

# Tassement vertébral bénin versus malin

Apport de l'imagerie

**B. Radouane**

*Service d'Imagerie Médicale HMI Med V – Rabat*

# Introduction

- ❑ Le TV non traumatique représente un motif assez fréquent d'examen radiologique.
- ❑ Il est parfois difficile de différencier un tassement bénin : ostéoporotique, d'un tassement malin métastatique ou myélomateux.
- ❑ Le plus souvent:
  - antécédents du patient,
  - l'examen clinique,
  - bilan biologique et
  - RX standard suffisent au diagnostic.
- ❑ Dans certains cas, le recours à d'autres investigations, telles que la TDM ou l'IRM s'avère nécessaire.

## Radiographies standard

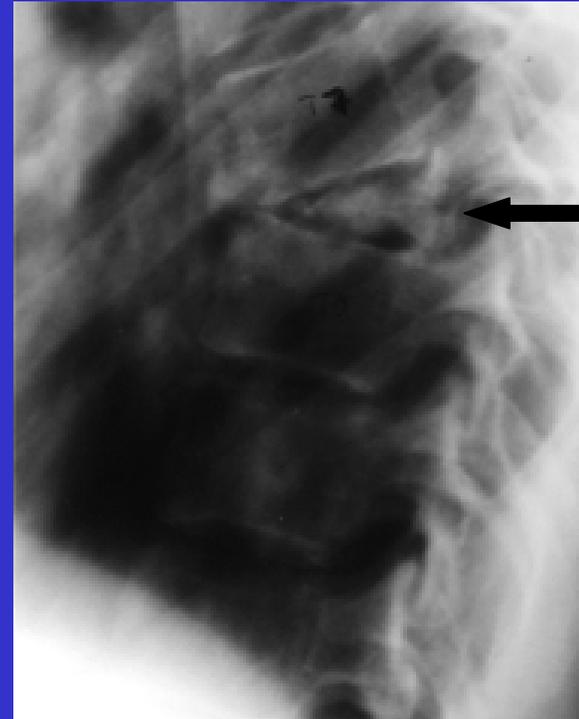
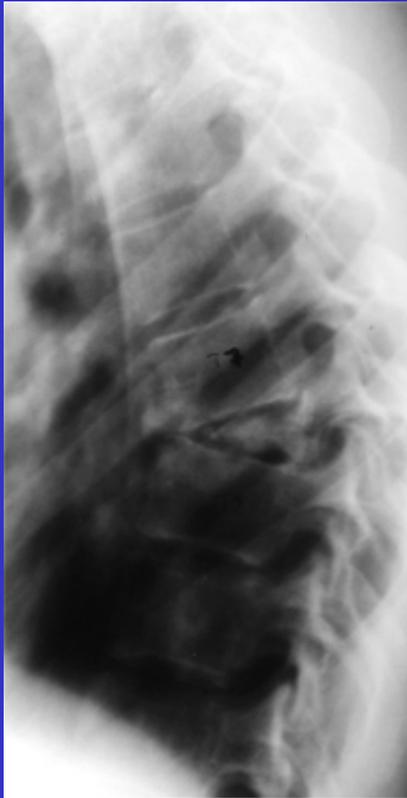
### *En faveur de tassements bénins ostéoporotiques*

- ❑ Sièges: lombaire et dorsolombaire.
- ❑ Multiplicité des lésions.
- ❑ Atteinte : centrale et symétrique
- ❑ Respect des corticales : jamais effacées.
- ❑ Conservation du mur postérieur
- ❑ Spongieux corporel d'aspect normal, en dehors des zones fracturées.
- ❑ Clarté gazeuse au sein du CV.
- ❑ Absence de fuseau paravertébral.



*En faveur de tassements malins :*

- ❑ Souvent uniques, sur n'importe quel segment du rachis.
- ❑ Latéralisé sur le cliché de face.
- ❑ Effacement des corticales osseuses
- ❑ Ostéolyse du spongieux à distance du foyer de fracture
- ❑ Image de fuseau paravertébral.

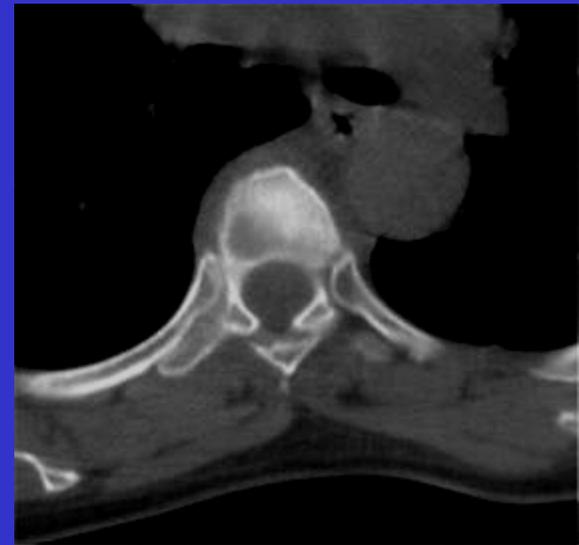
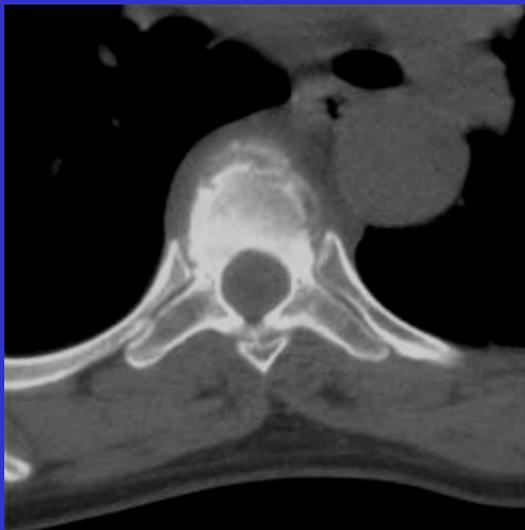


# Scanner

- ❑ Intérêt dans le diagnostic étiologique.
- ❑ mêmes signes que RX standard avec une analyse plus fine.

## *En faveur de tassement bénin*

- ❑ Corticales fracturées mais non effacées.
- ❑ Recul d'un coin vertébral.
- ❑ Ligne de fracture intraspongieuse oblique ou circulaire.
- ❑ Epaissement des PM paravertébrales < 8mm



## *En faveur de tassement malin*

- ❑ Ostéolyse d'au moins une corticale.
- ❑ Effacement de la corticale.
- ❑ Extension de l'ostéolyse vers l'arc postérieur: les pédicules ++
- ❑ Extension fréquente vers les PM paravertébrales et le canal vertébral.

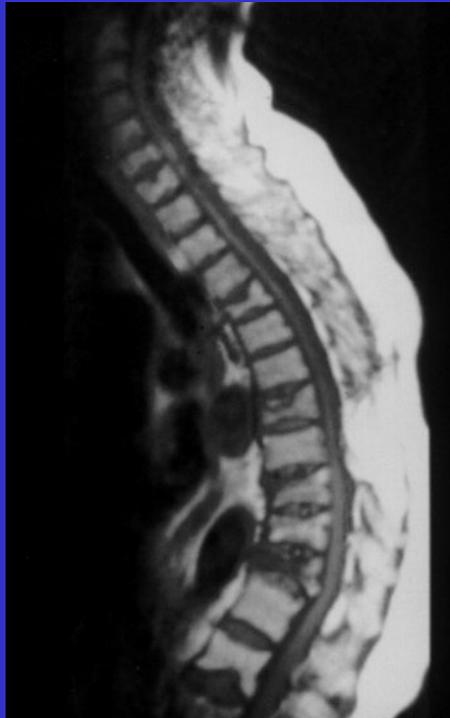


# IRM

- ❑ Explore la totalité du rachis,
- ❑ Montre la morphologie du tassement vertébral
- ❑ Étudie le signal de la vertèbre tassée.
- ❑ Retentissement intra-canalair ++

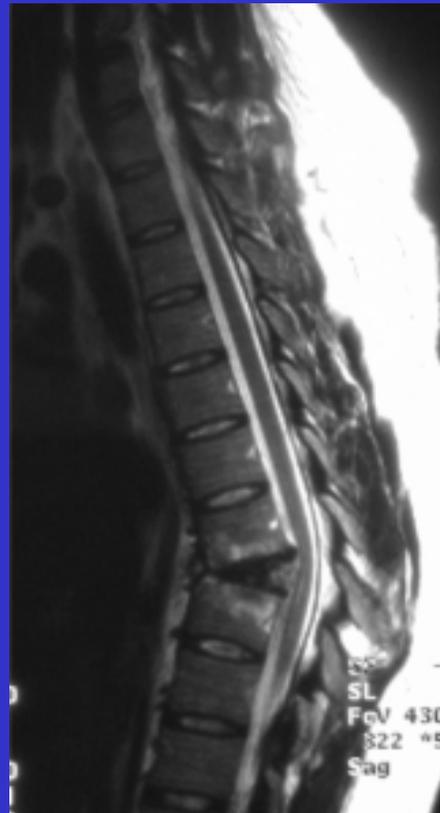
## *En faveur de tassement bénin :*

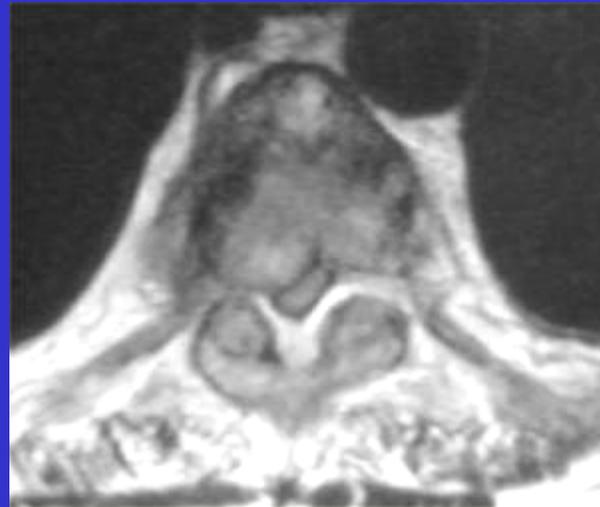
- ❑ Recul d'un angle postérieur dans le canal rachidien
- ❑ Tassement supérieur à 3 mois : iso-signal T1 voire hypersignal localisé en regard de la fracture
- ❑ Prise de contraste diffuse et homogène avec « normalisation » du signal.
- ❑ Iso ou hypersignal T2 linéaire sous le plateau fracturé.



## *En faveur de tassement malin :*

- ❑ Bombement du mur postérieur
- ❑ Extension à l'arc postérieur et intracanalair.
- ❑ Hyposignal T1 diffus, s'étendant aux pédicules
- ❑ Prise de contraste hétérogène
- ❑ Hypersignal diffus et hétérogène en T2.





Coupes sagittale et axiale en T2:  
tassements vertébraux multiples  
anomalies de signal  
extension endocanalaire.

# Conclusion

## A la fin de cette enquête étiologique,

- ❑ Quand une origine tumorale paraît probable
- ❑ Pas de certitude diagnostique  
=> *biopsie dirigée*
  
- ❑ Tassement ostéoporotique vraisemblable, mais pas certain  
=> *l'IRM peut être répétée après un ou deux mois.*

## Ne seront plus biopsiés que :

- ❑ les tassements malins
  
- ❑ les tassements ostéoporotiques d'aspect pseudomalin
  
- ❑ les tassements s'accompagnant d'une anomalie durable du signal magnétique.