

K. Traumatismes

Sommaire

01 K	Blessures à la tête chez l'enfant	3
02 K	Traumatisme nasal	7
03 K	Traumatisme orbitaire: lésion par objet contondant	7
04 K	Traumatisme orbitaire: par pénétration	7
05 K	Lésion du tiers central de la face	7
06 K	Traumatisme mandibulaire	8
07 K	Patient conscient, blessé uniquement à la tête et/ou au visage.....	9
08 K	Patient inconscient avec traumatisme crânien	9
09 K	Cervicalgies post-traumatiques.....	9
10 K	Lésion cervicale avec déficit neurologique	10
11 K	Traumatisme cervical avec douleur mais bilan radiographique initial normal ; suspicion de lésion ligamentaire	10
12 K	Traumatisme: absence de douleur et de déficit neurologique.....	11
13 K	Douleurs dorsales ou lombaires post-traumatiques sans déficit neurologique ou impossibilité d'évaluer le patient... ..	11
14 K	Douleurs dorsales ou lombaires post-traumatiques avec déficit neurologique	11
15 K	Chute suivie d'une incapacité à se relever.....	12
16 K	Suspicion de rupture urétrale	12
17 K	Traumatisme du coccyx ou coccygodynie.....	12
18 K	Traumatisme de l'épaule.....	13
19 K	Traumatisme du coude.....	13
20 K	Traumatisme du poignet avec suspicion de fracture du scaphoïde	13
21 K	Traumatisme fermé du genou	14
22 K	Traumatisme de la cheville	14
23 K	Traumatisme du pied	14
24 K	Fracture de fatigue	14
25 K	Traumatisme des parties molles avec suspicion de corps étranger	15
26 K	Suspicion d'ingestion d'un corps étranger, situé dans la région pharyngienne ou le haut œsophage	15
27 K	Ingestion d'un corps étranger lisse et petit (pièce de monnaie, etc)	15
28 K	Ingestion d'un corps étranger acéré ou potentiellement toxique (pile par ex)	16
29 K	Traumatisme thoracique mineur avec douleur thoracique persistante.....	16
30 K	Fracture du sternum isolée et en dehors d'un traumatisme grave.	16
31 K	Plaie pénétrante de l'abdomen ou lésion par objet contondant (sauf indication chirurgicale immédiate)	16
32 K	Traumatisme rénal.....	17

33 K	Polytraumatisme	17
34 K	Traumatisme majeur abdomen/ bassin	18
35 K	Traumatisme majeur thorax.....	18

[Retour au sommaire](#)

K. Traumatismes

Tête: généralités

Questions clés liées à la prise en charge du patient et à l'examen clinique:

Aspects cliniques:	<ul style="list-style-type: none"> - Existe-t-il des signes de lésion cérébrale - Existe-t-il des signes d'hémorragie intracrânienne ou d'hypertension intracrânienne - Existe-t-il des signes cliniques de fracture du crâne Le cas échéant, y a-t-il embarrure - D'autres organes sont-ils affectés 	<p>Ces questions reflètent les principales mesures à définir pour la prise en charge du patient. Les décisions concernant l'imagerie ne peuvent être prises indépendamment d'autres aspects tels que l'admission du patient. Les indications habituelles d'admission sont les suivantes: - confusion ou troubles de la conscience</p> <ul style="list-style-type: none"> - amnésie transitoire - symptômes ou signes neurologiques - convulsions, écoulement de liquide cébrospinal (LCS) ou de sang par le nez ou les oreilles - traitement anticoagulant en cours ou troubles de la coagulation - impossibilité de surveillance par un adulte à domicile, patient difficile à évaluer (blessure non accidentelle, absorption de drogues, d'alcool, etc.).
Prise en charge :	<ul style="list-style-type: none"> - Le patient doit-il être admis à l'hôpital en observation - Une TDM est-elle nécessaire - Faut-il consulter un neuro-chirurgien 	<p>Si l'admission en observation est décidée, il devient moins urgent de recourir à l'imagerie, et l'examen peut être mieux conduit une fois que le patient est redevenu lucide et plus coopératif. La TDM est de plus en plus employée en premier lieu lorsqu'il existe un risque moyen de lésion intracrânienne.</p>
Les anomalies tomodensitométriques intracrâniennes suggérant la nécessité d'un traitement neurochirurgical d'urgence incluent:	<ul style="list-style-type: none"> - Lésion intracrânienne hyperdense ou mixte - Déplacement des structures médianes (telles que le troisième ventricule) - Oblitération du troisième ventricule - Dilatation relative d'un ou plusieurs ventricule(s) - Oblitération des citernes péri-mésencéphaliques - Air intracrânien - Hémorragie sous-arachnoïdienne ou intra-ventriculaire. 	

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Traumatisme crânien léger : – conscience normale ou légèrement altérée (GCS 13-15). – perte de connaissance brève, < à 1 minute. 01 Kb	RS crâne	Non indiqué [B]	Examen non pertinent dans la prise en charge du patient La tendance est de réaliser une TDM. L'inconvénient théorique de l'irradiation est en fait mineur pour une exploration de la tête. Une surveillance attentive (examen neurologique répété, en réveillant le patient s'il dort) est impérative.	I
	TDM	Indiqué [C]		II

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Circonstances particulières et facteurs aggravants : – céphalées persistantes, vomissements – choc violent, lésions associées – circonstances de l'accident imprécises – traitement anticoagulant – intoxication (alcool, drogue) – plaie ou contusion du scalp étendues – dérivation ventriculaire – âge > à 60 ans	RS crâne	Non indiqué [B]	Dans ces situations, une TDM est indispensable. En conséquence, le patient doit être adressé ou transféré dans un centre disposant d'un scanographe opérationnel 24h /24	I
	TDM	Indiqué [B]		II
	IRM	Non indiqué [B]		0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Traumatisme grave : – altération de conscience, coma (GCS<13) – signes neurologiques focaux. – embarrure ou plaie cranio-cérébrale. – signes de fracture de la base, liquorrhée ou oto-liquorrhée. 01 Kc	TDM	Indiqué [A]	Le scanner sera réalisé d'emblée. Le patient doit être adressé ou transféré dans un centre disposant d'un département neurochirurgical. Le scanner sera répété si le scanner initial a été réalisé moins de 3 heures après le traumatisme et que l'état neurologique s'aggrave	II
	RS crâne	Non indiqué [A]		I
	Exploration du rachis	Indiquée [B]	Chez tout patient comateux, réaliser des radiographies des zones non explorées lors de la TDM initiale	I
	IRM	Non indiqué habituellement à la phase aiguë [B]	En fonction de la disponibilité, une IRM pourra être réalisée, si la TDM est peu contributive.	0
Recherche de séquelles de traumatismes graves : – signes neurologiques focaux – épilepsie secondaire – Troubles cognitifs 01 Kd	IRM	Examen spécialisé [C]	L'IRM est plus performante que la TDM pour mettre en évidence des séquelles (contusions corticales et lésions axonales) et pour quantifier une atrophie [B]	0
	TDM	Examen non indiqué	Indiqué seulement si contre indication à l'IRM	II
	TEMP	Examen spécialisé [C]	La tomoscintigraphie (TEMP) de perfusion cérébrale peut montrer des anomalies fonctionnelles au niveau des zones cérébrales structurellement intactes.	II/III

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Face et Orbites				
Traumatisme nasal 02 K	RS du crâne	Non indiqué [B]	Faible corrélation entre les résultats radiologiques et la présence d'une déformation externe. Habituellement, c'est le suivi dans une unité ORL ou de maxillo-faciale qui détermine la nécessité d'une radiographie qui peut avoir éventuellement un intérêt médico-légal.	I
	RS des os de la face			I
Traumatisme orbitaire: lésion par objet contondant 03 K	RS des os de la face	Indiqué [B]	En particulier lors d'un traumatisme avec possibilité de fracture de l'orbite	I
	IRM ou TDM	Examen spécialisé [B]	TDM en cas de traumatismes orbitaires. En cas d'une baisse de la vision et si et si la TDM ne montre pas de lésions, une IRM est indiquée (contre-indication: corps étranger métallique).	0 II
	Echographie	Examen spécialisé [B]	En cas d'hémorragie intraoculaire.	0
Traumatisme orbitaire: par pénétration 04 K	RS des orbites	Indiqué [C]	Lorsque: 1) la présence d'un corps étranger intraoculaire radio-opaque n'est pas exclue (<i>voir 21A</i>) ; 2) l'examen est demandé par un ophtalmologiste ; 3) une lésion des parois orbitaires est suspectée.	I
	TDM	Indiqué [B]	Nécessaire pour localiser les lésions.	II
	Echographie	Examen spécialisé [B]	Si présence de corps étrangers intraoculaires sans lésion du globe oculaire. L'IRM est contre-indiquée en présence d'un corps étranger métallique.	0
Lésion du tiers central de la face 05 K	RS des os de la face	Indiqué [B]	Sont souvent normales (en dehors de possibles lésions des os propres en cas de fracture du nez). Il est nécessaire que le patient soit coopératif ; sinon, il est préférable de différer l'examen. Intérêt médico-légal éventuel. Chez l'enfant, la radiographie est souvent inutile.	I
	TDM	Examen spécialisé [B]	Examen de choix dans ce type de fracture ou de suspicion de fracture.	II

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Rachis cervical				
Patient conscient, blessé uniquement à la tête et/ou au visage 07 K	RS du rachis cervical	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Les clichés simples sont utiles seulement s'il existe : 1) des troubles de la conscience 2) une intoxication 3) un trouble neurologique focal 4) un point douloureux cervical	I
Patient inconscient avec traumatisme crânien 08 K	RS du rachis cervical	Indiqué [B]	Les clichés simples doivent mettre en évidence la totalité du rachis cervical jusqu'en Th1/Th2. Ces clichés sont difficiles à réaliser d'autant plus que toute manipulation doit être évitée. Si la région cranio-vertébrale ou la jonction cervico-thoracique ne sont pas parfaitement mises en évidence, ou s'il existe un doute sur une fracture, un examen TDM est indiqué.	I
	TDM	Indiqué [B]	Comme dans ce contexte un examen TDM crânien est indiqué (<i>voir 01K</i>), les clichés simples du rachis cervical peuvent être remplacés par une exploration TDM volumique englobant les régions cranio-vertébrale et cervico-thoracique. Toute manipulation doit être évitée.	II
Cervicalgies post-traumatiques 09 K	RS	Indiqué [B]	Les clichés simples doivent mettre en évidence la totalité du rachis cervical jusqu'en Th1/Th2.	I
	TDM IRM	Indiqué dans des cas particuliers [B]	Une TDM (pour les lésions osseuses) ou une IRM (pour les lésions des parties molles) peuvent être nécessaires, au besoin après avis spécialisé, en particulier si la radiographie est douteuse ou les lésions complexes.	II 0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Lésion cervicale avec déficit neurologique 10 K	RS	Indiqué [B]	Les clichés simples restent indiqués, notamment à la recherche de luxations ou de lésions osseuses déplacées à réduire en urgence.	I
	TDM	Indiqué dans des cas particuliers [B]	La TDM est particulièrement utile pour le bilan des lésions osseuses, en particulier celles de l'arc neural, et dans le cadre des névralgies cervico-brachiales.	II
	IRM	Indiqué [B]	L'IRM, difficile à réaliser chez des patients réanimés, constitue la méthode la plus efficace et la plus sûre pour montrer une lésion médullaire, une compression médullaire, une atteinte des ligaments ou des fractures vertébrales à différents niveaux. Une myélographie par TDM (myélo-TDM) est envisageable si l'IRM n'est pas réalisable.	0
Traumatisme cervical avec douleur mais bilan radiographique initial normal ; suspicion de lésion ligamentaire 11 K	RS dynamiques	Examen spécialisé [B]	Les clichés dynamiques en flexion-extension doivent être effectués sous contrôle télévisé. Les mouvements doivent être réalisés par le patient lui-même, sans aide extérieure, sous contrôle médical. En cas de négativité ces clichés dynamiques peuvent être répétés à distance.	I
	IRM	Examen spécialisé [C]	L'IRM peut mettre en évidence les lésions ligamentaires.	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
<i>Rachis dorsal et lombaire</i>				
Traumatisme: absence de douleur et de déficit neurologique 12 K	RS	Non indiqué [A]	L'examen clinique est fiable dans cette région. Si le patient est éveillé, attentif et asymptomatique, la probabilité d'une lésion est faible.	II
Douleurs dorsales ou lombaires post-traumatiques sans déficit neurologique ou impossibilité d'évaluer le patient 13 K	RS	Indiqué [B]	Ne pas hésiter à demander un bilan radiographique en cas de douleur, de chute importante, d'accident violent, s'il existe d'autres fractures du rachis ou s'il est impossible d'évaluer cliniquement le patient. Recours de plus en plus fréquent à la TDM et l'IRM.	II
Douleurs dorsales ou lombaires post-traumatiques avec déficit neurologique 14 K	RS	Indiqué [B]	Bien que les RS demeurent l'examen initial, la TDM et l'IRM jouent un rôle de plus en plus important	II
	TDM	Indiqué [B]	L'analyse des lésions osseuses est au mieux réalisée par la TDM, notamment depuis les possibilités de reconstructions multiplanaires.	III
	IRM	Indiqué [B]	L'IRM demeure la meilleure approche pour montrer une lésion médullaire intrinsèque, une compression médullaire ou des fractures vertébrales à plusieurs niveaux.	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Bassin et sacrum				
Chute suivie d'une incapacité à se relever 15 K	RS du bassin et RS de la hanche de profil	Indiqué [C]	L'examen clinique peut manquer de fiabilité. Rechercher les fractures du col du fémur, qui peuvent rester invisibles à la première radiographie simple, même si les clichés (y compris les clichés de profil) sont de qualité. La scintigraphie osseuse, l'IRM ou la TDM peuvent quelquefois être utiles si la radiographie est normale ou douteuse.	I
Suspicion de rupture urétrale 16 K	Urétrographie rétrograde et mictionnelle	Examen spécialisé [B]	Montre l'intégrité de l'urètre ou bien confirme la lésion traumatique urétrale. Une cystographie ou une TDM (phase excrétoire tardive), dans le cadre d'un traumatisme du bassin, peuvent être indiqués en cas d'hématurie importante coexistant avec un urètre normal pour mettre en évidence d'autres lésions du tractus urinaire.	III
Traumatisme du coccyx ou coccygodynie 17 K	RS	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]	La normalité apparente des clichés est souvent trompeuse et les constatations radiographiques influent peu sur la conduite thérapeutique.	I

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Membre supérieur				
Traumatisme de l'épaule 18 K	RS	Indiqué [B]	Certains traumatismes ont une sémiologie discrète. Des incidences spécifiques peuvent être réalisées. L'échographie, la TDM, ou l'IRM peuvent être utiles dans les cas complexes ou à la recherche d'une lésion des parties molles. Toujours penser à une rupture traumatique de la coiffe des rotateurs chez le patient de plus de 50 ans.	I
Traumatisme du coude <i>(Chez l'enfant, voir 16M et 17M)</i> 19 K	RS	Indiqué [B]	Une hémarthrose peut être le seul signe radiographique d'une fracture non visible sur les RS de face et de profil. Plutôt que de renouveler ces mêmes clichés ou de recourir à des incidences spéciales, une échographie, une TDM, voire une IRM peuvent être indiquées.	I
Traumatisme du poignet avec suspicion de fracture du scaphoïde 20 K	RS	Indiqué [B]	Au départ, les fractures du scaphoïde peuvent être invisibles, même sur les incidences spécifiques du scaphoïde. La plupart des centres réitèrent donc la radiographie après 10 à 14 jours si les signes cliniques sont importants.	I
	IRM TDM	Examen spécialisé [B]	Certains centres recourent à la TDM, voire à l'IRM pour exclure une fracture plus rapidement.	0 I
	Echographie Scintigraphie	Indiqué dans des cas particuliers [B]	L'échographie et la scintigraphie osseuse double/triple phase sont intéressantes pour leur valeur prédictive négative, lorsque les radiographies sont normales.	0 II/III

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Membre inférieur				
Traumatisme fermé du genou 21 K	RS	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Des radiographies sont justifiées en cas d'impossibilité de marcher quelques pas, ou en cas de douleurs osseuses prononcées à la palpation, surtout au niveau de la patella ou de la tête de la fibula. Si nécessaire, elles peuvent être complétées par une TDM ou une IRM.	I
Traumatisme de la cheville 22 K	RS	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Des radiographies sont justifiées quand les critères d'Ottawa sont présents, notamment quand l'appui immédiat ou dans la salle d'urgence est impossible, ou en cas de présence d'un point douloureux exquis sur la malléole médiale, et/ou sur le bord postérieur et l'extrémité distale de la malléole latérale. L'échographie est actuellement capable de faire le diagnostic et d'apprécier la sévérité d'une lésion ligamentaire de la cheville.	I
Traumatisme du pied 23 K	RS	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Des radiographies sont justifiées en cas de douleurs osseuses à la palpation, ou d'incapacité à l'appui. En cas de radiographies douteuses, ou de fractures complexes de l'arrière et du médio-pied, une TDM est utile.	I
Fracture de fatigue 24 K	RS	Indiqué [B]	Bien que souvent normaux initialement, les clichés simples sont indiqués.	I
	Scintigraphie ou IRM ou Echographie	Indiqué [B]	Permettent une détection précoce des lésions, dans le cas où les clichés simples sont normaux. Certains centres recourent à l'échographie pour visualiser la fracture.	II/III 0 0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Imagerie d'un corps étranger				
Traumatisme des parties molles avec suspicion de corps étranger 25 K	RS	Indiqué [B]	Le verre est en général radio-opaque, comme certaines peintures. Le plastique n'est pas radio-opaque et le bois l'est rarement.	I
	Echographie	Indiqué [B]	En cas de négativité de la radiographie, ou en cas d'ignorance de la nature du corps étranger, une échographie est indiquée car l'échographie met parfaitement en évidence les corps étrangers radio-transparents.	0
Suspicion d'ingestion d'un corps étranger, situé dans la région pharyngienne ou le haut œsophage (<i>chez l'enfant, voir M</i>) 26 K	RS des parties molles du cou RT	Indiqués dans des cas particuliers [C]	Après examen direct de l'oropharynx (où se logent la plupart des corps étrangers), et si le corps étranger est susceptible d'être opaque. Il peut être difficile de le distinguer des cartilages calcifiés. En général, les arêtes de poisson sont invisibles à la radiographie. Ne pas hésiter à demander une laryngoscopie ou une endoscopie, en particulier si la douleur persiste au-delà de 24 heures. NB : pour les corps étrangers éventuellement inhalés par les enfants, <i>voir 31M</i>	I
	ASP	Non indiqué [B]		II
Ingestion d'un corps étranger lisse et petit (pièce de monnaie, etc) 27 K	RT	Indiqué [B]	Une minorité de corps étrangers avalés sont radio-opaques (<i>pour l'enfant, voir 31M</i>). Une radiographie de profil peut être nécessaire si le cliché de face est normal.	I
	ASP	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Les corps étrangers s'impactent prioritairement dans la région crico-pharyngienne. Si le corps étranger n'a pas été éliminé après quelques jours, un ASP peut aider à le localiser (<i>pour l'enfant, voir 31M</i>).	II

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Ingestion d'un corps étranger acéré ou potentiellement toxique (pile par ex) 28 K	ASP	Indiqué [B]	En général, les corps étrangers qui transitent par l'œsophage parcourent le reste de l'appareil digestif sans aucune complication. Certains peuvent toutefois être toxiques ou traumatisants.	II
	RT	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	Notamment si l'ASP est normal.	I
Traumatisme thoracique mineur avec douleur thoracique persistante. 29 K	RT	Indiqué dans des cas particuliers [C]	L'identification d'une fracture costale ne modifie pas la conduite du traitement La radiographie peut être indiquée pour rechercher un épanchement pleural. <i>Voir aussi 09D.</i>	I
Fracture du sternum isolée et en dehors d'un traumatisme grave. 30 K	RT	Indiqué [C]	Radiographie thoracique face et profil (<i>Voir aussi 09D</i>).	I
Plaie pénétrante de l'abdomen ou lésion par objet contondant (sauf indication chirurgicale immédiate) 31 K	ASP	Indiqués [B]	L'ASP en décubitus dorsal et la RT debout sont des examens à peu près systématiques.	II
	RT			I
	Echographie	Indiqué [C]	L'échographie permet de détecter les hématomes et des lésions d'organes pleins (rate, foie, etc).	0
	TDM	Indiqué [C]	La réalisation d'une TDM au début et dans la surveillance aide à choisir les patients nécessitant une laparotomie et ceux qui peuvent recevoir un traitement conservateur. La laparotomie n'est plus systématique même chez des patients ayant une plaie pénétrante, si l'échographie et surtout la TDM sont très rassurantes.	III

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Traumatisme rénal 32 K	Uro-TDM	Indiqué [B]	Le recours à l'imagerie peut être évité chez les adultes ayant une contusion de la région rénale et une hématurie microscopique mais sans choc ou lésion grave abdominale associée. L'uro-TDM est la technique de choix chez les patients ayant eu un trauma grave, avec éventuellement hypotension et/ou hématurie macroscopique. La phase précoce de la TDM peut montrer des lésions vasculaires tandis que la phase excrétoire tardive fait le bilan de la voie excrétrice.	III
	Echo-doppler	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	L'échographie Doppler peut être utile dans le bilan initial en cas de suspicion de lésion rénale, en particulier lors de traumatisme lombaire isolé sans signe clinique de gravité. Un examen négatif n'exclut pas une lésion rénale.	0
	UIV	Non indiqué [C]		II
Polytraumatisme patient stable, inconscient ou confus 33 Ka	RT	Indiqué [B]	Radiographie thoracique pour exclure absolument un épanchement pleural.	I
	TDM de la tête et du tronc (crâne, rachis, thorax, abdomen, pelvis)	Indiqué [B]	Scanner en acquisition volumique hélicoïdale en coupe fine, avec lecture des images en double fenestration pour la recherche des atteintes viscérales et/ou osseuses. Reconstruction systématique dans les trois plans en cas de doute sur une lésion du rachis ou du bassin. Dans ce cas les radiographies du rachis et du bassin deviennent inutiles, en urgence.	IV

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Polytraumatisme patient instable 33 Kb	RT RS du bassin	Indiqué [B] Indiqué [B]	La priorité est de stabiliser l'état du patient. Les fractures pelviennes peuvent provoquer souvent d'importantes fuites sanguines pouvant faire discuter une embolisation en urgence. La radiographie du rachis peut attendre tant que le rachis et la moelle épinière sont correctement protégés.	I II
	Echographie au lit du patient	Indiqué [B]	L'échographie en urgence permet de voir les fuites sanguines en cavité libre (plèvre, péricarde, péritoine).	0
Traumatisme majeur abdomen/ bassin 34 K	RT RS du bassin	Indiqué [B]	Exclure absolument un épanchement pleural. Les fractures pelviennes provoquant une augmentation du volume du bassin sont souvent associées à d'importantes pertes sanguines.	I II
	Echographie abdominale	Indiqué [B]	L'échographie en urgence, permet de voir le liquide libre. Elle est indiquée pour les patients à hémodynamique instable avant le passage au bloc opératoire.	0
	TDM abdominale	Indiqué [B]	La plus sensible et spécifique, cette méthode prend toutefois du temps et peut retarder le passage en salle d'opérations (le patient doit avoir une hémodynamique stable).	III
Traumatisme majeur thorax 35 K	RT	Indiqué [B]	Permet un diagnostic et un traitement immédiat (drainage hémithorax, exsufflation d'un pneumothorax,)	I
	TDM du thorax	Indiqué [B]	Nette supériorité par rapport à la radiographie standard. Il affine la prise en charge des lésions pleuro-pulmonaires. Le scanner hélicoïdal avec injection de produit de contraste peut affirmer ou infirmer une lésion vasculaire aortique.	III