LE SPONDYLOLISTHÉSIS

J-P STEIB

OBJECTIFS

- Savoir la définition d'un spondylolisthésis et d'une spondylolyse.
- Pouvoir évoquer ce diagnostic devant une lombalgie mécanique (enfant ou adulte).
- Reconnaître une spondylolyse sur une radiographie de 3 /4 de la colonne lombaire.
- Connaître l'utilité de la scintigraphie chez l'enfant pour diagnostiquer une lyse fraiche.
- Connaître les buts du traitement :
  - Orthopédique chez l'enfant
  - Fonctionnel ou chirurgical chez l'adulte

Spondylos = vertèbre
Olisthésis = glissement

Isthme vertébral = partie qui unit l'articulaire supérieure à l'articulaire inférieure et qui est en continuité avec la lame, le pédicule et la transverse. Non décrit anatomiquement

La **spondylolyse** (SPLyse) est une solution de continuité dans l'isthme vertébral : c'est une fracture de fatigue qui survient chez l'enfant. C'est une affection acquise où les facteurs congénitaux ou dysplasiques ne sont que des facteurs favorisants.
Cette fracture sépare la vertèbre en deux parties et, si elle ne consolide pas (pseudarthrose), permet le glissement de la vertèbre en avant emportant tout le rachis sus-jacent : c'est le **spondylolisthésis** (SPL) <u>isthmique</u>**.** Il touche surtout L5, parfois L4, rarement d'autres vertèbres.
Dans d'autres cas, c'est l'arthrose qui par son usure des articulaires postérieures autorise le glissement de la vertèbre et de tout le rachis sus-jacent : c'est le SPL <u>dégénératif</u> de Junghanns.

Le SPL et la SPLyse sont souvent asymptomatiques. Ils touchent 7% de la population, en général plus le garçon que la fille. Dans certaines circonstances ces anomalies, par l'instabilité qu'elles créent, peuvent être à l'origine de lombalgies et/ou de sciatalgies.

1-) <u>Chez l'enfant</u> :

La fracture de fatigue passe le plus souvent inaperçue. Toute lombalgie de l'enfant doit faire rechercher une SPLyse : examen clinique (douleur lombosacrée), Rx (3/4) et surtout scintigraphie (hyperfixation). Parfois le scanner (reconstruction) peut aider au diagnostic. Toute lyse fraîche (scinti +) doit être traitée orthopédiquement (corset) jusqu'à consolidation (extinction de la scinti + consolidation Rx ou scannographique). Une lyse ancienne (pseudarthrose) est traitée symptomatiquement.

2-) Chez l'adulte :

SPL et SPLyse sont souvent impliqués dans des lombalgies mécaniques. Parfois le nodule fibreux de la pseudarthrose (nodule de Gill) et le glissement irritent la racine (L5 si SPL L5/S1, L4 si SPL L4/L5) avec véritable sciatique.

Le traitement est le plus souvent symptomatique et conservateur.
Si la symptomatologie persiste une chirurgie peut être envisagée :
- reconstruction isthmique (réparation de la lyse par greffe osseuse) si le disque L5-S1 ou L4-L5 est bon (IRM),
- Ostéosynthèse-arthrodèse du segment concerné si le disque est dégénéré ou si le glissement est important.
Une libération simple de la racine n'est pas logique et rarement pratiquée.

La chirurgie du SPL et de la SPLyse donne les meilleurs résultats de la chirurgie de la lombalgie et est compatible avec un retour à une vie normale y compris sportive.

SCOLIOSE LOMBAIRE DEGENERATIVE

J-P STEIB

OBJECTIFS

- Reconnaître une scoliose dégénérative.
- Savoir quels examens demander
- Connaître l'évolution de cette déformation
- Connaître les possibilités thérapeutiques.

La scoliose lombaire dégénérative de l'adulte se développe après 50 ans en général chez la femme après la ménopause. Elle correspond comme la scoliose idiopathique à une instabilité tridimensionnelle qui aboutit à une déformation vertébrale. La faillite du segment mobile est à l'origine de la scoliose. Le disque (discopathie) et les articulaires (arthrose) perdent leur qualités mécaniques par dégénérescence. Le rachis se déforme en trois phases avec au départ dysfonctionnement, puis instabilité et enfin le plus souvent enraidissement et recalage. La déformation est la somme de déplacements élémentaires en rotation, latéralisation et recul. Au total on assiste entre deux vertèbres consécutives à une dislocation rotatoire.

Le retentissement fonctionnel est fait de douleurs :
- lombalgies mécaniques,
- radiculalgies tant sciatiques que crurales,
- sténose canalaire avec limitation du périmètre de marche.

Le retentissement fonctionnel est aussi esthétique et psychologiques chez ces femmes encore jeunes qui se sentent dévaluées par la douleur et la déformation. Il existe de plus un déséquilibre latéral mais surtout antérieur (perte de la lordose lombaire) qui perturbe fortement la station debout.

L'évolution se fait vers une accentuation de la déformation et des douleurs avec perte de la taille (en cm) et apparition de signes radiculaires. La marche devient difficile et l'autonomie se perd progressivement avec les conséquences générales évidentes.

L'examen clinique met en évidence l'asymétrie du triangle de la taille, le déséquilibre du tronc, la raideur lombaire et les éventuels troubles neurologiques. La téléradiographie de face et de profil debout fait le diagnostic. Le scanner montre l'arthrose et la rotation. La saccographie (en charge et dynamique) est l'examen de choix en préopératoire.

Le traitement est conservateur associant kinésithérapie et corset. Il peut être chirurgical par ostéosynthèse-arthrodèse avec réduction de la déformation et restitution du profil en lordose. Le

lever précoce sans contention externe autorise cette chirurgie chez la personne âgée. Le traitement chirurgical est indiqué devant une aggravation anatomique évolutive et une gêne fonctionnelle rebelle à tour traitements. L'âge est moins une contre-indication que l'ostéoporose car la fixation du matériel d'ostéosynthèse est conditionnée par la qualité de l'os. La réduction est en général la solution logique à la compression nerveuse centrale ou latérale. La libération simple est exceptionnelle et réservée à des scolioses graves fixées.

Cette pathologie est en fort accroissement en raison du vieillissement de la population.