

ECHOGRAPHIE FŒETALE DE DEPISTAGE

- Les 3 échographies fœtales de dépistage proposées systématiquement en l'absence de facteur de risque particulier :
 - ✓ doivent obéir à une approche standardisée fondée sur la recherche d'un bénéfice clinique individuel et collectif.
 - ✓ doivent entrer dans une démarche de qualité et faire l'objet d'une évaluation personnelle régulière.

- 3 échographies sont proposées à 12 – 22 – 32 SA
 - ✓ Echographie du premier trimestre : nous y reviendrons
 - ✓ Echographie du deuxième trimestre : axée sur l'étude de la morphologie fœtale et de la croissance
 - ✓ Echographie du troisième trimestre : axée sur la croissance, sur le bien être fœtal et sur le contrôle des annexes, placenta et liquide amniotique

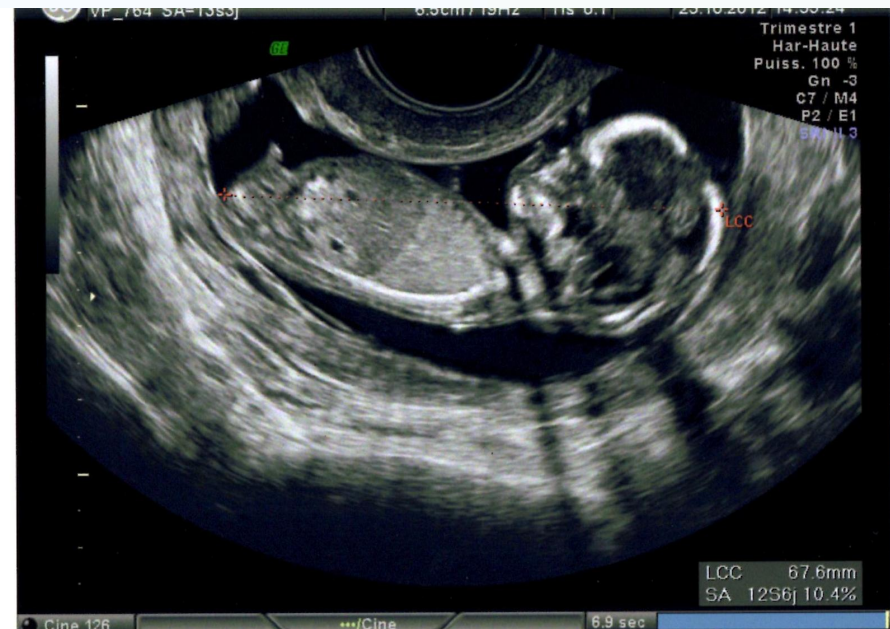
ECHOGRAPHIE DU PREMIER TRIMESTRE

- S'effectue entre 11 et 13 SA + 6 jours d'aménorrhée
- Sa date de réalisation est fixée par rapport aux dernières règles ou par rapport à un début de grossesse s'il est connu.
- En l'absence de signe d'appel, une échographie avant 11 SA n'apporte pas de bénéfice clinique.
- On utilise systématiquement la voie abdominale, + où - complétée par la voie vaginale
- Ce n'est pas un petit examen :
 - ✓ Cette échographie s'assure du caractère évolutif de la grossesse et fixe un âge gestationnel
 - ✓ Elle étudie la clarté nucale
 - ✓ Elle recherche des anomalies majeures précoces
 - ✓ Elle identifie les grossesses multiples

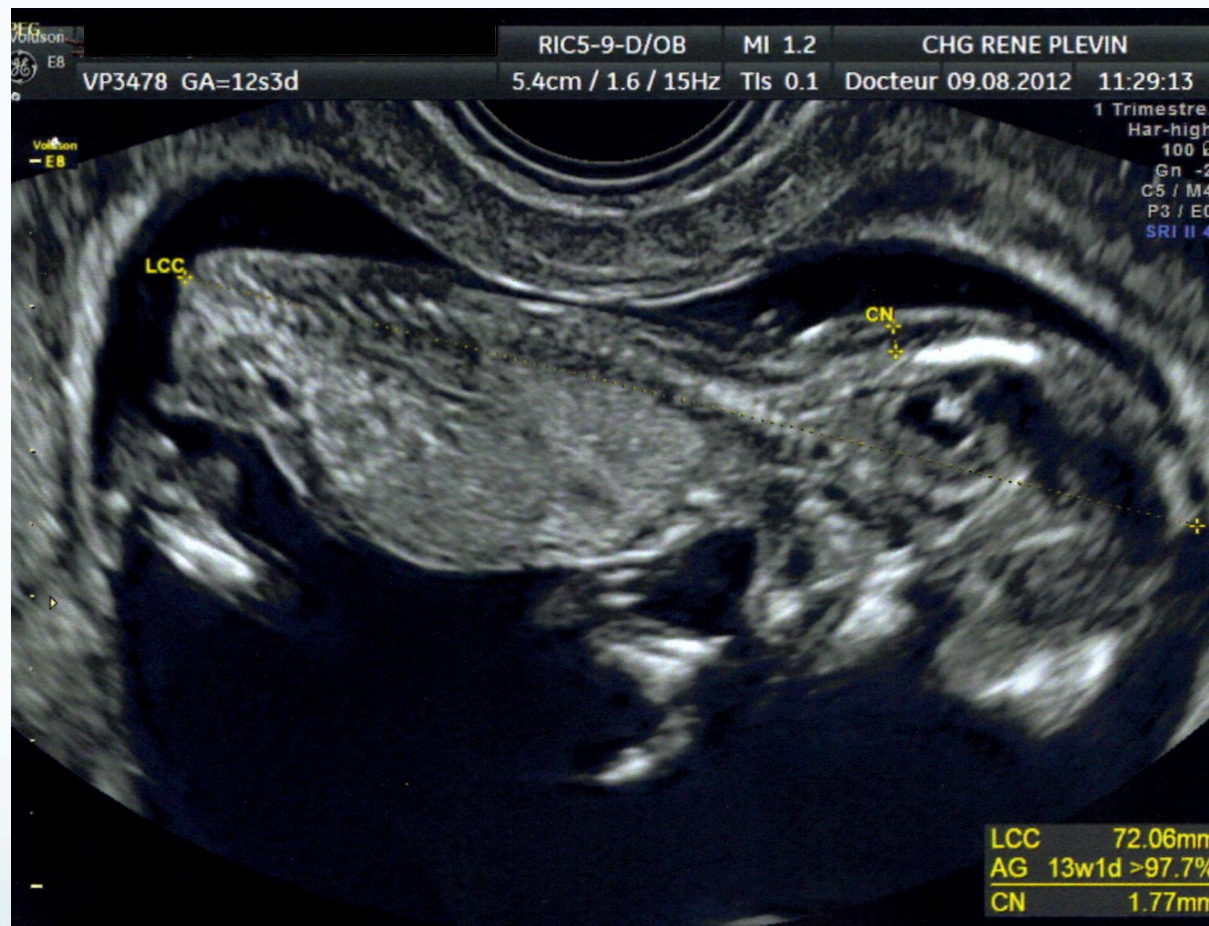
Datation

- Elle s'effectue par une mesure de la LCC sur une coupe sagittale médiane stricte passant simultanément par le milieu de la face et le tubercule urogénital. Le fœtus est en flexion intermédiaire et la tête dans l'axe du tronc. Cette détermination de l'âge gestationnel a pour conséquence de fixer le calendrier de suivi de grossesse et l'appréciation ultérieure de la trophicité fœtale.
- Bien réalisée cette longueur cranio-caudale fixe l'âge gestationnel à + ou - 5 jours









Mesure de la clarté nucale

- C'est l'élément clé pour l'évaluation du risque d'anomalie chromosomique qui, associé à la longueur crano-caudale, à l'âge de la patiente et aux marqueurs sériques, va permettre d'établir le risque combiné du premier ou le risque séquentiel du deuxième trimestre.
- Cette mesure n'est possible que pour une LCC comprise entre 45 et 84 mm.

Méthode de mesure

- La méthode de mesure s'effectue sur une coupe strictement sagittale intéressant les os propres du nez, le palais osseux, la partie centrale de la mandibule et le rachis cervico-dorsal.
- La tête est en position neutre, l'image doit être suffisamment agrandie et intéresser les 2/3 de la longueur du fœtus.
- Le plan de coupe est orthogonal.
- Il faut localiser l'amnios.
- Il faut effectuer un bon réglage du gain et de la focale. Ainsi, les curseurs bien positionnés (tables internes), permettent une mesure exprimée en 10^{ème} de mm de l'espace hypoanéchogène rétro-cervical le plus large.









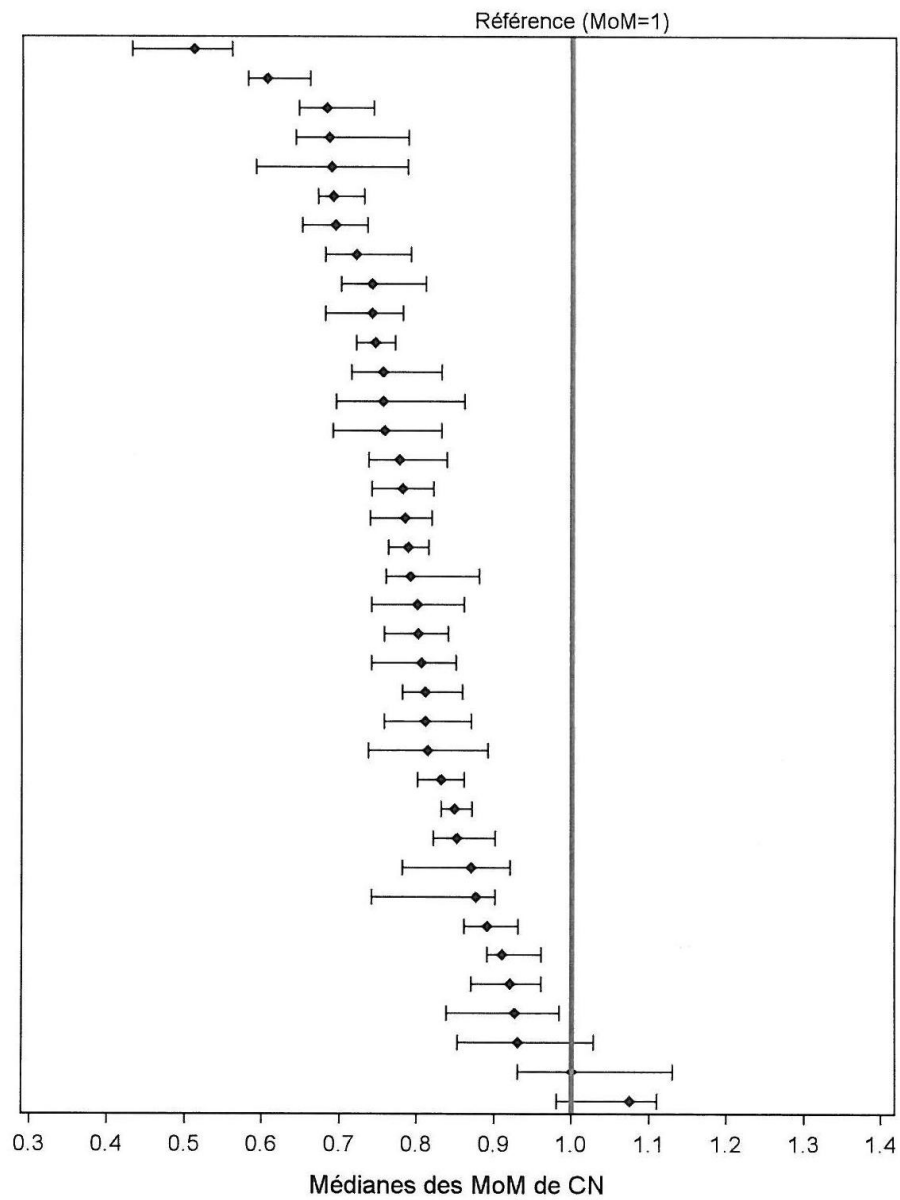




- C'est un examen difficile, souvent consommateur de temps, qui nécessite :
 - ✓ un apprentissage
 - ✓ une démarche qualité après du CFEF ou autres organismes
 - ✓ un contrôle de qualité
- Un autocontrôle en réalisant à chaque échographie un score de Hermann
 - ✓ Un score de Hermann supérieur à 6 permet d'intégrer la mesure de la nuque dans le risque combiné du 1^{er} ou séquentiel 2nd trimestre

- Suivi des multiples de la médiane (MoM) établi pour chaque échographiste. C'est un reflet global moyen des mesures réalisées. L'objectif est de permettre un dépistage de la trisomie 21, permettant une sensibilité satisfaisante pour 5 % des femmes considérées à risque pour lesquelles il sera proposé un test diagnostique invasif. Ce compromis optimum sera d'autant plus facilement atteint que les différents marqueurs du calcul du risque (Papp-A, HCG β et CN) seront proches de 1 MoM.
- Concernant les mesures de la nuque, la moyenne française se situe à 0,82 et celle du réseau 22 à 0,80, ainsi chaque échographiste, au vu de ses résultats, peut améliorer sa pratique si elle diverge par rapport à la médiane.

Figure 4. Médianes des MoM CN des échographistes de votre réseau et leurs intervalles de confiance



Diagnostic des malformations majeures

- L'étude de la morphologie fœtale entre 11 et 14 SA est en générale assez rapide et relativement aisée et permet le diagnostic de quelques malformations majeures telles que :
 - ✓ anencéphalie et holoprosencéphalie et anomalies de la boîte crânienne
 - ✓ défaut de fermeture de la paroi abdominale, omphalocèle laparochisis à condition d'être au-delà de 12 SA
 - ✓ anomalie réductionnelle voire positionnelle des membres ... c'est déjà beaucoup plus difficile surtout si on est avant 12 SA
- L'étude morphologique apprécie aussi la localisation du trophoblaste et l'insertion du cordon ainsi que le volume amniotique.



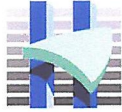
Grossesses multiples

- L'échographie du 1^{er} trimestre a un rôle majeur dans le diagnostic des grossesses multiples.
- Diagnostic de la chorionicité
 - . grossesse gémellaire bi-choriale, bi-amniotique
 - . grossesse gémellaire mono-choriale, bi-amniotique
 - . grossesse gémellaire mono-choriale, mono-amniotique
- Ce diagnostic de chorionicité doit être impératif au 1^{er} trimestre car, outre l'étude de la morphologie, l'étude des nuques, l'étude de la chorionicité va permettre d'adapter le suivi de la grossesse qui est différent s'il s'agit :
 - d'une grossesse bi-choriale (1 écho mensuelle)
 - une grossesse mono-choriale (échographie tous les 15 jours à partir de 17 SA afin de dépister le syndrome transfuseur-transfusé).





- Cette échographie se termine par l'établissement d'un compte-rendu conforme au standard élaboré par les groupements professionnels, en y joignant une iconographie comprenant un cliché de la mesure du BIP, de la LCC et de la clarté nucale, plus un cliché de la chorionicité si grossesse gémellaire.



CENTRE HOSPITALIER "René Plevén", DINAN

Pôle de la Femme et de l'Enfant

Dinan le 11. octobre 2012



Examen réalisé par : Docteur TURBAN Michel

[REDACTED]

Ex: [REDACTED] ottereau

Anamnèse

Age maternel: 36 ans.

Poids avant grossesse 60,0 kg. Taille 158,0 cm.

DDG selon écho : 1. août 2012

Le début de grossesse a été fixé par LCC

Soit un AG corrigé de: 12 SA + 1 J

ECHOGRAPHIE DU 1ER TRIMESTRE

Examen pratiqué sur un GE Voluson E8, 3D-4D mise en service Septembre 2011.

Echographie transabdominale.

Les conditions de l'examen étaient bonnes.

FOETUS UNIQUE

BILAN BIOMETRIQUE

Longueur crânio-caudale (LCC) 57,3 mm

Diamètre bipariétal (BIP) 20,0 mm

Clarté nucale (CN) 1,45 mm

Score de Herman 9 point(s).

8 à 9 points - Score excellent



VITALITE

L'activité cardiaque foetale est présente.

La fréquence cardiaque est enregistrée à 166 b.p.m.

Mouvements foetaux actifs observés au cours de l'examen.

BILAN MORPHOLOGIQUE

Crâne/cerveau: Contour crânien d'aspect normal, structures médianes en place. 2 orbites et 2 cristallins.

Coeur: Le coeur est en position normale

Rachis: D'aspect normal pour le terme, sans angulation.

Abdomen: Paroi antérieure bien fermé.

Estomac: Visible, en position intra-abdominale.

Vessie: vue de taille normale.

Membres supérieurs: 2 membres présents avec leurs 3 segments.

Membres inférieurs: 2 membres présents avec leurs 3 segments.

L'os propres du nez est présent.

L'écho de la clarté nucale était déclinée.

ANNEXES FOETALES

Le liquide amniotique est en quantité normale.

Le placenta est postérieur.

La structure placentaire est normale.

Cordon: bien individualisé au niveau des deux insertions qui ne présentent pas d'anomalie.

CONCLUSION

Date de début de grossesse : 1. août 2012 (+/- 5 jours)

Soit un terme échographique de: 12 SA + 1 J

Grossesse intra-utérine évolutive en rapport avec le terme échographique.

Prochaine échographie à prévoir vers 22 semaines soit : vers 23 12-2012

DG:01-08-2012

TP:01-05-2013

* Par le mot « aspect », on entend que l'opérateur a examiné une structure ou un organe. Dans le compte-rendu, une mention de type « structure d'aspect habituel » signifie que cette structure a été vue et a paru normale à l'examineur. Dans la majorité des cas, il y a concordance entre le résultat du dépistage échographique et l'état de santé de l'enfant. Cependant, comme pour tout dépistage, des faux négatifs sont possibles : une structure considérée comme vue et normale à l'échographie peut s'avérer en réalité absente ou anormale. Des faux positifs sont également possibles : une structure considérée comme non vue ou anormale à l'échographie peut s'avérer en réalité présente ou normale.

FM©DIN@N

- *En conclusion :*

L'échographie du 1^{er} trimestre est un examen souvent difficile, consommateur de temps dépendant de la qualité de l'échographe, des compétences de l'opérateur, de la patiente, de l'utérus et de ses annexes et du fœtus. Quand les conditions ne sont pas toujours réunies, il faut savoir reprendre l'examen si possible.