

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
-------------------	--------	------------------------	--------------	------

G. Appareil digestif

Tractus digestif

Dysphagie cliniquement haute (l'obstacle est haut ou bas) 01 G	Déglutition barytée	Indiqué [B]
Dysphagie cliniquement basse (l'obstacle est bas situé) 02 G	Déglutition barytée	Non indiqué initialement [B]
	Scintigraphie	Non indiqué initialement [B]
Douleur thoracique. Suspicion de hernie hiatale ou de reflux 03 G	Déglutition barytée/TOGD	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]
Suspicion de perforation oesophagienne 04 G	RT	Indiqué [B]
	TDM	Indiqué [A]
	Déglutition opaque (produit de contraste hydrosoluble)	Indiqué [B]
Saignements gastro-intestinaux aigus : hématemèse, méléna 05 G	ASP	Non indiqué [B]
	Echographie	Non indiqué initialement [B]
	TDM	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]
	Transit baryté	Contre indiqué [A]
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]
	Angio	Examen spécialisé [B]
Dyspepsie chez un patient jeune (moins de 45 ans) 06 G	TOGD	Non indiqué [B]
Dyspepsie chez un patient plus âgé (plus de 45 ans) 07 G	TOGD	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]

L'endoscopie haute est généralement pratiquée en première intention chez les patients dysphagiques. Lorsque les troubles de la déglutition sont prépondérants, il est licite d'effectuer une étude de la déglutition barytée. L'enregistrement dynamique est essentiel. Technique particulière : baryte fluide, marshmallow. Approche multidisciplinaire avec l'ORL et l'orthophoniste.	II
Endoscopie haute faite en première intention (nécessité de faire une biopsie des sténoses). La déglutition barytée peut être utile secondairement pour montrer des anomalies du péristaltisme ou des sténoses discrètes, inapparentes en endoscopie.	II
Un transit isotopique peut être utile pour explorer des troubles de la motilité et apprécier l'efficacité thérapeutique.	II
Le reflux est une pathologie fréquente. Des investigations sont utiles seulement en cas de modification récente des symptômes et d'échec du traitement médical. L'endoscopie est alors la première exploration nécessaire pour montrer les signes précoces d'oesophagite peptique et rechercher des signes d'endobrachyoesophage par une biopsie. L'étude de la pHmétrie est l'examen de référence pour le diagnostic de reflux. Un transit oeso-gastroduodénal peut être pratiqué avant une intervention chirurgicale anti-reflux si l'indication en est posée.	II
Faite initialement, la radiographie thoracique est anormale dans 80 % des cas et peut suffire au diagnostic. Un pneumomédiastin est présent dans 60 % des cas.	I
La TDM est très sensible pour voir la perforation et pour la détection des complications médiastinales et pleurales.	III
Alternative à la TDM. Utilisation de produits de contraste non-ioniques. L'absence de fuite n'élimine pas le diagnostic et invite à réaliser une TDM.	II
L'endoscopie est la première méthode à utiliser pour identifier une lésion gastro-intestinale supérieure (varices, ulcères...) et parfois en faire le traitement.	II
Recherche de signes de maladie chronique du foie.	0
Utile si l'endoscopie n'a pas permis de localiser l'hémorragie et lorsque celle-ci persiste. La sensibilité de la TDM pour détecter une fuite est voisine de celle de l'artériographie.	III
Les explorations barytées seraient une gêne pour la réalisation d'une TDM ou d'une artériographie diagnostique et/ou thérapeutique.	II
Après une endoscopie négative, la scintigraphie aux hématis technétiés est plus sensible que l'angiographie. Elle peut être utile pour explorer une hémorragie basse inexploquée.	II / III
Lorsque des saignements sont incontrôlables, l'artériographie est utile pour localiser le saignement et éventuellement faire une embolisation (voir aussi 17 N).	III
Une endoscopie est utile en cas de symptômes associés ou persistants.	II
L'endoscopie est faite en première intention pour détecter un cancer. Le transit oeso-gastroduodénal n'est indiqué qu'en cas d'impossibilité ou d'échec de l'endoscopie.	II

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]
Suivi d'un ulcère gastro-duodénal 08 G	TOGD	Non indiqué [B]
Antécédents récents de chirurgie digestive (recherche de fuite) 09 G	Opacification digestive avec produit de contraste hydrosoluble	Indiqué [B]
Antécédents anciens de chirurgie digestive : symptômes de dyspepsie 10 G	Exploration barytée	Non indiqué initialement [B]
	Scintigraphie	Non indiqué initialement [B]
Antécédents anciens de chirurgie digestive : troubles du transit, symptômes d'obstruction 11 G	TOGD	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]
Saignement intestinal chronique ou récurrent 12 G	Transit du grêle	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]
	TDM	Indiqué [B]
	Angio	Examen spécialisé [B]
Douleur abdominale aiguë inexplicquée 13 G	Echographie	Indiqué [B]
	ASP	Indiqué [C]
	TDM	Indiqué [B]
Occlusion aiguë du grêle 14 G	ASP	Indiqué [B]
	Opacification digestive	Non indiqué initialement [B]
	TDM	Indiqué [B]
Occlusion chronique ou récurrente du grêle 15 G	Transit du grêle	Indiqué [B]
	TDM	Indiqué [B]

Commentaires	Dose
L'endoscopie est préférable pour affirmer la cicatrisation (cas de l'ulcère gastrique).	II
Cet examen montre souvent les fuites extra-luminales. Cependant, en cas de négativité et si la suspicion clinique de fistule est forte, une TDM est indiquée.	II
L'évaluation du tractus haut se fait par endoscopie.	II
Principale indication de l'étude isotopique du transit gastrique : dumping syndrome.	I / II
Le transit digestif opaque montre, quand c'est utile, la disposition du montage chirurgical, une éventuelle dilatation des anses anastomotiques, une hernie interne, une sténose de l'anastomose etc... Elle complète l'endoscopie.	II
L'étude de la vidange gastrique isotopique permet l'obtention d'informations fonctionnelles sur l'évacuation. Elle reste l'examen de référence pour l'étude quantitative de l'évacuation gastrique.	II
L'exploration initiale (haute et basse) est toujours l'endoscopie. Si elle est négative, le transit du grêle est utile. Intérêt potentiel de la vidéo capsule qui pourrait devenir l'examen de choix en l'absence de sténose digestive authentifiée.	II
Après une endoscopie négative, la scintigraphie aux globules rouges marqués est spécialement utile pour les saignements intermittents (voir 05 G). Elle peut détecter des hémorragies infimes, de l'ordre de 0,1 ml/mn.	II / III
Technique utile pour rechercher des anomalies du grêle, parfois avec une technique d'entéroscanner. Possibilité de faire des images angiographiques pour rechercher des anomalies des vaisseaux digestifs.	III
Recherche d'hypermévascularisation tumorale et surtout d'angiodysplasie. Efficacité démontrée de la vidéo capsule dans cette dernière indication.	III
L'échographie est un examen d'orientation avant de poser l'indication éventuelle d'autres explorations.	0
L'ASP est utile quand il s'agit de rechercher un pneumopéritoine ou des signes d'occlusions.	II
La TDM est utile en fonction de la présentation clinique.	III
Recherche de signes d'occlusion.	II
Rarement utile. Peut gêner la réalisation d'une TDM.	II
La TDM montre généralement l'occlusion et le niveau de l'obstruction, souvent la cause. Une technique d'entéroscanner est utile en cas d'occlusion minimale.	III
Cet examen montre généralement l'obstacle et sa localisation et apporte des arguments étiologiques.	II
Une technique d'entéroscanner est utile en cas d'occlusion minimale. La TDM montre mieux que le transit les atteintes extra-luminales comme une carcinose péritonéale.	III

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Maladie de l'intestin grêle suspectée (maladie de Crohn par exemple)	Transit du grêle	Indiqué [B]	Les explorations barytées du grêle sont utiles pour faire le diagnostic et le bilan d'une maladie de Crohn. Une entéroclyse est spécialement utile pour rechercher une fistule et faire un bilan préopératoire.	II
	Echographie, TDM, IRM	Examens spécialisés [B]	Chaque examen a des possibilités de démontrer l'atteinte pariétale et extra-luminale et peut participer au suivi de la maladie. Ils sont utilisés en milieu spécialisé dans des circonstances cliniques particulières et en fonction des compétences locales.	0 III 0
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	La scintigraphie avec des leucocytes marqués montre l'activité et le développement de la maladie.	II
Suspicion de cancer colo-rectal (modifications récentes du comportement digestif, saignements bas)	Lavement baryté	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	La coloscopie est l'examen de première intention. Le lavement baryté se discute en cas d'échec ou d'impossibilité de la coloscopie.	III
	TDM	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	La coloscopie est l'examen de première intention. La TDM se discute en cas d'échec ou d'impossibilité de la coloscopie. C'est une alternative au lavement baryté.	III
Occlusion colique	ASP	Indiqué [B]	Très utile au diagnostic, peut montrer l'étiologie (volvulus colique).	II
	Lavement opaque aux produits de contraste hydrosolubles	Indiqué [B]	Confirme l'obstruction et son niveau, souvent la cause.	III
	TDM	Examen spécialisé [B]	La valeur de la TDM est réelle car cet examen est mieux supporté qu'un lavement chez les patients âgés ou fatigués.	III
Maladie inflammatoire du côlon : poussée aiguë	ASP	Indiqué [B]	Utile pour rechercher une colectasie.	II
	Lavement baryté	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	L'endoscopie est préférable. Elle permet de faire des prélèvements. Selon l'état du malade, elle est faite immédiatement ou retardée ; elle est totale ou localisée au recto-sigmoïde. Le lavement est contre indiqué par une colectasie. Sinon, il peut aider au bilan topographique de l'atteinte inflammatoire. Il est utile en cas de sténose.	III
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	La scintigraphie avec des leucocytes marqués aide à évaluer l'étendue et la topographie de l'atteinte.	II
	IRM	Examen spécialisé [B]	Utile lorsqu'il y a des lésions ano-rectales associées.	0
Suivi à long terme d'une maladie inflammatoire du côlon	Lavement baryté	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	La coloscopie est préférable. Le rôle du lavement baryté est limité à un bilan préopératoire, une recherche de fistule ou à l'évaluation de patients ayant eu une chirurgie complexe.	III
Douleur abdominale aiguë suffisamment forte pour justifier une hospitalisation. Suspicion d'urgence chirurgicale	ASP RT Echographie TDM	Indiqués [B]	La stratégie est liée à la présentation clinique et tient compte de l'examen clinique, de la localisation de la douleur et des signes associés. Selon les cas, l'échographie, l'ASP, voire la TDM sera le premier examen réalisé. Cette dernière est souvent pratiquée soit en cas de pathologie particulière (ex : pancréatite), soit pour certains en substitution à l'ASP et à l'échographie (ex : lithiase urinaire).	II I 0 III
	Masse palpable de l'abdomen	ASP	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]	Seul intérêt potentiel, la recherche de calcifications et d'atteinte osseuse associée.
Echographie		Indiqué [B]	Toute masse palpable est visible en échographie. Cet examen contribue à déterminer la topographie de la masse et ses rapports de voisinage et donne des arguments de caractérisation.	0
TDM ou IRM		Indiqué [B]	Pour mieux préciser la topographie de la masse et sa structure.	III 0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Malabsorption	Transit du grêle	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	L'imagerie, inutile pour le diagnostic, ne fait que contribuer à rechercher d'autres causes de malabsorption quand la biopsie est négative.	II
	Explorations isotopiques	Examen spécialisé [B]	Quelques explorations sont proposées pour établir l'existence d'une malabsorption, certaines n'étant pas du domaine de l'imagerie.	II
Constipation	ASP	Indiqué dans des cas particuliers [B]	Seulement utile chez les patients âgés ou en milieu psychiatrique (fécalomes, iléus médicamenteux).	II
	Mesure du transit	Examen spécialisé [B]	Suivi par des radiographies abdominales simples étagées dans le temps de la progression de repères opaques.	III
	Défécographie ou Défécographie par IRM	Examens spécialisés [B]	Chez quelques patients, une constipation est liée à des troubles de la statique pelvienne. L'utilisation de l'IRM se développe dans cette indication.	III 0
Infection abdominale (voir aussi 20 N et 21 N)	Echographie et/ou TDM	Indiqué [C]	L'échographie est souvent pratiquée en premier. Elle est très performante en cas de signes de localisation et dans les régions sus-mésocoliques et pelviennes. La TDM est le meilleur examen pour localiser ou exclure une infection. Elle est plus performante que l'échographie en période post-opératoire.	0 III
	Scintigraphie	Non indiqué initialement [C]	Utile en cas de suspicion de sepsis profond non détecté par les techniques usuelles.	II / IV

Foie, vésicule et pancréas

Métastases hépatiques (voir aussi 36 N et 37 N)	Echographie	Indiqué [B]
	TDM	Indiqué [B]
	IRM	Examen spécialisé [B]
	TEP	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]
26 G		
Suspicion de lésion hépatique bénigne (hémangiome ?) vue en échographie	IRM ou TDM	Indiqué [B]
	Scintigraphie ou TEP	Non indiqué initialement [B] Non indiqué initialement [C]
27 G		
Cirrhose connue : recherche de complications	Echographie	Indiqué [B]
	TDM	Examen spécialisé [B]
	IRM	Examen spécialisé [B]
28 G		

Généralement examen initial. Les performances de l'échographie sont bonnes pour les lésions de plus de 2 cm ; la sensibilité est plus faible pour les petites tumeurs.	0
Sensibilité meilleure que celle de l'échographie. Nécessaire quand l'échographie est douteuse ou que le patient est un candidat éventuel à une résection chirurgicale des métastases hépatiques.	III
Elle est plus performante que la TDM si on utilise des produits de contraste spécifiques. Utile pour caractériser les lésions, elle est fréquemment pratiquée chez les patients devant subir une résection hépatique.	0
La tomographie par émission de positons au 18FDG est indiquée chez un patient candidat à un traitement chirurgical curatif pour rechercher une extension extra hépatique qui contre indiquerait la chirurgie. Elle peut aussi aider à trouver la tumeur primitive en cas de métastase révélatrice ou aider à apprécier l'efficacité des traitements.	III / IV
Si l'échographie n'a pas permis de caractériser la lésion, une TDM, ou mieux une IRM, est indiquée. Les modalités sont utiles pour caractériser ces lésions, en montrant des signes spécifiques d'un hémangiome ou évocateurs d'une autre nature.	0 III
La scintigraphie aux globules rouges marqués est très performante en cas d'angiome géant. Si le doute persiste entre lésion bénigne et maligne, la TEP au 18FDG est indiquée dans le diagnostic différentiel.	II / III III / IV
Très sensible pour rechercher une ascite, l'échographie peut aussi montrer des varices d'hypertension portale. Elle est également un examen de dépistage du carcinome hépatocellulaire. Toute lésion focale échographique découverte initialement et dans le suivi dans un foie de cirrhose nécessite des investigations complémentaires (TDM ou IRM). Dans certains cas, après concertation avec une équipe de chirurgie hépatique, en fonction des résultats de l'IRM, de la TDM et des traitements envisagés, une biopsie dirigée peut être indiquée. Si le diagnostic de cirrhose n'était pas établi, cette biopsie doit porter sur le foie tumoral et non tumoral.	0
Complémentaire de l'échographie pour identifier un nodule ou examiner un patient ayant une élévation isolée de la concentration plasmatique d'alpha foeto protéine.	III
Sensibilité similaire à celle de la TDM pour la détection du carcinome hépatocellulaire.	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Ictère	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie est un examen majeur pour affirmer une dilatation biliaire et la localisation d'un obstacle éventuel. Toutefois, la dilatation peut être très modérée au début ou dans certains cas comme une cholangite sclérosante. L'échographie permet d'orienter les explorations ultérieures.	0
	TDM	Examen spécialisé [B]	En cas de tumeur, la TDM permet de mieux préciser la localisation, d'en évoquer la nature et d'en faire un bilan d'extension précis. La TDM est souvent complémentaire de l'échographie.	III
	IRM	Examen spécialisé [B]	La cholangiographie par IRM donne une cartographie des voies biliaires, utile pour la discussion thérapeutique dans certains cas. En cas de lésion hilaire, elle doit être faite immédiatement après l'échographie.	0
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	La scintigraphie hépatobiliaire permet une étude du transit biliaire et procure des renseignements fonctionnels. Elle est particulièrement utile en cas de normalité des examens morphologiques qui ont permis d'éliminer un obstacle à l'évacuation (tumoral ou lithiasique).	III
	Echoendoscopie	Examen spécialisé [B]	Très bonne méthode pour évaluer les obstacles bas situés et de petite taille (ampulome, petit cancer du pancréas, lithiasie du cholédoque). Elle permet une biopsie sans risque d'essaimage tumoral pariétal.	0
	CPRE	Examen spécialisé [B]	Utile dans un but thérapeutique. Les indications diagnostiques sont devenues exceptionnelles.	III
Pathologie biliaire (par exemple calcul, douleurs post cholécystectomie)	ASP	Non indiqué [C]	Seuls 10% des calculs biliaires sont calcifiés et visibles sur un ASP	II
	Echographie	Indiqué [B]	Investigation de base pour rechercher une lithiasie vésiculaire. Ne permet pas d'exclure avec certitude une lithiasie cholédocienne.	0
	IRM	Examen spécialisé [B]	Complète l'échographie en montrant mieux les anomalies cholédociennes et la morphologie d'ensemble des voies biliaires, grâce à la cholangio-RM.	0
	Echoendoscopie	Examen spécialisé [B]	Complémentaire de l'échographie en montrant mieux les anomalies cholédociennes et ampullaires.	0
	TDM	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Rôle restreint pour l'évaluation du cholédoque. Rôle utile pour évaluer la paroi vésiculaire, en particulier en cas de tumeur vésiculaire.	III
	Scintigraphie	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	La scintigraphie hépato-biliaire est très performante dans le diagnostic de cholécystite aiguë. Indiquée en cas de dissociation entre la clinique et l'échographie, elle est particulièrement utile en cas de cholécystite alithiasique.	III
Fuite biliaire post opératoire	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie permet habituellement de visualiser l'origine anatomique des collections. Le rôle de la cholangio-IRM est en évaluation.	0
	CPRE	Indiqué [B]	Utile pour rechercher la localisation exacte de la fuite. La CPRE a pour but de proposer un éventuel traitement par exemple en plaçant une prothèse.	III
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	La scintigraphie hépato-biliaire est indiquée uniquement dans des tableaux cliniques particuliers comme la recherche d'une fuite occulte.	III
Pancréatite aiguë	Echographie	Indiqué [B]	Doit être faite précocement pour la recherche de lithiasie vésiculaire afin d'avoir un argument en faveur de l'origine biliaire de la pancréatite. Rôle limité pour examiner le pancréas.	0
	TDM	Indiqué [B]	Elle permet de faire le diagnostic et de préciser le stade et la gravité, notamment en déterminant l'étendue de la nécrose et des masses inflammatoires. Utile aussi au suivi évolutif de la maladie.	III
	ASP	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Si la pancréatite se présente de façon non spécifique comme un syndrome pseudo-occlusif par exemple.	II
	IRM, Echoendoscopie, CPRE	Examens spécialisés [C]	Utiles pour rechercher une lithiasie cholédocienne. Leur indication se discute en fonction des résultats de l'échographie et de l'état clinique du patient. La CPRE a plus spécifiquement un but thérapeutique.	0 0 III

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Pancréatite chronique	ASP	Indiqué [B]	Recherche de calcifications pancréatiques.	II
	Echographie et/ou TDM	Indiqué [B]	L'échographie montre la dilatation du canal de Wirsung et certaines complications (faux kystes, thrombose, obstacle biliaire). La TDM est plus précise pour faire le bilan pré thérapeutique de faux kystes et pour faire une reconstruction vasculaire angiographique en cas d'atteinte veineuse.	0 III
	IRM CPRE Echoendoscopie	Examens spécialisés [B]	Utiles en cas de complication biliaire, avant une discussion thérapeutique. La cholangio-RM peut aussi être utile pour démontrer les anomalies débutantes du canal de Wirsung, particulièrement en utilisant de la sécrétine. L'écho-endoscopie peut être utile pour la détection de la pancréatite chronique débutante.	0 III 0
Tumeur du pancréas	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie est un bon examen pour détecter la tumeur, mais est limitée pour le bilan d'extension.	0
	TDM	Indiqué [B]	Plus sensible que l'échographie pour la détection, elle a aussi de bien meilleures performances pour le bilan d'extension. Un avantage important est la possibilité de faire une reconstruction angiographique.	III
	IRM	Examen spécialisé [B]	Les performances sont similaires à celles de la TDM, mais elle ne permet pas un bilan aussi étendu que la TDM.	0
	TEP	Indiqué dans des cas particuliers [B]	Au moins aussi sensible et spécifique que la TDM pour la détection de la tumeur primitive. La TEP au 18FDG est indiquée pour le diagnostic différentiel entre cancer du pancréas et pancréatite chronique.	III / IV
	Echoendoscopie	Examen spécialisé [B]	Très performante pour la détection et le bilan d'extension des petites tumeurs, en particulier l'atteinte ganglionnaire loco régionale, l'envahissement péritonéal local et l'atteinte des parois vasculaires.	0
	CPRE	Examen spécialisé [B]	Utile en cas de contre indication chirurgicale car elle permet de mettre en place une prothèse biliaire.	III
Tumeur langerhansienne	Imagerie	Examen spécialisé [B]	La TDM et l'IRM ont un rôle pour localiser la tumeur et rechercher des métastases. Cependant, l'écho-endoscopie est la méthode la plus sensible en cas de petite tumeur et de tumeurs multiples. Le standard est l'association de l'échographie peropératoire et de la palpation chirurgicale.	
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	Scintigraphie au pentétérotide en cas de forte suspicion de tumeur endocrine.	IV