

L'échographie obstétricale: quelle utilité?

L'échographie obstétricale est devenue un examen de routine. Son but est de dépister les malformations fœtales pouvant amener à une décision d'interruption de grossesse ou de prise en charge fœtale ou périnatale. Aucune étude n'a démontré qu'elle faisait diminuer mortalité ou morbidité périnatale ni maternelle. La spécificité de l'examen est estimée à 99% et sa sensibilité autour de 60- 70%. Si un examen normal tranquillise pleinement, un examen anormal ne doit pas être considéré comme synonyme de pathologie, et va entraîner des examens complémentaires non anodins, avec des risques de complications pour la mère et pour l'enfant, et de retentissement psychologique pour la mère. Le débat sur les bénéfices et les risques du diagnostic anténatal reste ouvert. Une étude anglaise récente nous apporte quelques informations.¹

Les auteurs analysent 6 ans de diagnostic échographique anténatal dans une population non sélectionnée de la région d'Oxford. De 1991 à 1996 ont été recensés tous les enfants nés avec malformations, à partir du registre des malformations congénitales d'Oxford. Dans la même période 33.376 naissances ont été relevées. Les malformations mineures comme les hanches à ressaut et les pieds bots n'étaient pas comptabilisées.

- **725 enfants** (2,2%) étaient considérés comme anormaux à la naissance: 110 avec malformations léthales, 398 avec survie possible, mais morbidité majeure à long terme, 217 avec malformation et morbidité non majeure.

Parmi ceux ci:

• 329 n'avaient pas été diagnostiqués en anténatal: il s'agissait pour 129 d'anomalies non décelable par l'échographie (dysplasies de hanche, anomalies de la peau, de l'oeil, de l'oreille, du nez, fente palatine, communication intraauriculaire. 35 étaient des anomalies difficilement décelables (fistule trachéo-bronchique, coarctation aortique, polydactylie, caractères génitaux ambigus). Parmi les 165 autres on note 76 faux négatifs (dont 29 trisomies) et 89

écho faites trop tôt, non faites, ou non connues.

• 396 ont été décelés par l'échographie: 169 ont donné lieu à une interruption de grossesse, 53 sont morts en phase périnatale, 174 sont nés vivants

- **174 enfants** suspectés anormaux à l'échographie étaient normaux à la naissance. 160 (92%) de ces faux positifs étaient dus à des critères échographiques dits "marqueurs doux" (épaississement de la nuque, kystes des plexus choroides, colon échogénique). Si l'on exclut ces marqueurs, on diminue légèrement la sensibilité (faux négatifs passant de 329 à 369), mais on améliore la spécificité (14 faux positifs au lieu de 174).

- **171 grossesses** furent interrompues (soit dans 43% des cas d'anomalies suspectées), sur critères échographiques (136 cas), analyse chromosomiques en cas d'âge maternel avancé (18), test biochimique (7), test génétique (10)

Par ailleurs les auteurs notent une amélioration de la sensibilité de l'échographie durant l'étude, passant de 42% les 3 premières années à 68% les 3 dernières, tous les examens étant réalisés dans le même centre spécialisé.

- L'éditorial accompagnateur essaie de préciser ce que l'on peut retenir de cette étude:² D'abord la nécessité d'**une technique impeccable**, comme en témoigne les variations de performance constatées. Ensuite la difficulté d'interprétation des "marqueurs doux", et la nécessité de choisir entre sensibilité et spécificité: l'auteur fait remarquer que 90% des faux positifs sont dus à ce type de marqueurs. Enfin cette étude et d'autres montrent les différences de sensibilité selon les types d'anomalies.

- Cette étude n'apporte pas de réponse au **problème du retentissement psychologique** du dépistage échographique d'autant que l'échographie est le premier contact visuel de la mère avec son enfant. Une étude canadienne récente³ a cherché à préciser les répercussions psychologiques à propos du dépistage sérique: 2418 femmes ont été retenues, 1741 ont pu être suivies, 67,6% se sont soumises à un dépistage sérique. Les tests d'anxiété n'ont pas montré d'effet psychologique indésirable du dépistage et des faux positifs à 24 SA. Cette étude a cependant des limites et ne semble pas clore le débat.

- Un éditorial récent du BMJ⁴, faisant suite à un important échange de courrier sur ce thème n'apporte pas de données précises sur l'incidence de ces effets, mais insiste sur trois points: l'importance de l'information des femmes au moment de la prescription du dépistage, la nécessité de la prise en compte des conséquences qu'elles tireront d'une éventuelle anomalie, le besoin d'un accompagnement psychologique en cas de découverte anormale. Et ne faut-il pas conclure comme le Lancet: **d'abord ne pas nuire ?**

1- Boyd PA., Chamberlain P, Hicks . 6-year experience of prenatal diagnosis in an unselected population in Oxford. Lancet, 1998, 352, 1577-81

2- Steinhorn RH. Prenatal ultrasonography: first do not harm ? Lancet, 1998, 352, 1568-9

3- Goael V et al. Psychological outcomes following maternal serum screening: a cohort study. CMAJ, 1998, 159, 651-6

4- McFadyen A, et al: First trimester ultrasound screening. Carries ethical and psychological implications. BMJ 1998, 317, 694-5

Mots-clé: dépistage, échographie, obstétrique, grossesse, malformation, trisomie

Numéro 127 du 7 janvier 1999

Les articles cités peuvent être fournis (contre paiement des frais de reproduction et d'envoi)