



Jeunesse Rachis et Sport Un défi pour tous

Marc Bouvard

*Cabinet de traumatologie du Sport
PAU*

8 mars 2019

Journées scientifiques de
médecine du sport
Biarritz Bellevue





Jeunesse Rachis et Sport Un défi pour tous

Maladie de Scheuermann

Scoliose et sport

Spondylolyse et
spondylolisthésis

Arrachement du listel marginal



Maladie de Scheuermann 1921 Ou Dystrophie vertébrale de croissance

Cunéisation antérieure > 3 vertèbres thoraciques à l'apex de la cyphose (forme lombaire possible)

Hernie intra spongieuse

Cunéisation isolée

Pincement discal juvénile



Bursite.jpg



Maladie de Scheuermann

Cause inconnue



Forme classique 7,4%

Irrégularités des plateaux >50%

Retard de diagnostic ≠ cyphose posturale

Cyphose Douloreuse en charge

mauvaise statique (« il se tient mal »)

HoloRachis F+P debout

IRM si signe neurologique (rare)

Surveillance de la cyphose →maturité osseuse

Surveillance des disques →sportif de haut-niveau



Maladie de Scheuermann

Douleur sans ou déformation mineure = rééducation et surveillance/4mois

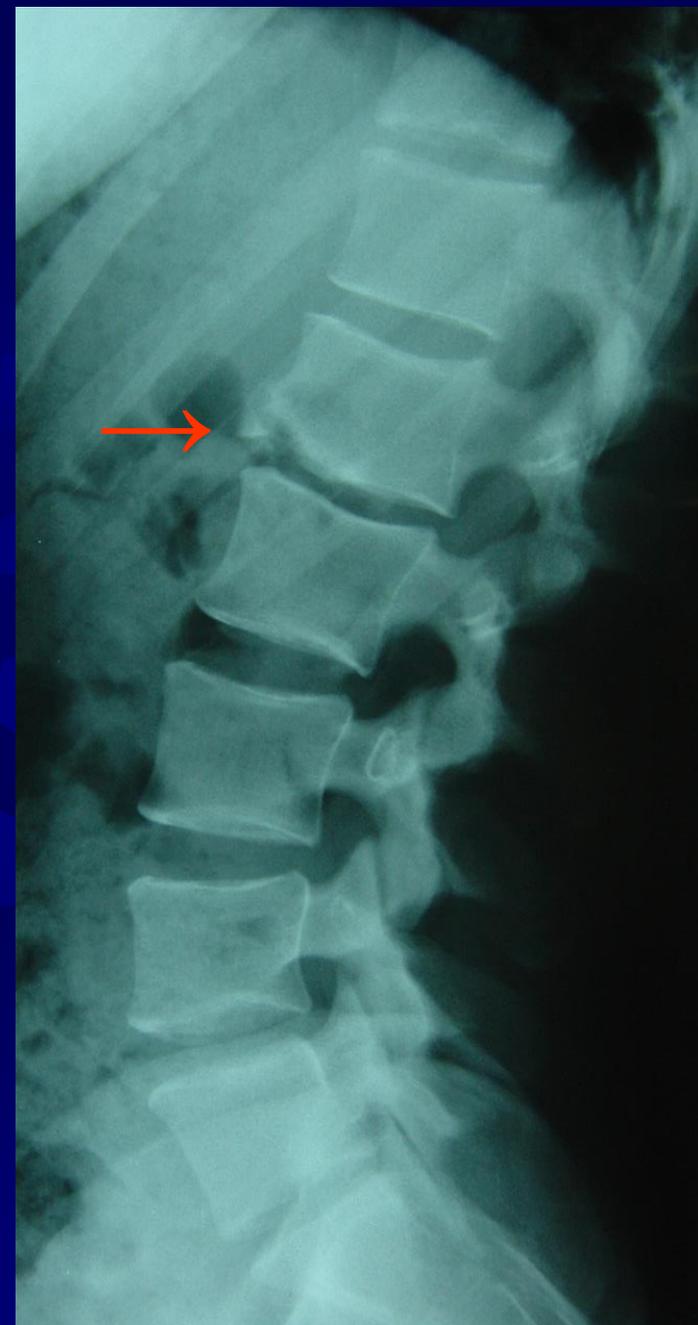
Douleur avec déformation réductible avant la maturité osseuse = corset

Cyphose raide = plâtres puis corsets

Cyphose $>75^\circ$, signe neurologique, douleur en échec du corset = chirurgie à discuter



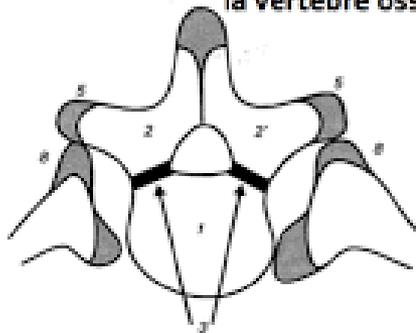
Avulsion du listel marginal



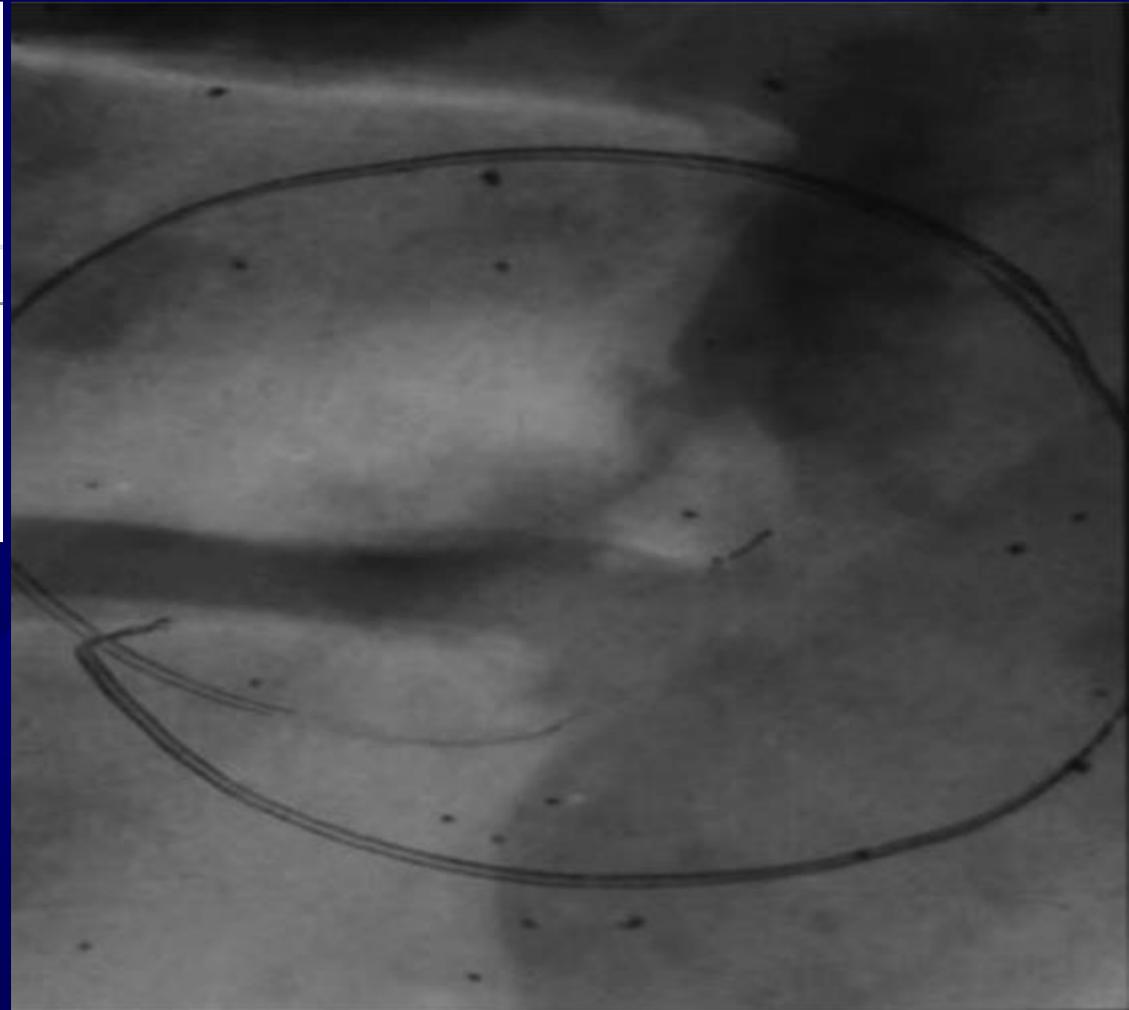
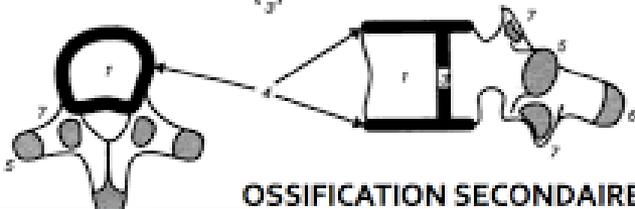


Avulsion du listel marginal

la vertèbre osseuse



- 3 centres d'ossification primaires (1, 2 et 2')
- 2 centres d'ossification secondaires principaux: cartilage neurocentral (3), listel marginal (4)
- Autres centres d'ossification secondaires: cartilages apophysaires transversaires (5), spinoux (6), articulaires (7), costaux (8)





Avulsion du listel marginal

*c'est un décollement épiphysaire en flexion-rotation

* arrachement d'un fragment ostéo-chondral d'un coin postérieur d'un plateau+ hernie discale centrale faisant saillie en L5 ou S1

- Ossification du listel ♂ 13-17 ans +/- retard
- Tableau de hernie de l'adolescent
- Radiologie+/- scanner
- Avis chirurgical systématique



Spondylolyse (1850) et spondylolisthésis





Spondylolyse solution de continuité d'un ou des isthmes de L5 ou L4

3-7% dans la population générale mais $\geq 20\%$ en volley et danse et $\geq 50\%$ chez les gymnastes et plongeurs

3♂ pour 1♀

Étiologie = \uparrow lordose, incidence pelvienne et pente sacrée



Spondylolyse

1^{ère} cause de Lombalgie aigue puis trainante
chez l'adolescent et l'adulte jeune

Douleur en extension (debout couché)

Ex.neurologique normal

Étude statique du rachis, posturale (chaine
postérieure, psoas...) et du geste sportif++



Spondylolisthésis

glissement antérieur consécutif à une lyse bilatérale

Classification de Meyerding

0, 1 < 25% (**85% des sportifs**), 2 25-50%, 3 50-75%, 4 75-100%

Peut être asymptomatique

Douleur +/- radiculaire L5 ou S1

Recherche de Σ de la queue de cheval



Spondylolyse et
spondylolisthesis

Radiographies Lominaire

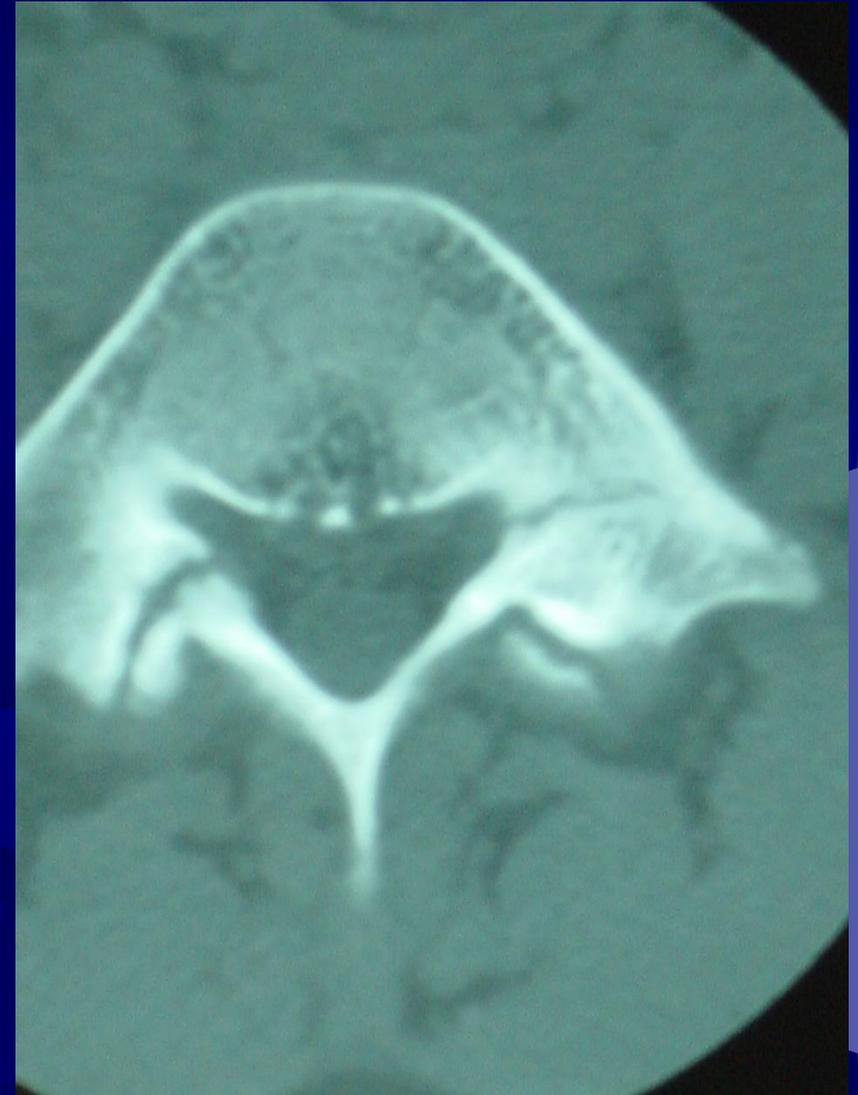
Face, profil et Is 2 ³/₄

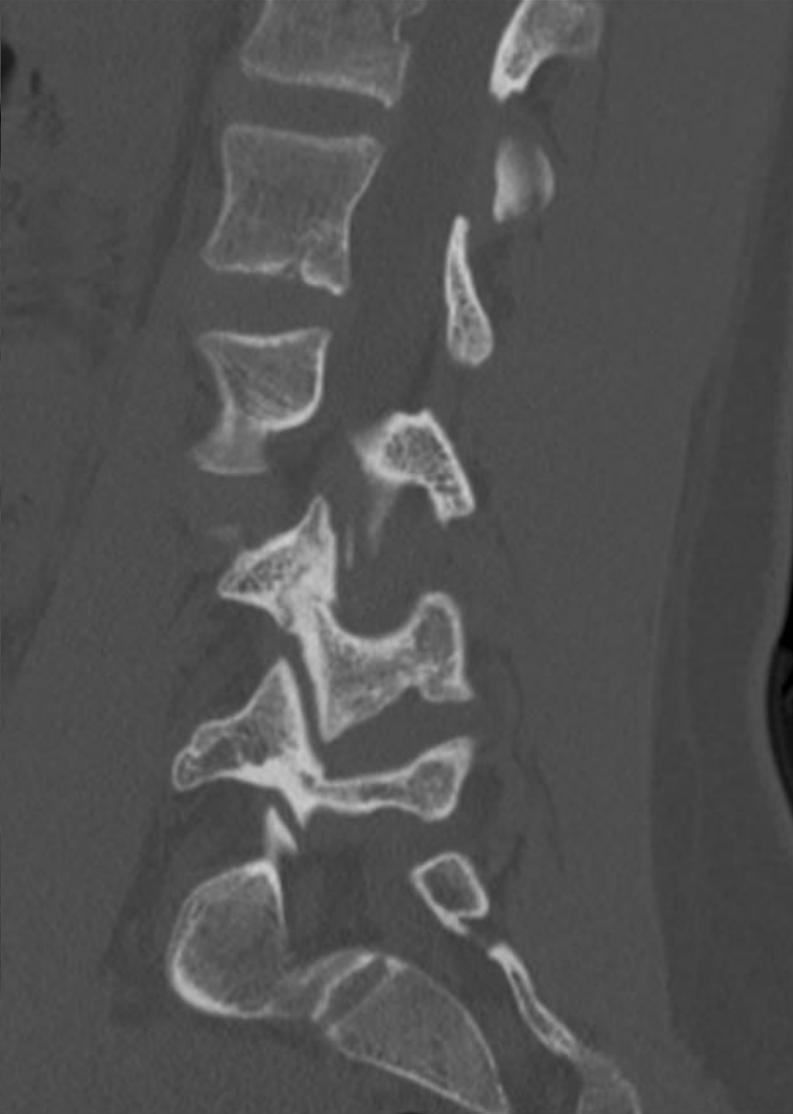
Puis si besoin

Scanner oui mais comment

Scintigraphie rarement

Irm ?







24/03/2000
014Y
IM:32

2mm

A
L

P
R



I415

CTR HOSPITALIER DE PAU





Thérapeutique symptomatique

Spondylolyse et spondylolisthésis

Repos sportif # 4 mois

Immobilisation par corset moulé si lyse récente # 3 mois

Rééducation++

Echec à 6 mois = reconstruction isthmique (reprise à 4mois, ablation de la vis à 1 an)



Scoliose et sport





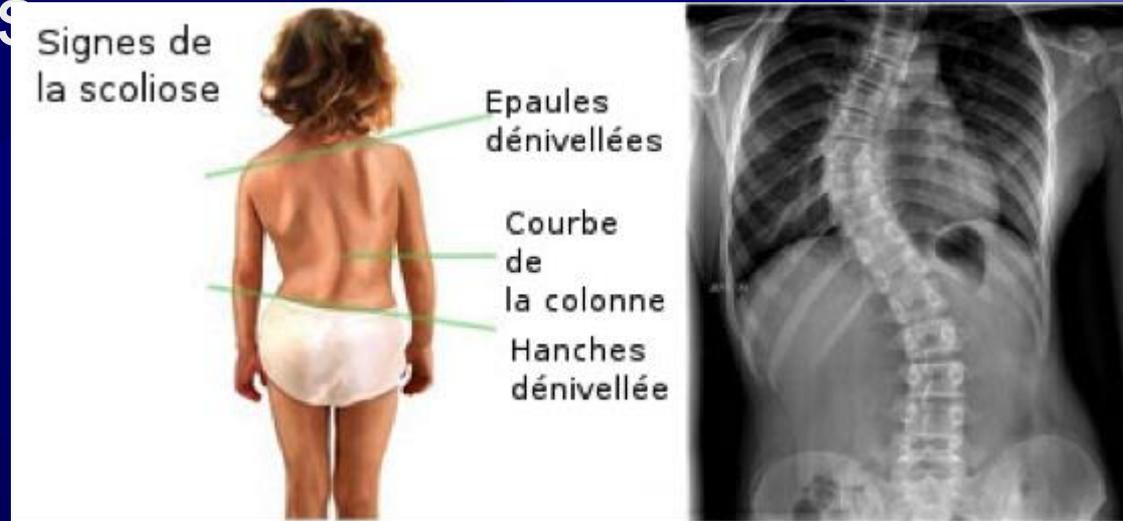
✦ Asymétrie d'évolution des cartilages neurocentraux

✦ Facteurs génétiques ♀ > ♂

✦ Période de forte croissance du rachis = sport intensif à risque

✦ ♀ 11-13 ans

✦ ♂ 13- 15 ans





✱ **Examen clinique** soigneux et répété

Interrogatoire ++, Atcd familiaux, Puberté-règles

✱ Pas de croissance significative du rachis >18 mois après les 1ères règles

✱ Croissance <1cm en 6 mois = risque évolutif nul

✱ Douleurs ? Rythme siège évolution (diag ≠)

✱ Examen physique : Taille/poids

Inégalité de longueur des memb. Inf ?

Equilibre frontal (fil à plomb) et sagittal (flèches), gibbosité ?

Examen cutané, neurologique



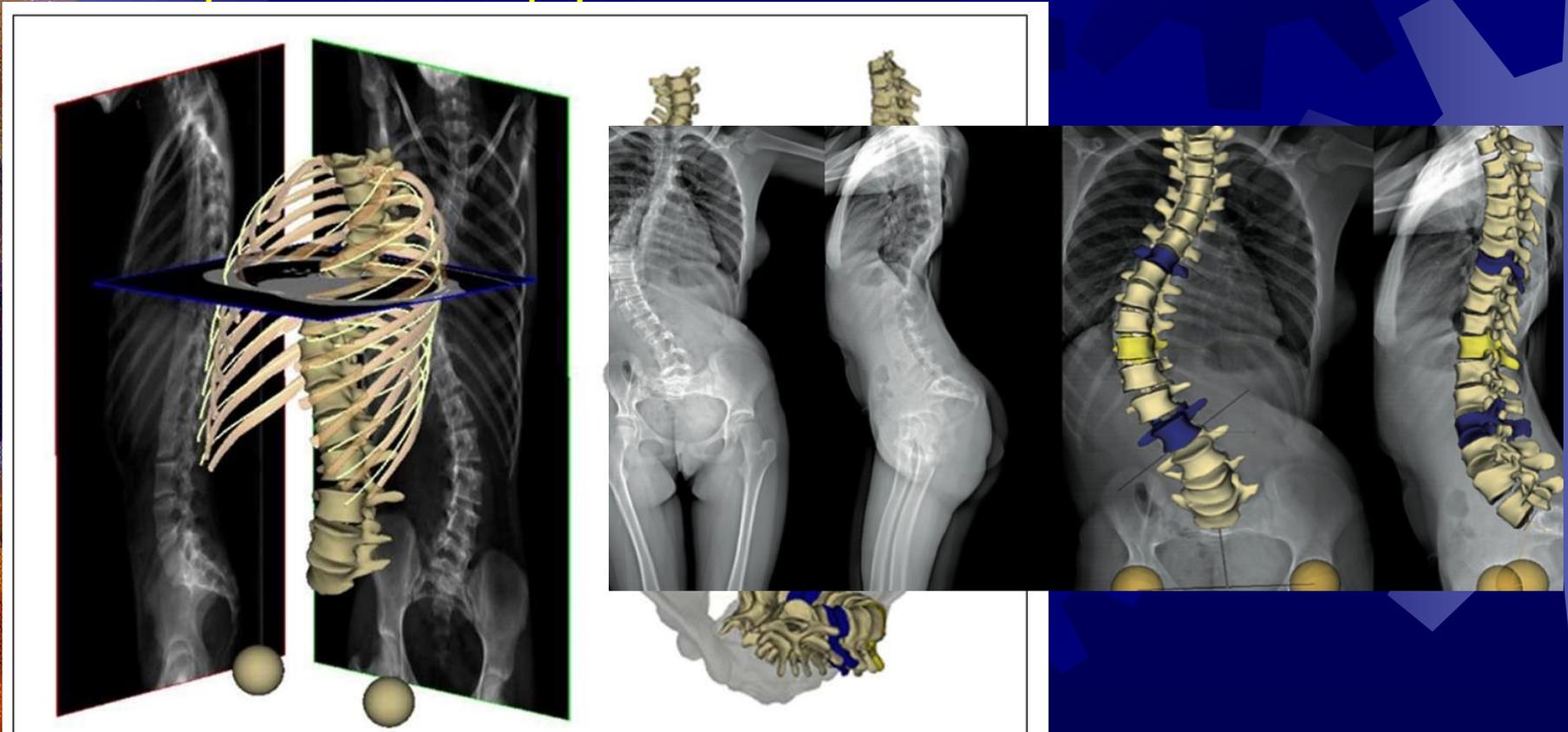
critères « d'alarme » :

- ✱ scoliose douloureuse ;
- ✱ scoliose thoracique gauche ;
- ✱ raideur rachidienne ;
- ✱ examen neurologique anormal ;
- ✱ pied creux ;
- ✱ taches « café au lait ».



Le bilan d'imagerie doit privilégier la technologie EOS

- 10 fois moins irradiant que la radio conventionnelle
- imagerie en 3D
- Rarement l'irm complètera le bilan en cas de signe neurologique





- ★ En deçà de 20° = surveillance /6 mois
- ★ Au-delà de 20° , et en cas de risque évolutif (jusqu'à Risser 2), un traitement orthopédique est à considérer.
- ★ Au-delà de 45° , la scoliose est sévère ; quel que soit le risque évolutif, le traitement orthopédique est dépassé et le traitement chirurgical à discuter.

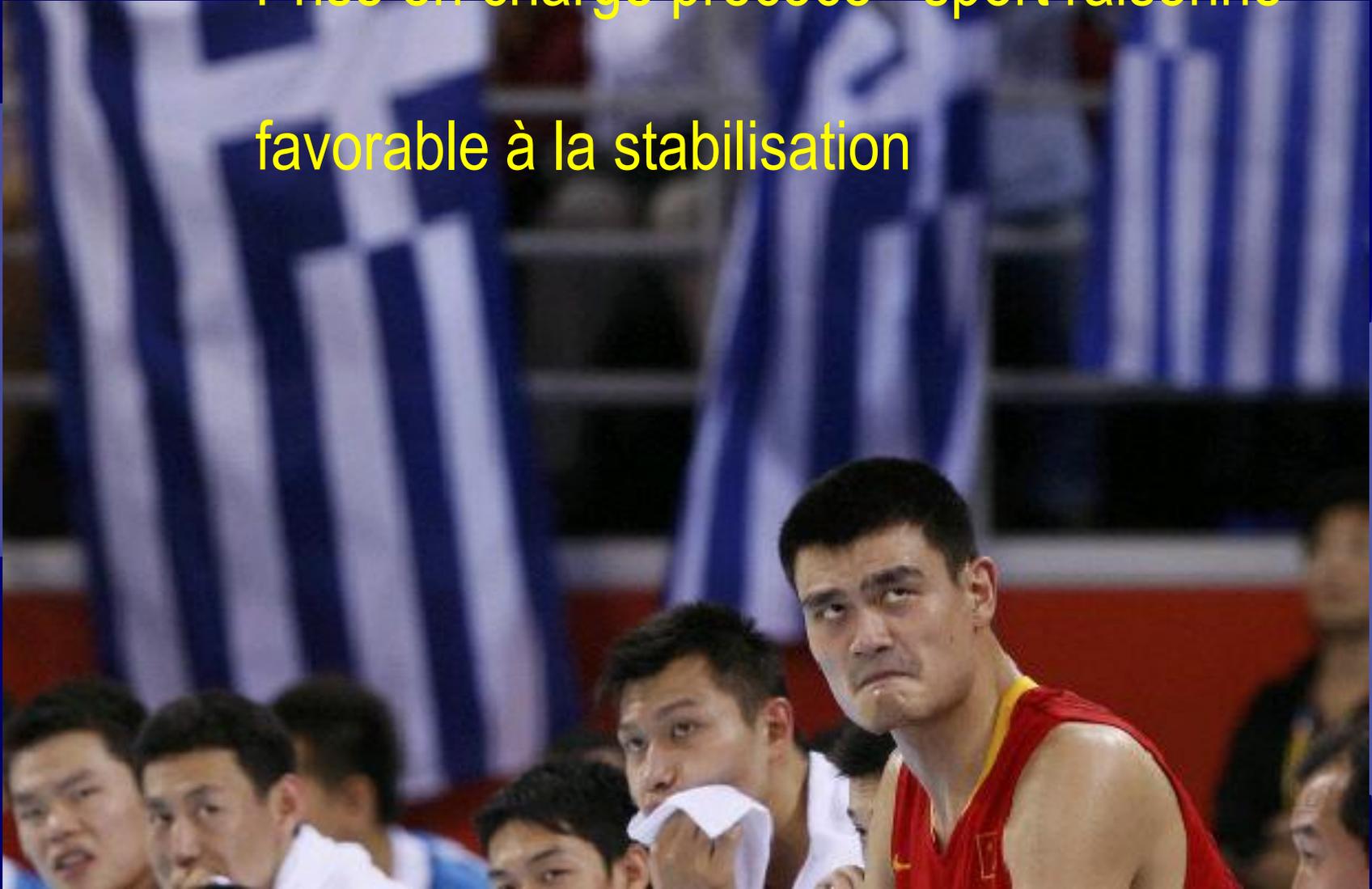




Et le sport alors ??

Prise en charge précoce+ sport raisonné

favorable à la stabilisation





Mis en ligne en accès libre sur www.medecinesportpau.fr