

Congrès SASPAS octobre 2014

Dépistage de la scoliose idiopathique de l'enfant et l'adolescent

Je me suis intéressée à ce sujet car j'ai vu de nombreux enfants pour la visite annuelle et/ou la rédaction du certificat de sport, consultations qui sont l'occasion d'un examen complet dans un but de dépistage, avec notamment celui de la scoliose.

Dépistage de la scoliose :

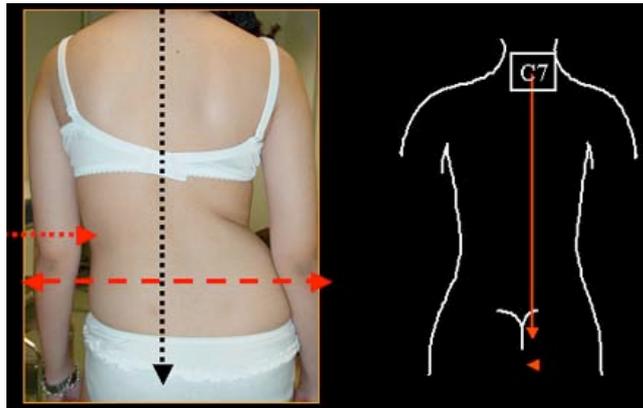
Systematique lors de l'examen de suivi de l'enfant et l'adolescent.

1) Interrogatoire :

- Antécédents personnels et familiaux : part d'hérédité médiée par un gène à pénétrance et expressivité variable. Recherche d'antécédents de maladies génétiques (pour orienter vers une scoliose non idiopathique)
- Douleurs du dos : le caractère important des douleurs et l'horaire inflammatoire doit alerter vers une autre cause qu'une scoliose idiopathique

2) Examen clinique :

- Le dos :
- Enfant debout de face et de profil, puis assis et couché :
 - Debout de face : on visualise :
 - L'inflexion latérale du tronc
 - L'asymétrie de hauteur des épaules
 - La saillie anormale d'une omoplate
 - L'asymétrie du triangle de la taille
 - La déviation latérale des épineuses (s'aider de la palpation)
 - Test au fil à plomb : Tendue depuis l'épineuse de C7, il doit arriver au niveau du sillon interfessier. Si le fil est latéralisé, le rachis est déséquilibré.
 - Chercher une inégalité des membres inférieures et si présence, la corriger, car elle est souvent responsable d'attitude scoliotique (qui ne sont pas des scoliose vraies)



- Debout de profil :
 - Réduction de la cyphose dorsale et/ou de la lordose lombaire
 - Fil à plomb : Depuis l'oreille (CAE), il doit rencontrer les têtes fémorales. Le rachis est déséquilibré si le fil passe en avant ou en arrière.
- Assis et couché sur le ventre : Disparition de la déviation de la colonne dans les attitudes scoliotiques

➤ **Test de Adams :**



Jambes tendues, l'enfant se penche en avant bras tendus vers le bas, les paumes de mains se touchant.

- Visualisation de la gibbosité et de son côté
 - Visualisation d'un bourrelet lombaire
- L'évaluation de la maturité squelettique : importance pour évaluer la gravité de la scoliose par rapport à l'âge osseux.

(un angle de courbure important avant la puberté est inquiétant car inhabituel, notion d'une évolutivité importante de la scoliose après le début de la puberté donc nécessité d'un suivi accru, et nécessité d'un traitement avant la fin de la croissance)

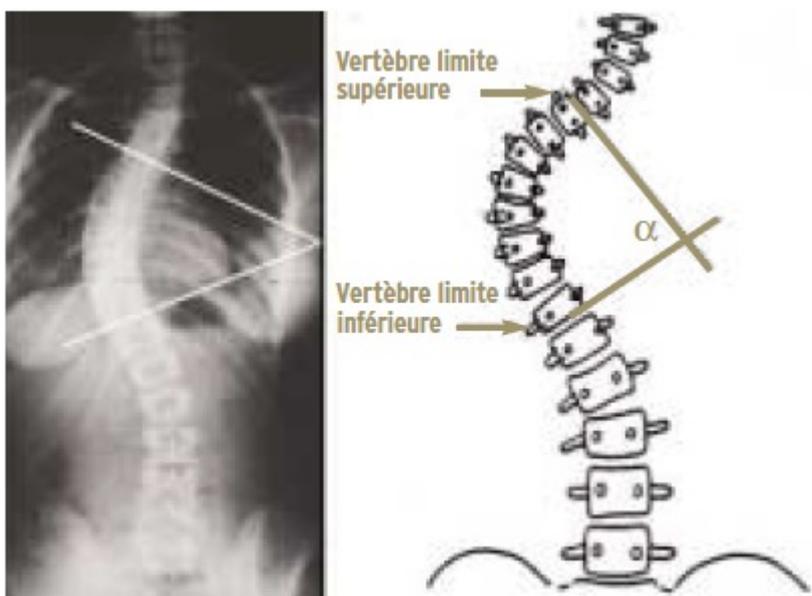
- Signes de la puberté
- Mesures de la taille assis (taille du tronc) et debout et courbes de croissance pour évaluer le rythme de croissance
- Examen neurologique et dermatologique : ROT, réflexes abdominaux, recherche d'un déficit sensitivomoteur, de troubles de l'équilibre, d'une asymétrie de la motricité, dysmorphie, anomalies cutanées (taches café au lait..), anomalies de la ligne médiane (hyperpilosité, angiome)

3) Examens complémentaires :

Radio ++ du rachis total de face et de profil, incluant la base du crâne et le bassin complet

Après correction éventuelle d'une inégalité des membres inférieurs

- **Calcul de l'angle de Cobb : vraie scoliose à partir de 11°**



- A partir de 30° ou de 20° évolutif (c'est à dire 5° d'aggravation de courbure entre 2 radios à 4-6 mois d'intervalle) : corset + kiné. Si échec ou angle > 45-50° : chirurgie
- Pour le reste, surveillance radio simple tous les 4 (après début puberté) à 6 mois (avant le début de la puberté)
- Evaluer le nombre de courbes scoliotiques (simple, double, triple) et le côté de la scoliose (par convention, c'est celui du côté de la convexité)
- La radio permet aussi de différencier une attitude scoliotique : déformation latérale sans rotation des corps vertébraux (pas d'asymétrie des pédicules par rapport à la ligne médiane)

- Sur le bassin :
 - Obliquité pelvienne ?
 - **Signe de Risser** : évaluation du stade de maturité osseuse
- Sur la radio de profil : Mesure des angles de lordose et cyphose. Si les angles sont normaux, on peut se contenter des radios de face pour la surveillance ultérieure

Notions importantes :

1) Une attitude scoliotique (souvent due à une inégalité des membres inférieurs) est à différencier d'une scoliose vraie par le fait que :

- la déviation du rachis se corrige après correction de l'inégalité des membres inférieurs, et en position assise et couchée sur le ventre jambes dans le vide en bout de table
- Le test de Adams ne met pas en évidence de gibbosité
- Il n'y a pas de déviation médiale des épineuses à la radio

2) Latéralisation habituelle de la scoliose idiopathique :

Le plus fréquemment, il existe dans la scoliose idiopathique une gibbosité thoracique droite et/ou une gibbosité lombaire gauche, ainsi, une gibbosité thoracique gauche ou une convexité thoracique gauche radiologique, et/ou lombaire droite doivent faire suspecter une autre pathologie (infection, tumeur, malformation, syringomyélie) et amener à la réalisation d'une IRM médullaire (ou d'une scintigraphie en cas de douleurs diffuses)

Bibliographie :

- Guides HAS ALD 26 « Scoliose idiopathique structurale évolutive » Juin 2012 et Février 2008
- La revue du praticien du 31-01-2006 - Tome 56 - N°2
- La revue du praticien médecine générale du 26-02-2001 - Tome 15 - N°528
- Cours de la faculté de médecine de Strasbourg 2004-2005 http://www-ulpmed.u-strasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e_cours/pdf-locomoteur/18_la_scoliose.pdf
- Site de la scoliosis Research Society :
http://www.srs.org/professionals/conditions_and_treatment/adolescent_idiopathic_scoliosis/index.htm