

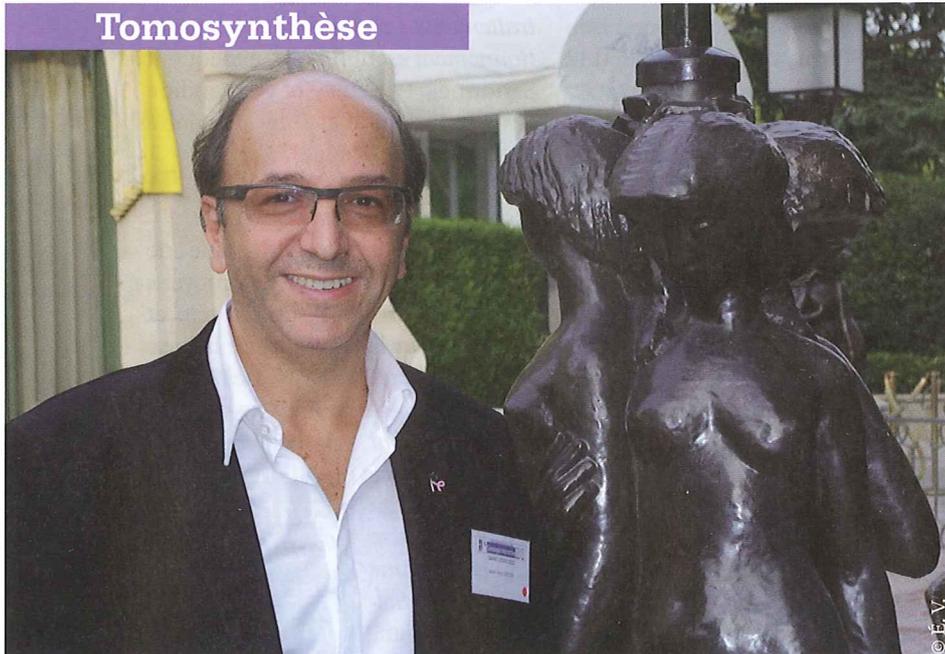
## En bref

**PARKINSON.** Le 8 octobre, le CHU de Grenoble a annoncé l'implantation d'électrodes de stimulation cérébrale profonde par guidage IRM en intra-opératoire chez deux patients atteints de la maladie de Parkinson. Le communiqué de presse indique que « *cette technique devra être comparée dans les prochains mois aux techniques déjà utilisées classiquement, et qui ont largement fait la preuve de leur efficacité, avant de pouvoir être appliquée en routine aux nombreux patients en attente de cette chirurgie* ».

**CANCER DE L'ŒSOPHAGE.** D'après une étude publiée dans *The Journal of Nuclear Medicine*, la TEP-TDM apporte des informations supplémentaires dans le cadre du pronostic du cancer de l'œsophage. L'étude a inclus 139 patients atteints d'un cancer œsophagien récemment diagnostiqué. Le bilan conventionnel a été complété par une TEP-TDM. Le recours à la TEP-TDM a modifié la stadification chez 40 % des patients, ainsi que la prise en charge thérapeutique (34 %). Dans la majorité des cas (84 %), le changement de stratégie thérapeutique en rapport avec les résultats de la TEP-TDM a été validé en termes de survie.

**ALCOOL ET AVC.** D'après une étude parue dans *Neurology*, la consommation excessive d'alcool est associée à la survenue d'AVC hémorragiques à partir de 60 ans. De novembre 2004 à mars 2009, 540 patients hospitalisés pour un AVC ont été suivis. Plusieurs paramètres ont été analysés, notamment des données d'imagerie médicale. La consommation excessive d'alcool a été définie comme une consommation régulière de plus de 300 g d'alcool par semaine. Parmi ces 140 patients, 137 avaient une telle consommation. D'après les chercheurs, ces AVC « *touchent préférentiellement le cerveau profond, c'est-à-dire les noyaux gris centraux, le thalamus et le tronc cérébral* ». ■

## Tomosynthèse



## « Un rapport bénéfique sur risque favorable »

*Les 15<sup>es</sup> journées de sénologie interactive des 20 et 21 septembre derniers ont consacré un atelier à l'imagerie. Jean-Yves Séror, radiologue au centre Duroc à Paris, a fait une présentation de cette technique.*

### Manip info / Dans quel cadre vous êtes-vous intéressé à la tomosynthèse ?

**Jean-Yves Séror /** Nous avons débuté une expérience en mai 2012 dans un centre où nous faisons environ 20 000 mammographies par an. Nous avons réalisé 2 000 tomosynthèses depuis le début de l'expérience. Cette technique nous intéressait depuis de nombreuses années, mais nous attendions qu'un plus grand nombre de résultats paraissent. Elle n'était pas très répandue en raison de ses problématiques de surradiation car cela représente l'équivalent d'un cliché en plus. Aujourd'hui, les publications de 2011 et 2012 montrent un rapport bénéfique/risque favorable.

### M. I. / Comment se déroule une séance ?

**J.-Y. S. /** La patiente est positionnée comme pour une mammographie 2D. Le tube passe de façon successive pour prendre une dizaine d'acquisitions, qui correspondent au total à un cliché en mammographie. Cela dure dix secondes.

Une reconstitution 3D est effectuée avec un ordinateur qui reconstruit des coupes fines d'un millimètre. Le tube se remet ensuite à la verticale et prend le cliché en 2D.

### M. I. / En quoi est-elle novatrice ?

**J.-Y. S. /** Cette technique permet une meilleure précision car la sensibilité est augmentée de 5 à 10 %. L'intérêt est de séparer les superpositions de tissu normal et de tissu pathologique. Cela permet de mieux voir les lésions et leur contour, de mieux les compter, les analyser et les classer. À l'inverse, cela permet aussi d'éliminer les images qui n'existent pas. Grâce à la 3D, on se rend compte que c'est une image construite ou une image normale alors qu'elle était douteuse. Cela permet une diminution du nombre de surveillances et de biopsies. Actuellement utilisée dans le cadre du diagnostic, la tomosynthèse aura à l'avenir un intérêt pour le dépistage. ■

**Propos recueillis par Élisabeth Vazquez**