

Une scoliose chez une jeune fille: quelle approche?

Kan Min

Klinik Balgrist, Orthopädische Universitätsklinik, Zürich

Introduction

Le diagnostic clinique d'une scoliose repose sur la présence d'une gibbosité et d'une asymétrie thoracique. A l'adolescence, plus de 90% des cas sont d'origine idiopathique. La prévalence des scolioses de plus de 20° est de 0,5%, les filles étant 10 fois plus touchées que les garçons. 10% des sujets voient leur scoliose progresser une fois le diagnostic initial posé. Un traitement est indiqué lorsque l'angle de courbure de la scoliose dépasse 25° dans l'enfance. Les scolioses de 25° à 35° progressent chez 65% des patients durant la période de croissance accélérée. Le choix du traitement dépend du potentiel de croissance résiduel et du degré de sévérité de la scoliose.

Physiothérapie?

Les mesures physiques, qu'elles se déroulent en milieu hospitalier ou ambulatoire, ne modifient pas le cours spontané de la scoliose. Elles ne peuvent donc guère qu'améliorer la posture, renforcer la musculature et optimiser la condition physique [1, 2]. La physiothérapie ne joue par conséquent qu'un rôle adjuvant dans le traitement de la scoliose idiopathique.


Corset?

Le corset est indiqué dans les scolioses de 25° à 45°. S'il ne corrige pas le trouble axial, le corset peut éventuellement contribuer à freiner la progression de la scoliose durant la poussée de croissance. Il n'existe toujours pas, à ce jour, d'études de qualité ayant démontré avec certitude l'efficacité des corsets pour enrayer le cours naturel des scolioses [2]. Un corset soumet la colonne vertébrale à une contrainte mécanique, mais ne produira des effets sur le développement de la colonne vertébrale que si le squelette n'est pas encore parvenu à maturation complète et dispose encore d'un certain potentiel de remodelage. Le squelette est considéré comme immature jusqu'à un an après la ménarche ou jusqu'au stade de Risser II à la radiographie. Il est ensuite trop tard pour instaurer un traitement par corset. Une scoliose de plus de 45° n'est pas non plus accessible à un traitement par corset. Les corsets les plus efficaces sont les corsets rigides en matière synthétique, portés durant 22 heures par jour. Il s'agit donc d'un traitement lourd, dont les résultats restent imprévisibles de surcroît, si bien qu'il ne rencontre pas un enthousiasme débordant chez les jeunes de la société actuelle.

Opération?

Une opération est conseillée lorsque la scoliose dépasse 45°, car une scoliose non traitée de cette importance est susceptible de se péjorer à plus ou moins long terme [3]. Il suffit d'évoquer les problèmes bien connus en matière d'image de soi, de troubles psychosociaux, de handicaps physiques et de douleurs chroniques [4, 5]. Une limitation cliniquement significative de la fonction pulmonaire ne survient que dans les cas de scoliose extrêmement sévère. La réduction d'une scoliose par des implants a débuté vers la fin des années 1950 avec la pose de tiges de Harrington. Cette technique est certes tombée en désuétude et est remplacée aujourd'hui par les méthodes de fixation modernes, qui s'en inspirent cependant encore largement; une rigidification de la colonne vertébrale est incontournable pour la correction. La principale question qui se pose actuellement concerne l'étendue de la zone de fixation. L'idéal est d'obtenir la meilleure correction possible à l'aide de fixations aussi courtes que possible. Les longues portions de fixation dans la région lombaire limitent logiquement la mobilité du rachis chez un enfant pour le restant de ses jours. Il en résultera inévitablement des limitations dans les activités physiques, une usure prématurée des disques intervertébraux et des douleurs lombaires [6].

Chirurgie minimalement invasive des scolioses?

Pour être minimalement invasif, il ne suffit de loin pas d'une petite incision à la peau. Il est essentiel de limiter au maximum les lésions tissulaires et de conserver au mieux les fonctions biologiques. Le maintien de la mobilité du rachis est un objectif prioritaire dans la chirurgie de la scoliose. Nous disposons aujourd'hui de techniques chirurgicales permettant de corriger les scolioses par des trajets de fixation remarquablement courts. L'opération se déroule non pas par voie postérieure, mais au moyen d'un abord latéral. Une incision d'environ 8 cm est d'abord pratiquée, puis on effectue une mini-thoracotomie pour exposer la colonne dorsale par voie transthoracique du côté de la convexité, extraire les disques vertébraux et ancrer des vis dans chacune des vertèbres (fig. 1 )

La dimension très réduite de la thoracotomie et l'utilisation d'implants métalliques de type «low profile» évitent toute atteinte à la fonction pulmonaire. Les patients ne perçoivent pratiquement pas de limitation de



Kan Min

L'auteur certifie qu'aucun conflit d'intérêt n'est lié à cet article.

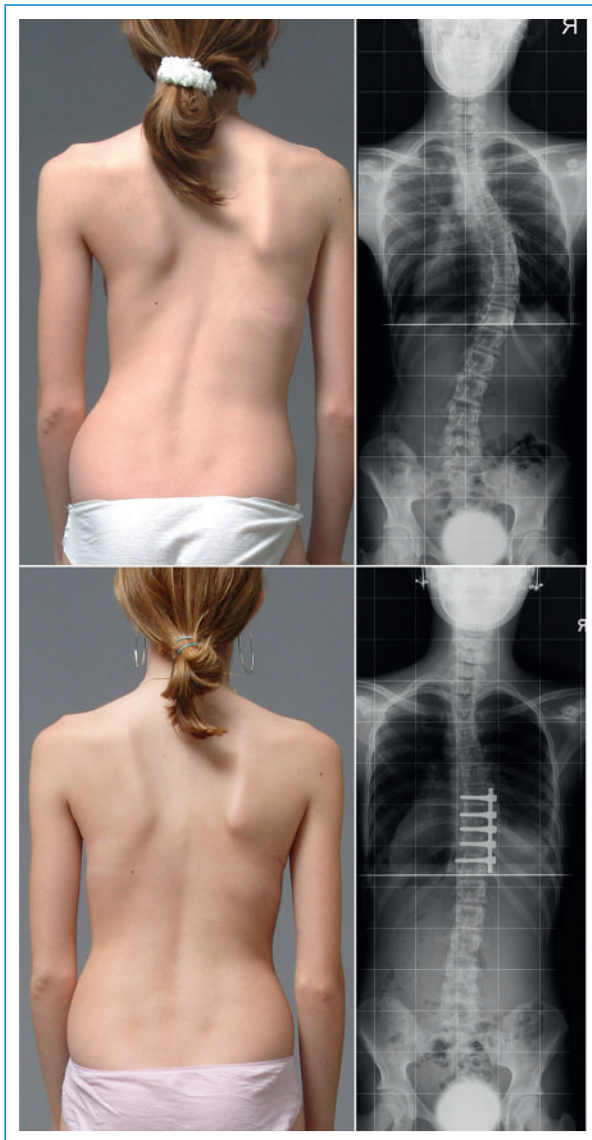



Figure 1
Une mini-thoracotomie expose transthoraciquement la colonne dorsale du côté de la convexité; les disques intervertébraux sont éliminés et chaque corps vertébral est fixé au moyen de vis.

la mobilité du rachis et le résultat esthétique est excellent. Chez les jeunes femmes, la cicatrice est suffisamment petite pour disparaître sous le soutien-gorge (fig. 2 ). Par rapport aux anciennes techniques opératoires consistant à fixer la colonne avec des implants posés par voie postérieure, cette méthode présente l'avantage d'une zone de stabilisation nettement plus courte. C'est bien une technique minimalement invasive!

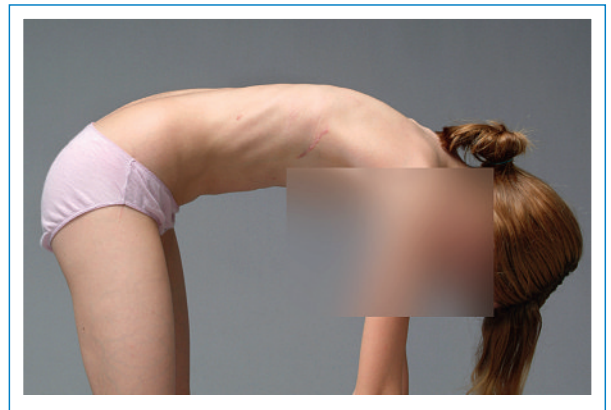


Figure 2
Grâce à une petite thoracotomie et à des implants métalliques «low profile», la limitation de la mobilité n'est guère perceptible pour les patients et le résultat esthétique est excellent. La petite cicatrice est très facile à cacher.

Ou comment obtenir de meilleurs résultats à moindre frais!

Moins de rigidité égale plus de mobilité.

Correspondance:

PD Dr Kan Min
Leitender Arzt Wirbelsäulen Chirurgie
Klinik Balgrist
Orthopädische Universitätsklinik
Forchstrasse 340
CH-8008 Zürich
kan.min@balgrist.ch

Références

- 1 Stone B, Beekman C, Hall V, Guess V, Brooks HL. The effect of exercise program on change in curve in adolescents with minimal idiopathic scoliosis. *Phys Ther.* 1979;59:759-63.
- 2 Lennox ML, Frijlink AC, Berger M, Bierma-Zeinstra S, Verkerk K, Verhagen AP. Effect of bracing and other conservative interventions in treatment of adolescent idiopathic scoliosis: a systematic review of clinical trials. *Phys Ther.* 2005;85(12):1329-39.
- 4 Weinstein SL, Zavala DC, Ponseti IV. Idiopathic scoliosis. Long-term follow-up and prognosis in untreated patients. *JBJS.* 1981;63-A:702-12.
- 5 Danielsson AJ, Wiklund I, Pehrsson K, Nachemson AL. Health-related quality of life in patients with adolescent idiopathic scoliosis. *Eur Spine J.* 2001;10:278-88.
- 6 Haefeli M, Elfering A, Kilian R, Min K, Boos N. Non operative treatment for adolescent idiopathic scoliosis: a 10-60 year follow-up. *Spine.* 2006;31(3):355-66.
- 7 Bartie BJ, Lonstein JE, Winter RB. Long term follow-up of adolescent idiopathic scoliosis patients who had Harrington Instrumentation and fusion to lower lumbar vertebrae. *Spine.* 2009;34(24):E873-8.