

N° 352 – Mise à jour technique : Le rôle de l'examen échographique précoce et exhaustif de l'anatomie fœtale

La présente mise à jour technique a été rédigée par le Comité d'imagerie diagnostique*, révisée par le Comité de surveillance et de gestion des directives cliniques et approuvée par le conseil d'administration de la SOGC.

Ori Nevo, MD, Toronto (Ont.)

Richard Brown, MD, Montréal (Qc)

Phyllis Glanc, MD, Toronto (Ont.)

Ken Lim, MD, Vancouver (C.-B.)

* Comité d'imagerie diagnostique : Kimberly Butt, MD, Fredericton (N.-B.); Yvonne M. Cargill, MD, Ottawa (Ont.); Nanette Denis, RDMS, CRGS, Saskatoon (Sask.); Johanne Dube, MD, Mont-Royal (Qc); Phyllis Glanc, MD, Toronto (Ont.); Kenneth I. Lim, MD, Vancouver (C.-B.); Kentia Naud (coprésidente), MD, Edmonton (Alb.); Ori Nevo (coprésident), MD, Toronto (Ont.); Mila Smithies, MD, Halifax (N.-É.). Tous les auteurs principaux nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Mots clés : premier trimestre, échographie, anomalie fœtale, endovaginal

Auteur ressource : Dr Ori Nevo, Sunnybrook Health Sciences Centre, Maternal Fetal Medicine, Toronto (Ont.).
ori.nevo@sunnybrook.ca

Résumé

Objectif : Cette directive clinique présente une mise à jour technique fondée sur des données probantes ainsi que des recommandations sur l'exécution d'un examen échographique précoce et exhaustif de l'anatomie fœtale (EEPEAF) entre 11 et 16 semaines de gestation.

Options : Un examen précoce et exhaustif de l'anatomie fœtale pourrait convenir aux patientes chez qui le risque d'anomalies fœtales est élevé, qui tireraient avantage d'une détection précoce, ou chez qui les examens d'imagerie transabdominale conventionnels du deuxième trimestre pourraient être difficiles à réaliser.

Résultats : Cette pratique peut permettre de repérer les anomalies fœtales plus tôt et de fournir des options d'intervention précoce chez les populations à risque élevé et les femmes chez qui les examens d'imagerie transabdominale conventionnels pourraient être difficiles à réaliser.

Population cible : Patientes d'obstétrique chez qui les examens d'imagerie transabdominale conventionnels seront difficiles à réaliser et patientes chez qui le risque d'anomalies fœtales majeures est élevé.

Données : Nous avons examiné des études publiées récupérées au moyen de recherches dans PubMed et Medline en 2016 à l'aide de mots-clés. Nous n'avons tenu compte que des résultats provenant d'essais cliniques contrôlés, de revues et d'études observationnelles de langue anglaise. Aucune restriction de date n'a été imposée. Les recherches ont été refaites et les résultats ont été incorporés à la directive clinique de 2016. Nous avons également étudié la littérature grise (non publiée) trouvée sur les sites Web d'organismes d'évaluation des technologies de la santé, dans des directives cliniques, et obtenue auprès d'associations nationales et internationales de médecins spécialistes. Aucune étude pertinente n'a été trouvée.

J Obstet Gynaecol Can 2017;39(12):1212–1220

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.09.009>

Copyright © 2017 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

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'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs 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.

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

Méthodes de validation : Le contenu et les recommandations ont été rédigés et acceptés par les auteurs principaux. Le conseil d'administration de la SOGC a approuvé la version finale avant publication. La qualité des données probantes a été évaluée au moyen des critères de l'approche GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*).

Avantages, inconvénients et/ou coûts : Étant donné les avantages de l'intervention précoce, nous prévoyons une augmentation de la détection précoce des anomalies fœtales majeures chez la population cible. Les patientes résidant dans une région où le service n'est pas offert devront se rendre au centre de service le plus proche. L'évaluation précoce de l'anatomie fœtale est sans danger et ne pose aucun risque connu pour la grossesse.

Mise à jour de directives cliniques : Une revue des données probantes sera menée cinq ans après la publication de la présente directive clinique afin de déterminer si une mise à jour complète ou partielle s'impose. Cependant, si de nouvelles données probantes importantes sont publiées avant la fin du cycle de cinq ans, le processus pourrait être accéléré afin que certaines recommandations soient mises à jour rapidement.

Parrains : La présente mise à jour technique a été élaborée à l'aide de ressources financées par la SOGC.

Déclarations sommaires :

1. Le développement des organes du fœtus s'amorce au début du premier trimestre. La majorité des organes sont visibles à l'échographie vers la fin du premier trimestre (élevée).

2. La plupart des anomalies fœtales importantes visibles à l'échographie peuvent être détectées au cours d'un examen échographique précoce de l'anatomie fœtale (élevée).
3. La détection précoce des anomalies fœtales permet aux patientes d'obtenir des conseils, de consulter et de subir des tests génétiques tôt dans la grossesse, et leur donne davantage de temps pour réfléchir aux options de prise en charge qui s'offrent à elles (élevée).

Recommandations :

1. L'examen devrait être effectué par du personnel médical (médecins, technologues ou praticiens spécialisés en échographie) ayant une grande expérience ou une formation approfondie dans la réalisation et l'interprétation de l'examen échographique précoce et exhaustif de l'anatomie fœtale (forte, haute).
2. L'examen peut être réalisé par voie transvaginale ou transabdominale, ou les deux. Le choix de l'approche utilisée repose sur la position du fœtus, l'âge gestationnel et l'expérience du professionnel de la santé (forte, haute).
3. L'examen échographique précoce et exhaustif de l'anatomie fœtale devrait être envisagé entre la 13^e et la 16^e semaine de gestation pour les femmes chez qui le risque d'anomalies fœtales importantes est élevé ou chez qui on prévoit qu'il sera difficile de réaliser une échographie transabdominale au deuxième trimestre (haute). Cet examen ne remplace pas l'examen systématique ayant lieu entre la 18^e et la 22^e semaine de grossesse.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8781906>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8781906>

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