

# SCOLIOSE DE L'ADOLESCENCE

## — Définition et cause

La scoliose idiopathique est une **déformation en torsion de la colonne vertébrale** qui se développe souvent au moment de la pré-adolescence, et qui s'accroît avec la croissance.

## — Evolution

La scoliose est souvent diagnostiquée par les parents ou le médecin, devant un **aspect en S du dos**. La courbure du dos a tendance à s'accroître de façon la plus importante **pendant la puberté**, puis à se stabiliser vers 15-16 ans. Le risque n'est pas immédiat, mais plutôt à l'âge adulte, après 40 ans, âge à partir duquel, l'arthrose et les douleurs vont commencer, jusqu'à devenir invalidantes.

## — Symptômes

La scoliose déforme le dos, sans pour autant générer de douleurs la plupart du temps. **Parfois l'enfant scoliotique ne se rend même pas compte de cette déformation, qui n'est remarquée que par l'entourage**. Dans d'autres cas, des douleurs de tensions musculaires, ou des asymétries dans le tronc vont orienter vers une pathologie de la colonne et permettre le diagnostic. La scoliose simple, dite idiopathique, n'entraîne pas de risque de paralysie.

## — Les examens

La scoliose se diagnostique très facilement sur des **grandes radiographies prenant la colonne vertébrale en totalité**. Ces radiographies vont permettre de mesurer précisément l'angulation des courbures du dos et seront donc indispensables tant pour le suivi que pour la décision finale de recourir à un traitement chirurgical ou non. En cas de douleurs localisées sur une portion de la colonne vertébrale, une **IRM** devra également être pratiquée.

## — Possibilités de traitement

Le traitement de la scoliose de l'adolescent est très codifié et les décisions vont être prise en fonction de l'importance de la déformation, de l'âge et de l'état d'avancement de la puberté. Souvent, au moment de la découverte, une prise en charge rééducative par le kinésithérapeute est débutée pour entretenir la souplesse du dos. Puis, en fonction de l'évolution, vont se discuter la nécessité de mise en place d'un **corset amovible** en plastique adapté, voire d'une **chirurgie de correction de la déformation**, qui n'est jamais pratiquée avant la fin de la croissance de l'enfant.

## — Principe du traitement chirurgical

Le but de la chirurgie de la scoliose est de traiter la déformation du dos, au moment où elle se corrigera de la meilleure manière, pour éviter l'apparition 10 ou 20 ans plus tard de douleurs inéluctables et qui nécessiterait alors une chirurgie plus invasive et avec un moindre potentiel de correction.

## — La chirurgie

Dans la plupart des cas, la chirurgie est pratiquée par le dos. Elle consiste en la mise en place d'implants métalliques (ostéosynthèse), qui vont permettre de redresser la colonne vertébrale. La technique de mise en place de ces implants est propre au CCV Montpellier, où un protocole innovant de positionnement des vis a été créé. L'intervention débute par la **mise en place par les radiologues** interventionnels, **sous contrôle du scanner**, de broches millimétriques, qui serviront de repères pour la mise en place, par la suite, des vis définitives par le chirurgien. Ce procédé permet à la fois d'**éviter les malpositions des implants** et également de **préserver les muscles** de la colonne, qui n'ont plus besoin d'être sectionnés, puisque les vis «glissent» à travers ces masses musculaires, guidées par les broches repères. La **sécurité au bloc opératoire**, pendant l'intervention, est renforcée par ailleurs, par la réalisation d'un **monitoring de la moelle épinière**, pendant toute la durée de la procédure. Les implants vont alors permettre de redresser la déformation et servir de tuteur à la colonne. Ils vont la maintenir le temps que la greffe osseuse consolide et renforce le dos de manière définitive. Il s'agit d'une **arthrodèse**, c'est à dire d'un blocage d'une partie de la colonne, dont la mobilité en position pathologique ne peut être conservée. Lors de la décision d'intervention, le chirurgien trouvera systématiquement le meilleur compromis entre ce blocage vertébral qui doit être suffisamment étendu pour lui permettre de bien redresser la colonne, mais le plus court possible pour laisser persister le maximum de mobilité. Ce sont les disques intervertébraux les plus bas situés qui sont les plus mobiles, et ce seront eux, qui seront le plus souvent préservés.

## — Les soins POST-OPERATOIRES à la clinique :

Le premier lever se fait le lendemain de l'intervention. Le kinésithérapeute vous apprend les gestes que vous aurez à effectuer pendant toute votre convalescence : la manière de se lever, se coucher, se baisser, ramasser des objets au sol, faire sa toilette. Dès le premier jour, vous retrouverez une certaine **autonomie** pour ces **gestes de la vie quotidienne**. Un corset est nécessaire pendant les premières semaines suivant la chirurgie. Il s'agira alors d'un corset amovible en plastique adapté, qui aura été au préalable moulé sur mesure. Il devra être porté lors de la mise en mouvement uniquement ; Le port de ce corset n'est donc pas nécessaire en position couchée. La sortie aura lieu dans les **4 à 7 jours** qui suivent l'intervention, soit directement à domicile, soit dans un centre de rééducation pour une période de 2 à 3 semaines. Les prescriptions de soins de pansement, de médicaments antalgiques et d'arrêt maladie jusqu'à la consultation de contrôle vous seront délivrés à la sortie.

*Seul un praticien expérimenté peut poser un diagnostic précis en pathologie vertébrale. Le rôle du praticien est de déterminer le caractère pathologique ou non d'une anomalie discale ou vertébrale découverte sur un examen d'imagerie. Il devra alors en préciser le risque et le potentiel évolutif, élément capital dans la décision thérapeutique. Enfin, son diagnostic permettra d'identifier parmi ces anomalies, celles qui ne sont pas responsables de symptômes, qui ne sont pas porteurs de risques et qui ne nécessiteront donc pas de traitement particulier.*

## — La convalescence

De retour au domicile, le rythme de vie idéal associe le **repos**, dans une position confortable ( position semi-allongée avec dossier incliné à 45°, jambes légèrement fléchies au niveau des genoux) en alternance plusieurs fois par jour avec des **marches calmes**, sur du plat, de 10-15 minutes initialement et pouvant aller jusqu'à 1 heure ou 2.

Pendant les premiers jours, il faudra éviter d'être trop actif. Puis, à partir de la 2ème ou la 3ème semaine, vous serez autorisé à reprendre très progressivement les activités du quotidien, en écoutant votre corps et les éventuelles douleurs à l'effort qui devront vous servir de limite. La récurrence douloureuse pendant la convalescence est souvent la conséquence d'une surcharge d'activité et aura tendance à disparaître au repos.

Les soins de kinésithérapies débuteront après la 3ème semaine, en commençant pas le massage de la cicatrice ainsi que des zones douloureuses ou contractées au niveau de la colonne. Une fois le corps préparé, la **rééducation** se fera par le **mouvement**, pour assouplir le corps et renforcer la colonne et les membres inférieurs. Le retour à la scolarisation pourra être envisagé après 3 à 6 semaines, la reprise des activités sportives plutôt après le 6ème mois.

Sur le long terme, il n'y aura pas de contre-indication particulière et vous serez autorisé à mener une vie active et sportive tout à fait normalement.

Nos techniques chirurgicales en image ?  
Visitez la page [Scoliose de l'adolescence](#) sur notre site.

