

ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRICALE

30/04/2020

Réponses aux Questions

REPONSE - FICHE 02*

■ Question N°1 : Quel est l'intérêt de la datation échographique de la grossesse ? et quelle est la coupe recommandée qui permet de dater la grossesse avec plus de précision la grossesse au premier trimestre ?

Réponse :

La datation de la grossesse se repose sur la mesure de la **longueur cranio – caudale (LCC)** au premier trimestre avant 14 SA avec un intervalle de confiance de ± 5 jours.

Longueur cranio – caudal (LCC)

Cette datation par la LCC permet :

- D'estimer la date théorique de début de grossesse
- D'estimer la date probable d'accouchement (moins d'erreur que la DDR)
- D'optimiser la surveillance de la croissance fœtale

■ Question N°2 : Citez les signes échographiques directs et indirects de la grossesse extra utérine (GEU) ?

Réponse :

Signes Indirects :

Vacuité utérine

Endomètre +/-gravide

« Pseudo sac » gestationnel

Signes Directs

Masse latéro utérine avec $\pm$ sac gestationnel $\pm$ un Embryon avec ou sans activité cardiaque.

Hémopéritoine.

■ **Question N°3 : Quelles sont les images échographiques recommandées pour l'échographie du premier trimestre ? pour chacune des images, précisez les repères anatomiques ? (Schémas si possible)**

Réponse :

L'échographie du premier trimestre doit être réalisée entre 11 SA+0j et 13 SA et 6 jours.

Les images échographiques recommandées (à fournir) sont :

- Coupe de la LCC (mesure comprise entre 45 – 84 mm) = la plus grande longueur de l'embryon.
- Coupe de la nuque (clarté nucale) pour dépistage de la trisomie 21 (test non disponible en guinée) donc ne sera pas détaillée.
- Coupe du diamètre bi – pariétal (BIP)

| LCC (longueur crano caudal | BIP (Bi pariétal) | Nuque fœtale ou clarté nucale |

| --- | --- | --- |

Les repères anatomiques de la coupe de la LCC

Au niveau du pôle céphalique :

■ **En avant : visualisation de la pointe du nez (échogène et linéaire), du palais osseux (échogène et rectangulaire) et du menton pontiforme**

- Au milieu : diencéphale (hypoéchogène)

Au niveau du pôle caudal : visualisation du tubercule génital

Les repères anatomiques du diamètre bi pariétal (BIP) au premier trimestre :

- Contours de boîte crâniens
- Visualisation ligne médiane
- Les 2 plexus choroïdes

Les repères anatomiques de la clarté nucale : Ne sera pas détaillé

Clarté Nucale (nuque fœtale) = espace anéchogène normal entre les tissus sous-cutanés et les tissus recouvrant l'os occipital et le rachis cervical. Intérêt : Dépistage de la trisomie 21

■ **Question N°4 : Citez les coupes biométriques recommandées pour l'échographie de dépistage du 2ème trimestre de la grossesse ? pour chacune des coupes, précisez les repères anatomiques ? (Schémas accepté)**

Réponse :

Les coupes biométriques recommandées à l'échographie du 2ème trimestre sont :

1. Coupe du périmètre crânien (PC) et du Bi – pariétal (BIP)

2. Coupe du périmètre abdominal (PA)

3. Coupe de la longueur du fémur (LF)

| Coupes biométriques | Repères anatomiques |

| --- | --- |

| Périmètre crânien (PC) et BIP | Cavité septale pellucidum (CSP) Les 2 thalamis Ligne médiane 3ème ventricule (virtuelle) Carrefour ventriculaire postérieur Vallée sylvienne Citerne ambiante Cervelet non visible |

| Périmètre abdominal | Estomac visualisé Sinus portal visualisé Une des Surrénales visualisé |

| Longueur du fémur | Les extrémités de l'os clairement identifiées Angle inférieur à 45°/ horizontale |

■ Question N°5 : Sur quels critères échographiques suspectez-vous un placenta bas inséré ?

Réponse :

■ Recouvrant : Le placenta recouvre totalement ou partiellement l'orifice interne du col

■ Marginal : lorsque le bord inférieur du placenta affleurant, l'orifice interne du col (OI)

■ Latéral : si le bord inférieur du placenta est situé à moins de 5 cm de l'OI

■ Question N°6 : Citez les paramètres échographiques qui permettent de dater avec le plus de précision une grossesse découverte au 2ème trimestre de la grossesse ?

Réponse :

Selon le Collège Français d'Echographie Fœtale (CFEF) → la datation de la grossesse au 2ème trimestre se fait avec les mesures des coupes suivantes :

■ BIP, PC et LF entre 14 – 18 SA

■ PC, LF et le diamètre transverse du cervelet entre 18 – 24 SA

■ Question N°7 : Quel est l'intérêt de la mesure échographique du col de l'utérus dans la prise en charge de la menace d'accouchement prématuré ?

Réponse :

Intérêt diagnostic :

- Permet de poser le diagnostic de Menace d'accouchement prématuré (MAP)
- MAP = longueur du col utérin à l'échographie endovaginale < 25 mm.

Intérêt pronostic :

- Plus le raccourcissement du col est important plus la MAP est sévère
- Précise si l'orifice interne du col est ouvert ou fermé.

Thérapeutique :

- Aide à la décision de la Tocolyse

■ **Question N°8 : Quelle sont les deux (2) méthodes échographiques recommandées pour mesurer de la quantité de liquide amniotique ? Comment appréciez-vous cette quantité ?**

Réponse :

Les 2 méthodes d'évaluation du liquide amniotique sont :

- Méthode de l'Index amniotique (ILA) ou Méthode de Phelan
- Méthode de la plus grande citerne (PGC) ou Méthode de Chamberlain :

Méthode de l'Index amniotique ou Méthode de Phelan :

Division l'abdomen par des lignes imaginaires de la patiente en quatre (4) quadrants :

Choisir les quadrants qui répondent aux critères ci-dessous :

- Pas de cordons
- Pas de structure fœtale

Position de la sonde →perpendiculaire à la table d'examen

Additionnées les 4 quadrants**Oligoamnios si ILA < 5 cm**

Normal si ILA : 5-18 cm

Excès du LA si ILA > 18 cm

Hydramnios si ILA > 25 cm

Méthode de la Plus Grande Citerne ou Méthode de Chamberlain :

- Explorer toute la cavité utérine
- Sans cordon ni structure fœtale
- Choisir la plus grande des citernes

Oligoamnios si PGC < 3 cm

Normal si PGC : 3 - 8 cm

Excès du LA si PGC : 8 – 12 cm

Hydramnios si PGC > 12 cm

■ Question N°9 : Citez 3 éléments échographiques permettant d'apprécier le bien être fœtale ?

Réponse :

- Quantité de liquide amniotique
- Mouvements fœtaux
- Doppler ombilical

■ Question N°10 : Décrivez la classification échographique des fibromes utérins selon FIGO ? (Schéma obligatoire) ?

Réponse :

| Classification de FIGO 2010 |

| --- |

| Sous muqueux | Type 0 | Intra cavitaire pédiculé |

| | Type 1 | < 50 % intra mural |

| | Type 2 | ≥ 50 % Intra mural |

| Intra mural ou interstitiel | Type 3 | 100 % intra mural, au contact de l'endomètre |

| | Type 4 | Strictement intra mural |

| | Type 5 | Sous séreux, ≥ 50 % Intra mural |

| | Type 6 | Sous séreux, < 50 % intra mural |

| | Type 7 | Sous séreux pédiculé |

| | Type 8 | Autres localisations (cervicale, ligament large..) |

| Myomes hybride intéressant la muqueuse et la séreuse | Type 2 – 5 | Sous séreux (rapport avec la séreuse) Sous muqueux (rapport avec l'endomètre) |

■ Question N°11 : Citez les critères échographiques des tumeurs bénignes de l'ovaire et malignes de l'ovaire selon la classification IOTA ?

Réponse :

IOTA = International Ovarian Tumor Analysis

| CRITERES DE BENIGNITE | IMAGES ECHOGRAPHIQUES |

| --- | --- |

| Critère Bénin B1 = Uniloculaire | |

| Critère Bénin B2 = Présence d'une composante solide dont le diamètre maximal est inférieur à 7 mm. | |

| Critère Bénin B3 = Présence d'ombre acoustique | |

| Critère Bénin B4 = Kyste multiloculaire lisse de moins de 10 cm | |

| Critère Bénin B5 = absence de doppler couleur (Score color1) | |

| CRITERES DE MALIGNITES | IMAGES ECHOGRAPHIQUES |

| --- | --- |

| Critère Malin M1 = Tumeur solide irrégulière | |

| Critère Malin M2 = Présence d'ascite | |

| Critère Malin M3 = Au moins 4 projections papillaires (végétations intra kystiques) | |

| Critère Malin M4 = Tumeur multiloculaire solide irrégulière de plus de 10 cm. | |

| Critère Malin M5 = Score color 4 | |

■ Question N°12 : Quels est sont les critères échographiques qui permettent de déterminer la chorionicité d'une grossesse gémellaire au premier trimestre ? (Schémas acceptés)

Réponse :

| Type de grossesse | Clichés échographiques de la chorionicité | Critère échographique de la de la chorionicité |

| --- | --- | --- |

| Bi choriale Bi amniotique | | Bi choriale : - 2 couronnes trophoblastiques ou masses placentaires distinctes - sexes différents - Signe de Lambda Bi amniotique - Cloison épaisse > 2 mm - Présence de 3 ou 4 feuillets |

| Mono choriale Bi amniotique | | Mono - choriale : Une seule couronne trophoblastique ou une masse placentaire Insertion amniotique en T ou signe de T Bi - amniotique : Membrane fine (< 1,5 mm) Présence de 2 feuillets |

■ Question N°13 : Quels éléments échographiques qui doivent systématiquement être évalués lors de vos échographies en cas de grossesse gémellaire bi choriale, bi amniotique ?

Réponse :

L'échographie doit être répétée tous les mois jusqu'à l'accouchement.

Lors de chaque échographie on doit évaluer systématique :

- La croissance (Biométries fœtales)
- Le doppler ombilical
- La longueur du col utérin

■ Question N°14 : Quels éléments échographiques doivent systématiquement être évalués lors de vos échographies devant une grossesse gémellaire monochoriales, bi amniotique ?

Réponse :

L'échographie doit être répétée tous les 15 jours jusqu'à l'accouchement

Lors de chaque échographie on doit évaluer systématique :

- La croissance (Biométries fœtales)
- Quantité de liquide amniotique
- Les dopplers : ombilical, ductus venosus et de l'artère cérébrale moyenne
- La longueur du col utérin

■ **Question N°15 : Citez 2 éléments échographiques qui vous font suspecter un syndrome transfuseur-transfusé ?**

Réponse :

Critères diagnostiques du syndrome transfuseur-transfusé au nombre de deux (2):

- Discordance de liquide amniotique

■ **Hydramnios du jumeau receveur**

- Plus grande citerne ≥ 8 cm avant 20 SA
- Plus grande citerne ≥ 10 cm après 20 SA

■ **Oligoamnios du jumeau donneur avec une plus grande citerne ≤ 2 cm**

- Discordance de la taille de vessie

■ **Vessie augmentée en taille chez le receveur**

■ **Vessie petite ou absente chez le donneur**

■ **Commentaires :**

Le syndrome transfuseur-transfusé :

- Urgence obstétricale.
- Est une complication spécifique des grossesses monochoriales.
- Fréquence : 15 % des grossesses monochoriales.
- Caractérisé par une discordance de liquide amniotique et taille de vessie entre les 2 jumeaux.