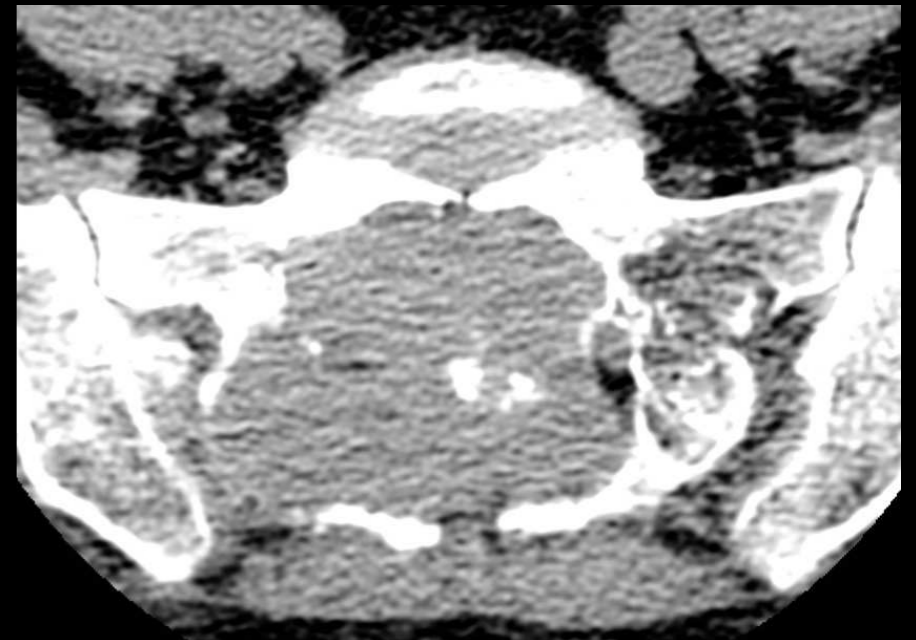
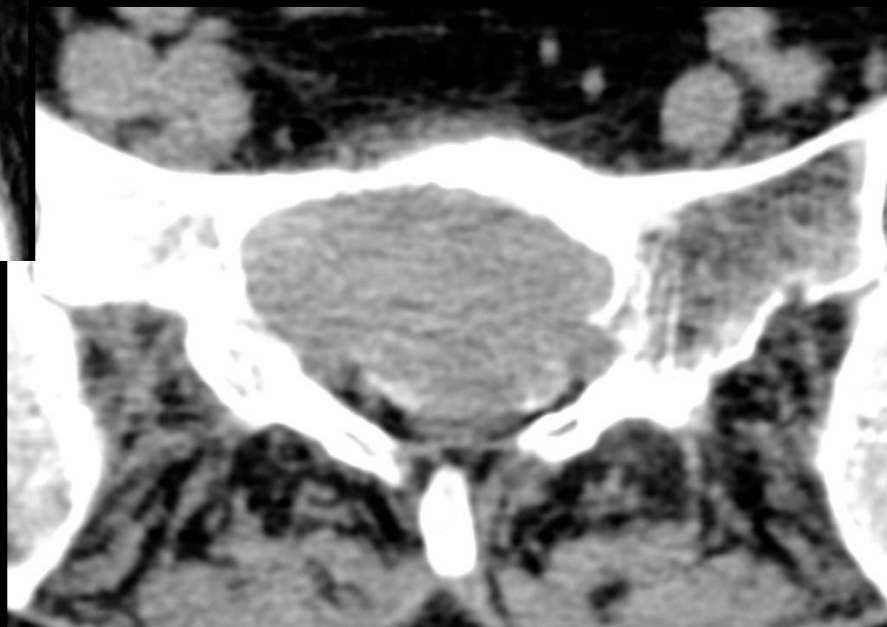
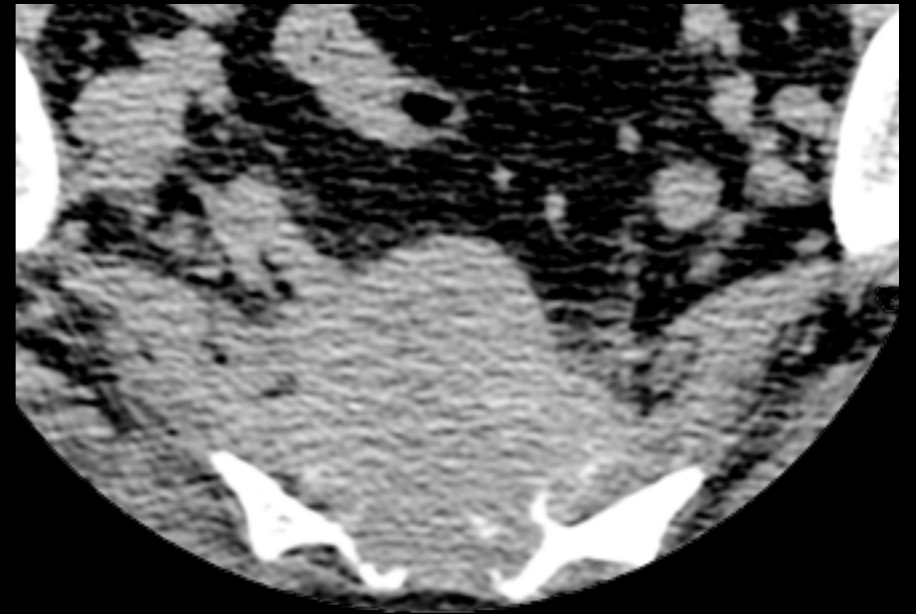
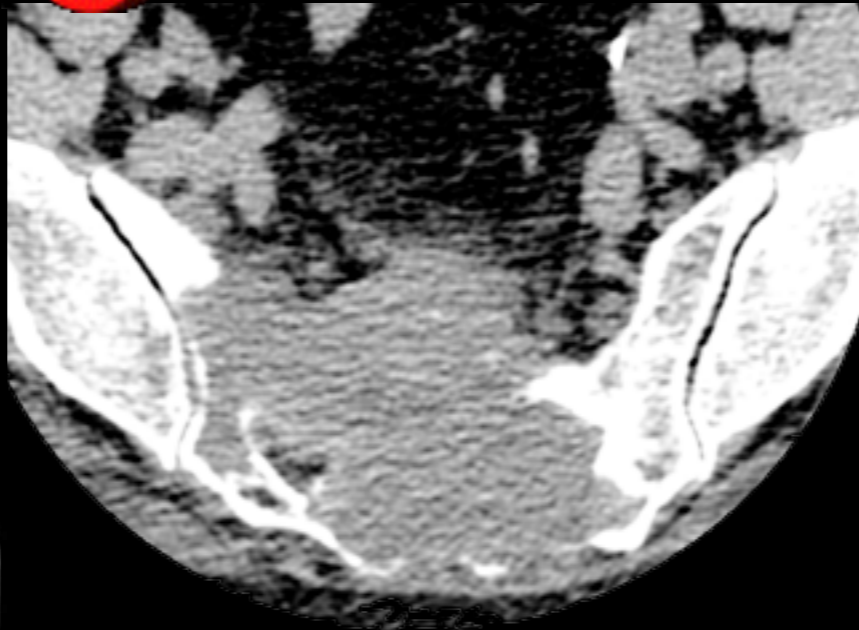
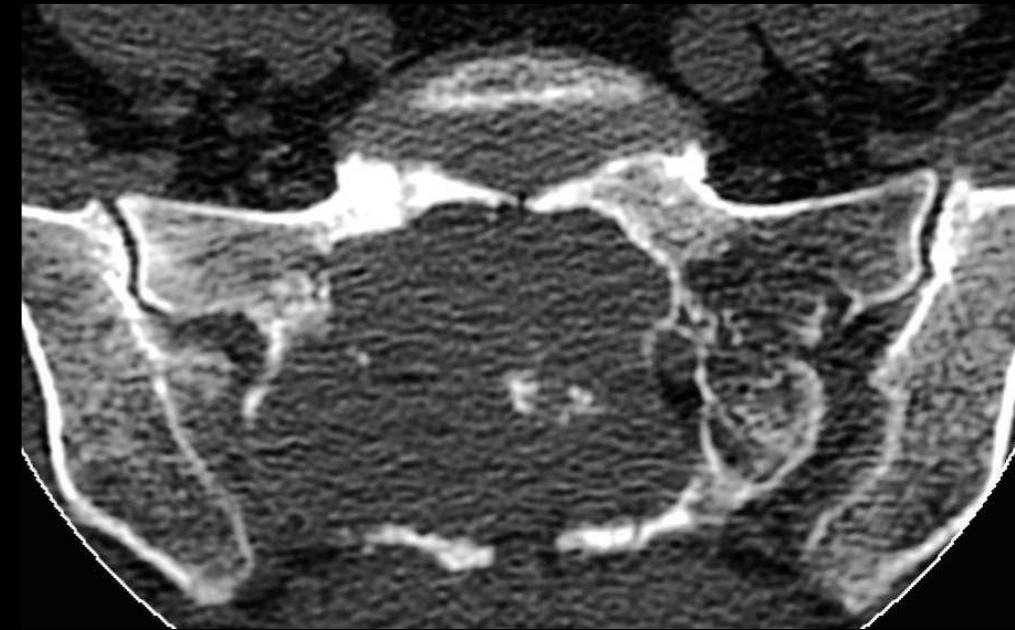
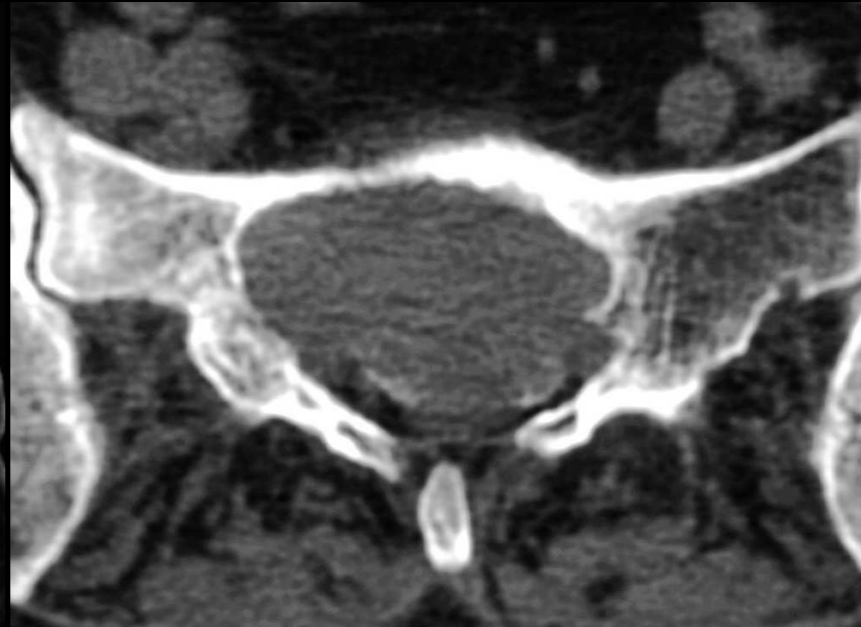


Femme , 45 ans Lombalgies bilatérales chroniques Dysurie progressive  
état général conservé, pas de syndrome inflammatoire clinico-biologique Bilan radiologique initial  
"normal",

Quels sont les éléments sémiologiques significatifs et les hypothèses diagnostiques logiques à  
formuler , dans ce contexte





-devant une lésion ostéolytique à contours géographiques cernés (type I B de Lodwick) unique à 45 ans , les 2 premiers diagnostics à envisager sont ( dans cet ordre !!) :

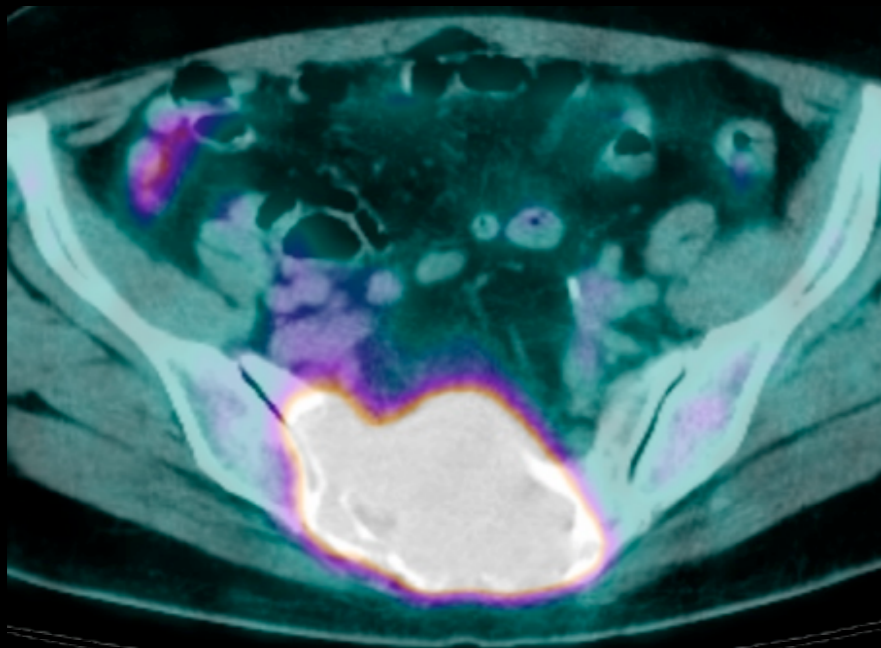
- .le plasmocytome solitaire
- .une métastase ostéolytique

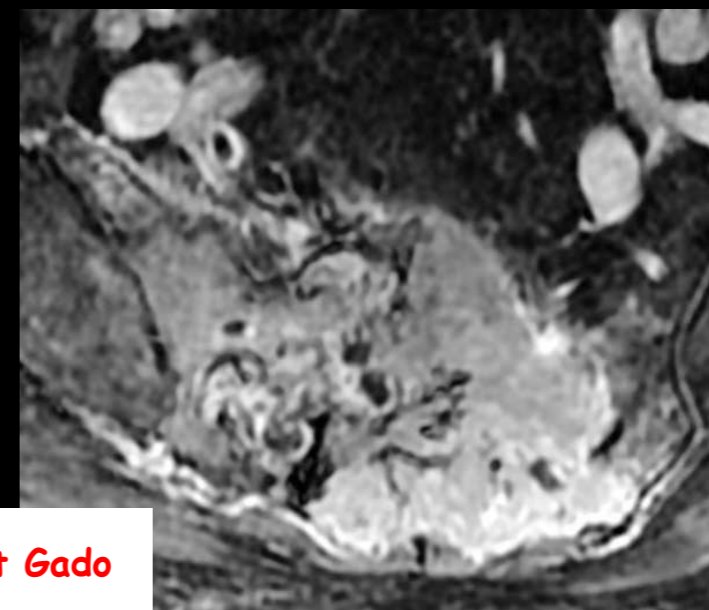
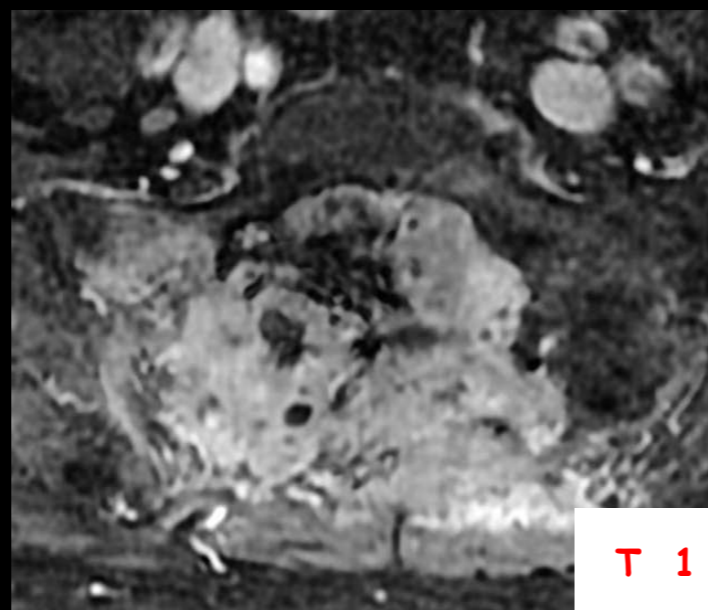
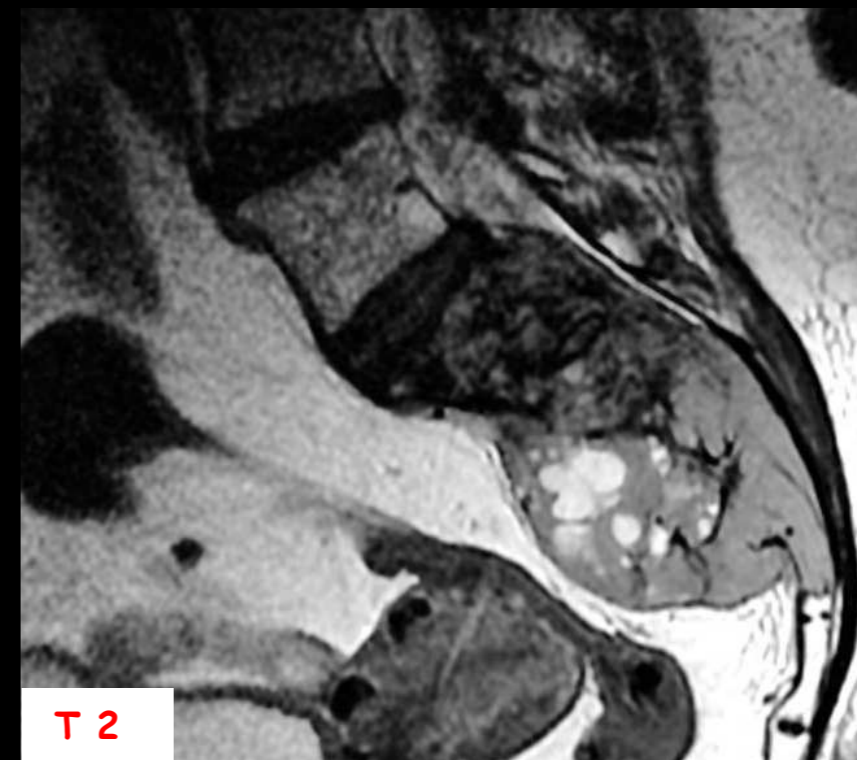
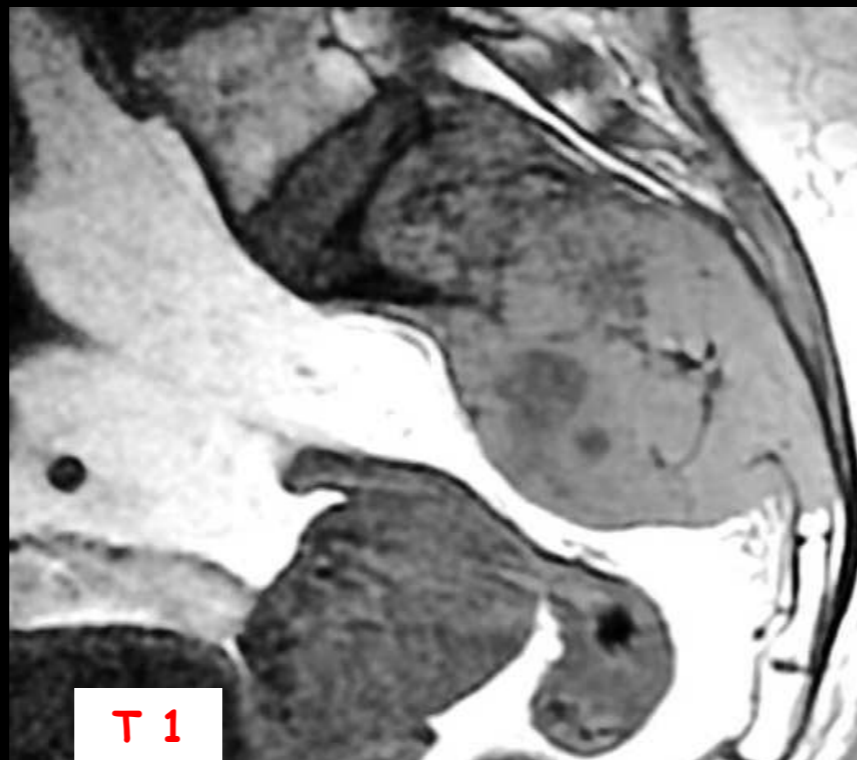
Puis ,

- .un lymphome primitif ou secondaire
- .un chondrosarcome

et , compte tenu de la localisation un chordome

what else





T 1 Fat Sat Gado

L'IRM permet d'éliminer une tumeur cartilagineuse mature puisqu'il n'y a que quelques images en hypersignal T2 liquide qui correspondent à des zones kystisées sans image de sédimentation du contenu.

Après injection , la prise de contraste est massive , sans lobulations visibles ni logettes



Au total

masse sacrée **excentrée ostéolytique** rehaussée  
extension **dans les parties molles**

**pas de calcifications**

Remaniements kystiques internes

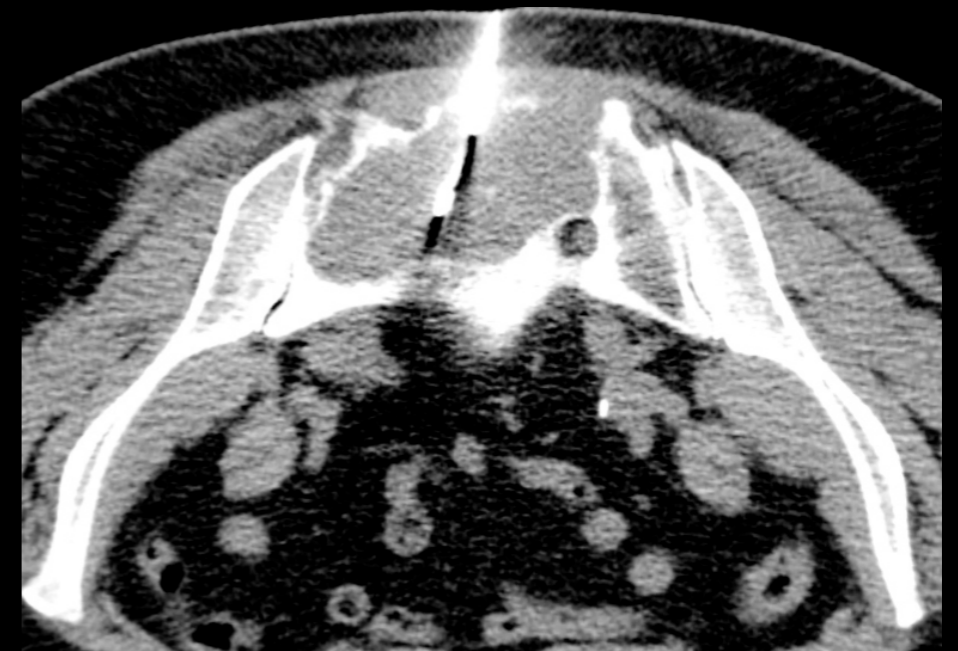
hypo T1, T2

**pas de lésion à distance**

La caractérisation lésionnelle par l'imagerie étant en échec, on est contraint, après discussion pluridisciplinaire en RCP à une **biopsie scano-guidée**

Qui permet le diagnostic de

**Tumeur à cellules géantes**



# Les tumeurs osseuses sacrées

**Radiology**  
**Pictorial Essay**

*Australasian Radiology* (2007) 51, 507–515

## **Imaging of painful solitary lesions of the sacrum**

WCG Peh,<sup>1,2</sup> WL Koh,<sup>2</sup> JW Kwek,<sup>3</sup> MM Htoo<sup>4</sup> and PH Tan<sup>5</sup>

EDUCATION EXHIBIT

83

## **The Sacrum: Pathologic Spectrum, Multi-modality Imaging, and Subspecialty Approach<sup>1</sup>**

*RadioGraphics* 2009; 29:1525–1530

**CME FEATURE**

*See accompanying*

*Jack Diel, MD • Orlando Ortiz, MD • Richard A. Losada, MD • Donald B. Price, MD • Michael W. Hayt, MD • Douglas S. Katz, MD*

*Skeletal Radiol* (2008) 37:277–289

DOI 10.1007/s00256-007-0413-4

REVIEW ARTICLE

## **Imaging of sacral tumours**

S. Gerber • L. Ollivier • J. Leclère • D. Vanel •  
G. Missenard • H. Brisse • G. de Pinieux •  
S. Neuenschwander

AFIP ARCHIVES

1525

**RadioGraphics**

## **Best Cases from the AFIP**

**Sacral Chordoma<sup>1</sup>** *RadioGraphics* 2001; 21:83–104

*Editor's Note.*—Everyone who has taken the course in radiology...

*Khashayar Farsad, MD, PhD • Susan V. Kattapuram, MD • Richard Sacknoff, MD • Jill Ono, MD • Gunnlaugur P. Nielsen, MD*

- **Principalement secondaires ++** (contexte)
- Localisations tissulaires initiales diverses :
  - cartilage, os, méninge, nerfs,
  - hématologique

Malignes :

**Chordome ++ 50%**

Lymphome 10%

Myélome multiple 10%

Sarcome Ewing (enfants)

Bénignes :

**TCG 60%**

Clinique :

Longtemps asymptomatique

Lombalgies, douleurs pelviennes

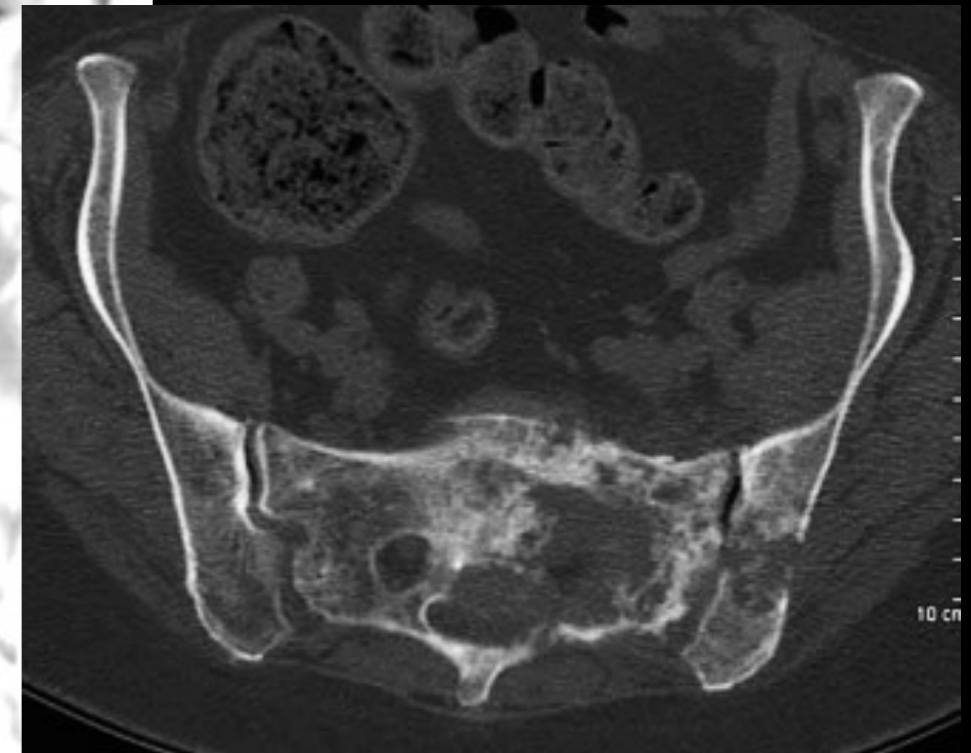
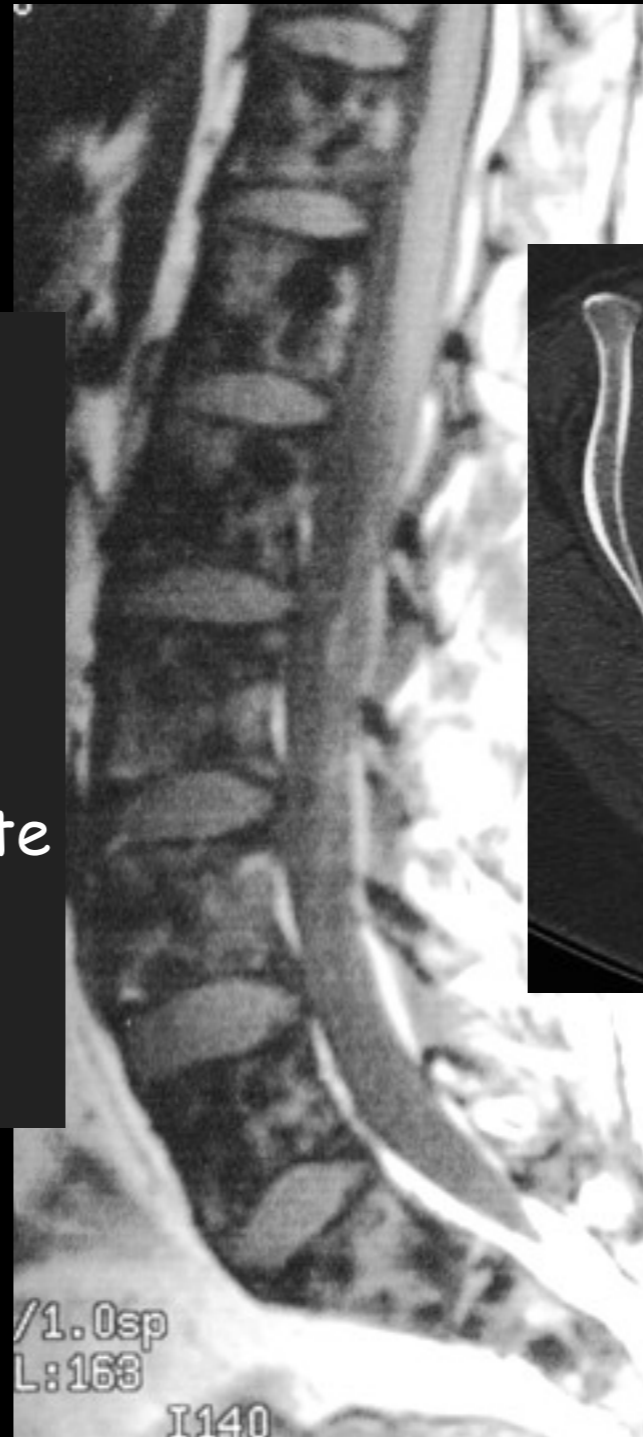
# Métastases sacrées

Contexte : primitif connu , mais parfois révélatrices

**Poumon**, prostate, sein, rein

Ostéolytiques  
(géographique ,mitée ou infiltrante  
++)

Multiplés



# Plasmocytome

**Contours polylobés** nettement définis

Ostéolyse géographique partiellement bordée par une coque fine, limitée et discontinue d'os compact (type I)

Parfois envahissement parties molles



# Lymphome osseux sacré

- Lésion **extensive**
- **Ostéolytique mitée et/ou infiltrante**
- **Envahissement parties molles**
- Signes indirects :
  - Hyperfixation scinti étendue
  - Invasion de la moelle osseuse
  - Envahissement des parties molles ++



# Chordome sacré

Origine : notochorde

40-50 ans

Hommes > Femmes

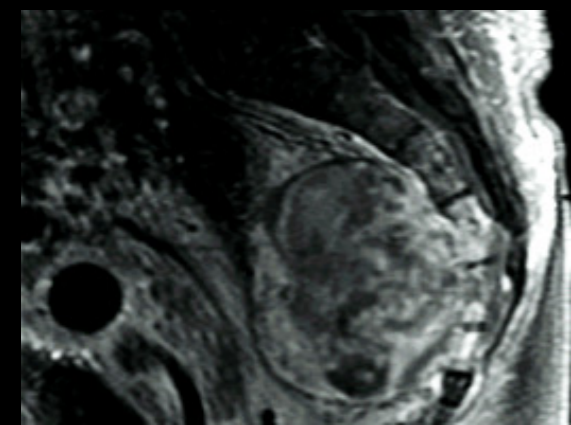
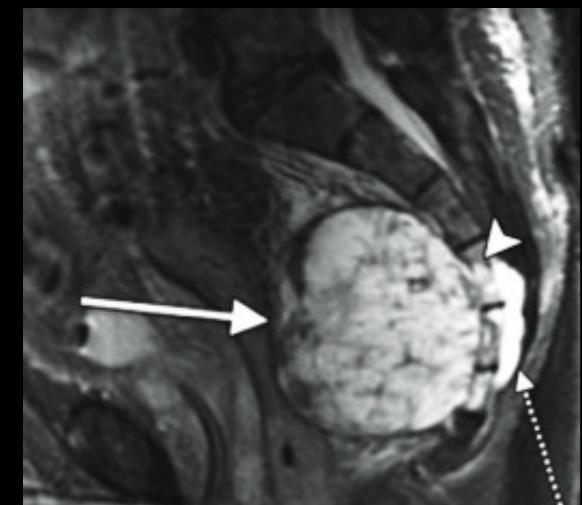
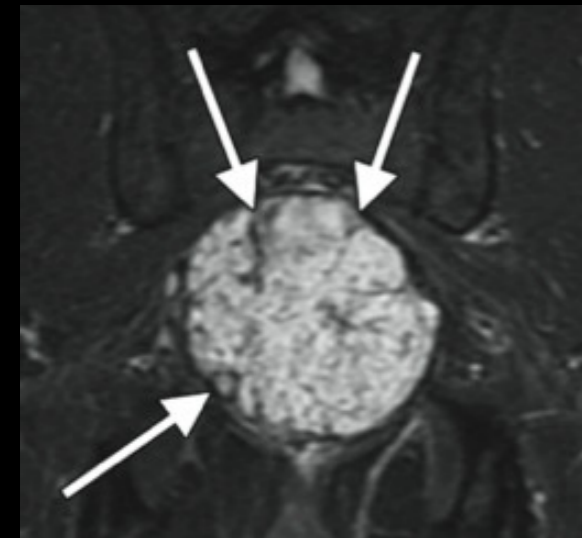
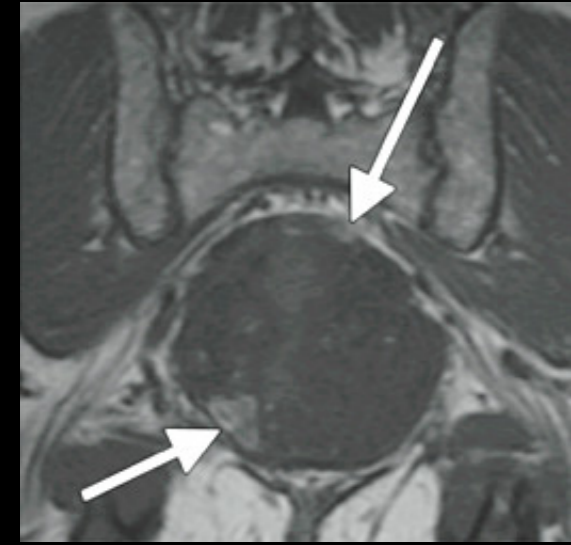
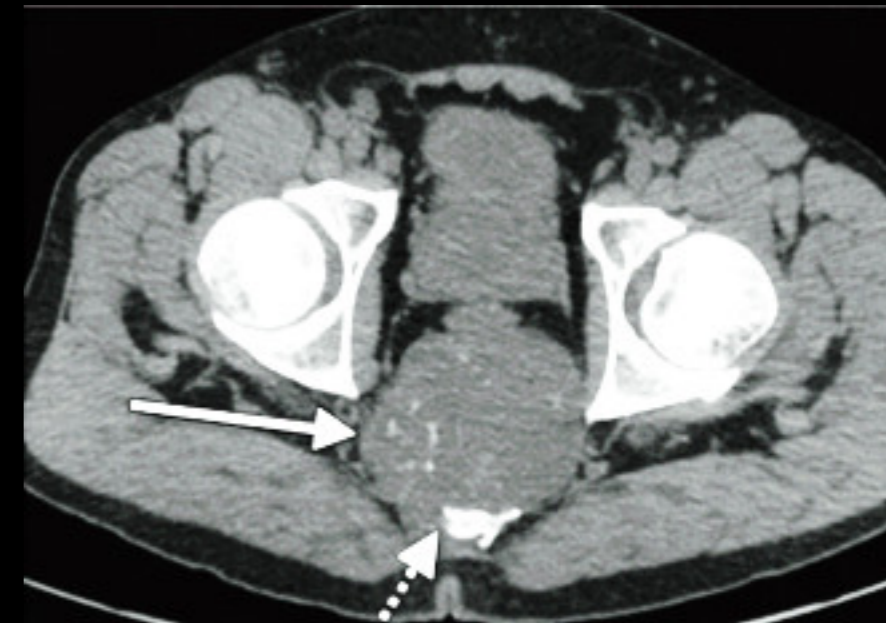
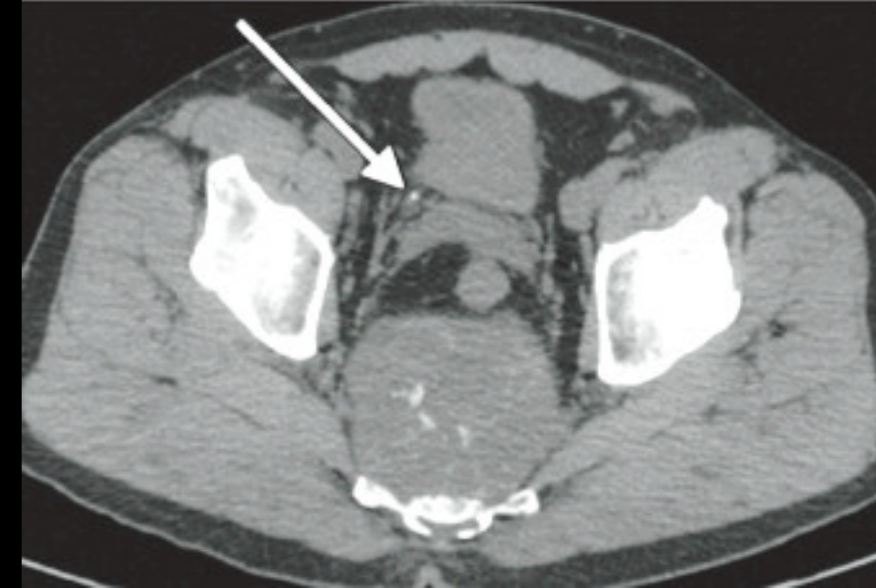
Lésion médiane, ostéolytique

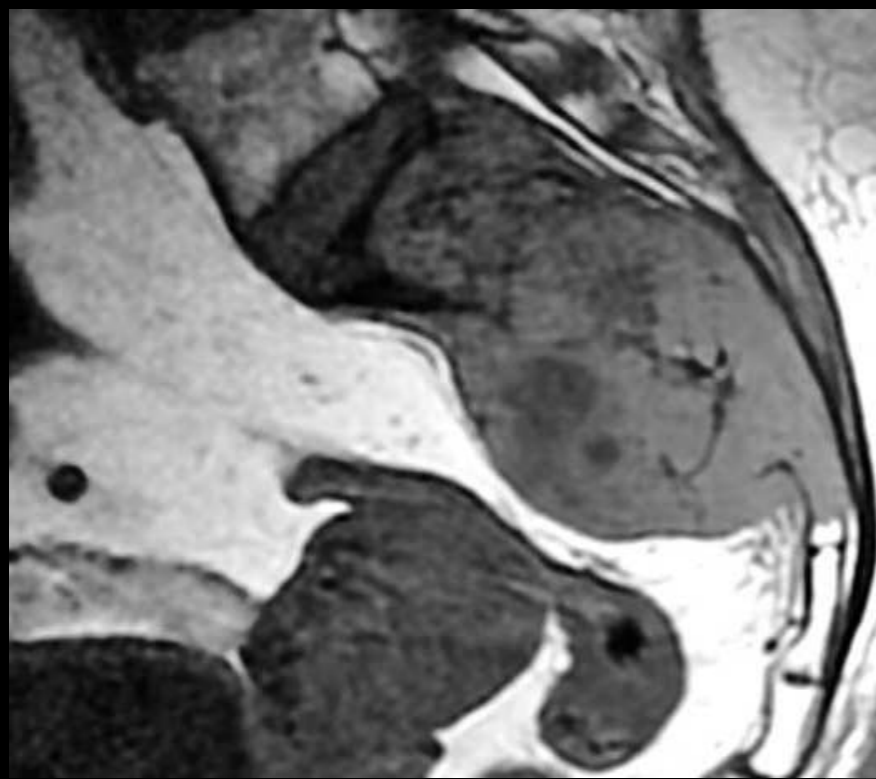
Envahissement parties molles antérieures

Calcifications ++

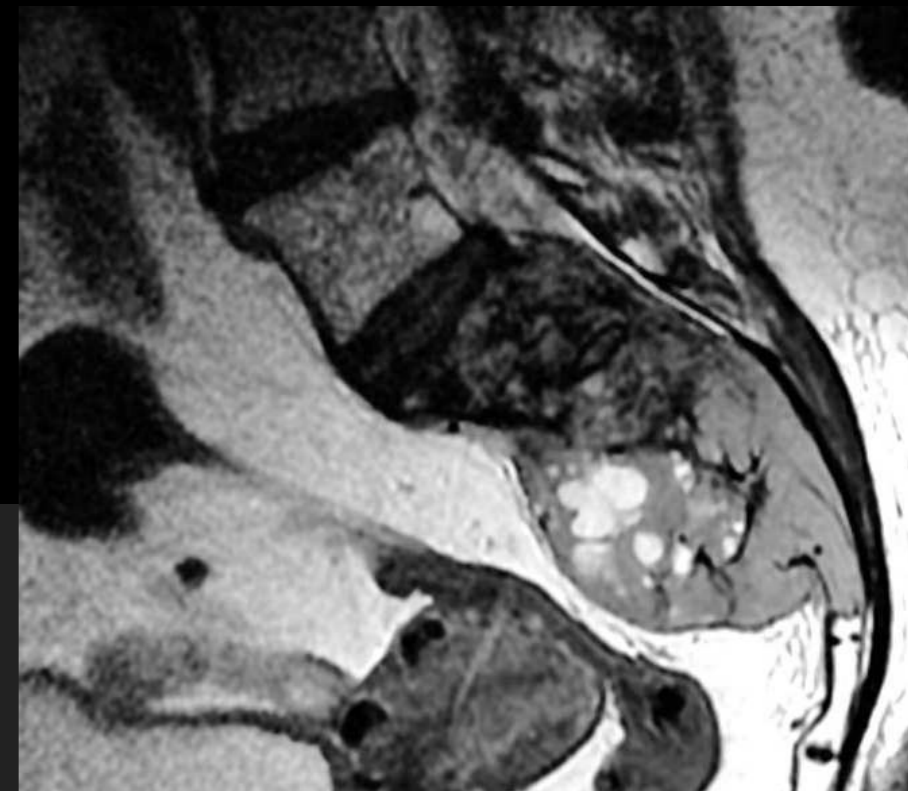
hypoT1, HyperT2,

Ddx : Chondrosarcome





TCG



20-30 ans

Femmes > Hommes

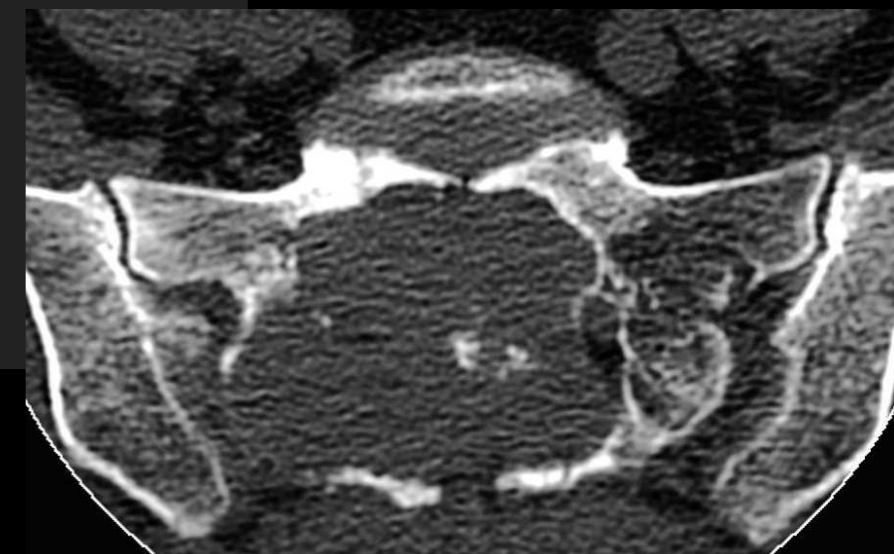
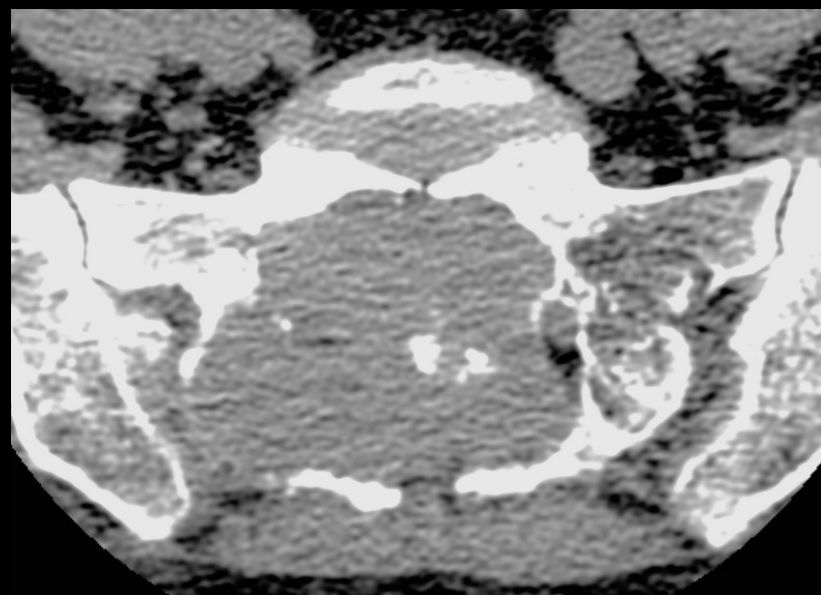
Lésion excentrée, ostéolytique

Envahissement parties molles antérieures

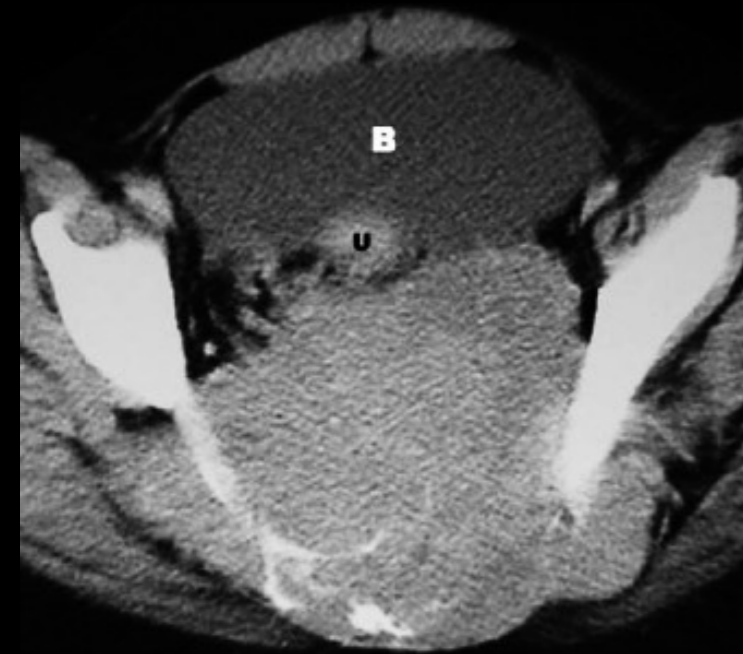
Ø Calcifications ++

hypoT1, HypoT2,

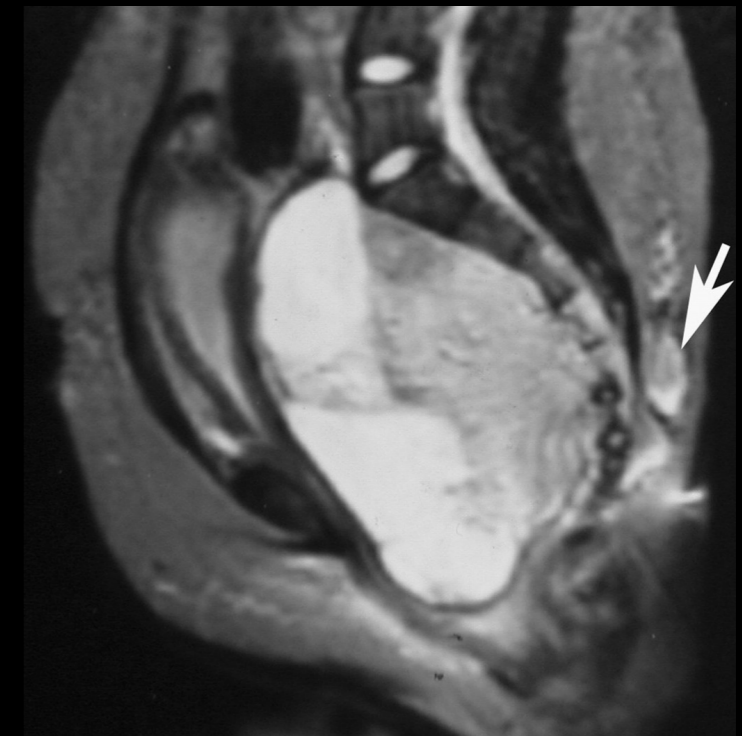
Ddx : chondrosarcome

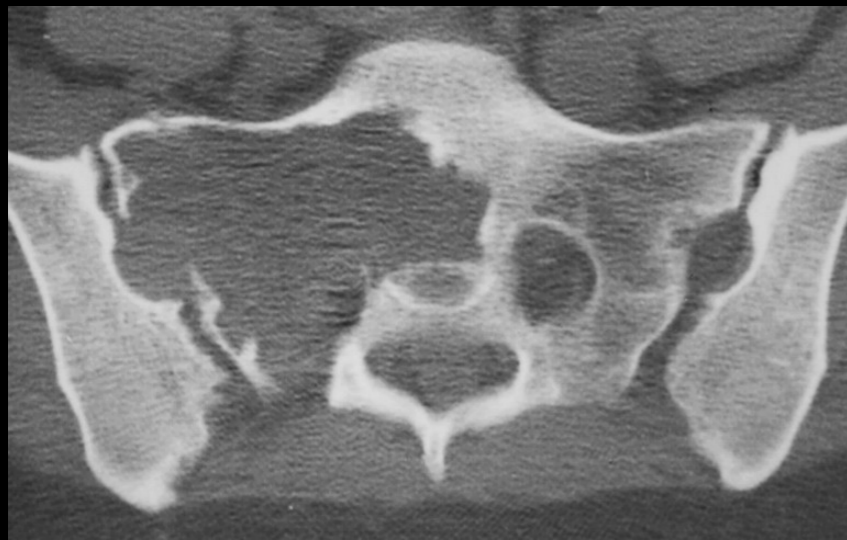


# Tumeur d'Ewing



- Enfant
- Lésion **ostéolytique**, sclérose périphérique
- Large envahissement des parties molles ++++
- Ø Calcifications ++
- hypoT1, HyperT2, C+++





# Kyste osseux anévrismal KOA

< 20 ans

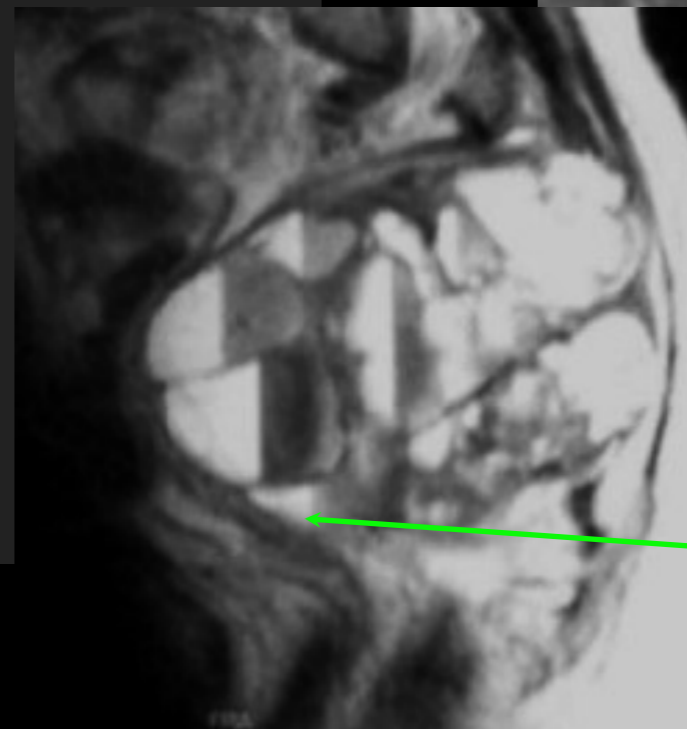
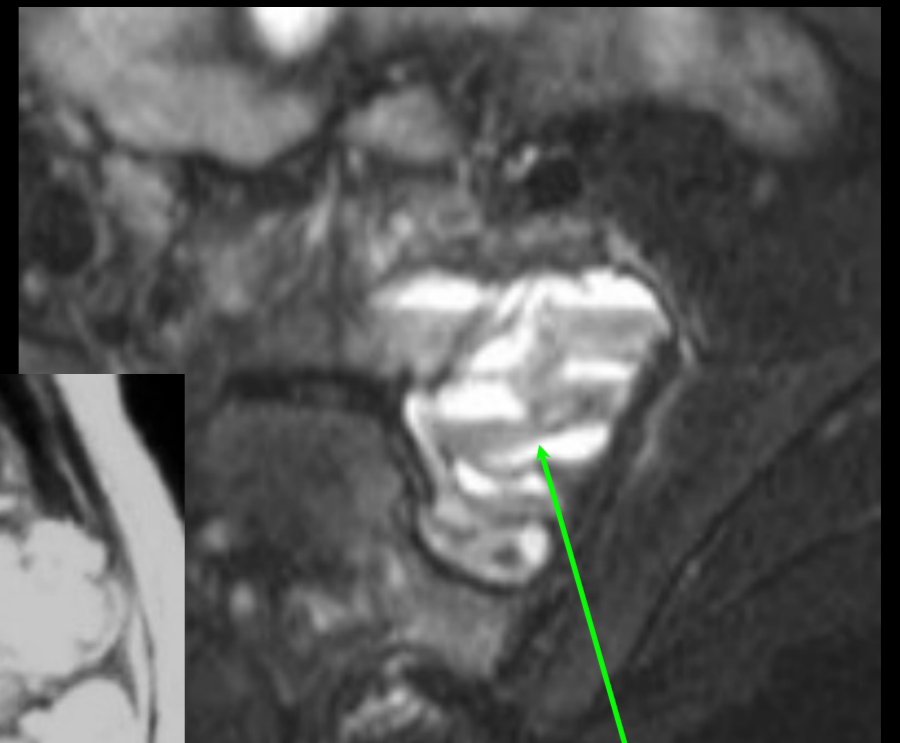
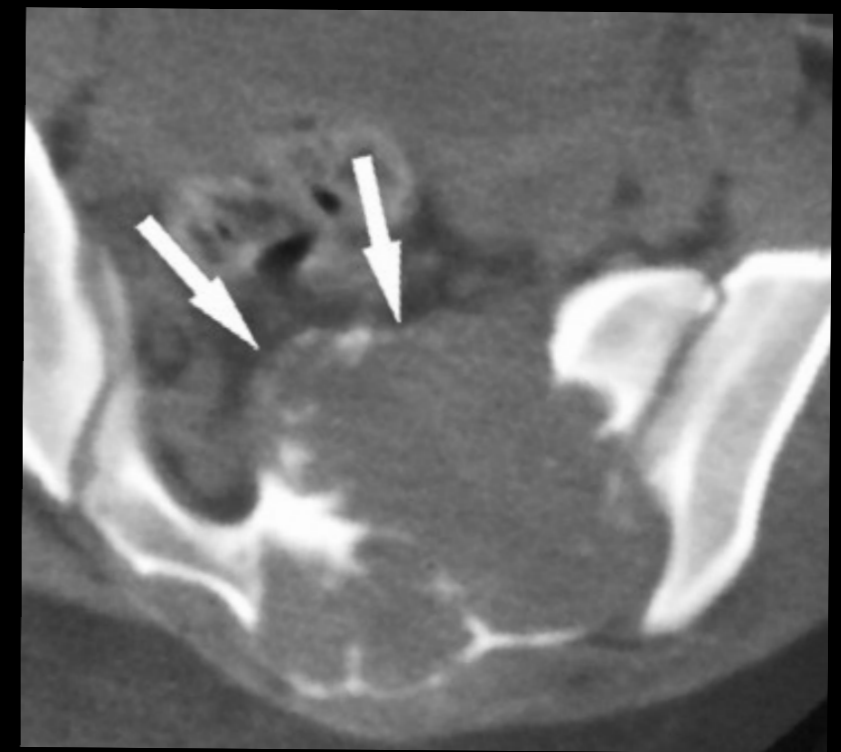
Isolé, ou associé à d'autres lésions préexistantes (TCG, trauma)

Ostéolytique, fin liseré de sclérose périphérique

Niveaux liquide-liquide

HyperT2

Ø portion charnue



## à retenir concernant les tumeurs osseuses sacrées :

- Multiples causes
- Age du patient : élément fondamental pour l'étiologie
  - jeunes : Ewing, KOA
  - 30 - 50 : TCG, chordome
  - > 60 : métastases, lymphome
- envahissement des parties molles , autre élément essentiel pour la caractérisation lésionnelle :
  - +++ : lymphome, Ewing
- calcifications : chordome