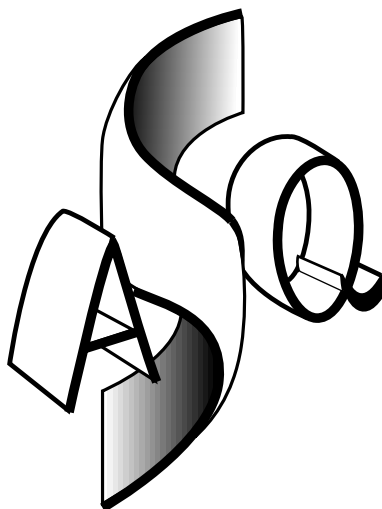


ASSOCIATION DE LA SCOLIOSE DU QUÉBEC



Cette brochure a été réalisée par les membres du conseil d'administration:

Francine Fréchette, Johanne Vandal, Suzanne Meunier,
Marie-Christine Letellier, Claire Talon, Linda Bronsard et
Laurent Crête.

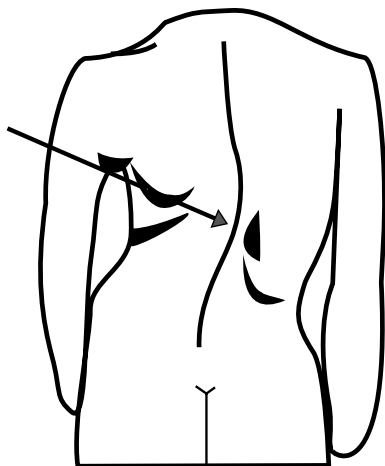
*Nous dédions cette brochure à
Martine, Viviane, Marie-Andrée, Marie-Josée,
Claude-Audrey, Frédérique, Sophie, Catherine,
Virginie, Manon, Nathalie, Geneviève,
Jean-François, Martin et Jonathan.*

Sincères remerciements à nos précieux collaborateurs:

Dr Hubert Labelle, Marc-André Parent, Marie-Josée Bernard
et Philippe Labelle.

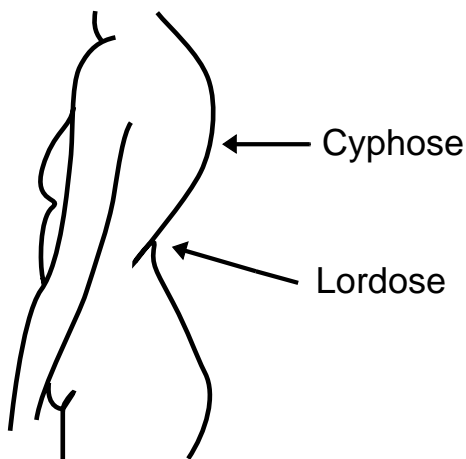
Qu'est-ce qu'une scoliose?

Il s'agit d'une déviation latérale de la colonne vertébrale. On parle souvent de colonne en forme de "S", car c'est ainsi que la scoliose nous apparaît aux rayons-x.



La scoliose est-elle la seule déformation possible de la colonne vertébrale?

Non, on retrouve deux autres types de déformations: l'une en forme de dos rond, la cyphose; et la lordose, qui donne l'impression d'avoir les "reins creux".



La scoliose est-elle toujours grave?

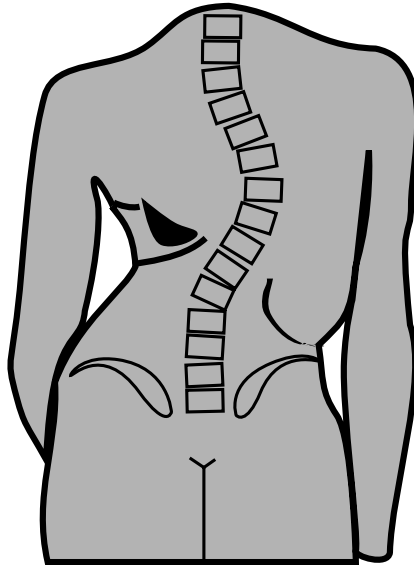
Non, beaucoup de personnes n'ont qu'une légère scoliose. Heureusement, les scolioses sérieuses ne représentent qu'un faible pourcentage de toutes les scolioses diagnostiquées.

Il existe quatre types principaux de scoliose:

- la scoliose thoracique
- la scoliose thoraco-lombaire (dorso-lombaire)
- la scoliose lombaire
- la scoliose double

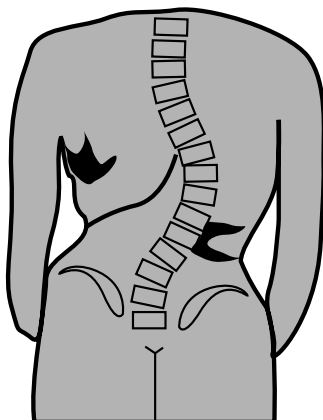
Qu'est-ce qu'une scoliose thoracique?

La scoliose la plus fréquente est de type thoracique. Elle est généralement située du côté droit du thorax et s'accompagne d'une courbure de compensation au niveau de la taille à gauche (courbure qui disparaît si la courbure principale est traitée). Ce genre de scoliose occasionne une déformation très visible au niveau des côtes (gibbosité).



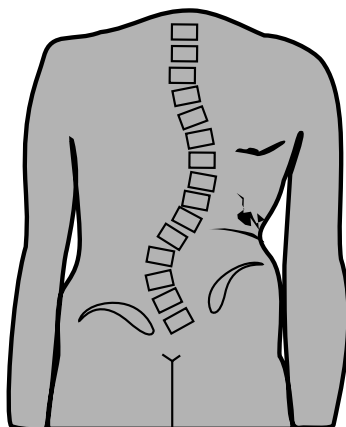
Qu'est-ce qu'une scoliose thoraco-lombaire?

La scoliose de type thoraco-lombaire atteint un segment plus long, c'est-à-dire le segment thoracique et lombaire. Elle entraîne une rotation des côtes et le soulèvement de l'omoplate du même côté (gibbosité).



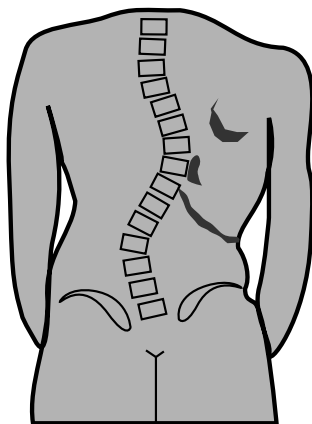
Qu'est-ce qu'une scoliose lombaire?

La scoliose de type lombaire occasionne une déformation au niveau de la taille. Cette déformation est souvent moins visible car il n'y a pas de côte à la région lombaire. Généralement la gibbosité au niveau dorsal est peu prononcée.



Qu'est-ce qu'une scoliose double?

La scoliose de type double est constituée de deux courbures . Il s'agit le plus souvent d'une thoracique droite et d'une lombaire gauche. Ce type de scoliose est peut-être moins «déformant» du côté esthétique, mais son traitement peut être plus délicat car il faut soigner les deux courbures et non pas une seule.



On parle aussi de scoliose congénitale, neuromusculaire, traumatique et idiopathique.

Qu'est-ce qu'une scoliose congénitale?

Il s'agit d'une scoliose causée par une anomalie visible à la radiographie.

Exemple: Déformation des vertèbres, fusion de vertèbres ou de côtes. Cette anomalie est présente depuis la naissance et entraînera un déséquilibre de la colonne au moment de la croissance.

Qu'est-ce qu'une scoliose neuro-musculaire?

Il s'agit d'une scoliose causée par une maladie de type neurologique ou musculaire.

Exemple: Dystrophie musculaire, paralysie cérébrale, poliomyélite, ataxie de Friedreich.

Qu'est-ce qu'une scoliose traumatique?

C'est une scoliose causée par un accident ayant endommagé une vertèbre.

Qu'est-ce qu'une scoliose idiopathique?

C'est une scoliose pour laquelle on ne connaît aucune cause. C'est la scoliose la plus fréquente et on la retrouve le plus souvent chez les jeunes filles au moment de la croissance. On soupçonne une cause génétique. On parle ici d'un problème familial, le risque de développer une scoliose étant plus élevé que dans une autre famille.

Selon l'âge d'apparition on parle de scoliose:

Infantile (moins de 3 ans)

Juvenile (3 à 10 ans)

Adolescente (plus de 10 ans)

La scoliose est-elle le fruit d'une négligence?

La scoliose n'est jamais le fruit de négligence qu'elle soit alimentaire, posturale ou autre. Par exemple, porter son sac d'écolier toujours du même côté ne causera pas de scoliose. La majorité des scoliose sont idiopathiques, c'est-à-dire, sans cause connue pour l'instant comme expliqué précédemment.

Un garçon peut-il être atteint de scoliose?

Oui, mais les scoliose nécessitant un traitement sont beaucoup plus fréquentes chez les filles.

La scoliose entraîne-t-elle des douleurs?

La douleur n'est pas un symptôme fréquent de l'apparition de la scoliose. Cependant, plusieurs personnes ayant une scoliose se plaignent de douleurs.

Des études suggèrent que ces douleurs sont plus fréquentes que pour la population en général. Le mal de dos est un problème courant à notre époque.

Nous attendons le résultat d'études en cours pour clarifier cet aspect du problème.

Quels sont les signes les plus fréquemment rencontrés?

Un mauvais alignement du tronc par rapport au bassin, une épaule plus haute que l'autre, la proéminence d'une omoplate (gibbosité), l'inégalité du creux de la taille, un sein plus proéminent que l'autre.

La scoliose est-elle dangereuse pour la santé?

En général, les scoliose sont bien tolérées et permettent une vie normale. Par contre, une déviation sévère peut apporter des problèmes psychologiques secondaires, une modification esthétique, des problèmes fonctionnels cardiaques et respiratoires (scoliose très grave seulement).

Une scoliose à ses débuts nécessite-t-elle un suivi régulier et à long terme?

Oui, car il est possible qu'une scoliose, minime à ses débuts, soit progressive chez un enfant ou adolescent en croissance. Il est donc très important de se faire suivre régulièrement aux 4 à 6 mois par un médecin.

A l'aide d'un examen clinique et radiologique le médecin surveille l'évolution de la déviation.

Un suivi régulier permet un traitement approprié au moment jugé le plus opportun.

Une fois la scoliose diagnostiquée pour quelle raison faut-il subir un examen radiologique aux 6 ou 12 mois?

Par la lecture des films radiologiques, le spécialiste peut surveiller avec précision l'évolution de la déviation selon une méthode de calcul standardisée. Cette technique donne l'heure juste au patient lui permettant une meilleure compréhension de son état.

Une exposition aux rayons-x doit toujours être prescrite par un médecin qui est le meilleur juge de la situation.

Existe-t-il un traitement à la scoliose?

Il existe différentes alternatives de traitements et le médecin peut guider le patient dans le choix du traitement le plus approprié à son problème.

Nous retrouvons deux types de traitements:

- le traitement médical
- le traitement chirurgical

Quels sont les objectifs visés par le traitement?

- Arrêter la progression de la déviation
- Réduire la courbe, si possible
- Éviter les complications tardives (cardio-pulmonaire, neurologique)
- Améliorer l'esthétique
- Diminuer la douleur si elle est présente

A partir de quel degré une scoliose nécessite-t-elle un traitement?

Règle générale, on doit traiter une courbe évaluée à 20 degrés et plus si elle est progressive et si l'enfant n'a pas atteint sa maturité osseuse (en croissance).

Quel genre de traitement réserve-t-on aux scolioses de moins de 20 degrés?

Règle générale, les petites scolioses ne nécessitent qu'un suivi régulier surtout durant la poussée de croissance afin de s'assurer qu'elles ne progressent pas. Il est très important de ne pas négliger les visites chez le médecin.

Y-a-t-il une place pour les exercices physiques dans le traitement de la scoliose?

Les exercices seuls ne modifient pas le cours de la maladie, par contre, ils permettent de conserver la souplesse et le tonus musculaire dans certaines circonstances.

Quel traitement réserve-t-on aux scolioses de plus de 20 degrés?

Les courbes progressives de 20 degrés et plus peuvent généralement être traitées par le port d'un corset. Plusieurs sortes existent dont les plus connues sont le Milwaukee et le Boston.

Peut-on espérer corriger définitivement une scoliose par le port d'un corset?

On pense actuellement que le port d'un corset permet l'arrêt de la progression d'une scoliose et non pas une correction de la courbure; c'est pourquoi le corset est la modalité de traitement réservée aux scolioses entre 20 et 40 degrés.

Combien de temps dure le traitement par corset?

On estime généralement que le port du corset devra se continuer jusqu'à l'arrêt de la croissance et jusqu'à la stabilisation de la courbe.

Combien d'heures par jour devra-t-on porter un corset?

Le corset est porté de 20 à 22 heures par jour.

Il pourra être enlevé pour certaines activités sportives telle la natation.

Le corset occasionne-t-il de petits inconvénients?

En général, le corset permet de mener une vie normale (école, sport etc.).

Certains types de corset comme le Milwaukee sont plus visibles sous les vêtements que les orthèses de Boston et entraînent certaines restrictions vestimentaires.

De plus, le corset peut causer des problèmes cutanés au niveau des points d'appui.

Comment traite-t-on les scoliozes de plus de 40 degrés?

Le traitement de ces courbures est chirurgical si la courbe est évolutive.

Quel est le principe du traitement chirurgical?

Dans un premier temps, la scoliose est corrigée par un système de fixation interne métallique (tiges) qui force le redressement de la colonne.

Dans un deuxième temps, on procède à une fusion des vertèbres par une greffe osseuse qui assure la stabilisation de la colonne.

Existe-t-il plusieurs techniques chirurgicales?

Il existe plusieurs techniques chirurgicales toutes basées sur les principes généraux énoncés plus haut.

La plus vieille technique est celle mise au point par le Dr. Harrington autour des années 60.

Des techniques plus récentes existent utilisant une instrumentation segmentaire (agissant à chaque niveau vertébral). On parle d'instrumentation de Luque, de Cotrel-Dubousset, T.S.R.H., U.S.S., Miami-Moss etc.

L'instrumentation métallique doit-elle être retirée lorsque la greffe osseuse est bien solide?

Le métal utilisé est bien toléré par le corps humain. Il n'est donc pas nécessaire de retirer l'instrumentation.

En théorie, l'instrumentation pourrait être retirée après la solidification de la greffe osseuse. Pour des raisons pratiques évidentes on ne la retire pas après la consolidation osseuse. Par contre, dans certains cas particuliers, l'instrumentation peut être retirée après la fusion osseuse lorsque cela s'avère nécessaire.

Les techniques chirurgicales permettent-elles de bonnes corrections (redressements)?

Le pourcentage de redressement varie selon la déviation initiale, la souplesse de la colonne, la technique chirurgicale et l'âge du malade. On admet généralement que le pourcentage d'amélioration se situe entre 30 et 60% de la déviation initiale.

Ex.: Une déviation de 50 degrés peut selon la souplesse de la colonne être réduite à 25 degrés.

Il est important de noter que le but visé par la chirurgie est tout d'abord l'arrêt de la progression de la déviation.

L'omoplate sera-t-elle moins proéminente après l'opération?

La proéminence de l'omoplate est appelée la gibbosité. Elle est due à une rotation des côtes qui soulèvent l'omoplate.

L'opération atténue généralement la gibbosité. Dans certains cas, l'opération peut la faire disparaître.

Cependant, elle est très difficile à faire disparaître complètement.

Doit-on attendre la fin de la croissance avant de procéder à l'opération?

Devant une aggravation rapide de la scoliose il est parfois impossible de retarder la chirurgie.

L'intervention chirurgicale est-elle douloureuse?

L'opération se faisant sous anesthésie générale, aucune douleur n'est ressentie durant l'opération.

Les jours suivant l'opération, la douleur est d'abord contrôlée par des injections, puis par des comprimés dont les doses diminuent graduellement suivant le besoin de chacun.

Y-a-t-il des complications possibles suite à l'opération?

Il s'agit d'une chirurgie majeure mais les complications sont rares. Elles sont principalement d'ordre neurologique et infectieux.

Si jamais une paralysie est détectée elle est réversible dans la plupart des cas.

L'immobilisation par plâtre ou corset est-elle toujours nécessaire suite à la chirurgie?

Le port d'un plâtre ou d'un corset n'est pas toujours nécessaire suite à la chirurgie mais il peut s'avérer nécessaire selon la gravité de la scoliose ou selon la technique chirurgicale utilisée.

Règle générale, il est possible de marcher une semaine après la chirurgie.

Quelle durée aura la convalescence?

Il est prudent de limiter les activités physiques pour une période de 6 mois. (La consolidation osseuse prend généralement 6 mois).

La pratique des sports est-elle interdite après une chirurgie ?

En général, suite à la période normale de convalescence, presque tous les sports sont permis sauf les sports violents ou ceux pouvant occasionner une compression à répétition des vertèbres. (Équitation, trampoline, arts martiaux, motocross, motoneige).

Selon votre condition, il est possible que le médecin vous interdise la pratique d'autres sports.

La natation est fortement recommandée dès que possible après la chirurgie. L'absence de poids sur la colonne favorise progressivement la réhabilitation de certains mouvements et active la récupération.

Cette opération implique une convalescence d'une durée variable d'une personne à l'autre.

Y-a-t-il limitation de la flexion du tronc après la chirurgie?

Non, sauf s'il y a fusion au niveau du bassin.

Une femme opérée pour une scoliose peut-elle avoir des enfants?

Oui, la grossesse se déroule habituellement normalement de même que l'accouchement.

L'anesthésie par épidurale est contre-indiquée.

Et voilà!

Nous espérons que ce document saura répondre à vos principales interrogations.

Vous pouvez toujours communiquer avec l'Association de la scoliose du Québec pour toute autre information.

Adresse: 10 800, Berri
Montréal, Québec
H3L 2H4

Téléphone: (514) 388-8002