

**COMPTE-RENDU MINIMUM D'ÉCHOGRAPHIE DE DATATION
NON MORPHOLOGIQUE DU PREMIER TRIMESTRE
POUR UNE GROSSESSE SIMPLE INTRA-UTÉRINE**

Date de validation : 15/01/2016 Date de diffusion : 05/02/2016	Rédigée par : Gilles Grangé et Véronique Debarge
Version : 3 (modifications du 05/10/2016)	Vérifiée par : Françoise Vendittelli
Total pages : 6	Validée par : le Conseil d'administration du CNGOF

*Directive qualité issue de la directive qualité pour les comptes-rendus d'échographie en gynécologie
Groupe de travail du CNGOF animé par Gilles Grangé
Commission échographie et commission qualité*

Sociétés savantes et associations partenaires :

- **CNGOF** (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)
- **AGOF** (Association des gynécologues et obstétriciens en formation)
- **AUDIPOG** (Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie)
- **CFEF** (Collège français d'échographie fœtale)
- **CNSF** (Collège national des sages-femmes de France)
- **DIU** d'échographie en gynécologie et obstétrique
- **FNMR** (Fédération nationale des médecins radiologues)
- **SFAUMB** (Société francophone pour l'application des ultrasons en médecine et en biologie)
- **SFG** (Société française de gynécologie)
- **SFR** (Société française de radiologie)
- **SIFEM** (Société d'imagerie de la femme)
- Associations d'usagers : **Fibrome info France** et **Familles rurales**

Groupe de travail :

Aly Abbara (Longjumeau, CNGOF), Yves Ardaens (Lille, SFR), Anne Badoux (Paris, Familles rurales), Marc Bazot (Paris), Guillaume Benoist (Caen), Jean-Pierre Bernard (Paris), Marie Blouet (Caen), Philippe Bouhanna (Paris, CNGOF), Philippe Bourgeot (Villeneuve-d'Ascq), Bernard Broussin (Bordeaux), Perrine Capmas (Le Kremlin-Bicêtre), Danièle Combourieu (Lyon, CFEF), Philippe Coquel (Marignane, SFRFNMR), Joël Crequat (Paris, SFAUMB), Xavier Deffieux (Clamart), Marc Dommergues (Paris, CNGOF), Arnaud Fauconnier (Poissy), Hervé Fernandez (Le Kremlin-Bicêtre), Olivier Graesslin (Reims, CNGOF), Gilles Grangé (Paris, DIU échographie), Bernard Guérin-du-Masgenêt (Tourcoing), Béatrice Guigues (Caen, CNGOF), Lucie Guilbaud (Paris, AGOF), Guillaume Legendre (Angers), Jean-Marc Levallant (Créteil, CNGOF), Lorraine Maitrot (Paris), Dominique Marchal-André (Grenoble), Maryannick Maupin (Caen), Angèle Mbarga (Paris, Fibrome info France), Anne-Elodie Millischer-Bellaiche (Paris, SFR), Gérard Ndayizamba (Cherbourg, CNGOF), Nicolas Perrot (Paris, SIFEMSF), Violaine Peyronnet (Paris, AGOF), Geneviève Plu-Bureau (Paris, SFG), Laurent Salomon (Paris, DIU échographie), Catherine Sciot (Paris), Isabelle Thomassin (Paris, SIFEMSF), Françoise Vendittelli (Clermont-Ferrand, CNGOF, AUDIPOG), Emmanuelle Vintejeux (Montpellier), Philippe Viossat (Grenoble, CNSF), Norbert Winer (Nantes, DIU échographie).

L'attitude et les modalités de réalisation d'une échographie de début de grossesse respectent le code de déontologie médicale. Le médecin ou la sage-femme tient compte de la personnalité de la patiente dans ses explications. Ainsi, il n'est pas utile pour la technique et la qualité de cette échographie de connaître le projet pour la grossesse en cours (IVG ou pas). L'échographiste est attentif à la demande de chaque patiente pour lui faire écouter les bruits du cœur et/ou lui montrer l'écran avec une image de l'embryon.

I. Identification du praticien, de la patiente et de l'échographe utilisé

INFORMATIONS INITIALES

- Date de l'examen
- Date des dernières règles
- Voie d'abord : abdominale et/ou endocavitaire
- Difficultés techniques oui/non – Si oui, dire lesquelles

UTÉRUS

- Antéversé/rétroversé/intermédiaire
- Contours réguliers oui/non
- Aspect homogène oui/non
- Présence d'un sac gestationnel oui/non

En l'absence d'embryon visible :

- Mesure du sac gestationnel intra-utérin
- Présence d'une vésicule vitelline oui/non

En présence d'embryon visible :

- Mesure de l'embryon par la longueur cranio-caudale en coupe sagittale
- Activité cardiaque de l'embryon oui/non
- Aspect habituel du trophoblaste oui/non

OVAIRES

- Deux ovaires visibles oui/non
- Si un ovaire est non-visualisé, indiquer le côté
- Présence d'une image kystique ovarienne (> 30 mm) ou latéro-utérine oui/non
- Mesure du plus grand axe de chaque ovaire

ÉPANCHEMENT INTRA ABDOMINAL

- Oui/non

CONCLUSION

1. Grossesse intra utérine (GIU) normalement évolutive de x SA
2. GIU d'évolutivité incertaine de x SA
3. GIU arrêtée précoce de x SA

L'iconographie :

Toutes les mesures effectuées (mesure du sac gestationnel ou mesure de la longueur cranio-caudale en fonction de l'âge de grossesse, mesure de chacun des deux ovaires).

II. Datation de la grossesse

A. Mesure du sac gestationnel intra-utérin si l'embryon n'est pas visible

La mesure du sac gestationnel intra-utérin s'effectue par la mesure des trois axes à la limite de la zone anéchogène. La mesure ne prend pas en compte le trophoblaste.

Une seule valeur peut être donnée : c'est la moyenne des trois mesures sur deux plans perpendiculaires.

2 mm : 1 semaine de grossesse, soit 3 SA

5 mm : 2 semaines de grossesse, soit 4 SA

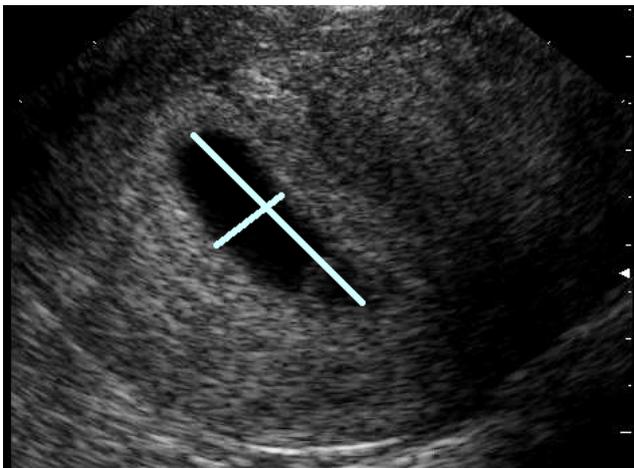
10 mm : 3 semaines de grossesse, soit 5 SA

20 mm : 4 semaines de grossesse, soit 6 SA

Sac gestationnel de 6 mm, soit 2 semaines de grossesse (moyenne de trois axes, un seul plan est représenté ici) :



Sac gestationnel de 15 mm, soit 3 semaines de grossesse (moyenne de trois axes, un seul plan est représenté ici) :



B. Mesure de la longueur cranio-caudale quand l'embryon est visible

L'estimation de la datation de la grossesse se fait par la mesure de l'embryon dans sa longueur cranio-caudale, c'est-à-dire de la tête au fesses, selon Robinson (ci-dessous). La datation est indiquée ici en semaines de grossesse (SG) selon l'article L2212-1 du code de la santé publique. Il convient d'ajouter deux semaines à chacun de ces chiffres pour obtenir la datation en semaine d'aménorrhée (SA). Ainsi, on recommande que la date de début de grossesse soit définie par la synthèse entre la clinique et son interrogatoire d'une part, et l'examen échographique d'autre part. En cas de discordance avec la clinique, et pour tenir compte de l'incertitude échographique, la date de 14 SA est dépassée lorsque la mesure de la LCC ou du BIP est respectivement supérieure à 98 mm ou 31 mm. Au-delà de ces limites échographiques, le groupe expert considère que les 14 SA (12 SG) sont dépassées dans tous les cas.

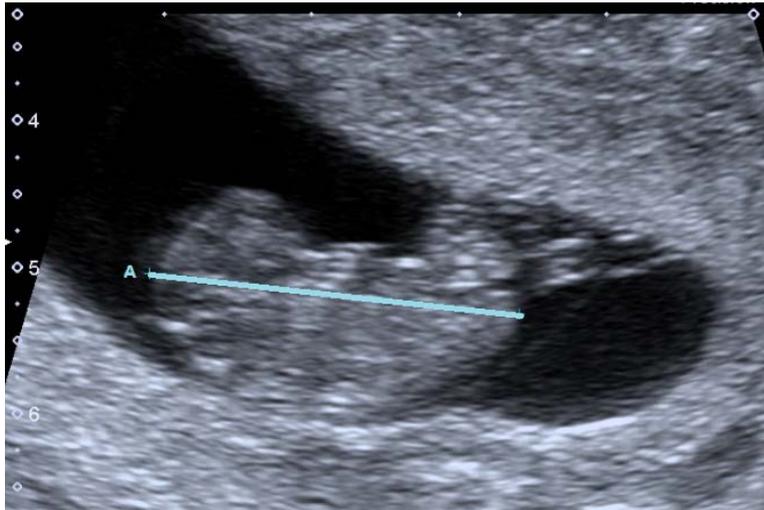
2 mm : 3 semaines de grossesse et 0 jour
5 mm : 3 semaines de grossesse et 3 jours
8 mm : 4 semaines de grossesse et 5 jours
11 mm : 5 semaines de grossesse et 1 jour
14 mm : 5 semaines de grossesse et 5 jours
17 mm : 6 semaines de grossesse et 1 jour
20 mm : 6 semaines de grossesse et 4 jours
23 mm : 6 semaines de grossesse et 6 jours
26 mm : 7 semaines de grossesse et 2 jours
29 mm : 7 semaines de grossesse et 4 jours
32 mm : 7 semaines de grossesse et 6 jours
35 mm : 8 semaines de grossesse et 1 jour
38 mm : 8 semaines de grossesse et 3 jours
41 mm : 8 semaines de grossesse et 5 jours
44 mm : 9 semaines de grossesse et 0 jour
47 mm : 9 semaines de grossesse et 2 jours
50 mm : 9 semaines de grossesse et 4 jours
53 mm : 9 semaines de grossesse et 5 jours
56 mm : 10 semaines de grossesse et 0 jour
59 mm : 10 semaines de grossesse et 2 jours
62 mm : 10 semaines de grossesse et 3 jours
65 mm : 10 semaines de grossesse et 5 jours
68 mm : 10 semaines de grossesse et 6 jours
71 mm : 11 semaines de grossesse et 1 jour
74 mm : 11 semaines de grossesse et 2 jours
77 mm : 11 semaines de grossesse et 3 jours
80 mm : 11 semaines de grossesse et 5 jours
83 mm : 11 semaines de grossesse et 6 jours
85 mm : 11 semaines de grossesse et 6 jours
86 mm : 12 semaines de grossesse et 1 jour
89 mm : 12 semaines de grossesse et 2 jours
92 mm : 12 semaines de grossesse et 3 jours
95 mm : 12 semaines de grossesse et 4 jours
98 mm : 12 semaines de grossesse et 5 jours

1. La coupe doit être sagittale. Elle doit visualiser la plus grande longueur embryonnaire.
2. L'embryon doit être suffisamment zoomé sur l'image : au moins 75 %.
3. La mesure est effectuée au millimètre près. Elle est reportée sur le tableau de Robinson (ci-dessus).
4. Les calipers sont placés sur le bord externe de la partie crâniale (le sommet de la voûte crânienne) et de la partie caudale de l'embryon (l'extrémité caudale sous le tubercule génital).
Critères de qualité :
 - elle nécessite une bonne délimitation des extrémités céphalique et caudale ;
 - au niveau céphalique, le curseur doit être placé au point le plus distal du sommet du crâne ;
 - au niveau caudal, le curseur est placé au point le plus distal sous le tubercule génital ;
 - si le tubercule est masqué par la cuisse, la mesure est effectuée sur le bord cutané-postérieur de la racine de la cuisse.
5. À partir de 9 semaines de grossesse (11 SA), la position de la tête embryonnaire doit être sans hyperflexion ni hyperextension.
Les critères qualité pour la position neutre du pôle céphalique du fœtus sont :
 - la présence de liquide amniotique entre le menton et le thorax ;
 - l'absence de flexion ou de déflexion du pôle céphalique ;
 - l'angle entre le palais osseux et la paroi antérieure du cou est proche de 90° ;
 - flexion fœtale :
 - il n'y a pas de liquide amniotique entre le menton et le thorax ;
 - il en résulte une diminution de la LCC ;
 - extension fœtale :
 - la tête est en extension. L'angle entre le menton et la paroi antérieure du cou est supérieur à 90° ;
 - il en résulte une majoration de la LCC.

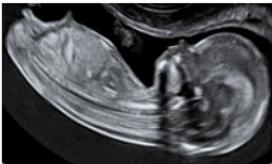
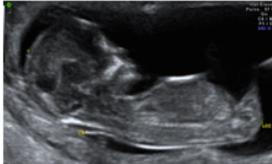
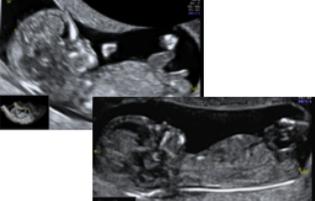
Embryon de 10 mm, soit 5 semaines de grossesse (ou 7 SA) :



Embryon de 25 mm, soit 7 semaines de grossesse (ou 9 SA) :



À partir de 9 semaines de grossesse (11 SA), le tableau suivant permet d'évaluer la qualité de la mesure :

Grille de lecture LCC			
	Excellent	Acceptable	Insuffisant
Coupe sagittale	 <p>Plan sagittale strict passant par le tubercule génital et par le profil facial (pointe du nez, menton et palais)</p>	 <p>Plan parasagittal (cuisse ou orbite vues)</p>	 <p>Coupe non sagittale (± frontale ou oblique)</p>
Position des Calipers	 <p>Calipers bien positionnés au niveau du pôle céphalique et du pôle caudal</p>	 <p>Un des calipers n'est pas tout à fait bien positionné</p>	 <p>Calipers mal placés ou limites craniocaudales imprécises</p>
Position de la tête	 <p>Tête en position intermédiaire</p>	 <p>Tête un peu fléchie ou défléchie</p>	 <p>Tête fléchie ou en hyperextension</p>
Zoom	 <p>Les pôles céphalique et caudal occupent la totalité de l'image</p>	 <p>Les pôles céphalique et caudal occupent au moins 75% de l'image</p>	 <p>Les pôles céphalique et caudal occupent moins de 75% de l'image</p>