

#001

Fonction rénale et obstruction



L'échographie distingue rapidement dilatation obstructive et reins non dilates.

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

- La première question est souvent obstructive: dilatation des cavités, obstacle, rein unique, anurie ou infection associée.
- Echographie est rapide et non irradiante pour reins, vessie, résidu, dilatation et globe.
- Scanner précise obstacle, lithiase, complication, masse et diagnostic différentiel.
- Toute obstruction fébrile ou sur rein unique est une urgence de drainage.

Source principale: SSD1 uro-radio + CNP-MN échographie

#002

IRA et IRC

Vous voyez actuellement l'écran de Aline Carsin-Vu Options d'affichage

IRA/IRC

7

► 1) Apport imagerie pour différencier insuffisance rénale aiguë/insuffisance rénale chronique



L'aspect des reins, la dilatation et le contexte orientent aigu vs chronique.

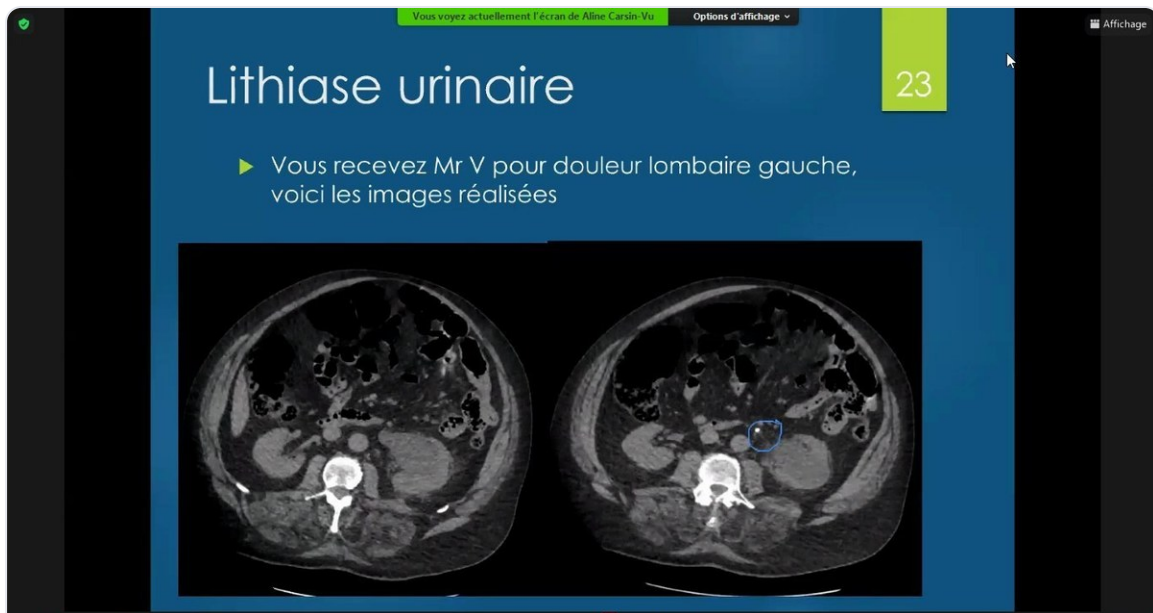
Captures de cours Radiologie extraites et recadrées depuis SSD1 (usage pédagogique)

- En IRA, l'imagerie cherche d'abord obstacle, taille renale, vascularisation et complications.
- Des petits reins de différences orientent vers chronicité, mais certaines IRC gardent des reins volumineux.
- Doppler si suspicion vasculaire: thrombose, sténose, infarctus ou complication de greffe.
- La créatinine guide injection iodée et discussion bénéfice-risque.

Source principale: SSD1 uro-radio

#003

Lithiase urinaire



Le scanner sans injection localise le calcul et objective le retentissement.

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

- Scanner sans injection détecte la plupart des calculs et mesure taille, densité, siège et retentissement.
- Echographie peut montrer dilatation, calcul pyélique ou vésical, jets uretéraux et diagnostic différentiel.
- La radiographie ASP n'est utile que pour certains calculs radio-opaques et le suivi sélectif.
- Les critères de gravité imposent avis urologique: sepsis, anurie, rein unique, douleur rebelle, insuffisance rénale.

Source principale: SSD1 uro-radio

#004

Infection urinaire compliquée

- Imagerie si pyelonephrite grave, sepsis, obstacle suspecte, douleur persistante, immunodépression ou homme fragile.
- Scanner injecté recherche pyelonephrite focale, abcès, pyonéphrose, emphysemateuse ou obstacle.
- Echographie peut guider vite devant obstacle ou collection, mais un résultat normal ne suffit pas toujours.
- Le drainage prime en cas d'obstacle infecté.

Source principale: SSD1 uro-radio + CERF

#005

Hématurie

- Macrohématurie impose recherche de cause urologique: tumeur, lithiase, infection, trauma, anticoagulation révélatrice.
- Uro-scanner avec temps excrétoire explore parenchyme rénal, voies excrétrices et vessie.
- Echographie peut être première approche, mais manque des lésions urothéliales.
- Cystoscopie reste complémentaire pour vessie, surtout si hématurie macroscopique.

Source principale: SSD1 uro-radio + urologie beta

#006

Tumeur du rein

Vous voyez actuellement l'écran de Aline Carsin-Vu Options d'affich

Tumeur du rein

- ▶ Liquidienne :
 - ▶ Kyste rénal/cortical simple
 - ▶ Echographie
 - ▶ arrondi ou ovalaire
 - ▶ anéchogène avec renforcement postérieur
 - ▶ contours réguliers
 - ▶ bien délimité
 - ▶ pas de paroi visible



La caractérisation repose sur contenu, rehaussement, graisse et extension.

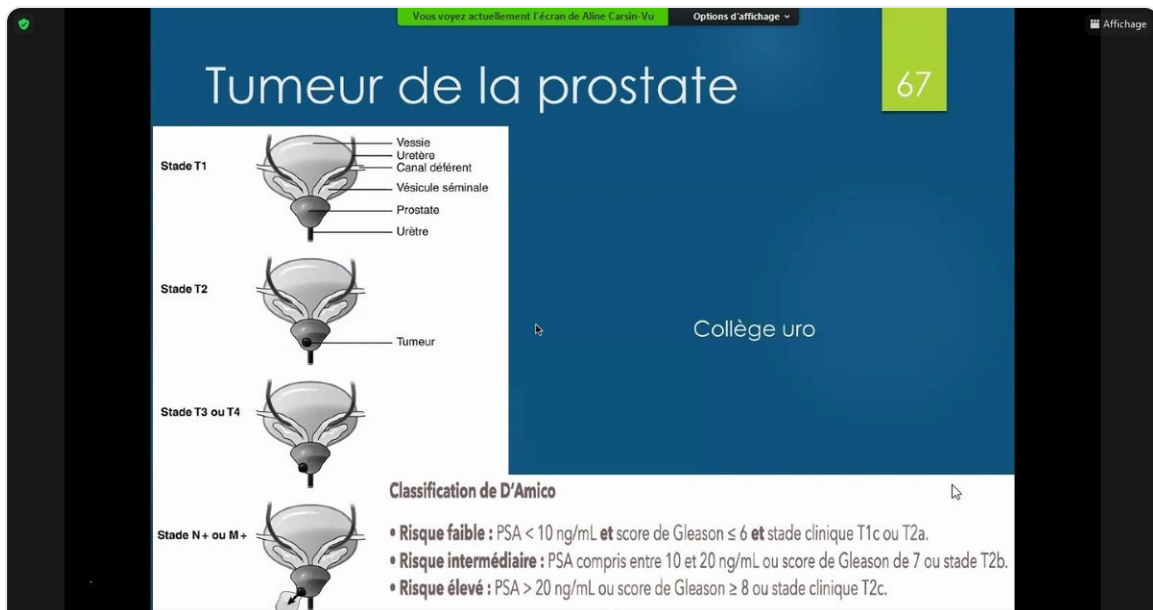
Captures de cours Radiologie extraites et recadrées depuis SSD1 (usage pédagogique)

- Scanner ou IRM caractérise masse solide, kyste complexe, graisse macroscopique et rehaussement.
- Kyste simple: contenu liquidien, paroi fine, pas de cloison ni rehaussement.
- Masse solide rehaussée est suspecte jusqu'à preuve contraire; bilan extension veineuse et métastatique selon cas.
- Comparer taille et croissance si lésion connue ou surveillance active.

Source principale: SSD1 uro-radio

#007

Tumeur de prostate



L'IRM prostatique se lit par zones, diffusion et extension locale.

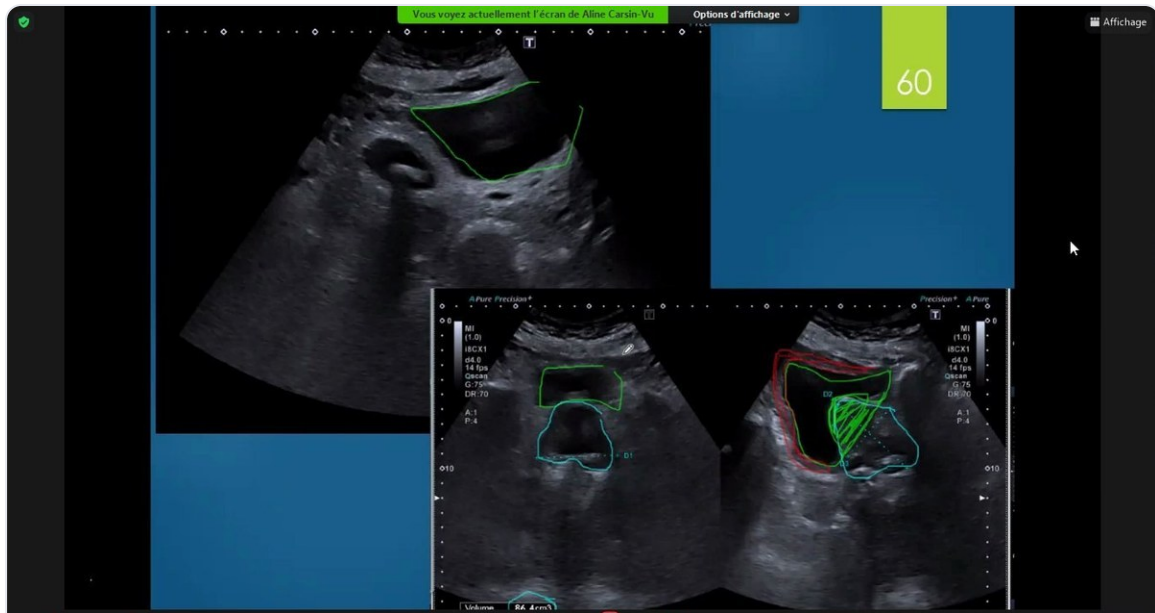
Captures de cours Radiologie extraites et recadrées depuis SSD1 (usage pédagogique)

- IRM multiparamétrique combine T2, diffusion et dynamique injectée pour détection et stadification locale.
- PI-RADS estime la probabilité de cancer cliniquement significatif.
- Le compte rendu précise localisation zonale, taille, contact capsulaire, vésicules séminales et ganglions.
- IRM guide biopsies ciblées et stratégie thérapeutique, mais s'interprète avec PSA et toucher rectal.

Source principale: SSD1 uro-radio + urologie beta

#008

Scrotum aigu



Le Doppler est utile mais la clinique garde la priorité devant torsion possible.

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

- Torsion testiculaire est clinique et chirurgicale: l'échographie ne doit pas retarder l'exploration si doute fort.
- Doppler recherche perfusion testiculaire, epididymite, orchite, abcès ou traumatisme.
- Une vascularisation conservée n'exclut pas toujours torsion intermittente ou débutante.
- Comparer les deux cotes et documenter douleur, volume, echogenicite et flux.

Source principale: SSD1 uro-radio

#009

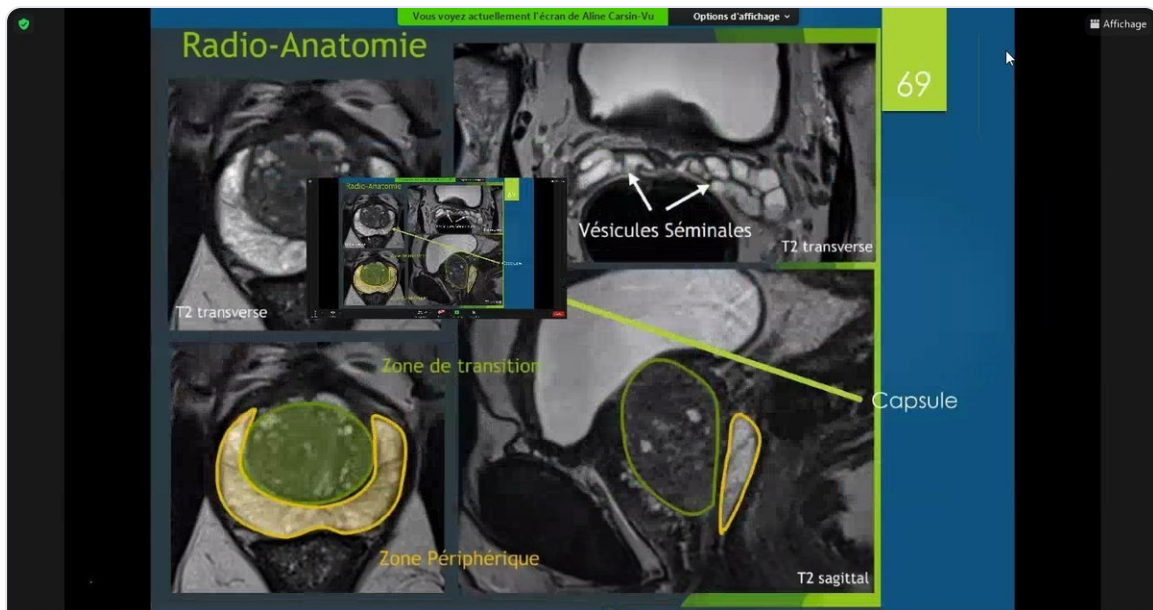
Traumatisme reno-vesical

- Scanner injecte avec temps excretoire si traumatisme severe, hematurie macroscopique ou suspicion de lesion collectrice.
- Chercher fracture renale, hematome, extravasation urinaire, pedicule vasculaire et lesion associee.
- Cystographie TDM si suspicion rupture vesicale, fracture bassin ou globe traumatique.
- Le compte rendu doit guider surveillance, embolisation, drainage ou chirurgie.

Source principale: SSD1 uro-radio + CERF

#010

Voies biliaires, rein et pelvis



La radio-anatomie évite de confondre lésion urinaire, digestive et gynécologique.

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

- Les douleurs abdominales basses peuvent être urinaires, digestives ou gynécologiques: l'imagerie doit rester large.
- Echographie pelvienne complète vessie, uterus/ovaires et recherche collection ou torsion selon contexte.
- Scanner abdomino-pelvien trouve souvent le diagnostic différentiel: appendicite, diverticulite, lithiase, tumeur.
- Toujours confronter localisation de l'image et irradiation douloureuse.

Source principale: SSD1 uro-radio

#011

Compte rendu uro-nephro

- Mentionner lateralité, niveau d'obstacle, taille du calcul, dilatation, infection ou rein unique.
- Pour tumeur: organe, taille, rehaussement, extension locale, veineuse, ganglionnaire et métastatique.
- Pour infection: obstacle, abcès, gaz, pyonéphrose et besoin de drainage.
- La conclusion doit indiquer urgence urologique si drainage ou geste est nécessaire.

Source principale: SSD1 uro-radio

Cahier de formation - 11 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