

IMAGERIE DES TUMEURS OSSEUSES MALIGNES PRIMITIVES DU RACHIS

O.Taiaa*, R.Latib, I.Chami, N.Boujida., Service de Radiologie, Institut National d'Oncologie, Rabat, Maroc

INTRODUCTION:

Les tumeurs malignes primitives du rachis sont beaucoup plus rares que les métastases et regroupent de nombreuses tumeurs qui diffèrent par leur type anatomopathologique, leurs difficultés thérapeutiques et leurs pronostics. L'IRM est l'examen clé pour le bilan d'extension locale médullaire et aux structures adjacentes. Le scanner permet une meilleure analyse osseuse.

MATERIELS ET METHODES

Etude rétrospective portant sur 8 cas recensés au Service de Radiologie de l'institut national d'oncologie de Rabat sur une période de 3 mois, explorés par une TDM multibarrettes en acquisition hélicoïdale dans 6 cas, et par une IRM 1,5 Tesla en séquences pondérées en T1, T2, STIR, et après injection de gadolinium dans 4 cas.

RESULTATS

L'âge : nos patients variaient entre 20 ans et 75 ans.

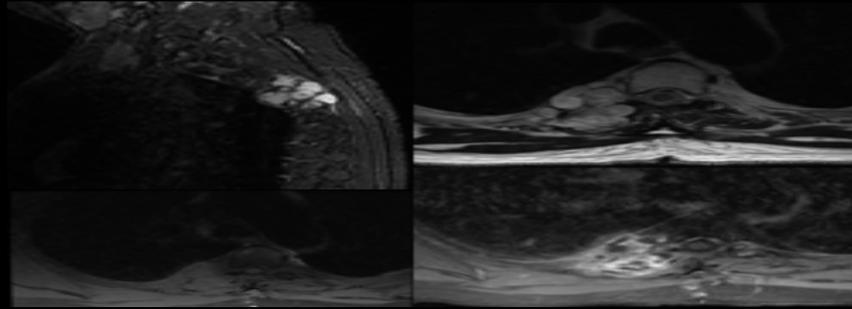
Symptômes : Le tableau clinique était variable avec prédominance du syndrome de compression médullaire.

Types histologiques

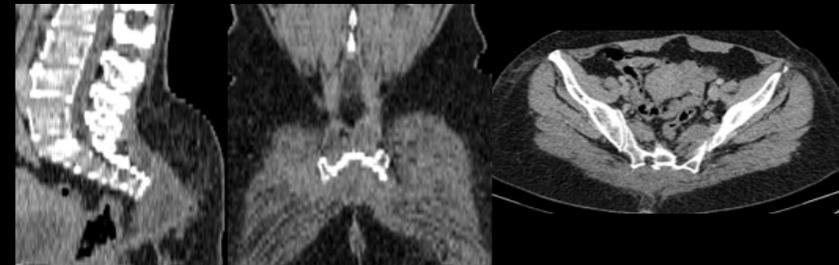
Les étiologies étaient dominées par : le chondrosarcome (2 cas), lymphome primitif (2 cas), chordome (2 cas), ostéosarcome (2 cas).

Site de départ:

Site de départ	Rachis cervical	Rachis dorsal	Rachis lombaire	Rachis sacro-coccygien
Nombre de cas	2	1	2	3



Homme de 46 ans, tuméfaction dorsale. IRM médullaire Processus costo transverse D3 droit tissulaire polylobé, en hypersignal T2, rehaussé de façon hétérogène sans extension endocanalaire, ni effet de masse sur le cordon médullaire. chondrosarcome dorsal.



Femme de 54 ans, douleurs invalidantes. TDM L-S: processus tissulaire ostéolytique sacrococcygien, rehaussé de façon hétérogène par le PC avec extension aux parties molles pré sacrées. chordome.



Homme de 62 ans, douleur lombosacrée DM lombosacrée: lésions ostéolytiques et condensantes des corps vertébraux de S1 et S2 sans extension aux parties molles. lymphome non hodgkinien.

DISCUSSION

Les tumeurs rachidiennes et intrarachidiennes sont susceptibles de causer une morbidité neurologique importante. Leur approche diagnostique est statistique. L'âge est un élément d'orientation : avant 5 ans une tumeur maligne est souvent une métastase de neuroblastome, entre 5 et 20 ans, un ostéosarcome ou un sarcome d'Ewing, après 40 ans, un chondrosarcome ou un chordome. Les symptômes cliniques sont peu spécifiques. Une compression médullaire peut être révélatrice. L'IRM permet d'étudier l'extension médullaire, les rapports de la tumeur avec le cordon médullaire, recherche les "skip" métastases, étudie l'extension en hauteur à travers ou en contournant le disque et les rapports avec les vaisseaux, la peau et le tissu sous cutané. Le scanner caractérise mieux la matrice tumorale, donne la localisation exacte de la tumeur et apprécie l'extension et les modifications osseuses.

Scintigraphie osseuse : sensible mais non spécifique.

Myélographie opaque: en cas de contre indication à l'IRM.

CONCLUSION

Les tumeurs osseuses rachidiennes sont dominées par l'origine métastatique. L'origine primitive est rare. L'IRM reste l'examen clé pour l'évaluation de l'extension tumorale à la moelle osseuse rachidienne, aux structures intracanales et aux organes de voisinage. Le scanner permet une meilleure analyse osseuse, fait le bilan d'extension et guide les biopsies.

REFERENCES

- 1-S.Mdiabira, M.Riffaud, tumeurs rachidiennes et intrarachidiennes. neurologie. 17-175-A10
- 2-Cook, AM, Lau TN MRI of the whole spine in suspected malignant spinal cord compression: impact on management. Clin. oncol. 1998, 10:39-43.
- 3-A.A.K. Abdel Razek, M. Castillob. Aspects en imagerie des tumeurs osseuses primitives et des pseudotumeurs du rachis. Journal of Neuroradiology Volume 37, Issue 1, March 2010, Pages 37-50