

COMPTE-RENDU D'ÉCHOGRAPHIE MINIMUM EN GYNÉCOLOGIE

Date de validation : 15/01/2016	Rédigée par : Gilles Grangé
Date de diffusion : 05/02/2016	
Version : 1	Vérifiée par : Françoise Vendittelli
Total pages : 19	Validée par : le Conseil d'administration du CNGOF

Les sociétés savantes et associations représentées ci-dessous ont participé à l'élaboration de cette directive qualité :

- **CNGOF** (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)
- **AGOF** (Association des gynécologues et obstétriciens en formation)
- **AUDIPOG** (Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie)
- **CFEF** (Collège français d'échographie fœtale)
- **CNSF** (Collège national des sages-femmes de France)
- **DIU** d'échographie en gynécologie et obstétrique
- **FNMR** (Fédération nationale des médecins radiologues)
- **SFAUMB** (Société francophone pour l'application des ultrasons en médecine et en biologie)
- **SFG** (Société française de gynécologie)
- **SFR** (Société Française de Radiologie)
- **SIFEM** (Société d'imagerie de la femme)
- Associations d'usagers : **Fibrome info France** et **Familles rurales**

1. Préambule

Le CNGOF a saisi en février 2015 sa « commission échographie » dans le but d'établir, en association avec les autres sociétés savantes françaises concernées, une directive qualité pour un compte-rendu d'échographie minimum en gynécologie.

Le Professeur Bernard Hédon, président du CNGOF, a demandé que les objectifs généraux de cette directive qualité soient de déterminer les grands cadres cliniques de l'échographie gynécologique en précisant :

- les pré-requis machine ;
- les nécessités de formation initiale et/ou continue ;
- les processus d'assurance qualité ;

et de déterminer pour chaque grand cadre :

- le compte-rendu minimum ;
- l'imagerie minimum ;
- l'information patiente ;
- les mesures liées à la prévention des infections ;
- les mesures protégeant l'intimité des patientes et la confidentialité.

Le groupe suivant a été constitué :

Aly Abbara (Longjumeau, CNGOF), Yves Ardaens (Lille, SFR), Anne Badoux (Paris, Familles Rurales), Marc Bazot (Paris), Guillaume Benoist (Caen), Jean-Pierre Bernard (Paris), Marie Blouet (Caen), Philippe Bouhanna (Paris, CNGOF), Philippe Bourgeot (Villeneuve-d'Ascq), Bernard Broussin (Bordeaux), Perrine Capmas (le Kremlin-Bicêtre), Danièle Combourieu (Lyon, CFEF), Philippe Coquel (Marignane, SFR FNMR), Joël Crequat (Paris, SFAUMB), Xavier Deffieux (Clamart), Marc Dommergues (Paris, CNGOF), Arnaud Fauconnier (Poissy), Hervé Fernandez (le Kremlin-Bicêtre), Olivier Graesslin (Reims, CNGOF), Gilles Grangé (Paris, DIU échographie), Bernard Guérin-du-Masgenêt (Tourcoing), Béatrice Guigues (Caen, CNGOF), Lucie Guilbaud (Paris, AGOF), Guillaume Legendre (Angers), Jean-Marc Levailant (Créteil, CNGOF), Lorraine Maitrot (Paris), Dominique Marchal-André (Grenoble), Maryannick Maupin (Caen), Angèle Mbarga (Paris, Fibrome info France), Anne-Élodie Millischer-Bellaïche (Paris, SFR), Gérard Ndayizamba (Cherbourg, CNGO), Nicolas Perrot (Paris, SIFEM SFR), Violaine Peyronnet (Paris, AGOF), Geneviève Plu-Bureau (Paris, SFG), Laurent Salomon (Paris, DIU échographie), Catherine Sciot (Paris), Isabelle Thomassin (Paris, SIFEM SFR), Françoise Vendittelli (Clermont-Ferrand, CNGOF, AUDIPOG), Emmanuelle Vintejou (Montpellier), Philippe Viossat (Grenoble, CNSF), Norbert Winer (Nantes, DIU échographie).

Iconographie : Philippe Viossat.

2. Méthode de travail

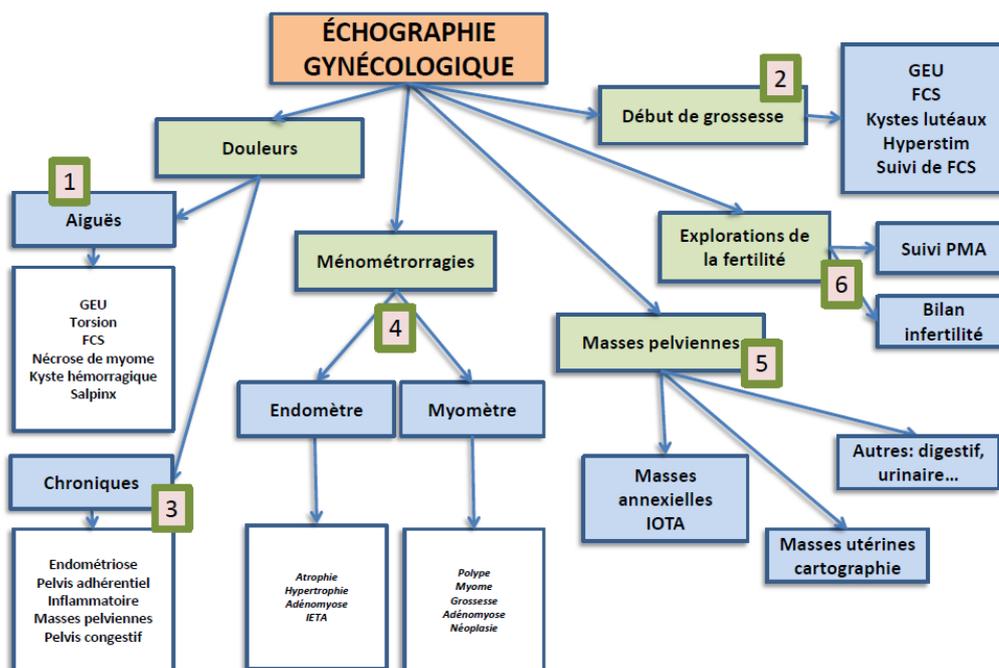
La première réunion des participants a eu lieu le 15 avril 2015. Puis un travail par internet sur des documents communs a été réalisé. Un sondage sur les différents items pour s'accorder sur l'essentiel a ensuite été entrepris, une première fois pour le compte-rendu minimum de base et une deuxième fois pour cinq autres.

Une deuxième réunion a été organisée pour relire le travail le 13 novembre 2015.

La présentation de ce travail a eu lieu au congrès du CNGOF le 3 décembre 2015, puis à son Conseil d'administration le 15 janvier 2016 pour publication.

La première réunion a recherché la meilleure façon de répondre à la mission.

① La première question a été de se déterminer pour choisir de travailler par signe d'appel clinique ou par organe. Une arborescence de l'échographie gynécologique a été élaborée.



Les CR correspondants : début de grossesse [2] – pathologies annexielles [5] – pathologies du myomètre [3] – pathologies endométriales et intracavitaires [4] – bilan infertilité [6] – (suivi de stimulation) – contrôle DIU [7]

- ② Les modalités de travail du groupe ont été définies : il a été décidé de donner des outils pour décrire les images mais pas de les interpréter ni de donner des conduites à tenir ; il n'y a pas d'arbre diagnostic dans ce travail.
- ③ Le groupe a pris acte que l'échographie gynécologique n'est pas une échographie de dépistage.
- ④ Le groupe ne souhaite pas se saisir cette fois-ci du bilan échographique de l'infertilité, ni de la surveillance des contraceptions, des algies pelviennes, de l'endométriose, des malformations utérines, des isthmocèles. Ont été exclues : l'hystérosonographie, l'élastographie, l'imagerie 3D et l'échographie de fusion.
- ⑤ Le groupe garde comme objectif six comptes-rendus à élaborer :
- Le modèle de base
 - Le myomètre
 - L'endomètre
 - Les annexes
 - Le début de grossesse
 - Les urgences

3. Résultats

(Voir les différents comptes-rendus en annexe 1)

➤ **LE MODÈLE DE BASE**

Trente et un participants ont travaillé sur le modèle de base.

Les points de discussion du groupe ont été la nécessité ou pas de faire figurer :

- Le prescripteur : oui
- La mesure de la longueur de l'utérus : oui, conseillée
- La mesure de la largeur de l'utérus : non
- L'évaluation du volume de l'épanchement : subjective
- Le Doppler systématique : non

Identification du praticien effectuant l'échographie :

- Nom
- Prénom
- Adresse
- Téléphone

Identification de la patiente :

- Nom
- Prénom
- Date de naissance

Identification du demandeur de l'examen s'il n'est pas le praticien lui-même

Indication de la machine utilisée :

- Marque
- Type
- Date de première mise en circulation

Informations initiales :

- Date de l'examen
- Date des dernières règles (ou jour du cycle) ou ménopause oui/non
- Indication de l'examen
- Voie d'abord utilisée : abdominale et/ou endocavitaire
- Difficultés techniques oui/non ; si oui, dire lesquelles

Contenu de l'examen :

UTÉRUS

- Antéversé/rétroversé/intermédiaire
- Mesure de l'épaisseur de l'utérus sur une coupe sagittale
- Mesure de la longueur de l'utérus avec le col (avec une correction de l'angle) sur une coupe sagittale (cette mesure est conseillée)
- Contours réguliers oui/non
- Aspect homogène oui/non

ENDOMÈTRE

- Mesure de l'épaisseur de l'endomètre (en cas de présence de liquide intra-cavitaire, signaler que la mesure de l'endomètre est l'addition de son épaisseur antérieure et postérieure)
- Présence d'une image d'addition endométriale oui/non
- Aspect homogène oui/non
- Aspect compatible avec le jour du cycle ou le statut hormonal oui/non

OVAIRES

- Deux ovaires visibles oui/non
- Si un ovaire est non visualisé, indiquer le côté
- Présence d'une image kystique ovarienne (> 30 mm) ou latéro-utérine oui/non
- Mesure du plus grand axe de chaque ovaire

ÉPANCHEMENT

- Oui/non
- Si oui, localisation

Conclusion :

Elle doit être succincte, descriptive, permettant de répondre à l'indication.
Elle peut proposer un diagnostic

Iconographie jointe :

- Coupe sagittale utérine contenant le col et la mesure de l'épaisseur de l'utérus
- Chaque ovaire visualisé
- Épanchement s'il existe
- Toute autre mesure effectuée



LE MYOMÈTRE

Dix-sept participants ont travaillé sur le compte-rendu concernant le myomètre.

Les points de discussion ont été :

- La mesure systématique de l'épaisseur de la paroi antérieure et de la paroi postérieure de l'utérus sur une coupe sagittale : non
- Devant des myomes utérins, la coupe frontale de l'utérus reconstruite par le 3d : non
- Devant un utérus myomateux, la précision sur le retentissement rénal : non
- L'analyse de la jonction endomètre/myomètre et notamment la continuité ou non du halo hypoéchogène (évocateur d'adénomyose) : non

Ce qui est ajouté au modèle de base concernant le myomètre :

Flexion de l'utérus : rétrofléchi, antéfléchi

Mesure de la largeur de l'utérus sur une coupe transversale

Impression d'asymétrie oui/non

Si oui : mesure de l'épaisseur de la paroi antérieure et de la paroi postérieure de l'utérus
Sur une coupe sagittale

Si hétérogène :

- Aspect strié oui/non,
- Présence de plages anéchogènes oui/non
- Flexion de l'utérus : rétrofléchi, antéfléchi

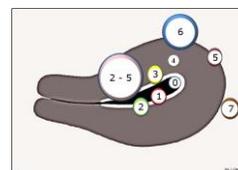
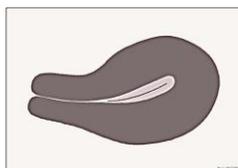
- Mesure de la largeur de l'utérus sur une coupe transversale
- Flexion de l'utérus : rétrofléchi, antéfléchi
- Mesure de la largeur de l'utérus sur une coupe transversale
- Présence de nodules oui/non
- Si oui :
 - nombre de nodules
 - précision du plus grand diamètre des nodules
 - précision de l'homogénéité ou non des nodules
 - Précision sur l'échogénicité des nodules
 - Étude de la vascularisation en mode Doppler couleur

Présence de myomes oui/non

Si oui :

- Précision du type selon la classification FIGO
- Présence d'un schéma de coupe sagittale de l'utérus pour localiser chacun et la cavité utérine si possible
- Présence d'un schéma de la coupe frontale de l'utérus pour localiser chacun et la cavité utérine si possible (ce schéma est conseillé)

Devant un myome de type 2 et 3 de la classification FIGO : mesure du mur postérieur



➤ L'ENDOMÈTRE

Dix-huit participants ont travaillé sur l'endomètre.

Les points de discussion ont été :

- Aurait-il fallu établir deux comptes-rendus séparés : un pour la période d'activité génitale et un pour la période de la ménopause ? non
- En cas de présence de liquide intra-cavitaire, il convient de décrire son échogénicité : non

Ce qui est ajouté au modèle de base concernant l'endomètre :

Préciser si la patiente a un traitement hormonal

Préciser la mesure de la largeur de l'utérus

Décrire la ligne cavitaire : visible oui/non ; si oui : sur toute sa surface/longueur : oui/non, linéaire, irrégulière

Présence de liquide intra-cavitaire oui/non ; si oui : en mesurer l'épaisseur maximale sur une coupe sagittale

Décrire l'échogénicité de l'endomètre : homogène, hétérogène, asymétrique, kystique et contour de l'endomètre régulier oui/non

En cas d'image d'addition, il faut décrire :

- Ses mesures dans les trois plans
- Son échogénicité
- Son aspect homogène ou non
- Son aspect au Doppler couleur

La mesure de la distance inter-ostiale est conseillée

➤ LES ANNEXES

Dix-huit participants ont travaillé sur les annexes.

Les points de discussion ont été :

- Il convient d'ajouter si l'examen est douloureux : oui
- Il convient de signaler s'il s'agit de SOPK connu : non traité ici
- Faire figurer dans le modèle de base le nombre de follicules : non

Ce qui est ajouté au modèle de base concernant les annexes :

Mesurer la *largeur de l'utérus*

Examen particulièrement *douloureux* oui/non

Mesurer les *ovaires* par les deux plus grands axes

Position latéro-utérine des ovaires oui/non

Annexe ou masse annexielle : mobile oui/non

Si épanchement :

Cloisonné oui/non

Masse annexielle oui/non

Si oui :

- Topographie
- Mesure dans les trois axes
- Aspect *
- Echogénicité **
- Aspect de la paroi : régulier oui/non
- Existence d'une végétation : oui/non;

Si oui : décrire et mesurer

- Présence de cône(s) d'ombre
- Préciser la cartographie au Doppler couleur
- Présence d'un parenchyme ovarien résiduel : oui/non

* Il est possible de s'aider des **outils du IOTA** pour ce paramètre :
uniloculaire/solide/uniloculaire solide/multiloculaire/
multiloculaire solide
si aspect solide : mesure de la plus grande partie solide

** Il est possible de s'aider des **outils du IOTA** pour ce paramètre :
anéchoïque/peu échogène/verre dépoli/
aspect hémorragique/mixte

➤ CR URGENCES, β hcg NÉGATIFS

Vingt et un participants ont travaillé sur le compte-rendu Urgences, β hcg négatifs.

Les points de discussion ont été :

- Difficulté à différencier le compte-rendu écho de la consultation complète aux urgences
- Biométries utérines dans ce contexte de l'urgence : non

Ce qui est ajouté au modèle de base concernant les situations d'urgence avec β hcg négatifs :

Identification

Fonction de la personne faisant l'examen : interne/chef de garde/échographiste...

Nom du senior responsable (si différent)

Identification de la structure hospitalière si aux urgences

Contexte

Heure de l'examen (contexte d'urgence)

Traitements en cours pris par la patiente: contraception/antibiotiques...

Voie d'abord

Voie d'abord: abdominale dans un premier temps puis endovaginale après accord de la patiente

Et hors contre-indication

Voie abdominale
Espace de morisson : épanchement oui/non

Voie endocavitaire :
Hématométrie oui/non

Si épanchement : estimation d'un volume : minime/modéré/important

Conclusion:
Nécessité d'une échographie de référence en externe : oui/non

Iconographie :
Espace de morisson par voie abdominale
La coupe sagittale utérine visualise le sac de Douglas
Toute image est pertinente

➤ DÉBUT DE GROSSESSE

Vingt participants ont travaillé sur le compte-rendu pour le début de grossesse.
Le compte-rendu échographique s'appuie sur les RCP de 2014 du CNGOF : pertes de grossesse

Ce qui est ajouté au modèle de base concernant les débuts de grossesse

- Nombre de sacs gestationnels
- Nombre d'embryons visibles
- Activité cardiaque pour chaque embryon oui/non
- Localiser le(s) sac(s) gestationnel(s)
- La mesure du sac gestationnel intra-utérin
Il ne s'effectue qu'en cas d'absence d'embryon visible
Il s'effectue par la mesure des trois axes
Il s'effectue à la limite de la zone anéchogène
- En l'absence d'embryon visible
Vésicule vitelline : oui/non
- La mesure de(s) l'embryon(s)
Elle doit être la longueur crano-caudale en coupe sagittale, en plaçant les calipers de mesure sur le bord externe de la partie crâniale et de la partie caudale de l'embryon

En cas de sac gestationnel intra-utérin
Aspect habituel du trophoblaste : oui/non

La conclusion propose différentes possibilités en accord avec les RPC de 2013 :

- Grossesse intra-utérine (GIU) normalement évolutive de X SA
- GIU d'évolutivité incertaine de X SA
- GIU arrêtée précoce de X SA
- Pour les multiples : préciser la chorionicité
- Grossesse de localisation indéterminée
Avec/sans épanchement intra-abdominal
- Grossesse ectopique (latéralité) (localisation)
Avec/sans épanchement intra-abdominal

L'iconographie
Toute mesure effectuée
Image attestant formellement de la chorionicité si grossesse multiple

4. Information pour la gestion documentaire

Diffusion V1: 05/02/2016	
Validation V1 : 15/01/2016	Pr Hédon pour les membres du conseil d'administration du CNGOF

Annexe : les différents comptes-rendus

COMPTE-RENDU D'ÉCHOGRAPHIE MINIMUM EN GYNÉCOLOGIE

Identification du praticien effectuant l'échographie :

- Nom
- Prénom
- Adresse
- Téléphone

Identification de la patiente :

- Nom
- Prénom
- Date de naissance

Identification du demandeur de l'examen s'il n'est pas le praticien lui-même

Indication de la machine utilisée :

- Marque
- Type
- Date de première mise en circulation

Informations initiales :

- Date de l'examen
- Date des dernières règles (ou jour du cycle) ou ménopause oui/non
- Indication de l'examen
- Voie d'abord utilisée : abdominale et/ou endocavitaire
- Difficultés techniques oui/non
 - Si oui, lesquelles :

Contenu de l'examen :

UTÉRUS

- Antéversé/rétroversé/intermédiaire
- Épaisseur de l'utérus
- Longueur de l'utérus avec le col
- Contours réguliers oui/non
- Aspect homogène oui/non

ENDOMÈTRE

- Épaisseur de l'endomètre
- Présence d'une image d'addition endométriale oui/non
- Aspect homogène oui/non
- Aspect compatible avec le jour du cycle ou le statut hormonal oui/non

OVAIRES

- Deux ovaires visibles oui/non
- Si un ovaire est non visualisé, indiquer le côté
- Présence d'une image kystique ovarienne (>30 mm) ou latéro-utérine oui/non
- Mesure du plus grand axe de chaque ovaire

ÉPANCHEMENT

- Oui/non
- Si oui, localisation

CONCLUSION

**COMPTE-RENDU D'ÉCHOGRAPHIE MINIMUM EN GYNÉCOLOGIE
PATHOLOGIES MYOMÉTRIALES****Identification du praticien effectuant l'échographie :**

- Nom
- Prénom
- Adresse
- Téléphone

Identification de la patiente :

- Nom
- Prénom
- Date de naissance

Identification du demandeur de l'examen s'il n'est pas le praticien lui-même**Indication de la machine utilisée :**

- Marque
- Type
- Date de première mise en circulation

Informations initiales :

- Date de l'examen
- Date des dernières règles (ou jour du cycle) ou ménopause oui/non
- Indication de l'examen
- Voie d'abord utilisée : abdominale et/ou endocavitaire
- Difficultés techniques oui/non
 - Si oui, lesquelles :

Contenu de l'examen :**UTÉRUS**

- Antéversé/rétroversé/intermédiaire
- Rétrofléchi/antéfléchi
- Épaisseur de l'utérus
- Longueur de l'utérus
- Largeur de l'utérus
- Contours réguliers oui/non

Impression d'asymétrie oui/non

Si oui : mesure de l'épaisseur de la paroi antérieure et de la paroi postérieure de l'utérus sur une coupe sagittale

- Aspect homogène oui/non

Si hétérogène :

- Aspect strié oui/non
- Présence de plages anéchogènes oui/non
- Flexion de l'utérus : rétrofléchi, antéfléchi
- Mesure de la largeur de l'utérus sur une coupe transversale
- Flexion de l'utérus : rétrofléchi, antéfléchi
- Mesure de la largeur de l'utérus sur une coupe transversale
- Présence de nodules oui/non

Si oui :

- Nombre de nodules
- Précision du plus grand diamètre des nodules
- Précision de l'homogénéité ou non des nodules
- Précision sur l'échogénicité des nodules
- Étude de la vascularisation en mode Doppler couleur

Présence de myomes oui/non

Si oui :

- Précision du type selon la classification FIGO
- Présence d'un schéma de coupe sagittale de l'utérus pour localiser chacun et la cavité utérine si possible
- Présence d'un schéma de la coupe frontale de l'utérus pour localiser chacun et la cavité utérine si possible (ce schéma est conseillé)

Devant un myome de type 2 et 3 de la classification FIGO : mesure du mur postérieur

ENDOMÈTRE

- Mesure de l'épaisseur de l'endomètre
- Présence d'une image d'addition endométriale oui/non
- Aspect homogène oui/non
- Aspect compatible avec le jour du cycle ou le statut hormonal oui/non

OVAIRES

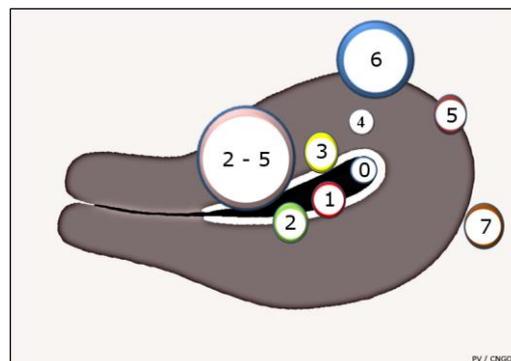
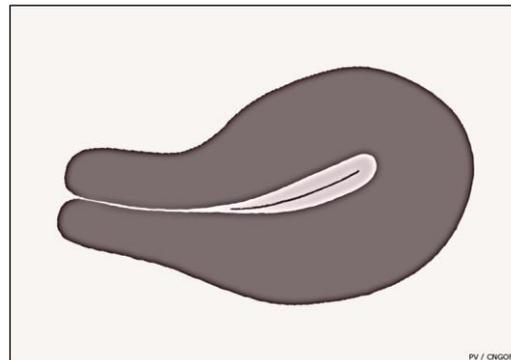
- Deux ovaires visibles oui/non
- Si un ovaire est non visualisé, indiquer le côté
- Présence d'une image kystique ovarienne (>30 mm) ou latéro-utérine oui/non
- Mesure du plus grand axe de chaque ovaire

ÉPANCHEMENT

- Oui/non
- Si oui, localisation

CONCLUSION

ICONOGRAPHIE



COMPTE-RENDU D'ÉCHOGRAPHIE MINIMUM EN GYNÉCOLOGIE PATHOLOGIES ENDOMÉTRIALES

Identification du praticien effectuant l'échographie :

- Nom
- Prénom
- Adresse
- Téléphone

Identification de la patiente :

- Nom
- Prénom
- Date de naissance

Identification du demandeur de l'examen s'il n'est pas le praticien lui-même

Indication de la machine utilisée :

- Marque
- Type
- Date de première mise en circulation

Informations initiales :

- Date de l'examen
- Date des dernières règles (ou jour du cycle) ou ménopause oui/non
- Traitement hormonal : oui/non
 - Si oui, lequel :
- Indication de l'examen
- Voie d'abord utilisée : abdominale et/ou endocavitaire
- Difficultés techniques oui/non
 - Si oui, lesquelles :

Contenu de l'examen :

UTÉRUS

- Antéversé/rétroversé/intermédiaire
- Épaisseur de l'utérus
- Longueur de l'utérus avec le col
- Largeur de l'utérus
- Contours réguliers oui/non
- Aspect homogène oui/non

ENDOMÈTRE

- Épaisseur de l'endomètre
- Aspect homogène oui/non
- Aspect compatible avec le jour du cycle ou le statut hormonal oui/non

Décrire la ligne cavitaire :

Visible oui/non :

Si oui, sur toute sa surface/longueur : oui/non

Ligne cavitaire : linéaire, irrégulière

Présence de liquide intra-cavitaire oui/non

Si oui : en mesurer l'épaisseur maximale sur une coupe sagittale

Décrire l'échogénicité de l'endomètre :

Homogène, hétérogène, asymétrique, kystique

Contour de l'endomètre régulier oui/non

- Image d'addition oui/non

En cas d'image d'addition, il faut décrire :

- Ses mesures dans les 3 plans
- Son échogénicité
- Son aspect homogène ou non
- Son aspect au Doppler couleur
- La mesure de la distance inter-ostiale est conseillée

La mesure de la distance inter-ostiale est conseillée

OVAIRES

- Deux ovaires visibles oui/non
- Si un ovaire est non visualisé, indiquer le côté
- Présence d'une image kystique ovarienne (>30 mm) ou latéro-utérine oui/non
- Mesure du plus grand axe de chaque ovaire

ÉPANCHEMENT

- Oui/non
- Si oui, localisation

CONCLUSION

**COMPTE-RENDU D'ECHOGRAPHIE MINIMUM EN GYNECOLOGIE
PATHOLOGIES ANNEXIELLES**

Identification du praticien effectuant l'échographie :

- Nom
- Prénom
- Adresse
- Téléphone

Identification de la patiente :

- Nom
- Prénom
- Date de naissance

Identification du demandeur de l'examen s'il n'est pas le praticien lui-même

Indication de la machine utilisée :

- Marque
- Type
- Date de première mise en circulation

Informations initiales :

- Date de l'examen
- Date des dernières règles (ou jour du cycle) ou ménopause oui/non
- Indication de l'examen
- Voie d'abord utilisée : abdominale et/ou endocavitaire
- Difficultés techniques oui/non
Si oui, lesquelles :

Contenu de l'examen :

UTÉRUS

- Antéversé/rétroversé/intermédiaire
- Épaisseur de l'utérus
- Longueur de l'utérus avec le col
- Largeur de l'utérus
- Contours réguliers oui/non
- Aspect homogène oui/non

ENDOMÈTRE

- Épaisseur de l'endomètre
- Présence d'une image d'addition endométriale oui/non
- Aspect homogène oui/non
- Aspect compatible avec le jour du cycle ou le statut hormonal oui/non

OVAIRES

- Deux ovaires visibles oui/non
- Si un ovaire est non visualisé, indiquer le côté
- Mesure des ovaires par les deux plus grands axes
- Position latéro-utérine des ovaires oui/non

MASSE ANNEXIELLE oui/non

Si oui :

- Topographie
- Mesure dans les 3 axes
- Aspect *
- Echogénicité **
- Aspect de la paroi : régulier oui/non
- Existence d'une végétation : oui/non;
Si oui : décrire et mesurer
- Présence de cône(s) d'ombre oui/non
- Préciser la cartographie au Doppler couleur
- Présence d'un parenchyme ovarien résiduel : oui/non

Annexe ou masse annexielle : mobile oui / non

ÉPANCHEMENT

- Oui/non

Si oui, localisation

Cloisonné oui / non

Examen particulièrement douloureux oui / non

CONCLUSION

* Il est possible de s'aider des **outils du IOTA** pour ce paramètre :
uniloculaire/solide/uniloculaire
solide/multiloculaire/ multiloculaire solide
si aspect solide : mesure de la plus grande partie solide

** Il est possible de s'aider des **outils du IOTA** pour ce paramètre :
anéchoïque/peu échogène/verre
dépoli/aspect hémorragique / mixte

**COMPTE-RENDU D'ECHOGRAPHIE MINIMUM EN GYNECOLOGIE
CR URGENCES, β hcg NEGATIFS**

Identification du praticien effectuant l'échographie :

- Nom
- Prénom
- Adresse
- Téléphone

Fonction de la personne faisant l'examen : interne/chef de garde/échographiste...

Nom du senior responsable (si différent)

Identification de la structure hospitalière si aux urgences

Identification de la patiente :

- Nom
- Prénom
- Date de naissance

Identification du demandeur de l'examen s'il n'est pas le praticien lui-même

Indication de la machine utilisée :

- Marque
- Type
- Date de première mise en circulation

Informations initiales :

- Date de l'examen
- Heure de l'examen (contexte d'urgence)
- Date des dernières règles (ou jour du cycle) ou ménopause oui/non
- Indication de l'examen
- Traitements en cours pris par la patiente : contraception/antibiotiques...
- Voie d'abord : abdominale dans un premier temps puis endovaginale après accord de la patiente et hors contre-indication
- Difficultés techniques oui/non
Si oui, lesquelles :

Contenu de l'examen :

UTÉRUS

- Antéversé/rétroversé/intermédiaire
- Contours réguliers oui/non
- Aspect homogène oui/non

ENDOMÈTRE

- Présence d'une image d'addition endométriale oui/non
- Aspect homogène oui/non
- Aspect compatible avec le jour du cycle ou le statut hormonal oui/non

OVAIRES

- Deux ovaires visibles oui/non
- Si un ovaire est non visualisé, indiquer le côté
- Présence d'une image kystique ovarienne (>30 mm) ou latéro-utérine oui/non

ÉPANCHEMENT

- Oui/non
Si oui, localisation
- Estimation d'un volume : minime/modéré/important

VOIE ABDOMINALE

Espace de Morisson : épanchement oui/non

VOIE ENDOCAVITAIRE

Hématométrie oui/non

CONCLUSION

Nécessité d'une échographie de référence en externe : oui/non

ICONOGRAPHIE

Espace de Morisson par voie abdominale

La coupe sagittale utérine visualise le sac de Douglas

Toute image est pertinente

**COMPTE-RENDU D'ÉCHOGRAPHIE MINIMUM EN GYNÉCOLOGIE
DÉBUT DE GROSSESSE
(avant l'échographie obstétricale du premier trimestre)**

Identification du praticien effectuant l'échographie :

- Nom
- Prénom
- Adresse
- Téléphone

Identification de la patiente :

- Nom
- Prénom
- Date de naissance

Identification du demandeur de l'examen s'il n'est pas le praticien lui-même

Indication de la machine utilisée :

- Marque
- Type
- Date de première mise en circulation

Informations initiales :

- Date de l'examen
- Date des dernières règles (ou jour du cycle) ou ménopause oui/non
- Indication de l'examen
- Voie d'abord utilisée : abdominale et/ou endocavitaire
- Difficultés techniques oui/non
Si oui, lesquelles :

Contenu de l'examen

UTÉRUS

- Antéversé/rétroversé/intermédiaire
- Épaisseur de l'utérus
- Longueur de l'utérus avec le col
- Contours réguliers oui/non
- Aspect homogène oui/non

CONTENU UTÉRIN

- Nombre de sacs gestationnels
- Nombre d'embryons visibles
- Activité cardiaque pour chaque embryon oui/non
- Localiser le(s) sac(s) gestationnel(s)
- Mesure du sac gestationnel intra-utérin
- Il ne s'effectue qu'en cas d'absence d'embryon visible
- Il s'effectue par la mesure des trois axes
- Il s'effectue à la limite de la zone anéchogène
- En l'absence d'embryon visible
Vésicule vitelline : oui/non
- La mesure de(s) l'embryon(s)
Elle doit être la longueur cranio-caudale en coupe sagittale, en plaçant les calipers de mesure sur le bord externe de la partie crâniale et de la partie caudale de l'embryon
- Aspect habituel du trophoblaste : oui/non

OVAIRES

- Deux ovaires visibles oui/non
- Si un ovaire est non visualisé, indiquer le côté
- Présence d'une image kystique ovarienne (>30 mm) ou latéro-utérine oui/non
- Mesure du plus grand axe de chaque ovaire

ÉPANCHEMENT

- Oui/non
Si oui, localisation

CONCLUSION

Différentes possibilités en accord avec les RPC de 2013 :

- Grossesse intra-utérine (GIU) normalement évolutive de X SA
- GIU d'évolutivité incertaine de X SA
- GIU arrêtée précoce de X SA
- Pour les multiples : préciser la chorionicité
- Grossesse de localisation indéterminée avec/sans épanchement intra-abdominal
- Grossesse ectopique (latéralité) (localisation) avec/sans épanchement intra-abdominal

L'ICONOGRAPHIE

Toute mesure effectuée

Image attestant formellement de la chorionicité si grossesse multiple