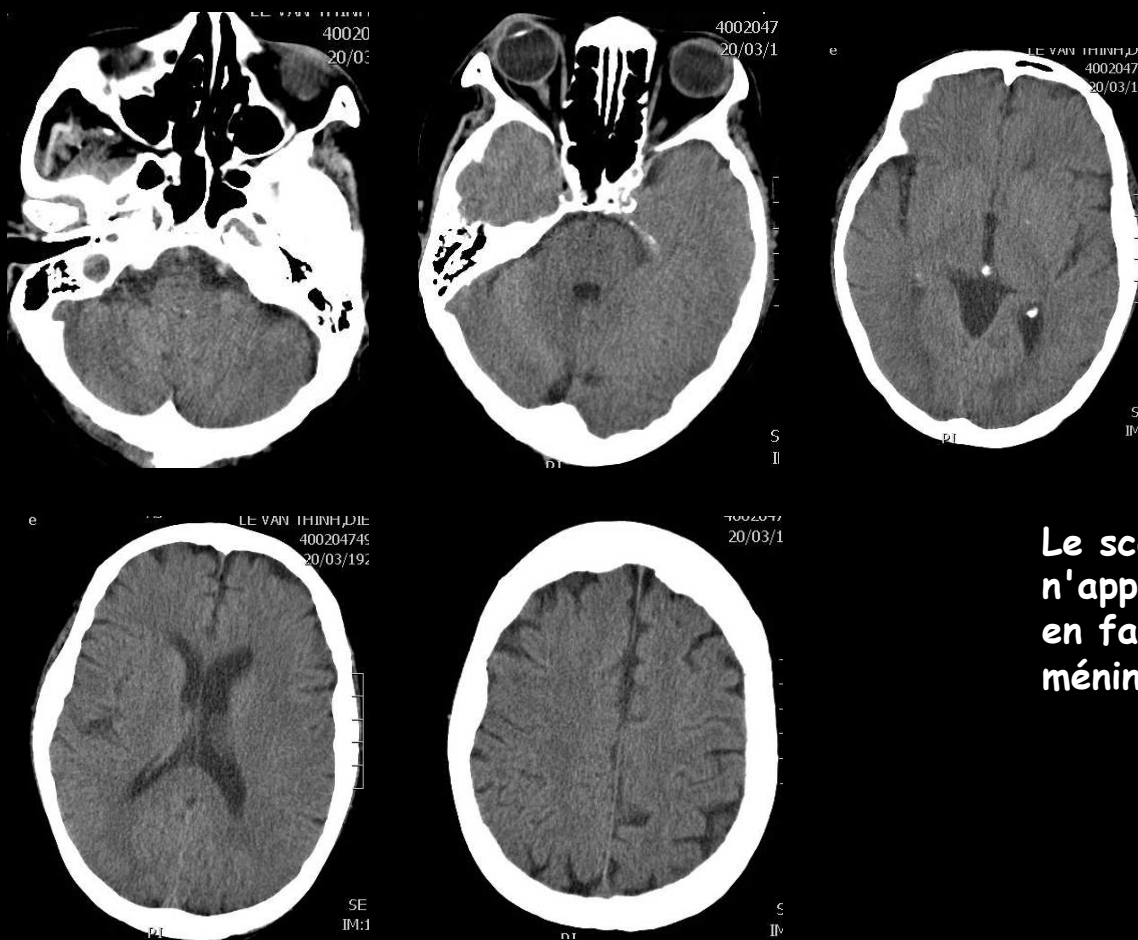
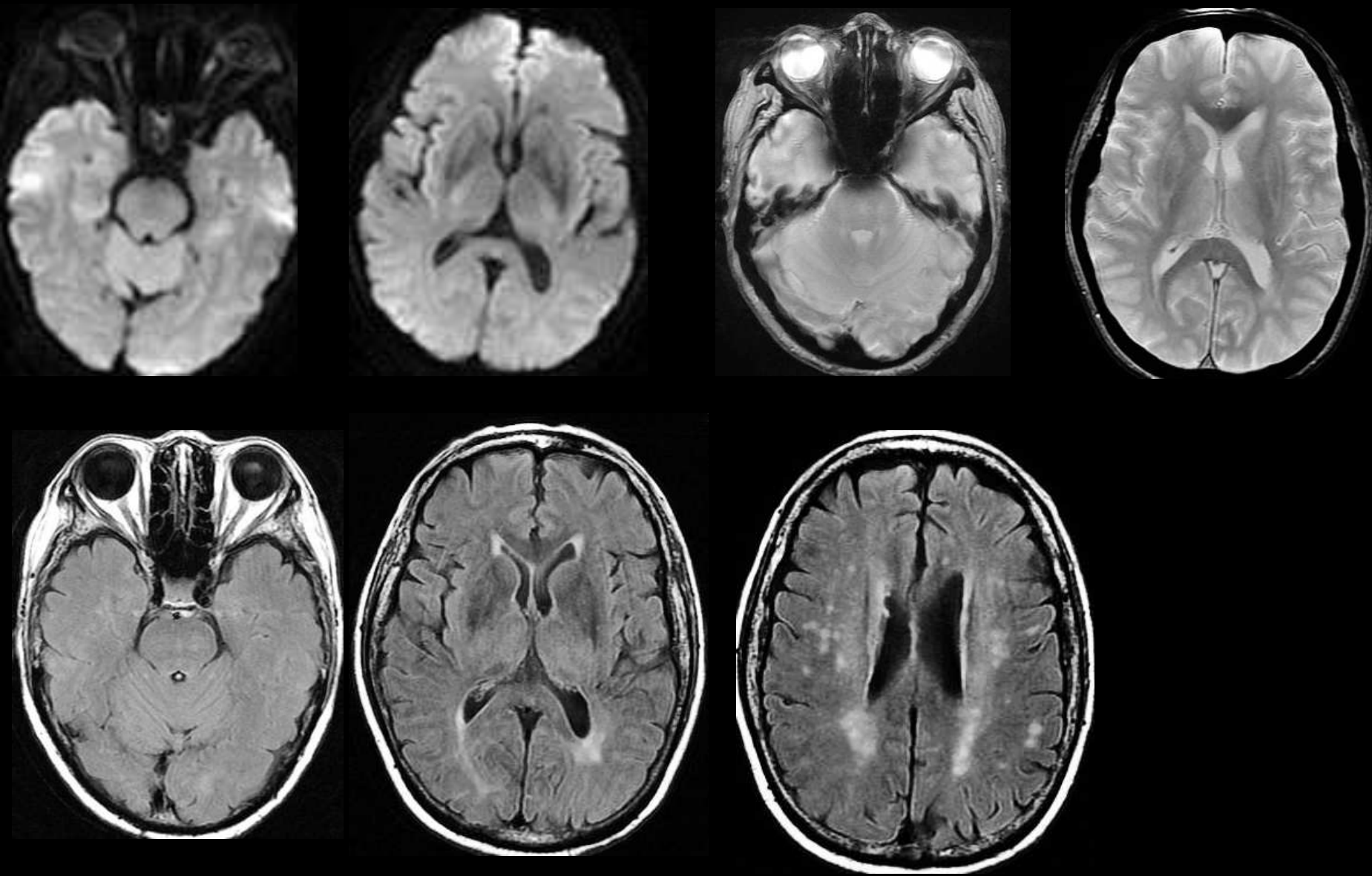


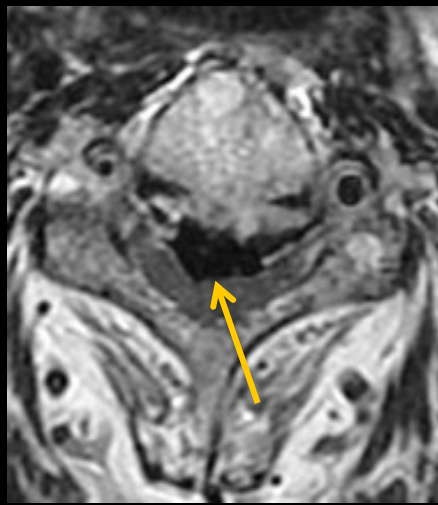
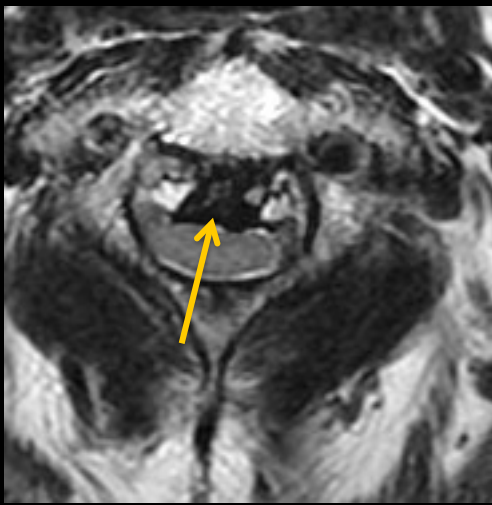
Homme de 68 ans, origine asiatique. ATCD de cirrhose avec thrombose porte.
Tableau de tétraparésie et raideur méningée irréductible.
suspicion clinique : hémorragie méningée? accident vasculaire du tronc cérébral ?



Le scanner encéphalique
n'apporte pas d'argument
en faveur d'une hémorragie
méningée



L'IRM encéphalique ne montre que des signes de leucoaraïose

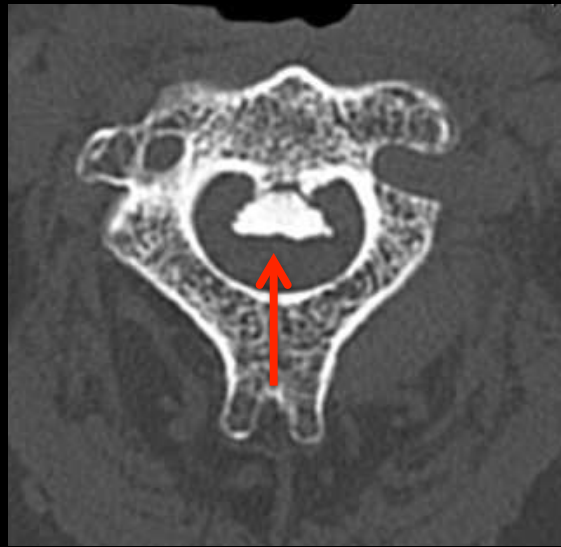


L'IRM cervicale en coupes axiales met en évidence des anomalies significatives, dans ce contexte clinique de tétraparésie . Quelles sont-elles



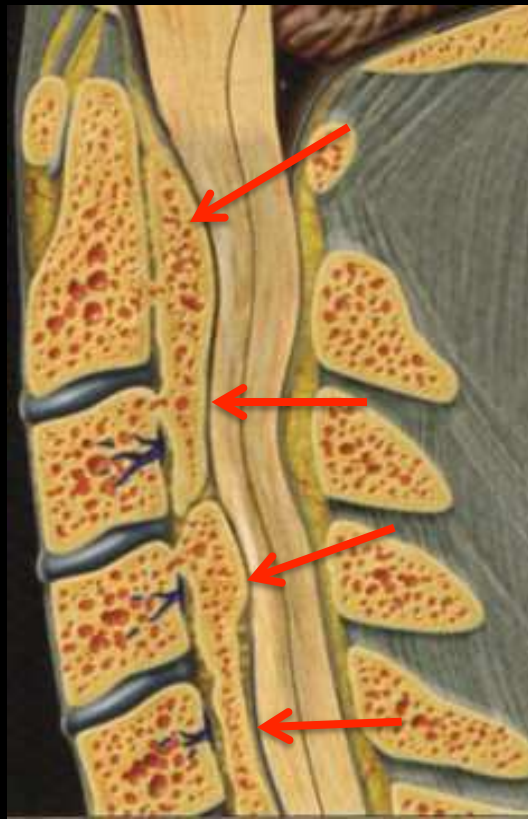
-Bien sûr, chacun a observé sur les coupes axiales, des masses en forme de champignon, à la face postérieure des corps vertébraux cervicaux , sans signal ni en pondération T1 ni en pondération T2 et qui se comportent donc de façon strictement identique aux corticales osseuses.

-sur les coupes sagittales , les espaces sous arachnoïdiens antérieurs ont pratiquement disparu ; la moelle épinière est le siège de discrètes hétérogénéités du signal.



-le scanner, comme d'habitude en matière de pathologie osseuse, va montrer en un coup d'œil et de façon claire ce qui n'apparaissait que très indirectement sur l'IRM.

Il existe bien une structure de densité analogue à celle des corticales osseuses, développée le long de la face postérieure et corps vertébraux, dans le canal rachidien.



Il s'agit d'une **ossification du ligament vertébral commun postérieur** familièrement dénommée **maladie des japonais** et décrite dans la littérature de langue anglaise sous l'acronyme **OPLL** **ossification of posterior longitudinal ligament**

Maladie des japonais

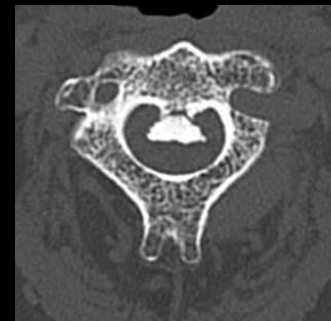
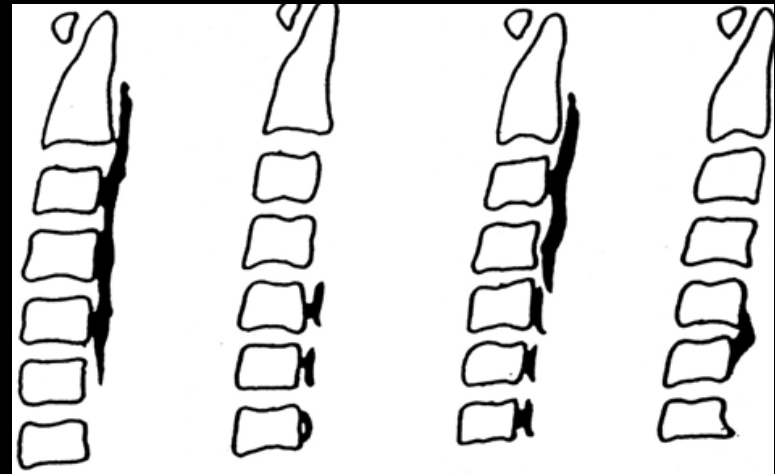
Ossification du ligament vertébral commun postérieur

Ossifications multi-étagées, à la face postérieure des corps vertébraux cervicaux, avec peu d'atteintes dégénératives discales et des articulations zygapophysaires

La localisation préférentielle est l'étage cervical moyen (C3 à C5) tandis que l'atteinte thoracique moyenne (T4 à T7) est nettement plus rare

L'épaissement moyen de l'ossification est de 2,5 mm, et est à l'origine d'un rétrécissement antéro-postérieur du canal médullaire.

En scanner l'aspect caractéristique **en T renversé** ou **en nœud papillon** est observé sur les images axiales



La maladie est plus fréquente chez les japonais que dans les autres populations asiatiques et chez les caucasiens (3% vs 0,3%). Une forme précoce dite "OPLL en évolution" a été décrite récemment ; elle comporte des calcifications ponctuelles plutôt qu'une ossification en masse du ligament vertébral commun antérieur et serait observée avec une fréquence identique dans les populations asiatiques et caucasiennes, mais elle est difficile à distinguer de lésions dégénératives banales

Les patients porteurs de la maladie ont une densité osseuse plus élevée que les patients-contrôles de même âge. Il y a donc une prédisposition possible pour un excès d'ossification

Des anomalies associées ont été décrites en particulier l'hyperostose vertébrale engainante de Forestier et Rotes-Querol ou DISH (diffuse idiopathic skeletal hyperostosis) ; ossifications des enthèses, des tendons et des ligaments.

Histologiquement, l'ossification du ligament vertébral commun postérieur est constituée d'os cortical et spongieux avec remaniements haversiens normaux.



2 H / 1 F ; rare avant 30 ans, généralement observée **après 50 ans**

-découverte fortuite par l'imagerie dans les formes asymptomatiques le plus souvent

-révélée par une **myélopathie** symptomatique si le diamètre antéro-postérieur du canal médullaire est inférieur à 6 millimètres et se traduisant alors par une quadriparésie spastique ou une paraparésie . Un traumatisme mineur peut exacerber ou révéler la myélopathie

Le traitement chirurgical des formes symptomatiques ou chez les patients porteurs d'une sténose de haut grade est une **décompression** par voie postérieure (laminectomie ou laminoplastie) ou par voie antérieure (corporectomie)



Messages à retenir

La maladie des Japonais ossification du ligament vertébral commun postérieur est généralement une découverte d'imagerie chez des malades asymptomatiques.

Le retentissement médullaire peut se traduire par une paraparésie spastique lentement évolutive, parfois révélée par un traumatisme minime.

Le diagnostic ne pose pas de problème sur les coupes scanographiques axiales montrant les aspects caractéristiques en T renversé ou en nœud papillon des ossifications rétro somatiques ; les images peuvent être moins faciles à diagnostiquer sur les clichés standards voire sur l'IRM, qui a par contre l'intérêt de mettre en évidence des signes de souffrance médullaire.

Dans les pathologies du tissu osseux, le scanner, grâce à la résolution spatiale de ses images, est souvent plus facile à lire et plus précis que l'IRM.

