



Que doit figurer dans le CR d'échographie gynécologique?

DR MARIE ZILLIOX-JAMET

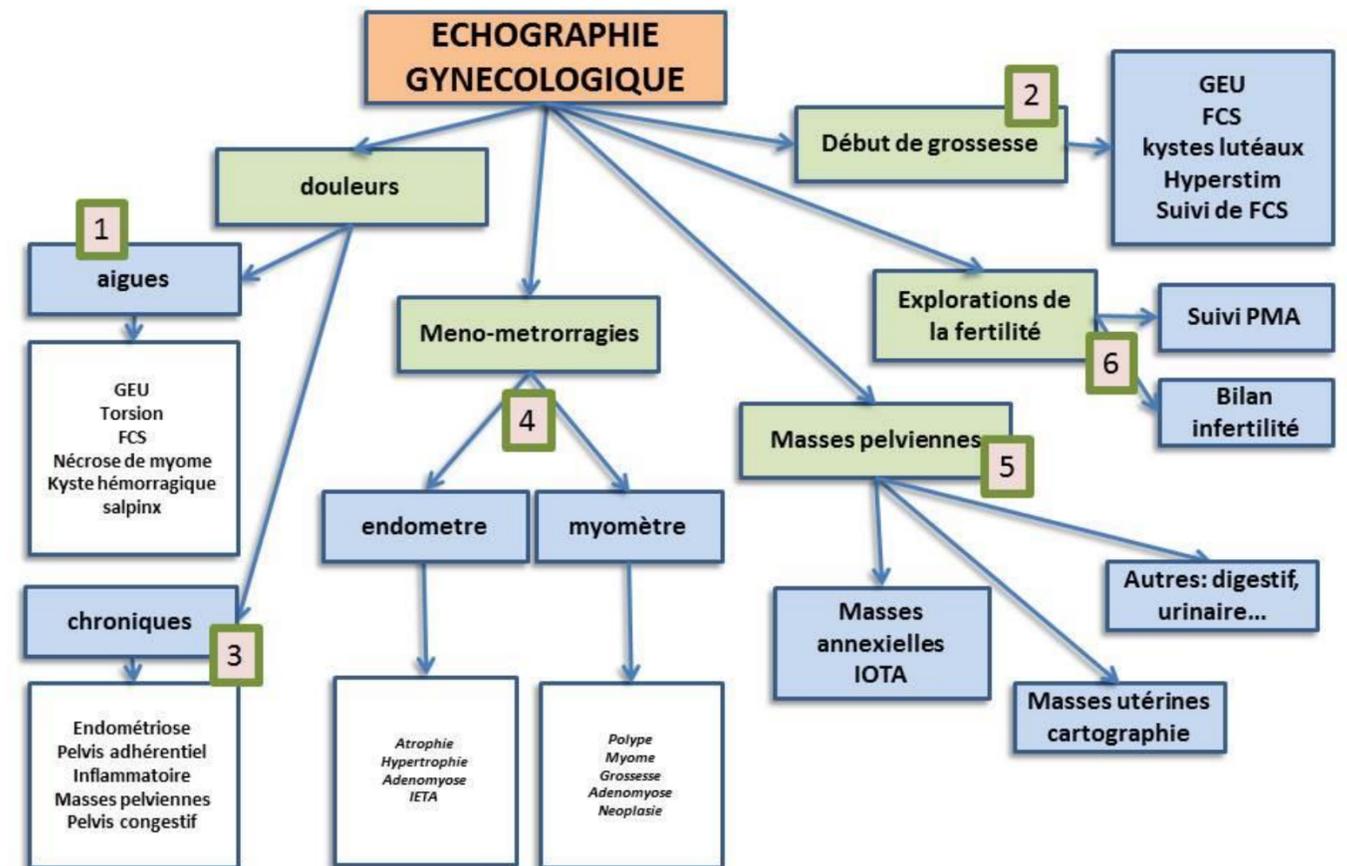
ECHOFOETUS 21.03.2025

Directive Qualité pour les CR d'échographie en gynécologie en 2015

Objectifs : donner des outils pour décrire les images, mais pas les interpréter ni donner de CAT

L'échographie gynécologique n'est pas une échographie de dépistage

Question principale : travailler par signe d'appel clinique ou par organe?



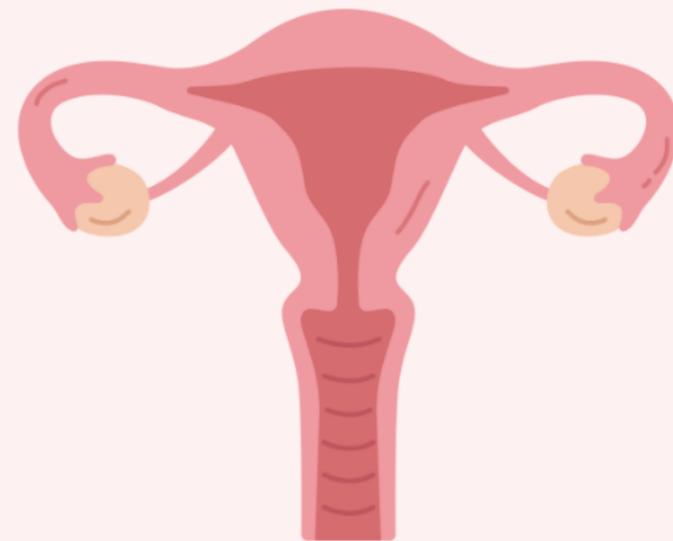
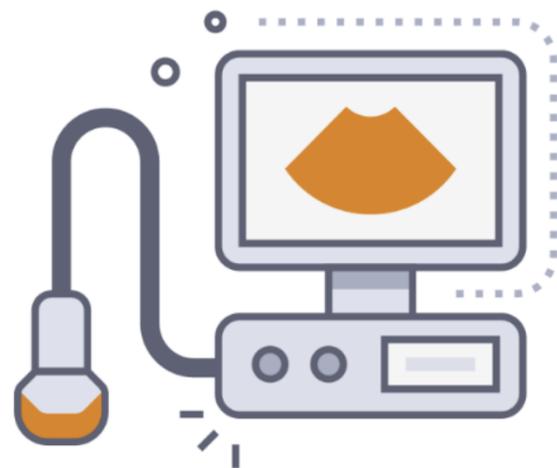
Les CR correspondants : Début de grossesse [2] – pathologies annexielles [5] – pathologies du myomètre [3] – pathologies endométriales et intracavitaires [4] – bilan infertilité [6] – (suivi de stimulation) – contrôle DIU [7] -

Sociétés savantes et associations représentées

- **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'Echographie Foetale)
- **CNSF** (Collège National des Sages-Femmes)
- **DIU** d'échographie en gynécologie et obstétrique
- **FNMR** (Fédération Nationale des Médecins Radiologues)
- **SFAUMB** (Société Française pour l'Application des Ultrasons à la Médecine et Biologie)
- **SFG** (Société Française de Gynécologie)
- **SFR** (Société Française de Radiologie)
- **SIFEM** (Société d'Imagerie de la Femme)
- **Associations d'Usagers :** **Fibromes Info France** **Familles Rurales**

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, Kremlin Bicetre; Daniele Combourieu, Lyon, **CFEF**; Philippe Coquel, Marignane, **SFR FNMR**; Joel Crequat, Paris, **SFAUMB**; Xavier Deffieux, Clamart; Marc Dommergues, Paris, **CNGOF**; Arnaud Fauconnier, Poissy; Herve Fernandez, Kremlin Bicetre; 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, Creteil, **CNGOF**; Lorraine Maitrot, Paris; Dominique Marchal-André, Grenoble; Maryannick Maupin, Caen; Angele Mbarga, Paris, **Fibrome Info France**; Anne-Elodie Millischer-Bellaiche, Paris, **SFR**; Gerard Ndayizamba, Cherbourg, **CNGOF**; 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**

CR d'échographie gynécologique minimum



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

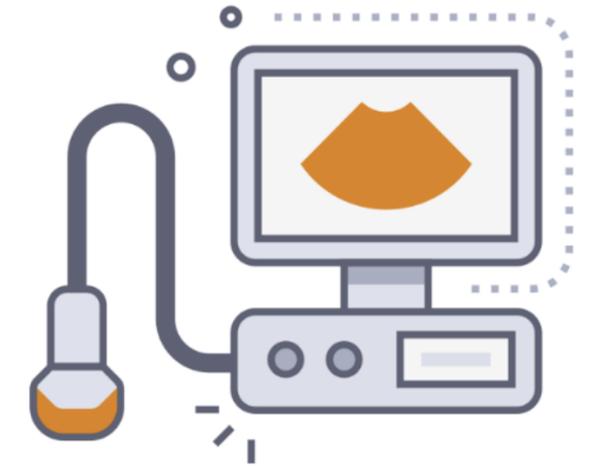
- Épaisseur de l'endomètre
- Présence d'une image d'addition endométriale oui/non
- Aspect homogène oui/non
- Aspect compatible avec le jour du cycle ou le statut hormonal oui/non

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

Identification du **praticien** effectuant
l'échographie : Nom Prénom Adresse
Téléphone

Identification de la **patiente** : Nom Prénom
Date de naissance

Identification du **prescripteur** 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

UTERUS

- 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 correction de l'angle) sur une coupe sagittale
- **contours** réguliers oui/non
- **Aspect** homogène oui/non

ENDOMETRE

- **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

*astérisque : en cas de présence de liquide intra cavitaire signaler que la mesure de l'endomètre est l'addition de son épaisseur antérieure et postérieure

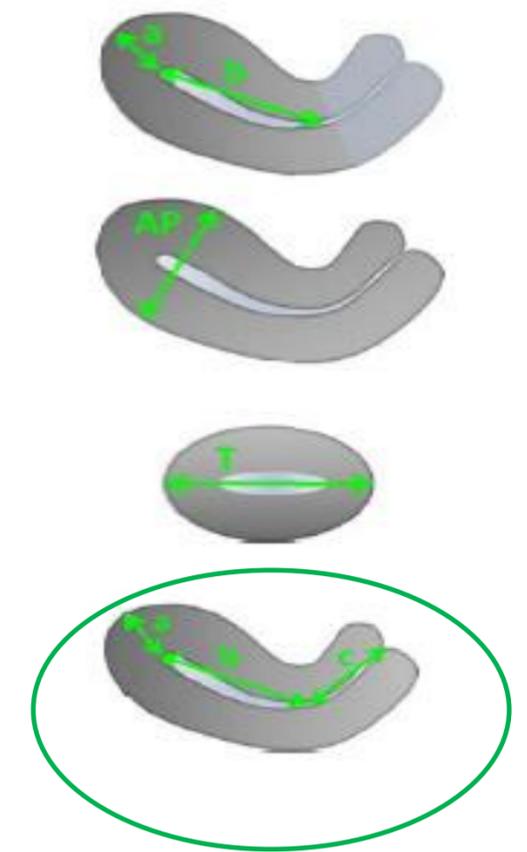
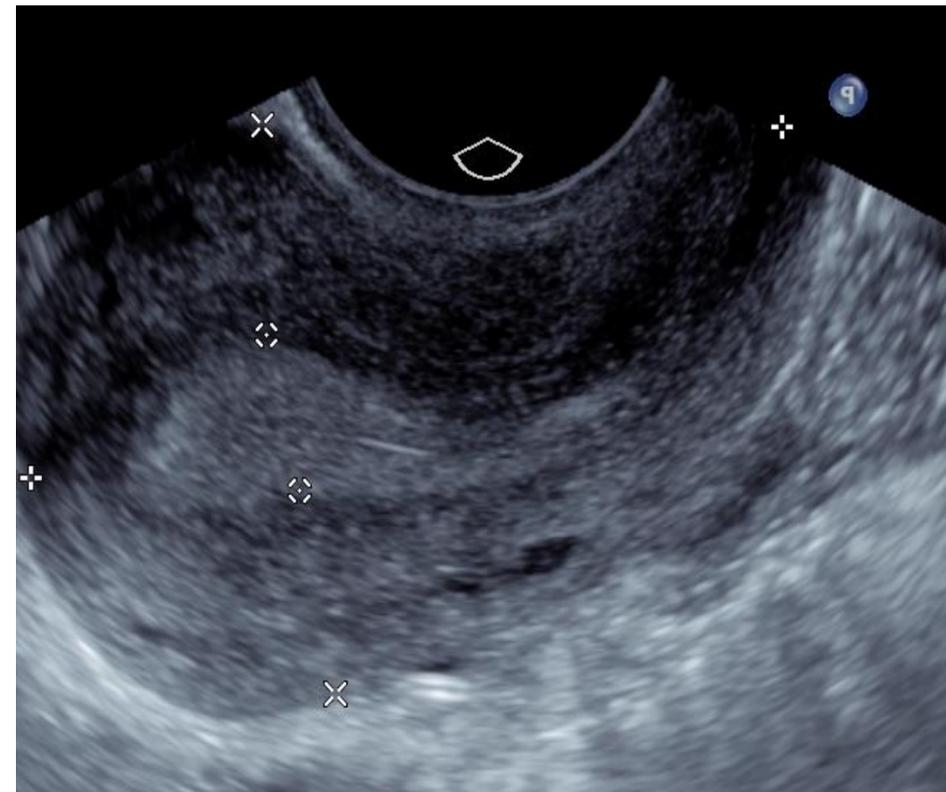
Voie abdominale

L'étude de la version de l'utérus



Robert Y et al. Société française de radiologie. Guide de bonne pratique.

Etude de l'utérus par voie endo-vaginale



Biométrie utérine selon Van Den Both et al.

Van Den Bosh et al. Ultrasound Obstet gynecol.2015

Contenu de l'examen

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

EPANCHEMENT

- **oui/non** si oui, localisation

Conclusion

Conclusion

Succincte, descriptive, permettant de répondre à l'indication

Elle **peut** proposer un diagnostic

Iconographie jointe

Iconographie jointe :

- Coupe sagittale utérine contenant le col et les mesures
- Chaque ovaire visualisé
- Epanchement s'il existe
- Toute autre mesure effectuée

CR additionnés au modèle de base

**MYOMETRE
ENDOMETRE
ANNEXES**

MYOMETRE

- **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
- contours réguliers oui / non
- Aspect homogène oui/non
- si hétérogène :
 - aspect strié oui/non,
 - présence de plages anechogènes oui/non

MYOMETRE

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

Classification 3D des fibromes

Dr. Bernard Benoit
Centre Hospitalier Princesse Grace - Monaco

Dr. Jean-Marc Levallant
AMP - CHI Créteil - France

Pr. Guillaume Legendre
CHU Angers - France

Pr. Hervé Fernandez
Hôpital Kremlin Bicêtre - France

Edwige Hurlteloup
AMP - CHI Créteil - France

Grégoire Potelle
Voluson France

GYNÉCOLOGIE

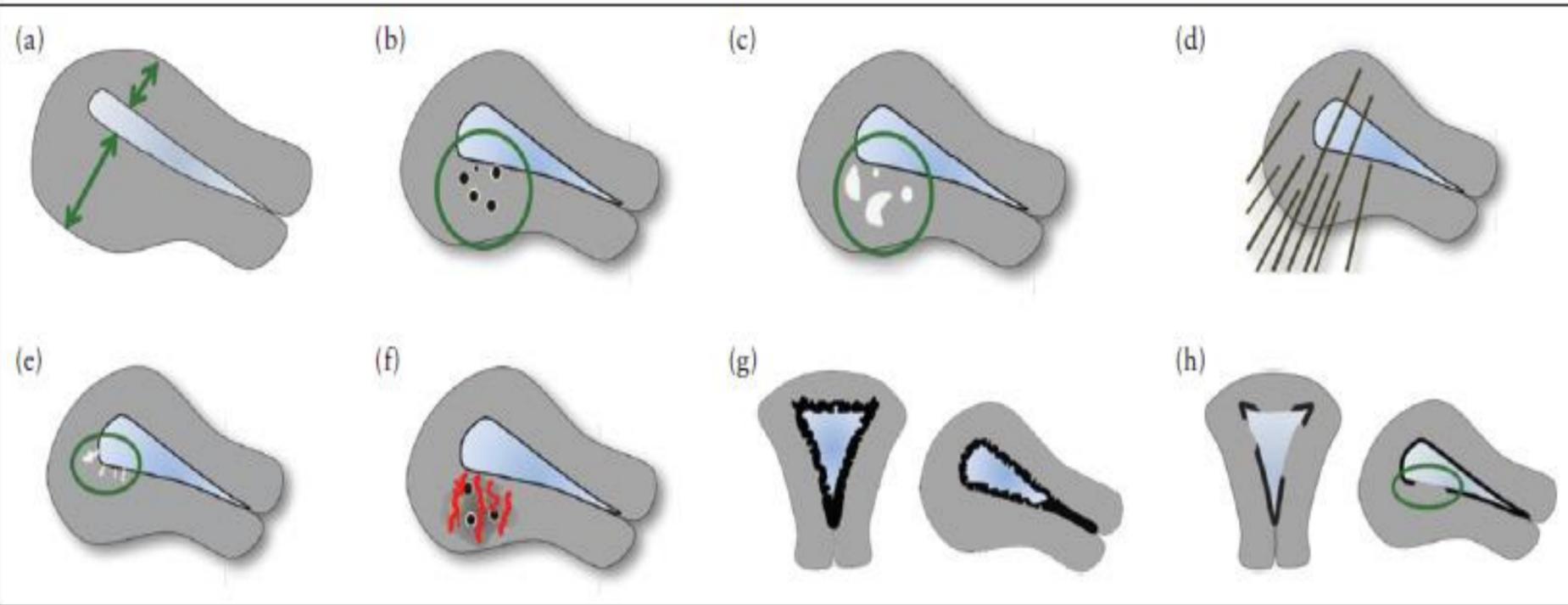
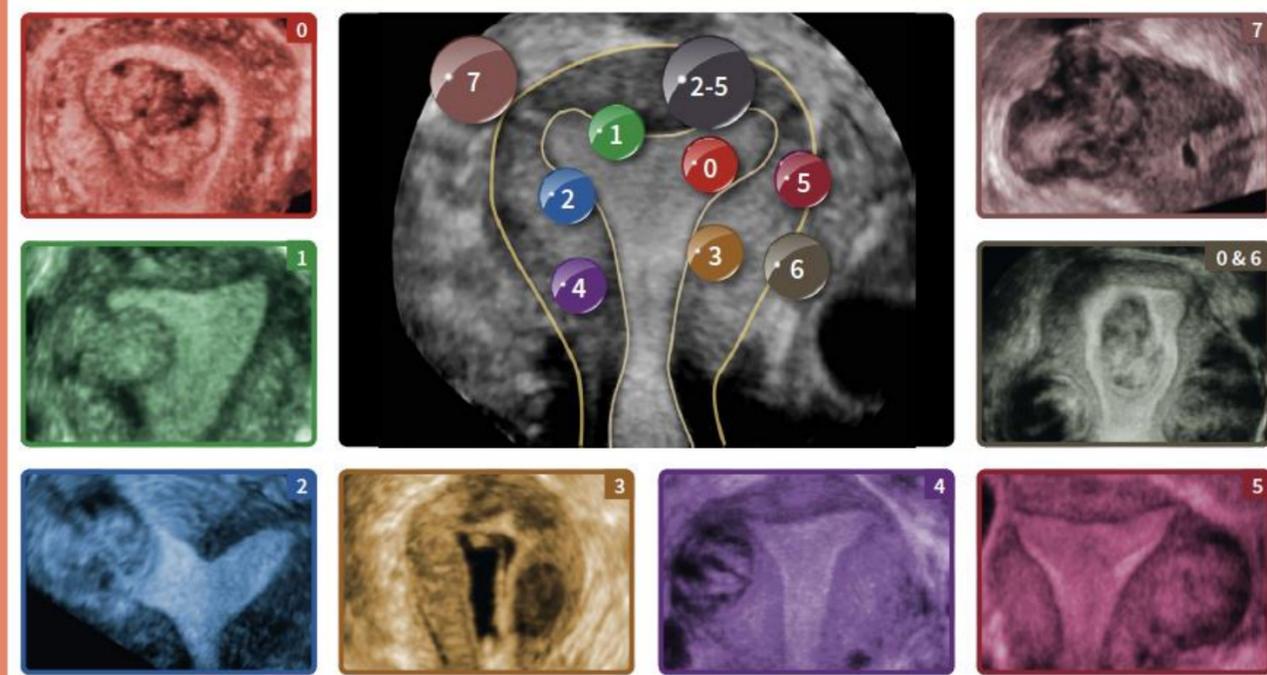
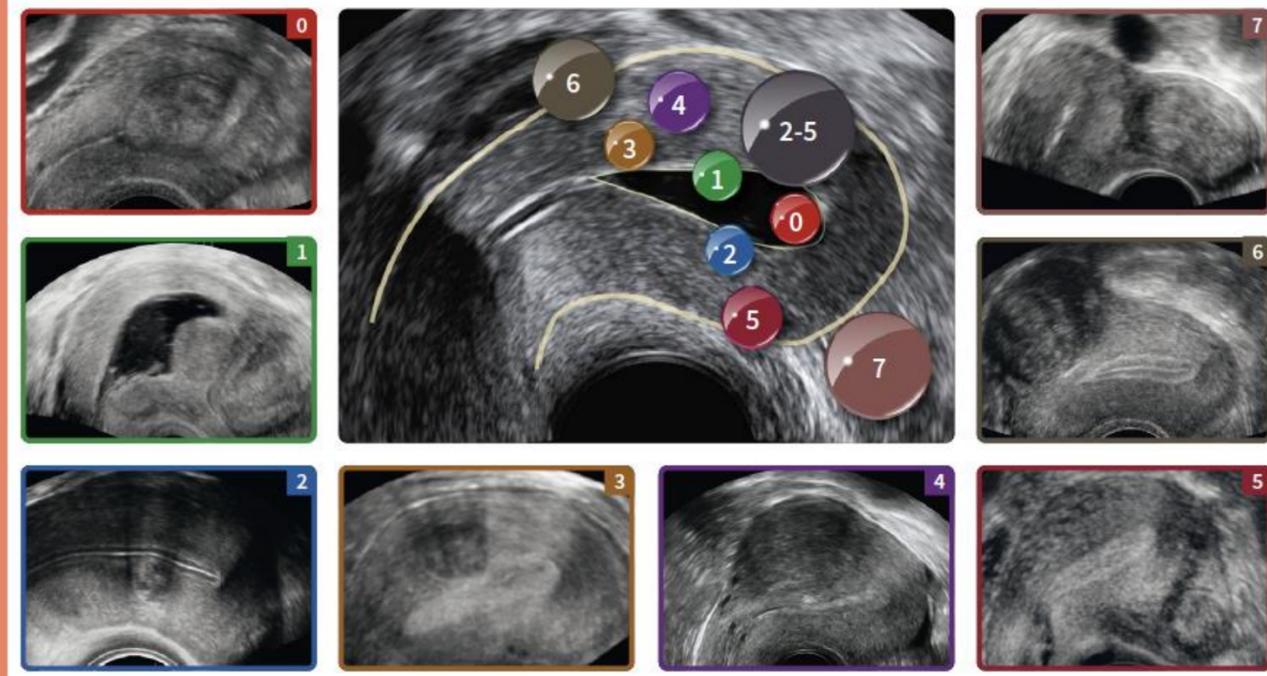


Figure 10 Schematic drawings illustrating the ultrasound features considered currently to be typical of adenomyosis: asymmetrical thickening (a), cysts (b), hyperechoic islands (c), fan-shaped shadowing (d), echogenic subendometrial lines and buds (e), translesional vascularity (f), irregular junctional zone (g) and interrupted junctional zone (h).

Van Den Bosh et al. Ultrasound Obstet gynecol.2015



SOUS MUQUEUX
0 - Intracavitaire pédiculé
1 - Intramural < 50%
2 - Intramural ≥ 50%

AUTRES
3 - 100% Intramural au contact de l'endomètre
4 - 100% Intramural à distance de l'endomètre
5 - Sous séreux ≥ 50% Intramural
6 - Sous séreux < 50% Intramural
7 - Sous séreux pédiculé

HYBRIDE
Exemple : 2-5, le plus fréquent, Sous muqueux et sous séreux, avec respectivement moins de la moitié du diamètre dans les cavités endométriale et péritonéale.

ENDOMETRE

- 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
 - ligne cavitaire : linéaire, irrégulière
- présence de **liquide intracavitaire** 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

EN CAS D'IMAGE D'ADDITION :

- décrire ses mesures dans les 3 plans
- décrire son échogénicité
- décrire son aspect homogène ou non
- décrire son aspect au Doppler couleur

ANNEXES

- **mesurer la largeur de l'utérus**
- examen particulièrement **douloureux** oui / non
- mesurer les ovaires par les **deux plus grands axes**
- préciser la **position** des ovaires
- annexe ou masse annexielle : **mobile** oui / non
- **Si épanchement : cloisonné** oui / non

Si **masse annexielle** : préciser

- topographie
- mesure dans les 3 axes
- Aspect : uniloculaire / solide / uniloculaire solide / multiloculaire / multiloculaire solide
 - si aspect solide, mesure de la plus grande partie solide
- aspect de la paroi : régulier ou irrégulier
- décrire l'échogénicité : anéchogène / peu échogène / verre dépoli / hémorragique / mixte
- 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

Echographie de fertilité

Fertiliscan©

FONCTION OVARIENNE

1. Evaluation de la réserve ovarienne

Compte de tous les follicules entre 2 et 10 mm (follicules antraux = CFA) donné pour chaque ovaire. A interpréter selon l'âge.

2. Evaluation de la croissance folliculaire

A J6-J8 un follicule sélectionné se distingue du reste de la cohorte et mesure entre 9 et 12 mm.

Situation normale : CFA 10 à 20 par ovaire selon l'âge, avec un follicule sélectionné entre 9 et 12 mm



Aspect échographique d'ovaires multifolliculaires (peut rentrer dans le cadre d'un OPK si associé à un trouble du cycle et/ou une hyperandrogénie) : CFA > 19 sur au moins un des ovaires, en général pas de follicule > 10 mm



Aspect de diminution de la réserve : CFA < 5-10 au total avec souvent un follicule de 12 à 14 mm (cycle court) ou plusieurs follicules sélectionnés > 10 mm



FONCTION UTÉRINE

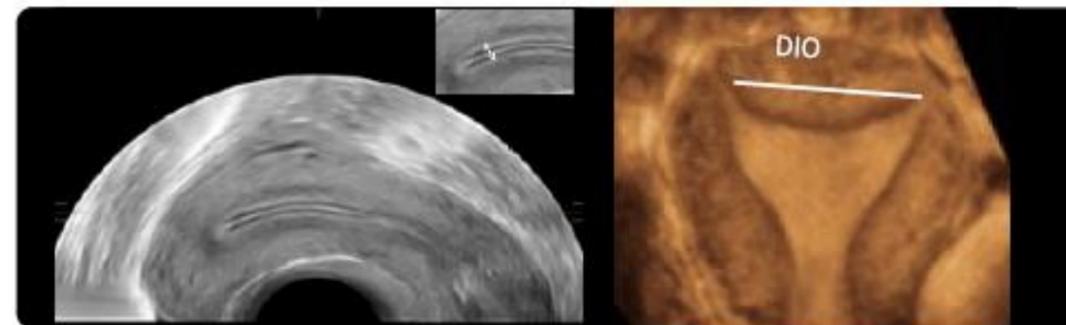
3. Evaluation fonctionnelle

Épaisseur et aspect de l'endomètre.

- A J6-J8, l'endomètre est d'aspect prolifératif (aspect en triple bande) mesurant entre 5 et 7 mm
- Il reflète la production hormonale (estradiol et progestérone)

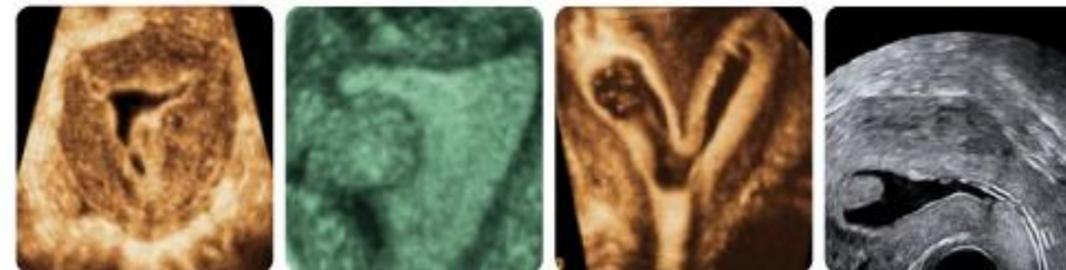
4. Evaluation anatomique : avec une coupe 3D frontale

- La structure du myomètre est évaluée : recherche de myome ou d'adénomyose, caractérisation et retentissement sur la cavité
- La reconstruction frontale 3D permet d'évaluer la forme de l'utérus et de la cavité ; la mesure de la distance interostiale (DIO), évalue la taille de la cavité.



5. Si anomalie de la ligne de cavité ou absence de contraste net : indication d'hystérosonographie

- Injection intra utérine de sérum physiologique qui caractérise avec précision et spécificité les anomalies congénitales ou acquises



Synechies utérines

Myome de type 1

Cloison utérine

Polype

FONCTION TUBAIRE

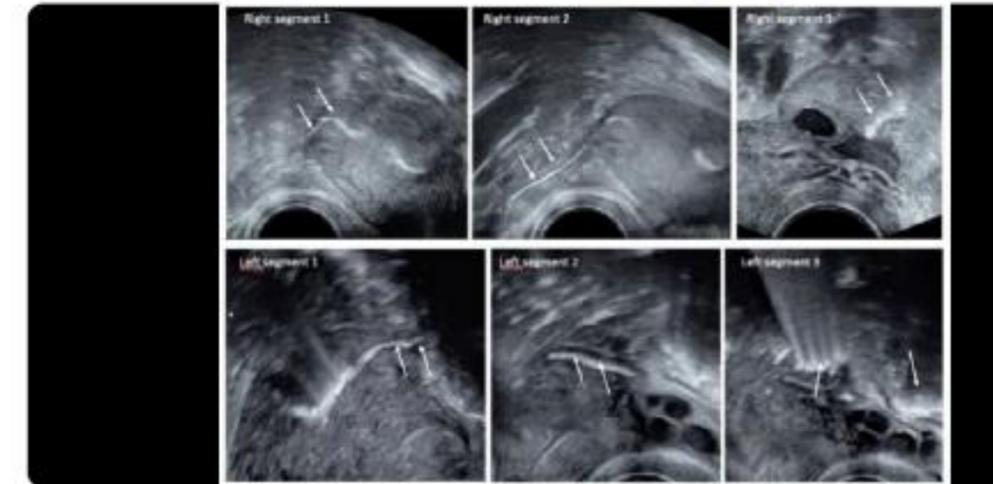
6. Evaluation anatomique tubaire

- Recherche d'un hydrosalpinx avec reconstruction en 3D.



** Hysterosalpingo-Foam Sonography) en l'absence d'anomalie évidente

7. Evaluation tubaire fonctionnelle : Hyfosalp**



- Injection intra-utérine d'une mousse hyperéchogène et visualisation du passage tubaire et intra péritonéal***

*** Classification d'après Levailant et al. 2022

+ d'infos en audio →

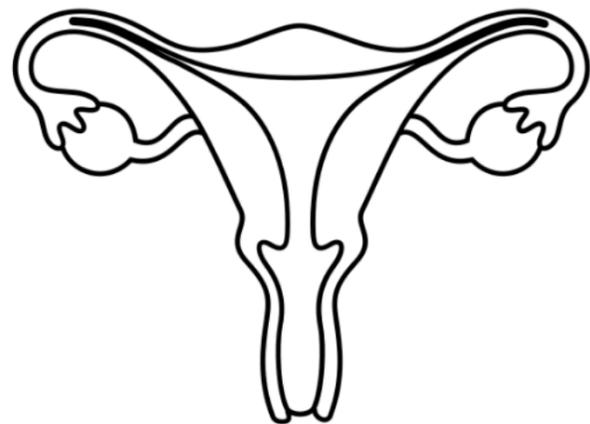
En ligne pratique de consensus de GE HealthCare, GE est une marque de General Electric Company utilisée sous licence de marque. Le dispositif est commercialisé sous le nom de GE HealthCare dans un pays ou une région donnée. Contactez votre représentant de GE HealthCare pour plus d'informations. Destinée uniquement aux professionnels de la santé, les produits GE HealthCare contiennent des codes ultrasonores dans les lieux concernés et fournissent des images à partir des informations scannées dans les fichiers reçus. Ce dispositif est destiné à être utilisé par un médecin qualifié dans un cadre médical approprié et ne doit pas être utilisé pour la réalisation de mesures sur l'image acquise. Clear-File Organisme Notifié - CE 0322 (France) - GE HealthCare Austria GmbH & Co. KG. Veuillez toujours consulter le Manuel de l'utilisateur complet avant toute utilisation et lire attentivement toutes les instructions pour assurer l'emploi correct de votre dispositif médical. J48039878

Autres CR

**URGENCES BHCG négatifs
DEBUT de GROSSESSE**

URGENCES

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...

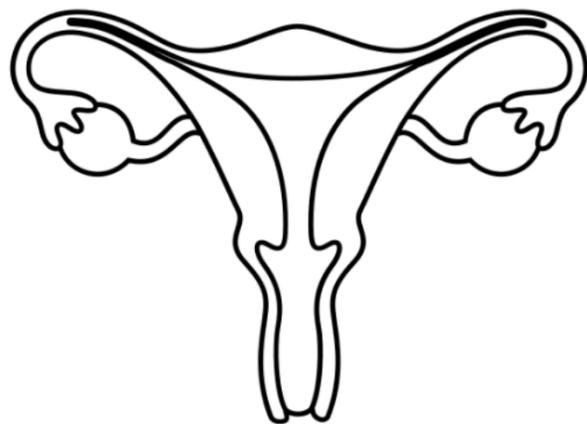
VOIE D'ABORD

Voie d'abord: **abdominale dans un premier
temps puis endovaginale**

après accord de la patiente et hors contre
indication

URGENCES

β HCG négatifs



VOIE ABDOMINALE

espace de Morisson : épanchement oui/non

VOIE ENDOCAVITAIRE :

Hématométrie oui/non

Si **EPANCHEMENT: estimation d'un volume:**
minime/modéré/important

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

ICONOGRAPHIE:

Coupe sagittale utérine avec corps utérin/col/ cul de sac de Douglas

Espace de Morisson

Toute image pertinente

Début 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 ne s'effectue qu'en cas d'absence d'embryon visible et s'effectue par la mesure des **trois axes** (RPC CNGOF 2014)
 - *la mesure du sac gestationnel s'effectue à la limite de la zone anéchogène (RPC CNGOF 2014)*
- en l'absence d'embryon visible = **vésicule vitelline** : **oui/non**
- en cas de grossesse **multiple** : préciser la **chorionicité**
- mesure de **l'embryon**
 - *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 (RPC CNGOF 2014)*
- aspect habituel du **trophoblaste** : oui/non

Début de grossesse



La **conclusion** propose différentes possibilités en accord avec les RPC

- **Grossesse intra utérine** (GIU) normalement évolutive (ou d'évolutivité certaine) de X SA
- Grossesse intra utérine d'évolutivité incertaine de X SA
- Grossesse arrêtée précoce de X SA
- Aspect de maladie trophoblastique : oui/non
- pour les multiples : 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

Conclusions & Take Home message

CR de base

CR minimum +++

Exhaustif

Focalisés

Myomètre

Endomètre

Annexes

Spécifiques

- Fertilité = Fertiliscan©
- Debut de grossesse
- Urgences