

Dr D Afonso, Dr Y Glard, Dr JM Tallet

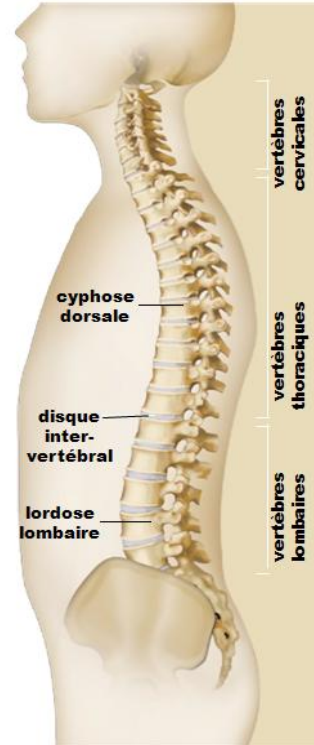
La colonne vertébrale (ou rachis) part du bas de la tête et va jusqu'au haut des fesses. Son rôle est de supporter le poids du corps tout en s'adaptant à nos mouvements. Elle est constituée de vertèbres empilées les unes sur les autres.

Il arrive que la colonne vertébrale présente une déformation (**scoliose**) :

Vue de dos, la colonne est **courbée en «S»** au lieu d'être droite.

La scoliose provoque aussi une torsion de la colonne sur elle-même, comme un escalier en colimaçon. Les côtes qui sont fixées sur les vertèbres sont entraînées et tournent également. Cela entraîne la formation d'une bosse plus ou moins importante au niveau du dos (**gibbosité**).

**Souvent, la scoliose ne fait pas mal à l'adolescence, mais elle risque de poser de sérieux problèmes plus tard.**



Elle peut provoquer une usure des disques placés entre les vertèbres (disques intervertébraux), ce qui entraîne des douleurs, une raideur du dos et des problèmes au niveau des nerfs qui sortent du rachis (hernie discale, douleurs dans les membres, paralysies).

Sans traitement, il est possible que la maladie continue à s'aggraver et qu'elle ait des **conséquences sur la santé de votre enfant à l'âge adulte, pouvant entraîner des retentissements grave sur sa vie personnelle et sur sa vie professionnelle**. C'est pourquoi votre chirurgien peut proposer une opération lorsque la scoliose dépasse une certaine angulation.



Scoliose

Dr D Afonso, Dr Y Glard, Dr JM Tallet

Le chirurgien incise la peau sur le côté du tronc, entre 2 côtes. Il accède à la partie avant des vertèbres en repoussant le poumon et les organes digestifs. Il redresse la scoliose grâce à deux tiges métalliques attachées par des vis qu'il fixe sur les vertèbres. Ensuite, il fige durablement la colonne vertébrale dans cette position à l'aide de petits morceaux d'os (greffons) qu'il insère à la place des disques intervertébraux qu'il a enlevés. C'est ce qu'on appelle une **arthodèse**

Le rachis entoure un ensemble de fibres nerveuses (moelle épinière) qui transmettent les informations entre le cerveau et les muscles. Pendant l'intervention, on vérifie que la moelle épinière fonctionne toujours correctement grâce à un enregistrement continu des conductions nerveuses (potentiels évoqués moteurs). Si les fonctions qui permettent au corps de bouger s'avèrent atteintes (paralysie), ce qui est extrêmement rare (moins de 1%), le chirurgien modifie le dispositif de correction afin de préserver la motricité. Le risque de paralysie totale et définitive après l'intervention est ainsi ramené à 0.1%

Pendant l'opération, on contrôle les saignements qui, dans cette partie du corps, peuvent être importants (hémorragie). Le risque de transfusion durant ou après cette intervention est de 10%.

L'opération dure entre quatre et six heures. Elle se déroule sous anesthésie générale.

A la fin de l'intervention le chirurgien place des tuyaux (drain de Redon et drain thoracique) qui vont servir à évacuer les saignements et à recoller le poumon à la paroi durant les premiers jours post opératoire



Après l'intervention, votre enfant est surveillé attentivement pour éviter que des microbes envahissent la zone opérée (infection). Le risque d'infection est de 2.8%

Dès le réveil, votre enfant prend un puissant médicament contre la douleur (morphine). Il peut également prendre un traitement qui évite la formation de bouchons de sang (caillots) dans les veines (phlébite). La période d'hospitalisation est d'environ une semaine. Après un mois de repos, votre enfant peut retourner en classe. Il pourra reprendre toutes ses activités sportives 1 an après l'opération.

Après l'intervention, il n'est pas nécessaire de porter de corset. La rééducation (apprendre à se tenir droit) est très courte et peut se faire en cabinet. Elle n'est débutée que lorsque tout est bien cicatrisé. Il faut faire refaire le pansement à la maison (par une infirmière) durant 3 semaines. Les points tombent tout seuls (résorbables).

Il y a un suivi médical régulier après l'opération et il est important de suivre rigoureusement les consignes de votre chirurgien.

Cette opération permet de retrouver un aspect naturel de la colonne vertébrale et de stopper l'évolution de la maladie. Bien qu'éprouvante, elle permet à votre enfant d'aborder une vie adulte sans craindre les difficultés dues à l'**évolution naturelle des scolioses graves**.

Sources :

Complications in spinal deformity surgery in the United Kingdom: 5-year results of the annual British Scoliosis Society National Audit of Morbidity and Mortality.

[Divecha HM<sup>1</sup>](#), [Siddique I](#), [Breakwell LM](#), [Millner PA](#); [British Scoliosis Society Members](#).

[Eur Spine J](#). 2014 Apr;23 Suppl 1:55-60. doi: 10.1007/s00586-014-3197-y. Epub 2014 Jan 24.

Posterior spinal fusion in adolescent idiopathic scoliosis with or without intraoperative cell salvage system: a retrospective comparison.

[Ersen O<sup>1</sup>](#), [Ekinci S](#), [Bilgic S](#), [Kose O](#), [Oguz E](#), [Sehirlioglu A](#).

[Musculoskelet Surg](#). 2012 Aug;96(2):107-10. doi: 10.1007/s12306-012-0203-6. Epub 2012 May 27.