



Résumés des conférences Jranf 2025

Table des matières

Agenda Formation en Radioprotection Jranf 2025 Brazzaville – CONGO	140
RPF 0 Pré Test.....	140
RPF 1 Rappel des unités de doses	140
RPF 2 Risques déterministes et stochastiques	140
RPF 3 Mesure pratique des niveaux d'exposition en RX et TDM.....	140
RPF 4 Niveaux comparés de doses observés en radiologie diagnostique et interventionnelle, échelle de risques comparés	140
RPF 5 Rappel des principes de la radioprotection: justification des actes et optimisation.	140
RPF 6 Méthodes d'optimisation en radiologie conventionnelle	140
RPF 7 Méthodes d'optimisation en tomodensitométrie	140
RPF 8 Cas particuliers de la femme enceinte, de l'enfant et de la radiologie interventionnelle.....	141
RPF 9 Guidelines et Justification des actes en pratique courante.....	141
RPF 10 Mission et rôle des PCR dans les services d'imagerie.....	141
RPF 11 Notion des NRD et mise en œuvre des NRD en Afrique.....	141
CONFÉRENCES - RESUMES	141
Conférences I : organisation professionnelle et bonnes pratiques	141
Conf. 1 : Architecture en radiologie hospitalière	141
Conf. 2 : Indicateurs de performance en radiologie hospitalière.....	141
Conf. 3 : Comment nous faisons la chimio embolisation du CHC au Sénégal	142
Conf. 12 : Imagerie médicale et intelligence artificielle : actualités en Afrique	142
Conf. 19 : Relation radiologue – prescripteur	143
Conf. 40 : Gestion d'une structure d'imagerie médicale	143
Conf. 41 : Investissement et financement d'une structure d'imagerie médicale	144
Conférences II : Imagerie digestive	144
Conf. 4 : Diagnostic en imagerie de la carcinose péritonéale.....	144
Conf. 5 : Imagerie des cancers du pancréas	144
Conf. 6 : Imagerie du cancer du rectum	145



Conf. 7 : Imagerie des fistules ano périnéales.....	145
Conférences III : Imagerie thoracique.....	146
Conf. 8 : Imagerie du poumon du sujet VIH positif	146
Conf. 9 : Imagerie des pneumopathies infiltrantes diffuses	146
Conf. 10 : Imagerie des traumatismes fermés du thorax.....	147
Conf. 11 : IRM cardiaque : protocoles et approche diagnostique des pathologies cardiaques	147
Conférences IV : Imagerie de la femme	147
Conf. 13 : Echographie mammaire : technique et bilan des masses kystiques complexes.....	147
Conf. 14 : Imagerie des cancers du sein	147
Conf. 15 : Imagerie de l'endométriome.....	148
Conférences V : Imagerie musculo-squelettique.....	148
Conf. 16 : Diagnostic en radiologie d'une lacune osseuse	148
Conf. 17 : Imagerie de la compression médullaire	149
Conf. 18 : Imagerie de la polyarthrite rhumatoïde	149
Conférences VI : Imagerie neurologique et ORL	150
Conf. 20 : Scanner corps entier aux urgences traumatiques.....	150
Conf. 21 : Imagerie des tumeurs cérébrales de l'adulte	150
Conf. 22 : Imagerie des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux.....	151
Conf. 23 : IRM avancée en neuro-oncologie	151
Conf. 24 : Imagerie des malformations du développement cortical.....	152
Conf. 25 : Urgences neuroradiologiques du sujet âgé.....	152
Conf. 26 : Imagerie d'un patient comateux.....	152
Conf. 27 : Imagerie cérébrale du sujet VIH positif	152
Conf. 28 : Imagerie des tumeurs du larynx.....	153
Conf. 29 : Imagerie d'une surdité.....	153
Conférences VII : Imagerie Uro-néphrologique	153
Conf. 30 : Imagerie d'une tumeur rénale	153
Conf. 31 : Imagerie des grosses bourses	154
Conf. 32 : Imagerie des cancers de la prostate périphérique	154



Conf. 33 : IRM de la prostate : classification PIRADS 2.1 de la zone de transition.	155
Conférences VIII : Imagerie Pédiatrique et périnatale	155
Conf. 34 : Prise en charge en RI de l'hémorragie de la délivrance.....	155
Conf. 35 : Imagerie des masses abdominopelviennes de l'enfant.....	156
Conf. 36 : Imagerie d'une infection ostéo articulaire de l'enfant	156
Conf. 37 : Imagerie de la détresse respiratoire du nouveau-né.....	157
Conf. 38 : Imagerie du retard de croissance fœtale	157
Conf. 39 : Echographie de dépistage des malformations fœtales	157
EPU :	158
EPU 1 : Radioprotection	158
EPU 2 : FAST écho	158
ATELIERS :	158
Atelier 1 : Echographie de l'épaule	158
Atelier 2 : IRM de l'épaule.	158
Atelier 3 : Ponction-biopsie écho guidée du sein.....	158
Atelier 4 : Echographie doppler des veines des membres inférieurs.....	158
Atelier 5 : Echographie doppler des troncs supra-aortiques.....	158
Atelier 6 : Echographie doppler des artères des membres inférieurs.....	158
Atelier 7 : Echographie obstétricale morphologique du 2e Trimestre.	158
Atelier 8 : Echographie doppler obstétrical.....	158
Atelier 9 : IRM du bassin.	158
Atelier 11 : comment je fais une infiltration scanno guidée du rachis.....	158
Atelier 12 : biopsies trans-thoraciques radioguidées.....	158
Atelier 13 : micro biopsie du sein – trucs et astuces.....	158



Agenda Formation en Radioprotection Jranf 2025 Brazzaville – CONGO

Partenariat: SRANF, JAIME, CERF, SOCORIM

Formateurs : Moifo B (Yaoundé), Chateil JF (Poitiers), Savi de Tove (Parakou), Tchaou MJ (Lomé), Mansouri B (Alger).

Responsables de la Formation: Pr Moifo B, Pr Moyikoua R, Dr Taher Sidibe.

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 tomodensitométrie
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 tomodensitométrie
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 0 Pré Test

Moifo B (Yaoundé)

RPF 1 Rappel des unités de doses

JF Chateil (Bordeaux)

RPF 2 Risques déterministes et stochastiques

Tchaou MJ (Lomé)

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

Bazoma J (Brazzaville)

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.

Moulion TJR (Yaoundé)

RPF 6 Méthodes d'optimisation en radiologie conventionnelle

B Moifo (Yaoundé)

RPF 7 Méthodes d'optimisation en tomodensitométrie

B Moifo (Yaoundé)

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 recuser 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

Conférences I : organisation professionnelle et bonnes pratiques

Conf. 1 : Architecture en radiologie hospitalière

Auteur : SONHAYE LANTAM, Togo

Professeur titulaire de Radiodiagnostic et imagerie médicale

Résumé :

Les pays en développement sont caractérisés par un niveau de vie généralement plus bas, un accès limité à l'éducation et aux soins de santé, et une industrialisation moins avancée. L'Afrique est principalement concernée. Les normes internationales d'architecture sont connues. Il est donc nécessaire de saisir la plate-forme qu'offrent les journées de radiologie d'Afrique noire francophone pour proposer une architecture des services d'imagerie e tenant compte des budgets de ces états, des capacités des hôpitaux, de l'organisation des systèmes de santé, du nombre de personnes qualifiées avec leur répartition géographique.

Mots-clés : pays en développement, architecture, radiologie hospitalière, Afrique.

Conf. 2 : Indicateurs de performance en radiologie hospitalière

Auteur : SONHAYE LANTAM



Professeur titulaire de Radiodiagnostic et imagerie médicale

Résumé :

Les pays en développement pays en développement, souvent appelé aussi marché émergent caractérisés par un produit intérieur brut inférieur à celui des pays développés sont confrontés à d'énormes problèmes d'investissement et de gestion dans le secteur de la santé et en particulier en radiologie hospitalière. Ces pays sont caractérisés par un niveau de vie généralement plus bas, un accès limité à l'éducation et aux soins de santé, et une industrialisation moins avancée. L'Afrique est principalement concernée. Il est donc nécessaire de saisir la plate-forme qu'offrent les journées de radiologie d'Afrique noire francophone pour vulgariser le choix des indicateurs en radiologie hospitalière afin d'augmenter les performances des services de radiologie.

Mots-clés : pays en développement, radiologie hospitalière, Afrique

Conf. 3 : Comment nous faisons la chimio embolisation du CHC au Sénégal

Auteur : Abdoulaye DIONE DIOP, Sénégal

Professeur titulaire de Radiodiagnostic et imagerie médicale

CHNU de Fann

Université Cheik Anta DIOP de Dakar, Sénégal

Résumé :

Le carcinome hépatocellulaire (CHC) est le cancer primitif du foie le plus courant. La chimio-embolisation lipiodolée (CEL) fait partie de l'arsenal thérapeutique palliatif du CHC au Sénégal depuis 2012, permettant ainsi d'augmenter la survie des patients au stade intermédiaire ne pouvant bénéficier d'un traitement curatif.

Il s'agit d'une injection intra artérielle hépatique d'un agent anticancéreux (doxorubicine, épirubicine ou parfois cisplatine) à l'aide d'un vecteur (Lipiodol) complétée par une occlusion artérielle par des agents d'embolisation résorbables (gélatine).

Elle est destinée aux patients porteurs d'un CHC non résécable ou non accessible à l'ablathérapie, de CHC multifocaux avec une atteinte de moins de 50% parenchyme hépatique en l'absence de thrombose portale avec une fonction hépatique conservée et un bon état général.

La procédure est réalisée en salle d'angiographie sous anesthésie locale ou péridurale avec une asepsie

rigoureuse. Après Seldinger fémoral artériel et mise en place d'un désilet, un cathétérisme du tronc coeliaque est réalisé suivi d'un cathétérisme sélectif des artères hépatiques droite et gauche à l'aide d'un guide Térumo® et d'une sonde cobra. Parfois un cathétérisme supra sélectif de l'artère tumorale grâce à un micro-guide et micro-cathéter est réalisé en fonction des sujets. Le traitement consiste en une injection en intra artériel d'une émulsion de lipiodol et d'un agent antimitotique en raison de 2/3 dans l'artère hépatique droite et 1/3 à gauche suivi d'une embolisation artérielle avec de la gélatine résorbable.

En fin de procédure un pansement compressif est appliqué au point de ponction suivi d'un repos strict au lit jambe allongée pendant 24h.

A 3 semaines de la procédure une TDM de contrôle est réalisée afin d'apprécier la captation lipiodolée témoin de la nécrose tumorale et de décider de la poursuite ou non des CEL, de passer à une ablation percutanée ou une acétisation selon les critères LIRADS.

La CEL est traitement palliatif permettant d'améliorer la survie des patients. Elle peut être répétée tant qu'il existe une réponse tumorale et que la fonction hépatique le permet. Les techniques combinées (CEL + acétisation ou CEL + chirurgie) s'avèrent intéressantes dans nos contextes où l'accès à l'ablathérapie est limité.

Conf. 12 : Imagerie médicale et intelligence artificielle : actualités en Afrique

Auteure : ADJADOHOUN Sonia B.M.G, Bénin

Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Unité d'Imagerie Médicale

Faculté des Sciences de la Santé de Cotonou

Université d'Abomey Calavi/ Cotonou/ Bénin

Correspondant : mail : mahussi222@yahoo.fr

Tel (00229) 0161154987

Résumé

Objectifs

- Comprendre l'impact de l'intelligence artificielle en imagerie médicale
- Indiquer les avantages de l'intelligence artificielle en imagerie médicale en Afrique.
- Préciser les défis de l'intelligence artificielle en imagerie médicale en Afrique.
- Exposer les perspectives de l'intelligence artificielle en imagerie médicale en Afrique.

Introduction



Depuis les années 1950, l'intelligence artificielle (IA) est en plein essor, passant de simples calculs à des systèmes complexes capables de traiter des données massives pour des applications diverses. En médecine, l'IA est utilisée dans l'accueil des patients, la gestion des données et la robotique chirurgicale. En imagerie médicale, en Europe, l'IA constitue un outil d'aide au diagnostic de plus en plus incontournable dans la gestion du flux des examens. Qu'en est-il en Afrique ?

Message à retenir

Les ingrédients essentiels de l'IA incluent des données de haute qualité, une puissance de calcul élevée et des algorithmes complexes. Dans la réalisation des examens d'imagerie, l'IA contribue à améliorer la qualité des images. Elle intervient dans la segmentation, la morphométrie des organes. L'IA aide au diagnostic de diverses pathologies (traumatique, tumorale et cardiovasculaire) avec des logiciels comme Mammoscreen et VSmart Urgences. Elle est utilisée dans la formation médicale à travers des applications comme DeepSeek, Mistral et Llama. L'IA offre une précision accrue et permet un gain de temps significatif. Cependant, elle pose des défis éthiques, et nécessite une validation clinique rigoureuse.

En Afrique, l'utilisation de l'IA en imagerie médicale est en pleine expansion. Des travaux préliminaires montrent son intérêt dans la myostéatose, le cancer du sein, les tumeurs du foie, la segmentation et la morphométrie des organes.

Conclusion

Les innovations de l'IA vont révolutionner l'imagerie médicale en Afrique, en vue d'améliorer la qualité des soins. Le développement des solutions d'IA adaptées aux particularités africaines devient essentiel et devraient être encouragées.

Mots clés : Intelligence artificielle, imagerie médicale, Afrique.nia, MCA, Bénin

Conf. 19 : Relation radiologue – prescripteur

Auteur : AMADOU Abdoulatif, Togo

Professeur Titulaire en Radiologie et Imagerie Médicale

Mail : amadoulatif@yahoo.fr

Université de KARA – TOGO

Résumé :

La radiologie et l'imagerie médicale ont été bouleversées au cours des deux dernières décennies par l'arrivée de

nouveautés technologiques considérables permettant en particulier l'imagerie en coupes.

La multiplication du nombre des techniques doit conduire à une réflexion d'ensemble de la discipline radiologique, en collaboration avec les spécialités cliniques, sur les différents types de stratégies à adopter pour conduire au diagnostic.

Quel que soit la stratégie adoptée, accélérée ou progressive, le choix doit tenir compte de l'état du malade, de la présentation clinique, de la notion d'urgence, des avantages et limites de chaque technique.

Avant de demander un examen radiologique, le médecin demandeur doit se poser un certain nombre de questions en ayant pour principe de base la notion d'examen UTILE. Une demande d'examen n'est en aucun cas une prescription ou d'une ordonnance : ces deux termes sont utilisés par des médecins vis à vis des pharmaciens.

La responsabilité médico-légale de l'acte radiologique est assurée par le radiologiste, tant en ce qui concerne l'indication que l'exécution.

Le processus de réalisation de l'examen d'imagerie, nécessite que l'examen soit justifié et qu'il y ait un échange préalable d'information écrit entre le demandeur et les réalisateurs de l'acte.

De la même façon que le demandeur fournit au réalisateur les informations dont il dispose pour la justification de l'examen, le réalisateur indique sur le compte-rendu les informations au vu desquelles il estime l'acte justifié.

La responsabilité du choix final de la technique est donnée au médecin réalisateur de l'acte, même en cas de désaccord avec le praticien demandeur.

Mots clés : radiologie – médecin prescripteur – relation – demande d'examen – responsabilité

Conf. 40 : Gestion d'une structure d'imagerie médicale

Auteur : MOYIKOUA Régis Franck, Congo Brazzaville
Maître de Conférences Agrégé en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Université Marien NGOUABI, Brazzaville, Congo

Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville

E-mail : regis.moyikoua@gmail.com

Tel : +242 06 436 76 74

Résumé :

L'imagerie médicale est essentielle pour le diagnostic et le suivi thérapeutique. La bonne organisation d'un service d'imagerie améliore la qualité des soins. La gestion efficace



des flux passe par une planification intelligente, la priorisation des cas urgents et la communication avec les services cliniques. La qualité est assurée par des protocoles standardisés, des audits réguliers et l'analyse des retours d'expérience. L'innovation technologique, notamment l'IA, la numérisation et la télémédecine, est un levier majeur de performance. Enfin, la conformité aux normes de radioprotection, d'éthique et de sécurité des données est indispensable pour garantir un service fiable et sécurisé.

Mots clés : organisation, planification, innovation technologique

Conf. 41 : Investissement et financement d'une structure d'imagerie médicale

Auteur : MOYIKOUA Régis Franck, Congo Brazzaville
Maître de Conférences Agrégé en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Université Marien NGOUABI, Brazzaville, Congo
 Centre Hospitalier Universitaire de Brazzaville
 E-mail : regis.moyikoua@gmail.com
 Tel : +242 06 436 76 74

Résumé :

L'ouverture d'une structure d'imagerie médicale est un projet exigeant qui peut être rentable à moyen terme. Une bonne étude de marché associée à un business plan solide peut guider les porteurs de projets à anticiper les contraintes techniques, financières, réglementaires et administratives. Le défi majeur en imagerie reste le coût initial des équipements qui peut être surmonté de nos jours grâce aux financements bancaires, aux partenariats, au leasing et/ou à la sous-traitance.

Mots clés : financement, investissement, imagerie médicale

Conférences II : Imagerie digestive

Conf. 4 : Diagnostic en imagerie de la carcinose péritonéale

Auteur : SONHAYE LANTAM, Togo
Professeur titulaire de Radiodiagnostic et imagerie médicale

L'ascite est fréquemment rencontrée en pratique hospitalière en Afrique généralement en rapport avec les

hépatopathies chroniques et la tuberculose. Faire le diagnostic différentiel avec les ascites tumorales primitives ou secondaires est un exercice quotidien du radiologue dans les pays en développement. Le bilan initial ou la surveillance des cancers à la recherche des métastases en général et en particulier péritonéales n'est pas un exercice aisé dans les pays émergents marqués par des consultations médicales tardives et un plateau medicotechnique limité. Il est donc nécessaire de saisir les journées de radiologie d'Afrique noire francophone pour vulgariser une démarche simplifiée pouvant permettre en imagerie d'orienter vers une carcinose péritonéale afin d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients.

Mots-clés : pays en développement, ascite, hépatites virales, cancer, tuberculose, Afrique.

Conf. 5 : Imagerie des cancers du pancréas

Auteur : GUI BILE Lynda, Côte d'Ivoire
Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

UFR Sciences Médicales ; Université Félix Houphouët Boigny
 Service d'Imagerie Médicale de l'Hôpital Mère-Enfant de Bingerville
 Email : lynda_qui@yahoo.fr

Introduction : Le cancer du pancréas est certes peu fréquent parmi les cancers en Afrique, mais il demeure de pronostic sévère avec une mortalité élevée. L'adénocarcinome est le type histologique le plus fréquent (90%). La chirurgie représente le seul traitement curatif actuel.

L'objectif de cette présentation est d'illustrer les aspects en imagerie des cancers pancréatiques et le rôle de l'imagerie dans la caractérisation des lésions et la résecabilité de la tumeur.

Méthodologie : L'échographie est l'examen de découverte des signes directs ou indirects ; Le scanner permettra de réaliser le bilan d'opérabilité et d'extension. L'IRM est indiquée pour les tumeurs isodense non détectables au scanner et pour les masses indéterminées.

Résultats : Le signe direct est la visualisation d'une masse hypoéchogène ou hypodense en imagerie, touchant préférentiellement la tête du pancréas. Il s'y associe une double dilatation canalaire, une dilatation des voies biliaires intrahépatiques « en patte de crabe » et des signes indirects tels que l'atrophie du corps, un pseudo-kyste de la tête. Les principaux critères de non-résecabilité sont :



L'atteinte de la lame retro porte ; l'envahissement veineux de plus de 20 mm, l'envahissement artériel de plus de 180° ; la carcinose péritonéale et les métastases.
Conclusion : l'imagerie joue un rôle primordial dans la sélection des patients opérables.

Mots clés : cancer du pancréas, imagerie, scanner, échographie, IRM.

Conf. 6 : Imagerie du cancer du rectum

Auteur : KONE Abdoulaye, Mali

Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

CHU Point G, FMOS, USTTB Bamako/ MALI

Email : achok83@yahoo.fr

Tel : 00223 75249868

Le cancer du rectum représente environ 30 % des cancers colorectaux, avec une prédominance des adénocarcinomes. Quel que soit le type histologique, le cancer du rectum expose aux métastases secondaires, principalement dans le foie et le poumon. Son traitement repose sur une résection chirurgicale souvent associée à une radiothérapie préopératoire et à une chimiothérapie, soit préopératoire, soit concomitante à l'irradiation. Une résection partielle entraîne des récurrences locales généralement non résécables, d'où la nécessité d'une évaluation rigoureuse par imagerie préopératoire.

L'IRM et l'échographie sont suffisantes pour le bilan local initial, mais la TDM TAP, l'IRM hépatique et la TEP sont utiles pour évaluer les métastases. L'IRM du rectum est le pilier de la stadification tumorale locale et du choix des techniques chirurgicales distinctes. Elle conditionne le choix du traitement néo-adjuvant et est réalisée dans pratiquement tous les cas, notamment pour les tumeurs localement évoluées, les tumeurs basses et les tumeurs circonférentielles, sténosantes, suspectes d'être T3 ou T4. Le protocole consiste en l'acquisition de coupes dans les trois plans de l'espace, plus précisément des coupes axiales perpendiculaires à l'axe du rectum et de la tumeur, en séquences pondérées T2 et T1 en saturation de graisse, avec injection de gadolinium, et en séquence de diffusion axiale centrée sur la tumeur avec calcul du coefficient apparent de diffusion. La topographie de la tumeur, les marges de résection latérale et longitudinale ainsi que les atteintes ganglionnaires doivent notamment y être mentionnées.

L'imagerie médicale est indispensable dans le bilan initial du cancer du rectum et les protocoles et comptes rendus

doivent être standardisés pour répondre aux attentes des chirurgiens.

Conf. 7 : Imagerie des fistules ano périnéales

Auteur : ZOUZOU Ange Éric Ghislain, Côte d'Ivoire

Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Service d'Imagerie médicale du CHU de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

UFR sciences médicales Abidjan, Université Felix HOUPHOUET-BOIGNY

Email : aegzouzou@gmail.com

TEL : 002250747082156

Message à retenir

L'IRM permet de détecter et de classer avec précision les fistules périanales, essentiel pour un traitement chirurgical approprié.

Les séquences pondérées en T2 avec ou sans suppression de graisse sont essentielles à l'évaluation offrant un excellent contraste des tissus mous. Les séquences T1 FAT SAT avec injection de gadolinium permettent d'évaluer l'activité de la fistule.

Les radiologues doivent connaître les signes anatomiques et pathologiques des fistules péri anales et les classer à l'aide du système de classification international de Parks ou de son équivalent radiologique.

Résumé :

La fistule ano-périnéale est un trajet inflammatoire partant du canal anal s'ouvrant à la peau, aux organes pelvi-péritonéaux creux (vagin, vessie...) responsable de suppuration péri anale. Le traitement est difficile et la clinique est parfois limitée.

L'IRM ano-périnéale est la modalité d'imagerie de référence pour l'exploration des fistules ano-périnéales. L'IRM permet la réalisation d'une cartographie précise de la suppuration avant la chirurgie réduisant ainsi le risque de drainage incomplet ou de récurrence.

Il est nécessaire de connaître le trajet, l'extension de la fistule en profondeur, ses rapports avec l'appareil sphinctérien, l'existence de trajets accessoires ou complexes, la présence d'un abcès et l'activité des lésions. Le traitement des fistules ano-périnéales d'origine cryptoglandulaire fréquent dans notre contexte est chirurgical et repose sur la mise à plat des abcès et le drainage des trajets fistuleux (Séton) dont le suivi repose sur l'IRM.



Conférences III : Imagerie thoracique

Conf. 8 : Imagerie du poumon du sujet VIH positif

Auteur : TCHAOU MAZAMAESSO, Togo

Professeur titulaire de Radiodiagnostic et Imagerie médicale

Université de Kara (Togo)

Email : joseph_tchaou@yahoo.fr

Introduction : L'atteinte pulmonaire au cours de l'infection par le VIH constitue un problème majeur de santé publique, avec un intérêt épidémiologique, diagnostique et pronostique. Au Togo, comme dans la majorité des pays d'Afrique sub-saharienne, malgré la baisse de la prévalence du VIH, les localisations pulmonaires demeurent les premières manifestations des infections opportunistes.

Techniques d'imagerie : L'imagerie thoracique joue un rôle crucial dans le diagnostic des atteintes pulmonaires du VIH. Elle repose essentiellement sur deux examens : la radiographie standard du thorax, de réalisation facile et première intention, et la tomodensitométrie thoracique (TDM), plus sensible et spécifique. La radiographie permet la détection initiale et le suivi, mais son manque de spécificité rend la TDM indispensable, notamment en cas de tableaux complexes.

Aspects radiologiques : Les images pulmonaires chez les patients VIH+ sont très variées et peu spécifiques. Les atteintes parenchymateuses (interstitielles, alvéolaires, mixtes), les pleurésies, adénopathies et atteintes extra pleurales (ostéites) peuvent s'associer.

En fonction du taux de CD4, certaines pathologies prédominent :

- Tuberculose classique ou atypique selon le niveau d'immunodépression ;
- Pneumocystose : aspect typique de PID en verre dépoli bilatéral, complications kystiques possibles ;
- Tumeurs (Kaposi, lymphomes) en phase terminale avec atteintes médiastinales ou interstitielles.

Démarche pratique : L'approche diagnostique repose sur la corrélation imagerie-clinique-biologie, incluant la sérologie VIH, la numération CD4, la charge virale, et les

prélèvements ciblés (LBA, biopsies). La TDM est essentielle pour le guidage et l'évaluation thérapeutique.
Conclusion : L'imagerie est un outil fondamental dans la prise en charge du patient VIH+. Bien que non spécifique, elle oriente le diagnostic, guide les investigations et surveille l'évolution. Une collaboration étroite entre cliniciens, biologistes et radiologues est indispensable pour une prise en charge optimale.

Mots Clés : Radiographie, Scanner, Thorax, VIH, Tuberculose, Pneumocystose.

Conf. 9 : Imagerie des pneumopathies infiltrantes diffuses

Auteur : BAKO Daouda, Niger

Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Faculté des Sciences de la Santé /Université Abdou Moumouni (Niamey, NIGER)

Service de radiologie de l'Hôpital Général de Référence de Niamey (Niamey, NIGER)

E-mail : inoussadaouda@yahoo.fr

Tel : 00 227 90 61 90 76 // 00 227 98 85 02 02

Les pneumopathies infiltrantes diffuses (PID) regroupent plus d'une centaine de pathologies différentes. Il n'y a pas de définition consensuelle. Elles peuvent être définies comme une infiltration diffuse prédominant dans l'interstitium, par des cellules (inflammatoires ou néoplasiques), de l'œdème, ou de la matrice extra cellulaire. Cette infiltration est souvent associée à des lésions des bronchioles, des alvéoles, des vaisseaux (artérioles, veinules, lymphatiques) et se traduit en imagerie par des hyperdensités infiltrantes

La principale méthode d'exploration est la tomodensitométrie en haute résolution (TDM-HR). Le protocole d'acquisition des images se fait sans injection de produit de contraste, en inspiration maximale en mode volumique avec des épaisseurs de coupe inférieure ou égale à 1,5 mm. Les reconstructions sagittales et coronales sont utiles.

Les reconstructions avec les algorithmes en intensité de projection maximale et minimales sont également utiles particulièrement en coupe épaisse cette fois ci.

Les lésions élémentaires sont constituées par les hyperdensités linéaires, les hyperdensités réticulaires, les hyperdensités nodulaires, les hypodensités focales et diffuses et les hyperdensités diffuses. Ces lésions élémentaires sont analysées en tenant compte de leur



distribution sur le thorax selon l'axe vertical et l'axe transversal.

Certains signes associés sont également à rechercher notamment l'existence ou non de fibrose, d'atteinte pleurale ou l'existence d'adénopathie médiastinale.

Au terme de cette analyse sémiologique tomodynamométrique un certain nombre de groupe étiologique sont dégagés. On les appelle également les patterns diagnostiques.

La caractérisation radiologique en TDM HR des lésions élémentaires, des lésions associées et de leurs distributions, correspondant à un pattern tomodynamométrique, permet avec l'intégration des données cliniques une approche étiologique.

Il est essentiel de connaître les limites de cette approche en particulier de la caractérisation difficile des lésions élémentaires.

Mots clés : pneumopathies infiltrantes diffuses, tomodynamométrie haute résolution.

Conf. 10 : Imagerie des traumatismes fermés du thorax

Auteur : BAH OUSMANE AMINATA, Guinée Conakry
Maître de Conférences Agrégé de Radiologie Imagerie Médicale

Faculté des Sciences et Techniques de la Santé (FSTS),
UGAN Conakry Guinée

Centre d'Imagerie de Référence des Armées (CIRA)
Conakry Guinée.

E. mail oabah81@gmail.com ; Tel (00224) 627 606095

BP : 1000 Conakry, République de Guinée

No ORDIC 000000021447662

Résumé

Objectifs

1. Rappeler les principaux moyens d'imagerie dans l'exploration des traumatismes fermés du thorax.
2. Décrire les aspects radiologiques des traumatismes fermés du thoraciques
3. Proposer une stratégie d'exploration en imagerie des traumatismes fermés du thorax

Les traumatismes fermés du thorax sont des lésions produites par un choc sans qu'il y ait déchirure de la peau et pénétration de l'agent qui le provoque. Ils sont dus pour une grande part aux accidents de la circulation et à un moindre degré aux accidents du travail et de sport. Ils peuvent être isolés ou rentrés dans le cadre d'un polytraumatisme où l'atteinte de la cage thoracique s'accompagne d'autres atteintes.

L'imagerie joue un rôle important dans la prise en charge de ces traumatisés avec la radiographie thoracique qui est incontournable, sensible mais peu spécifique. L'échographie a l'avantage d'être réalisable en salle de déchocage et est très performante pour la recherche de collections liquidiennes, mais également pour le bilan de certaines lésions aortiques et cardiaques. La tomodynamométrie permet de réaliser un bilan lésionnel complet chez le patient hémodynamiquement stable. L'angiographie n'intervenant le plus souvent actuellement que si un geste de radiologie interventionnelle est nécessaire.

Chaque compartiment, paroi, poumon et médiastin peut être siège de lésion traumatique responsable d'une décompensation respiratoire et/ou cardiovasculaire immédiate ou retardée.

Mots clés : traumatisme fermé, thorax, imagerie, paroi, poumon, médiastin

Conf. 11 : IRM cardiaque : protocoles et approche diagnostique des pathologies cardiaques

Auteur : TOURE Abdoulaye, Côte d'Ivoire
Professeur titulaire de Radiodiagnostic et Imagerie médicale

Conférences IV : Imagerie de la femme

Conf. 13 : Echographie mammaire : technique et bilan des masses kystiques complexes

Auteure : Dr DAO THU HA, France

Conf. 14 : Imagerie des cancers du sein

Auteure : GNAOULE DT, Côte d'Ivoire
Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

UFR Sciences Médicales, Université FHB Cocody Abidjan
RCI

Service de Radiologie et Radiodiagnostic CHU Cocody
Abidjan RCI

Résumé

Le cancer du sein est un problème de santé publique dans le monde. En France en 2023, son incidence était de 61 000 nouveaux cas. En Côte d'Ivoire c'est le 1er cancer de la femme et la 1ère cause de décès par cancer chez la femme. L'imagerie intervient à toutes les étapes de la prise en charge de cette pathologie : dépistage, diagnostic et



bilan d'extension, suivi sous traitement, surveillance après traitement. Les recommandations sont les suivantes :

Pour le dépistage individuel ou organisé :

Sans facteur de risque :

- Mammographie tous les 2ans de 50 à 74ans (France)
- Mammographie tous les 2ans à partir de 45 ans (RCI)

Avec FDR : dépistage annuel adapté au risque (élevé ou très élevé) (France)

Pour le diagnostic d'un symptôme mammaire : Examen clinique +++, imagerie adaptée à la clinique et à l'âge.

Pour le bilan d'extension du cancer du sein : Mammographie + échographie, IRM mammaire (connaître les indications)

Pour le bilan de suivi d'un cancer du sein :

- Sein traité : mammographie annuelle à vie.
- Cependant, à chaque étape, le radiologue doit intégrer d'autres savoirs afin de fournir un rythme de suivi adapté (épidémiologie, facteurs de risque de récurrence) et des informations utiles aux autres spécialités médicales et chirurgicales intervenant dans le traitement et la surveillance des cancers du sein.

Mots clés : sein, cancer, femme, bilan initial, bilan d'extension, suivi post thérapeutique

Conf. 15 : Imagerie de l'endométriase

Auteure : GUI BILE Lynda, Côte d'Ivoire

Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

UFR Sciences Médicales ; Université Félix Houphouët Boigny

Service d'Imagerie Médicale de l'Hôpital Mère-Enfant de Bingerville

Email : lynda_gui@yahoo.fr

Résumé

Introduction : Le diagnostic clinique de l'endométriase est difficile. L'imagerie est aujourd'hui au cœur de la détection et du bilan des lésions pelviennes. Notre objectif était de présenter successivement les performances de l'échographie puis de l'IRM dans le diagnostic de l'endométriase pelvienne.

Matériel et méthode : L'échographie, réalisée en 1ère intention dans notre contexte, a un caractère opérateur-dépendant qui demande une courbe d'expérience des échographistes. L'IRM sera réalisée en seconde intention

devant une discordance écho-clinique ou pour le bilan des localisations pelviennes.

Résultats : A travers 14 signes, nous passerons en revue, les performances de l'échographie endo vaginale dans la détection des localisations pelviennes, notamment l'adénomyose, les localisations ovariennes et tubaires et les localisations pelviennes profondes.

A l'IRM, le protocole de réalisation recommande, une vidange recto-sigmoïdienne, au moins deux plan T2, les séquences T1 et T1 FAT SAT. La diffusion et l'injection de gadolinium sont optionnelles. La description des lésions se fera selon les 3 compartiments pelviens. La supériorité de l'IRM réside dans le diagnostic des localisations pelviennes profondes en comparaison à l'échographie.

Conclusion : L'échographie demeure l'examen de 1ère intention dans l'exploration de l'endométriase pelvienne. L'IRM est le gold standard pour le bilan des atteintes pelviennes profondes.

Mots clés : endométriase pelvienne, échographie endo vaginale, IRM, adénomyose, endométriome.

Conférences V : Imagerie musculo-squelettique

Conf. 16 : Diagnostic en radiologie d'une lacune osseuse

Auteur : SOME Milckisédek Judicaël Marouruana, Burkina faso

Maître de Conférences Agrégé en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Université Lédéa Bernard OUEDRAOGO

Ouahigouya, Burkina Faso

E-mail : melckisedekj@yahoo.fr

Tel : +226 72 10 22 99 / +226 76 64 78 03

Objectif : Montrer le rôle de l'imagerie dans le diagnostic et la prise en charge d'une lacune osseuse.

Résumé :

La lacune osseuse est zone circonscrite de perte de la densité osseuse du fait d'une absence de calcium par un phénomène destructif, contenant du tissu vivant ou mort, et se traduisant par une image radio transparente anormale au sein d'un tissu osseux normalement opaque.



C'est un signe radiologique fréquent, de causes multiples. Celles-ci peuvent être tumorales, infectieuses, métaboliques, hématologiques... mais la hantise demeure le cancer.

L'imagerie, qui est le moyen de détection de la lacune, basé en première intention sur la radiographie standard, permet de la caractériser (localisation sur le squelette, siège sur l'os, forme, taille, contours, nombre, matrice, aspect de la corticale, zone de transition). Elle recherche également des signes associés (réaction périostée, atteinte des parties molles) et tous ces éléments sont corrélés à l'âge du patient pour orienter vers une cause agressive ou quiescente. Ce diagnostic a été considérablement amélioré par le développement des techniques avancées d'imagerie en coupe.

Mots clés : lacune, os, radiographie, TDM

Conf. 17 : Imagerie de la compression médullaire

Auteur : KONAN Anhum Nicaise, Côte d'Ivoire

Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

CHU de Yopougon

Université Felix Houphouët Boigny de Cocody

Email : anhum_konan@yahoo.fr

Résumé :

La compression médullaire est une urgence diagnostique et thérapeutique. Elle se définit comme un syndrome clinique traduisant la souffrance de la moelle spinale, consécutif à une réduction ou une augmentation de son calibre en rapport avec le développement d'un processus expansif au sein du canal inextensible. Elle peut être aiguë, d'origine traumatique, ou lente posant le problème de son diagnostic étiologique. En Afrique, son impact est majeur en raison de la fréquence élevée des pathologies infectieuses (mal de Pott), tumorales (métastases des cancers de prostate et du sein) et dégénératives. L'IRM est l'examen de référence pour le diagnostic, permettant une étude précise de l'atteinte médullaire, des tissus environnants et des répercussions neurologiques. Le diagnostic positif repose sur la mise en évidence d'un effet de masse avec hypersignal T2 STIR médullaire. Les signes de gravité incluent l'ischémie médullaire, l'œdème et l'atrophie. Le diagnostic étiologique repose essentiellement sur l'analyse du siège extradural, intradural extra-médullaire ou intramédullaire du processus expansif. Les innovations en imagerie, comme l'IRM de diffusion et la tractographie et l'intelligence artificielle, améliorent la précision diagnostique et le suivi post-thérapeutique,

offrant de nouvelles perspectives pour une prise en charge optimale en Afrique.

Mots clés : Compression médullaire, IRM

Conf. 18 : Imagerie de la polyarthrite rhumatoïde

Auteur : SANOGO Souleymane, Mali

Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako (USTTB)

Email : letjou123@gmail.com

La polyarthrite rhumatoïde (PR) est une maladie inflammatoire du tissu conjonctif, poly articulaire, destructrice, déformante, ankylosante, d'évolution chronique et progressive. C'est une poly synovite chronique évoluant par poussées successives. Elle est extensive et symétrique. Elle touche environ 1% de la population générale.

Les douleurs poly articulaires associées à des gonflements et la raideur matinale de façon bilatérale et symétrique des mains et des pieds sont des signes cliniques orienteurs. Les examens biologiques essentiels sont la VS, la CRP, le facteur rhumatoïde, les cytokines pro-inflammatoires et les anticorps anti-peptides citrullinés (anti-CPP).

La radiographie est l'examen de première intention. Le bilan radiographique initial doit comporter des clichés des pieds, des mains et poignets. Les lésions élémentaires sont : la déminéralisation osseuse péri articulaire en bande, le pincement articulaire diffus, les érosions marginales, la tuméfaction synoviale et les déformations. Les articulations métacarpo-phalangiennes, métatarso-phalangiennes, les inter-phalangiennes et le poignet sont les localisations les plus fréquentes.

L'échographie permet de rechercher des épanchements intra-articulaires, des synovites (hypertrophie synoviale), des ténosynovites et des érosions osseuses. Elle évalue l'activité de la maladie et le suivi de la réponse thérapeutique. La présence de signal Doppler au sein de l'hypertrophie synoviale est un facteur prédictif de la progression structurale ou de la rechute dans les PR en rémission.

Outre ces lésions, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet d'objectiver l'œdème osseux. Sa présence est un facteur prédictif indépendant de la progression. L'IRM permet également d'évaluer le retentissement médullaire des localisations rachidiennes.



Les atteintes extra-articulaires fréquentes sont les nodules sous-cutanés rhumatoïdes, la pneumopathie interstitielle diffuse, les nodules pulmonaires rhumatoïdes et les pleurésies.

Le diagnostic de la PR repose sur des critères cliniques, biologiques et radiologiques.

Mots clés : PR, érosions marginales, hypertrophie synoviale

Conférences VI : Imagerie neurologique et ORL

Conf. 20 : Scanner corps entier aux urgences traumatiques

Auteur : AKANNI Djivèdè Witchéko Maurice Mohamed, Bénin

Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Service d'Imagerie Médicale du Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou et de l'Alibori à Parakou (Bénin)

Faculté de Médecine / Université de Parakou (Bénin)

Département de Médecine et Spécialités Médicales

Email : djivakanni@yahoo.fr

Résumé :

Le scanner corps entier (SCE) est devenu l'examen de référence pour l'évaluation des patients polytraumatisés aux urgences. Il permet une exploration rapide et exhaustive des lésions potentiellement vitales, depuis le vertex jusqu'au bassin, en un seul temps d'acquisition. Cette conférence avait pour objectifs de maîtriser les indications et le protocole d'acquisition du SCE, d'adopter une méthode d'analyse rigoureuse des différentes régions anatomiques, en identifiant en priorité les lésions engageant le pronostic vital, et de rédiger un compte rendu clair, structuré et orienté vers la prise en charge thérapeutique urgente.

Le protocole standardisé comprend une acquisition sans injection pour le crâne et le rachis cervical, suivie d'une acquisition avec injection multiphasique (artérielle à 20-30s, portale à 70-90s et tardive à 5min si nécessaire) pour le thorax, l'abdomen et le pelvis. Un topogramme étendu du vertex aux trochanters guide l'examen

L'interprétation des images repose sur une approche systématique et hiérarchisée, qui privilégie la détection des lésions vitales prioritaires. Les reconstructions multiplanaires (MPR) et 3D sont particulièrement utiles

pour les fractures complexes et les lésions vasculaires. Au niveau crânien, on recherchera les hématomes extra et sous-duraux, les contusions cérébrales et les signes d'engagement. Le rachis cervical doit être analysé pour détecter fractures et luxations, avec une attention particulière aux lésions ligamentaires instables. L'étude du thorax vise à identifier les pneumothorax, hémithorax, contusions pulmonaires et surtout les ruptures de l'isthme aortique. L'examen de l'abdomen et du pelvis requiert une attention soutenue à la recherche de lésions des organes pleins, de saignements actifs (blush artériel), ainsi que de fractures pelviennes hémorragiques.

Le compte rendu radiologique doit être structuré, concis et orienté vers la décision thérapeutique. Les lésions nécessitant une prise en charge immédiate doivent être mentionnées en priorité.

En conclusion, le SCE allie rapidité, exhaustivité et précision diagnostique, ce qui en fait un outil incontournable dans la prise en charge du polytraumatisé. Son interprétation requiert toutefois une expertise spécifique ainsi qu'une coordination étroite entre radiologues, urgentistes et chirurgiens.

Mots clés : Scanner corps entier, polytraumatisme, urgence.

Conf. 21 : Imagerie des tumeurs cérébrales de l'adulte

Auteur : AMADOU Abdoulatif, Togo

Professeur Titulaire en Radiologie et Imagerie Médicale

Mail : amadoulatif@yahoo.fr

Université de KARA – TOGO

Résumé :

Les tumeurs cérébrales primitives et secondaires constituent un ensemble d'entités complexe et hétérogène sur le plan pathologique, thérapeutique et pronostique dont l'expression clinique peut être comparable.

Les tumeurs sont dénommées en tenant compte de la cellule « d'origine ». Ainsi, les cellules astrocytaires donnent naissance aux astrocytomes, les cellules épendymaires aux épendymomes. Le terme de gliome regroupe l'ensemble des tumeurs issues des cellules gliales. Les méningiomes sont issus des cellules arachnoïdiennes des méninges

Deux examens d'imagerie sont essentiels pour l'exploration des tumeurs cérébrales : la tomodensitométrie (TDM) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM).



Les renseignements fournis par l'examen TDM sont nettement inférieurs à ceux fournis par l'IRM.

A la Tomodensitométrie cérébrale (TDM), la tumeur peut être isodense, hypodense (tumeur kystique ou nécrosée) ou hyper dense (calcifications ou hémorragie intra tumorale). Les signes liés au retentissement de la tumeur à savoir l'hypodensité périphérique, l'effet de masse, l'hydrocéphalie peuvent être également observés à la TDM. L'injection permet d'étudier le rehaussement de la tumeur.

A l'imagerie par résonance magnétique (IRM), une tumeur comportant une angiogénèse pathologique (souvent maligne) est hypo intense en T1, hyper intense en T2 et se rehausse après injection de Gadolinium ; une tumeur hémorragique est hyper intense T1 et hyper intense T2 à la phase subaigüe, et hyper T1, hypo T2 secondairement ; une tumeur dont le contenu est riche en graisse est hyper T1 et hyper T2 ; une tumeur dont le contenu est liquidien (kystique) est hypo T1 et hyper T2 sans prise de contraste. Les données neuroradiologiques ont une valeur diagnostique, une valeur pronostique, mais elles n'ont qu'une valeur évocatrice de nature.

Mots clés : tumeurs cérébrales – malignité – topographie – tomodensitométrie – imagerie par résonance magnétique.

Conf. 22 : Imagerie des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux

Auteur : DEME Hamidou, Sénégal

Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Service de radiologie et imagerie médicale CHU Aristide Le Dantec

Institut d'hygiène Sociale

Université Cheikh Anta DIOP de Dakar, Sénégal

Résumé :

Les tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux (APC) représentent 10% des tumeurs intracrâniennes, elles sont le plus souvent extra-axiales et bénignes, développées aux dépens des gaines des nerfs, des méninges ou de reliquats embryonnaires.

Les 3 principales tumeurs de l'APC sont le schwannome vestibulaire (neurinome de l'acoustique), le méningiome et le kyste épidermoïde qui représentent plus de 95% des tumeurs de l'APC.

Souvent révélé par une surdité de perception, des acouphènes ou des vertiges, le schwannome vestibulaire est de loin la tumeur la plus fréquente de l'APC (85-90%).

L'IRM constitue la modalité d'imagerie de choix dans le diagnostic des tumeurs de l'APC, basée essentiellement sur des séquences morphologiques (T2, 3DT2 HR, T1 sans et avec injection), les séquences fonctionnelles notamment la diffusion sont importantes lorsqu'on suspecte un kyste épidermoïde.

Devant un schwannome vestibulaire, l'IRM va répondre à 4 questions : quelle est la taille de la lésion ? permettant de faire le grade selon la classification de Portmann et Bébear. Quel est le nerf atteint ? en particulier lorsque la lésion est de petite taille intéressant le vestibulaire inférieur dans près de 85% des cas. Quelle est la position du nerf facial ? constituant un risque lors de l'exploration chirurgicale. Enfin y'a-t-il une extension au fond du conduit ? si oui on ne pourra pas faire de chirurgie de préservation du nerf cochléaire.

Mots clés : tumeur APC, schwannome vestibulaire, IRM

Conf. 23 : IRM avancée en neuro-oncologie

Auteur : KRAINIK Alexandre, France

Professeur titulaire de Radiologie

Université Grenoble Alpes

CHU de Grenoble

Résumé :

L'IRM avancée joue un rôle essentiel en neuro-oncologie pour le diagnostic, la caractérisation et le suivi des tumeurs cérébrales. L'IRM de perfusion (DSC) permet d'évaluer la néo angiogenèse (rCBV > 2), utile pour identifier les principales tumeurs malignes gliales ou métastatiques. Les lymphomes présentent surtout une fuite anormale du produit de contraste sans néo angiogenèse. La spectroscopie (1H-MRS) permet d'identifier des profils métaboliques tumoraux tels que la baisse du NAA, la présence de choline, de lactates voire de lipides. L'IRM de diffusion (DWI) de la portion tissulaire peut montrer une chute de l'ADC révélatrice d'une hypercellularité comme dans les lymphomes ou les tumeurs agressives. La diffusion de la nécrose tumorale ne présente pas de baisse de l'ADC contrairement à celle des abcès à pyogènes. L'imagerie du tenseur de diffusion et la tractographie (DTI) montre les principales voies de la substance blanche telles que les faisceaux cortico-spinaux ou les faisceaux arqués avant une chirurgie proche des zones fonctionnelles. L'IRM fonctionnel (IRMf) complète ce bilan en localisant les aires motrices et langagières pour optimiser la résection tout en préservant les fonctions. L'interprétation fine de ces techniques, en lien avec les données cliniques, améliore la



précision diagnostique et la prise en charge personnalisée des patients en neuro-oncologie.

Conf. 24 : Imagerie des malformations du développement cortical

Auteur : Pr KRAINIK Alexandre, France
Professeur titulaire de Radiologie

Université Grenoble Alpes
CHU de Grenoble

Résumé :

Les malformations du développement cortical (MCD) regroupent un large spectre d'anomalies liées aux troubles de la prolifération, de la migration neuronale ou de la migration corticale. Leur reconnaissance repose sur une IRM haute résolution, incluant des séquences 3D en T1 et en FLAIR, T2* ou SWI, et parfois avec injection lors du bilan initial. Les dysplasies corticales focales (FCD), fréquentes en épilepsie partielle pharmaco-résistante, se traduisent par un cortex épaissi, une interface floue entre substance grise et blanche, et parfois un « signe transmantle ». Les hétérotopies de la substance grise (périvericulaires ou sous-corticales) sont les anomalies de migration les plus courantes. Le signal de la substance grise est normal. La polymicrogyrie est l'anomalie la plus courante de la migration. La schizencéphalie s'accompagne toujours de polymicrogyrie sur les berges des lèvres qui peuvent être ouvertes ou fermées, et traduisent habituellement une origine acquise in-utero (ischémie foetale). Les autres anomalies (dysgyrie, pachygyrie, lissencéphalie) sont plus rares et nécessitent une lecture experte.

Conf. 25 : Urgences neuroradiologiques du sujet âgé

Auteur : Pr KRAINIK Alexandre, France
Professeur titulaire de Radiologie

Université Grenoble Alpes
CHU de Grenoble

Résumé :

Les personnes âgées présentent la plupart des urgences neuroradiologiques rencontrées chez l'adulte. Leur tableau clinique est souvent peu spécifique (confusion, chutes, fièvre modérée), avec des antécédents médicaux parfois

multiples voire imprécis, ce qui impose une imagerie rigoureuse et contextualisée. Le vieillissement cérébral (atrophie, élargissement des espaces sous-arachnoïdiens, lésions anciennes) les rend plus vulnérables aux lésions veineuses comme les hématomas sous-duraux, les hémorragies sous-arachnoïdiennes ou les arrachements veineux, souvent après un traumatisme mineur. Les lésions hémorragiques sont fréquentes, souvent en lien avec une anticoagulation ou une maladie des petits vaisseaux proximaux (artériolosclérose) ou distaux (angiopathie amyloïde). En cas d'hémorragie lobaire, l'angioTDM et l'IRM sont indispensables pour rechercher des lésions vasculaires sous-jacentes ou une tumeur. Les diagnostics différentiels d'AVC, comme les hématomas sous-duraux chroniques ou les transformations hémorragiques, sont plus fréquents. Enfin, une première crise d'épilepsie chez un sujet âgé est très fréquemment due à une séquelle d'AVC mais elle impose la recherche systématique d'une occlusion veineuse, d'une tumeur primitive ou secondaire, justifiant une angio TDM ou une IRM injectée.

Conf. 26 : Imagerie d'un patient comateux

Auteur : KOUASSI Paul B, Côte d'Ivoire

Conf. 27 : Imagerie cérébrale du sujet VIH positif

Auteur : GBANDE Pihou, Togo

Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Université de Lomé, Département de Radiologie et imagerie médicale

Email : gbandepihou@yahoo.fr

Résumé

Objectif

Rappeler comment l'imagerie médicale permet de mieux diagnostiquer et suivre les complications encéphaliques de l'infection par le VIH.

Messages à retenir

L'infection à VIH demeure un enjeu majeur de santé publique. Le système nerveux central est une cible fréquente. Il constitue le deuxième organe atteint après le système immunitaire. Les complications encéphaliques de l'infection par le VIH sont nombreuses. Il peut s'agir de complications infectieuses traduisant une immunodépression profonde ou d'une atteinte des cellules nerveuses ou vasculaires cérébrales liées au VIH (encéphalite à VIH). Les infections opportunistes peuvent être virales (leuco-encéphalopathie multifocale



progressive, encéphalite à CMV et VZV), mycosiques (cryptococcose neuro-méningée), bactérienne (tuberculose cérébrale) ou parasitaire (toxoplasmose). La baisse de l'immunité est responsable aussi du développement de tumeurs comme le lymphome. La plupart de ces complications surviennent à un taux de lymphocyte T-CD4 inférieur à 200 cellules/mm³. Tout symptôme neurologique chez un sujet VIH positif doit imposer une imagerie cérébrale. Les avancées récentes en imagerie cérébrale permettent de comprendre ces atteintes. L'exploration en imagerie est basée sur la tomodensitométrie sans et après injection de contraste et l'imagerie par résonance magnétique, qui reste l'examen de référence. Les atteintes encéphaliques au cours de l'infection par le VIH sont méningées et/ou intra-axiales. La démarche diagnostique en imagerie repose sur l'analyse de l'aspect, du siège, de la forme, de la topographie, du nombre et du type de rehaussement des lésions.

Mots clés : encéphalite à VIH, infections opportunistes, lymphome, imagerie médicale

Conf. 28 : Imagerie des tumeurs du larynx

Auteur : GARBA Idrissa, Côte d'Ivoire

Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Service d'imagerie médicale du centre hospitalier universitaire d'Angré

Unité de Formation et de Recherche Sciences Médicales, Université Félix Houphouët Boigny (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Email : toudouidriss@gmail.com

Résumé :

L'imagerie joue un rôle essentiel complémentaire à celui de l'examen clinique et de l'endoscopie dans la prise en charge des tumeurs du larynx.

Cette imagerie repose essentiellement sur la TDM, l'IRM et le Pet-SCANNER.

La réalisation de ces différentes modalités d'imagerie surtout en ce qui concerne la tomodensitométrie doit être rigoureuse avec des manœuvres phonatoire et de Valsalva et une injection biphasique de produit de contraste iodé.

Le but de l'imagerie sera en cas de tumeur maligne, de préciser l'extension loco-régionale et à distance, d'établir le stade, de planifier sa prise en charge thérapeutique et aussi d'assurer la surveillance post thérapeutique.

Mot clés : Tumeurs du Larynx, TDM, IRM

Conf. 29 : Imagerie d'une surdité

Auteur : GARBA Idrissa, Côte d'Ivoire

Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Service d'imagerie médicale du centre hospitalier universitaire d'Angré

Unité de Formation et de Recherche Sciences Médicales, Université Félix Houphouët Boigny (Abidjan, Côte d'Ivoire)

Email : toudouidriss@gmail.com

Résumé :

L'imagerie des surdités est une imagerie complexe qui fait appel à la fois à la radio-anatomie, à des données génétiques et cliniques.

En effet, les surdités classées en surdité de transmission, de perception et mixte peuvent être de causes diverses, malformatives, infectieuses, inflammatoires, traumatiques, toxiques, tumorales etc.

L'audiométrie tonale liminaire en précisant le type de surdité de transmission, de perception ou mixte aide au choix de la modalité d'imagerie.

L'objectif de ce travail est de situer la place de la TDM et de l'IRM dans l'exploration des surdités.

Mots clés : surdité, TDM, IRM.

Conférences VII : Imagerie Uro-néphrologique

Conf. 30 : Imagerie d'une tumeur rénale

Auteure : YEKPE AHOANSOU HP, Bénin

Professeur titulaire de Radiodiagnostic et imagerie médicale

Les tumeurs rénales sont fréquentes et représentent 2% de l'ensemble des cancers incidents et se situent en fréquence chez l'homme et chez la femme respectivement aux septième et neuvième rangs.

Cinq types histologiques représentent 90% des tumeurs solides à savoir le carcinome à cellules claires ou carcinome conventionnel, le plus fréquent, les carcinomes chromophobe et papillaire et les deux tumeurs bénignes fréquentes représentées par l'angiomyolipome et l'oncocytome. Les autres entités sont des tumeurs rares voire exceptionnelles qui ne représentent que 10% de l'ensemble des tumeurs rénales.



L'imagerie médicale par le biais de l'échographie, la tomographie par émission de positons (TEP) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) joue un rôle important dans le diagnostic de ces tumeurs tant pour le dépistage que la caractérisation, l'évaluation pré-opératoire et la possibilité de guider une biopsie dans certaines conditions. Si la tomographie par émission de positons reste la modalité la plus sollicitée dans le diagnostic des masses kystiques et permet le plus souvent d'aboutir au diagnostic de cancer kystique ou de lésion kystique chirurgicale, l'IRM joue un rôle complémentaire très utile dans les cas difficiles.

L'amélioration du plateau technique dans la sous-région par l'installation des appareils d'IRM haut champ a permis d'améliorer la caractérisation des tumeurs rénales surtout solides en approchant le sous type histologique.

Conclusion : l'imagerie médicale joue un rôle important pour le diagnostic des tumeurs rénales. Si la tomographie par émission de positons est la référence pour les masses kystiques, l'IRM est complémentaire dans des cas difficiles et permet aussi une bonne caractérisation des tumeurs solides.

Mots clés : Imagerie médicale, tumeurs, reins.

Conf. 31 : Imagerie des grosses bourses

Auteur : CAMARA MODY ABDOULAYE, Mali

Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Email : drmacamara@yahoo.fr

Tel : +223 66 72 25 80. BAMAKO

République du MALI

Introduction

La grosse bourse est une augmentation du volume de la bourse d'évolution aiguë ou chronique, douloureuse ou non. Elle survient à tout âge chez l'homme et constitue un motif fréquent de consultation. Il s'agit d'une urgence médicale et ou chirurgicale, mettant en jeu le pronostic fonctionnel et vital

L'objectif est de préciser la place de l'imagerie dans le diagnostic des grosses bourses

L'imagerie médicale joue un rôle clé dans la prise en charge des grosses bourses. Elle est basée sur : l'échographie-doppler qui est l'examen de première intention. Elle est réalisée avec une sonde superficielle de 7,5-15Mhz, permettant une évaluation morphologique et dynamique des testicules, ses annexes et les enveloppes. L'IRM par ses possibilités fonctionnelles et dynamiques, permettent une meilleure approche diagnostique et le bilan d'extension

locorégional. Le scanner TAP et la Pet scan permettent un bilan d'extension à distance en cas de lésions suspecte de cancer. Il existe 02 approches diagnostiques :

- La phase aiguë : constituée principalement de la torsion du cordon spermatique, l'orchio-épididymite et les traumatismes.
- La phase chronique : hydrocèle, la varicocèle ; les kystes, les hernies inguino-scrotales, éléphantiasis et les tumeurs testiculaires

Conclusion :

La grosse bourse constitue un motif fréquent de consultation. La torsion du cordon spermatique est la pathologie à rechercher en première intention à la phase aiguë et la tumeur testiculaire constitue le premier diagnostic d'élimination

Mots-clés : Grosses bourses - Echographie doppler - IRM - Approche diagnostique

Conf. 32 : Imagerie des cancers de la prostate périphérique

Auteur : AKANNI Djivèdé Witchékpo Maurice Mohamed, Bénin

Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Service d'Imagerie Médicale du Centre Hospitalier Universitaire Départemental du Borgou et de l'Alibori à Parakou (Bénin)

Faculté de Médecine / Université de Parakou (Bénin)

Département de Médecine et Spécialités Médicales

Email : djivakanni@yahoo.fr

Le cancer de la prostate périphérique, premier cancer urologique masculin en Afrique subsaharienne, représente un véritable enjeu de santé publique, notamment en raison de son diagnostic souvent tardif. Cette conférence avait pour objectifs d'approfondir la connaissance de l'anatomie zonale de la prostate, de maîtriser le protocole d'imagerie par résonance magnétique multiparamétrique (IRMmp), de comprendre les recommandations du système PI-RADS v2.1, et de standardiser les comptes rendus radiologiques. L'IRMmp constitue la modalité de référence pour le dépistage, la caractérisation, la stadification, et le suivi des cancers de la prostate. L'examen combine des séquences T2 haute résolution, la diffusion (DWI/ADC), et l'imagerie dynamique après injection (DCE-MRI). La séquence pivot, dans la zone périphérique (ZP), reste la diffusion, dont l'analyse via la carte ADC est essentielle.



Le score PI-RADS v2.1. permet de classer les lésions selon leur probabilité d'agressivité. Les scores 4 et 5 indiquent une forte suspicion de malignité, guidant les biopsies ciblées. L'IRM permet également d'évaluer l'extension extra-capsulaire et l'envahissement des vésicules séminales, éléments pronostiques clés.

Une attention particulière est portée à la standardisation du compte rendu, basé sur un découpage prostatique en 41 secteurs. Celui-ci doit inclure les dimensions glandulaires, la localisation précise des lésions, leur score PI-RADS v2.1, les signes d'extension locale et à distance, et suggérer une conduite à tenir.

En conclusion, une IRMmp rigoureuse, interprétée selon les recommandations PI-RADS v2.1, est indispensable pour un diagnostic précis, une évaluation pronostique fine et une stratégie thérapeutique adaptée dans la prise en charge des cancers de la prostate périphérique.

Mots clés : Cancer de la prostate, IRM multiparamétrique, zone périphérique, PI-RADS v2.1

Conf. 33 : IRM de la prostate : classification PIRADS 2.1 de la zone de transition.

Auteur :

Pr MOIFO Boniface, MD Radiologiste.

Professeur titulaire de Radiologie

FMSB-UY1, Service de Radiologie HGOPY

Tel : + 237 677 805 999 Email : bmoifo@yahoo.fr

Ville : Yaoundé CAMEROUN

Mots clés : Cancer de la prostate, IRM-Prostate, PI-RADS v2.1, nodule typique, Nodule atypique, Lésion lenticulaire, Score T2, Score Diffusion, Score PI-RADS 2.1, score ISUP

Résumé

Introduction

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent chez l'homme et la 3^e cause de décès par cancer chez l'homme. Son évolution est lente avec pour challenge la distinction entre cancers prostatiques indolents et cancers prostatiques cliniquement significatifs. L'IRM multiparamétrique (IRMmp) de la prostate permet d'augmenter le taux de détection de cancers cliniquement significatifs sur les biopsies.

Messages essentiels

Le PI-RADS (*Prostate Imaging-Reporting and Data System*) version 2.1 de 2019 offre des recommandations pour standardiser la réalisation des IRMmp de la prostate,

et fourni un score pour faciliter l'interprétation des images. Le score PI-RADS 2.1 permet d'estimer sur une échelle de 1 à 5 la probabilité de malignité d'une lésion. Il existe un score pour la zone de transition (ZT) et un score pour la zone périphérique (ZP). Ce score propose des critères semi-objectifs permettant de stratifier les lésions focales visibles en IRM selon leur risque de correspondre à un cancer agressif (grade ISUP \geq 2).

Une IRMmp doit comprendre une séquence T2 dans les trois plans de l'espace, une imagerie de diffusion à plus haute valeur de B ($B \geq 1400$) et une imagerie de perfusion après injection. L'interprétation doit être reproductible en classant chaque lésion selon le score PI-RADS version 2.1 combinant le score de la séquence dominante et le score de la séquence secondaire.

Pour le score PI-RADS 2.1 de la ZP : la séquence dominante est la diffusion/ADC ; la séquence secondaire est la perfusion (dynamique), la séquence par défaut est la séqT2 (si diffusion de mauvaise qualité)

Pour le score PI-RADS 2.1 de la ZT : la séquence dominante est la séquence T2 ; la séquence secondaire est la séquence de diffusion/ADC. La reproductibilité inter-observateur globale du score PI-RADS 2.1 est plus variable pour la ZT que pour la ZP.

Le score 1 ou 2 n'implique aucune action ou tout au plus une surveillance habituelle, le score 3 ouvre une discussion en RCP pour surveillance active ou une biopsie, le score 4 ou 5 autorise une biopsie guidée.

Conclusion

L'IRM prostatique est efficace pour détecter des lésions significatives dans la prostate. Sa capacité à identifier les cancers dépend du volume tumoral et du score ISUP, qui est un indicateur de l'agressivité du cancer. Pour être reproductible, la réalisation pratique et l'interprétation de l'IRM de prostate doivent suivre des principes strictement standardisés du PI-RADS v2.1.

Conférences VIII : Imagerie Pédiatrique et périnatale

Conf. 34 : Prise en charge en RI de l'hémorragie de la délivrance

Auteur : Pr Abdoulaye DIONE DIOP, Sénégal

Professeur titulaire de Radiodiagnostic et Imagerie médicale

CHNU de Fann



Université Cheikh Anta Diop de Dakar, Sénégal

Résumé :

L'hémorragie de la délivrance est définie comme une perte sanguine de plus de 500ml lors d'un accouchement par voie basse ou supérieur à 1litre lorsqu'elle fait suite à une césarienne. Il s'agit d'une urgence thérapeutique car pouvant engager le pronostic fonctionnel (hystérectomie) voire vital à court terme. Ses étiologies sont multiples avec en tête de file l'atonie utérine.

Ses modalités thérapeutiques sont multiples allant de la prise en charge médicamenteuse à la chirurgie en passant par l'embolisation. Toutefois toute hémorragie persistante de plus de 30 mn et responsable d'une instabilité hémodynamique doit bénéficier d'un traitement hémostatique (chirurgical ou par radiologie interventionnelle).

La première embolisation utérine dans la prise en charge d'une hémorragie de la délivrance date des 1979. Depuis la technique s'est améliorée grâce aux progrès dans la confection des salles d'angiographie, du matériel de cathétérisme et des agents d'embolisation avec des succès techniques de 90% à 100% et cliniques de 72% à 100%. Les facteurs de resaignement sont liés aux troubles de la coagulation, aux variantes anatomiques et à la primiparité. Il n'y a pas d'impact sur la fertilité toutefois des complications a type d'endométrite et de nécrose utérine sont rapportées avec l'utilisation de poudre de gélatine.

L'embolisation utérine dans la prise en charge des HD est une technique efficace, sûre avec une morbidité limitée. Elle nécessite toutefois une bonne collaboration interdisciplinaire entre obstétriciens, radiologues et réanimateurs.

Conf. 35 : Imagerie des masses abdominopelviennes de l'enfant

Auteur : SOME Milckisédek Judicaël Marouruana, MCA, Burkina Faso

Maître de Conférences Agrégé en Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

Université Lédéa Bernard OUEDRAOGO

Ouahigouya, Burkina Faso

E-mail : melckisedekj@yahoo.fr

Tel : +226 72 10 22 99 / +226 76 64 78 03

Objectif : Montrer le rôle de l'imagerie dans le diagnostic et la prise en charge des masses abdomino pelviennes de l'enfant.

Résumé :

Les masses abdominopelviennes de l'enfant sont des processus occupants d'au moins 03 cm développés entre les coupes diaphragmatiques en haut, le plancher pelvien en bas, le rachis en arrière et la paroi abdominale en avant chez un individu âgé de 0 à 15 ans.

Elles sont relativement fréquentes et polymorphes, de localisations variables. Elles peuvent être solides, liquides ou mixtes mais également intrapéritonéales, retro péritonéales ou pelviennes.

Leurs étiologies sont diverses, elles peuvent être tumorales ou non tumorales mais le cancer reste la hantise, d'autant plus qu'il est de prise en charge difficile et de pronostic habituellement sombre.

L'imagerie est d'un apport capital dans leur diagnostic, leur prise en charge et leur surveillance. Le choix des moyens d'imagerie doit tenir compte de leur apport en fonction de la pathologie, dans le respect strict des principes de radioprotection qui s'imposent chez l'enfant. Dans le contexte africain le couple ASP/échographie permet une approche étiologique. La TDM et l'IRM interviennent pour un bilan lésionnel plus précis et le bilan d'extension.

Mots clés : masse, abdomen, pelvis, enfant, imagerie

Conf. 36 : Imagerie d'une infection ostéo articulaire de l'enfant

Auteur : KONAN Anhum Nicaise, MCA, Côte d'ivoire
Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie Médicale

CHU de Yopougon

Université Felix Houphouët Boigny de Cocody

Email : anhum_konan@yahoo.fr

Résumé :

L'infection ostéo articulaire (IOA) de l'enfant est une urgence diagnostique et thérapeutique pouvant compromettre la croissance osseuse et entraîner des séquelles fonctionnelles graves. En Afrique, la forte prévalence des infections bactériennes, notamment à *Staphylococcus aureus*, et le retard diagnostique en font un enjeu majeur de santé publique. L'imagerie joue un rôle clé dans la prise en charge des IOA. Cependant, elle ne doit pas retarder le début de l'antibiothérapie. Elle est basée dans notre contexte sur le couple radiographie standard – échographie doppler qui peut être sans anomalie au début. L'IRM, examen de référence permet une détection précoce des atteintes ostéo articulaires et des complications. La scintigraphie osseuse peut être utiles dans les formes



complexes ou multifocales. Les signes sémiologiques d'imagerie permettent un diagnostic positif (œdème osseux, abcès sous-périosté, épanchement articulaire), un diagnostic de gravité (abcès des parties molles, destruction ostéo cartilagineuse). Le diagnostic étiologique reposant sur les analyses biologiques. Les innovations récentes incluent l'IRM de diffusion pour une meilleure caractérisation tissulaire et l'intelligence artificielle pour affiner la détection des infections précoces.

Mots clefs : infection ostéo articulaire, radiographie, échographie, IRM

Conf. 37 : Imagerie de la détresse respiratoire du nouveau-né

Auteur : GBANDE Pihou, Togo

Maître de Conférences Agrégé de Radiodiagnostic et Imagerie médicale

Université de Lomé, Département de Radiologie et imagerie médicale

Email : gbandepihou@yahoo.fr

Résumé

Objectifs : rappeler comment distinguer les différentes étiologies de la détresse respiratoire néonatale ; quels sont les pièges diagnostiques à éviter ; comment optimiser l'utilisation de la radiographie et de l'échographie.

Messages à retenir

La détresse respiratoire néonatale (DRNN) désigne l'ensemble des signes cliniques observés chez un nouveau-né dont les échanges gazeux sont perturbés. Elle constitue une urgence néonatale grave avec une mortalité élevée. Une hématoxose efficace nécessite un certain nombre de conditions à savoir : une bonne perméabilité des voies aériennes supérieures et inférieures, des parenchymes pulmonaires sains, un soufflet thoraco-diaphragmatique fonctionnant normalement et une bonne connexion entre le cœur et les gros vaisseaux du médiastin. Toute altération de cet équilibre va être responsable d'une DRNN. L'approche diagnostique de la DRNN doit prendre en compte l'histoire de la grossesse, les conditions de l'accouchement, l'examen clinique à la naissance et les données de l'imagerie médicale, basée essentiellement sur l'échographie et les radiographies. Globalement les causes sont classées en deux groupes, les causes médicales et les causes chirurgicales. Les causes dites médicales comprennent : la maladie du déficit en surfactant la détresse respiratoire transitoire, le syndrome d'inhalation méconiale, les infections

pulmonaires. Les causes chirurgicales sont souvent d'origine malformative et entraînent une déviation du médiastin. Elles comprennent : les hernies diaphragmatiques, l'emphysème lobaire congénital, les malformations pulmonaires congénitales des voies aériennes.

Mots clés : détresse respiratoire néonatale, causes médicales, causes chirurgicales, radiographie, échographie.

Conf. 38 : Imagerie du retard de croissance fœtale

Auteure : Dr MBONGO Angèle, République démocratique du Congo

Chargé de travaux,

Conf. 39 : Echographie de dépistage des malformations fœtales

Auteure : OUEDRAOGO Nina, Burkina faso

Professeur titulaire de Radiodiagnostic et Imagerie médicale

Laboratoire de Radiodiagnostic et Imagerie médicale

Unité de Formation et de Recherche en Sciences de la Santé, Université Joseph KI-ZERBO (Burkina Faso)

Service d'imagerie médicale et de radiologie interventionnelle, Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou (Burkina Faso)

Résumé :

Les malformations fœtales sont des anomalies congénitales, morphologiques ou fonctionnelles présentes dès la vie intra utérine. Elles peuvent être isolées ou associées à d'autres anomalies. Elles peuvent être diagnostiquées en période anté ou post natale.

Le dépistage de ces malformations fœtales repose sur la clinique, la biologie et l'imagerie médicale. Parmi les moyens d'imagerie, l'échographie est l'examen de 1^{ère} intention pour le dépistage des malformations fœtales. Pour certaines indications, l'imagerie par résonance magnétique et la tomодensitométrie peuvent être réalisées. Le dépistage échographique s'étend aux trois trimestres de la grossesse même si celle du second trimestre est le moment clé pour une évaluation morphologique complète du fœtus. Plusieurs sociétés savantes ont proposé une exploration systématique du fœtus par région anatomique, la fourniture d'un compte rendu et de clichés, en fonction du terme de la grossesse.



L'objectif de cette conférence est de présenter l'apport de l'échographie dans le dépistage des malformations fœtales.

Mots clés : échographie, IRM fœtale, malformations fœtales, fœtopathie, embryopathie

EPU :

EPU 1 : Radioprotection

Formateurs : Pr MOIFO Boniface, Pr TCHAOU MAZAMAESSO, Dr MOULION TAPOUH Jean Roger

EPU 2 : FAST écho

Formateur : Pr SONHAYE LANTAM

ATELIERS :

Atelier 1 : Echographie de l'épaule.

Dr MONTAZEL, France

Atelier 2 : IRM de l'épaule.

Dr MONTAZEL, France

Atelier 3 : Ponction-biopsie écho guidée du sein.

Dr DAO THU HA, France

Atelier 4 : Echographie doppler des veines des membres inférieurs.

Pr BAZEBOSO, République Démocratique du Congo

Atelier 5 : Echographie doppler des troncs supra-aortiques.

Dr DIAMOUANGANA, Congo Brazzaville

Atelier 6 : Echographie doppler des artères des membres inférieurs.

Dr DIAMOUANGANA, Congo Brazzaville

Atelier 7 : Echographie obstétricale morphologique du 2e Trimestre.

Pr OUEDRAOGO, Burkina Faso.

Atelier 8 : Echographie doppler obstétrical.

Pr AMADOU, Togo

Atelier 9 : IRM du bassin.

Dr MONTAZEL, France

Atelier 10 : IRM du genou.

Dr MONTAZEL, France

Atelier 11 : comment je fais une infiltration scanno guidée du rachis.

Dr DIAMOUANGANA, Congo Brazzaville

Atelier 12 : biopsies trans-thoraciques radioguidées.

KOUASSI Paul B, MCA, Côte d'ivoire

Atelier 13 : micro biopsie du sein – trucs et astuces.

Dr MAMPASSI, Congo Brazzaville