

## 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 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 les 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 compte rendu.

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 diagnostique n'est capable d'administrer 200 mGy.

## 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 FOETUS ?

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) Rachis lombaire (5 incidences)
5-10	Pelvimétrie conventionnelle Scintigraphie os & thyroïde
10-20	Hystérogaphie UIV (10 clichés) Lavement baryté (10 clichés) Angiographie-artériole
20	TDM lombaire
25	TDM pelvis (1 hélice)
30	TDM abdo-pelvis (1 hélice)
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

Âge GmGy	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 sur risque de LA