Hypercyphose du rachis dorsal chez l'adulte: méconnue, évolutive et (encore aujourd'hui) difficile à traiter

Reto Krapf, rédacteur en chef

Une hypercyphose chez une personne âgée vous fait-elle aussi évoquer des fractures ostéoporotiques et avez-vous également tendance à trouver normale, chez un sujet en âge avancé, la présence d'une hypercyphose sur un cliché de profil de la colonne vertébrale?

L'importance de la cyphose peut être évaluée cliniquement à l'aide de diverses méthodes (par ex. le cyphomètre de Debrunner), notamment la mesure de l'angle de Cobb sur la radiographie de profil (fig. 1). Un angle supérieur à 40 degrés signe habituellement le diagnostic de l'hypercyphose, bien que certains retiennent des valeurs seuils différentes. Le principal problème de la cyphose ou de l'hypercyphose est dû au fait qu'elle s'aggrave avec l'âge et la progression la plus rapide s'observe en général entre l'âge de 50 et de 60 ans. On admet que 20–40% des plus de 60 ans qui vivent de façon indépendante souffrent d'une hypercyphose grevée d'une morbidité considérable (douleurs, tendance aux chutes, diminution de la capacité vitale pulmonaire, réduction de la capacité de performance physique, troubles de la motilité gastro-intestinale, etc.) et d'une surmortalité certaine.

Etonnamment, «seulement» un tiers des hypercyphoses, y compris des formes sévères, est attribuable à des fractures vertébrales ostéoporotiques [1]. Certaines données suggèrent que l'hypercyphose pourrait être elle-même à l'origine des fractures vertébrales. Parmi les autres causes de l'hypercyphose, il faut mentionner les lésions dégénératives des disques intervertébraux, la perte de masse musculaire au niveau du tronc (sarcopénie), la perte d'élasticité, voire les calcifications de l'appareil ligamentaire vertébral ou encore certains facteurs génétiques. On peut dire que l'hypercyphose est une maladie multifactorielle complexe avec la participation claire de divers facteurs prédisposants.

La vitesse de progression d'une hypercyphose varie beaucoup selon les études et selon la population considérée. Elle varie de 0,3 à plus de deux degrés angulaires par année! Malheureusement, pratiquement aucune des interventions préconisées jusqu'ici n'a permis de ralentir la progression de la cyphose, même si nombre des mesures proposées paraissent *a priori* judicieuses (gymnastique posturale, physiothérapie, mesures orthopédiques, pharmacothérapie de l'ostéoporose, etc.). Il faut mentionner à ce propos les résultats d'une étude récente [2], qui a tenté d'identifier les principaux facteurs associés à la progression de ce trouble axial, du moins chez les femmes: faible masse osseuse et petit poids de corps initialement, ensuite diminution de la masse osseuse, fractures vertébrales successives et perte de poids au cours du temps.

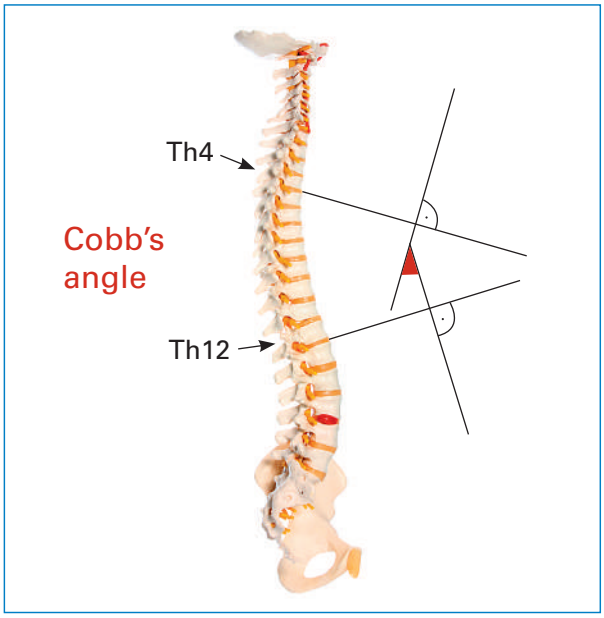

Figure 1
Mesure de l'angle de Cobb.

La progression d'une cyphose dorsale avec l'âge a des répercussions considérables, tant au niveau individuel qu'au plan socio-économique. Il s'agit donc d'en apprécier l'importance cliniquement et radiologiquement, de la documenter et d'en contrôler l'évolution. Il faut tout faire pour freiner la perte pondérale (surtout celle de la masse maigre, soit essentiellement musculaire) et la perte de masse osseuse. Et compte tenu de la phase critique de la 6e décade, il est essentiel de faire un bilan ciblé au plus tard vers l'âge de 50 ans. Il est aussi grand temps de réaliser des études cliniques destinées à apprécier l'efficacité des différentes stratégies interventionnelles actuelles.

Références

1 Schneider DL, von Mühlen D, Barrett-Connor E, Sartoris DJ. Kyphosis does not equal vertebral fractures: the Rancho Bernardo study. J Rheumatol. 2004;31(4):747.
2 Kado DM, M-H Huang, AS Karlamanga, P Cawthon, et al. Factors associated wtih kyphosis progression in older women: 15 years experience in the study of osteoporotic fracturres. JBMR. 2013;28:179–87.