

## SYMPOSIUM SUR LE MAL DE POTT

Sous La Direction de J. DEBEYRE à la Reunion à la Société Française d'Orthopédi et de Traumatologie (Novembre 1961)

### INTRODUCTION :

**J. DEBEYRE** rappelle brièvement que l'utilisation des médicaments antibiochimiothérapeutiques actifs contre le bacille de Koch a bouleversé la physiologie du mal de Pott plus encore que celui des autres localisations ostéo-articulaires de la tuberculose.

Ce symposium a pour but de réunir le plus grand nombre d'observations de mal de Pott, observées soigneusement et suivies si possible de nombreuses années. La critique objective de ces observations doit permettre de fixer les nouveaux aspects cliniques et évolutifs du mal de Pott, de confronter les résultats anatomiques et fonctionnels, afin de préciser la place qui doit être réservé aux différentes thérapeutiques, antibiochimiothérapie chirurgie focale, arthrodèse extra-articulaire, cure climatique.

### COMMUNICATIONS :

**GALLAND** (Berck) a vécu l'évolution des idées sur la thérapeutique du mal de Pott pendant plus de quarante ans et établit le parallèle entre ce que fut le mal de Pott hier et ce qu'il est devenu aujourd'hui.

**KASTERT** (Bad Durckheim) défend l'intervention focale précoce : son opinion est fondée sur 1.600 interventions; la mortalité opératoire est nulle et la mortalité générale d'environ 0.5 %; les complications post-opératoires n'atteignent pas 10 %. Il obtient une cicatrisation focale dans plus de 95 % des cas, avec reprise

de travail chez 90 % des sujets. Les récidives sont exceptionnelles. Les synostoses fibreuses sont surtout le fait des enfants jeunes et des jeunes gens; les blocs osseux sont plus fréquents chez l'adulte, mais se forment parfois après plusieurs années.

L'ostéosynthèse dorsale d'Albee n'est plus nécessaire. Le remplissage focal par copeaux spongieux ou greffons volumineux n'est indiqué que lors de délabrements étendus.

**INGELRANS, LACHERETZ, RAS et GILQUAUX** (Lille - Zuydcoote) posent la question de l'indication de la chirurgie focale. Fait-elle gagner du temps et assure-t-elle une guérison de meilleure qualité. Ils comparent :

\* une série de 69 cas, enfants et adultes, traités par antibiochimiothérapie et chirurgie focale,

\* une série de 108 cas, tous adultes, traités par immobilisation, antibiochimiothérapie et arthrodèse vertébrale postérieure,

\* et une série de 55 cas non opérés.

La conclusion paraît difficile parce que les séries ne sont pas absolument comparables, mais il apparaît que l'antibiothérapie associée aux traitements orthopédiques donne avec moins de risques que la chirurgie focale, de nombreux succès dans des délais à peine plus élevés. Quant au problème de la greffe postérieure, ils pensent qu'ils ne peuvent prendre position sur son utilité: mais elle s'avère incapable d'empêcher une angulation du rachis dans les formes avec destruction des des corps vertébraux.

**R. et J. JUDET, J. LAGRANGE, G. LORD, ROY CAMILLE** ont adopté comme règle thérapeutique l'abord direct avec excision des lésions tuberculeuses. Ils ont opéré de 1949 à 1959, 200 cas tant chez l'adulte que chez l'enfant.

Ils réalisent volontiers le comblement des pertes de substance par copeaux osseux, réduisent l'immobilisation au lit dans les cas d'atteinte limitée et n'utilisent qu'exceptionnellement le corset.

190 malades ont guéri très simplement, 5 ont guéri après des incidents divers, 2 ont conservé une fistule à germes banaux et 2 sont morts dans les suites immédiates. Ils n'ont observé aucune récurrence. Ces résultats leur paraissent justifier la difficulté relative de l'intervention.

**WILKINSON** (Black Notley - Angleterre) résume les résultats obtenus par le traitement de 138 tuberculoses vertébrales. L'intervention focale est nécessaire, car seule elle arrête les destructions osseuses et assure la complète guérison. 132 malades ont guéri avec une ankylose stable fibreuse ou osseuse, 8 avec une ankylose instable. 23 malades ont dû être réhospitalisés pour un traitement itératif, parce qu'ils ont présenté un nouveau foyer vertébral, squelettique ou rénal : tous, sauf deux, ont maintenant une guérison complète. La durée de traitement antibiotique, pour la majorité des malades de cette série, avait été seulement de trois mois, ce n'est que les années récentes que la durée a été portée à 6 mois.

**J. CAUCHOIX** (Paris-Berck) a opéré 211 foyers pottiques, 180 ont guéri. Il associe très fréquemment au curetage du foyer, l'arthrodèse vertébrale antérieure ou postérieure et même les deux. Par contre, il ne reconnaît à l'arthrodèse postérieure isolée aucune indication sur les foyers destructifs, mais pense qu'elle est d'un grand intérêt dans le traitement des foyers lombaires ou lombo-sacrés spontanément drainés par les abcès du psoas.

Il pense que le traitement médical intensif, tel qu'il est pratiqué actuellement, peut guérir les maux de Pott uniciliaux et peu destructifs, mais ne pense pas que le traitement médical puisse donner la guérison chez la grande majorité des malades avec la même sécurité, la même célérité et la même qualité que le traitement mixte.

**A. GRUCA et SERAFIN ROMUALDA** (Varsovie) ont, de 1946 à 1953, traité la majorité des maux de Pott par l'attaque chirurgicale du foyer tuberculeux. Leur expérience porte sur 717 cas, enfants et adultes. Ils associent le plus souvent au nettoyage chirurgical, une spondylodèse intersomatique par greffon volumineux ou une spondylodèse postérieure ou les deux.

La mortalité a été de 1,4 %, les échecs ont été de 3 % chez l'enfant, de 6,5 % chez l'adulte. Les auteurs croient que le mal de Pott ne peut pas être guéri par le traitement médical, à l'exception peut-être du stade initial avant la formation d'un abcès.

**A. BEAU et J. LESURE** (Nancy) font état de 52 malades atteints de mal Pott. Ils reconnaissent que l'abord direct apporte la garantie d'un diagnostic affirmé par l'anatomie pathologique, mais ne pensent pas qu'il doive être utilisé systématiquement : ce sont les lésions géodiques centro-vertébrales, les destructions localisées du disque, les formes abcédées et les parapégies qui constituent chez l'adulte les meilleures indications de la chirurgie focale.

**M. GUILLEMINET, R. FAYSSE et CH. PICAULT** (Lyon) ont traité 383 maux de Pott de 1930 à 1961 par différentes méthodes, mais la plupart des malades n'ont pas subi de révision au bout de plusieurs années. Le traitement du mal de Pott ne doit pas être centré sur l'abord direct qui n'est qu'une dépendance du traitement antibiotique et ils posent la question de savoir si l'on ne pourrait se contenter d'un traitement antibiotique et



orthopédique à condition de le prolonger suffisamment.»

**A. MAZABRAUD** (Paris) a étudié dans 176 cas, les modifications des lésions anatomo-pathologiques du mal de Pott sous l'influence du traitement antibiotique et conclut que les lésions folliculaires diminuent au fur et à mesure que le traitement se prolonge, mais que par contre, le caséum ne paraît pas influencé.

**PESSEREAU, VITTORI, GANASCIA** et **GELY** (Amée) insistent sur la diminution régulière de la tuberculose ostéo-articulaire au cours des dernières années. Ils rapportent 40 maux de Pott traités par abord direct. L'efficacité des antibiotiques est bien mise en évidence par la comparaison de 170 cas observés avant 1950 qui ont donné 13 morts, alors que sur les 261 malades traités depuis 1950, aucun décès n'a été relevé.

**L. NICOD** (Lausanne) a enquêté en Suisse sur le traitement du mal de Pott: la plupart des médecins des sanatoria utilisent le traitement bactériostatique prolongé six à huit mois et associé à la cure d'altitude.

Wasser **FALLEN** lui, a communiqué n'avoir que 8 % de rechutes dans sa statistique de traitement conservateur après un délai de 5 à 10 ans. Plusieurs orthopédistes ont pratiqué des abords directs et notamment **W. BRUNNER, DUBOIS**.

**J. FERRAND** et **J. BARSOTTI** (Alger) ont traité 138 malades. Ils associent à l'éradication du foyer une arthrodèse vertébrale en vue d'obtenir rapidement un bloc vertébral solide. Dans les cas particulièrement étendus et ceux-ci sont très fréquents - dans la population nord-africaine, un véritable «remplacement vertébral a été effectué. Par contre, ils utilisent de façon très restreinte la greffe d'Albee isolée sur 16 greffes effectuées sous antibiotiques, ils ont observé 4 reprises évolutives 2 à 4 ans après la greffe, avec trois syndromes neurologiques associés.

Sur les 90 malades traités par abord direct, 6 sont morts (ils insistent sur la gravité et l'étendue des lésions qu'ils observent habituellement), mais tous les autres semblent guéris; après deux ans, aucun n'a récidivé. En dehors des localisations sous-occipitales, tous les maux de Pott doivent être abordés directement.

**HODGSON** (Hong-Kong) rapporte les résultats de 300 maux de Pott traités par fusion antérieure: les localisations dorsales de D1 à D12 ont toutes été abordées par voie transthoracique.

La fusion antérieure a été obtenue radiologiquement dans 78,7 % des cas. La mortalité est assez élevée: 4,7 % (mais à aucun cas de tuberculose n'a été refusée l'intervention).

**NAVES** (Barcelone) a observé 65 cas de mal de Pott: il en a traité 24 par le traitement médical isolé et dans 32 cas, a été associée une greffe d'Albee et dans 9 cas, un abord du foyer. La durée du traitement antibiotique a oscillé entre 8 mois et 2 ans.

**SCAGLIETTI** et **CALANDRIELLO** (Florence) n'ont pratiqué l'abord direct que 91 fois, alors qu'ils ont traité depuis 1955, 374 cas de spondylite. A tous les étages, ils utilisent la voie postérieure à travers une hémilaminectomie large. Un seul décès opératoire, 11 échecs. Sur 36 cas appréciés avec un recul de 3 à 7 ans, un seul a récidivé à l'étage supérieur. La qualité de la guérison et sa rapidité les incitent à élargir les indications de l'abord direct et à l'utiliser systématiquement dans les maux de Pott compliqués, dans les maux de Pott anciens et dans les maux de Pott récents, lorsque ceux-ci ne réagissent pas de manière rapide et favorable à la thérapeutique médicale.

**S. MARCONI** (Venise) n'a abordé le foyer que dans 15 % des maux de Pott observés. Il a ainsi opéré 70 tuberculoses vertébrales sans lésions neurologiques: 48 sont guéries, 10 améliorées, 2 stationnaires et 2 ont continué à évoluer. Il a opéré 21 paralysies, en a guéri 16 et amélioré 2-



**R. WEBER, R. BERLEMONT et C. HIRTSMANN** (Berck) établissent des statistiques très précises à propos de 770 maux de Pott observés de 1950 à 1960.

Ces statistiques montrent :

— la primauté du traitement médical, le nombre de récurrences varie en fonction de la durée du traitement médical : lorsque le traitement médical a duré un an ou plus, il n'y a pas de récurrence. Lorsque le traitement médical a duré moins de trois mois, les récurrences atteignent 40 %.

— l'inutilité de la greffe vertébrale postérieure : 343 cas traités par greffe vertébrale postérieure comparés à 243 traités sans greffe vertébrale (ni abord direct) ont donné également 16 % de récurrences.

— l'inutilité de l'abord direct : ils l'ont pratiqué 184 fois et ont observé deux complications graves, une mort et une paraplégie. De plus, il a semblé que la guérison des foyers pottiques abordés étaient plutôt le fait du traitement antibiotique que du traitement chirurgical, puisque les récurrences n'existent pas quand le traitement médical a atteint un an et qu'il en a été observé 6 sur 19 cas abordés, mais traités moins de trois mois. En plus, dans tous les cas où l'abord chirurgical a été pratiqué après 6 mois de traitement antibiotique, il n'a été trouvé que des lésions cicatricielles.

Les auteurs concluent que l'abord focal n'est indiqué que pour établir l'étiologie d'une lésion disco-vertébrale de diagnostic incertain.

**R. GUERIN** (Bordeaux) souligne que la tuberculose est une maladie générale qu'il importe d'éteindre avant toute opération. Il considère que l'abord direct n'apporte pas une réduction appréciable de la durée du traitement et expose à des complications parfois sévères.

Il conclut en affirmant que l'abord direct doit être réservé aux formes du mal de Pott qui ne régressent pas devant un traitement médical correctement appliqué et, en particulier, aux paraplégies

et aux abcès résiduels douloureux. La greffe postérieure, dit-il, a fait ses preuves en facilitant la consolidation du foyer, c'est le geste prudent et suffisant dans la majorité des cas.

**R. de CAGNY** (Berck) a observé plus de 1.000 cas de mal de Pott, mais n'a pu établir une statistique intéressante. Il croit que le traitement est actuellement constitué par le repos, les antibiotiques, la cure héliomarine. L'abord direct n'a que des indications restreintes.

**GARIEPY** (Montréal) insiste sur la diminution considérable des cas de tuberculoses ostéo-articulaires et rapporte un certain nombre d'observations qui sont en faveur de la chirurgie focale.

**J. DEBEYRE et M. DERRION** (Paris-Berck) ont utilisé depuis 1954 systématiquement le traitement médico-chirurgical (associant l'antibiochimie thérapeutique prolongée à la chirurgie focale). Ils ont ainsi traité jusqu'à ce jour 338 foyers pottiques. Ils établissent la statistique sur les 263 foyers les plus anciens, de manière à avoir au moins un an de recul. La mortalité opératoire a été de 3 %, les échecs 3 %, la guérison, c'est-à-dire l'absence d'évolution focale et d'apparition de nouveaux foyers a été de 94 %. Ils croient que le nettoyage chirurgical du foyer est le temps essentiel de l'acte chirurgical et n'utilisent jamais les arthrodeses complémentaires.

Les statistiques du traitement médico-chirurgical apportent un pourcentage beaucoup plus élevé de guérison que les statistiques portant sur les autres méthodes thérapeutiques. Ils ont traité avec succès quelques dizaines de cas par le seul traitement médical, mais ils ont observé des cas qui se sont aggravés malgré un traitement médical bien conduit et ils ont vu que, même après 6 mois de traitement correct, l'on trouvait encore des lésions évolutives.

**P. PADOVANI, G. GUIOT, J. ROUGERIE et DEBESSE** (Paris) ont opéré 34 paraplégies pottiques et distinguent les

paraplégies liées à une tuberculose corporeale connue, les paraplégies par épидурite et les paraplégies cyphotiques du mal de Pott. Ils pensent qu'il est souvent utile d'intervenir chirurgicalement, en particulier lorsqu'existent de grosses lésions somatiques et aussi, lorsqu'on assiste à une forme rapidement extensive.

**Le texte de SEDDON (LONDRES) est lu par R. MERLE D'AUBIGNE.**

Actuellement, l'existence d'une paraplégie complète est une indication indiscutable à l'intervention chirurgicale et la discussion n'est plus de l'indication opératoire, mais du choix de l'intervention : la costo-transversectomie est une intervention utile, mais n'est qu'un pis aller. L'abord vertébral transpleural est l'intervention de choix dans les maux de Pott dorsaux actifs. Quand la maladie évolue depuis plus longtemps et surtout quand il existe une cyphose importante, la décompression antéro-latérale, plus délicate, reste la meilleure méthode. Par contre, quand il existe une paraplégie discrète et stable due à la tension de la moelle sur une arête d'os sain, l'ablation de cette arête risque d'entraîner une augmentation de la gibbosité et la transformation d'une paraplégie partielle en une paraplégie totale: l'abstention chirurgicale paraît ici préférable. En suivant ces indications, SEDDON a guéri 80 % des paraplégies au prix de 6 % de mortalité.

— Une courte note de CAPENER «Il ya un léger malentendu dans le rôle que j'ai joué dans le développement des opérations de décompression» : la rachitomie, dit-il, provient d'une idée que me fournit SEDDON en 1933 et doit beaucoup, à la costo-transversectomie de MENARD.

**CONCLUSIONS du SYMPOSIUM, par J. DEBEYRE.**

Tous les auteurs reconnaissent la primauté du traitement médical antimiothérapique et la plupart conseillent les traitement continu, associant deux ou trois médicaments antibacillaires : la durée du traitement doit être de un an à dix-huit mois.

La cure hélio-marine et l'immobilisation ne sont plus que des thérapeutiques adjuvantes. La greffe postérieure, type Albee, isolée, a encore quelques partisans de principe.

En ce qui concerne la place de la chirurgie focale, deux tendances s'affrontent toujours :

— les uns associent systématiquement la chirurgie focale, au traitement médical et apportent à l'appui de cette thèse plus de 4.000 observations,

— les autres pensent que le mal de Pott peut guérir par le seul traitement médical : leurs statistiques, quicque courtes et récentes, méritent d'être prises en considération.