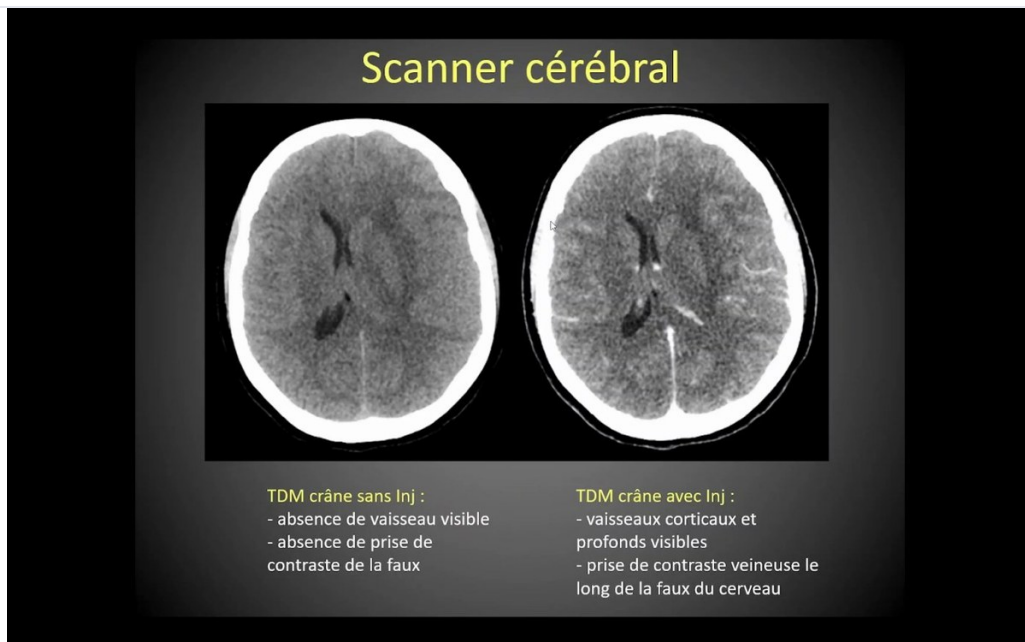


#001

Scanner cerebral initial



En urgence, le scanner cherche d'abord hémorragie, effet de masse et hydrocéphalie.

Captures de cours Radiologie extraites et recadrées depuis SSD1 (usage pédagogique)

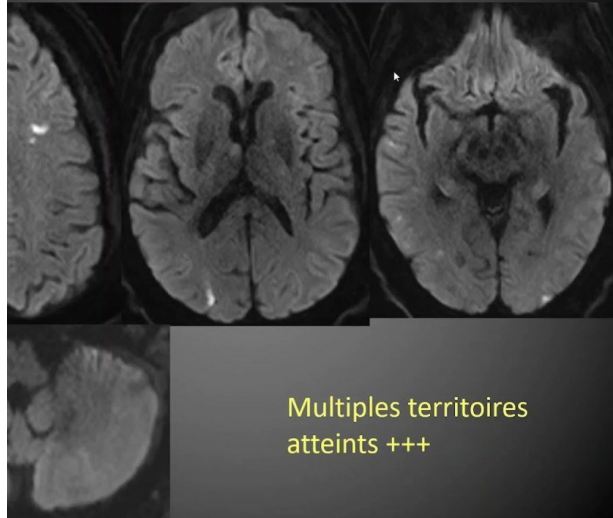
- Le scanner sans injection est rapide pour hémorragie, effet de masse, hydrocéphalie et urgence neurochirurgicale.
- Lire symétrie, sillons, ventricules, citernes, ligne médiane, densités et os.
- Une hypodensité ischémique précoce peut être subtile; l'absence de signe ne rassure pas si clinique évocatrice.
- La question initiale est souvent: hémorragie ou contre-indication à une reperfusion?

Source principale: SSD1 neuroradiologie + CERF

#002

AVC ischemique

schémiques de cause embolique



Multiples territoires
atteints +++

Territoire atteint et mecanisme guident la discussion de reperfusion et de surveillance.

Captures de cours Radiologie extraites et recadreées depuis SSD1 (usage pedagogique)

- Le diagnostic est d'abord clinique: deficit brutal focalise, heure de debut, NIHSS, anticoagulants.
- Scanner sans injection elimine hemorragie; angioscanner cherche occlusion proximale.
- IRM diffusion est tres sensible pour ischemie recente, mais ne doit pas retarder une filiere organisee.
- Le compte rendu doit signaler territoire, etendue, mismatch si disponible et obstacle vasculaire.

Source principale: SSD1 neuroradiologie

#003

Hémorragie intracrânienne

Hémorragies intracrâniennes

Examen : Scanner +++, IRM si doute
Quand : URGENCE
Quoi :
1) Sans injection
2) Avec injection si pas d'explication / anomalie

Hématome sous-dural :



Lentille concave (croissant)
- aigu = hyperdense
- chronique = hypodense
- mixte = possible

La topographie du sang oriente le mécanisme et l'urgence de prise en charge.

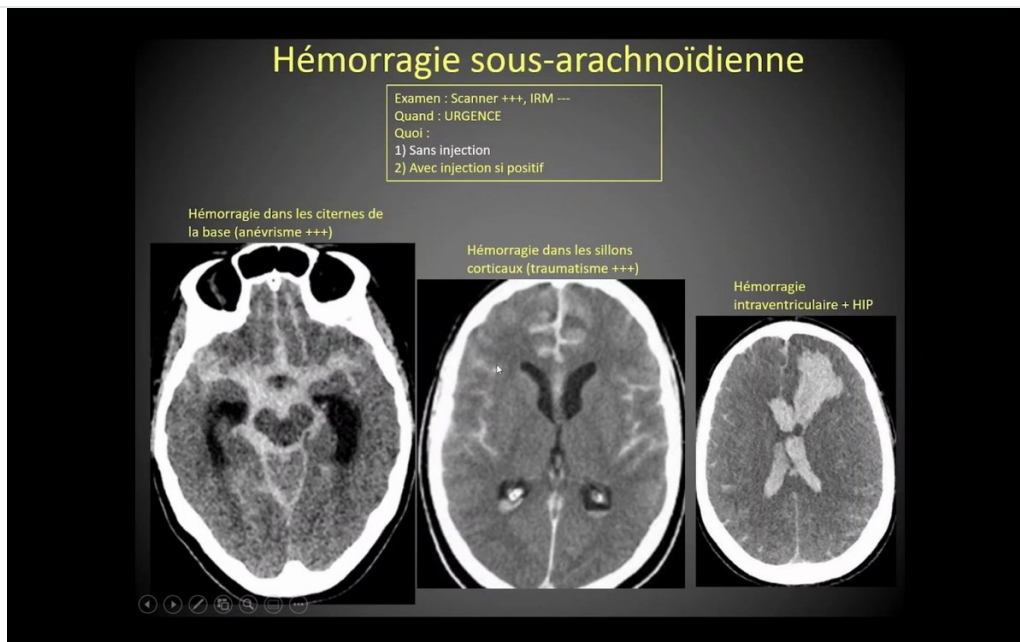
Captures de cours Radiologie extraites et recadrées depuis SSD1 (usage pédagogique)

- Hyperdensité spontanée au scanner: intra-parenchymateuse, sous-arachnoidienne, sous-durale ou extra-durale.
- Evaluer volume, localisation, inondation ventriculaire, hydrocéphalie, effet de masse et engagement.
- Angioscanner si suspicion d'anévrisme, malformation vasculaire, thrombose veineuse ou saignement atypique.
- La priorité est d'alerter vite neurovasculaire/neurochirurgie si risque évolutif.

Source principale: SSD1 neuroradiologie

#004

Hémorragie sous-arachnoïdienne



Le diagnostic précoce conditionne prévention du resaignement et traitement de l'anévrisme.

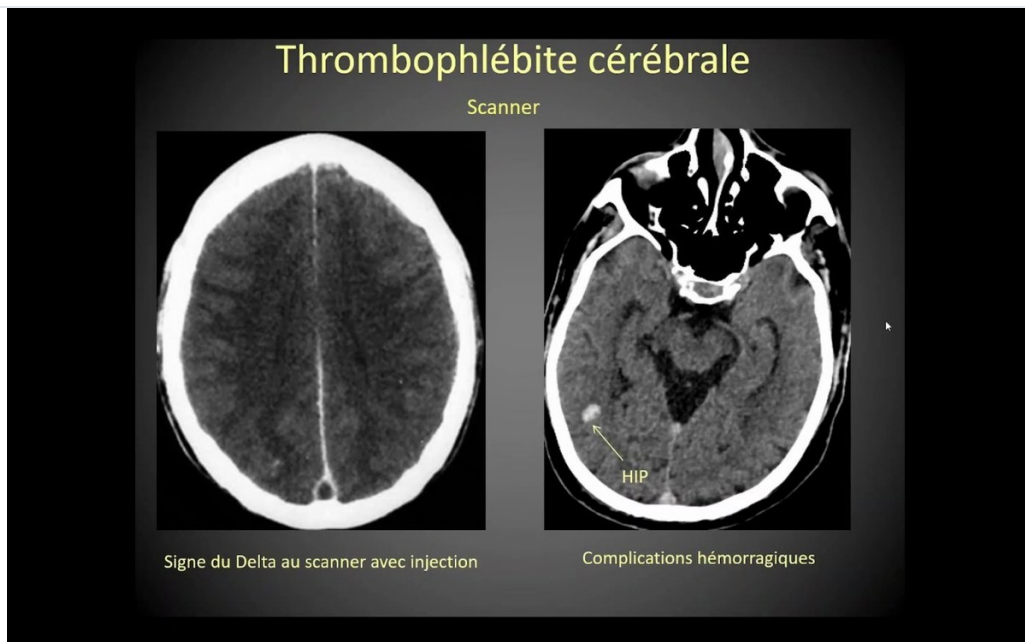
Captures de cours Radiologie extraites et recadrées depuis SSD1 (usage pédagogique)

- Céphalée brutale en coup de tonnerre impose scanner sans injection en urgence.
- Chercher sang dans citernes de la base, sillons, scissures, ventricules et complications.
- Si scanner négatif mais suspicion forte, discuter ponction lombaire ou imagerie vasculaire selon délai et protocole.
- Angioscanner ou artériographie recherchent l'anévrisme responsable et planifient le traitement.

Source principale: SSD1 neuroradiologie

#005

Thrombose veineuse cerebrale



Un infarctus hémorragique hors territoire artériel doit faire penser au veineux.

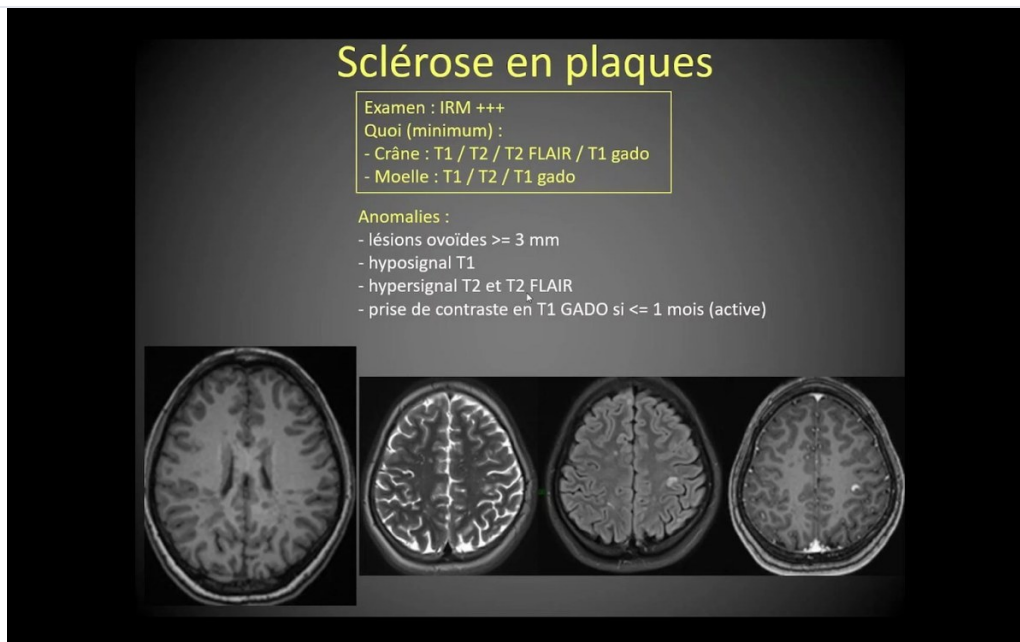
Captures de cours Radiologie extraites et recadrées depuis SSD1 (usage pédagogique)

- Présentation variable: céphalée, crise, déficit, troubles visuels, confusion ou hypertension intracrânienne.
- Scanner peut montrer signe du delta, hémorragie atypique ou infarctus non artériel.
- IRM avec séquences veineuses ou angio-TDM veineuse confirme absence de flux dans un sinus.
- Chercher terrain: post-partum, contraception, thrombophilie, infection, cancer, maladie inflammatoire.

Source principale: SSD1 neuroradiologie

#006

Sclerose en plaques



Les topographies typiques et l'activité après injection structurent l'argumentation.

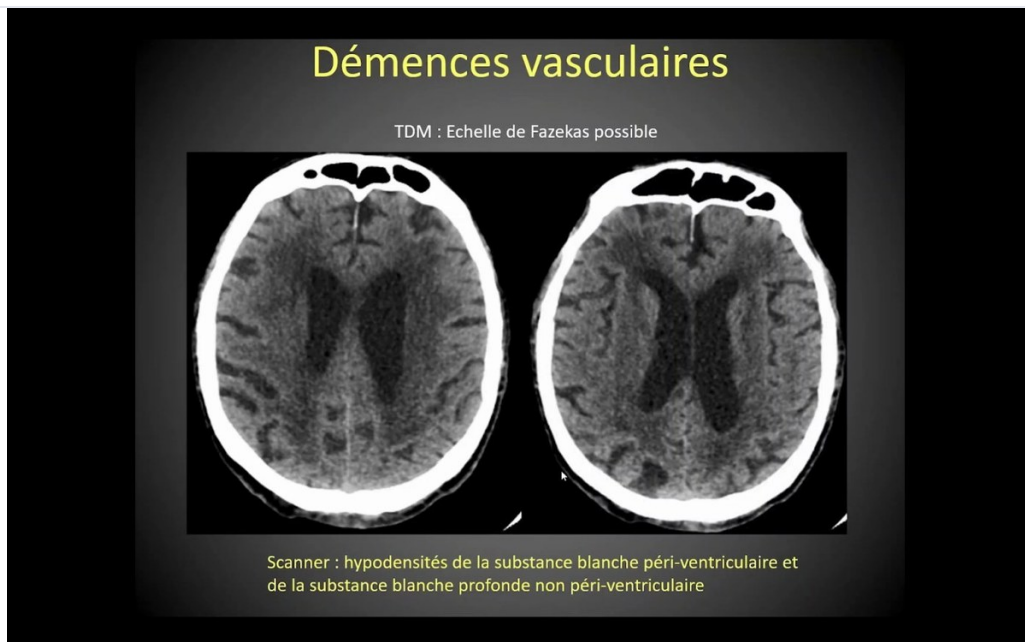
Captures de cours Radiologie extraites et recadrées depuis SSD1 (usage pédagogique)

- IRM recherche dissémination spatiale et temporelle: periventriculaire, juxtacorticale, infratentorielle, médullaire.
- Les lésions T2/FLAIR sont hypersignaux; l'injection montre activité inflammatoire récente.
- La clinique reste indispensable: névrite optique, myélite, syndrome du tronc, poussée objective.
- Les diagnostics différentiels sont vasculaires, infectieux, inflammatoires systémiques et métaboliques.

Source principale: SSD1 neuroradiologie + CERF

#007

Demences vasculaires



L'imagerie objective lésions vasculaires chroniques et atrophie, à confronter à la clinique.

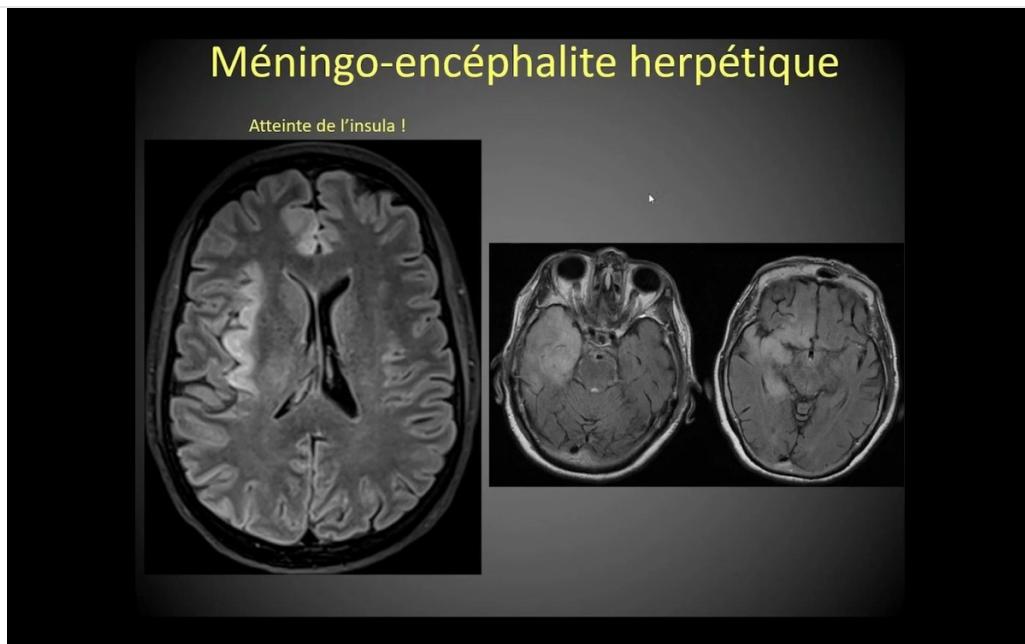
Captures de cours Radiologie extraites et recadrées depuis SSD1 (usage pédagogique)

- L'imagerie cherche atrophie, leucoaraiose, lacunes, infarctus stratégiques et micro-saignements.
- Le scanner peut orienter; l'IRM est plus fine pour substance blanche et lésions anciennes.
- La corrélation neuropsychologique est essentielle: l'image seule ne suffit pas au diagnostic de démence.
- Identifier une composante vasculaire aide la prévention secondaire et le contrôle des facteurs de risque.

Source principale: SSD1 neuroradiologie

#008

Méningo-encéphalite



L'atteinte temporale en IRM est un signal d'alerte clinique majeur.

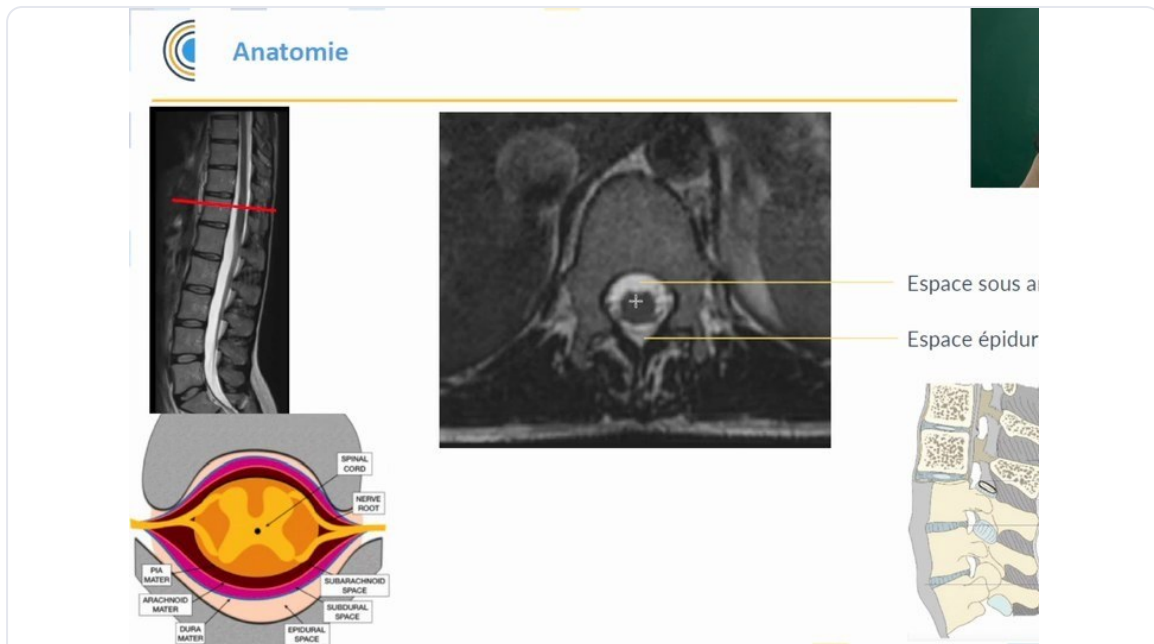
Captures de cours Radiologie extraites et recadrées depuis SSD1 (usage pédagogique)

- IRM est l'examen cle si encéphalite suspectée, surtout temporalite, troubles du comportement ou crises.
- Herpes: atteinte temporale/insulaire, hypersignal FLAIR, diffusion, parfois hémorragique.
- La ponction lombaire et le traitement anti-infectieux ne doivent pas attendre l'IRM si urgence clinique.
- Scanner recherche contre-indication à la ponction et complications, mais peut être normal au début.

Source principale: SSD1 neuroradiologie

#009

Compression medullaire



Localiser la lésion par rapport à la moelle est le premier temps du raisonnement.

Captures de cours Radiologie extraites et recadrées depuis SSD1 (usage pédagogique)

- Urgence devant déficit moteur, trouble sphincterien, niveau sensitif, douleur rachidienne ou cancer connu.
- IRM medullaire est l'examen de reference; explorer assez large pour ne pas manquer un niveau multiple.
- Distinguer extra-dural, intra-dural extra-medullaire et intra-medullaire oriente etiologie et traitement.
- Metastase, spondylodiscite, hematome, hernie et tumeur primitive sont les diagnostics pratiques.

Source principale: SSD1 focus compression medullaire

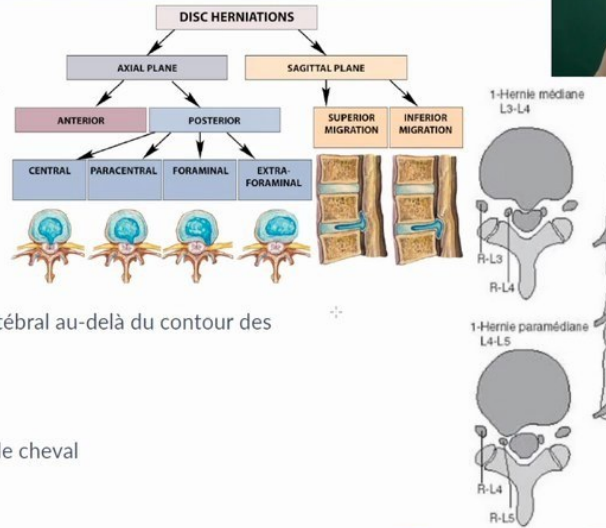
Compression: métastases et infection



Syndrome médullaire : extradurale

Etiologies possibles

1. Métastases vertébrales
2. Spondylodiscite infectieuse
3. Hernie discale



Débord du disque intravertébral au-delà du contour des plateaux vertébraux

IRM en urgence si :

- Déficit moteur < 3/5
- Syndrome de la queue de cheval
- Hyperalgique

Les causes extradurales dominent les compressions médullaires urgentes.

Captures de cours Radiologie extraites et recadrées depuis SSD1 (usage pédagogique)

- Métastases: douleur nocturne, cancer connu, tassement pathologique, epidurite et multiples niveaux possibles.
- Spondylodiscite: douleur rachidienne, fièvre inconstante, syndrome inflammatoire, atteinte disque-plateaux.
- IRM avec injection précise extension epidurale, abcès, atteinte osseuse et compression.
- Le compte rendu doit mentionner niveau, severite, signal médullaire et urgence du contact spécialisé.

Source principale: SSD1 focus compression médullaire

#011

Ce qu'il faut transmettre

- Pour AVC: heure, territoire, hémorragie, occlusion, mismatch, contre-indication ou complication.
- Pour hémorragie: type, volume, effet de masse, hydrocéphalie, engagement, suspicion vasculaire.
- Pour moelle: niveau, compartiment, compression, signal médullaire, étiologie probable.
- Toujours signaler oralement une urgence qui modifie traitement ou transfert.

Source principale: SSD1 neuroradiologie + CERF

#012

Pièges de neuroradiologie

- Un scanner normal n'exclut pas un AVC hyperaigu, une méningite ou une encéphalite débutante.
- Une céphalée brutale reste une HSA jusqu'à preuve contraire adaptée au délai.
- Une douleur rachidienne cancéreuse avec déficit impose IRM, pas simple radiographie rassurante.
- Une lésion visible ne doit pas empêcher la recherche d'effet de masse, hydrocéphalie ou autre niveau.

Source principale: SSD1 neuroradiologie