DÉPISTAGE DE LA SCOLIOSE

Dr Z.OUMLERGUEB

I/ INTRODUCTION, DÉFINITION :

Il s'agit d'une déformation tridimensionnelle (dans les trois plans de l'espace :

- Déviation latérale.
- Déviation antéropostérieure.
- Déviation horizontale (rotation).

Le diagnostic = Gibbosité (99%).

II/ ETIOLOGIES :

Il faut rechercher des étiologies :
- Génétiques.
– Mécaniques.
- Neurologiques.
- Métaboliques et Hormonales.

III/ ÉTUDE CLINIQUE :

1) L'examen clinique :

Examen du tronc : vue globale, triangle de la taille, bassin, épaules.

- Debout de dos :
  * Courbure : palpation des épineuses
  * Equilibre : fil à plomb descendu de C7 et rencontrant le pli fessier. Si ce n'est pas le cas, la scoliose est déséquilibrée à droite ou à gauche.
- Debout de profil : Equilibre : fil à plomb descendu des conduits auditifs externes et rencontrant les têtes fémorales (grand trochanter). Si ce n'est pas le cas :

scoliose déséquilibrée en avant ou en arrière.
- Debout en flexion : jambes tendues, rachis fléchi vers l'avant, la **gibbosité** apparaît. Elle
- assis : vue d'en haut appréciation de la rotation épaules bassin et accentuation des défauts du profil.
- couché : disparition des courbures non organiques, ou persistance des courbures organiques.

2) Etude de la croissance :

Recherche de signes de puberté.
- Chez la fille : seins, poils pubiens et premières règles.
- Chez le garçon : poils pubiens, moustache et testicules.

IV/ ÉTUDE RADIOLOGIQUE :

La radiographie à demander est une **téléradiographie** de la colonne debout, de face et de profil, qui doit montrer la tête (vertèbre céphalique) et le bassin (vertèbre pelvienne).

1) Radiographie de face : équilibre C7-D1
- Courbure : vertèbres sommet et limites.
- Bassin : équilibre frontal

Test de **Risser** : indice de maturité osseuse de fin de croissance.

→ Les types de courbure :
- Cervicale : apex C1-C6
- Cervico-thoracique : apex C7-T1
- Thoracique : apex T2-T11
- Thoracolombaire : apex T12-L1
- Lombaire : apex L2-L4
- Lombosacrée : apex L5-S1.

2) Radiographie de profil :
- Courbures physiologiques modifiées

3) Autres examens :

- RX dynamiques (Bending test) : réductibilité, mobilité.
- Scanner : morphologie, rotation, aorte et moelle.
- IRM : moelle; examen difficile
- RX de la main : Age osseux.

V/ RETENTISSEMENT FONCTIONNEL :

1) Ventilatoire : Le déplacement vertébral rétrécit le thorax et entraîne une **insuffisance Ventilatoire Restrictive** par modification du grill costal → Justification d'EFR dans le bilan d'une scoliose grave.

2) Neurologique : Possibilité de compression médullaire dans une scoliose grave dans la concavité.

3) Esthétique : C'est la déformation qui est à l'origine de la découverte de la scoliose.

IV/ ÉVOLUTION PRONOSTIC :

La scoliose s'aggrave avec la croissance. A l'âge adulte l'évolution est plus lente. A la ménopause le déficit hormonal fragilise le rachis et les scoliose s'aggrave à nouveau surtout en lombaire.

→ Le Pronostic global : Age de découverte : plus jeune est le début plus la déformation finale est grave.

→ Classification de **Cotrel** :

* Scoliose infantile : avant 3 ans. Près de 100% auront un angle supérieur à 100°
* Scoliose juvénile :
- 1 : de 3 à 7 ans ↔
- 2 : de 7 à 11 ans ← 50% auront un angle de 50 à 100°
- 3 : de 11 ans aux 1eres règles (PR).

* Scolioses de l'adolescence : après les PR. 95% auront un angle inférieur à 50°.

→ Topographie : selon la localisation qui suit, les scolioses sont de gravité croissante : Lombaire<thoracolombaire<combinée<thoracique.

VII/ TRAITEMENT :

1) TRT Orthopédique :

* Le traitement orthopédique a pour but de stopper l'aggravation inéluctable d'une scoliose pendant la croissance.
* Le traitement orthopédique est décidé devant la preuve de l'évolutivité d'une scoliose à 2 contrôles consécutifs ou devant une scoliose grave d'emblée.
* Le traitement orthopédique ne s'adresse qu'à des scolioses lors de la croissance; il n'a pas lieu d'être chez l'adulte.

→ Kinésithérapie : isolée ou associée au corset.

* Assouplissement
* Éducation respiratoire
* Correction posturale
* Musculation
* Utilisation des corsets qui sont maintenus le plus longtemps possible, jour et nuit jusqu'à la fin de la croissance.

2) TRT Chirurgical : Il a pour but de corriger la déformation et de maintenir le résultat. Il utilise des implants métalliques (crochets et vis) qui par des tiges corrigent et maintiennent le rachis en bonne position.

- Le traitement chirurgical s'applique aux scolioses graves (plus de 40°), en fin de croissance.