

I. Obstétrique et Gynécologie

Sommaire

01 I	Dépistage au cours de la grossesse.....	1
02 I	Suspicion de grossesse.....	1
03 I	Suspicion de grossesse extra-utérine	1
04 I	Possibilité de grossesse non-viable	1
05 I	Métrorragies post-ménopausiques : exclure une pathologie significative Méno-métrorragies Métrorragies post-ménopausiques	2
06 I	Suspicion de masse pelvienne	2
07 I	Douleurs pelviennes, notamment suspicion d'inflammation pelvienne et d'endométriose.....	2
08 I	Perte de DIU ou fils non vus.....	3
09 I	Fausse couches à répétitions	3
10 I	Infertilité féminine	3
11 I	Infertilité masculine	4
12 I	Suspicion de disproportion céphalo-pelvienne et/ou en cas de présentation podalique	4

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
-------------------	--------	------------------------	--------------	------

I. Obstétrique et Gynécologie

N.B. un équipement d'échographie Transvaginale (TV) doit être disponible dans tous les services réalisant de l'échographie gynécologique et obstétricale.

Dépistage au cours de la grossesse 01 I	Echographie	Indiqué [B]	Il est indiqué de pratiquer 3 échographies systématiques pour la grossesse normale: <ul style="list-style-type: none"> • à 12 semaines: pour dépister des anomalies de dyschromosomie par la mesure de la clarté nucale et une prise de sang. • à 20-22 semaine pour réaliser l'étude morphologique • et à 30-32 semaines pour le contrôle du placenta et la croissance. 	0
Suspicion de grossesse 02 I	Echographie	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]	Les tests de grossesse sont les plus appropriés. L'échographie (en général après 7 SA) peut être intéressante si l'on suspecte une grossesse molaire, si une datation précoce est nécessaire, en cas de symptômes (douleurs, métrorragies), d'antécédents de grossesse extra-utérine ou en cas de grossesse après procréation médicalement assistée.	0
Suspicion de grossesse extra-utérine 03 I	Echographie	Indiqué [B]	L'échographie est interprétée en fonction du dosage quantitatif de l'HCG. L'échographie par voie abdominale et/ou endo-vaginale recherche une grossesse intra-utérine, puis une grossesse extra-utérine.	0
Possibilité de grossesse non-viable 04 I	Echographie	Indiqué [C]	En cas de doute sur la viabilité ou de discordance biométrique, réitérer l'échographie au bout d'une semaine (surtout si le sac gestationnel est inférieur à 20 mm ou la longueur cranio-caudale à 2-3 mm). En cas de doute, un contrôle échographique est souhaitable avant une évacuation utérine.	0

[Retour au sommaire](#)

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Métrorragies post-ménopausiques : exclure une pathologie significative Méno-métrorragies Métrorragies post-ménopausiques 05 I	Echographie (endo-vaginale)	Indiqué [A/B]	Recherche d'une cause au niveau de l'endomètre, du myomètre voire de l'ovaire. Rôle complémentaire du Doppler, voire de l'hystéro-sonographie. En période post-ménopausique un endomètre de plus de 5 mm, seuil habituellement utilisé (sous THS un seuil de 8 mm peut être proposé) nécessite de poursuivre les investigations à visée diagnostique (hystérocopie).	0
	HSG	Non indiqué [C]	L'hystérogographie est de moins en moins utilisée, en particulier en période post-ménopausique, compte tenu du développement de l'échographie et de l'hystérocopie.	II
Suspicion de masse pelvienne 06 I	Echographie	Indiqué [C]	L'association de la voie trans-abdominale et trans-vaginale est souvent nécessaire. Les ultrasons doivent confirmer la présence d'une lésion et déterminer si possible l'organe en cause et contribuer à déterminer la nature de la masse (<i>Voir Cancer, 41L à 48L</i>).	0
	IRM	Examen spécialisé [C]	L'IRM constitue la meilleure exploration quand l'échographie ne peut préciser l'organe d'origine et/ou la nature de la masse.	0
Douleurs pelviennes, notamment suspicion d'inflammation pelvienne et d'endométriose 07 I	Echographie	Indiqué [C]		0
	IRM	Examen spécialisé [B]	L'IRM est un complément utile en cas de doute diagnostique ou dans le bilan pré-opératoire (localisation et rapports).	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Perte de DIU ou fils non vus 08 I	Echographie	Indiqué [C]	Voie sus pubienne et/ou endo-vaginale.	0
	ASP	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]	Si le stérilet (DIU) est invisible à l'échographie utérine, une radiographie simple (ASP) est indiquée.	II
Fausses couches à répétitions 09 I	Echographie	Indiqué [C]	Révèle les principales étiologies utérines congénitales et acquises.	0
	HSG	Examen spécialisé [C]	L'hystérosalpingographie peut être indiquée pour étudier la morphologie de l'utérus et de la cavité utérine.	II
	IRM	Examen spécialisé [C]	Quand il est nécessaire de préciser la morphologie de l'utérus, elle peut compléter l'échographie et/ou l'HSG, qui suffisent dans la majorité des cas.	0

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]	Commentaires	Dose
Infertilité féminine 10 I	Echographie	Indiqué [C]	Evaluation de l'utérus (recherche d'une malformation, d'une pathologie de l'endomètre ou du myomètre), et de l'ovaire, recherche d'une dilatation tubaire. Surveillance de la maturation folliculaire et de l'ovulation au cours des cycles stimulés.	0
	HSG	Examen spécialisé [B]	En l'absence de dilatation tubaire visible en échographie, l'hystérosalpingographie est indiquée pour évaluer la perméabilité tubaire ; elle peut compléter l'étude la morphologie de la cavité utérine.	II
	IRM	Non indiqué initialement [C]	Complète l'échographie pour l'étude de l'appareil génital et du pelvis en cas d'anomalie non ou imprécisément identifiée précisément par les examens préalablement effectués.	0
Infertilité masculine 11 I	Echographie	Examen spécialisé [B]	L'echo-doppler scrotale est recommandée pour le dépistage tumoral et de varicocèle infra-clinique et des anomalies morphologiques de l'appareil génital masculin. Certains recommandent l'échographie endo-rectale pour rechercher les anomalies de l'appareil génital profond (vésicules séminales, prostate, ampoules déferentielles).	0
Suspicion de disproportion céphalo-pelvienne et/ou en cas de présentation podalique 12 I	IRM	Examen spécialisé [C]	La pelvi-IRM est la technique qui devrait être privilégiée car non irradiante.	0
	TDM	Examen spécialisé [C]	Le pelvi-scanner peut être employé, en sachant qu'il est irradiant mais que la dose délivrée est généralement inférieure à la pelvimétrie classique.	II
	Radio-pelvimétrie	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]	La réalisation de la radio-pelvimétrie est de plus en plus discutée. L'IRM ou la TDM lui sont préférées.	II