



Guide de positionnement en radiographie

Rédaction :

Marilou Gallichand-Dutil, assistante-chef qualité en imagerie médicale
au CHU de Québec-Université Laval

En collaboration avec :

Émilie D'Anjou, coordonnatrice qualité en imagerie médicale
au CHU de Québec Université Laval

Mélanie Labbé, coordonnatrice qualité en imagerie médicale
au CHU de Québec Université Laval

Conception et montage :

Éric Morin, agent d'information - graphiste, service de graphisme de la direction
de l'enseignement et des affaires universitaires du CHU de Québec-Université Laval

Cet outil de travail présente les grandes lignes de positionnement des structures anatomiques en radiographie. Cependant, chaque établissement doit continuer à envoyer ses images au PACS selon l'affichage de son centre hospitalier et appliquer les routines qui lui sont propres.

Radioprotection : consulter les avis de radioprotection de l'ordre des technologues en imagerie médicale, de radio-oncologie et électrophysiologie médicale du Québec (OTIMROEPMQ).



<https://www.otimroepmq.ca/itech/avis-de-radioprotection/>



Ce document est tiré à 32 exemplaires.

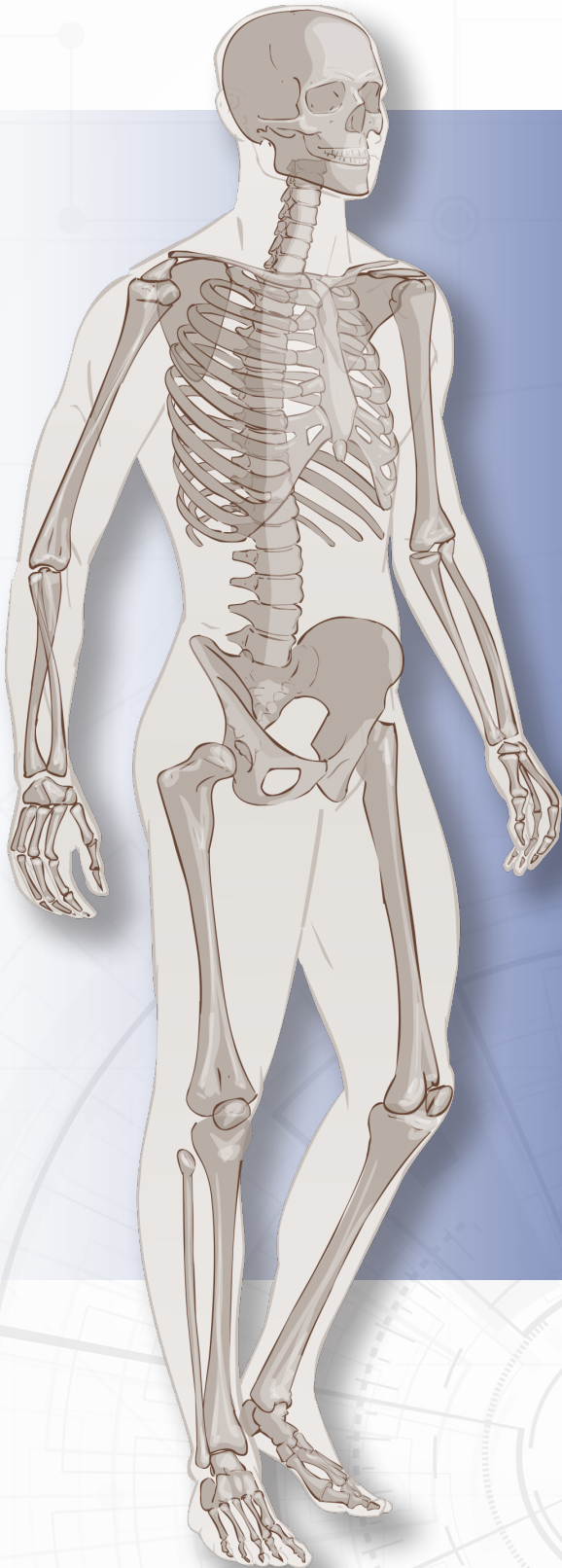
*Reproduction en tout ou en partie et distribution non commerciale permises, en mentionnant la source :
CHU de Québec-Université Laval.*

Aucune modification autorisée. © CHU de Québec - Université Laval, 2021

Dépôt légal :

Bibliothèque nationale du Québec 2021
Bibliothèque nationale du Canada 2021
ISBN 978-2-9819573-2-0 (version imprimée)
ISBN 978-2-9819573-3-7 (PDF)

Table des matières



3 Règles à ne pas oublier

4 Membres supérieurs

36 Membres inférieurs

69 Colonne vertébrale

90 Cage thoracique

98 Tronc

107 Tête et cou

129 Goniométrie ou bilan des membres inférieurs

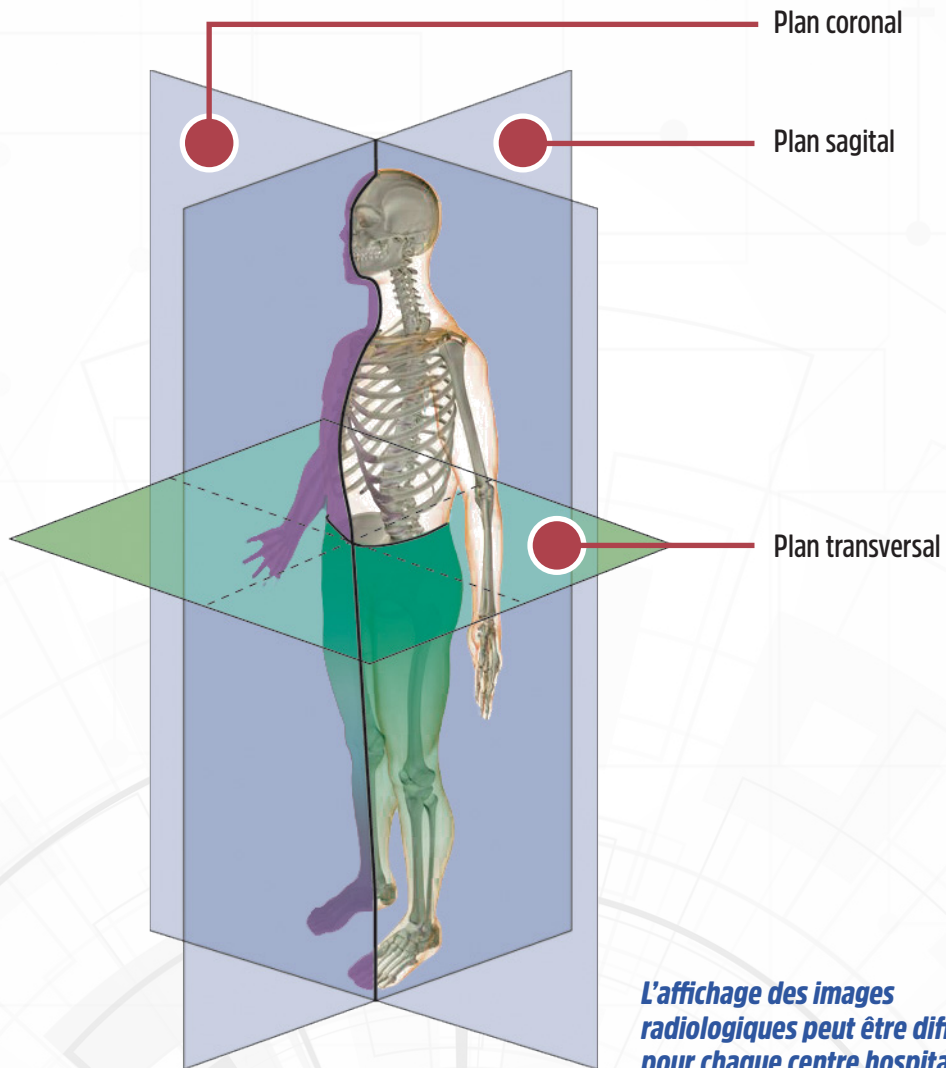
131 Scanographie

132 Séries osseuse et métastatique

136 Série scoliotique

139 Évaluation de l'âge osseux

Règles à ne pas oublier

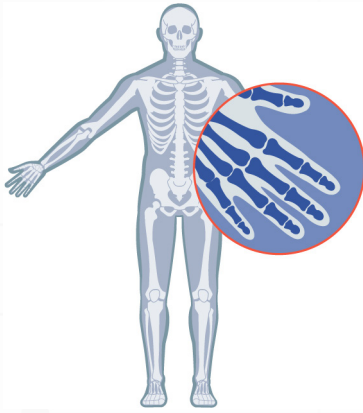


L'affichage des images radiologiques peut être différent pour chaque centre hospitalier.

1. Toujours avoir deux vues orthogonales (90°) pour faire l'étude de la structure.
2. Toujours avoir les deux articulations pour toute radiographie osseuse.
3. La collimation donne une meilleure qualité d'image et assure une radioprotection au patient.
4. Toujours mettre une lettre d'identification (D ou G) pour toutes les expositions.

MEMBRES SUPÉRIEURS

	Doigts et pouce	5
	Main	9
	Poignet	11
	Avant-bras	17
	Coude	18
	Humérus	21
	Épaule	22
	Clavicule	30
	Scapula	31
	Articulations acromio-claviculaires	33
	Articulations sterno-claviculaires	35



MEMBRES SUPÉRIEURS

Doigts et pouce

POUCE - FACE AP



Positionnement :

- Allonger d'abord le bras dont l'aisselle est en appui dans l'axe longitudinal du récepteur. Placer la main en pronation.
- Amener le pouce en supination en faisant une rotation interne de la main autour du pouce.
- La base du pouce doit être dégagée de la superposition de la partie hypothénar de la main.

Centrage :

- Longitudinal et transverse : au milieu de l'articulation métacarpophalangienne.

Critères de vue :

- Les bords latéraux de la diaphyse de la phalange proximale et du métacarpien sont concaves de chaque côté.
- L'épaisseur des tissus mous est la même de chaque côté des phalanges.
- L'ongle du pouce est central.

POUCE - OBLIQUE (OPAE)



Positionnement :

- Le patient est assis au bout de la table.
- Le coude est fléchi à 90°. La main et l'avant-bras sont en appui sur la table.
- La main est placée en pronation et en appui.
- Le pouce reste dans la position naturelle, oblique d'environ 45°.

Centrage :

- Longitudinal et transverse : au milieu de l'articulation métacarpophalangienne.

Critères de vue :

- La concavité de la phalange proximale et du métacarpien est plus importante du côté interne (côté soulevé).
- L'épaisseur des tissus mous est 2 fois plus importante du côté interne (côté soulevé).
- Les articulations métacarpophalangienne et interphalangienne sont visualisées.

POUCE - PROFIL EXTERNE



Positionnement :

- Le patient est assis au bout de la table.
- Le coude est fléchi à 90°. La main et l'avant-bras sont en appui sur la table.
- La main est placée en pronation et en appui.
- Le pouce est placé en franc profil et en extension.

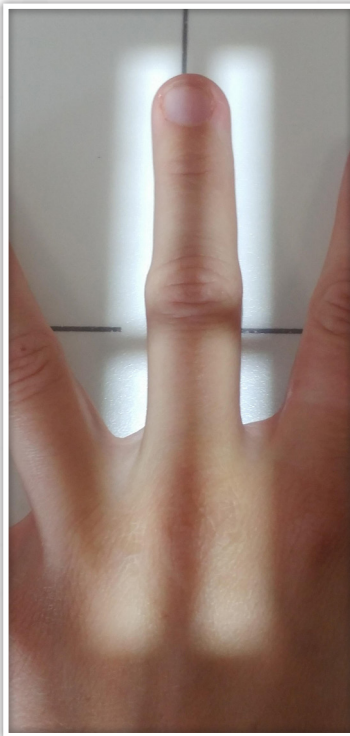
Centrage :

- Longitudinal et transverse : au milieu de l'articulation métacarpophalangienne.

Critères de vue :

- Les condyles de la trochlée sont superposés d'avant en arrière.
- L'ongle est visualisé de profil.
- Les articulations métacarpophalangienne et interphalangienne sont visualisées.

DOIGT 2^e, 3^e, 4^e, 5^e - FACE PA



Centrage :

- Longitudinal et transverse : au milieu de l'articulation interphalangienne proximale.

Critères de vue :

- Les bords latéraux de la diaphyse de la phalange sont concaves de chaque côté.
- L'épaisseur des tissus mous est la même de chaque côté des phalanges.
- L'ongle du doigt est central.

DOIGT 2^e, 3^e, 4^e, 5^e - OBLIQUE (OPAI)



Positionnement :

- Le doigt est placé à un angle de 45° interne.

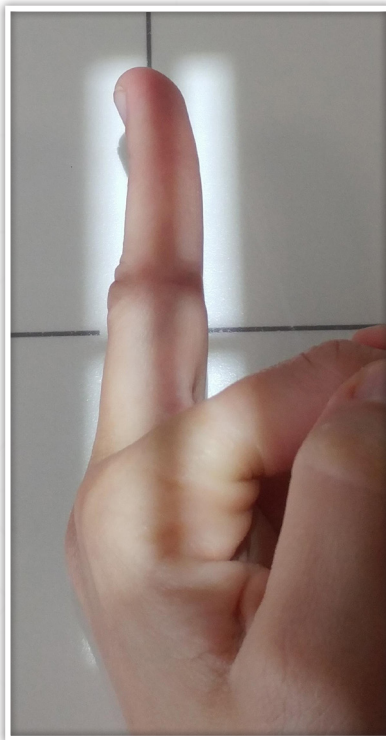
Centrage :

- Longitudinal et transverse : au milieu de l'articulation interphalangienne proximale.

Critères de vue :

- La concavité de la phalange proximale est plus importante du côté externe (côté soulevé).
- L'épaisseur des tissus mous est 2 fois plus importante du côté externe (côté soulevé).
- Les articulations métacarpophalangienne et interphalangiennes sont visualisées.

DOIGT 2^e, 3^e, 4^e, 5^e - PROFIL INTERNE OU EXTERNE



Positionnement :

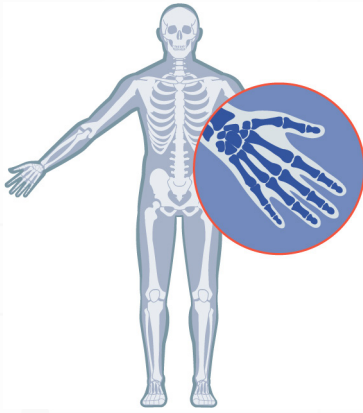
- Déterminer le profil pour que le doigt examiné soit plus près du récepteur.
 - Profil externe: index et majeur.
 - Profil interne: majeur, annulaire, auriculaire.
- S'assurer de placer le doigt en franc profil.
- Le doigt est en extension complète et parallèle au plan du récepteur.

Centrage :

- Longitudinal et transverse : au milieu de l'articulation interphalangienne proximale.

Critères de vue :

- Les trochlées des phalanges sont superposées d'avant en arrière.
- L'ongle est visualisé en profil.
- Les articulations métacarpophalangienne et interphalangiennes sont visualisées.
- S'assurer de placer le doigt en franc profil.



MEMBRES SUPÉRIEURS

Main

FACE PA



Centrage :

- Longitudinal : au niveau de l'articulation métacarpophalangienne du 3^e doigt.
- Transverse : au milieu de la main.

Critères de vue :

- Les articulations métacarpophalangiennes et interphalangiennes sont dégagées.
- Les bords de la diaphyse des métacarpiens et des phalanges des doigts 2 et 5 sont concaves de chaque côté.
- Le 2^e doigt suit l'alignement du radius.

OBLIQUE (OPAI)



Positionnement :

Placer la main à 45° du récepteur.

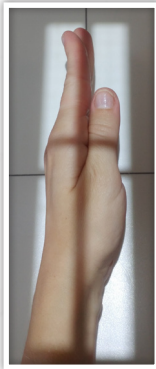
Centrage :

- Longitudinal : au niveau de l'articulation métacarpophalangienne du 3^e doigt.
- Transverse : au milieu de la main.

Critères de vue :

- Les condyles des 2^e et 3^e métacarpiens ne se touchent pas. Les 3^e, 4^e et 5^e condyles métacarpiens se chevauchent légèrement.
- Les articulations interphalangiennes et métacarpophalangiennes sont visualisées.
- Le 2^e doigt suit l'alignement du radius.

PROFIL INTERNE ET PROFIL EN ÉVENTAIL



Positionnement :

- Éventail : les doigts sont placés en éventail en écartant chacun des doigts. Le pouce et l'index se touchent légèrement.
- Profil : les doigts sont en extension complète et superposés les uns aux autres avec le pouce en adduction.

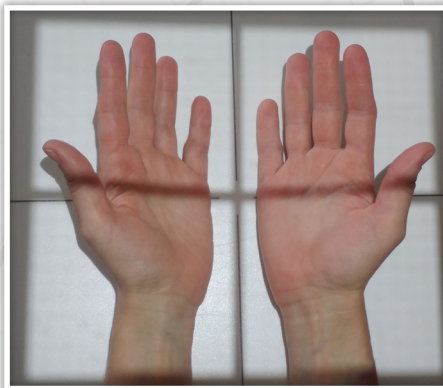
Centrage :

- Longitudinal : au niveau de l'articulation métacarpophalangienne du 2^e doigt.
- Transverse : au centre de l'articulation métacarpophalangienne du 2^e doigt.

Critères de vue :

- Les métacarpiens sont superposés.
- Les articulations interphalangiennes sont dégagées (position en éventail).

NORGAARD (OAPI) Évaluation arthrite rhumatoïde



Positionnement :

- Placer les deux mains en supination à 45° avec le plan du récepteur. Les deux mains sont exposées en même temps en incluant les poignets.

Centrage :

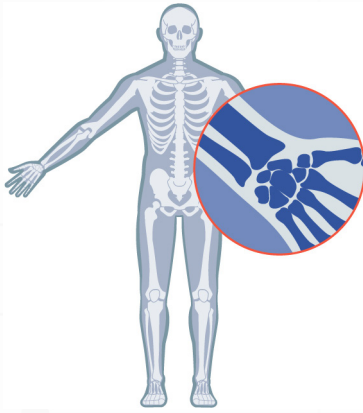
- Longitudinal : au niveau des articulations métacarpophalangiennes des 5^e doigts.
- Transverse : au milieu des deux mains.

Critères de vue :

- Les 3^e, 4^e et 5^e condyles métacarpiens ne se chevauchent pas.
- Les articulations métacarpophalangiennes sont visualisées.
- Aucune superposition du pouce sur le 2^e métacarpien.

Bien faire sortir les pouces pour ne pas avoir de superposition.

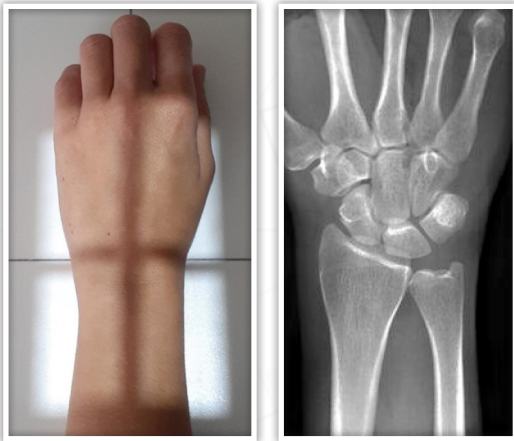
Les images peuvent se faire séparément.



MEMBRES SUPÉRIEURS

Poignet

FACE PA



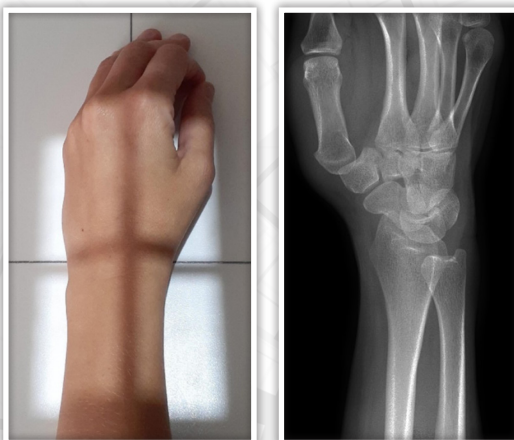
Centrage :

- Longitudinal : au niveau de la pointe du processus styloïde radial.
- Transverse : au milieu des tissus mous du poignet.

Critères de vue :

- Les espaces intermétacarpiens sont de largeurs semblables.
- L'articulation radio-ulnaire est dégagée.
- Le 2^e métacarpien suit l'alignement du radius.

OBLIQUE (OPAI)



Positionnement :

Placer le poignet à 45° du récepteur.

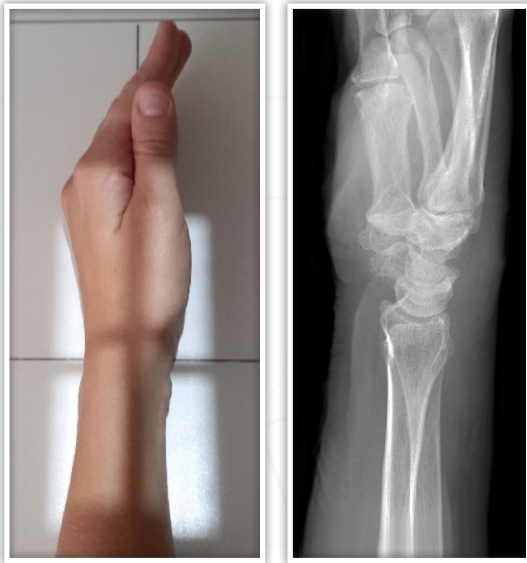
Centrage :

- Longitudinal : au niveau de la pointe du processus styloïde radial.
- Transverse : au milieu milieu des tissus mous du poignet.

Critères de vue :

- L'interligne entre le trapèze-trapézoïde est bien dégagée.
- Les espaces interosseux entre le 3^e et le 4^e métacarpien et entre le 4^e et le 5^e métacarpien sont visualisés.
- Le 2^e métacarpien suit l'alignement du radius.

PROFIL INTERNE



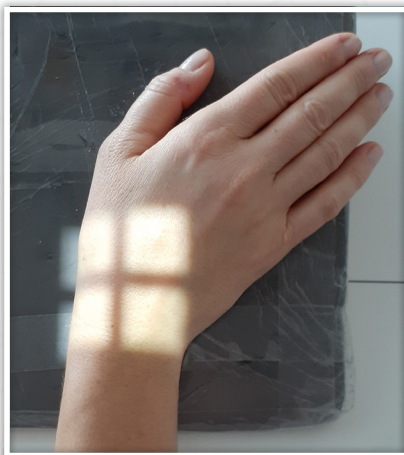
Centrage :

- Longitudinal : au niveau de la pointe du processus styloïde radial.
- Transverse : au milieu des tissus mous du poignet.

Critères de vue :

- La tête de l'ulna est complètement superposée au radius.
- La face dorsale de la main suit l'alignement des tissus mous de l'avant-bras.

FACE PA DU SCAPHOÏDE



Positionnement :

- Déposer un coussin incliné de 20° sur le récepteur dans le sens longitudinal de la table.
- Placer la main sur le coussin, afin de placer l'axe longitudinal du scaphoïde // au récepteur.

Centrage :

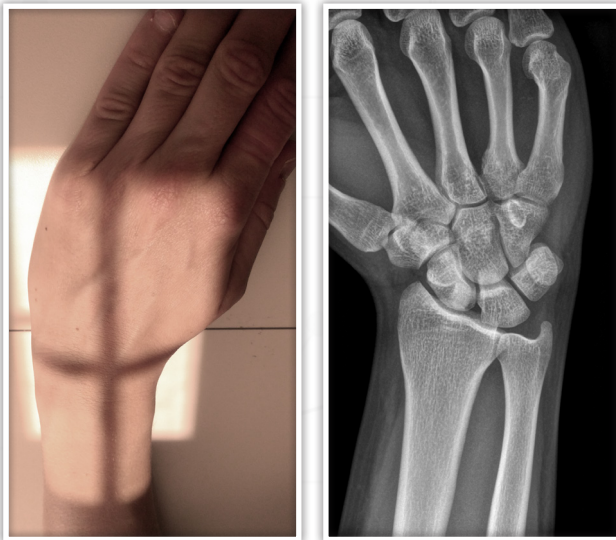
- Longitudinal : au niveau de la pointe du processus styloïde radial.
- Transverse : à mi-chemin entre le bord latéral du poignet et le milieu du poignet.

Critères de vue :

- Le scaphoïde est déroulé à son maximum.
- Le scaphoïde est libre de toute superposition et orienté dans l'axe longitudinal de l'avant-bras.



FACE PA DU POIGNET AVEC FLEXION RADIALE



VUE EN DÉFORMATION RADIALE

Positionnement :

- Placer la main et l'avant-bras en pronation.
- Laisser les doigts dans leur attitude naturelle de légère flexion.
- Sans bouger, faire une flexion latérale forcée de la main vers le radius.

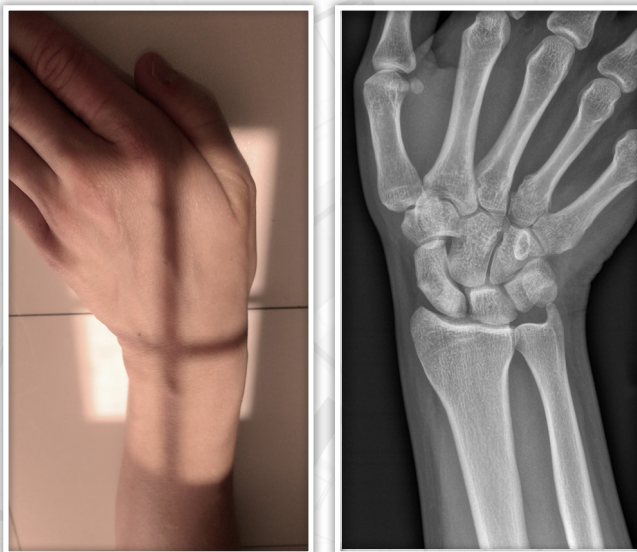
Centrage :

- Longitudinal : au niveau de la pointe du processus styloïde radial.
- Transverse : au milieu des tissus mous du poignet.

Critères de vue :

- Les interlignes internes du poignet capitatum/hamatum et lunatum/triquétrum sont mises en évidence.
- Il y a un angle de créé entre l'axe longitudinal du radius et l'axe longitudinal du 1^{er} métacarpien.

FACE PA DU POIGNET AVEC FLEXION ULNAIRE



VUE EN DÉFORMATION ULNAIRE

Positionnement :

- Placer la main et l'avant-bras en pronation.
- Laisser les doigts dans leur attitude naturelle de légère flexion.
- Sans bouger, faire une flexion latérale forcée de la main vers l'ulna.

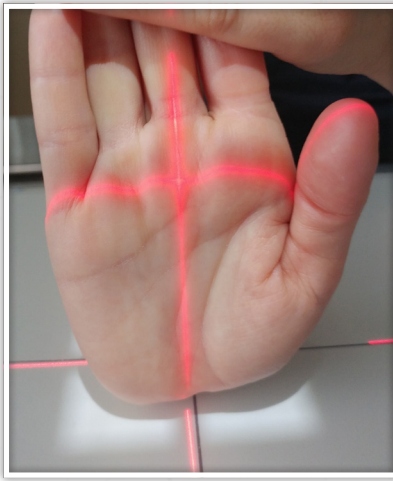
Centrage :

- Longitudinal : au niveau de la pointe du processus styloïde radial.
- Transverse : au milieu des tissus mous du poignet.

Critère de vue :

- Le scaphoïde est dégagé de toute superposition avec le capitatum et le trapézoïde.

VUE DU TUNNEL CARPIEN INFÉRO-SUPÉRIEURE



Positionnement :

- Placer l'avant-bras en appui sur le récepteur et placer la main le plus possible en position verticale.

Rayon incident :

- Incliné de 30° vers le poignet.

Centrage :

- Longitudinal : centré 2,5 cm distal de la base du 3^e métacarpien.
- Transverse : au milieu du poignet.

Critères de vue :

- Le pisiforme et le processus unciforme de l'os crochu doivent être vus en profil sans aucune superposition.
- Le carpe doit démontrer l'aspect d'un tunnel en forme d'arche.

Peut se faire en axiale supéro-inférieure, rayon incident incliné de 30° vers la main, centré à 4 cm proximal de l'articulation du poignet.



VUE DE ROBERT



Positionnement :

- Comme la position du pouce en AP, le pouce doit être en ligne droite avec le radius. Tout le membre supérieur doit être en appui et dans le même axe.

Centrage :

- Longitudinal et transverse : au milieu de l'articulation métacarpophalangienne.

Critère de vue :

- Dégager l'articulation du pouce avec le trapézoïde.

JAMAR



Positionnement :

- Placer la main en PA, en pronation.
- Le poing est fermé sur un objet (ex : une serviette roulée ou l'appareil dynamomètre de Jamar) en exerçant une pression maximale.
- Faire l'autre poignet pour comparaison en spécifiant au patient d'exercer la même force sur l'objet.

Centrage :

- Longitudinal : au niveau de la pointe du processus styloïde radial.
- Transverse : au milieu des tissus mous du poignet.

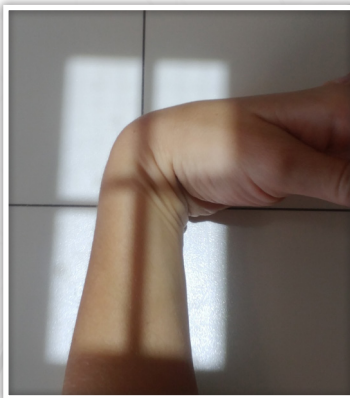
Critère de vue :

- Dégager l'interligne scapho-lunaire.

Cette incidence peut se faire également avec un crayon tenu avec les deux mains.

Faire la radiographie bilatéralement de façon à voir les deux poignets sur la même image. Elle est alors prescrite sous le nom de « Pencil View ».

PROFIL EN FLEXION PALMAIRE



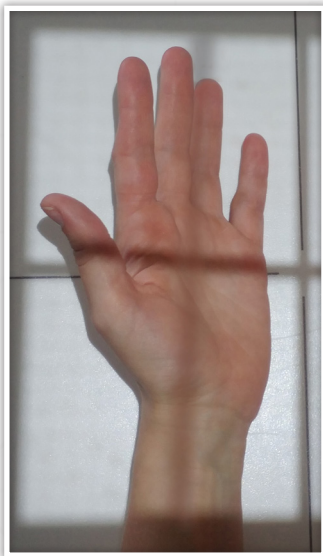
Positionnement :

- Placer le poignet en franc profil interne.
- Faire une flexion palmaire de la main.

Centrage :

- Longitudinal : au niveau de la pointe du processus styloïde radial.
- Transverse : au milieu des tissus mous du poignet.

OBLIQUE (OAPI) Évaluation de l'arthrite rhumatoïde et de l'os pisiforme



Positionnement :

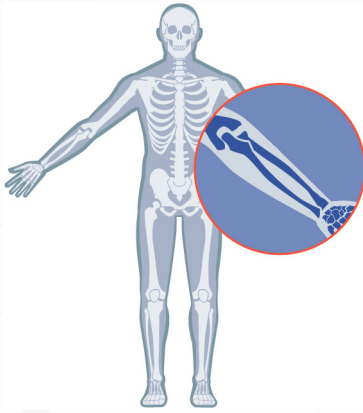
- Placer la main et le poignet en demi-supination à angle de 45° avec le plan du récepteur.

Centrage :

- Longitudinal : au niveau de la pointe du processus styloïde radial.
- Transverse : au milieu des tissus mous du poignet.

Critères de vue :

- Le pisiforme est dégagé du triquetrum.
- L'incidence permet l'analyse de l'hamulus, de l'hamatum et du triquetrum.



MEMBRES SUPÉRIEURS

Avant-bras

FACE AP Axe E.E. parallèle au plan du récepteur



Centrage :

- Longitudinal : à mi-chemin des articulations du poignet et du coude.
- Transverse : au milieu de l'avant-bras.

Critères de vue :

- La tête, le col et la TBR se superposent légèrement à l'ulna.
- Le processus styloïde ulnaire est central par rapport à la tête de l'ulna.
- L'articulation radio-ulnaire est dégagée ou presque dégagée.

Il faut toujours les deux articulations sur l'image.

PROFIL INTERNE



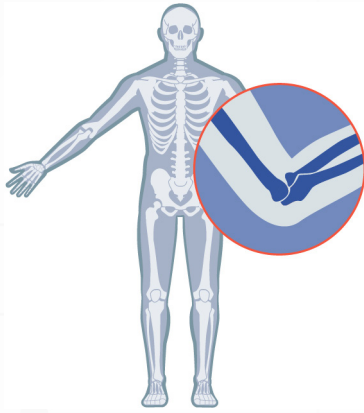
Centrage :

- Longitudinal : à mi-distance entre l'olécrâne et le processus styloïde radial.
- Transverse : au milieu du poignet et l'épicondyle latéral de l'humérus.

Critères de vue :

- La tête de l'ulna est complètement superposée au radius.
- La facette antérieure de la tubérosité radiale est visualisée à l'opposée de l'ulna.
- La moitié de la tête radiale se superpose au processus coronoïde.

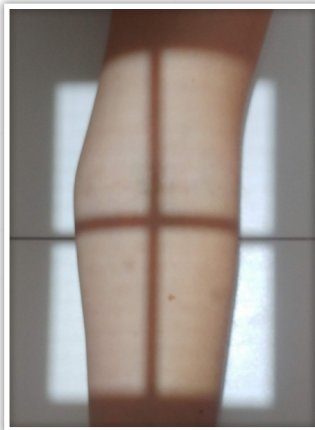
Il faut toujours les deux articulations sur l'image.



MEMBRES SUPÉRIEURS

Coude

FACE AP Axe E.E. parallèle au plan du récepteur



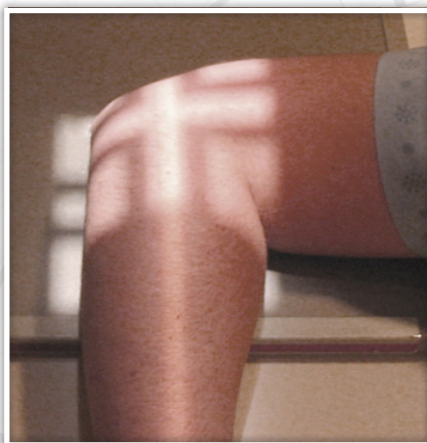
Centrage :

- Longitudinal : au niveau de l'articulation du coude.
- Transverse : centré au milieu des tissus mous du coude.

Critères de vue :

- L'articulation du coude doit être bien dégagée.
- La tête, le col et la tubérosité radiale se superposent légèrement à l'ulna.
- La gouttière trochléo-épicondylienne est visualisée sans distorsion.

PROFIL INTERNE Axe E.E. perpendiculaire au plan du récepteur



Centrage :

- Longitudinal : au niveau de l'épicondyle latéral.
- Transverse : 1,5 cm antérieurement à l'épicondyle latéral.

Critères de vue :

- La facette antérieure de la tubérosité radiale est opposée à l'ulna.
- Le capitulum et la throchlée ne sont pas dédoublés d'avant en arrière.
- La moitié de la tête radiale se superpose au processus coronoïde.

AXIALE POUR L'ÉTUDE DE L'OLÉCRANE Position de Jones



Positionnement :

- Placer le membre supérieur en supination, dans l'axe longitudinal de la table.
- L'humérus est en contact sur la table.
- Fléchir l'avant-bras sur l'humérus le plus possible, la face palmaire de la main appuyée sur l'épaule.

Centrage :

- Longitudinal : au niveau de l'épicondyle.
- Transverse : mi-distance de l'axe E-E.



Critères de vue :

- Les épicondyles, la trochlée, le capitulum et l'olécrane sont visualisés.
- Il y a superposition de l'avant-bras et de l'humérus.
- L'espace articulaire est bien visualisé.

OBLIQUE INTERNE (OAPI)



Positionnement :

- La main en pronation est en appui sur la table.

Centrage :

- Longitudinal : au niveau de l'articulation du coude.
- Transverse : centré au milieu des tissus mous du coude.

Critères de vue :

- Le processus coronoïde de l'ulna est libre de toute superposition.
- Le bec olécranien se loge dans la fosse olécranienne.

OBLIQUE EXTERNE (OAPE)



Positionnement :

- Le dos de la main est en appui sur la table.

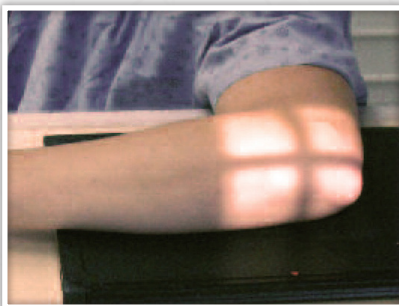
Centrage :

- Longitudinal : au niveau de l'articulation du coude.
- Transverse : centré au milieu des tissus mous du coude.

Critères de vue :

- La tête, le col et la tubérosité radiale sont dégagés de la superposition de l'ulna.
- La fovea radiale est libre de superposition avec le capitulum.

PROFIL DE LA TÊTE RADIALE (vue de Coyle)



Positionnement :

- Faire fléchir le coude à 90° (l'aisselle doit être en contact sur la table).
- La main est placée en pronation sur la table d'examen.

Rayon incident :

- Incliner le rayon incident de 45° vers l'épaule.

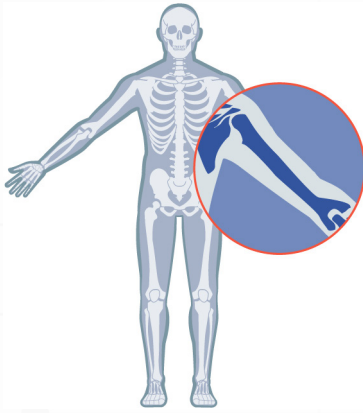
Centrage :

- Longitudinal : entre l'épicondyle et l'olécrane.
- Transverse : à 1 cm plus distal de l'épicondyle.

Critères de vue :

- La tête, le col et la tubérosité radiale sont libres de superposition à l'exception d'une partie du processus coronoïde.
- L'articulation entre le capitulum huméral et la tête radiale est dégagée.





MEMBRES SUPÉRIEURS

Humérus

FACE AP Axe E.E. parallèle au plan du récepteur



Centrage :

- Longitudinal : à mi-distance entre l'acromion et le pli du coude.
- Transverse : au milieu des tissus mous du bras.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Le versant externe du tubercule mineur apparaît entre le milieu de la tête humérale et le tubercule majeur.
- La face externe du tubercule majeur est visualisée.
- La gouttière trochléo-épicondylienne est visualisée sans distorsion.

PROFIL INTERNE Axe E.E. perpendiculaire au plan du récepteur



Centrage :

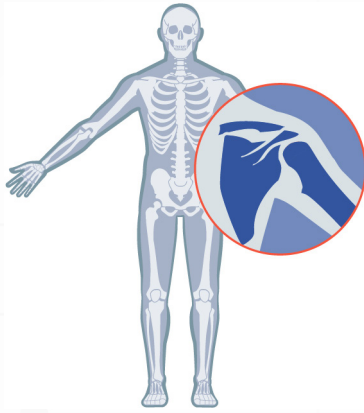
- Longitudinal : à mi-distance entre l'acromion et la pointe de l'olécrâne.
- Transverse : au milieu des tissus mous du bras.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Le tubercule mineur est complètement dégagé à l'interne.
- Les bords antérieur et postérieur du tubercule majeur sont visualisés par transparence à travers la tête humérale.
- Le capitulum et la trochlée sont superposés en antéropostérieur.



MEMBRES SUPÉRIEURS

Épaule

Pour l'ensemble des incidences de l'épaule, le positionnement peut se faire pour la ceinture scapulo-humérale.

Le centrage sera ajusté en conséquence :

- Longitudinal : à 2,5 cm sous le processus coracoïde
- Transverse : à mi-chemin du PSM et la limite externe du bras

FACE AP Axe E.E. parallèle au plan du récepteur



Centrage :

- Longitudinal : à 2,5 cm sous le processus coracoïde.
- Transverse : vis-à-vis l'articulation scapulo-humérale.

Phase respiratoire :

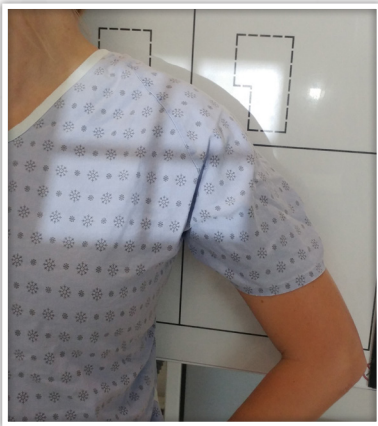
- Apnée.

Critères de vue :

- Le versant externe du tubercule mineur apparaît entre le milieu de la tête humérale et le bord externe du tubercule majeur.
- La face externe du tubercule majeur est visualisée.



FACE AP Axe E.E. perpendiculaire au plan du récepteur à 90° interne



Centrage :

- Longitudinal : à 2,5 cm sous le processus coracoïde.
- Transverse : vis-à-vis l'articulation scapulo-humérale.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Le tubercule mineur est complètement dégagé à l'interne de la tête humérale.
- Le tubercule majeur est visualisé par transparence à travers la tête humérale.

FACE AP Axe E.E. à 45° interne au plan du récepteur



Centrage :

- Longitudinal : à 2,5 cm sous le processus coracoïde.
- Transverse : vis-à-vis l'articulation scapulo-humérale.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- La face postérieure du tubercule majeur (saillante) est visualisée à l'externe.
- Le tubercule mineur est visualisé à l'interne sans déborder la tête humérale.

FACE AP Rotation externe forcée



Centrage :

- Longitudinal : à 2,5 cm sous le processus coracoïde.
- Transverse : vis-à-vis l'articulation scapulo-humérale.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critère de vue :

- Le tubercule mineur déborde à l'externe de la tête humérale.

OBLIQUE AP (méthode de Grashey)



Positionnement :

- Placer le patient en AP au bucky mural.
- Tourner le patient afin de placer la scapula // au plan du récepteur soit de 35° degré à 45° vers le côté de l'épaule à radiographier. Le degré de rotation peut varier selon la morphologie du patient.

Centrage :

- Longitudinal : à 2,5 cm sous le processus coracoïde.
- Transverse : vis-à-vis l'articulation scapulo-humérale.

Phase respiratoire :

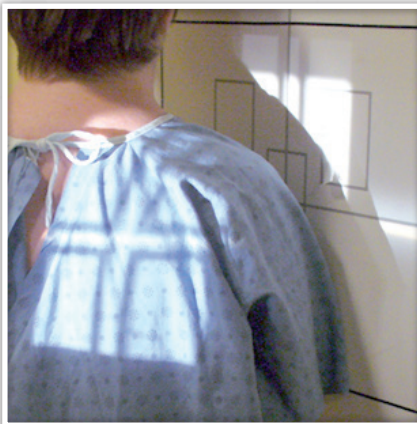
- Apnée.

Critères de vue :

- L'articulation scapulo-humérale est complètement dégagée.
- Les bords antérieur et postérieur de la cavité glénoïde sont parfaitement superposés.



OBLIQUE PA (méthode de NEER angulé caudal (Outlet view))



Positionnement :

- Placer le patient en PA au bucky mural.
- La main en pronation sur l'abdomen et le bras en légère abduction.
- Tourner le patient de 45° à 60° par rapport au récepteur pour mettre l'épaule à radiographier en appui contre le bucky mural.
- Aligner le bord spinal avec le centre de la tête humérale.

Rayon incident :

- 10° à 15° caudal.

Centrage :

- Longitudinal : le RI sort au niveau du col chirurgical de l'humérus.
- Transverse : à l'interne du bord spinal de la scapula.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Les bords axillaire et spinal de la scapula sont parfaitement superposés.
- L'acromion et le processus coracoïde sont symétriques au-dessus du corps de la scapula (les 3 structures forment un y).
- La tête humérale apparaît au centre de la cavité glénoïde en dessous de l'espace sous-acromial (s'il n'y a pas de luxation).



Peut se faire sans angulation.

AXIALE INFÉRO-SUPÉRIEURE DE L'ÉPAULE (méthode de Laurence)



Positionnement :

- Placer le membre supérieur en supination et en abduction à 90° avec le thorax.
- Placer l'axe EE // au sol (paume de la main vers le plafond).
- Placer le détecteur verticalement appuyé à la partie supérieure l'épaule et ajuster celui-ci pour que son centre coïncide avec le milieu de l'épaule.

Rayon incident :

- Inclinaison de 30° à 35° médiale.
- Horizontal et dirigé perpendiculairement au plan vertical du récepteur d'image (afin qu'il soit tangent à la cavité glénoïde de la scapula).

Centrage :

- Longitudinal : entre dans le creux axillaire et sort au niveau de l'articulation acromio-claviculaire, soit 2,5 cm à l'interne de la pointe de l'acromion (inclure le 1/3 proximal de l'humérus et le dessus de l'épaule).
- Transverse : le rayon est dirigé au milieu du creux axillaire (inclure la largeur de l'épaule et les tissus mous).

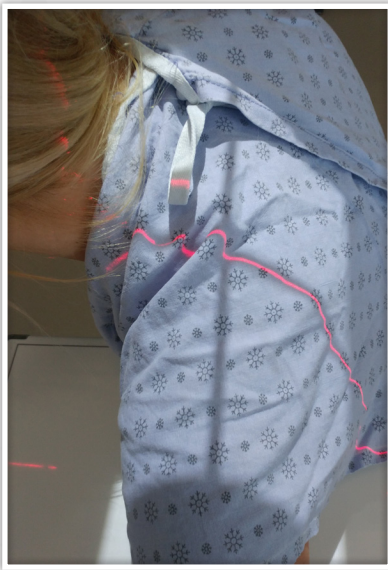
Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Les bords supérieur et inférieur de la cavité glénoïde de la scapula se supersposent et suivent le prolongement de la base du processus coracoïde.
- L'articulation acromio-claviculaire est visualisée au centre de la tête humérale (dans l'axe longitudinal).
- L'articulation scapulo-humérale est dégagée.

AXIALE SUPÉRO-INFÉRIEURE DE L'ÉPAULE



Positionnement :

- Placer le bras en abduction à 90° avec le thorax dans l'axe longitudinal de la table.
- Fléchir le coude à 90° et s'assurer que l'humérus est en franc profil interne.
- Laisser la main en pronation sur la table d'examen.

Rayon incident :

- Le rayon incident est incliné vers le coude 5° à 15° selon l'abduction du bras.

Centrage :

- Longitudinal et transverse : centré sur l'articulation scapulo-humérale pour qu'il puisse sortir au niveau du creux axillaire.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Les bords supérieur et inférieur de la cavité glénoïde de la scapula se superposent et suivent le prolongement de la base du processus coracoïde.
- L'articulation acromio-claviculaire est visualisée au centre de la tête humérale (dans l'axe longitudinal).
- L'articulation scapulo-humérale est dégagée.

VUE STRYKER NOTCH



Positionnement :

- Patient en décubitus dorsal la main du côté malade sur la tête.

Rayon incident :

- 10° céphalad.

Centrage :

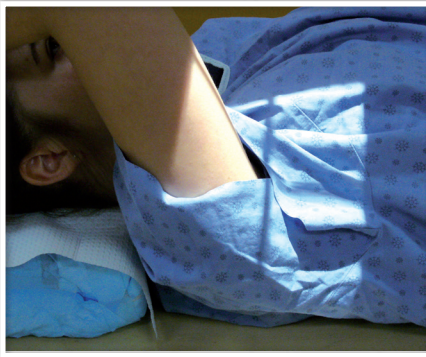
- Longitudinal : au milieu du creux axillaire.
- Transverse : au milieu du creux axillaire.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critère de vue :

- Les parties supéro-postérieure et supéro-latérale de la tête humérale font bien dégagées.



FACE AP DE TILT



Positionnement :

- Même positionnement que pour un AP axe EE //.

Rayon incident :

- 30° caudal.

Centrage :

- Longitudinal : centré sur la dépression sous-acromiale.
- Transverse : centré sur la dépression sous-acromiale.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critère de vue :

- L'espace sous-acromial bien dégagé.



FACE AP Axe EE perpendiculaire à 90° avec rotation externe forcée (stop)



Positionnement :

- L'humérus est en abduction, formant un angle de 90° avec le thorax.
- L'humérus et l'avant-bras formant aussi un angle de 90°, la main est orientée vers le haut.
- L'épicondyle latéral de l'humérus et le pouce sont en appui sur le récepteur afin de placer l'axe EE perpendiculaire au plan du récepteur d'image, soit en rotation externe de 90°.

Centrage :

- Longitudinal : au milieu de l'articulation scapulo-humérale.
- Transverse : vis à vis l'articulation scapulo-humérale.

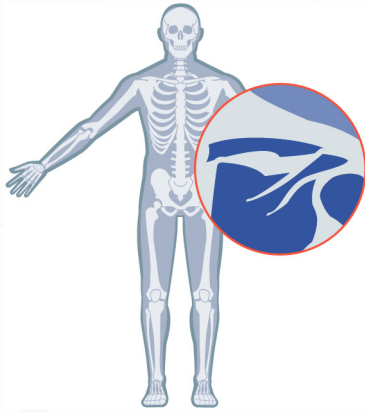
Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Le tubercule mineur est complètement dégagé à l'externe de la tête humérale.
- Le tubercule majeur est visualisé par transparence à travers la tête humérale.

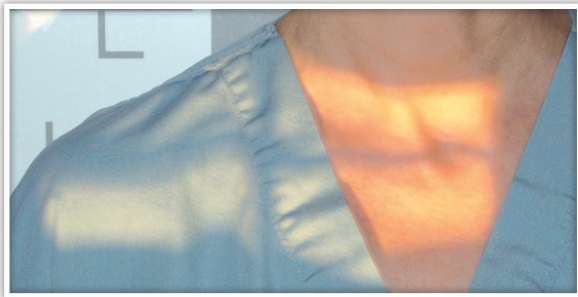




MEMBRES SUPÉRIEURS

Clavicule

FACE AP SANS INCLINAISON



Centrage :

- Longitudinal : entre les articulations sternoclaviculaire et acromioclaviculaire.
- Transverse : à mi-chemin entre la limite externe de l'acromion et le PSM.

Critère de vue :

- La moitié externe de la clavicule est dégagée du thorax.

FACE AP RI Incliné 20° céphalad



Rayon incident :

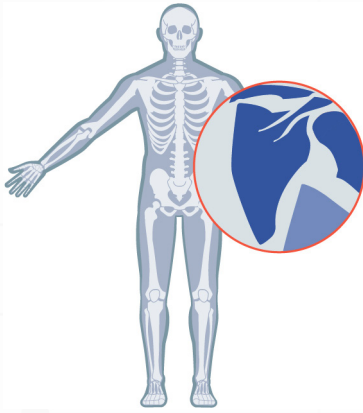
- 20° céphalad.

Centrage :

- Longitudinal : sous la clavicule, entre les articulations sternoclaviculaire et acromioclaviculaire.
- Transverse : à mi-chemin entre la limite externe de l'acromion et le PSM.

Critère de vue :

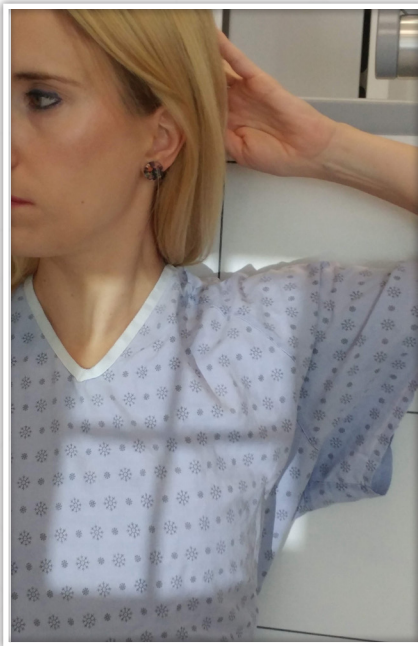
- Le 2/3 externe de la clavicule est dégagé du thorax.



MEMBRES SUPÉRIEURS

Scapula

FACE AP



Positionnement :

- Le bras à radiographier est placé en abduction et relevé afin que la main soit derrière la tête.

Centrage :

- Longitudinal : au milieu de la scapula, à mi-distance entre l'acromion et la pointe de la scapula.
- Transverse : le RI entre dans le creux axillaire et frôle le grill costal.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- La portion axillaire et la pointe de la scapula sont complètement dégagées.
- Les bords antérieur et postérieur de la cavité glénoïde sont superposés.

PROFIL EXTERNE



Positionnement :

- Placer la scapula perpendiculaire au plan du récepteur d'image. Pour y parvenir, repérer les bords axillaire et spinal avec le pouce et l'index et ajuster la rotation du thorax jusqu'à ce que les doigts se superposent.

Centrage :

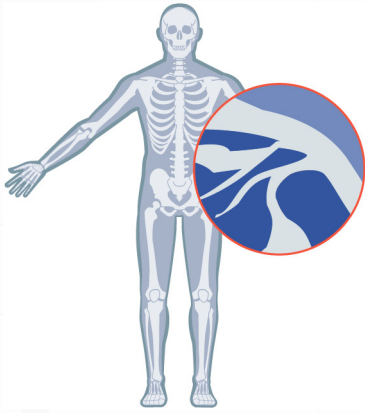
- Longitudinal : au milieu de la scapula, à mi-distance entre l'acromion et la pointe de la scapula.
- Transverse : à l'interne du bord médial de la scapula.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Les bords médial et latéral de la scapula sont superposés.
- Le corps de la scapula est dégagé de la superposition de l'humérus.



MEMBRES SUPÉRIEURS

Articulations acromio-claviculaires

Toujours faire les 2 côtés pour comparaison.

L'examen peut se faire bilatéral.
Cependant, le centrage transverse sera sur le PSM.

FACE AP UNILATÉRALE Sans poids



Positionnement :

- Debout en face AP, il est important de bien répartir le poids sur les deux jambes.

Centrage :

- Longitudinal et transverse : sur l'AAC.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critère de vue :

- L'articulation acromio-claviculaire est bien visualisée.

FACE AP UNILATÉRALE Avec poids



Positionnement :

- Debout en face AP, il est important de bien répartir le poids sur les deux jambes.
- Le patient tient dans chacune de ses mains, des sacs de sables ou des poids d'environ 5 à 10 livres.
- Les épaules doivent être détendues et sans tension lors de l'exposition. Il est important d'expliquer au patient de ne pas forcer les épaules pour retenir les poids.

Centrage :

- Longitudinal et transverse : sur l'AAC.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critère de vue :

- L'articulation acromio-claviculaire est bien visualisée.



ZANCA



Positionnement :

- Patient debout en AP au bucky mural.
- Effectuer les articulations séparément.

Rayon incident :

- 15° céphalad.

Centrage :

- Longitudinal : centré sur l'articulation acromio-claviculaire.
- Transverse : centré sur l'articulation acromio-claviculaire

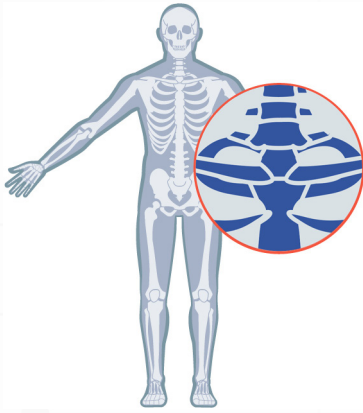
Phase respiratoire :

- Apnée.

Critère de vue :

- Dégager l'articulation acromio-claviculaire.





MEMBRES SUPÉRIEURS

Articulations sterno-claviculaires

FACE AP BILATÉRALE



Positionnement :

- Debout en face AP, il est important de bien répartir le poids sur les deux jambes.

Centrage :

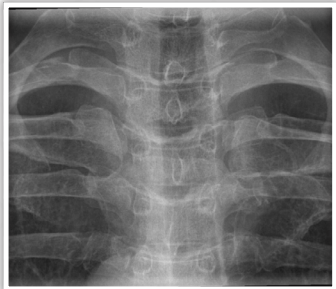
- Longitudinal : sur la fourchette sternale.
- Transverse : sur PSM.

Phase respiratoire :

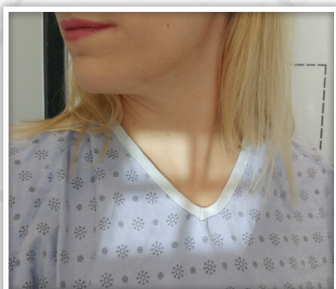
- Apnée.

Critère de vue :

- Bien visualiser les deux articulations sterno-claviculaires.



OBLIQUE (OAP)



Positionnement :

- Debout en face AP, tourner le patient de 10° à 15° du côté soulevé.

Centrage :

- Longitudinal : sur la incisure jugulaire.
- Transverse : au niveau de l'articulation soulevée.

Phase respiratoire :











- Apnée.

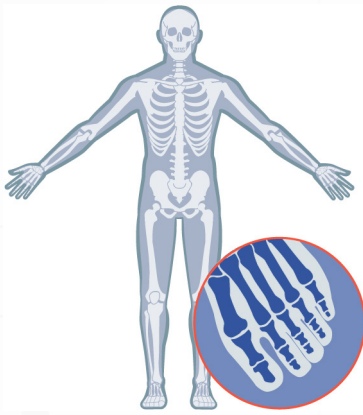
Critère de vue :

- L'articulation soulevée doit être bien visualisée.



MEMBRES INFÉRIEURS

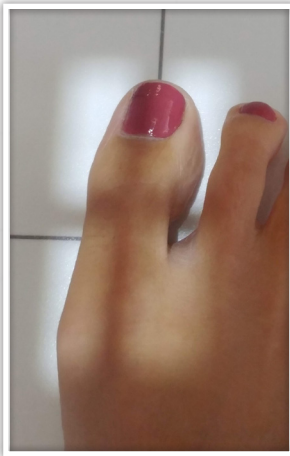
	Orteils	37
	Pied	39
	Calcaneús	41
	Cheville	43
	Jambe	46
	Genou	48
	Fémur	53
	Hanche	55
	Bassin	61
	Articulations sacro-iliaques	67



MEMBRES INFÉRIEURS

Orteils

FACE AP



Centrage :

- Longitudinal : au centre de l'articulation métatarso-phalangienne.
- Transverse : au centre de l'articulation métatarso-phalangienne.

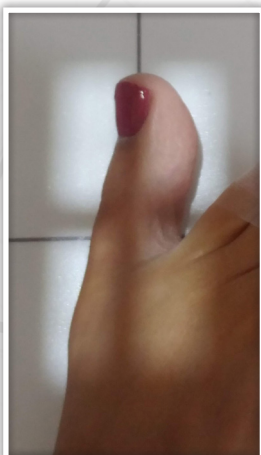
Critères de vue :

- Les bord latéraux de la diaphyse des phalanges sont concaves de chaque côté.
- Les articulations interphalangiennes et métatarso-phalangienne sont dégagées.

Peut se faire avec une angulation de 5° à 15° céphalad afin que le rayon incident soit perpendiculaire à la structure.

Pour le premier orteil, la collimation doit couvrir jusqu'à la moitié du métatarse.

OBLIQUE (OAPI)



Positionnement :

- La face plantaire du pied doit former un angle de 30° à 45° avec le plan du récepteur.

Centrage :

- Longitudinal : au niveau de l'articulation métatarso-phalangienne.
- Transverse : au centre de l'articulation métatarso-phalangienne.

Critères de vue :

- La concavité des phalanges est plus importante du côté soulevé.
- Les articulations interphalangiennes et métatarso-phalangienne sont dégagées.

Pour le premier orteil, la collimation doit couvrir jusqu'à la moitié du métatarse.

PROFIL INTERNE OU EXTERNE



Positionnement :

- Réaliser l'incidence de profil interne ou externe selon l'orteil à radiographier.
- Choisir le bord qui permet de diminuer l'agrandissement.

Centrage :

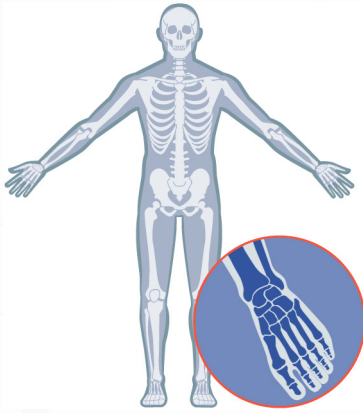
- Longitudinal et transverse : au niveau de l'articulation interphalangienne proximale.

Critères de vue :

- Les trochlées des phalanges sont superposées d'avant en arrière.
- Les articulations interphalangiennes sont dégagées.

Pour le premier orteil, la collimation doit couvrir jusqu'à la moitié du métatarse.





MEMBRES INFÉRIEURS

Pied

FACE AP



Positionnement :

- Placer le pied à plat sur le récepteur.

Centrage :

- Longitudinal et transverse : au milieu du pied.

Rayon incident :

- 10° À 15° céphalad.

Critères de vue :

- L'interligne articulaire entre le cunéiforme médial et intermédiaire est visualisé.
- L'articulation tarso-métatarsienne (Lisfranc) est visualisée.

OBLIQUE (OAPI)



Positionnement :

- La face plantaire du pied forme un angle de 40° avec le plan du récepteur.

Centrage :

- Longitudinal et transverse : au milieu du pied.

Critères de vue :

- Les trois surfaces articulaires du cuboïde sont dégagées.
- Les bases des 3^e, 4^e, et 5^e métatarsiens sont complètement dégagées les unes des autres (les bases du 1^{er} et 2^e métatarsiens sont superposées).
- La tubérosité du 5^e métatarsien est mise en évidence.

PROFIL EXTERNE



Positionnement :

- La Cheville est en dorsiflexion (angle de 90° entre le pied et la jambe).
- Le pied et la jambe doivent être en profil (ni les orteils, ni le talon ne doivent être relevés).

Centrage :

- Longitudinal : au niveau de la base du 1^{er} métatarsien.
- Transverse : au milieu du pied.



Critères de vue :

- Les versants de la trochlée du talus ne sont pas dédoublés d'avant-arrière.
- Les têtes des métatarsiens sont superposées et la tubérosité du 5^e métatarsien est légèrement dégagée des autres métatarsiens.
- La jambe et le pied forment un angle de 90° .

INCIDENCE DE CANELLÉ



Positionnement :

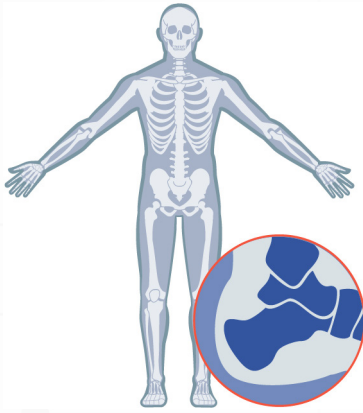
- Positionner comme l'oblique du pied, le pied en extension.

Rayon incident :

- 15° céphalad.

Centrage :

- Longitudinal : inclure le bout des orteils jusqu'au talon, incluant les tissus mous.
- Transverse : inclure la largeur du pied, incluant les tissus mous.



MEMBRES INFÉRIEURS

Calcaneus

SEMI-AXIALE DORSO PLANTAIRE



Positionnement :

- La face plantaire du pied est perpendiculaire au plan du récepteur.
- Il est important de ne pas créer d'inversion ou d'éversion du pied en tirant la bande.

Rayon incident :

- 40° céphalad.

Centrage :

- Longitudinal : le RI passe sous la malléole latérale.
- Transverse : centré au milieu du talon.



Critères de vue :

- L'axe longitudinal du calcaneus est vertical.
- Le sustentaculum tali est visualisé (sans distorsion) à l'interne du calcaneus.
- Les articulations subtaliennes postérieure et moyenne du calcaneus et du talus sont bien visualisées.

PROFIL EXTERNE



Positionnement :

- Positionner comme le pied en profil.

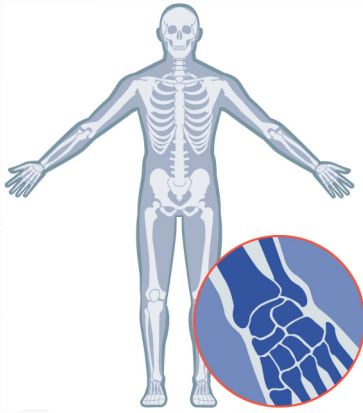
Centrage :

- Longitudinal : centré vis-à-vis la malléole médiale.
- Transverse : 2,5 cm distal de la partie inférieure de la malléole médiale.

Critères de vue :

- L'articulation subtalienne doit être dégagée.
- L'articulation calcanéo-cuboidienne est dégagée.
- Les versants de la trochlée du talus sont superposés de haut en bas (l'articulation talo-crurale est dégagée).





MEMBRES INFÉRIEURS

Cheville

FACE AP



Positionnement :

- Le pied doit être en dorsi-flexion.
- Placer la cheville en AP (la base du 2^e orteil vis-à-vis le milieu du talon).

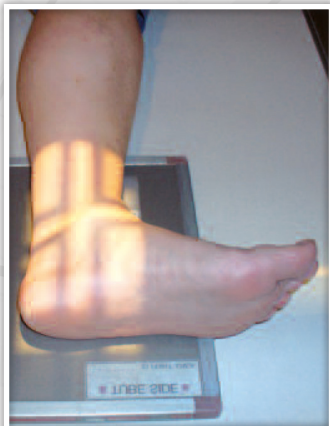
Centrage :

- Longitudinal : RI centré sur l'articulation talo-crutale.
- Transverse : au milieu de la largeur de la cheville incluant les tissus mous.

Critères de vue :

- La malléole médiale est dégagée du talus.
- La malléole latérale demeure légèrement superposée au talus et à l'extrémité distale du tibia.
- L'articulation talo-crutale est visualisée.

PROFIL EXTERNE



Positionnement :

- La cheville doit être en dorsi-flexion.

Centrage :

- Longitudinal et transverse: RI centré sur l'articulation talo-crutale.

Critères de vue :

- L'articulation calcanéocuboidienne est dégagée.
- La fibula se superpose à la moitié postérieure du tibia et du talus.
- Les versants de la trochlée du talus sont superposés de haut en bas (l'articulation talo-crutale est dégagée).

OBLIQUE (OAPI) Pour la mortaise



Positionnement :

- À partir de la position de l'incidence de la face AP, donner une rotation interne de 15° à 20° au membre inférieur jusqu'à ce que le plan intermalléolaire soit parallèle au récepteur.

Centrage :

- Longitudinal : RI centré sur l'articulation talo-crurale.
- Transverse : au milieu de la largeur de la cheville incluant les tissus mous.

Critères de vue :

- Les articulations de la mortaise sont dégagées symétriquement, soit sans superposition des malléoles avec le talus.
- La fibula demeure légèrement superposée à l'extrémité distale du tibia.
- La pointe de la malléole latérale est dégagée du calcaneus.

INCIDENCE DE BRODEN



Positionnement :

- Positionner le patient en décubitus dorsal avec un coussin sous le genou.
- Effectuer une dorsiflexion du pied et donner une rotation interne de 45° (5^e orteil vis-à-vis le bord interne du talon).

Rayon incident :

- 10° céphalad.

Centrage :

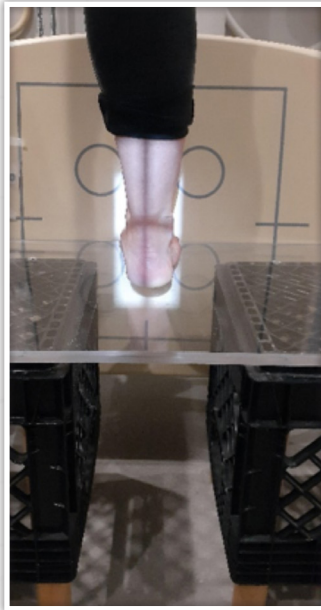
- Longitudinal : RI centré sur l'articulation talo-crurale.
- Transverse : au milieu de la largeur de la cheville incluant les tissus mous.

Critère de vue :

- Visualisation de la facette postérieure de l'articulation sous-astragalienne.



SALTZMAN



Positionnement :

- Le patient est debout sur le marche-pied, face au récepteur.

Rayon incident :

- Perpendiculaire au récepteur.
- Incliné le RI de 20° caudal et incliner le récepteur afin que celui-ci soit parallèle au collimateur.

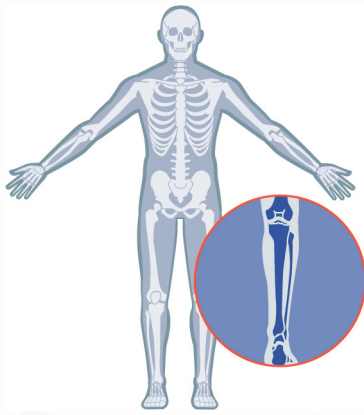
Centrage :

- Longitudinal : passe au-dessus de la malléole externe, soit environ 3 cm au-dessus de l'articulation de la cheville.
- Transverse : au milieu de la cheville.

Critères de vue :

- Permettre de voir l'alignement entre le tibia et le calcanéum.
- Couvrir les tissus mous du talon et avoir une partie de la jambe sur l'image.





MEMBRES INFÉRIEURS

Jambe

N.B. Si impossible de mettre les 2 articulations sur la même image, effectuer en deux parties ou effectuer avec une fusion d'image.

FACE AP



OU



Positionnement :

- Placer le pied comme la face AP de la cheville (2^e orteil au milieu du talon).

Centrage :

- Longitudinal : à mi-distance entre les deux articulations (genou et cheville).
- Transverse : passe par le milieu du genou et de la cheville.

Critères de vue :

- La malléole latérale est légèrement superposée au talus et au tibia.
- L'apex de la fibula est à demi-superposé au tibia.
- Les éminences intercondyloires sont au milieu de l'échancrure intercondylienne.

PROFIL EXTERNE



OU

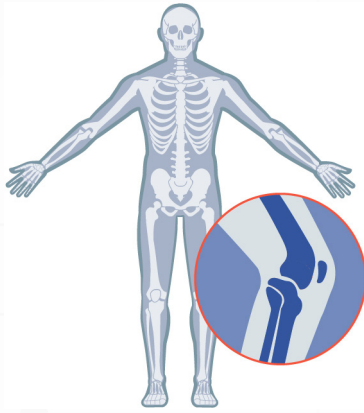


Centrage :

- Longitudinal : à mi-distance entre les deux articulations (genou et cheville).
- Transverse : passe par le condyle tibial médial (genou) et la malléole médiale (cheville).

Critères de vue :

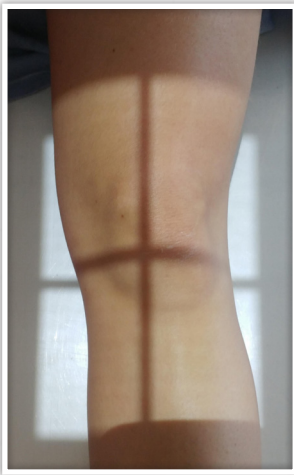
- L'extrémité distale de la fibula se superpose à la moitié postérieure du tibia.
- Les condyles fémoraux sont superposés d'avant en arrière.



MEMBRES INFÉRIEURS

Genou

FACE AP



Positionnement :

- Placer l'axe des épicondyles // au récepteur afin d'avoir une vue de face. Ceci aura pour effet de donner une légère rotation interne (3° à 5°) au membre inférieur.

Centrage :

- Longitudinal : au niveau de l'articulation, le RI passe sous l'apex de la patella.
- Transverse : au milieu du genou.

Critères de vue :

- Les condyles fémoraux et tibiaux sont visualisés de face (symétriques sans dédoublement ni distorsion).
- Les éminences intercondyliaires sont au milieu de l'échancrure intercondylienne.
- La moitié de l'apex de la fibula est superposée au tibia.

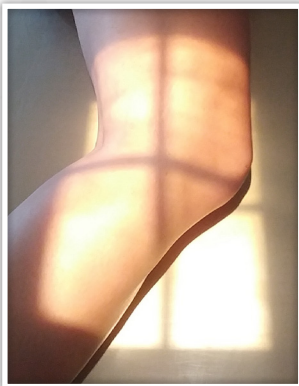


Peut s'effectuer en mise en charge (MEC).

Ne pas oublier de faire déchausser le patient.

En MEC, peut se faire bilatéralement en mentionnant de répartir le poids sur les deux pieds également.

PROFIL EXTERNE



Positionnement :

- La cuisse à radiographier est placée dans le sens longitudinal de la table et le genou fléchi de 20° à 30°.
- Pour que le genou soit parfaitement en profil, il faut superposer les épicondyles médial et latéral.

Rayon incident :

- 5° à 7° céphalad.

Centrage :

- Longitudinal : au niveau de l'articulation (2,5 cm distal de l'épicondyle médial du fémur).
- Transverse : au centre du genou.

Critères de vue :

- Les bords postérieurs des condyles fémoraux sont superposés d'avant-arrière.
- Les bords inférieurs des condyles fémoraux sont superposés de haut en bas.



AXIALE INFÉRO-SUPÉRIEURE TANGENTIELLE DE LA PATELLA



Positionnement :

- Le patient est en décubitus ventral.
- Fléchir la jambe vers la cuisse pour former un angle de 90° afin que la patella soit le plus possible perpendiculaire au plan du récepteur.

Rayon incident :

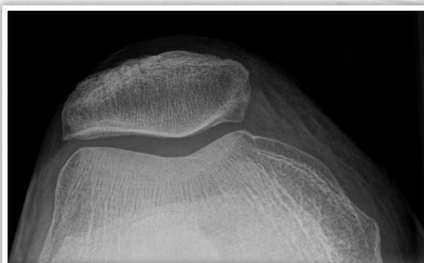
- Parallèle à l'articulation fémoro-patellaire (Incliner le RI selon l'axe de l'articulation).

Centrage :

- Longitudinal : le rayon entre dans la dépression sous l'apex et suit l'axe de l'articulation fémoro-patellaire.
- Transverse : au milieu du genou.

Critères de vue :

- L'interligne articulaire fémoro-patellaire est dégagée.
- La patella est vue de façon tangente (sans distorsion, ni dédoublement) et la gorge de la trochlée est visualisée.



TANGENTIELLE DE LA PATELLA 30°, 60°, 90° Flexion infra-patellaire



Positionnement :

- Le genou est fléchi pour que l'angle formé entre le prolongement du fémur et la jambe soit de 30°, 60° ou 90°.

Rayon incident :

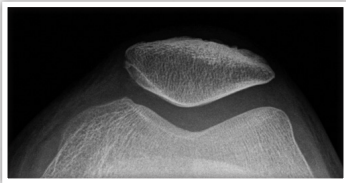
- Parallèle à l'articulation fémoro-patellaire et perpendiculaire au récepteur d'image.
- Incliner le RI vers la patella jusqu'à l'obtention d'un cercle.

Centrage :

- Longitudinal : entre sous l'apex de la patella et sort au-dessus de sa base.
- Transverse : au milieu de la patella.

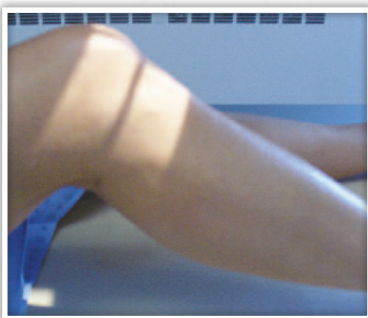
Critères de vue :

- L'interligne articulaire fémoro-patellaire est dégagé.
- La patella est vue de façon tangente (sans distorsion, ni dédoublement) et la gorge de la trochlée est visualisée.



Peut se faire bilatéralement.

AP SEMI-AXIALE MÉTHODE BÉCLÈRE Tunnel intercondylien



Positionnement :

- Fléchir le genou pour que l'angle entre le fémur et le tibia soit de 120°. Ainsi, l'angle entre le fémur et le prolongement de la jambe sera de 60°.

Rayon incident :

- Perpendiculaire à l'axe de la jambe.

Centrage :

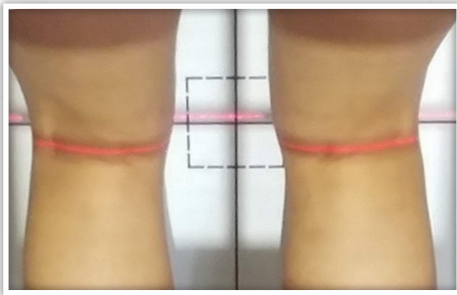
- Longitudinal : entre sous l'apex de la patella et sort au creux poplité.
- Transverse : passe au centre du genou.

Critères de vue :

- La fosse intercondylienne est visualisée sans distorsion.
- L'apex de la fibula est à demi-superposé au tibia sans distorsion.



FACE PA Flexion et mise en charge Rosenberg (position du skieur)



Positionnement :

- Les genoux sont appuyés sur le bucky mural et fléchis jusqu'à ce que l'angle entre les cuisses et le récepteur, ainsi que les jambes et le récepteur, soit de 45°.

Rayon incident :

- 10° caudal.



Centrage :

- Longitudinal : entre au creux poplité et sort sous l'apex de la patella.
- Transverse : au milieu des deux genoux.

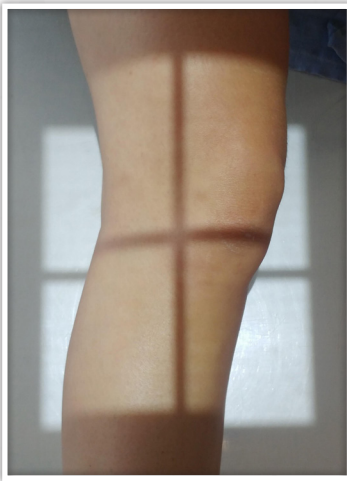
Critères de vue :

- La fosse intercondylienne est visualisée sans distorsion.
- L'apex de la fibula est à demi-superposé au tibia sans distorsion.

Cette incidence est habituellement réalisée pour les genoux bilatéralement mais peut se faire un côté à la fois.



OBLIQUE (OAPI)



Positionnement :

- À partir de la position de face AP, donner une rotation interne de 45° à tout le membre inférieur.

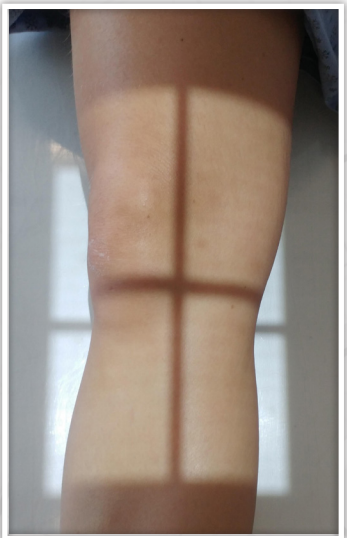
Centrage :

- Longitudinal : au niveau de l'articulation, le RI passe sous l'apex de la patella.
- Transverse : au milieu du genou.

Critères de vue :

- L'articulation tibio-fibulaire proximale est dégagée.
- Le bord médial de la patella est dégagé du fémur à l'interne.

OBLIQUE (OAPE)



Positionnement :

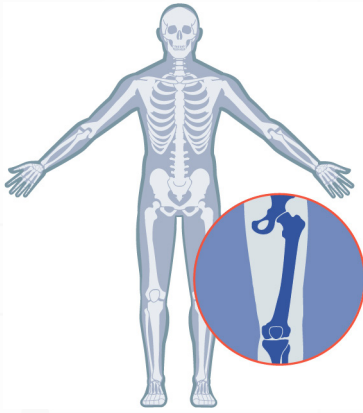
- À partir de la position de face AP, donner une rotation externe de 45° à tout le membre inférieur.

Centrage :

- Longitudinal : au niveau de l'articulation, le RI passe sous l'apex de la patella.
- Transverse : au milieu du genou.

Critères de vue :

- La partie proximale de la fibula se superpose complètement au centre du tibia.
- Le bord latéral de la patella est dégagé du fémur à l'externe.



MEMBRES INFÉRIEURS

Fémur

N.B. Il est important de s'assurer que les champs de radiation de chaque exposition se chevauchent. Peut également être effectué en mode fusion.

FACE AP



Positionnement :

- Placer le membre inférieur en légère abduction (5° à 15°) pour aligner le col fémoral avec le milieu du genou.
- Donner une légère rotation interne de 5° pour mettre le genou de face AP.

Rayon incident :

Partie proximale

- Avant de centrer le RI, placer le bord supérieur du récepteur vis-à-vis L'ÉIAS.

Partie distale

- Avant de centrer le RI, placer le bord inférieur du récepteur vis-à-vis la tubérosité tibiale.

Centrage :

Partie proximale

- Longitudinal : centré au milieu du récepteur d'image.
- Transverse : passe par le col fémoral et le milieu du genou.

Partie distale

- Longitudinal : centré au milieu du récepteur d'image.
- Transverse : centré au milieu du genou.

Critères de vue :

Partie proximale

- Le col fémoral n'est pas dégagé complètement de toute superposition du grand trochanter.
- Le petit trochanter est très peu apparent à l'interne.

Partie distale

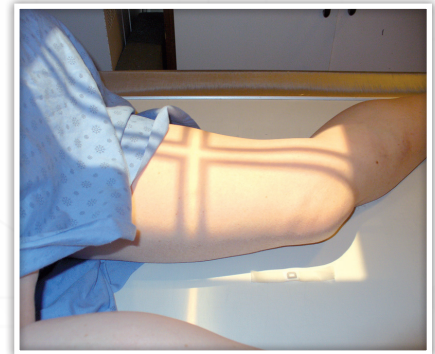
- Les condyles fémoraux et tibiaux sont visualisés de face.



Image 1

Image 2

PROFIL EXTERNE



Positionnement :

- Cuisse dans l'axe longitudinal de la table : aligner le col avec l'épicondyle médial du genou.
- Le genou est fléchi et en franc profil.

Rayon incident :

Partie proximale

- Avant de centrer le RI, placer le bord supérieur du récepteur vis-à-vis L'ÉIAS.

Partie distale

- Avant de centrer le RI, placer le bord inférieur du récepteur vis-à-vis la tubérosité tibiale.

Centrage :

Partie proximale

- Longitudinal : centré au milieu du récepteur.
- Transverse : passe par le col fémoral et l'épicondyle médial du fémur.

Partie distale

- Longitudinal : centré au milieu du récepteur.
- Transverse : passe par l'épicondyle médial du fémur.

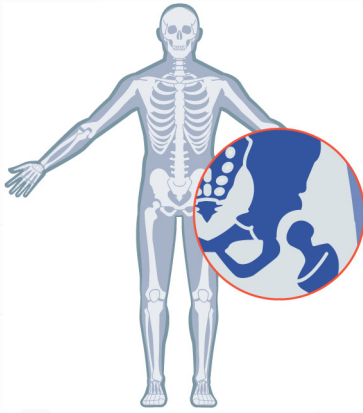
Critères de vue :

Partie proximale

- Le grand trochanter est superposé au col fémoral et débordé légèrement en postérieur.

Partie distale

- Les condyles fémoraux se superposent d'avant-arrière.



MEMBRES INFÉRIEURS

Hanche

FACE AP



Positionnement :

- Placer les membres inférieurs en légère abduction, tourner en rotation interne de 15° à 20° à la verticale en amenant les deux gros orteils en contact.

Centrage :

- Longitudinal : 5 cm sous le milieu de la ligne joignant l'EIAS et le bord supérieur du pubis.
- Transverse : mi-distance du grand trochanter et du PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Les branches du U radiologique de Calot sont visualisées.
- Le petit trochanter est invisible.
- Le col fémoral est vu sur toute sa longueur.



PROFIL EXTERNE Position urétrale



Positionnement :

- Le bassin est placé en profil, puis incliné vers l'arrière de 20° environ.
- Le fémur est allongé dans l'axe longitudinal de la table.

Centrage :

- Longitudinal : 5 cm distal des points de rencontre des lignes de localisation pour être au milieu du col fémoral.
- Transverse : au milieu de la cuisse.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- La tête, le col, le grand trochanter sont dans le même axe que la diaphyse fémorale.
- Le grand trochanter se superpose sur toute la largeur du col fémoral.
- Le petit trochanter déborde postérieurement de la diaphyse.



Pour effectuer le profil externe en position urétrale avec inclinaison (Friedman), vous devez positionner le patient comme le profil externe en position urétrale et anguler de 35° céphalad.

Le but étant d'amener le col sans la superposition du grand trochanter.

PROFIL EXTERNE (Danelius Miller)



Positionnement :

- Placer le membre inférieur qui est en extension, en légère abduction et en rotation de 15° à 20°.
- La cuisse opposée est remontée vers le bassin et placée en abduction; le pied est remonté sur un coussin.

Rayon incident :

- Dirigé horizontalement et perpendiculairement au grand axe du col fémoral et au plan du récepteur.

Centrage :

- Longitudinal : 5 cm distal des points de rencontre des lignes de localisation pour être au milieu du col fémoral.
- Transverse : au milieu du récepteur et au milieu de l'épaisseur de la cuisse pour être au milieu du col fémoral.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- La tête, le col, le grand trochanter sont dans le même axe que la diaphyse fémorale.
- Le grand trochanter se superpose sur toute la largeur du col fémoral.
- Le petit trochanter déborde postérieurement de la diaphyse.

OAPD ou OAPG Côté appuyé (vue de Judet)



Positionnement :

- Donner une rotation du tronc de 45° (côté malade en appui).
- À partir de la position neutre du MI, donner une rotation externe de 15° (pour placer l'extrémité du fémur en profil).

Centrage :

- Longitudinal : 5 cm plus bas que l'EIAS.
- Transverse : à mi-chemin de l'EIAS et du PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

Met en évidence :

- L'aile iliaque en vue de face avec les 4 épines.
- Le pubis et l'ischium en profil.
- L'acétabulum est en profil avec son bord antérieur.
- L'extrémité supérieure du fémur est vue en latérale.



*Peut se faire
bilatéralement.*

OAPD ou OAPG Côté soulevé (vue de Judet)



Positionnement :

- Donner une rotation du tronc de 45° (côté malade soulevé).
- À partir de la position neutre du MI, donner une rotation externe de 15° (pour placer l'extrémité du fémur de face).

Centrage :

- Longitudinal : 5 cm plus bas que l'EIAS.
- Transverse : centré vis-à-vis l'EIAS.

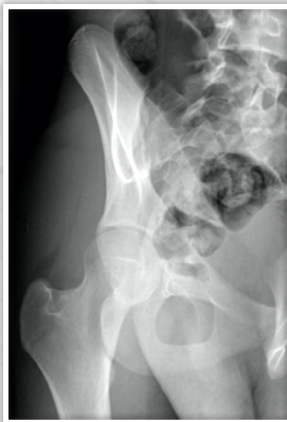
Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

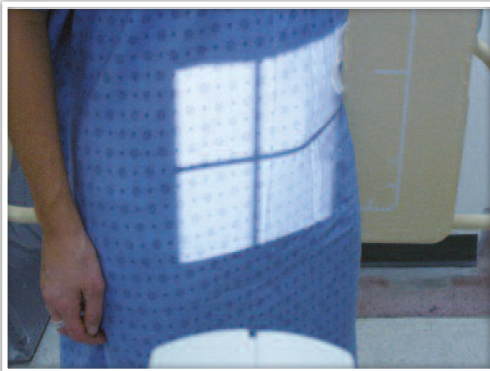
Met en évidence :

- L'aile ilium est vue en latérale.
- Le pubis et l'ischium sont vus de face.
- L'acétabulum est vu de face avec son bord postérieur.
- L'extrémité supérieure du fémur est vue de face.



*Peut se faire
bilatéralement.*

FAUX PROFIL DEBOUT (Vue de Lequesne)



Positionnement :

- Placer le patient en franc profil au bucky mural. Faire tourner le patient jusqu'à ce que le bassin soit à 45°, la hanche à dégager en appui sur le détecteur.
- Tourner le membre inférieur du côté opposé de 90°, le pied face au tube.
- Reculer le membre inférieur du côté opposé d'une largeur de talon (pour éviter la superposition du pubis).

Centrage :

- Longitudinal : à mi-chemin entre la crête iliaque et le grand trochanter.
- Transverse : à l'interne de l'EIAS soulevée.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Le grand trochanter se superpose sur toute la largeur du col fémoral.
- Le petit trochanter débord postérieurement de la diaphyse.

Inclure la crête iliaque et le pubis dans la collimation.

Peut se faire bilatéralement.



FACE AP (vue de Dunn)



Positionnement :

- Le patient est en décubitus dorsal, sans rotation ni inclinaison. Sa jambe est ramenée à 90° sur un banc ou sur un coussin (comme pour la position de la Danelius Miller).
- Placer ensuite la jambe en abduction de 15° à 20° de façon à ce que le col fémoral soit parallèle au récepteur.

Centrage :

- Longitudinal et transverse : sur l'articulation de la hanche.
- Transverse : à mi-chemin de l'EIAS et du PSM.

Critères de vue :

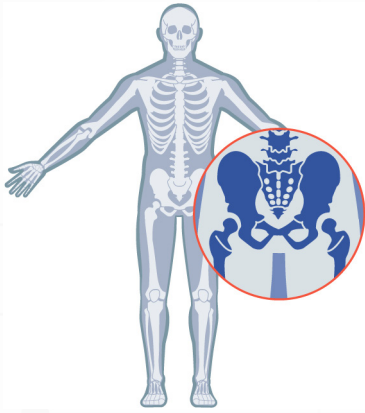
But :

- Dans le cadre d'un conflit au niveau de la hanche, cette image permet de voir si celui-ci provient d'une mauvaise version du cotyle ou d'une malformation de la tête fémorale.
- Bassin de face permettant de bien étudier les anomalies du cotyle. Tête et col fémoraux vus de profil.



Peut se faire à 45° si spécifié par le médecin prescripteur.

Mettre alors le pied sur la table et non sur un coussin.



MEMBRES INFÉRIEURS

Bassin

FACE AP



Positionnement :

- Placer les membres inférieurs légèrement écartés, puis ramenés en rotation interne de 15° à 20°.
- Le patient est couché en décubitus dorsal, le PSM est en ligne droite et le bassin sans rotation.

Centrage :

- Longitudinal : à mi-chemin entre les crêtes iliaques et le bord inférieur du pubis.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Le U radiologique de Calot est bien visualisé.
- Les petits trochanters sont invisibles.

Peut être effectué debout.

Pour L'HDQ, garder les pieds bien droits.



FACE AP Position batracien



Positionnement :

- Le patient est couché en décubitus dorsal, le PSM est en ligne droite et le bassin sans rotation.
- Les genoux sont fléchis et les cuisses sont remontées vers le bassin.
- Afin d'amener le col fémoral en profil, ramener la plante des pieds en appui l'une contre l'autre et donner une abduction aux deux fémurs : pour l'enfant de 55° p/r à la verticale et pour l'adulte de 35° p/r à la verticale.

Centrage :

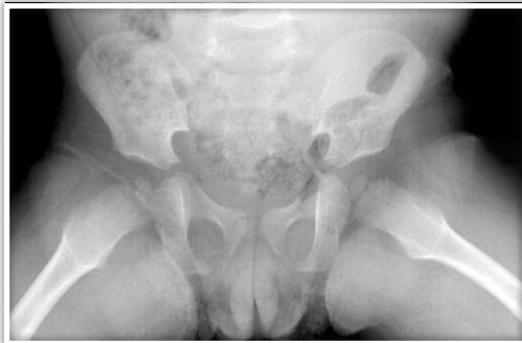
- Longitudinal : à mi-chemin entre les crêtes iliaques et le bord inférieur du pubis.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Le U radiologique de Calot est bien visualisé.
- Le grand trochanter se superpose sur toute la largeur du col.



Peut se faire unilatéralement chez l'adulte. Le centrage sera alors 2,5 cm sous le milieu de la ligne joignant l'EIAS et le bord supérieur du pubis pour être sur l'articulation coxo-fémorale.

SEMI-AXIALE AP INFÉRO-SUPÉRIEURE (vue de Pennel – Outlet)



Positionnement :

- Couché en décubitus dorsal, PSM en ligne droite et bassin sans rotation.
- Placer les membres inférieurs légèrement écartés, puis ramenés en rotation interne de 15° à 20°.

Rayon incident :

- 35° céphalad (femme) ou 25° céphalad (homme).

Centrage :

- Longitudinal : dirigé environ 5 cm sous le pubis (la projection passe par les grands trochanters).
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critère de vue :

- Visualisation du pubis, des branches ischio-pubiennes et des branches ilio-pubiennes avec étalement.

SEMI-AXIALE AP SUPÉRO-INFÉRIEURE (vue de Dodge– Inlet)



Positionnement :

- Couché en décubitus dorsal, PSM en ligne droite et bassin sans rotation.
- Placer les membres inférieurs légèrement écartés, puis ramenés en rotation interne de 15° à 20°.

Rayon incident :

- 35° caudal (femme) ou 25° caudal (homme).

Centrage :

- Longitudinal : dirigé environ 5 cm au-dessus du pubis (la projection passe par les grands trochanters).
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critère de vue :

- Les forams obturés sont très rétrécis verticalement et doivent idéalement s'effacer complètement.

FACE AP Position Von Rosen



Positionnement :

- Patient couché sur le dos, sans rotation ni inclinaison du bassin.
- Demander au patient de faire une abduction forcée (pour qu'il soit confortable) des hanches, en gardant les jambes bien allongées sans qu'elle soit soulevées.
- Effectuer une légère rotation interne des membres inférieurs.

Centrage :

- Longitudinal : à mi-chemin entre les crêtes iliaques et le bord inférieur du pubis.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée.



Incidence radiologique du bassin de face réalisée pour rechercher une éventuelle luxation de hanche.

Peut se faire bilatéralement.

BILAN SPINO-PELVIEN PROFIL GAUCHE DEBOUT



Positionnement :

- Le patient est debout, le côté gauche en appui au bucky mural.
- Le patient doit être en franc profil.

Centrage :

- Longitudinal : entre la crête iliaque et le bord inférieur du pubis.
- Transverse : entre le pli interfessier et le pubis.

Critères de vue :

- Doit inclure L3 et les petits trochanters.
- La colonne est en franc profil.
- L'articulation L5-S1 est bien dégagée.
- Les têtes fémorales sont visibles et sans grand dédoublement.



Permet au médecin orthopédiste d'évaluer la rigidité de la colonne vertébrale afin de maximiser le bon choix d'une prothèse orthopédique selon les spécificités du patient.

BILAN SPINO-PELVIEN PROFIL GAUCHE ASSIS



Positionnement :

- Le patient est assis, le côté gauche en appui au bucky mural.
- Les fémurs doivent être parallèles au plancher (genoux à 90°).
- Le patient doit être en franc profil.

Centrage :

- Longitudinal : entre la crête iliaque et le bord inférieur du pubis.
- Transverse : entre le pli interfessier et le pubis.

Critères de vue :

- Doit inclure L3 et les petits trochanters.
- La colonne est en franc profil.
- L'articulation L5-S1 est bien dégagée.
- Les têtes fémorales sont visibles et sans grand dédoublement.



Permet au médecin orthopédiste d'évaluer la rigidité de la colonne vertébrale afin de maximiser le bon choix d'une prothèse orthopédique selon les spécificités du patient.



MEMBRES INFÉRIEURS

Articulations sacro-iliaques

FACE AP COUCHÉ



Positionnement :

- Le patient est en décubitus dorsal. Les jambes demeurant allongées et le PSM droit.

Rayon incident :

- 20° céphalad.

Centrage :

- Longitudinal : 1 cm plus bas que les EIAS.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Les articulations sacro-iliaques sont visualisées sans superposition du pubis et sont symétriques.
- La crête sacrale médiane apparaît au centre du sacrum.

OBLIQUE AP GAUCHE OU DROITE Côté soulevé



Positionnement :

- Pour déterminer la rotation à donner au patient, placer d'abord le rayon transverse sur le PSM.
- Donner une rotation au bassin en soulevant le côté à radiographier d'environ 25° à 30°. Arrêter la rotation quand le rayon transverse arrive à 2,5 cm en dedans de l'EIAS du côté soulevé.

Centrage :

- Longitudinal : au niveau de l'EIAS.
- Transverse : à 2,5 cm à l'intérieur de l'EIAS du côté soulevé.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- L'espace articulaire soulevé est dégagé de l'aile de l'ilium et prend la forme d'un X allongé.
- L'aile de l'ilium est orientée verticalement.



Répéter le même positionnement pour faire la radiographie de l'articulation de l'autre côté.

COLONNE VERTÉBRALE



Points de repères

70



Colonne cervicale

71



Colonne thoracique (dorsale)

78



Colonne lombaire

80



Colonne lombo-sacrée

84



Sacrum

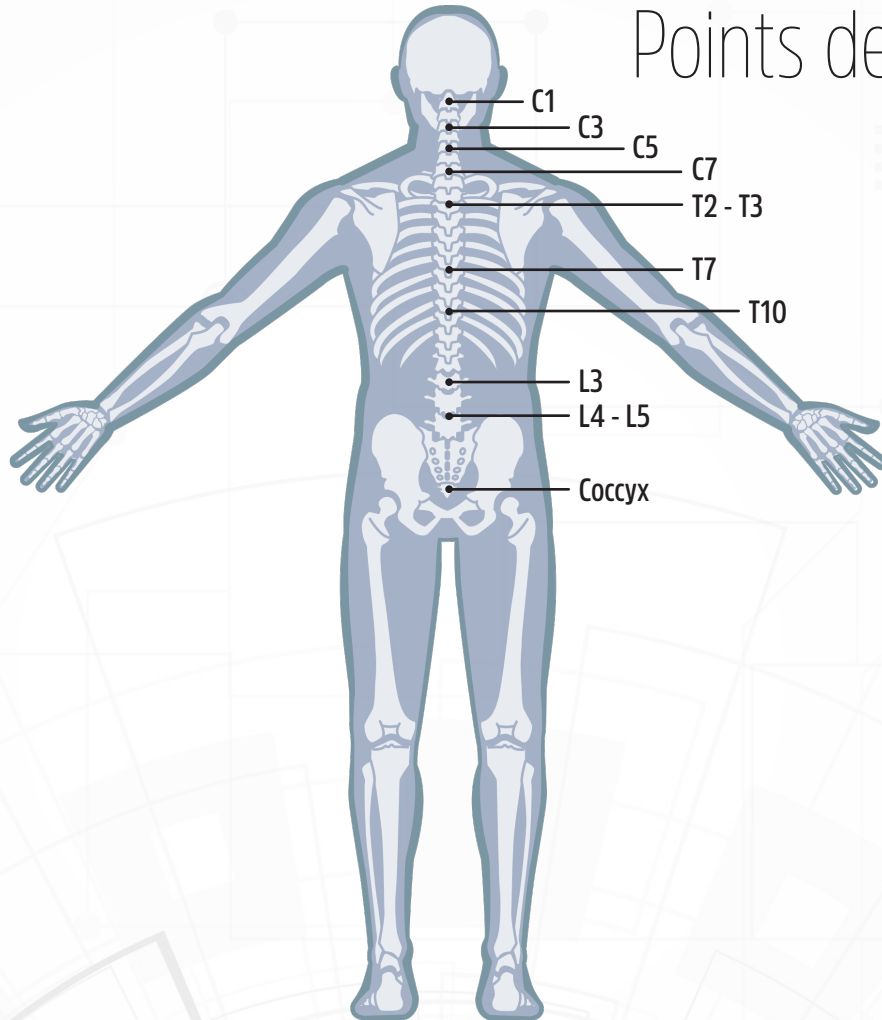
86



Coccyx

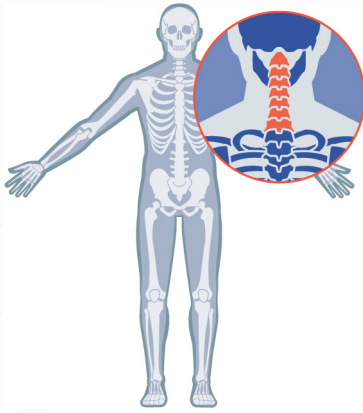
88

Points de repères



VERTÈBRES NOMENCLATURE

C1	Processus mastoïde
C3	Os hyoïde sous la branche horizontale de la mandibule
C5	Pomme d'Adam
C7	Partie supérieure de l'épaule
T2-T3	Incisure jugulaire
T7	Pointe de la scapula
T10	Processus xiphoïde
L3	2,5 cm au-dessus de la crête iliaque
L4-L5	Sommet de la crête
Coccyx	Bord supérieur de la symphyse pubienne, grand trochanter



COLONNE VERTÉBRALE

Colonne cervicale

FACE AP C3 à C7



Positionnement :

- Le menton est relevé jusqu'à ce que la commissure labiale et le processus mastoïdien soient un même plan vertical.

Rayon incident :

- 15° à 20° céphalad.

Centrage :

- Longitudinal : entre légèrement sous la saillie du cartilage thyroïdien et passe par C4-C5.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée après expiration.

Critères de vue :

- Les 5 dernières vertèbres cervicales ainsi que la première thoracique (T1) sont présentes sur l'image.
- Les espaces intervertébraux sont visualisés.
- La troisième vertèbre cervicale est visualisée sans superposition de la mandibule et de l'occiput.



FACE AP C1-C2 Transbuccale



Positionnement :

- La ligne qui rejoint la marge inférieure des dents supérieures au processus mastoïdien est verticale par rapport au plan du récepteur.
- Au moment de l'exposition, faire ouvrir la bouche au maximum en précisant au patient de ne pas bouger la tête.

Centrage :

- Longitudinal : au milieu de la bouche ouverte (commissure labiale), soit 1 cm plus bas que le processus mastoïdien, pour arriver au niveau de C1-C2.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

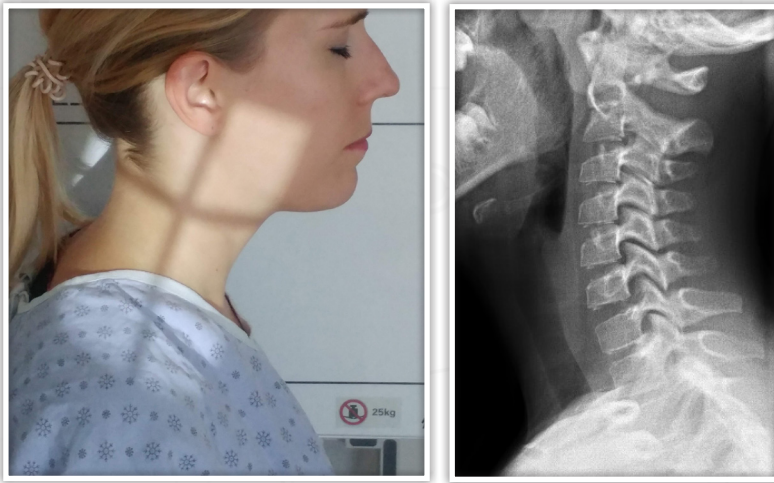
- Les articulations atlanto-occipitales et atlanto-axoïdiennes sont visibles.
- L'atlas, l'axis, la dent de l'axis et l'articulation entre C1 et C2 sont bien démontrés à travers la bouche ouverte et sans aucune superposition.
- Les dents supérieures et la base du crâne doivent être superposées et permettent la visualisation de la charnière crânio-rachidienne.



Pour les patients ayant les dents très longues, défléchir normalement la tête et incliner 5° céphalad afin de faire monter les dents.

Attention, si la tête est trop défléchie, la base de l'occipital se superpose à la dent de l'axis.

PROFIL GAUCHE



Positionnement :

- Le patient est placé en franc profil.
- Le menton est relevé afin de placer la ligne acanthio-méatale parallèle à l'axe transverse du récepteur.

Centrage :

- Longitudinal : au niveau de C4-C5.
- Transverse : 2,5 cm en avant des processus épineux pour être au milieu des vertèbres.
Le centrage passe par le processus mastoïdien.

Phase respiratoire :

- Apnée après expiration, ce qui favorise l'abaissement des épaules.

Critères de vue :

- Les bords postérieurs des corps vertébraux ne sont pas dédoublés d'avant en arrière.
- Les espaces intervertébraux sont dégagés.
- L'espace clair entre la dent de l'axis et l'arc antérieur de l'atlas est visualisé.
- Les vertèbres C7 et T1 sont bien dégagées.

Les bras sont placés en rotation interne forcée pour abaisser au maximum les épaules.

Il est parfois préférable de tourner le collimateur dans l'axe du cou.

PROFIL EN FLEXION



Positionnement :

- Le patient est placé en franc profil.
- Le patient fléchit sa tête en rentrant le menton dans son cou, et cela sans déplacer ses épaules vers l'avant.

Centrage :

- Longitudinal et transverse : au niveau de C4-C5.

Phase respiratoire :

- Apnée.

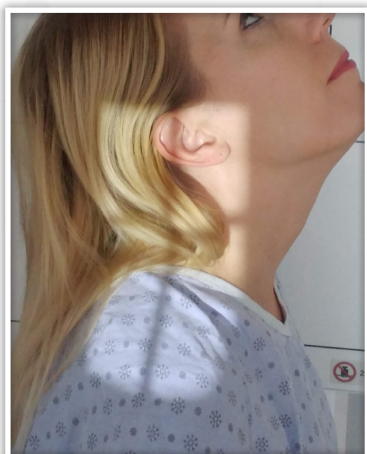
Critères de vue :

- Lors de la flexion normale, le corps de la mandibule doit être à la verticale.
- Les interlignes entre les processus articulaires s'élargissent.
- Les processus épineux de C2 à C7 s'éloignent les uns des autres.
- L'arc antérieur de l'atlas s'abaisse.

Il est parfois préférable de tourner le collimateur dans l'axe du cou.



PROFIL EN EXTENSION



Positionnement :

- Le patient est placé en franc profil.
- Le patient étire son cou, plaçant sa tête en extension sans déplacer les épaules vers l'arrière.

Centrage :

- Longitudinal et transverse : au niveau de C4-C5.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Lors de l'extension normale, le corps de la mandibule doit être approximativement à 45° avec le bord inférieur du récepteur.
- Les espaces entre les processus épineux de C2 à C7 se resserrent.
- La lordose cervicale s'accroît.
- L'arc antérieur de l'atlas se relève.

Idéalement, placer devant le patient un support pour qu'il puisse s'agripper.



OBLIQUE PA GAUCHE ET DROITE



Positionnement :

- Le patient est placé debout ou assis et en PA au bucky mural.
- Ajuster la rotation du corps de 45° à 55° avec le plan du récepteur.
- Placer le bras du côté en appui le long du corps.
- Le bras du côté soulevé est remonté vers la tête du patient et en appui sur le récepteur pour stabiliser la position.
- La tête demeure dans le même axe de rotation que le corps et en légère extension.

Rayon incident :

- 15° à 20° caudal.

Centrage :

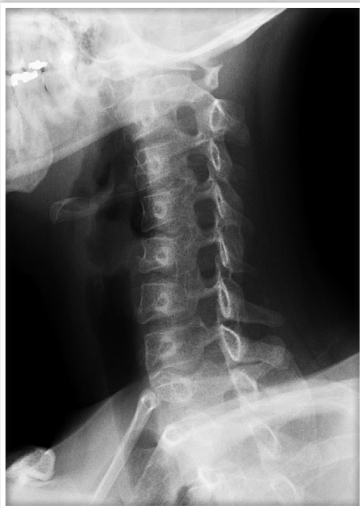
- Longitudinal : centré à mi-chemin entre le MAE en appui et l'incisure jugulaire, soit sur C4-C5.
- Transverse : au milieu du cou pour être au milieu des vertèbres.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Les trous de conjugaison en appui sont mis en évidence.
- Les trous sont de forme ovale à grand axe verticale.
- Le pédicule opposé arrive au niveau du tiers antérieur de corps vertébral.



Pour dégager l'espace entre l'occipital et l'atlas, il faut placer la tête en profil qui sera parallèle au plan du récepteur.

PROFIL GAUCHE Position du nageur (méthode de Twining)



Positionnement :

- Le patient est placé en franc profil.
- Le bras adjacent au plan d'examen est le plus possible relevé, le coude étant ramené devant le visage.
- L'avant-bras est fléchi et la main repose sur la tête.
- L'épaule opposée est abaissée au maximum, légèrement décalée vers l'arrière et en rotation interne du bras afin de dissocier les deux épaules.
- Le PSM de la tête et du corps demeure parallèle au plan du récepteur d'image.

Centrage :

- Longitudinal : sur C7-T1 soit au-dessus des ASC.
- Transverse : à mi-chemin entre le processus épineux de C7 et l'incisure jugulaire, pour être sur les corps vertébraux de C7 et T1.

Phase respiratoire :

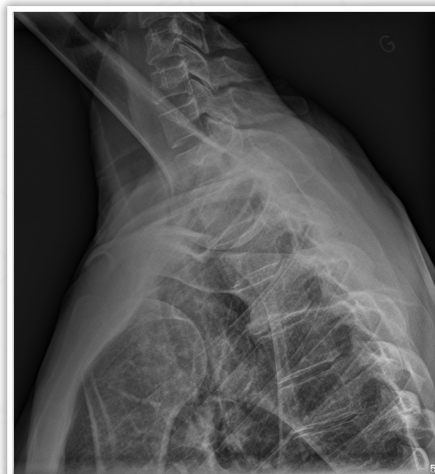
- Apnée.

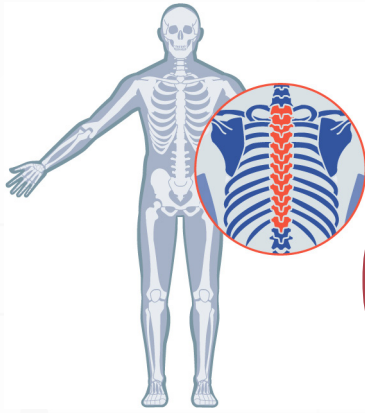
Critères de vue :

- Les vertèbres C5 à T3 sont démontrées sans rotation ni inclinaison.
- Il n'y a pas de dédoublement des bords postérieurs des corps vertébraux.
- Les espaces intervertébraux sont mis en évidence.
- Les épaules sont séparées : une en avant de l'autre et au-dessus de l'autre. Les vertèbres cervico-thoraciques sont entre celles-ci.

Cette incidence peut aussi se réaliser en position couchée en décubitus dorsal avec un rayon incident horizontal chez les patients traumatisés de la colonne vertébrale.

Inclinaison de la civière ou de la planche afin de permettre de dégager la superposition des épaules.





COLONNE VERTÉBRALE

Colonne thoracique (dorsale)

FACE AP



Positionnement :

- Le patient est en décubitus dorsal sans oreiller.
- Les genoux sont fléchis et les pieds placés à plat sur la table afin de réduire la courbure lombaire.

Centrage :

- Longitudinal : approximativement au milieu du sternum (T7).
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée après expiration.

Critères de vue :

- Les 12 vertèbres thoraciques sont présentes, ainsi que C7 et L1.
- Les espaces intervertébraux sont bien dégagés.
- Les processus épineux apparaissent au milieu des corps vertébraux.

PROFIL GAUCHE



Positionnement :

- Le patient est couché en décubitus latéral gauche, la tête soulevée sur des oreillers afin de mettre le PSM de la colonne cervicale parallèle au plan d'examen.
- Les deux bras sont remontés perpendiculairement, placés en extension avec la face dorsale des mains en contact.

Centrage :

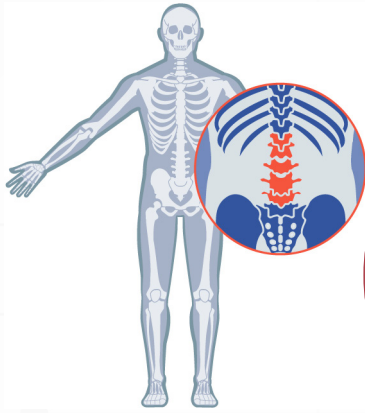
- Longitudinal : sur T7 soit à la pointe de la scapula.
- Transverse : à 5 cm du plan dorsal.

Phase respiratoire :

- Laisser respirer normalement le patient.

Critères de vue :

- Les trous de conjugaison sont visibles sans aucune superposition.
- Les bords postérieurs des corps vertébraux ne sont pas dédoublés d'avant en arrière.
- Les plateaux vertébraux ne présentent pas de dédoublement de haut en bas.



COLONNE VERTÉBRALE

Colonne lombaire

FACE AP Position couchée



Positionnement :

- Le patient est en décubitus dorsal.
- Les genoux sont fléchis et les pieds placés à plat sur la table afin de réduire la courbure lombaire.

Centrage :

- Longitudinal : 2,5 cm au-dessus de la crête iliaque ou à la marge inférieure des basses côtes pour être au niveau de L3.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée.

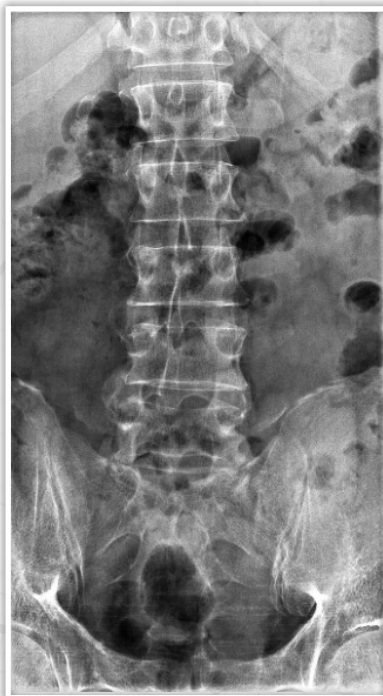
Critères de vue :

- Les cinq vertèbres lombaires sont présentes, ainsi que T12, S1 et les ASI.
- Les processus épineux apparaissent au milieu des corps vertébraux.
- La hauteur des espaces intervertébraux est égale sur toute sa largeur.

Peut se faire en face PA en position debout.

Les vertèbres lombaires se présentent sans déformation.

Permet d'étudier la colonne en position statique ou de mise en charge.



PROFIL GAUCHE Position couchée



Positionnement :

- Le patient est couché en décubitus latéral gauche.
- Les cuisses sont remontées vers le bassin pour assurer une bonne stabilité du bassin.
- Les deux bras sont placés perpendiculaires au thorax, les coudes fléchis. Des coussins sont placés sous le thorax ou sous la dépression de la crête iliaque pour positionner le PSM de la colonne parallèle au plan du récepteur.
- L'ensemble du dos et du bassin doit être bien aligné avec l'axe longitudinal du récepteur.

Centrage :

- Longitudinal : 2,5 cm au-dessus de la crête iliaque ou à la marge costale latérale inférieure pour être sur L3.
- Transverse : 8 cm en avant du plan dorsal.

Phase respiratoire :

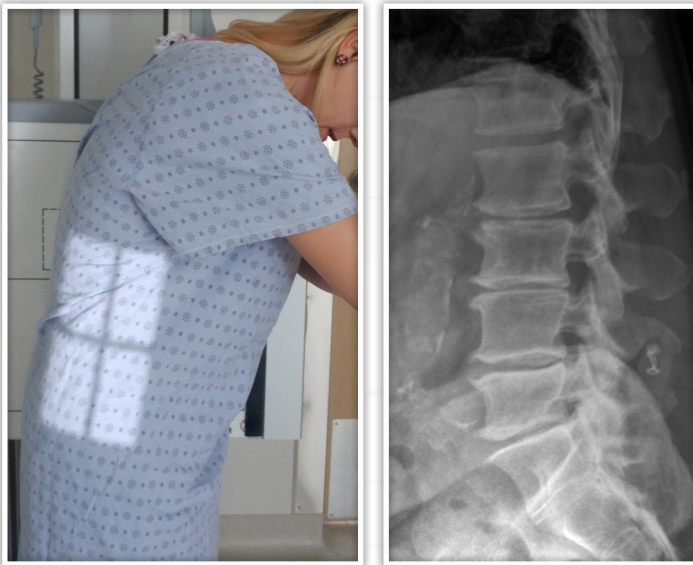
- Apnée après expiration.

Critères de vue :

- Les vertèbres T12 à S1 apparaissent sur l'image.
- Les espaces intervertébraux et les trous de conjugaison sont tous bien dégagés.
- Les bords postérieurs des corps vertébraux sont bien superposés et non dédoublés d'avant à arrière.
- Pas de dédoublement des plateaux vertébraux de haut en bas.

***Peut se faire en profil gauche en position debout.
Permet d'étudier la colonne en position statique
ou de mise en charge.***

PROFIL GAUCHE EN FLEXION



Permet un examen fonctionnel ou dynamique de la colonne lombaire.

Positionnement :

- Le patient est positionné comme une incidence de profil.
- Le patient fléchit le haut du tronc le plus possible.

Centrage :

- Longitudinal : 2,5 cm au-dessus de la crête iliaque ou à la marge costale latérale inférieure pour être sur L3.
- Transverse : 8 cm en avant du plan dorsal.

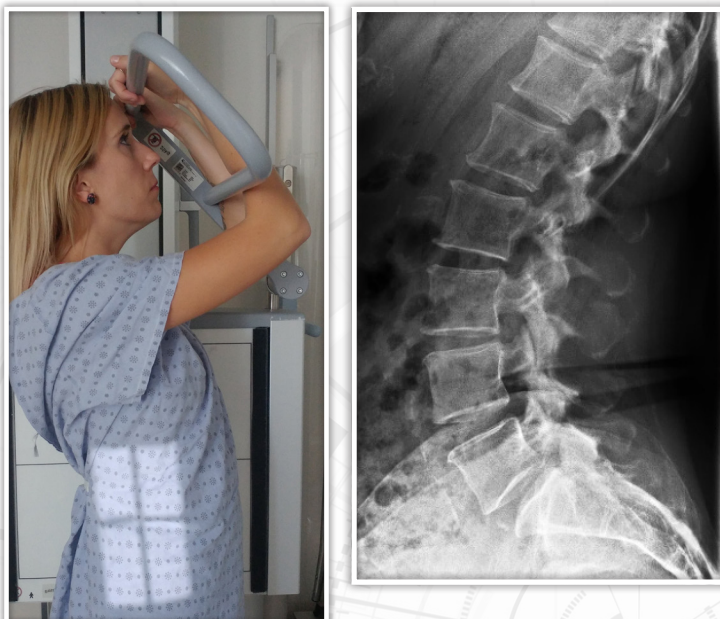
Phase respiratoire :

- Apnée après expiration.

Critères de vue :

- Les vertèbres T12 à S1 apparaissent sur l'image.
- Les processus épineux s'éloignent l'un de l'autre.

PROFIL GAUCHE EN EXTENSION



Permet un examen fonctionnel ou dynamique de la colonne lombaire.

Positionnement :

- Le patient est positionné comme une incidence de profil.
- Le patient déplace son thorax vers l'arrière le plus possible.

Centrage :

- Longitudinal : 2,5 cm au-dessus de la crête iliaque ou à la marge costale latérale inférieure pour être sur L3.
- Transverse : 8 cm en avant du plan dorsal.

Phase respiratoire :

- Apnée après expiration.

Critères de vue :

- Les vertèbres T12 à S1 apparaissent sur l'image.
- Les processus épineux se rapprochent l'un de l'autre.

OBLIQUE PA GAUCHE ET DROITE



Positionnement :

- Le patient est placé en décubitus ventral avec une rotation du PSM de 45°. Placer au besoin un coussin sous le côté soulevé afin d'avoir une meilleure stabilité.
- Le bras et la jambe du côté appuyé demeurent allongés.
- Le bras et la jambe du côté soulevé sont fléchis.

Centrage :

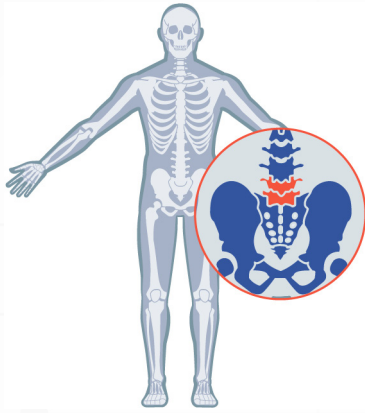
- Longitudinal : 2,5 cm au-dessus de la crête iliaque ou à la marge costale latérale inférieure, pour être au niveau de L3.
- Transverse : 3 ou 4 cm latéralement du PSM, du côté soulevé.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Les éléments anatomiques de l'hémi-arc vertébral mis en évidence reproduisent une image schématique de petits chiens empilés les uns au-dessus des autres.
- Le pédicule de l'hémi-arc vertébral se retrouve près du milieu du corps vertébral (légèrement plus antérieur).
- Les plateaux vertébraux ne sont pas dédoublés de haut en bas.



COLONNE VERTÉBRALE

Colonne lombo-sacrée

FACE AP Position couchée



Positionnement :

- Le patient est en décubitus dorsal. Les jambes demeurent allongées et le PSM droit.

Rayon incident :

- 30° céphalad (homme) et 35° céphalad (femme).

Centrage :

- Longitudinal : environ 1 cm plus bas que les EIAS pour être sur l'articulation L5-S1.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- L'espace lombo-sacré est bien visible.
- Les processus épineux apparaissent au milieu des corps vertébraux.



Peut être effectué pour le spot lombaire.

PROFIL GAUCHE



Centrage :

- Longitudinal : à mi-chemin entre le bord supérieur de la crête iliaque et l'EIAS.
- Transverse : à mi-chemin entre le bord postérieur du sacrum et l'EIAS.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- L'espace lombo-sacré est bien visualisé sans superposition.
- Le bord postérieur du corps vertébral de L5 n'est pas dédoublé de l'avant vers l'arrière.

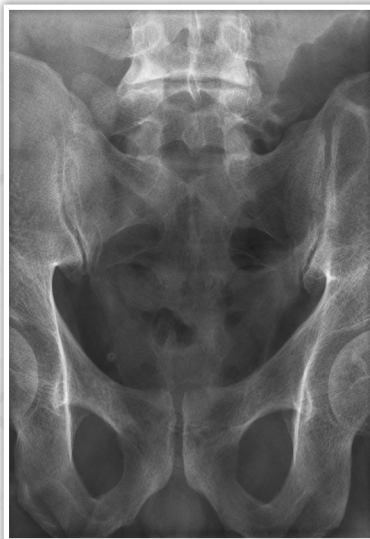
Peut être effectué pour le spot lombaire.



COLONNE VERTÉBRALE

Sacrum

FACE AP



Positionnement :

- Le patient est en décubitus dorsal. Les jambes demeurent allongées et le PSM droit.

Rayon incident :

- 15° céphalad.

Centrage :

- Longitudinal : à mi-chemin entre les EIAS et le bord supérieur du pubis.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Le sacrum est entièrement déroulé et sans superposition de la symphyse pubienne.
- Les quatre foramens sacraux sont bien démontrés.
- La crête sacrale médiane apparaît au centre du sacrum.

PROFIL GAUCHE



Positionnement :

- Le patient est placé dans la même position que pour l'incidence profil de la colonne lombo-sacrée.

Centrage :

- Longitudinal : à mi-distance de la crête iliaque et du début du coccyx.
- Transverse : à mi-chemin du bord postérieur du sacrum et de 3-4 cm en arrière de l'EIAS.

Critères de vue :

- Le sacrum est en vue en latérale franche, le canal sacral est bien visualisé sans dédoublement.
- La crête sacrale médiane est bien visible sans superposition et en avant on voit le canal sacral.
- Les plateaux vertébraux supérieur de S1 et inférieur de L5 ne sont pas dédoublés de haut en bas.





COLONNE VERTÉBRALE

Coccyx

FACE AP



Positionnement :

- Le patient est en décubitus dorsal. Les jambes demeurent allongées et le PSM droit.

Rayon incident :

- 10° caudal.

Centrage :

- Longitudinal : à mi-chemin entre l'EIAS et le bord supérieur de la symphyse pubienne pour arriver entre S5-Co1.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Le coccyx est bien dégagé, libre de la superposition de la symphyse pubienne et la dernière vertèbre sacrée est bien visualisée.
- La crête sacrale médiane apparaît au milieu du sacrum.
- Les articulations sacro-coccygiennes et Co1-Co2 sont dégagées.

PROFIL GAUCHE



Positionnement :

- Le patient est en décubitus latéral, les cuisses fléchies sur le bassin.

Centrage :

- Longitudinal : au début du pli interfessier pour arriver entre S5-Co1.
- Transverse : sur le coccyx.

Critère de vue :

- Le coccyx et S5 sont visualisés en franche latérale et les cornes du sacrum et les petites cornes du coccyx sont visibles.



CAGE THORACIQUE



Thorax

91



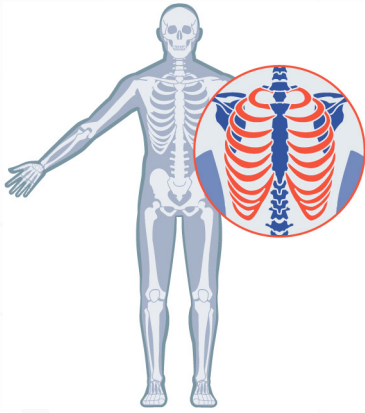
Hémithorax

93



Sternum

96



CAGE THORACIQUE

Thorax

FACE AP CÔTES SUPÉRIEURES



Positionnement :

- Patient debout ou couché, le dos au récepteur.

Centrage :

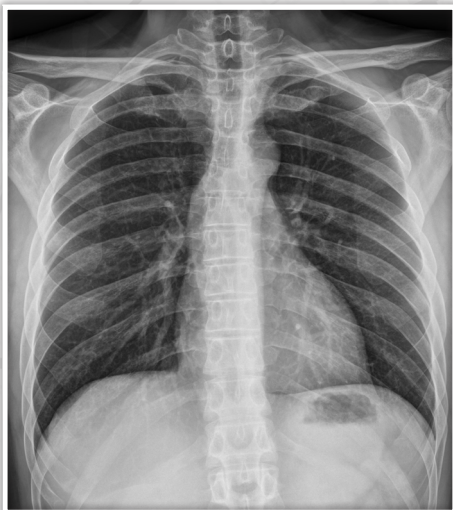
- Longitudinal : au niveau de T7, soit entre la racine du cou et l'angle inférieur du cartilage chondral.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée après une profonde inspiration.

Critères de vue :

- Visualiser les 10 premières paires de côtes postérieures gauches et droites.
- Avoir une bonne symétrie des deux clavicules.
- Alignement vertical des vertèbres.



FACE AP CÔTES INFÉRIURES



Positionnement :

- Patient debout ou couché, le dos au récepteur.

Centrage :

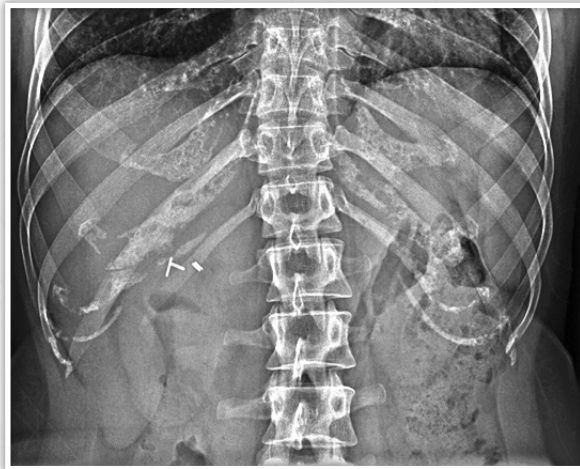
- Longitudinal : à mi-distance entre 2,5 cm au-dessus du processus xiphoïde et la partie inférieure des côtes.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

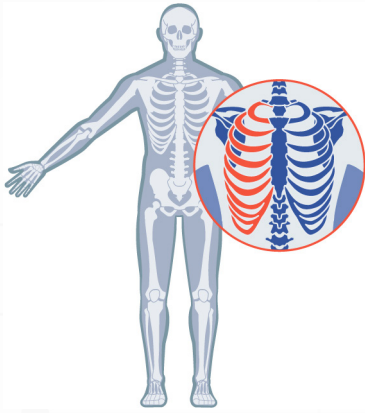
- Apnée après expiration.

Critères de vue :

- Visualiser les 4 dernières paires de côtes postérieures gauches et droites.
- Alignement vertical des vertèbres.
- La hauteur des espaces intervertébraux est égale sur toute sa largeur.



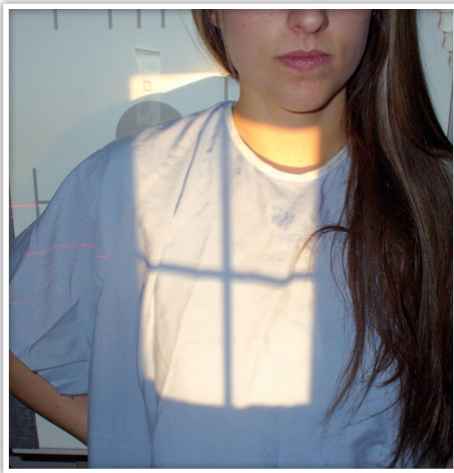
S'assurer d'avoir la totalité des côtes de visualisées en jumelant les images du thorax supérieur et inférieur.



CAGE THORACIQUE

Hémithorax

FACE AP HÉMITHORAX SUPÉRIEURE GAUCHE OU DROITE



Positionnement :

- Patient debout ou couché, le dos au récepteur.

Centrage :

- Longitudinal : au niveau de T7, soit entre la racine du cou et l'angle inférieur du cartilage chondral.
- Transverse : à mi-chemin entre le PSM et le bord latéral des côtes.

Phase respiratoire :

- Apnée après une profonde inspiration.

Critères de vue :

- Visualiser les 10 premières côtes postérieures gauches ou droites.
- Alignement vertical des vertèbres.



FACE AP HÉMITHORAX INFÉRIEUR GAUCHE OU DROITE



Positionnement :

- Patient debout ou couché, le dos au récepteur.

Centrage :

- Longitudinal : à mi-distance entre 2,5 cm au-dessus du processus xiphoïde et la partie inférieure des côtes.
- Transverse : à mi-chemin entre le PSM et le bord latéral des côtes.

Phase respiratoire :

- Apnée après expiration.

Critères de vue :

- Visualiser les 4 dernières côtes postérieures.
- Les processus épineux sont au centre des corps vertébraux.



OBLIQUES GAUCHE OU DROITE



Positionnement :

- Patient en position debout ou couché.
- Tourner le patient de 30° (costaud) à 45° (mince) vers le côté à radiographier.
- Le bras et l'avant-bras du côté à radiographier sont remontés vers la tête.

Centrage :

- Longitudinal si douleur au niveau supérieur : ajuster le centrage longitudinal afin d'inclure la première côte.
- Longitudinal si douleur au niveau inférieur : ajuster le centrage longitudinal afin d'inclure la dernière côte.
- Transverse : à mi-chemin entre les processus épineux et la limite latérale de l'hémithorax à radiographier.



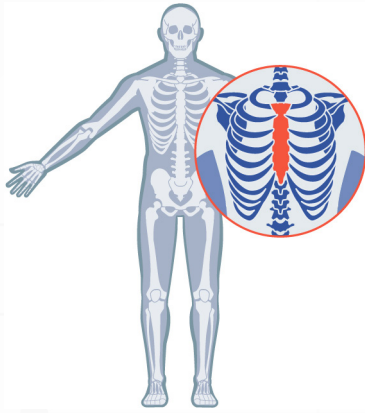
Phase respiratoire :

- Si douleur au niveau supérieur : apnée après profonde inspiration.
- Si douleur au niveau inférieur : apnée après expiration.

Critères de vue :

- Selon le cas, bien visualiser la première ou la dernière côte (favoriser le comptage).
- Le corps de la côte (portion axillaire) est déroulé complètement sans croisement avec la portion antérieure et postérieure des côtes.
- Les articulations costo-vertébrales correspondantes doivent être incluses sur l'image afin de démontrer convenablement les côtes.

Si thorax demandé, faire les deux côtés. Si seulement hémithorax, ne faire que le côté demandé par le médecin prescripteur.



CAGE THORACIQUE

Sternum

OBLIQUE PA DROITE



Positionnement :

- Patient debout ou couché, face au récepteur.
- Tourner le patient de 15° à 20° en soulevant le côté gauche jusqu'à ce que la colonne soit dégagée du sternum.
- Éviter de trop tourner le patient.

Centrage :

- Longitudinal : au milieu du sternum, entre l'incisure jugulaire et le processus xiphoïde, pour être au milieu du sternum.
- Transverse : 4 cm latéralement au PSM sur le côté gauche du patient, soit le côté soulevé.

Phase respiratoire :

- Laisser respirer le patient normalement.

Critères de vue :

- Les trois parties du sternum sont visualisées.
- Le sternum n'est pas superposé à la colonne vertébrale.



Le degré de rotation du patient dépend de l'épaisseur du thorax. Il y a plus de rotation lorsque le thorax est mince que lorsqu'il est épais.

PROFIL GAUCHE



Positionnement :

- Le patient est placé en profil, debout ou assis, le torse bombé et les épaules rejetées en arrière avec les mains croisées derrière le dos.

Centrage :

- Longitudinal : au milieu du sternum, soit entre l'incisure jugulaire et le processus xiphoïde, pour être au milieu du sternum.
- Transverse : Le rayon rase la paroi antérieure du thorax.

Phase respiratoire :

- Apnée après une profonde inspiration.

Critères de vue :

- Les 3 parties du sternum sont visualisées et se détachent de la clarté pulmonaire.
- Le sternum est présent dans son entièreté.
- Les côtés gauche et droit du sternum sont bien superposés.

TRONC



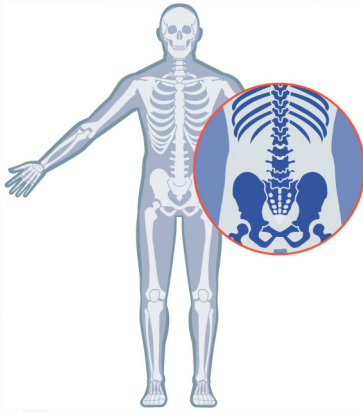
Abdomen

99



Poumons

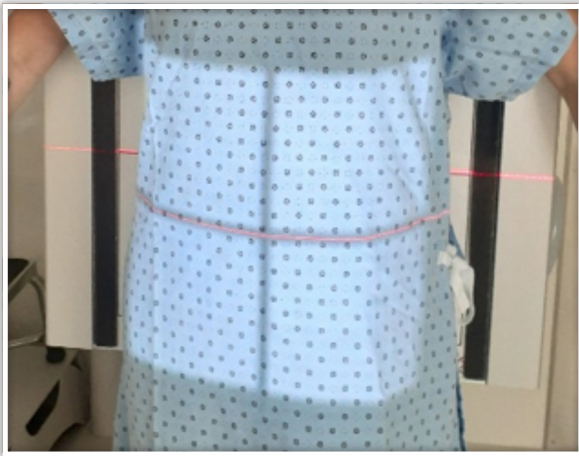
103



TRONC

Abdomen

FACE AP DEBOUT



Positionnement :

- Patient debout, le dos en appui sur le bucky mural.
- Bien stabiliser le patient, écarter les pieds à la largeur des épaules.

Centrage :

- Longitudinal : 3 cm en bas de la crête iliaque.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critères de vue :

- Démontrer les foramens obturés (voir si descente d'organes).
- Couvrir l'abdomen au complet.



Laisser le patient idéalement de 3 à 5 minutes en place avant de produire l'image. Ceci permet de mieux visualiser les niveaux hydro-aériques.

FACE AP DEBOUT POUR COUPOLES DIAPHRAGMATIQUES



Positionnement :

- Patient debout, le dos en appui sur le bucky mural.
- Bien stabiliser le patient, écarter les pieds à la largeur des épaules.

Centrage :

- Longitudinal : 2 cm au-dessus du processus xiphoïde.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée après expiration complète.

Critère de vue :

- La totalité des coupes diaphragmatiques est démontrée.

Permet de visualiser un pneumo-péritoine.

FACE AP COUCHÉE (ou arbre urinaire)



Positionnement :

- Patient en décubitus dorsal.
- Placer le patient bien droit sur la table d'examen.

Centrage :

- Longitudinal : au niveau de la crête iliaque.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critère de vue :

- Démontrer l'abdomen au complet, du processus xiphoïde (T10) jusqu'au bord supérieur de la symphyse pubienne.

Il est recommandé de faire le RX en apnée après inspiration, afin de faire descendre les coupes au maximum.

Si examen pour arbre urinaire, centrer 3 cm plus bas que la crête pour inclure la symphyse pubienne et fermer la collimation transverse jusqu'aux EIAS.

DÉCUBITUS LATÉRAL GAUCHE



Positionnement :

- Placer le patient en décubitus latéral gauche. (Important de toujours faire cette incidence sur le côté gauche afin de distinguer un pneumo-péritoine qui pourrait être masqué par l'air contenu dans l'estomac).
- Laisser le patient en position de 3 à 5 minutes afin de mieux visualiser les niveaux hydro-aériques.

Centrage :

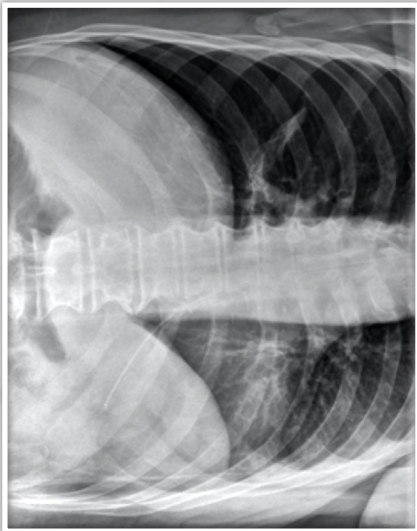
- Longitudinal : sur la crête iliaque.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée.

Critère de vue :

- Visualiser l'abdomen dans son ensemble.



Faire en remplacement de l'incidence AP debout et de l'incidence AP debout pour coupes diaphragmatiques lorsque le patient ne peut se tenir debout.

Afin de couvrir des coupes jusqu'à la symphyse pubienne, il faut parfois faire deux images radiologiques.

PROFIL



Positionnement :

- Patient couché en décubitus latéral gauche ou droit.

Centrage :

- Longitudinal : au niveau de la crête iliaque.
- Transverse : au milieu du plan antéro-postérieur.

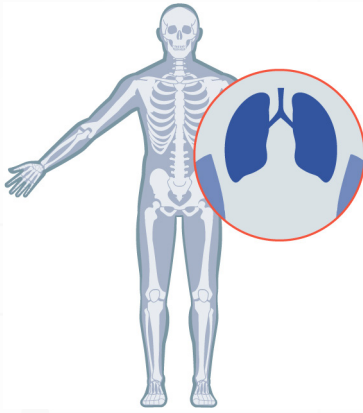
Phase respiratoire :

- Apnée.

Critère de vue :

- Visualiser l'abdomen dans son ensemble.

L'incidence peut être également réalisée en décubitus dorsal avec RI horizontal. (ex : recherche de corps étranger perforant)



TRONC

Poumons

FACE PA



Positionnement :

- Patient debout face au bucky mural.
- Les bras sont en rotation interne, afin de bien dégager les scapulas des plages pulmonaires.

Centrage :

- Longitudinal : au milieu des poumons, soit environ à la pointe des scapulas.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée après inspiration profonde.

Critères de vue :

- Visualiser les deux plages pulmonaires au complet.
- Les bords spinaux des scapulas sont à la limite externe des champs pulmonaires.
- Les coupes diaphragmatiques se retrouvent en dessous de la 10^e côte postérieure.



Faire idéalement en PA afin de réduire l'agrandissement du cœur sur l'image.

PROFIL GAUCHE



Positionnement :

- Patient debout le côté gauche en appui sur le bucky mural.
- Les bras sont au-dessus de la tête, les mains touchant les coudes.

Centrage :

- Longitudinal : au milieu des poumons, soit environ au niveau de la pointe des scapulas.
- Transverse : au milieu du thorax.

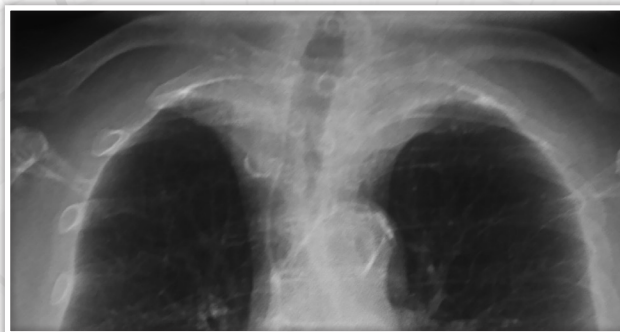
Phase respiratoire :

- Apnée après inspiration profonde.

Critères de vue :

- La totalité des deux champs pulmonaires est visualisée.
- Les arcs costaux postérieurs sont superposés.
- T11 est visualisée à travers les champs pulmonaires.

LORDOTIQUE AP



Positionnement :

- Patient debout, les pieds 15 à 20 cm en avant du bucky.
- Les épaules en appui sur le bucky mural.

Centrage :

- Longitudinal : à 4 cm sous les clavicules.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Apnée après inspiration profonde.

Critère de vue :

- Visualiser les sommets pulmonaires sans superposition des clavicules.

Peut se faire en incluant les plages pulmonaires complètes.

OBLIQUES PA GAUCHE ET DROIT



Positionnement :

- Patient debout, face au bucky mural.
- Faire une très légère rotation de 10° à 15° à droite ou à gauche selon la demande du médecin.

Centrage :

- Longitudinal : au milieu des poumons, soit environ à la pointe des scapulas.
- Transverse : au milieu du thorax.

Phase respiratoire :

- Apnée après inspiration profonde.

Critère de vue :

- Le marqueur mamelonnaire est projeté à la limite externe des côtes.

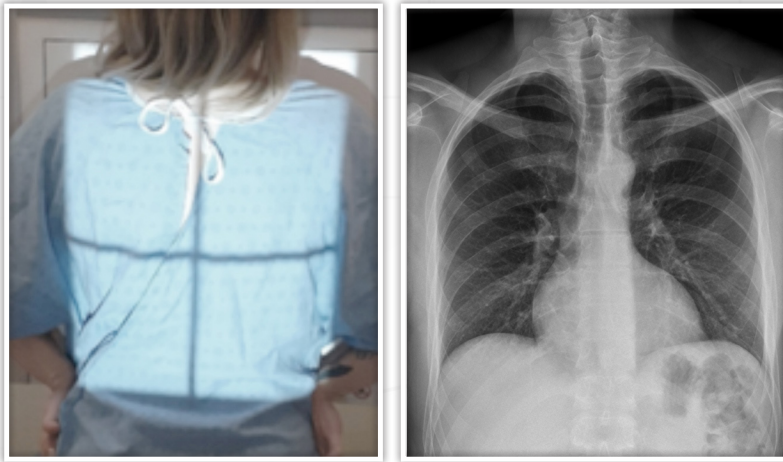
Faites avec marqueurs mamelonnaires.

Les obliques peuvent aussi se faire avec une rotation du patient de 45° à droite et 60° à gauche.

Suivre la pratique courante de votre hôpital.



FACE PA EXPIRATION



Dans le but d'éliminer la présence d'un pneumothorax.

Positionnement :

- Patient debout face au bucky mural.
- Les bras sont en rotation interne, afin de bien dégager les scapulas des plages pulmonaires.

Centrage :

- Longitudinal : au milieu des poumons, soit environ à la pointe des scapulas.
- Transverse : sur le PSM.

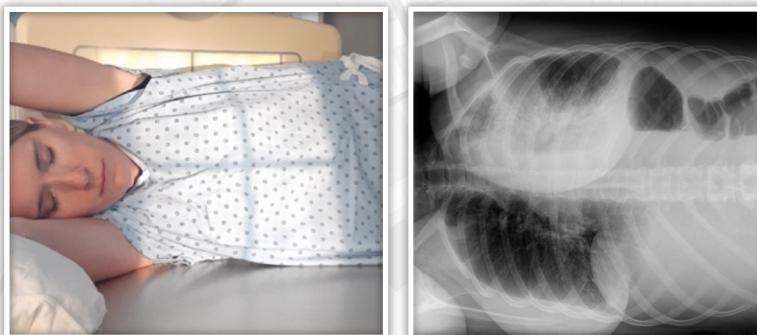
Phase respiratoire :

- Apnée après expiration.

Critère de vue :

- Les coupes diaphragmatiques sont élevées et il y a une diminution du volume de la cage thoracique en comparaison avec l'image en inspiration.

DÉCUBITUS LATÉRAUX GAUCHE ET DROIT



Toujours faire les deux côtés même si la demande n'en spécifie qu'un seul.



Positionnement :

- Le patient est couché en décubitus latéral, soit en AP ou PA, sans rotation ni inclinaison.
- Laisser le patient dans la position environ 5 minutes avant l'exposition, afin de permettre le déplacement de l'air et des liquides.

Centrage :

- Longitudinal : au milieu des poumons, soit environ à la pointe des scapulas.
- Transverse : au milieu du PSM.







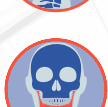


Phase respiratoire :

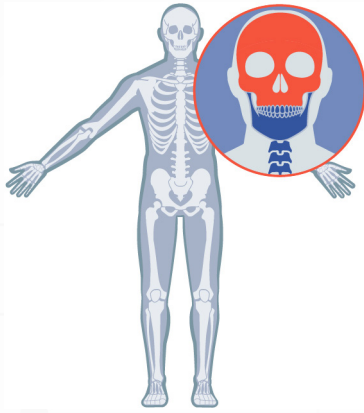
- Apnée après inspiration profonde.

Critères de vue :

- Les deux plages pulmonaires sont visualisées au complet.
- Il n'y a pas de rotation, les deux poumons sont de grandeurs égales.

TÊTE ET COU

	Crâne	108
	Massif facial	111
	Orbites	113
	Sinus	116
	Nez	119
	Articulations temporo-mandibulaires	121
	Mandibule	123
	Cavum	126
	Tissus mous du cou	127



TÊTE ET COU

Crâne

SEMI-AXIALE AP (Towne)



Positionnement :

- La tête est en appui sur l'occiput avec une flexion maximale du menton dans le cou de façon à placer la ligne de base radiologique (LBR) perpendiculaire au plan du récepteur.
- Équidistance des deux tragus par rapport au plan du récepteur.
- La ligne interpupillaire est parallèle au faisceau lumineux transverse.

Rayon incident :

- Incliné 30° caudal par rapport la ligne de base radiologique (LBR).

Centrage :

- Longitudinal : entre à la partie supérieure du front et passe par les méats acoustiques externes.
- Transverse : sur le PSM.



Critères de vue :

- Le dos de la selle turcique est projeté au centre du foramen magnum.
- Équidistance des marges latérales du foramen magnum par rapport à la voûte latérale du crâne.
- Les bords supérieurs des rochers sont à la même hauteur.

FACE PA TRANS-ORBITAIRE



Positionnement :

- Placer la tête en PA, le front-nez en appui sur le récepteur.
- La ligne de base radiologique (LBR) est perpendiculaire au plan du récepteur.

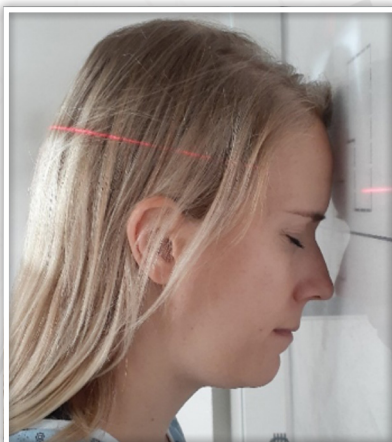
Centrage :

- Longitudinal : entre à l'occipital et sort à la glabelle.
- Transverse : sur le PSM.

Critères de vue :

- Les bords supérieurs des rochers se situent juste en dessous des bords supra-orbitaires.
- Équidistance entre le bord latéral des orbites et la voûte latérale du crâne ou entre les lignes innominées et la voûte latérale du crâne.
- Les bords supra-orbitaires sont à la même hauteur.

FACE PA RI INCLINÉ À 15° CAUDAL (Caldwell)



Positionnement :

- La tête est placée en PA, le front et le nez sont appuyés au centre du plan du récepteur.
- La ligne de base radiologique (LBR) est perpendiculaire au plan du récepteur.

Rayon incident :

- Incliné de 15° caudal par rapport à la LBR.

Centrage :

- Longitudinal : entre à l'occipital et sort au nasion.
- Transverse : centré sur le PSM.

Critères de vue :

- Les rochers couvrent le tiers inférieur de l'orbite.
- Équidistance entre le bord latéral des orbites et la voûte latérale du crâne ou entre les lignes innominées et la voûte latérale du crâne.
- Les bords supra-orbitaires sont à la même hauteur.



PROFIL GAUCHE OU DROIT



Positionnement :

- Placer la tête en profil et placer la ligne anatomique parallèle à l'axe transverse du plan d'examen.
- Les 2 héli-faces doivent être équidistantes de chaque côté du PSM (permet d'évaluer la rotation).
- La ligne interpupillaire est perpendiculaire au plan du récepteur (permet d'évaluer l'inclinaison).

Centrage :

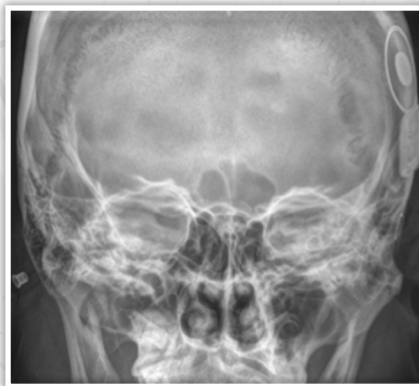
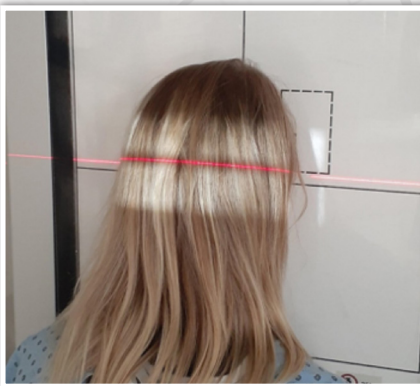
- Longitudinal et transverse: au milieu du crâne.

Critères de vue :

- Il y a superposition parfaite des clinoides antérieurs et des clinoides postérieurs.
- Les grandes ailes du sphénoïde forment deux lignes courbes légèrement décalées l'une en arrière de l'autre.
- Les toits des orbites sont légèrement dédoublés l'un au-dessus de l'autre.



FACE PA TRANS-ORBITAIRE Pour implant cochléaire



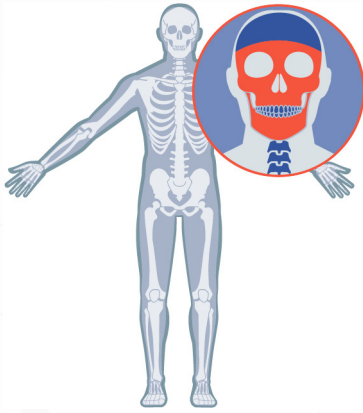
Positionnement :

- Placer la tête en PA, le front-nez en appui sur le récepteur.
- La ligne de base radiologique (LBR) est perpendiculaire au plan du récepteur.

Centrage :

- Longitudinal : entre à l'occipital et sort au nasion.
- Transverse : sur le PSM.

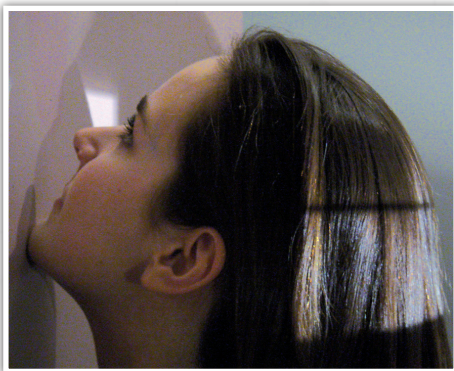
La collimation doit être réduite pour couvrir jusqu'au milieu du front et inclure l'implant en entier.



TÊTE ET COU

Massif facial

PARIÉTO-ACANTHIALE



Positionnement :

- La déflexion de la tête est ajustée de façon à ce que la ligne reliant l'origine d'attache du pavillon de l'oreille et le bord supérieur de la lèvre supérieure soit dans un plan horizontal et perpendiculaire au plan de l'examen.
- Placer les tragus parallèles au faisceau lumineux transverse.

Centrage :

- Longitudinal : entre au niveau des pariétaux et sort à l'acanthion, le rayon incident fait un angle de 53° avec la ligne de base radiologique (LBR).
- Transverse : sur le PSM.



Critères de vue :

- Les bords supérieurs des rochers se projettent sur le plancher des sinus maxillaires.
- Équidistance entre le bord latéral des orbites et la voûte latérale du crâne ou entre les lignes innommées et la voûte latérale du crâne.
- Les bords supra-orbitaires sont à la même hauteur.

SEMI-AXIALE AP MODIFIÉE (Towne) Pour les arcades zygomatiques



Positionnement :

- La tête est en appui sur l'occiput avec une flexion maximale du menton dans le cou de façon à placer la ligne de base radiologique (LBR) perpendiculaire au plan du récepteur.
- Équidistance des deux tragus par rapport au plan du récepteur.
- La ligne interpupillaire est parallèle au faisceau lumineux transverse.

Rayon incident :

- Incliné 30° caudal par rapport la ligne de base radiologique (LBR).



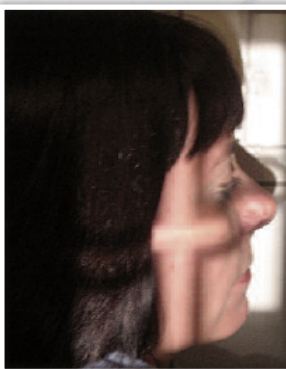
Centrage :

- Longitudinal : au niveau des arcades zygomatiques.
- Transverse : sur le PSM.

Critères de vue :

- Les arcades zygomatiques sont allongées au maximum.
- Équidistance entre les arcades zygomatiques et les branches de la mandibule.
- Les condyles mandibulaires sont à la même hauteur.

PROFIL GAUCHE OU DROIT



Positionnement :

- Placer la tête en profil et placer la ligne anatomique parallèle à l'axe transverse du récepteur.
- Les 2 héli-faces doivent être équidistantes de chaque côté du PSM (permet d'évaluer la rotation).
- La ligne interpupillaire est perpendiculaire au plan du récepteur.

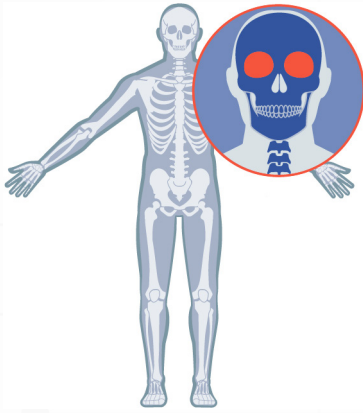
Centrage :

- Longitudinal : au milieu du massif facial, couvre du ¾ du front jusqu'à 1 cm sous la pointe du menton incluant les tissus mous.
- Transverse : au milieu du massif facial, couvre des tissus mous de la pointe du nez jusqu'au MAE inclusivement.



Critères de vue :

- Il y a superposition parfaite des clinoides antérieurs et des clinoides postérieurs.
- Les grandes ailes du sphénoïde sont superposées.
- Les toits des orbites sont légèrement dédoublés l'un au-dessus de l'autre.



TÊTE ET COU

Orbites

FACE PA, RI INCLINÉ À 15° CAUDAL



Positionnement :

- Placer le patient face au récepteur, le front et le nez en appui. La LBR doit être perpendiculaire au récepteur.
- Placer les tragus à équidistance du bucky mural et parallèles au faisceau lumineux transverse.

Rayon incident :

- 15° caudal.

Centrage :

- Longitudinal : passe au milieu des orbites.
- Transverse : sur le PSM.



Critères de vue :

- Les rochers couvrent le tiers inférieur des orbites.
- Les bords supra-orbitaires sont à la même hauteur.
- Équidistance entre le bord latéral des orbites et la voûte latérale du crâne.

PARIÉTO-ACANTHIALE (Waters)



Positionnement :

- Placer le patient face au récepteur, la tête en déflexion, le menton en appui. La ligne reliant l'attache du pavillon de l'oreille et le bord supérieur de la lèvre supérieure est perpendiculaire au plan du récepteur.
- Placer les tragus à équidistance du bucky mural et parallèles au faisceau lumineux transverse.

Centrage :

- Longitudinal : passe au milieu des orbites (Le RI fait un angle de 53° avec la LBR).
- Transverse : sur le PSM.



Critères de vue :

- Les rochers se projettent sur le plancher des sinus maxillaires.
- Les bords supra-orbitaires sont à la même hauteur.
- Équidistance entre le bord latéral des orbites et la voûte latérale du crâne.

PROFIL GAUCHE OU DROIT



Positionnement :

- Placer la tête en franc profil. La ligne anatomique doit être parallèle à l'axe transverse du récepteur.
- La ligne inter-pupillaire doit être perpendiculaire au plan de l'examen.

Centrage :

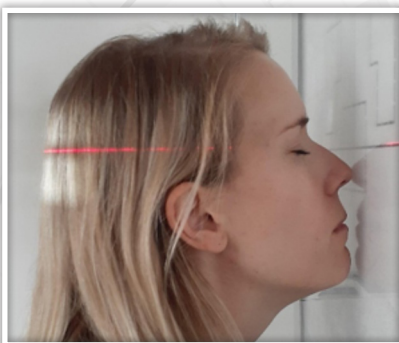
- Longitudinal et transverse: 1 cm derrière le cantus externe.

Critères de vue :

- Les toits des orbites sont légèrement dédoublés, un au-dessus de l'autre.
- Les clinoides antérieurs et postérieurs du sphénoïde sont parfaitement superposés.



DEMI PARIÉTO-ACANTHIALE Pour le plancher de l'orbite



Positionnement :

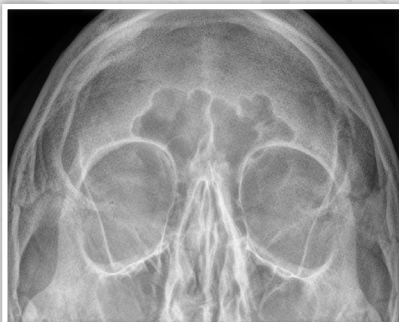
- Placer le patient face au détecteur, la tête en légère déflexion, le nez et le menton en appui. La ligne acanthio-méatale est perpendiculaire au plan du récepteur.
- La LBR fait un angle de 30° par rapport à l'horizontale.
- Placer les tragus à équidistance du bucky mural et parallèles au faisceau lumineux transverse.

Centrage :

- Longitudinal : passe au milieu des orbites.
- Transverse : sur le PSM.

Critères de vue :

- Le plancher des orbites est visualisé sans dédoublement, sous la forme d'un trait dense.
- Les bords supra-orbitaires sont à la même hauteur.
- Équidistance entre le bord latéral des orbites et la voûte latérale du crâne.



FACE PA, RI INCLINÉ À 30° CAUDAL



Positionnement :

- Placer le patient face au récepteur, la tête est placée de façon à ce que la LBR soit perpendiculaire au plan du récepteur.
- Placer les tragus à équidistance du bucky mural et parallèles au faisceau lumineux transverse.

Rayon incident :

- Incliné de 30° caudal.

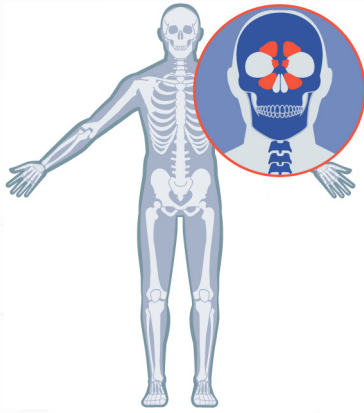
Centrage :

- Longitudinal : passe au milieu des orbites.
- Transverse : sur le PSM.



Critères de vue :

- Le plancher des orbites est visualisé sans dédoublement, sous la forme d'un trait dense.
- Les bords supra-orbitaires sont à la même hauteur.
- Équidistance entre le bord latéral des orbites et la voûte latérale du crâne.



TÊTE ET COU

Sinus

FACE PA CALDWELL MODIFIÉE



Positionnement :

- La tête est placée en PA, défléchir la tête jusqu'à ce que la ligne qui relie la partie la plus levée de l'os zygomatique (pointe) et la partie supérieure du tragus soit dans un plan horizontal.
- Placer les tragus parallèles au faisceau lumineux transverse.

Centrage :

- Longitudinal : au milieu de l'ensemble des sinus. Le rayon incident sort plus bas que le nasion.
- Transverse : sur le PSM.



Critères de vue :

- Les rochers couvrent le tiers inférieur des orbites.
- Équidistance entre la crête zygomatique du sphénoïde et les bords latéraux des orbites.
- Les bords supra-orbitaires sont à la même hauteur.

PARIÉTO-ACANTHIALE (Waters)



Positionnement :

- La tête est placée en PA, en appui par la protubérance mentonnière sur le plan du récepteur.
- La déflexion de la tête est ajustée de façon à ce que la ligne reliant l'origine d'attache du pavillon de l'oreille et la commissure labiale soit dans un plan horizontal.
- Placer les tragus parallèles au faisceau lumineux transverse.

Centrage :

- Longitudinal : au milieu de l'ensemble des sinus. Le rayon incident sort plus haut que l'acanthion.
- Transverse : sur le PSM.

Critères de vue :

- Les bords supérieurs des rochers se projettent juste sous le plancher des sinus maxillaires.
- Équidistance entre les lignes innominées et le bord latéral des orbites.
- Les bords supra-orbitaires sont à la même hauteur.



PROFIL GAUCHE OU DROIT



Positionnement :

- Placer la tête en profil en appuyant le côté de la congestion nasale.
- La ligne anatomique est parallèle à l'axe transverse du récepteur.
- Les 2 héli-faces doivent être équidistantes de chaque côté du PSM.
- La ligne interpupillaire est perpendiculaire au plan du récepteur.

Centrage :

- Longitudinal et transverse : au milieu de l'ensemble des sinus.

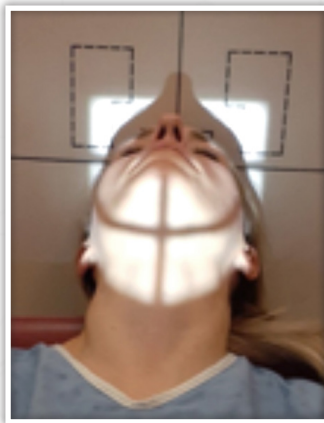
Critères de vue :

- Superposition parfaite des clinoides antérieurs et postérieurs.
- La déflexion de la tête est adéquate lorsque le palais dur se présente horizontalement.

Chez l'enfant, on centre légèrement plus postérieur pour couvrir la région du cavum.



AXIALE INFÉRO-SUPÉRIEURE (Hirtz)



Positionnement :

- La tête est en hyperextension, en appui par le vertex contre le plan de l'examen.
- Bon alignement du PSM, les épaules sont dans un même plan transverse.
- Équidistance des deux tragus par rapport au plan du récepteur.

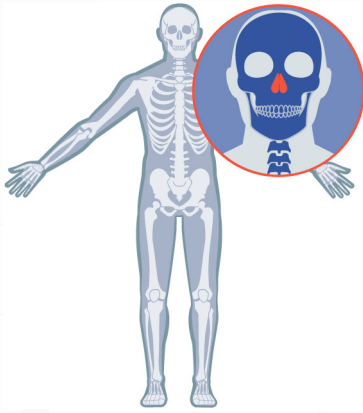
Centrage :

- Longitudinal : entre sous le menton, à mi-distance entre la partie verticale du front et des MAE et sort au vertex.
- Transverse : centré sur le PSM.



Critères de vue :

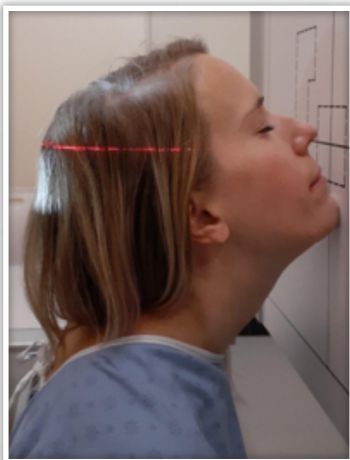
- L'arc mandibulaire se superpose au front.
- Les condyles mandibulaires sont à la même hauteur.
- Les arcades zygomatiques sont symétriques.
- Les sinus ethmoïdaux et sphénoïdaux sont bien visualisés.
- Les sinus frontaux et maxillaires sont visualisés par transparence.



TÊTE ET COU

Nez

PARIÉTO-ACANTHIALE MODIFIÉE



Positionnement :

- En procubitus sur la table ou assis au bucky mural, la tête est placée en PA, en appui par la protubérance mentonnière sur le plan du récepteur.
- La déflexion de la tête est ajustée de façon à ce que le dos du nez doit être perpendiculaire au plan d'examen.
- Placer les tragus parallèles au faisceau lumineux transverse.

Centrage :

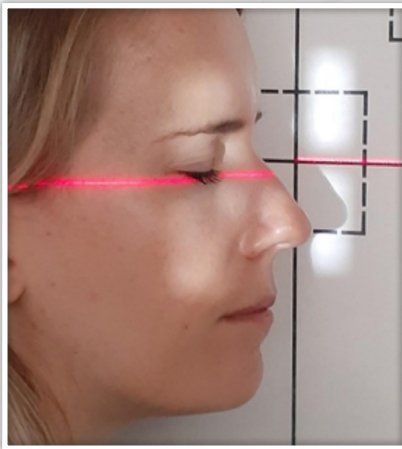
- Longitudinal : entre au niveau des pariétaux et le rayon sort à l'acanthion.
- Transverse : sur le PSM.

Critères de vue :

- Les bords inférieurs et supérieurs des os nasaux sont bien superposés.
- Équidistance entre les lignes innominées et le bord latéral des orbites.
- Les bords supra-orbitaires sont à la même hauteur.



PROFIL GAUCHE OU DROIT



Positionnement :

- Placer la tête en profil.
- La ligne anatomique parallèle à l'axe transverse du récepteur.
- Les 2 héli-faces doivent être équidistantes de chaque côté du PSM.
- La ligne interpupillaire est perpendiculaire au plan du récepteur.

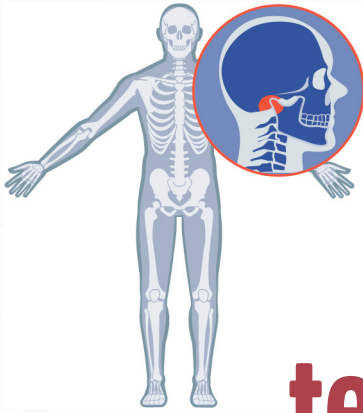
Centrage :

- Longitudinal : inclure l'épine nasale antérieure et la glabelle.
- Transverse : inclure les parties molles du nez.

Critères de vue :

- Les processus frontaux des maxillaires sont bien superposés.
- L'épine nasale antérieure du maxillaire est visualisée en dehors du maxillaire.

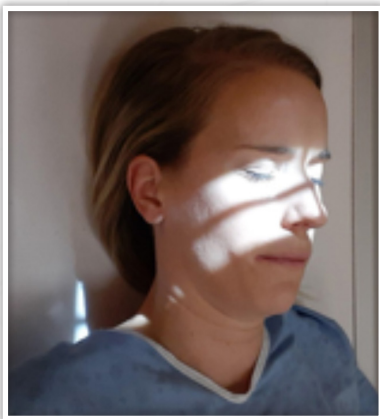




TÊTE ET COU

Articulations temporo-mandibulaires

SEMI-AXIALE AP



Positionnement :

- La tête est en appui sur l'occiput avec une flexion maximale du menton dans le cou de façon à placer la ligne de base radiologique (LBR) perpendiculaire au plan du récepteur.
- Équidistance des deux tragus par rapport au plan du récepteur.
- La ligne interpupillaire est parallèle au faisceau lumineux transverse.

Rayon incident :

- Incliné 30° caudal par rapport à la ligne de base radiologique (LBR).

Centrage :

- Longitudinal : passe par les ATM.
- Transverse : sur le PSM.

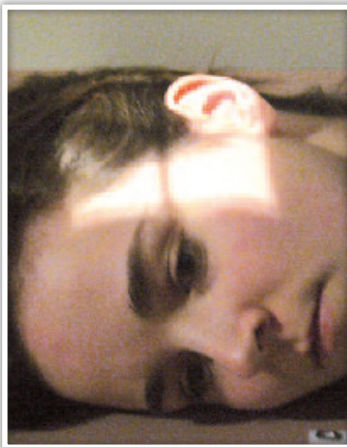
Critères de vue :

- Les condyles mandibulaires sont visibles dans les fosses mandibulaires des temporaux.
- Les condyles mandibulaires sont à égale distance des arcades zygomatiques.
- Les condyles mandibulaires sont à la même hauteur.



Cette incidence est répétée en bouche ouverte et en bouche fermée.

DEMI-PROFIL TEMPORO-TYMPANIQUE GAUCHE OU DROIT (Schüller)



Positionnement :

- Placer la tête en profil.
- La ligne anatomique est parallèle à l'axe transverse du récepteur.
- Les 2 héli-faces doivent être équidistantes de chaque côté du PSM.
- La ligne interpupillaire est perpendiculaire au plan du récepteur.

Rayon incident :

- Incliné à 25° caudal par rapport à la ligne interpupillaire.

Centrage :

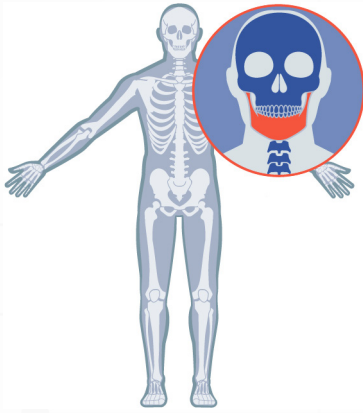
- Longitudinal : environ 7 cm au-dessus de l'ATM du côté soulevé et sort à l'ATM en appui.
- Transverse : vis-à-vis l'ATM soulevée.



Critères de vue :

- L'ATM en appui est visualisée en latérale, sans superposition osseuse gênante à travers l'écaille du temporal du côté soulevé.
- Le plafond de la fosse mandibulaire du temporal présente une ligne bien nette, sans dédoublement.
- L'interligne articulaire autour du condyle mandibulaire est bien démontrée.

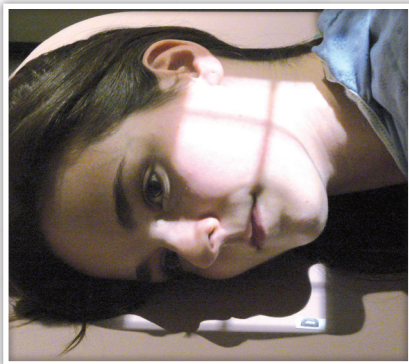
***Cette incidence est répétée en bouche ouverte et en bouche fermée.
Les deux côtés sont radiographiés pour comparaison.***



TÊTE ET COU

Mandibule

DÉFILÉ DE LA MANDIBULE GAUCHE OU DROIT



Positionnement :

- Placer la tête en profil.
- Défléchir la tête jusqu'à ce que la ligne acanthio-méatale soit parallèle à l'axe transverse du récepteur.
- Les 2 héli-faces doivent être équidistantes de chaque côté du PSM.
- La ligne interpupillaire est perpendiculaire au plan du récepteur.

Rayon incident :

- Incliné à 25° céphalad par rapport à la ligne interpupillaire.



Centrage :

- Longitudinal et transverse : à mi-chemin entre le condyle mandibulaire en appui et la protubérance mentonnière.

Critères de vue :

- Le gonion de l'hémi-mandibule du côté soulevé se retrouve à la même hauteur que le condyle mandibulaire en appui.
- Le gonion de l'hémi-mandibule du côté soulevé se retrouve vis-à-vis le gonion en appui transversalement.
- La déflexion de la tête est adéquate lorsque l'hémi-mandibule en appui ne se superpose pas à la colonne cervicale.

PROFIL GAUCHE OU DROIT



Positionnement :

- Placer la tête en profil.
- Défléchir la tête jusqu'à ce que la ligne acanthio-méatale soit parallèle à l'axe transverse du plan du récepteur.
- Les 2 héli-faces doivent être équidistantes de chaque côté du PSM.
- La ligne interpupillaire est perpendiculaire au plan du récepteur.

Centrage :

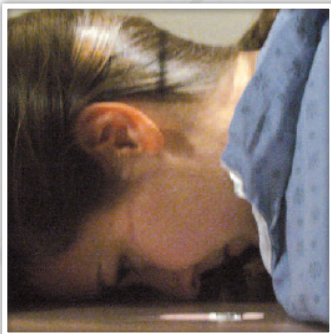
- Longitudinal et transverse : à mi-chemin entre le condyle mandibulaire et la protubérance mentonnière, soit au milieu de la mandibule.



Critères de vue :

- Les deux héli-mandibules sont superposées.
- Il y a absence de rotation lorsque les gonions ne sont pas dédoublés d'avant en arrière.
- Il y a absence d'inclinaison lorsque les gonions ne sont pas dédoublés de haut en bas.
- La déflexion de la tête est adéquate lorsque la mandibule ne se superpose pas à la colonne cervicale.

PA FRONT-NEZ EN APPUI



Positionnement :

- La tête est placée en PA, en appui sur le front et le nez sur le plan du récepteur.
- La déflexion de la tête est ajustée de façon à ce que la ligne de base radiologique soit perpendiculaire au plan du récepteur.
- Placer les tragus parallèles au faisceau lumineux transverse.

Centrage :

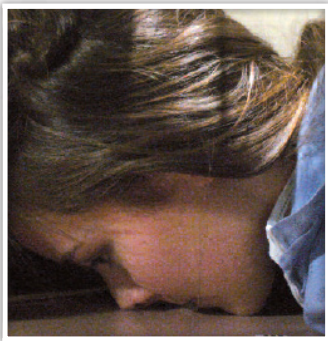
- Longitudinal : sort au milieu de la mandibule, à mi-chemin entre le condyle mandibulaire et la protubérance mentonnière, soit au milieu de la mandibule.
- Transverse : sur le PSM.



Critères de vue :

- L'angle d'incidence est adéquat si les branches mandibulaires sont allongées au maximum.
- Le PSM est sans rotation lorsqu'il y a équidistance entre les condyles ou branches mandibulaires et les mastoïdes.
- Le PSM est sans inclinaison lorsque les condyles mandibulaires sont à la même hauteur.

PA NEZ-MENTON EN APPUI



Positionnement :

- La tête est placée en PA, en appui sur le nez et le menton sur le plan du récepteur.
- La déflexion de la tête est ajustée de façon à ce que la marge inférieure de la mandibule soit perpendiculaire au plan du récepteur.
- Placer les tragus parallèles au faisceau lumineux transverse.

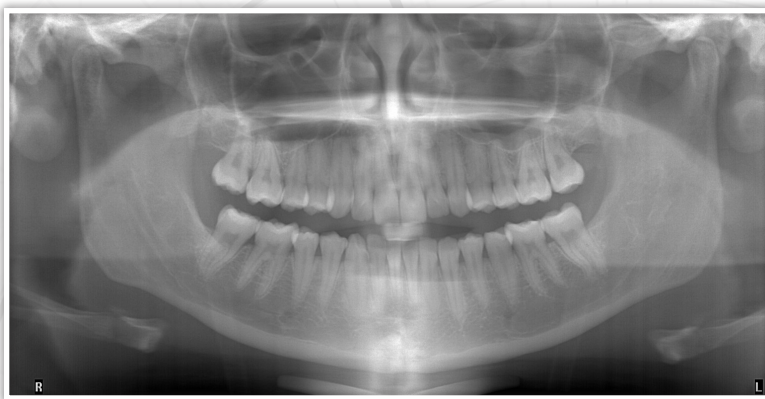
Centrage :

- Longitudinal : inclure les ATM et les tissus mous de la protubérance mentonnière.
- Transverse : inclure les tissus mous des mastoïdes.

Critères de vue :

- L'angle d'incidence est adéquat si le corps mandibulaire est horizontal.
- Le PSM est sans rotation lorsqu'il y a équidistance entre les condyles ou branches mandibulaires et les mastoïdes.
- Le PSM est sans inclinaison lorsque les condyles mandibulaires sont à la même hauteur.

PANOGRAMME

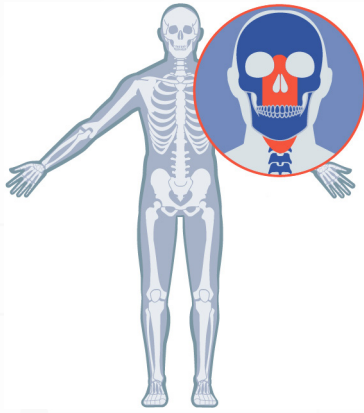


Positionnement :

- La tête doit être défléchie jusqu'à ce que la ligne anatomique soit horizontale, parallèle au sol.
- PSM droit.

Critères de vue :

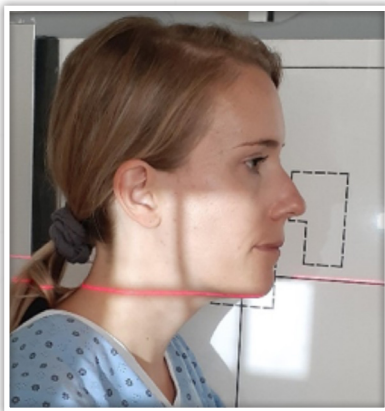
- L'ensemble de la mandibule est visualisé, des ATM à la pointe du menton.
- Le plan d'occlusion est horizontal et le palais osseux est dédoublé.
- Les dents sont étalées et séparées et leurs racines sont détaillées.
- Il y a équidistance des 2 branches montantes.
- Les ATM sont à la même hauteur.



TÊTE ET COU

Cavum

PROFIL GAUCHE OU DROIT



Positionnement :

- Le menton est relevé jusqu'à ce que la ligne acanthio-méatale soit parallèle à l'axe transverse du bucky mural.
- Le patient est placé en profil, debout ou assis.
- La tête est sans rotation et inclinaison.

Centrage :

- Longitudinal : à mi-chemin entre le méat acoustique externe et les articulations sterno-claviculaires.
- Transverse : à mi-chemin entre la commissure labiale et la partie postérieure du cou.

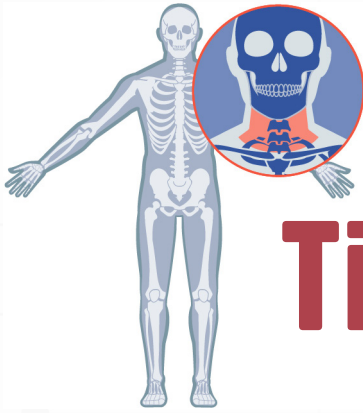


Phase respiratoire :

- Inspiration lente par le nez.

Critères de vue :

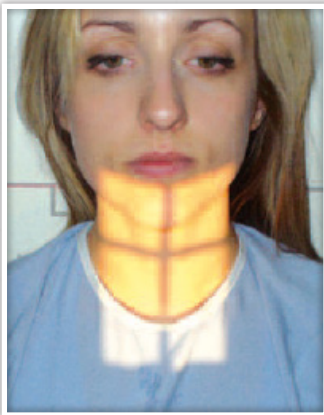
- Le larynx et la trachée doivent être remplis d'air et visualisés.
- Les bords postérieurs des corps vertébraux sont superposés d'en avant en arrière.
- Les plateaux vertébraux ne sont pas dédoublés de haut en bas.



TÊTE ET COU

Tissus mous du cou

FACE AP



Positionnement :

- Le menton est relevé jusqu'à ce que la ligne acanthio-méatale soit perpendiculaire au récepteur.
- Placer le patient debout ou assis en face AP.
- La tête est appuyée contre le bucky mural sans rotation ni inclinaison.

Centrage :

- Longitudinal : au centre du cartilage thyroïdien.
- Transverse : sur le PSM.

Phase respiratoire :

- Faire le son « i » lors de l'exposition ou inspiration lente.



Critères de vue :

- Le larynx et la trachée de C3 à T2 doivent être remplis d'air et visualisés à travers la colonne.
- La mandibule se superpose à la base du crâne.
- La hauteur des espaces intervertébraux est égale sur toute sa largeur.

PROFIL GAUCHE OU DROIT



Positionnement :

- Le menton est relevé jusqu'à ce que la ligne acanthio-méatale soit parallèle à l'axe transverse du bucky mural.
- Le patient est placé en profil, debout ou assis.
- La tête est sans rotation ni inclinaison.

Centrage :

- Longitudinal : au centre du cartilage thyroïdien.
- Transverse : à mi-chemin entre commissure labiale la partie postérieure du cou.

Phase respiratoire :

- Inspiration par le nez.



Critères de vue :

- Le larynx et la trachée doivent être remplis d'air et visualisés.
- Les bords postérieurs des corps vertébraux sont superposés d'en avant en arrière.
- Les plateaux vertébraux ne sont pas dédoublés de en haut en bas.

Goniométrie Salle Philips

Étapes AVANT expositions

1. Mettre le tube à 270 cm / 230 cm (selon la grandeur du patient).
2. Ancrer le support à scoliose dans les espaces prévus à cet effet.
3. Changer la grille, mettre la bleue (focalisée à 180 cm).
4. Placer le patient sans rotation des membres inférieurs et répartir le poids également sur les pieds.
5. Centrer pour inclure des épines iliaques jusqu'aux chevilles (très important de visualiser les articulations).
6. Placer la règle au milieu des deux jambes.
7. Généralement, l'appareil fera 3 expositions.
 - Ne pas centrer le bucky mural. Celui-ci suivra lors des expositions.



Critères de vue

1. Visualiser les chiffres sur la règle.
2. Visualiser les membres inférieurs dans leur totalité (des épines iliaques jusqu'aux chevilles).

Étapes APRÈS expositions

1. S'assurer que les chiffres sur la règle sont bien alignés.
2. S'assurer de faire une fusion manuelle, cliquer sur le bouton et aligner les chiffres et les structures. Si les chiffres sont décalés, mais que les structures sont correctement alignées, laisser l'image comme elle est.
3. Une fois satisfait de votre image, faire OK.
4. Envoyer les images fusionnées seulement en cliquant sur le crochet vert.
5. Ne pas supprimer les images qui ont servi à la fusion, elles ne suivront pas au PACS.
6. Faire terminer.
 - Vous aurez un message vous disant que vous ne pouvez pas terminer car certaines images ne seront pas archivées. Faire OK.

Mettre une sphère selon ce qui est recommandé dans votre centre hospitalier.

Goniométrie **Salle Siemens**

Étapes **AVANT** expositions

1. Mettre le tube à 300 cm.
2. Mettre la grille focalisée pour 300 cm.
3. Installer le marche-pied orthopédique.
4. Installer la règle sur l'appareil si besoin.
5. Dans la modalité, sélectionner le format du patient avant d'effectuer le centrage.
6. Se centrer pour inclure des épines iliaques jusqu'aux chevilles (très important de visualiser les articulations).
7. Ne pas inclure le marche-pied au niveau des chevilles.
8. Généralement, l'appareil fera 3 ou 4 expositions.
 - Ne pas centrer le bucky mural. Celui-ci suivra lors des expositions.
 - Ne pas envoyer sur le PACS, mais sur « image composing » en utilisant l'onglet transfert.

Étapes **APRÈS** expositions

1. Prendre l'icône « open worklist ».
2. Double-cliquer sur le nom et les images apparaîtront.
3. Appuyer sur la touche « contrôle » et cliquer sur chaque image pour les mettre en bleues.
4. Cliquer sur « image composing ».
5. Cliquer avec la souris de gauche sur l'image du bas pour effectuer le collage des images.
6. Cliquer sur « image composing next » pour faire la partie du bas.
7. Si vous êtes satisfait de votre image, cliquer avec la souris de droite. Choisir « show reconstruction/ show overview ». Revalider l'image.
8. Cliquer avec la souris de droite et choisir « store and exit ».
9. Envoyer l'image sur le PACS en cliquant sur « close studies with confirmation ».
10. S'assurer que l'option « save changes overwrite study » est sélectionnée.
11. Confirmer le nombre d'images.
12. Cliquer sur « apply ».
13. Retourner dans la liste de travail.
14. Cliquer sur « update list » afin de mettre la liste de travail à jour.
15. Choisir le patient et cliquer sur « send ». Une fois la boîte ouverte, sélectionner « dicomcha », puis envoyer les images.

Adapter votre appareil selon ce qui est recommandé dans votre centre hospitalier.

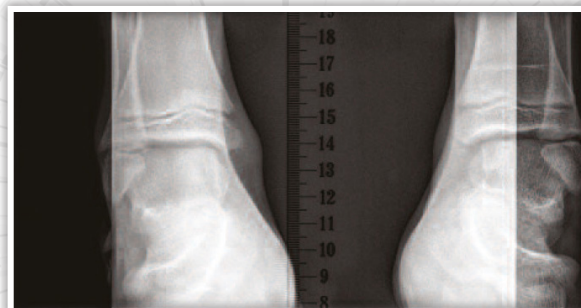
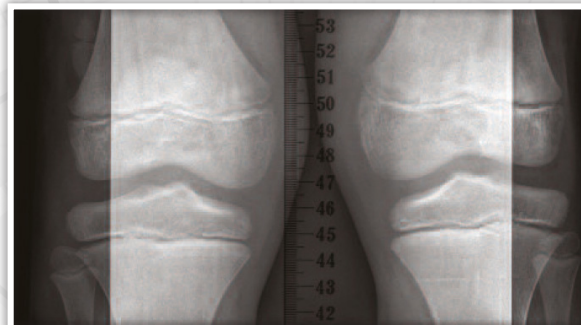
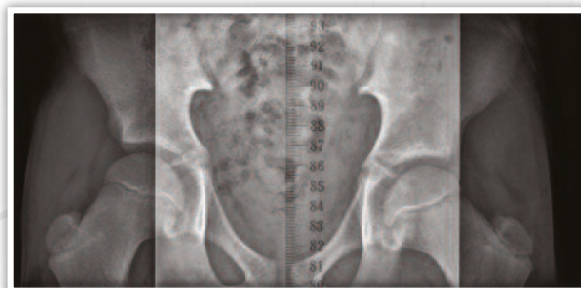
Scanographie

Positionnement :

1. Installer la règle pour scanographie sur la table et s'assurer qu'elle soit fixe.
2. Le patient est en décubitus dorsal et la règle est positionnée entre les deux jambes. S'assurer que les articulations des hanches et des chevilles soient incluses sur la règle.
3. Faire la radiographie des deux hanches ensemble.
4. Sans bouger le patient ni la règle, faire la radiographie des deux genoux ensemble.
5. Sans bouger le patient ni la règle, faire la radiographie des deux chevilles ensemble.

Critères de vue

1. S'assurer de bien visualiser les chiffres sur la règle et les deux articulations.
2. La collimation doit être limitée seulement aux articulations.



Séries osseuse ou métastatique

Pédiatrique :

1. Crâne AP (inclure la colonne cervicale)
2. Crâne en profil (inclure la colonne cervicale)
3. Humérus en AP
4. Avant-bras en AP
5. Thorax en AP
6. Thorax obliques droite et gauche
7. Abdomen en AP (inclure le bassin en entier)
8. Fémurs en AP
9. Jambes en AP
10. Colonne dorsale en profil
11. Colonne lombaire en profil

Si pour enfant maltraité, ajouter les incidences :

1. Mains en PA
2. Pieds en PA

Pédiatrique partielle :

1. Crâne en AP
2. Crâne en profil
3. Thorax en AP (s'assurer d'avoir les dernières côtes)
4. Thorax obliques droite et gauche
5. Humérus en AP (inclure épaules)
6. Avant-bras en AP
7. Fémurs en AP (inclure hanches)
8. Jambes en AP

Adulte :

1. Crâne en AP
2. Crâne en profil
3. Colonne cervicale en profil
4. Humérus en AP
5. Avant-bras en AP
6. Colonne cervicale en AP
7. Colonne dorsale en AP
8. Thorax supérieur en AP
9. Thorax inférieur en AP
10. Abdomen en AP
11. Bassin en AP (s'il n'apparaît pas en entier sur l'abdomen)
12. Colonne lombaire en AP
13. Fémurs en AP
14. Jambes en AP
15. Colonne dorsale en profil
16. Colonne lombaire en profil

Hôpital de l'Enfant-Jésus

1. Poumons en PA
2. Colonne cervicale en profil
3. Crâne en profil
4. Crâne en AP (Caldwell)
5. Colonne dorsale en AP
6. Thorax supérieur en AP
7. Thorax inférieur en AP
8. Humérus en AP
9. Bassin en AP
10. Colonne lombaire en AP
11. Fémurs en AP
12. Colonne dorsal en profil
13. Colonne lombaire en profil

Hôpital Saint-François d'Assise

1. Poumons en PA
2. Poumons en profil
3. Colonne cervicale en profil
4. Crâne en profil
5. Colonne cervicale en AP
6. Colonne dorsale en AP
7. Colonne lombaire en AP
8. Colonne dorsale en profil
9. Colonne lombaire en profil

Pour recherche de myélome, ajouter incidences :

1. Humérus en AP
2. Fémurs en AP

Hôpital du Saint-Sacrement

1. Poumons en PA
2. Poumons en profil
3. Colonne cervicale en profil
4. Crâne en profil
5. Crâne en AP (Caldwell)
6. Odontoïde en AP
7. Colonne cervicale en AP
8. Colonne dorsale en AP
9. Thorax supérieur en AP
10. Thorax inférieur en AP
11. Bassin en AP
12. Colonne lombaire en AP
13. Thorax oblique droite
14. Thorax oblique gauche
15. Colonne dorsale en profil
16. Colonne lombaire en profil
17. Spot L5-S1 en profil

Sur demande seulement, RX des os longs

1. Fémurs en AP
2. Fémurs en profil
3. Jambes en AP
4. Jambes en profil
5. Humérus en AP
6. Humérus en profil
7. Avant-bras en AP
8. Avant-bras en profil

L'Hôtel-Dieu de Québec

SÉRIE OSSEUSE (mastocytose systémique, greffé rénal, dialysé)

1. Colonne cervicale en profil
2. Crâne en profil
3. Genoux en AP
4. Épaules en AP
5. Mains en PA
6. Coudes en AP
7. Thorax en AP
8. Bassin en AP
9. Pieds en AP
10. Colonne dorsale en profil
11. Colonne lombaire en profil

SÉRIE MÉTASTATIQUE

1. Poumons en PA (si antérieur daté de plus d'un mois)
2. Poumons en profil (si antérieur daté de plus d'un mois)
3. Colonne cervicale en profil
4. Crâne en profil
5. Crâne en AP (Caldwell)
6. Colonne cervicale en AP
7. Colonne dorsale en AP
8. Thorax AP (inclure les clavicules)
9. Bassin en AP
10. Colonne lombaire en AP
11. Colonne dorsale en profil
12. Colonne lombaire en profil

Si myélome multiples ou lésions lytiques, ajouter les incidences :

1. Humérus en AP
2. Fémurs en AP

Série scoliotique **Salle Philips**

Étapes **AVANT** expositions

1. Mettre le tube à 180 cm.
2. Ancrer le support à scoliose dans les espaces prévus à cet effet.
3. Centrer pour inclure de C₃ jusqu'à l'épine iliaque.
4. Placer la règle à la gauche du patient, s'assurer qu'elle est incluse dans la collimation.
5. Pour le profil, placer la règle en avant du patient. S'assurer qu'elle soit incluse dans la collimation.
 - Ne pas centrer le bucky mural. Celui-ci suivra lors des expositions.

Critères de vue

1. Visualiser les chiffres sur la règle.
2. Visualiser les vertèbres de C₃ à S₁ inclusivement.
3. L'image ne doit pas être floue.

Étapes **APRÈS** expositions

1. S'assurer que les chiffres sur la règle soient bien alignés.
2. S'assurer de faire une fusion manuelle, cliquer sur le bouton et aligner les chiffres et les structures. Si les chiffres sont décalés, mais que les structures sont correctement alignées, laisser l'image comme elle est.
3. Une fois satisfait de votre image, faire OK.
4. Envoyer les images fusionnées seulement en cliquant sur le crochet vert.
5. Ne pas supprimer les images qui ont servi à la fusion, elles ne suivront pas au PACS.
6. Faire terminer.
 - Vous aurez un message vous disant que vous ne pouvez pas terminer car certaines images ne seront pas archivées. Faire OK.

Mêmes étapes pour le profil.

Série scoliotique **Salle Siemens**

Étapes **AVANT** expositions

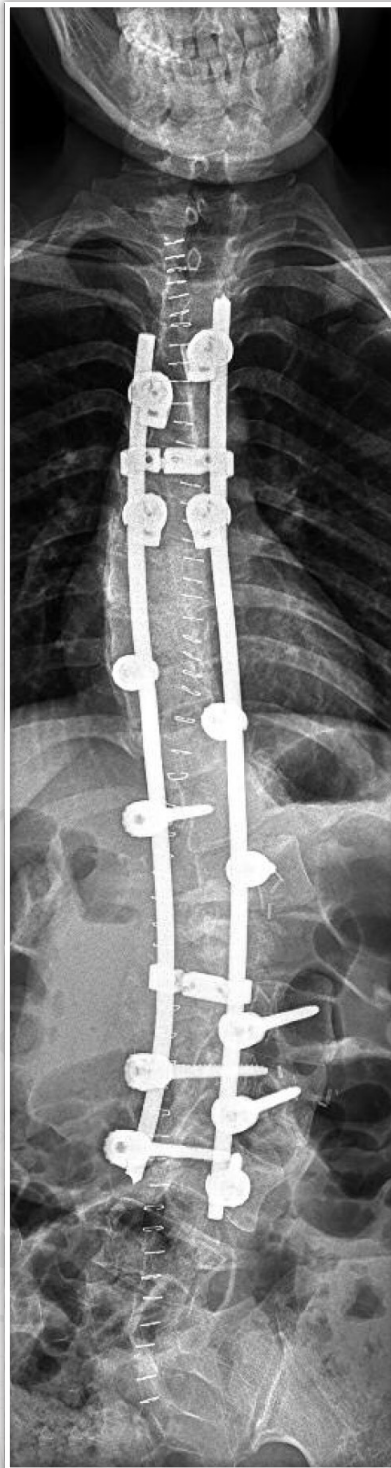
1. Mettre le tube à 300 cm.
2. Mettre la grille focalisée pour 300 cm.
3. Installer le marche-pied orthopédique.
4. Dans la modalité, sélectionner « bilan scoliotique-étude-série scoliotique ».
5. Dans le réglage, sélectionner : petit, moyen ou gros. (à faire avant de se centrer)
6. Centrer pour inclure de C₃ jusqu'à l'épine iliaque.
 - Ne pas centrer le bucky mural. Celui-ci suivra lors des expositions.

Étapes **APRÈS** expositions

1. Prendre l'icône « open worklist ».
2. Double-cliquer sur le nom et les images apparaîtront.
3. Appuyer sur la touche contrôle et cliquer sur chaque image pour les mettre en bleu.
4. Cliquer sur « image composing ».
5. Cliquer avec la souris de gauche sur l'image du bas pour effectuer le collage des images.
6. Cliquer sur « image composing next » pour faire la partie du bas.
7. Si vous êtes satisfait de votre image, cliquer avec la souris de droite. Choisir « show reconstruction/ show overview ». Revalider l'image.
8. Cliquer avec la souris de droite et choisir « store and exit ».
9. Envoyer l'image sur le PACS en cliquant sur « close studies with confirmation ».
10. S'assurer que l'option « save changes overwrite study » est sélectionnée.
11. Confirmer le nombre d'images.
12. Cliquer sur « apply ».
13. Retourner dans la liste de travail.
14. Cliquer sur « update list » afin de mettre la liste de travail à jour.
15. Choisir le patient et cliquer sur « send ». Une fois la boîte ouverte, sélectionner « dicomcha », puis envoyer les images.

Mêmes étapes pour le profil.

Face A.P



Profil



Évaluation de l'âge osseux

De la naissance à 3 ans

- Main-poignet gauche en PA
 - Genou gauche en AP
 - Genou gauche en profil
-

De 4 ans à 8 ans

- Main-poignet gauche en PA
-

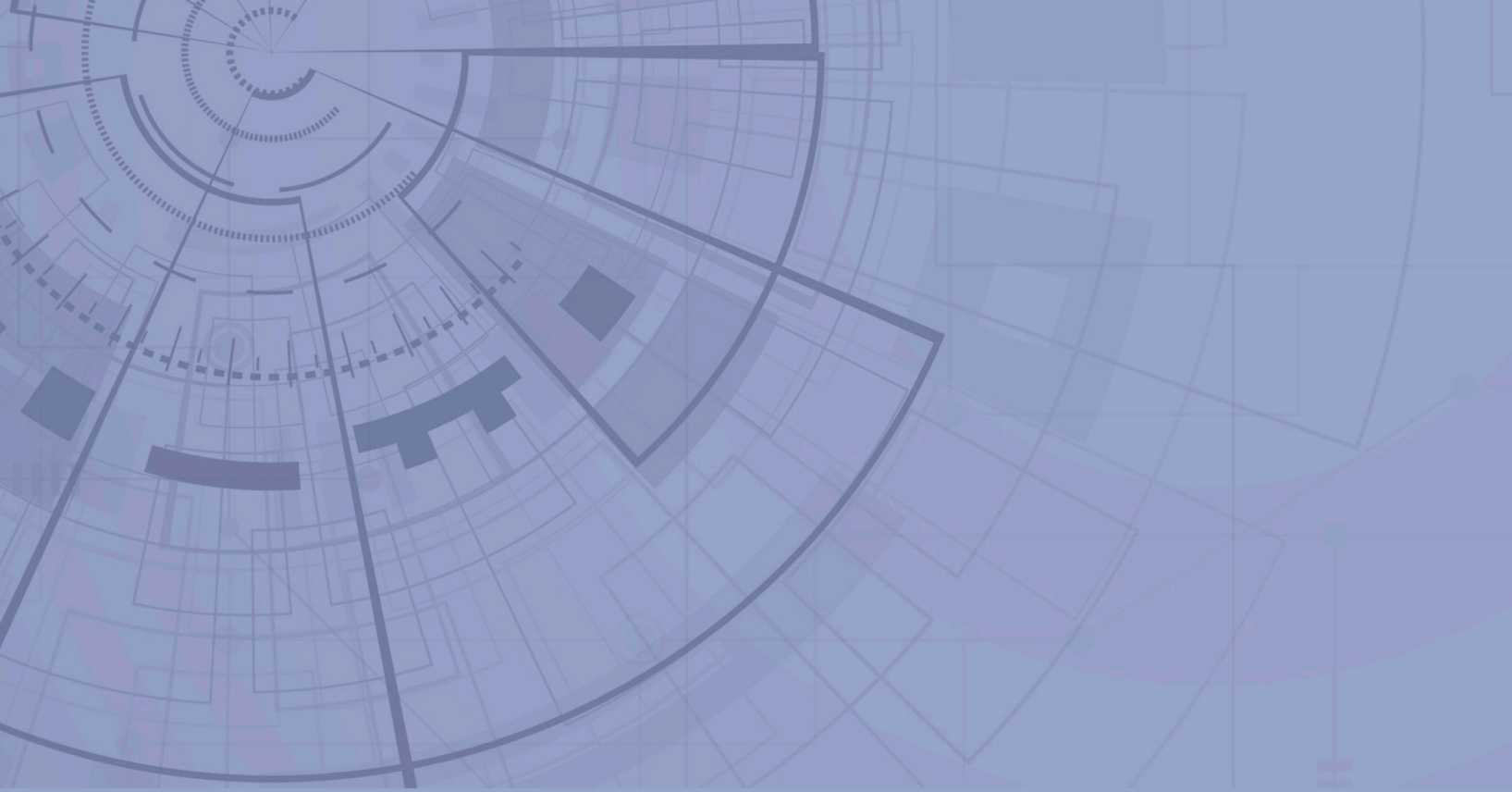
De 9 ans jusqu'à 13 ans (fille) et de 9 ans jusqu'à 16 ans (garçon)

- Main-poignet gauche en PA
- Coude gauche en AP
- Coude gauche en profil

Toujours faire ce protocole lors d'une première visite.

S'il y a déjà eu des radiographies pour l'âge osseux, uniquement faire « main-poignet gauche en PA ».





Guide de positionnement en radiographie

© CHU de Québec - Université Laval, 2021



ISBN 978-2-9819573-2-0 (version imprimée)
ISBN 978-2-9819573-3-7 (PDF)