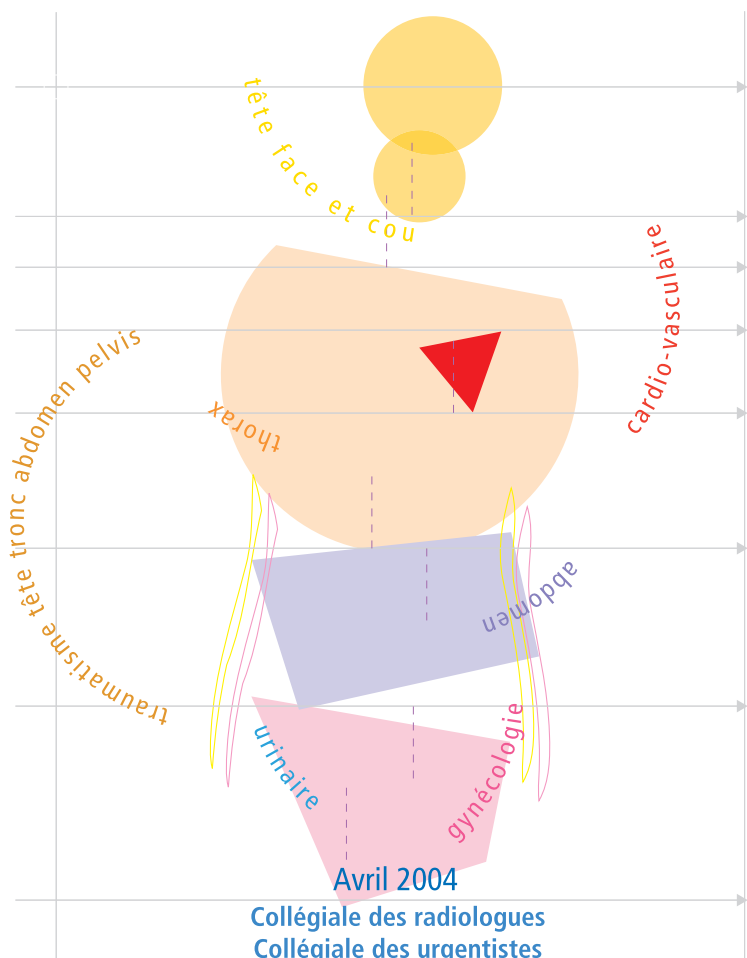


Urgences de l'adulte : objectifs pour l'indication d'imagerie



Avril 2004

Collégiale des radiologues
Collégiale des urgentistes
Direction de la politique médicale

Ce document de consensus, présenté par la Collégiale des radiologues, la Collégiale des urgentistes et la Direction de la politique médicale (DPM), a été réalisé dans le cadre de la démarche d'amélioration de la qualité menée depuis 1998 par les services de radiologie de l'AP-HP sous l'égide de la Collégiale et du service en charge de la qualité à la DPM.

L'une des actions prioritaires identifiées en 2001 à la suite de l'auto-évaluation menée par 39 services de radiologie selon le référentiel « Évaluation de la qualité en radiologie et imagerie médicale » est l'amélioration de la prise en charge des patients en urgence. L'une des causes des dysfonctionnements rencontrés au cours de cette prise en charge est le manque d'accord médical entre radiologues et urgentistes.

C'est pourquoi, un groupe mixte de radiologues et d'urgentistes a été chargé de définir, dans les principales situations cliniques urgentes, des objectifs qualité pour la prise en charge en terme de type d'examens radiologiques diagnostiques (et non thérapeutiques) et de délais. Il ne s'agit aucunement d'un seuil minimum auquel chacune des prises en charge doit répondre, mais d'objectifs fixés dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité. Dans cet esprit, ces modalités ont été définies sans tenir compte des nombreuses contraintes existantes : degré d'équipement inégal selon les sites (en IRM notamment), flux éminemment variable des patients, effectifs souvent insuffisants, mode d'organisation des services de radiologie la nuit (garde et non pas service continu)... mais aussi diversité de l'état clinique des patients qui nécessite des adaptations individuelles. Ainsi, ces objectifs qualité doivent permettre une discussion dans les hôpitaux, entre professionnels, afin de cibler les améliorations à mettre en œuvre, sachant que la précision et la pertinence des questions posées par le clinicien au radiologue en sont des pré-requis.

Nous avons considéré comme « urgences » les explorations devant être réalisées dans les 24 h une fois la suspicion diagnostique posée par le clinicien.

À côté des « urgences médicales » qui peuvent avoir plusieurs degrés, il existe des « urgences structures ». Celles-ci n'ont pas de fondement clinique mais correspondent à des contraintes structurelles et leur prise en compte vise à fluidifier le fonctionnement hospitalier : examen permettant de ne pas hospitaliser un patient externe, de libérer un lit de réanimation... Bien évidemment, les conditions de prise en charge de ces « urgences structures » sont à définir dans chaque hôpital selon les horaires, le flux des patients... pour optimiser le fonctionnement et réduire les délais.

Ces recommandations sont donc des objectifs qualité qui tracent une voie générale à suivre mais qui ne pourront pas s'adapter à chaque patient pris individuellement, qu'il s'agisse des délais proposés ou du choix des examens. Ce document n'est pas figé, il devra s'adapter aux évolutions des techniques et des connaissances et sera révisé régulièrement.

Présentation du document

Le document est présenté en colonnes

- > **Situations cliniques** : elles mélangent des signes cliniques et des suspicions diagnostiques. Ceci ne doit pas surprendre car cela correspond à la pratique clinique.
- > **Objectifs qualité** : ils se conçoivent en termes d'examen et de délais. Les délais se comprennent à partir du moment où la suspicion diagnostique est posée par le clinicien. Trois délais urgents ont été considérés : 1 h, 4 h et 24 h.
- > **Commentaires** : ils permettent de moduler les indications et apportent des précisions sur des situations particulières.

Types d'examens

- > **Scanner sans injection** : quand l'injection de produit de contraste est contre-indiquée ou inutile au moins en première intention.
- > **Scanner avec injection** : quand l'injection conditionne l'obtention des informations (il peut persister des contre-indications liées au patient qui font, le cas échéant, refuser l'examen).
- > **Scanner** : quand le choix de l'injection dépend de la question clinique, du patient...
- > **Angioscanner** : scanner avec temps vasculaire (artériel et/ou veineux).

Indications des examens

- > **Non indiqué** : l'examen d'imagerie n'est pas indiqué pour l'exploration de telle situation clinique.
- > **Non, sauf** : l'examen d'imagerie n'est pas indiqué en dehors de situations très précises indiquées dans le document.
- > **Pas en urgence** : l'examen n'est pas à réaliser en urgence dans les 24 h dans telle situation clinique mais peut être programmé au delà des 24 h.
- > **Pas urgent, sauf** : l'examen n'est pas à réaliser en urgence dans les 24 h sauf dans quelques situations précisées.

Sommaire

Tête, face et cou	pages 6-9
Thorax	pages 10-11
Cœur et vaisseaux	pages 12-13
Gynécologie	pages 12-13
Abdomen (non traumatique)	pages 14-15
Urinaire	pages 16-17
Rachis et os non traumatiques	pages 18-19
Polytraumatisme	pages 18-19
Traumatisme isolé : tête, tronc, abdomen et pelvis	pages 20-21
Traumatisme isolé : rachis et extrémités	pages 22-25

TÊTE (y compris FACE et COU)

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ	
	EXAMENS	DÉLAIS
Accident ischémique vasculaire ? – avec début des signes < 6 h	IRM à défaut scanner sans injection	1 h 1 h
– avec début des signes > 6 h	Scanner sans injection	24 h
Accident ischémique transitoire ? 1. bilan du parenchyme cérébral 2. recherche de la cause	IRM à défaut scanner Echo-Doppler carotidien	24 h 24 h 24 h
Troubles brutaux du comportement, de la conscience ou syndrome confusionnel	Scanner	4 h, sauf
6 Perte de conscience	IRM à défaut scanner	non, sauf (4 h)
Hémorragie méningée ? (céphalée aiguë brutale isolée)	Scanner sans injection Artérié ou autre imagerie vasculaire	4 h 4 h, si
	IRM	non, sauf (4 h)
Thrombophlébite cérébrale ?	IRM et ARM ou Angioscanner	24 h 24 h
Dissection carotidienne ? (céphalée aiguë brutale associée à cervicalgie et Claude Bernard-Horner)	IRM et ARM à défaut : Angioscanner Echo-Doppler	4 h 4 h
Hypertension intracrânienne ? (céphalée d'installation rapidement progressive)	IRM à défaut scanner	24 h 24 h

COMMENTAIRES

immédiatement si thrombolyse IV possible.

NB : injection complémentaire si doute diagnostique (tumeur, infection...)
ou étude de la perfusion.

examen le plus sensible.

NB : si sténose significative, compléter secondairement par ARM ou angioscanner.

cause métabolique, endocrinienne ou toxique...

pathologies recherchées : hématorne sous-dural, hydrocéphalie, tumeur cérébrale.

si déficit neurologique transitoire ou permanent.

la sensibilité de l'examen décroît avec le temps, un examen normal ne peut exclure une hémorragie méningée.

diagnostic posé au scanner pour la recherche de la cause (délai modulable par équipes de radiologie interventionnelle et/ou chirurgie).

NB : à discuter si scanner normal.

si signes cliniques datant de plusieurs jours, scanner normal et PL non interprétable.

très performant pour l'exploration des veines et sinus crânio-encéphaliques.

TÊTE (y compris FACE et COU)

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ	
	EXAMENS	DÉLAIS
Crise comitiale – chute chez un alcoolique, TC, traitement anticoagulant	Scanner	4 h
– fièvre, immunodépression, état de mal, déficit neurologique, trouble persistant de la conscience...	IRM à défaut scanner	4 h
– toutes les autres crises comitiales		pas en urgence
Déficit rapidement progressif avec fièvre ou immunodépression	IRM à défaut scanner	24 h 24 h
Syndrome méningé fébrile	IRM à défaut scanner	non, sauf (4 h)
Sinusite aiguë ?	Rx standard Scanner	non indiquée non, sauf (24 h)
Cellulite cervico-faciale ?	Scanner facial +/- cervico-thoracique	4 h, si
Thrombophlébite faciale ?	IRM + ARM Angioscanner	24 h 24 h

COMMENTAIRES

indispensable si suspicion de méningo-encéphalite herpétique.

si signes neurologiques focaux, troubles de la vigilance, convulsion, hypertension intracrânienne, immunodépression... (imagerie avant PL).

NB : la PL n'est pas une indication en soi à l'imagerie.

sinusite grave ou résistante au traitement chez un diabétique ou un immunodéprimé.

forme grave, pour bilan d'extension.

permet le bilan d'extension au sinus caverneux.

THORAX

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ	
	EXAMENS	DÉLAIS
Embolie pulmonaire ? – non massive	Rx thorax face Angioscanner et/ou Echo-Doppler des membres inférieurs	1 h 24 h
– massive	Rx thorax F (en SAUV) Echo cardiaque au lit Angioscanner	1 h 1 h 1 h
Hémoptysie ? – non massive	Rx thorax F + P Scanner	1 h 24 h
– massive	Rx thorax F (en SAUV) Scanner Artériographie bronchique	1 h 1 h 1 h
Pleurésie ?	Rx thorax F + P Scanner	4 h non, sauf (4 h)
Pneumopathie ?	Rx thorax F + P Scanner sans injection	4 h non, sauf (24 h)
Pneumothorax ?	Rx thorax face Scanner sans injection	1 h 4 h, si
Corps étranger ?	Rx thorax F + P	1 h
Rupture de l'œsophage ?	Rx thorax F + P Scanner + opacification de l'œsophage	1 h 4 h

COMMENTAIRES

choix et ordre des examens selon le niveau de suspicion et l'état clinique (par exemple : Echo-Doppler en 1^{er} ou scintigraphie si insuffisance ventriculaire gauche...).

NB : traitement anticoagulant mis en route avant les examens.

NB : si contre-indication aux anticoagulants, délais d'examens raccourcis à 4 h.

choix et ordre des examens adaptés à la tolérance clinique.

explorations à discuter avec les pneumologues (scanner, endoscopie...).

explorations sans retarder l'artériographie bronchique. Avis spécialisé recommandé.

avec embolisation.

NB : le transfert très fréquent ne permet pas le respect des délais.

si hémithorax ou suspicion d'empyème.

si doute diagnostique ou discordance radio-clinique avec signes de gravité clinique.

le risque lié à la réalisation du cliché en expiration forcée impose l'interprétation préalable du cliché standard.

doute diagnostique ou cliché non réalisable en position debout.

en inspiration et expiration.

CŒUR et VAISSEAUX

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ	
	EXAMENS	DÉLAIS
Dissection de l'aorte thoracique ?	Rx thorax F (en SAUV) Angioscanner ou ETO	1 h 1 h
Ischémie aiguë d'un membre inférieur ?	Artériographie ou angioscanner ou ARM	4 h
Péricardite ?	Rx thorax F + P Echo cardiaque à défaut scanner	4 h 24 h
Tamponnade ?	Rx thorax F (en SAUV) Echo cardiaque à défaut scanner	1 h 1 h
Phlébite d'un membre inférieur ?	Echo-Doppler des veines iliaques et des membres inférieurs	24 h
Fissuration et/ou rupture d'anévrysme de l'aorte ?	Angioscanner	1 h
Syndrome coronarien	Rx thorax F (SAUV)	1 h

12

GYNÉCOLOGIE

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ	
	EXAMENS	DÉLAIS
Rupture de GEU ?	Echo pelvienne	1 h
Douleur pelvienne	Echo pelvienne	4 h

COMMENTAIRES

NB : utilité de l'IRM en cas de doute sur un épaississement pariétal de l'aorte ascendante.

explorations à discuter sans délai avec le chirurgien vasculaire ; rien ne doit retarder la prise en charge.

NB : traitement anticoagulant mis en route avant les examens dont le délai est raccourci à 4 h si contre-indication aux anticoagulants.

NB : dans certaines situations (post-partum, sous plâtre, en post-opératoire du pelvis) l'exploration de l'étage proximal peut nécessiter d'autres examens.

NB : en cas de choc aucune exploration ne doit retarder l'acte chirurgical.

NB : aucune exploration ne doit retarder la prise en charge spécialisée.

COMMENTAIRES

voie endo-vaginale et/ou sus-pubienne sans retarder l'intervention chirurgicale, avec l'objectif premier de rechercher un épanchement intrapéritonéal.

voie endo-vaginale en disposant des β HCG si suspicion de GEU.

ABDOMEN (non traumatique)

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ	
	EXAMENS	DÉLAIS
Pathologie vésiculaire ou biliaire ?	ASP Echo Scanner	non indiqué 4 h 4 h, si
Appendicite ?	ASP Scanner	non indiqué 4 h, si
	Scanner ou Echo	24 h, si
Diverticulite ?	ASP Scanner	non indiqué 4 h, si
	Scanner ou Echo	24 h
Pancréatite aiguë ?	Scanner	4 h, si
	Echo biliaire	24 h
Perforation digestive ?	ASP (3 clichés) Scanner	1 h 4 h, si
Syndrome occlusif	ASP (3 clichés) Scanner	1 h 4 h
	Lavement	4 h, à discuter
Infarctus mésentérique ?	Scanner	4 h
Hématome sous anticoagulant ?	Scanner Echo	4 h non indiquée
Hématémèse, maelena, rectorragie	ASP TOGD, lavement	non indiqué non indiqués
Foyer profond ? (sepsis grave)	Scanner à défaut, Echo	4 h, si

COMMENTAIRES

délai porté à 24 h en l'absence de signes infectieux.
exploration incomplète en échographie, doute sur une complication locale ou anomalie hépatique (abcès).

NB : le diagnostic d'appendicite est le plus souvent un diagnostic clinique.
signes de gravité (masse à la palpation, empâtement...) ou terrain fragile (corticothérapie, diabète...)
doute diagnostique persistant (échographie si doute avec une pathologie gynécologique).

signes de gravité (masse à la palpation, empâtement...) ou terrain fragile (corticothérapie, diabète...).

doute diagnostique (les enzymes pancréatiques peuvent être normales) ou forme grave (défaillance circulatoire ou respiratoire). Sinon dans les 48-72 h suivant le début de la douleur, pour le bilan des coulées et de la viabilité glandulaire.
à discuter pour rechercher la migration d'un calcul.

peut suffire si pneumo-péritoine.
doute diagnostique ou aide à la décision chirurgicale.

peut suffire (hernie étranglée, volvulus du sigmoïde...)
(1) pour apprécier la souffrance des anses, (2) pour bilan étiologique précis,
(3) si tableau pas clair.
si forte suspicion de volvulus, pour bilan thérapeutique, en utilisant des hydrosolubles.

délai réduit à 1 h si forte suspicion sur terrain emboligène.

sensibilité insuffisante.

NB : explorations endoscopiques en première intention.
scanner et artério peuvent être discutés après l'endoscopie.

origine abdomino-pelvienne envisagée, notamment si obèse.
NB : Echo en complément si problème vésiculaire ou gynécologique.

URINAIRE

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ		
	EXAMENS	DÉLAIS	
Colique néphrétique ? – simple (sujet jeune, apyrétique, diurèse conservée, signes typiques de moins de 24 h) – compliquée (fièvre ou oligo-anurie) ou doute diagnostique (anévrisme de l'aorte, dissection artère rénale...) ou rein unique ou absence de réponse au traitement...	ASP (F couchée) + Echo Scanner sans injection	4 h 24 h pas urgent	
	Scanner	4 h	
	à défaut ASP + Echo UIV	4 h non indiquée	
Pyélonéphrite ?	ASP + Echo	24 h	
	Scanner	non, sauf (4 h)	
	UIV	non, sauf (24 h) non indiquée	
Insuffisance rénale aiguë	Echo-Doppler ou scanner sans injection ARM Scanner + inj UIV]	4 h, sauf non, sauf (24 h) non indiqués	
	Hématurie macroscopique isolée	Imagerie	pas en urgence
	Globe vésical – doute sur l'existence du globe ? – bilan	Echo Echo UIV	1 h 24 h pas en urgence
Cystite isolée	Imagerie	non indiquée	
Torsion du cordon spermatique ?	Echo-Doppler	non indiquée	

COMMENTAIRES

la distension des cavités pyélocalicielles est visible après 24 h.

NB : à faire, si imagerie initiale non concluante.

à faire le plus tôt possible en cas d'oligo-anurie ou d'état septique.

ne pas injecter si oligo-anurie.

en particulier si doute avec une pathologie gynécologique.

visé à écarter une distension sur obstacle. Délai raccourci à 4 h si sepsis sévère, insuffisance rénale, suspicion d'obstacle.

si doute diagnostique sur terrain vasculaire (anévrisme de l'aorte, infarctus rénal, mésentérique...).

si facteurs de gravité (diabète, immunosuppression, résistance aux antibiotiques...).

insuffisance rénale clairement fonctionnelle (déshydratation, hypovolémie, hypotension...).

pour explorer les artères rénales.

interdiction car néphrotoxicité des produits de contraste iodés.

NB : prévoir un bilan étiologique.

après dérivation des urines, pour évaluer les voies urinaires supérieures, la vessie et la prostate.

sauf demande d'un urologue (intervention chirurgicale urgente).

NB : un doppler normal n'élimine pas le diagnostic (phase de début, torsion incomplète, détorsion spontanée).

RACHIS et OS NON TRAUMATIQUES

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ	
	EXAMENS	DÉLAIS
Sciaticque, cruralgie commune, névralgie cervico-brachiale ou douleur rachidienne sans déficit moteur ni trouble sphinctérien	Rx rachis	pas urgent, sauf (4 h)
	IRM à défaut scanner	pas urgent, sauf
Sciaticque, cruralgie, névralgie cervico-brachiale... paralysantes	IRM à défaut scanner	4 h, si
Compression médullaire ?	IRM à défaut scanner	1 h, si
		24 h, si
Spondylodiscite ?	Rx rachis IRM à défaut scanner	4 h pas urgent, sauf
Arthrite septique ?	Rx articulaires	24 h

18

POLYTRAUMATISME

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ	
	EXAMENS	DÉLAIS
Patient défenestré ou accident de la route avec cinétique violente : – victime éjectée du véhicule, projetée ou écrasée – autre passager décédé dans le même véhicule – appréciation globale (déformation du véhicule, vitesse estimée, absence de casque, absence de ceinture de sécurité)		
Patient non stabilisé	Rx thorax + Rx bassin + Echo Abdo (en SAUV)	1 h
Patient stabilisé	Scanner corps entier	1 h
	Rx rachis complet Clichés des membres Artério-embolisation	si 4 h à discuter

COMMENTAIRES

tableau symptomatique d'une pathologie infectieuse, néoplasique, ou possibilité de fracture sur ostéoporose.

NB : un cliché normal peut être faussement rassurant.
avis spécialisé.

indication opératoire.

symptômes < 8 h ou compression évolutive, centrée sur le niveau clinique.

symptômes > 8 h, centrée sur le niveau clinique.

NB : si accès local impossible, passer par la grande garde de neurochirurgie.

complications neurologiques (cf. compression médullaire) ; sinon à prévoir dans les 48 h.

la ponction articulaire est l'examen clé aux urgences.

COMMENTAIRES

compléter par un scanner si instabilité non expliquée par le bilan initial.

cérébral et rachis cervical non injecté,

puis thorax abdomen pelvis injecté, avec reconstructions sur le rachis.
reconstructions scanner insuffisantes.

au besoin ; délai réduit à 1 h si fracture ouverte.

devant une fracture du bassin et une hémodynamique instable, sans autre cause que le bassin.

TRAUMATISME ISOLÉ : tête, tronc, abdomen et pelvis

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ	
	EXAMENS	DÉLAIS
Trauma crânien, sans perte de conscience	Rx crâne Scanner cérébral	non indiquée non, sauf (1 h)
	Rx ou scanner rachis cervical	4 h, si
Trauma crânien, avec perte de conscience	Scanner cérébral + rachis cervical	4 h
Trauma facial sévère	Scanner face + cérébral	24 h
Trauma orbite ou tiers moyen de la face	Scanner à défaut Rx	4 h, si
Trauma mandibule	Scanner à défaut panoramique dentaire + Rx face basse	24 h
Paralysie faciale post-traumatique	Scanner	24 h, si
Fracture de côte ?	Rx thorax F insp Gril costal	1 h non, sauf
Trauma thoracique sévère	Rx thorax (en SAUV) Angioscanner	1 h 1 h
Trauma ou plaie de l'abdomen – patient instable – patient stable	Echo (en SAUV) Scanner	1 h 4 h
Trauma lombaire (contusion rénale)	ASP Echo Scanner	non indiqué non indiquée 4 h 1 h
Trauma scrotal – modéré – important	Echo	4 h non indiquée

COMMENTAIRES

signes neurologiques en foyer, vomissements ou céphalées d'aggravation progressive, troubles secondaires de la conscience, risque d'hématome (traitement anticoagulant, troubles de l'hémostase).
cervicalgies ou choc violent.

délai raccourci à 1h si signes neurologiques.
NB : attention à l'association d'une lésion du rachis cervical pour l'installation au scanner.
NB : scanner jusqu'à la charnière cervico-dorsale.

en cas de signes encéphaliques, cf. traumatisme crânien.
NB : délai réduit à 4 h si fracture ouverte.

suspicion ou problème de localisation d'un corps étranger, enophtalmie, baisse de l'acuité visuelle, troubles oculo-moteurs, ou sur avis spécialisé.

si panoramique non disponible, défilé mandibulaire et articulations temporo-mandibulaires (ATM).

paralysie complète et immédiate.

pour recherche de fractures de côte instables, de pneumothorax.
bilan de fractures multiples, instabilité, risque de décompensation respiratoire...

si hématurie macroscopique, ou suspicion de lésion intra-abdominale, ou importante contusion ou fort empâtement cutané ou plaie pénétrante.
si instabilité hémodynamique.

pour rechercher une fracture de l'albuginée conduisant à l'intervention.
car intervention chirurgicale.

TRAUMATISME ISOLÉ : rachis et extrémités

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ	
	EXAMENS	DÉLAIS
Rachis sans signes neurologiques	Rx rachis	4 h
	Scanner	4 h, si
Rachis avec signes neurologiques	Scanner IRM	1 h 1 h
	Rx rachis	4 h
Bassin	Rx bassin Scanner	4 h 4 h, si à défaut
	Artériographie	à discuter (1 h), si
Épaule	Rx épaule Scanner	4 h 24 h, si
Coude	Rx coude Scanner	4 h 24 h, si
Extrémité distale de l'avant-bras (Pouteau-Colles)	Rx poignet	4 h
	Scanner	24 h, si
Carpe	Rx poignet	4 h
	Scanner e/o IRM	24 h, si

NB : Informer le patient qu'il faut revenir consulter en cas de persistance des douleurs, alors que la radiographie initiale était normale.

COMMENTAIRES

F + P en position couchée ; si traumatisme cervical, clichés complémentaires sur la charnière cervico-occipitale.
difficulté d'interprétation ou incidence sur le choix thérapeutique.

indispensable si absence de lésion ostéo-articulaire au scanner et/ou discordance entre le résultat du scanner et l'état clinique.
dans les autres cas si le délai opératoire le permet.
F + P en position couchée ; si l'état neurologique et le délai opératoire le permettent et compte tenu du risque lié à la mobilisation d'un rachis instable.

en 1^{re} intention, cliché de face.
suspicion de fracture instable ou bilan souhaité ;
si fracture du bassin : incidence crânio-caudale et caudo-crâniale ;
si fracture du cotyle : 3/4 alaïre, 3/4 obturateur.
hémodynamique instable et fracture du bassin, notamment postérieure (en vue d'une embolisation).

F + profil d'omoplate + incidence verticale.
difficulté d'interprétation ou incidence sur le choix thérapeutique.

F + P ± compléter par une incidence de la tête radiale.
difficulté d'interprétation ou incidence sur le choix thérapeutique.

F + P en débrouillage, en sachant que les fractures localisées et les entorses nécessitent un bilan plus complexe différé à 24 h.
difficulté d'interprétation ou incidence sur le choix thérapeutique.

F + P + Schreick + incidences complémentaires e/o comparatives.
NB : attention au risque de méconnaître, notamment, une fracture du scaphoïde, pourtant décelable par scanner ou IRM précoce ou clichés à 8 j.
suspicion d'atteinte du scaphoïde.

TRAUMATISME ISOLÉ : rachis et extrémités

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ	
	EXAMENS	DÉLAIS
Col du fémur	Rx Scanner e/o IRM	4 h 24 h, si
Genou	Rx genou	4 h, si
	Scanner e/o IRM	24 h, si
Cheville	Rx cheville	4 h, si
	Scanner	24 h, si
Médio-pied	Rx pied	4 h, si
	Scanner	24 h, si
Arrière-pied	Rx Scanner	4 h 24 h, si
Corps étranger des parties molles	Rx Echo, scanner	24 h, si 24 h, si

NB : Informer le patient qu'il faut revenir consulter en cas de persistance des douleurs, alors que la radiographie initiale était normale.

COMMENTAIRES

F + profil chirurgical.

discordance radio-clinique ; certaines fractures non déplacées, notamment chez le sujet ostéoporotique, peuvent ne pas être décelées sur les clichés initiaux.

au minimum un des critères d'Ottawa : âge > 55 ans, douleur au niveau de la tête du péroné, douleur rotulienne, impossibilité de fléchir à plus de 90°, ou encore incapacité à faire 4 pas (2 sur chaque pied) sans aide dans l'heure suivant le traumatisme ou aux urgences.

incidences préconisées : F + P (à rayon horizontal) + les deux 3/4 (plateaux tibiaux).
discordance radio-clinique (plateaux tibiaux) ou incidence sur le choix thérapeutique.

au minimum un des critères d'Ottawa : douleur au bord postérieur ou à la pointe de la malléole interne ou externe, ou encore incapacité à faire 4 pas (2 sur chaque pied) sans aide dans l'heure suivant le traumatisme ou aux urgences.

incidences préconisées : F + P + F rotation interne + déroulé 3/4 du pied.
incidence sur le choix thérapeutique.

au minimum un des critères d'Ottawa : douleur à la base du 5^e métatarsien ou du scaphoïde ou encore incapacité à faire 4 pas (2 sur chaque pied) sans aide dans l'heure suivant le traumatisme ou aux urgences.

incidences préconisées : F + P + 3/4 (en dégageant la partie antérieure du talus et du calcaneum).
difficulté d'interprétation ou incidence sur le choix thérapeutique.

P + incidence retro-tibiale.

fracture ou suspicion de fracture.

métal, verre ou bois peint.

plastique ou bois.

ARM : Angio – IRM

ASP (3 clichés) : Abdomen sans préparation

Sur un patient valide : face debout + cliché centré

sur les coupes + face couché

Sinon 2 clichés : décubitus latéral gauche avec rayon horizontal +
face couché

ATM : Articulation temporo-mandibulaire

Echo : Echographie

ETO : Echographie trans-oesophagienne

GEU : Grossesse extra-utérine

IRM : Imagerie par résonance magnétique

PL : Ponction lombaire

Rx : Radiographie

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales

TC : Traumatisme crânien

TOGD : Transit œso-gastro-duodéal

UIV : Urographie intraveineuse

Notes

Auteurs

Comité de pilotage

Sophie de Chambine
Jean-Denis Larédo
Claude Marsault, coordonnateur
Dominique Pateron
Bruno Riou
Elisabeth Schouman-Claeys

Groupe de travail

Lionel Arrivé
Catherine Beigelman-Aubry
Zinedine Boumenir
Jean-Pierre Guichard
Pierre Hausfater
Jean-Louis Pourriat
Nicolas Sellier
Thierry Vassal

Relecteurs

AP-HP

Radiologues

Marie-Christine Anglade
Marc Bazot
Michel Blery
Franck Boudghene
Michel Brauner
Marie-France Carette
Sophie Chagnon
Olivier Clément
Didier Dormont
Jean-Luc Dumas
André Gaston
Olivier Geoffroy
Philippe Halimi
Emmanuel Houdart
Pascal Lacombe
Paul Legman
Marc Levesque
Sophie Maitre
Catherine Marsot-Dupuch
Alain Rahmouni
Daniel Reizine
Marc Sapoval
Valérie Vilgrain

Médecins urgentistes

Marc Andronikoff
Dominique Brun-Ney
Enrique Casalino
Anika Fichelle
Christine Ginsburg
Patrick Werner

Experts de spécialités

Jean-Charles Bertrand
Emmanuel Chartier-Kastler
Fabrice Ménégaux
Rémi Nizard
Florence Parent
Daniel Thomas

Groupe « urgences » Société Française de Radiologie (SFR)

Serge Bracard
François-Michel Lopez
Guy Moulin
Jean-Pierre Pruvo
Jean-Jacques Railhac
Yann Robert
Catherine Roy
Patrice Taourel

Imprimé en France par EMD S.A.S.
53110 Lassay-les-Châteaux
Dépôt légal : décembre 2005
N° dossier : 14668

