



Les scolioses

Définition :

La colonne vertébrale se décompose en 3 segments : le rachis cervical, thoracique et lombaire appartenant respectivement à la région du cou, du thorax et de l'abdomen. La scoliose a pour définition une déformation dans les trois dimensions de la colonne vertébrale pouvant atteindre un, deux ou plus rarement les 3 segments.

Physiopathologie :

Elle peut être d'origine secondaire (génétique, neuromusculaire comme la neurofibromatose) ou le plus souvent sans cause on dit alors qu'elle est idiopathique ou primitive. Enfin, une dernière cause de scoliose apparaissant plutôt dans la deuxième partie de vie (>50ans), appelée scoliose dégénérative arthrosique ou scoliose de *novo* et touchant principalement les lombaires. On estime la prévalence de ces scolioses dégénératives à 10% chez les patients de plus de 65ans.

Du fait de la déformation du rachis secondaire à la scoliose, les contraintes sur les disques intervertébraux mais également sur les articulations se voient modifiées avec apparition de force de cisaillement très mal tolérés par les disques intervertébraux mais également les articulations du rachis sources de lésions dégénératives arthrosiques. Les scolioses dites dégénératives ont, quant à elle, un mécanisme inverse, c'est à dire que la dégradation arthrosique des articulations mais également des disques intervertébraux provoque une déformation scoliotique de la colonne vertébrales définie par un angle de déformation supérieur à 10%.

Symptômes :

Les conséquences cliniques d'une scoliose sont d'ordres esthétiques, psychologiques mais surtout douloureuses avec des rachialgies mais aussi neurologiques appelées radiculalgies, sciatalgies, cruralgies. Les répercussions respiratoires et cardiaques restent exceptionnelles.

Examens complémentaires:

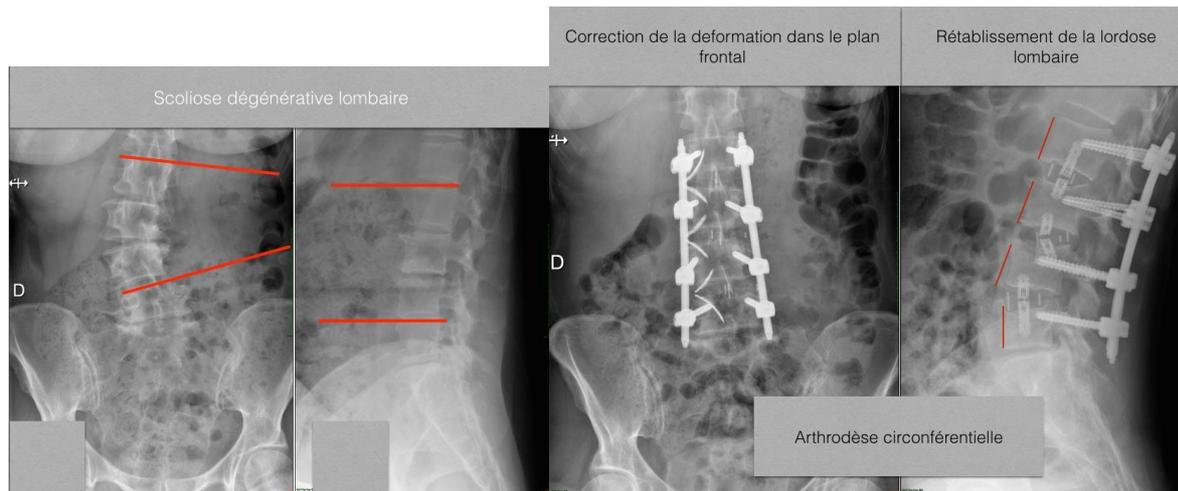
Le bilan radiologique des scolioses repose sur des radiographies standard centrées sur la déformation mais également des reconstructions radiographiques du rachis entier par des techniques de type EOS, permettant au clinicien d'évaluer le degré de la déformation.

Prise en charge :

La prise en charge thérapeutiques des scolioses repose avant tout sur une prise en charge pluridisciplinaire. Avec un programme de rééducation fonctionnelle permettant un renforcement musculaire des muscles paravertébraux mais également de la sangle abdominale associé à un assouplissement du rachis. Ce renforcement musculaire permet dans 1 cas sur 2 de soulager de façon importantes les douleurs et de lutter contre l'aggravation des symptômes. Il peut également être proposé une immobilisation temporaire de son rachis avec le port d'un corset. Les infiltrations radioguidées permettent aussi une amélioration des symptômes, sciaticques, lombalgies. Une prise en charge hygiéno-diététique est également importante pour réduire les contraintes sur le rachis et éviter au maximum l'aggravation des symptômes. En plus de ses mesures, l'association de médicaments sera introduite afin de soulager les crises douloureuses et sera basée sur des anti-inflammatoires, antalgiques et myorelaxants.

Enfin, quand toutes ses méthodes deviennent insuffisantes et que les répercussions fonctionnelles et morales deviennent trop importantes, le chirurgien proposera une prise en charge, cette fois ci, chirurgicale. Elle sera basée sur une correction de la déformation avec un redressement de la colonne mais également sur une fusion des vertèbres déformées appelée arthrodèse. Cette intervention permettra de libérer directement ou indirectement les nerfs coincés par la déformation et l'arthrose mais également corriger définitivement la déformation scoliothique et ainsi soulager une partie importante des douleurs. (De l'ordre de 2/3 globalement). Cette chirurgie peut être réalisée par voie antérieure et/ou par voie postérieure en 1 seul temps chirurgical ou deux temps séparés d'une dizaine de jours selon le degré de la déformation, de l'âge du patient et la prédominance des symptômes (sciaticques, lombalgies).

En cas chirurgie par voie postérieure, la colonne vertébrale est directement située sous la peau et les muscles du dos. Aucun organe vital n'est abordé par cette voie, mais les traumatismes musculaires sont importants et peuvent être source de douleurs postopératoires. En revanche la chirurgie par voie antérieure (Par le ventre) permet de respecter les muscles du dos, mais nécessite le contournement des vaisseaux, tel que la veine cave et l'aorte et du tube digestif.



Les risques de la chirurgie :

Le programme chirurgical proposé au patient reste un programme lourd pour lequel votre chirurgien vous expliquera les buts et les risques. En effet, vous devez être parfaitement informé des risques de cette chirurgie et votre adhésion au programme complet que votre chirurgien vous propose est indispensable.

L'infection :

Le risque d'infection est d'environ 3 à 5% pour la chirurgie programmée de la colonne par abord postérieur et de l'ordre de (0,5%) pour la chirurgie de la colonne par voie antérieure. Les complications infectieuses imposent le plus souvent une ré-intervention pour lavage et parfois ablation de matériel associé à une longue antibiothérapie.

Les complications thromboemboliques :

Les phlébites (formation d'un caillot dans une veine) surviennent dans 1 à 5% des cas, même avec les traitements anticoagulants. Bien traitées, elles exposent très rarement aux complications emboliques (migration d'un caillot avec embolie pulmonaire) exceptionnellement mortelles.

Les saignements abondants et les hématomes post-opératoires :

Ils sont parfois favorisés par les traitements anticoagulants (indispensables pour limiter le risque de phlébite et d'embolie pulmonaire). Le saignement peut imposer des transfusions voir entraîner un choc hémorragique exceptionnellement fatal. Le plus souvent, les hématomes se résorbent spontanément sans laisser de séquelle. Rarement, leur importance ou leur conséquence impose leur évacuation par ponction ou par ré-intervention chirurgicale.

Les complications mécaniques :

La chirurgie du rachis expose au retard de consolidation osseuse voir à la non consolidation (Pseudarthrose) en cas d'arthrodèse. Elle peut engendrer d'autres complications mécaniques : Fractures/tassement des vertèbres qui peuvent survenir pendant l'intervention ou après sa réalisation, parfois à l'origine de douleurs rebelles aux traitements voir de complications neurologiques imposant un traitement spécifique.

Les complications neurologiques :

Lorsque l'intervention porte sur les étages lombaires des vertèbres L2, L3, L4, L5 ou du sacrum, le traumatisme des racines nerveuses (donnant naissance en particulier au nerf sciatique et/ou au nerf crural) peut entraîner une paralysie de certains muscles et de certaines fonctions, des troubles de la sensibilité et des douleurs très désagréables dites neuropathiques des membres parfois associés avec une perte du contrôle des sphincters des orifices naturels.

Complications liées à l'abord chirurgical :

La décompression des racines nerveuses par abord postérieur peut aboutir à une déchirure de l'enveloppe qui entoure la moelle et les racines (encore appelée brèche de la dure mère) avec écoulement de liquide céphalorachidien et risque de méningite. Elle peut imposer de respecter une position couchée au lit au plat strict pendant plusieurs jours voir parfois une reprise chirurgicale pour colmater la fuite. Lorsque la chirurgie rachidienne intéresse les niveaux dorsaux ou lombaires et qu'elle est faite par voie antérieure, l'abord du rachis peut être à l'origine d'une lésion des gros vaisseaux pré-rachidiens (veine cave, aorte pouvant entraîner un défaut d'irrigation d'une partie de l'organisme) source de saignements très abondants, des uretères (canal de l'appareil urinaire dont la lésion peut exceptionnellement aboutir à la nécessité de retirer un rein) ou des autres organes thoracoabdominaux. Un défaut de cicatrisation des muscles de la paroi abdominale peut entraîner une éventration (hernie de la cicatrice).

Complications liées aux greffes osseuses.

Une greffe d'os est parfois nécessaire pour l'intervention. Ce prélèvement, effectué sur le bassin de l'opéré, est régulièrement source de douleurs postopératoires. Il peut être lui-même responsable des complications évoquées plus haut (infection, hématome, lésions nerveuses, problèmes de cicatrisations...).

Echecs de la chirurgie.

Dans notre pratique quotidienne, globalement, 90% des opérés d'une pathologie rachidienne se disent satisfaits du résultat. Vous devez donc admettre, malgré toutes nos précautions, un risque d'environ 10% de résultats insuffisants ou mauvais.