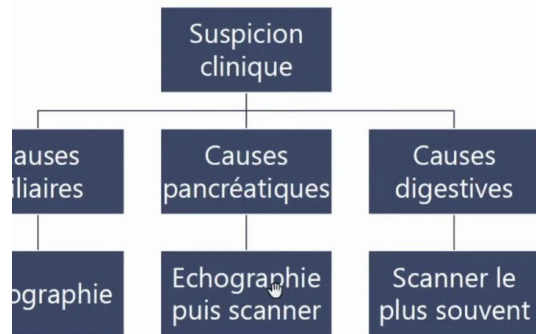


#001

La semiologie par processus



Le choix d'examen part du processus suspecte, pas de la disponibilité seule.

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

- Penser en processus: tumoral, inflammatoire, infectieux, ischémique, hémorragique, obstructif, traumatique.
- Chaque processus a des signes d'imagerie reproductibles, mais non spécifiques seuls.
- La modalité choisie doit mettre en évidence le processus suspecté.
- La conclusion utile relie signe image, contexte clinique et conduite pratique.

Source principale: CNP-MN semiologie + SSD1 radiologie générale

#002

Processus tumoral

- Decrire siege, taille, contours, densite/signal, rehaussement, necrose et rapports.
- Chercher extension locale, ganglionnaire, vasculaire, osseuse et metastatique.
- Comparer aux examens anterieurs pour croissance, reponse ou progression.
- Le bilan d'extension doit etre adapte au cancer suspecte et a la question therapeutique.

Source principale: CNP-MN processus tumoraux

#003

Processus inflammatoire

- Signes: oedeme, infiltration graisseuse, epaississement parietal, rehaussement et hypervascularisation.
- Inflammation n'est pas infection: MICI, pancreatite, vascularite et post-operatoire peuvent mimer.
- L'imagerie cherche aussi stenose, fistule, collection, perforation et atteinte extra-organique.
- Le suivi radiologique doit distinguer activite inflammatoire et sequelles fibreuses.

Source principale: CNP-MN processus inflammatoires

#004

Processus infectieux

- Phase initiale: oedeme et rehaussement; phase collectee: abcès, coque, restriction diffusion ou gaz.
- Chercher porte d'entree, extension, obstacle et terrain immunodeprime.
- L'imagerie guide ponction, drainage, chirurgie ou surveillance.
- Un examen normal precoce n'exclut pas infection si clinique forte.

Source principale: CNP-MN processus infectieux

#005

Processus ischémique

- Ischemie: défaut de perfusion, défaut de rehaussement, oedeme, diffusion restreinte ou complication hémorragique.
- Les territoires vasculaires doivent être connus: cerveau, rein, rate, mésentère, membre.
- Angioscanner ou angio-IRM recherche obstacle artériel ou veineux selon contexte.
- La rapidité d'alerte conditionne reperfusion, embolisation ou chirurgie.

Source principale: CNP-MN processus ischémiques

#006

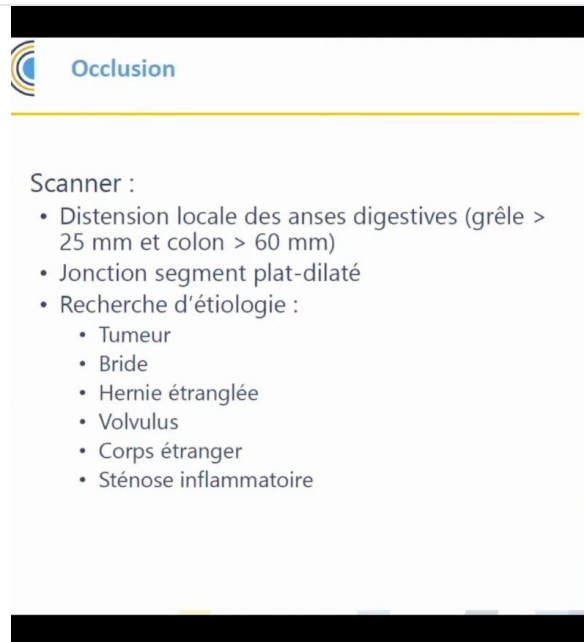
Processus hémorragique

- Sang récent hyperdense au scanner sans injection; signal IRM varie avec le temps.
- Extravasation active impose protocole multiphasique et alerte thérapeutique.
- Localiser compartiment: intracranien, pleural, péritonéal, rétro-péritonéal, digestif, musculaire.
- Chercher cause: trauma, tumeur, anticoagulation, anévrisme, malformation ou post-opératoire.

Source principale: CNP-MN processus hémorragiques

#007

Processus obstructif



Obstruction digestive, biliaire et urinaire partagent une logique amont-aval.

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

- Obstruction dilate en amont et collabe en aval: tube digestif, voies biliaires, urinaires ou vaisseaux.
- Le scanner localise la transition et cherche cause, souffrance et complication.
- Echographie est performante pour voies biliaires, reins et vessie.
- Le compte rendu doit dire si drainage, desobstruction ou chirurgie est urgent.

Source principale: SSD1 radiologie generale + CNP-MN

#008

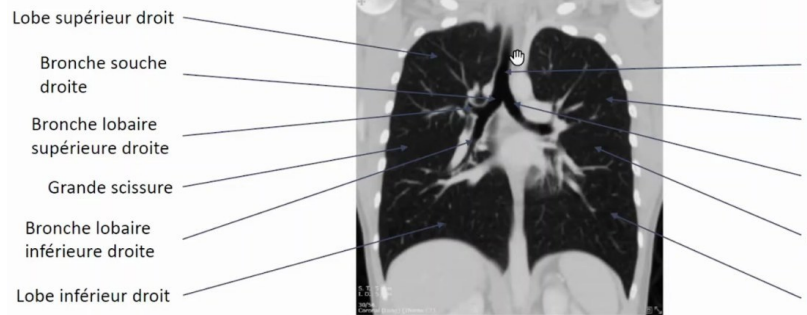
Urgences avec imagerie normale

- AVC hyperaigu, embolie pulmonaire, ischémie digestive, torsion débutante et infection précoce peuvent être peu visibles.
- Vérifier si la bonne modalité, le bon temps d'injection et le bon délai ont été utilisés.
- La discordance radio-clinique doit être écrite clairement et discutée oralement.
- Un contrôle rapproché ou une autre modalité peut être plus pertinent qu'une conclusion rassurante.

Source principale: CNP-MN erreurs + CERF

#009

Dispositifs et materiel



Les dispositifs doivent être lus systématiquement, même si la question initiale est autre.

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

- Sur radiographie thoracique: tube, sonde, voie centrale, pacemaker, drain, prothèse et matériel chirurgical.
- Vérifier extrémité, trajet, complication, pneumothorax, malposition et migration.
- En os: alignement, position du matériel, consolidation, descellement, infection et rupture.
- Comparer aux précédents est souvent plus informatif que l'image isolée.

Source principale: SSD1 radiologie générale

#010

Communication de l'urgence

- Appeler pour hémorragie active, embolie grave, occlusion compliquée, compression médullaire, AVC, pneumothorax compressif.
- Documenter heure d'appel, interlocuteur, message et recommandation.
- La conclusion écrite doit être concise et actionnable.
- L'incertitude importante doit être transmise comme telle, avec proposition de suite.

Source principale: CNP-MN compte rendu + SSD1

#011

Relecture systématique

- Relire les zones aveugles: apex pulmonaires, bases, os, rétro-péritoine, pelvis, paroi et bords de coupe.
- Changer fenêtre et plan avant de conclure négatif.
- Comparer aux anciens examens si disponibles.
- Demander un deuxième regard quand l'image et la clinique ne collent pas.

Source principale: SSD1 radiologie générale

#012

Synthese de niveau interne

- Savoir choisir l'examen pertinent, pas seulement reconnaître des images.
- Savoir lire selon une routine stable et vérifier les pièges techniques.
- Savoir formuler une conclusion orientée prise en charge.
- Savoir alerter quand l'image impose un geste ou un transfert.

Source principale: CERF 2e cycle + CNP-MN

Cahier de formation - 12 fiches - Radiologie - Sources: SSD1/Alex/13- Radiologie; CERF - 2e cycle DFASM; CERF - Images à connaître pour l'EDN; CNP-MN - Fondamentaux de l'imagerie médicale