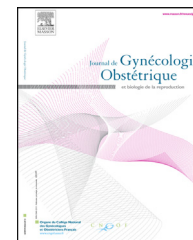




Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



TRAVAIL ORIGINAL

Hygroma kystique découvert à l'échographie obstétricale du 1^{er} trimestre : caractéristiques échographiques, caryotypiques et devenir de la grossesse

First-trimester cystic hygroma: Prenatal diagnosis and fetal outcome

C. Lajeunesse^a, A. Stadler^a, B. Trombert^b, M.N. Varlet^a, H. Patural^c,
F. Prieur^d, G. Chêne^{a,*}

^a Département de gynécologie-obstétrique & médecine de la reproduction, université de Saint-Étienne, Jean-Monnet, CHU de Saint-Étienne, avenue Albert-Raimond, 42023 Saint-Étienne, France

^b Département de santé publique, université de Saint-Étienne, Jean-Monnet, CHU de Saint-Étienne, 42023 Saint-Étienne, France

^c Département de pédiatrie, université de Saint-Étienne, Jean-Monnet, CHU de Saint-Étienne, 42023 Saint-Étienne, France

^d Département de génétique, université de Saint-Étienne, Jean-Monnet, CHU de Saint-Étienne, 42023 Saint-Étienne, France

Reçu le 14 février 2013 ; avis du comité de lecture le 13 avril 2013 ; définitivement accepté le 26 avril 2013

MOTS CLÉS

Hygroma cervicale ;
Hygroma kystique ;
Hyperclarté nucale ;
Premier trimestre

Résumé

Objectifs. – Décrire les caractéristiques échographiques et caryotypiques d'une série continue d'hygroma kystique (HK) fœtaux découverts lors de l'échographie du premier trimestre.

Patientes et méthodes. – Les données maternelles et fœtales de 69 dossiers d'HK ont été analysées entre 2002 et 2009.

Résultats. – L'épaisseur de l'HK était en moyenne de 6,3 mm ± 2,4 mm. On retrouvait des anomalies échographiques associées chez 54% des fœtus (37/69) (prédominance de l'anasarque chez 45% des cas), associées significativement à un mauvais pronostic ($p=0,006$). Le taux d'aneuploïdie était de 53% (36/68) (avec 44% de trisomie 21). Le taux d'issues défavorables atteignait 71% des cas (49/69) et était plus fréquemment retrouvé chez les patientes les plus âgées ($p=0,011$). Parmi les grossesses avec caryotype normal, 59% (19/32) aboutissaient à la naissance d'un enfant vivant sans anomalie visible. Sur ces 19 enfants, 13 ont pu être suivis jusqu'à un âge moyen de 5 ans et demi, ils présentaient tous un développement psychomoteur strictement normal.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : chenegautier@yahoo.fr (G. Chêne).

KEYWORDS

Cystic hygroma;
Nuchal translucency;
First trimester

Discussion et conclusion. – Devant une découverte d’HK à l’échographie du premier trimestre, les facteurs de mauvais pronostic permettant d’éclairer le conseil prénatal sont : une clarté nucale supérieure de 6 à 6,5 mm, la présence d’une anasarque, la présence d’une ou plusieurs anomalies échographiques associées, une anomalie du caryotype, un caryotype normal avec persistance ou majoration de l’HK et/ou de l’anasarque lors de la surveillance échographique.
© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Objectives. – To describe the ultrasonographic (US) and fetal karyotyping data of fetuses with cystic hygroma diagnosed in the first trimester.

Patients & methods. – Maternal and fetal data of 69 consecutive fetal cystic hygroma were analysed between 2002 and 2009.

Results. – The mean size of the cystic hygroma was 6.3 mm ± 2.4 mm. US abnormalities were present in 54 % of cases (37/69) (essentially hydrops fetalis in 45 %), with an unfavourable prognosis ($P=0.006$). Chromosomal abnormalities were present in 53 % of cases (36/68) (including 44 % of Down syndrome). The rate of unfavourable outcome of pregnancy was 71 % of cases (49/69) and was associated with the oldest mothers ($P=0.011$). In the chromosomally normal pregnancies, there were 59 % (19/32) fetus with no apparently abnormalities. Among these 19 children, 13 have been followed up until an average age of 5 years and a half, the infant development was strictly normal.

Discussion and Conclusion. – The current results suggest to look for the poor prognosis data: nuchal thickness superior to 6 to 6,5 mm, presence of a hydrops fetalis and/or US abnormalities, fetal karyotyping and/or US evolution of cystic hygroma.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

L’étude échographique de la nuque fœtale à la fin du premier trimestre (entre 11 et 13+6 SA) permet d’établir une relation directe entre les anomalies de nuque (hygroma kystique [HK] ou hyperclarté nucale [HCN]) et l’existence d’anomalies chromosomiques fœtales [1,2].

Depuis la systématisation de cette analyse échographique, le diagnostic anténatal d’HK est devenu plus fréquent avec une prévalence dans la population générale, lors du premier trimestre de la grossesse de 0,35 % (une grossesse sur 285) à 0,75 % (une grossesse sur 133) [3–5].

Échographiquement, la distinction entre HK et HCN se fait par :

- pour l’HK : un espace anéchogène rétro- et latéro-cervical bilatéral (sacs jugulaires) avec une ou plusieurs cloisons sagittales médianes et paramédianes formant des logettes (en coupe sagittale et surtout transversale), en l’absence d’anomalie du crâne et/ou de la colonne [6] ;
- pour l’HCN : une mesure supérieure au 95^e percentile (pour l’âge gestationnel) de la zone anéchogène rétro-cervicale située entre la peau et les structures occipitovertébrales, présente chez tous les fœtus entre 11 et 14 SA (en coupe sagittale) [6]. Il est à noter que toute HCN majeure (> 5–6 mm) s’accompagne de cloisons visibles en axial, ce qui n’en fait pas un HK, caractérisé, lui, par l’extension lymphatique cervicale bilatérale.

L’HK est associé à un très mauvais pronostic et présenterait un risque cinq fois plus important d’aneuploïdie, 12 fois plus de malformation cardiaque et six fois plus de décès périnatal que l’HCN [3–14].

Le but de ce travail est d’étudier la cohorte d’HKs diagnostiqués à l’échographie T1 et adressés au centre

pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN) du centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne (caractéristiques échographiques, caryotypiques, issue des grossesses).

Patientes et méthode

Il s’agit d’une étude rétrospective continue monocentrique observationnelle des dossiers de patientes adressées au CPDPN du CHU de Saint-Étienne entre janvier 2002 et décembre 2009 pour HK diagnostiqué à l’échographie fœtale du premier trimestre. L’échographie était réalisée par une seule échographiste référente du CHU (VMN), sur un appareil Voluson 730 Expert (General Electric®, Paris), par voie trans-abdominale et par voie endovaginale. Les mesures étaient scorées et n’étaient retenues que celles avec un score de Herman supérieur à 7. Le diagnostic d’HK était posé en présence d’un espace anéchogène rétro- et latéro-cervical bilatéral (sacs jugulaires) avec une ou plusieurs cloisons sagittales médianes et paramédianes formant des logettes (en coupe sagittale et surtout transversale, Fig. 1–2), en l’absence d’anomalie du crâne et/ou de la colonne [5].

L’épaisseur de l’HK en coupe sagittale était mesurée. L’examen morphologique recherchait systématiquement d’autres anomalies échographiques associées. L’âge gestationnel était défini par la LCC.

Le diagnostic associé d’anasarque fœtal était retenu dans le cas où le fœtus présentait en plus de l’HK au moins un des signes suivants :

- ascite ;
- épanchement pleural ;
- épanchement péricardique ;
- ou œdème sous-cutané plus ou moins étendu.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272497>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272497>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)