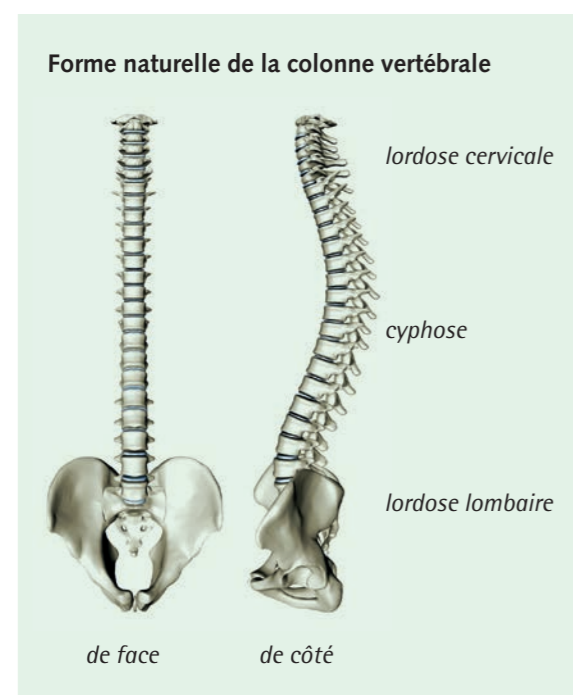


# La scoliose chez le paralysé médullaire

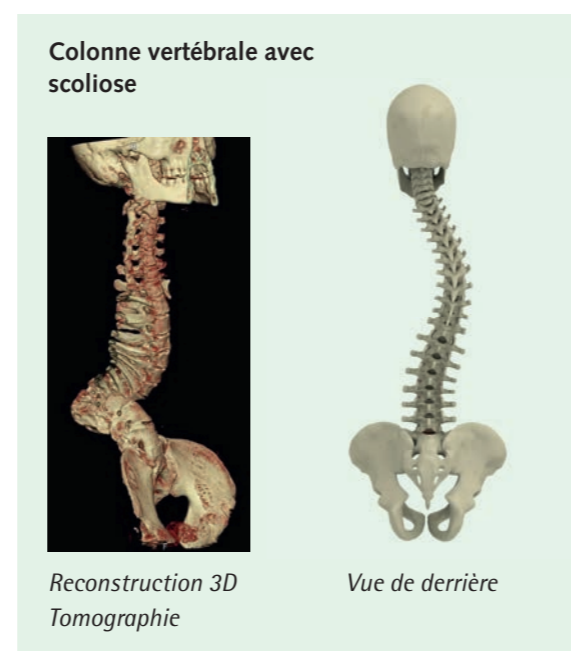
Pour de nombreux paralysés médullaires, le manque de stabilité corporelle dû à la faiblesse musculaire se traduit, des années après la survenue de la lésion, par une déformation neurogène de la colonne vertébrale, appelée scoliose. Cela réduit les fonctions locomotrices, mais peut aussi endommager les organes internes. Un dépistage et un traitement précoces sont donc extrêmement importants.

Normalement, notre colonne vertébrale possède trois courbes naturelles (courbures), particulièrement bien visibles sur une représentation latérale. Au-dessus du bassin, nous avons la lordose lombaire (lordose = courbure vers l'intérieur), puis viennent la cyphose thoracique (cyphose = courbure concave vers l'avant, bosse) et enfin la lordose cervicale (le creux du cou).



Vue de l'arrière, la colonne vertébrale est droite de haut en bas. En cas d'incurvation latérale supérieure à 10°, on parle de scoliose. Ce nom vient du mot grec «skolios», qui signifie «courbé». Si les déviations latérales peuvent être corrigées manuellement, la scoliose est due à une mauvaise posture, mais si elles sont fixes, il s'agit d'une déformation. La scoliose est toujours associée à une rotation vertébrale autour de l'axe longitudinal. On observe alors sur le côté convexe (extérieur) de la courbure, une bosse dans le dos (gibbosité) ou un bourrelet au niveau lombaire. À l'intérieur de la courbure, on observe le contraire.

Nous parlons ici de la scoliose dite neurogène, une déformation longue en forme de S de la colonne vertébrale causée par la paralysie (p. ex. paraplégie, spina-bifida, paralysie cérébrale, etc.).



Il existe aussi des scoliose dégénératives (= dues à l'usure, à l'ostéoporose), des scoliose congénitales (= innées) et des scoliose idiopathiques (= dont on ne connaît pas la cause).

Avec une lésion médullaire, la colonne vertébrale se déforme au fil du temps, soit à cause du manque de stabilisation par les muscles dorsaux (en particulier en cas de lésion au niveau thoracique), soit en raison d'une asymétrie de la force musculaire causée par des niveaux de paralysie à différentes hauteurs entre le côté gauche et le côté droit du corps. La spasticité unilatérale des muscles du dos peut parfois être un autre facteur.

## ■ Diagnostic

La première étape consiste toujours en un examen clinique, effectué lors d'un bilan de santé, durant lequel la position assise est vérifiée dans le fauteuil roulant. Si une déformation importante est décelée, une radiographie est faite afin de mesurer l'angle de la courbure du rachis (= angle de Cobb). Relevées à plusieurs reprises, ces mesures permettent d'observer la vitesse d'évolution de la scoliose ainsi que les effets de la thérapie conservatrice. On pourra également prévoir le moment – à ne pas manquer – du traitement chirurgical nécessaire.

## ■ Répercussions possibles sur les organes

Une aggravation de la scoliose affecte les organes internes de la cavité thoracique et abdominale, principalement les poumons, mais plus tard aussi le cœur, et conduit à une diminution de la mobilité se traduisant par une perte accrue de l'autonomie. Souvent, des points de pression apparaissent au niveau de la proéminence des côtes, des apophyses épineuses des vertèbres ou sur les fesses (par inclinaison du bassin).

Plus tard, lorsque la cage thoracique vient télescoper la crête iliaque, l'intensification de la douleur – qui, bien souvent n'est pas perçue par le sujet touché – entraîne une augmentation de la spasticité et d'autres symptômes végétatifs.

## ■ Traitement de la scoliose

De nos jours, le traitement repose essentiellement sur trois piliers : la physiothérapie, le traitement orthopédique par corset/coque d'assise et finalement la correction chirurgicale de la déformation de la colonne.



Coque d'assise sur mesure (après la coulée)

En physiothérapie, on dispose de plusieurs méthodes dont le but est de freiner la progression de la déformation (correction de la position, étirements, renforcement musculaire, stimulation électro-fonctionnelle, etc.). Ces thérapies ne fonctionnent que lorsqu'il y a encore des muscles innervés. L'objectif est de stabiliser la colonne vertébrale du patient et de donner au corps un nouvel élan, pour améliorer

les mouvements et la posture. Cependant, étant donné que chaque patient réagit différemment aux méthodes pratiquées, il est difficile de dire quel traitement est le plus adapté. Comme toujours, la réussite dépend beaucoup du choix et de la régularité de la mise en œuvre de la thérapie.

Dans un deuxième temps, on essaie d'empêcher l'aggravation de la scoliose au moyen d'un corset. Toutefois, si l'on veut obtenir des résultats grâce à l'orthèse, ils seront toujours accompagnés de points de pression sur le corps. Chez les paraplégiques, ce double effet n'est pas souhaitable car il aboutit à restreindre considérablement la mobilité. Voilà pourquoi, on préfère les supports latéraux (rembourrage) sur le fauteuil roulant, avec de coques d'assise et des coussins de siège spéciaux, mais l'effet recherché n'est pas toujours atteint.

## ■ Opération en dernier recours

Lorsque la courbure a dépassé 40°, seul un traitement chirurgical reste envisageable. Il consiste à redresser la scoliose et à la fixer avec des instruments orthopédiques. L'opération provoque un raidissement du rachis thoracique et lombaire qui peut se traduire par une perte d'autonomie pour la personne en fauteuil roulant (p. ex. pour mettre ses chaussettes et ses chaussures). Les complications et le succès de cette intervention dépendent de l'état des poumons (test de la fonction pulmonaire), de l'angle de la courbure qui doit être corrigée et de l'âge du patient. Pour faciliter la correction, il convient, avant l'opération, de mobiliser la scoliose grâce à une physiothérapie.

Dans la majorité des cas, la chirurgie est faite par le dos (voie postérieure). Mais en cas de forte courbure réclamant une résection (ostéotomie) de certaines parties de la colonne vertébrale, un abord supplémentaire par l'avant (ventre) est nécessaire. La partie rigidifiée de la colonne vertébrale doit être aussi courte que possible afin que la mobilité demeure la plus étendue possible. Au-dessus et en dessous de la partie stabilisée, les segments fonctionnels de mouvement intervertébraux sont plus sollicités et s'usent par conséquent plus rapidement.

Le but du traitement chirurgical est de parvenir à une position assise verticale correcte et indolore dans le fauteuil roulant et d'obtenir ainsi la plus grande autonomie possible.

Dr en méd. Hans Georg Koch,  
Nikola Angelov, bachelor en physiothérapie