

Grossesse et irradiation

Quels sont les problèmes rencontrés ?

L'imagerie de la femme en âge de procréer, et particulièrement en atmosphère d'urgence, amène le radiologue à se poser plusieurs questions :

- La prescription médicale est-elle justifiée ?
- L'interrogatoire sur une éventuelle grossesse a-t-il été (correctement) fait ?
- L'information de la patiente sur l'examen demandé a-t-elle été fournie ?
- Un dosage des β HCG a-t-il été réalisé si la question d'une grossesse se pose ?

Pourquoi ces problèmes se posent-ils ?

- Parce que les textes sont méconnus ;
- Parce que les risques réels sont souvent ignorés, sur ou sous-évalués selon les cas ;
- Parce que la charge de travail rend difficile le respect d'une procédure personnalisée.

En pratique : 4 situations

1- La grossesse est exclue par la patiente

L'examen peut être pratiqué.

2- La grossesse est possible, sans retard de règles

La patiente doit être informée de l'absence de risque dans les 2 dernières semaines du cycle (loi du tout ou rien).

L'examen peut être pratiqué :

- avec le consentement de la patiente
- en optimisant des doses d'irradiation.

3- La grossesse est avérée ou il existe un retard de règles

→ L'examen n'est pas essentiel : il doit être reporté au terme de la grossesse et remplacé par une éventuelle imagerie non irradiante.

→ L'examen est nécessaire :

- Il doit être justifié (prescription médicale) ;
- Une explication éclairée doit être donnée à la mère en mentionnant les risques spontanés de malformation (3 %) et ceux d'augmentation minimale de l'incidence de cancer chez l'enfant ;
- L'accord entre le prescripteur et le radiologue avec le consentement de la patiente doit être notifié dans le CR ;
- Les doses sont à optimiser.

4- La grossesse est méconnue lors de l'examen radiologique

- Il faut faire le calcul de la dose réellement reçue.

- Si cette dose est supérieure à 50 mGy, elle doit être confirmée par l'IRSN.

- Une consultation avec la patiente est nécessaire pour Expliquer : l'absence d'augmentation du risque naturel de malformation et l'augmentation minimale de l'incidence de cancer pour l'enfant (passe de 99,7% à 99,6% de ne pas avoir de cancer pour une dose de 10 mGy).

- Il faut garder à l'esprit qu'aucun examen diagnostic n'est capable d'administrer 200mGy.

4 grands principes sont à retenir :

- ★ Justification médicale de l'examen irradiant.
- ★ Nécessité d'optimiser des doses délivrées.
- ★ Co-responsabilité du prescripteur et du radiologue.
- ★ Nécessité d'obtenir le consentement de la patiente.

Quelles sont les doses d'irradiation au fœtus ?

mGy	
0.01	TDM cérébrale
0.1-1	TDM Thoracique
	Radio conventionnelle hors pelvis (Mammo, Pano, ...)
	ASP
2.4	Irradiation naturelle/an
3	Pelvi – TDM
2-7	TOGD
5	TDM Abdo (1 hélice)
5-10	Rachis lombaire (5 incidences)
	Pelvimétrie conventionnelle
	Scintigraphie os & thyroïde
10-20	Hystéroggraphie
	UIV (10 clichés)
	Lavement Baryté (10 clichés)
	Angiographie – artério.
20	TDM lombaire
25	TDM pelvis (1 hélice)
30	TDM Abdo-pelvis (1hélice)
40- 50	TDM Abdo tri-phasique
< 50	Radiothérapie hors pelvis
> 50	Radiothérapie avec pelvis

CAT en fonction de l'âge de la grossesse et de l'irradiation

Age G mGy	0 à 9 jours	3 à 11 SA	11 à 17 SA	>17 SA
< 100	RASSURER mais évoquer les malformations spontanées naturelles			
100 à 200	RASSURER ET ATTENDRE Loi du tout ou rien	IMG discutée		RASSURER Sans Arrière pensée
200 à 500		IMG Proposée	IMG Discutée	
> 500		IMG proposée		RASSURER mais surrisque de LA