

Scolioses : cause, mécanisme et traitement par Myothérapie

À propos de 67 cas

1^{re} partie

DR JAN POLAK

Si des avancées majeures dans la compréhension de l'étiologie de la SI (Scoliose Idiopathique) doivent être faites, alors les méthodes et les approches actuellement utilisées doivent être modifiées car elles n'ont pas été très productives à ce jour (K. M. Bagnall, chirurgien).

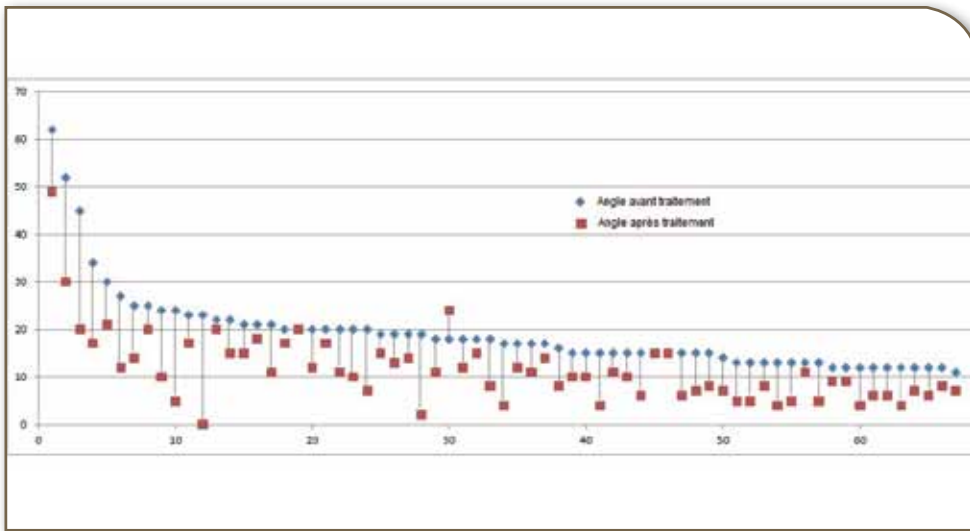


Figure 1 :
67 scolioses traitées par Brachy-Myothérapie.
Angles avant et après BMT

«...Curieusement le rôle du muscle est pourtant totalement négligé de nos jours dans l'étiologie de la scoliose...»

Les scolioses ont été décrites pour la première fois par Galien au II^e siècle, et il est intéressant de constater que ceci a été fait dans son ouvrage intitulé : « De moto musculorum ». Curieusement le rôle du muscle est pourtant totalement négligé de nos jours dans l'étiologie de la scoliose. Seuls quelques chercheurs, depuis les années 1955, ont envisagé une participation musculaire [4, 7, 18, 22, 23].

Cependant pour eux, il s'agit d'une simple hypertonie locale réactionnelle à la courbure ou à la paralysie de certains muscles rachidiens, sans préciser la cause de ces derniers phénomènes, ni donc de la scoliose elle-même.

Celle-ci reste donc idiopathique, et en conséquence on en est toujours réduit à préconiser un traitement qui ne peut être que symptomatique. N'agissant que sur la conséquence et non sur la cause, il ne peut pas être très efficace pour redresser la scoliose, ni même pour arrêter son évolution.

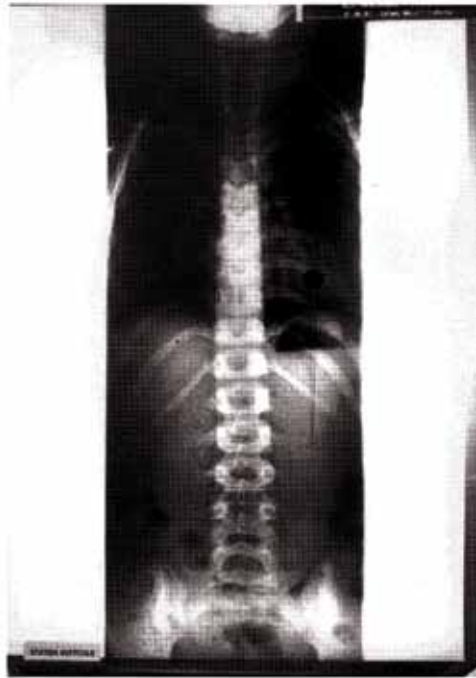
Nous pensons utile de résumer d'abord brièvement l'essentiel de ce qui est connu à propos de la scoliose dite idiopathique (SI), avant de proposer une méthode thérapeutique non traumatisante qui permet un redressement de la plupart des SI, y compris de celles de plus de 30°, ainsi qu'une hypothèse étiologique.

■ HISTOIRE NATURELLE & PRONOSTIC

La scoliose idiopathique touche 2,5 % de la population [1]. Les scolioses de plus de 20° sont rares : 0,5 à 0,8 % de la population. Seulement 10 à 60 % des SI évoluent réellement (remarquer l'imprécision des chiffres...). Cependant en début de puberté, ce risque passe à 80 % pour un angle de Cobb de 20°, et à 100 % pour un ➔



Cliché n°1 : 19 mars 1997
Scoliose 17° - Risser 0
(photos A. Jamot)



Cliché n°2 :
21 mai 1997 (2 mois après)
Scoliose 2° après myothérapie seule

1.2 → Complications

Les principales complications seraient d'une part les douleurs dorsales ou lombaires, surtout à l'âge adulte, cependant finalement peut-être pas plus fréquentes que dans la population non scoliotique [19], et d'autre part les conséquences de la déformation thoracique qui peut, mais au-delà de 80° seulement, mener, éventuellement, à une insuffisance respiratoire et à des complications cardio-vasculaires [20].

Seules les courbes de plus de 30° s'aggravent légèrement après la fin de la croissance [15].

Le risque principal est en fait esthétique, mais même une scoliose assez évoluée peut passer relativement inaperçue. À cet égard, on peut se demander si les traitements actuellement proposés, avec leurs énormes contraintes des années durant, pour de bien faibles résultats, sont bien adaptés à la maladie.

1.3 → Intérêts de la radiographie

La confirmation du diagnostic est radiologique, sur des clichés englobant tout le rachis, de face debout, plus éventuellement de face couché, cette dernière incidence éliminant une éventuelle simple attitude scoliotique [5, 12]. On mesure ainsi l'inclinaison latérale selon la méthode de Cobb, qui a une marge d'erreur de 5°.

La rotation est mesurée par la position soit des pédicules, soit des épineuses. Un profil permet d'évaluer l'extension des vertèbres dorsales. En pratique, ces deux paramètres sont rarement mentionnés sur les comptes-rendus radiographiques, même quand ils sont demandés...

Pour le pronostic, l'âge osseux est souvent mesuré selon la méthode Risser [14], dont l'intérêt est contesté par de nombreux auteurs qui préfèrent l'âge chronologique : en France les radiologues ne mentionnent de toute façon que rarement le Risser.

La radiographie permet de suivre l'évolution par des clichés à 3 ou 6 mois d'intervalle, et de poser les indications thérapeutiques éventuelles.

1.4 → Évolution naturelle & pronostic

Pour les scolioses de faible amplitude, ne rien faire, tout en surveillant, n'est pas une mauvaise solution : les courbures initiales de moins de 10° s'aggravent rarement ; mais les courbures de 10 à 20° s'aggravent dans 10 à 30 % des cas. Et les SI de plus de 20° s'aggravent dans 50 à 80 % des cas. Au-delà de 30°, il y aura aggravation quasi systématique [11, 15]. Le taux d'améliorations (redressements) sponta-

➔ angle de 30° à Risser 0. Et ce risque n'est que faiblement diminué par le port du corset. 10 à 40 % des patients présentant un angle de 20 à 30° devront être opérés. Ce risque est encore fortement augmenté si l'angle de Cobb se situe entre 30 et 40°.

1.1 → Déformations

La SI se développe en 3 dimensions : il s'agit d'une torsion du rachis.

1 - Il y a une ou plusieurs courbures d'inclinaison latérale dorsale, lombaire ou dorso-lombaire.

2 - Les épineuses tournent dans la concavité. Cette rotation des vertèbres dorsales provoque une déformation thoracique : la voussure ou gibbosité, constatée lorsque le patient se penche en avant. C'est d'ailleurs le principal élément clinique de diagnostic de la scoliose.

3 - Toutes les vertèbres sont en extension, apophyses épineuses rapprochées.

4 - La vertèbre tend plus ou moins à se déformer, sa croissance semble diminuée dans les zones de forte pression et augmentée dans celles de moindre appui ; le disque a tendance à se cunéiformiser comme le corps vertébral. Ce phénomène est cependant loin d'être constant, et s'il est présent il est en général minime.

«...Et les scolioses de plus de 20° s'aggravent dans 50 à 80 % des cas. Au-delà de 30 %, il y aura aggravation quasi systématique...»



A.T. STILL ACADEMY

Etablissement d'enseignement privé d'Ostéopathie en alternance
formation continue



Grâce à son équipe d'enseignants et assistants expérimentés, l'**Andrew Taylor Still Academy** (ATSA), assure depuis 1975 **une formation pratique et théorique de haut niveau** aboutissant à la profession d'Ostéopathe.

Kinésithérapeutes devenez

ostéopathes

Notre établissement est équipé de **matériel pédagogique performant** : salles de travaux pratiques, **clinique ostéopathe**, support informatique de cours.

Renseignez-vous

par Tél : 04 78 43 20 06

Fax : 04 78 35 79 84

(dossier complet
envoyé sur simple demande)

Site internet : www.stillacademy.com

E-mail : atsa@wanadoo.fr

Centre de Formation de Lyon

280, Allée des Hêtres - 69760 LIMONEST

Le nombre d'étudiants par promotion est volontairement limité afin d'assurer un enseignement de qualité.



Etablissement de formation
agrée par le Ministère de la Santé

➔ nées n'est que de 10%, et ne concerne que les SI de moins de 15°, si elles sont diagnostiquées en période pré-pubertaire !

L'âge du patient et sa croissance influent aussi le pronostic : à Risser 0, soit grosso modo avant l'âge de 10 ans, le risque d'aggravation d'une scoliose, même de faible amplitude, serait de 60 % en moyenne (plus, ou moins, selon l'angle).

1.5 → Traitements classiques

Tant que l'on n'aura pas découvert l'étiologie de la scoliose, les traitements, quels qu'ils soient, ne seront que palliatifs et symptomatiques, aucun ne guérira la scoliose elle-même. Les traitements actuels sont extrêmement contraignants et agressifs.

1 - Les corsets rendent la vie difficile aux enfants et aux adolescents pendant des années et leur nombre de formes différentes, auquel s'ajoutent les plâtres, montre qu'il n'y a pas de consensus à ce sujet.

Le but du corset n'est pas de diminuer la scoliose mais simplement d'éviter une aggravation de plus de 5 à 10°. En pratique le résultat du port du corset ne diffère de l'évolution naturelle que s'il est porté 23 heures sur 24 (ce qui est bien rarement fait) [8, 15].

Un corset ne devrait être proposé qu'en cas de scoliose évolutive de plus de 25 à 40° (20° selon certains auteurs : ici aussi il y a un manque flagrant de consensus) [1]. De nombreux corsets sont donc prescrits abusivement et leur effet apparent éventuel ne serait dû qu'à l'histoire naturelle de la scoliose...

On estime que 30 % des patients abandonnent le corset ou le portent mal, ce qu'ils n'osent que rarement avouer au thérapeute : ce pourcentage est donc certainement sous-estimé, et les effets du corset surestimés. Au total, plus de 60 % (!) des malades sous corset s'aggravent, ce qui ne représenterait pas de différence significative avec l'évolution spontanée sans traitement : 1 patient sur 3 (!) aurait tôt ou tard une indication chirurgicale, malgré le traitement orthopédique.

2 - La kinésithérapie classique peine à ralentir notablement l'évolution d'une scoliose évolutive. La multitude de techniques proposées montre qu'il n'y a pas non plus consensus sur la méthode à employer [8].

3 - La chirurgie n'est envisageable qu'au-delà de 40 à 50°. Le rapport avantages/inconvénients pour le moins limite de cette approche la rend très discutable [21]. Alors que son intérêt reste purement esthétique, les complications poten-

tielles sont innombrables, graves, et fréquentes. L'arthrodèse n'empêche en effet pas toujours l'évolution des déformations. Il y aurait 10 % d'infections postopératoires et 17 % des malades seraient réopérés. Pseudarthroses, fractures, et séquelles neurologiques, sont les autres complications possibles des arthrodèses.

Plus de 75 % des malades opérés par tige de Harington présenteraient par la suite des lombalgies, et plus de 60 % des douleurs du dos. Chez l'adulte, l'arthrodèse augmente le risque d'arthralgies multiples.

Nous voudrions montrer ici qu'il peut y avoir une façon non traumatisante et efficace d'aborder cette pathologie, approche s'appuyant sur une hypothèse étiologique concordant avec toutes les données actuelles publiées sur les scolioses idiopathiques, et qui permet non seulement de stopper l'évolution de la scoliose dite idiopathique, mais aussi de la redresser dans la plupart des cas.

■ ÉTUDE SUR 67 CAS

2.1 → Méthode

20 médecins généralistes, 3 médecins spécialistes en rééducation, 1 pédiatre, et 13 kinésithérapeutes, ont traité, par Brachy-Myothérapie seule, 67 enfants et adolescents avant fin de croissance, ayant une scoliose avec angle de Cobb compris entre 11° et 62°.

Nous avons présenté la Brachy-Myothérapie dans le n°36 de Profession Kiné (septembre 2012). La Myothérapie permet de traiter manuellement les contractures musculaires et leurs conséquences. En traitant les contractures post-traumatiques primaires, qui sont en pratique toujours situées au cou ou aux chevilles, les hypertonies de compensation et leurs conséquences (douleurs, déformations) disparaissent, puisque sans objet.

La scoliose nous a semblé être un exemple typique de ce processus. C'est pour ceci que dans la présente étude, seuls les muscles du cou et/ou des chevilles ont été traités : aucun traitement dorsal ni lombaire n'a été fait.

2.2 → Patients

N'ont été traités que des patients sans corset.

Les critères d'inclusion furent les scolioses idiopathiques de plus de 10°, sans corset. Les critères d'exclusion les attitudes scoliotiques et les scolioses inférieures ou égales à 10° (qui ne sont en fait

En savoir plus...

www.brachy-myotherapie.com

souvent que des attitudes scoliotiques), les scolioses non idiopathiques (en pratique exceptionnelles), et les scolioses traitées par corset.

- 5 cas avaient un angle de départ supérieur ou égal à 30° (aggravation attendue dans près de 100 % des cas).
- 19 cas avaient un angle de départ compris entre 20 et 29° (aggravation attendue dans les 3/4 des cas).
- Les 43 autres patients avaient un angle entre 11 et 19° (aggravation attendue dans 1/4 des cas seulement, mais redressement spontané exceptionnel).

Il y avait 18 garçons et 49 filles.

- 4 cas avaient moins de 10 ans (donc Risser 0, très mauvais pronostic).
- 50 cas avaient entre 10 et 15 ans, période de grande évolutivité.
- 13 cas avaient entre 16 et 18 ans.

Recrutement : tous les patients cités ici ont été soignés en cabinet de ville ou de campagne, aucun en milieu hospitalier. Il s'agit donc ici d'une étude multicentrique ouverte, représentative de ce qui se voit en patientèle de cabinet de ville ou de campagne. Le nombre de thérapeutes ayant participé à l'étude montre la reproductibilité des résultats.

Une évolution spontanée positive est rarissime, nous l'avons vu, aux degrés et aux âges que nous avons inclus dans l'étude. Des résultats positifs suffisent donc à montrer l'efficacité de la méthode étudiée, et tendent à prouver la vraisemblance de l'hypothèse étiologique qui la sous-tend [16].

Une séance de Brachy-Myothérapie a été faite environ tous les 10 jours. Une moyenne de 14,5 séances a été pratiquée [extrêmes : 2 à 48]. Le traitement a été interrompu, sauf avis contraire du patient, à l'arrêt de l'amélioration ou en l'absence de celle-ci et l'évaluation radiologique finale établie à ce moment. Le traitement fut en général assez bref : 1 à 16 mois, en moyenne 6 mois.

2.3 → Résultats

Les patients ont été suivis en faisant des téléradiographies, avant traitement puis tous les 2 à 6 mois. Il est à noter que la quasi-totalité des radiologues n'a mentionné que l'angle d'inclinaison, sans degré de rotation, d'angle de cyphose, ni de Risser. Une méta-analyse faite à la demande de la 'Scoliosis Research Society', et portant sur 20 publications confirme cependant que le Risser est rarement précisé dans les publications, qui retiennent plutôt l'âge chronologique [15]. La courbe de Mme Duval-Beaupère semble donc un substitutif universellement reconnu, valable, et plus réaliste. Elle montre une évolutivité très nettement plus importante entre 10 et 15 ans qu'après [6].

94 % des cas se sont redressés, de 8° en moyenne (cf. figure 1).

➤ CONCLUSION

Méthode, population et résultat global clôturent ce premier article sur la scoliose.

Dans le prochain numéro de Profession Kiné, l'analyse détaillée des résultats et la discussion viendront compléter et poser les bases rééducatives de cette thérapeutique manuelle.