

JAIM



ISSN: 1810-4959

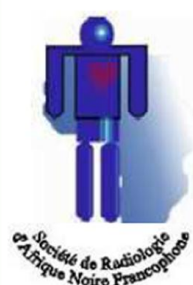
eISSN: 2790-9840

Journal Africain d'Imagerie Médicale

Résumés des conférences Jranf 2023

Table des matières

Agenda Formation en Radioprotection Jranf 2023 Grand-Bassam – Côte d'Ivoire.....	63
RPF 1 Rappel des unités de doses	63
RPF 2 Risques déterministes et stochastiques.....	63
RPF 3 Mesure pratique des niveaux d'exposition en RX et TDM	63
RPF 4 Niveaux comparés de doses observés en radiologie diagnostique et interventionnelle, échelle de risques comparés.....	63
RPF 5 Rappel des principes de la radioprotection: justification des actes et optimisation.....	63
RPF 6 Méthodes d'optimisation en radiologie conventionnelle.....	63
RPF 7 Méthodes d'optimisation en tomodensitométrie.....	63
RPF 8 Cas particuliers de la femme enceinte, de l'enfant et de la radiologie interventionnelle	64
RPF 9 Guidelines et Justification des actes en pratique courante.....	64
RPF 10 Mission et rôle des PCR dans les services d'imagerie.	64
RPF 11 Notion des NRD et mise en œuvre des NRD en Afrique.	64
CONFERENCES - RESUMES	64
CF 1 : IRM Prostatique	64
CF 2 Masses Rénale solides et kystiques.....	64
CF 3 Imagerie des urgences abdominales non traumatiques de l'adulte	64
CF 4 Tumeurs malignes pancréatiques	65
CF 5 Tumeurs malignes des voies biliaires	65
CF 7 Imagerie des tumeurs intracrâniennes de l'enfant	65
CF 8 Irm multimodale des tumeurs gliales.....	65
CF 9 : Classification TIRADS des nodules thyroïdien.....	66
CF 10 Médecine nucléaire en oncologie.....	66
CF 11 Tele-imagerie médicale ?	66
CF 13 Radioprotection et International Society of Radiology.....	66
CF 14 Etat de l'art de l'imagerie des tumeurs cérébrales en pratique clinique	66
CF 15 Tumeurs cérébrales : nouvelles séquences pour une nouvelle classification	66



JAIM



ISSN: 1810-4959

eISSN: 2790-9840

Journal Africain d'Imagerie Médicale

CF 16 Diagnostic du CHC.....	67
CF 17 Traitement du CHC	67
CF 19 : Imagerie des sarcomes utérins	67
CF 20 Apport de l'imagerie médicale dans le bilan d'extension locorégionale des cancers du larynx et de l'hypopharynx.....	67
CF 21 Radiologie interventionnelle en oncologie : une discipline aux multiples applications	68
CF 22 Cancers de l'endomètre	68
CF 23 : Briser le tabou de l'endométriose, le défi du radiologue	69
CF 24 Radiologie interventionnelle avancée en pathologie mammaire (cryoablation, macro-exérèse par aspiration, embolisation).....	69
CF 25 Imagerie des tumeurs de l'ovaire en IRM : score O-RADS.....	69
CF 26 Tumeurs malignes de la vessie (VIRADS)	69



Agenda Formation en Radioprotection JRANF 2023 Grand-Bassam – Côte d'Ivoire

Partenariat: SRANF, CERF, AIEA, SIIM

Formateurs : JF Chateil (Bordeaux), B Moifo (Yaoundé), JP Tasu (Poitiers), N'ZI Kouassi P (Abidjan), B Mansouri (Alger).

Responsables de la Formation: Pr Moifo B, Pr Agoda-Koussema, Pr N'ZI Kouassi P.

Cible

Participants désireux d'améliorer leurs connaissances en Radioprotection dans le domaine du radiodiagnostic et de la radiologie interventionnelle : radiologues, résidents en radiologie, techniciens d'imagerie médicale.

Format

Mode Présentiel (Salle dotée de vidéo projection et d'accès Internet) et en visioconférences.

Objectifs

À la fin de la formation, les participants devront être capables de :

1. Définir les unités de doses utilisées pour évaluer l'exposition aux radiations ionisantes.
2. Expliquer les risques déterministes et stochastiques en rapport avec l'exposition aux radiations ionisantes
3. Décrire les moyens de mesure pratique des niveaux d'exposition en radiologie conventionnelle
4. Décrire les moyens de mesure pratique des niveaux d'exposition en tomographie
5. Comparer les niveaux de doses observées en radio diagnostique et interventionnelle ainsi que les échelles de risque.
6. Rappeler les trois principes de base de la radioprotection et leurs implications en pratique.
7. Décrire les méthodes d'optimisation en radiologie conventionnelle
8. Décrire les méthodes d'optimisation en tomographie
9. Discuter des particularités de la radioprotection de la femme enceinte et de l'enfant.
10. Discuter des particularités de la radioprotection en radiologie interventionnelle.
11. Expliquer les missions de PCR (Personne Compétente en Radioprotection) dans les services d'imagerie

RPF 1 Rappel des unités de doses

JF Chateil (Bordeaux)

RPF 2 Risques déterministes et stochastiques

JF Chateil (Bordeaux)

RPF 3 Mesure pratique des niveaux d'exposition en RX et TDM

Hazou E (Lomé - TOGO)

RPF 4 Niveaux comparés de doses observés en radiologie diagnostique et interventionnelle, échelle de risques comparés

JF Chateil (Bordeaux)

RPF 5 Rappel des principes de la radioprotection: justification des actes et optimisation.

Savi de Tove (Parakou)

RPF 6 Méthodes d'optimisation en radiologie conventionnelle

B Moifo (Yaoundé)

RPF 7 Méthodes d'optimisation en tomodensitométrie

B Moifo (Yaoundé), Savi de Tove (Parakou)

Les Niveaux de Référence Diagnostique (NRD) constituent un test simple pour identifier les situations où les niveaux de dose au patient sont anormalement élevés. Il s'agit : des niveaux de doses (dans les pratiques radio-diagnostiques) ou des niveaux d'activité (dans le cas de produits radio-pharmaceutiques), pour des examens types, sur des groupes de patients types ou sur des fantômes types, pour des catégories larges d'installations. Ces niveaux ne devraient pas être dépassés, pour des procédures courantes si des pratiques bonnes et normales sont appliquées.

Pour un type d'examen scanographique donné le NRD représente le 75^e percentile de doses pour des examens types sur des groupes de patients types et pour un large éventail d'équipements. C'est la valeur en dessous de laquelle se situent 75 % des mesures de doses (PDL / DLP, CTDI / IDS) pour ce type d'examen. Cet outil est utilisé pour identifier les situations où les doses aux patients sont anormalement élevées.

Le CTDI (mGy) et le PDL (mGy.cm) sont deux grandeurs dosimétriques utilisées en pratique pour déterminer la dose délivrée aux patients. L'affichage des doses (PDL) est obligatoire dans les comptes rendus scanographiques.



Les niveaux de référence diagnostiques (NRD) sont donc des indicateurs de dose destinés à optimiser les pratiques et à réduire ainsi les doses aux patients. Ils permettent d'évaluer, du point de vue des doses délivrées aux patients, la qualité des équipements et des procédures et d'engager, en cas de dépassement injustifié, des actions de contrôle et de correction.

Mots-clés : Niveaux de référence diagnostique, PDL, CTDI, optimisation, dose patient, scanner, TDM.

RPF 8 Cas particuliers de la femme enceinte, de l'enfant et de la radiologie interventionnelle

JF Chateil (Bordeaux)

RPF 9 Guidelines et Justification des actes en pratique courante.

B Moifo (Yaoundé)

Email : bmoif@yahoo.fr

La justification est le premier principe de radioprotection et constitue avec l'optimisation la pierre angulaire de celle-ci. Elle est traditionnellement déléguée aux professionnels d'imagerie médicale, mais en réalité elle concerne à la fois le clinicien, le radiologue et le technicien d'imagerie, et prend une place importante dans l'économie de la santé.

La justification est basée sur le fait qu'un examen ne doit être demandé/réalisé que s'il apporte des informations susceptibles de faire modifier la prise en charge initiale du patient ou s'il conforte le clinicien dans son diagnostic. Si pour une pathologie donnée plusieurs techniques d'imagerie sont capables d'apporter le même résultat, il est recommandé de choisir la technique la moins irradiante/invasive/coûteuse.

En scanographie, technique de radiodiagnostic la plus irradiante (environ 10% des procédures radiologiques pour 34% de l'irradiation), la justification doit être d'avantage rigoureuse.

Le processus de justification d'un examen intègre 5 paramètres: l'âge et le sexe du patient, le contexte clinique (type de pathologie), la disponibilité du plateau technique, l'accessibilité (distance, coût) et les compétences en ressource humaine disponible.

Le clinicien (demandeur) justifie le choix d'une modalité d'imagerie (irradiante+++) par une demande d'examen précisant entre autre le contexte clinique et la question de recherche. Les guidelines constituent un outil de justification des demandes d'examens d'imagerie médicale destiné à aider les médecins traitants et les autres professionnels de la santé à choisir les examens d'imagerie appropriés pour leurs patients, sans être un élément de restriction du rôle ou de la liberté du médecin traitant. Ils constituent la base de médecine factuelle et reflet de la compétence professionnelle.

Le technicien d'imagerie ou le radiologue (prescripteur) valide la demande d'une modalité donnée, choisit le protocole le plus approprié au patient au et contexte clinique, et optimise les pratiques. La recherche de contre-indications (absolues ou relatives) est partie intégrante de la justification d'un protocole en scanner et IRM, avec la possibilité de substituer ou de récuser l'examen.

Dans nos pays à ressources limitées, une formation des cliniciens et une mise à niveau des radiologues et manipulateurs en radioprotection, et l'introduction des guides de demandes d'examens d'imagerie pourraient améliorer la justification et la prescription des examens TDM et IRM.

Mots-clés : Justification, radioprotection, demande d'examen, scanner, guidelines, indication d'examen.

RPF 10 Mission et rôle des PCR dans les services d'imagerie.

J Tchaou (Lomé)

RPF 11 Notion des NRD et mise en œuvre des NRD en Afrique.

B Mansouri (Alger)

CONFERENCES - RESUMES

CF 1 : IRM Prostatique

Camille Thoumin (Hôpital de la Pitié Salpêtrière)

CF 2 Masses Rénales solides et kystiques

Camille Thoumin (Hôpital de la Pitié Salpêtrière)

CF 3 Imagerie des urgences abdominales non traumatiques de l'adulte

Dédé N'dri Simon, Kabas Raissa M, Ohui-Acko Estelle V. Service de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale CHU Treichville-Abidjan

Résumé : La pathologie abdominale non traumatique est l'un des motifs les plus fréquents de consultation dans les services d'accueil d'urgence. Une douleur abdominale peut révéler de très nombreuses pathologies dont certaines nécessitent une prise en charge urgente. Le recours à l'imagerie est habituellement nécessaire dans la mesure où l'interrogatoire et l'examen clinique sont rarement suffisants. Le choix des examens, orienté par le contexte clinique et guidé par la performance des examens disponibles, dans un souci d'innocuité et de moindre coût.



Le rôle du radiologue est primordial dans la prise du patient en évaluant le degré de gravité et en confirmant ou infirmant les diagnostics différentiels. Les clichés standards n'ont plus de place dans l'exploration de l'abdomen aigu même si l'Abdomen sans préparation et la Radiographie thoracique dans notre contexte de paupérisation peuvent encore être utiles pour montrer un pneumopéritoine (perforation d'organe creux) et des niveaux hydro-aériques (occlusion intestinale aiguë). La disponibilité encore insuffisante de l'IRM circonscrit le choix à l'échographie et au scanner. Aucune évidence scientifique ne permet d'imposer une stratégie unique. Il existe actuellement une alternative entre la réalisation systématique d'une échographie complétée par un scanner lorsqu'elle n'est pas concluante, et la réalisation d'un scanner en première intention sauf en cas de douleur de la fosse iliaque droite ou de l'hypochondre droit ainsi que chez la femme enceinte ou l'échographie est l'examen de première intention.

Mots clés : Urgences, Abdomen aigu, Imagerie.

CF 4 Tumeurs malignes pancréatiques

Ouattara B

CF 5 Tumeurs malignes des voies biliaires

Badji Cheg

CF 7 Imagerie des tumeurs intracrâniennes de l'enfant

SM Zanga, M Napon, Z Nikiéma, O Diallo, LC Lougué/Sorgho, R Cissé

Résumé : Introduction : les tumeurs intracrâniennes (TIC) représentent 25% de toutes les tumeurs solides observées à l'âge pédiatrique. Leur diagnostic est souvent difficile à évoquer du fait de la non spécificité des signes cliniques. Notre objectif est de décrire les aspects des principales tumeurs intracrâniennes (TIC) de l'enfant à l'imagerie et préciser l'apport de ses modalités dans le bilan diagnostique, d'extension, dans le contrôle post-opératoire et le suivi à distance de ces tumeurs.

Moyens d'imagerie : l'exploration des TIC de l'enfant repose essentiellement sur l'échographie transfontanellaire, le scanner et sur l'imagerie par résonance magnétique qui constitue l'examen de référence. Le scanner est l'examen de première intention

permettant d'évoquer la tumeur, mais l'IRM reste indispensable pour faire le bilan lésionnel.

Principaux types de tumeurs : Les tumeurs de la fosse postérieure représentent 70% des TIC chez l'enfant d'âge compris entre 4 et 11 ans et sont principalement constituées de l'astrocytome, du médulloblastome et de l'épendymome. Les signes révélateurs communs à l'imagerie sont un syndrome d'hypertension intracrânienne, un effet de masse sur le 4ème ventricule, une hydrocéphalie avec écoulement du LCR. Les tumeurs sus-tentorielles se déclinent en tumeurs de la ligne médiane (région sellaire, supra-sellaire, hypothalamique, pinéale) et tumeurs hémisphériques. Le bilan d'imagerie apprécie la localisation anatomique pour guider l'acte chirurgical et favoriser une exérèse complète.

Imagerie lors du suivi des TIC : Un contrôle par IRM ou TDM est effectué 48 à 72 heures après pour juger de la totalité de l'exérèse chirurgicale. La surveillance sous chimiothérapie ou radiothérapie se fait à l'IRM en pondération T1, T2 et avec injection de chélates de Gadolinium sur deux incidences orthogonales afin de détecter les récurrences qui prennent le contraste.

Conclusion : l'imagerie joue un rôle majeur dans le diagnostic des TIC de l'enfant en permettant une analyse topographique, une caractérisation tissulaire et une orientation thérapeutique.

Mots clés : Tumeurs intracrâniennes ; Enfant ; TDM ; IRM

CF 8 Irm multimodale des tumeurs gliales

Auteurs : A. D. DIOP, H. Dème, M. Diallo, G. AKPO, N. BADJI, A. N. Diop, A. MBENGUE, A. LY BA, S. BA DIOP.

Devant un processus expansif intracrânien, il se pose des questions essentielles sur la nature de la lésion (tumorale ou non), ses dimensions et son extension afin d'adapter son traitement et son suivi.

Les tumeurs gliales sont les tumeurs primitives les plus fréquentes de l'adulte. Malgré le polymorphisme anatomoradiologique de ces tumeurs, leur approche diagnostique est facilitée par leur topographie (sus ou sous-tentorielle), l'âge du patient et surtout les progrès en imagerie notamment de l'imagerie par résonance magnétique (IRM).



En effet l'IRM est la technique de référence dans l'exploration des tumeurs cérébrales. Du fait de sa bonne résolution en contraste, elle est supérieure à la tomodynamométrie dans l'analyse morphologique des lésions cérébrales. De plus elle permet grâce à ses séquences de diffusion et de perfusion une étude fonctionnelle en évaluant la cellularité tumorale, l'existence ou non d'une neoangiogenèse ou d'un rehaussement tumoral par rupture de la barrière hémato-encéphalique (BHE). En fin la spectroscopie par résonance magnétique (SRM) nous renseigne sur les différents métabolites exprimés par les tissus ce qui nous permet de nous rapprocher de plus en plus du diagnostic histologique et du degré de malignité des tumeurs gliales.

CF 9 : Classification TIRADS des nodules thyroïdien

Abdoulatif AMADOU, Service de Radiologie et Imagerie Médicale du Centre Hospitalier Régional de KARA (TOGO) Université de KARA (TOGO)

Résumé : Le nodule thyroïdien est défini comme toute hypertrophie localisée de la glande thyroïde. L'échographie doppler fournit aussi des informations évocatrices déterminantes pour la caractérisation des nodules thyroïdiens en permettant la classification TIRADS

L'objectif est d'homogénéiser les descriptions pour une bonne évaluation du risque de malignité par des nodules thyroïdiens

La description échographique de ces nodules thyroïdiens se fait à partir des critères que sont la forme, les contours, le contenu, l'échogénicité, la présence de ponctuation et de calcifications et l'angulation. La présence des adénopathies doit être recherchée systématiquement.

Les signes forts de malignité sont l'aspect très hypo échogène (plus hypoéchogène que les muscles), la présence de microcalcifications, les contours anguleux, irréguliers, la forme plus profond que large (DAP>>>DT) et l'index de rigidité anormal. Cette description doit aboutir à la classification TIRADS qui est composée de 05 stades.

Le compte rendu d'une échographie thyroïdienne doit respecter des normes standards et doit comprendre le motif de l'examen, la technique, les résultats et la conclusion, accompagné d'un schéma descriptif des nodules

La cytoponction est une technique de prélèvement des cellules thyroïdiennes permettant leur analyse histologique. Elle respecte des indications précises en

tenant compte de la classification TIRADS et de la taille des nodules

Le score TI-RADS est un système de description et de stratification du risque des nodules thyroïdiens permettant de rationaliser les indications de cytoponction.

CF 10 Médecine nucléaire en oncologie

Adambounou

CF 11 Tele-imagerie medicale ?

ADAMBOUNOU

CF 12 Mortalité maternelle en Afrique sub saharienne : et si on parlait du placenta à l'échographie ?

A.Mbongo T. ; A.Molua A. ; S.Ilinga L.

Auteur correspondant : Dr Angèle Mbongo Tanzania ;

Courriel : ange_mbongo@yahoo.fr;

Téléphone : +243 815082922

Résumé : La mortalité maternelle en périnatal est un fléau en Afrique Sub Saharienne.

Lutter contre ce fléau relève d'une approche multifactorielle et d'une prise en charge pluridisciplinaire.

Les recommandations récentes de la Conférence Nationale d'Echographie Obstétricale et Fœtale (CNEOF : Octobre 2022) inscrivent dans les obligations de la prise en charge de la femme enceinte, l'étude du placenta par échographie qui est souvent le seul examen qui permet par le dépistage, de repérer et d'évaluer les risques nécessitant une surveillance particulière de la grossesse afin que les gestantes ne décèdent plus en voulant donner vie.

Mots clés : mortalité maternelle, échographie

CF 13 Radioprotection et International Society of Radiology

Guy Friga

CF 14 Etat de l'art de l'imagerie des tumeurs cérébrales en pratique clinique

Damien Galanaud (Hôpital de la Pitié Salpêtrière)

CF 15 Tumeurs cérébrales : nouvelles séquences pour une nouvelle classification

Damien Galanaud (Hôpital de la Pitié Salpêtrière)



CF 16 Diagnostic du CHC

Jean-Pierre TASU

CF 17 Traitement du CHC

Jean-Pierre TASU

CF 18 Cancers du col de l'utérus

Zouzou A. E, Gnaoulé D, N'Dja Ange, Ledion A, Fatto E.

Objectifs : Connaître la classification révisée FIGO des cancers du col utérin. Savoir réaliser le bilan d'extension d'un cancer du col en IRM. Préciser dans le compte-rendu les points fondamentaux de la stadification IRM.

Résumé : Le cancer du col utérin représente le 2ème cancer féminin dans le monde. Le diagnostic est histologique.

L'imagerie est très importante pour le bilan d'extension locale reposant sur l'IRM en appréciant la taille, l'extension vaginale, aux paramètres et aux ganglions, mais aussi pour le bilan d'extension à distance et la recherche de récurrence avec l'IRM et la TEP-TDM.

Le pronostic et la prise en charge thérapeutique dépendent de la classification FIGO. Cette classification est basée sur le volume et l'extension tumorale loco régionale. L'IRM si elle est bien réalisée constitue le gold standard.

Les séquences T2 sont indispensables notamment l'axiale T2 perpendiculaire au col utérin pour mieux apprécier l'extension aux paramètres, importante pour dicter la thérapeutique, appréciation pas toujours aisée pour le radiologue. Une bonne communication oncologue, chirurgien, radiologue reste primordiale pour un apport optimal de l'IRM.

Mots clés : cancer du col, FIGO, IRM

CF 19 : Imagerie des sarcomes utérins

Auteur : Dr Léra Géraud AKPO,

M.C.A. (service de radiologie et imagerie médicale hôpital Dalal Jam – Dakar)

Les sarcomes utérins sont des tumeurs rares d'origine mésoenchymateuse.

Ils représentent 2 à 6% des cancers utérins.

Les 3 principaux types histologiques sont : le sarcome du stroma endométrial (SSE) d'origine muqueuse (10 à 15% des sarcomes primitifs), le léiomyosarcome (LMS) développé aux dépens des fibres musculaires lisses (20 à 25% des sarcomes utérins), le carcinosarcome (ancien sarcome mixte Mullérien) d'origine mixte, c'est le sarcome le plus fréquent.

La symptomatologie n'est pas spécifique (pouvant simuler un myome utérin) dominée par les ménorragies et algies pelviennes. L'augmentation de volume d'un myome connu ou du volume de l'utérus peuvent également être des signes d'appel.

L'échographie pelvienne est réalisée en première intention ; l'IRM constitue l'examen de référence dans l'exploration de la pathologie utérine.

L'IRM est également indiquée dans le bilan d'extension loco-régional d'un sarcome utérin.

La TEP/TDM au FDG et la TDM peuvent être proposées lors du bilan d'extension initial pour détecter des ganglions para-aortiques et les métastases à distance.

L'imagerie devra être réalisée chez toute femme ménopausée avec un myome symptomatique. Tout myome avec des caractères morphologiques non typiques à l'échographie nécessite un complément IRM. Il faut craindre devant tout hypersignal T2 d'un myome un sarcome utérin.

L'imagerie permet de poser un diagnostic pré-opératoire en recherchant des arguments en faveur d'un sarcome utérin mais aussi par des microbiopsies guidées par l'échographie.

Mots clés : Sarcome, léiomyosarcome utérin, IRM

CF 20 Apport de l'imagerie médicale dans le bilan d'extension locorégionale des cancers du larynx et de l'hypopharynx

AKANNI Djivèdé Witchéko Maurice Mohamed*

Résumé : Les cancers du larynx et de l'hypopharynx représentent environ 25 % des cancers des voies aéro-digestives supérieures (VADS). Il s'agit le plus souvent de



carcinome épidermoïde lié à une intoxication alcoolotabagique ou à une infection au papillomavirus humains (HPV). Ils sont le plus souvent découverts à un stade avancé et l'imagerie médicale permet d'effectuer un bilan d'extension exhaustif et de guider la thérapeutique chirurgicale.

Le scanner cervico-thoracique est l'examen clé du bilan d'extension locorégionale. Il doit être réalisé selon un protocole strict. L'injection intraveineuse bi-phasique de produit de contraste iodé est la règle. Elle permet de mieux préciser les rapports de la tumeur en augmentant le rapport contraste sur bruit. Les manœuvres de phonation et de Valsalva sont indispensables pour augmenter la performance du scanner dans le staging des petites lésions (T1-T2).

L'analyse du scanner doit envisager le cancer du larynx et de l'hypopharynx dans sa globalité et doit inclure l'ensemble des VADS, les aires ganglionnaires et le thorax. Le compte rendu devra préciser la position de la tumeur (glottique et/ ou sous glottique et/ou sus glottique), l'extension tumorale (à la loge hyo-thyro-épiglottique « HTE », à la commissure antérieure, aux espaces para glottique et para laryngé, à la base de la langue et aux cartilages) et l'extension ganglionnaire.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est peu utilisée et apparaît intéressante en cas de doute sur un envahissement cartilagineux et dans le staging de l'extension ganglionnaire.

Les objectifs de cette conférence sont de rappeler la technique de réalisation et les points clés importants du compte rendu structuré du scanner cervico-thoracique dans le cadre du bilan d'extension des cancers du larynx et de l'hypopharynx.

Mots clés : cancers, larynx, hypopharynx, scanner, bilan d'extension.

CF 21 Radiologie interventionnelle en oncologie : une discipline aux multiples applications

Ouédraogo Nina-Astrid, Bambara Augustin Tozoula, Cissé Rabiou

¹Laboratoire de Radiodiagnostic et Imagerie médicale, Ouagadougou (Burkina Faso)

La radiologie interventionnelle en oncologie est une spécialité médicale qui vise à participer au traitement des

cancers en utilisant des techniques d'imagerie guidée. Cette approche permet de traiter des tumeurs sans avoir recours à une chirurgie invasive, ce qui peut réduire considérablement les effets secondaires et améliorer la qualité de vie des patients.

Outre les techniques de biopsie et de pose d'abord veineux pour la prise en charge initiale des cancers, la radiologie interventionnelle en oncologie fait appel à deux types de procédures qui peuvent être combinées entre elles : il s'agit d'une part des techniques de destruction tumorale per cutanée par des agents injectables, la radiofréquence et la cryoablation ; d'autre part, les techniques d'embolisation et de traitement intra artériel.

Ces procédures sont appliquées après des réunions de concertations multidisciplinaires. En situation curative, elle permet le traitement de tumeur de petite taille. En situation palliative, elle permet de traiter les symptômes liés aux obstructions biliaires, urinaires et digestives et aussi le traitement de la douleur par la vertébroplastie et les ostéosynthèses per cutanées. De nouvelles procédures sont apparues avec l'administration de l'immunothérapie au moyen des techniques de guidage radiologique.

Le rendement diagnostique élevé, le faible taux de complication et la prise en charge ambulatoire expliquent l'utilisation croissante de ces procédures. Elles nécessitent cependant un plateau technique adéquat une formation adaptée pour le personnel d'imagerie médicale.

Mots clés : radiologie interventionnelle, oncologie, guidage radiologique

CF 22 Cancers de l'endomètre

Debato Tina GNAOULE

Objectifs : Montrer le rôle de l'imagerie dans le diagnostic et le bilan pré thérapeutique des cancers de l'endomètre.

Résumé : Les cancers de l'endomètre sont le 4ème cancer de la femme en termes d'incidence et le 5ème en termes de mortalité. Il survient principalement chez la femme ménopausée. Son diagnostic est histologique et est souvent fait à un stade précoce avec une survie relative à 5ans tous stades confondus de 76%. Le traitement repose sur la chirurgie. Ces cancers ont plusieurs facteurs de risque avec en ligne mire l'obésité et le diabète de type 2. Les circonstances de découverte sont dominées par les métrorragies post ménopausiques.



L'imagerie médicale a un rôle prépondérant dans l'exploration de ces néoplasies en confortant la suspicion diagnostique. Elle est basée en 1ère intention sur l'échographie-doppler pelvienne par voie sus pubienne et endo vaginale. Une épaisseur de l'endomètre en ménopause (substituée ou non), supérieure à 5 mm sera explorée par au minimum une biopsie de l'endomètre voire une hystérocopie curetage.

Il existe 2 grands types histologiques :

Le type épithélial ou carcinomes endométriaux le plus fréquent (90%) divisé en 2 sous types oestrogéno-dépendant peu agressif et oestrogéno-indépendant plus agressif.

Le type mésoenchymateux plus rare composé de sarcomes. Quand le diagnostic de cancer de l'endomètre est posé, l'imagerie va évaluer l'extension loco régionale et à distance pour planifier la stratégie opératoire (classification FIGO). L'IRM abdomino-pelvienne est l'examen de référence permettant d'évaluer l'extension loco-régionale : la profondeur d'invasion tumorale du myomètre, l'invasion du stroma cervical et au-delà ainsi que l'atteinte lymphonodale).

En cas de tumeur évoluée (à partir du stade III FIGO), un scanner TAP, une évaluation hépatique (échographie ou IRM) et pour certaines équipes une TEP-FDG/TDM seront réalisés à la recherche de métastases à distance.

Une bonne communication entre chirurgien et le radiologue est essentielle pour un apport optimal de l'imagerie (IRM+++).

Mots clés : cancer, endomètre, IRM, FIGO

CF 23 : Briser le tabou de l'endométriose, le défi du radiologue

Bénilde Marie -Ange TIEMTORE-KAMBOU
UFR SDS Université Joseph Ki-ZERBO, Ouagadougou,
Burkina Faso

L'endométriose est définie par la présence de tissu histologiquement identique à l'endomètre (stroma et glandes endométriales) en dehors de la cavité utérine (notion d'ectopie tissulaire) qui persiste et prolifère, avec aggravation progressive des symptômes qu'elle provoque.

L'endométriose est une pathologie fréquente, retrouvée globalement chez 5 à 10 % de la population générale

(certaines études vont de 1 à 50 %) ; elle représente un taux d'absentéisme important chez les femmes, créant donc un réel problème de santé publique.

Son diagnostic est difficile, sûrement sous-estimé, et il existe un retard au diagnostic important. Le défi du radiologue est de réduire ce temps diagnostique à l'aide des moyens d'imagerie que sont l'échographie et l'imagerie par résonance magnétique. Pour cela le radiologue doit savoir utiliser les moyens d'imagerie à bon escient, poser le diagnostic à travers une bonne cartographie des lésions, guider la main du chirurgien, écarter les diagnostics différentiels et assurer la surveillance post thérapeutique.

Concernant la clinique, la présence des 5 D doit attirer l'attention.

Les localisations lésionnelles peuvent être pelviennes avec une atteinte utérine, superficielle et profonde. Elles peuvent aussi être extra pelviennes au niveau vésical, urétéral, pariétale, thoracique et cérébrale.

L'échographie accessible et disponible reste de première intention et permet de poser le diagnostic Sa sensibilité est de 80 % et sa spécificité de 90 %. Elle n'a pas de valeur dans l'endométriose péritonéale, mais bonne pour les endométriomes.

L'IRM est l'examen de choix pour le diagnostic non invasif de l'endométriose sous-péritonéale. Elle est l'examen le plus informatif et le plus complet, à réaliser également en première intention, avec une grande sensibilité (90 %) mais une spécificité de 70 % surtout en présence d'adhérences. Elle pourra montrer des implants endométriosiques postérieurs et antérieurs ainsi que des endométriomes.

Avec des gestes clés en imagerie et devant des signes caractéristiques, le radiologue peut relever ce défi de briser le tabou de l'endométriose.

Mots clés : tabou, défi, radiologue, échographie, IRM

CF 24 Radiologie interventionnelle avancée en pathologie mammaire (cryoablation, macro-exérèse par aspiration, embolisation)

Léo Razakamanantsoa

CF 25 Imagerie des tumeurs de l'ovaire en IRM : score O-RADS

Léo Razakamanantsoa

CF 26 Tumeurs malignes de la vessie (VIRADS)



Auteur : MOYIKOUA Régis Franck

Objectif : montrer le rôle de l'imagerie dans le diagnostic et le bilan pré thérapeutique des tumeurs malignes de la vessie.

Résumé : le cancer de la vessie est le 9ème cancer le plus fréquent dans le monde et le 13ème en termes de mortalité liée au cancer. Il est quatre fois plus fréquent chez l'homme et, le plus souvent diagnostiqués autour de l'âge de 70 ans. Dans 90% des cas, il s'agit de tumeurs urothéliales qui prennent naissance au niveau de l'urothélium qui est une des composantes de la muqueuse vésicale.

Parmi les tumeurs urothéliales, on distingue les tumeurs qui n'infiltrant pas le muscle de la vessie, et celles qui l'envahissent, dites infiltrantes. Cette notion majeure conditionne la prise en charge thérapeutique et le pronostic des patients car la survie d'une tumeur vésicale envahissant le muscle vésical est inférieure à 50% à 5 ans, tandis que celle d'une tumeur non infiltrante est supérieure à 80% à 5 ans.

L'imagerie médicale grâce aux progrès constant de l'IRM permet l'excellente visibilité des lésions vésicales et leur extension locale. Ainsi, un nouveau score : le VI-RADS (Vesical Imaging Reporting and Data System) a été élaboré par Panebianco et al. En 2018 à l'instar des scores PI-RADS du cancer de la prostate ou du BI-RADS du cancer du sein. Ce score vise à grader en imagerie la probabilité d'infiltration du muscle vésical de la tumeur au moment du diagnostic pour une meilleure prise en charge thérapeutique.

Mots clés : cancer, vessie, IRM, score VI-RADS

CF 27 Biopsie de prostate par voie transpérinéale, une voie moins risquée

Tchaou M

CF 28 La chambre implantable radiologique : Indications et technique de réalisation

GUI-BILE LN^{1,2}, TRA BI ZO^{1,2}, HOUENOU-ASSEBIAN C², TIMITE RA², LOHOURI K².

Résumé

Introduction : Les dispositifs d'accès veineux implantables sont de plus en plus utilisés dans les soins de santé comme

un moyen pratique d'effectuer des prélèvements sanguins répétés et d'administrer des médicaments, en particulier pour les chimiothérapies. Parmi les dispositifs, le cathéter veineux central thoracique encore appelé chambre implantable ou Port-à-Cath (PAC) joue un rôle essentiel dans les soins aux patients et minimisent les perturbations de leur mode de vie.

Indications : Chimiothérapies anticancéreuses ; Nutrition parentérale ; Antibiotique au long cours ; Transfusions répétées ; Prélèvements sanguins.

Technique :

Protocole de lavage chirurgical des mains de l'équipe médicale et désinfection du cou de la patiente et de sa paroi thoracique supérieure. Pour chaque étape, il faudra effectuer une anesthésie locale à la xylocaïne.

Réaliser la ponction de la veine jugulaire et mettre en place le guide. Créer la logette de la chambre à 2 travers de doigt en dessous de la clavicule par une incision. Réaliser la tunnellisation dans la graisse sous cutanée joignant la logette au point de ponction cervical. Ensuite, le rigidificateur du dilateur et le guide sont retirés pour l'insertion du cathéter avec la partie distale laissée à la jonction cavo-atriale. Un contrôle scopique est réalisé à chaque étape de la pose.

Le boîtier est raccordé au cathéter puis inséré dans la logette. La petite incision est ensuite fermée avec des points de suture résorbable. Une aiguille de Huber peut être laissée en place pour les patients destinés à un traitement immédiat.

Conclusion: La chambre implantable est particulièrement utile chez les patients recevant des chimiothérapies au long court. Sa réalisation nécessite une courbe d'apprentissage pour éviter des complications entraînant le retrait de la chambre.

Mots clés : Chambre implantable, radiologie interventionnelle, accès veineux central.

CF 29 Echographie des urgences abdominales non traumatique de l'Enfant

Pr MOIFO Boniface.

1. Hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Yaoundé (HGOPY) - Cameroun



2. Département d'Imagerie Médicale et de Radiothérapie,
FMSB-UY1

Email : bmoif@yahoo.fr

Les urgences digestives occupent le 3e rang des urgences pédiatriques. Les signes cliniques d'appel sont dominés par les douleurs abdominales et les vomissements.

L'échographie est l'examen de première intention dans l'exploration des urgences abdominales et digestives de l'enfant.

Le but de cette conférence est de :

- Rappeler la place de l'imagerie pour chacune des principales pathologies;
- Revoir les syndromes classiques pour chacune des principales pathologies;
- Décrire les indications de l'imagerie;
- Présenter une iconographie typique ;
- Proposer une démarche diagnostique;
- Montrer quelques particularités chez l'enfant en milieu tropical.

Un algorithme diagnostique est proposé pour chacune des principales pathologies, de même que des astuces techniques permettant d'accroître l'efficacité de l'examen échographique.

Les urgences digestives non traumatiques constituent une pathologie très fréquente; la clinique est dominée par les douleurs abdominales et les vomissements. L'échographie-Doppler est l'examen de première intention dans la plupart des cas. Mais le couple ASP-écho très souvent utilisé. La prise en charge nécessite une excellente collaboration Pédiatres-Radiologues-Chirurgiens pédiatriques.

Mots-clés : Urgences – Abdomen – Pédiatrie – Echographie - Douleurs abdominales - Vomissements

CF 30 Quelle imagerie pour la pathologie tumorale du canal rachidien
Sonhaye

CF 31 Approche diagnostique des cardiomyopathies : techniques et résultats

Toure A , Fatto NE , Ledion A, Bakayoko I , Koffi JL Diabaté AS, Gbazi CG

Résumé : La cardiomyopathie est maintenant définie comme une maladie du myocarde avec une anomalie de la fonction et de la structure du muscle cardiaque en l'absence de maladie coronarienne, d'hypertension, de maladies valvulaires, ou d'anomalies congénitales. Les groupes principaux sont représentés par les cardiomyopathies hypertrophiques (CMH), les cardiomyopathies dilatées (CMD), les dysplasies arythmogènes du ventricule droit (DAVD), les cardiomyopathies restrictives et infiltratives et les cardiomyopathies non classées (non compaction).

La résonance magnétique cardiaque (RMC) est une technique non invasive, sûre et reproductible, permettant une évaluation de la fonction biventriculaire, de la masse et de la morphologie cardiaque. Elle permet de plus de mettre en évidence des processus infiltratifs et fibrotiques, et d'étudier la perfusion et la viabilité du myocarde. La RMC devient ainsi un outil diagnostique de choix, en complément de l'ultrason cardiaque, chez les patients potentiellement porteurs d'une cardiomyopathie.

Mots clés : Cardiomyopathie, technique, résultats.

CF 32 Angioplastie transluminale périphérique percutanée : indications et aspects techniques

Correspondance: Dr AHOURY N'guessan Judicaël, MCA
Service de radiologie- Institut de Cardiologie - Abidjan - Côte d'Ivoire BP V 206 Abidjan

Ahoury NJ, Brou KMA, Yao H, Amani KA, N'zi KP

Résumé: La pathologie vasculaire chronique périphérique affecterait 12% de la population adulte avec plus de 20% des personnes de plus de 60 ans.

Son incidence continue d'augmenter, principalement en raison des maladies métaboliques comme l'obésité et le diabète sucré; l'HTA, le tabac, la sédentarité.

L'ischémie critique des membres/ organes représente le stade ultime de la maladie vasculaire chronique. A ce stade le patient subit soit une amputation chirurgicale ou décède dans un tableau d'ischémie critique étendue.

L'angioplastie percutanée apparaît comme le traitement de choix pour la prise en charge précoce de cette pathologie avec de nombreux avantages.



C'est une technique de radiologie interventionnelle mini-invasive qui permet de recanaliser un vaisseau sténosé ou occlus sans avoir recours à la chirurgie.

Après l'anesthésie locale, la ponction est réalisée avec la mise en place d'un introducteur selon la technique de Seldinger, puis à l'aide d'un guide hydrophile, nous passons la sténose.

Un ballonnet/ stent est ensuite monté sur le guide, puis gonflé à l'endroit de la sténose pour la recanalisation, un contrôle angiographique est réalisé et le matériel est retiré. Cette technique a de nombreuses indications dont les stades IIb, III et IV de la classification de Leriche et Fontaine pour les artériopathies oblitérantes des membres inférieurs (AOMI).

Cette activité de pratique récente en Côte d'Ivoire est réalisée en collaboration avec les autres spécialités pour une prise en charge optimale du patient.

Mots clés: angioplastie percutanée, stenting, artériopathie oblitérante