

I. Obstétrique et gynécologie

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]
Dépistage au cours de la grossesse 01 I	Echographie	Indiqué [B]
Suspicion de grossesse chez une femme asymptomatique 02 I	Echographie	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]
Suspicion de grossesse extra-utérine 03 I	Echographie	Indiqué [B]
Possibilité de grossesse non-viable 04 I	Echographie	Indiqué [C]
Métrorragies post-ménopausiques : exclure une pathologie significative Méno-métrorragies 05 I	Echographie (endo-vaginale)	Indiqué [A/B]
	HSG	Non indiqué [C]
Suspicion de masse pelvienne 06 I	Echographie	Indiqué [C]
	IRM	Examen spécialisé [C]
Douleurs pelviennes, notamment suspicion d'inflammation pelvienne et d'endométriose 07 I	Echographie	Indiqué [C]
	IRM	Examen spécialisé [B]
Perte de dispositif intra-utérin ou fils non vus 08 I	Echographie	Indiqué [C]
	ASP	Indiqué seulement dans des cas particuliers [C]

Commentaires	Dose
La pratique française propose la réalisation de 3 échographies systématiques pour la grossesse normale à 12, 22 et 32 semaines d'aménorrhée (SA). Le dépistage précoce (11-13 SA) permet de dater précisément la grossesse en mesurant la longueur crano-caudale, de dépister précocement des anomalies ou signes d'appel de dyschromosomie et de préciser le nombre d'embryons et la choriocité. Il n'a pas été démontré que le dépistage systématique dans une population à bas risque, par une échographie au cours des 2 et 3 ^{ème} trimestres, avait modifié la mortalité périnatale, sauf en cas d'interruption médicale de grossesse ou d'une anomalie fœtale importante. Elle peut permettre néanmoins d'adapter la prise en charge pré et post-natale, avec un bénéfice dans certaines malformations cardio-thoraciques. L'échographie possède également un intérêt notoire pour l'évaluation du placenta praevia et la mise en évidence de retard de croissance intra-utérin. Pour le suivi et la prise en charge d'une grossesse à haut risque, le spécialiste peut alors s'aider de l'échographie doppler de l'artère ombilicale, des artères utérines ... Elle est essentielle pour guider des gestes interventionnels.	0
Les tests biologiques de grossesse sont les plus appropriés. L'échographie (en général après 7 SA) peut être intéressante si l'on suspecte une grossesse molaire, si une datation précoce est nécessaire, en cas de symptômes (douleurs, métrorragies), d'antécédents de grossesse extra-utérine ou en cas de grossesse après procréation médicalement assistée.	0
L'échographie est interprétée en fonction du dosage quantitatif de l'HCG. L'échographie par voie abdominale et/ou endo-vaginale recherche une grossesse intra-utérine, puis une grossesse extra-utérine.	0
En cas de doute sur la viabilité ou de discordance biométrique, réitérer l'échographie au bout d'une semaine (surtout si le sac gestationnel est inférieur à 20 mm ou la longueur crano-caudale à 2-3 mm). En cas de doute, un contrôle échographique est souhaitable avant une évacuation utérine.	0
Recherche d'une cause au niveau de l'endomètre, du myomètre voire de l'ovaire. Rôle complémentaire du Doppler, voire de l'hystéro-sonographie. En période post-ménopausique, un endomètre de plus de 5 mm, seuil habituellement utilisé (sous THS un seuil de 8 mm peut être proposé), nécessite de poursuivre les investigations à visée diagnostique (hystéroscopie).	0
L'hystérographie est de moins en moins utilisée, en particulier en période post-ménopausique, compte tenu du développement de l'échographie et de l'hystéroscopie.	II
L'association de la voie trans-abdominale et trans-vaginale est souvent nécessaire. L'échographie doit confirmer la présence d'une lésion et déterminer si possible l'organe en cause et contribuer à déterminer la nature de la masse (Voir Cancer, 41 L à 48 L).	0
Bien que la TDM soit encore utilisée, l'IRM constitue la meilleure exploration de deuxième intention, quand l'échographie ne peut préciser l'organe d'origine et/ou la nature de la masse.	0
	0
L'IRM est un complément utile en cas de doute diagnostique ou dans le bilan pré-opératoire (localisation et rapports).	0
Voie sus pubienne et/ou endo-vaginale.	0
Si le stérilet (DIU) est invisible à l'échographie utérine, une radiographie simple (ASP) est indiquée.	II

Problème clinique	Examen	Recommandation [grade]
Fausses couches à répétition 09 I	Echographie	Indiqué [C]
	HSG	Examen spécialisé [C]
	IRM	Examen spécialisé [C]
Infertilité féminine 10 I	Echographie	Indiqué [C]
	HSG	Examen spécialisé [B]
	IRM	Non indiqué initialement [C]
Infertilité masculine 11 I	Echographie	Examen spécialisé [B]
Suspicion de disproportion céphalo-pelvienne et/ou cas de présentation podalique 12 I	IRM	Examen spécialisé [C]
	TDM	Examen spécialisé [C]
	Radio-pelvimétrie	Indiqué seulement dans des cas particuliers [B]

Commentaires	Dose
Révèle les principales étiologies utérines congénitales et acquises.	0
L'hystérosalpingographie peut être indiquée pour étudier la morphologie de l'utérus et de la cavité utérine.	II
Quand il est nécessaire de préciser la morphologie de l'utérus, elle peut compléter l'échographie et/ou l'HSG, qui suffisent dans la majorité des cas.	0
Evaluation de l'utérus (recherche d'une malformation, d'une pathologie de l'endomètre ou du myomètre) et de l'ovaire, recherche d'une dilatation tubaire. Surveillance de la maturation folliculaire et de l'ovulation au cours des cycles stimulés.	0
En l'absence de dilatation tubaire visible en échographie, l'hystérosalpingographie est indiquée pour évaluer la perméabilité tubaire ; elle peut compléter l'étude la morphologie de la cavité utérine.	II
Complète l'échographie pour l'étude de l'appareil génital et du pelvis en cas d'anomalie non ou imprécisément identifiée par les examens préalablement effectués.	0
L'echo-doppler scrotale est recommandée pour le dépistage tumoral et de varicocèle infra-clinique et des anomalies morphologiques de l'appareil génital masculin. Certains recommandent l'échographie endo-rectale pour rechercher les anomalies de l'appareil génital profond (vésicules séminales, prostate, ampoules déferentielles).	0
La pelvi-IRM est la technique qui devrait être privilégiée car non irradiante.	0
Le pelvi-scanner peut être employé, en sachant qu'il est irradiant mais que la dose délivrée est généralement inférieure à la pelvimétrie classique.	II
La réalisation de la radio-pelvimétrie est de plus en plus discutée. L'IRM ou la TDM lui sont préférées en privilégiant l'IRM, qui peut permettre d'éviter l'exposition aux rayons X.	II