



មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក
National Maternal and Child Health Center

ទិវាសល្យសាស្ត្រ សង្កេត និងរោគរូស្ត្រ លើកទី៤

ប្រធានបទ៖ «**ពង្រឹង និងបង្កើនសេវាព្យាបាល ថែទាំ សង្គ្រោះ ប្រកបដោយគុណភាព**»

L'INTÉRÊT DE L'ÉCHOGRAPHIE DANS LE DÉPISTAGE D'UNE INFECTION FOETALE



002794

Dr. IM SOPHEAKNA

ថ្ងៃទី២-៣ ខែកញ្ញា ឆ្នាំ២០២៦
មជ្ឈមណ្ឌលជាតិគាំពារមាតា និងទារក

PLANS

I. INTRODUCTION

II. SIGNES ÉCHOGRAPHIQUES

III. CAS CLINIC

IV. CONCLUSION

V. RECOMMANDATION

I. INTRODUCTION

- Devant un contexte de séroconversion maternelle → Échographie en première ligne
- Signes échographiques généralement décelables 3 à 7 semaines après la séroconversion
- Les organes sont plus touchés: cerveau, poumon, cœur, foie, rate et intestins.
- Absence de signe échographique anormal ne signifie pas que l'enfant n'est pas infecté.

II. SIGNES ÉCHOGRAPHIQUES

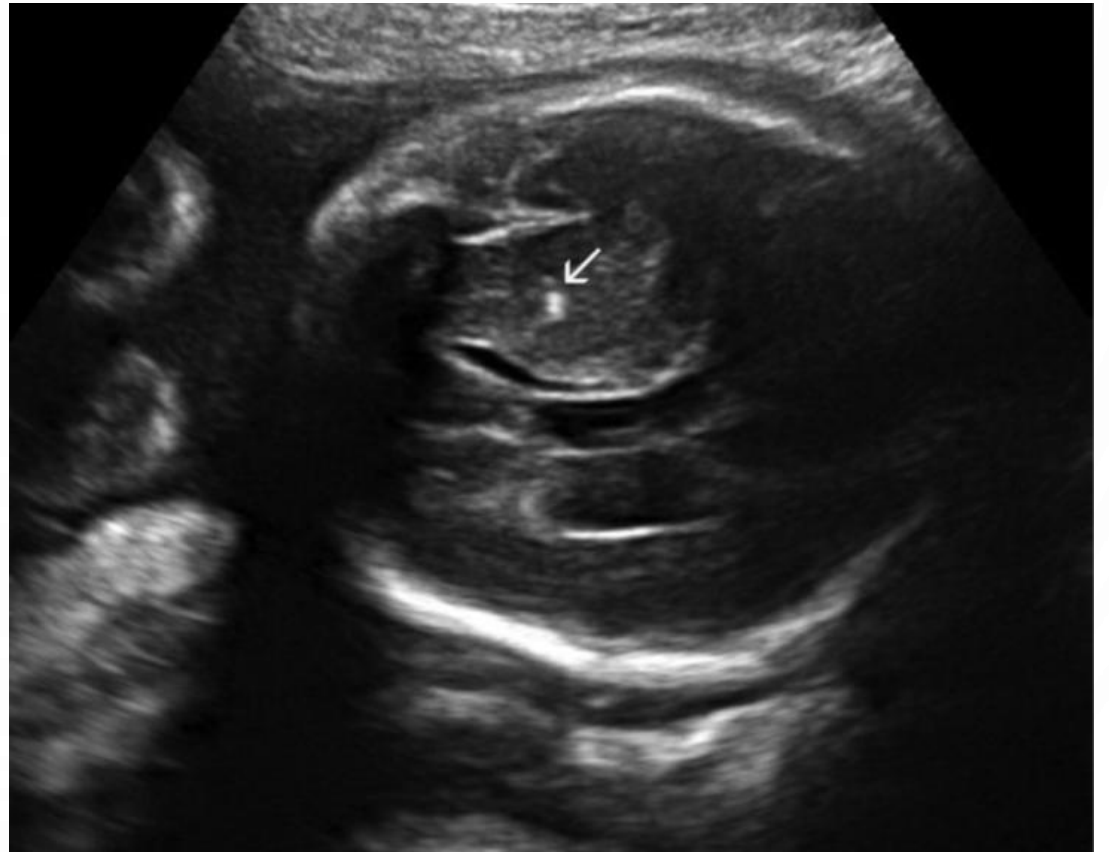
Quelles sont les signes échographiques évocateurs d'infection fœtale ?



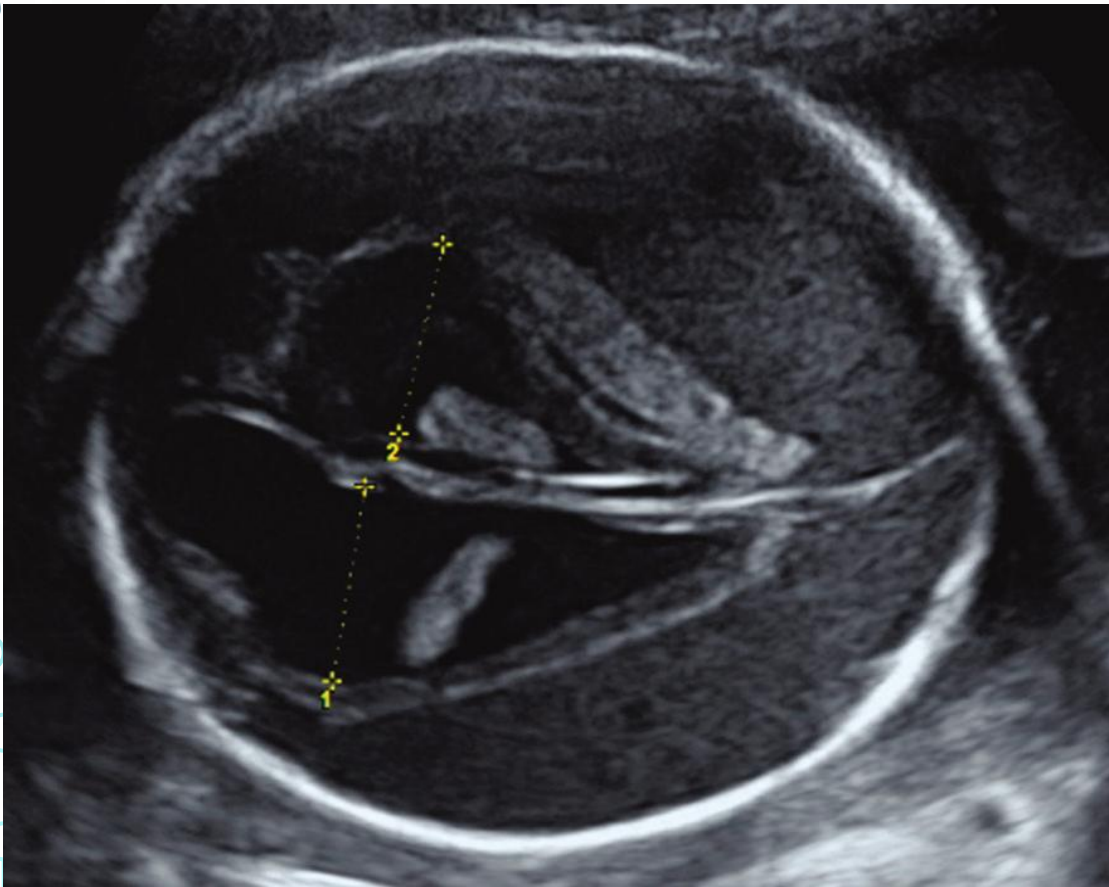
AU NIVEAU CÉRÉBRAL

- Foyers hyperéchogènes
- Ventriculomégalie
- Calcifications
- Microcéphalie
- Kystes sous-épendymaires
- Hydranencéphalie

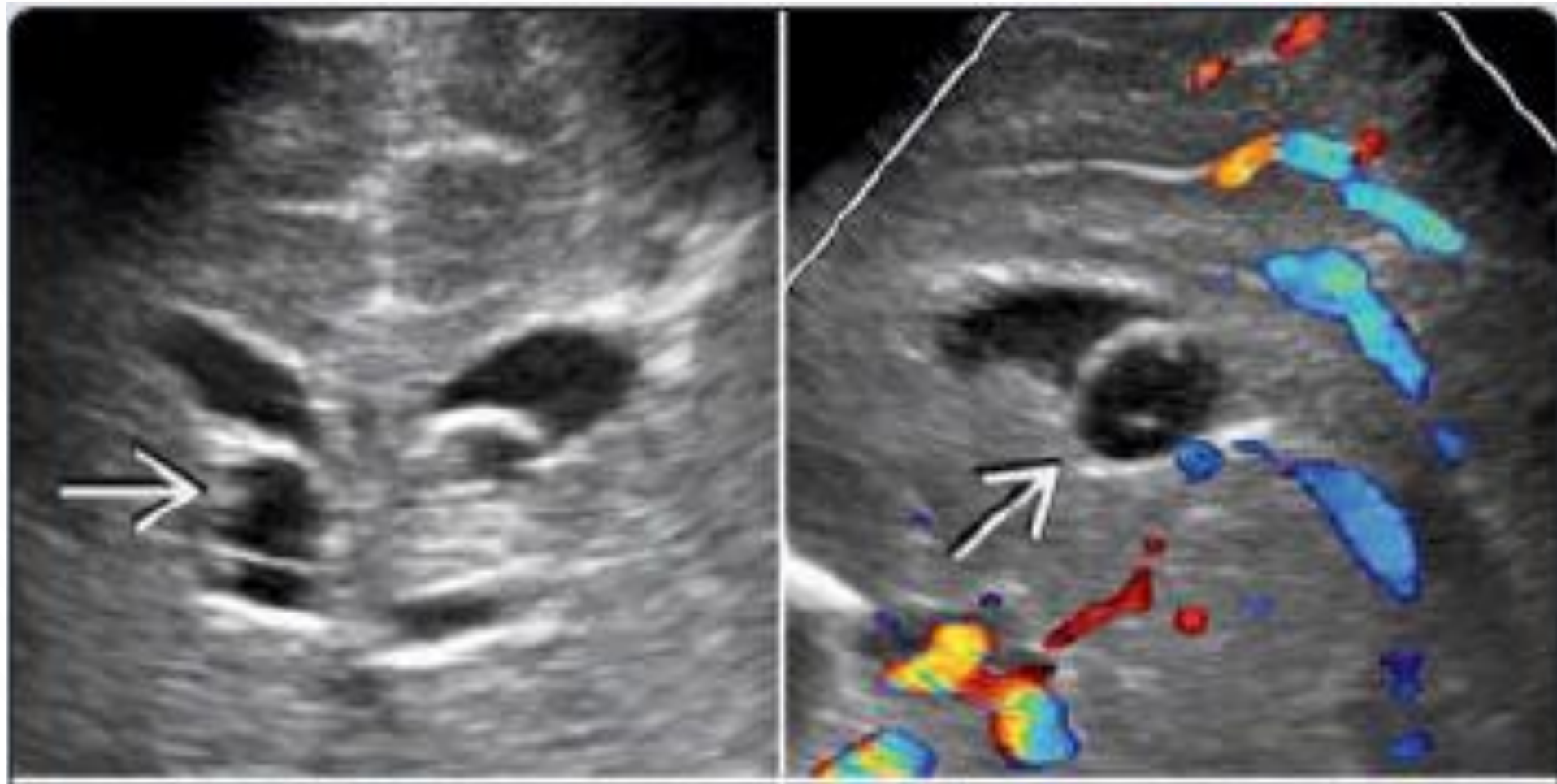
FOYER HYPERÉCHOGÈNE ET CALCIFICATION



HYDRANENCÉPHALIE ET VENTRICULOMÉGALIE



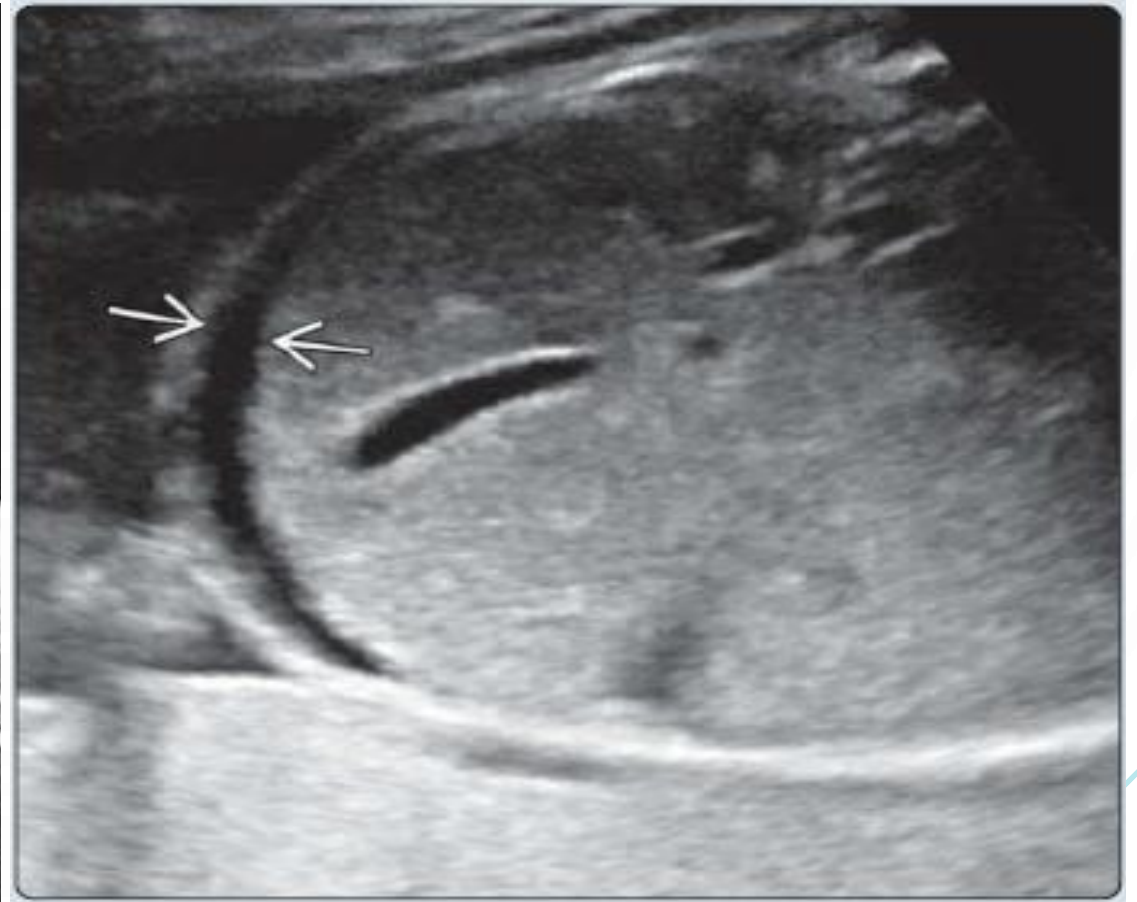
KYSTES SOUS-ÉPENDYMAIRES



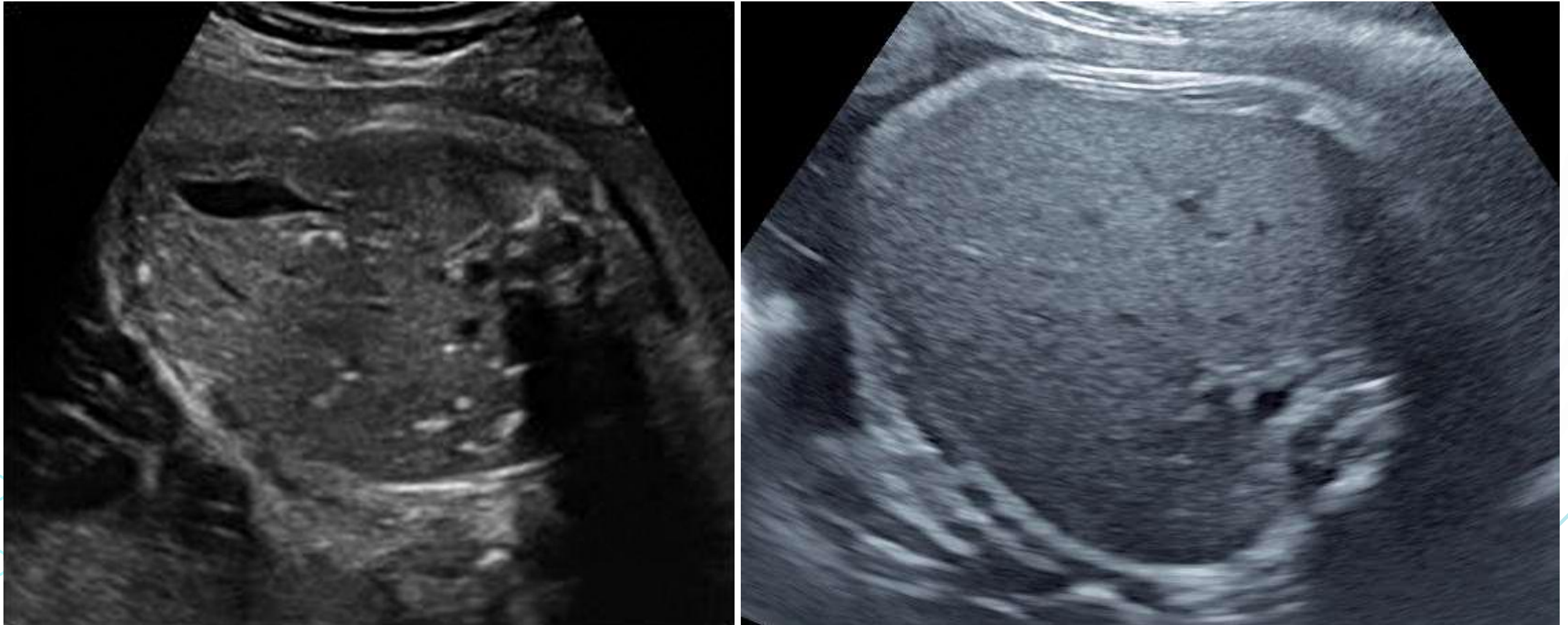
AU NIVEAU ABDOMINAL

- Hépatomégalie ou hépatosplénomégalie
- Calcifications péritonéales
- Calcifications intra-hépatiques
- Intestin hyperéchogène
- Ascite

ASCITE ET HÉPATOMÉGALIE



HÉPATOMÉGALIE ET CALCIFICATIONS INTRA-HÉPATIQUES



INTESTIN HYPERÉCHOGÈNE



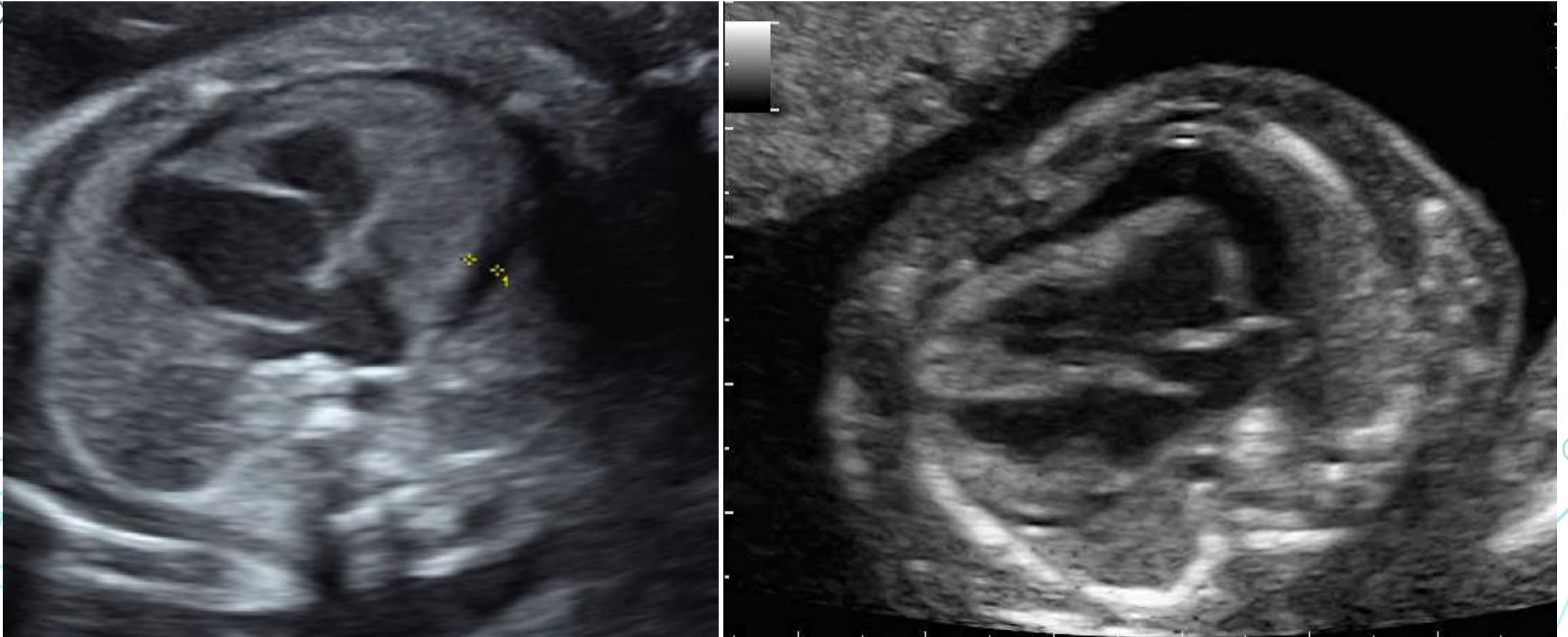
ÉCHOGENICITÉ INTESTINALE (★) EST VOISINE DE
CELLE DE L'AILE ILIAQUE (→)



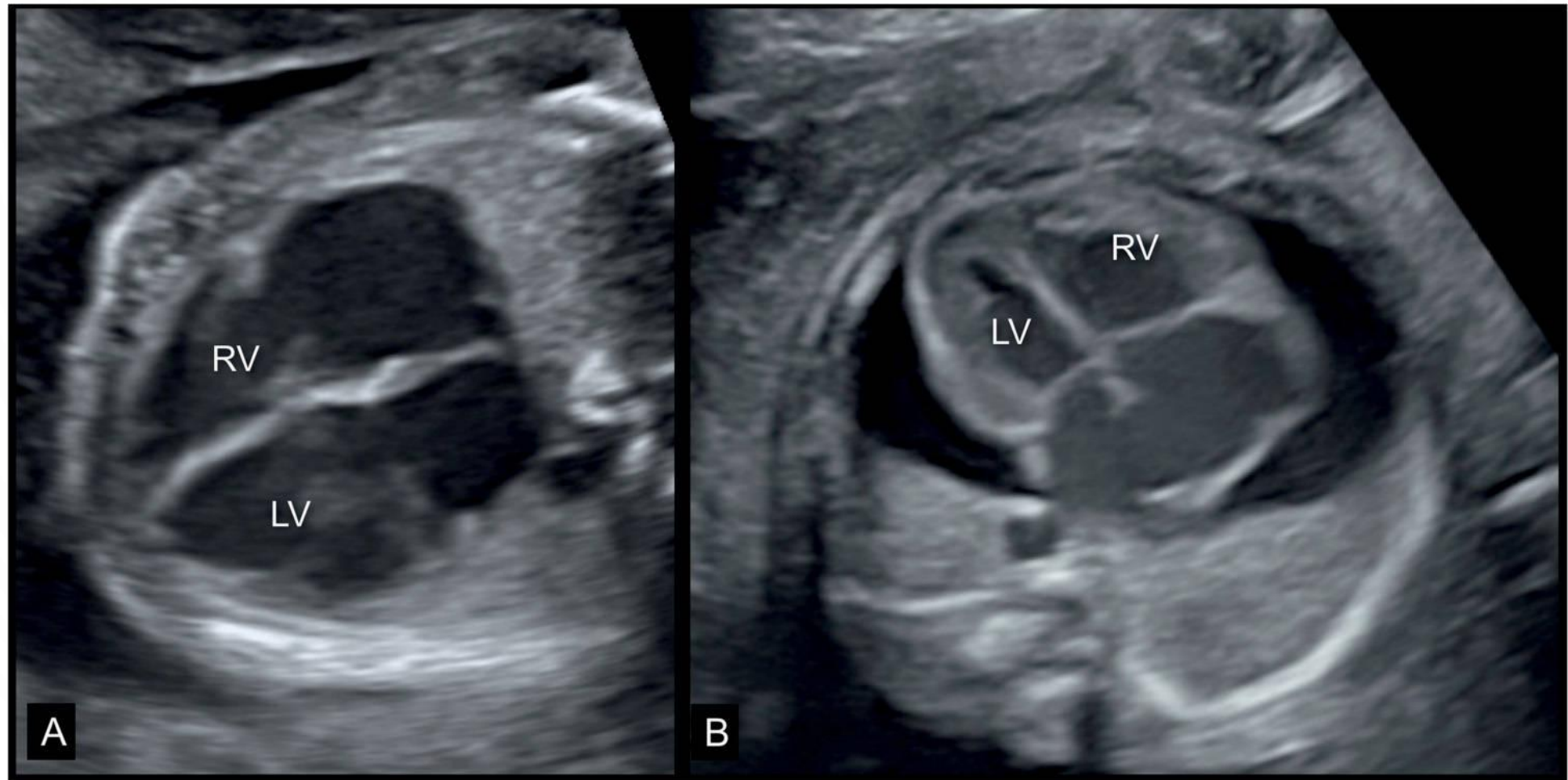
AU NIVEAU THORACIQUE

- Épanchement pleural
- Épanchement péricardique
- Cardiomégalie
- Calcifications cardiaques

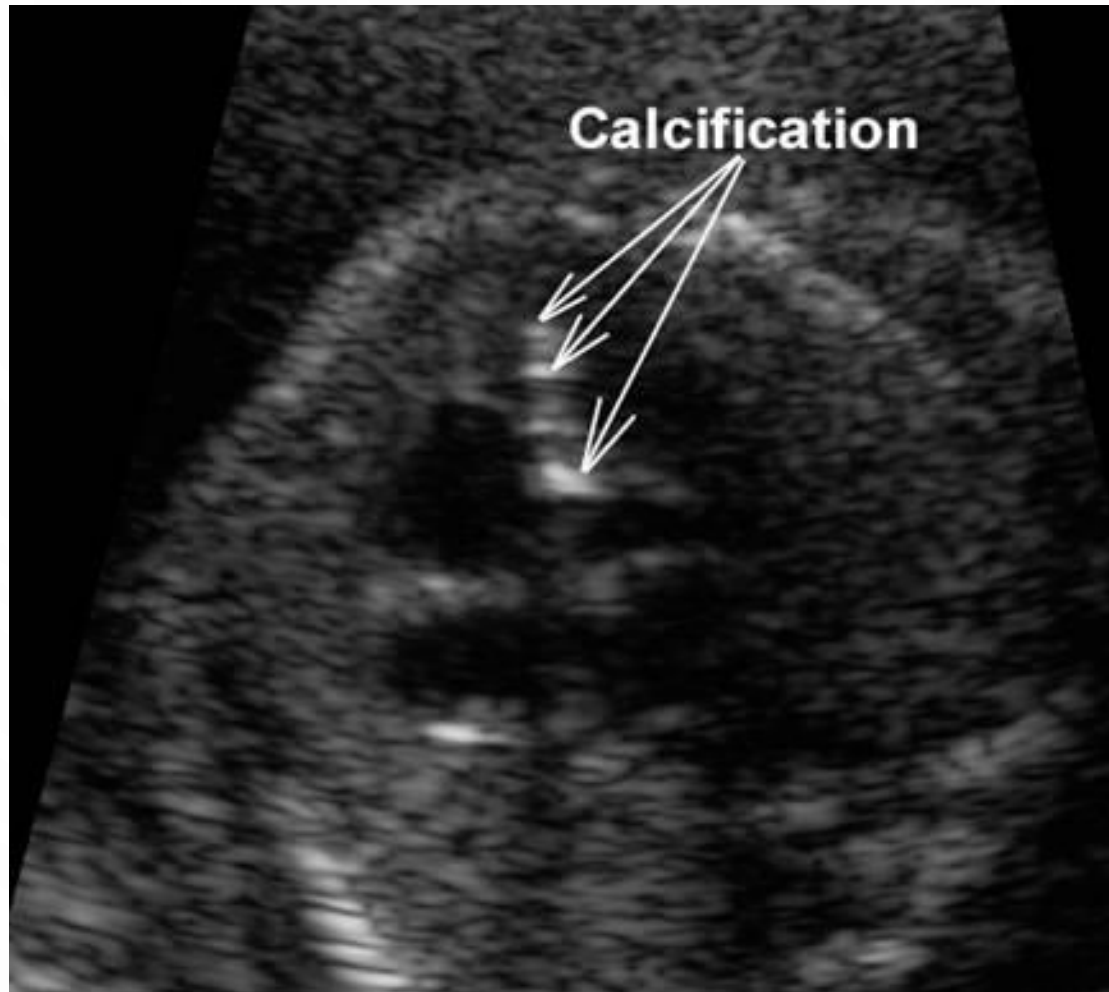
CARDIOMÉGALIE ET ÉPANCHEMENT PÉRICARDIQUE



CARDIOMÉGALIE ET ÉPANCHEMENT PÉRICARDIQUE



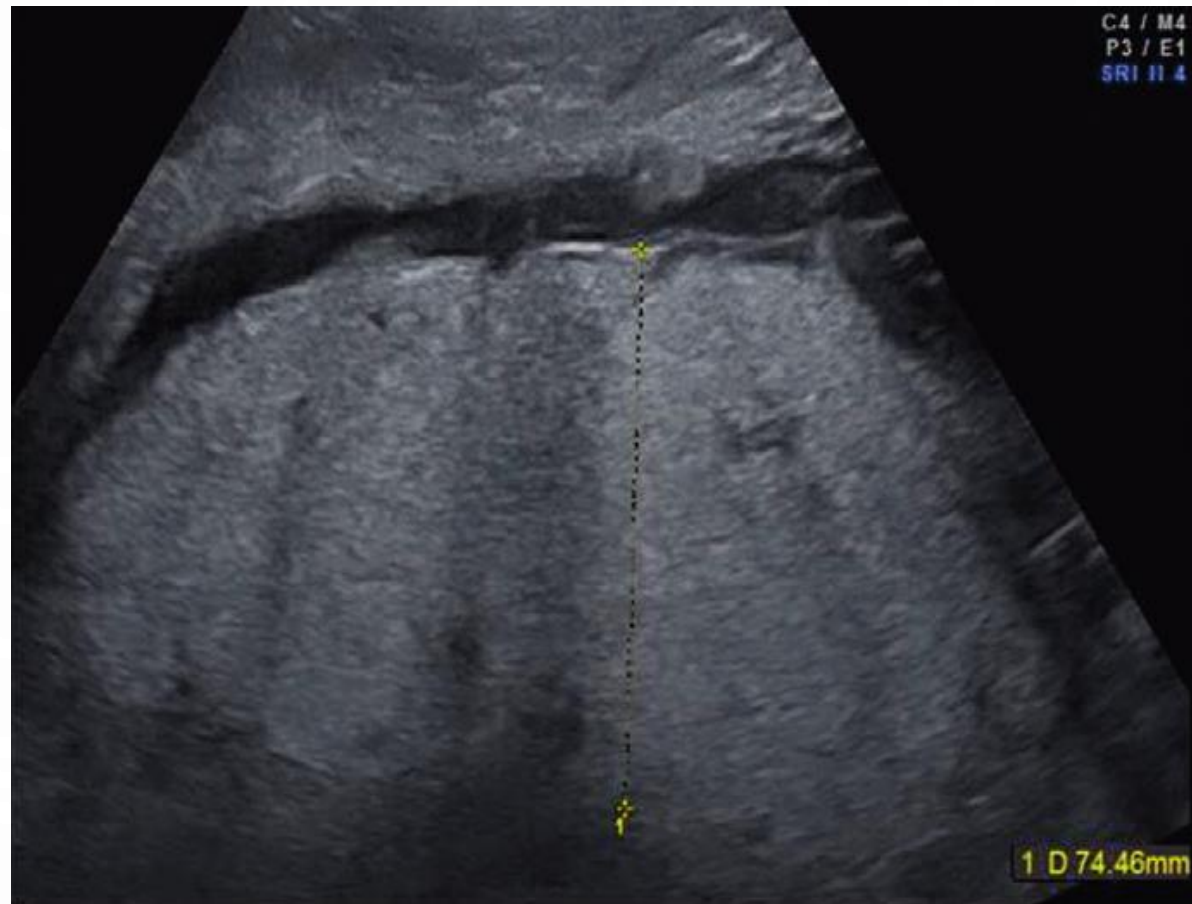
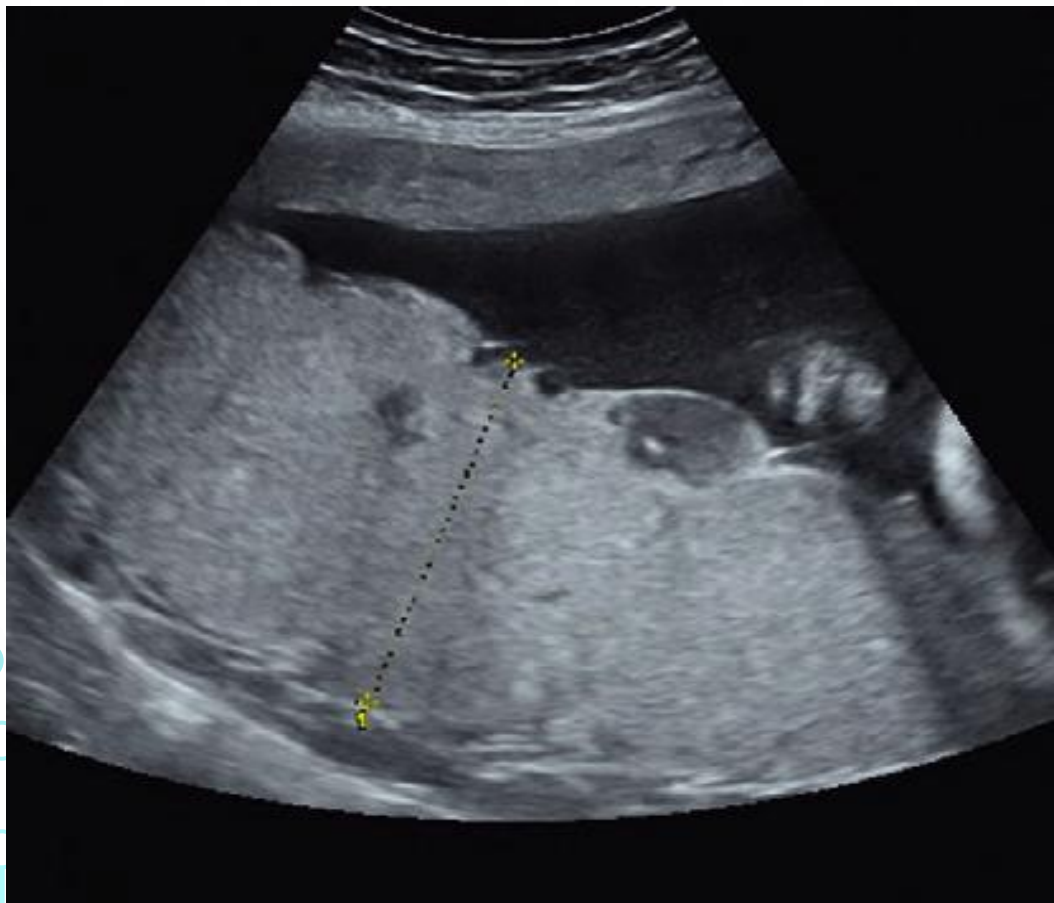
CALCIFICATIONS CARDIAQUES



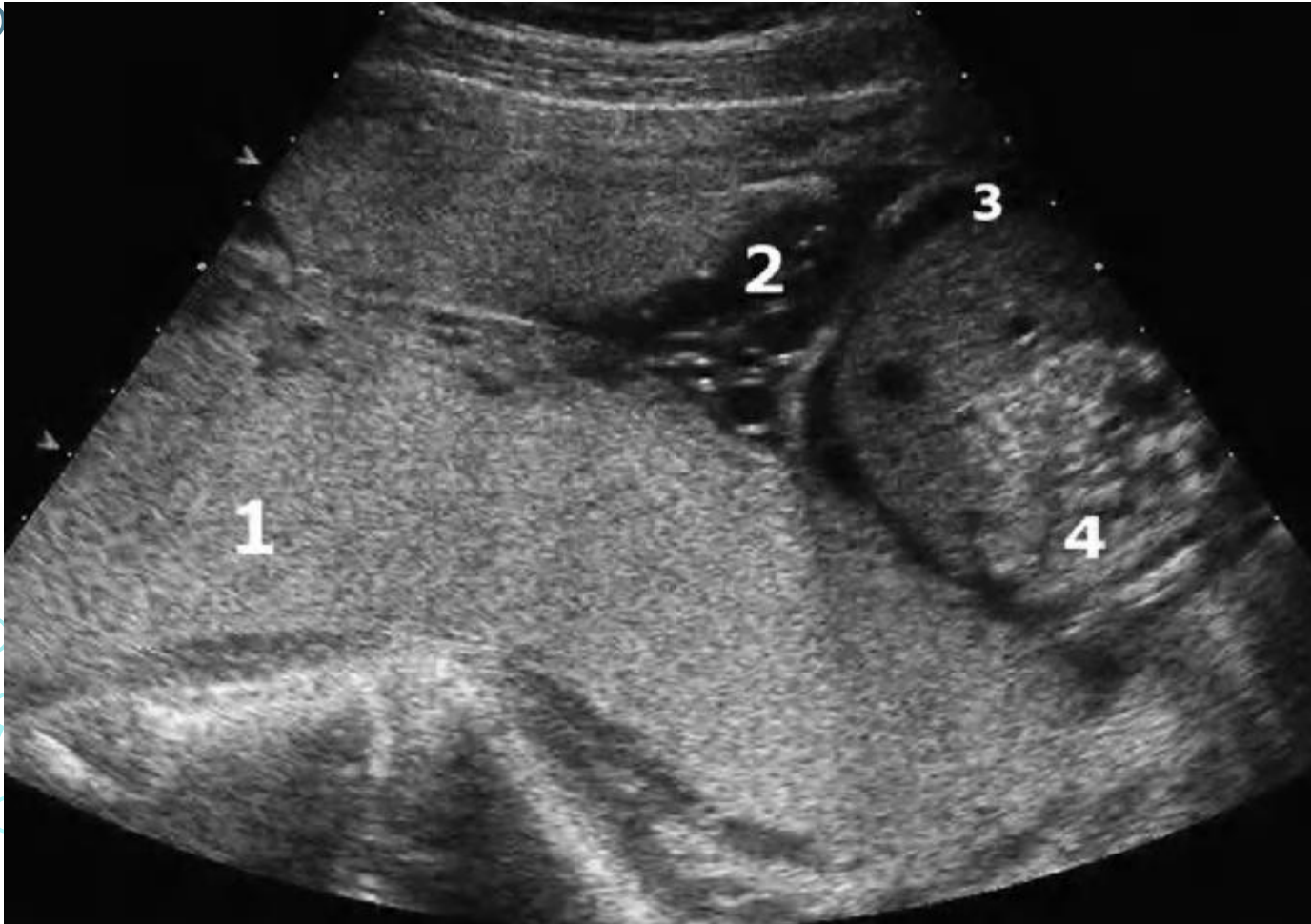
SIGNES GÉNÉRAUX

- RCIU inexpliqué
- Placentomégalie
- Oligoamnios
- Hydramnios

PLACENTOMÉGALIE



OLIGOAMNIOS



Gros placenta (1) + Oligoamnios (2) +
Ascite (3) + Intestin échoène (4)

MALFORMATIONS DES MEMBRES



ADATYLIE:
Le pouce paraît normal (→) mais les
quatre autres doigts sont absents

III. CAS CLINIC

- Madame H.P, âgée de 23 ans. Elle habite à Phnom Penh et elle prend la consultation prénatale pendant 8 fois au Centre National de Protection Maternelle et Infantile, Phnom Penh, Cambodge depuis 07/10/2025.
- ATCD personnel:
 - Gynéco-ostétriques : G1P0A0
 - Médicaux : Rien à signaler
 - Chirurgicaux : Rien à signaler

1^{ÈRE} CONSULTATION PRÉNATALE: LE 07/10/2025

- Examen clinique :
 - T : 37 oc, Pouls : 89/min, TA : 115/65 mm de Hg
 - EG : normal
 - DDR : 15/08/2025
- Examen Biologique : (Fait le 07/10/2025)
 - GB : 11 giga/l, GR : 4,1 giga/l, HB : 11 g/dl, Ht : 32,9 %, Plaquette : 397 giga/l, Groupage sanguin : AB, Rh (D) : Positive.
 - RPR Syphilis Test : Réaction Négative, HIV 1/2 Antibody Test: Réaction Négative, Hbs Ag Test: Réaction Négative

1^{ère} Echographie obstétricale : (Fait le 07/10/2025)

RÉSULTAT

- Vessie : en semi réplétion, paroi fine, sans lithiase.
- Utérus : antéversé, gravide, DAP = 62mm, contenant un sac gestationnel avec un embryon vivant de LCC = 11mm.
- Annexes de l'utérus : normales.

CONCLUSION :

- **Grossesse unique évolutive intra utérine de 7 SA et 4 jours.**
- **Terme échographique : 24/05/2026. (+/-7 jours).**

2^{ème} Echographie obstétricale : (Fait le 07/11/2025)

RÉSULTAT

- Vessie : en semi réplétion, paroi fine, sans lithiase.
- Utérus : antéversé, gravide, DAP = 75mm, contenant un sac gestationnel avec un embryon vivant de LCC = 53mm. Clarté nucale = 1mm d'épaisseur.
- Annexes de l'utérus : normales.

CONCLUSION :

- **Grossesse unique évolutive intra utérine de 11 SA et 5 jours.**
- **Terme échographique : 24/05/2026. (+/-7 jours).**

3^{ème} Echographie obstétricale : (Fait le 09/12/2025)

RESULTAT

- Nombre du fœtus : 01 (Un). Sexe: F.
- Présentation : mobile.
- Vitalité foetale : les mouvements actifs (+), Fréquence cardiaque du fœtus : régulier à 143/mn.
- Morphologie foetale : pas encore identifiable.
- Biométrie fœtale : BIP = 38mm, FL = 19mm, Poids estimé à 139g.
- Placenta : postérieur, grade 1.
- Liquide amniotique : normal.
- Le cordon Ombilicale : normal.

CONCLUSION :

- **Grossesse unique évolutive de 16 SA et 2 jours.**
- **Terme échographique : 24/05/2026. (+/-7 jours).**

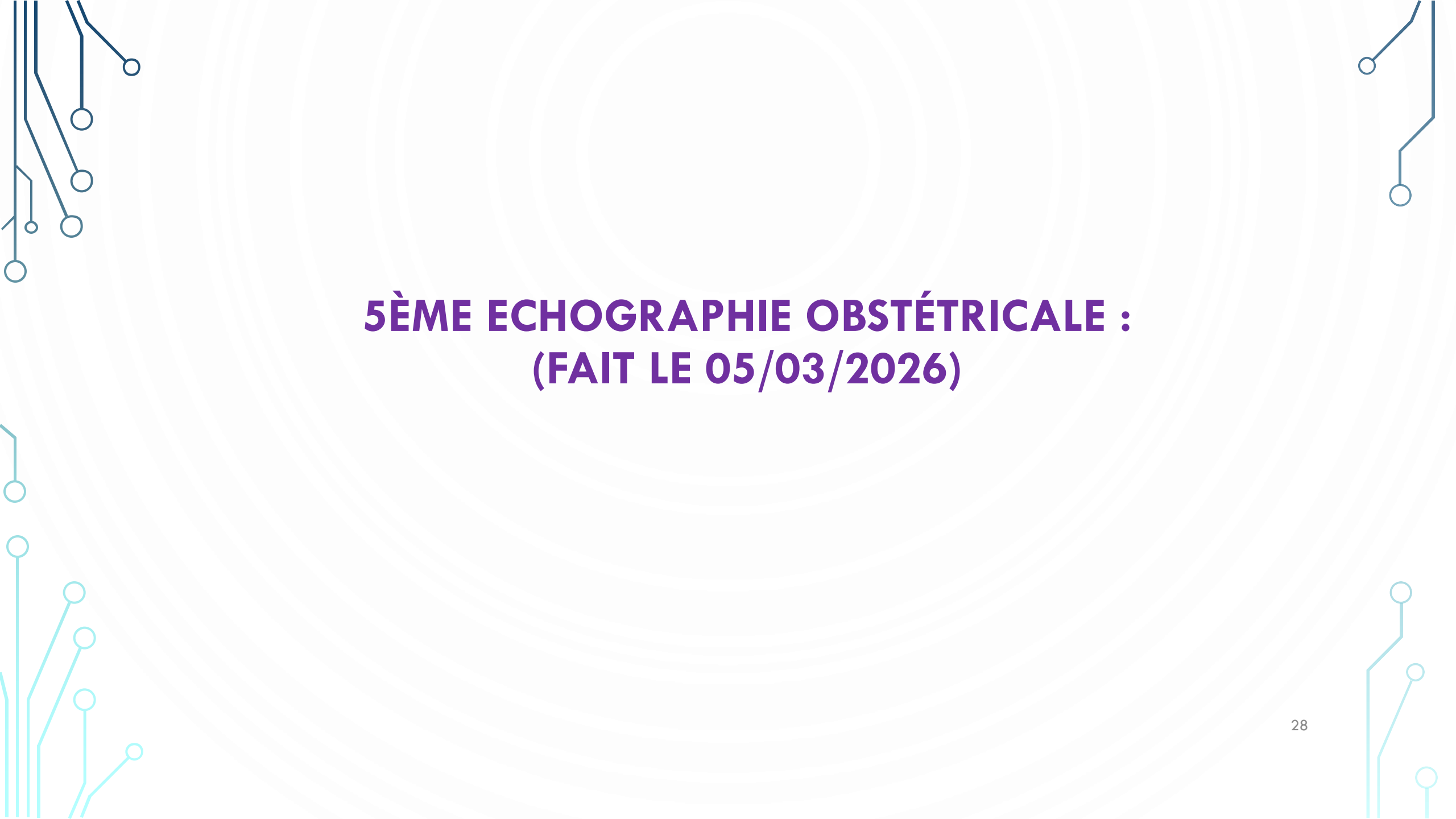
4^{ème} Echographie obstétricale : (Fait le 25/01/2026)

RESULTAT

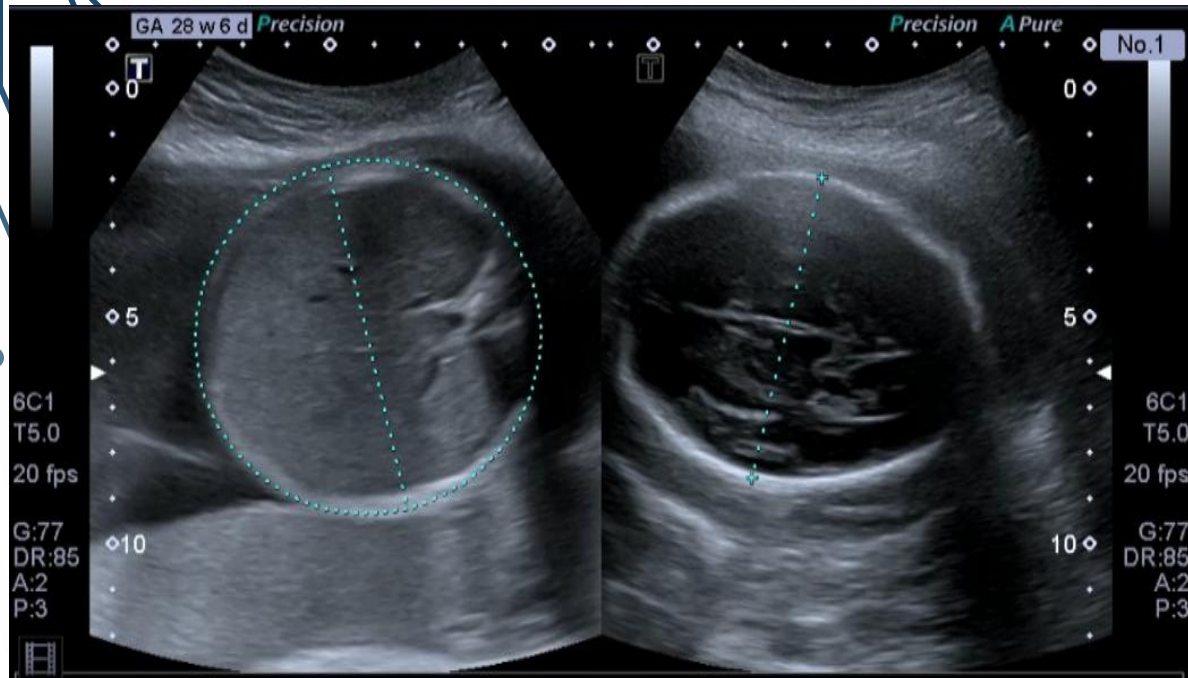
- Nombre du fœtus : 01 (Un).
- Présentation : mobile.
- Vitalité foetale : les mouvements actifs (+), Fréquence cardiaque du fœtus : régulier à 156/mn.
- **Morphologie foetale : Aspect habituel des contours céphaliques, de la ligne médiane, des ventricules latéraux, du cervelet et de la fosse postérieure. Cœur : 4 cavités visible. Estomac visible en position normale. La paroi abdominale paraît intègre. Reins : pas d'hydronéphrose. Vessie visualisée. Colonne vertébrale : aspect normal. Quatre membres : sont normales.**
- Biométrie foetale : BIP = 56mm, FL = 37mm, Poids estimé à 569g.
- Placenta : postérieur, NBIE, grade 1.
- Liquide amniotique : normal.
- Le cordon Ombilicale : normal.

CONCLUSION :

- **Grossesse unique évolutive de 22 SA et 6 jours.**
- **Terme échographique : 24/05/2026. (+/-7 jours).**



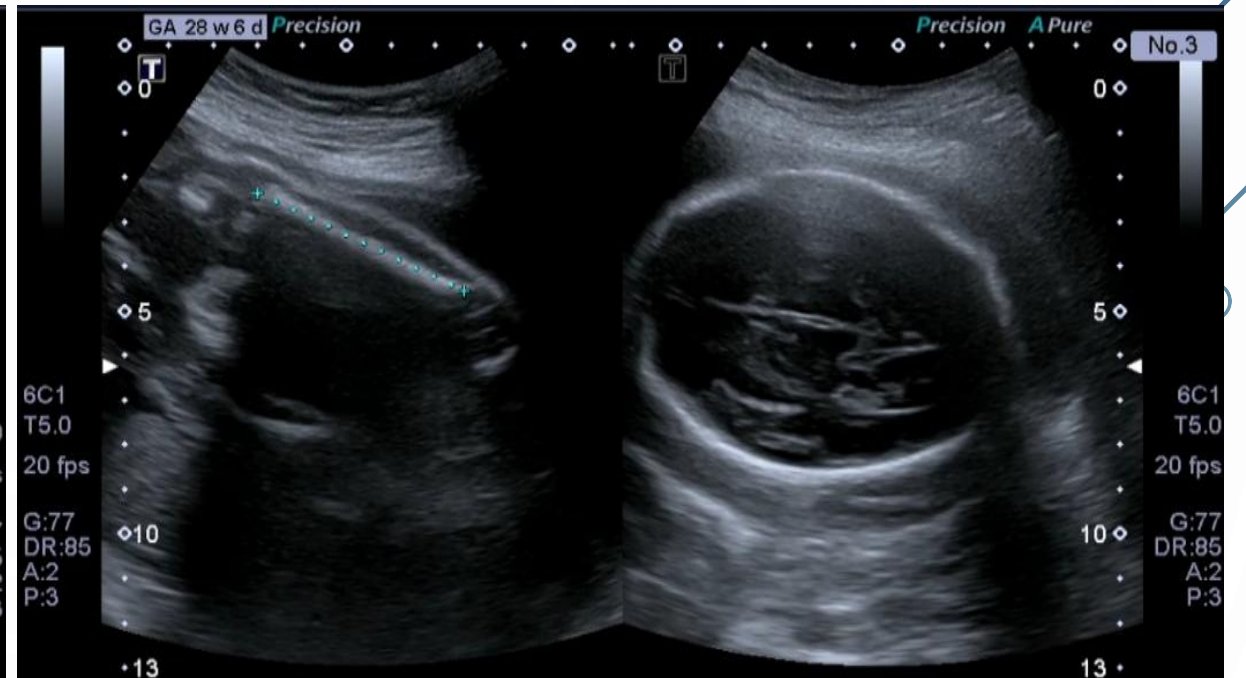
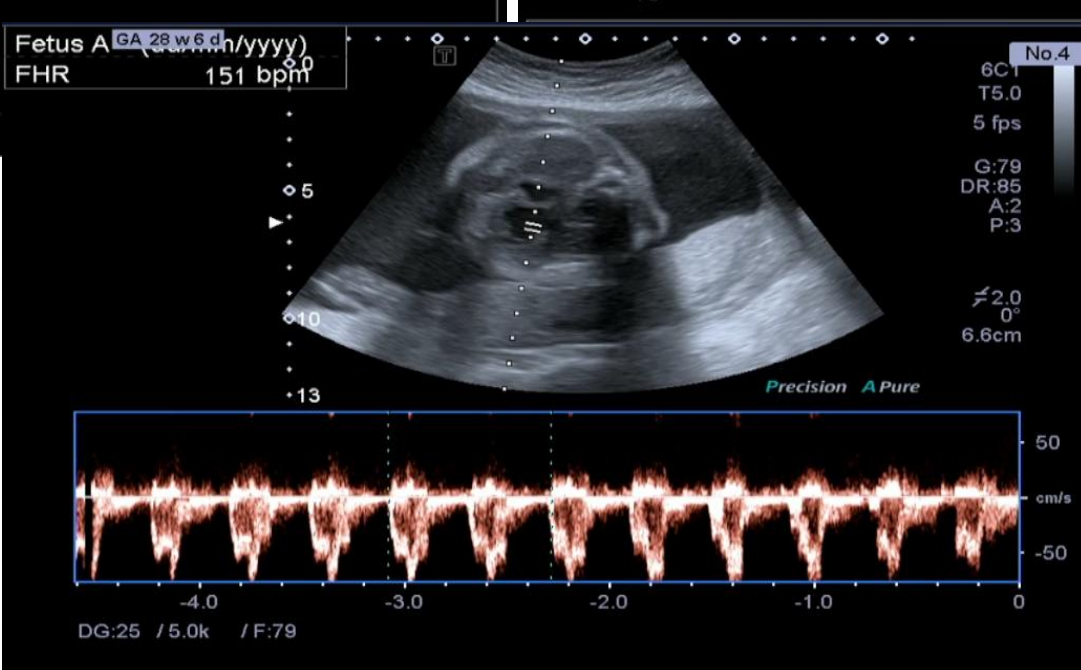
5ÈME ECHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE : **(FAIT LE 05/03/2026)**



Fetus A (dd/mm/yyyy)

AC	245.7mm	(Hadlock)
BPD	67.8mm	(Osaka)

U/S GA



U/S GA 28 w 0 d U/S EDD 28/05/2026

28 w 4 d

#32

HÉPATO-SPLÉNOMÉGALIE



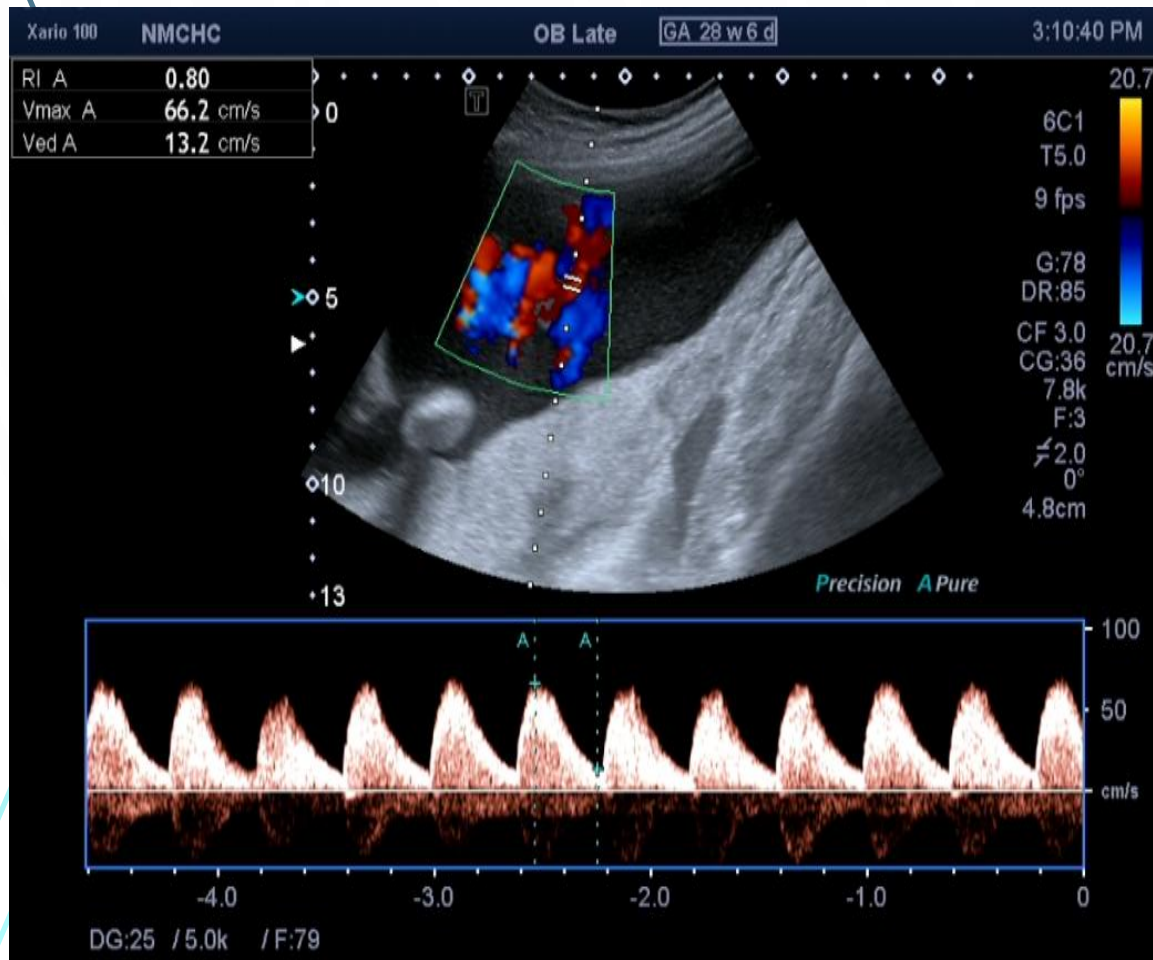
ÉPAISSISSEMENT DE LA PAROI VÉSICULAIRE ET HYPERÉCHOGNÉNICITÉ INTESTINALE



ASCITE DE MOYENNE ABONDANCE



PLACENTOMÉGALIE ET IR DE L'ART OMBIL = 0,8



5^{ème} Echographie obstétricale : (Fait le 05/03/2026)

RESULTAT

- Nombre du fœtus : 01 (Un).
- Présentation : mobile.
- Vitalité foetale : les mouvements actifs (+), Fréquence cardiaque du fœtus : régulier à 156/mn.
- **Morphologie foetale : Ascite de moyenne abondance avec hépato-splénomégalie et hyperéchogénicité des intestins, paroi du VB est épaisse de 2,5mm d'épaisseur.** Aspect habituel des contours céphaliques, de la ligne médiane, des ventricules latéraux, du cervelet et de la fosse postérieure. Cœur : 4 cavités visible. Estomac visible en position normale. La paroi abdominale paraît intègre. Reins : pas d'hydronéphrose. Vessie visualisée. Colonne vertébrale : aspect normal. Quatre membres : sont normales.
- Biométrie foetale : BIP = 56mm, FL = 37mm, Poids estimé à 569g.
- Placenta : **épaisse de 49mm d'épaisseur**, postérieur, NBIE, grade 2.
- Liquide amniotique : normal.
- Le cordon Ombilicale : diamètre est normal et **IR est augmentée de 0,8.**

CONCLUSION :

- **Malformation fœtale (Ascite de moyenne abondance avec hépato-splénomégalie = Suspicion d'une infection fœtale) chez grossesse unique évolutive de 28 SA et 4 jours.**
- **Terme échographique : 24/05/2026. (+/-7 jours).**

Examen Biologique : (Fait le 05/03/2026)

- RPR Syphilis Test : **Réaction Positive**
- HIV 1/2 Antibody Test: Réaction Négative
- Hbs Ag Test: Réaction Négative

*** Le 05/03/2026: on a fait le traitement du syphilis.**

6^{ème} Echographie obstétricale : (Fait le 18/03/2026)

RESULTAT

- Nombre du fœtus : 01 (Un).
- Présentation : Céphalique.
- Vitalité foetale : les mouvements actifs (+), Fréquence cardiaque du fœtus : régulier à 140/mn.
- **Morphologie foetale : Ascite de petite abondance avec hépato-splénomégalie.**
- Biométrie foetale : BIP = 76mm, FL = 55mm, Poids estimé à 1786g.
- Placenta : postérieur, NBIE, grade 2.
- Liquide amniotique : normal.
- Le cordon Ombilicale : normal.

CONCLUSION :

- **Malformation fœtale (Ascite de petite abondance avec hépato-splénomégalie) chez grossesse unique évolutive de 30 SA et 3 jours.**
- **Terme échographique : 24/05/2026. (+/-7 jours).**

7^{ème} Echographie obstétricale : (Fait le 02/04/2026)

RESULTAT

- Nombre du fœtus : 01 (Un).
- Présentation : Céphalique.
- Vitalité foetale : les mouvements actifs (+), Fréquence cardiaque du fœtus : régulier à 138/mn.
- Morphologie foetale : **pas d'ascite et pas d'hépatosplénomégalie.**
- Biométrie foetale : BIP = 84mm, FL = 60mm, Poids estimé à 2124g.
- Placenta : postérieur, NBIE, grade 2.
- Liquide amniotique : normal.
- Le cordon Ombilicale : normal.

CONCLUSION :

- **Grossesse unique évolutive de 32 SA et 5 jours.**
- **Terme échographique : 24/05/2026. (+/-7 jours).**

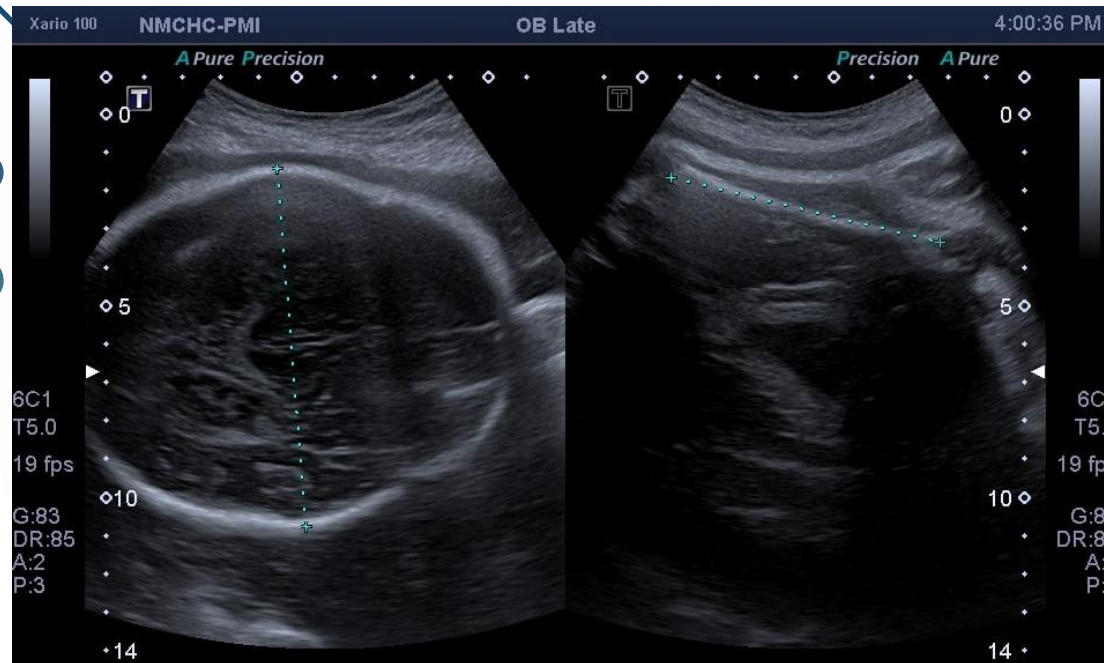
8^{ème} Echographie obstétricale : (Fait le 13/05/2026)

RESULTAT

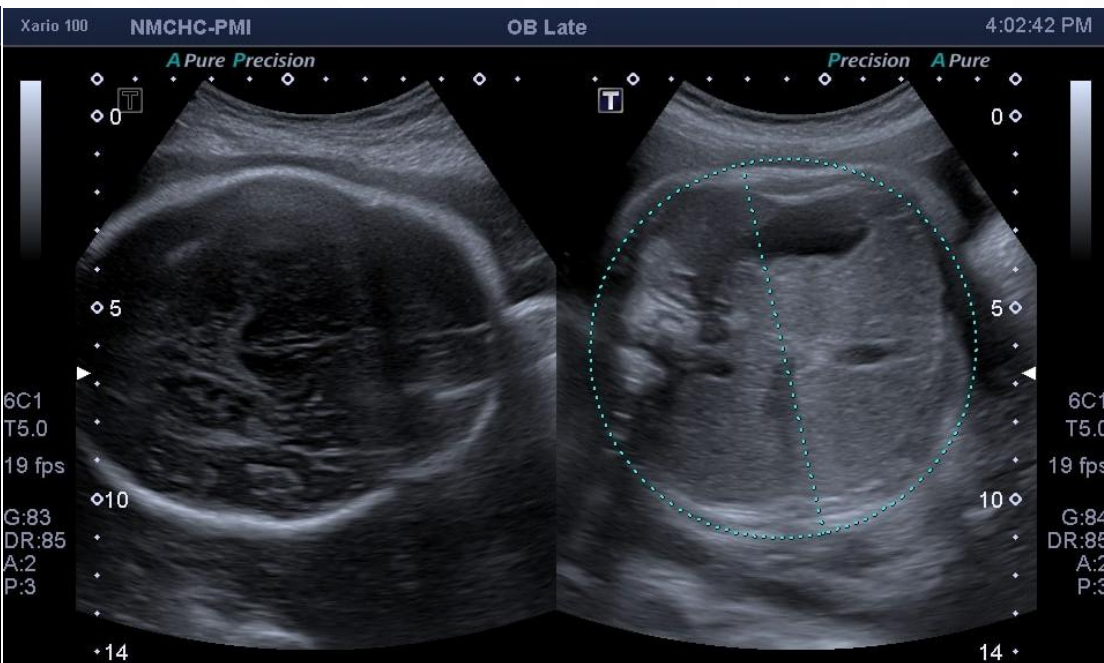
- Nombre du fœtus : 01 (Un).
- Présentation : Céphalique.
- Vitalité foetale : les mouvements actifs (+), Fréquence cardiaque du fœtus : régulier à 146/mn.
- Morphologie foetale : **pas d'ascite et pas d'hépatosplénomégalie.**
- Biométrie foetale : BIP = 93mm, FL = 72mm, Poids estimé à 3026g.
- Placenta : postérieur, NBIE, grade 2.
- Liquide amniotique : normal (Index 4Q = 13cm).
- Le cordon Ombilicale : normal.

CONCLUSION :

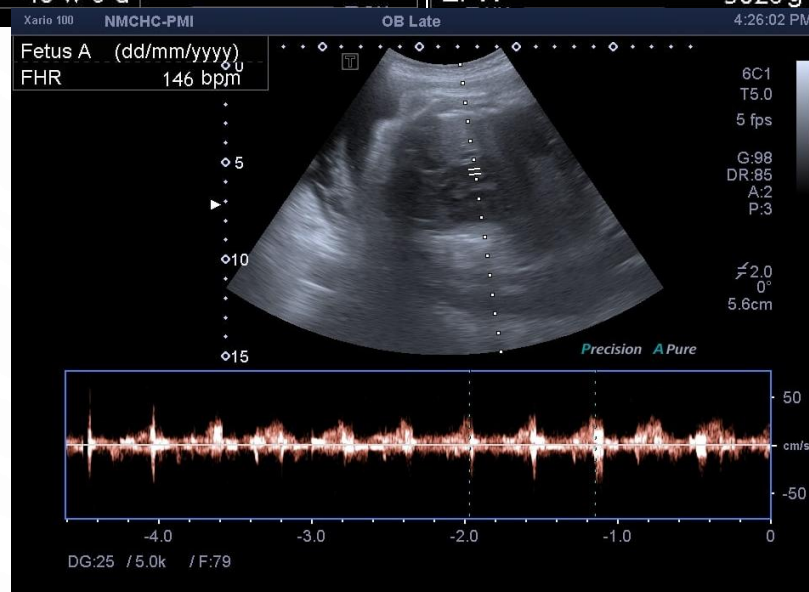
- **Grossesse unique évolutive de 38 SA et 2 jours.**
- **Terme échographique : 24/05/2026. (+/-7 jours).**



Fetus A	(dd/mm/yyyy) (^:Extrapolated)		
BPD	93.8 mm (Osaka)	^ 40 w 3 d	
FL	72.3 mm (Osaka)	^ 40 w 6 d	



Fetus A	(dd/mm/yyyy) (^:Extrapolated)		
FTA	78.22 cm ² (Osaka)	37 w 3 d	
EFW	3026 g (Osaka)	38 w 4 d	



LE 14/05/2026: CÉSARIENNE POUR ANOMALIE DU RYTHME CARDIAQUE FOETAL.

- Nouveau née:
 - Poids: 3000g
 - APGAR 6, 7, 8
- Examen biologique:
 - RPR Syphilis Test: Réaction Positive
 - RPR Titer: 1/2
- Comment test:
 - Interprétation of Titer Levels: Low positive (e.g, 1/2- to 1/4)



ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

មជ្ឈមណ្ឌលជាតិស្រាវជ្រាវជំងឺស្បែក និង រោគប្រូតូសូម
និង ជំងឺប្រូតូសូម

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ: [REDACTED]
ឈ្មោះ: [REDACTED]
លេខទូរស័ព្ទ: [REDACTED]
អាសយដ្ឋាន: [REDACTED]

ប្រភពសំណាក: NCU(ផ្នែកថែទាំពេទ្យ)
ភេទ: ស្រី (F) អាយុ: 0 ឆ្នាំ 0 ខែ 0 ថ្ងៃ
ពេលវេលាធ្វើតេស្ត:

HEMATOLOGY	លេខសំណាក	អ្នកស្នើសុំ	ថ្ងៃប្រមូលសំណាក	ថ្ងៃទទួលសំណាក
	[REDACTED]	[REDACTED]	2026-05-14 12:00:38	2026-05-14 12:00:37
ឈ្មោះគេសួរ		លទ្ធផល	ឆ្លាត	ពិនិត្យយោង

Comment: ឈាម កក

SERO- IMMUNOLOGY	លេខសំណាក	អ្នកស្នើសុំ	ថ្ងៃប្រមូលសំណាក	ថ្ងៃទទួលសំណាក
	[REDACTED]	[REDACTED]	2026-05-14 12:00:38	2026-05-14 12:00:37
ឈ្មោះគេសួរ		លទ្ធផល	ឆ្លាត	ពិនិត្យយោង

RPR Syphilis Test.....: Reaction Positive
RPR titer.....: 1/2

Comment Test:

Interpretation of Titer Levels:

Low Positive (e.g., 1/2 to 1/4): Suggests possible exposure to syphilis or other conditions; further testing is needed for confirmation

Moderate Positive (e.g., 1/8 to 1/16): Indicates a higher likelihood of syphilis or other related conditions.

High Positive (e.g., 1/32 or higher): Strongly suggests syphilis or active infection, requiring further investigation.

IV. CONCLUSION

- L'échographie est l'examen de première intention et a une bonne valeur diagnostic et bonne disponibilité dans le dépistage d'une infection foetale.
- Les signes échographiques d'infection sont de nature évolutive: vers l'apparition, l'aggravation ou au contraire la diminution voire la disparition. Les échographies doivent donc généralement être répétées.

V. RECOMMANDATION

- Devant un contexte de séroconversion maternelle, il faut faire une consultation prénatale avec examen échographique répété tous les mois pour rechercher d'anomalies échographiques spécifiques.
- Quand on trouve d'une anomalie foetale avec des signes échographiques évocateurs d'infection foetale, il faut demander des tests biologiques maternels systématiques et appropriés pour confirmer le diagnostic précoce.

RÉFÉRENCES

- Benoist G, Ville Y. Examen échographique du haut risque infectieux. In : Bault JP, Coquel P, Ville Y, editors. Pratique de l'échographie obstétricale au deuxième trimestre. Sauramps Médical ; 2008. p. 243–71.
- Cordier AG, Nedelle S, Benachi A, Frydman R, Picone O. Quels arguments pour déterminer l'origine infectieuse d'un retard de croissance intra-utérin ? J Gynecol Obstet Biol Reprod 2011 ; 40 : 109115.
- D'Ercole C. Aspects échographiques des infections foetales. Université médicale virtuelle francophone, campus gynéco-obst, 3e cycle : DIU Échographie. En ligne : www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-gyneco-obst.
- O'Boyle MK, Pretorius DH. Fetal infections. In : Nyberg D, McGahan JP, Pretorius DH, Pilu G, editors. Diagnostic imaging of fetal anomalies. Lippincott Williams and Wilkins ; 2003. p. 745–76.



MERCI DE VOTRE ATTENTION