

DÉBAT

Pour une échographie du troisième trimestre précoce : reculer n'est pas mieux sauter !

In favour of an early third-trimester scan: Do not close the stable door after the horse has bolted!

E. Quarello

Department of paediatric cardiology, Fetal cardiology unit, Royal Brompton hospital, Sydney Street, SW3 6NP London, Royaume-Uni

Disponible sur Internet le 6 juin 2008

Mots clés : Échographie ; Troisième trimestre ; Dépistage

Keywords: Ultrasound; Third trimester; Screening

Les fondements de la médecine fœtale reposent, d'une part, sur l'identification des fœtus malades et, d'autre part, sur la mise en place de moyens destinés à les accueillir et à améliorer leur prise en charge. À cet escient, l'échographie obstétricale tient une place fondamentale. Cet outil est rentré dans les mœurs des pays développés et, en particulier, l'échographie du deuxième trimestre dite morphologique. Le rôle de cette dernière, en complément de celle du premier trimestre, n'est plus à démontrer dans le dépistage des malformations fœtales. En revanche, il existe des controverses sur les bénéfices réels inhérents à la réalisation systématique d'une échographie du troisième trimestre dans une population considérée comme étant à bas risque de complications obstétricales et périnatales. En effet, les politiques de santé relatives à la pratique ou non de cet examen au troisième trimestre de la grossesse diffèrent selon les pays. Le rapport du Comité technique national de l'échographie de dépistage prénatal (CTE), publié en avril 2005 [1], précise qu'il est recommandé de réaliser pendant la grossesse une échographie à chacun des trois trimestres. Ce même rapport mentionne la période idéale de réalisation pour chacune des trois échographies. En ce qui concerne l'échographie du troisième trimestre, il est recommandé qu'elle soit réalisée « ... entre 30 et 35 semaines d'aménorrhée... » et « qu'il est préférable de programmer ces examens au milieu de

ces différentes périodes ». À la lumière d'une médecine fondée sur les preuves (*evidence-based medicine*) associée à des exemples, nous allons démontrer la nécessité de réaliser précocement l'échographie du troisième trimestre, c'est-à-dire vers 32 semaines d'aménorrhée (SA).

1. POURQUOI UNE ÉCHOGRAPHIE SYSTÉMATIQUE DU TROISIÈME TRIMESTRE ?

Le rapport du CTE indique ce qu'il faut attendre d'une échographie systématique du troisième trimestre : « le dépistage des retards de croissance intra-utérins et de certaines malformations et la localisation du placenta ». Nous allons détailler les objectifs de l'échographie du troisième trimestre et comparer, quand cela est possible, les avantages et inconvénients liés à la réalisation d'une échographie « précoce » (vers 32 semaines d'aménorrhée) ou « tardive » (vers 36 semaines d'aménorrhée).

2. DÉPISTAGE DES ANOMALIES AU TROISIÈME TRIMESTRE : LE PLUS TÔT N'EST PAS L'ENNEMI DU BIEN !

L'échographie dite morphologique est rattachée dans l'esprit de la plupart d'entre nous à l'examen échographique réalisé au deuxième trimestre. Ce qui ne signifie pas pour autant qu'il faille se contenter, comme dans le passé, d'effectuer

Adresse e-mail : e.quarello@orange.fr.

une échographie du troisième trimestre limitée à la détermination de la position fœtale, des biométries, de la quantité de liquide amniotique et de la localisation placentaire. La plupart, voire l'ensemble des échographistes spécialisées en échographie obstétricale, s'accorde sur le fait que l'échographie du troisième trimestre est encore une occasion d'améliorer le dépistage prénatal des anomalies fœtales. Effectuée dans cet état d'esprit, l'échographie du troisième trimestre est sans nul doute un acte technique de réalisation beaucoup plus difficile que celle du deuxième trimestre. Les informations obtenues lors d'une échographie sont principalement conditionnées par l'échogénicité des structures à analyser et par le degré de mobilisation fœtale. Ces deux paramètres seront réduits au troisième trimestre du fait de l'augmentation du ratio volume fœtal/volume de liquide amniotique en rapport avec une diminution de la quantité de liquide amniotique associée à une augmentation des biométries fœtales. Certains médecins choisissent encore de ne réaliser que les échographies du premier et du troisième trimestre, en pensant que ces deux examens sont de réalisation plus facile que l'échographie dite morphologique. L'institut américain des ultrasons en médecine (AIUM) recommandait en octobre 2007 « qu'un examen échographique limité peut être approprié lors des suivis de biométries et de croissance fœtale ou en cas d'anomalies constatées au préalable » [2]. Cependant, lorsque l'échographie du troisième trimestre est réalisée en tant que deuxième filtre de dépistage des anomalies fœtales, elle permettra de rattraper les anomalies méconnues au deuxième trimestre. Cela était particulièrement vrai dans le passé. Dommergues et al. rapportent, dans leur analyse des raisons ayant conduit à une interruption médicale de la grossesse (IMG) au troisième trimestre, que 37 % (113/305) des anomalies auraient pu être diagnostiquées au deuxième trimestre [3]. Cette remarque est toutefois à placer dans le contexte de cette étude. Il s'agissait d'une analyse rétrospective publiée en 1999 de l'ensemble des IMG d'une maternité entre 1986 et 1994. L'échographie réalisée durant cette période avait probablement une pertinence inférieure à celle d'aujourd'hui dans le dépistage des anomalies fœtales. Dans la même étude, les auteurs rapportent, cependant, que 18 % (55/305) des IMG réalisées étaient consécutives à des anomalies probablement absentes lors de l'échographie du deuxième trimestre [3].

Bien qu'il y ait peu de publications relatives au rôle de l'échographie du troisième trimestre en tant qu'outil de dépistage des malformations, il ne fait aucun doute qu'à cet égard la précocité du diagnostic et donc la réalisation de l'examen échographique occuperont des places importantes dans la prise en charge des anomalies dépistées. En fonction de la nature de l'anomalie dépistée, des examens complémentaires invasifs ou non vis-à-vis de la grossesse seront proposés au couple, ainsi qu'un suivi évolutif de l'anomalie. Le fait de découvrir tardivement (35 à 36 semaines d'aménorrhée) une anomalie constitue une perte de chance pour le couple à l'égard des informations reliées à la potentielle nature évolutive de l'anomalie dépistée. Par ailleurs, à ce retard d'information et de prise en charge s'ajoute le risque théorique d'accouchement prématuré qui est augmenté en cas de malformations [4]. Une

étude récente rapporte qu'un singleton porteur d'une malformation est de manière globale 2,7 fois plus à risque d'accoucher avant 37 semaines d'aménorrhée (IC 95 % : 2,3–3,2) et sept fois plus à risque d'accoucher avant 34 semaines d'aménorrhée (IC 95 % : 5,5–8,9) [4].

Ce risque est théorique, car il est à rapporter à la nature de la malformation. Un fœtus porteur de pyélectasie découverte au troisième trimestre n'a pas plus de risque d'accoucher prématurément qu'un fœtus morphologiquement normal. Les malformations ainsi dépistées au troisième trimestre et non accessibles lors de l'échographie du deuxième trimestre sont essentiellement des anomalies qualifiées d'évolutives. Elles correspondent principalement aux anomalies cérébrales (les ventriculomégalies, les anomalies de la gyration, les micro- et macrocéphalies, les hémorragies et les accidents clastiques) [5], à certaines ostéocondrodysplasies et à certaines pathologies urinaires (les pyélectasies, les valves de l'urètre postérieur partiellement obstructives décompensées, certaines polykystoses).

L'échographie du troisième trimestre de dépistage sera donc réalisée au mieux vers 32 semaines d'aménorrhée.

Échographie de 32 semaines : un point.

3. DÉPISTAGE DES RETARDS DE CROISSANCE INTRA-UTÉRINS

L'échographie de dépistage et, en particulier, celle du troisième trimestre a pour but, entre autres, de dépister les fœtus présentant un retard de croissance intra-utérin (RCIU). Ces fœtus sont associés de manière significative aux risques d'oligoamnios et de mort fœtale in utero et aux faibles scores d'Apgar et d'acidémie à la naissance. Ils présentent plus souvent en période néonatale des épisodes d'hypoglycémie, d'hypothermie, d'apnée, et des infections. Il est impératif de dépister les grossesses compliquées de RCIU, afin de réduire les morbidités et mortalités périnatales qui leur sont imputables. Un audit européen, publié en 1997, suggéra que l'amélioration du dépistage des fœtus hypotrophes serait associée à une diminution du nombre de morts in utero [6]. La valeur rapportée dans la littérature de l'échographie en tant qu'outil de dépistage des fœtus compliqués de RCIU est grandement conditionnée par les seuils de détection choisis (estimation du poids fœtal inférieure au 10^e percentile ou au 5^e percentile) et de la prévalence des RCIU dans la population étudiée. Chauhan et Magann rapportent dans leur revue de la littérature récente que les sensibilités et spécificités de l'échographie varient de 0 à 100 % et de 66 à 99 % respectivement, avec des valeurs prédictives positives comprises entre 17 et 78 % [7], sans préciser à quel(s) moment(s) de la grossesse ont été réalisés les échographies. Une seule étude randomisée (examen clinique versus examen clinique et échographie systématique) met en évidence que la réalisation d'échographies successives à 30 à 32 et 36 à 37 semaines d'aménorrhée permet de réduire significativement le taux de fœtus hypotrophes à la naissance dans une population à bas risque, 6,9 % (69/994) versus 10,4 % (104/999 ; $p = 0,008$) [8]. Le groupe de patientes surveillées par échographie systématique est associé à un taux plus élevé de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3948120>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3948120>

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