

# Évaluation échographique des complications au premier trimestre de grossesse

La présente directive clinique a été rédigée par le Comité d'imagerie diagnostique, analysée par le Comité de pratique clinique – obstétrique et approuvée par le conseil d'administration de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

## AUTEURES PRINCIPALES

Lucie Morin, MD, Outremont (Qc)

Yvonne M. Cargill, MD, Ottawa (Ont.)

Phyllis Glanc, MD, Toronto (Ont.)

## COMITÉ D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE

Kimberly Butt, MD, Fredericton (N.-B.)

Yvonne M. Cargill, MD, Ottawa (Ont.)

Nanette Denis, RDMS, Saskatoon (Sask.)

Johanne Dubé, MD, Mont-Royal (Qc)

Phyllis Glanc, MD, Toronto (Ont.)

Kenneth I. Lim (coprésident), MD, Vancouver (C.-B.)

Lucie Morin (coprésident), MD, Outremont (Qc)

Kentia Naud, MD, Edmonton (Alb.)

Mila Smithies, MD, Halifax (Ont.)

Tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

**Mots clés:** Missed abortion, anembryonic pregnancy, ectopic pregnancy, ultrasound, threatened abortion

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.06.002>

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(10):989–996

Copyright © 2016 The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.  
Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

## Résumé

### Objectifs :

1. Identifier les caractéristiques échographiques indiquant un possible échec précoce de grossesse.
2. Identifier les caractéristiques échographiques d'une grossesse ectopique.
3. Proposer un algorithme diagnostique qui renforcera la sécurité clinique des décisions de prise en charge.

### Résultats :

1. Exactitude et sécurité accrue du diagnostic d'échec précoce de grossesse
2. Exactitude et sécurité accrue du diagnostic de grossesse ectopique

**Sources de données :** Nous avons effectué des recherches dans MEDLINE et un examen de la bibliographie des articles recensés.

**Valeurs :** Le Comité d'imagerie diagnostique de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a passé en revue les données probantes recueillies. Les recommandations reposent sur les lignes directrices élaborées par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (tableau 1).

**Avantages, désavantages et coûts :** Les femmes qui présentent des saignements durant le premier trimestre peuvent recevoir un diagnostic incorrect d'avortement manqué. En outre, on risque de ne pas détecter une grossesse ectopique ou de les rassurer à tort sur la viabilité de l'embryon. L'amélioration de la détection des repères échographiques du développement embryonnaire normal et de la connaissance des facteurs de risque liés à l'échec de grossesse sur le plan échographique pourrait donner lieu à l'élaboration de stratégies de prise en charge mieux adaptées à chaque cas. Le diagnostic d'une grossesse ectopique suspectée repose souvent sur l'évaluation de marqueurs hormonaux et de caractéristiques échographiques. Par ailleurs, le diagnostic précoce de grossesse ectopique peut réduire la morbidité et la mortalité maternelles.

### Recommandations

1. Il est possible de poser un diagnostic de mort embryonnaire lorsque les images de l'échographie confirment les caractéristiques

Ce document fait état des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans une permission écrite de l'éditeur.

**Tableau 1. Critères d'évaluation des données probantes et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs**

Niveaux de données probantes <sup>a</sup>	Catégories de recommandations <sup>b</sup>
I : Données obtenues à partir d'au moins un essai clinique aléatoire convenable.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Données obtenues à partir d'essais cliniques non aléatoires bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Données obtenues à partir d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3 : Données découlant de comparaisons entre différents moments ou lieux, ou selon qu'on ait eu ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non contrôlées (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

<sup>a</sup> La qualité des données fournies dans la présente directive a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

<sup>b</sup> Les recommandations comprises dans la présente directive ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

suivantes : sac gestationnel intra-utérin, longueur crano-caudale embryonnaire (LCC)  $\geq 7$  mm, absence d'activité cardiaque. (II-2A)

- Il est possible d'établir un diagnostic de grossesse anembryonnaire lorsque les images de l'échographie confirment les caractéristiques suivantes : absence d'embryon et diamètre moyen du sac gestationnel  $\geq 25$  mm. (II-2A)
- Chez la patiente asymptomatique ou cliniquement stable, et lorsqu'on soupçonne un échec précoce de grossesse, il est recommandé de réaliser une échographie de suivi après une période additionnelle de 7 à 10 jours. (III-A)
- L'impossibilité de détecter la présence d'un sac gestationnel intra-utérin par échographie transvaginale lorsque la concentration de

$\beta$ -hCG dépasse un niveau discriminant de 2000 à 3000 mU/ml indique un risque élevé de grossesse ectopique. La probabilité d'une grossesse ectopique tubaire est élevée en la présence d'une masse annexielle complexe, d'un anneau tubaire ou de liquide pelvien complexe. La détection d'un embryon extra-utérin vivant donne également lieu à un diagnostic de grossesse ectopique. (II-2A)

- Dans le cas d'une grossesse viable, la concentration de  $\beta$ -hCG augmente d'au moins 55 % en 48 heures. Une déviation par rapport à cette norme avant 7 semaines indique une grossesse ectopique ou intra-utérine non viable. (II-2A)

## ABRÉVIATIONS

$\beta$ -hCG	bêta-gonadotrophine chorionique humaine
EDC	échographie Doppler couleur
LCC	longueur crano-caudale

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696203>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696203>

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