

ARACHNOÏDITE ADHESIVE : Sources EPOS

Figure. 1: Cette image en signal T2 axiale montre une distribution normale des racines en L5. Références: M. Lemmerling; Radiologie, Beervelde, BELGIQUE



Figure. 2: Cette image en signal T2 axial effectuée au niveau L4 montre précisément les multiples (deux racines L5, S1, S2, ...) racines nerveuses individuelles dans le liquide céphalo-rachidien postérieur (influence de la gravité). Références: M. Lemmerling; Radiologie, Beervelde, BELGIQUE

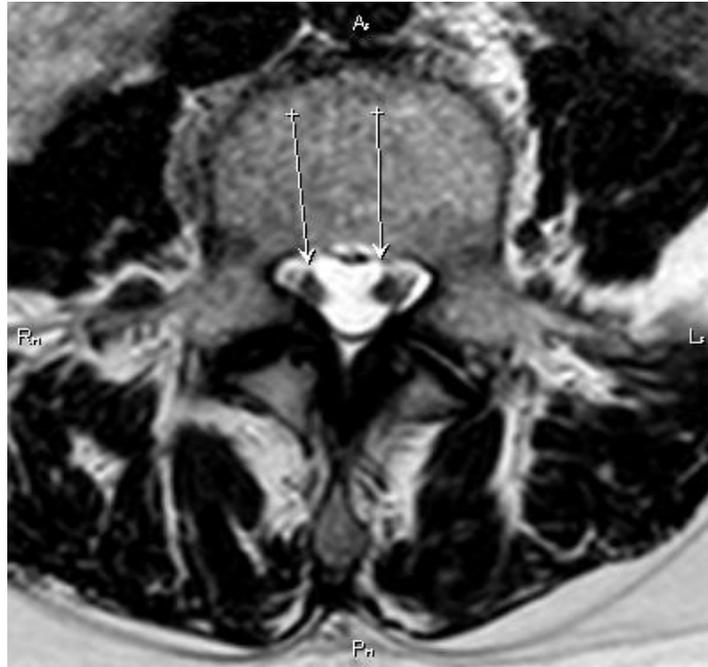


Figure. 3: Sur cette image axiale en signal T2, le sac vide est bien appréciée, avec l'agglutination des racines nerveuses des deux côtés. Références: M. Lemmerling; Radiologie, Beervelde, BELGIQUE

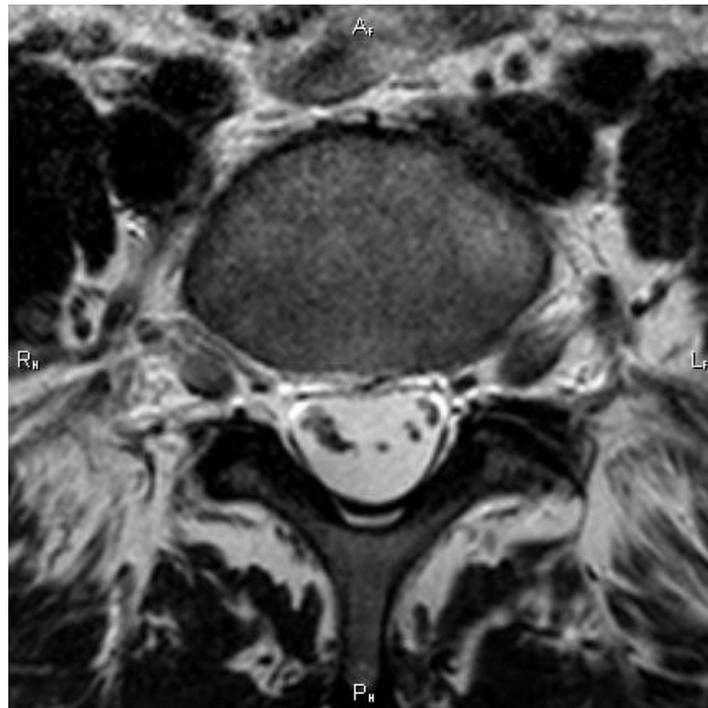


Figure. 4: Cette image en signal T2 axiale réalisée en L5 montre l'agglutination des racines sur le côté droit. Références: M. Lemmerling; Radiologie, Beervelde, BELGIQUE

IRM lombaire arachnoïdite adhésive (AA)

AA est considéré comme une distribution asymétrique des racines nerveuses. Ce modèle de distribution asymétrique peut varier. Parfois, les racines sont comprimées contre la paroi, créant une image dénommée «sac vide», tandis que dans d'autres cas, elles sont regroupées et positionnées plus au centre ou sur le côté. Un troisième motif de distribution asymétrique des racines nerveuses est vu lorsque plus d'un faisceau est visible, et ces multiples faisceaux peuvent éventuellement avoir chacun une taille différente. Dans certains cas plus compliqués ces différents modèles peuvent être présents simultanément, et les motifs passer de l'un à l'autre dans la création de toutes sortes d'apparences. Cela se produit lorsque le processus d'agglutination (dépôts de collagène) provoque des adhérences irrégulières. La puissance de l'imagerie en signal T2 est indiquée pour le diagnostic de la AA .

L'agglutination des racines nerveuses peut se développer dans un cadre inattendu à court terme. Ceci est illustré dans le cas d'une jeune femme qui a d'abord une IRM négative suivie d'une IRM positive seulement 6 mois plus tard. La seule procédure qu'elle a eu entre les deux fut une **infiltration épidurale lombaires**.

Discussion:

Comme mentionné dans la section de fond, l'apparition de L'AA est passée des cervicales et thoraciques vers la région lombaire, et un changement dans l'étiologie est responsable de cette évolution. Historiquement, les causes non chirurgicales sont principalement d'origine infectieuse, alors qu'aujourd'hui ce sont des **procédures invasives**, tels que les infiltrations, et d'autres procédures d'injection locales de produits toxiques dans la région de la colonne lombaire. Hypothétiquement, on peut supposer que ces injections provoquent une inflammation menant à la formation de collagène. Reste la question de savoir comment ces changements se produisent après une procédure intrathécale qui se déroulent à l'extérieur du sac dural. Théoriquement, le sac dural n'est pas perforée lors d'une infiltration épidurale, mais cela peut parfois se produire avec l'introduction d'un produit provoquant une AA. Une deuxième théorie est que la **pénétration passive** de ces produits a lieu à travers la paroi du sac dural, avec irritation ultérieure des racines nerveuses. Cette seconde hypothèse peut expliquer pourquoi, même en cas d'infiltration, L'AA peut se développer.

Les joints de facette les plus fréquemment infiltrés sont L4-L5 et L5-S1, ce qui explique pourquoi ces niveaux sont les plus fréquemment touchés.

L'évolution chronique de L'AA, comme le suggère son nom, est probablement un terme impropre, car l'arachnoïdite adhésive se développe apparemment plus vite que présumée dans le passé.

