Présentation du Pr Krainik : Brain stroke : CT Perfusion or MRI Diffusion ?

La question soulevée ici était de déterminer quel examen privilégier entre le TDM de diffusion et l'IRM de perfusion devant un AVC à la phase aigüe. Pour les accidents hémorragiques, les 2 techniques sont comparables. En revanche pour les accidents ischémiques, l'IRM de perfusion et diffusion se révèle supérieure, en particulier dans les 3 premières heures, la TDM visualisant mal les petits infarctus ainsi que ceux situés dans la fosse postérieure.

Présentation du Dr Amsallem : Mechanical thrombectomy in acute stroke – The Rambam experience

Quelle est aujourd'hui la place de la revascularisation mécanique dans les AVC ischémiques ? Les candidats à cette techniques semblent être les patients récusés pour la thrombolyse, avec une occlusion d'un gros vaisseau, dont la localisation est accessible à l'opérateur, responsable d'un déficit modéré à sévère, et dont l'imagerie révèle la présence d'une pénombre. Cette technique permet d'obtenir jusqu'à 96% de reperméabilisation du vaisseau, avec peu de complications, elle permet de plus d'élargir la fenêtre thérapeutique par rapport à la thrombolyse.

Présentation du Dr Sablayrolles : Cardiac CT in acute chest pains

La douleur thoracique aigue est un des premiers motifs de consultation aux urgences, et peut - par son étiologie - mettre en jeu le pronostic vital à très court terme. C'est pourquoi, il est nécessaire d'établir des algorithmes diagnostiques ne laissant aucune place au doute quant à la survenue d'un syndrome coronarien aigu. Quel est donc dans ce contexte la place du coroscanner ? La conclusion en fut que cet examen avait sa place uniquement dans le cas de douleur thoracique atypique sans modification à l'ECG et/ou enzymatique évocatrice de SCA, sans quoi la coronarographie reste le gold standard. En revanche devant une DT atypique, la TDM est un examen de choix qui permettra le diagnostic entre autres d'embolie pulmonaire ou de pathologie aortique aigue.

Présentation du Dr Ofer : Tracheo-Innominate fistula – A catastrophic vascular emergency

La fistule trachéo-innominée, est une pathologie rare mais extrêmement sévère de par son pronostic effroyable et le terrain sur lequel elle survient. Elle survient dans 0.1 à 1% des cas de trachéostomie chirurgicale. Il est ressorti de cette présentation, qu'aucune imagerie ne devait être pratiquée, la survie du patient étant possible uniquement par son transfert immédiat au bloc opératoire.

Présentation du Pr Revel – CT Angiography for Pulmonary Embolism diagnosis during pregnancy and post-partum

L'embolie pulmonaire est une importante cause de décès post-partum dans les pays developpés. Pourtant, aucun score clinique n'est utilisable dans ce contexte, et les D-dimères ne sont d'aucune utilité. Dans cette situation, la radiographie thoracique doit être pratiquée, afin d'éliminer un diagnostic différentiel. Si on doit pratiquer une angioTDM pulmonaire, celle-ci devra être contributive, en minimisant le risque d'examen faussement négatif (pas d'inspiration profonde, injection suffisante d'iode, délai de 18-25 s pour l'acquisition des images), et en diminuant l'irradiation de la patiente.

Présentation du Dr Le Dref : Uterine artery embolization for the treatment of life-threatening post-partum hemorrhage

L'hémorragie de la délivrance est la 1e cause de mortalité en France chez les femmes en post-partum. Son pronostic tient à la rapidité de la prise en charge et des thérapeutiques mises en œuvre. Dans, ce contexte, il se pose la question de savoir quelle est la place de l'imagerie interventionnelle ? Il en est ressorti, que cette décision d'appliquer une telle thérapeutique devait être prise de façon collégiale avec tous les spécialistes concernés. Un traitement médical optimal doit être systématiquement effectué. (révision utérine, drogues utéro toniques…), et qu'enfin, une embolisation des artères utérines doit se faire avec un agent résorbable et préférentiellement effectuée de façon bilatérale.

Présentation du Pr Drappé : Wrist's sprain needing emergency treatment : role of imaging studies

Les traumatismes ligamento-articulaires du poignet font partie de la pathologie fréquente rencontrée aux urgences. Quel est le rôle de l'imagerie et les outils disponibles pour le diagnostic précoce de ces lésions ? Nous avons pu voir que l'imagerie de ces lésions requérait la recherche de lésions osseuses en TDM ou IRM, une exploration échographique recherchant une lésion des ligaments intrinsèques et extrinsèques augmentant le risque d'instabilité ultérieure, et une détection précoce des dysfonctions biomécaniques par des examens dynamiques.

Présentation du Pr Sosna : Non traumatic acute aortic pathologies : The need for a unified approach

Les pathologies aigues de l'aorte thoracique et abdominale sont des urgences pouvant engager le pronostic vital, et pour lesquelles le TDM a déjà fait ses preuves en tant qu'outil diagnostic. L'objectif de cette présentation était de revoir les présentations typiques ou atypiques en TDM de ces pathologies, et de sensibiliser les équipes soignantes au besoin d'une approche multidisciplinaire et d'une nomenclature unifiée. Globalement, nous avons pu voir que l'angioTDM devait être le premier examen pratiqué dans la pathologie aortique aigue, et qu'il fallait mettre en place des « aorta teams » pluridisciplinaires capables de prendre en charge ces patients en globalité.

Présentation du Dr Ridereau-Zins : Imaging of acute pancreatitis : Initial evaluation

Les questions posées ici étaient : Quels sont les facteurs pronostiques de la pancréatite aigue ? Quels sont les outils pour le diagnostic étiologique ? Et enfin comment dépister et traiter les complications à la phase précoce ? Une TDM dans les 48-72h permet d'évaluer la gravité et le pronostic par le CT severity Index Score. Pour le diagnostic étiologique, une échographie abdominale initiale permet de diagnostiquer une pathologie lithiasique, avec une bonne sensibilité, pathologie qui est responsable d'une majorité des cas de PA. L'IRM quant à elle permet de détecter d'autres étiologies plus rares (TIPMP, pancréatite auto-immune), et permet l'évaluation précise des collections et leur drainage.