

Le point de vue du radiologue

Noémie Butori

Assistante en radiologie - CH Mâcon

Le téléphone sonne à 0h30...

- 60 ans, douleur abdominale et vomissements, multiples ATCD chir abdo.
- *« Je suis interne d'ortho, mais j'ai fait mon semestre de viscérale au CHU..., et là... je peux te dire que ce ventre est vraiment dégueulasse »*
- Appel du chirurgien d'astreinte ➡ scanner en urgence

A 2 h 00...

- Occlusion mécanique grêlique, zone transitionnelle
+
Défaut de rehaussement d'anses pelviennes et liquide inter-anses.
- ➔ Appel du chirurgien... Pneumopéritoine ???
- ➔ NON !
- ➔ Traitement médical jusqu' à demain matin...

Morale...

Savoir à qui l' on parle

- Interne de psy, urgentiste senior, infirmière du service de chirurgie...
- Valeur de la note clinique
- Rester objectif
(parfois aveuglé par l'impression du clinicien)

Relation urg-radio-chir/ mode de fct de l' hôpital

- CHU : interne de radio sur place, dormira demain
- ➔ Tout ce qui est fait n' est plus à faire

Plan

1

Clinique et protocole d'examen

- Douleur abdominale aïgue
- Douleur thoracique

2

Délai adapté au degré d'urgence

- Déficit neurologique transitoire
- Colique néphrétique

1

Clinique et protocole d'examen

Douleur abdominale aïgue

Installation brutale
+
Surdosage en AVK

Hématome de la paroi
intestinale ?

1ère hélice sans injection

→ Détection d'une hyperdensité spontanée

Douleur abdominale aïgue

Terrain vasculaire

Lactates

Mécanisme de l'ischémie
mésentérique ?

Angioscanner artériel sur l'ensemble de l'abdomen

→ Thrombose sur lésions athéromateuses

→ Occlusion embolique

Douleur abdominale aïgue

Pathologie
inflammatoire ?

Optimiser l' étude de la
paroi intestinale

→ Distension hydrique de la lumière colique

Douleur thoracique

Pas d'orientation
précise...

Plèvre
Poumon

SCA

EP

Myo-
péricardite

Syndrome
aortique

1

Pas d'orientation
précise...

- Protocole adaptée pour la meilleure étude possible...
 - ◆ Aorte
 - ◆ Artères pulmonaires
 - ◆ Parenchyme et plèvre
 - ◆ Péricarde
 - ◆ *Myocarde et coronaires*

DI tho sans signe ECG et 1èreTropo -
+
Risque intermédiaire

Intérêt du coroscanner +++
rapidement disponible
VPN proche de 100% *
évite des EC inutiles

Embolie pulmonaire

☹ *Le patient arrive sur ses pieds...*

☹ *Indication : D-Dimères élevés...*

- Probabilité clinique → D-Dimères → Angioscan thoracique
- EP : prouvée dans 15 à 30 %
Ghaye Eur Radiol 2002
- Place de la radiographie thoracique
 - ◆ Pneumonie lobaire
 - ◆ Pneumothorax
 - ◆ Signes de surcharge

Embolie pulmonaire

RADIODIAGNOSTIC

scanner abdomen →	- 20 -
scanner thorax →	- 10 -
lavement baryté →	- 5 -
urographie →	- 5 -
transit gastrointestinal →	Irradiation naturelle annuelle
rachis lombaire 2 clichés →	- 1 -
abdomen →	- 1 -
rachis dorsal 2 clichés →	- 0,5 -
crâne 2 clichés →	- 0,5 -
thorax 2 clichés →	- 0,1 -

mSv

MEDECINE NUCLEAIRE

← cœur ^{201}Tl
← tumeurs ^{18}FDG
← cerveau $^{99\text{m}}\text{Tc}$ HMPAO
← foie $^{99\text{m}}\text{Tc}$ HIDA
← cœur $^{99\text{m}}\text{Tc}$ MIBI
← squelette $^{99\text{m}}\text{Tc}$ phosphonate
← reins $^{99\text{m}}\text{Tc}$ MAG3
← poumons $^{99\text{m}}\text{Tc}$ microsphères
← thyroïde $^{99\text{m}}\text{Tc}$ pertechnetate
← reins $^{99\text{m}}\text{Tc}$ DMSA
← reins ^{123}I hippuran
← test de Schilling ^{57}Co vit. B12
← clairance ^{51}Cr EDTA

2

Délai adapté au degré d'urgence

- *Faiblesse de la main gauche, durée = 10 min, la semaine dernière, relaté au médecin traitant...*
- Adressé au SAU pour suspicion d'AIT**

Déficit neurologique transitoire

Intérêt du scanner cérébral ?

→ Eliminer certains diagnostics différentiels
(exceptionnellement révélés par un déficit transitoire...)

NEUROLOGIQUE / NEUCHIRURGIE

- Migraine avec aura
- Epilepsie partielle
- Tumeur cérébrale, MAV
- HSD
- Hémorragie cérébrale
- SEP, Myasthénie
- Ictus amnésique ...

▪ NON NEUROLOGIQUE

- Troubles métaboliques
- Vertige de cause ORL
- Syncope, Hypotension orthostatique
- Hystérie, simulation, troubles psychosomatiques
- Si CMT : amaurose liée à hta maligne; glaucome aigu; HTIC; thrombose la VCR; NORB

- *70 ans, HTA, tabagisme ancien, faiblesse de la main droite et asymétrie faciale, durée = 30 min, **ce matin**.*

→ AIT **récent** : urgence médicale et thérapeutique

Déficit neurologique transitoire

« déficit neurologique de courte durée, d'origine présumée ischémique, sans signe radiologique d'infarctus récent »

- Pronostic d' un AIT :
 - ◆ 10 % AVC à 3 mois
 - ◆ 50 % < 48 h
- Risque d' AVC après un AIT :
 - ◆ Critères cliniques (ABCD2)
 - ◆ Diffusion +

Déficit neurologique transitoire

Intérêt de l'IRM ?

- Eliminer les diagnostics différentiels
- Rechercher **une ischémie**
→ affirmer l'origine vasculaire du déficit
- Rechercher **la cause** ...
... Avant le ttt
- Intérêt **pronostic**

D'autant plus urgent que l'on est proche du déficit

Colique néphrétique

n° 1

- *JF 26 ans, forme non compliquée, atténuation progressive de la douleur...*
- Echographie de l'appareil urinaire
(dans la journée / demain matin)

Colique néphrétique

n° 2

- *65 ans, diabète, IRC modérée ...*

CN fébrile ...

→ Uroscanner sans délai !

J'ai bientôt fini...

Conclusion

C'est toujours plus facile de trouver ce que l'on cherche...

Les recommandations ...



**PRINCIPALES INDICATIONS ET « NON-INDICATIONS » DE LA
RADIOGRAPHIE DE L'ABDOMEN SANS PREPARATION**

RAPPORT D'EVALUATION TECHNOLOGIQUE

**PRINCIPALES « NON-INDICATIONS » DE LA RADIOGRAPHIE
DU THORAX**

TEXTE COURT