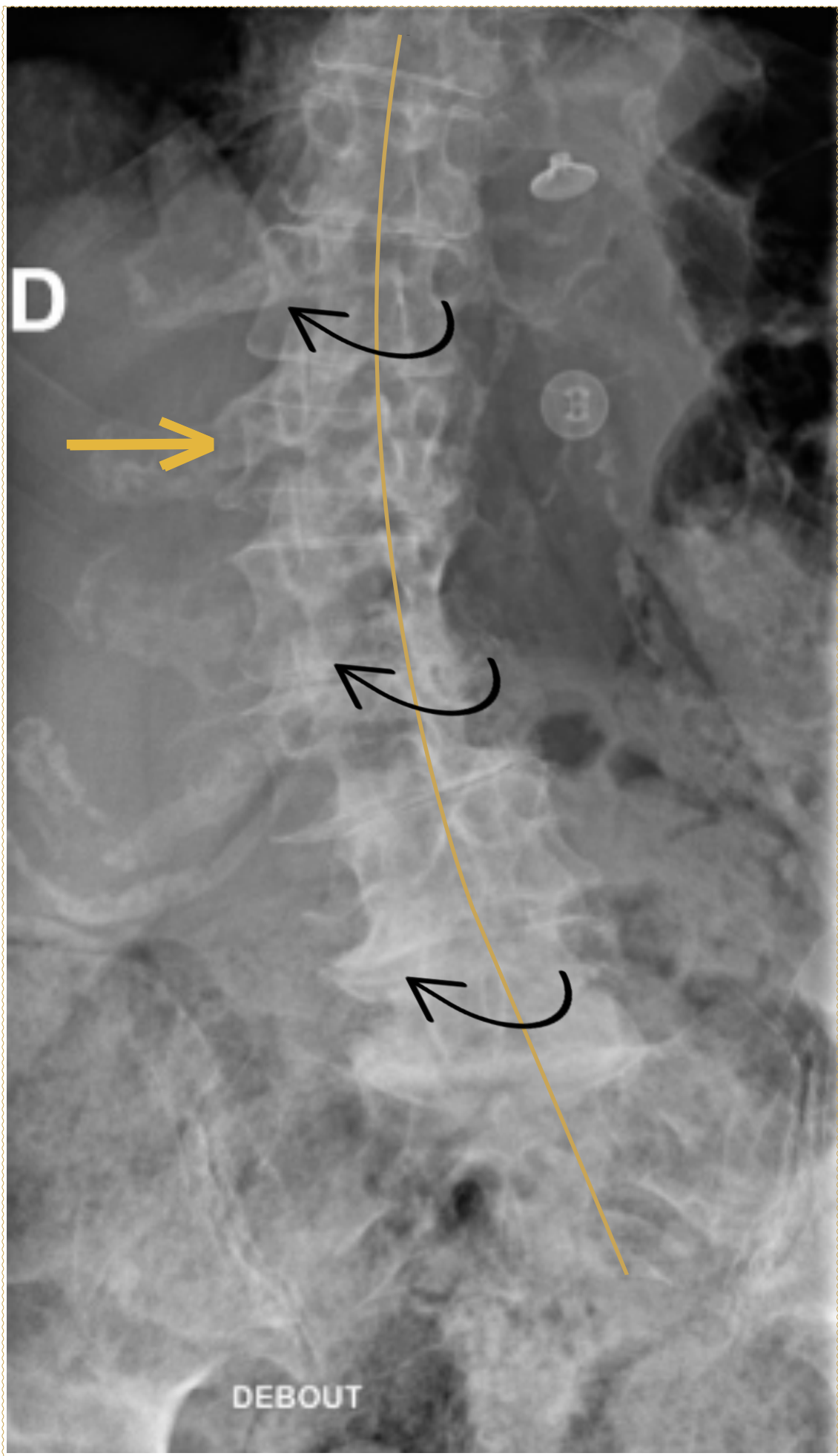
**Voici quelques clichés.**

**Quel est votre diagnostic ?**





Cette radiographie du rachis dorso-lombaire montre une fracture-tassement du corps vertébral de L1, d'environ 30 %, sans recul significatif du mur postérieur.



Cette radiographie montre une scoliose sévère à convexité droite avec une rotation des corps vertébraux, ce qui différencie la scoliose vraie par rapport à une "attitude scoliotique".

# ORTHOPEDIE

## Fracture ancienne du coude gauche

M<sup>me</sup> S. Marie, âgée de 89 ans, est admise suite à une chute sur son coude gauche.

Depuis elle a très mal au coude et souffre à la mobilisation du bras.

A l'examen clinique il n'y a pas de déformation du coude gauche.

Devant ce tableau clinique, vous avez demandé une radiographie et un scanner du coude gauche:

**Voici quelques clichés.**

**Quel est votre diagnostic ?**





Mise en évidence d'une fracture de la moitié antérieure de la tête radiale (←), avec une marche d'escalier de 2 mm. Pas d'épanchement intra-articulaire. Contours arrondies débordant de la fracture. Cette image correspond, en première hypothèse diagnostique, à une lésion traumatique osseuse ancienne (un traumatisme il y a deux ans, d'après la patiente).

Si les douleurs sont persistantes, un examen pourra être complété par une scintigraphie osseuse afin d'exclure une nouvelle fracture en opposition à une récurrence.

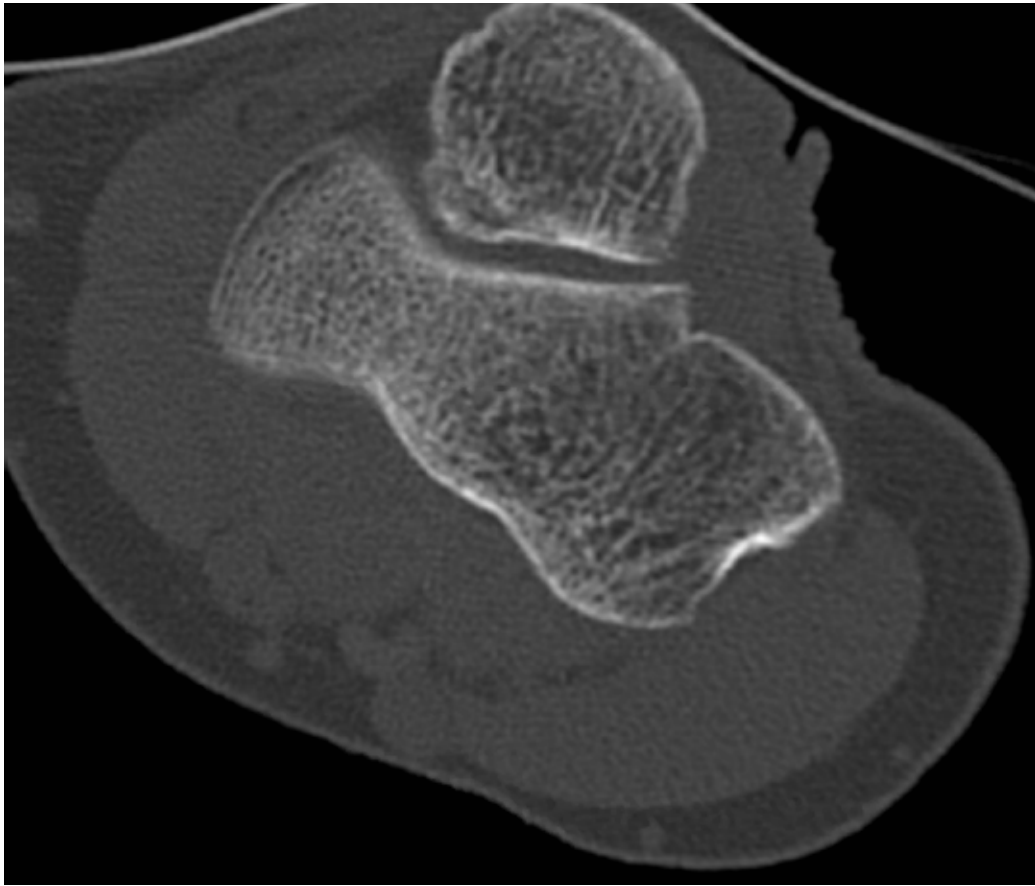




Image 3D reconstruite du coude gauche



# ORTHOPEDIE

## Fracture du poignet gauche

M<sup>me</sup> Ch. Pari, âgée de 93 ans, hospitalisée pour bilan de chutes à répétition, a fait une très mauvaise chute en allant seule aux W.C.

Elle présente une forte déformation du poignet gauche.

Devant ce tableau clinique, vous demandez des clichés radiologiques des deux poignets Face et Profil (F+P).

**Voici quelques clichés**

**Quel est votre diagnostic ?**





Il s'agit bien des radiographies, face et profil, du poignet gauche, qui nous montrent:

Une fracture metaphysaire du radius gauche avec un léger décrochage (←).

C'est une fracture du type "Pouteau-Colles".

On peut également noter, une fissure irradiant vers la surface articulaire sans "marche d'escalier".





Le traitement conservateur a été préconisé par une manchette en résine.



# ORTHOPEDIE

## Fracture du P<sub>1</sub> du IV<sup>ème</sup> doigt de la main droite

M<sup>me</sup> G. Marie-Louise, âgée de 81 ans, est admise aux urgences pour une chute mécanique de sa hauteur; elle a très mal à la base du IV<sup>ème</sup> doigt de la main droite depuis la chute.

Il y a également un hématome en regard de la zone douloureuse.

Devant ce tableau clinique, vous avez demandé des clichés radiographiques des deux mains.

**Voici quelques clichés.**

**Quel est votre diagnostic ?**





Il s'agit bien de la radiographie de face, de la main droite, qui nous montre:

Une fracture du P1 du IV<sup>ème</sup> doigt de la main. (←).

De même il y a :

- Une présence d'une arthrose sévère trapezo-metacarpienne du pouce (\*)
- Une importante diastasis Scaphoïdo-lunaire : signe de rupture du ligament Scaphoïdaire (#).
- Une Chondrocalcinose (CCA) du ligament triangulaire du carpe (~).



Il s'agit bien de la radiographie de profil, de la main droite, qui nous montre:

Une fracture du P1 du IV<sup>ème</sup> doigt de la main. (←).





Il s'agit bien de la radiographie de profil (3/4), de la main droite, qui nous montre:

Une fracture du P1 du IV<sup>ème</sup> doigt de la main. (←).

# ORTHOPEDIE

## Fracture bi malléolaire gauche

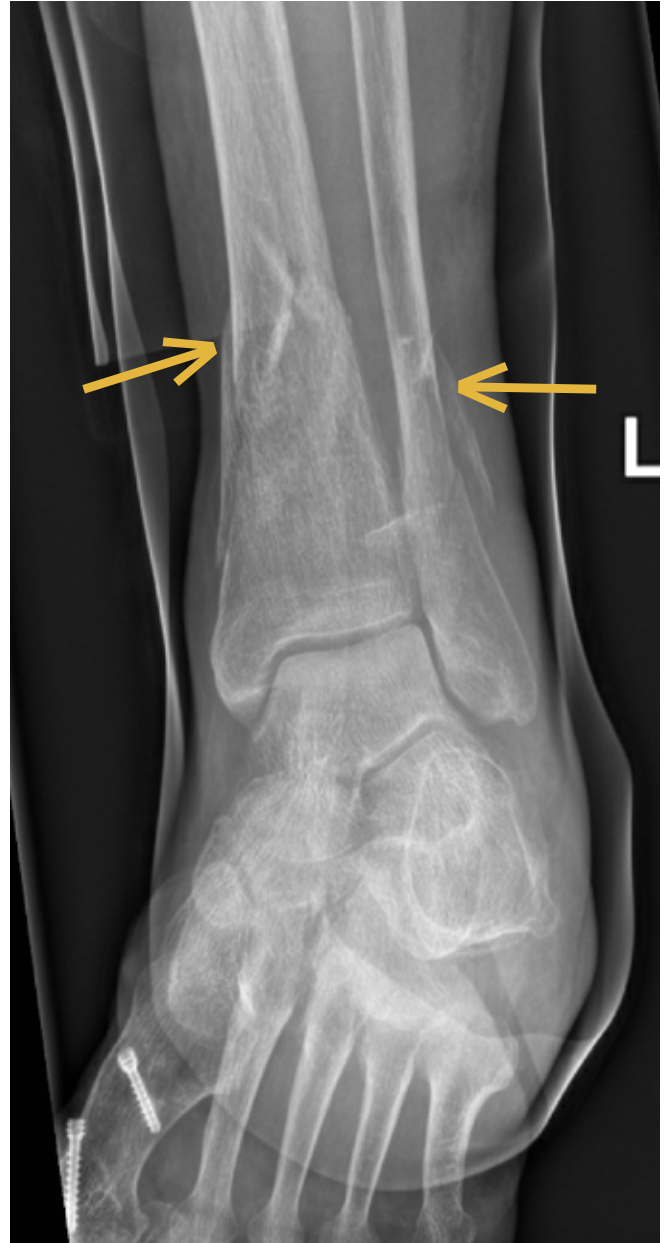
M<sup>me</sup> Van Der W. Marguerita, âgée de 89 ans, est admise suite à une chute de sa hauteur, avec impotence et une forte déformation de sa cheville gauche.

Vous avez demandé une radiographie, face et profil, des deux chevilles:

Voici quelques clichés.

Quel est votre diagnostic ?

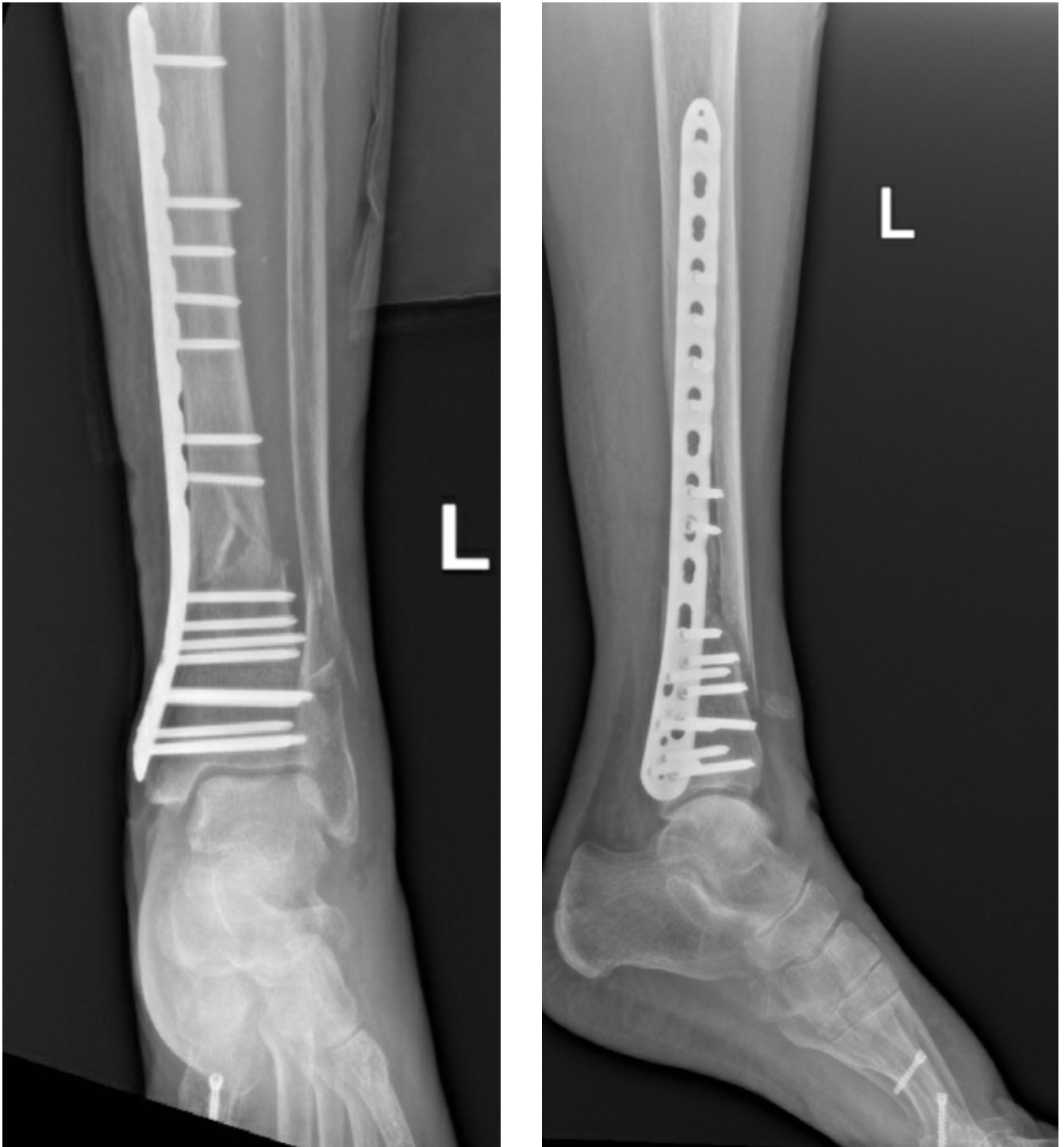




Il s'agit bien des radiographies, face et profil, de la cheville gauche, qui nous montrent:

La fracture comminutive spiroïde diaphysaire distale du tibia (←) avec atteinte métaphysaire, et, également la fracture spiroïde diaphysaire distale du péroné (fibula) gauche (→)

C'est bien une fracture bimalléolaire gauche.



Ostéosynthèse par vis plaque de l'extrémité distale du tibia gauche seulement, et, un traitement conservateur du péroné (fibula) gauche par immobilisation plâtrée.