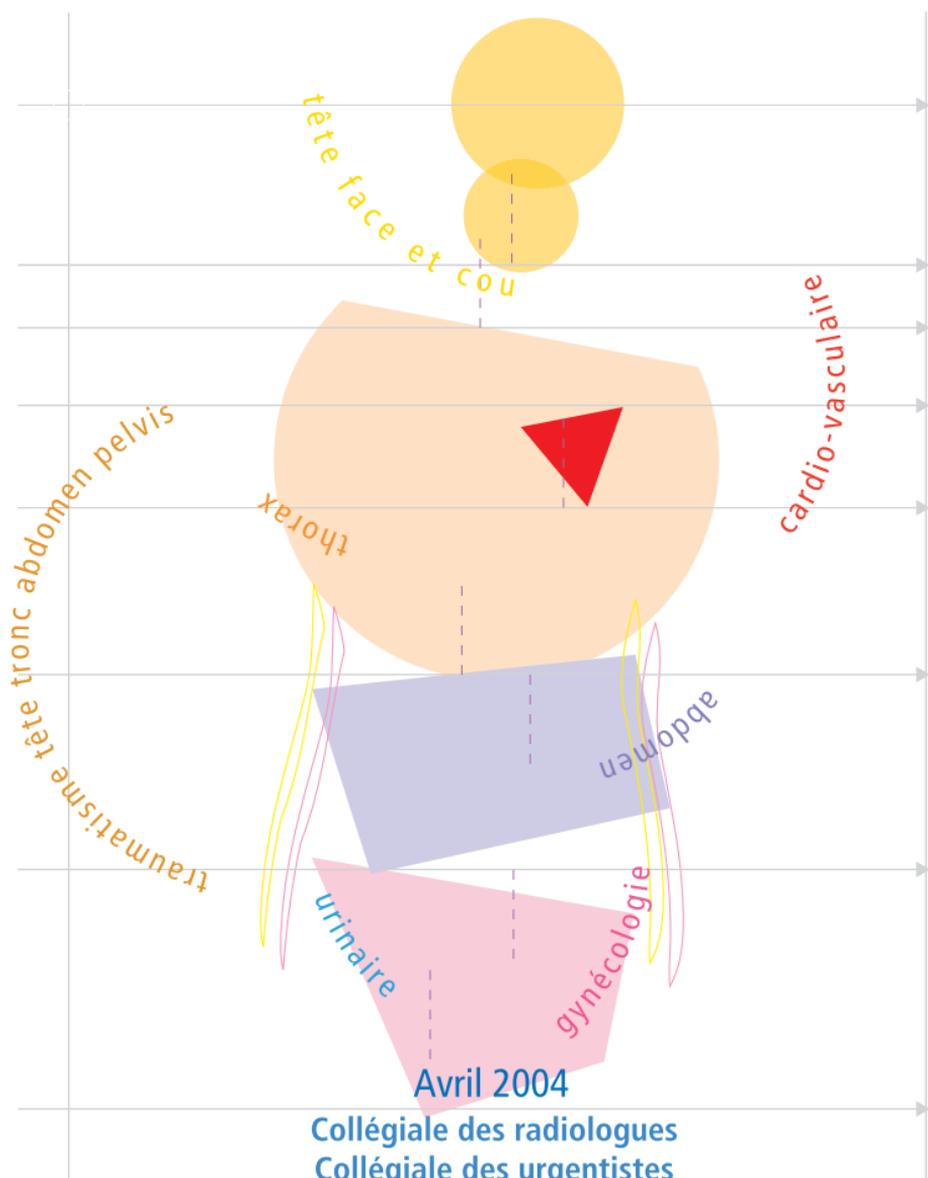


Urgences de l'adulte : objectifs pour l'indication d'imagerie



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'examen 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, récuser 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		COMMENTAIRES
	EXAMENS	DÉLAIS	
Accident ischémique vasculaire ? – avec début des signes < 6 h	IRM à défaut scanner sans injection	1 h 1 h	immédiatement si thrombolyse IV possible. NB : injection complémentaire si doute diagnostique (tumeur, infection...) ou étude de la perfusion.
– avec début des signes > 6 h	Scanner sans injection	24 h	
Accident ischémique transitoire ? 1. bilan du parenchyme cérébral	IRM à défaut scanner	24 h 24 h	examen le plus sensible. NB : si sténose significative, compléter secondairement par ARM ou angioscanner.
2. recherche de la cause	Echo-Doppler carotidien	24 h	
Troubles brutaux du comportement, de la conscience ou syndrome confusionnel	Scanner	4 h, sauf	cause métabolique, endocrinienne ou toxique... pathologies recherchées : hématorne sous-dural, hydrocéphalie, tumeur cérébrale.
Perte de conscience	IRM à défaut scanner	non, sauf (4 h)	si déficit neurologique transitoire ou permanent.
Hémorragie méningée ? (céphalée aiguë brutale isolée)	Scanner sans injection Artériol ou autre imagerie vasculaire	4 h 4 h, si	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.
	IRM	non, sauf (4 h)	
Thrombophlébite cérébrale ?	IRM et ARM ou Angioscanner	24 h 24 h	très performant pour l'exploration des veines et sinus crânio-encéphaliques.
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	

TÊTE (y compris FACE et COU)

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ		COMMENTAIRES
	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	indispensable si suspicion de méningo-encéphalite herpétique.
Syndrome méningé fébrile	IRM à défaut scanner	non, sauf (4 h)	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 aiguë ?	Rx standard Scanner	non indiquée non, sauf (24 h)	sinusite grave ou résistante au traitement chez un diabétique ou un immunodéprimé.
Cellulite cervico-faciale ?	Scanner facial +/- cervico-thoracique	4 h, si	forme grave, pour bilan d'extension.
Thrombophlébite faciale ?	IRM + ARM Angioscanner	24 h 24 h	permet le bilan d'extension au sinus caverneux.

THORAX

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ		COMMENTAIRES
	EXAMENS	DÉLAIS	
Embolie pulmonaire ? – non massive	Rx thorax face	1 h	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.
	Angioscanner et/ou Echo-Doppler des membres inférieurs	24 h	
– massive	Rx thorax F (en SAUV) Echo cardiaque au lit Angioscanner	1 h 1 h 1 h	choix et ordre des examens adaptés à la tolérance clinique.
Hémoptysie ? – non massive	Rx thorax F + P Scanner	1 h 24 h	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.
	– 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)	si hémithorax ou suspicion d'empyème.
Pneumopathie ?	Rx thorax F + P Scanner sans injection	4 h non, sauf (24 h)	si doute diagnostique ou discordance radio-clinique avec signes de gravité clinique.
Pneumothorax ?	Rx thorax face	1 h	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.
	Scanner sans injection	4 h, si	
Corps étranger ?	Rx thorax F + P	1 h	en inspiration et expiration.
Rupture de l'œsophage ?	Rx thorax F + P Scanner + opacification de l'œsophage	1 h 4 h	

CŒUR et VAISSEAUX

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ		COMMENTAIRES
	EXAMENS	DÉLAIS	
Dissection de l'aorte thoracique ?	Rx thorax F (en SAUV) Angioscanner ou ETO	1 h 1 h	NB : utilité de l'IRM en cas de doute sur un épaississement pariétal de l'aorte ascendante.
Ischémie aiguë d'un membre inférieur ?	Artériographie ou angioscanner ou ARM	4 h	explorations à discuter sans délai avec le chirurgien vasculaire ; rien ne doit retarder la prise en charge.
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	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.
Fissuration et/ou rupture d'anévrisme de l'aorte ?	Angioscanner	1 h	NB : en cas de choc aucune exploration ne doit retarder l'acte chirurgical.
Syndrome coronarien	Rx thorax F (SAUV)	1 h	NB : aucune exploration ne doit retarder la prise en charge spécialisée.

12

13

GYNÉCOLOGIE

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ		COMMENTAIRES
	EXAMENS	DÉLAIS	
Rupture de GEU ?	Echo pelvienne	1 h	voie endo-vaginale et/ou sus-pubienne sans retarder l'intervention chirurgicale, avec l'objectif premier de rechercher un épanchement intrapéritonéal.
Douleur pelvienne	Echo pelvienne	4 h	voie endo-vaginale en disposant des β HCG si suspicion de GEU.

ABDOMEN (non traumatique)

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ		COMMENTAIRES
	EXAMENS	DÉLAIS	
Pathologie vésiculaire ou biliaire ?	ASP Echo Scanner	non indiqué 4 h 4 h, si	délai porté à 24 h en l'absence de signes infectieux. exploration incomplète en échographie, doute sur une complication locale ou anomalie hépatique (abcès).
Appendicite ?	ASP Scanner	non indiqué 4 h, si	NB : le diagnostic d'appendicite est le plus souvent un diagnostic clinique. signes de gravité (masse à la palpation, empatement...) ou terrain fragile (corticothérapie, diabète...). doute diagnostique persistant (échographie si doute avec une pathologie gynécologique).
	Scanner ou Echo	24 h, si	
Diverticulite ?	ASP Scanner	non indiqué 4 h, si	signes de gravité (masse à la palpation, empatement...) ou terrain fragile (corticothérapie, diabète...).
	Scanner ou Echo	24 h	
Pancréatite aiguë ?	Scanner	4 h, si	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.
	Echo biliaire	24 h	
Perforation digestive ?	ASP (3 clichés) Scanner	1 h 4 h, si	peut suffire si pneumo-péritoine. doute diagnostique ou aide à la décision chirurgicale.
Syndrome occlusif	ASP (3 clichés) Scanner	1 h 4 h	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.
	Lavement	4 h, à discuter	
Infarctus mésentérique ?	Scanner	4 h	délai réduit à 1 h si forte suspicion sur terrain emboligène.
Hématome sous anticoagulant ?	Scanner Echo	4 h non indiquée	sensibilité insuffisante.
Hématémèse, maelena, rectorragie	ASP TOGD, lavement	non indiqué non indiqués	NB : explorations endoscopiques en première intention. scanner et artério peuvent être discutés après l'endoscopie.
Foyer profond ? (sepsis grave)	Scanner à défaut, Echo	4 h, si	origine abdomino-pelvienne envisagée, notamment si obèse. NB : Echo en complément si problème vésiculaire ou gynécologique.

URINAIRE

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ		COMMENTAIRES
	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	la distension des cavités pyélocalicielles est visible après 24 h. NB : à faire, si imagerie initiale non concluante.
	Scanner	4 h	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.
	à défaut ASP + Echo UIV	4 h non indiquée	
Pyélonéphrite ?	ASP + Echo	24 h	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...).
	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	insuffisance rénale clairement fonctionnelle (déshydratation, hypovolémie, hypotension...) pour explorer les artères rénales. interdiction car néphrotoxicité des produits de contraste iodés.
Hématurie macroscopique isolée	Imagerie	pas en urgence	NB : prévoir un bilan étiologique.
Globe vésical – doute sur l’existence du globe ? – bilan	Echo Echo UIV	1 h 24 h pas en urgence	après dérivation des urines, pour évaluer les voies urinaires supérieures, la vessie et la prostate.
Cystite isolée	Imagerie	non indiquée	
Torsion du cordon spermatique ?	Echo-Doppler	non indiquée	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		COMMENTAIRES
	EXAMENS	DÉLAIS	
Sciatique, cruralgie commune, névralgie cervico-brachiale ou douleur rachidienne sans déficit moteur ni trouble sphinctérien	Rx rachis	pas urgent, sauf (4 h)	tableau symptomatique d'une pathologie infectieuse, néoplasique, ou possibilité de fracture sur ostéoporose. NB : un cliché normal peut être faussement rassurant. avis spécialisé.
	IRM à défaut scanner	pas urgent, sauf	
Sciatique, cruralgie, névralgie cervico-brachiale... paralysantes	IRM à défaut scanner	4 h, si	indication opératoire.
Compression médullaire ?	IRM à défaut scanner	1 h, si	symptômes < 8 h ou compression évolutive, centrée sur le niveau clinique.
		24 h, si	symptômes > 8 h, centrée sur le niveau clinique. NB : si accès local impossible, passer par la grande garde de neurochirurgie.
Spondylodiscite ?	Rx rachis IRM à défaut scanner	4 h pas urgent, sauf	complications neurologiques (cf. compression médullaire) ; sinon à prévoir dans les 48 h.
Arthrite septique ?	Rx articulaires	24 h	la ponction articulaire est l'examen clé aux urgences.

18

19

POLYTRAUMATISME

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ		COMMENTAIRES
	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	compléter par un scanner si instabilité non expliquée par le bilan initial.
Patient stabilisé	Scanner corps entier	1 h	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.
	Rx rachis complet Clichés des membres Artério-embolisation	si 4 h à discuter	

TRAUMATISME ISOLÉ : tête, tronc, abdomen et pelvis

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ		COMMENTAIRES
	EXAMENS	DÉLAIS	
Trauma crânien, sans perte de conscience	Rx crâne Scanner cérébral	non indiquée non, sauf (1 h)	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.
	Rx ou scanner rachis cervical	4 h, si	
Trauma crânien, avec perte de conscience	Scanner cérébral + rachis cervical	4 h	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.
Trauma facial sévère	Scanner face + cérébral	24 h	en cas de signes encéphaliques, cf. traumatisme crânien. NB : délai réduit à 4 h si fracture ouverte.
Trauma orbite ou tiers moyen de la face	Scanner à défaut Rx	4 h, si	suspicion ou problème de localisation d'un corps étranger, enophtalmie, baisse de l'acuité visuelle, troubles oculo-moteurs, ou sur avis spécialisé.
Trauma mandibule	Scanner à défaut panoramique dentaire + Rx face basse	24 h	si panoramique non disponible, défilé mandibulaire et articulations temporo-mandibulaires (ATM).
Paralysie faciale post-traumatique	Scanner	24 h, si	paralysie complète et immédiate.
Fracture de côte ?	Rx thorax F insp Gril costal	1 h non, sauf	pour recherche de fractures de côte instables, de pneumothorax. bilan de fractures multiples, instabilité, risque de décompensation respiratoire...
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	si hématurie macroscopique, ou suspicion de lésion intra-abdominale, ou importante contusion ou fort empâtement cutané ou plaie pénétrante. si instabilité hémodynamique.
Trauma scrotal – modéré – important	Echo	4 h non indiquée	pour rechercher une fracture de l'albuginée conduisant à l'intervention. car intervention chirurgicale.

TRAUMATISME ISOLÉ : rachis et extrémités

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

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ		COMMENTAIRES
	EXAMENS	DÉLAIS	
Rachis sans signes neurologiques	Rx rachis	4 h	F + P en position couchée ; si traumatisme cervical, clichés complémentaires sur la charnière cervico-occipitale. difficulté d'interprétation ou incidence sur le choix thérapeutique.
	Scanner	4 h, si	
Rachis avec signes neurologiques	Scanner IRM	1 h 1 h	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.
	Rx rachis	4 h	
Bassin	Rx bassin Scanner	4 h 4 h, si à défaut	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 alaire, 3/4 obturateur. hémodynamique instable et fracture du bassin, notamment postérieure (en vue d'une embolisation).
	Artériographie	à discuter (1 h), si	
Épaule	Rx épaule Scanner	4 h 24 h, si	F + profil d'omoplate + incidence verticale. difficulté d'interprétation ou incidence sur le choix thérapeutique.
Coude	Rx coude Scanner	4 h 24 h, si	F + P ± compléter par une incidence de la tête radiale. difficulté d'interprétation ou incidence sur le choix thérapeutique.
Extrémité distale de l'avant-bras (Pouteau-Colles)	Rx poignet	4 h	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.
	Scanner	24 h, si	
Carpe	Rx poignet	4 h	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.
	Scanner e/o IRM	24 h, si	

TRAUMATISME ISOLÉ : rachis et extrémités

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

SITUATIONS CLINIQUES	OBJECTIFS QUALITÉ		COMMENTAIRES
	EXAMENS	DÉLAIS	
Col du fémur	Rx Scanner e/o IRM	4 h 24 h, si	F + profil chirurgical. discordance radio-clinique ; certaines fractures non déplacées, notamment chez le sujet ostéoporotique, peuvent ne pas être décelées sur les clichés initiaux.
Genou	Rx genou Scanner e/o IRM	4 h, si 24 h, si	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.
Cheville	Rx cheville Scanner	4 h, si 24 h, si	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.
Médio-pied	Rx pied Scanner	4 h, si 24 h, si	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.
Arrière-pied	Rx Scanner	4 h 24 h, si	P + incidence retro-tibiale. fracture ou suspicion de fracture.
Corps étranger des parties molles	Rx Echo, scanner	24 h, si 24 h, si	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-duodénal
 UIV : Urographie intraveineuse

Notes**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 Carrette
 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.
 53110 Lassay-les-Châteaux
 Dépôt légal : mai 2004
 N° dossier : 12035