

Echographie

en consultation de gynécologie

I. Dagousset, J. Créquat

**Gynécologie Obstétrique
et Reproduction**
Journées Jean Cohen

Paris

2011

Grossesse

- 1/ Grossesse intra-utérine débutante
- 2/ Grossesse débutante non localisée asymptomatique
- 3/ Surveillance après IVG médicamenteuse

Gynécologie

- 4/ Monitoring échographique des stimulations
- 5/ Kystes ovariens (hors ménopause)

Aspects pratiques

Principes de bonne pratique

① C'est un examen complémentaire (CCAM)

Matériel-dépendant

Opérateur-dépendant : responsabilité médico-légale

② Si *sensibilité* insuffisante : retard au diagnostic

③ Si *faux positifs* élevés : effets délétères, coûts

④ *La simplicité de sa mise en œuvre n'est pas une indication légitime*

1/ GROSSESSE INTRA-UTÉRINE DÉBUTANTE

Avant 5 sa

- hCG entre 500 et 1 000 :

Grossesse visible dans 50 %

- hCG \geq 1 000 :

Grossesse visible dans ~100 %

- Mesure du Sac Gestationnel : 2 – 9 mm

- Mesure de l'utérus : non pertinente

À 5 sa

- SG = 10 mm Embryon visible : 2 - 5 mm (= VO)

De 6 à 10 sa

- Mesure de l'embryon : LCC >> **terme \pm 3 jours**

Voluson



E8

AG=04w2d

RIC5-9-D/GYN

6.5cm/2.0/28Hz

MI 1.0

TIs 0.1

CENTRE PEREIRE

07.09.2011

16:35:34

Uterus.
14.50 - 4.20
Puiss. 100 B
Gn -9
C5 / M4
P2 / E1
SRI II 4



Voluson
1 D 2.9mm

Voluson



E8

AG=07w0d

RIC5-9-D/OB

6.5cm/2.6/20Hz

MI 1.1

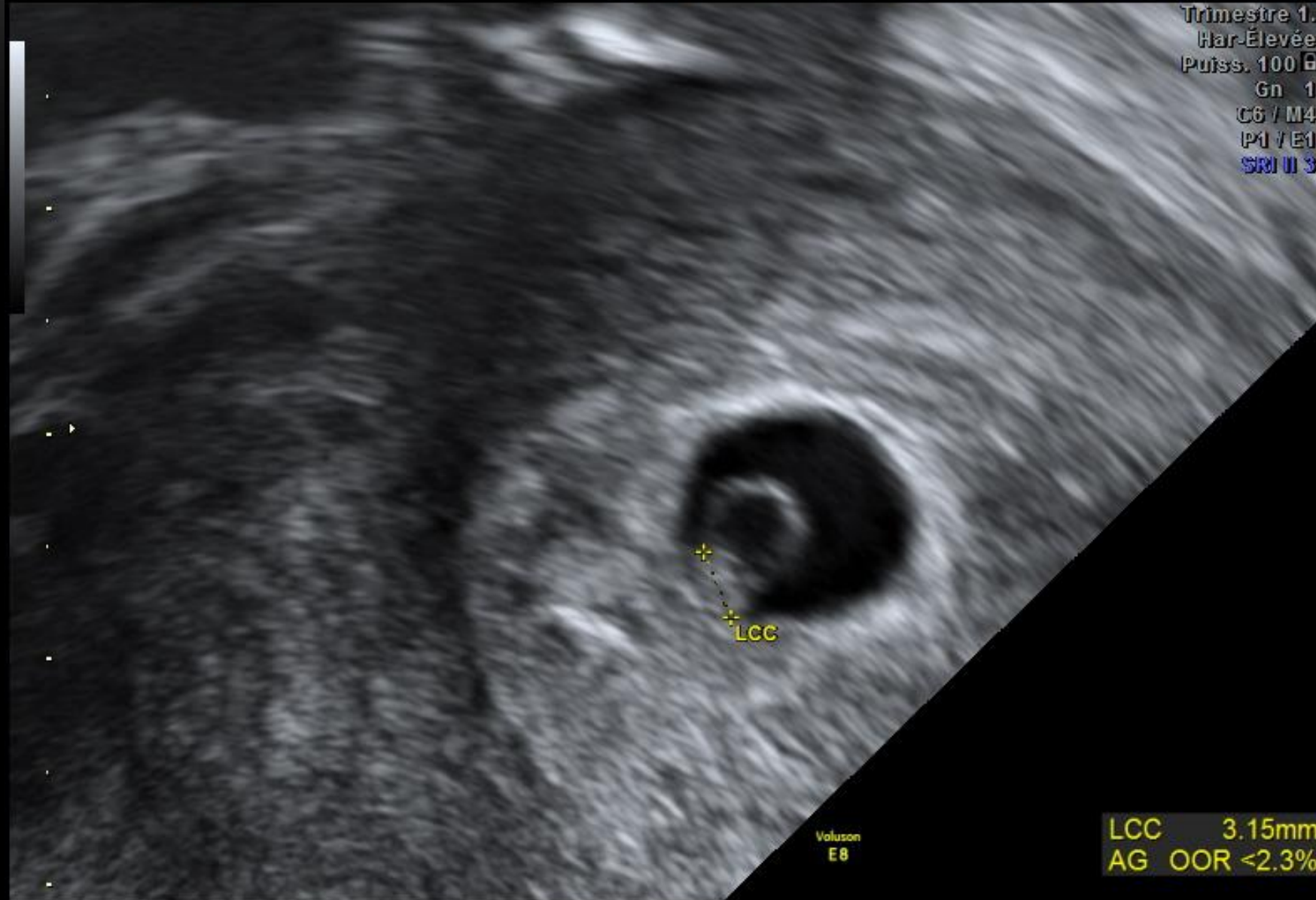
TIs 0.1

CENTRE PEREIRE

15.06.2011

17:43:13

Trimestre 1.
Har-Élevée
Puiss. 100 B
Gn 1
C6 / M4
P1 / E1
SRI II 3



Voluson
E8

LCC 3.15mm
AG OOR <2.3%

Voluson



AG=07w0d

RIC5-9-D/OB

MI 0.3

CENTRE PEREIRE

6.5cm/2.6/20Hz

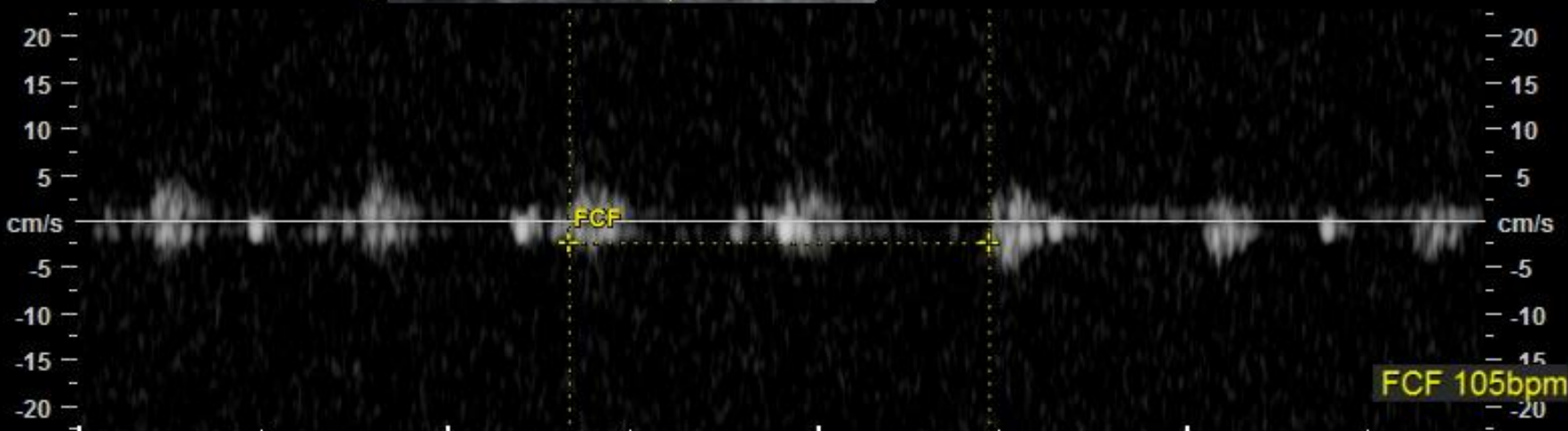
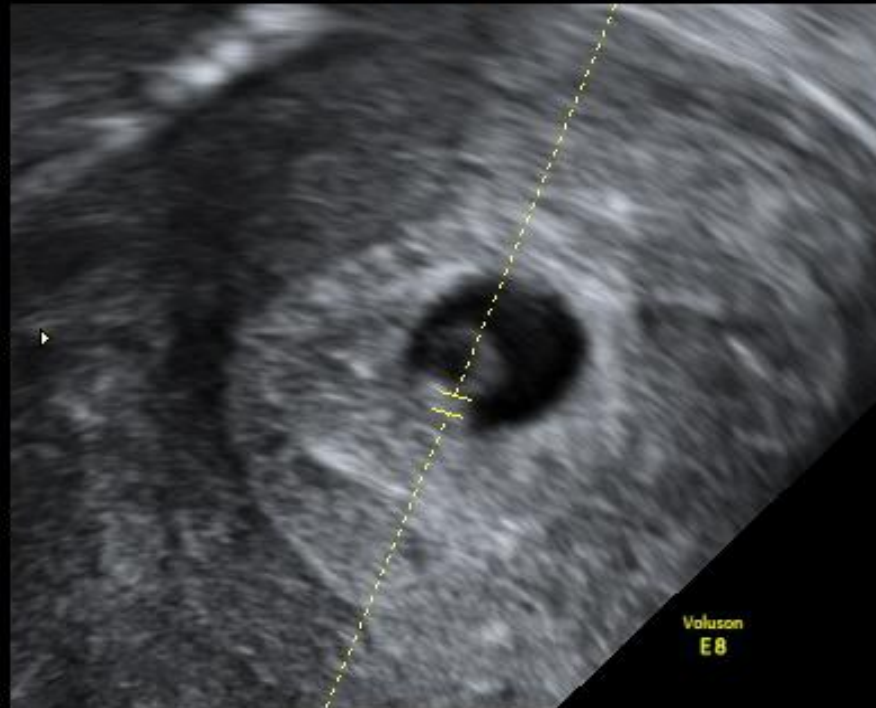
TIs 0.1

15.06.2011

17:43:45

Puiss. 78 %
Gn 0
WMF 60 Hz
Angle SV 0
Taille 1.0mm
Frq Moyenne
PRF 3.3kHz

Trimestre 1.
Har-Élevée
Puiss. 100 %
Gn 1
C6 / M4
P1 / E1
SRI II 3



IMAGES PÉRI-OVULAIRES

Voluson



E8

AG=08w1d

RIC5-9-D/OB

MI 1.2

CENTRE PEREIRE

6.5cm/2.4/13Hz

TIs 0.1

16.06.2011

10:20:25

Trimestre 1.

Har-Moyenne

Puiss. 100dB

Gn -13

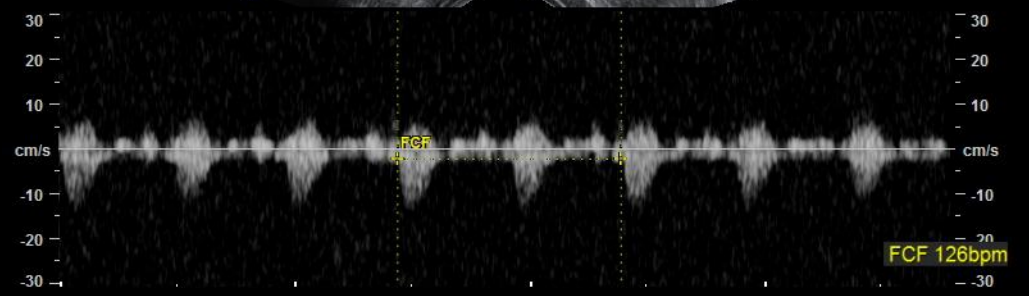
G6 / M4

P1 / E1

SRI II 3



Voluson
E8



Voluson



E8

AG=08w4d

RAB4-8-D/OB

10.1cm/2.7/14Hz

MI 0.9

TIs 0.0

CENTRE PEREIRE

17.06.2011

12:31:35

Trimestre 1.

Har-Élevée

Puissance 92 %

Gn 6

C5 / M8

P1 / E0

SRI II 5



IMAGES PÉRI-OVULAIRES FORTUITES

- Le *décollement trophoblastique* n'existe pas sur une grossesse évolutive
- Il s'agit d'un *défaut d'accolement* sans valeur pronostique péjorative

Voluson



RAB4-8-D/OB

MI 0.9

CENTRE PEREIRE

10.1cm/2.4/36Hz

TIs 0.1

19.07.2011

12:46:09

Trimestre 1.

Har-Élevée

Puiss. 92 %

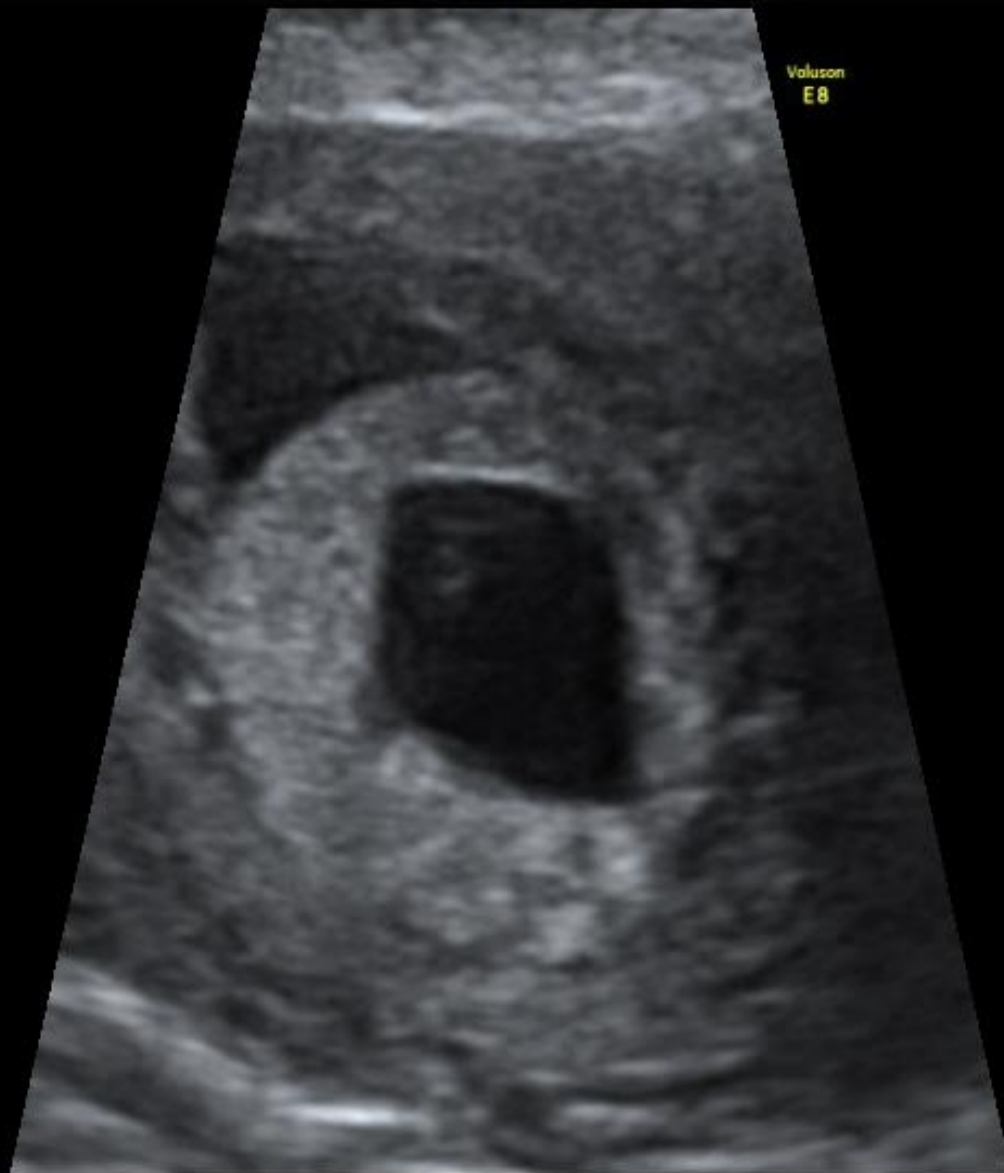
Gn 3

C5 / M8

P1 / E0

SRI II 5

Voluson
E8



IMAGES PÉRI-OVULAIRES FORTUITES

- Le *décollement trophoblastique* n'existe pas sur une grossesse évolutive
- Il s'agit d'un *défaut d'accolement* sans valeur pronostique péjorative
- Si la grossesse est non évolutive, c'est un *décollement ovulaire*

MÉTRORRAGIES ET RISQUE DE FCS

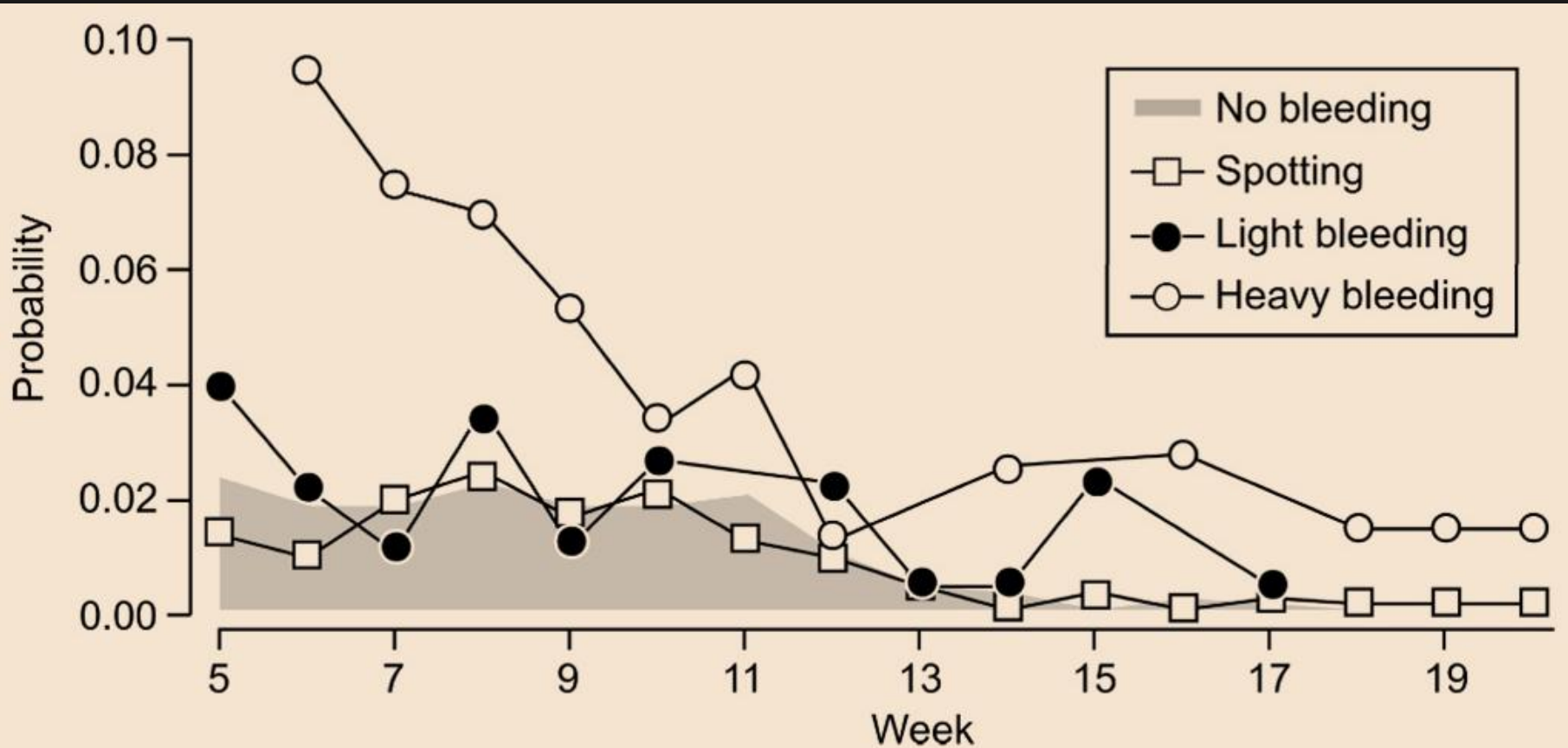


Figure 1.
Week-specific probability of miscarriage by bleeding status, *Right From the Start*, 2000–2008
(n=4510).

2/ GROSSESSE DÉBUTANTE
NON LOCALISÉE
ASYMPTOMATIQUE

LES GROSSESSES NON LOCALISÉES

- *Prévalence difficile à évaluer :*
 - variable en fonction des critères d'inclusion
 - estimée à 25% de l'ensemble des GEU
 - effet centre
- *Évoquer la GNL est donc à la fois :*
 - hCG dépendant :
 - GIU trop jeunes
 - GEU trop petites
 - Opérateur dépendant

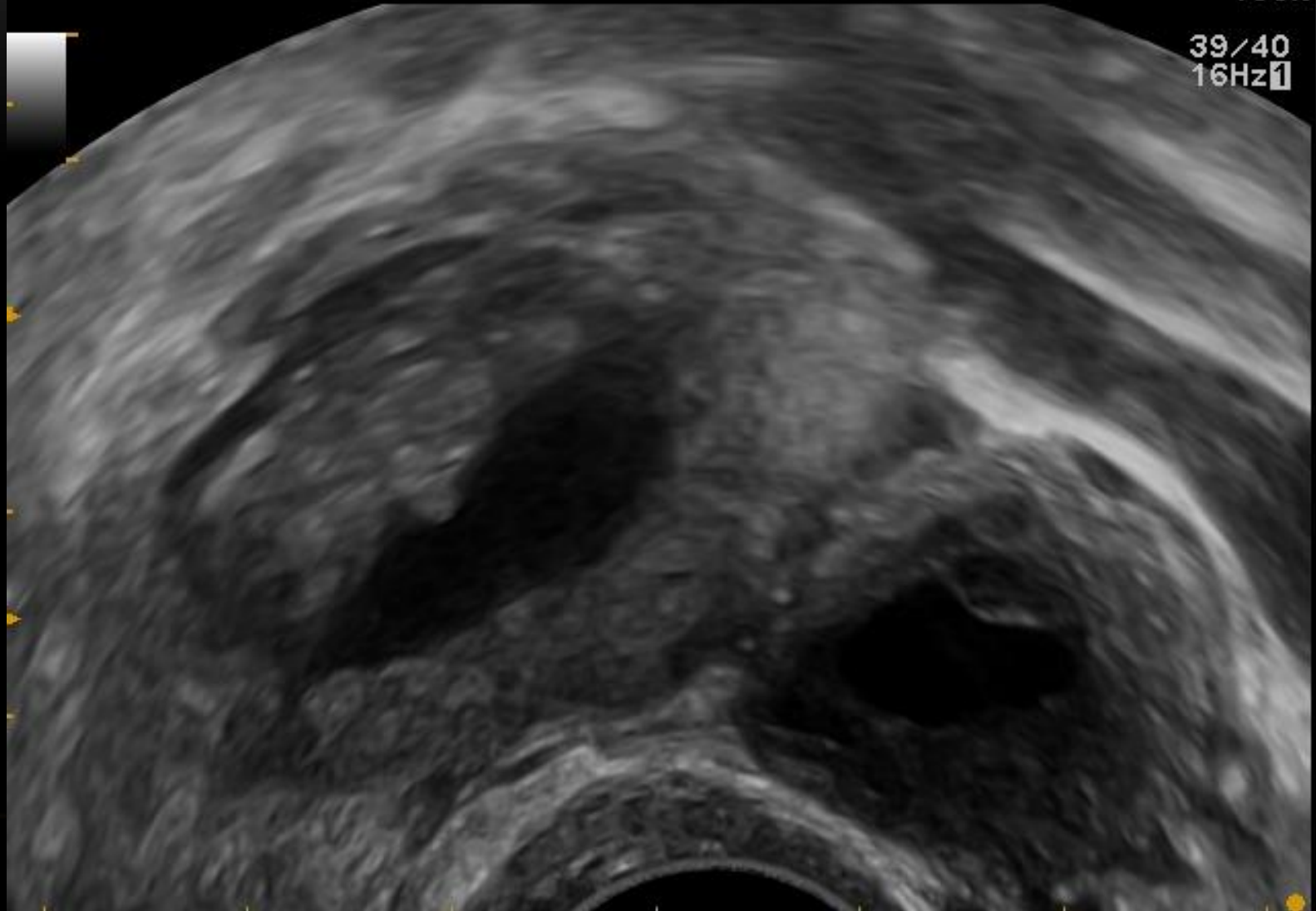


* C E N T R E *
* P E R E I R E *

05-07-'08
09:21:41

100%


39/40
16Hz



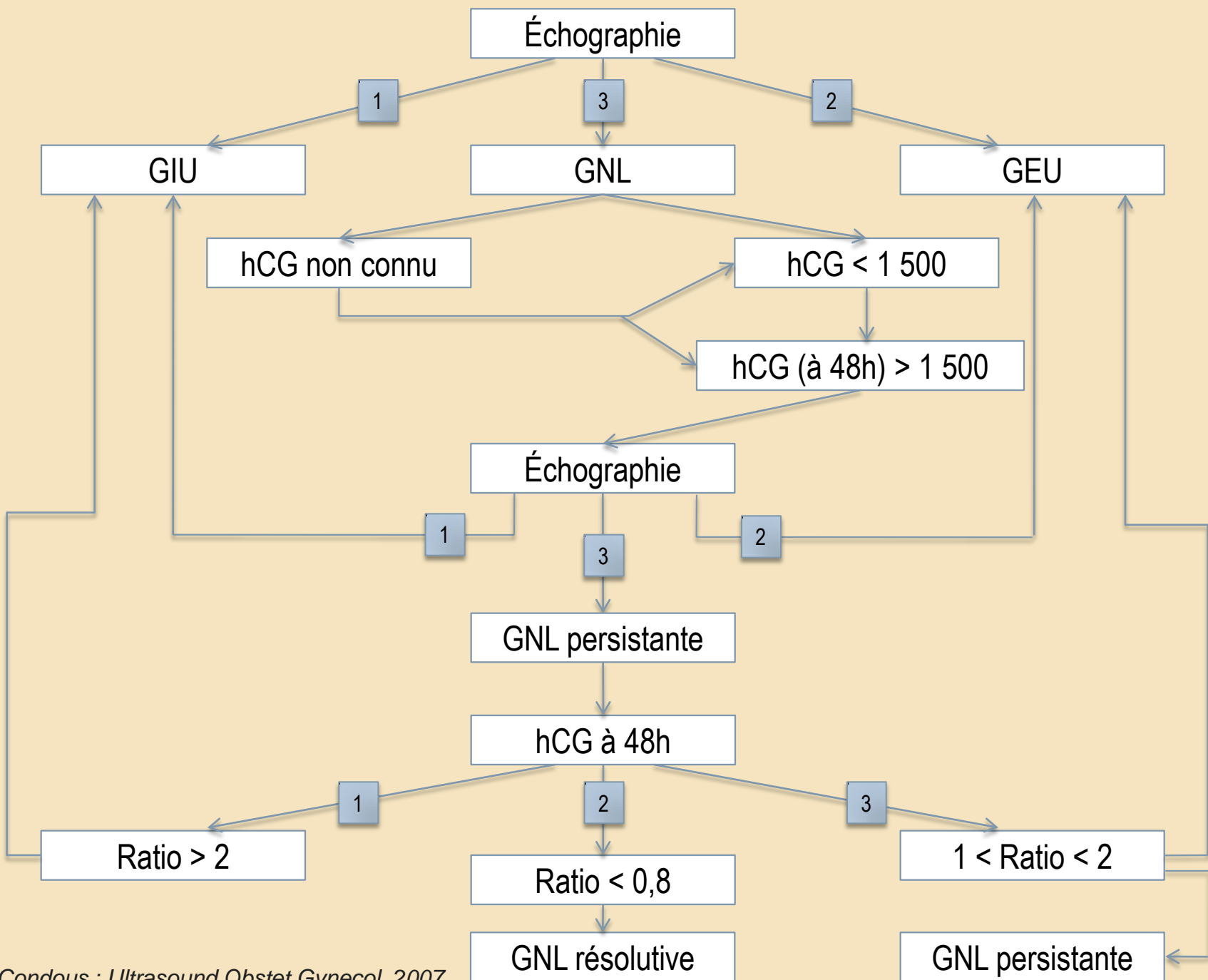
CENTRE *
PEREIRE *

Y

F

46/47 
17Hz





À RETENIR EN PARTANT : 3 INFOS

1. Avant 35 jours : diagnostic le plus fréquent : GNL

*1. Entre 35 et 41 jours : diagnostic le plus fréquent :
GIU de viabilité incertaine*

*1. À partir de 42 jours : diagnostic le plus fréquent :
GIU évolutive*

*Les chances d'affirmer l'évolutivité augmentent jour
par jour jusqu'à 49 jours puis se stabilisent*

À RETENIR EN PARTANT : 1 RECOMMANDATION

Chez les patientes asymptomatiques et sans antécédent de GEU :

Pas d'échographie avant 42 jours

>> Réduction des examens non informatifs potentiellement délétères

>> Pas d'augmentation de la morbidité en cas de GEU non diagnostiquée

3/ SURVEILLANCE APRÈS IVG MÉDICALE

Voluson



E8

RIC5-9-D/GYN

MI 1.0

CENTRE PEREIRE

6.5cm/2.0/28Hz

TIs 0.1

15.06.2011

17:20:00

Uterus.

10.00 - 4.00

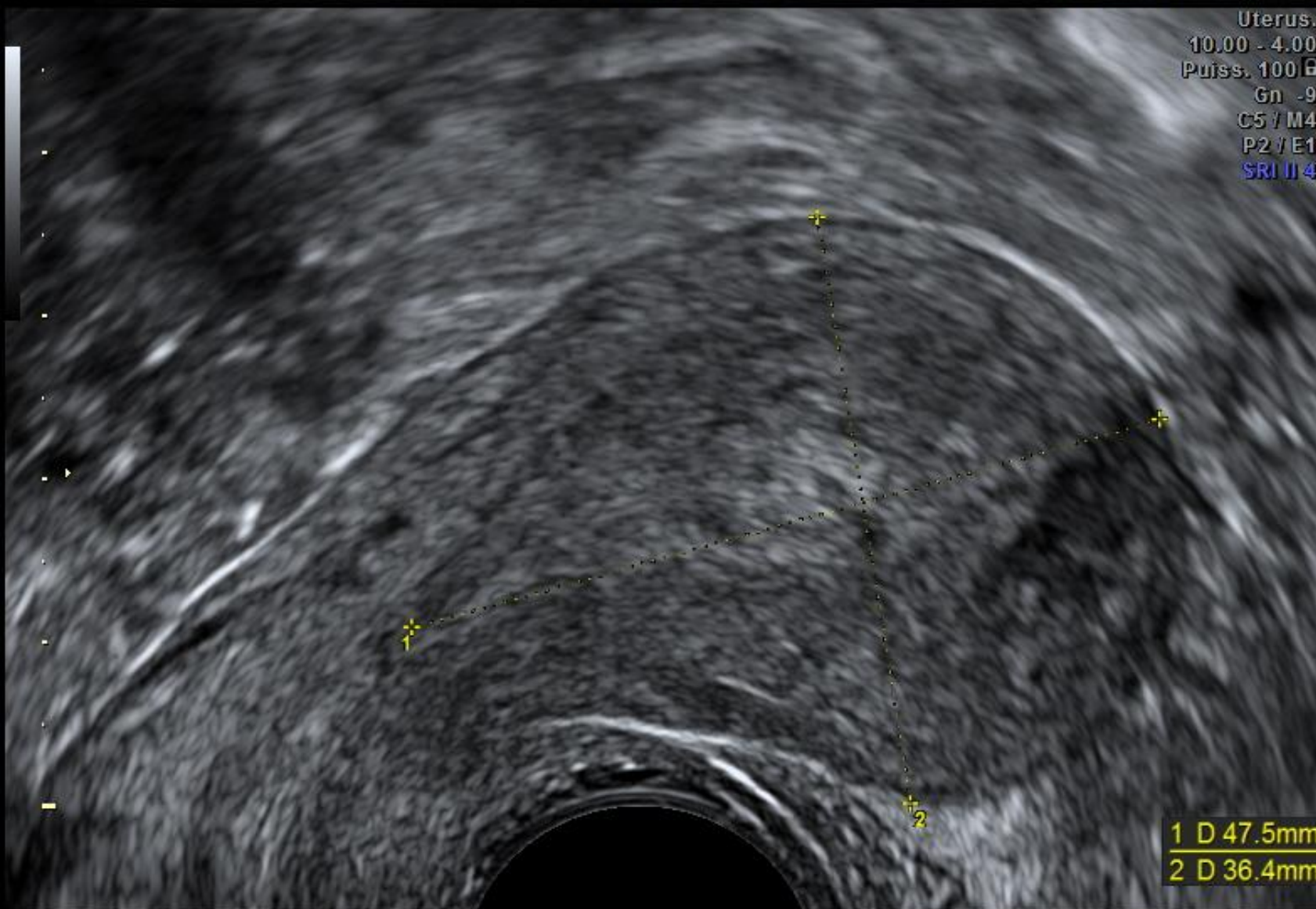
Puiss. 100 B

Gn -9

C5 / M4

P2 / E1

SRI II 4



1 D 47.5mm

2 D 36.4mm

Voluson



RIC5-9-D/GYN

MI 0.9

CENTRE PEREIRE

5.4cm/1.7/21Hz

TIs 0.1

02.09.2011

12:37:03

Uterus.

10.00 - 4.00

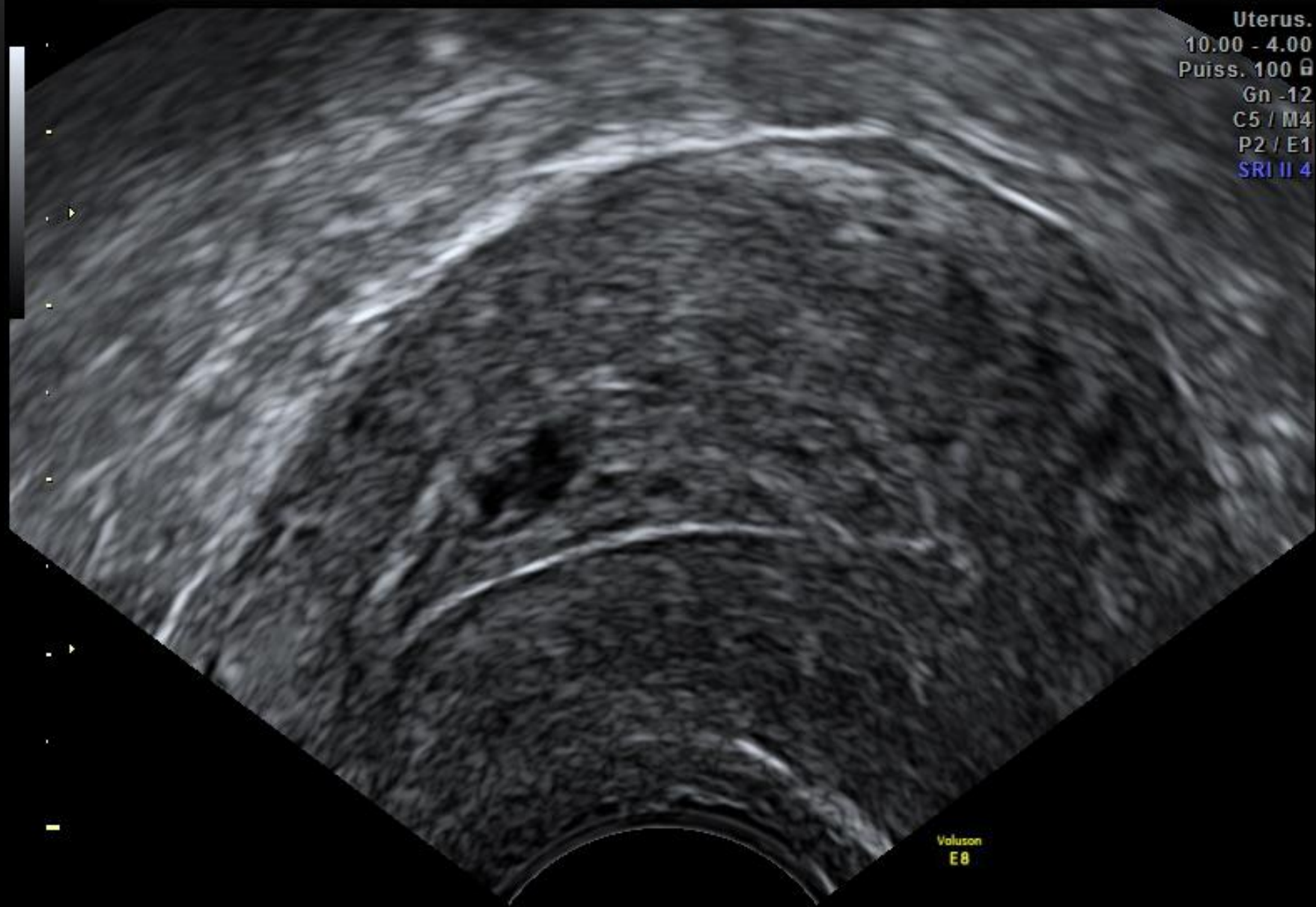
Puiss. 100 B

Gn -12

C5 / M4

P2 / E1

SRI II 4



Voluson
E8

Voluson



E8

RIC5-9-D/GYN

MI 0.8

CENTRE PEREIRE

AG=13w3d

6.5cm/1.8/11Hz

TIs 0.2

20.06.2011

14:55:04

2cm/s



-2cm/s

Uterus.
14.50 - 4.20
Puiss. 92 %
Gn -13
C5 / M4
P2 / E1
SRI II 4

Puiss. 100 %
Gn -2.2
Frq Moyenne
Qual norm
WMF Faible1
PRF 0.3kHz

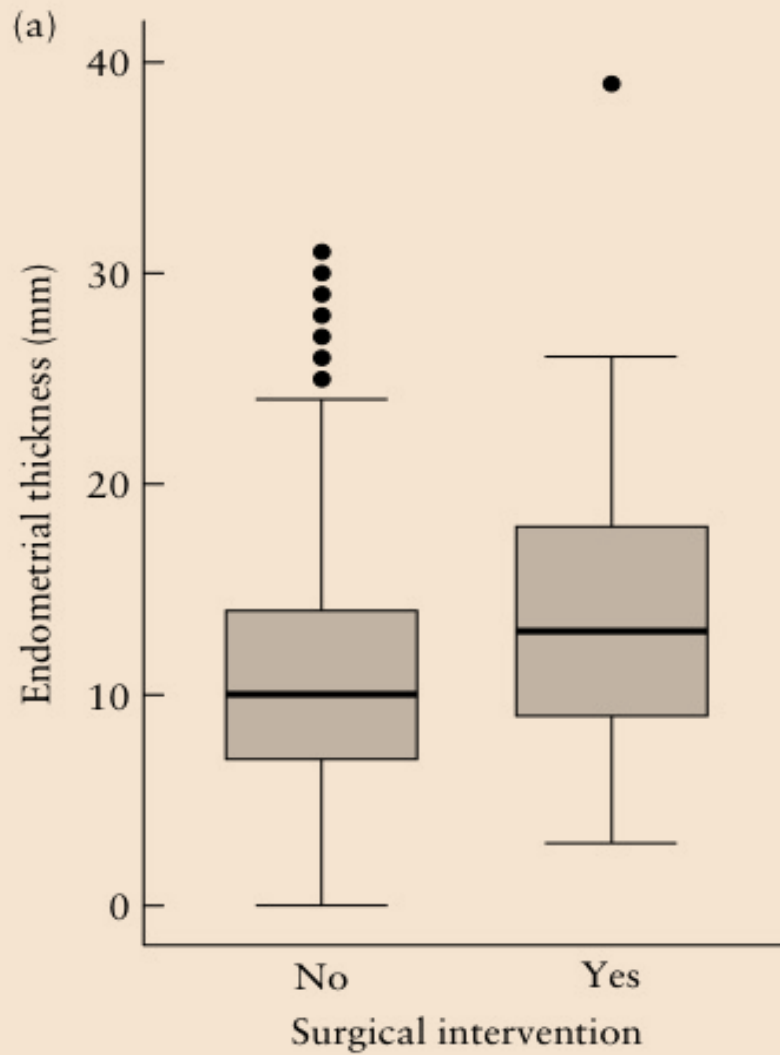
Voluson
E8

ÉCHOGRAPHIE APRÈS MIFÉPRISTONE ET MISOPROSTOL

36 patientes

G ≤ 49 jours d'aménorrhée

	<i>Echo H6</i>	<i>Echo J14</i>
<i>Endomètre 7 – 14 mm sans image intra-cavitaire</i>	11 (30%)	
<i>Sac ovulaire persistant</i>	2 (5%)	0
<i>Image hétérogène</i>	23 (63%)	19 (53%)
<i>Signal Doppler</i>	15 (65%)	15 (78%)
<i>Curetage</i>		2



Endometrial thickness at approximately 7 days following medical abortion : NS

À RETENIR EN PARTANT

Échographie après IVG médicale ?

- systématique entre J 21 et J 28 (4^{ème} consultation)
non pertinente
- en fonction du contexte clinique
légitime

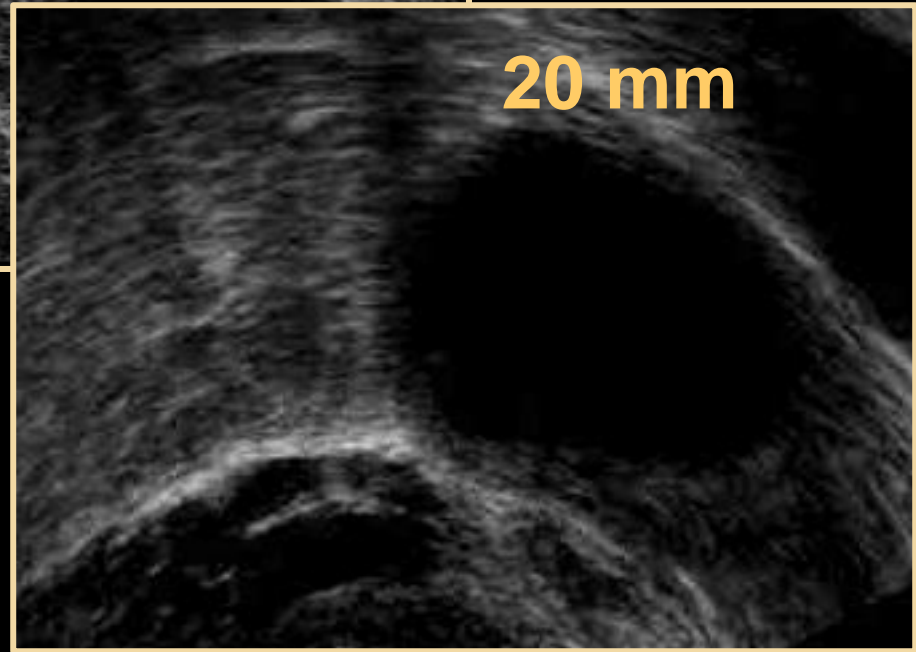
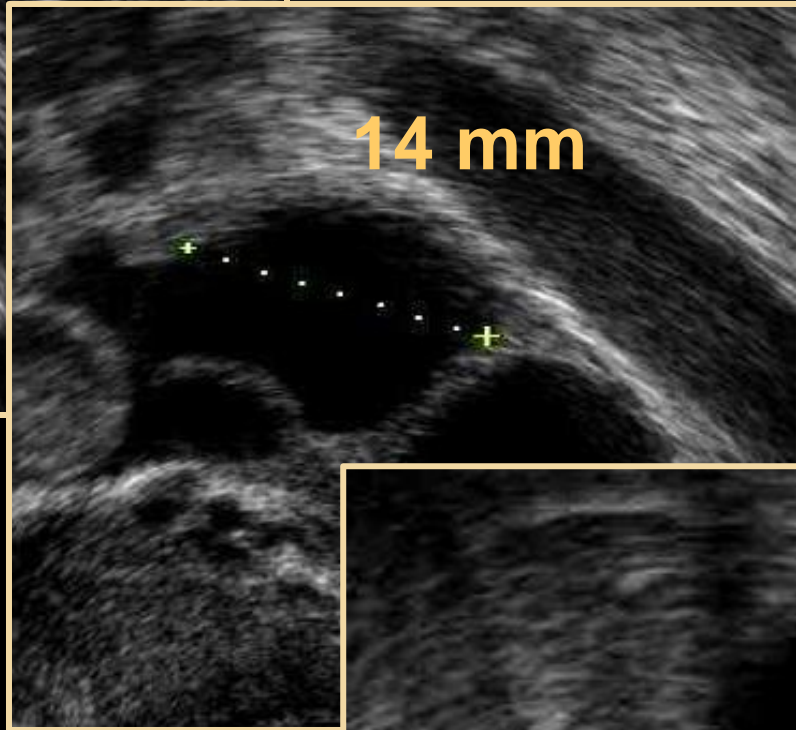
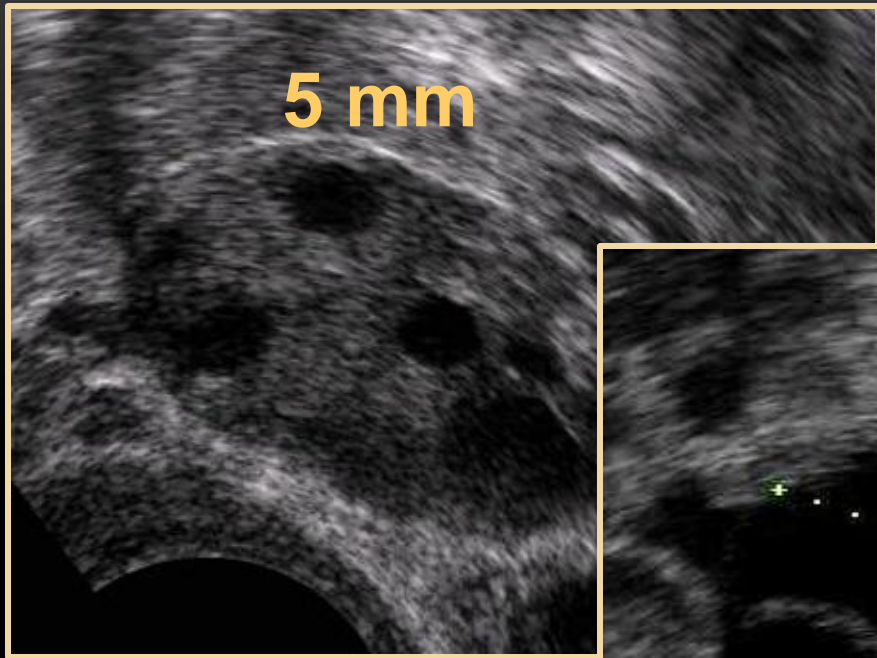
4/ MONITORAGE ÉCHOGRAPHIQUE DES STIMULATIONS

CITRATE DE CLOMIPHÈNE

- *Monitorage non indispensable*
 - *Taux de grossesse peu différents*
avec ou sans monitorage
 - *Mais risque*
de développement multifolliculaire
de grossesse multiple
d'hyperstimulation
- >> *Échographie à J12 lors du 1er cycle stimulé***

u-FSH ou r-FSH

- *Monitoring indispensable pour tous les protocoles*
- *4 objectifs*
 - 1/ identifier l'apparition d'un follicule de 10 mm
= follicule dominant sélectionné
 - 2/ adapter les doses jusqu'à un diamètre de 18 mm
 - 3/ endomètre : isoéchogène et ≥ 7 mm (?)
 - 4/ identifier les situations péjoratives



Follicles

Voluson



RIC5-9-D/GYN

MI 0.6

CENTRE PEREIRE

2.5cm/1.0/91

TIs 0.1

20.09.2011

09:44:33

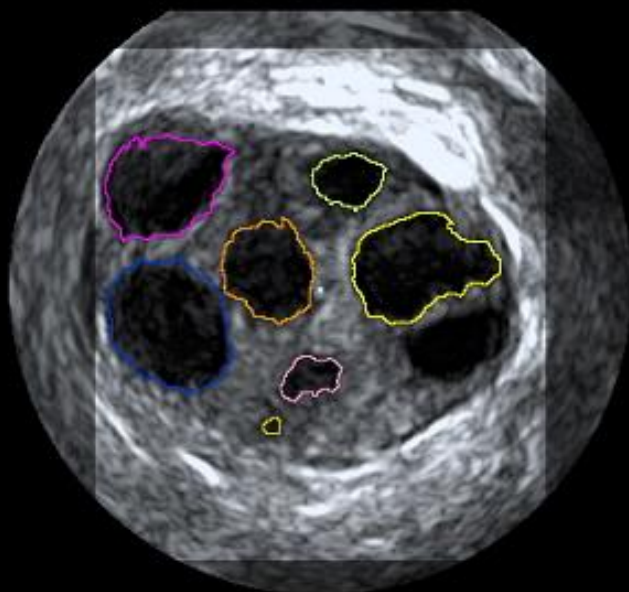
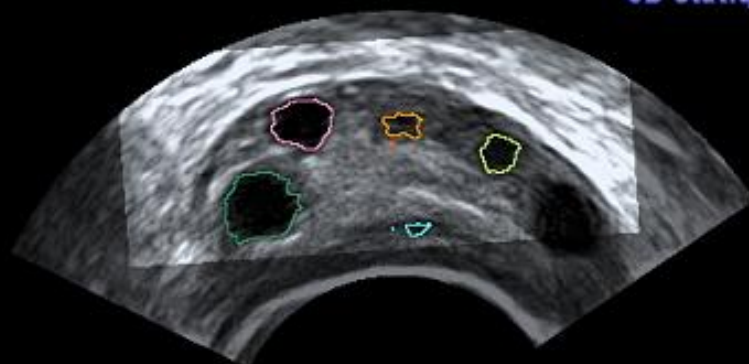
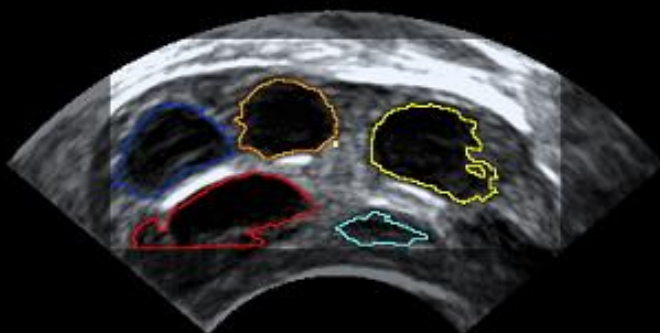
Follicules.

Qual Élevée2

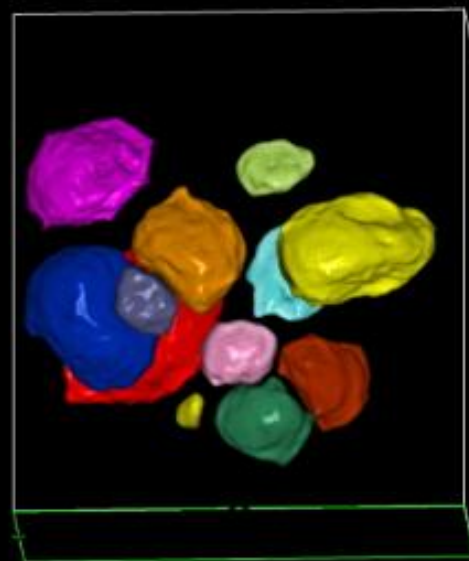
B99°/V120°

SRI II 4

3D statique



A | B
C | 3D



Voluson



E8

RIC5-9-D/GYN

MI 0.7

CENTRE PEREIRE

4.2cm/2.7/111

TIs 0.1

18.07.2011

13:10:58

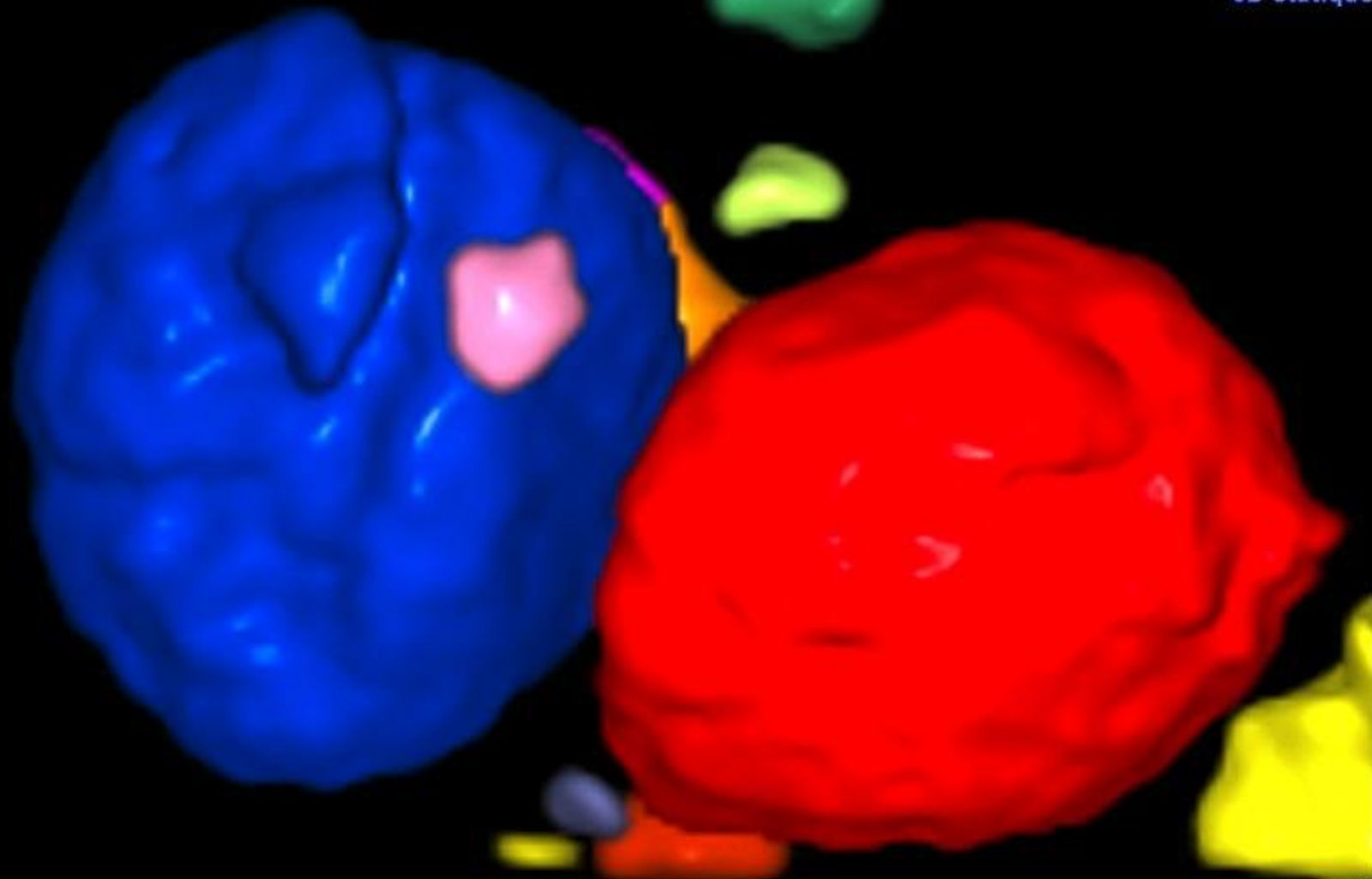
Uterus VCl.

Qual max

B79°/V105°

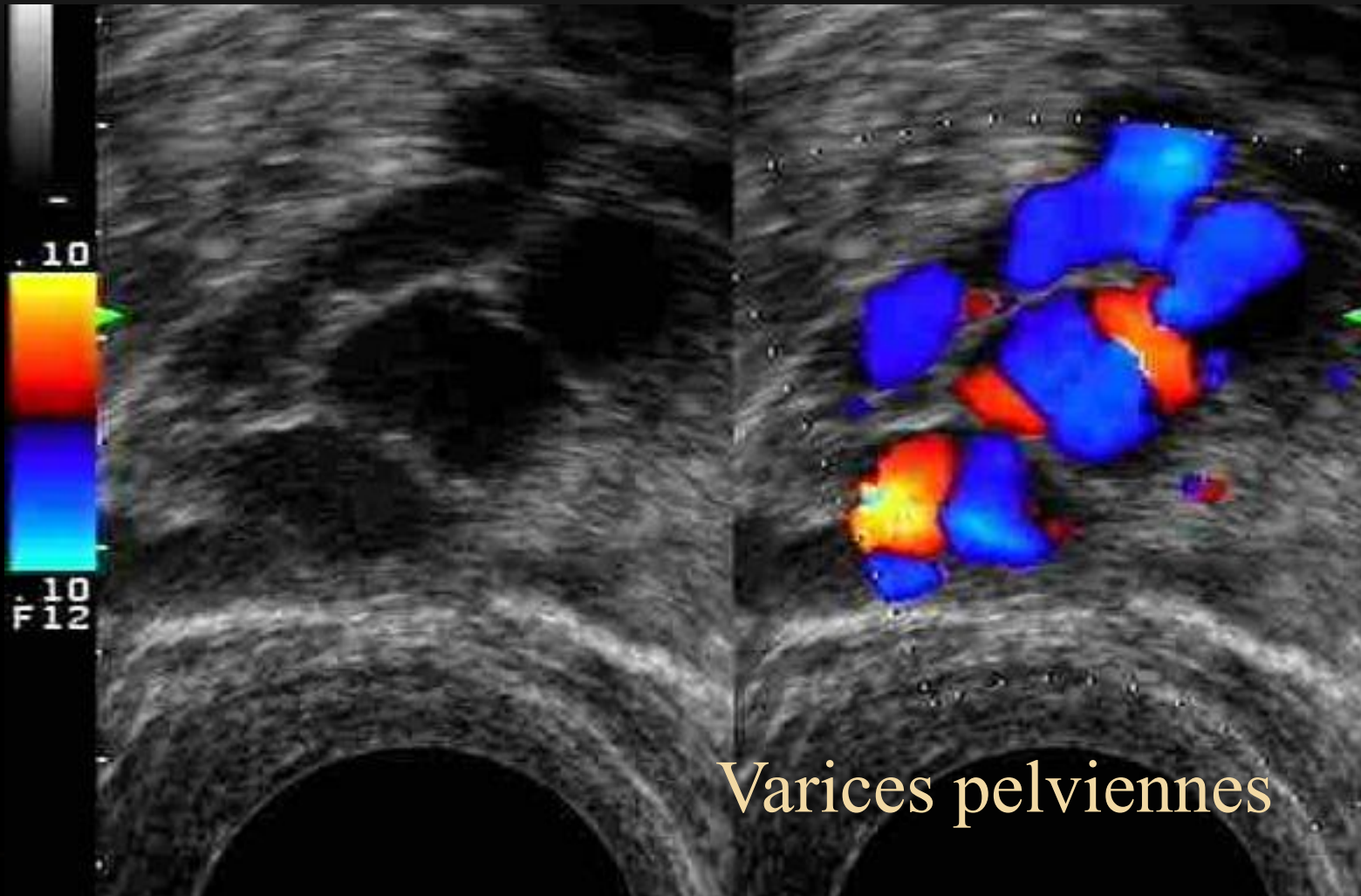
SRI II 4

3D statique



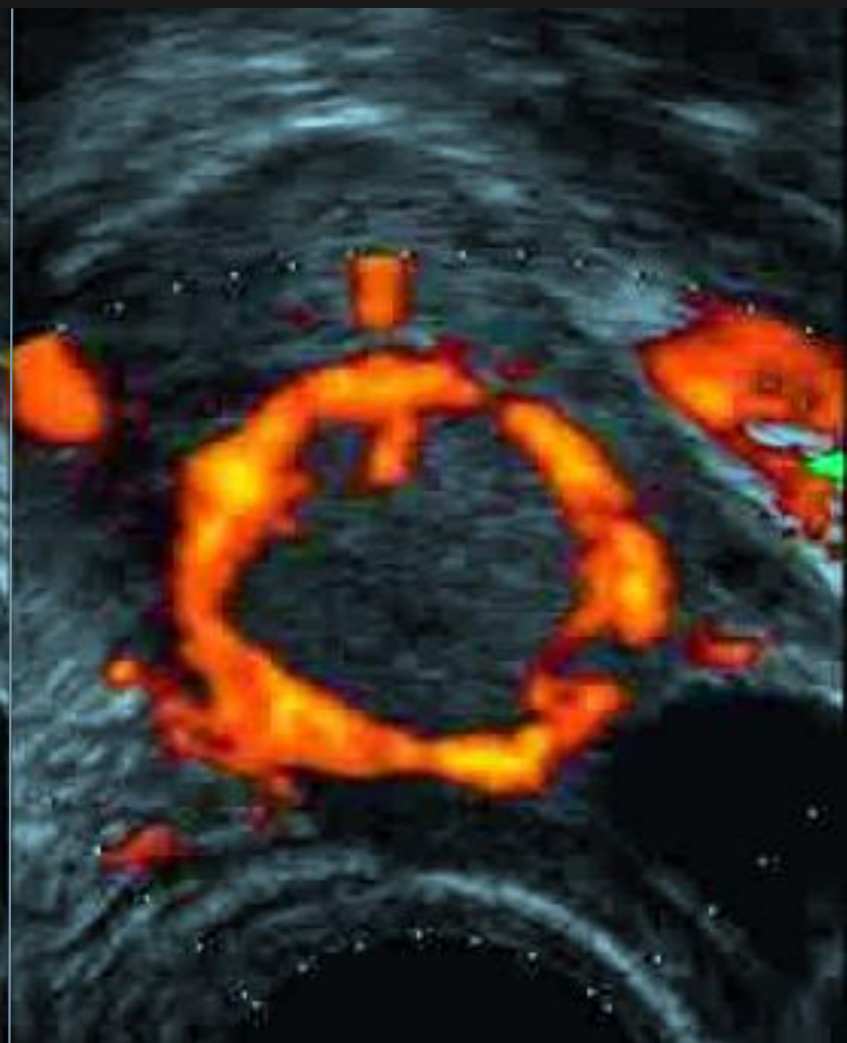
3D

Diagnostic différentiel



Varices pelviennes

Corps jaune



DIAMÈTRE FOLLICULAIRE AVANT IIU

	Follicle diameters				
	>16 mm	16 mm	15 mm	14 mm	13 mm
Follicles	150	58	74	97	123
Attributable fetal hearts (<i>n</i>)	111	18	6	4	0
%	74	31	8.1	4.1	0
Contingency comparison ^a		0.0001	0.0009	0.2	NS

Diamètre critique : 16 mm

112 cycles stim r-FSH
données complètes

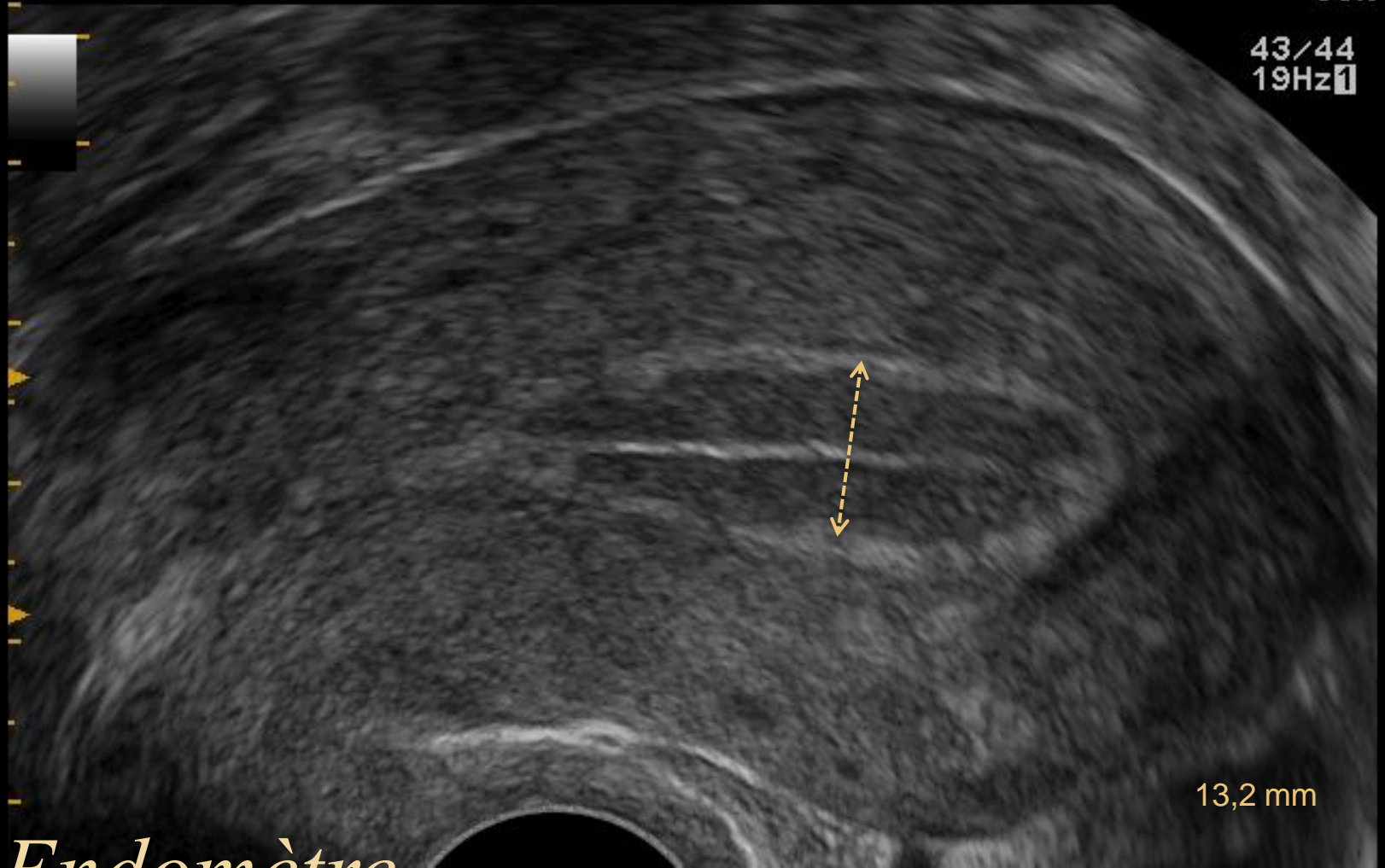
TAUX DE GROSSESSE APRÈS IIU

Méta-analyse : 14 études, 11 599 cycles

Stimulation	Mono-follicule	Multi-follicules (≤ 4)
TG simple	8,4%	15%
OR 2 follicules		1,6 (99% CI 1,3 – 2,0)
OR 3 et 4 follicules		2,0 (99% CI 1,6 – 2,3)
TG gémellaire	0,3%	2,8%
OR GG 2 follicules		1.7 (99% CI 0.8–3.6)
OR GG 3 et 4 follicules		2,8 (99% CI 1.2–6.4)

60%

43/44
19Hz



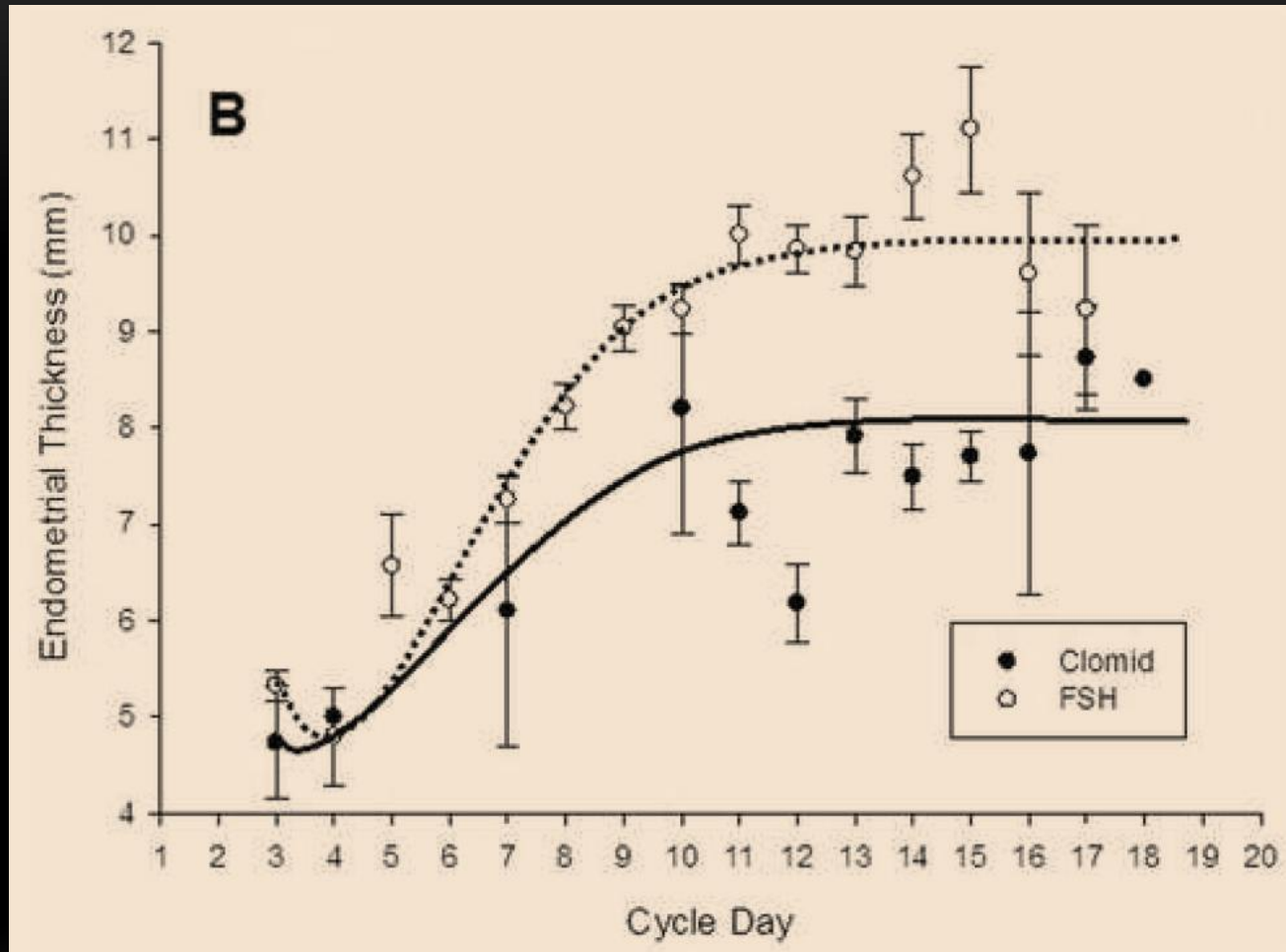
Endomètre

CROISSANCE ENDOMÉTRIALE

Nadir : 4,5 mm on day 4

Increasing 1 mm/day

Plateau on day 9



246 cycles, PR 22%

retrospective cohort study

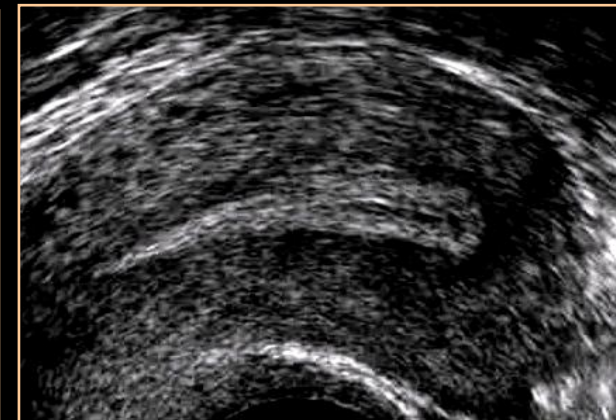
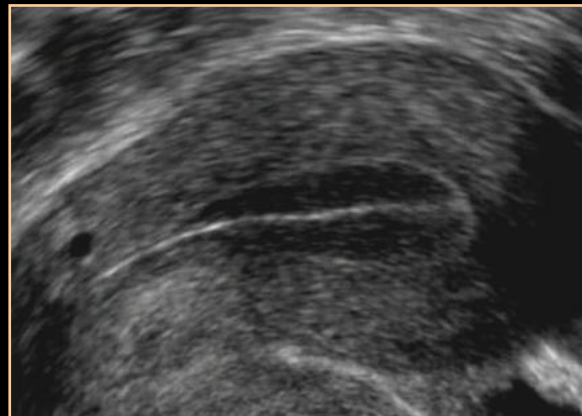
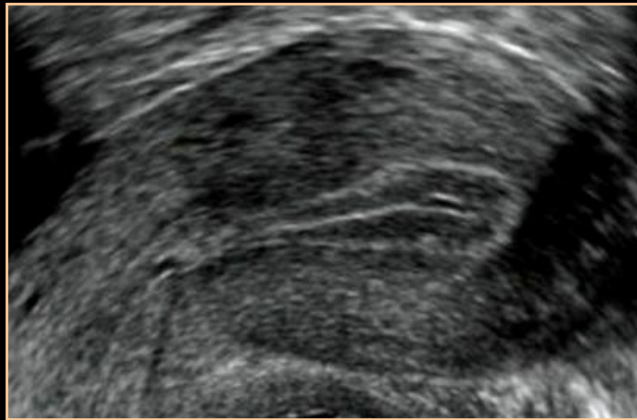
J Bromer : Fertil Steril. 2009 March

Table 1 :Factors affecting pregnancy rates in intrauterine insemination

Parameters	Pregnancies/ cycle	Pregnancy (%)	Chi square
Number of preovulatory follicles			0.303
1	29/345	8.52	
2	10/75	13.33	
3	3/14	21.4	
LH level (IU/ml)			0.970
<5	15/124 (12.04)	12.04	
5–9.9	14/133 (10.52)	10.52	
10–14.9	5/48 (10.41)	10.41	
>15	5/76 (6.57)	6.57	
Time between trigger and IUI			0.293
≤24 h	3/73 (4.10)	4.10	
>24 h	38/339 (11.20)	11.20	
Endometrial thickness (mm)			0.787
<6	2/32	6.35	
>6	40/402	9.95	

Structure endométriale en AMP

- Type A, triple ligne
- Type B, triple ligne mince
- Type C, hyperéchogène



Dickey RP, Fertil Steril 1993

A

B

C

Gonen Y, Casper RF, J In Vitro Fert Embryo Transf 1990

C

B

A

ENDOMÈTRE AVANT FIV : ÉPAISSEUR & STRUCTURE

Table 4 Clinical outcome according to thickness grouping and combined grouping of thickness and pattern

Thickness grouping	CPR	Miscarriage rate	CPR by pattern A ^a	CPR by pattern B ^a	p ^b
Group1(n = 52)	23.1%	8.3%	11/45(24.4%)	1/7(14.3%)	NS
Group2(n = 2349)	47.6%	8.9%	1047/2183(48%)	71/166(42.8%)	NS
Group3(n = 495)	55.2%	6.6%	236/432(54.6%)	37/63(58.7%)	NS
p ^b	< 0.01	NS	< 0.01	< 0.05	-

Endometrial thickness: Group 1: ≤ 7 mm; Group 2: >7 to 14 mm; Group 3: >14 mm

Pattern A = triple-line pattern, hypoechoic endometrium with well-defined hyperechoic outer walls and central echogenic line

Pattern B = no-triple line pattern, isoechogenic or homogeneous hyperechoic endometrium with a poorly defined or absent central echogenic line

CPR = clinical pregnancy rate

^aPregnant cycles/total cycles and percentage of clinical pregnancies

^bP-values by chi-square test

NS = not significant

2896 cycles
retrospective cohort study

5/ KYSTES OVARIENS
HORS MÉNOPAUSE

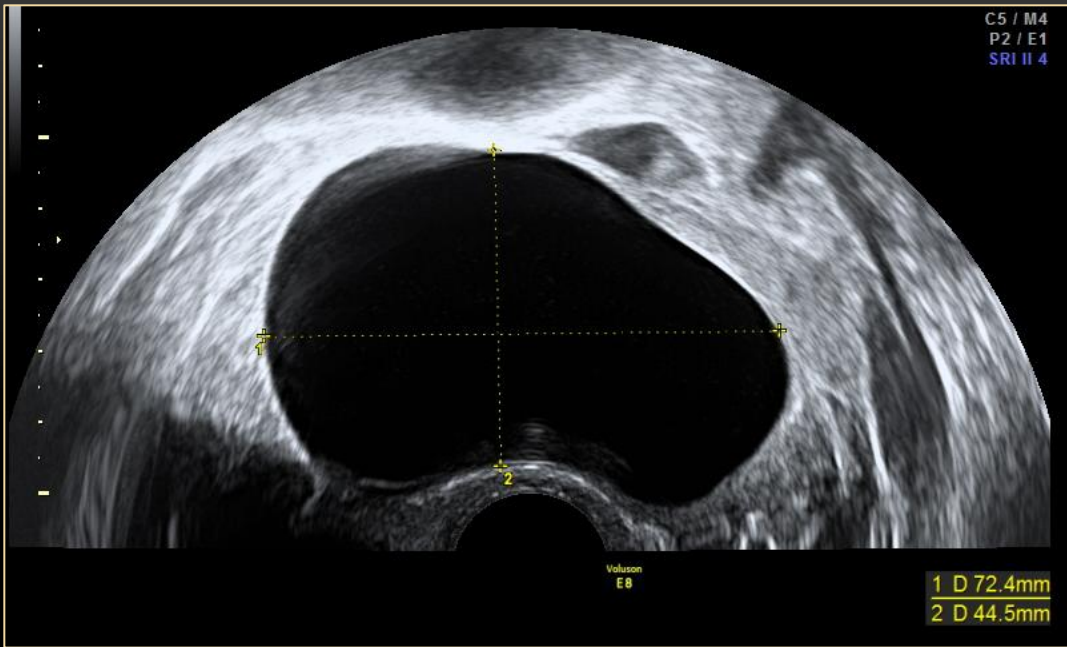
KYSTES DE L'OVAIRE MORPHOLOGIE ÉCHOGRAPHIQUE

KYSTE COMPLEXE

- Contenu : cloisonné, mixte, hétérogène
 - Paroi irrégulière ± végétation interne
 - Doppler :
 - vascularisation présente
 - hémodynamique : indices faible résistance (IR, IP)
 - Scores : Index Risque Malignité (reproductibilité médiocre)
-

KYSTE SIMPLE

- Contenu anéchogène = transonore = liquidien pur
- Sans cloison
- Paroi fine (< 3 mm) et régulière
- Doppler : absence de vascularisation, indices élevés



Voluson



RIC5-9-D/GYN

MI 0.8

CENTRE PEREIRE

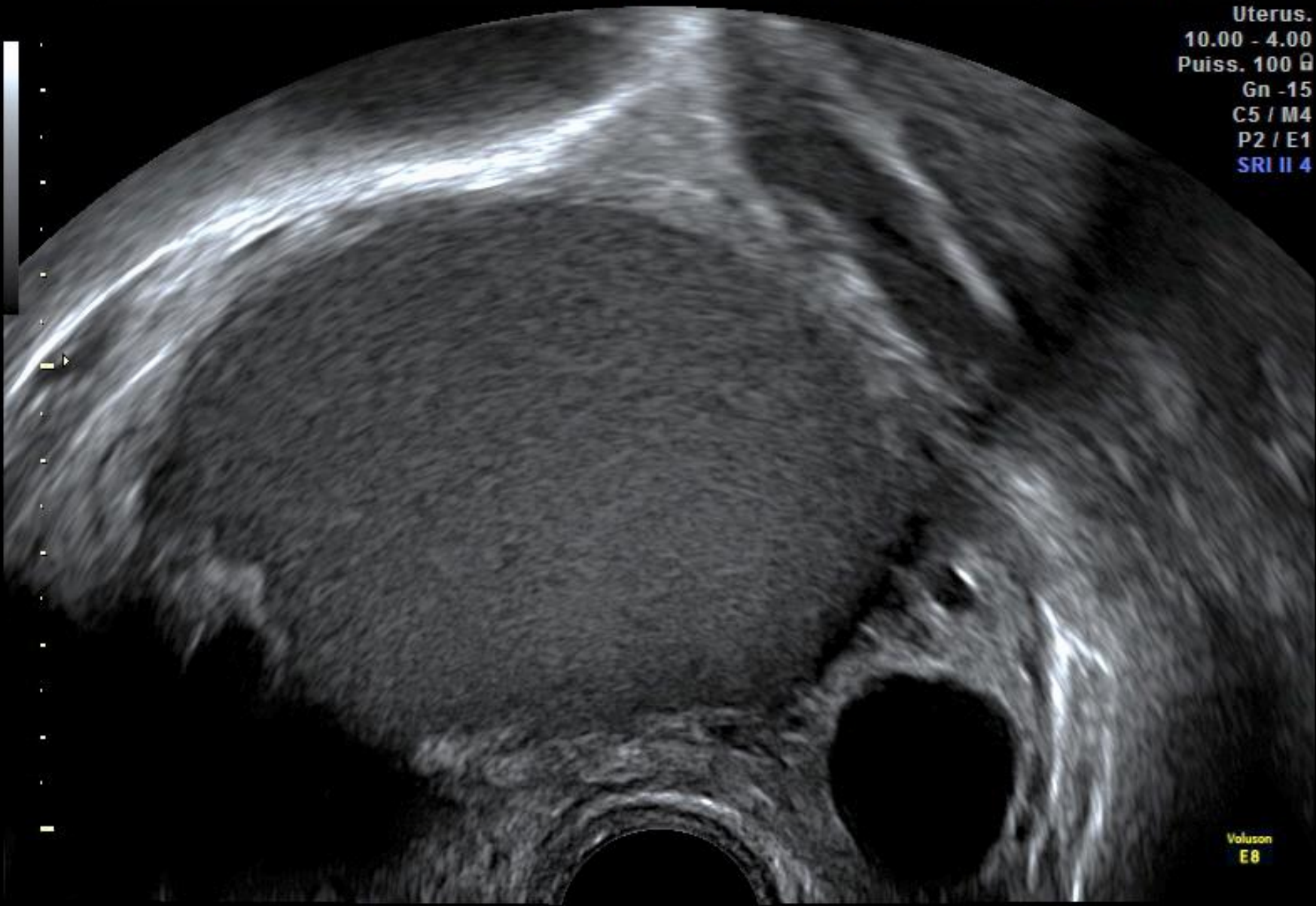
8.9cm/1.5/24Hz

TIs 0.1

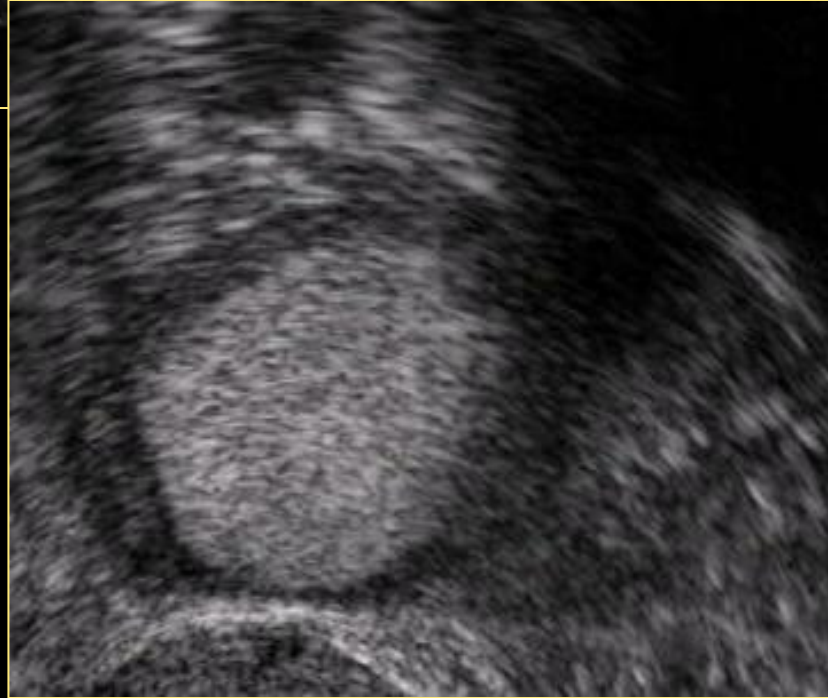
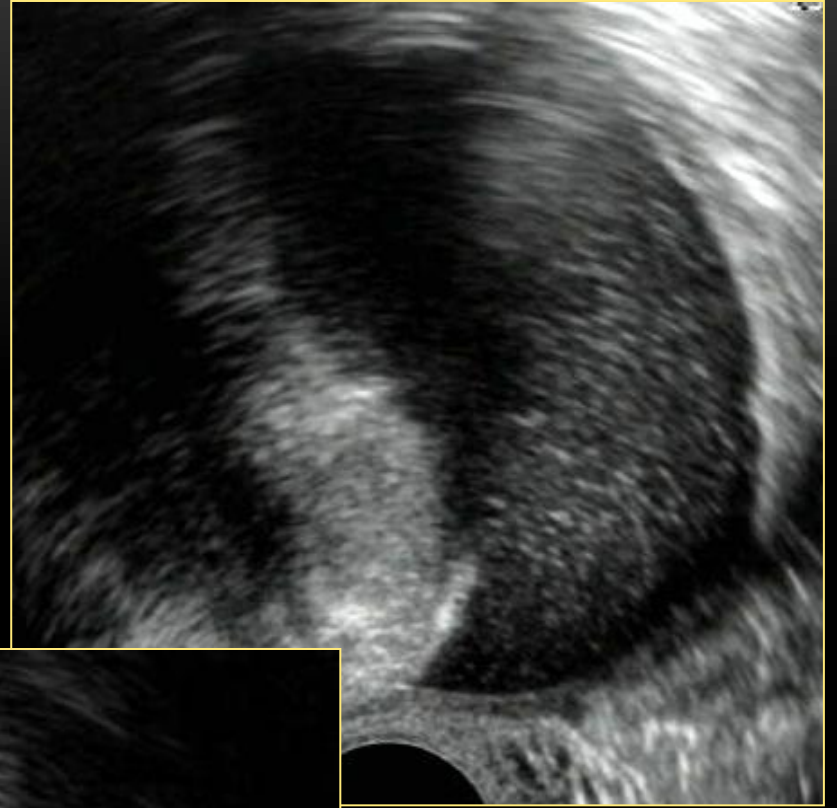
17.10.2011

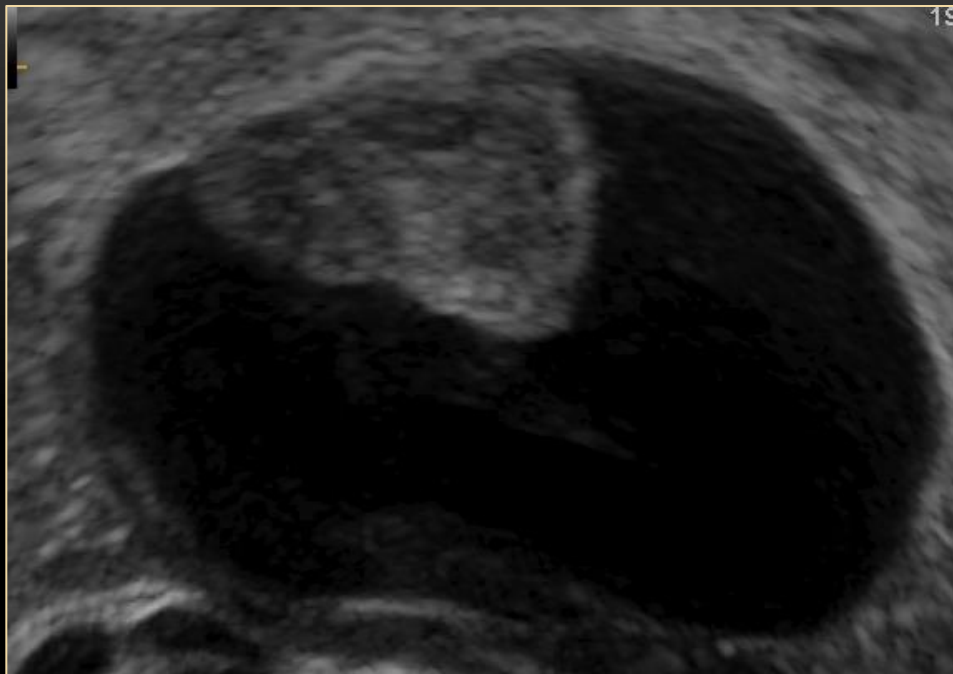
16:15:28

Uterus.
10.00 - 4.00
Puiss. 100 G
Gn -15
C5 / M4
P2 / E1
SRI II 4

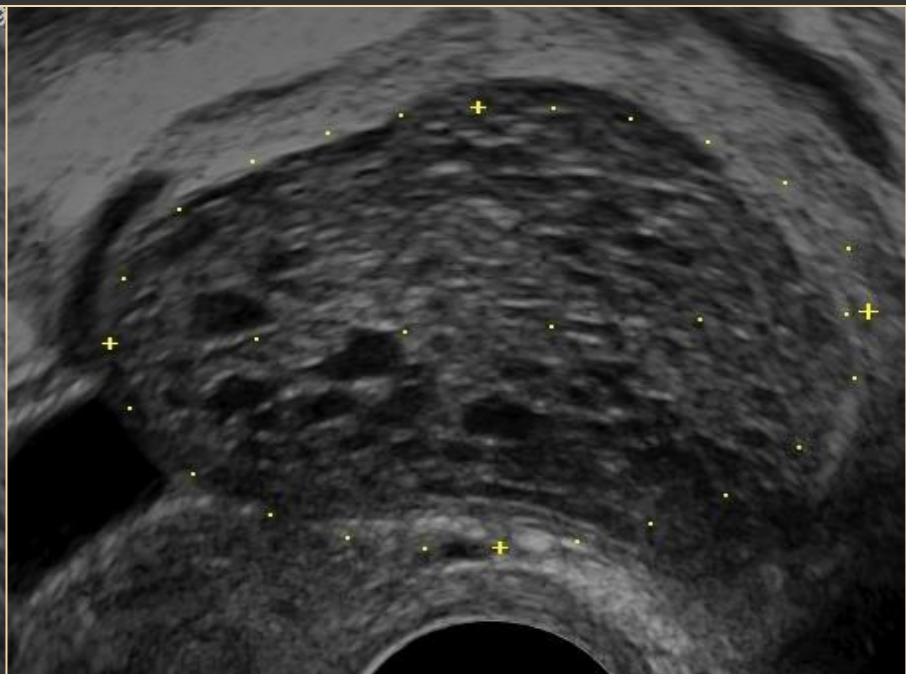


Voluson
E8





19



Voluson



RIC5-9-D/OB

MI 1.1

CENTRE PEREIRE

5.4cm/2.1/11Hz

TIs 0.2

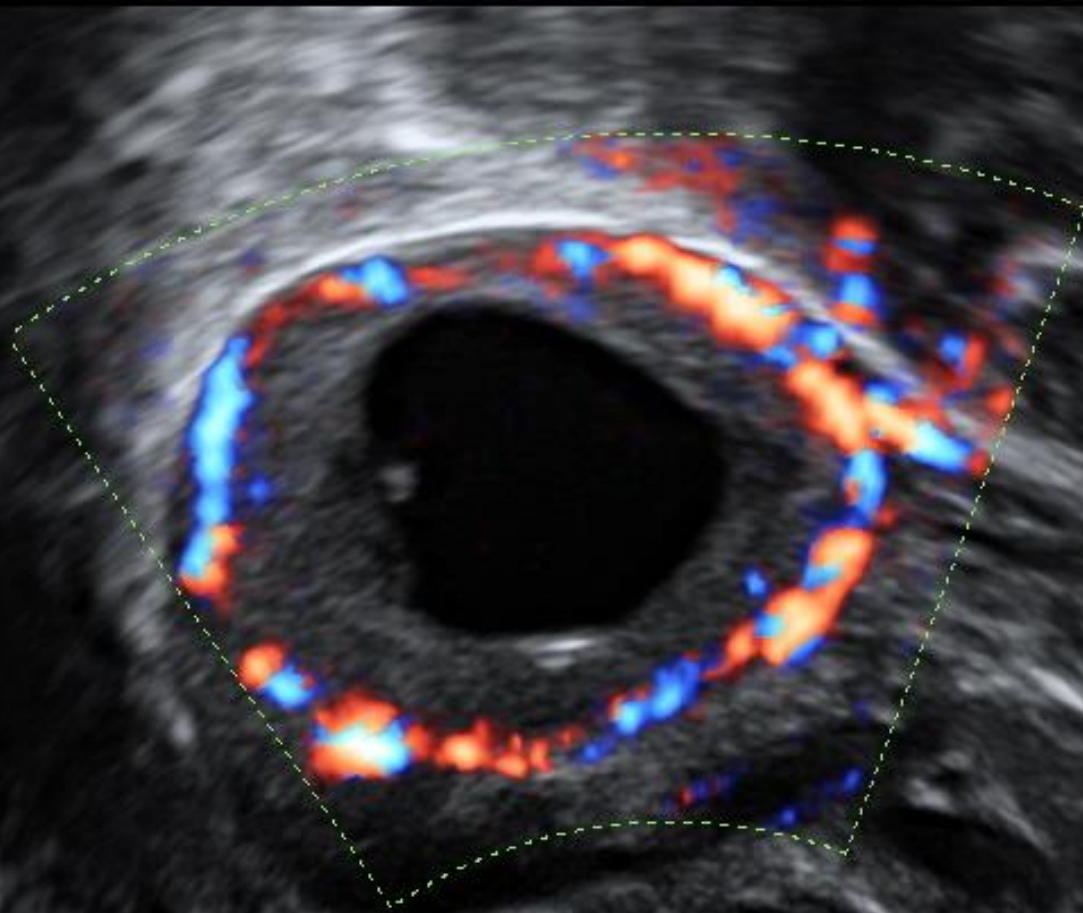
10.10.2011

14:35:36

6cm/s



-6cm/s



Trimestre 1.

Har-Élevée

Puiss. 97 %

Gn -10

C6 / M4

P1 / E1

SRI II 3

Puiss. 100 %

Gn -0.2

Frq Moyenne

Qual norm

WMF Faible1


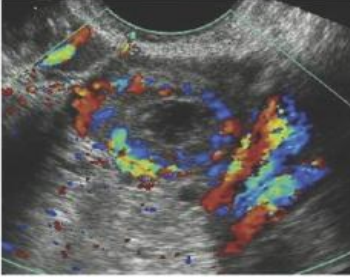
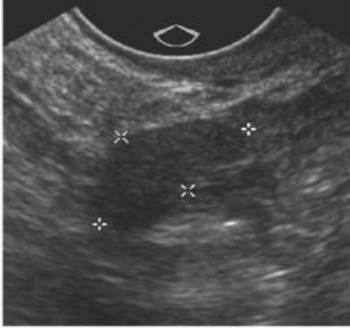

PRF 0.9kHz


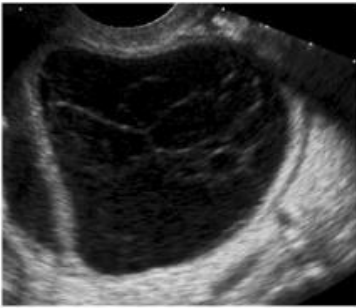
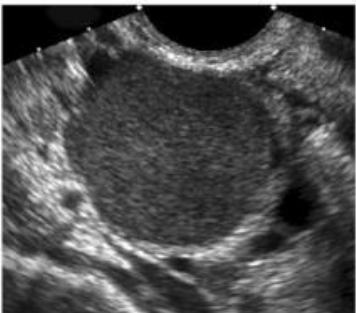

Voluson
E8


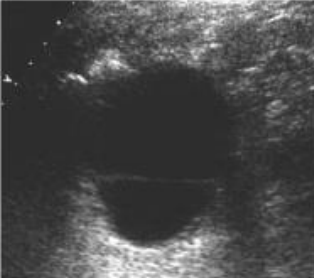

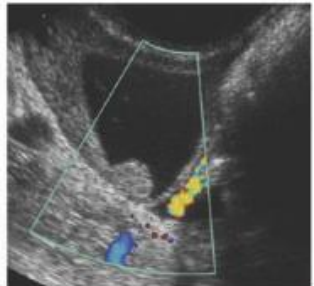
Management of asymptomatic ovarian and other adnexal cysts imaged at US


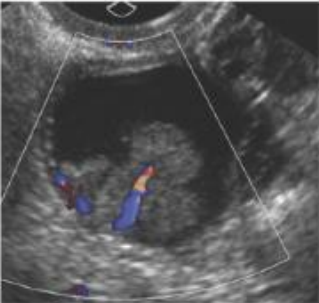
Society of Radiologists in Ultrasound consensus conference statement

Radiology : volume 256: number 3—september 2010

Normal Appearance		Follow-up*	Comments
<p>Normal ovary appearance: Reproductive age Follicles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thin and smooth walls • Round or oval • Anechoic • Size ≤ 3 cm • No blood flow 		Not needed	Developing follicles and dominant follicle ≤ 3 cm are normal findings
<p>Normal ovary appearance: Reproductive age Corpus luteum</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diffusely thick wall • Peripheral blood flow • Size ≤ 3 cm • +/- internal echoes • +/- crenulated appearance 		Not needed	Corpus luteum ≤ 3 cm is a normal finding
<p>Normal ovary appearance: Postmenopausal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Small • Homogenous 		Not needed	Normal postmenopausal ovary is atrophic without follicles
<p>Clinically inconsequential: Postmenopausal Simple cyst ≤ 1 cm</p> <ul style="list-style-type: none"> • Thin wall • Anechoic • No flow 		Not needed	Small simple cysts are common; cysts ≤ 1 cm are considered clinically unimportant

Cysts with benign characteristics		Follow-up*	Comments
<p>Simple cysts (includes ovarian and extraovarian cysts)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Round or oval • Anechoic • Smooth, thin walls • No solid component or septation • Posterior acoustic enhancement • No internal flow 		<p>Reproductive age: ≤ 5 cm: Not needed > 5 & ≤ 7 cm: Yearly</p> <p>Postmenopausal (PM): > 1 & ≤ 7 cm: Yearly**</p> <p>Any age: > 7 cm: Further imaging (e.g., MRI) or surgical evaluation</p>	<p>Simple cysts, regardless of age of patient, are almost certainly benign</p> <p>For cysts ≤ 3 cm in women of reproductive age, it is at discretion of interpreting physician whether to describe them in imaging report</p>
<p>Hemorrhagic cyst</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reticular pattern of internal echoes • +/- Solid appearing area with concave margins • No internal flow 		<p>Reproductive age: ≤ 5 cm: Not needed > 5 cm: 6-12 week follow-up to ensure resolution</p> <p>Early PM: Any size: Follow-up to ensure resolution</p> <p>Late PM: Consider surgical evaluation</p>	<p>Use Doppler to ensure no solid elements</p> <p>For cysts ≤ 3 cm in women of reproductive age, it is at the discretion of interpreting physician whether to describe them in imaging report</p>
<p>Endometrioma</p> <ul style="list-style-type: none"> • Homogeneous low level internal echoes • No solid component • +/- Tiny echogenic foci in wall 		<p>Any age: Initial follow-up 6-12 weeks, then if not surgically removed, follow-up yearly</p>	
<p>Dermoid</p> <ul style="list-style-type: none"> • Focal or diffuse hyperechoic component • Hyperechoic lines and dots • Area of acoustic shadowing • No internal flow 		<p>Any age: If not surgically removed, follow-up yearly to ensure stability</p>	

Cysts with indeterminate, but probably benign, characteristics	Follow-up*	Comments	
<p>Findings suggestive of, but not classic for, hemorrhagic cyst, endometrioma or dermoid</p>		<p>Reproductive age: 6-12 week follow-up to ensure resolution. If the lesion is unchanged, then hemorrhagic cyst is unlikely, and continued follow-up with either ultrasound or MRI should then be considered. If these studies do not confirm an endometrioma or dermoid, then surgical evaluation should be considered.</p> <p>Postmenopausal: Consider surgical evaluation</p>	
<p>Thin-walled cyst with single thin septation or focal calcification in the wall of a cyst</p>		<p>Follow-up based on size and menopausal status, same as simple cyst described above</p>	
<p>Multiple thin septations (< 3 mm)</p>		<p>Consider surgical evaluation</p>	<p>Multiple septations suggest a neoplasm, but if thin, the neoplasm is likely benign</p>
<p>Nodule (non-hyperechoic) without flow</p>		<p>Consider surgical evaluation or MRI</p>	<p>Solid nodule suggests neoplasm, but if no flow (and not echogenic as would be seen in a dermoid) this is likely a benign lesion such as a cystadenofibroma</p>

Cysts with characteristics worrisome for malignancy	Follow-up*	Comments	
<p>Thick (> 3 mm) irregular septations</p>		<p>Any age: Consider surgical evaluation</p>	
<p>Nodule with blood flow</p>		<p>Any age: Consider surgical evaluation</p>	

ASPECTS PRATIQUES

*PROTECTION ET DÉSINFECTION DES SONDES ENDOVAGINALES
CNGOF 2009*

- *Aucun cas d'infection liée à une échographie diagnostique abdominale ou vaginale n'a été rapporté dans la littérature, même en l'absence de protection et de désinfection*
- *Les règles d'hygiène proposées par le Haut Conseil de la santé publique doivent être suivies et affichées*

◆ *Le praticien doit appliquer les règles d'hygiène standard :*

- lavage des mains avant l'examen ;
- port de gants non stériles à usage unique ;
- utilisation d'une gaine de protection de la sonde adaptée et marquée CE.

◆ *Lors de la mise en place de la gaine de protection, le médecin :*

- vérifie l'intégrité de l'emballage et la date limite d'utilisation ;
- s'assure que le positionnement de la gaine sur la sonde est correct ;
- Vérifie l'absence de déchirure de la gaine et en change si elle est déchirée.

◆ *Lors du retrait de la gaine de protection, le médecin :*

- Examine la gaine à la recherche de déchirure visible ;
- Retire la gaine avec précaution pour éviter de la déchirer et contaminer la sonde ;
- Jette la gaine dans le container à déchets médicaux ;
- Désinfecte ses mains et met une nouvelle paire de gants à usage unique ;
- Examine la sonde à la recherche de souillures visibles ;
- Essuie la sonde avec une lingette à usage unique sèche ou une compresse blanche non tissée en vue de rechercher des souillures.

◆ *En l'absence de souillures visibles sur la sonde ou la lingette, le médecin :*

- Essuie la sonde avec une lingette à usage unique, imprégnée ou pré-imprégnée de détergent désinfectant marqué CEE et ne contenant pas d'aldéhyde ;
- Attend le séchage spontané avant une nouvelle utilisation.

◆ *En présence de souillures visibles sur la sonde ou la lingette, le médecin :*

- Réalise un nettoyage avec la lingette
- Réalise une désinfection de niveau intermédiaire : immersion dans du glutaraldéhyde à 2% pendant 20 minutes

◆ *En fin de programme, le médecin :*

- Nettoie la sonde avec un détergent ;
- Rince la sonde à l'eau du réseau ;
- Sèche la sonde soigneusement ;
- Stocke la sonde dans un endroit propre en respectant les conditions d'hygiène pour éviter sa contamination.

- ◆ *Le gel sera non stérile pour les échographies sans effraction cutanéomuqueuse.*

Il sera conditionné en flacon de petit volume, à mettre aux déchets en fin de journée même s'il n'a pas été complètement utilisé.

- ◆ *Un gel stérile en conditionnement individuel doit être utilisé en cas d'échographie avec effraction cutanéomuqueuse :*

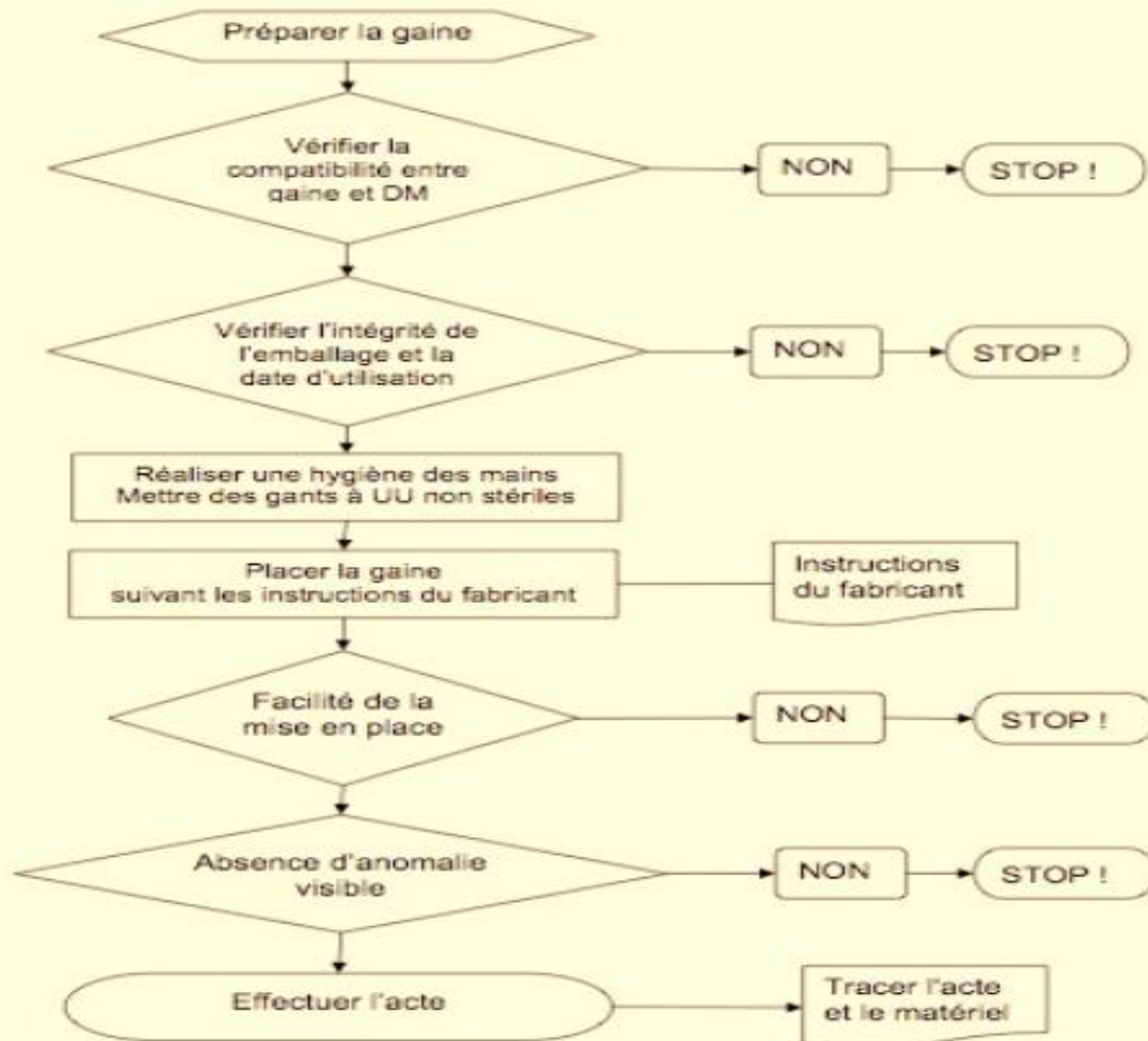
Existence d'une cicatrice opératoire récente ;

Plaie cutanée ;

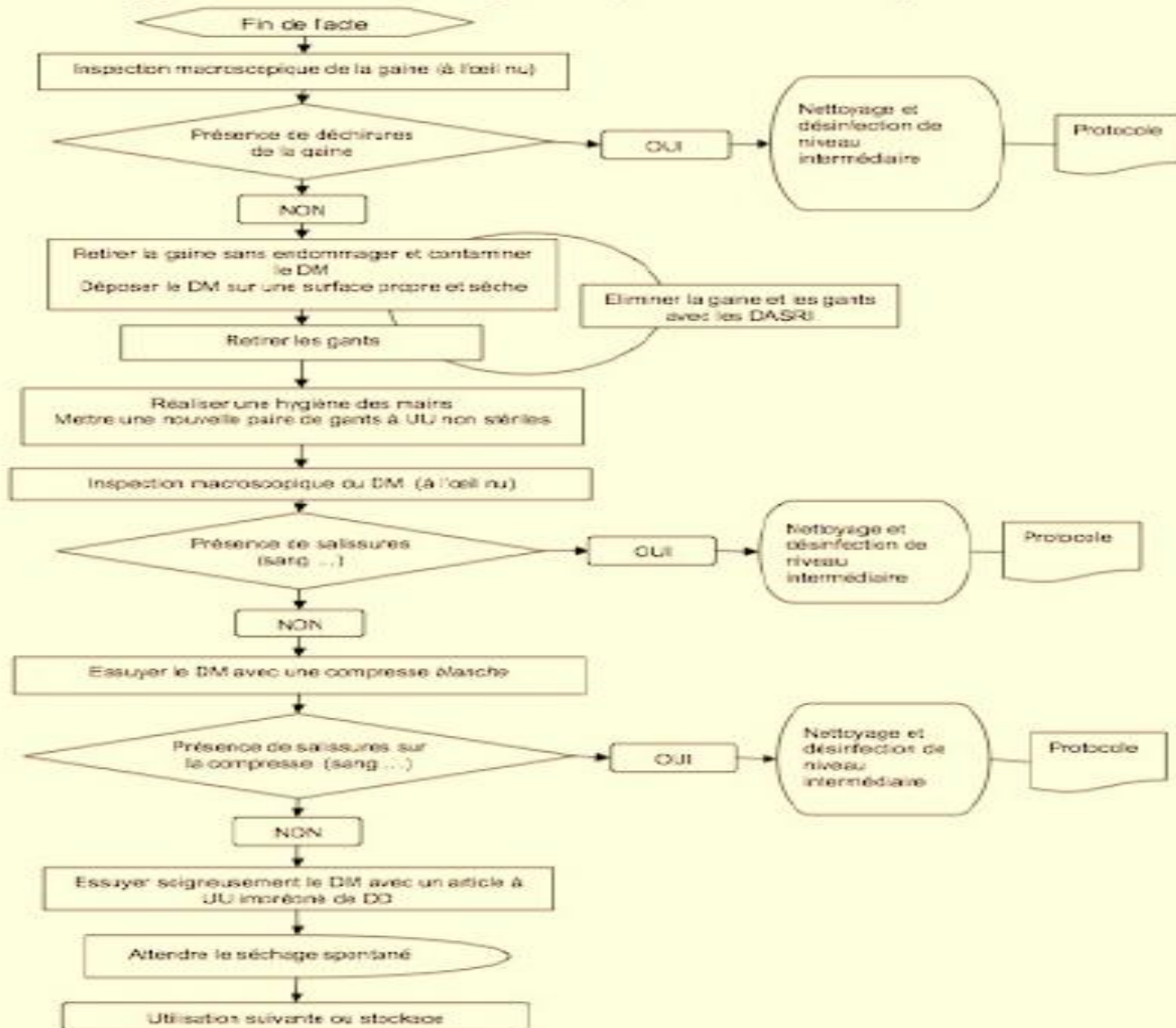
Ponction ou biopsie (Circulaire DH/EM N°96479 du 6 février 1996).

ANNEXES

Logigramme 1 - Mise en place d'une gaine de protection sur un dispositif médical.



Logigramme 2 - Retrait d'une gaine de protection sur un dispositif médical.



ASSURANCE

- *Échographie de Grossesse*
 - Pas de surprime si écho avant 10 sa avec ou sans compte rendu (MACSF)
- *Échographie en Gynécologie*
 - Les problèmes potentiels :
 - Retard au diagnostic par défaut de sensibilité
 - Sur-traitement délétère par défaut de spécificité
 - En cas de problème, les questions qui fâchent :
 - Formation du praticien
 - Conformité du matériel

ÉCHOGRAPHIE EN CONSULTATION DE GYNÉCOLOGIE

Enquête par email auprès des gynécologues du CGMPIF

3 questions :

- ① Faites vous des échographies dans votre cabinet ?
- ② Si non, aimeriez vous en faire ?
- ③ Une FMC (séminaire ou autre) sur l'échographie gynécologique vous intéresserait-elle ?

Vos commentaires

ÉCHOGRAPHIE EN CONSULTATION DE GYNÉCOLOGIE

Enquête par email auprès des gynécologues du CGMPIF

50 réponses (+ 4 non exploitables)

① Faites vous des échographies dans votre cabinet ?

Non : 28/50 (56%)

Oui : 20/50 (40%)

+1 non installée et 1 pas de réponse

ÉCHOGRAPHIE EN CONSULTATION DE GYNÉCOLOGIE

Enquête par email auprès des gynécologues du CGMPIF

② Si non, aimeriez vous en faire ?

Oui : 12/28 (43%)

ÉCHOGRAPHIE EN CONSULTATION DE GYNÉCOLOGIE

Enquête par email auprès des gynécologues du CGMPIF

③ Une FMC (séminaire ou autre) sur l'échographie gynécologique vous intéresserait-elle ?

Oui : 39/50 (78%)

Parmi les 20 qui pratiquent l'échographie :

désirent une FMC : 18

si pas débutant : 1

n'en désire pas : 1

TARIFICATION CCAM

- ZCQJ006 :
 - échographie par voie rectale ou vaginale : 56,70€
- ZCQM003 :
 - échographie pelvienne : 56,70€
- JNQM001:
 - échographie non morphologique de la grossesse avant 11 sa : 35,65€
- JQQJ037 :
 - longueur du canal cervical du col de l'utérus : 33,44€

Mais compte rendu détaillé et iconographie soignée