

JFR 2012 - 2343 - Imagerie du plexus brachial : approche pratique 2e partie

Mis à jour le 12/02/2014 par SFR

Imagerie du plexus brachial normal et pathologique non traumatique

Orateurs : Beigelman-Aubry Catherine / Boulanger Xavier

Objectifs

Se familiariser avec la radio-anatomie du plexus brachial en scanner et IRM.

Connaître les nouvelles techniques IRM utilisées pour optimiser l'analyse du plexus brachial, les contraintes techniques liées à cette imagerie et les moyens de s'en affranchir.

Reconnaître la sémiologie des principales atteintes plexiques tumorales et inflammatoires.

Messages à retenir

Une très bonne connaissance de l'anatomie du plexus brachial est requise pour son étude en imagerie.

L'apport des séquences sagittales en T1 est essentiel pour la détection lésionnelle.

Les séquences 3D isotropiques offrent un gain de temps et de qualité d'images. Un ajustement des paramètres techniques est néanmoins nécessaire afin de réduire les nombreux artefacts liés à ce type d'imagerie.

L'injection de produit de contraste est indispensable pour l'analyse des plexopathies inflammatoires ou tumorales.

La TEP couplée au scanner peut s'avérer déterminante en complément des données IRM dans la différenciation des séquelles post-radiques versus récidives tumorales.

Résumé

L'IRM constitue l'examen de référence actuel pour l'étude du plexus brachial. Une bonne connaissance de son anatomie et de ses variantes est indispensable. Les séquences T1 en incidence sagittale sont essentielles pour la détection lésionnelle. Les séquences 3D isotropiques en imagerie 3 Tesla offrent une excellente résolution spatiale et en contraste et permettent un gain de temps et de qualité, moyennant un ajustement adapté des paramètres techniques. L'injection de gadolinium est indispensable pour le bilan des plexopathies inflammatoires ou tumorales. En cas de doute diagnostique, l'apport de la TEP couplée au scanner peut s'avérer déterminante en complément des données IRM.

