



Problème clinique ou de diagnostic	Examen	Recommandations (Niveau)	Dose	Commentaires
I01. Dépistage au cours de la grossesse	ÉCHO	Indiqué [B]	0	<p>Le dépistage au début d'une grossesse permet de dater avec précision la grossesse en mesurant la distance vertex-coccyx totale. Ainsi, le nombre d'interventions chez les bébés nés à terme ou après terme peut être réduit. L'échographie peut préciser le nombre d'embryons, ainsi que la chorionicité et l'amnionicité, et améliorer les résultats d'une grossesse multiple. L'échographie détermine avec précision la mort fœtale.</p> <p>L'échographie du premier trimestre est importante dans le dépistage des aneuploïdies afin de confirmer les dates et la mesure de la clarté nucale (CN) par des opérateurs agréés. On mesure la clarté nucale entre la 11^e et la 14^e semaine de grossesse.</p> <p>Il est recommandé de réaliser une échographie à 18-20 semaines afin d'examiner l'anatomie fœtale. Toutefois, le dépistage à ce stade ne semble pas modifier la mortalité périnatale sauf dans les cas d'interruption de grossesse en raison d'une anomalie fœtale significative et dans les cas où une intervention thérapeutique fœtale ou l'envoi vers un service pour grossesse à haut risque s'est avéré utile. L'échographie est fiable pour l'évaluation du placenta prævia et la mise en évidence de retard de croissance intra-utérin, d'incompétence cervicale et de mort fœtale à tous les stades de grossesse.</p>
I02. Évaluation et prise en charge d'une grossesse à haut risque	ÉCHO	Indiqué [A]	0	<p>L'échographie joue un rôle important dans le cadre des soins spécialisés associés aux grossesses à haut risque. L'échographie intégrant une évaluation Doppler est primordiale pour réaliser en toute sécurité une procédure d'intervention ou thérapeutique comme l'amniocentèse, le prélèvement sanguin fœtal et les transfusions au cours de la grossesse.</p>
I03. Soupçon de grossesse	ÉCHO	Non indiqué	0	<p>Rien ne démontre qu'il est approprié de recourir à une échographie pour diagnostiquer une grossesse. À cet égard, le test permettant d'établir le taux d'hCG est la modalité qui convient le mieux.</p>
I04. Symptômes au début de la grossesse	ÉCHO	Indiqué [C]	0	<p>L'échographie est indiquée si des symptômes, tels que douleur, saignements vaginaux et vomissements excessifs, apparaissent au début de la grossesse.</p>
I05. Datation de la grossesse	ÉCHO	Indiqué [B]	0	<p>L'échographie peut être utilisée au cours du premier trimestre pour dater avec précision la grossesse si les dates de menstruation sont incertaines ou pour confirmer les dates en cas de doute clinique.</p>



Problème clinique ou de diagnostic	Examen	Recommandations (Niveau)	Dose	Commentaires
106. Possibilité de grossesse non viable	ÉCHO	Indiqué [C]	0	<p>Lors d'une grossesse normale, l'embryon devrait être présent lorsque le diamètre moyen du sac gestationnel atteint > 16 mm et les battements du cœur de l'embryon devraient être perçus lorsque la longueur vertex-coccyx atteint >5 mm. L'absence de tels résultats peut indiquer une grossesse non viable. Toutefois, les résultats doivent être mis en corrélation avec les taux d'hCG. Lors d'une grossesse normale, le temps de doublement de l'hCG est d'environ deux jours. Lors d'une grossesse non viable, le taux d'hCG diminue.</p> <p>S'il s'agit d'une grossesse désirée, une deuxième ÉCHO doit être réalisée au cours de la même semaine en cas de doute, avant de procéder à toute autre intervention.</p>
107. Soupçon de grossesse à un site d'implantation inconnu	ÉCHO	Indiqué [B]	0	<p>L'utérus doit être examiné de près pour y déceler la présence d'un sac gestationnel. L'examen devrait montrer un sac gestationnel intra-utérin si le taux d'hCG >2 000 UI, quoique bien des grossesses intra-utérines et extra-utérines soient décelées par échographie à des taux d'hCG bien moindres. Ainsi, si l'examen ne montre pas de sac gestationnel intra-utérin, il faut examiner minutieusement les annexes de l'utérus afin d'y déceler la présence d'une masse. Si l'ÉCHO ne montre aucune grossesse intra-utérine ni extra-utérine, les taux d'hCG doivent faire l'objet d'une mise en corrélation. Chez les patientes qui ont recours à des méthodes de procréation médicalement assistée, les annexes de l'utérus doivent être examinées de près, même en cas de grossesse intra-utérine, puisque l'incidence de grossesses hétérotopiques est beaucoup plus élevée chez ces patientes. Les grossesses ectopiques présentent des taux d'hCG en série variables (ceux-ci peuvent être semblables à ceux d'une grossesse normale, augmenter de manière moins prononcée, diminuer ou encore fluctuer en suivant un modèle d'augmentation, diminution, augmentation).</p>
108. Hémorragie postménopausique : exclure une pathologie endométriale significative	ÉCHO	Indiqué [B]	0	<p>L'endomètre est considéré comme étant anormal si son épaisseur atteint 5 mm et plus; il exige alors un examen clinique plus approfondi. L'épaississement focal de l'endomètre ou la présence d'une masse peut exiger une hystérosonographie ou une hystéroscopie à des fins d'évaluation plus détaillée.</p> <p>Le Doppler peut s'avérer utile pour poser le diagnostic de polype endométrial en mettant en évidence la vascularisation de celui-ci.</p>



Problème clinique ou de diagnostic	Examen	Recommandations (Niveau)	Dose	Commentaires
I10. Douleur pelvienne aiguë (femmes en âge de procréer) (Consulter aussi G12, G20)	ÉCHO	Indiqué [C]	0	L'association de l'échographie transabdominale et transvaginale est souvent nécessaire. L'échographie doit confirmer la présence d'une lésion et déterminer l'organe en cause. L'échographie transvaginale doit être utilisée pour mieux caractériser la morphologie interne de la lésion. L'IRM représente la meilleure exploration de deuxième intention. Bien que l'utilisation de la TDM soit encore très répandue, elle n'est pas recommandée chez les patientes en période préménopausique.
	TDM	Examen spécialisé [B]	☹☹☹	Le spécialiste peut commander une TDM à des fins d'examen plus détaillé pour évaluer les masses pelviennes et d'autres affections comme les abcès. Toutefois, il vaut mieux ne pas soumettre les patientes en âge de procréer à cet examen.
	IRM	Examen spécialisé [B]	0	Peut être utile pour repérer les foyers les plus significatifs de l'endométriose ou d'autres affections ovariennes lorsque l'échographie n'est pas concluante.
I11. Perte de DIU	ÉCHO	Indiqué [C]	0	Pour confirmer ou infirmer la présence d'un DIU dans l'utérus et en déterminer l'emplacement. L'échographie 3D avec reconstruction coronale est efficace pour déterminer l'emplacement du DIU.
	RX du bassin	Indiqué seulement dans des cas précis [C]	☹ – ☹☹	Indiqué seulement si l'échographie ne montre pas de DIU dans l'utérus.
I12. Fausses couches répétées	ÉCHO	Indiqué [C]	0	Mettra en évidence les problèmes utérins significatifs, qu'ils soient congénitaux ou acquis; elle est également utile pour identifier les affections ovariennes. L'échographie 3D avec reconstruction coronale est efficace pour détecter les anomalies congénitales de l'utérus.
	IRM	Examen spécialisé [C]	0	Complémentaire à l'échographie pour l'étude de l'anatomie de l'utérus.



Problème clinique ou de diagnostic	Examen	Recommandations (Niveau)	Dose	Commentaires
I13. Infertilité (de base)	ÉCHO	Indiqué [C]	0	L'échographie doit servir à confirmer le caractère normal de l'utérus et des ovaires.
I14. Soupçon de disproportion céphalopelvienne	Radio pelvimétrie	Non indiqué [B]	☠☠	On remet de plus en plus en question la nécessité de procéder à une pelvimétrie. Les politiques locales doivent être établies de concert avec les obstétriciens. L'IRM ou la TDM doivent être utilisées dans la mesure du possible.
	IRM/TDM	Examen spécialisé [C]	0/☠	L'IRM est préférable puisqu'elle évite une exposition aux rayonnements. La dose associée à la TDM est généralement plus faible que celle associée à la radio pelvimétrie habituelle.
I15. Kyste de l'ovaire	ÉCHO	Indiqué dans des cas précis	0	<p>L'échographie est la modalité d'imagerie de premier abord appropriée pour le suivi d'un kyste ovarien simple, selon les indications suivantes : les kystes mesurant plus de 5 cm, mais moins de 7 cm, chez les femmes en âge de procréer ou les kystes mesurant plus de 1 cm, mais au plus 7 cm, chez les femmes postménopausiques doivent faire l'objet d'un suivi annuel; les kystes de moindre taille n'exigent pas de suivi; les kystes hémorragiques de plus de 5 cm doivent faire l'objet d'un examen de suivi après 6 à 12 semaines, à une étape différente du cycle menstruel.</p> <p>Chez les patientes présentant des douleurs pelviennes et des kystes hémorragiques de moins de cinq centimètres, une échographie de suivi est recommandée afin d'exclure l'endométriase.</p>
I16. Syndrome des ovaires polykystiques	ÉCHO	Non indiqué	0	On obtient le diagnostic définitif de ce syndrome à l'aide d'examens de laboratoire. Bien que certaines patientes atteintes du syndrome des ovaires polykystiques présentent des anomalies sonographiques caractéristiques, toutes n'obtiennent pas ce genre de résultats.

Lignes directrices à venir :

- I17. Hémorragie préménopausique
- I18. Imagerie de la clarté nucale
- I19. Suivi d'une grossesse gémellaire