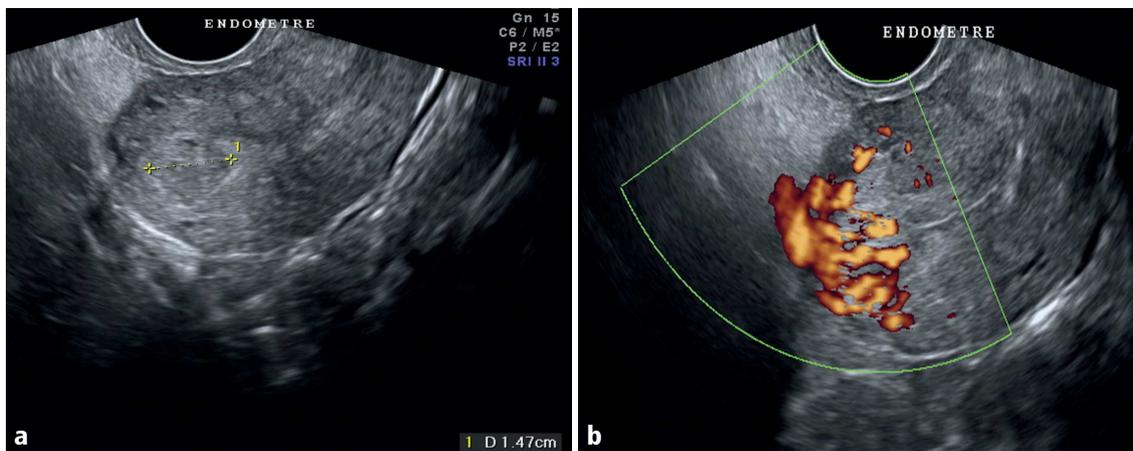


# Cas clinique 38

## Présentation du cas

### Description du cas clinique

- Femme de 27 ans souffrant, dans les suites d'une FCS, de métrorragies persistantes.



**Fig 38.1 a, b** Utérus en coupe sagittale en mode B (a) et en Doppler énergie (b).

### Question

- Comment décrivez-vous cet endomètre (Fig 38.1)? Quels sont le diagnostic et la CAT?

## **Interprétation**

- L'échographie met en évidence un processus polypoïde endocavitaire fundique hypoéchogène, plutôt homogène et bien limité, de 15 mm de grand axe (Fig 38.2a), richement vascularisé en Doppler énergie (Fig 38.2b)

## **Diagnostic**

- Rétention trophoblastique.

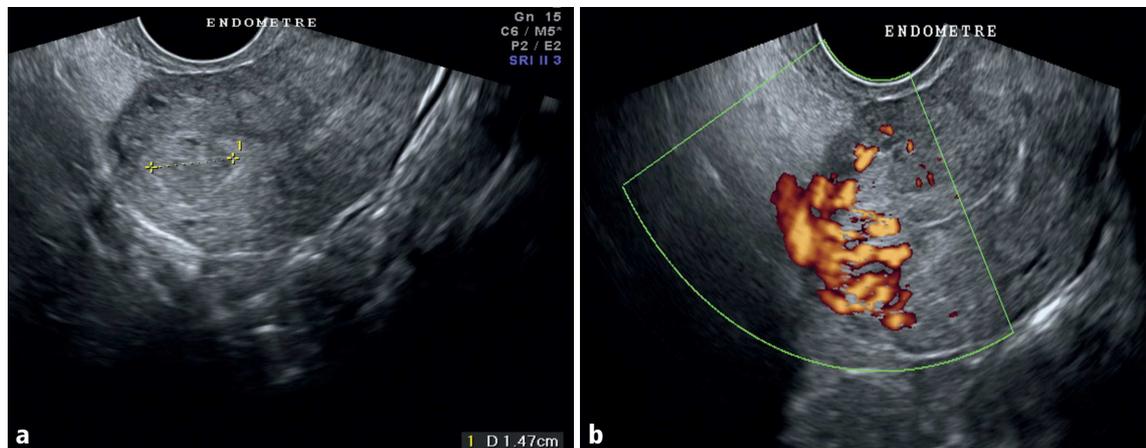
## **Commentaires**

- Dans un contexte métrorragique persistant après une FCS, une IVG médicamenteuse ou en post-partum, un seul réflexe immédiat devant un processus polypoïde endocavitaire : le Doppler énergie ! Il vous permettra d'objectiver l'hypervascularisation franche et complète de cette formation (Fig 38.2b). Il s'agit d'une rétention trophoblastique classique, dont la sémiologie est simple et caractéristique et dont le diagnostic conduit, bien sûr, à un curetage.



## **À retenir**

- Toute formation endocavitaire hypoéchogène hypervascularisée, en post-partum, post-abortum ou après FCS, répond à une rétention trophoblastique, impliquant alors un curetage.



**Fig 38.2 a, b** Processus endométrial polypoïde, de 15 mm, bien limité, hypoéchogène et homogène (a), hypervascularisé (b).



## **Pour aller plus loin**

Ardaens Y, Guérin du Masgenêt B, Coquel P, et al. Échographie et imagerie pelvienne en pratique gynécologique. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2017.

Hricak H. Diagnostic imaging : gynecology. Salt Lake City : Amirsys ; 2007.