



## **LUXATION DU CORPS VERTEBRAL T6 AU COURS D'UN MAL DE POTT**

*H. NTSIBA\**, *N. LAMINI\**, *E. MAKOSSO\*\**, *A. MOYIKOUA\*\*\**  
*Services de Rhumatologie\*, Radiologie\*\*, Orthopédie et Traumatologie\*\*\**  
*CHU, B.P. 32, Brazzaville, Congo*  
*Correspondance et tirés à part : [hntsiba@yahoo.fr](mailto:hntsiba@yahoo.fr)*

---

### **RESUME**

*Les auteurs rapportent une observation de luxation avec expulsion complète du corps vertébral de T6 en regard d'un abcès paravertébral au cours d'un mal de Pott avec double localisation thoracique et lombaire chez une jeune patiente de 30 ans. Le tableau clinique était celui d'une paraplégie complète avec orthopnée. L'évolution a été rapidement favorable avec réduction de la luxation, disparition des anomalies neurologiques, et reprise de l'autonomie à la marche sous traitement spécifique antituberculeux.*

---

**Mots-clés :** *Maladie de Pott ; Spondylodiscite ; Luxation ; Vertèbre*

---

---

### **ABSTRACT**

#### **T6 vertebral body luxation in Pott's disease.**

*The authors report a case of thoracic and lumbar Pott's disease with paravertebral abscess and complete anterior expulsion of T6 vertebral body seen on a 30 years old female patient. Clinical complication is paraplegia with dyspnoea and spectacular outcome and complete recovery of walking after specific antituberculosis treatment.*

---

**Key words:** *Pott's disease; Spondylodiscitis; Expulsion; Spine.*

---

## INTRODUCTION

Le mal de Pott est la première localisation de la tuberculose ostéoarticulaire en milieu africain [1, 2]. Il touche aussi bien l'homme que la femme, à tout âge. Son évolution est émaillée de complications neurologiques déficitaires, notamment dans sa localisation thoracique [3, 4].

Nous en rapportons un cas comportant une double localisation thoracique et lombaire avec luxation et expulsion en avant du corps vertébral de T6 en regard d'un abcès para vertébral.

## OBSERVATION

Une patiente âgée de 30 ans, sans antécédent particulier, notamment sans bacillose viscérale évolutive ni contagement tuberculeux évident dans l'entourage familial, est admise dans le service de Rhumatologie du Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville pour une paraplégie spasmodique. Le passé vaccinal par le BCG était incertain. Deux mois plus tôt, sont survenues des rachialgies dorsales et lombaires, d'abord mixtes, puis inflammatoires et d'aggravation progressive. Apparaissaient ensuite une douleur pluri-radicaire aux deux membres inférieurs, une fatigabilité, des troubles de la marche avec claudication intermittente neurologique, une réduction progressive du périmètre de marche et enfin une impotence fonctionnelle complète. Il existait une altération de l'état général avec amaigrissement, une fièvre vespérale à 38-39°C, des sueurs nocturnes et une dyspnée avec orthopnée.

L'examen clinique à l'entrée montrait une paraplégie spasmodique avec un premier niveau lésionnel T6-T7, un deuxième niveau L1-L2, une gibbosité et un syndrome sous lésionnel comprenant un déficit moteur complet aux deux membres inférieurs sans troubles sphinctériens, un signe de Babinski bilatéral, un clonus épileptoïde des deux pieds, une vivacité avec diffusion des réflexes ostéotendineux.

La radiographie pulmonaire ne montrait pas d'infiltration parenchymateuse. Sur les clichés du rachis, on notait la présence d'un fuseau paravertébral thoracique, une luxation vertébrale avec expulsion en avant du corps vertébral de T6 (figures 1 a et b), un deuxième fuseau paravertébral lombaire, des images de spondylodiscite L1-L2 avec importante destruction vertébrale corporéale. L'insuffisance du plateau technique à l'époque ne nous avait pas permis de réaliser un examen scannographique, ni une imagerie par résonance magnétique (IRM), ni un abord direct chirurgical du foyer septique.

La vitesse de sédimentation était à 100 mm à la première heure, les tests tuberculiques étaient positifs avec réaction phlycténulaire et la sérologie rétrovirale était négative.

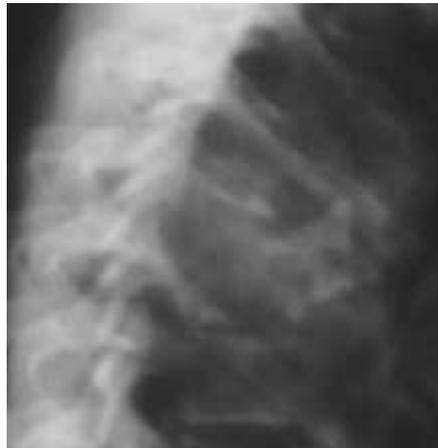
Nous avons institué un traitement spécifique antituberculeux comportant Ethambutol®, Isoniazide®, Rifampicine® et Pyrizinamide®, associé à une immobilisation en coquille puis par corset plâtré. Nous avons obtenu une récupération progressive de l'autonomie à la marche à J 120 et une guérison complète à J 8 mois de traitement anti bacillaire avec récupération complète du déficit moteur et marche normale. Sur le plan radiologique, il apparaissait un repositionnement du corps vertébral de T6 et la constitution d'un bloc vertébral T5-T6-T7 et L1-L2.

## DISCUSSION

Peu d'observations de luxation du corps vertébral avec expulsion complète en avant de la vertèbre semblables à la notre ont été rapportées [5-7], ce qui fait son originalité. L'abcès para vertébral, intra spinal, et extra dural, mais aussi la lyse des pédicules, et la destruction des ligaments périvertebraux ont certainement favorisé le déplacement vertébral avec destruction des disques sus et sous-jacents à la vertèbre luxée. De même, la régression, puis la disparition de l'abcès sous traitement spécifique antituberculeux ont certainement concouru au repositionnement du corps vertébral et la constitution d'un bloc vertébral.



**Figure 1 (a) :** Radiographie du rachis dorsal de face : latérolisthésis de T6 + fuseau paravertébral



**Figure 1 (b) :** Radiographie du rachis dorsal de profil : luxation + expulsion en avant de T6

La tuberculose ostéoarticulaire se localise au niveau du rachis dans 50 à 80 % des cas [1-4]. Le siège de l'atteinte tuberculeuse est unique ou multiple, la localisation est thoracique et/ou lombaire dans 95 % des cas [2-4]. Les localisations atypiques s'observent dans 2 % des cas [5-7]. Le caractère multifocal a été signalé dans 4 à 5 % des cas [1, 4]. L'évolution insidieuse de la maladie, observée dans 90 % des cas [3-5],

explique un délai long de diagnostic et le risque élevé de complications neurologiques déficitaires [1, 3-5, 7]. Ainsi, en Europe la paraplégie complique 5 à 10 % des Pott alors qu'en Afrique tropicale elle est présente dans 30 à 70 % des cas [1-4, 8-9].

Le tableau clinique est fait de troubles de la marche devenant spastique ou une paraplégie

complète avec troubles des réflexes, troubles sphinctériens et une gibbosité. Les signes radiologiques se caractérisent par la destruction d'un ou plusieurs corps vertébraux sans aucun signe de fusion et un abcès paravertébral retrouvé dans 52 % des cas [1, 3, 4]. La décompression chirurgicale en urgence et les antituberculeux sont le meilleur mode de traitement des complications neurologiques du mal de Pott compliqué de paraplégie [2, 3, 7-9].

### CONCLUSION

La tuberculose disco-vertébrale est très fréquente dans les pays en développement. Elle touche préférentiellement le rachis thoracique et lombaire et s'accompagne dans plus de 50 % des cas de complications neurologiques déficitaires. Mais la luxation avec expulsion complète du corps vertébral au contact d'un abcès paravertébral reste exceptionnelle. L'évolution est habituellement favorable sous traitement antituberculeux.

### BIBLIOGRAPHIE

1. Negusse W. Bone and joint tuberculosis in childhood in a children's hospital, Addis-Abeba. *Ethiop Med J* 1993; 31: 51-61.
2. Galvano S, Meo G. Treatment of Pott's paraplegia in a rural african hospital. *East Afr Med J* 1991; 68: 124-29.
3. Turgut M. Spinal tuberculosis (Pott's disease): its clinical presentation, management and outcome. A survey study on 694 patients. *Neurosurg Rev* 2001; 24: 8-13.
4. Grosskopf I, Ben-David A, Charach G, Hochman I, Pithk S. Bone and joint tuberculosis. A 10- year review. *Isr J Med Sci* 1994; 30: 278-83.
5. Al Arabi KM, Al Sebai MW. Bifacetal dislocation following tuberculosis of the cervical spine. *Tubercle* 1991; 72: 294-8.
6. Janeway T, Moseberg WH. Tuberculous paraplegia with lateral vertebral dislocation. A case report. *J Bone Joint Surg* 1997 ; 59 : 554-6.
7. Yalniz E, Pekindil G, Aktas S. Atypical tuberculosis of the spine. *Yonsei Med J* 2000; 41: 657-61.
8. Loembe PM. Medico-surgical treatment of Pott's disease. Our attitude. *Can J Neurol Sci* 1994; 24: 339-45.
9. Ghadouane M, Elmansari O, Bousalmane N, Lezrek K, Aouam H. Role of surgery in the treatment of Pott's disease in adults. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1996; 82: 620-6.