

CONFÉRENCE ECOS #4

ICONOGRAPHIE



Equipe ECOS TACFA

Alexandre Degachi - Doctorant, médecin interniste

Robin Elayli - DES de Psychiatrie

Clément Filliol - DES de Radiologie

Sébastien Villard - DES de Médecine interne

Dr. Hélène Bugaut - CCA de Dermatologie

Quentin Hardy - DES de Dermatologie

Rafik SEROUR - DES d'Ophtalmologie

SOMMAIRE

1. Généralités de l'iconographie
2. Interprétation d'iconographies radiologiques
3. Interprétation d'iconographies dermatologiques
4. Interprétation d'iconographies ophtalmologiques



1. Généralités de l'iconographie



1. Généralités de l'iconographie

Extrait du Vademecum ECOS :

Iconographie	<p>L'objectif est d'évaluer la capacité de l'étudiant à interpréter les résultats de l'iconographie dans les situations aiguës et chroniques courantes</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Interpréter les résultats de l'iconographie dans les situations aiguës et chroniques courantes<input type="checkbox"/> Comprendre l'importance et l'urgence d'un résultat anormal et demander de l'aide si besoin<input type="checkbox"/> Prendre en compte le contexte clinique lors de l'interprétation des résultats et lors de la formulation des conclusions <p><i>EPA 3: Recommend and interpret common diagnostic and screening tests (Obeso et al 2017)</i></p>
---------------------	---



1. Généralités de l'iconographie

→ Concerne le **2ème** groupe de la famille des situations de départ.

Pour rappel :

- I. Symptômes et signes cliniques (1-177)
- II. **Données paracliniques** (178-301)
- III. Prise en charge aiguë et chronique (238-301)
- IV. Prévention (302-325)
- V. Situations diverses (326-356)



1. Généralités de l'iconographie

Remarque :

Lors d'un **ECOS évaluatif** (comme pour le concours, \neq **ECOS formatif**), vous n'aurez **aucune interaction avec l'examineur** +++

Si une iconographie, un résultat de biologie... doit vous être communiqué → c'est le "patient standardisé" qui vous le donnera +++

ECOS évaluatif

L'examineur n'interagit pas avec l'étudiant. Les résultats et/ou les données cliniques et/ou biologiques sont fournis à l'étudiant par le PS.



1. Généralités de l'iconographie

- L'interprétation d'une iconographie doit faire appel à vos compétences de lecture, compréhension, synthèse.
- Avant de se lancer dans l'analyse d'une iconographie, il faut être vigilant à certains points :
 - Quel est le **contexte clinique** ? maladie aiguë / chronique...
 - **Qui vous transmet** cette iconographie ?
 - Le patient vient avec (ex : consultation après une précédente demande d'examen radiologique)
 - Vous la demandez (ex : examen radiologique demandé à l'hôpital)
 - Vous l'observez directement sur un patient (ex : image dermatologique)
 - Vous examinez le patient et obtenez cette iconographie (ex : fond d'oeil, tympan...)
 - Avez-vous des **compléments** biologiques, des antécédents ?



1. Généralités de l'iconographie

- Une fois le contexte bien défini, vous pouvez **interpréter** l'iconographie.
- Il est primordial d'être systematique dans son analyse, quelle que soit l'image qui vous est présentée → répondre aux questions et énoncer à **voix haute** :
 1. +++ Quel est le **type** d'iconographie ? → radiographie, échographie, IRM, TDM, image de dermoscope, photographie d'un signe physique...
 2. Quelle est la **région** analysée ? → coupe abdominale, thorax, cerveau, joue d'un patient, pli du coude...
 3. Quelles sont les **particularités** de l'examen ? → injecté, à l'aide d'une loupe / dermoscope, après injection de produit localement...
 4. **Combien** y a-t-il d'images à interpréter ? → lésion unique, cliché de face de radiographie thoracique... / éruptions multiples, deux fonds d'œil, coupes scanographiques...



Contenus multimédias programme EDN

Cf document dédié :

https://docs.google.com/document/d/1mofK9mdhQD7sZRa_QJxHoODSMZ5gt3LdO2_i26FJlA/edit?usp=sharing

Rhumatologie :

Nodule rhumatoïde au coude

Photo de main et de pied de polyarthrite rhumatoïde en phase d'état

Photographie d'une dactylite

Tophus goutte

Neurologie :

Paralysie faciale périphérique et centrale

Hémispasme facial post paralytique

Paralysie du VI, III, IV

Mouvements anormaux et troubles de la marche

Vidéos signes de maladie de parkinson

Nystagmus horizonto rotatoire



Les tableaux d'aptitudes en lien

3. APTITUDE À FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS AU PATIENT / AUX AIDANTS

Performance Insuffisante	Performance Limite	Performance Satisfaisante	Performance Très Satisfaisante	Performance Remarquable
0 point	0,25 point	0,5 point	0,75 point	1 point
Renseigne le patient / aidant de manière inadaptée (ex. informations inexactes) ou ne fait aucun effort pour renseigner le patient/aidant	Donne des renseignements de façon incomplète ou s'attarde à des renseignements éloignés du problème	Donne des renseignements de façon adaptée. Veille quelque peu à ce que le patient /aidant comprenne	Donne des renseignements de façon adaptée. Veille à ce que le patient / aidant comprenne	Renseigne avec justesse et illustre ses explications pour qu'elles soient bien comprises

Nos conseils :

- Dans le cadre d'une situation avec iconographie se servir des images pour informer le patient sur ses problématiques de santé.
- Faire reformuler le patient pour s'assurer de sa compréhension.
- Lui permettre de s'exprimer "avez-vous des questions complémentaires ?"



Les tableaux d'aptitudes en lien

8. APTITUDE À FAIRE LA SYNTHÈSE DES DONNÉES

Performance Insuffisante	Performance Limite	Performance Satisfaisante	Performance Très Satisfaisante	Performance Remarquable
0 point	0,25 point	0,5 point	0,75 point	1 point
N'arrive pas à faire ressortir les éléments nécessaires pour clarifier le problème	Fait ressortir les éléments nécessaires pour clarifier le problème quelquefois sans les justifier	Fait ressortir les éléments nécessaires pour clarifier le problème et justifie son raisonnement	Fait ressortir les éléments positifs et négatifs pour clarifier le problème et justifie son raisonnement	Agit avec assurance et sans erreur

Nos conseils :

- Lien avec le domaine “stratégie diagnostique” : Décrire l’image de façon systématique mais ne pas oublier de faire une synthèse finale des données apportées par l’iconographie en expliquant à haute voix votre raisonnement.

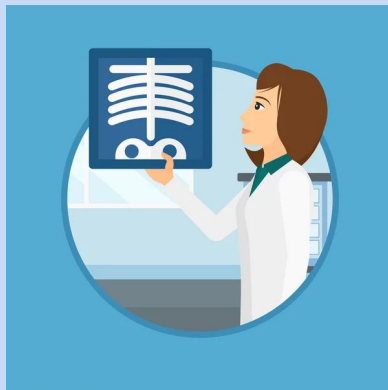


2. Interprétation d'iconographies radiologiques



Avec l'aimable participation des enseignants du **CERF** :

- Pr. Cyteval (PUPH, Montpellier),
- Pr. Wagner (PUPH, Paris),
- Dr. de Margerie (MCU-PH, Paris),
- Dr. Dioguardi Burgio (MCU-PH, Paris)



2. Interprétation d'iconographies radiologiques

En radiologie, plusieurs iconographies sont exigibles.

Le **contexte** est important à définir :

- Est-ce un **complément** d'information dans une prise en charge globale ?
- Est-ce **la clé** de la résolution du cas clinique ?
- **Comment** cette image radiologique a été obtenue ?
 - ◆ Quel est le contexte clinique ?
 - ◆ Quels sont les résultats des examens biologiques (qui précèdent souvent les imageries) ?
- Est-ce **le meilleur examen** dans cette situation ? Si non, lequel aurait-il fallu demander ?
- **Qui** a demandé cet examen ?



2. Interprétation d'iconographies radiologiques

Une fois le contexte défini, il faut, pour rappel, **préciser à l'oral** :

- Le **type** d'imagerie → 4 modalités = échographie, radiographie, TDM, IRM
- La **région** analysée (+ **côté**) → cerveau, face, cou, thorax, abdomen, pelvis, membre supérieur / membre inférieur...
- Les **caractéristiques** de cette imagerie → pour **TDM** et **IRM** : injectée ?
- La (ou les) **anomalie(s)** que vous distinguez. Pour chacune, préciser :
 - ◆ Localisation
 - ◆ Taille (et nombre)
 - ◆ Forme et contours
 - ◆ Diagnostic radiologique final



2. Interprétation d'iconographies radiologiques

★ **NB** : utilisez les **bons** termes +++

	Echographie	Radiographie	TDM	IRM
Terme usuel	Échogénicité	Densité	Densité	Intensité / signal
Hypo = plus noir	Hypoéchogène	Clarté	Hypodensité	Hypointense / hyposignal
Hyper = plus blanc	Hyperéchogène	Opacité	Hyperdensité	Hyperintense / hypersignal

2. Interprétation d'iconographies radiologiques

Dans tous les cas :

- ★ **Lire** un maximum d'imageries en stage, pour tous vos patients
- ★ Essayer d'**interpréter** par vous-mêmes sans connaître le diagnostic
- ★ **Discuter** de votre interprétation avec un.e interne ou un chef ++
- ★ **Noter** les conseils d'interprétation qui vous sont donnés



2. Interprétation d'iconographies radiologiques

Liste des examens d'imagerie exigibles pour les ECOS nationaux d'après les items du programme des EDN :

Ostéo-articulaire	Neurologie
Radio arthrose des IPD Radio de coxarthrose Radio de gonarthrose Calcifications méniscales et cartilagineuse Calcification du ligament triangulaire du carpe Radiographie de bassin : calcifications de la symphyse pubienne et des cartilages fémoraux Radiographie du bassin dans le cadre du SpA Radiographie du rachis avec scoliose malformative Radio et IRM ostéoporose avec fracture vertébrale <u>IRM</u> hernie discale Fracture du col fémoral Luxation antéro-inférieure de l'épaule Radiographie entorse de cheville Radiographie lésion lytique de myélome	TDM HSD chronique TDM effet de masse et engagement cérébral TDM AVC hémorragique profond <u>IRM</u> AVC ischémique aigu TDM hémorragie sous arachnoïdienne <u>IRM</u> typique de SEP <u>IRM</u> cérébrale de toxoplasmose <u>IRM</u> syndrome de la queue de cheval <u>IRM</u> de compression de médullaire

2. Interprétation d'iconographies radiologiques

Abdominal	Thoracique
<p>TDM de métastase hépatique</p> <p>TDM de kyste hépatique typique</p> <p>TDM CHC chez un patient ayant une cirrhose</p> <p>Echographie cholécystite aiguë</p> <p><u>Bili-IRM</u> empièchement cholédocien</p> <p>TDM abdominale avec splénomégalie</p> <p>TDM de péritonite</p> <p>TDM pancréatite aiguë</p> <p>ASP occlusion du grêle</p> <p>TDM syndrome occlusif</p> <p>Échographie de kyste rénal simple</p> <p>Radio de corps étranger pharyngo oesophagien</p>	<p>Radiographie de BPCO</p> <p>Radiographie OAP</p> <p>Radiographie pneumothorax</p> <p>Radiographie épanchement pleural</p> <p>Radiographie de pneumopathie franche lobaire aiguë</p> <p>Radiographie et TDM tumeur primitive pulmonaire</p> <p>TDM fibrose pulmonaire idiopathique</p> <p>TDM tuberculose maladie</p> <p>Imagerie pneumocystose pulmonaire</p>
Face	Pédiatrie
<p>TDM fracture de la mandibule</p> <p>TDM fracture du plancher de l'orbite</p>	<p>Radiographie de syndrome de Silverman</p> <p>TDM du bébé secoué</p> <p>Radiographie pleuro pneumopathie de l'enfant</p>



2. Interprétation d'iconographies radiologiques

1 des 2 échographies exigibles : Cholécystite aiguë

- Vésicule biliaire = structure ovalaire à contenu liquidien : **hypoéchogène** (noir), avec des parois (gris)
- Inflammation et épaissement pariétal → parois **épaisses, feuilletées ou striées**
- Parfois, calculs visibles = images **hyperéchogènes** avec cône d'ombre postérieur (échos bloqués)

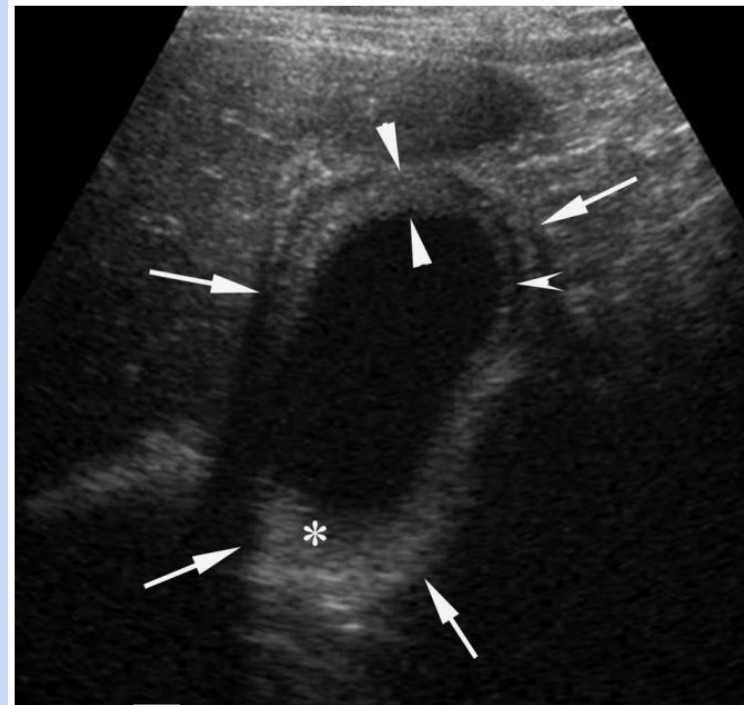


FIG. 9.4 A Aspect échographique d'une cholécystite aiguë. La vésicule biliaire

(flèches) présente des parois épaissies mesurées à 9 mm d'épaisseur (entre les têtes de flèches). L'aspect de la paroi apparaît par endroits feuilleté ou strié (tête de flèche creuse). Par ailleurs, la vésicule biliaire contient du *sludge* déclive (*). Il n'y a pas de calcul vésiculaire visible sur l'image. Source : CERF, CNEBMN, 2022.

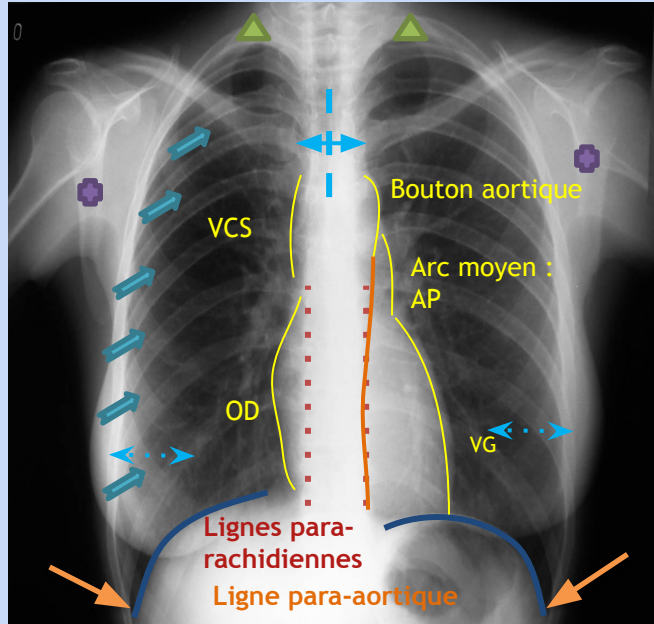
2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- Interpréter une **radiographie**
 - Soyez **systématiques !!**
 - Choisissez un **plan de lecture** ++++
 - Exemple : commencer par les **parties molles** périphériques (épanchement, opacité ?), puis regarder les **corticales osseuses** (solution de continuité ?), puis
- selon la radiographie - analyser les **organes sous-jacents** (en ostéo : bien analyser la **trame** osseuse : mouchetée ? trop ou pas assez dense ?)
 - Bien préciser à l'oral **le côté** en ostéoarticulaire
- ★ **NB** : Ne pas hésiter à les lire et en discuter avec vos chefs en stage +++



2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- Critères de qualité d'une **radiographie** thoracique



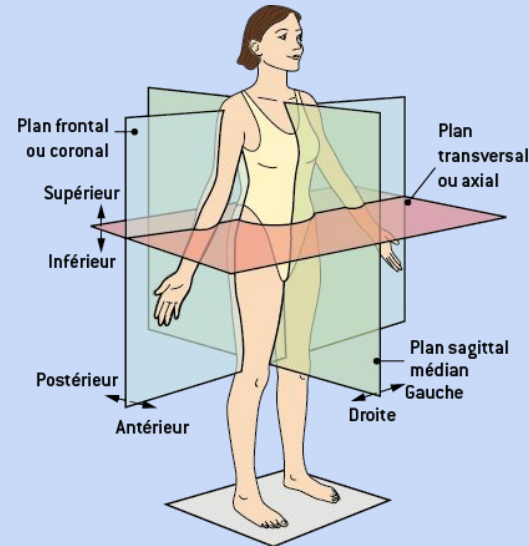
1. **Équidistance** entre le bord inférieur d'un arc antérieur basi-thoracique et la paroi latérale **entre deux côtes** de même niveau +++ ou **épineuses centrées entre les articulations sterno-claviculaires**
2. **Culs de sac costo-diaphragmatiques** et **apex** visibles
3. Pouvoir observer l'**arc antérieur de la 6^{ème} côte** au dessus du diaphragme
4. **Rachis** et **vaisseaux** visibles derrière le cœur (= exposition correcte)
5. Épaules en rotation interne pour **écarter les scapulas** des champs pulmonaires

Remarque : critère de “normalité” → **coupole diaphragmatique** droite au dessus de la gauche



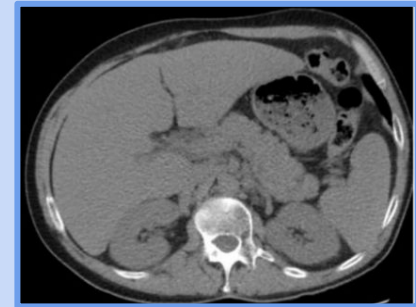
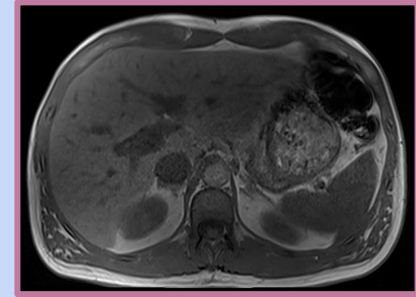
2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- **IRM et TDM**
 - Imageries en coupe
 - Identifier l'incidence de coupe et l'énoncer à voix haute +++
 - Axiale = transversale = horizontale
 - Sagittale
 - Coronale = frontale



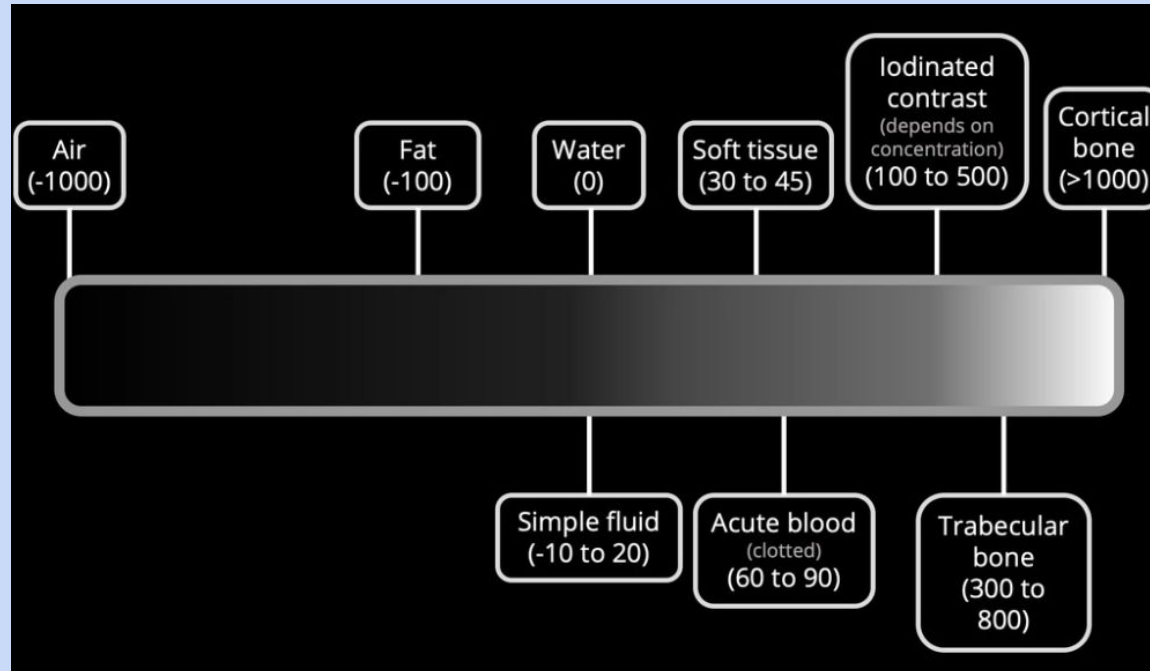
2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- Savoir distinguer **IRM** et **TDM**
 - **IRM** = imagerie par résonance magnétique
 - reflète le mouvement des ions H^+ → corticale des os pas / peu intense = **hyposignal des corticales osseuses !!**
 - **TDM** = tomodensitométrie = scanner
 - échelle de Hounsfield : air = - 1000 UH → eau = 0 UH → os = + 1000 UH = **hyperdensité des corticales osseuses !!**



2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- Echelle Hounsfield

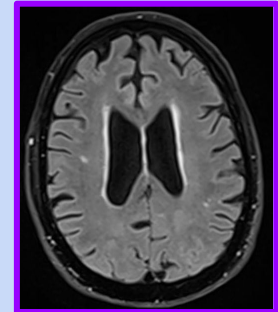
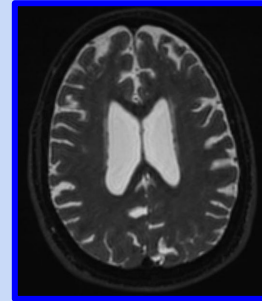
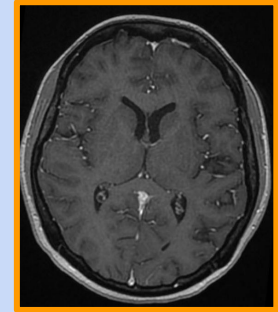
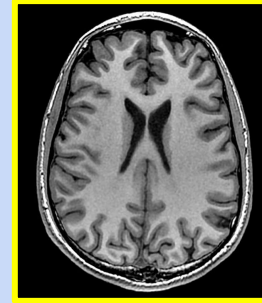


Source : radiopaedia



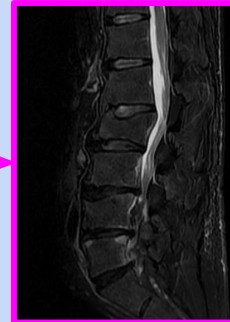
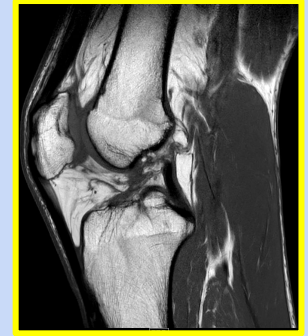
2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- **IRM** : distinguer T1 et T2
 - Cerveau
 - **T1** = anatomique → substance blanche = blanche / substance grise = grise
 - **T1 + Gadolinium** : vaisseaux en hypersignal = blancs (en périphérie ++)
 - **T2** = anti-anatomique → substance blanche = grise / substance grise = blanche
 - **FLAIR** → liquides atténués en hyposignal = noirs



2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- **IRM** : distinguer T1 et T2
 - Ostéo-articulaire
 - **T1** : les liquides stagnants sont en hyposignal = noirs
 - T1 + Gadolinium : les vaisseaux sont en hypersignal = blancs
 - **T2** : les liquides (tous) sont en hypersignal = blancs
 - **T2 + FAT-SAT** = atténuation du signal de la graisse (devient en hyposignal) → sensibilise la détection d'un oedème



2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- **IRM** : distinguer T1 et T2 : résumé du signal des principales structures

Séquence	Graisse	Eau	SG	SB
T1	Hyper	Hypo	Hypo	Hyper
T1 Fat Sat (FS)	Hypo			
T1 Gado	Variable selon FS			
T2	Hyper	Hyper	Hyper	Hypo
T2 FS/STIR	Hypo			
FLAIR	Hyper	Hypo		
T2*	Hyper	Hyper		

2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- **TDM** (et **IRM**) : distinguer les temps d'injection

Sans injection = *en contraste spontané*

Temps artériel

Temps portal

Temps tardif
"classique"

Temps tardif
urologique

Pas d'injection de produit de contraste

Densité des organes pleins = celle des muscles = celle des gros vaisseaux

Artères en franche hyperdensité = **très blanches** / veines grises

- Artériel pulmonaire : plus précoce → artères pulmonaires opacifiées, pas/peu l'aorte
- Artériel aortique
- Artériel vasculaire

Organes opacifiés (plus denses que les muscles)

Veines et artères de densité quasi-égale

Lavage de la densité des organes, mais restent > muscles

Produit de contraste dans les **cavités excrétrices urinaires**

Veines et artères faiblement rehaussées > muscles

Dernière partie de l'**uro-TDM**

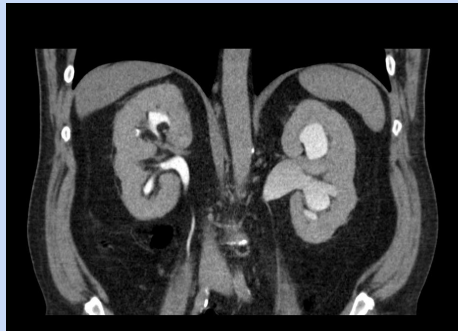
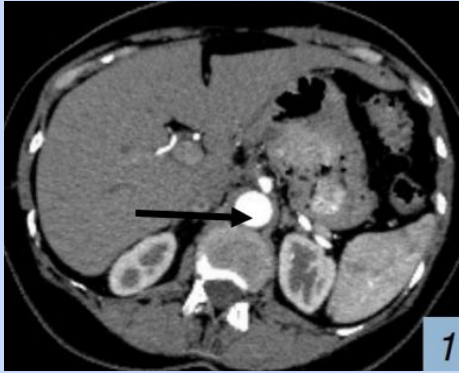
A 10-15 minutes, voire plus, souvent après **Lasilix** pour diluer

Opacification des voies excrétrices urinaires



2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- **TDM** (et **IRM**) : distinguer les temps d'injection



2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- **TDM** (et **IRM**) : distinguer les temps d'injection

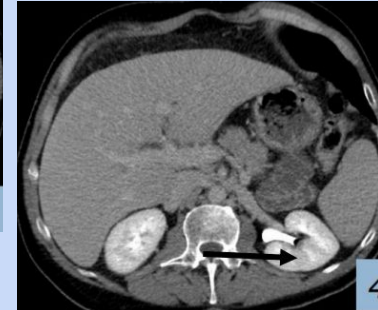
Sans injection = *en contraste spontané*

Temps artériel

Temps portal

Temps tardif
"classique"

Temps tardif
urologique



Source : urologie Bourgoin

2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- Exemple de sujet d'ECOS

→ **Consignes** pour le candidat

ECOS TACFA
INSTRUCTIONS POUR LE/LA CANDIDAT.E
<p><u>Contexte :</u></p> <p>Vous êtes médecin urgentiste en centre hospitalier. Vous prenez en charge monsieur G, 23 ans, qui consulte aux urgences devant la survenue ce soir d'une douleur thoracique droite aiguë.</p> <p>Les résultats de la prise de sang et de l'électrocardiogramme sont normaux.</p> <p>Monsieur G mesure 1m90 et pèse 78kg. Ses constantes sont les suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">- FC : 89 bpm- FR : 18 cycles par minute- SaO2 : 96% sous 1L d'O2- TA : 128/77- T° : 37,4 °C <p><u>Consignes :</u></p> <p>En 8 minutes, en comptant la lecture de ces consignes, vous devez :</p> <ul style="list-style-type: none">- Préciser votre interrogatoire,- Compléter votre bilan paraclinique et l'interpréter,- Annoncer et expliquer le diagnostic (précis) au patient. <p>Vous ne devez pas faire d'examen physique ni prescrire de prise en charge.</p> <p>Attention : Vous avez 8 minutes à compter du premier signal sonore. Au prochain signal sonore, passez à la station suivante.</p>



2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- Exemple de sujet d'ECOS → **Grille** pour l'examineur : aptitudes cliniques (1/2)

Aptitudes cliniques (max 15 items)			
1.	Interroge sur un antécédent de douleur thoracique	1 pt	<input type="checkbox"/>
2.	Interroge sur un antécédent de traumatisme récent	1 pt	<input type="checkbox"/>
3.	Interroge sur le contexte de survenue de la douleur thoracique	1 pt	<input type="checkbox"/>
4.	Interroge sur le métier ou les passions : doit demander si le patient exerce un métier à « effort à glotte fermée » ou s'il joue d'un « instrument à vent » (<i>un des deux termes est attendu</i>)	1 pt	<input type="checkbox"/>
5.	Demande un complément paraclinique par radiographie standard thoracique	1 pt	<input type="checkbox"/>
6.	Précise la présence des critères de qualité de la radiographie thoracique : <i>doit citer au moins 3 des 5 critères suivants</i> : <ul style="list-style-type: none">- Épineuses centrées entre les articulations sterno-claviculaires- Culs-de-sac costo-diaphragmatiques et/ou apex visibles- Arc antérieur de la 6^{ème} ou 7^{ème} côte au-dessus du diaphragme- Rachis et vaisseaux visibles derrière le cœur- Scapulas écartées (par rotation interne des épaules)	1 pt	<input type="checkbox"/>

2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- Exemple de sujet d'ECOS → Grille pour l'examineur : aptitudes cliniques (2/2)

7.	Identifie le pneumothorax droit : <i>validé si « pneumothorax » et « droit » sont énoncés à voix haute</i>	1 pt	<input type="checkbox"/>
8.	Précise l'étendue du pneumothorax : <i>doit dire « axillaire »</i>	1 pt	<input type="checkbox"/>
9.	Précise que le pneumothorax est non grave. <i>Il n'est pas attendu de l'étudiant qu'il cite les critères de gravité. Pour information, non grave = pneumothorax sans dyspnée sévère et/ou collapsus tensionnel, quelle que soit l'importance du décollement pleural.</i>	1 pt	<input type="checkbox"/>
10.	Précise l'absence d'autre anomalie sur l'imagerie : <i>doit expliciter l'absence d'autre anomalie, par exemple : « la radiographie est normale par ailleurs »</i>	1 pt	<input type="checkbox"/>
11.	Explique le diagnostic de pneumothorax au patient : <i>un des mots-clés suivants doit être prononcé : « décollement » / « poche d'air » / « passage d'air »</i>	1 pt	<input type="checkbox"/>

2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- Exemple de sujet d'ECOS → **Grille** pour l'examineur : communication et attitude (1/5)

1. APTITUDE À ÉCOUTER : le patient / le pair

Performance Insuffisante	Performance Limite	Performance Satisfaisante	Performance Très Satisfaisante	Performance Remarquable
0 point	0,25 point	0,5 point	0,75 point	1 point
Interrompt le patient /pair de façon inappropriée Ignore les réponses du patient/collègue	Se montre impatient	Est attentif aux réponses du patient/pair	Est attentif aux réponses du patient/pair Adopte la technique de reformulation si l'information est imprécise ou éloignée des objectifs.	Porte une attention soutenue aux réponses du patient/pair et à ses préoccupations.

2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- Exemple de sujet d'ECOS → **Grille** pour l'examineur : communication et attitude (2/5)

3. APTITUDE À FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS AU PATIENT / AUX AIDANTS

Performance Insuffisante	Performance Limite	Performance Satisfaisante	Performance Très Satisfaisante	Performance Remarquable
0 point	0,25 point	0,5 point	0,75 point	1 point
Renseigne le patient / aidant de manière inadaptée (ex. informations inexactes) ou ne fait aucun effort pour renseigner le patient/aidant	Donne des renseignements de façon incomplète ou s'attarde à des renseignements éloignés du problème	Donne des renseignements de façon adaptée. Veille quelque peu à ce que le patient /aidant comprenne	Donne des renseignements de façon adaptée. Veille à ce que le patient / aidant comprenne	Renseigne avec justesse et illustre ses explications pour qu'elles soient bien comprises

2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- Exemple de sujet d'ECOS → **Grille** pour l'examineur : communication et attitude (3/5)

4. APTITUDE À STRUCTURER/ MENER L'ENTREVUE

Performance Insuffisante	Performance Limite	Performance Satisfaisante	Performance Très Satisfaisante	Performance Remarquable
0 point	0,25 point	0,5 point	0,75 point	1 point
Approche désordonnée	Entrevue peu structurée, présente les difficultés à recadrer les discussions qui s'éloignent des objectifs	Entrevue centrée sur le problème et couvre les éléments essentiels	Entrevue menée de façon logique, structurée, centrée sur le problème, ne cherche pas l'information non pertinente	Entrevue ayant un but précis, approche intégrée

2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- Exemple de sujet d'ECOS → **Grille** pour l'examineur : communication et attitude (4/5)

5. COMMUNICATION NON VERBALE				
Performance Insuffisante	Performance Limite	Performance Satisfaisante	Performance Très Satisfaisante	Performance Remarquable
0 point	0,25 point	0,5 point	0,75 point	1 point
Se comporte de manière inappropriée (p. ex. ne regarde pas son interlocuteur, se comporte de manière offensante ou agressive) ou porte des jugements	Tente d'établir un contact visuel. Présente les difficultés à établir la conversation (p.ex. priorise l'accomplissement de la tâche clinique) et cela peut induire la frustration du patient/pair	Regarde le patient/ pair la majeure partie du temps Établit la conversation	Regarde le patient/ pair la majeure partie du temps Est attentif aux indices du patient/pair et réagit de manière appropriée par son comportement/gestes.	Montre une bonne maîtrise de ses comportements et cherche à les adapter afin de favoriser la conversation /établir une relation.

2. Interprétation d'iconographies radiologiques

- Exemple de sujet d'ECOS → **Grille** pour l'examineur : communication et attitude (5/5)

8. APTITUDE À FAIRE LA SYNTHÈSE DES DONNÉES

Performance Insuffisante	Performance Limite	Performance Satisfaisante	Performance Très Satisfaisante	Performance Remarquable
0 point	0,25 point	0,5 point	0,75 point	1 point
N'arrive pas à faire ressortir les éléments nécessaires pour clarifier le problème	Fait ressortir les éléments nécessaires pour clarifier le problème quelquefois sans les justifier	Fait ressortir les éléments nécessaires pour clarifier le problème et justifie son raisonnement	Fait ressortir les éléments positifs et négatifs pour clarifier le problème et justifie son raisonnement	Agit avec assurance et sans erreur

Iconographie élémentaire en dermatologie

Dr Hélène BUGAUT

Dermatologue

CCA, service de Médecine Interne 1 Pr CACOUB, Pitié-Salpêtrière, Paris

Pour TACFA





Les photos ne sont pas libres de
droits

Merci 😊



Ex.1



Ex.1

- Femme jeune
- Eruption papuleuse
- Érythémateuse
- Avec croûtes mélicériques
- Centrée sur les sourcils
- Avec oedème palpébral en regard



⇒ Eczéma de contact avec début d'impétiginisation

Lésion élémentaire

Macule = plat

Papule = relief, petit

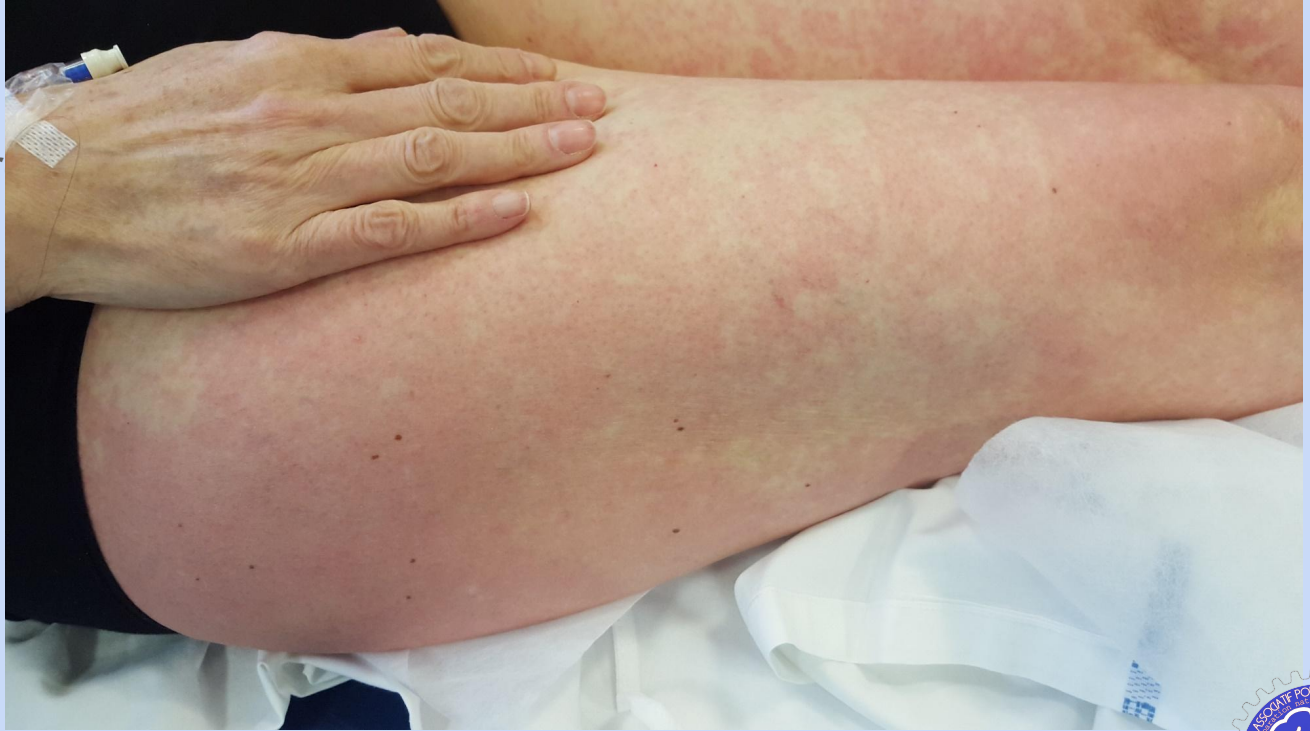
Nodule = relief, gros



Lésion élémentaire

Macule = plat

Nodule = relief, gr



Lésion élémentaire

Macule = plat

Papule

Nodule = relief, gros



Ex.2



Ex.2

- Homme jeune
- Eruption vésiculeuse
- Avec vésicules groupées en bouquets
- Certaines vésicules sont ombiliquées
- Touche plusieurs métamères

⇒ Zona multimétamérique (terrain VIH+) sans signe de surinfection



Lésion élémentaire

Macule = plat

Papule = relief, petit

Nodule = relief, gros

Vésicule = petit, liquide clair

Bulle = gros, liquide clair

Pustule = petit, pus



Lés

Macu

Nodu

Vésic

Pustu



, petit

os, liquide clair

Lésion élémentaire

Macule = plat

Papule = r

Nodule = relief, gros

Vésicule = petit, liquide clair

Bulle

Pustule = petit, pus



Ex.3



Ex.3

- Enfant
- Eruption maculeuse
- Achromique
- À bords nets
- Péri-orificielle : péribuccale
- Respectant la lèvre inférieure

⇒ Vitiligo



Couleur

Erythème => rouge, peau, s'efface à la vitropression

Enanthème => muqueuses

Erythrodermie > 70% SC

Purpura => violet, ne s'efface pas à la vitropression

Achromique = blanc

Hypochromique = beige

Pigmenté





ression

ression

mique = beige

Couleur

Erythème => rouge, peau, s'

Enanthème => muqueuses

Erythrodermie > 70% SC

Purpura => violet, ne s'efface

Achromique = blanc

Pigmenté



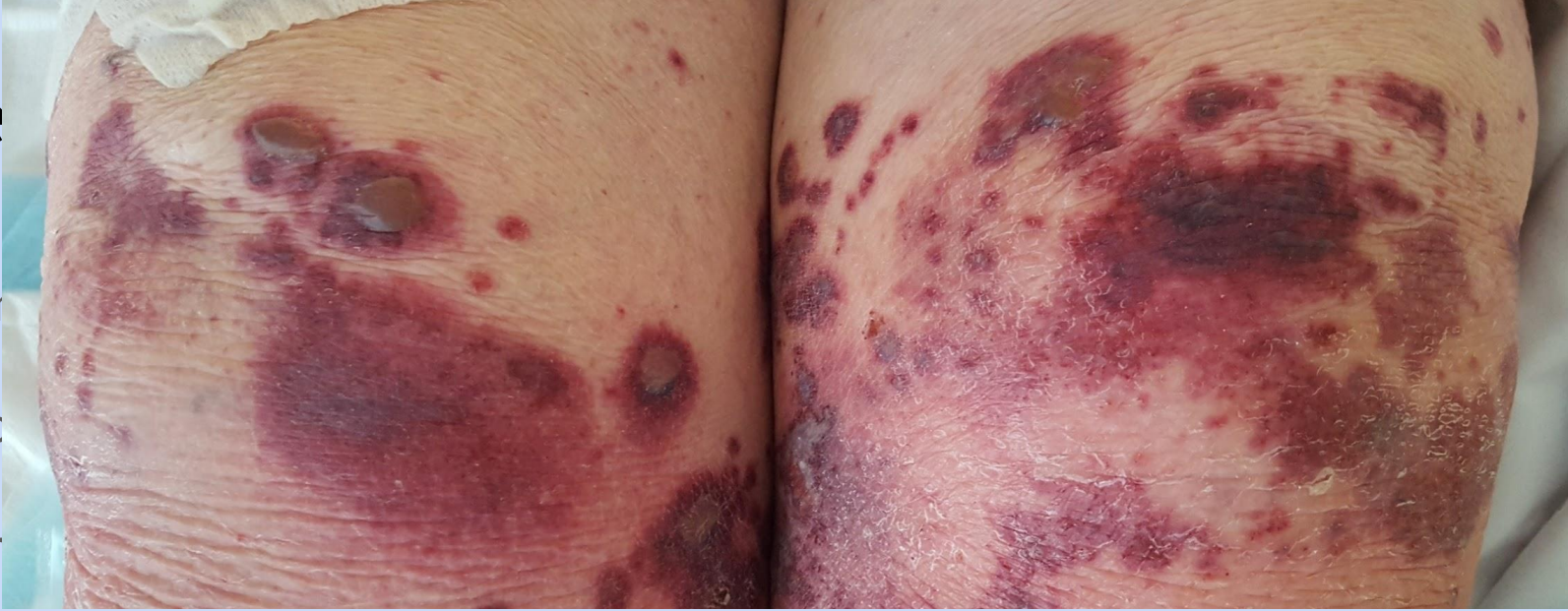
Couleur

Erythème

Enanthème

Erythro-

Purpur-



Achromique = blanc

Hypochromique = beige

Pigmenté

Ex.4



Ex.4

- Patient d'âge mûr
- Eruption papuleuse
- Érythémateuse
- Vernissée (lombaire)
- Avec larges squames adhérentes psoriasiformes
- Atteinte des lombes, des faces d'extension des coudes
- Et des ongles : onycholyse complète



⇒ Psoriasis

Signes épidermiques

Squames pityriasiformes = fines, farine

Squames **psoriasiformes** = épaisses, adhérentes, écailles



Signes épidermiques

Squames pityriasiformes = fines, farine

Squames psoriasiformes = épaisses, adhère



Distribution

Zones particulières

Petits plis

Grands plis

TOUT le tégument : peau, cuir chevelu, ongles, bouche,
OGE

Déshabiller +++



Ex.5



Ex.5

- Patiente âgée
- Eruption bulleuse
- Bulles tendues
- Sur base érythémateuse, papuleuse eczématiforme
- Avec érosions post-bulleuses
- Du tronc et des membres

⇒ Pemphigoïde bulleuse





Point biopsie



Quoi ?

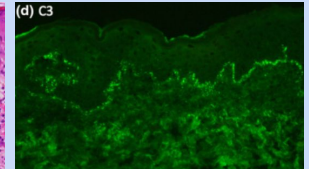
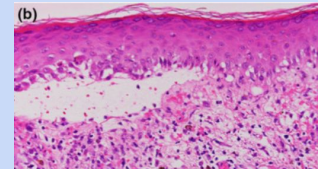
- En général \Rightarrow punch 4 mm
- Nodule profond, livedo, mélanome \Rightarrow biopsie en fuseau
- Lésion récente
- Histo \Rightarrow formol

Et l'IF ?

- Lupus, dermatomyosite, vascularite
- Dermatoses bulleuses auto-immunes
- \Rightarrow compresse sérum phy, liquide de Michel, Canadou

Les bulles

- Histo à cheval sur le décollement, IF en zone non décollée à côté de la bulle





Quoi

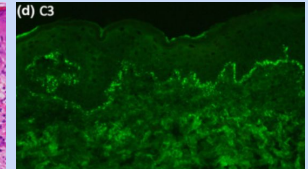
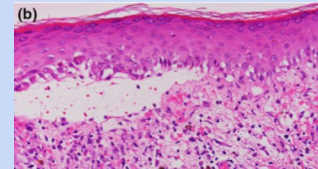
- En
- No
- Lés
- His

Et l'

- Lu
- De
- ⇒

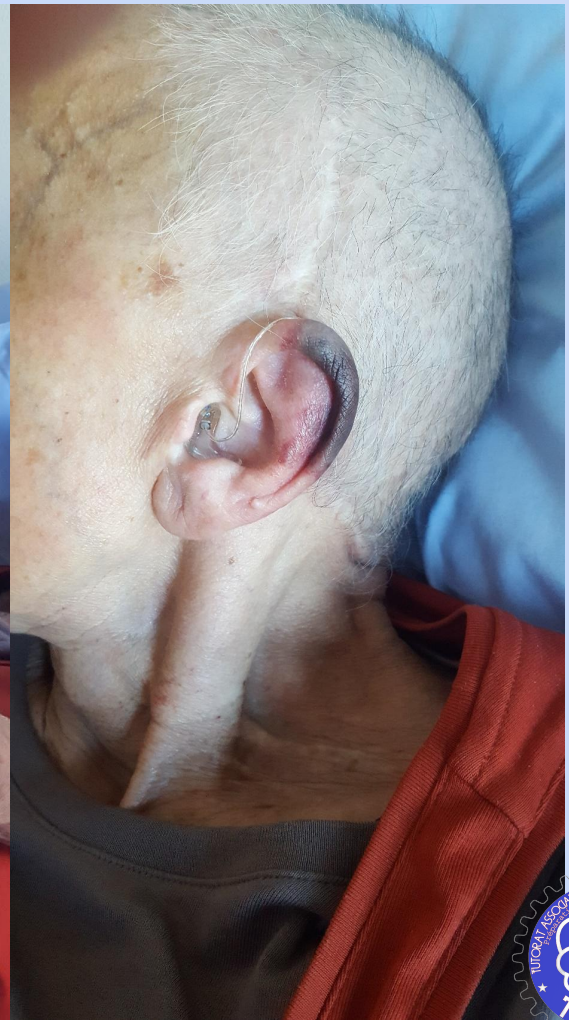
Les b

- His



à côté de la bulle

Ex.6



Ex.6

- Eruption maculeuse
- Violacée
- Disposition : livedo à mailles ouvertes, fixe
- Par endroits nécrotique
- ⇒ Livedo pathologique
- Prédominant aux extrémités

⇒ Vascularite des petits vaisseaux (cryoglobuline)



Livedo pathologique

- Permanent
- Grandes mailles ouvertes = racemosa
- +/- nécrotique



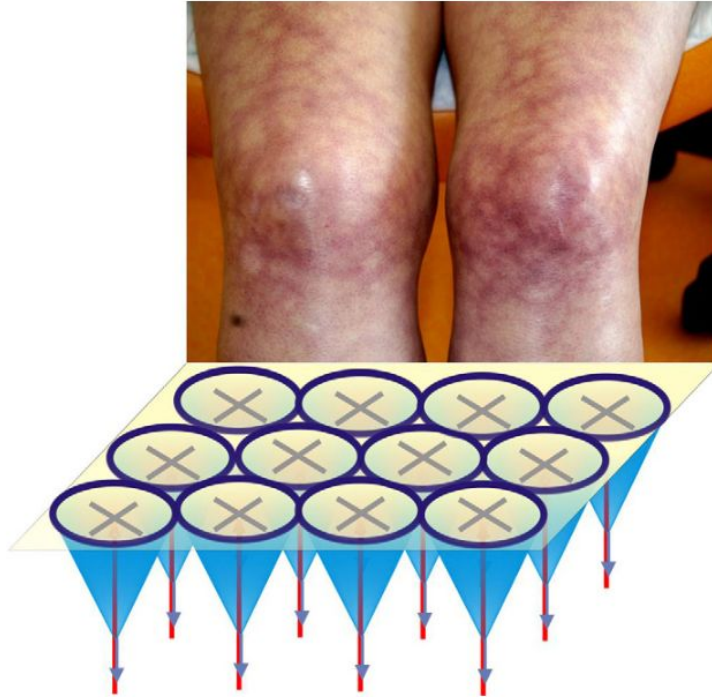


Fig. 3. Livedo vasomoteur.

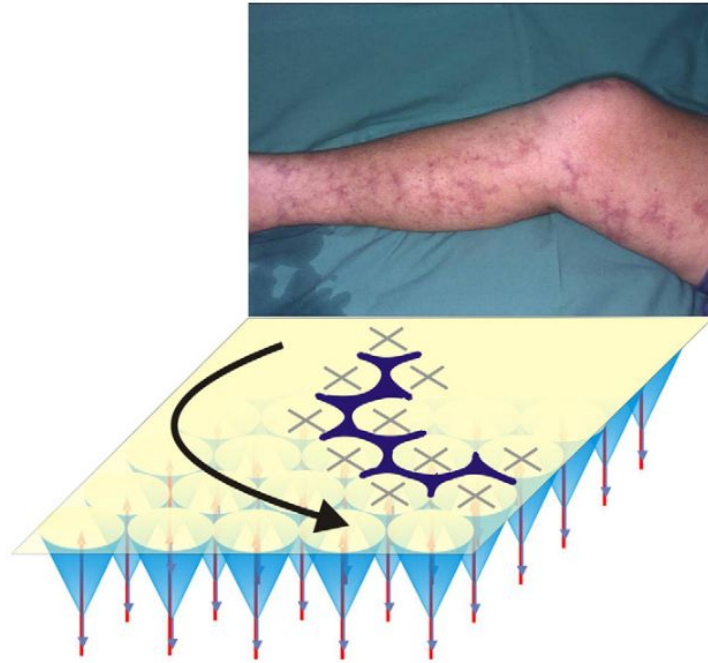


Fig. 4. Livedo racemosa.

Seules certaines unités vasculaires au sein d'un territoire cutané sont atteintes. Les unités vasculaires fonctionnelles adjacentes à une unité atteinte peuvent prendre en charge une partie du drainage de celle-ci. De petites mailles ouvertes

LA question : où biopsier ?



LA question : où biopsier ?



Merci de votre attention !

helene.bugaut@aphp.fr



3. Interprétation d'iconographies dermatologiques

Vous êtes médecin généraliste en zone rurale et recevez la mère du petit Maël (7 ans) en urgence. L'enfant n'est pas présent à la consultation. Depuis 2 mois, il a une plaque sur le cuir chevelu, et perd ses cheveux à cet endroit.

Un prélèvement mycologique sur cheveux réalisé par un pédiatre consulté il y a 1 mois décrit une culture positive à *Dermatophyton mentagrophytes* (dermatophytose zoophile). Le commentaire du mycologue conclut donc à une teigne suppurée.

Vous recevez la mère du patient. Elle vous montre une image de la plaque de Maël.

Vous devez réaliser en 7 minutes :

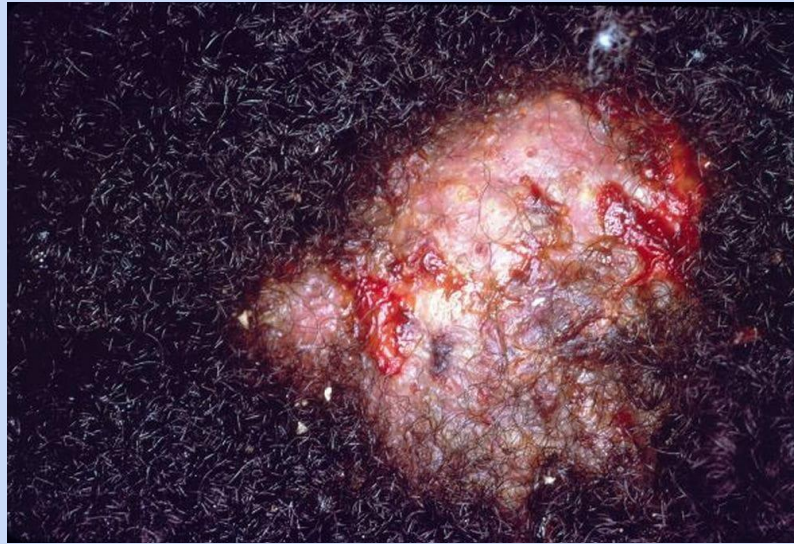
- Décrire l'image de la plaque
- Prescrire le traitement médicamenteux (modalités, durée). La molécule n'est pas demandée.
- Expliquer si Maël peut aller à l'école et quand



3. Interprétation d'iconographies dermatologiques

- Vidéo de l'ECOS (Sébastien Villard) :





1.	Dit qu'il s'agit d'une photographie macroscopique	1 pt	■
2.	Décrit des cheveux bouclés ou crépus	1 pt	■
3.	Décrit une alopecie en plaque	1 pt	■
4.	Décrit un cuir chevelu : sécrétions purulentes et hémorragiques	1 pt	■



5.	Décrit un bords nets	1 pt	<input type="checkbox"/>
6.	Décrit des cheveux à distance d'allure saine	1 pt	<input checked="" type="checkbox"/>
7.	Décrit une absence de squames visibles	1 pt	<input type="checkbox"/>
8.	Prescription du traitement à la fois topique et systémique	1 pt	<input checked="" type="checkbox"/>
9.	Durée du traitement prescrit : environ entre 4 - 6 semaine	1 pt	<input type="checkbox"/>
10.	Éviction scolaire décrit comme nécessaire seulement tant que le traitement n'a pas été débuté (notion de "certificat" prouvant le traitement : non nécessaire pour avoir le point)	1 pt	<input type="checkbox"/>

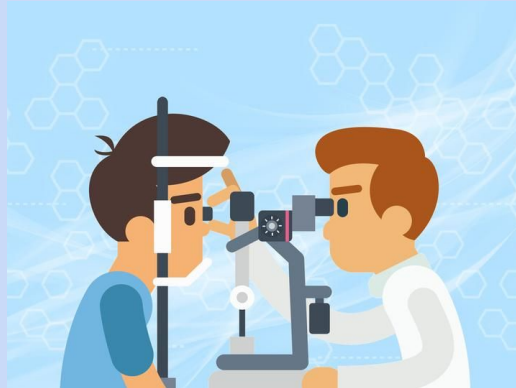
8. APTITUDE À FAIRE LA SYNTHÈSE DES DONNÉES

Performance Insuffisante	Performance Limite	Performance Satisfaisante	Performance Très Satisfaisante	Performance Remarquable
0 point	0,25 point	0,5 point	0,75 point	1 point
N'arrive pas à faire ressortir les éléments nécessaires pour clarifier le problème	Fait ressortir les éléments nécessaires pour clarifier le problème quelquefois sans les justifier	Fait ressortir les éléments nécessaires pour clarifier le problème et justifie son raisonnement	Fait ressortir les éléments positifs et négatifs pour clarifier le problème et justifie son raisonnement	Agit avec assurance et sans erreur

11. APTITUDE À PLANIFIER LES SOINS (= approche centrée sur le patient)

Performance Insuffisante	Performance Limite	Performance Satisfaisante	Performance Très Satisfaisante	Performance Remarquable
0 point	0,25 point	0,5 point	0,75 point	1 point
Le projet des soins ne correspond pas au tableau clinique ou ne prend pas en compte le patient et ses besoins	Le projet des soins est adapté au tableau clinique Omet quelque fois de prendre en compte les capacités / contraintes du patient	Fait participer le patient à la planification de ses soins (<i>ex invite le patient à poser des questions</i>)	Favorise la prise de décision en partenariat avec le patient.	Favorise la prise de décision en partenariat avec le patient. Renforce la confiance du patient et son autonomie

4. Interprétation d'iconographies ophtalmologiques



4. Interprétation d'iconographies ophtalmologiques

Sujet de l'ECOS (Alexandre Bourdin et Rafik Serour) :

Vous êtes interne en ophtalmologie aux urgences et recevez Mme JVOIPLU, 81 ans, qui consulte pour un trouble de la vision depuis le matin même.

Votre patiente n'a pas d'antécédent particulier et ne prend aucun traitement. Elle dit être fatiguée depuis quelques semaines et parle de douleurs à la mâchoire lors des repas.

La patiente a été prise en charge par un orthoptiste qui vous montre ses examens.



4. Interprétation d'iconographies ophtalmologiques

Vidéo de l'ECOS (Sébastien Villard) :



4. Interprétation d'iconographies ophtalmologiques

Examen ophtalmologique : systématique

- Interrogatoire : douleur, BAV, myodésopsies, métamorphopsies, héméralopie, anomalie du champ visuel, scotome, diplopie, antécédents...
- Acuité visuelle corrigée
- Examen à la lampe à fente (LAF) :
 - Paupière, conjonctive
 - Segment antérieur : cornée, chambre antérieure, iris, cristallin
 - Fond d'œil : après dilatation
- Tonus oculaire (PIO)
- +/- gonioscopie, OCT, Champ visuel, vision des couleurs, angiographie, ERG..



4. Interprétation d'iconographies ophtalmologiques

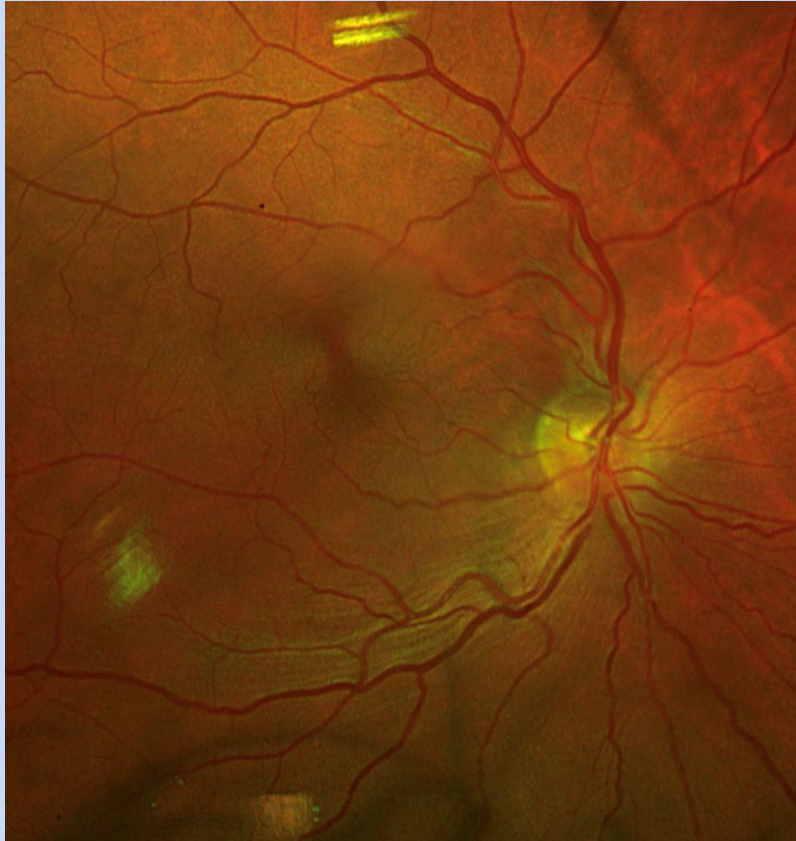


Ici, peu d'informations disponibles sur l'examen du segment antérieur :

- Œil blanc, pupilles symétriques, pas de ptosis

Aptitudes cliniques			
1.	L'étudiant indique que l'œil est blanc	1 pt	<input type="checkbox"/>

4. Interprétation d'iconographies ophtalmologiques

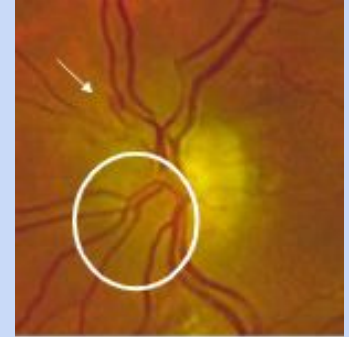


4. Interprétation d'iconographies ophtalmologiques

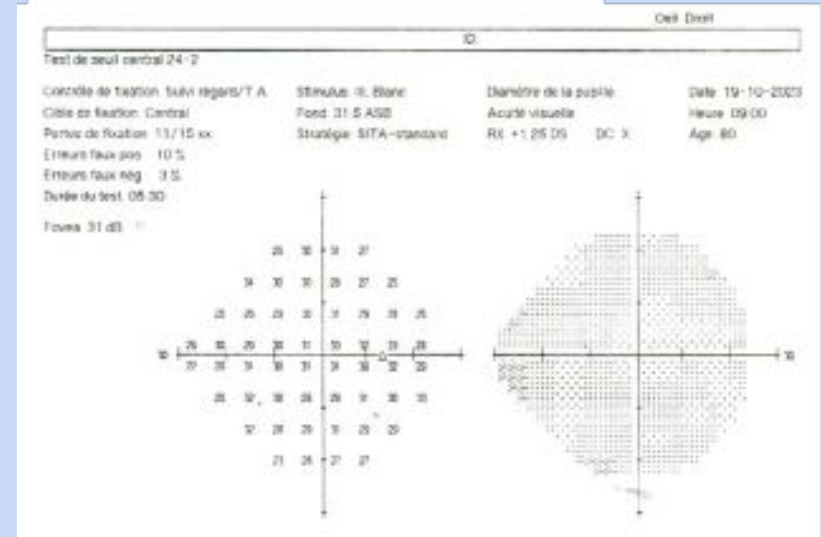
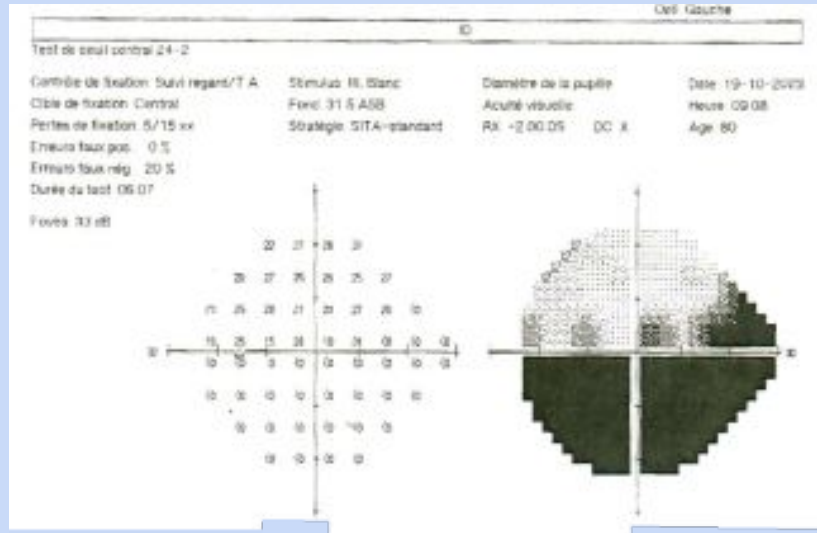
FO vraiment pas évident (mais véridique...) :

- Rétinographe grand champ (donc couleurs peu naturelles et artéfacts)
- Normal à droite
- A gauche :
 - Papille un peu flou, on ne peut pas limiter vraiment les bords = œdème papillaire
 - 2 petites hémorragies en flammèches en supérieur

8.	L'étudiant indique que fond d'œil est normal au niveau de l'œil droit	1 pt	<input type="checkbox"/>
9.	L'étudiant indique qu'il existe un œdème papillaire au niveau de l'œil gauche	1 pt	<input type="checkbox"/>
10.	L'étudiant indique la présence d'une hémorragie péri-papillaire supérieure de l'œil gauche	1 pt	<input type="checkbox"/>



4. Interprétation d'iconographies ophtalmologiques

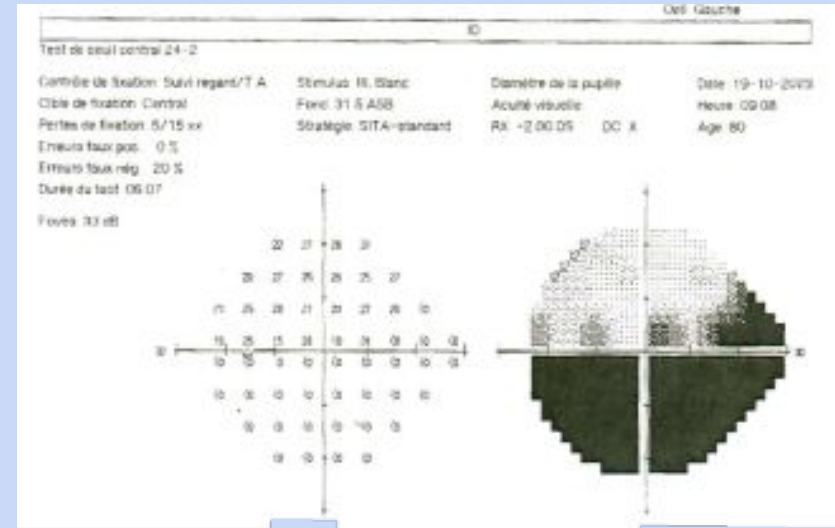


Champ visuel automatisé (de Humphrey = une marque parmi d'autres)

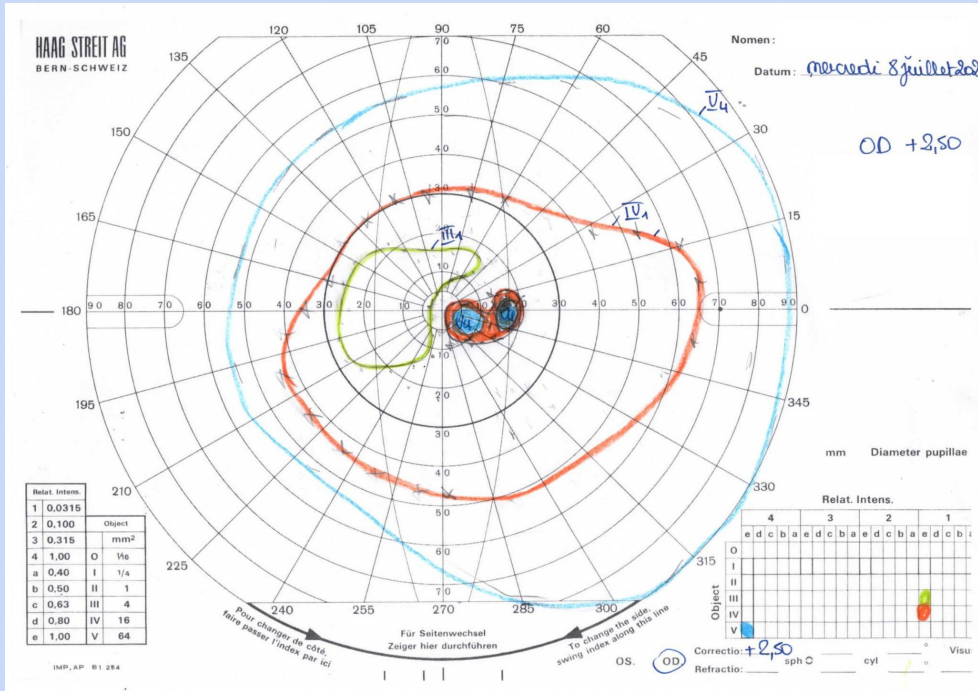
- Examen de la vision périphérique, contrairement à l'acuité visuelle
- Mesure de la sensibilité de la rétine à la lumière (dB), 0 = déficit complet
- Ici déficit altitudinal inférieur de l'œil gauche, le droit est normal

4. Interprétation d'iconographies ophtalmologiques

2.	L'étudiant nomme l'examen champ visuel automatisé ou de Humphrey	1 pt	<input type="checkbox"/>
3.	L'étudiant évoque un déficit du champ visuel de l' oeil gauche	1 pt	<input type="checkbox"/>
4.	L'étudiant évoque un déficit fasciculaire ou altitudinal	1 pt	<input type="checkbox"/>



4. Interprétation d'iconographies ophtalmologiques



Ne pas confondre avec le CV cinétique (de Goldman)

(Ici un déficit paracentral chez un autre patient)

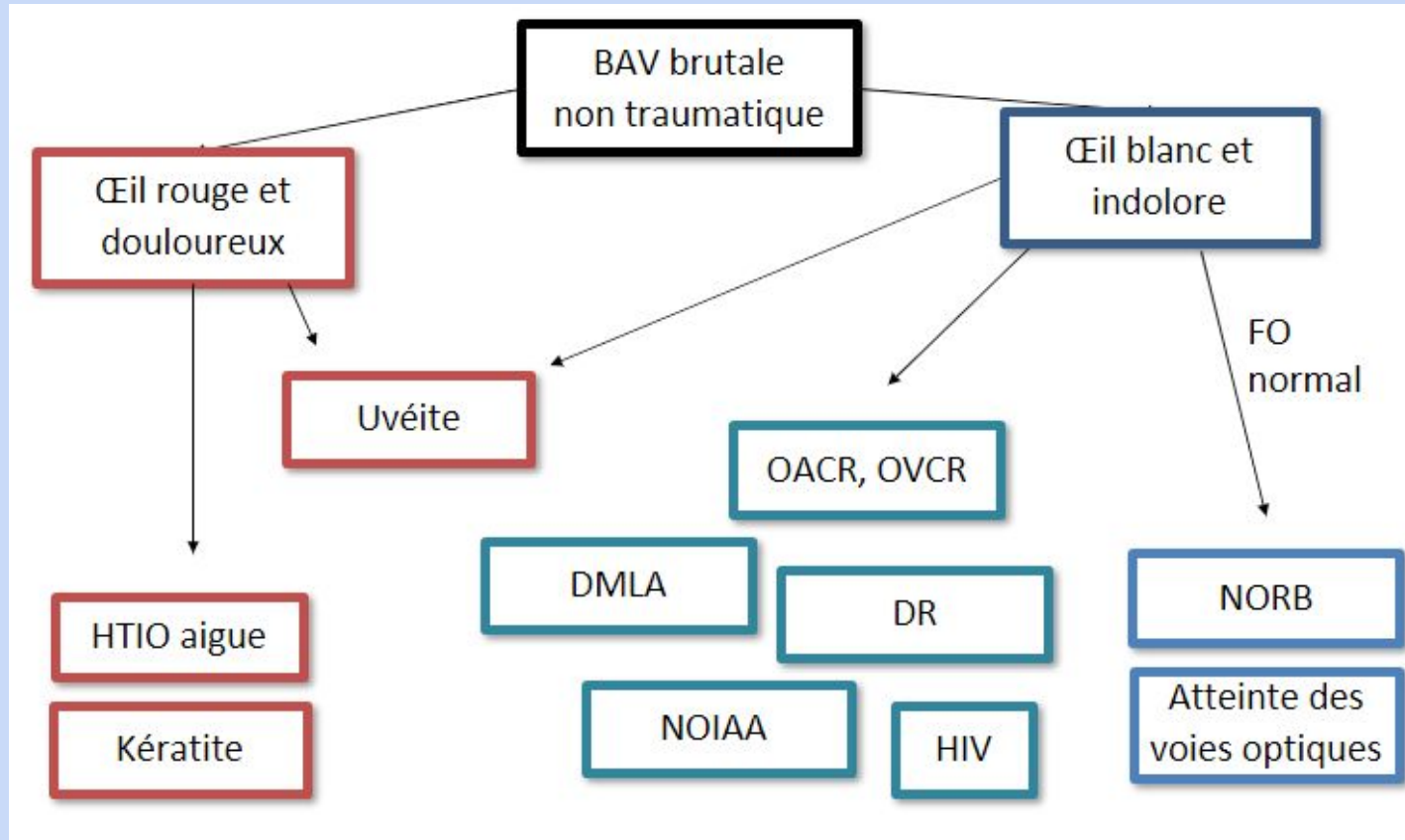
4. Interprétation d'iconographies ophtalmologiques

Synthèse :

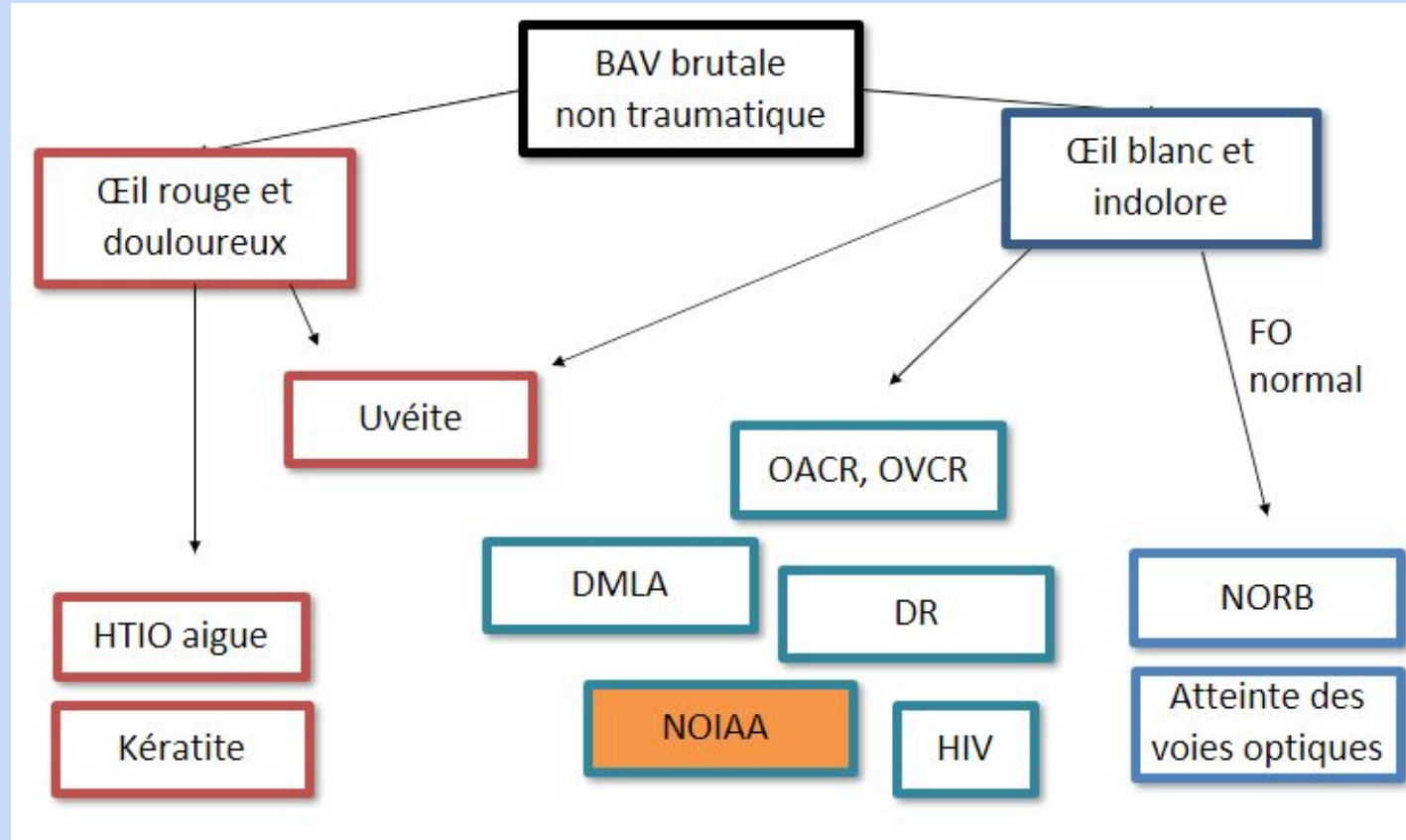
- Œil blanc et indolore
- BAV brutal récente unilatérale
- Déficit altitudinal inférieur
- Œdème papillaire avec hémorragie
- Patiente de > 50 ans avec AEG et douleurs à la mastication



4. Interprétation d'iconographies ophtalmologiques



4. Interprétation d'iconographies ophtalmologiques



Acuité visuelle :

- OD 10/10 P2
- OG 5/10 P10

- OD 15 mmHg
- OG 14 mmHg

5.	L'étudiant conclut que l'acuité visuelle est normale à droite et diminuée à gauche de loin (échelle de monoyer).	1 pt	<input type="checkbox"/>
6.	L'étudiant conclut que l'acuité visuelle est normale à droite et diminuée à gauche de près (échelle de parinaud).	1 pt	<input type="checkbox"/>
7.	L'étudiant conclut que la tension intra-oculaire est normale aux 2 yeux.	1 pt	<input type="checkbox"/>



4. Interprétation d'iconographies ophtalmologiques

- Œil blanc et indolore
- BAV brutal récente unilatérale
- Déficit altitudinal inférieur
- Œdème papillaire avec hémorragie
- Patiente de > 50 ans avec AEG et douleurs a la mastication

Diagnostic ophtalmologique : neuropathie optique ischémique antérieure aigue (NOIAA). Deux étiologies :

- Non artéritique : facteurs de risques cardiovasculaires
- Artéritique : artérite a cellule géantes (Horton) = suspect ici ++

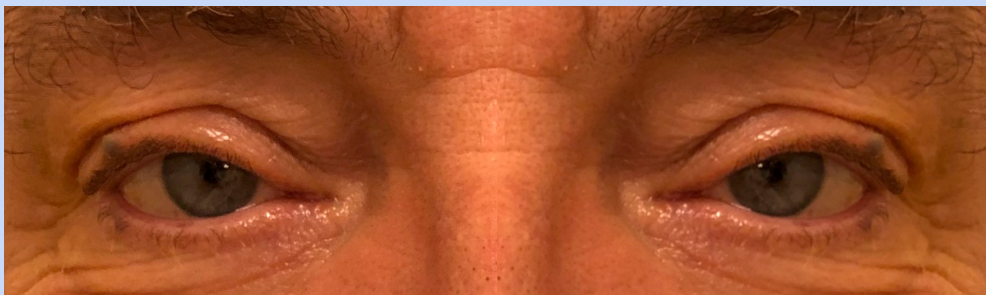


4. Interprétation d'iconographies ophtalmologiques

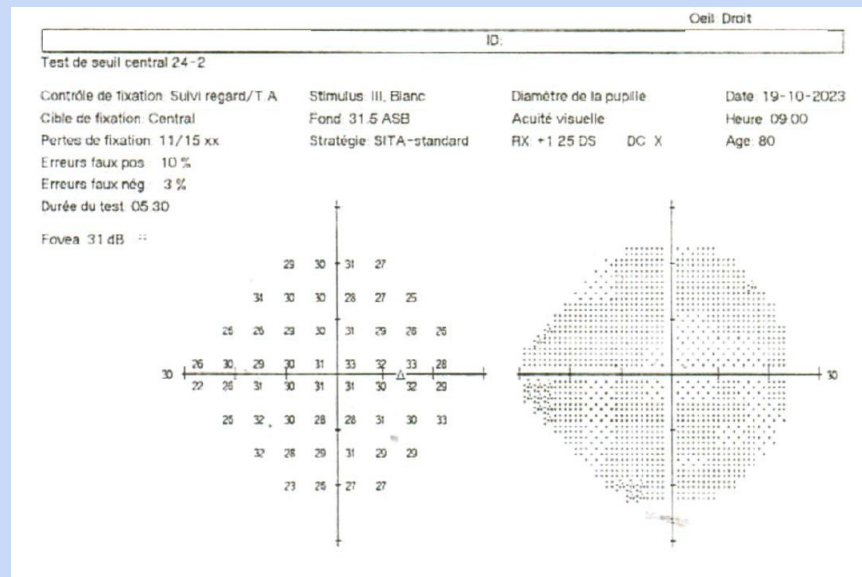
NOIA

- 1ère cause : non artéritique (terrain cardiovasculaire)
- NOIA artéritique (ACG/Horton) = à éliminer en urgence !
- Diagnostic clinique :
 - BAV unilatérale brutale et indolore, +/- précédée d'amauroses fugaces
 - AV PL à 10/10
- FO : OP total ou sectoriel, pâle
- Angiographie : utile pour voir l'ischémie choroïdienne associée à l'ACG
- CV : déficit fasciculaire ou altitudinal
- Rechercher des signes systémiques de l'ACG + VS/CRP
- Traitements :
 - ACG : Bolus de méthylprednisolone
 - Non artéritique : aucun





1.	L'étudiant indique que l'oeil est blanc	1 pt	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	L'étudiant nomme l'examen champ visuel automatisé ou de Humphrey	1 pt	<input type="checkbox"/>
3.	L'étudiant évoque un déficit du champ visuel de l'oeil gauche	1 pt	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	L'étudiant évoque un déficit fasciculaire ou altitudinal	1 pt	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	L'étudiant conclut que l'acuité visuelle est normale à droite et diminuée à gauche de loin (échelle de monoyer).	1 pt	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	L'étudiant conclut que l'acuité visuelle est normale à droite et diminuée à gauche de près (échelle de parinaud).	1 pt	<input checked="" type="checkbox"/>





7.	L'étudiant conclut que la tension intra-oculaire est normale aux 2 yeux.	1 pt	<input type="checkbox"/>
8.	L'étudiant indique que fond d'oeil est normal au niveau de l'oeil droit	1 pt	<input type="checkbox"/>
9.	L'étudiant indique qu'il existe un oedème papillaire au niveau de l'oeil gauche	1 pt	<input type="checkbox"/>
10.	L'étudiant indique la présence d'une hémorragie péri-papillaire supérieure de l'oeil gauche	1 pt	<input type="checkbox"/>
11.	L'étudiant évoque le diagnostic de neuropathie optique ischémique antérieure aiguë de l'oeil gauche	1 pt	<input type="checkbox"/>
12.	L'étudiant évoque le diagnostic de maladie de Horton	1 pt	<input type="checkbox"/>

8. APTITUDE À FAIRE LA SYNTHÈSE DES DONNÉES

Performance Insuffisante	Performance Limite	Performance Satisfaisante	Performance Très Satisfaisante	Performance Remarquable
0 point	0,25 point	0,5 point	0,75 point	1 point
N'arrive pas à faire ressortir les éléments nécessaires pour clarifier le problème	Fait ressortir les éléments nécessaires pour clarifier le problème quelquefois sans les justifier	Fait ressortir les éléments nécessaires pour clarifier le problème et justifie son raisonnement	Fait ressortir les éléments positifs et négatifs pour clarifier le problème et justifie son raisonnement	Agit avec assurance et sans erreur

6. COMMUNICATION AVEC LES PAIRS (clarté de communication)

Performance Insuffisante	Performance Limite	Performance Satisfaisante	Performance Très Satisfaisante	Performance Remarquable
0 point	0,25 point	0,5 point	0,75 point	1 point
Est incapable de communiquer le message	Est capable de communiquer les principaux messages, n'arrive pas à les justifier	Est capable de communiquer les principaux messages et justifie son raisonnement	Communique les informations pertinentes et les justifie. Ne s'attarde pas à de l'information inutile	Relie les informations provenant des domaines différents faisant preuve d'une maîtrise du sujet

BON COURAGE pour vos révisions !!

Croyez en vous !

Nous serons toujours là pour vous 😊

RDV le 03/02 à 11H : Conf #5



Avec l'aimable participation des enseignants du **CERF** :

- Pr. Cyteval (PUPH, Montpellier),
- Pr. Wagner (PUPH, Paris),
- Dr. de Margerie (MCU-PH, Paris),
- Dr. Dioguardi Burgio (MCU-PH, Paris)