

Radiologie

Arbre Urinaire Sans Préparation "AUSP"

* Avantages:

- * Sans préparation
- * peu coûteux
- * faible irradiation
- * facile à interpréter par un radiologue ou autre

Il est obligatoire avant opacification
uroscanner \equiv opacification
faut utiliser scanogramme

* Intérêts:

- Calculs radio opaque (Δ 95% des calculs sont radio opaques : Oxalate de Ca^{2+})
+/- 5% sont radio transparents : Acide urique
- colique néphrétique
- pyélonéphrite

* La technique nécessite pr une bonne réussite

- * cliché du pôle sup du rein \neq ASP depuis Coupe Diaphragmatique
- * Faut identifier l'ombre rénal, +/- ombre vésical
- * Absence de flux cinétique (1 - 2 seconde d'après) \rightarrow nette
- * bord ext du psoas : un bon repère pr les pathologies rétro péritoneales par effacement de ce bord

* Incidences

* Inspiration Profonde : Rein \downarrow vers le bas

- Si Calcification $\downarrow \Rightarrow$ \in Rein
- Si Calcification reste en place $\Rightarrow \notin$ Rein
= Extra rénal

* Proximité : chasser l'air (image construite par superposition des aires d'0 digestifs) vers la périphérie \Rightarrow meilleur appréciation de l'arbre urinaire

* Profil Stricté : Abandonné !

* Indications : Toute exploration de l'app urinaire

xx UCR (urétro cystographie Rétrograde) \Rightarrow RUV (Le flux Vésico-Urétéral)

• urètre $\left\{ \begin{array}{l} \text{sténose} \rightarrow \text{voir par scope en temps réel} \\ \text{malformative} \end{array} \right.$

• vessie $\left\{ \begin{array}{l} \text{risque d'insuffisance rénale} \\ \text{passive} \\ \text{active au } \mu \text{ des mictions} \end{array} \right.$

3 minutes

Δ UIV : 3 temps : artérielle, Parachymateux, excrétoire \Rightarrow Intérêt l'utiliser des injecteurs au lomatiques

\hookrightarrow voir les images d'arrêt

on man que l'artère rénale

• Indication au cours des (m) Lithiasiques

des échecs de l'AUSP → Insuffisance technique de l'examen
→ Composition des calculs

(TRT de + 90% des calculs urinaires)

• Calcification non lithiasique (LEC = lithotriecie extra corporelle)

⚠ Echo → on peut pas voir un calcul uréteral → mais just le retentissement en Avant (ex: hydronéphrose & Dilatation des cavités pyélo-caliciformes)

AUSP → on peut voir le calcul

• Les Faux positives

- Présence de calcifications mais est ce que Viment urinaire ?
- Des images Construites entre parenchyme, Os d'organe
- Pb interprétation

• Images Piégés

- Rein roté sur son axe transversal ⇒ Apparaît plus petit ⇒ malformative:
 - éclopi que vers l'étage pelvien (P7++)
 - éclopi que vers la région sacrée
 - éclopi que vers l'étage Thoracique
- Rein Ptisé
- Fausse ombre rénale Ds une Jogerénale vide (agénésie, hypoplasie, ectopie)

Inferior d'opacification

• En l'absence l'échographie Pr différencier entre lithiasique < vésiculaire ou rénale

on utilise l'OPD (Oblique post D) en profile Stricte (Vésicules: Ant, Rein: Post)

(TBC ++). Calcification des gg mésentériques (après TRT) au vu de l'aire uréteral ⇒ faut refaire Ds 10-15 jrs (car les gg mésentériques bougent avec motilité intestinale)

Sinon le Scanner réglé le Pb (☺)

• Phlébotilhe (pénétration calcare constituant une Concretion à l'int des veines) ≠ Pécientes ⇒ Pas de retentissement en amont (écho g)

PATHOLOGIES RENALES :

* morphologie congénitale / acquise (à lire : **Peut être !**) Apésie ↗ petit

- Gros Rein unilatéral : $> 12\text{cm}$
 - Compensation \Rightarrow Donc faut vérifier la 2^e fosse lombaire
 - hydronéphrose

⚠ parfois on peut avoir 2 pyelons + 2 ureters \Rightarrow Si $\left\{ \begin{array}{l} \text{s'abouchent par un seul orifice vésical} \\ \text{Bijudité} \\ \text{s'abouchent par 2 orifices distincts} \\ \text{Duplicité} \end{array} \right.$

- Gros Rein bilatéral :
 - Tm ; hydronéphrose, amylose (\Rightarrow J. rénale)
 - polykystose rénale (familiale \rightarrow intérêt de dépistage)

- Petit rein atrophique unilatéral :
 - pyéloréphrite chronique
 - Sténose A. rénale
 - TBC
 - hyperplasie rénale

- Petit rein bilatéral : Néphropathie chronique

- Rein en Fer à cheval : malformation congénitale, 2 reins en fusion $\left\{ \begin{array}{l} \text{Du m\^e côté} \\ \text{Du côté opposé} \end{array} \right.$

- Maladie de CACCHIO RICCI : congénitale et malformative \Rightarrow Rein en Eponge¹¹
 \neq Coliques néphrétiques

Apersu sur l'échographie de l'arbre urinaire

• Sonde $< 7,5\text{MHz}$

• recherche une dilatation PE \Rightarrow hydronéphrose

• la lithiase non visible, mais il existe des manifestations en Amont.

• Abscès rénal \neq clinique parlante (fièvre)

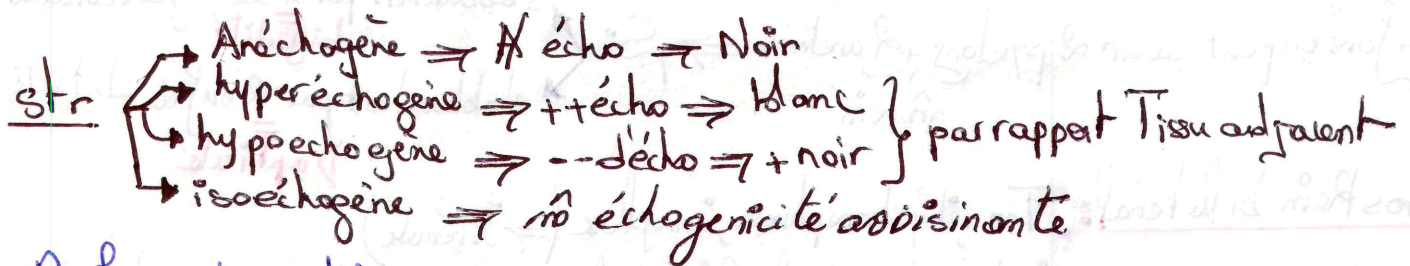
• Si un kyste rénal pur

\Rightarrow Renforcement acoustique \neq Cône d'ombre acoustique
(Blanc) (noir)

• évaluation Taille / morpho du rein en 3D (Index paranchymateux)

- L'échographie permet la biopsie écho guidée
- L'échographie permet le suivi post transplantation rénale

Sémiologie échographique : En échog → chaque Str observée est décrite selon une échogénéité ⇒ càd la capacité à réfléchir les échos



* Renforcement postérieur de Str anéchogène ⇒ VS ne retourne pas ⇒ blanc

* Cône d'ombre acoustique de Str hyperéchogène



- Avantages
- faible coût
 - non (invasive, irradiant)
 - Pas de produit iodé
 - Pas de CI

Fait bien préparer le patient à l'échog & pas de jeûne, marche eau!

Limites : * lié à l'opérateur : opérateur dépendant, dynamique, non interprété par un autre médecin

* lié au patient : ce sont celles que le prescripteur doit reconnaître et l'échographe signale ds son compte rendu

- obésité : corpulence → gêne à l'échog ⇒ Image de mauvaise qualité
- patient non mobile non coopérant : balayage incomplet/impossible
- Immobilite impossible : patient polyneuropathique (âgé), enfant agité (enfant)
- Abdomen flasque d'une ♀ qui a prééclampsie

Apresu sur la TOMOPENSITOMETRIE "TDM"

- Sans injection (Scannogramme, topogramme) absence de saignement résant (sg non liquéfie) lithuare & CI d'injection
- avec produit de contraste iodé après injection
- 3 temps : Arteriel, Paranchymateux, excrétoire

Hyperdensité

Limites : Apnée, Obésité morbide (Table fragile)

Très important à savoir : Pour une personne dialysée on peut faire un scanner mais tout de suite après il passe à la dialyse!

Prusse

