

Les Déviations de la Colonne vertébrale à l'âge scolaire¹

Par Adolphe Perrot, Genève²

Les déviations de la colonne dont la plupart apparaissent à l'âge scolaire ont préoccupé de tous temps les Orthopédistes, et ont fait l'objet de travaux innombrables.

La majorité d'entre elles sont curables par des moyens gymniques relativement simples, mais certaines sont redoutables en raison de leur aggravation durant l'époque prépubertaire, de la difficulté de la réduction et du maintien de cette dernière. Ce sont les scolioses idiopathiques.

P. décrit d'abord les déviations antéro-postérieures du rachis. La cyphose dorsale ou dos rond infantile si fréquente et cliniquement si caractéristique, s'accompagnant de lordose lombaire compensatrice, ne pose pas de problèmes thérapeutiques difficiles.

Dans la cyphose douloureuse des adolescents ou Maladie de Scheuermann, il s'agit de troubles dystrophiques auxquels prennent part principalement les pseudo-épiphyses des corps vertébraux. Certaines formes sévères aboutissent à des déformations cyphotiques importantes et définitives de la colonne dorsale avec retentissement sur l'équilibre vertébral et Spondylarthrose.

L'image radiologique est caractéristique et le diagnostic différentiel avec la Spondylite tuberculeuse en général facile. Le traitement de la Maladie de Scheuermann consistera d'abord en une mise au repos complet pendant la phase douloureuse. Pour cela un lit plâtré est souvent utile. Dès la sédation des troubles la physiothérapie et les exercices gymniques seront entrepris ainsi que l'usage prudent de certains sports comme la natation et la rame.

Certains auteurs préconisent des appareils redresseurs (corset actif de Schede, corset de Spitzzy, etc.).

La déviation en *Lordose* est l'exagération de la lordose lombaire physiologique. Elle peut être la réaction mécanique de compensation à une cyphose dorsale pour maintenir l'équilibre du tronc. En effet, toute cyphose dorsale détermine une lordose lombaire.

Elle peut être la conséquence d'une insuffisance ou d'une paralysie des groupes musculaires. Dans la paralysie des muscles du tronc, l'enfant sentant sa colonne entraînée en avant, rejette le thorax en arrière. D'autre part, la paralysie des abdominaux détermine une lordose, en général compliquée d'une scoliose en raison de l'asymétrie des atteintes musculaires.

¹ Résumé de l'auteur d'une conférence tenue à l'assemblée des Médecins scolaires suisses à Montreux, le 17/18 mai 1958

² Dr méd. A. Perrot, PD, 10, Avenue de Champel, Genève

On rencontre enfin la lordose en réponse à une bascule du bassin en avant (luxations congénitales non réduites, anciennes coxalgies, etc.).

Mis à part le Scheuermann et la lordose paralytique, (cette dernière n'étant presque toujours qu'un des éléments de déformations parfois horriblement complexes [Polio]), le traitement des déviations antéro-postérieures du rachis est en général simple. Il peut être confié à des Auxiliaires médicaux bien au courant de la Physiologie vertébrale et du mécanisme des déviations.

La gymnastique doit toujours être faite en attitude corrigée, car la déviation d'un segment se répercute toujours sur les autres segments vertébraux.

Les scolioses :

Une déviation latérale du Rachis n'est pas forcément une scoliose. Dans la scoliose, la déviation latérale est permanente et la colonne tourne sur son axe accomplissant une rotation. Celle-ci entraîne les côtes et aboutit à une gibbosité qui souligne la convexité scoliotique. Ces notions nous engagent à faire une distinction formelle entre les attitudes scoliotiques et les vraies scolioses. Les premières se réduisent si l'on étend fortement la colonne et ne s'accompagnent pas de gibbosité. Alors que la radiographie debout montre une déviation latérale très appréciable, celle-ci disparaît complètement sur un cliché fait en décubitus dorsal. S'il s'agit d'une vraie scoliose, les déformations persistent inchangées lorsque le sujet est couché sur le dos. Les attitudes scoliotiques se rencontrent chez les filles asthéniques et fréquemment en cas d'inégalité de longueur des membres inférieurs. La facilité de leur guérison par les seuls exercices gymniques et l'égalisation des membres inférieurs a fait croire dans certains milieux que le problème thérapeutique des Scolioses était résolu. Cet optimisme tranche avec le pessimisme des Services de Chirurgie orthopédique qui ont à lutter avec les scolioses structurales pendant la période de croissance.

P. cite en particulier les résultats d'une enquête de l'Association américaine d'Orthopédie d'où il ressort que les scolioses idiopathiques traitées par la gymnastique s'étaient aggravées dans une proportion de 85 %.

Il s'agit donc d'une affection redoutable dont la thérapeutique est difficile et ardue. Elle se développe vers l'âge de 10 ans, parfois plus précocement et s'aggrave au moment des grandes poussées de croissance, ne cessant son évolution qu'à la fin de la croissance osseuse. (Test de Risser).

Les scolioses idiopathiques représentent le 85 % environ de toutes les scolioses et frappent dans une très grande proportion les filles.

L'examen clinique du sujet scoliotique, mesure de la flèche des courbures et de la gibbosité, ne donne que des indications approximatives. Seule compte objectivement la mesure de l'angle des courbures d'après Ponseti.

Traitement :

L'expérience a montré que tous les traitements proposés dans les scolioses structurales dépassant 30° environ n'empêchent pas l'aggravation des courbures et laissent en fin de croissance un dos souvent effroyablement déformé avec des conséquences désastreuses sur l'état général et sur l'esthétique. Il faut essayer de résoudre un double problème, celui d'abord de la réduction des courbures, celui ensuite du maintien de la réduction jusqu'à la fin de la croissance osseuse.

Abbott avait partiellement résolu le premier problème. Sa méthode de réduction en flexion de la colonne, permettait une action efficace sur la rotation des corps vertébraux et sur la gibbosité. Mais l'assouplissement excessif nécessité par un pareil redressement et l'atrophie musculaire sous l'appareil plâtré provoquaient des affaissements secondaires et des aggravations. Malgré ses échecs, la méthode d'Abbott reste aujourd'hui le pilier sur lequel s'appuient les techniques actuelles. On a cru ensuite qu'une greffe vertébrale bloquant la courbure principale était capable de maintenir une colonne préalablement plus ou moins redressée, mais il semble bien que l'Ostéosynthèse à elle seule ne suffise pas. Il en est de même pour les divers types de corsets orthopédiques, dont aucun n'a empêché l'évolution des courbures scoliotiques.

Il ressort actuellement des nombreux travaux consacrés à la Thérapeutique des scolioses évolutives (Risser, Ponseti et Friedmann, Cobb, James, Stagnara, Queneau, etc.) que la question est loin d'être résolue.

Les résultats obtenus par Stagnara de Lyon, et observés avec un recul suffisant, nous ont paru si encourageants que nous avons décidé d'étudier sa méthode et de l'appliquer dans toutes les scolioses structurales ayant dépassé 30°, scolioses pratiquement toutes évolutives.

Il s'agit d'une méthode qui associe plusieurs modes de traitement.

1. Après assouplissement gymnique de la colonne, réduction progressive de la déviation angulaire par plâtre d'élongation, suivi de decubitus dorsal pendant 1 mois. Exercices gymniques dans le lit.

2. Dérotation et correction des gibbosités par plâtres d'Abbott successifs. Le sujet, dès l'application du plâtre, commence sa rééducation musculaire et respiratoire, à raison de 2 séances quotidiennes sous surveillance rigoureuse de la rééducatrice.

Dans les cas moyens un plâtre d'élongation et 2 plâtres d'Abbott peuvent suffire pour obtenir un bon redressement; mais lorsqu'il s'agit de courbures importantes, 4 à 5 plâtres d'Abbott et parfois 2 à 3 plâtres d'élongation sont nécessaires.

Le maintien de la réduction sera assuré par un corset fait de 2 coquilles, l'une antérieure, l'autre postérieure, assemblées par un verrouillage métallique.

Cet appareil doit être parfaitement adapté. Il permet à l'enfant de reprendre une vie normale, de se rendre à l'École et de continuer sa gymnastique.

Dans certains cas de pronostic sévère, on recourra au maintien chirurgical par greffe vertébrale. Mais dans la règle, pas avant l'âge de 14 ans. Ces interventions posent des problèmes complexes d'indications et de technique que nous ne pouvons discuter ici.

Cette méthode combinée exige une technique très rigoureuse. Le rôle du rééducateur est primordial durant tout le traitement. Il est surprenant de constater dans l'ensemble, l'excellent esprit de collaboration des scoliotiques.

Les résultats déjà obtenus avec le Dr André Mégevand dans notre Centre de Traitement des Scolioses à l'Hôpital Gourgas, sur un nombre encore limité de scolioses évolutives, nous incitent à persévérer dans cette voie.

Cet exposé est suivi d'un film montrant les diverses phases du traitement.

Résumé

L'auteur passe en revue les déviations antéro-postérieures du Rachis, cyphoses et lordoses. Celles-ci sont curables par des moyens gymniques. Seule la cyphose douloureuse ou Maladie de Scheuermann peut exiger parfois des redressements orthopédiques et des appareils de stabilisation.

Parmi les déviations latérales de la colonne, il faut bien distinguer les attitudes scoliotiques des scolioses structurales. Les premières sont d'un bon pronostic, alors que les secondes, qui s'aggravent durant toute la période de croissance, posent deux problèmes orthopédiques redoutables, la réduction des courbures fixées et le maintien des corrections jusqu'à la fin de la croissance.

L'auteur décrit une méthode de redressements successifs des courbures et des gibbosités, au moyen des plâtres d'élongation et des plâtres d'Abott et de maintien des corrections obtenues par corset orthopédique ou greffe vertébrale suivant les cas. Une gymnastique correctrice active est faite quotidiennement dans les appareils dès le début et jusqu'à la fin du traitement.

Cette méthode due à Stagnara de Lyon est appliquée actuellement dans le centre de l'Hôpital Gourgas, aux scolioses idiopathiques dont les courbures dépassent 30° et à certaines formes de scolioses paralytiques.

L'auteur présente un film illustrant la technique de ce traitement combiné.

Referate

La XIII^e Assemblée générale de la sécurité sociale

Suite du numéro 11/12, 1958

Les réunions des Commissions techniques permanentes de l'A. I. S. S.

Dans le cadre de la XIII^e Assemblée générale de Londres, se sont tenues les réunions de quatre Commissions techniques permanentes de l'A. I. S. S. :

- la Commission permanente des actuaires et statisticiens de la sécurité sociale;
- la Commission permanente de l'Organisation et des Méthodes;
- la Commission permanente médico-sociale; et
- la Commission permanente d'assurance-chômage.

La Commission permanente des actuaires et statisticiens s'est réunie les 13 et 14 mai 1958. Elle a élu son Bureau, qui est composé comme suit: Président: M. Gonzalo ARROBA