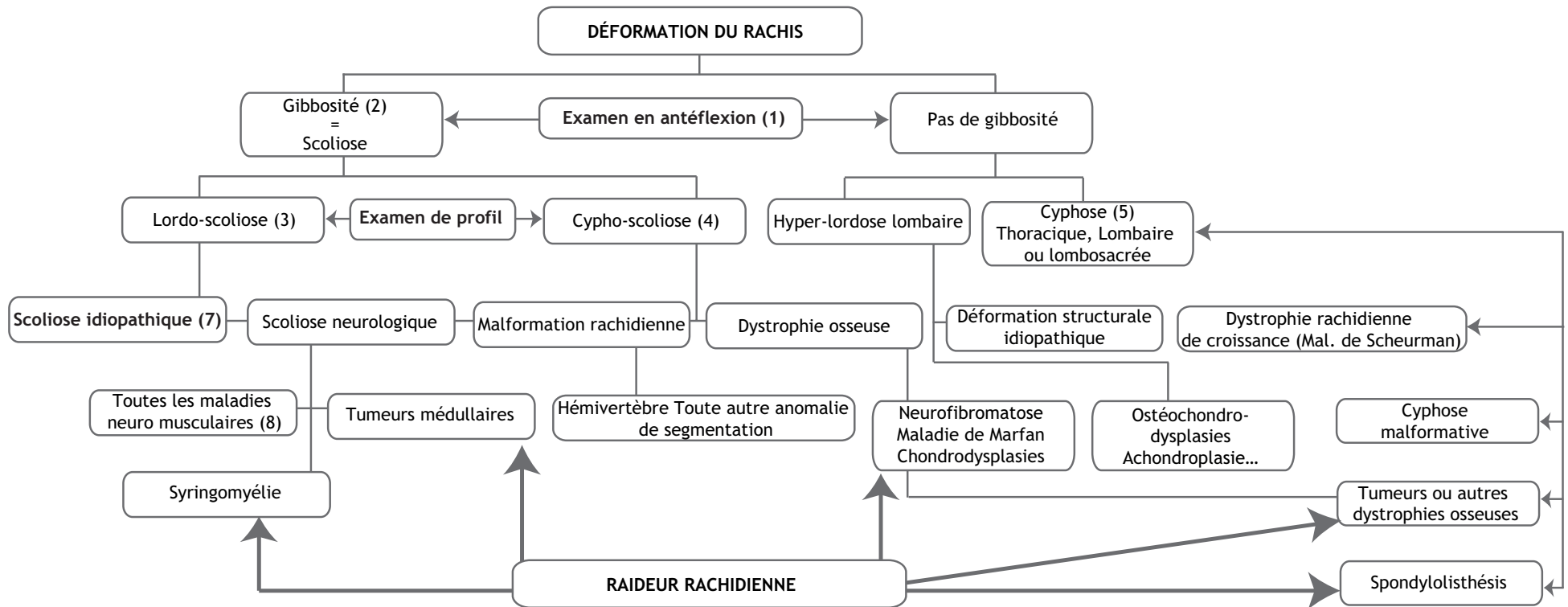


Diagnostic d'une déformation du rachis - J. Lechevallier*, S. Abu Amara

Clinique chirurgicale infantile, hôpital Charles-Nicolle, 1, rue de Germont, 76031 Rouen cedex, France

Mots clés : Rachialgie ; Scoliose ; Cyphose



* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : Joel.Lechevallier@chu-rouen.fr (J. Lechevallier).

■ Arbre décisionnel : Commentaires

(1) **Antéflexion du patient** : lors de l'examen, après avoir inspecté l'enfant de face, de dos et de profil (le détail sera indiqué plus bas), on lui demande de se pencher en avant, les mains jointes, après avoir veillé à l'équilibre du bassin (cale éventuelle sous le pied du côté court). Trois options sont possibles : le rachis est raide (distance mains-sol supérieure à 40 cm), il est souple et présente une gibbosité, il est souple sans gibbosité. Noter que l'on a délibérément écarté la question de la symptomatologie fonctionnelle. Les douleurs sont fréquemment rapportées (18 % dans une population d'adolescents) mais sont rarement d'origine organique. En outre, elles ne sont spécifiques d'aucune pathologie organique décrite ci-dessous. Chacune de ces pathologies peut être indolente.

L'examen général comporte tout particulièrement un examen neurologique (pathologies neuromusculaires, syringomyélie, atteintes médullaires ou radiculaires).

Dans tous les cas le bilan complémentaire comportera une radiographie du rachis en entier de face et de profil, associé, le cas échéant à des clichés focalisés sur le sommet de la zone déformée.

(2) **Gibbosité** : c'est le témoin pathognomonique de la rotation vertébrale et donc de la scoliose idiopathique (Fig. 1).

(3) **Lordoscoliose** : les scolioses idiopathiques habituellement rencontrées présentent de profil une diminution des courbures physiologiques : le dos est donc plat, voire creux (Fig. 2). La notion de cyphoscoliose est donc habituellement erronée.

(4) **Cyphoscoliose** : dans une telle hypothèse, il y a de profil, une aggravation de la cyphose physiologique thoracique ou perte de la lordose lombaire. Cette déformation n'est pratiquement jamais observée chez les patients porteurs de scoliose idiopathique (sauf si l'amplitude dépasse 80°). Il y a pratiquement toujours une étiologie sous-jacente.

(5) **Cyphose** : la cyphose (Fig. 3) peut être structurale (sans anomalie osseuse), dystrophique (en rapport avec une maladie osseuse constitutionnelle) ou malformative.

(6) **Raideur rachidienne** : la raideur témoigne habituellement d'une étiologie organique devant absolument être recherchée. Au-delà de l'examen clinique, la radio pourra mettre en évidence une lyse isthmique, un spondylo-listhésis, une tumeur osseuse ou une dystrophie osseuse. Faute de diagnostic évident on doit pousser les investigations vers une scintigraphie osseuse, une tomodensitométrie ou une IRM pour rechercher une tumeur osseuse ou intracanaulaire, une infection, une lyse isthmique.

(7) **Scoliose idiopathique** : c'est la cause la plus fréquente de consultation déformation rachidienne. Son diagnostic repose sur la gibbosité témoin de la rotation vertébrale, le dos plat, voire creux, et l'absence de signe neurologique ou radiologique.



Fig. 1.

(8) **Maladies neuromusculaires** : il est habituel que la scoliose soit un diagnostic de dépistage chez un patient porteur d'une maladie neuromusculaire connue (myopathie, neuropathies sensitivomotrices, maladies du motoneurone, infirmité motrice...), et non l'inverse.



Fig. 2.



Fig. 3.

■ Références

- [1] Dubouset J. Premier examen d'un enfant scoliotique. In Ortho-pédiatrie 1 une sélection des conférences d'enseignement. Elsevier 1991 : 1-12.
- [2] Chopin D. Cyphoses régulières en période de croissance. In Ortho-pédiatrie 1 une sélection des conférences d'enseignement. Elsevier 1991 : 13-28.
- [3] Jouve JL. Spondylolyse et spondylolisthésis lombosacré de l'enfant et de l'adolescent. In Ortho-pédiatrie 5 Une sélection des conférences d'enseignement. Elsevier 2004 : 35-56.