

#001

Approche thoraco-abdominale



The screenshot shows a presentation slide with a black header bar. Below it, the title 'Programme de la préparation complète' is written in blue. A yellow horizontal line separates the title from the bullet points. The slide lists three points: 1. 'Toutes les spécialités du programme traitées en alliant cours et entraînements', 2. 'Plus de 80 conférences en vidéo en direct puis disponibles en replay pour approfondir les notions les plus importantes', and 3. 'Des lives complétés par des focus synthétiques de cours en vidéo'. At the bottom, there is a blue arrow pointing to the website 'www.conference-cartesia.fr'.

Programme de la préparation complète

- Toutes les **spécialités** du programme traitées en alliant **cours** et **entraînements**
- Plus de **80 conférences en vidéo en direct** puis disponibles **en replay** pour approfondir les notions les plus importantes
- Des lives complétés par des **focus synthétiques** de cours en vidéo

→ www.conference-cartesia.fr

Les urgences thoraco-abdominales reposent sur des syndromes radiocliniques reproductibles.

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

- La question clinique décide la modalité: radiographie, échographie, scanner injecté ou angioscanner.
- Toujours localiser l'étage: thorax, abdomen sus-mesocolique, pelvis, rétro-péritoné, paroi.
- Comparer air, graisse, liquide, sang, calcification, rehaussement et obstruction.
- Le compte rendu doit distinguer diagnostic certain, probabilité et complication à traiter.

Source principale: SSD1 radio thoraco-abdominal

#002

Radiographie thoracique



QCM 15

Toux et fièvre chez un patient de 35 ans, immunocompétent :



- A. Le cliché est de bonne
- B. On observe un écoulement de sac pleural droit.
- C. On observe une opacité inférieure droite.
- D. On ne peut pas poser qu'à partir de ce cliché
- E. Le diagnostic est celui d'une pneumopathie franchement (PFLA).

Une radiographie thoracique doit toujours commencer par la qualité technique.

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

- Vérifier technique: face/profil, debout/couche, inspiration, rotation, pénétration.
- Lire successivement voies aériennes, poumons, hiles, médiastin, cœur, pleures, coupes et os.
- Pneumothorax: ligne pleurale, hyperclarté sans trame vasculaire, décollement apical ou basal selon position.
- Épanchement: comblement cul-de-sac, ligne de Damoiseau si debout, voile basal si couché.

Source principale: SSD1 radio thoraco-abdominal

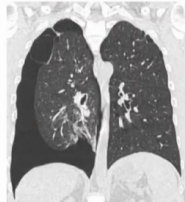
#003

Pneumopathie et oedeme



QCM 17

Douleur thoracique droite brutale chez un patient de 23 ans :



- A. Il existe un pneumothorax droit.
- B. Il existe un épanchement droit.
- C. Le pneumothorax est compliqué.
- D. La cause la plus probable est la rupture de bulle d'emphyse.
- E. Il s'agit d'un pneumothorax primaire.

La repartition centrale, périphérique ou basale oriente le mécanisme.

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

- Syndrome alvéolaire: opacité systématisée ou non, bronchogramme aérien, limites floues.
- Syndrome interstitiel: lignes, micronodules, verre dépoli au scanner selon contexte.
- Oedème cardiogénique: cardiomégalie, redistribution vasculaire, lignes septales, opacités péri-hilaires.
- L'imagerie ne remplace pas le terrain: fièvre, insuffisance cardiaque, immunodépression, inhalation.

Source principale: SSD1 radio thoraco-abdominal

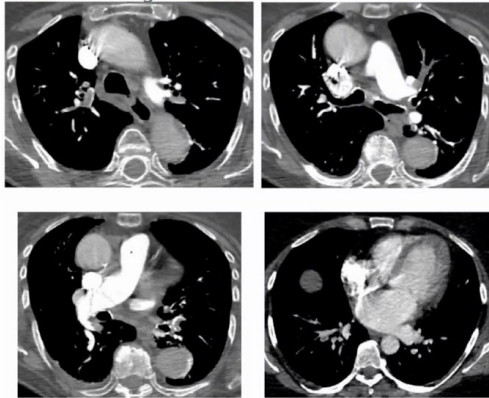
#004

Embolie pulmonaire



QCM 21

Les D-dimères sont à 2700 µg/L, le DFG est calculé à 45 mL/min, vous décidez donc de réaliser un angioscanner :



- A. On observe des throm
- B. Il s'agit d'une embolie proximale bilatérale.
- C. On observe une atteinte maximum lobaire.
- D. Il existe une dilatation droites.
- E. Il s'agit d'une embolie avec des signes de gravité scanographique.

La probabilité clinique guide l'indication; le scanner confirme et évalue la gravité.

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

- L'angioscanner thoracique est l'examen clé si probabilité clinique et D-dimères justifient l'imagerie.
- Le signe direct est un défaut de rehaussement dans une artère pulmonaire opacifiée.
- Chercher gravité: dilatation VD, reflux cave, infarctus pulmonaire, épanchement, autre diagnostic.
- Une injection mal synchronisée ou des artefacts peuvent rendre l'examen non conclusif.

Source principale: SSD1 radio thoraco-abdominal

#005

Douleur abdominale aiguë

- Scanner injecte si suspicion de complication, douleur intense, terrain fragile ou diagnostic incertain.
- Echographie en premiere intention pour colique hepatique, cholecystite, gynecologie et pediatrie selective.
- Analyser tube digestif, graisse peritoneale, liquide, air libre, vaisseaux, voies biliaires et urinaires.
- Toujours conclure sur complication: perforation, collection, ischemie, occlusion, sepsis.

Source principale: SSD1 radiologie generale + thoraco-abdominal

#006

Cholecystite et angiocholite

Angiocholite

agnostic clinique !

rographie abdominale :

Dilatation des voies biliaires intra et extra-hépatiques (diamètre de la VBP > 8 mm)

Epaississement des parois des voies biliaires
± Vésicule biliaire pathologique

anner :

Mêmes signes

Prise de contraste des parois des voies biliaires

∇ :

Mêmes signes

Pas d'indication en urgence

L'imagerie recherche à la fois l'obstacle et les signes de complication infectieuse.

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

- Cholecystite: douleur HCD, fièvre, Murphy, calcul, paroi épaissie, distension, infiltration perivesiculaire.
- Echographie est première ligne pour calcul vésiculaire et signe de Murphy échographique.
- Angiocholite: dilatation biliaire, obstacle, signes infectieux; scanner ou cholango-IRM selon situation.
- La gravité tient au sepsis et à l'obstacle: imagerie et drainage doivent se coordonner vite.

Source principale: SSD1 radio thoraco-abdominal

#007

Pancreatite aiguë

Pancréatite aigüe

Scanner :

- A 72-96h
- Préciser la sévérité, prédiction de la morbi-mortalité
- Augmentation du volume du pancréas
- Infiltration de graisse péri-pancréatique
- Nécrose du pancréas = plage hypodense après injection = absence de réhaussement
- Collection péri-pancréatique
- Recherche de signes de pancréatite chronique calcifiante : multiples calcifications du pancréas
- Recherche de tumeur : pancréatique ou ampullome vatérien
- Recherche d'anomalie canalaire

Le scanner évalue surtout la sévérité et les complications, pas seulement le diagnostic.

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

- Le diagnostic est biologique et clinique; le scanner n'est pas systématique d'emblée si forme simple.
- Scanner injecté utile en cas de doute diagnostique, gravité, complication ou aggravation.
- Évaluer nécrose, collections, infection, thrombose veineuse, complications biliaires et extension.
- Le timing compte: certaines complications sont mieux caractérisées après 48-72 heures.

Source principale: SSD1 radio thoraco-abdominal

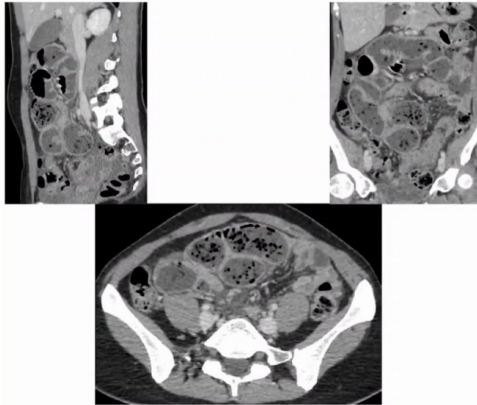
#008

Appendicite et diverticulite



QCM 13

Douleurs abdominales, nausées et vomissements chez un patient de 60 ans avec antécédents chirurgicaux :



- A. On observe une distension grêle.
- B. On observe un distension colique.
- C. On observe une zone plat-dilatée.
- D. Le diagnostic le plus celui d'occlusion sur de gravité scanographique.
- E. Le diagnostic le plus celui d'occlusion sur signes de gravité scanographique.

Epaississement, graisse inflammée et collection transforment une suspicion clinique en stratégie.

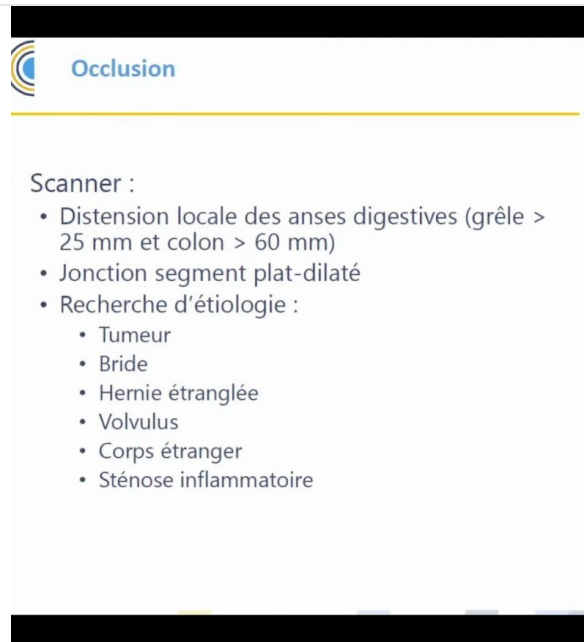
Captures de cours Radiologie extraites et recadrées depuis SSD1 (usage pédagogique)

- Appendicite: appendice dilaté, paroi épaissie, stercolithe, infiltration graisseuse, collection ou perforation.
- Diverticulite: diverticules, épaississement colique, inflammation pericolique, abcès, pneumopéritoine.
- Echographie utile chez enfant et sujet mince; scanner si doute, complication ou terrain à risque.
- La classification radiologique guide antibiothérapie, drainage ou chirurgie.

Source principale: SSD1 radio thoraco-abdominal

#009

Occlusion digestive



Le scanner doit localiser l'obstacle et chercher les signes de souffrance.

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

- Scanner abdomino-pelvien injecte recherche niveau, cause, mécanisme et signe de souffrance.
- Signes: dilatation en amont, zone transitionnelle, collapse aval, stercoral, bride, hernie, tumeur.
- Gravité: ischémie, défaut de rehaussement, pneumatoses, aéroportie, perforation, liquide abondant.
- Distinguer grêle et colon change la probabilité étiologique et l'urgence chirurgicale.

Source principale: SSD1 radiologie générale

#010

Hémorragie digestive et vasculaire

- Scanner multiphasique peut montrer extravasation active si débit suffisant et protocole adapté.
- Phase sans injection différencie sang/calcifération; artérielle et portale recherchent fuite et lésion causale.
- Le radiologue doit signaler site, débit apparent, cause possible et accessibilité à embolisation.
- Une endoscopie reste centrale pour nombreuses hémorragies digestives hautes ou basses selon contexte.

Source principale: SSD1 thoraco-abdominal + CNP-MN contraste

#011

Traumatisme thoraco-abdominal

- Chez patient stabilisé, scanner corps entier injecté explore crâne, rachis, thorax, abdomen et pelvis.
- Chercher pneumothorax, hemothorax, contusion, lésion aortique, rate, foie, rein, mésentère et bassin.
- Le blush artériel, l'hémopéritoine abondant et l'instabilité guident embolisation ou chirurgie.
- Chez instable, imagerie minimale utile: eFAST, radiographie thorax/bassin et gestes de sauvetage.

Source principale: CERF + SSD1 radio thoraco-abdominal

#012

Pieges thoraco-abdominaux

- Un cliché couché masque pneumothorax et épanchement; chercher signes indirects.
- Une douleur thoracique avec radiographie normale peut rester embolie pulmonaire ou dissection.
- Un scanner sans injection peut manquer ischémie, saignement actif, abcès ou lésion vasculaire.
- Une anomalie digestive peut masquer cause urinaire, gynécologique ou vasculaire.

Source principale: SSD1 radio thoraco-abdominal

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