

Histoire de Tassements ...



Écrit par Dr Michèle Wessely, DC, DABCR

RAPORT RADIOLOGIQUE :

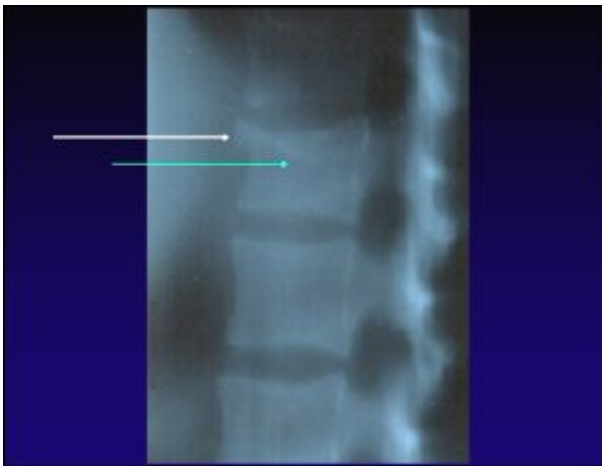


Fig 1a

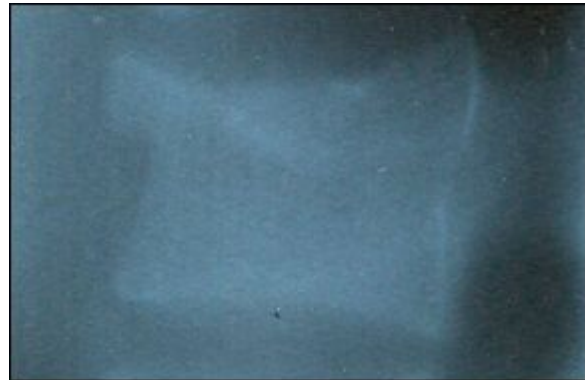


Fig 1b

Sur les figures 1A et 1B, une tomographie conventionnelle de la région thoraco-lombaire, laisse apparaître une région à densité osseuse élevée juste en dessous du plateau supérieur de L1 (flèche turquoise). On note également, un effondrement osseux antérieur de la partie antérieure du plateau supérieur de L1 (flèche blanche).

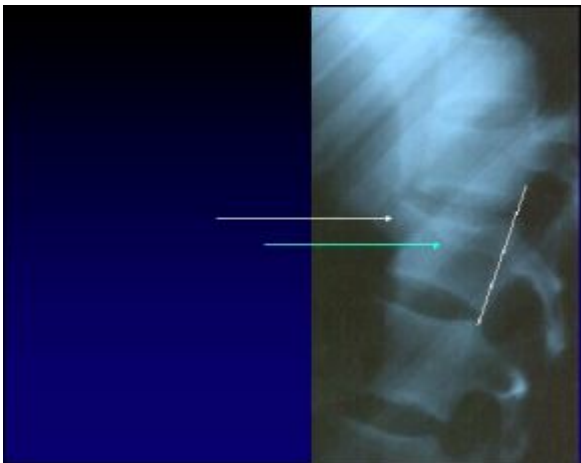


Fig 2a

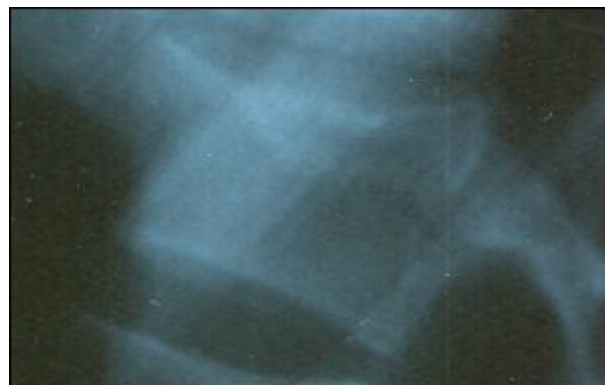


Fig 2b

Sur les figures 2A et 2B, une tomographie conventionnelle de la région thoraco-lombaire démontre une diminution locale de la hauteur antérieure du corps vertébral de L1. Cependant sur ce cas, il y a une interruption de la ligne de George, avec un extension postérieure des limites du corp de L1 (ligne blanche). Une région de condensation osseuse est présente au niveau de la partie sous-chondrale du corps vertébral, une zone de condensation, ou une zone sclérotique (flèche turquoise). Un effondrement (step defect) de la partie antéro-supérieure du plateau vertébral est indiqué par la flèche blanche.

DIAGNOSTIC :

La figure 1 représente une tomographie d'une simple fracture par tassement (Compression fracture). Cependant des vues supplémentaires auraient été nécessaires pour évaluer complètement les limites de cette fracture.

La figure 2 , représente une fracture d'éclat (Burst fracture) qui s'est étendue et concerne une partie du canal rachidien. Dans les 2 cas, un Scanner thoracique aurait été nécessaires pour établir la nature complète de ces blessures, en apportant une attention particulière à l'intégrité du canal rachidien.

DISCUSSION :

Les fractures de la colonne thoraco-lombaire, sont des blessures que nous rencontrons fréquemment. Les fractures par tassement affectent 8.4% des hommes et 26.7% des femmes après 85 ans (1). La fracture par tassement constitue la fracture la plus commune, représentant 66 % des fractures de cette région (2). Les fractures par tassement de la région thoraco-lombaire sont classiquement la résultante d'une mise en charge axiale. La colonne thoracique supérieure est une zone très inhabituelle pour ce genre de fracture, et doit toujours faire évoquer la possibilité d'un processus pathologique sous jacent, en l'absence d'un historique traumatique.

Les fractures par tassement de la colonne vertébrale peuvent avoir une expression symptomatologique. La présentation la plus classique d'un tassement aigu est celle d'une femme post-ménoposée (ou chez l'homme plus vieux) qui présente une douleur d'apparition soudaine s'accompagnant d'une déformation de la colonne thoracique. Cependant ces fractures sont complètement asymptomatiques dans les 2/3 des cas.

Les signes d'une fracture par tassement récent regroupent une zone de condensation, un effondrement, et un oedème dans les tissus mous. D'autre part, il n'est pas rare de constater la présence d'autres fractures passées. La zone de condensation correspond à une zone de télescopage des lignes de forces (Trabeculae) résultant d'une blessure par compression axiale (flèches turquoises), c'est un signe de tassement récent. L'effondrement (step defect) est également un signe de tassement récent et est dû au glissement antérieur du plateau vertébral au cours du tassement. Un oedème paraspinal dans les tissus mous, peut être présent dans le cadre d'un tassement récent, et ne peut être vu que dans la région thoracique, du fait de l'atténuation de cet oedème autour du parenchyme pulmonaire. Dans une fracture par tassement cicatrisée une déformation résiduelle du corps vertébral peut être apparante, ainsi qu'une pathologie dégénérative discale précoce au niveau du segment concerné.

Le mur vertébral postérieur est une zone capitale à étudier chez un patient présentant une fracture par tassement (Compression fracture). L'alignement de ce mur postérieur doit être comparé avec les niveaux supérieurs et inférieurs, en tracant une ligne de George. La ligne doit être souple et non interrompue. Si cette ligne normalement continue est interrompue au niveau de la fracture par tassement, la probabilité de la présence d'une fracture par éclat (Burst fracture) avec extension postérieure est augmentée, et un Scanner est nécessaire pour s'assurer de l'intégrité du canal rachidien.

La hauteur du mur vertébral postérieur doit également être évaluée en comparaison des niveaux inférieurs et postérieurs. La hauteur du mur postérieur doit être égale à 2mm près à celle des murs du niveau inférieur et du niveau supérieur. En cas de diminution évidente de cette hauteur, il doit être évoqué la possibilité d'une fracture pathologique. Les étiologies de fractures pathologiques regroupent notamment les métastases ostéolytiques, et les myélomes multiples.

CONCLUSION en pratique clinique :

Il est indispensable de différencier une simple fracture par tassement, d'une fracture plus complexe d'éclat. L'évaluation de la position du mur postérieur permet d'aider à cette différenciation.

L'évaluation de la hauteur des murs postérieur est également indispensable. Si une diminution de cette hauteur est évidente, ainsi qu'une réduction de la hauteur antérieure, la présence d'un processus pathologique doit être évoquée, notamment la présence de métastases ostéolytiques.

REFERENCES

1) *The risk and burden of vertebral fractures in Sweden.*
Kanis JA, Johnell O, Oden A, Borgstrom F, Zethraeus N, De Laet C, Jonsson B.
Osteoporos Int. 2003 Oct 31

2) *European Spine Journal.* 1994;3(4):184-201. *A comprehensive classification of thoracic and lumbar injuries.*
Magerl F, Aebi M, Gertzbein SD, Harms J, Nazarian S.