

pacienți (3 maturi și 1 copil) s-a efectuat TC în alte instituții medicale ale Republicii Moldova.

**Rezultate.** După criteriul de acumulare preponderentă a LCR au fost depistate la copii: hidrocefalie internă – 53.3% (8) cazuri, hidrocefalie externă – 20% (3) cazuri, hidrocefalie mixtă – 6.7% (1) cazuri, dereglare ușoară a licvorodinamicii – 20% (3) cazuri. În 60% (9) cazuri au fost depistate alte patologii concomitente: formațiuni de volum – 13.33% (2); anomalii de dezvoltare – 20% (3): hipogenezia emisferei cerebrale stângi – 6.66% (1), sindromul Arnold-Chiari – 6.66% (1) și sindromul Dandy-Walker – 6.66% (1); seringomieli – 6.66% (1); schimbări hipoxice în perioada pre- și postnatală 6.66% (1); 13.33% (2) copii născuți prematur: 6.66% (1) cu hematomepidural și 6.66% (1) postintervenție chirurgicală pentru șuntare (șunt afuncțional).

La maturi au fost depistate: hidrocefalie internă – 39.2% (9) cazuri, hidrocefalie externă – 8.7% (2), hidrocefalie mixtă – 4.3% (1) cazuri, dereglare ușoară a licvorodinamicii – 47.8% (11) cazuri; patologii concomitente au fost depistate în 26% (6) cazuri, dintre care: formațiuni de volum – 17.4% (4), chist intracerebral postischemic – 4.3% (1), hidrocefalie posttraumatică – 4.3% (1).

Rezultatele IRM au avut o corelație directă cu examenarea USG și cu examinarea prin TC (cazurile asociate cu formațiuni de volum).

**Concluzie.** Examenul USG la copii poate fi folosit ca o metodă de screening pentru selectarea pacienților la TC sau IRM, fiind preferabilă utilizarea IRM. Metoda IRM are o sensibilitate net superioară altor metode de diagnostic în depistarea și evaluarea dinamică, atât a patologiei date, cât și a altor patologii concomitente, inclusiv a celor congenitale la copii și maturi.

## IMAGERIE DES TRAUMATISMES DU RACHIS

*Pierre-Alexandre POLETTI,*  
Hôpitaux Universitaires de Genève

Les lésions du rachis cervical représentent plus de la moitié de toutes les admissions en traumatologie vertébrale dans un centre d'urgence.

Chez un patient qui a subi un traumatisme cervical mineur, il est important d'effectuer un examen clinique soigneux avant de demander une imagerie. Les patients qui répondent aux cinq critères NEXUS ne nécessitent pas d'imagerie.

Les 3 vues classiques en radiologie standard (face, profil, transbuccale) sont souvent les premiers

examens effectués chez un patient qui ne répond pas à tous les critères NEXUS.

Avec une sensibilité de 60 à 80%, une radiographie cervicale normale n'est pas suffisante pour écarter absolument une fracture cervicale.

La radiographie conventionnelle est généralement effectuée dans une position verticale et donne des informations utiles sur la statique, informations qui ne peuvent pas être obtenues par un scanner qui est réalisé en position couchée. La radiographie conventionnelle peut donc être utilisée comme un complément au CT. Les signes radiologiques standards seront abordés dans la présentation.

Une IRM est réalisée comme un complément au CT en cas de déficit neurologique. Les fractures vertébrales thoraciques sont moins fréquentes que les fractures lombaires, et sont généralement associées à un traumatisme à haute énergie. La radiographie d'admission montre souvent des signes typiques d'hémomédiastin, également évocateurs d'une rupture aortique.

De nombreuses classifications ont été proposées pour caractériser les fractures thoraco-lombaires, pour évaluer la stabilité et déterminer le traitement le plus approprié. Un des plus célèbres est la classification Denis, qui a divisé la colonne vertébrale TL en trois colonnes. Dans ce système, une fracture est instable lorsque la colonne médiane est rompue. Aujourd'hui, les nouvelles classifications (AO-Magerl, TLICS) ne considèrent que deux colonnes. La stabilité est principalement déterminée par l'intégrité de la colonne postérieure (éléments en arrière du corps vertébral). Nous verrons des exemples de fractures et de stabilité.

Lorsque la paroi postérieure du corps vertébral n'est pas atteinte, aucun traitement spécifique n'est généralement nécessaire, sauf dans certains cas rares («split fracture»). Lorsque la paroi postérieure du corps vertébral est atteinte, sans fracture de la colonne postérieure, le fragment en saillie dans le canal rachidien peut être le plus souvent réduit par traction sur le ligament longitudinal postérieur (ligamentotaxis postérieure). Lorsque la fracture implique la colonne postérieure, elle est instable et nécessite une intervention chirurgicale. Quand il n'y a pas de rotation des fragments, cette lésion est dite de type B (classification AO). La fracture de Chance appartient à cette catégorie. Cette fracture est instable, mais la plupart des patients n'ont pas de déficit neurologique au moment de l'admission. Les fractures de Chance sont généralement subtiles et peuvent facilement être manquées sur les images axiales. Il est important d'effectuer des reconstructions MPR. L'atteinte de la colonne postérieure, associée à une rotation des fragments est considérée comme fracture de type C (classification AO).