

Vertébroectomie et raccourcissement de la colonne vertébrale pour fracture luxation thoracique irréductible

Fait clinique et revue de la littérature

I.OBEID, N.GANGNET, M.PEDRAM, JM.VITAL

Unité pathologie rachidienne – Service Pr Vital CHU Pellegrin 33000 Bordeaux

La fracture luxation de la colonne vertébrale thoracique est une lésion sévère souvent associée à un polytraumatisme et à une paraplégie complète.

La stabilisation de la colonne vertébrale par arthrodèse circonférentielle est indiquée chez ces patients afin d'obtenir un montage extrêmement stable permettant les transferts et la réalisation des soins de nursing.

Le traitement chirurgical peut être différé du fait de lésions associées.

La présence d'un déplacement en chevauchement important peut rendre la réduction peropératoire difficile voir impossible après quelques semaines d'évolution.

Nous présentons le cas d'un patient âgé de 32 ans qui a été pris en charge dans notre service pour une paraplégie complète de niveau T10 suite à une chute de 4 étages.

Le bilan radiologique réalisé a mis en évidence la présence d'une fracture luxation T10 avec un chevauchement complet des vertèbres T9 et T11, ainsi qu'une fracture du sternum peu déplacée. Le patient ne présentait pas de lésion non rachidienne associée.

L'intervention a été différée de 25 jours en raison d'une fièvre et d'un trouble de l'hémostase non expliqués.

Sur le plan chirurgical, il fut décidé de procéder à un temps postérieur unique associant réduction et arthrodèse. Cette stabilisation vertébrale circonférentielle a pu être réalisée par abord postérieur unique compte tenu de la vacuité du canal médullaire à ce niveau (section complète de la moelle).

La tentative de réduction par traction bipolaire et manœuvre de levier peropératoire était insuffisante pour corriger et réduire la fracture luxation. Il fut donc décidé de réaliser une vertébroectomie complète de la vertèbre fracturée (T10) ainsi qu'une dissectomie complète des disques adjacents.

La réduction de T9 sur T11 a ensuite été réalisée sans difficulté. Une greffe inter somatique (T9/T11) a été mise en place à travers le canal médullaire vacant, puis une arthrodèse instrumentée par vis et tiges a été réalisée permettant ainsi une fixation des vertèbres T6 à L1.

Les suites opératoires ont été simples et la stabilité du montage a permis au patient une mobilisation immédiate sans contention externe.

Le contrôle radiologique a montré un profil harmonieux ainsi qu'une greffe inter somatique en place.

La vertébroectomie de raccourcissement a été décrite dans plusieurs pathologies vertébrales comme dans le spondylolisthésis à grand déplacement et dans la résection d'hémivertèbres malformatives

D'autres techniques de vertébroectomie partielle ont été décrites dans le traitement de cal vicieux et de scolioses sévères.

Un seul article a décrit un cas de vertébroectomie en bloc et raccourcissement vertébral pour luxation L1L2.

Les avantages d'une telle technique, qui n'est réalisable qu'en cas de section médullaire complète, sont de permettre une bonne réduction de la colonne vertébrale, d'obtenir un profil harmonieux, de procéder à l'exérèse de la vertèbre fracturée et des disques adjacents pouvant être source d'instabilité, d'obtenir un contact satisfaisant entre les plateaux des vertèbres adjacentes.