

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 7 octobre 2025

Suivi de scoliose

Dr Moritz Konkell, Unité pédiatrique de chirurgie et traumatologie, CHUV

Qu'est-ce qu'une scoliose ? Que veut dire idiopathique ?

La scoliose est une anomalie tridimensionnelle, frontale, axiale, et sagittale.

L'attitude scoliotique est une colonne courbée à cause d'une inégalité de longueur des membres inférieurs (asymétrie de longueur des membres inférieurs). On peut observer une crête iliaque plus élevée d'un côté que de l'autre.

Idiopathique veut dire de cause inconnue. Une hypothèse avancée est la croissance plus rapide de la partie antérieure de la vertèbre par rapport à la partie postérieure. Il existe probablement un facteur génétique, il y a 97% d'anamnèse familiale positive en cas de scoliose.

Les causes *non idiopathiques*, congénitales, peuvent être liées à :

- Une malformation vertébrale ou segmentaire (par exemple héli vertèbre) aboutissant à des malformations avec la croissance.
- Des causes neuromusculaires, liées à l'atteinte neurologique (souvent scoliose avec courbure en C, liée au mauvais contrôle musculaire).
- Des causes syndromiques comme la neurofibromatose (rechercher des tâches café au lait) ou le syndrome de Marfan.

Le classement peut être effectué selon l'âge, avec les scolioses précoces, soit de type infantile avant cinq ans, soit de type juvénile entre 5 et 10 ans, puis la scoliose de l'adolescent, entre 11 et 18 ans. Il s'agit d'une pathologie assez fréquente : 3% de la population a une scoliose jusqu'à 10°, 0,3 pour mille une scoliose de plus que 30°. Ces chiffres ont été établis lorsqu'il y avait un dépistage systématique de la tuberculose par radiographie. Dans les scolioses graves, il y a une prédominance de filles.

Il y a un risque d'aggravation au moment de la poussée pubertaire. À l'âge adulte, le risque d'évolution est moins grave, sauf s'il y a une scoliose importante.

Le risque de scoliose grave est d'autant plus important si la courbure est importante en début de puberté. Une scoliose de moins de 20° à l'âge de 16 ans n'a quasiment aucun risque d'évolution.

À l'âge adulte, les scolioses sévères (plus que 45°) augmentent avec l'âge avec un risque de complication. Si la scoliose est > 50°, il y a des risques de complications pulmonaires.

Le but du traitement conservateur est de limiter l'évolution de la scoliose et d'essayer d'éviter la chirurgie.

Faut-il faire un dépistage ? Oui, chez tous les jeunes, tous les six mois. Le contrôle peut être stoppé en fin de croissance.

Le dépistage consiste en :

- Anamnèse (familiale)
- Courbe de croissance, âge de la ménarche.
- Activité physique.
- Orientation professionnelle prévue.
- Recherche de douleur (normalement, la scoliose n'est pas douloureuse).

L'examen clinique doit se faire en sous-vêtements ou maillot de bain.

Il faut observer le bassin, l'asymétrie des crêtes iliaques, et mettre une compensation en cas d'asymétrie.

Il faut observer l'asymétrie des épaules.

L'asymétrie des creux lombaires.

Examiner l'équilibre du dos avec un fil à plomb depuis la 7^e vertèbre cervicale.

Au niveau cutané, il faut rechercher des signes pouvant suggérer une spina-bifida.

Le test d'Adam est important. Existe-t-il une gibbosité ? En faisant pencher le jeune, à l'aide d'un scoliomètre, on recherche une angulation de plus de 5° en thoracique ou lombaire. S'il y a un doute, on peut pratiquer cet examen en position assise.

Le dos est également examiné de profil, pour le plan sagittal. Il faut examiner les courbures, la lordose lombaire et la cyphose dorsale. Souvent en cas de scoliose il y a un effacement de la cyphose.

Il faut rechercher des tâches café au lait.

Il faut également rechercher des signes d'hyperlaxité (score de Beighton) en examinant la laxité des coudes, du genou, du poignet, des doigts ainsi que la possibilité de toucher le sol avec la paume des mains en position debout.

L'examen neurologique est important, en analysant les réflexes ostéotendineux, ainsi que les réflexes abdominaux. Il faut rechercher des pieds creux.

Quand faut-il faire une radiographie ? Si la gibbosité dépasse 5°, la radiographie est nécessaire, si possible avec un système EOS. Sur la radiographie, on recherche les signes de croissance pubertaire (ligne de Risser), des anomalies congénitales telles que des hémivertèbres, il faut mesurer l'angle de Cobb (angle entre les deux vertèbres les plus inclinées), examiner la morphologie de la scoliose en cherchant son apex, observer la rotation des corps vertébraux (place des pédicules, classification Nash et Moe) et enfin observer le profil sagittal.

Une IRM est à pratiquer s'il existe des critères d'alarme, pour exclure par exemple une tumeur.

Les critères d'alarme sont une scoliose douloureuse, une scoliose thoracique gauche, une

raideur vertébrale, un examen neurologique anormal, des pieds creux, des taches café au lait.

Comment traiter ?

Un algorithme existe. Si l'enfant est en pleine croissance, que la scoliose est de moins de 40°, que le stade de Risser est à 0, 1 ou 3 :

- En dessous de 20°, un traitement de physiothérapie selon la méthode Schroth.
- Entre 20 et 40 degrés, une consultation spécialisée est recommandée pour envisager l'utilité d'un corset. Le corset permettra de stabiliser la scoliose, mais ne la corrigera pas. Pour être efficace, le corset doit être porté au minimum 18 heures/jour. Le corset pourra être arrêté en fin de croissance, 18 mois après les premières règles, avec une ligne de Risser à quatre, ou lors d'une croissance de 1 cm au moins en six mois.
- En cas de scoliose > 40°, il faut envisager un traitement chirurgical, car il y a un risque d'aggravation à l'âge adulte. La technique est une arthrodèse par voie postérieure, avec mise en place de tige.

En conclusion :

- Il faut dépister les enfants pendant la poussée de croissance
- Une gibbosité de 5° ou plus justifie une radiographie
- En cas de signe d'alarme, une IRM est nécessaire pour rechercher des pathologies
- Il est utile de référer au spécialiste en cas de doute
- Le traitement se fait par physiothérapie (méthode Schroth) en dessous de 20°, par corset entre 20 et 40 degrés, et la chirurgie est envisagée si plus que 40°

Compte-rendu du Dr Vincent Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch