

Place de la rééducation dans la prise en charge de la scoliose

Jean Pierre FLAMBART

Médecine Physique et de Réadaptation

Nice

Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale

- La scoliose structurale, maladie de la croissance du rachis, est une déviation latérale permanente avec rotation des corps vertébraux.
- Les déformations ne sont pas complètement réductibles.



Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale

- Le but du traitement de la scoliose est d'obtenir en fin de croissance un rachis aussi droit et équilibré que possible
- Le traitement est
 - orthopédique (plâtres, corsets)
 - ou chirurgical (arthrodèse et greffe osseuse)



Haut Comité Médical de la Sécurité Sociale

- La seule kinésithérapie isolée ne peut être considérée comme le traitement de la scoliose: elle n'a aucune action sur l'évolution de la scoliose idiopathique.
- les scolioses structurales évolutives dont l'angle est égal ou supérieur à 25° doivent être exonérées du ticket modérateur (ALD 30)

Quelle place pour la rééducation fonctionnelle?

- Reconnue utile
- Ne transforme pas fondamentalement le pronostic
- La prescription et la prise en charge sont basées sur
 - les résultats recherchés
 - le type de traitement :
 - Surveillance seule
 - Traitement orthopédique
 - Traitement chirurgical

Quelle rééducation proposer?

- Il n'existe pas de méthodes ou de protocoles universels
- La rééducation doit être adaptée individuellement pour chaque enfant en fonction
 - De l'âge
 - De l'importance de la courbure
 - Du type de traitement entrepris
 - Du bilan clinique qui va déterminer la prescription et la prise en charge

1. Etude des défauts posturaux

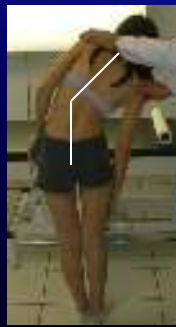
- Prise de conscience des défauts posturaux par
 - Miroirs interposés
 - Vidéo
 - En effet un enfant
 - n'a jamais vu son dos
 - n'a pas conscience de sa mauvaise attitude
- Rééducation = Correction posturale





2. La mobilité rachidienne

- La mobilité du rachis scoliotique est souvent perturbée
- Le bilan dynamique doit être soigneux
 - Quantitatif et qualitatif
 - Mobilité globale et segmentaire

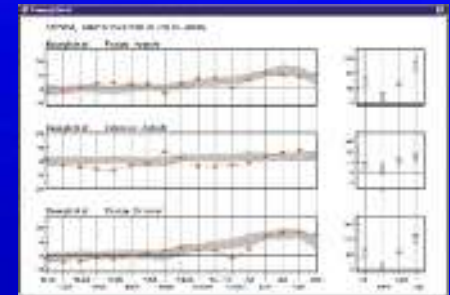


2. La mobilité rachidienne



- Spinal Mouse

- permet la mesure des courbures et de la mobilité rachidienne dans les plans frontal et sagittal lors de mouvements d'extension, de flexion et de latéroflexion.





2. La mobilité rachidienne

- Rachimétrie

- Etudie la mobilité rachidienne en enregistrant séparément lors des mouvements de flexion et d'extension du rachis les mobilités du secteur sus et sous pelvien antérieur et postérieur.



2. La mobilité rachidienne

- La croissance plus importante au niveau des os que des structures musculo - ligamentaires favorise les rétractions
 - Au niveau du rachis
 - Au niveau des ceintures
- Techniques de rééducation utilisées
 - Étirement des chaînes

3. Réharmonisation musculaire

- Il existe des muscles contractés voire hypertonique et des muscles faibles ou hypotoniques
- Rééducation basée sur
 - La décontraction des muscles hypertoniques
 - La tonifications des muscles
 - Abdominaux
 - Ceintures

4. Développement de la proprioceptivité vertébrale

- Le signe de Romberg parfois positif chez l'enfant scoliotique
- Des troubles vestibulaires parfois retrouvés
- Rééducation
 - Exercices de déséquilibre
 - Plans basculants,
 - Plateaux instables,
 - Ballons de Klein



4. Développement de la proprioceptivité vertébrale



- Rééducation
 - Plateforme de posturologie
 - Plateforme Huber



- Activités physiques



5. Développement du contrôle respiratoire

- Pour des courbures importantes ou lors du traitement orthopédique, un retentissement peut être observé
- Rééducation
 - Développement du volume de réserve expiratoire
 - Renforcement de la synergie diaphragme - musculature abdominale

6. Les douleurs

- Siègent à 80% au niveau lombosacré
- Examen minutieux
 - Peau, tissu sous-cutané
 - Muscles, ligaments
 - Épineuses
- Radiographies
- AINS, antalgiques
- Rééducation : massages, physiothérapie

7. Rééducation et traitement orthopédique conservateur

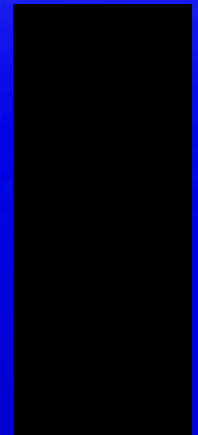
- Épreuve devant rester tolérable physiquement et psychologiquement
- La famille autant concernée que l'enfant
- La rééducation doit être diversifiée pour éviter la monotonie durant ces 3 à 4 années de port du corset
- L'ergothérapie facilite l'adaptation de l'enfant traité et de son environnement

7. La chirurgie et la rééducation

- En pré-chirurgical
 - Pas de programme spécifique car la rééducation est déjà connue par l'enfant
 - Apprentissage des retournements
 - Démarche psychologique

7. La chirurgie et la rééducation

- En péri-chirurgical
 - Programme de tout opéré récent
 - Rééducation respiratoire, antalgie, prévention des TVP,
 - 1^o lever rapide vers le 2-3^{ème} jour
 - Corset rarement nécessaire
 - Position assise souvent contre-indiquée pendant quelques semaines
 - Sortie
 - centre de rééducation,
 - le plus souvent pour le domicile



7. La chirurgie et la rééducation

- Plus à distance
 - La kinésithérapie doit
 - Éviter les contraintes intempestives sur le matériel avant la prise de la greffe osseuse
 - Protéger à tout prix les zones relais entre l'arthrodèse et les segments libres
 - Renforcer les MI, assouplir les ceintures
 - Reprise du scolaire vers la fin du premier mois.
 - Reprise progressive d'activités physiques : randonnée et piscine
 - Rabâcher les consignes d'économie vertébrale

Conclusion

- La rééducation fonctionnelle
 - A une place de choix dans le traitement de la scoliose
 - Doit intervenir toujours après des bilans précis
 - Nécessite une prise en charge pluridisciplinaire : médecins, chirurgien, kinésithérapeute, ergothérapeute, psychologue, orthoprothésiste, équipe soignante
 - Nécessite du fait de la longueur de la prise en charge, l'adhésion du jeune et de sa famille.