

Ces lignes directrices sont destinées à aider les médecins traitants et les autres professionnels de la santé à prendre des décisions sur les examens d'imagerie appropriés pour leurs patients. Elles ne visent pas à restreindre le rôle du médecin dans le processus de prise de décisions concernant les études d'imagerie à demander. Elles ne doivent pas être utilisées pour limiter la liberté du médecin traitant de déterminer et de prescrire les examens d'imagerie qui conviennent à ses patients, car c'est lui qui en a la responsabilité ultime. Bien que ces lignes directrices soient conçues comme un guide pour les médecins traitants, nous encourageons également ces derniers à discuter avec leurs collègues radiologistes en cas d'hésitation au sujet de l'examen d'imagerie approprié pour leurs patients.

Problème clinique ou de diagnostic

Les lignes directrices sont divisées en 13 sections :

- A. Système nerveux central
- B. Tête et cou
- C. Rachis
- D. Système musculosquelettique
- E. Système cardiovasculaire
- F. Thorax
- G. Système gastro-intestinal
- H. Système urogénital et surrénal
- I. Obstétrique et gynécologie
- J. Traumatisme
- K. Cancer
- L. Pédiatrie
- M. Maladies du sein

Examen

Remarques sur les examens les plus fréquents :

Tomodensitométrie (TDM) : La TDM est désormais largement accessible. Des avancées importantes ont également eu lieu récemment, avec la mise au point de la TDM hélicoïdale et multicoupes, qui permet l'acquisition d'une grande quantité de données en une seule apnée. Ces avancées ont créé de nouvelles possibilités diagnostiques, comme l'emploi de la TDM multicoupes dans le diagnostic des coronaropathies. Il faut toutefois se rappeler que la TDM occasionne une dose de rayonnement relativement élevée. Il faut donc toujours envisager d'autres possibilités, compte tenu notamment de l'utilisation croissante de l'IRM.

Imagerie par résonance magnétique (IRM) : Avec l'expérience et les récents progrès techniques, le rôle de l'IRM continue de croître et c'est désormais la disponibilité de l'équipement qui en limite souvent l'expansion.

Puisqu'elle n'expose le patient à aucun rayonnement ionisant, l'IRM devrait être privilégiée dans les cas où elle permet d'acquérir de l'information de valeur semblable à la TDM (lorsque les deux modalités sont disponibles).

Médecine nucléaire (MN) : Le spécialiste en MN saura conseiller les médecins sur le recours à un type d'examen précis. Les médecins traitants devraient donc indiquer précisément le problème clinique à évaluer, puisqu'il dictera l'examen radio-isotopique (ou autre) à privilégier.

Tomographie par émission de positons (TEP) : La TEP a récemment connu des avancées majeures et sa disponibilité s'accroît graduellement. Comme les principaux radionucléides employés en TEP ont un cycle de vie court (un analogue du glucose, le fluorodésoxyglucose marqué au fluor-18, ou FDG, est largement utilisé), cette modalité ne peut être offerte qu'à distance raisonnable d'un cyclotron et d'une pharmacie isotopique.

Échographie (ÉCHO) : Au cours des 5 à 10 dernières années, l'équipement et l'expertise en échographie ont progressé (Doppler couleur, Doppler de puissance, échographie musculosquelettique, échographie gynécologique transvaginale, etc.) et les demandes d'examen visent une gamme élargie d'indications. Ces tendances sont les bienvenues, puisque l'échographie n'émet pas de rayonnements ionisants. Elle offre également d'autres avantages inhérents – faible coût, accessibilité, acquisition multiplanaire en temps réel, étude Doppler permettant d'évaluer la vascularité, caractère non refractif – qui en font une excellente technique d'étude initiale pour un vaste éventail de problèmes cliniques.



Recommandations (Niveau)

Les recommandations sont désignées de la façon suivante :

1. **Indiqué** : Étude la plus susceptible de contribuer au diagnostic et à la prise en charge cliniques.
2. **Examen spécialisé** : Études souvent complexes ou exigeant beaucoup de temps ou de ressources, généralement demandées par un spécialiste ou effectuées après discussion avec un radiologiste.
3. **Non indiqué au premier abord** : Inclut des situations où l'expérience démontre que le problème clinique se résout habituellement avec le temps, et où l'on recommande d'attendre avant d'effectuer l'examen.
4. **Indiqué seulement dans des cas précis** : Études spéciales effectuées seulement si le médecin donne des arguments convaincants ou si le radiologiste estime que l'examen est une bonne façon d'approfondir le diagnostic et la prise en charge du patient.
5. **Non indiqué** : Examens qui ne contribuent habituellement pas à la prise en charge du patient.

La classification des niveaux de preuve est fondée sur le système du US Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research. Ces niveaux sont les suivants :

[A] Situations possibles

- Études diagnostiques de haute qualité où un nouveau test est comparé avec une norme de référence de façon indépendante et à l'aveugle chez un éventail approprié de patients
- Revues systématiques et méta-analyses de telles études de haute qualité
- Lignes directrices de pratique diagnostique clinique ou règles en matière de décisions cliniques validées par une série de tests

[B] Situations possibles

- Études qui donnent une comparaison à l'aveugle et indépendante du nouveau test et de la norme de référence chez une série de patients non consécutifs ou un éventail restreint de sujets
- Études où le test de référence n'a pas été réalisé chez tous les sujets
- Revues systématiques de telles études
- Lignes directrices de pratique diagnostique clinique ou règles en matière de décisions cliniques non validées par une série de tests

[C] Situations possibles

- Études où la norme de référence n'était pas objective
- Études où la comparaison entre le nouveau test et la norme de référence n'a pas été effectuée à l'aveugle ou de façon indépendante
- Études où des résultats de test positifs et négatifs ont été vérifiés à l'aide de différentes normes de référence
- Études effectuées chez une série de patients inappropriée
- Opinions d'experts

Dose

L'utilisation d'études radiologiques fait partie intégrante de la pratique médicale, car elle est clairement bénéfique cliniquement pour le patient, ce qui compense grandement les faibles risques associés au rayonnement. Cependant, même de faibles doses de rayonnement comportent des risques.

Dans les Lignes directrices relatives aux demandes d'examen en radiologie de la CAR, les doses ont été groupées en larges bandes pour indiquer aux médecins traitants l'ordre de grandeur de la dose de rayonnement associée aux divers examens :

| Bande | Dose efficace typique (mSv) |
|-------|-----------------------------|
| 0 | 0 |
| ⊕ | moins de 1 |
| ⊕⊕ | 1–5 |
| ⊕⊕⊕ | 5–10 |
| ⊕⊕⊕⊕ | plus de 10 |

Commentaires

Les commentaires des Lignes directrices relatives aux demandes d'examen en radiologie de la CAR visent à expliquer pourquoi un examen particulier serait le plus efficace pour comprendre un problème clinique ou de diagnostic donné. Ils sont rédigés de manière informative, mais succincte, afin d'être intégrés facilement à un système informatique d'entrée d'ordonnances d'examens d'imagerie diagnostique doté d'un outil d'aide informatisée à la décision clinique.