

Guide de priorités pour les demandes d'examens en RÉSONANCE MAGNÉTIQUE (IRM)

Niveau 1 (P1)	Examen nécessaire immédiatement pour diagnostiquer un état qui met en danger la survie du patient. Type d'examen qui ne peut être effectué qu'au plus tard en 24 heures.	Immédiatement ou en dedans de 24 heures
Niveau 2 (P2)	Un examen indiqué pour être effectué en deçà d'une semaine afin de résoudre impérativement un cas clinique.	2 à 7 jours
Niveau 3 (P3)	Un examen indiqué afin d'investiguer les symptômes dans une situation qui pourrait affecter potentiellement la survie du patient.	8 à 30 jours
Niveau 4 (P4)	Un examen indiqué pour la gestion à long terme ou pour de la prévention.	31 à 90 jours

Dans le but de maximiser l'utilisation de la ressource en imagerie par résonance magnétique, toutes les requêtes devront être priorisées par protocole, par le radiologiste en service dans le secteur. Cette priorité sera effectuée à partir des renseignements cliniques pertinents inscrits sur la demande d'examen. Il est donc primordial que ces renseignements s'y retrouvent. Une fois la priorité accordée, l'examen sera mis en liste pour être effectué selon cette priorité.

La plus haute priorité sera donnée aux examens qui pourront affecter directement la gestion du patient et où l'IRM est la modalité la plus susceptible afin de répondre au questionnement clinique et aux examens auxquels il y a urgence de faire un diagnostic à priori par résonance avant d'instituer une thérapie.

Les lésions qui, après l'histoire de cas et l'examen physique, sont potentiellement instables et sérieuses, si non traitées rapidement, auront une priorité élevée. Les patients en préopératoire et en crise aiguë recevront également une priorité haute dans les situations où l'IRM sera bénéfique pour élucider un diagnostic si les autres modalités n'ont pas été concluantes.

Les lésions/maladies auxquelles un diagnostic est connu et qui ne nécessitent pas un traitement immédiat ou des lésions/maladies qui, après l'histoire de cas et l'examen physique, ne nécessitent pas de traitement immédiat, mais qui demandent une évaluation rapide, recevront une priorité de second ou de troisième niveau.

Les suivis de patients qui ont des lésions stables ou qui progressent lentement ou, pour ceux qui ne nécessitent pas de chirurgie urgente, recevront une priorité de type 4. La plus basse priorité sera donnée aux patients stables qui ne demandent que de la documentation ou chez qui il n'y a pas de traitement possible.

Généralement, les modalités d'imagerie plus accessibles et moins dispendieuses seront requises a priori d'utiliser l'IRM et de faire une demande. Le radiologiste en service dans le secteur devra revoir les demandes avant d'assigner une priorité.

Si un clinicien souhaite connaître une priorité qu'une demande spécifique a reçue, il devra communiquer avec la coordonnatrice du secteur qui l'informera de la date approximative de l'examen. Si ce clinicien croit que cette date n'est pas appropriée, selon la condition clinique du patient, il devra communiquer directement avec le radiologiste en devoir. Les temps d'attente pour les examens d'IRM dans le guide sont des temps maximums pour les patients selon les conditions cliniques indiquées, basés sur l'équilibre entre l'accès actuel et le besoin du patient. Le temps d'attente réel pourra varier et sera différent selon la demande et la disponibilité des appareils.

Ce guide ne se veut pas un document définitif et l'ultime responsabilité de la priorité d'une demande d'examen demeure avec le radiologiste affecté à l'IRM, après consultation avec le clinicien référant. De plus, à l'intérieur même d'une catégorie, certaines conditions pourraient être considérées comme plus urgentes que d'autres, elles ne sont pas toutes égales et ne sont pas indiquées par ordre de grandeur.

Niveau 1 - Stat à 24 heures

Lorsque l'imagerie est critique pour la gestion immédiate du patient.

L'état du patient devrait être discuté directement avec le radiologiste en devoir. Ceci inclut les patients externes, hospitalisés ou provenant de l'urgence.

- Évaluation préopératoire d'une néoplasie de la fosse postérieure, néoplasme supratentorial profond, exclusion de métastases additionnelles si la TDM ne répond pas à ces questions;
- Hydrocéphalie aigüe dont la cause n'a pas été identifiée à la TDM;
- Infection : suspicion d'encéphalite;
- Suspicion de thrombose d'un sinus veineux intracrânien;
- Évaluation préopératoire d'une néoplasie de la moelle épinière;
- Évaluation de la moelle épinière lors d'un trauma lorsque qu'il n'y a pas d'atteinte osseuse, évaluation d'une lésion de la moelle ou d'une compression médullaire;
- Suspicion d'une ostéomyélite spinale ou d'une discite avec compromis médullaire;
- Compression aigüe de la moelle causée par une tumeur maligne;
- AVC aigüe (investigation principale à la TDM);
- Dissection de l'aorte (équivoque à la TDM);
- Hémorragie intracrânienne (évaluation d'une lésion sous-jacente P2);
- Angio-IRM dans les cas où l'angiographie ou la TDM-angio n'est pas possible;
- Nécrose musculaire;
- Infection-SIDA avec suspicion de lésion focale;
- MRCP obstruction aigüe des voies biliaires;
- Thrombus intracardiaque (IRM cardiaque);
- Pseudo-anévrisme cardiaque;
- Dissection aortique;

Niveau 2 - 2 à 7 jours

Lésions/maladie dont le diagnostic est connu et dont le traitement n'est pas immédiatement nécessaire ou, lésion/maladie qui, après histoire de cas et l'examen physique, ne demandent pas de traitements immédiats, mais qui requièrent une évaluation rapide.

Les résultats de l'examen en IRM altéreront probablement la gestion du patient et procureront de l'information additionnelle pour la gestion d'une chirurgie ou le traitement médical.

- Blessure à une articulation si l'IRM déterminera le type de chirurgie;
- Sarcome d'un os ou d'un tissu mou;
- Évaluation préopératoire d'une tumeur médiastinale ou l'invasion du thorax par une masse si la TDM n'est pas concluante;
- Évaluation préopératoire de la vascularité rénale lors d'un carcinome si la TDM ou l'ultrason ne sont pas concluants;
- R/O abcès, si la TDM n'est pas concluante ou négative;
- R/O fractures occultes : hanche/scaphoïde;
- Néoplasies supratentorielles, exclusion de métastases additionnelles quand la chirurgie n'est pas contemplée immédiatement;
- Néoplasies infratentorielles-Haute suspicion d'une néoplasie de la fosse postérieure avec une TDM négative;
- Tumeurs du nasopharynx et de la base du crâne-pour localisation et planification;
- Lésion de la jonction crânio-cervicale-suspicion clinique ou suivi;
- Ostéomyélite;
- Haute suspicion d'une nécrose avasculaire si la radiographie simple, la médecine nucléaire et la TDM ne sont pas concluantes ou pour l'évaluation de la hanche opposée si la chirurgie est contemplée;
- Suspicion d'une lésion vasculaire intracrânienne;
- Myocardite (IRM cardiaque).

Niveau 3 - 8 à 30 jours

Lésions/maladies dont le diagnostic est connu et dont le traitement immédiat n'est pas nécessaire ou des lésions/maladies qui, après histoire de cas et l'examen physique, ne requièrent pas de traitement immédiat et dont les délais d'évaluation en IRM n'impacteront pas négativement les résultats du traitement.

Les résultats de l'examen en IRM altéreront probablement la gestion du patient et procureront de l'information additionnelle pour la chirurgie ou la gestion médicale.

- Adénome pituitaire-suspicion;
- Neurinome acoustique-suspicion;
- Convulsions-en pédiatrie avec focus EEG, enfants qui attendent une chirurgie pour l'épilepsie, adultes convulsions focales, évaluation postopératoire d'une résection quand la TDM n'est pas concluante ou l'évaluation d'une lésion résiduelle;
- Sclérose en plaques : tête et colonne cervicale-diagnostic initial;
- Évaluation plus poussée d'une masse orbitaire quand la TDM n'est pas concluante, évaluation du nerf optique ou d'une portion intracrânienne du nerf optique;
- Désordre métabolique chez un enfant;
- Désordre du cerveau et de la moelle épinière quand la chirurgie est contemplée;
- Lésions de la moelle épinière : tumeur, kyste. Suivi postop de la condition de la moelle épinière;
- MRCP sans signe obstructif P4 sauf si demande autre du gastro-entérologue;
- Autres lésions articulaires aiguës que genoux, coudes ou chevilles. Définitivement PAS « articulations bilatérales ».

- Symptômes chroniques au niveau des articulations si l'IRM détermine le besoin de chirurgie;
- Maladie cardiaque congénitale complexe;
- Évaluation des maladies vasculaires des grands vaisseaux si une caractérisation supplémentaire est nécessaire après évaluation à la TDM, où l'allergie aux produits iodés fait en sorte que l'IRM est la modalité de choix pour l'évaluation initiale de l'aorte ou des artères pulmonaires;
- Caractérisations additionnelles de masses médiastinales ou apicales quand la TDM n'est pas concluante;
- Évaluation d'un carcinome envahissant de la prostate et de la vessie;
- Évaluation préopératoire de la vascularité hépatique pour une transplantation;
- Évaluation plus étendue de lésions hépatiques focales pour les différencier d'un hémangiome ou d'autres conditions quand l'ultrason, la TDM et la médecine nucléaire ne sont pas concluants;
- Évaluation hépatique additionnelle de lésions focales néoplasiques en vue d'une résection;
- Évaluation d'un cancer du vagin, col utérin, vulve et utérus;
- « Work-up » métastatique;
- Évaluation d'une masse ovarienne;
- Fœtus anormal;
- Monitoring de la chimio/radiothérapie;
- Malformation cardiaque.

Niveau 4 - Prochain rendez-vous disponible électif : 31 à 90 jours

Cette catégorie inclut les cas où l'IRM est requise pour un suivi clinique chez des patients stables ou chez qui la maladie/lésion progresse lentement ou chez qui la chirurgie n'est pas nécessaire ou encore les options thérapeutiques sont limitées.

- Évaluation post-traumatique du cerveau et de la moelle épinière (blessure distale);
- Hydrocéphalie chronique sans masse sous-jacente;
- Évaluation de malformations congénitales complexes du cerveau et de la colonne;
- Symptômes chroniques d'une jointure quand les autres formes d'investigations n'ont pas été concluantes;
- L'épaule : devrait avoir initialement une radiographie pour la coiffe des rotateurs pour exclure une déchirure chronique;
- Coude : douleur chronique. TDM, si calcification;
- Poignet : après radiographie, au préalable;
- Hanche : n'est pas susceptible à un dérangement interne. L'IRM n'est généralement pas indiquée sauf pour une arthro-IRM;
- Genou : douleurs chroniques ou bilatérales, syndrome patellaire ou chondromalacie;
- Cheville : chronique;
- Désordre musculaire;
- Suivi de la sclérose en plaques;
- Désordres neurodégénératifs;
- Conditions de la démence;
- Convulsions chroniques chez qui la chirurgie n'est pas planifiée, avec une TDM négative et pas de focus EEG;
- Évaluation d'un membre de la famille avec histoire d'anévrismes.

- Adénome pituitaire-suivi ou des patients qui ne sont pas considérés pour la chirurgie;
- Maladie dégénérative des disques intervertébraux avec des symptômes persistants;
- Une colonne postopératoire non immédiate avec des symptômes persistants;
- Suivi d'une dissection aortique;
- Problèmes avec les articulations temporo-mandibulaires;
- Possibilité de développer des tumeurs dans les tissus mous ou dans les os;
- IRM cardiaque hémodynamique (cardiomyopathie non ischémique à déterminer).