

# SCOLIOSE DU VIEILLISSEMENT

## — Définition et cause

La scoliose dégénérative est une pathologie liée à l'**usure progressive** des moyens d'union des vertèbres entre-elles (**disques, ligaments et articulations**). L'atteinte part souvent de la région lombaire, mais peut parfois remonter jusqu'à la partie haute du dos. Les vertèbres vont avoir tendance à glisser les unes par rapport aux autres, ce qui va entraîner, à la fois, une **déformation de la colonne en S** et une **difficulté à se redresser** complètement en position debout. Cette pathologie est très souvent **associée au Canal lombaire étroit**.

## — Evolution

Il s'agit d'une pathologie du vieillissement de la colonne vertébrale, qui commence dans la seconde moitié de vie, dont l'aggravation est lente et progressive et dont les symptômes vont devenir invalidants chez les personnes âgées.

## — Symptômes

La scoliose dégénérative est souvent découverte lors du bilan d'un canal lombaire étroit (cf), et en partage alors les symptômes. Le mal de dos (**lombalgie**) qui les accompagnent est assez caractéristique :

- **douleurs en bas du dos** qui augmentent au fur et à mesure, **lors de la marche**
- sensation d'**épuisement dans le dos** qui survient pour des **marches de plus en plus courtes**
- **difficulté à se redresser** totalement en position debout et à la marche
- parfois, sensation de **blocage dans la région lombaire**, lors de certains mouvements, notamment en rotation

## — Les examens

La scoliose dégénérative se diagnostique très facilement sur des **grandes radiographies prenant la colonne vertébrale en totalité**. Le risque est de ne regarder la colonne uniquement qu'en coupe ou par petite région, sans vision globale. Le **scanner du rachis lombaire** permet de préciser l'importance de l'usure discale, la progression de l'arthrose et de rechercher une éventuelle compression des racines nerveuses ( canal lombaire étroit). Enfin, l'**IRM** montre avec plus de précision certaines atteintes discales particulièrement douloureuse (discopathie inflammatoire), et permettent de mieux cibler le traitement.

## — Possibilités de traitement

L'entretien de la musculature de la sangle abdominale et des muscles paravertébraux est indispensable tant pour la prévention des déformations de la colonne que pour la prise en charge du mal de dos. Lorsque les douleurs apparaissent, le traitement médical va associer les médicaments **antalgiques** et **anti-inflammatoires** et parfois des **massages** ou des **infiltrations**.

## — Principe du traitement chirurgical

Comme toujours, les indications de traitement chirurgical doivent être posées au cas par cas. Le but de la chirurgie, ici, est triple :

- neutraliser le mouvement dans les zones arthrosiques (**arthrodèse**) pour calmer les douleurs souvent lombaires
- **redresser et rééquilibrer la colonne vertébrale** pour diminuer les tensions musculaires, sources de douleurs et d'épuisement à la marche
- **Libérer les racines nerveuses comprimées** en cas de canal lombaire étroit associé, pour traiter durablement les sciatiques et permettre une récupération de la force dans les jambes.

## — La chirurgie

Le chirurgien devra définir une stratégie chirurgicale qui devra offrir au patient le maximum de garantie de résultats pour un geste le moins lourd possible. En matière de scoliose dégénérative, le risque est de ne vouloir traiter que la compression des racines nerveuses, sans prendre en compte la déformation globale de la colonne, qui est à l'origine de tous les autres symptômes. Ainsi, la chirurgie va devoir se faire en **1 ou 2 interventions successives**, selon les cas. La colonne vertébrale va devoir être stabilisée avec des implants métalliques (**ostéosynthèse**) qui vont être placés soit par le dos, soit par l'abdomen, et qui ont le double but de redresser la colonne et de bloquer certains mouvements générateurs de douleurs (arthrodèse). En cas de Canal lombaire étroit, une ou plusieurs **laminectomie** peuvent également être nécessaires. La **sécurité au bloc opératoire**, pendant l'intervention, est optimisée, par la réalisation d'un **monitoring de la moelle épinière**, en cas de déformation importante de la colonne, et celle d'un chirurgien vasculaire, dans les cas où un geste chirurgical par l'abdomen était nécessaire.

### Temps de convalescence

Un séjour de 3 semaines en centre de rééducation est souvent requis, à la sortie de la clinique. Le transfert se fait en ambulance. La prise en charge sera multidisciplinaire (médecin rééducateur, médecin de la douleur, kinésithérapie, ergothérapie). Le but du séjour est la surveillance des pansements, la gestion de la douleur, l'apprentissage en école du dos des gestes adaptés à la vie quotidienne et la récupération d'une autonomie suffisante pour le retour à domicile. La période totale de convalescence s'étend au minimum sur les 3 à 6 mois qui suivent la chirurgie. En fonction de la sévérité des symptômes avant l'intervention cette période pourra se prolonger. Le corset doit être porté pendant la journée pendant les 3 premiers mois. La convalescence n'est pas synonyme de repos au lit. Les efforts, le port de charges, les trajets automobiles devront être limités pendant cette période. La marche à pied est souvent profitable. La récurrence douloureuse pendant la convalescence est souvent la conséquence d'une surcharge d'activité et aura tendance à disparaître au repos.

## — 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 le plus souvent, dans un **centre de rééducation** pour une période de 2 à 3 semaines. Le transfert se fait alors en ambulance. La prise en charge y sera multidisciplinaire (**médecin rééducateur, médecin de la douleur, kinésithérapie, ergothérapie**). Le but du séjour est la surveillance des pansements, la gestion de la douleur, l'apprentissage en **école du dos** des gestes adaptés à la vie quotidienne et la récupération d'une **autonomie suffisante pour le retour à domicile**. La période totale de convalescence s'étend au minimum sur les **3 à 6 mois** qui suivent la chirurgie. En fonction de la sévérité des symptômes avant l'intervention cette période pourra se prolonger.

*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.

A partir du 2ème ou du 3ème mois, 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 seront poursuivis au domicile, en commençant par 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 corset sera quitté après 3 mois. Vous pourrez alors reprendre la **conduite automobile**, le port de charges légères et des **activités de type domestique**. La reprise des activités sportives débutera entre le 3ème et le 6ème mois, par des sports d'endurance type vélo, natation, sports en salle.

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 du vieillissement](#) sur notre site.

