

Échos et propos des échographistes sur l'échographie pendant la grossesse.

J.-P. BOYER *, Ph. PORRET **

* *Psychiatre des Hôpitaux, Chef de Service.*

** *Docteur en psychologie clinique.*

L'échographie obstétricale est loin d'être un examen banal. Fenêtre ouverte sur le monde d'avant la naissance, cet acte médical pose à chacun, et cela dans un même temps, des questions essentielles qui dépassent le cadre de la médecine : l'origine de la vie, ses risques, la différence des sexes, la malformation, la mort... Elle relie, autour de l'écran, des générations qui bien souvent se sentent concernées, interpellées par cette « expérience » singulière.

Notre travail de recherche, après avoir étudié les effets de cet examen et les réactions des parents, se consacre maintenant au vécu et aux commentaires des praticiens eux-mêmes. En effet, les questions fondamentales soulevées par l'échographie ne sont pas sans amener des difficultés d'ordre affectif, psychique, auxquelles ces nouveaux spécialistes doivent faire face, sans pour cela avoir été particulièrement formés. L'échographie en intervenant aux moments importants de la gestation (confirmation de la grossesse, recherche de malformations) a fait apparaître un interlocuteur nouveau pour la parturiente : l'échographiste, qui ne se substitue pas au gynécologue ou au médecin accoucheur. Son activité concerne presque exclusivement un sujet bien particulier : le fœtus.

Cet examen est sans équivalent parmi les autres actes médicaux : il ne peut être considéré ni comme une radiographie, ni comme un examen clinique proprement dit. Il présente une triple particularité :

1) Il est pratiqué sur le corps de la mère, tout en concernant en fait le fœtus : c'est donc le premier examen de la grossesse consacré à l'enfant à naître. Ainsi, de fait, le fœtus est déjà devenu un patient à part entière. Non encore né, il est pourtant déjà identifiable et soumis comme tous les humains au temps, aux limites de l'existence.

2) Cette consultation prend une dimension symbolique importante par la participation collective qu'elle

suscite fréquemment : conjoint, parents, beaux-parents, enfants, ... tous les futurs « parents » de l'enfant à venir sont là, attentifs, nerveux parfois, ou, dans d'autres cas, sont présentes les amies intéressées par une maternité. Cette particularité accentue le caractère affectif de cette consultation et place l'échographiste dans une position tout à fait originale : il est seul parfois face à une famille.

3) Ces remarques confèrent à l'échographie obstétricale un double aspect : celui d'un examen médical important, puisqu'il permet de vérifier le bon déroulement de la grossesse et la morphologie fœtale. Par ailleurs, il se caractérise par sa dimension psychologique tout aussi importante, puisqu'il parle par anticipation d'un sujet non encore présent, tout en lui donnant une première forme et déjà une place dans sa famille. Cette double nature rend la pratique de l'examen difficile, car l'échographiste doit commenter dans le même temps où il examine l'écran : il est ainsi amené à s'exprimer dans les deux registres simultanément, sans pouvoir vraiment préparer ce qu'il dit. Sa parole dépasse le niveau de l'information, du pur diagnostic médical.

C'est précisément pour cette raison que nous avons tenu à conclure la recherche que nous menons depuis quatre ans sur les apports et les influences de l'échographie obstétricale par l'écoute des réactions des praticiens eux-mêmes. Nous avons reçu, interrogé, écouté environ un millier de parturientes, nous permettant, à partir d'un travail d'enquête, d'étudier les commentaires des femmes enceintes et des futurs pères.

Plusieurs publications ⁽¹⁾ et un ouvrage de synthèse « Attendre et voir : l'échographie obstétricale » ⁽²⁾ ont déjà rapporté les résultats de ce travail.

Cet article insiste sur le vécu des praticiens. Vingt et une questions (dont douze ouvertes) ont été posées à un corpus de vingt-huit échographistes ayant participé ou permis la réalisation de notre recherche.

Pour présenter les résultats de cette enquête, nous

avons regroupé les questions autour de quatre thèmes :

- les caractéristiques professionnelles de l'échantillon (sexe, secteur d'activité),
- la perception qu'ont les praticiens de l'examen,
- l'annonce du sexe fœtal et des malformations,
- Enfin, nous essaierons de comprendre les réactions, les réflexions, les problèmes rencontrés par les échographistes dans leur pratique.

A. CARACTÉRISTIQUES DE L'ÉCHANTILLON

N° 1. — *Depuis quand pratiquez-vous l'échographie obstétricale ?*

- de 7 ans : 14,
- 7 ans : 5,
- + de 7 ans : 9.

N° 2. — *Avez-vous passé le C.E.S. d'échographie ?*

- oui : 18,
- non : 10,
- N.R. * : 0.

N° 3. — *Cette formation vous paraît-elle nécessaire pour la pratique des échographies obstétricales ?*

- oui : 21,
- non : 6,
- N.R. * : 1.

L'échographie obstétricale étant récente, sa pratique s'étend tout au plus sur une quinzaine d'années. Si notre échantillon donne un aperçu relatif de cette durée (deux échographistes exercent depuis quinze ans, deux échographistes depuis un an), nous avons observé une concentration de réponses situant une pratique générale de sept ans d'échographie, soit autour de l'année 80, époque qui correspond bien à la diffusion massive de cet examen. C'est cette raison qui nous conduit à présenter les résultats à partir de ce repère charnière, qui répartit la population en deux ensembles égaux :

- 14 de moins de 7 ans,
- 14 de 7 ans et plus.

On constate qu'une large majorité (plus de 60 %) des praticiens interrogés, a passé le C.E.S. d'échographie, pourtant d'existence récente (79-80) ; cette catégorie à laquelle viennent se joindre trois échographistes « non-diplômés » considère cette formation nécessaire à la pratique.

Ces pourcentages ne peuvent bien sûr refléter avec précision l'ensemble des personnes pratiquant l'échographie obstétricale aujourd'hui ; il n'existe pourtant pas, à ce jour, de statistiques officielles émanant de la Sécurité sociale ou d'un organisme public, permettant de rendre compte de la diversité de l'ensemble des statuts des personnels pratiquant l'échographie : il peut en effet s'agir de radiologues, de gynécologue-obstétriciens n'ayant pas passé le C.E.S. d'échographie, de médecins spécifiquement échographistes ou

même de généralistes ou sage-femmes, assurant des suivis de grossesse.

Nos pourcentages sont donc à rapprocher de la spécificité de la population que nous avons sélectionnée autour du nombre important d'examen qu'elle effectue. Elle se décompose de la manière suivante :

- radiologues : 2,
- gynéco-obstétriciens : 10,
- gynéco-obst. + C.E.S. échographie : 2,
- C.E.S. d'échographie : 14.

Enfin, parmi les vingt-huit médecins interrogés, près d'un tiers sont des femmes (9/28).

Le critère de l'origine de secteur d'activité (privé, public, hôpitaux, libéral), ne nous a pas semblé constituer un critère pertinent dans la mesure où, pour la plupart, les échographistes présentent une activité mixte, institutionnelle et libérale.

B. OPINION GÉNÉRALE DES ÉCHOGRAPHISTES EUX-MÊMES SUR LA PRATIQUE DE L'EXAMEN

Il n'est pas habituel d'interroger des professionnels sur la confiance qu'ils ont vis-à-vis de leur technique, comme sur les conditions d'utilisation qu'ils estiment indispensables à une bonne pratique. De plus, s'il est courant d'interviewer les usagers sur leur vécu et leurs sentiments éprouvés au cours de l'examen, les échographistes sont le plus souvent oubliés de ce type d'investigation. Ce désintérêt des chercheurs s'explique par des préjugés encore répandus : l'échographiste ne saurait tenir qu'un discours « pro domo » ; par ailleurs, il ne serait présent qu'en tant que « professionnel » (ou technicien) et comme tel ne pourrait être touché par ce qui se passe au cours de la consultation. La réalité exprimée par les échographistes est toute autre : si tous évoquent la multiplication des actes qui pourrait rendre leur exercice routinier, la plupart insistent sur la « pression » qu'ils ressentent au cours de chacune des consultations. Comme nous avons pu l'entendre d'une échographiste, « souvent, dès que les gens rentrent dans la pièce, je sens qu'ils attendent quelque chose de moi ; c'est comme un poids que je ressens, qui fait que je suis tendue, sur le qui-vive... C'est dur en fin de journée, et des fois, je perds patience. Je suis alors peu disponible... »

Que pensent les échographistes des indications de l'échographie ?

N° 4. — *L'échographie pour une grossesse (sans problème) vous paraît être un examen :*

- indispensable : 26,
- utile mais non nécessaire : 2,
- de confort : 0.

N° 5. — *Combien d'échographies vous semblent nécessaires pour un suivi de grossesse :*

- une : 1,
- deux : 15,
- deux à trois : 5,
- trois : 7.

* N.R. : non réponse.

Les réponses à la question 4 mettent en évidence — doit-on s'en étonner ? — l'indication absolue de l'échographie dans le cadre de la surveillance habituelle de la grossesse. Cette quasi-unanimité tranche avec l'attitude des échographistes américains, par exemple, qui pour la plupart réservent cet examen aux grossesses à risque. Dans le même ordre d'idée, le nombre moyen d'échographies estimées nécessaires pour cette surveillance est de 2,3. Aucun praticien n'a répondu à la possibilité de plus de trois échographies et la majorité d'entre eux a préféré un suivi limité à deux consultations, ce qui correspond aux recommandations actuelles des pouvoirs publics (sécurité sociale).

N° 8. — *Que pensez-vous des bandes vidéo remises par certains praticiens aux futurs parents ?*

Nous avons regroupé les réponses données à cette question ouverte autour d'une échelle d'attitude, caractérisée par quatre possibilités :

- attitude totalement défavorable : 13,
- réponses plus nuancées (oui et non) prenant compte simultanément les avantages et les inconvénients : 4,
- attitude favorable : 3,
- non-réponse : 8.

Nous avons choisi de poser cette question à la suite de la nette augmentation des demandes de « souvenirs » de plus en plus sophistiquées à conserver à l'issue de la consultation. A « l'antique » cliché polaroid qui inaugurerait l'album de famille, s'est progressivement substituée la cassette vidéo, à visionner en famille, dans l'attente « du grand jour ». Cette surenchère technologique, qui ne se limite plus aujourd'hui à une clientèle particulière de certains cabinets parisiens, place les échographistes devant un détournement possible du sens même de l'examen. Cette question met chaque praticien interrogé en face des deux aspects (médical, psychologique) de l'échographie.

— Près de la moitié des réponses (treize) condamnent cet usage sans ambiguïté : « gadget dangereux », « luxe inutile », « ce n'est pas médical c'est commercial ».

Par ailleurs, le nombre relativement important de non-réponses (huit) traduit l'embarras face à cette évolution des comportements.

Les réponses positives (trois) ou plus nuancées (quatre) émanent de praticiens qui s'identifient aux aspirations des jeunes parents, par expérience d'une maternité qu'ils viennent de vivre, ou peuvent vivre encore dans un avenir proche : (« je comprends cette demande car j'aimerais qu'on accepte dans mon cas »).

Parmi les nombreux commentaires, le terme « gadget » est très fréquent, de même que la critique de la dimension commerciale « contraire à la déontologie », où l'aspect spectacle (« c'est du cirque »). Certains s'inquiètent également de l'impact d'images non accompagnées du commentaire du spécialiste : « sur le coup, les parents sont demandeurs, mais c'est autre

chose quand la bande est revue sans les commentaires de l'échographiste » !

Enfin, on notera que si, dans l'ensemble, il existe une réticence à cette pratique, nombreux sont les échographistes qui se servent d'enregistrements vidéo, eux-mêmes, afin de pouvoir revoir l'examen, et reconsidérer le diagnostic posé lorsque l'observation semble problématique.

N° 9. — *En cas d'hésitation, faites-vous plus confiance aux éléments apportés par l'échographie ou aux données de l'examen clinique ?*

- échographie : 8,
- examen clinique : 9,
- les deux : 10,
- sans réponse : 1.

N° 20. — *Ressentez-vous le besoin de faire confirmer par un autre médecin une anomalie diagnostiquée ?*

- oui : 27,
- non : 0,
- N.R. : 1.

N° 21. — *Y-a-t-il un danger et un risque à la pratique de l'échographie ?*

- oui absolu : 11,
- oui conditionnel : 7,
- non : 7,
- non-réponse : 3.

Ces trois questions concernent la confiance et la fiabilité que les praticiens confèrent à leur technique.

Cette interrogation prend toute son importance quand on sait que le dépistage des malformations éventuelles constitue l'objectif principal de l'examen pendant la grossesse. Les temps ayant changé, l'échographie, tout en demeurant « officiellement » un examen complémentaire de l'examen clinique, apporte des éléments d'information qui ne pourraient guère être appréhendés par d'autres moyens. De ce fait, la responsabilité des échographistes est énorme, ce qui les amène à une extrême vigilance quant à l'existence d'une malformation.

A la question 9, si le nombre des praticiens qui font plus confiance à l'échographie (huit) est sensiblement équivalent au groupe de ceux qui privilégient l'examen clinique (neuf), il est frappant de constater qu'un groupe encore plus important (dix) ne peut accepter l'alternative proposée par le questionnaire (faites-vous plus confiance à l'un ou l'autre) et répondent « les deux », insistant ainsi sur la complémentarité des deux démarches.

La question 20 marque bien l'unanimité des échographistes devant les limites de leur technique et l'importance des enjeux qui en dépendent : le besoin de confirmation du diagnostic par un autre médecin est affirmé sans ambiguïté : pas de réponse négative, une seule non réponse.

A ce sujet, des échographistes et des obstétriciens nous ont fait part de leur inquiétude : le risque que

l'examen clinique soit délaissé au profit des nouvelles techniques d'investigation est d'autant plus grand que cette attitude se généralise. L'un d'entre eux raconte avec indignation la demande qui lui a été faite de « confirmer par l'examen clinique » un diagnostic préalablement posé lors d'une « échographie ».

La prévalence donnée à l'échographie qui dans ce cas précédait l'examen clinique, inverse la démarche classique. « Depuis quand les examens complémentaires précèdent-ils l'examen clinique ? » C'est vraiment le monde à l'envers !

Le traitement de la question 21 (question ouverte) a réclamé un regroupement autour de trois attitudes types :

- pas de danger et pas de risque : 7 non ;
- danger ou risque dans certaines conditions ou dans certains cas : 7 oui si ;
- risque ou danger estimés constants : 14 oui.

Une lecture trop rapide des résultats fait apparaître l'inquiétude des praticiens devant les dangers et les risques qu'amène l'échographie : si plus de la moitié d'entre eux estiment qu'il y a un risque ou un risque potentiel, un quart seulement de la population estime que cette pratique ne comporte aucune nocivité.

Toutefois, cette appréciation des risques et dangers se nuance considérablement par une distinction fréquente : pas de danger sur le plan physique (un médecin seulement exprime un doute sur l'effet des ultrasons) ; par contre, le risque « iatrogène » sur le plan psychologique est évoqué très souvent. Citons quelques réponses caractéristiques :

- « risque d'erreur et de déception importantes, à la naissance quand il n'y a pas concordance avec qui avait été dit »,
- « pas de risque organique, mais énorme risque psychologique ».

Un nombre non négligeable de réponses expriment des craintes conditionnelles (oui = sept). Elles sont toutes relatives à des conséquences psychologiques nocives, en situant nettement les facteurs incriminés : manque de compétence, de formation des praticiens, ou multiplication abusive des actes.

Il est frappant de constater à la fois l'insistance et la vague de l'expression, « risque psychologique » : un champ mystérieux est ainsi toujours présent sans que l'on sache ce « qu'il recouvre exactement » pour les praticiens. Cette crainte, propre à la spécialité qu'est l'échographie, souligne les dangers potentiels de la relation qui s'instaure au cours de l'examen entre la parturiente, ses proches et le médecin. Cette crainte est tout à fait caractéristique et ne se retrouve pas dans d'autres spécialités médicales. *Beaucoup d'échographistes insistent ainsi, sur leur absence de formation à la psychologie* : « souvent on aurait bien besoin que des psychologues ou des psychiatres soient présents dans certaines consultations ; on ne nous a jamais appris ça dans nos études ».

Sept médecins répondent négativement à l'idée d'une nocivité de l'examen. Cette répartition dans l'échantillon recoupe une distinction que l'on peut schématiser

quement établir parmi la diversité des pratiques : les uns, plutôt sensibles aux aspects affectifs mis en jeu au cours de la consultation et acceptant d'en tenir compte, les autres, davantage préoccupés par la précision de leurs mesures, comme au soin à apporter à l'examen, laissant la responsabilité d'en reprendre plus tard les éléments avec la parturiente, au médecin qui suit la grossesse.

C. ANNONCES

L'annonce des malformations et le diagnostic du sexe fœtal sont attendus, redoutés et largement commentés par le grand public. Le risque d'erreur, qui y est souvent attaché, donne à ces questions un caractère brûlant.

Il apparaît donc important de demander leur avis aux praticiens et en mesurer ainsi tous les enjeux.

N° 7. — *Annoncez-vous toutes les malformations quelles qu'elles soient ?*

- oui : 13,
- non : 10,
- oui si, oui mais : 13,
- N.R. : 2.

Près de la moitié de la population déclare annoncer toutes les malformations quelles qu'elles soient : (13/28).

Les commentaires qui accompagnent les réponses à cette question font tous apparaître l'extrême sensibilité des praticiens à ces annonces : très rares sont les échographistes qui n'ajoutent aucun commentaire à leur réponse. La plupart, sans revenir sur leur position (dire), insistent sur la nécessité d'un contrôle (examens supplémentaires), comme sur la possibilité de confier le diagnostic au médecin-traitant et à lui seul, en évoquant seulement une suspicion pendant l'examen. Dans tous les cas, la prudence et le tact sont de rigueur : annonce en plusieurs temps, précautions de langage, appréciation de la sensibilité des parents, aménagement d'un temps plus important lors de la consultation pour amortir l'impact de l'annonce.

Ce groupe d'échographistes peut être caractérisé par le commentaire de l'un d'entre eux : « si on trouve une malformation, on ne peut pas ne pas la dire ».

La catégorie intermédiaire que nous avons dû isoler (les « oui si » ou « oui mais ») se caractérise par le souci de ne pas annoncer des malformations mineures (type bec de lièvre) ou des anomalies qui n'entraîneraient pas de modifications dans l'attitude clinique à tenir, et qui, de ce fait, s'avèraient inutiles et seraient dommageables pour la fin de la grossesse des parents.

La dernière classe (un peu plus d'un tiers) répond négativement à cette question, en prenant nettement position sur les conséquences dans l'avenir immédiat : une telle annonce nécessite une concertation avec le médecin-traitant, comme avec d'éventuels spécialistes et nécessite un travail d'équipe.

En conclusion, les discours semblent moins tranchés que les positions « oui/non », pourraient le laisser supposer. Il s'agit moins d'une différence d'éthique professionnelle que d'un niveau de sensibilité propre à chaque médecin ; tous s'accordent à réclamer un ou plusieurs examens de contrôle en cas de suspicion de malformations. Enfin, l'utilité de la découverte pousse plusieurs échographistes à souligner l'importance qu'ils attachent au fait de ne pas rechercher de malformations mineures, sans incidence médicale sur le suivi de la grossesse.

Le désir de parents de connaître le sexe de leur enfant à déjà fait l'objet de plusieurs publications de notre part ⁽³⁾. Nous avons regroupé ici les difficultés de cette annonce autour de quatre questions principales :

N° 10. — *Quand vous voyez le sexe de l'enfant, l'annoncez-vous ?*

- oui : 5,
- non : 18,
- N.R. : 5.

N° 11. — *Si l'un des deux parents le demande ?*

- oui : 11,
- non : 16,
- N.R. : 1.

Si les deux le demandent ?

- oui : 24,
- non : 3,
- N.R. : 1.

Si personne ne le demande :

- oui : 1,
- non : 26,
- N.R. : 1.

L'annonce du sexe de l'enfant n'est plus faite systématiquement, comme l'indiquent les résultats de la question 10 : sans doute faut-il voir dans cette prudence, confirmée par les résultats de la question suivante (11), l'attention qu'ont attiré de nombreux auteurs sur les « risques psychologiques » liés à cette révélation. Toutefois, si la plupart des échographistes sont d'accord pour le dire lorsque les deux parents le souhaitent ou au contraire de le taire lorsque personne ne le demande, la possibilité intermédiaire (un seul des deux parents le demande) fait apparaître des réponses plus nuancées. De fait, cette question introduit une différenciation entre les parents quelle que soit la façon dont l'annonce a pu être interprétée par les échographistes (qu'il s'agisse d'une gestante venue seule à la consultation ou de la demande soutenue par l'un des futurs parents en présence de l'autre, silencieux, réticent ou manifestement opposé). Cette question donc met le médecin en face de l'existence de

désirs différents exprimés au sein du couple, et de la conduire à tenir dans cette situation : plus de la moitié des praticiens refusent de révéler l'identité sexuée de l'enfant à la demande d'un seul, évitant de ce fait l'impact différenciateur d'une parole susceptible dans le même mouvement de satisfaire l'un et de blesser l'autre dans son attente. En effet, dans la grande majorité, les parents se préparent à l'éventualité d'apprendre de quel sexe sera leur enfant et arrivent avec une position établie et commune à la consultation ; les échographistes savent à quel point leur situation est inconfortable et difficilement tenable quand les conflits ou contradictions entre les parents sont mises en évidence au cours de l'examen. Soumis à deux pressions contradictoires, ils sont certains, quoi qu'ils fassent, de faire un mécontent.

L'intérêt pour les conditions et les conséquences de la révélation du sexe de l'enfant, ont occupé l'opinion publique depuis une dizaine d'années. Il était donc utile d'interroger des échographistes sur leur attitude aujourd'hui face à ces questions et en apprécier les éventuels changements.

N° 12. — *A propos de l'annonce du sexe du fœtus et de la demande des parents : avez-vous changé de point de vue sur cette question depuis que vous exercez ?*

- non : 20,
- oui : 8,
- N.R. : 0.

N° 13. — *Estimez-vous qu'aujourd'hui les futurs parents demandent à connaître le sexe de leur enfant ?*

- plus souvent : 10,
- moins souvent : 11,
- aucun changement : 6,
- N.R. : 1.

A première vue, il n'y a pas de changement : les trois quarts environ des échographistes estiment ne pas avoir changé de point de vue et cela quelle que soit leur ancienneté ; les commentaires des praticiens considérant avoir changé d'avis marquent une tendance générale à la prudence : « j'ai découvert qu'il y a de nombreuses attitudes différentes selon les couples ».

Les réponses à la question 13 ne peuvent refléter un mouvement d'opinion significatif puisqu'elles ne concernent que des appréciations en rapport avec la clientèle de chacun. En conséquence, il s'agit moins ici de mettre en évidence l'évolution des futurs parents par rapport au désir de connaître le sexe, que de chercher des corrélations permettant de repérer des profils de pratique : ainsi, nous avons rapproché les réponses à la question 13 de celles des questions 10 (quand vous voyez le sexe du fœtus, l'annoncez-vous) ? et 12 (avez-vous changé de point de vue sur cette question depuis que vous exercez). Parmi les trois groupes de réponses à la question 13, on peut faire les remarques suivantes :

(3) « Attendre et voir : l'échographie obstétricale ». Éd. Ramsay, 1987. J.-P. BOYER, Ph. PORRET : « Impact imaginaire de l'échographie obstétricale sur les parturientes à partir de la possibilité de connaître le sexe de l'enfant à naître ». *La pratique médicale*, Masson (sous presse).

— Les échographistes qui estiment que les futurs parents demandent à connaître le sexe de leur enfant *plus souvent* sont prioritairement ceux qui ont changé de point de vue sur leur attitude en ce qui concerne le sexe de l'enfant et qui choisissent de ne pas l'annoncer.

— Ceux qui estiment que cette demande est moins fréquente sont beaucoup plus variés : il n'y a aucune corrélation significative.

— Enfin, les praticiens qui n'ont noté aucun changement dans leur clientèle par rapport au souhait de connaître le sexe, appartiennent majoritairement au groupe des échographistes « annonceurs » et à l'ensemble de ceux qui déclarent ne pas avoir changé d'avis. Pour la plupart, il s'agit de médecins ayant une longue expérience pratique.

L'ensemble des réponses aux questions relatives à l'annonce du sexe de l'enfant à naître suscitent en conclusion quelques commentaires : si ce désir de savoir, divise depuis toujours la France en deux populations relativement homogènes⁽⁴⁾, les échographistes de leur côté sont extrêmement prudents sur ces révélations : ainsi dans notre enquête, sur 53 % des parturientes qui avaient effectivement demandé à connaître le sexe, seules 32 % d'entre elles avaient obtenu satisfaction. L'heure est donc moins aux révélations sauvages qu'à une attitude plus respectueuse et plus attentive aux conséquences possibles des paroles prononcées. Les commentaires des praticiens dans le cadre des questions ouvertes, ou lors d'entretiens témoignent de leur prise de conscience concernant leur pouvoir dans la situation de l'examen. Ce pouvoir les inquiète, les embarrasse, les fait réfléchir en tous les cas, même si les attitudes qui en découlent peuvent apparaître opposées. Citons en deux illustrations typiques :

1) « Annoncer le sexe, c'est, à mon avis, fermer l'imaginaire des parents vis-à-vis de leur bébé ».

2) « Pourquoi garder pour soi un pouvoir technique ? Cela fait partie de l'abus du pouvoir médical. Les gens ont le droit de savoir, si on peut leur dire avec certitude évidemment ».

Visiblement, la possibilité de savoir le sexe de l'enfant embarrasse les échographistes, les place devant une alternative difficile : se taire et entrer dans l'idée de garder un secret dont les parents seraient exclus, ou alors s'en libérer, au risque que cette parole puisse s'avérer novice.

D. VÉCU DE LA CONSULTATION DU CÔTÉ DES ÉCHOGRAPHISTES

Plusieurs aspects de la consultation méritent d'être explorés, tant du fait de leur spécificité, que de par les

difficultés qu'ils peuvent susciter. La consultation d'échographie comporte une dimension collective. Cette caractéristique est ressentie parfois difficilement par les échographistes.

N° 14. — *Quel est le nombre idéal de participant à l'échographie, hormis la femme enceinte ?* (réponses proposées zéro, un, deux, trois)

- 0 : 3,
- 1 : 20,
- 2 : 4,
- 3 : 0,
- 4 : 1.

Les échographistes qui souhaitent limiter la consultation à la mère exclusivement sont rares ; pour la plupart d'entre eux, l'examen idéal comprend un accompagnant : ce phénomène explique sans doute la première constatation. Contrairement aux autres consultations qui se déroulent en tête à tête, le nombre important de réponses, impliquant un tiers (non utile d'un point de vue strictement médical), témoigne de l'importance accordée par les échographistes à la présence d'un témoin. Cela tient au caractère intime du contenu de la séance ; d'ailleurs, la moitié des échographistes a tenu à préciser l'identité de ce tiers : le mari ou, sinon, un enfant.

Cette question fermée ne réclamait pas de commentaire : elle a suscité, néanmoins, de nombreuses explications dont certaines méritent d'être notées. quelques-unes rappellent, en le prenant dans le compte des personnes présentes, l'échographiste lui-même, soulignant par là même que sa présence n'est ni anodine ni exclusivement technique, mais qu'il est bien là et compte en tant que sujet. Enfin, une réponse est particulièrement originale puisqu'elle insiste sur des participants inattendus : choisissant le nombre de trois participants, ce praticien explique : « le fœtus, l'échographiste et le père ».

N° 15. — *Quelle présence vous est la plus pénible* ⁽⁵⁾ ?

Peu d'échographistes (deux) sont indifférents à la qualité ou au nombre des participants à la consultation. Dans leur ensemble, les autres disent qu'ils sont gênés par un trop grand nombre de participants. La plupart ressentent péniblement certaines présences : il s'agit le plus souvent des futurs frères et sœurs de l'enfant à naître dont le bruit, la turbulence et la jalousie sont soulignés (11/18)⁽⁶⁾. En seconde place viennent les « ascendants » (9/28), soit les grands-parents, belle-mère, mère de la patiente...

Notons que parmi ces réponses, un échographiste indique simplement « la mère » terme qui ne manque pas d'ambiguïté (est-elle encore là comme mère ou déjà en tant que grand-mère). La réponse « amis », voyeurs ou voyeuse, ou membre ne faisant pas partie de la famille, regroupe neuf réponses sur vingt-huit. Il leur est reproché de voler les questions de la partu-

(4) Notre enquête portant sur une population de 630 femmes traduit une légère évolution en faveur des oui (oui 52 %, non 42 %, N.R. 6 %).

(5) Question ouverte, aucune réponse n'étant proposée.

(6) Certains échographistes ayant donné deux réponses à cette question, le total des réponses est de 33 pour un échantillon de 28 praticiens.

riente ou de venir par curiosité ou uniquement pour le plaisir. Enfin une réponse insolite mérite d'être isolée : elle évoque la présence d'animaux familiers !

N° 6. — *Sur le plan relationnel, qu'est-ce qui vous pose le plus de problème pendant l'examen ?*

Les réponses sont très dispersées. Parmi cette diversité, on peut distinguer deux groupes de préoccupations essentielles : situations d'examen au moment de la découverte d'une anomalie grave, malformation, voire mort fœtale (8/28) ; l'autre ensemble aussi important (8/28) concerne les difficultés d'expression, d'interprétation et de compréhension qui émaillent les relations échographistes/personnes présentes.

En dehors de quatre non-réponses, on notera dans ce qui pose des problèmes, la demande du sexe (trois) et un ensemble de quatre réponses concernant des problèmes propres aux attitudes ou sentiments prêtés aux personnes présentes « femmes enseignantes, parents particulièrement angoissés, pères sceptiques et trop critiques qui n'entrent pas que le jeu.

Dans un ordre d'idée voisin et afin d'approcher au plus près les situations qui intéressent ou touchent les échographistes, nous examinerons maintenant les réponses aux questions 18 et 19.

N° 19. — *Quelles sont les situations d'échographie qui vous intéressent le plus ?* ⁽⁷⁾

- toutes les situations : 3,
- recherche de pathologie et étude morphologique : 15,
- confirmation et annonce de la grossesse : 5,
- intérêt intellectuel, recherche des malformations, intérêt affectif, rassurer les mères et supprimer l'angoisse créée inutilement : 1,
- non réponse : 4.

L'intérêt professionnel est dominant : plus de la moitié de l'échantillon (15/28) expriment que ce qui les intéresse le plus concerne les recherches de pathologie (malformation, anomalie, morphologie particulière...). C'est le côté « chercheur » qui prédomine dans ce groupe ; (l'un d'entre eux poussant même son attitude jusqu'à la situation où les données échographiques priment sur les données cliniques ou biologiques).

Une partie plus restreinte de l'échantillon (5) privilégie les situations plus affectives et le souci de réassurance : confirmation de la grossesse, découverte du vivant, émotions de la première échographie...

Hormis les quatre non réponses et les trois praticiens qui ne sélectionnent aucune situation particulière, une réponse mérite d'être rapportée par son originalité, car elle rassemble, en une formulation, les deux plans d'intérêt qui prédominent chez les échographistes : ce qui m'intéresse le plus c'est intellectuellement la discussion sur une malformation, mais affectivement rassurer une mère inquiète à dix-sept-dix-huit semaines

d'aménorrhée qui ne sent pas encore bouger son enfant et qui craint que celui-ci soit mort.

N° 18. — *Pouvez-vous résumer en quelques lignes une histoire ou une situation relative à l'échographie obstétricale qui vous ait particulièrement touché ?*

— situation exceptionnelle par la forte charge émotionnelle du fait d'une découverte dramatique et/ou des liens existant entre l'échographiste et la parturiente : 14,

— anecdotes plaisantes ou inattendues : 7,

— non réponse : 7.

Les situations qui touchent le plus les échographistes dans leur majorité (14/28) sont souvent dramatiques : elles les concernent à la fois dans leur spécialité professionnelle et dans leur affectivité ; il s'agit essentiellement de grossesses pathologiques dont l'annonce est rendue encore plus difficile dans les cas où la parturiente a déjà établi des liens antérieurement avec l'échographiste. Ces situations sont extrêmement diverses : cela va de l'« annonce » d'un œuf clair devant toute une famille, à la « découverte d'une anencéphalie en fin de grossesse alors que la parturiente avait refusé jusque-là toute échographie », ou encore il s'agit de « l'annonce d'une malformation qui s'avèrera plus tard être une erreur de diagnostic ».

Le deuxième groupe, un quart des réponses, est tout aussi diversifié, mais met l'accent sur les aspects surprenants ou insolites liés aux réactions des participants ; parmi celles-ci nous relevons l'étonnement d'un enfant : « tu as vu le bébé, il est tout noir » ; « à l'hôpital, un père maghrébin voulait me donner 10 F de pourboire, tellement il était content de voir bouger son enfant dans le ventre de sa femme » ; enfin, « au cours d'un examen où la femme enceinte distinguait parfaitement le fœtus, l'interphone placé sous l'écran a émis un appel bref : la mère interloquée a cru entendre parler son bébé et est restée bloquée par l'émotion avant de revenir à la réalité.

Enfin on trouve un nombre relativement important de non-réponses qui témoignent une fois encore de la difficulté, éprouvée par certains échographistes, à isoler de façon privilégiée certains aspects de leur pratique.

Il nous reste à rendre compte de deux questions qui concernent de façon plus marginale le vécu de la consultation par les échographistes.

La première est relative à la manière dont les échographistes parlent de la silhouette qui apparaît sur l'écran, la seconde envisage de manière un peu insolite leur appréciation personnelle par rapport à l'échographie.

N° 17. — *Appelez-vous l'être représenté à l'écran*

— il : 14,

— embryon ou fœtus : 15,

— bébé : 16,

— enfant : 6,

— N.R. : 1.

(7) Pour faciliter la lecture et l'analyse, cette question ouverte a été regroupée autour de quatre types de réponses.

N° 16. — *Auriez-vous aimé que votre mère ait une échographie quand elle vous attendait ?*

- oui : 10,
- non : 3,
- N.R. : 15.

A la question 17, les échographistes ont effectué pour leur grande majorité, un choix multiple et non univoque, tendant à montrer qu'ils utilisent plusieurs appellations (deux en moyenne). Par ailleurs les qualificatifs (il, embryon ou fœtus, bébé) semblent être employés avec la même fréquence (14, 15, 16).

La diversité des appellations proposées doit être expliquée. Le pronom « il », fortement choisi (14), constitue un choix impersonnel ; il n'appartient ni spécifiquement au registre médical, ni au registre familial ; il affirme et désigne un être vivant.

Les propositions « embryons, fœtus et bébé » recueillent un nombre équivalent de choix alors qu'elles n'appartiennent pas au même vocabulaire : embryon ou fœtus font partie du discours médical et constituent des désignations précises, adéquates au temps même de la gestation. Au contraire, bébé est un terme plus commun qui marque une anticipation imaginaire, puisque ce terme désigne habituellement un nouveau-né ou un nourrisson. De plus, le qualificatif « bébé » est chargé d'une dimension affective importante propre aux parents ⁽⁸⁾.

Cette dualité entre discours médical et affectif souligne les deux fonctions de l'examen auquel les praticiens participent par les termes qu'ils emploient.

A ce propos, plusieurs médecins interrogés ont précisé que leur choix était souvent dicté par la situation ou le contexte de la consultation, affirmant ainsi leur position subjective, leur présence dans l'examen comme médecin et comme sujet (pouvant s'identifier parfois aux parents).

Cependant si les échographistes sont sensibles à cette dimension affective, à une position parentale, ils sont peu nombreux à appeler l'être sur l'écran « enfant ». En effet, ce mot évoque à la fois une projection trop importante dans le temps (au-delà même du bébé et du nourrisson) et, par ailleurs, désigne également un lien dans la filiation et une place dans la famille.

La question 16 fait apparaître une répartition particulière : quinze échographistes désarçonnés par la question ne se prononcent pas sur le souhait que leur mère ait passé une échographie quand elle les attendait ⁽⁹⁾.

Ce chiffre si on lui ajoute celui des trois praticiens qui répondent négativement fait ainsi apparaître qu'un peu plus d'un tiers seulement aurait été favorable à cette idée (10/28).

(8) L'enquête réalisée auprès de 630 parturientes (> 20 S.A.) montre bien que le terme « bébé » est une désignation spécifiquement parentale ; en effet, elle fait apparaître les réponses suivantes : 73 % des femmes appellent l'être qu'elles portent « bébé », 10,3 % fœtus ou embryon et 13 % enfant.

(9) Sur les quinze échographistes, deux seulement ne répondent absolument rien, les treize autres font des commentaires très variés du type : je ne me suis jamais posé la question, je ne sais pas, ni oui ni non, sans opinion, pourquoi ?...

Ces chiffres peuvent surprendre. Ils apparaissent en contradiction avec l'utilité que les échographistes reconnaissent à leur instrument et à leur fonction.

Cette question est en effet aussi insolite que dérangeante ; elle amène l'échographiste à changer imaginairement de place et à se situer hors de sa position médicale comme opérateur ; la question se déplace de l'utilité de l'examen aux effets imaginaires, relationnels qu'il peut susciter. Cette question nécessite, soit de se placer imaginairement par rapport à sa propre mère (cela lui aurait permis de s'intéresser davantage à nous, ses enfants » ou « surtout pas, elle était déjà tellement envahissante »), soit du côté du fœtus qui pourrait avoir quelque chose à en dire, sur cet examen pratiqué sur lui sans son avis.

En somme, l'incongruité de la question met en évidence non l'utilité de l'examen mais son sens même pour les sujets qui se trouvent concernés : la mère et l'enfant en devenir. Elle pourrait permettre de mieux comprendre le refus de certaines femmes de cet examen, dans ce qu'il peut toucher d'essentiel à la personne.

Au fond, cette interrogation revient à faire porter l'attention sur ce que pourrait penser celui pour qui parents et échographistes se rencontrent, le temps d'une consultation ou d'un examen : « qu'est ce que tout cela signifie ? »

CONCLUSION

Cette étude a repris successivement, outre les caractéristiques propres à l'échantillon, l'opinion des praticiens sur l'acte échographique, les conditions de son exercice (et plus particulièrement l'annonce des malformations et du sexe), et de leur vécu des multiples dimensions de cet examen.

Cette parole laissée aux échographistes fait apparaître leurs positions nuancées et plus particulièrement leur grande sensibilité aux aspects autres que médicaux impliqués par cet examen ; la dimension psychologique ou les éventuelles répercussions affectives de la consultation sont connues de ces médecins ; pourtant elles restent vagues, ce qui amène les échographistes à une grande prudence par rapport à un danger qui reste finalement peu précisé.

Cette préoccupation amène de nombreux praticiens à rendre l'examen plus chaleureux, moins banalisé. Cette implication affective, marquée par un plus grand respect des parturientes, tranche avec les excès qui ont déjà été soulignés par d'autres chercheurs lors des premiers temps de l'échographie.

Cette attention nécessaire prend en compte les enjeux de la consultation sans toutefois les modifier. L'examen permet une élaboration psychique chez la parturiente et ses proches. L'échographie ne se limite pas au corps mais comporte la dimension du désir, la venue d'un être, ses caractéristiques, son identité ; elle implique le remaniement des générations. Le temps est bouleversé. Les échographistes le savent bien puisqu'ils sont souvent confrontés à ces questions lorsque la consultation réunit outre la mère, sa propre

mère, d'autres enfants. Pour cette famille, l'enfant dont parle l'échographiste modifie les liens, et leurs désignations : il les fait déjà mère, père, grand-mère, frère ou sœur. On conçoit la difficile originalité de cet examen et l'importance des questions que supporte l'échographiste. Il est placé à un carrefour : ses commentaires sur l'image suscitent à la fois l'imagination et donnent déjà existence « presque dans la réalité » à ce qui n'est encore qu'une vie en développement. Il y a donc, à l'intérieur de la logique médicale de l'examen, un questionnement plus profond, essentiel qui ne tient pas seulement à la personnalité de tel ou tel de ces participants, mais à la nature même de l'échographie.

Ceci amène à reprendre la question du « détournement »⁽¹⁰⁾ de cet examen, si souvent dénoncé par les médecins.

Ce détournement peut prendre plusieurs formes : demande de séances supplémentaires (inutiles médicalement parlant), enregistrement de cassettes vidéo permettant de « visionner » chez soi, augmentation du nombre de participants à la séance. S'agit-il uniquement d'un détournement au sens d'une négation de l'éthique médicale qui sous-tend l'exercice du praticien ? Cette tendance traduit aussi un déséquilibre entre les deux dimensions de l'examen (médical, affectif) et une accentuation de la seconde, par la parturiente et ses proches ; l'échographiste a alors le sentiment confus de perdre sa place, d'être pris dans un mouvement qui le dépasse.

Cette façon qu'ont les usagers d'investir la consultation n'est pas sans rapport avec la manière dont cet examen est proposé et prescrit de façon systématique en France⁽¹¹⁾ pour tout suivi de grossesse.

Sans entrer dans le débat sur l'utilité de cet examen, la situation en France pose la question de la liberté des femmes enceintes : peuvent-elles refuser de passer une échographie⁽¹²⁾ ? Cette question n'est pas mince puisqu'elle implique autant la responsabilité médicale que celle des parents. Cet examen concerne principalement le fœtus. Dès lors, ses parents peuvent s'inquiéter de ce que l'examen peut lui faire vivre, et dans l'incertitude, préférer refuser l'échographie. Or, nos enquêtes précédentes nous ont montré que rares sont les gynécologues qui acceptent de suivre une grossesse en se privant de cet outil, considérant la réticence des parents, comme un manque de confiance à leur égard. Ces parents, quels que soient leurs motifs, posent une question, qui aurait été inimaginable il y a un peu plus de dix ans. Peut-on décider encore, de la meilleure manière de vivre une grossesse et d'attendre un enfant ? Ce choix concerne non seulement la sécurité

du fœtus mais encore le droit pour chacun des géniteurs de vivre cette attente comme il le souhaite : dans une forme de rêverie permettant la surprise, ou dans l'acceptation par l'échographiste de leur désir de savoir.

Certains aménagements sont d'ores et déjà proposés : écran déplacé afin de ne pas être imposé au regard des parents, entente préalable pour que l'examen soit pratiqué sans commentaires ou que le sexe du fœtus ne soit ni révélé, ni même mis en évidence.

Le lecteur trouvera peut-être ces dispositions peu crédibles. Elles témoignent pourtant du sentiment de responsabilité des échographistes, dont certains pratiquent ou se voient enseigner « l'asepsie du langage ». Cette dernière précaution nous paraît constituer une mauvaise réponse à une bonne question. S'il est souhaitable en effet de ne pas nuire (*primum non nocere*) par un discours trop spécifique ou au contraire trop laconique, l'évitement de la parole dans ce qu'elle implique d'insu ne nous paraît ni souhaitable, ni même possible. La consultation comporte une dimension intersubjective qui nécessite que les deux parties présentes — la parturiente (et son conjoint) et l'échographiste — se reconnaissent comme interlocuteurs. Sans se dérober à la place qui lui revient, le praticien doit laisser la parole aux futurs parents. Il ne s'agit pas ici, pour lui, de répondre à tout prix aux questions ou au contraire de vouloir tout montrer, démontrer ; les futurs parents ont moins besoin d'objectivations qui viendraient clore leur questionnement, que de l'attention de l'échographiste à leurs propres commentaires, interrogations ou évocations que cette expérience suscite en eux. En ce sens, il leur laisse la parole.

Une fois la porte franchie, la grossesse continue : l'échographiste est laissé, pour un temps qui n'a pas encore tout dit et qui se poursuit hors de sa présence. Si pour le praticien, la consultation a trouvé sa conclusion, les parents, au contraire, ont à faire le lien entre ce qui vient de se passer (les images et les mots) et le reste du chemin qui reste à parcourir. Tout cela, au-delà du souvenir immédiat que chacun peut en garder, apportera des éléments dynamiques à la poursuite de l'attente...

RÉFÉRENCES

1. Atlan P., Brodaty G., De Hennezel M., Maruani G. : Aspects psychologiques des examens par ultrasons de la femme enceinte en pratique courante. *Généfif*, volume 1, 1, avril 1979.
2. Bessis R. : Aspects psychologiques de la représentation imaginée du fœtus. In Leroy B. : « Échographie en gynécologie et obstétrique. Sémiologie ». Éditions et Réalisations publicitaires A.C. 1983.
3. Berwick D., Weinstein M. : What do patients value ? Willingness to pay for ultrasound in normal pregnancy. In « Medical care », vol. 23, 7, 1985.
4. Boyer J.-P., Porret Ph. : Impact imaginaire de l'échographie obstétricale sur les parturientes à partir de la possibilité de connaître le sexe de l'enfant à naître. In « Les Dossiers de l'Obstétrique », 157, déc. 1988.
5. Boyer J.-P., Porret Ph. : L'échographie obstétricale : premières remarques à propos d'un changement épistémologique. In « Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence », 35, sept. 1987.

(10) « Le caractère étonnamment précis des images de la morphologie fœtale données par l'échographie risque de faire perdre de vue le caractère médicalement utile de ces indications »... in « L'échographie au cours de la grossesse, l'écho de la mode », *Revue Prescrire*, 1982, vol. 2, n° 17.

(11) En effet cet examen est peu utilisé aux U.S.A., par exemple dans le cadre du suivi de routine d'une grossesse.

(12) A la question n° 4, la quasi-totalité des praticiens (26/28) estime que l'échographie est indispensable, ce qui réduit considérablement la possibilité d'une discussion.

6. Boyer J.-P., Porret Ph. : Attendre et voir : l'échographie obstétricale. Éd. Ramsay, mars 1987.
7. Boyer J.-P., Porret Ph. : Quelques réflexions sur les us et abus de l'échographie obstétricale. In « La pratique médicale », août 1986.
8. Chadeyron P.-A. : Aspects psychologiques de l'échographie obstétricale. Revue de Médecine psychosomatique, tome 20, 2, 1978. Conférence du 12 octobre 1976.
9. Cornuau P. : Échographie et enfant imaginaire. Psychologie médicale, 14, août 1982.
10. Courvoisier A., Pasini W. : Dimensions psycho-sexuelles de l'échographie obstétricale. In « Sexualité et gynécologie psychosomatique », tome 2, Masson, 1983.
11. De La Genardière C. : Entre quelque chose et rien : l'épreuve radiographique. In « Revue de Médecine psychosomatique », 4. Instruments et symboles, 1985.
12. Fedida P. : La construction du corps dans la fiction métapsychologique. In « Le corps et ses fictions ». Ouvrage collectif. Éd. de Minuit, 1983.
13. Garel M., Franc M. : Réactions des femmes à l'échographie obstétricale. Journal de gynécologie obstétricale et de biologie de la reproduction, 19, 1980.
14. Gourand L. : Le berceau à ultrasons : pourquoi et comment faire de l'échographie un instrument de préparation à la naissance ? In « Les dossiers de l'obstétrique », 133, octobre 1986.
15. Guérin B., Delcroix M., Decocq J., Crépin G. : Incidences psychologiques de la connaissance du sexe fœtal in utero. Soirée échographiques gynéco-obstétricales, 11 décembre 1979. Éditions Milupa.
16. Henrion R. : L'échographie obstétricale : le meilleur et le pire. In « La lettre du gynécologue », 18, janvier 1985.
17. L'asepsie verbale. Langage et comportement en maternité. Réunion d'équipe du 26 juin 1986. In « Les dossiers de l'obstétrique », 133, octobre 1986.
18. Nisand I., Maugis E. : L'échographie et le juge. Soirées échogynéco-obstétricales, 50, 1^{er} déc. 1987. Éd. Milupa.
19. Schneider L., Engelstein M. : La prise en charge de la grossesse sur le plan psychologique. Que peut et doit faire le médecin pour cela ? Quelle attitude avec le mari ? *La revue de médecine*, 15-16, 11 et 18 avril 1987.
20. Porret Ph. : Espaces de l'échographie obstétricale : un enfant en perspective... *Thèse de Psychologie clinique*, déc. 1987. U.E.R. de Psychologie et des Sciences de l'Éducation de Grenoble.

LECTURES

Unusual pericardial cyst location. Value of two-dimensional Echocardiography in diagnosis.

Kyste pleuropericardique en position atypique : valeur de l'échocardiographie pour le diagnostic.

L. MELONIL, M. RUSLAZIO, R. VERSACE, Q. MELA, A. CHERCHI.

J. Ultrasound Med., 1988, 7, 519-522.

L'article illustre l'apport décisif de l'échographie au diagnostic d'un kyste pleuropericardique situé en arrière et sous l'oreillette droite, au contact de la face postérieure de la terminaison de la veine cave inférieure.

D. MATTER

Ultrasonography of hepatic hydatid cysts : new diagnostic signs.

Kystes hydatiques du foie en échographie : de nouveaux signes diagnostiques.

F. ESFAMINI, S. A. ROOHOLAMINI, K. VESSAL.

J. Ultrasound Med., 1988, 7, 443-450.

Cette étude de 85 cas permet aux auteurs de définir quatre groupes de kystes :

- non infectés,
- en cours d'organisation,
- suppurés,
- dégénérés.

Le signe de la double ligne permet de reconnaître, à coup sûr, un kyste hydatique (périkyste + membrane kystique). Ce signe disparaît lorsque la membrane est décollée.

D. M.

Ultrasonic evaluation of cervical metastatic lymphadenopathy.

Évaluation échographique des adénopathies cervicales métastatiques.

F. SAKAI, K. KIYONO, S. et al. SONE.

J. Ultrasound Med., 1988, 7, 305-310.

Cette étude a été réalisée chez des patients porteurs de cancers O.R.L. à l'aide d'une sonde de 7,5 MHz. Tout ganglion de plus de 9 mm d'épaisseur (chaîne jugulaire interne) ou de plus de 7 mm (chaîne sous-mentale et sous-maxillaire) est suspecte.

Les ganglions métastatiques ont une forme plus arrondie. Un foyer échogène dans un ganglion métastatique était dû à une nécrose de coagulation cependant moins échogène et plus irrégulière que le sinus normal graisseux.

D. M.