

G.E.L.

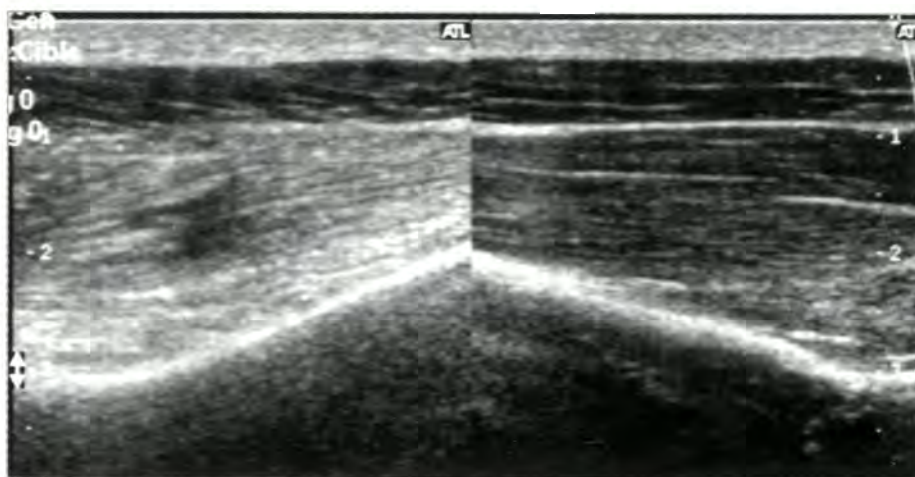


GRUPE DES ÉCHOGRAPHISTES  
DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

# GEL-CONTACT

*Le Journal du GEL*

*n° 7. Janvier 2001*



muscle supra-épineux (syndrome de Parsonage et Turner)

## EDITORIAL

### Conseil d'administration du GEL

#### Jean-Louis Brasseur

Cabinet de radiologie.  
33, rue Paul Bert. 93370.  
Montfermeil. France.  
Tél : 01 43 30 50 40,  
Fax : 01 43 30 24 69

#### Eric Lefebvre

Centre d'imagerie.  
45, avenue du Pt Roosevelt  
41106. Vendôme. France  
Tél : 02 54 73 54 54 ,  
Fax : 02 54 73 54 50

#### Maryse Moinard

CHU Pellegrin ,  
Sec de radiologie. Pr Diard  
Place Amélie Raba Léon.  
33076. Bordeaux Cedex. France.  
Tél : 05 56 79 56 05  
Fax : 05 56 79 60 14

#### Denis Montagnon

Clin. mut. de la Digonnière.  
60, rue Robespierre.  
42030. St Etienne Cedex. France.  
Tél : 04 77 42 10 42,  
Fax : 04 77 42 11 99

#### Gérard Morvan

Cabinet d'imagerie  
de l'appareil moteur.  
5, rue A. Bruneau.  
75016. Paris. France  
Tél : 01 45 24 35 60,  
Fax : 01 45 24 68 11

#### Philippe Peetrons

Service de radiologie.  
Centre Hospitalier Molière.  
142, rue Marconi. 1190.  
Bruxelles. Belgique.  
Tél : 00 32 23 48 54 71,  
Fax : 00 32 23 48 54 72

#### Bruno Singer

Centre d'imagerie.  
42, rue de Rubecque.  
59190. Hazebrouck. France.  
Tél : 03 28 48 66 52 ,  
Fax : 03 28 41 30 90

#### Thierry Tavernier

Service de radiologie.  
Clinique de la Sauvegarde  
Avenue Ben Gourion.  
69261. Lyon Cedex 09. France.  
Tél : 04 78 35 16 16 ,  
Fax : 04 78 43 81 61

#### Bruno Vandenberg

Service d'imagerie.  
UCL St Luc, avenue Hippocrate.  
1200 Bruxelles. Belgique.  
Tél : 00 32 27 64 29 52 ,  
Fax : 00 32 27 70 55 74

Cher gélatineuses, cher gélatineux,

Un grand pas vient d'être franchi à l'aube de la quatrième année d'existence de notre groupe : la création du **site Internet**

**gelonline.org**

Le site a été développé par Philippe Peetrons et Michel Cohen, qui l'ont voulu le plus accessible possible pour que même les gélatineux surfeurs débutants ne soient pas déroutés.

Le but du bureau du **GEL** en ouvrant ce site n'est pas d'être à la mode ou de faire comme tout le monde, mais de se donner une dimension nouvelle.

En effet, la convivialité qui a toujours été le ciment de notre groupe pourra certainement mieux s'exprimer par cette voie que par les rares courriers auxquels on met toujours trop de temps à répondre. Les demandes de renseignements sur une image difficile seront plus faciles. Les liens possibles avec d'autres sociétés possédant les mêmes buts ne peuvent qu'être enrichissants. Les contraintes de secrétariat pour les inscriptions aux congrès, les payements, les propositions de communications seront allégées et nous permettront, je l'espère, de nous passer d'une secrétaire, ce qui entraînerait des contraintes financières importantes.

Ce site a un rôle différent du *GEL CONTACT* dont la parution semestrielle reste inchangée, car l'expérience montre que le "support papier" est incontournable et qu'il est plus facile d'étudier (voire de découper) certaines pages que de les découvrir (et souvent de les imprimer dans un second temps) sur le net.

Le passage à l'Euro devrait également faciliter la vie du groupe et permettre aux adhérents habitant hors de l'hexagone de s'acquitter plus facilement de leur cotisation. Il ne faut pas oublier que la France doit être l'un des seuls pays au monde où un paiement s'effectue en mettant un chèque dans une enveloppe...

Bien sûr cela nécessitera de modifier quelques habitudes et peut-être occasionnera quelques problèmes d'allumage, mais ne dit-on pas que l'intelligence est la capacité d'adaptation ?

C'est pourquoi, allons sur le site, utilisons le au maximum, transmettons notre adresse Internet, bref prenons le bon virage..

Autre nouveauté, pour la première fois le **GEL** est co-organisateur d'un congrès se déroulant en dehors de l'Europe. Cette responsabilité nous honore et nous ferons tout, avec nos collègues du GETROA, pour représenter au mieux l'imagerie européenne, mais aussi être à l'écoute et apprendre, car l'échographie de l'appareil locomoteur brésilienne n'a rien à nous envier. Ce sera par ailleurs une superbe occasion de se retrouver car le programme (congrès et post-congrès) mis sur pieds par Gérard Morvan et Xavier Stump est vraiment attirant.

A bientôt donc sur le net... ou au Brésil....

**Jean Louis Brasseur**

## REUNIONS, CONGRES en relation avec l'échographie de l'Appareil Moteur

en grisé, les réunions organisées par le GEL, ou dans lesquelles le GEL est directement partie prenante.

### 25-27 Janvier 2001:

#### 65èmes Journées d'échographie de St Antoine

Inscription: L. Arrivé, Hôpital Saint Antoine. Service d'imagerie d'imagerie. 184, rue du Fg St Antoine. 75571 Paris. Cedex 12

Tel : 01 49 28 22 58, Fax : 01 49 28 22 59

E Mail : lionel.arrive@sat.ap-hop-paris.fr

### 26-27 Janvier 2001:

#### Mise au point en imagerie ostéo-articulaire

A Cotten et J Malghem

Lieu: Faculté de médecine de Lille. Pôle recherche Hôpital Claude Huriez.

Inscription : Pr Anne Cotten, Service d'imagerie ostéoarticulaire, Hopital Roger Salengro CHRU Lille, bd du général Leclerc, 59037, Lille Cedex.

Tel 03 20 44 64 41, Fax : 03 20 44 61 35

E Mail: acotten@chru-lille.fr

### 5 Février 2001

#### Echographie de l'appareil locomoteur

JL Brasseur

Soirée de la Société Française de Radiologie, délégation Ile -de France

Lieu: faculté de Médecine Paris-Sud MPHI A, Hôpital de Bicêtre, 78 avenue du général Leclerc, 94275, Le Kremlin Bicêtre.

### 22-23 Fevrier 2001

2001 Odyssée de l'imagerie ostéo-articulaire. 21ème Séminaire de Radiologie Ostéo-articulaire de l'hôpital Cochin.

A Chevrot

Lieu : Amphithéâtre Florent Coste, Inscription : S Contoux, service de radiologie B, hôpital Cochin, 27 rue du Fg St Jacques, 7569, Paris Cedex 14.

Tel 01 58 41 24 87, Fax 01 58 41 24 55

### 2-6 Mars 2001

ECR Congrès Européen de Radiologie, Vienne.

Neutorgasse, 9/2a, AT-1010, Vienne, Autriche.

Tel + 43 1 533 40 64 Fax + 43 1 533 40 649

### 15-17 Mars 2001

#### 9ème Savoir Faire en Radiologie Ostéo-Articulaire de l'Hôpital Lariboisière

Lieu: Espace St Martin Paris ( près de Beaubourg )

Inscription : Hôpital Lariboisière, Service de Radiologie Ostéo-Articulaire, Secrétariat du Pr. Laredo 2 rue Ambroise Paré, 75475 Paris Cedex 10

Tel : 01 49 95 61 78, Fax : 01 49 95 86 99

### 22-23 Mars 2001

#### 9th Skeletal Radiology Refresher Course

British Society of Skeletal Radiology.

Lieu : G Mex Seminar center, Manchester, UK.

Inscription : Creative Conference

Tel : 0161 795 7311, Fax : 0161 795 7388

### 31 Mars 2001

Sport et Appareil Locomoteur. 12ème Journée de Bichat. T Boyer

Lieu : Faculté Xavier Bichat, 16 rue Henri Huchard 75018, Paris.

Inscription : C Bensimon, service de rhumatologie, Pr Meyer, Hôpital Bichat, 46 rue Henri Huchard, 75018, Paris.

### 31 Mars- 1 Avril 2001

Journée de FMC consacrée à l'échographie de l'appareil locomoteur

Organisateur : JM Bourgeois, Faculté de Médecine de Nîmes.

Inscription : C Ardailler

Tel : 04 66 68 04 83, E Mail c.ardailler@ultrason.com

### 5-7 Avril 2001

#### Journées du rachis de Paris

Organisées par les services d'orthopédie de Beaujon-Pitié-Salpêtrière

Lieu: Palais des Congrès Porte Maillot Paris

Inscription : Colloquium, 12 rue de la Croix-Faubin, 75011 Paris.

### 6-7 Avril 2001

#### 12ème Congrès national de Traumatologie du sport

Lieu: Aix en Provence Centre des Congrès

Inscription : MCO Congrès, 27 rue du Four à Chaux, 13007, Marseille.

Tel 04 95 09 38 00, Fax : 04 95 09 38 01

E Mail mcocongres@aix.pacwan.net

### Samedi 3 Mars 2001

#### 7ème Ateliers du GEL

#### BAYONNE

Organisation : P Casenave

avec JL Brasseur, A Cotten, M Moinard, P Peetrons...

#### Echographie pratique

#### du COUDE, POIGNET et de la MAIN

Lieu: Place de Sokoburu, Salle Antoine d'Abadie, Hendaye

Renseignements et Inscription : ABIM-CIMPB, rue du 21 Juin 1940, 64100 BAYONNE

Tel : 05 59 52 47 47 Fax : 05 59 63 67 87

Email : [sacimpb@wanadoo.fr](mailto:sacimpb@wanadoo.fr)

Nombre de places limitées à 80.

**21 Avril 2001**

**XIème Journée médicale nationale de Médecine et Traumatologie du Tennis**

Renseignements : Monaco Top Voyages, 2 chemin du Tenao, MC, 98000, Monaco.

Tel : 00 377 97 97 79 90, Fax : 00 377 97 97 79 99

**17-19 Mai 2001**

Congrès de la SFAUMB

Lieu : Toulouse

Renseignements : CHU de Bordeaux, Pr Grenier, Place Amélie Raba Léon, 33076, Bordeaux Cedex;

Tel : 05 56 79 55 99 Fax : 05 56 79 56 39

**24-26 Mai 2001**

**6èmes Journées Nationales de la Société Française de Rhumatologie**

Lieu : Brest

Rens : CHU de la Cavale Blanche, service de Rhumatologie, 29609, Brest Cedex.

Tel : 02 98 34 72 67 Fax : 02 98 34 36 27

**8-9 Juin 2001**

**Journées du GETROA : Imagerie du Poignet et de la Main**

Lieu : Palais des Congrès Porte Maillot Paris

Inscription : M Béchaire, GETROA, Hôpital Lariboisière service de Radiologie Ostéo-Articulaire, 2 rue Ambroise Paré, 75475 Paris Cedex 10 ou après début février, 80, avenue Félix Faure, 75015, Paris.

Tel 01 49 95 61 80, Fax : 01 49 95 86 99

Tous les renseignements sur le site du GETROA: [getroa.org](http://getroa.org)

**23 Juin 2001**

**7ème Journée de Traumatologie de la Pitié-Salpêtrière Epaule et Ceinture scapulaire**

Lieu : Centre Chaillot-Galliera 28 av Georges V 75008 Paris

Inscription : M Ares, hôpital Pitié-Salpêtrière, service d'orthopédie du Pr. Saillant, 83 bd de l'Hôpital, 75013 Paris.

Tel : 01 42 17 70 96, Fax : 01 42 17 77 15

**30 Juin 2001**

Atelier du GEL à Tunis organisé par le Pr. LADEB (+ programme pré ou post congrès éventuel).

Adresse et renseignements : F. LADEB : Institut National d'Orthopédie MT, KASSAB 2010 KSAR SAID (10 Km de Tunis).

TEL + 216 1 520 362.

**19-22 Septembre 2001**

Congrès panarabe de Rhumatologie et d'échographie (avec la participation du GEL)

Lieu : Damas Syrie

Renseignements : A Djoukhadar

E Mail : [djoukhadar-a@net.sy](mailto:djoukhadar-a@net.sy)

**20-22 Septembre 2001**

**9ème Savoir Faire en Radiologie Ostéo-Articulaire de l'Hôpital Lariboisière**

Lieu: Espace St Martin Paris ( près de Beaubourg )

Inscriptions : Service de Radiologie Ostéo-Articulaire Secrétariat du Pr. Laredo, 2 rue Ambroise Paré, 75475 Paris Cedex 10.

Tel : 01 49 95 61 78, Fax : 01 49 95 86 99

**20-24 Octobre 2001**

Journées Françaises de Radiologie

(avec la participation du GEL)

Lieu : Palais des Congrès Porte Maillot Paris

Inscription: SFR, 20 av Rapp, 75343 Paris Cedex 7

Tel : 01 53 59 59 69 Fax : 01 53 59 59 60

**10 Novembre 2001**

**19ème Journée de Traumatologie du Sport de la Pitié-Salpêtrière : Tendinopathies et bursopathies des membres inférieurs.**

Lieu : Maison de la Chimie, 28 rue St Dominique 75007 Paris

Inscription : Hôpital de la Salpêtrière, service de Rééducation, Mme Deschamps, 47 bd de l'Hôpital, 75651, Paris 13.

Tel : 01 42 16 11 09 Fax : 01 42 16 11 48

**11-14 Décembre 2001**

13ème Congrès de la EFSUMB ( soc européenne d'ultrasons )

Lieu : Edinburg, Ecosse

Renseignements : BMUS 36 Portland place, WIN 3DG London UK

E Mail : [euroson@bmus.org](mailto:euroson@bmus.org)

**CONGRES COMMUN GEL – GETROA -  
SOCIETE BRESILIENNE DE RADIOLOGIE  
SAO PAULO, BRÉSIL.**

Responsables : G Morvan (France), X Stump (Brésil)

Ce congrès s'annonce exceptionnel par la destination, la pluridisciplinarité, la mise en parallèle de techniques différentes, la qualité des intervenants, la rencontre de nos amis brésiliens, particulièrement en pointe dans le domaine de l'échographie de l'appareil moteur, et les conditions matérielles particulièrement intéressantes.

**Renseignements : site Internet du GEL: [gelonline.org](http://gelonline.org), et secrétariat du GEL.**

Le programme scientifique figure ci-dessous, le programme touristique peut être consulté sur le site du GETROA ([getroa.org](http://getroa.org)) auquel on peut accéder directement ou par le biais du site du gel : [gelonline.org](http://gelonline.org)

**Pré-programme du  
Congrès Commun  
GETROA GEL  
Société Paulistaine  
de Radiologie  
Sao Paulo  
11 au 22 Avril 2001**

Les noms des orateurs, les intitulés des communications et les horaires des communications sont encore sous réserves et susceptibles de modifications

Certaines communications libres ne figurent pas encore.

**Vendredi 13 avril SALLE A**

**Introduction : 15' : 8h30/8h45**

Renato Adam Mendonça, président GERME, Jean Jacques Railhac Jean Louis Brasseur Xavier Stump, Gérard Morvan

**8h 45**

**RACHIS DYNAMIQUE**

*directeurs : Artur RC Fernandes, Pierre Guigui, Gérard Morvan, Alain Chevrot.*

**1<sup>ère</sup> partie : anatomie statique et dynamique:**

8h 45 (20mn + 5 mn discussion)

Anatomie statique et dynamique, moyens d'union intervertébraux, notion de segment vertébral mobile, moteurs musculaires.  
COTTEN A (Lille, France)

9h 10 (15mn + 5 mn discussion)

Dynamique normale du rachis.  
GUIGUI P (Paris, France)

9h30 (10mn + 5 mn discussion)

Les clichés dynamiques du rachis.  
DOSCH JC (Strasbourg, France)

9h45 (10mn + 5 mn discussion)

Face à l'IRM et au Scanner la sacco-radiculographie a-t-elle encore une place ?  
VALLEE C (Paris, France)

VALLEE C (Paris, France)

**Pause : 10h/10h 30**

**2<sup>ème</sup> partie : instabilité**

10h30 (15mn + 5 mn discussion)

Imagerie de l'instabilité.  
MORVAN G (Paris, France)

10h45 (6mn + 2 mn discussion)

Evolution naturelle de l'instabilité rachidienne en fonction du temps.  
NATOUR J (Brésil)

10h53 (8mn + 2 mn discussion)

Instabilité post-traumatique du rachis.  
DOSCH JC (Strasbourg, France)

11h03 (6mn+1 mn discussion)

Gaz et liquides intra-discaux et intra-articulaires dans l'instabilité. Aspect TDM et IRM.  
CHEVROT A, MORVAN G (Paris, France)

11h10 (15mn+5 mn discussion)

Thérapeutique de l'instabilité. Les différentes arthroèses plus ou moins souples.  
GUIGUI P (Paris, France)

11h30 (8mn+2 mn discussion)

Aspect dynamique du spondylolisthésis par lyse isthmique.  
GOUTALLIER D (Paris, France)

11h40 (15mn+5 mn discussion)

Imagerie de instabilité post-opératoire.  
MORVAN G (Paris, France)

12h (10mn+5 mn discussion)

IRM dynamique du rachis cervical dans les PR.  
CHEVROT A (Paris, France)

12h 15 (10mn+5 mn discussion)

Acquisition monobloc en scanner multibarrettes.  
BLUM A et coll (Nancy, France)

**12 h 30**

Pause

**14h**

**RADIOLOGIE  
INTERVENTIONNELLE**

*directeurs : Abdalla Y Skaf, Christian Vallée*

**1<sup>ère</sup> partie : 14h/15h 30 :  
Tumeurs et pseudo-tumeurs,  
technique.**

14h (8mn)

Traitement percutané des ostéomes ostéoïdes (ablation à la tréphine, destruction par le froid, la chaleur, des produits chimiques, autres...). Etat de l'art. Proposition en fonction des localisations.  
RAILHAC JJ et coll (Toulouse, France)

14h 08 (8mn)

Ostéolyses malignes du bassin. Injection intra-lésionnelle de ciment ou d'alcool.  
COTTEN A et coll (Lille, France)

14h 16 (8mn)

Excision percutanée de tumeurs bénignes.  
RAILHAC JJ et coll (Toulouse, France)

14h 25 (10mn)

Injections de substances intra-osseuses autres que les ciments (ostéo-inducteurs, dérivés du calcium...). Etat de l'art.  
LECLET (Berck sur Mer, France)

*Discussion commune (12mn)*

14h 47 (8mn+2 mn discussion)

Le matériel à ponctions biopsie. Les nouveautés intéressantes.  
VALLEE C (Paris, France)

14h 50 (8mn+2 mn discussion)

Les infiltrations cortisonées radio-guidées périphériques. Les règles à suivre, les précautions. Aspect médico-légal.  
D GODEFROY (Paris, France)

15h 04 (6mn+2 mn discussion)

Les ponctions écho-guidées. Précautions, risques, indications.  
BRASSEUR JL (Paris, France)

15h 12 (7mn+2 mn discussion)

Les produits de biopsie. Comment les exploiter au mieux ?  
VALLEE C (Paris, France)

15h 21 (6mn+2 mn discussion)

Le consentement informé du patient. La consultation pré-interventionnelle.  
DUPUIS MG (Strasbourg, France)  
**pause : 15h 30/15h 45**

**2<sup>ème</sup> partie : 15h 45/ 17 h :  
Rachis.**

15 h 45h (8mn+2 mn discussion)  
Ponction-biopsie trans-pédiculaire sous guidage scopique. Technique, précautions, indications.  
VALLEE C (Paris, France)

15 h 55h (8mn+2 mn discussion)

Les infiltrations foraminales cervicales.  
VALLEE C (Paris, France)

16h 05 (15mn+5 mn discussion)

Les vertébroplasties.  
COTTEN A, VALLEE C (Lille, Paris, France)

16h25 (30mn+5 mn discussion)

Le « petit interventionnel rachidien »

CHEVROT A et coll (Paris, France)

pause : 17 h/17h 30

**3<sup>ème</sup> partie : 17h 30/19h : Squelette périphérique.**

17h30 (6mn+2 mn discussion)

Technique d'infiltrations de la bourse séreuse sous-acromio-deltaïdienne. Trucs et ficelles.

SI HASSEN C, FERMAND M

17h38 (10mn+2 mn discussion)

Ponction aspiration des calcifications tendineuses. Etat actuel de la technique et des indications. Risques, bénéfices.

GODEFROY D et coll. (Paris, France)

17h48(8mn+2 mn discussion)

Traitement percutané des capsulites rétractiles de l'épaule.

GODEFROY D et coll (Paris, France)

17h58 (8mn+2 mn discussion)

Cathétérismes intra-osseux, RAILHAC JJ et coll (Toulouse, France)

18h08 (10mn+5 mn discussion)

Imagerie interventionnelle des prothèses de hanche douloureuses.

DUPUIS MG, DOSCH JC, MOUSSAOUI A, GAUDIA J (Strasbourg, France)

18h23(8mn + 2 mn discussion)

Le drainage des infections profondes.

DUPUIS MG (Strasbourg, France)

18h33 (10mn+5 mn discussion)

Les injections intra-articulaires en rhumatologie. Où en sommes nous ?

BARD H (Paris, France)

Discussion

**Vendredi 13 avril Salle B**

**8h 30**

**ECHOGRAPHIE DE L'APPAREIL MOTEUR : L'EPAULE**

directeurs : Carlos Homsí, Jean Louis Brasseur, Daniel Goutallier, Jacques Rodineau

Introduction 8h 30/8h 35

**1<sup>ère</sup> partie**

8h 35 (15mn+5 mn discussion)

Rappel de l'anatomie échographique. Les images normales (comparaison avec les autres types d'imagerie.

COHEN M (Marseille, France)

8h 55 (20mn+5 mn discussion)

Réalisation « live » d'un examen échographique de l'épaule, retransmis en direct sur écran géant.

BRASSEUR JL (Paris, France)

9h20 (30mn + 10 mn discussion))

Les images pathologiques :

Sémiologie classique, sémiologie actuelle compte tenu de l'évolution récente du matériel. Les images actuellement constatées, mais encore d'interprétation difficile (clivages..)

MORVAN G, BRASSEUR JL (Paris, France)

**Pause 10h/10h 30**

**2<sup>ème</sup> partie**

10h 30 (8 mn + 2 mn discussion)

Corrélations entre échographie et clichés simples. BEAUREGARD G (Montréal, Canada)

10h 40 (6 mn + 2 mn discussion)

Exploration de la coiffe des rotateurs par échographie après arthroscanner couplé à une bursographie.

FERMAND M, SI HASSEN C, ARICHE L, SAMUEL P, POSTEL JM, BLANCHARD JP, GOLDBERG D

10h 48 (6 mn + 2 mn discussion)

Ruptures hyperéchogènes de la coiffe des rotateurs.

FERMAND M, SI HASSEN C, MAUGER D, CHEVROT A, DRAPE A (Paris, France)

10h 56 (8 mn + 2 mn discussion)

Echographie de la coiffe aiguë . Corrélations entre lésions échographiques et intensité de la douleur.

JL BRASSEUR et coll. (Paris, France)

11h 06 (6 mn + 2 mn discussion)

Variations anatomiques de l'extrémité distale du muscle pectoralis minor.

HOMSÍ C et coll (Sao Paulo, Brésil)

11h 14 (8 mn + 2 mn discussion)

La coiffe du sportif vétérán.

JL BRASSEUR et coll. (Paris, France)

11h 24 (6 mn + 2 mn discussion)

Les tendinopathies du chef long du biceps.

BARD H, MORVAN G (Paris, France)

11h 32 (6 mn + 2 mn discussion)

Les calcifications de la coiffe. Appréciation échographique de la consistance.

COHEN M (Marseille, France)

11h 38 (10 mn + 5 mn discussion)

Quelle est la place réelle de l'échographie ? Peut-elle être un examen préopératoire, où doit-elle rester un examen « médical » ? Pourquoi ?

FERREIRA FILHO AA (Brésil)

11h 53 (10 mn + 7 mn discussion)

Les possibilités actuelles de l'échographie de l'épaule. Avis des cliniciens. Synthèse.

RODINEAU J, BARD H (Paris, France)

12h 10 (30 mn)

**-Echographies d'épaules pathologiques en direct suivie de la projection du dossier complet d'imagerie.**

LONGO C et les membres du GEL (Brésil, France)

**12 h 40**

Pause

**14 h**

**ECHOGRAPHIE DE L'APPAREIL MOTEUR : LE PIED ET LA CHEVILLE**

directeurs : Denise Tokechi Amaral, Nathalie Bureau, Jean Jacques Railhac.

**1<sup>ère</sup> partie : 14h / 15h 30 : Tendons**

14h (15mn + 2 mn discussion)

Rappel de l'anatomie échographique des tendons. Les images normales.

MORVAN G (Paris)

14h 17 (20mn + 2 mn discussion)

Réalisation « live » d'un examen échographique des tendons du pied et de la cheville, retransmis en direct sur écran géant.

BUREAU N (Montréal, Canada)

14h 39 (8mn + 2 mn discussion)

Les variantes anatomiques et leur éventuelle incidence pathologique.  
COHEN M (Marseille, France)

#### Les images pathologiques

14h 49 (10 mn + 2mn discussion)  
Le tendon d'Achille. Images normales et pathologiques.  
BUREAU N, NAKANO E (Montréal, Canada ; Brésil)

15h 01 (8 mn + 2mn discussion)  
Les téno-synoviopathies tibiales postérieures.  
AMARAL DT (Brésil)

15h 11 (8 mn + 2mn discussion)  
Les tendinopathies des tendons antérieurs et latéraux.  
MORVAN G et coll (Paris, France)

15h 20 (8 mn + 2mn discussion)  
Imagerie des tendons de l'arrière pied du sportif.  
DUPUIS MG et coll (Strasbourg, France)

pause : 15h 30/15h 45

#### 2<sup>ème</sup> partie : 15h 45 / 17 h : Ligaments, arrière-pied, plante.

15h 45 (10mn + 2 mn discussion)  
Rappel de l'anatomie échographique. Les images normales.  
COHEN M (Marseille, France)

16h 57 (15mn + 5 mn discussion)  
Réalisation en direct d'un examen échographique des ligaments et de la plante du pied.  
BRASSEUR JL (Paris, France)

#### Les images pathologiques

16h 17 (15mn + 5mn discussion)  
Les ligaments de la cheville. Sémiologie des atteintes ligamentaires. Intérêt pratique. Revue de la littérature.  
BRASSEUR JL (Paris, France)

16h 37 (8mn + 2 mn discussion)  
Suivi échographique longitudinal des traumatismes ligamentaires de la cheville.  
COHEN M (Marseille, France)

16h 47 (8mn + 5 mn discussion)  
L'échographie de la plante du pied.  
MENDES FF (Brésil)

pause : 17 h/17h 30

#### 3<sup>ème</sup> partie : 17h 30/19h : avant-pied, divers

17h 30 (15mn + 5mn discussion)  
Rappel de l'anatomie échographique de l'avant-pied. Les images normales.  
BUREAU N (Montréal, Canada)

17h 45 (20mn + 5mn discussion)  
Réalisation « live » d'un examen échographique de l'avant-pied, retransmis en direct sur écran géant.  
HOMSI C (Sao Paulo, Brésil)

#### Les images pathologiques

18h 15 (15mn + 5mn discussion)  
L'échographie des métatarsalgies (Morton, syndrome du 2ème rayon, bursite...) Technique, sémiologie, comparaison avec les autres techniques, sensibilité spécificité.  
HOMSI C (Sao Paulo, Brésil)

18h 35 (6mn + 2mn discussion)  
L'échographie des fractures occultes.  
MORVAN G et coll (Paris, France)

18h 43 (6mn + 2mn discussion)  
Xanthomes tendineux dans l'hypercholestérolémie familiale.  
BUREAU N (Montréal, Canada)

18h 51 (7mn + 2mn discussion)  
La chondrographie talo-crurale.  
DUPUIS MG, DOSCH JC, AVEROUS C (Strasbourg, France)

19h

**Samedi 14 avril Salle A**

8h 30

#### MOELLE OSSEUSE

directeurs : Laércio A Rosemberg, Frédéric Lecouvet, Hervé Bard

#### 1<sup>ère</sup> partie : la moelle normale et oncologique.

8h 30 (25mn + 5mn discussion)  
Imagerie normale de la moelle osseuse. Les séquences IRM. Sémiologie. Variantes.  
LECOUVET F (Bruxelles, Belgique)

9h (8mn + 2mn discussion)  
Intérêt clinique en oncologie de l'imagerie de la moelle osseuse.

9h 10 (15mn + 5mn discussion)  
Diagnostic différentiel entre tassement vertébral bénin et malin.

LECOUVET F (Bruxelles, Belgique)

#### 2<sup>ème</sup> partie : la moelle osseuse dégénérative et inflammatoire.

9h 35 (20 mn + 5mn discussion)  
Modifications médullaires vertébrales dégénératives et/ou inflammatoires.  
COTTEN A (Lille, France)

#### Pause 10h/10h 30

10h 30 (15mn + 5mn discussion)  
L'os de l'enthèse.  
BARD H (Paris, France)

10h 45

#### TRAUMATOLOGIE DU SPORT

directeurs : Xavier Stump, Bernard Roger, Jacques Rodineau.

#### 1<sup>ère</sup> partie : épaule

10h 45 (8mn + 2mn discussion)  
L'examen clinique de l'épaule du sportif.  
RODINEAU J (Paris, France)

10h 55 (15mn + 5mn discussion)  
Anatomie fonctionnelle et pathologique.  
LAZENNEC JY, ROGER B (Paris, France)

11h 15 (10mn + 3mn discussion)  
Stratégie de l'imagerie de la coiffe des rotateurs.  
ROGER B

11h 28 (10mn + 3mn discussion)  
Dégénérescence graisseuse des muscles de la coiffe en TDM et IRM.  
BLUM A, LUDIG T, RAILHAC JJ, GODEFROY D, ROGER B (Nancy, Toulouse, Paris, France)

11h 41 (10mn + 3mn discussion)  
L'épaule douloureuse sans notion de traumatisme ni d'instabilité.  
RAILHAC JJ et coll (Toulouse, France)

11h 54 (8mn + 4mn discussion)  
Imagerie du conflit postéro-supérieur de l'épaule de Walch.  
D GODEFROY ROUSSELIN B, SARRAZIN L, CHEVROT A (Paris, France)

12h 06 (8mn + 4mn discussion)  
Pathologie de la bourse sous acromio deltoïdienne en pathologie du sport.

RAILHAC JJ et coll (Toulouse, France)

12h 20 (8 mn + 2 mn discussion)  
Rupture du grand pectoral chez le sportif.

HOMSI C, MORVAN G (Sao Paulo, Brésil, Paris, France)

12 h 30

Pause

14 h

### **TRAUMATOLOGIE DU SPORT (suite)**

directeurs : Xavier Stump, Bernard Roger, Jacques Rodineau.

### **2<sup>ème</sup> partie : Coude, main et poignet**

14h (8mn + 2mn discussion)

Les lésions de la région olécrânienne chez le sportif.

ROGER B (Paris, France)

14h 10 (8mn + 2mn discussion)

Imagerie des lésions intra-articulaires du coude du sportif.

ROGER B (Paris, France)

14h 20 (8mn + 2mn discussion)

Les ruptures du tendon distal du biceps

SKAF AY (équipe de) (Brésil)

14h 30 (8mn + 2mn discussion)

L'épicondylite du tennisman.

SKAF AY (équipe de) (Brésil)

14h 40 (8mn + 2mn discussion)

Les syndromes de loge de l'avant-bras.

RODINEAU J (Paris, France)

14h 50 (10mn + 2mn discussion)

Examen clinique du poignet pour le radiologue.

RODINEAU J (Paris, France)

15h 02 (10mn + 5mn discussion)

L'instabilité scapho-lunaire.

BLUM A (Nancy, France)

15h 17 (8mn + 2mn discussion)

Les lésions du tendon cubital postérieur chez le tennisman.

15h 27 (8mn + 2mn discussion)

Les ruptures de poulies du grimpeur.

GODEFROY D, ROUSSELIN B et coll (Paris, France)

pause : 16 h 30 / 17h

### **3<sup>ème</sup> partie : 17h /19h Membres inférieurs, divers**

17h (8mn + 2mn discussion)

Les fractures de contrainte de la base de M2 du danseur.

MORVAN G, MATHIEU P, BUSSONN J, WYBIER M (Paris, France)

17h 10 (8mn + 2mn discussion)

IRM et instabilité chronique de la cheville : classification des lésions ligamentaires, sémiologie des lésions associées.

FANTINO O (Lyon, France)

17h 20 (8mn + 2mn discussion)

Imagerie des lésions du bourrelet cotyloïdien.

RAILHAC JJ et coll (Toulouse, France)

17h 30 (8mn + 2mn discussion)

Les ressauts antérieurs de hanche.

RAILHAC JJ et coll (Toulouse, France)

17h 40 (8mn + 2mn discussion)

Pathologie chondrale et sous chondrale du genou : arthroscanner versus IRM.

DUPUIS MG et coll (Strasbourg, France)

17h 50 (8mn + 2mn discussion)

Sport et pathologie des muscles accessoires.

ROGER B, BLUM A (Paris, Nancy, France)

18h (8mn + 2mn discussion)

Tournoi de Roland Garros 2000 : résultats des constatations échographiques.

BRASSEUR JL et coll. (Paris, France)

19 h

**Samedi 14 avril SALLE B**

8h 30

### **ECHOGRAPHIE DE L'APPAREIL MOTEUR : HANCHE, CUISSE, GENOU ET JAMBE**

directeurs : Sonia A Vilela, Anne Cotten, Germain Beauregard

### **1<sup>ère</sup> partie : hanche et cuisse**

8h 30 (15mn+ 3mn discussion)

Rappel de l'anatomie échographique de la hanche et de la cuisse (notamment musculaire aponévrotique et tendineuse). Comment s'y retrouver dans les muscles antérieurs, postérieur et interne de la cuisse ?

HOMSI C (Sao Paulo, Brésil)

8h 48 (18mn + 3mn discussion)

Réalisation « live » d'un examen échographique de la hanche et de la cuisse, retransmis en direct sur écran géant.

BUREAU N (Montréal, Canada)

### **Les images pathologiques**

9h 09 (10mn+3 mn discussion)

Imagerie des lésions musculaires aiguës (comparaison écho-IRM).

HOMSI C (équipe de) (Sao Paulo, Brésil)

9h 23 (7mn+2 mn discussion)

Les localisations particulières des lésions musculaires traumatiques ? Valeur des petits signes échographiques.

COHEN M (Marseille, France)

9h 32 (10mn+3 mn discussion)

Echographie de la hanche du nourrisson.

DELGADO J (Brésil)

9h 45 (6mn + 2 mn discussion)

Les ruptures du tendon du moyen fessier.

MORVAN G, MATHIEU P et coll (Paris, France)

9h 53 (5mn+ 2 mn discussion)

Apport de l'échographie dans la pubalgie.

MEYER F (Strasbourg, France)

**Pause : 10h/10h 30**

### **2<sup>ème</sup> partie : genou et jambe**

10h 30 (15 mn+ 3mn discussion)

Rappel de l'anatomie échographique du genou et de la jambe.

CRETEUR V (Bruxelles, Belgique)

10h 48 (20+ 5mn discussion)

Réalisation « live » d'un examen échographique du genou et de la jambe, retransmis en direct sur écran géant.

HOMSI C (Sao Paulo, Brésil)

11h 13 (15mn+ 3mn discussion)

Les images pathologiques.

BRASSEUR JL (Paris, France)

11h 31 (8mn+ 2mn discussion)

Echographie des fractures occultes (col du fémur, jambe).

MATHIEU P, MORVAN G (Paris, France)

11h 41 (8mn+ 2mn discussion)



Pathologie péri-articulaire du genou.

BARD H (Paris, France)

11h 51 (8mn+ 2mn discussion)

Ruptures du tendon quadricipital.  
COHEN M (Marseille, France)

12h 01 (8mn+ 2mn discussion)

Ponctions écho guidées des hématomes Quand ? Comment ? technique, précautions.  
HOMSI C (équipe de) (Sao Paulo, Brésil)

12h 11 (7mn+ 2mn discussion)

Echographie des ostéomes à radiographies simples normale.  
VALLEE C (Paris, France)

12h 20 (8mn+ 2mn discussion)

Echographie des myosites ossifiantes à un stade pré-radiologique.  
VALLEE C (Paris, France)

**12h 30**

Pause

**14h**

**ECHOGRAPHIE DE L'APPAREIL MOTEUR : MAIN, POIGNET, AVANT-BRAS ET COUDE**

directeurs : Renato A Sernik, Michel G Dupuis, Viviane Créteur.

**1<sup>ère</sup> partie : 14h/15h 30 : main, poignet**

14h (25 mn + 5mn discussion)

Rappel de points d'anatomie échographique. Les variations anatomiques.  
SERNICK RA (Brésil)

14h 30 (20 mn + 5mn discussion)

Réalisation « live » d'un examen échographique de la main et du poignet, retransmis en direct sur écran géant.  
SERNICK RA (Brésil)

14h 55 (8 mn + 2mn discussion)

Aspects cliniques et chirurgicaux du syndrome du canal carpien.  
MATTAR R (Brésil)

15h 05 (8 mn + 2mn discussion)

Echographie du canal carpien pré et postopératoire.  
SERNICK RA (Brésil)

14h 55 (8 mn + 2mn discussion)

Corrélations écho-cliniques de processus occupants de la main et du poignet.  
VILELA SA (Brésil)

15h 05 (8 mn + 2mn discussion)

Les conflits tendineux des sportifs au poignet.

BRASSEUR JL (Paris, France)

**pause 15h 30/15h 45**

**2<sup>ème</sup> partie : 15h 45/17 h : avant-bras, coude**

15h 45 (20 mn + 5mn discussion)

Rappel de points d'anatomie échographique.  
VILELA SA (Brésil)

16h 10 (20 mn + 5mn discussion)

Réalisation « live » d'un examen échographique de l'avant-bras et du coude, retransmis en direct sur écran géant.  
CRETEUR V (Bruxelles, Belgique)

16h 35 (20 mn + 5mn discussion)

Les images pathologiques.  
VILELA SA (Brésil)

17h (8 mn + 2mn discussion)

Lésions du ligament collatéral médial au coude lors de l'armé chez le lanceur de javelot.  
BRASSEUR JL et coll (Paris, France)

17h 10 (8 mn + 2mn discussion)

Conflits olécraniens et arthropathies du coude. Y a-t'il une place pour l'échographie ?  
GODEFROY D, MORVAN G (Paris, France)

17h 20 (8 mn + 2mn discussion)

Rupture du tendon distal du triceps.  
SKAF AY (équipe de) (Brésil)

**pause : 17 h/17h 30**

17h (8 mn + 2mn discussion)

Ruptures du tendon bicipital au coude.  
HOMSI C (Sao Paulo, Brésil)

**PROJET DE TRAVAIL  
COMMUNAUTAIRE DU GEL**

**Echo-anatomie du nerf ulnaire au coude**

**BUT:**

Réunir le maximum de dossiers concernant l'anatomie et la sémiologie échographique de nerf ulnaire au niveau du coude dans son trajet rétro-épicondylien médial

**PATIENTS à INCLURE**

Tous les patients n'ayant et n'ayant pas eu de douleur dans le territoire cubital

**COUPE ECHO A EFFECTUER:**

1 coupe axiale postéromédiale en extension du bras à hauteur de l'interligne montrant une section axiale du nerf ulnaire

**MESURES et REPERES:**

- calculer la surface du nerf ulnaire ou la somme de la surface des nerfs en cas de dédoublement
- mesurer la distance séparant le nerf de la corticale humérale
- déterminer si le nerf est divisé en 2 à ce niveau

**ELEMENTS à FOURNIR:**

- âge
- sexe
- côté
- surface du nerf ( en mm<sup>2</sup> )
- distance séparant le nerf de la corticale ( en mm )
- division : oui ou non
- remarques éventuelles
- si possible fournir 1 cliché d'au moins 1 patient

**ENVOI**

**Avant le 1er avril**

à JL Brasseur 33 rue Paul Bert 93370  
Montfermeil F ou GEL.US@wanadoo.fr

## ANALYSE D'ARTICLES

### intéressant les échographistes locomoteurs

**Responsable : Thierry Tavernier**

#### La cotation de GEL-CONTACT

- 1\* : jetez-y un coup d'œil, si vous avez le temps.  
 2\*\* : à lire, sans plus.  
 3\*\*\* : à lire, intéressant.  
 4\*\*\*\* : à lire absolument.  
 5\*\*\*\*\* : vous ne pouvez pas ne pas l'avoir lu.

**ECHOGRAPHIE DU LABRUM GLENOÏDIEN : UNE ETUDE SUR DES CADAVRES AVEC CORRELATION ARTHROSCOPIQUE.**  
 GEL\*\*

*Sonography of the glenoid labrum : a cadaveric study with arthroscopic correlation*

Taljanovic MS, Carlson KL, Kuhn JE, Jacobson JA, Delaney-Sathy LO, Adler RS AJR 2000 jun ; 174 (6) :1717-22

L'intention des auteurs est d'affirmer l'utilité de l'échographie dans l'évaluation du labrum glénoïdien sur des cadavres en utilisant l'arthroscopie comme standard de référence. Ils ont étudié 20 épaules de cadavres avec des sondes de 5 à 7 MHz. Les labrums divisés en 4 segments sont classifiés par les échographistes (US) et les arthroscopistes (A) en normal, dégénératif ou déchirés. La concordance entre US et A est de 86 % (69/80 quadrants). Les US ont une sensibilité de 63 % et une spécificité de 98%, la VPP est de 94 % et la VPN est de 86 %, la précision est de 88 % pour différencier un labrum normal d'un labrum anormal. Par contre pour différencier la déchirure des autres lésions (dégénératifs ou normaux), la sensibilité est de 67 %, la spécificité de 99%, la VPP de 67%, la VPN de 99%, la précision de 98%.

Conclusion : L'échographie a un rôle prometteur dans l'évaluation du labrum glénoïdien et permet d'éliminer les déchirures lorsque celui-ci apparaît normal.

**A retenir** : le labrum dans ces différents segments peut-être étudié efficacement après entraînement.

Nicole et Roger BARGOIN

Commentaire de Thierry TAVERNIER : Cette publication me laisse très septique ! Etude sur cadavre, donc accès beaucoup plus facile à toutes les zones du labrum. Même chez le cadavre, les chiffres de fiabilité laissent rêveur et il faudra confirmer tout cela. Les futurs « reassessment » devraient être beaucoup moins flatteurs.

**ECHOGRAPHIE DE LA COIFFE DES ROTATEURS. UNE COMPARAISON ENTRE LES RESULTATS DE**

**L'ECHOGRAPHIE ET DE L'ARTHROSCOPIE SUR UNE CENTAINE DE CAS CONSECUTIFS.**  
 GEL \*\*

*Ultrasonography of the rotator cuff. A comparison of ultrasonographic and arthroscopic findings in one hundred consecutive cases.*

Teefey SA, Hasan SA, Middleton WD, Patel M, Wright RW, Yamaguchi K. J Bone Joint Surg.Am 2000 apr ; 82 (4) : 498-504

Le but de cette étude rétrospective est d'évaluer les performances de l'échographie haute fréquence par rapport aux résultats de l'arthroscopie pour la détection et la caractérisation des ruptures de la coiffe des rotateurs. Les auteurs ont étudié une centaine d'épaules présentant des douleurs chez 98 patients qui devaient subir une intervention. Tous ont eu une échographie préopératoire et une arthroscopie.

L'arthroscopie a retrouvé une rupture transfixiante de la coiffe sur 65 épaules, une rupture partielle sur 15 épaules, une tendinopathie simple dans 12 cas, une capsulite dans 4, une arthrose acromioclaviculaire dans 2, une déchirure du labrum (segment supérieur) 1 fois, une bursite calcifiante une fois.

Tous les comptes-rendus échographiques ont été analysés sur les critères suivants : absence ou présence d'une rupture de la coiffe et rupture ou luxation du tendon du long biceps. Toutes les arthroscopies avaient une procédure standardisée. La taille et l'extension de la rupture ainsi que l'état du tendon du long biceps ont été notés pour chaque épaule.

Les résultats arthroscopiques et échographiques ont été comparés pour chaque paramètre. L'échographie identifie correctement les 65 ruptures transfixiantes (sensibilité 100 %), il y a eu en plus 17 vrais-négatifs et 3 faux-positifs (spécificité 85 %). La taille de la rupture a été mesurée correctement dans 86 % des cas de rupture transfixiante ; dans les ruptures partielles, la détection est de 10/15 cas. Cinq des 6 luxations et 7 des 11 ruptures du tendon du long biceps ont été identifiés correctement.

**Conclusion** : L'échographie est très performante pour diagnostiquer les ruptures transfixiantes et évaluer leur taille, ainsi que pour diagnostiquer les luxations du tendon du biceps. Elle est moins sensible pour les ruptures partielles de coiffe et les ruptures du tendon du biceps.

Nicole et Roger BARGOIN

Commentaire de Thierry TAVERNIER : Ce travail confirme les difficultés de l'échographie pour le diagnostic de rupture partielle de coiffe (sensibilité : 67 %) ; mais les auteurs ne précisent pas si il s'agissait de ruptures partielles de la face profonde (souvent difficile à voir en écho) ou de ruptures partielles de la face superficielle (auquel cas il faudrait que le chirurgien ait réalisé une bursoscopie en plus de l'arthroscopie). En revanche, on peut s'étonner des faibles performances de l'échographie dans cet article concernant les ruptures du tendon du long biceps (diagnostic très facile à la fois cliniquement et échographiquement).

**EVALUATION DE L'ECHOGRAPHIE 3D DANS L'ETUDE DE LA COIFFE DE ROTATEURS. RESULTATS PRELIMINAIRES DE L'APPLICATION CLINIQUE.**  
GEL \*\*

*Three-dimensional ultrasound evaluation of the rotator cuff. Preliminary results of clinical application.*

Wallny T, Schild RI, Perlick L, Schultz Bertelsbeck D, Schmitt O. *Ultraschall Med* 2000 Aug; 21(4):180-5.

Le but de cette étude est de déterminer si l'échographie 3D élargit le champ diagnostique des explorations échographiques de la coiffe des rotateurs.

Une étude prospective a été pratiquée sur 25 patients en préopératoire avec les techniques 2D et 3D. En 3D les lésions de la coiffe des rotateurs sont mieux diagnostiquées (sensibilité 100%) qu'en 2D (sensibilité 91,7 %), la spécificité des 2 méthodes est de 84,6%, la VPP est de 92 % et la VPN de 88%. Dans les ruptures partielles, le nombre de faux-négatifs est 2 fois plus élevé en 2 D.

**Conclusion** : Une étude plus grande doit être faite pour vérifier les résultats de cette étude préliminaire, toutefois, l'écho 3D semble faciliter le diagnostic des lésions de la coiffe, en particulier les ruptures partielles de la coiffe.

Pour mémoire : Ces mêmes auteurs ont publié une étude préliminaire pour évaluer l'intérêt du 3D dans *EUR J Ultrasound* de mai 2000, dans laquelle ils ont étudié 22 épaules de cadavres ayant des lésions de la coiffe complètes et partielles, les conclusions sont similaires.

**A retenir** : Le 3D plus facile, donc prometteur.

Nicole et Roger BARGOIN

**ECHOGRAPHIE DES RUPTURES DE POULIES DIGITALES.**  
GEL\*\*\*\*

*Sonographic evaluation of digital annular pulley tears*

Martinoli C, Bianchi S, Nebiolo M, Derchi L, Garcia J *Skeletal Radiol*, 2000, 29 : 387-391

Les poulies digitales maintiennent les tendons fléchisseurs en place et les empêchent de « prendre la corde » à chaque flexion du doigt. Leur atteinte est bien connue chez les grimpeurs, mais peut aussi survenir dans les actes de la vie courante et leur diagnostic est alors plus tardivement évoqué ce qui justifie la connaissance de ces lésions par tout échographiste.

Les auteurs analysent l'aspect normal des poulies chez 40 volontaires et les retrouvent dans 16 cas comme une fine ligne hyperéchogène à la face palmaire du tendon fléchisseur. Seize grimpeurs présentant une suspicion de lésion de poulie sont ensuite étudiés (avec 5 IRM et 3 vérifications chirurgicales). 8 ruptures complètes (7 fois au niveau de l'annulaire et 1 fois à l'auriculaire) sont découvertes essentiellement par un écart anormal entre le tendon et la corticale de la phalange. L'épreuve de contraction contrariée facilite (comme au scanner) la découverte des lésions. La poulie lésée elle-même n'est par contre pas visualisée en échographie, sauf dans un cas où son épaissement hypoéchogène a fait suspecter une rupture partielle. Quatre ténosynovites sans signes de rupture sont également découvertes. Les IRM et les explorations chirurgicales ont chaque fois confirmé le diagnostic.

Leur conclusion est donc que l'échographie et son apport dynamique constitue une méthode fiable de détection de ces lésions de poulie.

**A retenir** : Excellent article qui attire l'attention sur une pathologie qu'on ne découvre que si on la cherche...

Jean Louis BRASSEUR

**LESIONS DES DOIGTS CHEZ LES ALPINISTES. INTERET DE L'ECHOGRAPHIE HAUTE RESOLUTION.**  
GEL \*\*\*

*Finger Injuries in Extreme Rock Climbers. Assessment of High-Resolution Ultrasonography*

Klauser A, Bodner G, Frauscher F, Gabl M, Neddin D *The American Journal of Sports Medicine*, 1999, 27; 6 : 733-737

Cette étude a porté sur l'aspect des tendons fléchisseurs, de leur gaine et de leur poulies chez 20 volontaires et 34 alpinistes. L'épaisseur de la

poulie, du tendon, et la distance le séparant de la phalange a été mesuré à hauteur de la poulie A 2 (c'est à dire en regard de la portion proximale de la première phalange ) en extension, puis en flexion contrariée à la recherche d'une "corde" (c'est à dire d'un tendon fléchisseur "prenant la corde" au lieu de rester plaqué contre les phalanges). Le glissement du tendon dans sa gaine fut également étudié en flexion active et passive.

Les résultats montraient que la poulie et les tendons fléchisseurs sont plus épais chez les alpinistes, mais que le glissement du tendon était identique. La distance entre tendon et phalange augmentait plus chez l'alpiniste entre l'extension et la flexion forcée et chez 3 d'entre eux une rupture complète de la poulie A 2 fut découverte.

Les auteurs concluent en écrivant que l'échographie dynamique de haute résolution est une méthode fiable pour étudier les atteintes des doigts des alpinistes.

**A retenir** : Autre article très intéressant concernant ces lésions de poulies à ne pas négliger car les murs d'escalade s'érigent un peu partout...

Jean Louis BRASSEUR

**EXPLORATION DE LA COIFFE DES ROTATEURS PAR ECHOGRAPHIE APRES ARTHROSCANNER COUPLE A UNE BURSOGRAPHIE.**  
**GEL \*\***

**Fernand M, SI Hassen C, Ariche L, Samuel P, Postel JM, Blanchard JP, Golberg D Rev Rhum (Ed Fr ) 2000, 67, 443- 448**

Les auteurs étudient la différence d'apport entre les échographies réalisées avant puis après arthro-burso-scanner. Vingt huit patients sont repris dans la série et l'arthro-burso-scanner est considéré par les auteurs comme l'examen de référence ( ce qu'ils jugent eux-mêmes contestable). Les performances de l'échographie sont améliorées après injection dans la BSAD d'un mélange de contraste et de xylocaïne (afin d'éviter l'aspect floconneux du contraste à l'échographie ). Seules les lésions de la face profonde du sous-scapulaire restent mal vues ( 2 cas ), ce qui limite l'apport de l'échographie en

préopératoire. Les résultats étaient prévisibles, mais cet article a le mérite d'attirer l'attention sur la fréquence importante des ruptures partielles de la face superficielle de la coiffe, qui sont très vraisemblablement sous-estimées par l'échographie surtout s'il n'existe pas d'épanchement dans la bourse pour en préciser les contours. Les auteurs proposent de coupler systématiquement les bursographies réalisées à titre thérapeutique (infiltration) à une échographie et cette attitude apparaît très justifié pour déceler les lésions superficielles de coiffe avec un coût moindre et une accessibilité plus facile qu'en burso-scanner. Sur le fond de l'article, on peut regretter que les auteurs ne se basent que sur un seul article de la littérature pour affirmer que l'IRM n'est pas fiable pour le diagnostic des ruptures partielles de coiffe. En effet, s'il est vrai que l'IRM a une fiabilité discutable pour les petites fissures partielles de la face profonde, elle est en revanche très performante pour la mise en évidence des ruptures partielles de la face superficielle qui sont souvent "cratériformes", et donc très bien vues (d'autant plus qu'elles s'accompagnent souvent d'un épanchement bursal spontané).

Jean Louis BRASSEUR – Thierry TAVERNIER

**L'ATTEINTE DES NERFS PERIPHERIQUES LORS DE LA LEPRE, EN ECHOGRAPHIE ET EN IRM.**  
**GEL\*\*\***

*US and MR imaging of peripheral nerves in leprosy*  
**Martinoli C, Derchi L, Bertolotto M, Gandolfo N, Bianchi S, Fiallo P, Nunzi E Skeletal Radiol, 2000 ; 29 : 142-150**

Les auteurs examinent par US Doppler et IRM 58 nerfs présentant des anomalies EMG chez 23 patients atteints de lèpre. La surface du nerf, sa structure, l'intensité du signal en IRM, la vascularisation endoneurale en Doppler et la prise de contraste après injection de Gadolinium furent comparées chez ces patients aux valeurs obtenues chez 20 volontaires. De plus, 14 nerfs présentant une modification après traitement furent également suivis. Au cours de la lèpre, les nerfs peuvent être classés en 3 groupes : groupe 1 : pas d'anomalie;

groupe 2 : élargissement avec anomalies fasciculaires; groupe 3 : disparition de l'aspect fasciculaire. Seuls les nerfs du groupe II peuvent réagir sous traitement. Une vascularisation endoneurale fut retrouvée dans 74% des cas par le Doppler ( sans injection de contraste ultrasonore ) et dans 92% des cas par l'IRM ( par un hypersignal T2 ou après injection de Gadolinium ). Ces atteintes diminuent dans 64% des cas après traitement.

**A retenir** : Superbe description d'une pathologie encore présente dans certaines régions du sud de l'Europe

Jean Louis BRASSEUR

**ASPECT ECHOGRAPHIQUE DES TENDONS D'ACHILLE TRAITES ORTHOPEDIQUEMENT. GEL\*\*\*\***

*Sonographic appearance of non operatively treated Achilles tendon ruptures*

**Hollenberg G, Adams M, Weinberg E Skeletal Radiol, 2000 ; 29 : 259-264**

Les auteurs suivent l'aspect échographique de 11 tendons d'Achille rompus ( 10 ruptures complètes et 1 rupture partielle ) et traités orthopédiquement.

L'examen échographique initial montre les signes de rupture: hématome, solution de continuité, hypervascularisation des berges et distorsion marquée de l'échostructure mais surtout pour ces 11 patients, les berges de la rupture s'affrontent bien en flexion plantaire ce qui a fait préféré le traitement orthopédique. De plus le péritendon était intact au site de la rupture dans 9 cas sur 11.

Lors des contrôles effectués en moyenne 22 mois après la rupture, on note la persistance d'une minime perturbation de l'architecture fibrillaire, la disparition de la solution de continuité et de l'hypervascularisation et un bombement ou une irrégularité du contour antérieur du tendon. Dans 4 cas, il persiste une zone hypoéchogène au site de la rupture, une collection liquidienne est apparue dans

un cas ainsi que des calcifications chez un autre patient. Le péritendon fut retrouvé une fois de plus qu'en aigu (c'est à dire 10 fois), ce qui est important pour la prévention des adhérences .

**A retenir** : Article très intéressant car l'aspect des tendons lésés est parfois déroutant; de plus les auteurs insistent sur le rôle important du Doppler Couleur dans le suivi de ces lésions.

Jean Louis BRASSEUR

### Echographie du nerf médian bifide

*Sonography and MR Imaging of bifid median nerve.*  
**Propreck T, Quinn TJ, Jacobson JA et al**  
**AJR, 175, 1721-1725, dec 2000.**

Trois cas de nerfs médian bifide sont rapportés. Le premier patient souffrait d'un syndrome du canal carpien. Les eux autres cas ont été découverts sur cadavres. Il est important de connaître cette variation anatomique avant d'opérer. De plus, les mesures habituelles n'ont pas lieu d'être en cas de nerf bifide.

Une revue de la littérature est également disponible sur le site du GEL  
[gelonline.org](http://gelonline.org)

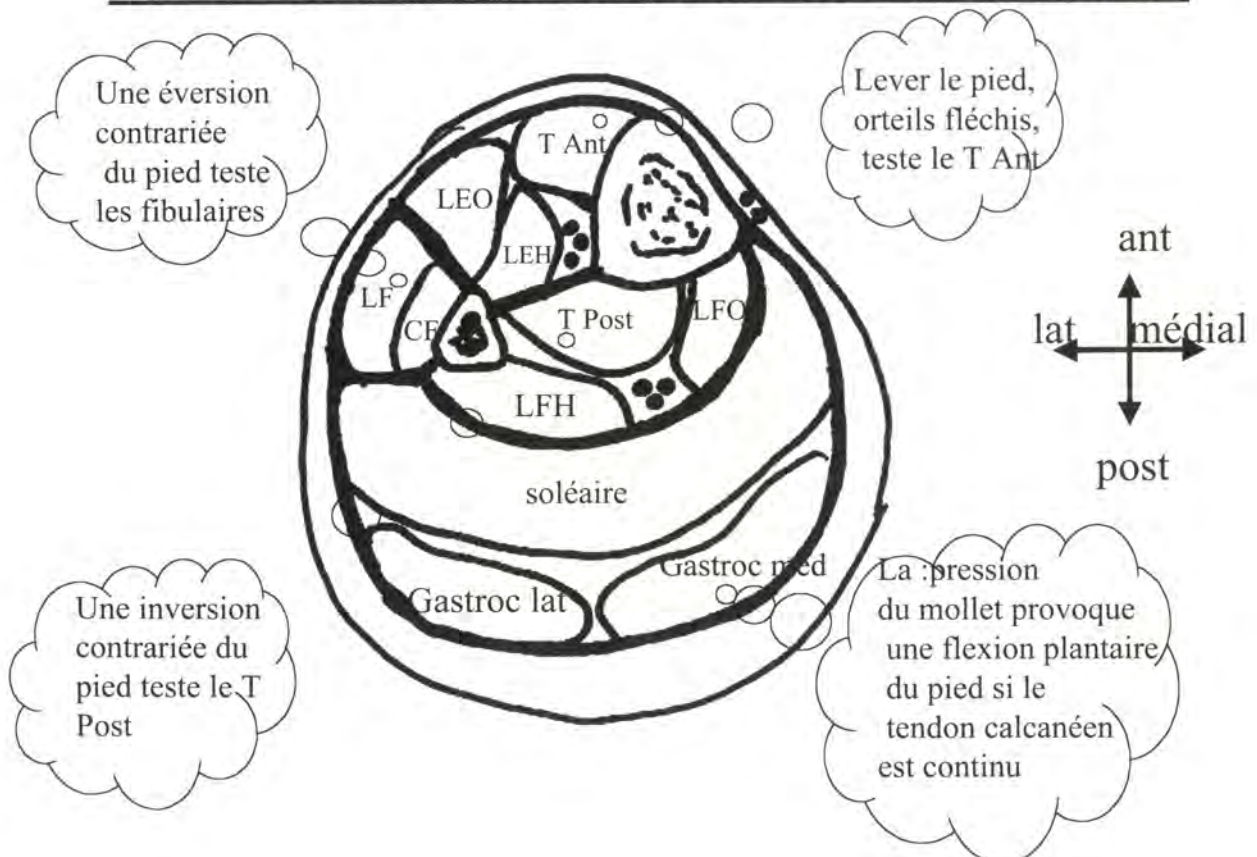


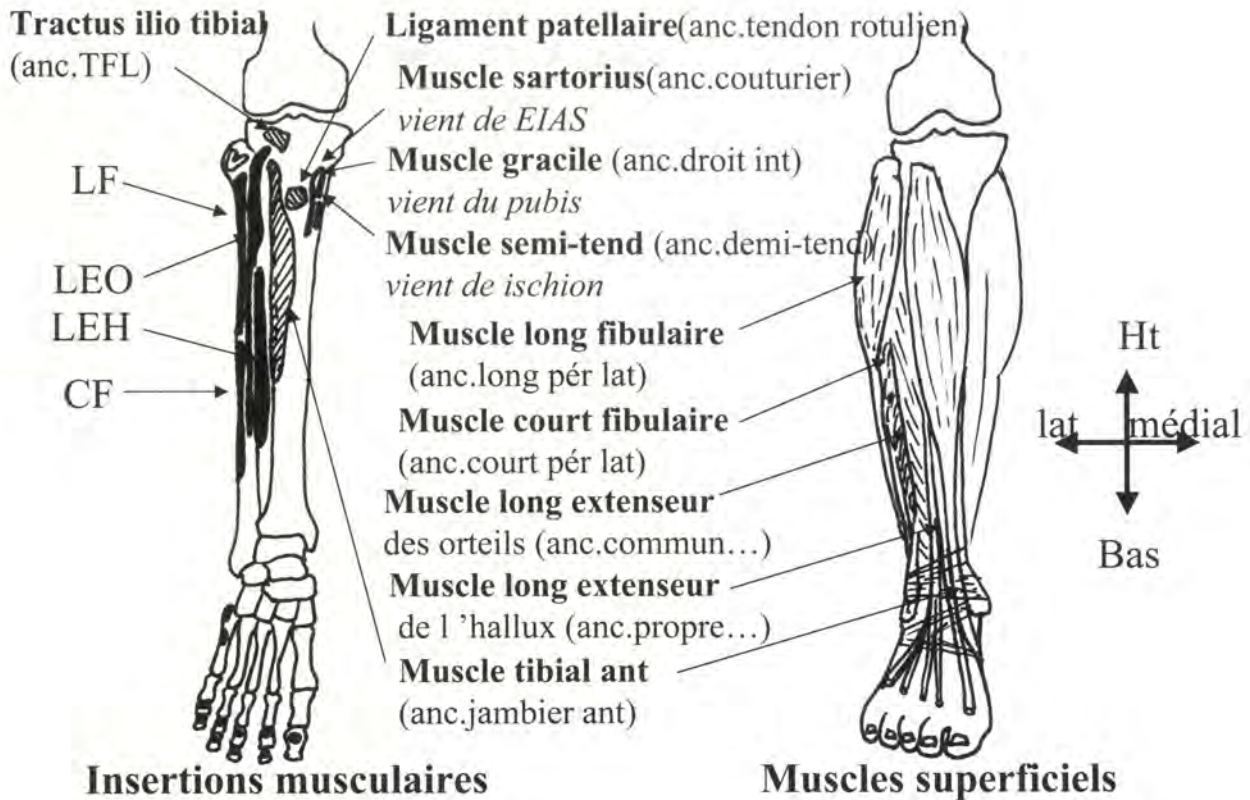
## ANATOMIE DES MUSCLES DE LA JAMBE : NOUVELLE NOMENCLATURE

Ph. MATHIEU

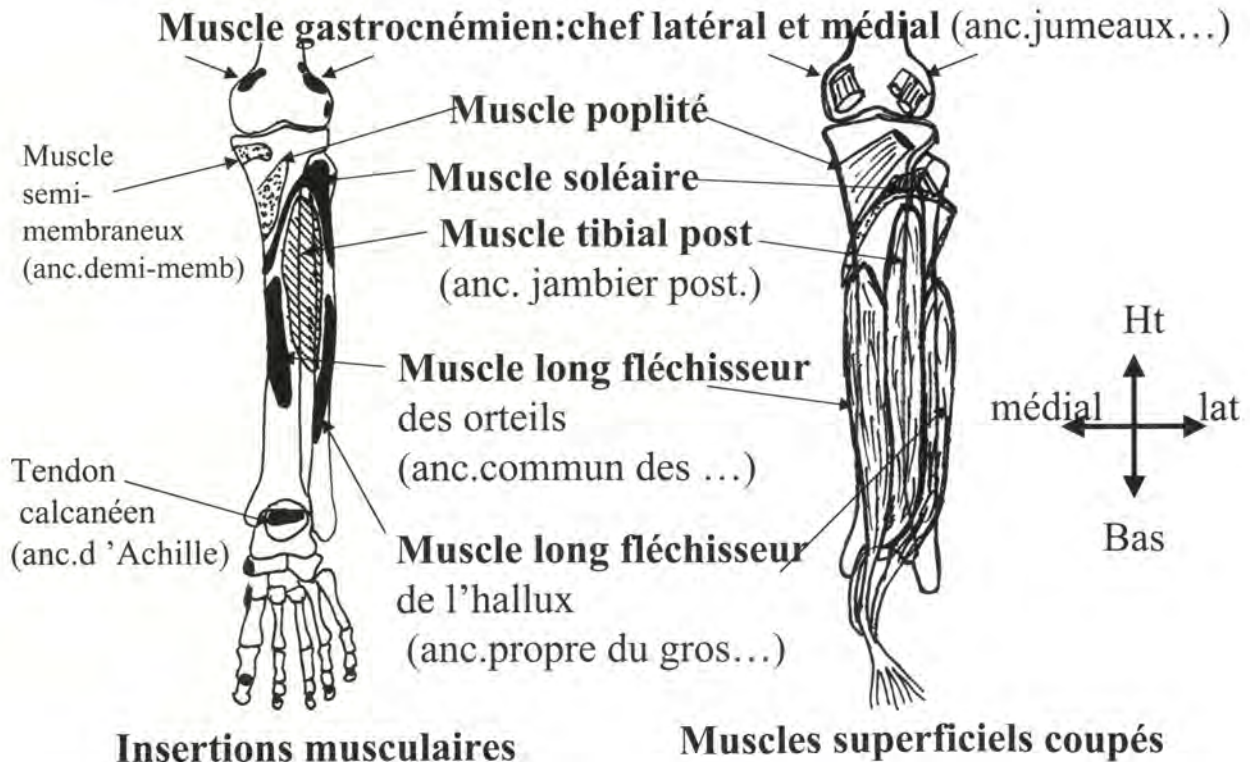
Ces quelques schémas anatomiques se veulent très pratiques. Je n'ai pas réinventé l'anatomie, tout se trouve dans les livres que vous utilisez couramment. J'ai simplement essayé d'être synthétique en accolant nouvelle et ancienne nomenclature, ainsi que quelques tests cliniques simples, mais utiles.  
Bon courage.

### COUPE TRANSVERSALE DU 1/3 MOYEN DE JAMBE





**VUE ANTERIEURE DES MUSCLES DE LA JAMBE**



**VUE POSTERIEURE DES MUSCLES DE LA JAMBE**

## CR de l'AG annuelle du 23 octobre 2000

Le 23 octobre 2000 à 20 heures s'est tenue, dans les locaux du service de radiologie centrale du Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, l'assemblée générale du GEL ouverte à tous les membres à jour de cotisation. Après émargement de la liste de présence, la séance débute, présidée par le Pr Peetrons qui rappelle l'ordre du jour.

### RAPPORT du PRESIDENT:

Le Professeur Peetrons rappelle les différents points de l'ordre du jour et confirme la participation du GEL au Congrès mondial de 2002 qui aura lieu à Bruxelles.

Il détaille l'intérêt du site Internet qui a démarré et qu'il est nécessaire d'alimenter.. Une phase de rodage est toujours présente mais vu le caractère interactif de ce site, elle devrait être de courte durée.

### RAPPORT du SECRETAIRE GENERAL:

Le résultats des ateliers du 16 septembre est détaillé. Les réactions des participants ont montré leur satisfaction et conforté celle des organisateurs. Le résultats financier ne sera sans doute que légèrement positif, car il est toujours plus onéreux d'organiser une réunion dans un hôtel.

Heureusement les dépenses plus importantes devraient être contrebalancées par les inscriptions ( le plein a été fait ) et par le nombre plus important de sponsors.

La progression du nombre d'adhérent se confirme mais il persiste des problèmes dans l'envoi des certificats et dans le suivi des inscriptions. Un médecin qui paye sa cotisation doit impérativement recevoir un courrier du GEL dans la semaine suivante pour ne pas avoir l'impression de s'être fait berné. Toutes les opérations administratives sont donc recentrées sur St Etienne où le secrétariat du Dr Montagnon accepte de prendre en charge cette lourde tâche. L'utilisation du nouveau site devrait en théorie alléger ce travail de même que le passage à l'Euro.

Le Dr Brasseur insiste par ailleurs sur le positionnement du GEL qui doit rester absolument indépendant et ne pas être considéré comme la « branche échographique du système locomoteur » de tel ou tel groupe. Il est par contre souhaitable et même indispensable que le GEL soit co-organisateur de certaines manifestations afin de montrer toutes les possibilités de la technique lorsqu'elle est réalisée correctement.

### RAPPORT du TRESORIER:

Le compte courant du GEL est largement positif mais la proximité des ateliers de Paris et la mise en place du site Internet ne permet pas de donner à ce jour une situation précise. Celle-ci sera actualisée d'ici la fin de l'année.

### ATELIERS du GEL

Le prochain atelier du GEL ( le 7ème ) aura lieu à Bayonne, le 3 MARS et sera organisée par le Dr Casenave.

Les suivants, fin septembre auront lieu très vraisemblablement en Tunisie et organisés par le Pr Ladeb.

### GEL CONTACT

A la demande générale, des relances automatiques seront envoyées à 2 reprises aux responsables de rubrique afin de les " sensibiliser "...pour que ce numéro soit plus facile à boucler et soit plus consistant que le dernier. Le Dr Morvan insiste sur l'indispensable collaboration des membres du bureau pour faire vivre ce journal qui a un rôle tout à fait différent du site Internet et qui nous sert de vitrine.

Les autres points de l'ordre du jour ayant été traités dans les différents rapports, la séance est levée par le président à 21 heures.

## HYPERECHOGENICITE MUSCULAIRE

**Bruno Vande Berg**

### *Cas clinique*

Un jeune homme âgé de 22 ans sans antécédent médical présente de façon spontanée une douleur aiguë associée à une perte de la mobilité de la région scapulaire droite en juillet 2000. Une radiographie de l'épaule est normale. La douleur cède spontanément au fil des semaines et apparaît une atrophie des muscles sus- et sous-épineux. En octobre 2000, une échographie de l'épaule est réalisée.

### Exploration échographique

Les tendons de la coiffe des rotateurs sont normaux. L'examen comparatif des muscles sus- et sous-épineux montre que les muscles droits sont hyperéchogènes et modérément atrophiés par rapport au côté droit. L'échostructure des muscles est augmentée de façon homogène (fig 1).

L'examen exclut l'existence d'une rupture tendineuse comme cause d'atrophie musculaire. L'histoire clinique du patient est évocatrice du syndrome de Parsonage et Turner qui correspond à une névrite d'origine indéterminée caractérisée par un épisode transitoire de douleur suivi d'une atrophie musculaire importante.

Un examen IRM est réalisé pour comprendre l'hyperéchogénicité musculaire et exclure l'hypothèse d'un kyste mucoïde comprimant des troncs nerveux (hypothèse peu probable vu l'absence d'activité

importante du patient). Les coupes sagittales et transverses en pondération T1 et T2 confirment l'atrophie musculaire.. Le signal des muscles est augmenté en pondération T2 ce qui témoigne d'une modification de la répartition de l'eau au sein des muscles (fig 2). Il n'existe pas de lipomatose intra-musculaire.

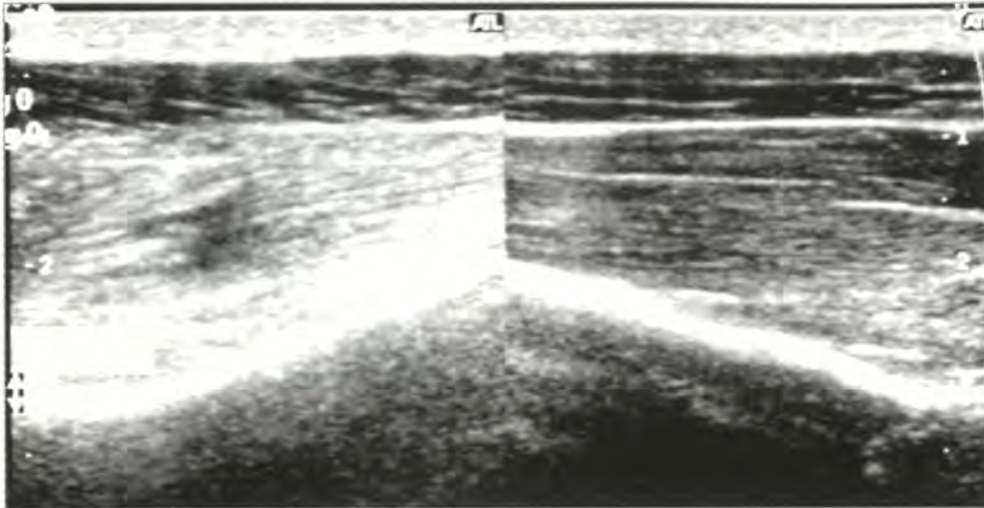
Un muscle atrophié est souvent hyperéchogène. Celle-ci peut être considérée comme secondaire à une lipomatose puisque le tissu graisseux est hyperéchogène par rapport au tissu musculaire. Un muscle hyperéchogène peut également correspondre, comme chez notre patient, à un muscle sans atrophie graisseuse au sein duquel il existe probablement une modification de la distribution des molécules d'eau entre les différents compartiments du muscles.

**En pratique clinique, un muscle atrophié et hyperéchogène peut être considéré comme étant soit en involution graisseuse soit en état de dénervation. Il nous paraît difficile de faire la différence en échographie. L'atrophie graisseuse serait irréversible tandis que l'autre forme peut être réversible.**

Référence : Acute brachial neuritis (Parsonage-Turner Syndrome) : MR imaging appearance – Report of three cases Clyde A Helms et al Radiology 1998, 207 : 255-259



Figure 1



Coupe coronale

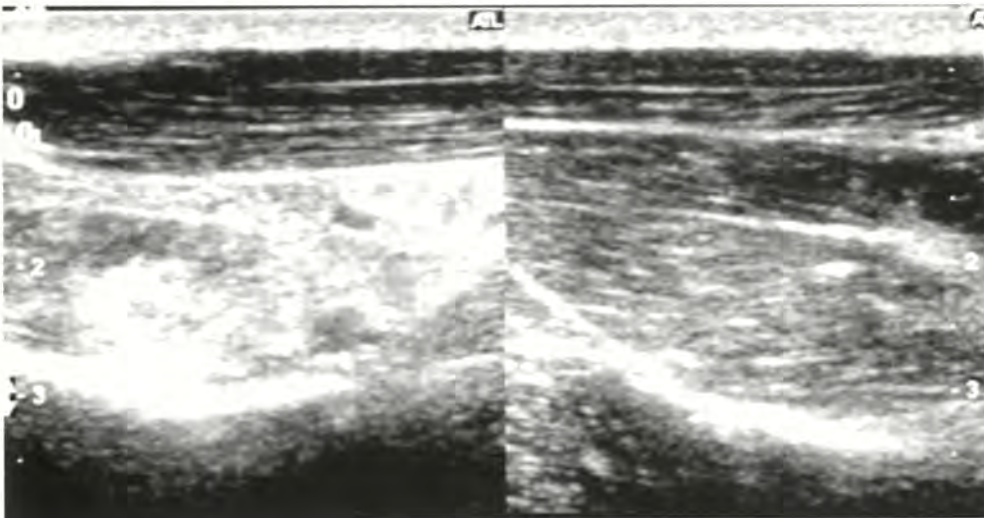
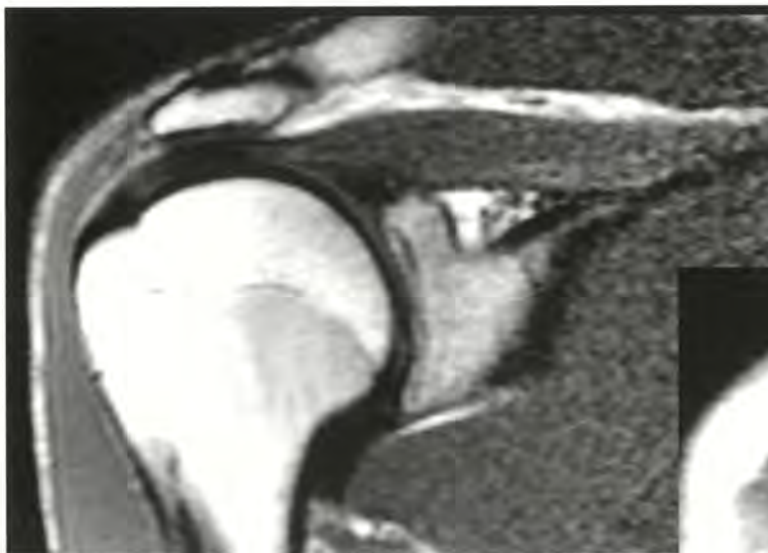


Fig. 1 Image échographique (a) coronale et (b) sagittale des muscles sus-épineux droit et gauche. Le muscle droit est nettement hyperéchogène, de façon harmonieuse, en respectant la structure fibrillaire du muscle.

Fig. 2. En IRM, le signal musculaire est normal en T1 (a) [absence de graisse] et élevé en densité protonique avec annulation du signal de la graisse [hyperhydratation/répartition anormale de l'eau].



Coupe sagittale

Coupe coronale densité de protons

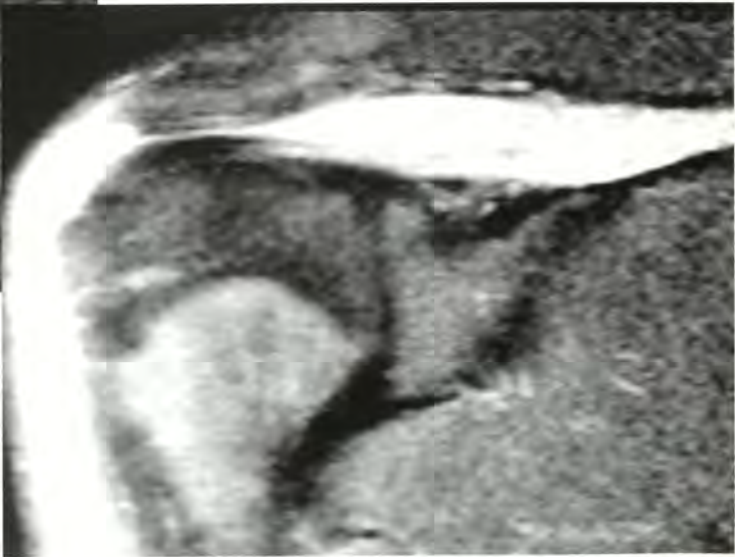


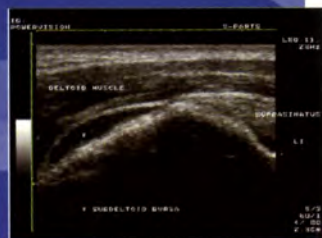
Figure 2

Coupe coronale T1

**TOSHIBA**

## L'accessibilité totale

*Avec le PV 6000 couplé aux sondes PLM1204 AT ou PLM1202 S, il est enfin possible de réaliser des examens très superficiels et difficiles d'accès (main, coude, cheville...), et de bénéficier d'images haute résolution décisives pour l'aide au diagnostic.*



PLM1202 S



PLM1204 AT



Toujours à l'avant garde  
technologique,  
**TOSHIBA MEDICAL**  
offre le complément  
indispensable  
à la haute résolution :  
**L'ACCESSIBILITÉ TOTALE.**

**Power Vision  
Series**



**TOSHIBA MEDICAL FRANCE S.A.**

7, rue Ampère - B.P. 14 - 92802 Puteaux Cedex  
Tél. : 01 47 28 25 00 - Fax : 01 47 28 25 01