

Scoliose :

kinésithérapie, corset ou chirurgie ?

■ **Parents, surveillez le dos de vos enfants ! Et si le médecin scolaire a détecté une déformation, prenez rendez-vous sans tarder dans un service d'orthopédie infantile. Des solutions existent, mais le plus tôt est le mieux.** ■

La scoliose, c'est-à-dire – pour faire court – une déformation latérale de la colonne vertébrale, n'est pas vraiment une maladie. C'est une anomalie qui peut avoir différentes causes, connues ou inconnues. Dans 30 % des cas environ, cette déformation apparaît dans le cadre d'une maladie bien identifiée : congénitale, infectieuse, musculaire, métabolique ou neurologique. Un exemple : la poliomyélite, une maladie virale qui provoque une paralysie et une atrophie musculaire, elles-mêmes responsables de déformations osseuses.

■ Scolioses "idiopathiques" : les plus fréquentes

"Il faut imaginer la colonne comme un mât avec des haubans de chaque côté pour le soutenir et le maintenir droit. Quand l'un des haubans tient moins bien que l'autre, la colonne part du côté le plus efficace. Le muscle qui fonctionne tire trop fort par rapport à l'autre et entraîne une déviation de la colonne. C'est ce qu'on appelle une scoliose paralytique", explique le Dr Christian Mazel, chef du service de chirurgie orthopédique de l'Institut mutualiste Montsouris (Paris).

À côté de ces scolioses dont on connaît bien les causes – même si on ne sait pas toujours expliquer par quels mécanismes elles provoquent une déformation vertébrale – les scolioses isolées sont bien plus fréquentes (70 % des cas). Les enfants ne se plaignent de rien, n'ont aucune maladie, aucune anomalie et pourtant leur dos se déforme. Les médecins qualifient "d'idiopathiques" ces scolioses dont ils ignorent totalement l'origine.



LES CARTABLES SONT INNOCENTS

Tous les ans à la rentrée, il est de bon ton de rappeler que les cartables de nos enfants sont trop lourdement chargés et qu'ils peuvent provoquer une scoliose...

"Ce n'est pas vrai du tout. Une mauvaise position assise en classe et le port d'un cartable trop lourd peuvent entraîner un mal de dos ou de la fatigue, par exemple, mais jamais une scoliose...", rectifie le Dr Mazel.

■ Une gibbosité

En général, les déformations apparaissent au moment de l'adolescence (entre 10 et 15 ans), parfois un peu plus tôt, certaines même avant l'âge de 3 ans. "Les vertèbres se mettent à tourner par rapport à un axe, et en tournant, entraînent une déformation de face : quand on regarde l'enfant de face, la vertèbre est de travers, inclinée. Mais aussi une déformation de profil, une courbure saillante : une cyphose. On devrait donc plutôt parler de cypho-scoliose que de scoliose...", détaille le Dr Christian Mazel.

Quand un enfant vu de face a une épaule plus haute que l'autre ou se tient "tordu", il suffit de le faire pencher en avant pour savoir s'il a une scoliose ou pas. Une gibbosité, autrement dit une

MÉFIANCE !

Quand la scoliose se situe au niveau de la cage thoracique, elle ne s'aggrave plus après 18 ans (environ), c'est-à-dire après la fin de la croissance. En revanche, en cas de doubles courbures, c'est-à-dire de déformations à la fois lombaires et thoraciques, celles-ci peuvent encore évoluer au niveau des vertèbres lombaires après la fin de l'adolescence. Il faut alors se méfier et continuer de surveiller ces déformations tous les 3 ou 4 ans par radiographies.



"bosse du dos", signe une vraie scoliose. Si, au contraire, l'enfant a le dos bien plat et les deux omoplates à la même hauteur, il s'agit seulement d'une "attitude scoliotique". "Comme le mot l'indique, l'enfant a une mauvaise posture, ce qui n'est pas du tout la même chose qu'une déformation. Bien entendu, les parents doivent le reprendre à chaque fois qu'il se tient mal, mais il n'en restera rien à l'âge adulte", précise le Dr Mazel, rassurant.

■ La prépuberté, période à risque

La "vraie" scoliose, en revanche, se traduit par une déviation de la colonne qui, le plus souvent, s'accroît avec la croissance, parce que les vertèbres

grandissent. Quand elle a commencé à grandir "de travers", la vertèbre a un peu tendance à le faire de façon asymétrique au lieu de grandir bien droite, ce qui majore encore le phénomène. Des troubles de la croissance viennent ainsi s'ajouter à la déformation. Plus la scoliose apparaît tôt, plus elle risque d'évoluer sérieusement. Pourtant, certaines formes restent stables ou même régressent toutes seules. Là encore sans que l'on sache pourquoi. Dans le doute, toutes doivent donc faire l'objet d'une surveillance périodique rigoureuse, tout particulièrement au stade prépubertaire qui correspond à une période de croissance rapide de la colonne vertébrale.

■ Un corset correcteur

Il est essentiel de savoir si la déformation évolue, de façon à entreprendre un traitement orthopédique par corset* le plus tôt possible, fait remarquer le Dr Mazel. "Des radios tous les 3 à 6 mois permettent de connaître le caractère évolutif (ou pas) de la scoliose. Pendant ce temps, le médecin prescrit des séances de kinésithérapie, mais plus pour obliger l'enfant à prendre conscience de son dos que pour corriger la déformation. En effet, si celle-ci évolue, la rééducation ne sert à rien..." Ou bien le corset (en plastique) – réalisé en fonction du degré de maturation osseuse de l'enfant et de la localisation de la scoliose – associé à la kinésithérapie, permet de corriger la déviation en laissant les vertèbres grandir à peu près normalement – ce qui peut prendre 3 à 4 ans. Ou bien, malgré le port d'un corset adapté, la déformation continue de s'aggraver et il faut envisager une intervention chirurgicale. Entre 14 et 18 ans, c'est-à-dire une fois la maturité osseuse relativement avancée, mais sans attendre la fin de la croissance. Et jamais si l'angle de déformation est inférieur à 40°. Au-delà de 40°, le préjudice esthétique est trop élevé et la scoliose peut finir par avoir des répercussions cardiaques et respiratoires. L'opération est alors justifiée.

■ Souder les vertèbres

"Les techniques ont énormément progressé depuis 1985, mais c'est une chirurgie lourde et délicate, non dénuée de risques, même s'ils sont rares (paralysie des membres inférieurs). Il faut donc de vraies raisons d'opérer", ajoute le Dr Mazel. L'intervention permet de rattraper la déformation (plus ou moins

LA FONDATION YVES COTREL

Un chirurgien français, spécialisé dans les déviations de la colonne vertébrale, le Dr Yves Cotrel – inventeur de dispositifs métalliques implantables de correction orthopédique, adoptés dans le monde entier – a créé une Fondation, en 1999, sous l'égide de l'Institut de France, pour aider la recherche sur les pathologies rachidiennes. Un domaine où les financements sont rares... La Fondation soutient des programmes de recherche français et internationaux, destinés à améliorer les connaissances sur la maladie et ses traitements. On devrait donc en savoir un peu plus dans quelques années.

● Fondation Yves Cotrel pour la recherche en pathologie rachidienne – Institut de France, 23 quai Conti, 75006 Paris.

selon sa gravité) et de récupérer des centimètres de taille perdus. L'opération consiste à souder entre elles les vertèbres après avoir redressé la colonne déviée à l'aide de dispositifs implantés et d'autogreffes osseuses. Il existe plusieurs techniques, mais les résultats sont superposables: l'enfant se lève dès le surlendemain, ne reste que 7 ou 8 jours à l'hôpital et reprend plus vite ses activités (sans corset). Les adolescents opérés en juin retournent au lycée en septembre. On est bien loin du plâtre correcteur indispensable après l'intervention, avec repos au lit forcé pendant 2 ans...

■ *Evelyne Gogien* ■

* Quand la déformation est prononcée, le corset doit être porté 23 h sur 24 h, puis seulement la nuit en fin de traitement.

UNE MALADIE DE FILLE ?

Les scolioses dites idiopathiques (sans cause identifiable) touchent beaucoup plus les filles que les garçons mais on ignore pour quelle raison. Lorsque les courbures sont prononcées (au-delà de 30°), la proportion est de 10 filles pour 1 garçon.