

Partie 2: asymétries du tronc et scoliose

Sylvia Willi-Dähn

Oberärztin Kinder- und Jugendorthopädie, Schulthess Klinik Zürich



La scoliose désigne une déviation non physiologique de la colonne vertébrale correspondant à un angle de Cobb supérieur à 10°. Il s'agit d'un défaut d'alignement tridimensionnel complexe, et pas uniquement d'une déviation latérale de la colonne vertébrale.

Le diagnostic de scoliose est souvent posé tardivement, car la majorité des patients ne présentent pas de symptômes fonctionnels, tels que des douleurs. Dès lors que le diagnostic est posé, le traitement conservateur a pour objectif de stopper une potentielle progression.



Figure 1: Les premiers signes cliniques de déviation de la colonne vertébrale sont généralement une asymétrie des épaules et une asymétrie de la taille.

Classification de la scoliose et risque de progression

Il convient en premier lieu de distinguer la véritable scoliose d'une attitude scoliotique. Une attitude scoliotique se présente par ex. en cas de bascule du bassin induite par une différence de longueur des jambes. Lorsque cette bascule du bassin est compensée à l'aide de petites planches, un redressement de la colonne vertébrale est observé sur le plan clinique. Une attitude scoliotique peut également se développer suite à des états douloureux. Contrairement à une véritable scoliose, l'attitude scoliotique ne présente pas de composante de rotation (bi- au lieu de tridimensionnelle). La forme de scoliose la plus fréquente (env. 90% des cas) est la scoliose idiopathique. L'étiologie n'est toujours pas totalement élucidée, mais nous savons toutefois que des facteurs génétiques jouent un rôle décisif. La scoliose idiopathique est classée en fonction de l'âge au moment de la survenue:

- la scoliose infantile (jusqu'à 3 ans),
- la forme juvénile (jusqu'à 10 ans) et,
- la scoliose de l'adolescent (à partir de 10 ans).

Les scolioses survenant avant l'âge de 10 ans sont de plus en plus qualifiées de scolioses précoces (early onset), indépendamment de l'étiologie. La scoliose idiopathique de l'adolescent est la forme la plus fréquente. Elle survient chez env. 3% des adolescentes. Dans 0,3–0,5% des cas, un angle de Cobb (de courbure) de plus de 20° est observé.

La scoliose ne provoque normalement pas de douleurs, raison pour laquelle elle n'est généralement découverte que lorsque l'angle de courbure est considérable. Une augmentation de la courbure au cours de la croissance est à redouter. Le risque de progression dépend du degré de courbure et de la croissance actuelle du

squelette, et il est maximal pendant la poussée de croissance pubertaire (période allant d'1 à 2 ans avant la ménarche jusqu'à 2 ans après la ménarche). Une augmentation considérable de la courbure est possible en l'espace de quelques mois pendant cette phase de croissance.

Les scolioses à partir de 50° continuent également à progresser après la fin de la croissance, tandis que les scolioses jusqu'à 30° restent la plupart du temps stables après la fin de la croissance.

Dans des cas bien plus rares (env. 10%), des anomalies congénitales (malformations de la colonne vertébrale), des affections neurogènes (parésies cérébrales, myélo-méningocèles, dystrophies musculaires) ou d'autres maladies sous-jacentes (troubles du tissu conjonctif, neurofibromatose, syndrome de Prader-Willi) sont responsables d'une scoliose.

Examen clinique de la scoliose

Les premiers signes de la scoliose sont des asymétries du tronc, telles qu'une asymétrie de la taille, une asymétrie des épaules, une asymétrie de paroi antérieure du thorax et des désaxations de la colonne vertébrale (fig. 1). Lors du test de flexion antérieure du tronc, la torsion accompagnant la déviation tridimensionnelle laisse apparaître une vertèbre proéminente ou un bourrelet lombaire (fig. 2). L'examen est conduit avec une compensation de la différence de longueur des jambes au moyen de petites planches afin de différencier une véritable scoliose d'une attitude scoliotique secondaire.

Si une scoliose est suspectée chez un enfant, quel que soit son âge, il convient de faire appel à un orthopédiste pédiatrique / orthopédiste. Si ce dernier confirme la suspicion clinique, il prescrit un examen radiologique (examen de l'ensemble de la colonne vertébrale,



Figure 2: Lors du test de flexion antérieure du tronc, une vertèbre proéminente se présente en tant qu'expression du défaut d'alignement tridimensionnel.

idéalement avec un dispositif à faible dose). Cet examen sert à exclure une malformation vertébrale en tant que cause de la scoliose et, avant tout, à évaluer l'angle de courbure (angle de Cobb, fig. 3).

Traitement de la scoliose

Le risque de progression est évalué sur la base de l'ampleur de la scoliose et du potentiel de croissance résiduelle (ménarche, signe de Risser, éventuellement détermination de la croissance au moyen d'une radiographie de la main), et la méthode de traitement est déterminée avec les parents et l'enfant.

L'objectif de tous les traitements conservateurs est l'arrêt de la progression et, par ce biais, la prévention des séquelles. Les patients avec une scoliose de moins de 20° qui sont encore en phase de croissance doivent être

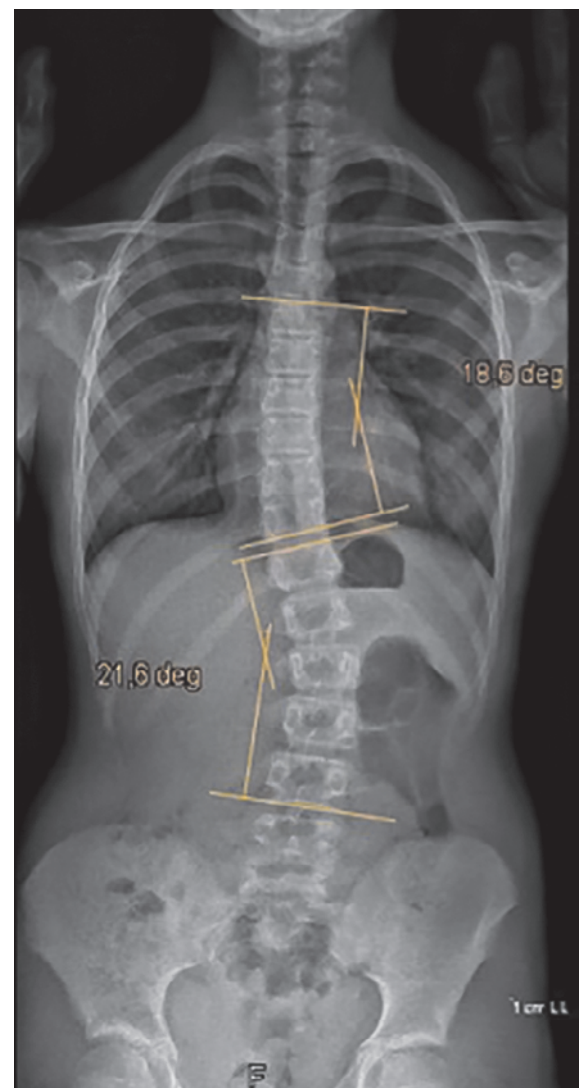


Figure 3: La radiographie de l'ensemble de la colonne vertébrale permet de mesurer l'angle de courbure (angle de Cobb).

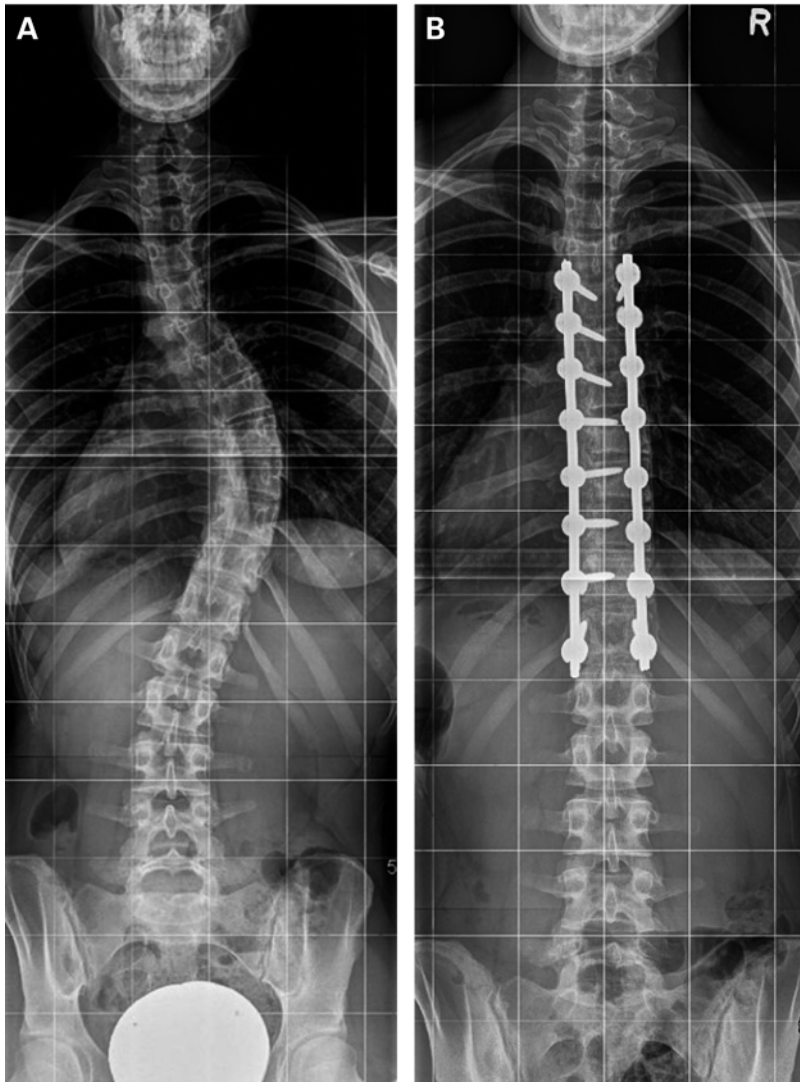


Figure 4: Face à une progression rapide de la courbure au-delà de 50°, l'indication d'une intervention chirurgicale est posée (A). Correction de la déformation par spondylodèse de redressement (B).

Correspondance:
Dr. méd. Sylvia Willi-Dähn
Oberärztin
Kinderorthopädie
Chefarzt Dr. Rafael Velasco
Schulthess Klinik
Lengghalde 2
CH-8008 Zürich
sylvia.willi[at]kws.ch

régulièrement contrôlés (généralement, tous les 6 mois). En cas de courbure comprise entre 20 et 40° et de croissance résiduelle d'encore plus d'1 an, il convient d'envisager urgemment un traitement par corset avec la famille. Le traitement par corset est la seule forme de traitement pour laquelle certaines preuves d'efficacité sont disponibles. Les personnes concernées doivent être clairement informées du fait qu'il ne faut pas s'at-

tendre à une amélioration de la courbure avec le traitement et qu'une augmentation de la courbe peut se développer malgré une utilisation correcte du corset.

La physiothérapie seule n'est pas suffisante pour arrêter la progression, mais elle constitue une composante centrale du traitement, surtout dans le cadre d'un traitement par corset.

Tous les thérapeutes doivent être conscients du fait que le traitement par corset constitue un bouleversement non négligeable dans la vie des adolescents. Une collaboration transparente et étroite entre adolescents, parents, orthopédistes pédiatriques ou orthopédistes, médecins de famille ou pédiatres, physiothérapeutes et techniciens orthopédistes est indispensable à la réussite du traitement.

En cas de courbure de plus de 45–50°, en raison des connaissances sur le risque de progression après la fin de la croissance, il convient d'envisager des mesures chirurgicales (la plupart du temps, une spondylodèse de redressement, fig. 4). En cas de progression rapide de la courbure et de croissance résiduelle encore considérable ou de scoliose congénitale (par ex. en cas d'hémivertèbre), une correction chirurgicale doit éventuellement être envisagée plus tôt.

Résumé

- La scoliose est une déformation fréquente.
- Il n'est pas rare que le diagnostic ne soit posé que lorsque la courbe est déjà considérable, car la scoliose ne cause en règle générale pas de douleurs. En conséquence, un test de flexion antérieure du tronc devrait être conduit lors de l'examen de routine chez les adolescents. En cas de suspicion clinique, il convient d'adresser le patient à un orthopédiste ou un orthopédiste pédiatrique.
- La méthode de traitement est choisie en fonction du degré de la courbe et du stade de développement du patient (risque de progression). Dans le cadre de l'approche conservatrice, l'objectif du traitement est l'arrêt de la progression.