



Traitement d'une scoliose de l'adolescent

Pourquoi traiter une scoliose de l'adolescence ?

La scoliose idiopathique de l'adolescent n'est pas douloureuse. Si un jeune scoliotique se plaint de son dos, ce n'est pas en raison de sa scoliose.

Lorsqu'elle reste dans des valeurs modérées elle n'a aucune conséquence sur la vie future, qu'il s'agisse du sport ou de l'activité professionnelle. Des règles d'hygiène de vie visant à éviter toute prise de poids et garder une activité sportive régulière permettront une vie d'adulte strictement normale.

En revanche au-delà des valeurs seuil de 45° thoracique ou 35° lombaire la scoliose va continuer à s'aggraver et surtout se rigidifier (on dit se structuraliser). Les douleurs surviendront vers la quarantaine à un âge où le seul traitement possible est une intervention chirurgicale très lourde. Cette chirurgie à l'âge adulte est beaucoup plus étendue et invalidante que si elle est pratiquée à l'adolescence. C'est cette évolution péjorative grave que l'on cherche à éviter durant la période de croissance quand tout est encore possible.

Enfin il est fréquent que l'adolescent – et plus souvent l'adolescente – ne souffre pas physiquement, la scoliose peut-être mal vécue sur le plan psychologique à un âge où il (elle) est très attentif(-ve) à l'image de son corps. Pour autant si l'aspect esthétique rentre en ligne de compte dans la prise en charge d'une scoliose, il n'est pas l'élément déterminant d'un traitement lourd.

La scoliose de l'enfant et de l'adolescent se soigne-t-elle ?

Dans 90% des cas les scolioses peuvent être stabilisées sans qu'il y n'ait besoin d'opération chirurgicale. La très grande majorité des scoliotiques devenus adultes vivent une vie tout à fait normale sous réserve d'un minimum d'hygiène de vie. Reste qu'aujourd'hui, malgré de nombreuses recherches toujours en cours, les médecins ne sont toujours pas parvenus à traiter la cause de la scoliose. Leurs traitements sont donc toujours pour l'instant palliatifs.

En quoi consiste le traitement ?

Toute scoliose ne justifie pas forcément un traitement, si elle est modérée et ne s'aggrave pas au fil des examens de contrôle. Dans plus de la moitié des cas, un corset sera proposé. Le corset a pour but principal d'éviter une aggravation de la scoliose afin de permettre à l'enfant d'arriver en fin de croissance avec une scoliose modérée qui sera stable à l'âge adulte. Il faut le concevoir comme un tuteur qui guide la croissance de l'enfant. Le corset est fabriqué sur mesure par un orthoprothésiste à l'aide d'un moulage ou d'une empreinte optique du tronc. C'est aujourd'hui le seul traitement qui ait objectivement fait la preuve de son efficacité sur des scolioses avérées.

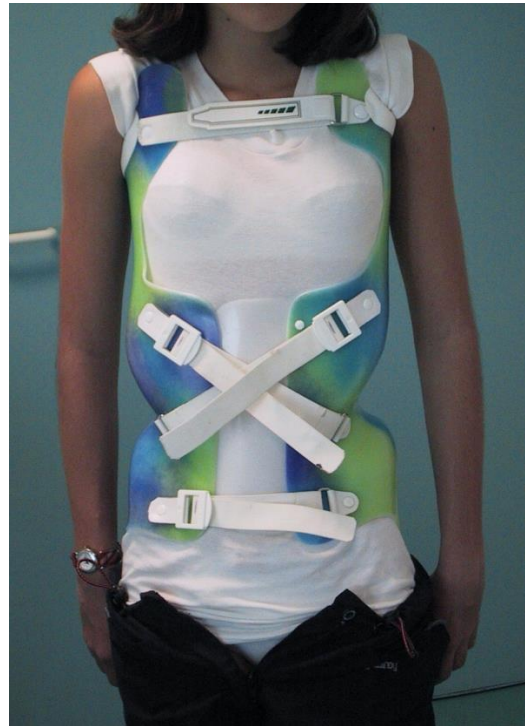
La kinésithérapie ne constitue pas un traitement dont l'efficacité est prouvée si elle est effectuée de manière isolée. Elle garde sa place en complément lorsqu'un corset est posé et en cas d'activité sportive insuffisante.

Rédaction : Jean-Luc JOUVE

Validation : SoFOP

Version : 2020

Les autres mesures thérapeutiques telles que l'ostéopathie ou des semelles orthopédiques ne sont pas contre indiquées mais aucune preuve scientifique n'a démontré à ce jour leur efficacité.



Exemples de corsets de maintien

Combien de temps le patient devra-t-il porter son corset ?

Théoriquement, le ou la patiente doit porter son appareillage jusqu'à la fin de sa croissance (16 ou 17 ans) et, selon les cas, 24h/24 ou seulement la nuit. Reste que l'observance du corset est difficile à obtenir chez l'adolescent. Si la scoliose n'est pas trop sévère, on va donc le plus souvent négocier avec lui, en lui demandant, par exemple, de porter son corset quand il rentre du collège ou du lycée jusqu'au lendemain matin.

Un point est très important. L'existence d'une scoliose et le port d'un corset ne constituent en aucun cas une contre-indication à un sport quel qu'il soit. De la même manière le port de charges, notamment un cartable trop lourd, n'aura pas d'influence sur l'évolution d'une scoliose.

Un seuil de tolérance de 2 ans

Des chercheurs américains ont placé sur la coque des corsets des puces thermosensibles afin de savoir combien d'heures les adolescents portaient leur corset. Ils se sont ainsi aperçus que passés deux ans, les enfants porteurs de corsets permanents délaissaient leur appareillage. C'est pourquoi les chirurgiens orthopédistes tablent autant que possible sur un traitement à temps partiel, afin de pouvoir prolonger une correction qui sera mieux acceptée dans le temps

Parce que le jeune n'a pas achevé sa croissance, il change de corset une fois par an en moyenne. Pour la même raison, le chirurgien orthopédiste revoit son patient deux fois par an afin d'évaluer l'évolution de la scoliose. Une radiographie est alors réalisée. De plus en plus, on utilise de nouveaux

Rédaction : Jean-Luc JOUVE

Validation : SoFOP

Version : 2020

moyens d'imagerie dits « microdosés » qui irradient entre 10 et 50 fois moins qu'un appareil classique.

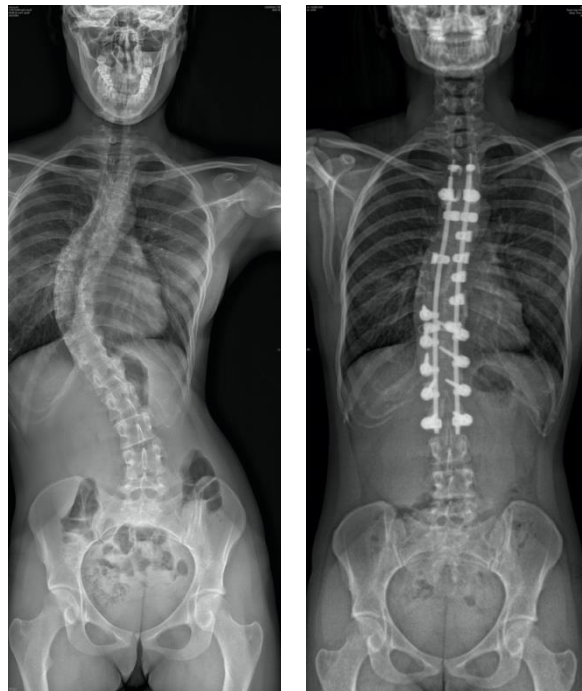
Quels sont les résultats du port d'un corset ?

Pour une scoliose thoracique, l'objectif est d'arriver en fin de croissance à une courbure de moins de 40°-45°, un seuil qui permettra à l'adulte d'avoir une vie sociale et sportive normale.

Pour une scoliose lombaire, on cherche à stabiliser la courbure en dessous de 30°-35°. Si ces angles ne sont pas dépassés (ce qui est le cas le plus souvent) les risques sont faibles de voir la scoliose se décompenser dans le futur. Si ce n'est pas le cas (de 10% des patients), une opération chirurgicale est alors conseillée.

En quoi consiste l'intervention chirurgicale ?

L'objectif de l'intervention est de stopper le processus d'aggravation de la scoliose, et si possible de redresser la colonne vertébrale à des valeurs normales pour lui redonner un bon équilibre. Chez un adolescent, le chirurgien bloque définitivement les vertèbres concernées par des tiges, des vis, ces crochets et autres instrumentations en titane. Une greffe osseuse est pratiquée afin de solidifier le tout. Il est impératif de choisir un centre spécialisé dans la chirurgie du rachis de l'enfant. L'intervention réclame en effet un savoir-faire spécifique, une équipe entraînée et un plateau technique particulier, notamment une surveillance de la moelle épinière assurée à l'aide d'un équipement de surveillance adapté.



Sur la radiographie de droite, on observe les matériels de fixation qui ont permis de redresser la colonne vertébrale



Malgré la fixation de la colonne vertébrale visible sur la radiographie de droite cette jeune fille récupère une mobilité proche de la normale dans les disques vertébraux laissés libres ainsi que le bassin et les hanches

Des techniques nouvelles sont actuellement à l'étude visant à conserver une mobilité à la colonne vertébrale grâce à des câbles ou des tresses fixés par voie endoscopique dans la cavité thoracique. Ces techniques appelées « modulation de croissance » sont théoriquement réservées aux sujets jeunes avant la puberté afin de réaliser un corset interne permettant de moduler la croissance lorsqu'un corset est refusé par les patients. Les résultats et les risques à moyen et long terme de ces techniques ne sont pas connus. Ainsi actuellement, en l'absence de résultats fiables et de matériel implantable dédiés Elles ne font pas partie des techniques chirurgicales de référence pour la chirurgie de la scoliose

Quelles sont les suites opératoires ?

Elle nécessite une hospitalisation de 5 à 7 jours et une convalescence à la maison d'un mois avec des séances de kinésithérapie en appoint. Au bout d'un mois, le jeune peut faire du vélo, se baigner ou courir mas il devra attendre six mois pour pratiquer des sports plus violents (football, ski...). Il est préférable de programmer l'intervention avant 20 ans et, en raison de la convalescence, avant que le jeune n'entame des études supérieures ou sa vie professionnelle.

Quels sont les résultats de l'intervention?

Une fois opéré, le patient vit très bien avec le matériel fixé à ses vertèbres dont il oublie la présence. Il peut pratiquer ses activités sportives préférées. Une étude française récente menée auprès de 300 patients opérés a démontré le succès de ces opérations. Le taux de reprise (ré-intervention) est de seulement 4% à 6% après 20 ans.



Clichés de la même jeune fille avant et après l'intervention

Rédaction : Jean-Luc JOUVE

Validation : SoFOP

Version : 2020

Quels sont les risques et les complications possibles de l'opération ?

Le risque le plus grave est neurologique. Il est associé à une lésion de la moelle épinière. Toutefois, le monitoring de celle-ci l'a réduit très fortement ces dernières années. Il est aujourd'hui de 0,8%. Sur ces 0,8%, 0,4% des patients récupèrent totalement et autant gardent des séquelles (de la paralysie d'un orteil, d'un pied, d'une jambe jusqu'à la paraplégie complète dans de très rares cas). Les autres complications sont dues aux infections nosocomiales (2%) qui compromettent le résultat dans un cas sur deux. Le matériel est alors retiré et une seconde intervention est nécessaire.

En conclusion, on comprend mieux la nécessité d'un bon dépistage de la scoliose (simple avec la recherche d'une gibbosité) et de sa surveillance étroite à la puberté, pour éventuellement la traiter et ainsi prévenir l'apparition d'une scoliose invalidante à l'âge adulte.