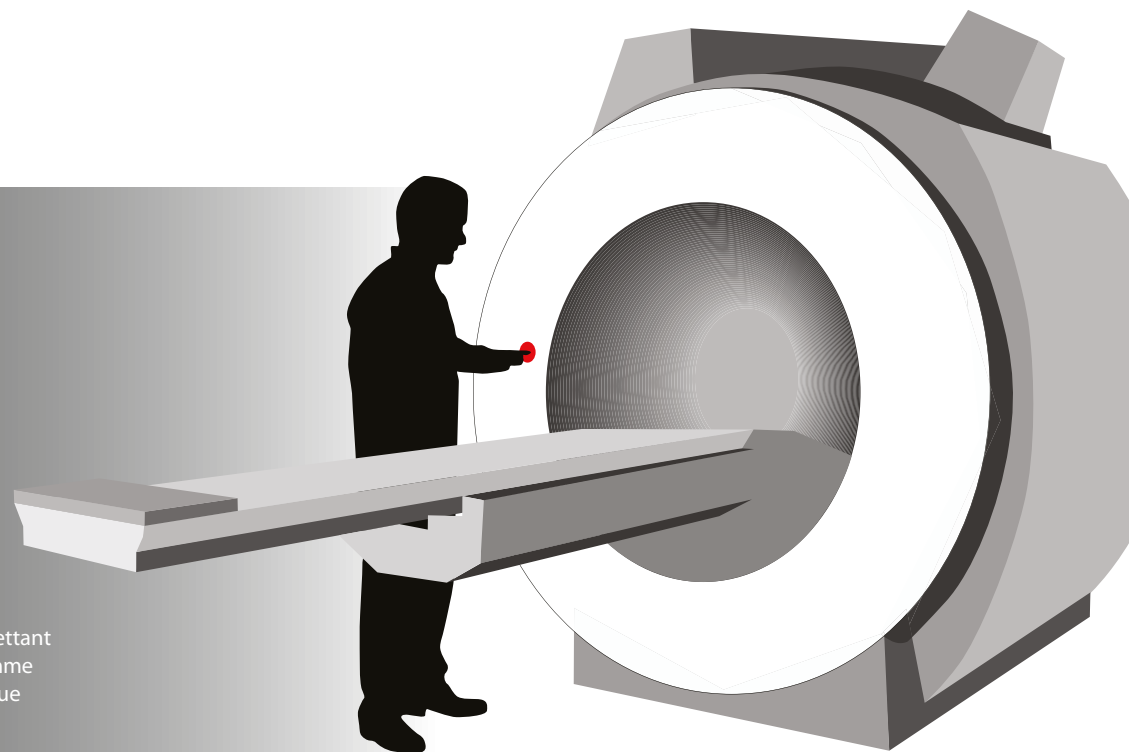


Utilisation optimale de l'IRM dans les cas de douleurs musculosquelettiques (DMS) chez les adultes

Cet outil interactif d'aide à la décision présente une synthèse des indications cliniques permettant d'évaluer la pertinence de recourir, ou non, à l'imagerie par résonance magnétique (IRM) comme instrument diagnostique dans 4 cas de DMS. **IL NE S'AGIT PAS** d'un guide de pratique clinique destiné à soutenir la prise en charge des patients qui présentent l'une ou l'autre de ces DMS.



Cliquez sur la section que vous souhaitez consulter.



Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS).

Ces recommandations sont tirées du rapport en trois volets intitulé : *Utilisation de l'imagerie par résonance magnétique en présence de douleurs musculosquelettiques chez les personnes adultes du Québec*. Ce rapport est disponible au inesss.qc.ca.

Équipe de la production scientifique

Auteurs

Yannick Auclair, Ph. D.

Brigitte Côté, M. D., FRCPC, M. Sc.

Coordination scientifique

Mariève Simoncelli, B. Pharm., M. Sc.

Mélanie Tardif, M. Sc., Ph. D.

Direction scientifique

Michèle de Guise, M. D., FRCPC, M.M.

Sylvie Bouchard, B. Pharm., DHP, M. Sc., MBA

Édition et transfert de connaissances

Renée Latulippe, M.A., coordonnatrice

Carole-Line Nadeau, M.A., professionnelle scientifique en transfert de connaissances

Patsy Hayes, graphiste

Catherine Lavoie, réviseuse linguistique

Remerciements

Nous tenons à remercier les personnes qui ont accepté de tester cet outil pour nous aider à l'améliorer, notamment les cliniciens de l'UETMIS du CHU de Québec - Université Laval et ceux de l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèques et Archives Canada, 2017

ISBN 978-2-550-78219-3 (format PDF)

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à la condition que la source soit citée.

© Gouvernement du Québec (2017)



Une évaluation clinique bien menée (anamnèse et examen physique) constitue un préalable à tout examen d'imagerie.

Des anomalies à l'imagerie sont très fréquentes chez les sujets asymptomatiques et toute attribution de causalité doit être faite après corrélation avec les signes et les symptômes cliniques.

Recommandations relatives à l'IRM en cas de lombalgie

NON TRAUMATIQUE +

En présence de lombalgie non spécifique, **l'IRM n'est généralement pas indiquée** avant une période minimale de 4 à 6 semaines de **traitement conservateur SAUF** si une pathologie grave est suspectée.

L'IRM est indiquée

- En présence de **déficits neurologiques** importants ou progressifs.
- En cas de suspicion de **pathologies infectieuses ou tumorales**.

L'IRM est indiquée dans certains cas précis

- En cas d'échec du **traitement conservateur** chez un **candidat à l'intervention** (p. ex., injection épidurale) ou à la **chirurgie**, notamment en présence de radiculopathie/radiculalgie ou de signes de sténose spinale.
- En cas de suspicion de **spondylarthropathie** (douleur chronique) si la **radiographie est non concluante**. [Examen spécialisé]
- En cas de doute sur la nature d'une fracture (p. ex., pathologique). [Examen spécialisé]
- En cas d'**antécédents de chirurgie**. [Examen spécialisé]

En bref

POST-TRAUMATIQUE +

L'IRM est **complémentaire** à la **radiographie** et (ou) la **TDM** réalisée en première intention, notamment en présence de troubles neurologiques.

Les situations et indications cliniques qui justifient, ou non, le recours à l'IRM dans les cas de lombalgie sont décrites en détail dans les pages suivantes (2 à 5).

lombalgie NON TRAUMATIQUE

Aiguë (- de 6 semaines)
Subaiguë (de 6 à 12 semaines)
Chronique (+ de 3 mois)



IRM généralement non indiquée

Lombalgie aiguë avec ou sans douleur radiculaire – absence de signes évocateurs de pathologies graves¹

1. Présence de déficits neurologiques graves ou progressifs, suspicion de pathologies tumorales ou infectieuses, suspicion de fracture.

Chez la majorité des patients, la lombalgie aiguë est une condition bénigne.

La littérature démontre qu'en dedans de quatre à six semaines, en l'absence de signes évocateurs de pathologies graves¹, les examens d'imagerie n'ont en général aucune incidence sur la prise en charge du patient.

Lombalgie subaiguë ou chronique non spécifique – absence de signes évocateurs de pathologies graves, sans complication

(c.-à-d. qui ne présente aucune des situations cliniques suivantes)

Chez les patients atteints de lombalgie subaiguë ou chronique non spécifique et sans complication, l'approche généralement préconisée demeure le traitement conservateur et la réalisation d'un examen d'IRM devrait demeurer exceptionnelle.

IRM indiquée

Lombalgie (aiguë, subaiguë ou chronique) – suspicion de pathologies tumorales ou infectieuses

Signaux d'alerte²

- Antécédents de cancer
- Perte de poids inexplicable
- Immunosuppression
- Douleur non améliorée par le traitement conservateur
- Infection récente (p.ex., urinaire)
- Fièvre d'origine inconnue
- Usage de drogues par voie intraveineuse
- Utilisation prolongée de stéroïdes

2. Les données disponibles suggèrent que la décision de recourir à l'imagerie ne devrait pas être basée sur la seule présence d'un « drapeau rouge ».

Taux de prévalence observée en contexte de soins primaires : infection 0.01 % ; néoplasie < 0,7 %.

L'IRM est indiquée si le contexte clinique évoque une pathologie tumorale ou infectieuse. En raison de sa grande sensibilité et spécificité, elle permet de bien localiser le site de la lésion et d'en déterminer l'étendue.

Chez les patients qui présentent des facteurs de risque mineurs de cancer (sans déficit neurologique), une période de soins conservateurs d'un minimum de quatre semaines est jugée raisonnable. Une radiographie pourrait être réalisée en première intention. Cependant, en raison de sa plus faible sensibilité, un résultat négatif ne justifie pas à lui seul l'arrêt de l'investigation.

Outre l'IRM, une tomodensitométrie (TDM) ou une scintigraphie pourrait également être envisagée, selon le cas. La TDM est utile pour étudier l'implication osseuse d'une lésion néoplasique. L'IRM est toutefois supérieure pour évaluer l'espace épidual et les structures neurologiques. La scintigraphie demeure un outil précieux, et ce, particulièrement lorsque des lésions multifocales sont suspectées.

Lombalgie (aiguë, subaiguë ou chronique) – présence de déficits neurologiques importants ou progressifs à évolution rapide; suspicion du syndrome de la queue de cheval (SQC)

Signaux d'alerte



- Faiblesse motrice globale ou progressive d'un ou des membres inférieurs
- Anesthésie en selle
- Rétention ou incontinence urinaire de débordement
- Perte de tonus du sphincter anal

En présence de signes ou symptômes neurologiques importants ou progressifs, l'IRM est l'examen indiqué et doit être réalisée en urgence. Elle est le meilleur examen, en raison de sa capacité à décrire avec précision les pathologies des tissus mous. La réalisation d'une IRM ne devrait pas retarder le recours à des soins spécialisés.



IRM indiquée dans certains cas précis

Lombalgie (aiguë, subaiguë ou chronique) – échec du traitement conservateur; candidat à l'intervention (p. ex., infiltration épidurale) ou à la chirurgie

Les patients qui souffrent de douleurs lombaires accompagnées d'une radiculopathie / radiculalgie ou qui présentent les signes cliniques d'une sténose spinale pourraient avoir recours à l'IRM, **s'ils sont des candidats potentiels pour l'intervention (p. ex., infiltration épidurale) ou la chirurgie suivant l'échec d'une prise en charge conservatrice** (c.-à-d. des symptômes progressant, ou persistant après une période d'au moins 4 à 6 semaines).

L'IRM a une valeur limitée pour les patients aux prises avec des douleurs chroniques non spécifiques (sans symptômes radiculaires ou signaux d'alerte). Les anomalies observées sont souvent très fréquentes chez les sujets asymptomatiques. L'approche généralement préconisée chez ces patients demeure le traitement conservateur et la réalisation d'un examen d'IRM devrait demeurer exceptionnelle, selon le contexte clinique.

Lorsque l'IRM est contre-indiquée, la TDM est le meilleur examen. La TDM pourrait même dans certains cas être considérée avant l'IRM. En raison de son excellente résolution osseuse, la TDM est particulièrement utile chez les patients plus âgés (de plus de 50 ans), chez qui la sténose foraminale ou canalaire lombaire est une cause fréquente de sciatalgie et de claudication neurogène. Cependant, en présence de déficits neurologiques non expliqués par la TDM, une IRM devra être réalisée. Compte tenu des risques associés aux radiations, l'IRM demeure l'examen de choix chez les jeunes patients.

Lombalgie chronique – suspicion de sacro-illite / spondyloarthropathie

La radiographie est l'examen indiqué en première intention.

Si la radiographie n'est pas concluante, l'IRM* pourrait être indiquée pour soutenir le diagnostic.

Lors de suspicion de spondyloarthropathie accompagnée de douleurs limitées à la région sacro-iliaque (SI), une IRM de la région SI est dans la plupart des cas suffisante pour poser le diagnostic.

Chez le patient diagnostiqué, la radiographie demeure l'examen d'imagerie privilégié, mais l'IRM* pourrait être utile pour déterminer la réponse au traitement (p. ex., inhibiteurs du TNF-alpha).

* Examen spécialisé

Lombalgie (aiguë, subaiguë ou chronique) – facteurs de risque ou signes de fracture par tassement

Signaux d'alerte

- Utilisation prolongée de stéroïdes
- Ostéoporose
- Chute mineure
- Faible traumatisme ou transport de lourdes charges par une personne âgée ou à risque d'ostéoporose



Chez les patients qui présentent des facteurs de risque ou des signes de fracture par tassement, **la radiographie est l'examen recommandé en première intention et est suffisante dans la majorité des cas.**

Si des doutes persistent ou que des informations supplémentaires sont requises pour orienter le traitement, la scintigraphie*, la TDM* ou l'IRM* pourrait être indiquée, selon le contexte clinique. L'IRM est particulièrement utile lors d'incertitude sur la nature d'une fracture afin d'exclure une origine pathologique.

* Examen spécialisé

Lombalgie – sujets ayant des antécédents de chirurgie lombaire

La radiographie et (ou) la TDM* sont indiquées à la recherche d'une instabilité ou d'une pseudarthrose de même que pour évaluer la fusion et le matériel. L'IRM* pourrait être indiquée lors de nouveaux symptômes, notamment en présence d'une lombosciatalgie récidivante. Une période de traitement conservateur préalable pourrait être appropriée.

* Examen spécialisé

Examen spécialisé : examen généralement demandé par un spécialiste ou effectué après discussion avec un radiologiste.

lombalgie POST-TRAUMATIQUE



IRM indiquée

Traumatisme thoracique et lombaire
accompagné de troubles neurologiques

L'IRM est complémentaire à la radiographie et (ou) à la TDM réalisée en première intention.

IRM indiquée dans certains cas précis

Traumatisme thoracique et lombaire significatif
sans troubles neurologiques

Les blessures ligamentaires instables isolées en l'absence de fractures sont très rares dans la colonne vertébrale thoracolombaire. L'IRM* pourrait être indiquée lorsque des doutes persistent suivant une radiographie ou une TDM anormale ou non concluante.

* Examen spécialisé

Examen spécialisé : examen généralement demandé par un spécialiste ou effectué après discussion avec un radiologiste.



Une évaluation clinique bien menée (anamnèse et examen physique) constitue un préalable à tout examen d'imagerie.

Des anomalies à l'imagerie sont très fréquentes chez les sujets asymptomatiques et toute attribution de causalité doit être faite après corrélation avec les signes et les symptômes cliniques.

Recommandations relatives à l'IRM en cas de **cervicalgie**

NON TRAUMATIQUE +

L'IRM n'est généralement pas indiquée en l'absence de troubles neurologiques ou de signes évocateurs de pathologies graves. Une **prise en charge conservatrice** est recommandée.

L'IRM est indiquée

- En présence de **déficits neurologiques** importants ou progressifs.
- En cas de suspicion de **pathologies infectieuses ou tumorales**.

L'IRM est indiquée dans certains cas précis

- En cas d'échec du **traitement conservateur** chez un **candidat à l'intervention** (p. ex., injection épidurale) ou à la **chirurgie**, notamment en présence de radiculopathie / radiculalgie ou de signes de sténose spinale.
- En cas d'antécédents de chirurgie. [Examen spécialisé]

En bref

POST-TRAUMATIQUE +

L'IRM est **complémentaire** à la **radiographie** et (ou) la **TDM** réalisée en première intention, notamment en présence de troubles neurologiques.



Les situations et indications cliniques qui justifient, ou non, le recours à l'IRM dans les cas de cervicalgie sont décrites en détail dans les pages suivantes (7 à 9).

cervicalgie NON TRAUMATIQUE

Aiguë (- de 6 semaines)
Subaiguë (de 6 à 12 semaines)
Chronique (+ de 3 mois)



IRM généralement non indiquée

Cervicalgie (aiguë, subaiguë ou chronique) – pas de signes ou de symptômes neurologiques ; pas de signes évocateurs de pathologies graves

Chez la majorité des patients, la douleur s'améliore significativement avec une prise en charge conservatrice et aucun examen d'imagerie n'est généralement requis. Plusieurs anomalies dégénératives sont régulièrement présentes à l'IRM chez les patients asymptomatiques. **En général, l'IRM a peu d'utilité en l'absence de signes évocateurs d'une pathologie grave ou de troubles neurologiques.**

IRM indiquée

Cervicalgie (aiguë, subaiguë ou chronique) – suspicion de pathologies tumorales ou infectieuses

Signaux d'alerte

- Antécédents de cancer
- Perte de poids inexplicite
- Immunosuppression
- Fièvre d'origine inconnue
- Douleur non améliorée par le traitement conservateur
- Usage de drogues par voie intraveineuse
- Utilisation prolongée de stéroïdes



L'IRM est indiquée s'il existe un contexte clinique évocateur d'une pathologie tumorale ou infectieuse, et ce, plus particulièrement si une radiographie révèle une possible lésion.

Toutefois, lors de forte suspicion, en raison de sa plus faible sensibilité, un résultat de radiographie négatif ne justifie pas à lui seul l'arrêt de l'investigation.

Outre l'IRM, une tomodensitométrie (TDM) ou une scintigraphie pourrait également être envisagée, selon le cas. La TDM est utile pour étudier l'implication osseuse d'une lésion néoplasique. L'IRM est toutefois supérieure pour évaluer l'espace épidual et les structures neurologiques. La scintigraphie demeure un outil précieux, et ce, particulièrement lorsque des lésions multifocales sont suspectées.

Douleur cervicale (aiguë, subaiguë ou chronique) – déficits neurologiques importants ou progressifs à évolution rapide ; suspicion de compression de la moelle épinière

En présence de déficits neurologiques importants ou progressifs à évolution rapide, ou en cas de suspicion de compression de la moelle épinière, une IRM est requise d'urgence. La réalisation d'une IRM ne devrait pas retarder le recours à des soins spécialisés.



IRM indiquée dans certains cas précis

Cervicalgie (aiguë, subaiguë ou chronique) – échec du traitement conservateur; candidat à l'intervention (p. ex., infiltration épidurale) ou à la chirurgie

En présence de signes et symptômes radiculaires, selon la gravité du cas, une période de traitements conservateurs est jugée raisonnable. En général, les symptômes s'estompent en quelques semaines. Si les symptômes persistent ou s'aggravent, **l'IRM est indiquée pour confirmer la présence d'une lésion compressive du rachis cervical chez le patient dont les symptômes sont suffisamment graves pour qu'il soit candidat à l'intervention (p. ex., une infiltration épidurale) ou à la chirurgie.**

L'IRM a une valeur limitée chez les patients aux prises avec des douleurs chroniques non spécifiques (sans symptômes radiculaires ou signaux d'alerte). Les anomalies observées sont souvent très fréquentes chez les sujets asymptomatiques. L'approche généralement préconisée chez ces patients demeure le traitement conservateur et la réalisation d'un examen d'IRM devrait demeurer exceptionnelle, selon le contexte clinique.

La sténose foraminale secondaire à l'arthrose est une cause très fréquente de radiculalgie cervicale chez la population âgée de plus de 50 ans. La radiographie avec **acquisitions obliques** pourrait permettre de mettre en évidence la sténose foraminale et soutenir le diagnostic¹. Lorsque cela est indiqué sur le plan clinique, la confirmation d'une lésion compressive du rachis requiert toutefois l'IRM ou la TDM. Lorsque la réalisation d'une IRM n'est pas possible, la TDM consiste en l'examen recommandé.

¹ Consensus d'experts

Cervicalgie – suspicion d'instabilité atlanto-axiale

(p. ex., dans des cas de polyarthrite rhumatoïde ou du syndrome de Down)

La radiographie dynamique en flexion-extension est l'examen d'imagerie indiqué pour détecter une éventuelle instabilité du rachis cervical.

L'IRM* pourrait être utile pour documenter une atteinte médullaire causée par l'instabilité.

* Examen spécialisé

Douleur cervicale – sujet ayant des antécédents de chirurgie cervicale

La radiographie est l'examen de première intention. Si la radiographie est non contributive, la TDM* est le meilleur outil pour évaluer les complications. Si aucune anomalie ou complication n'est observée, l'IRM* pourrait être appropriée.

* Examen spécialisé

Examen spécialisé : examen généralement demandé par un spécialiste ou effectué après discussion avec un radiologiste.

cervicalgie POST-TRAUMATIQUE



IRM indiquée

Traumatisme cervical accompagné de troubles neurologiques

L'IRM est indiquée en seconde intention après la radiographie et (ou) la TDM, lors de suspicion de lésions médullaires et en présence de signes et symptômes neurologiques suivant un traumatisme.

IRM indiquée dans certains cas précis

Traumatisme cervical sans troubles neurologiques

En seconde intention après la radiographie et (ou) la TDM, l'IRM* pourrait être requise lorsque des blessures ligamentaires sont suspectées.

* Examen spécialisé

Examen spécialisé : examen généralement demandé par un spécialiste ou effectué après discussion avec un radiologiste.



Une évaluation clinique bien menée (anamnèse et examen physique) constitue un préalable à tout examen d'imagerie.

Des anomalies à l'imagerie sont très fréquentes chez les sujets asymptomatiques et toute attribution de causalité doit être faite après corrélation avec les signes et les symptômes cliniques.

Recommandations relatives à l'IRM en cas de **gonalgie**

NON TRAUMATIQUE +

En présence de douleurs persistantes ou de déficits fonctionnels significatifs, la **radiographie** est l'imagerie de **première intention** et doit inclure une vue frontale avec **mise en charge**.

L'IRM est indiquée

- Lorsque la radiographie est non concluante (sans arthrose importante), en présence de **blocages** ou de **symptômes mécaniques** évoquant une **lésion méniscale** ou un **corps étranger**.
- En cas d'antécédents de chirurgie. [Examen spécialisé]

L'IRM est indiquée dans certains cas précis

- En cas de **douleurs significatives persistantes** non diagnostiquées (sans arthrose importante), s'il y a fortes suspicions de pathologies **sous-chondrales** ou **intra-articulaires**, dont le résultat d'IRM pourrait altérer la prise en charge. [Examen spécialisé]
- Lorsque la radiographie indique une ostéochondrite disséquante ou une fracture sous-chondrale par insuffisance, si des lésions concomitantes sont suspectées ou pour l'orientation du traitement. [Examen spécialisé]

En bref

POST-TRAUMATIQUE +

La **radiographie** est l'examen de **première intention**.

L'IRM pourrait être indiquée lors de fortes suspicions de **dérangements internes** (p. ex., lésions méniscales et ligamentaires).



Les situations et indications cliniques qui justifient, ou non, le recours à l'IRM dans les cas de gonalgie sont décrites en détail dans les pages suivantes (11 à 13).



X IRM généralement non indiquée

Gonalgie non traumatique – aucune radiographie réalisée

Lors d'incertitude diagnostique, en présence de douleurs persistantes ou de déficits fonctionnels significatifs, **la radiographie est l'examen indiqué en première intention** avant de réaliser un examen d'imagerie avancé.

Les vues recommandées à la radiographie incluent minimalement :

- Une vue frontale avec mise en charge (debout);
- Une vue latérale;
- Une vue axiale de la rotule.

Radiographie initiale indiquant une maladie dégénérative de l'articulation

La prévalence de déchirures méniscales est très élevée chez les personnes qui présentent des signes radiographiques de dégénérescence. Considérant la prévisibilité du résultat et la difficulté de corrélérer les observations avec les symptômes, il est peu probable que le résultat d'IRM modifie la prise en charge du patient.

Il a été estimé qu'en présence d'arthrose importante, la majorité des personnes présentent des lésions méniscales à l'IRM. De plus, les évidences de lésions méniscales sont relativement communes à l'IRM chez les personnes asymptomatiques et augmentent de façon importante avec l'âge.

Suspicion d'arthrite inflammatoire, septique ou microcristalline

L'IRM n'est généralement pas indiquée.

L'analyse du liquide synovial est indiquée (arthrite septique, goutte, pseudogoutte).

Radiographie initiale indiquant une ostéonécrose

L'IRM* n'est généralement pas indiquée, à moins que l'option de traitement ne l'exige.

* Examen spécialisé

Examen spécialisé : examen généralement demandé par un spécialiste ou effectué après discussion avec un radiologiste.



IRM indiquée

Douleur au genou avec blocage¹ – symptômes mécaniques évoquant une lésion méniscale ou un corps étranger (radiographie initiale non concluante)

1. Incapacité d'extension complète du genou ; peut être intermittente.

En seconde intention de la radiographie, l'IRM est le meilleur examen d'imagerie pour faire le bilan des dérangements internes du genou.

Le résultat d'IRM peut modifier la prise en charge d'un nombre significatif de patients et est utile dans le bilan préchirurgical. Le recours à l'IRM permet notamment d'éviter une proportion non négligeable d'arthroscopies du genou.

Douleur dans un contexte postopératoire

L'IRM*, l'arthro-IRM* ou l'arthro-TDM* pourraient être indiquées, selon le cas.

* Examen spécialisé



IRM indiquée dans certains cas précis

Douleur persistante significative, non diagnostiquée, sans blocage (radiographie initiale non concluante)

En seconde intention de la radiographie (avec mise en charge) et en l'absence de pathologie dégénérative, l'IRM* pourrait être indiquée s'il y a présence de douleurs significatives persistantes non diagnostiquées, notamment lors de fortes suspicions de pathologies sous-chondrales (p. ex., l'ostéonécrose) ou intra-articulaires.

La décision de procéder à un examen d'IRM est fonction du degré de suspicion d'un désordre sous-jacent significatif qui pourrait modifier la prise en charge du patient.

* Examen spécialisé

Radiographie initiale indiquant une ostéochondrite disséquante ou une fracture sous-chondrale par insuffisance

Un examen d'IRM* pourrait être indiqué dans certains cas précis, si des lésions concomitantes sont suspectées ou lorsqu'il est jugé nécessaire d'évaluer l'état du cartilage pour orienter le traitement.

* Examen spécialisé

Examen spécialisé : examen généralement demandé par un spécialiste ou effectué après discussion avec un radiologiste.

gonalgie POST-TRAUMATIQUE



IRM généralement non indiquée

Douleur post-traumatique du genou – aucune radiographie réalisée

La radiographie est l'examen de première intention lors de douleurs post-traumatiques du genou. Lors de suspicion d'une fracture occulte ou en présence d'une fracture complexe, la TDM pourrait être indiquée.

IRM indiquée

Examen clinique et imagerie initiale n'étant pas concluants et dérangements internes suspectés

À la suite d'un traumatisme, l'IRM pourrait être indiquée lors de fortes suspicions de dérangements internes.

L'IRM présente une bonne efficacité diagnostique pour les lésions méniscales, les lésions aux ligaments croisés et collatéraux de même que pour les lésions cartilagineuses et osseuses.

L'IRM modifie de manière significative la prise de décision clinique et réduit le recours à l'arthroscopie.

Luxation (ou suspicion de luxation) du genou ou de la rotule

L'IRM est indiquée afin d'évaluer l'étendue des dommages.



Une évaluation clinique bien menée (anamnèse et examen physique) constitue un préalable à tout examen d'imagerie.

Des anomalies à l'imagerie sont très fréquentes chez les sujets asymptomatiques et toute attribution de causalité doit être faite après corrélation avec les signes et les symptômes cliniques.

Recommandations relatives à l'IRM en cas de **douleur à l'épaule**

NON TRAUMATIQUE +

La **radiographie** est l'imagerie de première intention lors de douleurs à l'épaule et constitue très **souvent le seul examen nécessaire**.

L'IRM est indiquée dans certains cas précis

- En cas d'**échec du traitement conservateur** et de suspicion de **pathologies de la coiffe** (p. ex., déchirure), l'**échographie est indiquée en seconde intention**. L'IRM est utile si l'expertise en échographie n'est pas disponible ou lors d'incertitude radio-échographique. [Examen spécialisé]
- En cas de luxation récidivante, d'épaule instable douloureuse ou de suspicion de déchirure du labrum, l'arthro-IRM ou l'arthro-TDM sont indiquées lorsqu'une **chirurgie est envisagée**. [Examen spécialisé]
- En présence de douleur significative persistante non diagnostiquée, de radiographie et d'échographie non concluantes, l'IRM pourrait être indiquée pour exclure des conditions rares (p. ex., ostéonécrose). [Examen spécialisé]

En bref

POST-TRAUMATIQUE +

La **radiographie est la modalité d'imagerie initiale** et est généralement suffisante. À l'exception de cas particuliers ou complexes à la suite d'un traumatisme, l'IRM n'est généralement pas indiquée initialement.



Les situations et indications cliniques qui justifient, ou non, le recours à l'IRM dans les cas de douleur à l'épaule sont décrites en détail dans les pages suivantes (15 à 17).

douleur à l'épaule NON TRAUMATIQUE



IRM généralement non indiquée

Douleur à l'épaule – aucune radiographie réalisée

La radiographie (trois incidences) est l'examen de première intention lorsqu'il y a présence de douleurs à l'épaule et constitue très souvent le seul examen nécessaire.

La radiographie pourrait déceler des problématiques comme une arthrose acromio-claviculaire ou gléno-humérale, une tendinopathie calcifiée, des entésophytes, une réduction de l'espace sous-acromial ou une tumeur.

Douleur à l'épaule – suspicion d'arthrite septique

L'IRM n'est généralement pas indiquée.

L'analyse du liquide synovial est indiquée.

IRM indiquée dans certains cas précis

Douleur à l'épaule persistante après un traitement conservateur – suspicion de conflit sous-acromial ou de déchirure de la coiffe des rotateurs

Lorsque la radiographie initiale est non concluante¹, suivant l'échec d'un traitement conservateur, l'échographie ou l'IRM pourraient être indiquées lorsque des doutes diagnostiques persistent ou pour le bilan préchirurgical.

Lorsque l'expertise locale est disponible, le recours à l'échographie devrait être privilégié.

L'échographie a une valeur diagnostique équivalente à l'IRM pour évaluer les pathologies de la coiffe. De plus, elle offre l'avantage d'être beaucoup moins coûteuse et plus rapide.

L'IRM* pourrait être indiquée si l'expertise en échographie musculosquelettique n'est pas disponible ou pour résoudre une incertitude radio-échographique.

¹ La radiographie peut dans certains cas suffire à diagnostiquer une rupture importante de la coiffe. Dans ce cas, aucun autre examen n'est nécessaire pour poser le diagnostic.

* Examen spécialisé

Examen spécialisé : examen généralement demandé par un spécialiste ou effectué après discussion avec un radiologiste.

<p>Historique de chirurgie de la coiffe des rotateurs</p>	<p>S'il y a suspicion d'une nouvelle déchirure, selon le cas, l'échographie, l'IRM* ou l'arthro-IRM* pourraient être indiquées.</p> <p>* Examen spécialisé</p>
<p>Luxation récidivante, épaule instable douloureuse, suspicion de déchirure du labrum</p>	<p>Après la radiographie, l'arthro-IRM* ou l'arthro-TDM* sont les examens de premier choix pour ceux chez qui une chirurgie est envisagée.</p> <p>* Examen spécialisé</p>
<p>Douleur significative persistante non diagnostiquée – examen clinique non spécifique ; radiographie et (ou) échographie non concluantes</p>	<p>L'IRM* pourrait être indiquée en cas d'incertitude radio-échographique ou pour exclure des conditions rares (p. ex., une ostéonécrose).</p> <p>* Examen spécialisé</p>

Examen spécialisé : examen généralement demandé par un spécialiste ou effectué après discussion avec un radiologiste.

douleur à l'épaule POST-TRAUMATIQUE



IRM généralement non indiquée

Douleur post-traumatique de l'épaule – aucune radiographie réalisée

La radiographie est la modalité de diagnostic initiale dans l'évaluation des douleurs à l'épaule post-traumatiques. Le choix des incidences varie en fonction des renseignements cliniques. **La radiographie est généralement suffisante initialement.** Dans certaines situations, en présence de fractures complexes ou de suspicion de fracture occulte, la TDM pourrait être indiquée.

IRM indiquée dans certains cas précis

Suspicion de lésions des tissus mous

À l'exception de cas particuliers ou complexes, à la suite d'un traumatisme, l'IRM n'est généralement pas indiquée initialement.

Lors de douleurs persistantes ou en présence d'instabilité, se référer aux situations cliniques énumérées ci-dessus.

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, bureau 10.083
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca