

G. Appareil digestif

Sommaire

01 G	Dysphagie cliniquement haute.....	1
02 G	Dysphagie cliniquement basse.....	1
03 G	Douleur thoracique. Suspicion de hernie hiatale ou de reflux.....	1
04 G	Suspicion de perforation oesophagienne.....	2
05 G	Saignements gastro-intestinaux aigus : hématomèse, méléna.....	2
06 G	Dyspepsie chez un patient jeune (moins de 45 ans).....	2
07 G	Dyspepsie chez un patient plus âgé (plus de 45 ans).....	3
08 G	Suivi d'un ulcère gastro-duodénal.....	3
09 G	Antécédents récents de chirurgie digestive (recherche de fuite).....	3
10 G	Antécédents anciens de chirurgie digestive : symptômes de dyspepsie.....	3
11 G	Antécédents anciens de chirurgie digestive : troubles du transit, symptômes d'obstruction.....	4
12 G	Saignement intestinal chronique ou récurrent.....	4
13 G	Douleur abdominale aiguë inexplicquée.....	5
14 G	Occlusion aiguë du grêle.....	5
15 G	Occlusion chronique ou récurrente du grêle.....	5
16 G	Maladie de l'intestin grêle suspectée.....	6
17 G	Suspicion de cancer colo-rectal.....	6
18 G	Occlusion colique.....	8
19 G	Maladie inflammatoire du côlon: poussée aiguë.....	8
20 G	Suivi à long terme d'une maladie inflammatoire du côlon.....	8
21 G	Douleur abdominale aiguë suffisamment forte pour justifier une hospitalisation. Suspicion d'urgence chirurgicale.....	9
22 G	Masse palpable de l'abdomen.....	9
23 G	Malabsorption.....	10
24 G	Constipation.....	10
25 G	Infection abdominale.....	10
26 G	Métastases hépatiques.....	11
27 G	Suspicion de lésion hépatique bénigne.....	12
28 G	Cirrhose connue: recherche de complications.....	12
29 G	Ictère.....	13
30 G	Pathologie biliaire.....	14
31 G	Fuite biliaire post opératoire.....	15
32 G	Pancréatite aiguë.....	15
33 G	Pancréatite chronique.....	16
34 G	Tumeur du pancréas.....	17
35 G	Tumeur langerhansienne.....	17

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

G. Appareil digestif

<i>Tractus digestif</i>				
Dysphagie cliniquement haute (l'obstacle est haut ou bas) 01 G	Déglutition barytée	Indiqué [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. Approche multidisciplinaire avec l'ORL et l'orthophoniste.	II
Dysphagie cliniquement basse (l'obstacle est bas situé) 02 G	Déglutition barytée	Non indiqué initialement [B]	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
	Scintigraphie	Non indiqué initialement [B]	Un transit isotopique peut être utile pour explorer des troubles de la motilité et apprécier l'efficacité thérapeutique.	II
Douleur thoracique. Suspicion de hernie hiatale ou de reflux 03 G	Déglutition barytée / TOGD	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	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'œsophagite 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-gastroduodéal peut être pratiqué avant une intervention chirurgicale anti-reflux si l'indication en est posée.	II

[Retour au sommaire](#)

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
04 G Suspicion de perforation oesophagienne	RT	Pas indiqué en routine [B]	La RX Thorax n'est pas indiquée si une TDM est réalisée. La radiographie thoracique est anormale dans 80% des cas et peut suffire au diagnostic. Un pneumomédiastin est présent dans 60% des cas.	I
	TDM	Indiqué [A]	La TDM est très sensible pour voir la perforation et la détection des complications médiastinales et pleurales.	III
	Déglutition opaque (produit de contraste hydrosoluble)	Indiqué [B]	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
05 G Saignements gastro-intestinaux aigus : hématomèse, méléna	ASP	Non indiqué [B]	L'endoscopie est la première méthode à utiliser pour identifier une lésion gastro-intestinale supérieure (varices, ulcères...) et parfois en faire le traitement.	II
	Echographie	Non indiqué initialement [B]	Recherche de signes de maladie chronique du foie.	0
	TDM	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Utile si l'endoscopie n'a pas permis de localiser l'hémorragie et lorsque celle-ci persiste. La sensibilité du scanner pour détecter une fuite est meilleure que celle de l'artériographie.	III
	Transit baryté	Contre indiqué [A]	Les explorations barytées sont une gêne pour la réalisation d'une TDM ou d'une artériographie diagnostique et/ou thérapeutique.	II
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	Après une endoscopie négative, la scintigraphie aux hématies technétiées est plus sensible que l'angiographie. Elle peut être utile pour explorer une hémorragie basse inexpliquée.	II/III
	Angio	Examen spécialisé [B]	Lorsque des saignements sont incontrôlables, l'artériographie est utile pour localiser le saignement et éventuellement faire une embolisation (<i>voir aussi 17N</i>).	III

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Dyspepsie chez un patient jeune (moins de 45 ans) 06 G	TOGD	Non indiqué [B]	Une endoscopie est utile en cas de symptômes persistants.	II
Dyspepsie chez un patient plus âgé (plus de 45 ans) 07 G	TOGD	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	L'endoscopie est faite en première intention pour détecter un cancer. Le transit oeso-gastroduodéal n'est indiqué qu'en cas d'impossibilité ou d'échec de l'endoscopie.	II
Suivi d'un ulcère gastro-duodéal 08 G	TOGD	Non indiqué [B]	L'endoscopie est préférable pour affirmer la cicatrisation.	II
Antécédents récents de chirurgie digestive (recherche de fuite) 09 G	Opacification digestive avec produit de contraste hydrosoluble	Indiqué [B]	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
Antécédents anciens de chirurgie digestive : symptômes de dyspepsie 10 G	Exploration barytée	Non indiqué initialement [B]	L'évaluation du tractus haut se fait par endoscopie.	II
	Scintigraphie	Non indiqué initialement [B]	Principale indication de l'étude isotopique du transit gastrique : dumping syndrome.	I

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Antécédents anciens de chirurgie digestive : troubles du transit, symptômes d'obstruction 11 G	TOGD	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	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
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	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
	TDM	Indiqué (B)	La tomodensitométrie est l'examen de première intention en cas d'obstruction. Elle permet l'évaluation, la localisation et parfois la détermination de la cause de l'obstruction. A compléter le cas échéant en cas d'obstruction légère par un lavement TDM ou un entéro CT.	III
Saignement intestinal chronique ou récurrent 12 G	Transit du grêle	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	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
	Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	Après une endoscopie négative, la scintigraphie aux globules rouges marqués est spécialement utile pour les saignements intermittents (<i>voir 05G</i>). Elle peut détecter des hémorragies infimes, de l'ordre de 0,1 ml/min.	II/III
	TDM	Indiqué [B]	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
	Angio	Examen spécialisé [B]	Recherche d'hypervascularisation tumorale et surtout d'angiodyplasie. Efficacité démontrée de la vidéo capsule dans cette dernière indication.	III

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Douleur abdominale aiguë inexpliquée 13 G	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie est un examen d'orientation avant de poser l'indication éventuelle d'autres explorations.	0
	ASP	Pas indiqué en routine [C]	L'ASP est utile quand il s'agit de rechercher un pneumopéritoine ou des signes d'occlusions.	II
	TDM	Indiqué [B]	La TDM est utile en fonction de la présentation clinique.	III
Occlusion aiguë du grêle 14 G	ASP	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Dans le suivi d'un iléus.	II
	Opacification digestive	Non indiqué initialement [B]	Rarement utile. Peut gêner la réalisation d'une TDM.	II
	TDM	Indiqué [B]	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 minime.	III
Occlusion chronique ou récurrente du grêle 15 G	Transit du grêle	Indiqué [B]	Cet examen montre généralement l'obstacle et sa localisation et apporte des arguments étiologiques.	II
	TDM	Examen spécialisé [B]	Une technique d'entéroscanner est utile en cas d'occlusion minime. 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) Maladie de l'intestin grêle suspectée (suite)	Transit du grêle	Examen spécialisé [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
	TDM IRM	Indiqué [B]	En phase aiguë, la TDM est indiquée en première intention, ainsi qu'en l'absence d'obstruction, un entéro TDM ou un lavement TDM (en fonction des problèmes cliniques spécifiques). Pour des plaintes chroniques ou pour le suivi, la préférence doit aller au lavement IRM ou à l'entérographie IRM parce qu'elle évite d'irradier des patients le plus souvent jeunes.	III 0
	Scintigraphie	Examens spécialisé [B]	La scintigraphie avec marquage des leucocytes montre l'activité et le développement de la maladie.	II
16 G				

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Suspicion de cancer colorectal (modifications récentes du comportement digestif, saignements bas) 17 G	Lavement baryté	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Haute sensibilité. A envisager si la colonoscopie n'est pas souhaitée par le patient comme examen de première intention, si elle n'est pas praticable ou si elle échoue.	III
	TDM TDM-CV IRM	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	La TDM est indiquée pour le staging (principalement N et M) d'un cancer colorectal. La colonoscopie virtuelle est une alternative au lavement baryté. Dans le carcinome rectal, l'IRM est indiquée pour le staging (principalement T et accessoirement N) étant donné l'impact sur la stratégie.	III III 0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
18 G	ASP	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Peut être utile pour le suivi, peut parfois montrer l'étiologie (volvulus colique, mégacolon toxique).	II
	Lavement opaque aux hydrosolubles	Pas indiqué en première intention [B]	Si la TDM n'est pas concluante. Confirme l'obstruction et son niveau, et parfois la cause.	III
	TDM	Indiqué [B]	La valeur de la TDM est réelle car cet examen est mieux supporté qu'un lavement.	III
19 G	ASP	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Utile dans le suivi d'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
	TDM	Indiqué (B)	En complément à l'endoscopie. Fournit des informations complémentaires sur l'activité de la maladie et d'éventuelles complications telles que fistules, adhérences ou abcès, et renseigne en outre sur le mésocolon et les organes adjacents.	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]	Meilleure que la TDM pour évaluer l'activité de la maladie, indiquée en cas de lésions anorectales complexes associées.	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Suivi à long terme d'une maladie inflammatoire du côlon 20 G	Lavement baryté	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	La coloscopie est préférable. Le rôle du lavement est limité à un bilan préopératoire, une recherche de fistule ou l'évaluation de patients ayant eu une chirurgie complexe.	III
Douleur abdominale aiguë suffisamment forte pour justifier une hospitalisation. Suspicion d'urgence chirurgicale 21 G	ASP	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
	Echographie TDM			0 III
Masse palpable de l'abdomen 22 G	ASP	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]	Seul intérêt potentiel, la recherche de calcifications et d'atteinte osseuse associée.	II
	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 préciser la topographie de la masse et sa structure, mieux qu'à l'échographie.	III 0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Malabsorption 23 G	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 24 G	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
	RX défécographie ou Défécographie par IRM	Examens spécialisés [B]	Une constipation peut être liée à des troubles de la statique pelvienne. L'utilisation de l'IRM se développe dans cette indication.	III 0
Infection abdominale (voir aussi 20N et 21N) 25 G	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. En cas de suspicion d'appendicite ou de diverticulite, la TDM est l'examen de choix.	0 III
	Scintigraphie	Non indiqué initialement [C]	Utile en cas de suspicion de sepsis profond non détecté par les techniques usuelles.	II/IV

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Foie, Vésicule et Pancréas				
Métastases hépatiques (voir aussi 36N et 37N)	Echographie	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Généralement examen initial. L'échographie peut convenir pour mettre en évidence des lésions mais est insuffisante en cas de pathologie hépatique chronique sous-jacente (stéatose, cirrhose et altérations chimio-induites), ainsi que pour une caractérisation appropriée, surtout en matière cancérologique. Elle n'est pas adéquate pour le suivi du traitement de métastases hépatiques.	0
	TDM	Indiqué [B]	Sensibilité meilleure que celle de l'échographie. Nécessaire quand l'échographie est douteuse ou pour mieux définir des lésions découvertes échographiquement. Technique classique pour l'exclusion, la détection et le suivi de métastases hépatiques.	III
	IRM	Examen spécialisé [B]	Elle est plus performante que la TDM si on utilise des produits de contraste spécifiques. Utile pour caractériser les lésions et pour le suivi de métastases hépatiques sous traitement local ou systémique. Utile en préopératoire chez les patients candidats potentiels à une résection hépatique.	0
	TEP	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	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
26 G				

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
29 G	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.	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]	IRM et cholangio IRM sont les meilleures techniques d'imagerie non invasive pour l'exploration des voies biliaires, tant pour le diagnostic de lithiase intra ou extrahépatique que pour l'exploration d'une cholangite sclérosante, d'un cholangiocarcinome ou d'un néo pancréatique. Si une exérèse curative d'une lésion tumorale est envisagée, l'IRM ou la cholangio IRM est indiquée, de même que préalablement à une éventuelle cholangiographie endoscopique avec papillotomie pour lithiase.	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 (ampullome, petit cancer du pancréas, lithiase du cholédoque).	0
	CPRE	Examen spécialisé [B]	Utile dans un but thérapeutique. Les indications diagnostiques sont devenues exceptionnelles.	III

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
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 lithiase vésiculaire. Ne permet pas d'exclure avec certitude une lithiase 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-IRM. Permet mieux que l'endoscopie d'explorer et d'évaluer une éventuelle pancréatite associée, des lésions hépatiques et des abcès hépatiques ou sous-phréniques éventuels.	0
	Echoendoscopie	Examen spécialisé [B]	Complémentaire de l'échographie en montrant mieux les anomalies cholédociennes et ampullaires.	0
	TDM	Indiqué seulement dans des cas particulier [B]	Rôle restreint pour l'évaluation du cholédoque. Rôle utile pour évaluer la paroi vésiculaire, en particulier en cas de tumeur vésiculaire ou de cholécystite compliquée avec abcédation.	III
	Scintigraphie	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Utile dans le diagnostic de cholécystite aiguë. Indiquée en cas de dissociation entre la clinique et l'échographie (p.e. en cas de cholécystite alithiasique).	III

30 G

[Retour au sommaire](#)

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Fuite biliaire post opératoire 31 G	Echographie TDM IRM	Indiqué [B]	L'échographie permet habituellement de visualiser l'origine anatomique des collections. L'échographie est peu performante en cas d'extension sous-phrénique ou rétropéritonéale: une TDM est alors indiquée. Pour mettre en évidence une fuite active, une IRM avec contraste hépatobiliaire est à réaliser en phase excrétoire.	0 III 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 32 G	Echographie	Non indiqué [B]	Utile éventuellement pour la recherche de lithiase 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 [C]	Si la pancréatite se présente de façon non spécifique comme un syndrome pseudo-occlusif par exemple.	II
	IRM, Echo-endoscopie, CPRE	Examens spécialisés [C]	Utiles pour rechercher une lithiase cholédocienne. Leur indication se discute en fonction des résultats de la TDM et de l'état clinique du patient. La CPRE n'est indiquée que comme geste thérapeutique.	0 0 III

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Pancréatite chronique	ASP	Non indiqué [B]	Recherche de calcifications pancréatiques.	II
	Echographie	Non indiqué [B]	Pas d'exploration possible du pancréas dans son ensemble	0
	TDM	Indiqué (B)	La TDM montre la dilatation du Wirsung et des canaux afférents, l'atrophie, certaines complications (pseudocystes, thromboses, obstructions biliaires). Utiles pour faire un bilan avant traitement de pseudocystes, et pour planifier une reconstruction vasculaire par greffe veineuse.	III
	IRM/ CPRE/ Echoendoscopie	Examens spécialisés [B]	Utiles en cas de complication biliaire, avant une discussion thérapeutique. La cholangio-IRM peut démontrer des anomalies débutantes du canal de Wirsung, et peut être complétée par une épreuve dynamique à la sécrétine pour diagnostiquer une sténose fonctionnelle ou une sclérose papillaire. L'IRM est également utile pour diagnostiquer une pancréatite autoimmune, un adénocarcinome sous-jacent ou un IPMN. L'écho-endoscopie peut être utile pour la détection de la pancréatite chronique débutante.	0 III 0
33 G				

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Tumeur du pancréas	Echographie	Non indiqué [B]	Insuffisante pour détecter une tumeur. Peut être utile pour montrer une dilatation des voies biliaires. Insuffisante pour le bilan d'extension et l'évaluation des axes vasculaires.	0
	TDM	Indiqué [B]	Examen de première intention pour la détection de la tumeur. Permet d'explorer les axes vasculaires en rapport avec la tumeur, dans l'appréciation de l'opérabilité.	III
	IRM	Indiqué dans des cas particuliers [B]	Indiqué si TDM est inconclusive et chez les malades candidats pour une résection curative.	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 est indiquée pour le diagnostic différentiel entre cancer du pancréas et pancréatite chronique.	III/IV
	Echo-endoscopie	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
34 G				
Tumeur langerhansienne	TDM IRM Echo-endoscopie	Examen spécialisé [B]	La TDM, l'IRM et l'écho-endoscopie ont un rôle pour localiser la ou les tumeurs (MEN). L'IRM est plus sensible que la TDM pour détecter les tumeurs sans hypervascularisation (25%).	III 0 0
	35 G Scintigraphie	Examen spécialisé [B]	Scintigraphie au pentétréotide en cas de forte suspicion de tumeur endocrine.	IV