

## M. Pédiatrie

### Sommaire

<b>01 M</b>	Maladies congénitales (encéphale et moelle) .....	2
<b>02 M</b>	Apparence anormale de la tête. Anomalies du périmètre crânien .....	2
<b>03 M</b>	Épilepsie .....	2
<b>04 M</b>	Surdité infantile .....	2
<b>05 M</b>	Hydrocéphalie dysfonctionnement du shunt .....	3
<b>06 M</b>	Retard du développement Infirmitt motrice cérébrale .....	3
<b>07 M</b>	Céphalées .....	3
<b>08 M</b>	Sinusite .....	3
<b>09 M</b>	Torticolis sans traumatisme .....	4
<b>10 M</b>	Douleur du rachis .....	4
<b>11 M</b>	Spina-bifida occulta .....	4
<b>12 M</b>	Plaque pileuse, fossette sacr�es .....	4
<b>13 M</b>	Hypothyro�die cong�nitale .....	4
<b>14 M</b>	Rhinopharyn-gites r�cidivantes, encombrement nasal .....	5
<b>15 M</b>	Scoliose .....	6
<b>16 M</b>	Traumatisme non accidentel maltraitance .....	6
<b>17 M</b>	Traumatisme d'un membre : comparaison avec le c�t� oppos� .....	7
<b>18 M</b>	Petite taille, retard de croissance .....	7
<b>19 M</b>	Hanche douloureuse, boitterie .....	7
<b>20 M</b>	Douleur osseuse focalis�e .....	8
<b>21 M</b>	Ressauts de hanche, luxation .....	8
<b>22 M</b>	Maladie d'Osgood-Schlatter .....	8
<b>23 M</b>	Infection pulmonaire aigu� .....	9
<b>24 M</b>	Toux productive chronique .....	9
<b>25 M</b>	Corps �tranger inhal� (suspicion) .....	9
<b>26 M</b>	Pleur�sie .....	9
<b>27 M</b>	Dyspn�e expiratoire, .....	9
<b>28 M</b>	Stridor aigu .....	9
<b>29 M</b>	Souffle cardiaque .....	9
<b>30 M</b>	Invagination intestinale aigu� .....	10
<b>31 M</b>	Ingestion de corps �tranger .....	10
<b>32 M</b>	Traumatisme abdominal mineur .....	11

<b>33 M</b>	Vomissements en jet des trois premiers mois.....	11
<b>34 M</b>	Vomissements chroniques.....	11
<b>35 M</b>	Ictère néonatal persistant.....	11
<b>36 M</b>	Rectorragie.....	12
<b>37 M</b>	Constipation.....	12
<b>38 M</b>	Masse abdominale ou pelvienne palpable.....	12
<b>39 M</b>	Douleur abdominale avec examen clinique normal.....	12
<b>40 M</b>	Dilatation pyélique néonatale.....	13
<b>41 M</b>	Enurésie.....	13
<b>42 M</b>	Pertes urinaires permanentes diurnes et nocturnes.....	13
<b>43 M</b>	Infection urinaire prouvée.....	14
<b>44 M</b>	Dilatation des voies urinaires (dépistage ou découverte fortuite).....	14
<b>45 M</b>	Reflux vésico-urétéral (RVU).....	15
<b>46 M</b>	Evaluation de la fonction rénale.....	15
<b>47 M</b>	Cryptorchidie.....	15
<b>48 M</b>	Grosse bourse douloureuse.....	15

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

## M. Pédiatrie

*Réduire au minimum les examens irradiants chez l'enfant*

### **Systeme nerveux central**

Maladies congénitales (encéphale et moelle) <b>01 M</b>	IRM Echographie	Indiqué [B]	Examen de référence (non irradiant) pour toutes les malformations. Sédation ou anesthésie générale nécessaire chez le jeune enfant. Envisager l'échographie chez le nouveau-né et TDM-3D pour les anomalies osseuses.	0 0
Apparence anormale de la tête. Anomalies du périmètre crânien <b>02 M</b>	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie suffit en général au diagnostic de macrocrânie simple lorsque la fontanelle antérieure est encore ouverte.	0
	IRM	Examen spécialisé [B]	L'IRM peut être envisagée dans les autres cas.	0
	RC	Examen spécialisé [B]	La radiographie du crâne est indiquée pour la recherche de craniosténose mais sa réalisation et sa lecture sont délicates.	I
	TDM	Examen spécialisé [C]	La TDM 3D surfacique est utile au bilan préopératoire des craniosténoses.	II
Épilepsie <b>03 M</b>	IRM	Examen spécialisé [A]	Aucune imagerie n'est requise pour un premier épisode de convulsions hyperpyrétiques. L'IRM est discutée après examen clinique spécialisé et EEG.	0
	RX (crâne)	Non indiqué [B]	Sans intérêt	I
	TEMP	Examen spécialisé [B]	La TEMP (tomoscintigraphie) critique et inter-critique ou la TEP au 18FDG inter-critique peut permettre de localiser le foyer avant une intervention chirurgicale.	II/III III/IV
Surdité infantile <b>04 M</b>	IRM, TDM	Examens spécialisés [C]	Les deux types d'examens peuvent être nécessaires chez l'enfant atteint de surdité congénitale ou post-infectieuse.	II 0

[Retour au sommaire](#)

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Hydrocéphalie dysfonctionnement du shunt (voir 11 A)  <b>05M</b>	RX	Indiqué [B]	La radiographie doit inclure l'ensemble du système de dérivation à la recherche d'une déconnexion de la tubulure.	I
	Echographie, IRM	Indiqué [B]	Échographie si possible, IRM chez l'enfant plus âgé (ou TDM si l'IRM n'est pas disponible).	0 0
Retard du développement Infirmi�te motrice cérébrale  <b>06M</b>	IRM	Examen spécialisé[C]	L'IRM est un des éléments possible de l'enquête étiologique. Elle est plus contributive après l'âge de deux ans.	0
Céphalées   <b>07 M</b>	RX (c�r�ne)	Non indiqué [B]	La radiographie du c�r�ne n'est pas contributive. Le diagnostic de sinusite est clinique (voir 08M).	I
	IRM ou TDM	Examen spécial [B]	Si les symptômes persistent ou sont associés à des signes cliniques. Chez l'enfant, privilégier l'IRM, non irradiante.	0 II
Sinusite (voir 13 A)  <b>08 M</b>	RX (sinus)	Non indiqué [B]	Non indiqué avant l'âge de 5 ans: les sinus sont encore peu développés et un épaississement muqueux peut être normal.	I
	TDM Sinus	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]	La TDM est utile en cas d'ethmoïdite si une atteinte r�troseptale est suspectée.	II

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<i>Réduire au minimum les examens irradiants chez l'enfant</i>				
<b>Cou et Rachis</b>				
Torticolis sans traumatisme  <b>09 M</b>	RX	Non indiqué [B]	La déformation est souvent due à un spasme et ne s'accompagne pas de modifications osseuses majeures. Si les symptômes persistent, d'autres techniques d'imagerie sont indiquées (TDM ou IRM) après consultation spécialisée.	I
	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie démontre les lésions du sterno-cléido-mastoïdien.	0
Douleur du rachis  <b>10 M</b>	RX	Indiqué [B]	La radiographie est surtout contributive en cas de douleur localisée et de raideur associée.	I
	IRM	Examen spécial [B]	Scoliose douloureuse ou signes neurologiques. Montre les anomalies rachidiennes, discales, médullaires	0
	Scintigraphie	Examen spécial [B]	La scintigraphie osseuse est utile lorsque la douleur persiste et que les radiographies ou sont normales ou en cas de scoliose douloureuse.	II/III
Spina-bifida occulta  <b>11 M</b>	Imagerie	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Le défaut de fermeture des arcs postérieurs est une variante radiologique fréquente et peu significative si elle est isolée (même avec une énurésie). Elle ne justifie des examens complémentaires ( <i>Voir 12 M</i> ) que lorsque des signes neurologiques sont associés.	
Plaque pileuse, fossette sacrées  <b>12 M</b>	RX	Non indiqué [B]	Éventuellement intéressant chez l'enfant plus âgé.	I
	Echographie	Indiqué dans des cas précis [B]	Avant la naissance et chez le nourrisson de mois de 3 mois, l'échographie peut dépister un syndrome sous-jacent d'insertion basse de la moelle. Les fossettes isolées situées à < 5 mm du plan médian et < 25 mm de l'anus ne nécessitent pas de mise au point par imagerie.	0
	IRM	Indiqué dans des cas précis [B]	En particulier s'il existe des signes neurologiques.	0

[Retour au sommaire](#)

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Hypothyroïdie congénitale          <b>13 M</b>	Scintigraphie	Indiqué [B]	Le traitement par la thyroxine doit être institué sans délai et ne doit pas être interrompu pour la réalisation de la scintigraphie. La scintigraphie thyroïdienne permet de séparer les dysgénésies (ectopie, athyréose) des troubles de l'hormonosynthèse.	I/II
	Echographie	Indiqué [C]	L'échographie peut faire le diagnostic d'athyréose, de goitre congénital	0
	RX genou	Indiqué	Mise en évidence du retard de maturation osseuse des noyaux épiphysaires distal du fémur (36SA) et proximal du tibia (38SA) selon les critères de Sénécal.	I
	Scintigraphie avec test au perchlorate	Spécialisé [A]	La scintigraphie à l'iode 123 avec test au perchlorate est le test de référence pour le diagnostic des troubles de l'organification.	I/II
Rhinopharyngites récidivantes, encombrement nasal          <b>14 M</b>	RS	Non indiqué [C]	La radiographie du cavum de profil n'est pas utile en routine. Elle ne contribue pas à la décision chirurgicale. Les indications de l'adénoïdectomie reposent sur la clinique. La corrélation entre le volume radiologique des végétations adénoïdes et le besoin d'une adénoïdectomie n'est pas démontrée. Par ailleurs la fiabilité des mesures radiographiques est discutable.	I

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<b>Musculosqueletique</b>				
Scoliose  <b>15 M</b>	RS	Examen spécialisé [C]	La radiographie du rachis entier délivre une irradiation importante sur de nombreux organes sensibles. En dehors du bilan initial et du bilan préopératoire, elle apporte peu d'informations complémentaires à un examen clinique bien conduit. Elle ne doit donc pas être répétée de façon systématique en dehors des périodes d'évolutivité clinique manifeste.	II
	Traumatisme non accidentel maltraitance	RX squelette	Indiqué [A]	Avant deux ans, l'examen radiographique du squelette complet est indiqué. Après deux ans, l'examen est guidé par les constatations cliniques ou le résultat de la scintigraphie.
<b>16 M</b>	Echographie	Non indiqué [C]	L'échographie trans-fontanelle peut mettre en évidence des collections hématiques importantes. En cas de maltraitance, sa sensibilité n'est pas suffisante car la reconnaissance de lésions minimes peut être déterminante pour le diagnostic.	0
	IRM	Examen spécialisé [C]	Peut être indiqué même sans signes directs de traumatisme crânien. La présence de lésions hémorragiques au fond d'œil est une indication.	0
	Scintigraphie	Indiqué seulement dans des cas particuliers [A]	La scintigraphie osseuse est utile pour la détection de fractures occultes. Elle est très sensible mais peu spécifique. Elle permet l'examen de la totalité du squelette en un seul temps.	II/III

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<i>Réduire au minimum les examens irradiants chez l'enfant</i>				
Traumatisme d'un membre : comparaison avec le côté opposé <b>17 M</b>	RX	Non indiqué [B]	En cas de doute, prendre un avis radiologique.	I
Petite taille, retard de croissance <b>18 M</b>	RX age osseux	Indiqué [A]	< 2 ans comptage des noyaux d'ossification de l'hémisquelette appendiculaire gauche selon Lefebvre et Koifman ou Elgenmark 2-18 ans: main/poignet gauche (ou non dominant). Prématurés et nouveau-nés: genou (examen spécial). Age osseux dentaire peut être utile chez le prématuré.	I
	IRM	Examen spécialisé [B]	Pour l'hypothalamus et la fosse pituitaire	0
Hanche douloureuse, boiterie <b>19 M</b>	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie reconnaît les épanchements mais ne différencie pas rhume de hanche et ostéoarthrite.	0
	RS du bassin	Non indiqué initialement [C]	Si une épiphysiolyse est envisagée, pratiquer en plus du cliché de face des radiographies de profil de chaque hanche. Lorsque la radiographie est normale, un examen clinique systématique à six semaines peut conduire à réaliser une nouvelle radiographie à la recherche d'une ostéochondrite.	I
	IRM/ Scintigraphie	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Envisager l'IRM ou la scintigraphie osseuse lorsque les radiographies sont normales et qu'une infection ou la maladie de Perthes sont suspectées.	0 I/II



Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Douleur osseuse focalisée  <b>20 M</b>	RX	Indiqué [B]	Les radiographies peuvent être normales dans un premier temps.	I
	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie est utile chez le nourrisson en cas d'ostéomyélite.	0
	IRM Scintigraphie	Examen spécialisé [C]	Envisager l'IRM ou la scintigraphie osseuse lorsque les radiographies sont normales et qu'une infection est suspectée.	0 II/III
Ressauts de hanche, luxation  <b>21 M</b>	Echographie	Indiqué [A]	L'échographie est indiquée à l'âge de un mois en cas de facteur de risque ou d'asymétrie d'abduction. Elle n'est pas utile pour le dépistage systématique. Au delà de quatre mois la radiographie est plus performante.	0
Maladie d'Osgood-Schlatter  <b>22 M</b>	RX du genou	Non indiqué en routine [C]	Le diagnostic est clinique. La tuméfaction associée des tissus mous doit être évaluée de manière clinique plutôt que radiologique. Bien que visibles à la RX, les modifications osseuses dues à la maladie d'Osgood-Schlatter, peuvent apparaître comme normales.	I

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<i>Réduire au minimum les examens irradiants chez l'enfant</i>				
<b>Région cardio-thoracique</b>				
Infection pulmonaire aiguë <b>23 M</b>	RT	Indiqué dans des cas précis [A]	Des clichés initiaux et de surveillance sont indiqués en présence de signes ou de symptômes cliniques persistants ou chez l'enfant gravement malade. Envisager une RX en cas de fièvre d'origine inconnue, les enfants pouvant développer une pneumonie sans signes cliniques.	I
Toux productive chronique <b>24 M</b>	RT	Indiqué dans des cas précis [C]	Une RX de suivi systématique n'est pas nécessaire à moins d'une atélectasie observée sur le premier cliché. Exclure mucoviscidose	I
Corps étranger inhalé (suspicion) <b>25 M</b>	RT	Indiqué [B]	Les clichés de thorax de face en inspiration et expiration sont indiqués pour la recherche d'un trouble de ventilation localisé (piégeage expiratoire) mais la radiographie, même en expiration peut être parfois normale. Tout doute impose la bronchoscopie.	I
Pleurésie <b>26 M</b>	Echographie	Indiqué [C]	L'échographie aide la prise en charge thérapeutique et guide la ponction.	0
Dyspnée expiratoire, Asthme <b>27 M</b>	RT	Non indiqué [B]	Lorsqu'une radiographie en période inter-critique s'est avérée normale, la répétition des clichés n'est pas utile sauf en cas de fièvre ou de dyspnée brutale inexplicée (l'inhalation d'un corps étranger peut être en cause).	I
Stridor aigu <b>28 M</b>	RX tissus mous du cou	Non indiqué en routine [B]	L'épiglottite est diagnostiquée cliniquement. Envisager la présence d'un corps étranger (voir ci-dessus). L'imagerie est indiquée dans le stridor chronique	I
Souffle cardiaque <b>29 M</b>	RT	Non indiqué [C]	L'orientation vers un spécialiste doit être envisagée. Une échocardiographie est souvent nécessaire.	I

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<i>Réduire au minimum les examens irradiants chez l'enfant</i>				
<b>Appareil digestif</b>				
Invagination intestinale aiguë  <b>30 M</b>	Rx abdomen Rx contraste positif ou négatif Echographie	Indiqué [A]	L'examen échographique en milieu spécialisé offre une sécurité diagnostique optimale. La réduction de l'invagination ne peut être tentée que chez un enfant stable sur le plan hémodynamique. La perforation, la péritonite et l'ischémie intestinale évaluée au Doppler sont des contre indications à la réduction non chirurgicale.	II II  0
	Ingestion de corps étranger	RX abdomen	Non indiqué en routine [C]	Hormis pour les corps étrangers acérés ou potentiellement toxiques (piles, par ex.). Si l'évacuation du corps étranger n'est pas certaine, pratiquer éventuellement un ASP au bout de 6 jours.
<b>31 M</b>	RT incluant le cou	Indiqué [B]	La RT incluant le cou est utile en cas de dysphagie.	I

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<i>Réduire au minimum les examens irradiants chez l'enfant</i>				
Traumatisme abdominal mineur <b>32 M</b>	RX abdomen	Non indiqué en routine [B]	Le cliché d'abdomen sans préparation n'est pas utile, sauf incidence particulière en cas de recherche d'un pneumopéritoine (perforation d'organe creux).	II
	Echographie	Indiqué [C]	L'échographie est suffisante en première intention dans la plupart des traumatismes abdominaux mineurs et isolés.	0
Vomissements en jet des trois premiers mois <b>33 M</b>	Echographie	Indiqué [A]	L'échographie est indiquée pour le diagnostic de sténose hypertrophique du pylore.	0
Vomissements chroniques <b>34 M</b>	Rx contraste tube digestif supérieur	Non indiqué en routine [C]	Le TOGD n'est pas indiqué pour le diagnostic de reflux gastro-oesophagien (la pHmétrie est l'examen de référence). Il peut être intéressant pour la recherche de hernie hiatale et de malrotation en particulier lorsqu'une cure chirurgicale est envisagée. Lorsque les vomissements sont bilieux, le recours au TOGD peut être discuté.	II
	Scintigraphie	Non indiqué en routine [C]	Envisager le transit digestif pour l'étude dynamique de l'évacuation gastrique.	II
Ictère néonatal persistant <b>35 M</b>	Echographie	Examen spécialisé [B]	Une investigation précoce (à moins de 10 semaines) et rapide est primordiale. L'absence de dilatation de la voie biliaire et la présence d'une vésicule n'excluent pas le diagnostic d'atrésie.	0
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	La scintigraphie hépato-biliaire objective la perméabilité de la voie biliaire.	II

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Rectorragie  <b>36 M</b>	ASP	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]	Le cliché d'abdomen n'est utile que chez le nouveau-né pour le diagnostic d'entérocolite. Chez l'enfant plus grand, l'endoscopie est souvent l'examen le plus contributif.	II
	Echographie	Indiqué [C]	L'échographie peut orienter vers une lésion localisée du grêle ou du côlon (duplication intestinale, polype, diverticule de Meckel....).	0
	Transit du Grêle	Non indiqué [C]	En cas de suspicion de diverticule de Meckel, le transit du grêle n'est pas utile car il est irradiant et peu performant. La laparoscopie doit être privilégiée quand les signes cliniques sont évocateurs.	III
	Scintigraphie	Examen spécialisé [C]	La scintigraphie au pertechnétate peut localiser certains diverticules de Meckel avec muqueuse gastrique ectopique.	II
Constipation  <b>37 M</b>	ASP	Indiqué uniquement dans des cas précis [C]	Une quantité importante de matières fécales peut être visualisée chez de nombreux enfants sains; il est impossible d'évaluer la pertinence des images radiologiques.	II
	Lavement baryté	Indiqué dans des cas précis [B]	Si la maladie de Hirschsprung est suspectée, le lavement opaque, la rectomanométrie et la biopsie rectale peuvent être utiles.	II
Masse abdominale ou pelvienne palpable  <b>38 M</b>	Echographie ASP	Indiqué [B]	En cas de confirmation de la masse par ces techniques, d'autres examens d'imagerie sont indiqués dans un centre spécialisé, tels l'IRM ou la TDM.	0 II
Douleur abdominale avec examen clinique normal  <b>39 M</b>	ASP	Non indiqué [C]	L'ASP n'est utile qu'en présence de signes orientant vers une pathologie chirurgicale (stigmate de laparotomie, vomissements bilieux, ballonnement progressif, signes d'irritation péritonéale ...).	II
	Echographie	Examen spécialisé [C]	Dans les autres cas, l'échographie doit être privilégiée.	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<i>Réduire au minimum les examens irradiants chez l'enfant</i>				
<b>Uro-néphrologie</b>				
Dilatation pyélique néonatale  <b>40M</b>	Echographie	Indiqué (B)	L'échographie est indiquée au cours de la première semaine de vie. En fonction du résultat, un contrôle par échographie dans les 3 premiers mois de vie ou un complément d'examen, en particulier par cystographie, peuvent être nécessaires.	0
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	Une scintigraphie rénale au 99mTc-MAG3 ou au 99mTc-DTPA peut être proposée dès les premiers jours suivant la naissance mais doit être discutée en milieu spécialisé.	II
Enurésie <b>41 M</b>	Imagerie	Non indiqué [B]	L'imagerie n'est pas utile en première intention en présence d'une énurésie isolée	
Pertes urinaires permanentes diurnes et nocturnes  <b>42 M</b>	Echographie	Indiqué [B]	Chez une fille ayant acquis le contrôle de la miction, la présence de fuites urinaires permanentes doit faire rechercher une uropathie, en particulier un système double avec abouchement sous-sphinctérien d'un uretère.	0
	RX col lombosacrée	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Chez les enfants avec un examen neuromusculaire anormal, en particulier en cas de signes de vessie neurologique.	II
	URO IV	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Uniquement pour confirmer l'abouchement ectopique sous-sphinctérien d'un uretère chez une fille présentant des signes de duplication rénale en échographie ou scintigraphie. Dans ce contexte l'Uro-IRM constitue une alternative intéressante.	II
	IRM	Examen spécialisé [B]	L'uro-IRM peut être utile pour localiser un rein hypodysplasique ou un pyélon supérieur de duplication non sécrétant lorsque les explorations précédentes n'ont pas permis le diagnostic.	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Infection urinaire prouvée    <b>43 M</b>	ASP	Non indiqué [C]	Le cliché d'abdomen n'est pas systématique chez l'enfant (calculs rares).	II
	Echographie	Indiqué [A]	L'échographie est la méthode d'imagerie la plus utile en première intention à cet âge.	0
	Cystographie	Indiqué [A]	En cas d'infection urinaire prouvée (bactériurie ET leucocyturie significatives), la cystographie rétrograde ou sus-pubienne par rayons X est indiquée chez l'enfant, en particulier pour l'étude de l'urètre. Après sept ans chez la fille son indication est discutée si l'échographie est normale car les explorations urodynamiques sont souvent plus contributives.	II
	UIV	Non indiquée [C]	L'UIV n'a plus d'utilité en première intention dans ce cadre.	II
	Scintigraphie	Examen spécialisé (A)	La scintigraphie au 99mTc-DMSA peut être utile 6 mois après une pyélonéphrite aiguë sévère pour la recherche de cicatrice.	I/II
Dilatation des voies urinaires (dépistage ou découverte fortuite)   <b>44M</b>	Echographie	Indiqué [A]	L'échographie permet le diagnostic positif et la mesure de la dilatation des voies urinaires; elle permet de situer le niveau de l'obstacle et d'apprécier la taille et la morphologie des reins.	0
	Scintigraphie	Indiqué [A]	La scintigraphie rénale au 99mTc-MAG3 ou au 99mTc-DTPA peut être réalisée en première intention. Elle précise la fonction rénale relative, et permet une analyse morphofonctionnelle de l'arbre urinaire.	II

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Reflux vésico-urétéral (RVU)  <b>45M</b>	Cystographie	Indiqué [A]	La cystographie radiologique rétrograde ou sus-pubienne est l'examen de référence pour porter le diagnostic positif de reflux vésico-urétéral. Elle permet également une étude anatomique précise de l'urètre. La cystographie isotopique est une alternative moins irradiant que la cystographie radiologique pour le suivi du RVU.	II
	Scintigraphie	Indiqué [A]	La scintigraphie au 99mTc-DMSA est l'examen de référence pour la recherche de cicatrices parenchymateuses rénales. Une scintigraphie rénale normale semble avoir une forte valeur pronostique favorable sur l'évolution du RVU.	I/II
Evaluation de la fonction rénale  <b>46 M</b>	Scintigraphie	Indiqué [A]	Pour la mesure de la fonction rénale relative, la scintigraphie rénale est l'examen de référence. Pour la mesure de clairance, le 51Cr-EDTA est le traceur de référence de la mesure du débit de filtration glomérulaire.	III
Cryptorchidie  <b>47M</b>	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie peut aider à confirmer la présence et l'aspect d'un testicule dans le canal inguinal. Elle doit systématiquement explorer le haut appareil urinaire.	0
	IRM	Examen spécialisé [C]	L'IRM peut aider à repérer un testicule intra-abdominal, mais c'est actuellement la laparoscopie qui s'impose comme l'investigation de référence.	0
Grosse bourse douloureuse  <b>48 M</b>	Echographie	Indiqué seulement dans des cas particuliers (C)	Le diagnostic de torsion du cordon spermatique est clinique. Les examens d'imagerie ne doivent pas retarder l'exploration chirurgicale prioritaire. L'échographie doppler peut être utilisée lorsque les signes cliniques sont douteux (testicule postpubertaire).	0