

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://mediaserver.unige.ch>

Une fois sur la page d'accueil, taper dans le champ de recherche « Visio » et choisissez la bonne année académique. Puis entrer les identifiants suivants :

user : visioR, password : 2020

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 22 novembre 2022

Scoliose en cabinet

Dr Romain Dayer, médecin adjoint agréé, responsable de l'unité d'orthopédie et traumatologie - HUG

La définition de la scoliose est une courbure latérale de la colonne.

Une définition radiologique est un angle de Cobb $>10^\circ$.

Il s'agit d'une déformation dans les trois plans face, latéral, sagittal.

La gibbosité est du côté de la convexité de la courbure, appréciée avec le scoliomètre.

Il peut exister une asymétrie de longueur des membres inférieurs pouvant mimer la scoliose. L'examen clinique peut être complété par l'examen du dos en position assise.

Il faut également observer la hauteur des épaules, la hauteur des omoplates et leurs saillies, l'asymétrie des creux lombaires.

Il faut étudier le morphotype, en particulier rechercher les taches café-au-lait de la neurofibromatose, ou une déformation des pieds en rapport avec un problème neurologique.

A l'examen, il faut rechercher une asymétrie des réflexes cutanés abdominaux.

Auparavant, il existait un dépistage scolaire. En son absence, le dépistage repose sur l'examen du pédiatre.

Depuis les années 2013, il a été prouvé que le corset bien porté est efficace pour prévenir la progression vers une forme nécessitant la chirurgie. Ce point était auparavant fortement critiqué.

Dès un angle de 5° au scoliomètre, il est justifié de proposer une consultation spécialisée ou de pratiquer une radiologie ou un examen EOS.

L'origine de la scoliose peut être idiopathique, neuromusculaire, ou congénitale.

Selon l'âge, la scoliose est infantile (jusqu'à 3 ans), juvénile (entre 3 et 10 ans) adolescente (entre 10 et 18 ans) ou adulte (> 18 ans). Une scoliose à début précoce est une scoliose commençant avant l'âge de 10 ans. Elle est souvent liée à une fusion

vertébrale ou à une malformation vertébrale, le traitement conservateur est souvent un échec.

La scoliose peut avoir un risque évolutif faible, une surveillance simple est alors suffisante.

Elle peut avoir un risque évolutif fort, et un traitement par corset ou par chirurgie devient nécessaire. Le traitement dépend de l'âge, et de l'amplitude de la courbure.

La scoliose du nourrisson est rare, prédomine chez le garçon. Il y a une résolution spontanée dans 70 à 90 % des cas.

La scoliose peut être associée à une anomalie de l'axe neural.

Il est possible de faire des plâtres sériés sous anesthésie générale. Le traitement est assez efficace mais difficile à supporter.

Dans la scoliose juvénile, l'examen est plus facile. Elle représente environ 20 % des cas.

Chez les adolescents, elle est le plus facilement détectée avec le scoliomètre. Environ 20 % auront besoin d'un traitement orthopédique.

51 % des scolioses opérées sont des scolioses idiopathiques. Non traitée, la scoliose n'entraîne pas d'augmentation de la mortalité à long terme. (plusieurs études le prouvent). Il s'agit essentiellement d'un problème cosmétique.

Il est nécessaire d'évaluer la croissance résiduelle, notamment avec le signe de Risser même si sa validité est critiquée. L'examen peut être complété par un âge osseux. Il faut également tenir compte des signes cliniques de maturité (pilosité, développement des organes génitaux externes).

Quel est le rôle de la physiothérapie ? D'abord fortement remise en question, elle est maintenant en évaluation, en particulier la méthode SSE (scoliosis specific exercise). Mais il y a des problèmes de remboursement par l'assurance, et elle nécessite beaucoup de temps.

Le but du traitement est d'éviter le seuil chirurgical (45° de l'angle de Cobb) en fin de croissance.

En dessous de l'angle de 20° , la proposition de prise en charge consiste une surveillance (mais il faut tenir compte des aspects de la croissance).

Entre 20° et 40° , le port du corset.

Au-delà de 40° , la chirurgie est indiquée.

Le port du corset est efficace s'il est porté 15 à 18 heures par jour, ceci nécessite une bonne compliance. Il évite la chirurgie dans 91 % des cas.

Le traitement chirurgical consiste en fusion postérieure avec des tiges métalliques. 5 à 20 % des enfants devront être ré-opérés. Il existe des essais de traitement modulaire avec un contrôle de croissance par blocage (modulation de croissance) les résultats sont moins encourageants.

La scoliose congénitale est souvent liée à une malformation vertébrale dont il existe différents types. Il existe un risque de malformation du canal rachidien, la chirurgie est beaucoup plus délicate.

Il faut se poser la question d'un syndrome, notamment le syndrome CHARGE et rechercher des lésions associées par échocardiographie et échographie des voies urinaires.

Le traitement consiste en résection et fusion limitée des vertèbres, distraction avec des tiges de croissance, ou croissance graduée avec des tiges de croissance.

La scoliose neuromusculaire (10 à 20 % de la pratique chirurgicale) se voit dans les infirmités motrices congénitales, les myopathies de type Duchenne, les myéloméningocèles.

La courbe est souvent longue, en C. Il y a souvent des complications d'escarre. La chirurgie est difficile, il y a 20 % de complications.

D'une manière générale, pour éviter les complications de la chirurgie, on peut envisager le neuromonitorage, la préparation hématologique, et la navigation guidée par le CT Scan.

En résumé,

La scoliose est un terme descriptif.

Il existe plusieurs sortes de scoliose.

Attention aux courbes sévères avant l'âge de 10 ans.

Un seuil au scoliomètre de 5° nécessite de faire un bilan ou de référer au spécialiste.

Le pronostic à long terme est en général favorable.

Exemple de référence : REV Med 2017 , scolioses idiopathiques de l'adolescent : critères diagnostiques et prise en charge De Bodman, Zambelli, Dayer

Compte-rendu du Dr Vincent Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch