



# EAU Gynéco

Dr O. Pouget

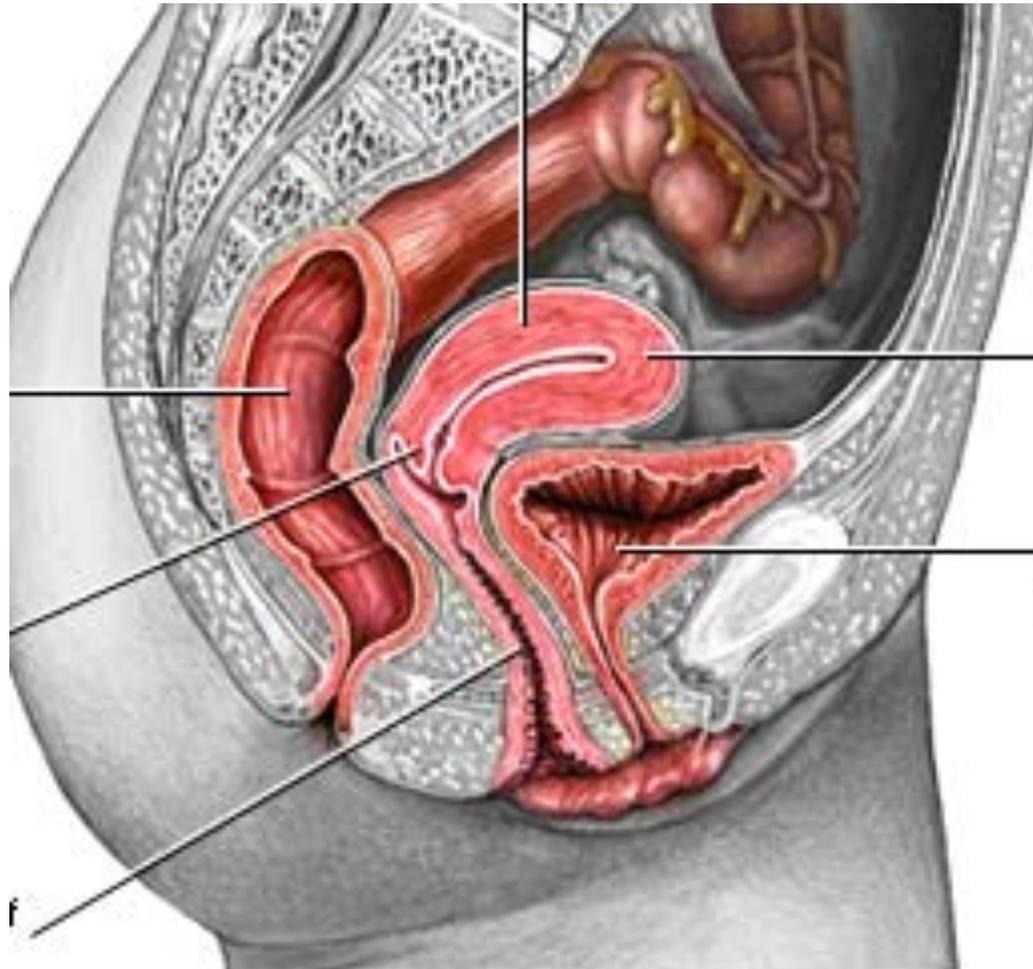
Dr A. Moreau

[olivier@gyneco.pro](mailto:olivier@gyneco.pro)

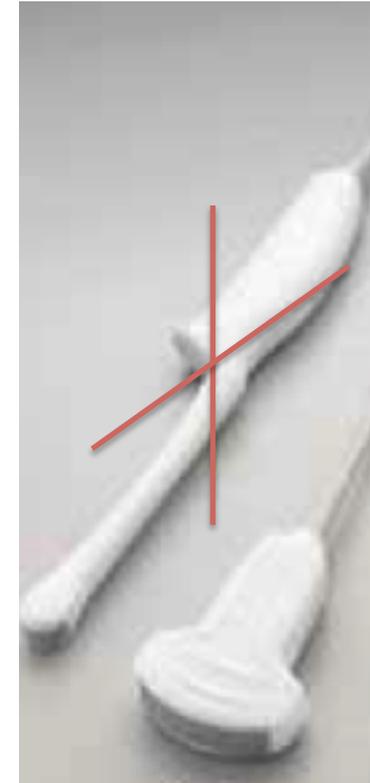
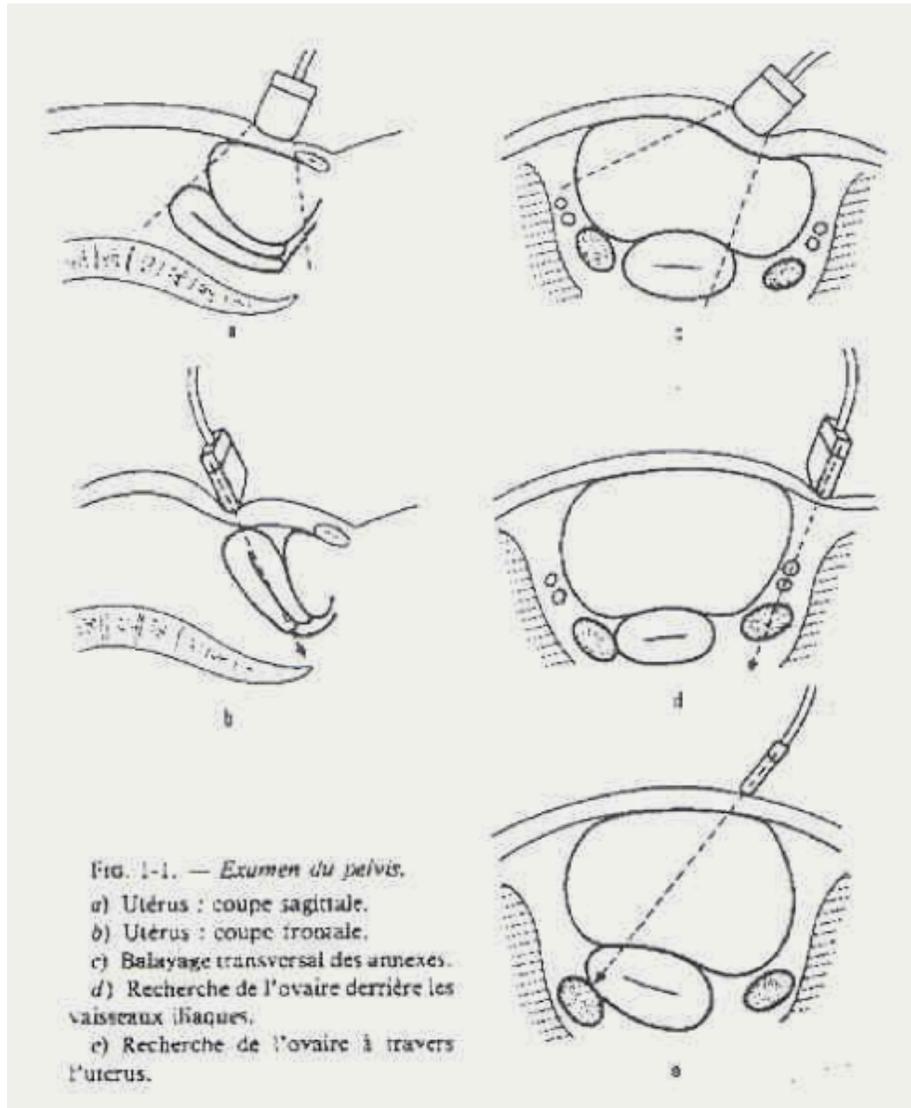
# Technique

- Sonde " abdominale " (5-7 MHz)
- Voie sus-pubienne  
(transfert de compétence validé pour voie trans-  
pariétale uniquement)
- Vessie pleine
- Exploration de tout l'abdomen  
(épanchement...)

# Anatomie pelvis

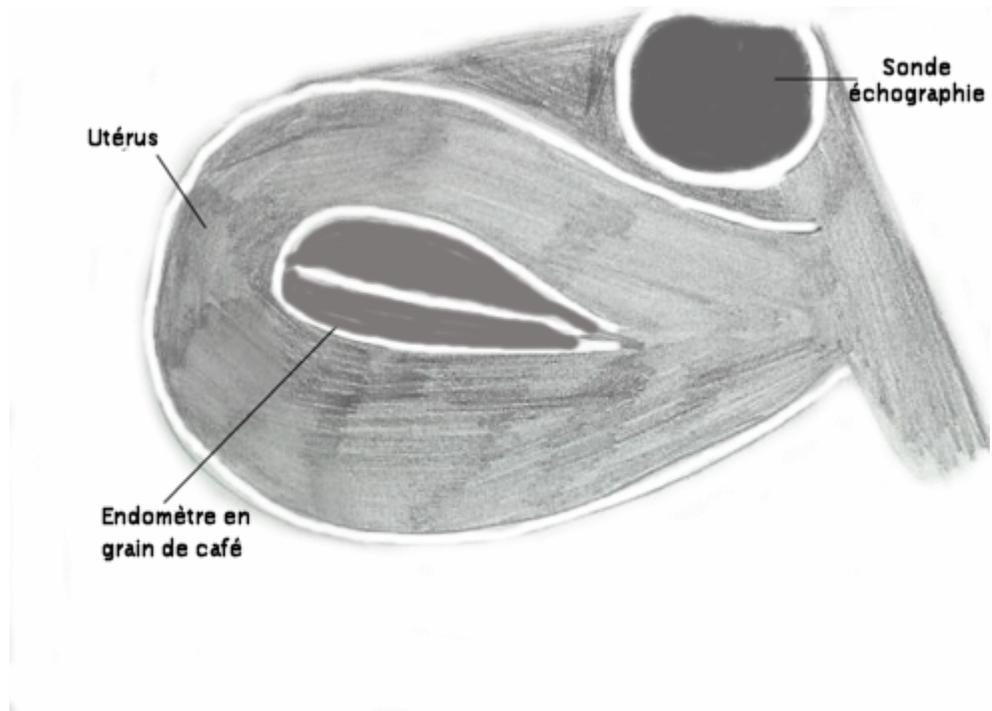


# Réalisation d'une écho



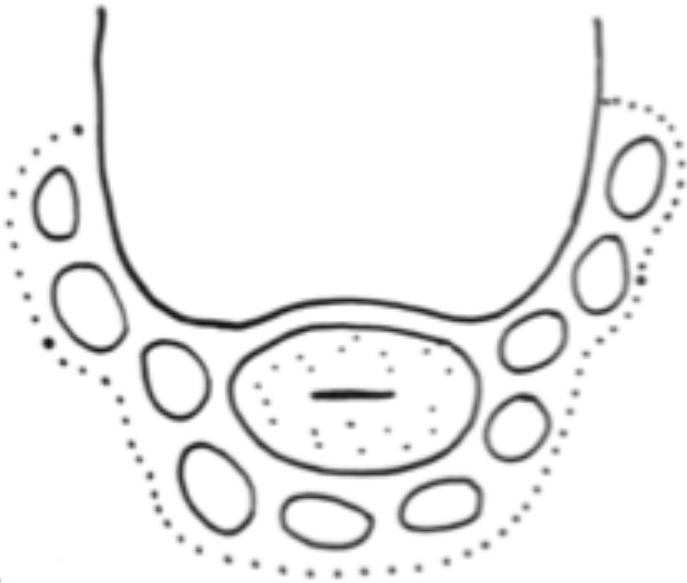
# Echo anatomie



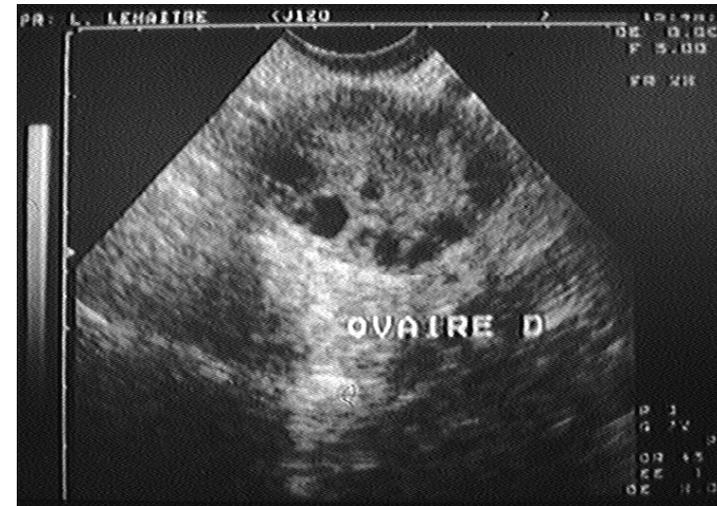




# Ovaires



# Ovaires



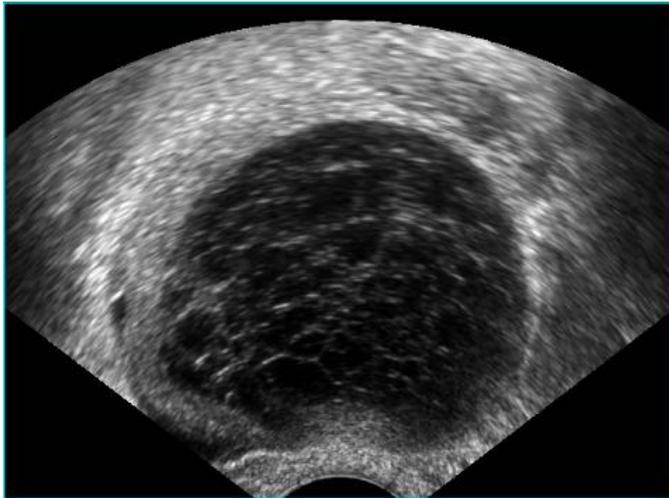
Ovaires et placé de part et d'autre de l'utérus.

Grand axe orienté de haut en bas et de dedans en dehors, parallèle à l'axe des vaisseaux iliaques. Ils sont mobiles.

Différenciation cortico-médullaire perceptible avec des sondes d'au moins 6.5 MHz. La médullaire est centrale et échogène (contient les vaisseaux) ; la corticale, périphérique est hypoéchogène (contient les follicules).



# KO



## **Rupture**

Kyste à parois affaissées.

Epanchement liquidien péritonéal.

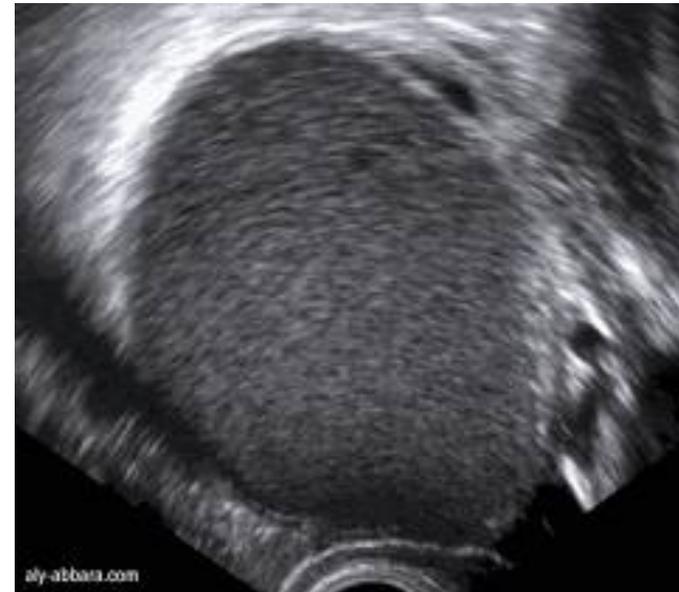
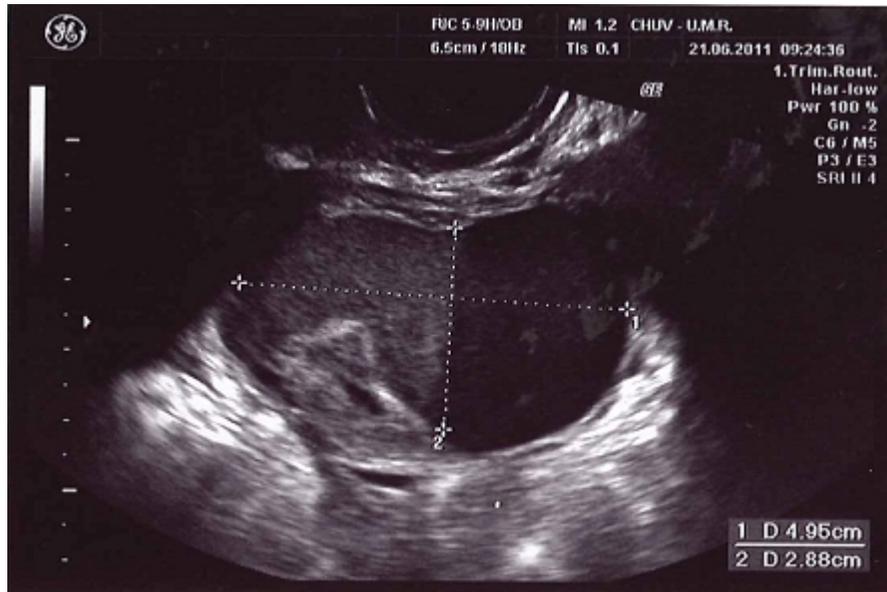
## **Hémorragie exo-kystique**

Annexe douloureuse et hémopéritoine.

Hémopéritoine échogène si saignement récent.



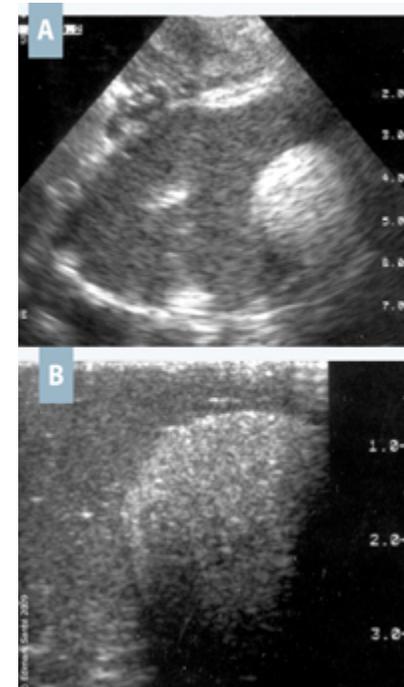
# Endométriome



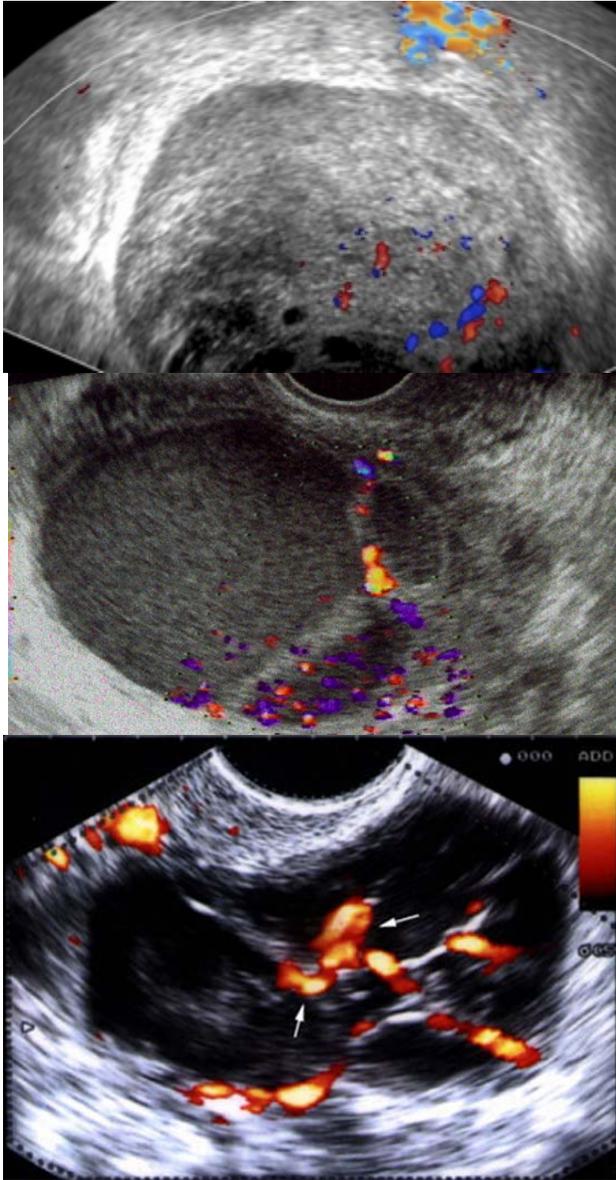
Arrondi,

- Paroi fine et lisse,
- Finement échogène, ponctué de fins petits échos de faible brillance répartis de façon uniforme,
- Renforcement postérieur et modéré.

# Kyste dermoïde



# Torsion?



Torsion d'un kyste de l'ovaire sur son pédicule, rarement torsion sur ovaire normal.

Contexte clinique aigu lié à l'ischémie de l'annexe.

Souvent épisodes de subtorsion.

- Augmentation du volume de la tumeur,
- Contenu hétérogène ou hématique,
- Œdème périphérique,
- Kyste souvent ascensionné, douloureux spontanément et au passage de la sonde,
- Doppler couleur : Absence de flux en cas de torsion complète et augmentation des résistances,
- Epanchement souvent associé.

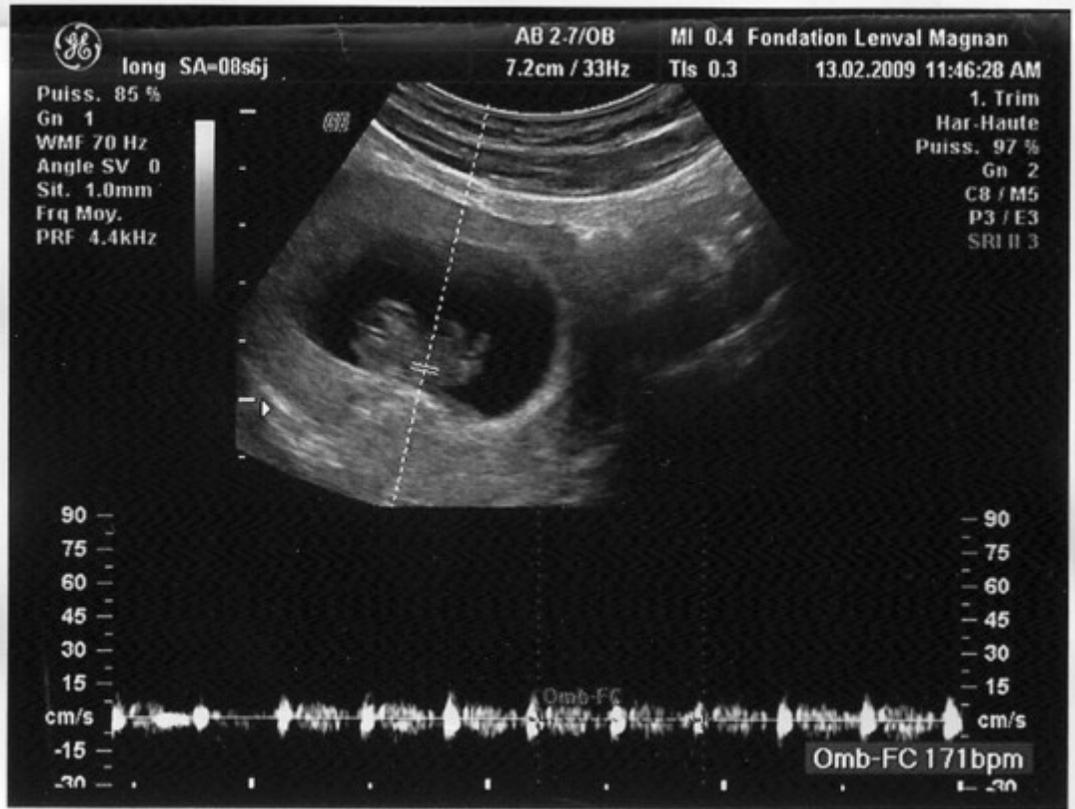
# $\beta$ HCG et écho

- < 10 : pas de grossesse
- Entre 10 et 1000 : œuf trop petit pour être vu en écho -> contrôle à 48h
- > 1000 : œuf visible en écho endovaginale
- > 2500 : œuf visible en écho sus-pubienne

# Grossesse

- Sac gestationnel > 10 mm
  - > vésicule ombilicale
- Sac gestationnel > 16 mm
  - > embryon
- Embryon > 4 mm
  - > activité cardiaque
- Œuf clair : sac gestationnel sans embryon
- Fausse couche : > 8 SA, embryon, pas d'activité cardiaque





# Grossesse Gemellaire BiChoriale Biamniotique

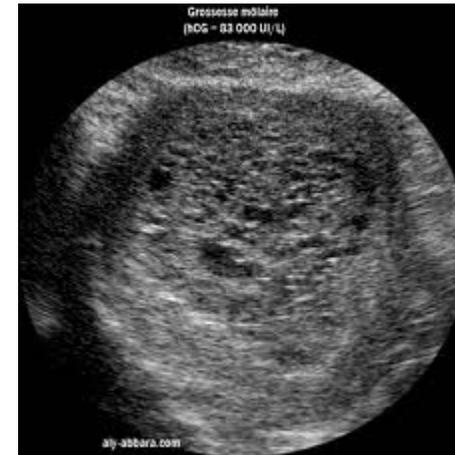
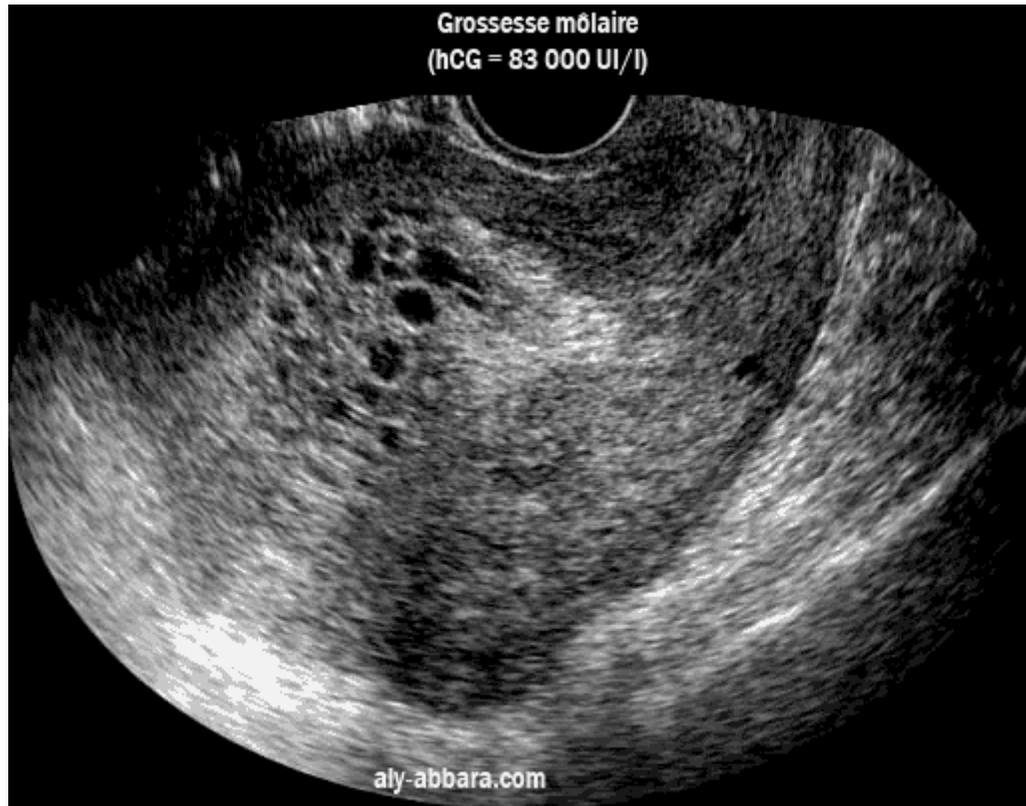


# Œuf clair



Ne pas se presser ...

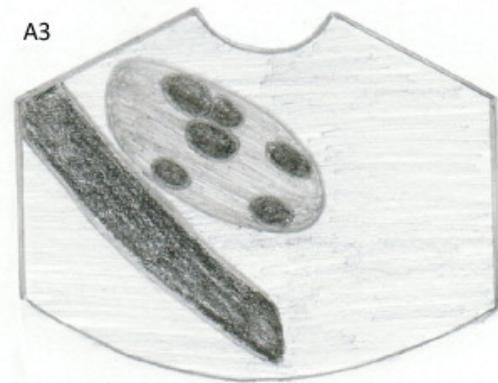
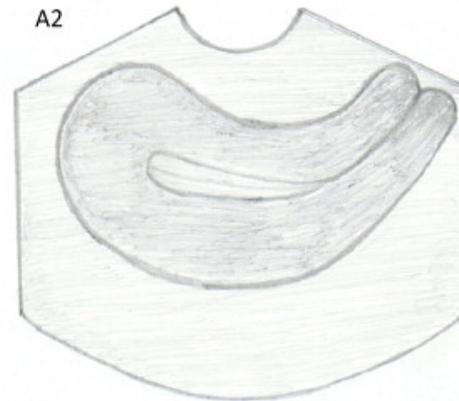
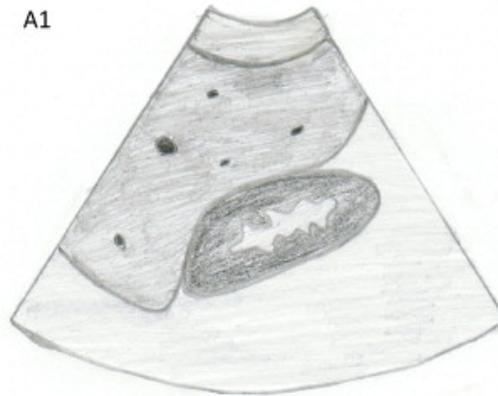
# Grossesse Molaire



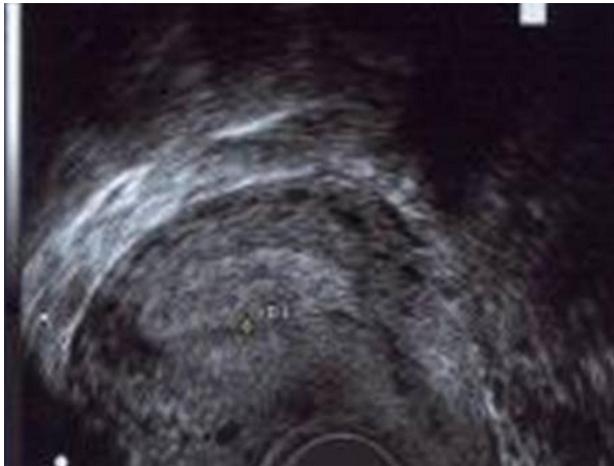
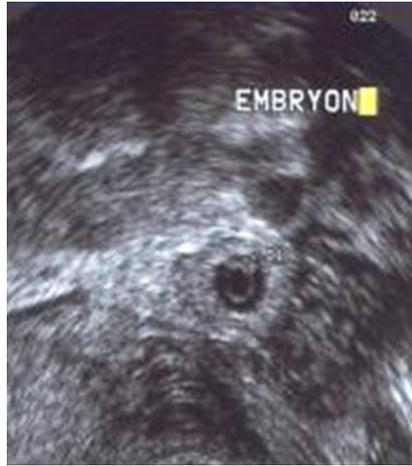
# GEU

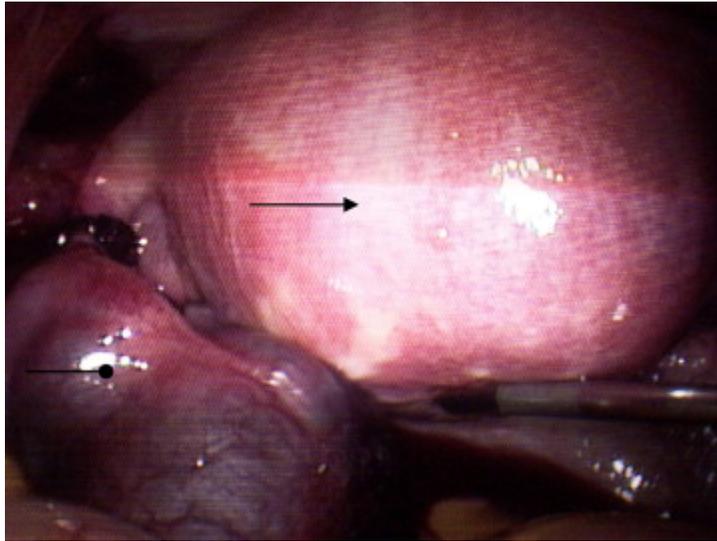
- Echo : masse latéro-utérine
- $\beta$ HCG : +
- GEU = 92 à 98 %

# GEU

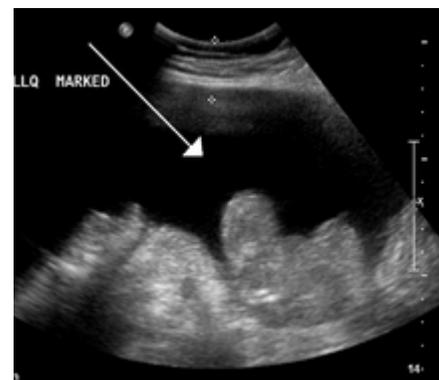
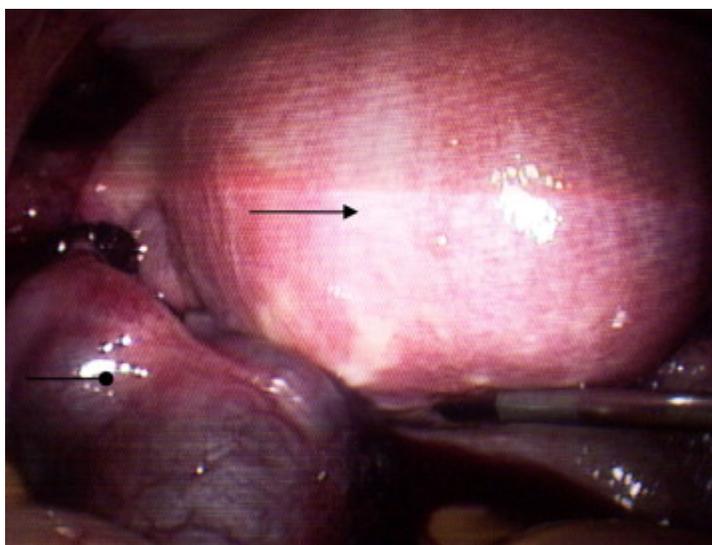
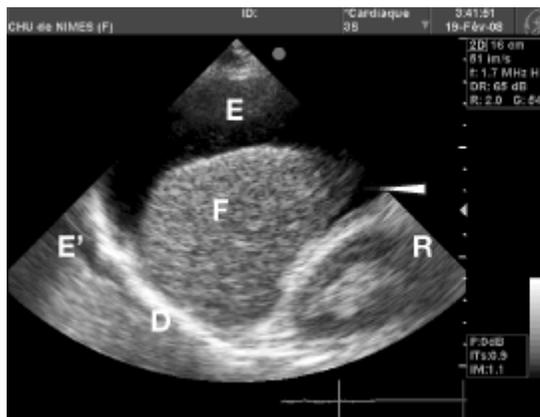


# GEU









# GEU et GIU

- Cas particulier des FIV
- 4 à 5 % de GEU après FIV
- Reflux embryon dans trompe
- Visualisation d'une GIU n'exclue pas une GEU

# Grossesse hétérotopique



# HRP



# Col



# Avantages écho endo

- Vessie vide
- Cavité utérine bien étudiée
- GIU visualisable plus tot
- Bonne différenciation œuf endo-utérin et pseudo-sac

# Place de l'EAU

- EAU à privilégier si patiente instable
  - Epanchement intrapéritonéal ?
  - Vacuité utérine ou GIU ?
- Disponibilité de la sonde endoluminale
- Limite du non transfert de compétence actuel pour écho endo-vaginale

Hinglais  
Degrèze

Premier trimestre de grossesse (ou en âge procréer)  
Métrorragies ou douleurs pelviennes

Instabilité hémodynamique  
Algique, irritation péritonéale, choc

Stabilité hémodynamique

Réanimation  
Echo transpariétale

Echo transpariétale

GIU < 0  
Epanchement

GIU

GIU < 0  
0 épanchement

Stimulation ovarienne ?

bétaHCG

GEU

Pas de GEU

Echo endovaginale

Cs gynéco

Chirurgie

TDM/Chir  
(kyste, autre)

GIU

GEU

Non  
contributive

Selon BHCG :  
- GEU  
- Fausse couche  
- G molaire  
- G multiple  
- G normale