

SCOLIOSE DE L'ADULTE : EVALUATION DE LA HRQL CHEZ 30 PATIENTS TRAITÉS PAR REPROGRAMMATION POSTURALE GLOBALE MÉTHODE BRICOT. FOLLOW-UP À 24 MOIS.

Fimiani Antonio.

La scoliose idiopathique (SI) est une pathologie qui, à l'âge adulte influe sur la qualité de la vie, aussi bien du point de vue esthétique que douloureux. Par définition, c'est un syndrome à étiologie multifactorielle, avec déformation structurale tridimensionnelle de la colonne vertébrale. Dès 1969 Yamada fut le premier à émettre l'hypothèse d'une perturbation des réflexes posturaux à l'origine de la scoliose. En 1994 Dubousset montre que l'ablation de la glande pinéale chez le poulet induit une scoliose similaire à celle de l'homme et en conclut que la SI est probablement un phénomène compensateur pour maintenir ou rééquilibrer l'équilibre anormal induit par un système neurologique central pathologique au niveau sous-cortical ou para thalamique avec perturbation de la fonction horizontale de l'équilibre spatial. Ces états pathologiques peuvent perturber l'équilibre interne à cause de la continuité des ligaments paravertébraux et en particulier des ligaments interépineux qui sont une fermeture postéro-latérale. Le phénomène torsionnel progressif est secondaire et cherche à rétablir l'équilibre rachidien dans les 3 dimensions.

En 1983 Bricot formalise le concept de système tonique postural (STP) ; ce système cybernétique à entrées multiples est formé d'un processeur central, représenté par le cerveau et les centres sous-corticaux, qui positionne les muscles et le corps dans l'espace en relation avec les informations qu'il reçoit des endo-récepteurs périphériques, sans possibilité de modifier les informations erronées, mais avec la possibilité de compenser ces informations par la bascule des ceintures scapulaires et pelviennes entraînant des contraintes musculo squelettiques asymétriques à l'origine des pathologies rachidiennes. En outre il émet l'hypothèse que les déséquilibres des récepteurs se créent lors de l'immaturation du système proprioceptif et sont compensés par la déformation tridimensionnelle de la colonne vertébrale.

En raisonnant par l'absurde, on peut imaginer qu'en corrigeant le STP, on obtiendra une amélioration clinique de la scoliose idiopathique. En conséquence nous avons voulu vérifier cliniquement les relations réelles existant entre la perturbation du STP, la scoliose idiopathique et ses conséquences : douleur et dommage esthétique.

MOYENS D'ETUDE

Objectif : vérifier si réellement le déséquilibre du STP peut conditionner la symptomatologie et les conséquences esthétiques de la scoliose idiopathique.

Hypothèse de travail : En admettant par l'absurde que la SI est un syndrome conditionné par le déséquilibre du STP, la simple correction des récepteurs (RPG) doit apporter une amélioration du cadre clinique et esthétique des patients et en conséquence, une

amélioration de la qualité de la vie.

Hypothèse nulle : La correction des récepteurs du STP n'apporte aucune amélioration du cadre clinique.

MATERIEL ET METHODE

Cette étude a été réalisée sur un échantillon de 30 patients (n=30) adultes présentant une scoliose idiopathique de l'adolescence.

18 SI double majeure dont 50% avec courbure lombaire prédominante entre 10° et 35° moyenne 20° et 50 % avec courbure thoracique prédominante de 10° à 54° moyenne 24,66°

12 scoliose dorsolombaires avec angulation entre 11° et 67° moyenne 24,25°.

Toutes les scoliose sont douloureuses.

Variables indépendantes.

23 patients sont de sexe féminin et 7 de sexe masculin. L'âge est compris entre 19 et 70 ans : moyenne 42 ans.

Variables dépendantes.

La recherche est effectuée selon la méthode Bricot :

- correction des récepteurs du pied avec semelle de stimulation (100 %)
- correction des récepteurs oculaires avec gymnastique oculaire, inosine monophosphate et stimulation magnétique selon Baron (100 %)
- éventuelle neutralisation des récepteurs de la bouche avec bite nocturne lisse et épais (0 %)
- éventuelle correction du déséquilibre du bassin (40 %)
- éventuelle correction de cicatrice (0 %)
- Plate forme stabilométrique type sabot dynamométrique selon la norme AFP 85 et AFP 99. L'enregistrement est effectué à 40 Hz pendant 51,2 s pour l'évaluation de la surface (S), de la longueur (L), de l'abscisse (X) et de l'ordonnée (Y), de la longueur en fonction de la surface (LFS) et de la variance en fonction de Y (VFY). Un questionnaire d'évaluation analogique visuelle EVA avec réponse de 0 à 10 subdivisé en 6 secteurs d'enquête : localisation de la douleur et intensité, rythme de la douleur, composante émotive, limitation de l'activité physique, utilisation de médicaments, blocages vertébraux.
- Photographies pour contrôler l'équilibre des ceintures.
- Radiographies de face et de profil en charge en début de traitement, à un an et à deux ans.

RESULTATS

Lors du bilan initial, on relève les erreurs suivantes du système tonique postural :

Récepteur podal : 10 patients avec pied valgus asymétrique, 15 avec pieds dysharmoniques, 5 avec pieds à double composante, 5 avec pieds varus asymétrique.

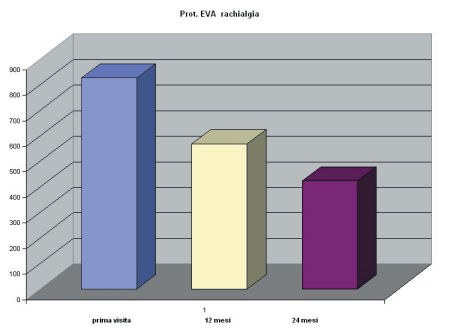
Récepteur oculaire : 18 patients avec divergence droite, 12 patients avec divergence gauche

Récepteur mandibulaire : 21 classe I, 8 classe II, 2 classe III

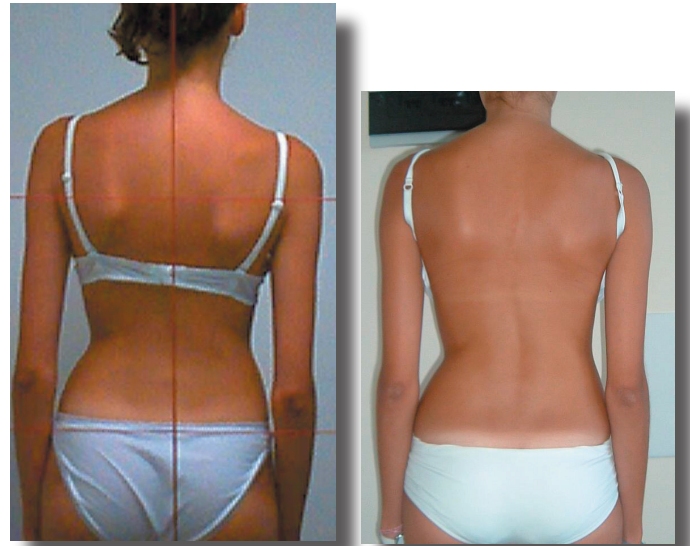
Plans scapulaires : 10 patients équilibrés, 8 avec plan scapulaire postérieur et 12 avec plan scapulaire antérieur.

Aux différents contrôles photographiques, on note une amélioration des récepteurs périphériques et un retour progressif des plans scapulaires à des paramètres optimaux spécialement dans le plan sagittal avec en conséquence amélioration de l'esthétique des patients.

L'analyse de l'évaluation de la HRQL a été effectuée avec protocole EVA et analysée par le test t de Student. Les données sur la qualité globale de la vie sont nettement positifs ($p < 0,00001$) les 12 premiers mois et continuent à s'améliorer ($p < 0,00000001$). La symptomatologie douloureuse a un comportement identique : La lombalgie est nettement améliorée à 12 mois ($p < 0,000001$) et à 24 mois ($p < 0,000001$), de même que la dorsalgie à 12 mois ($p = 0,004$) et à 24 mois ($p = 0,0002$); la cervicalgie est améliorée à 12 mois ($p = 0,0008$) et légèrement à 24 mois, bien que les données soient encore significatives ($p = 0,002$), comme si l'on était en fin de source.



Ces données ont également été confirmées par la plate forme stabilométrique avec le repositionnement du barycentre statistiquement significatif sur Y ($p = 0,0003$), LFS ($p = 0,0002$) et en conséquence sur VFY ($p = 0,001$).



Les contrôles radiologiques n'ont pas montré de variation statistiquement significative au contrôle à 12 mois A 24 mois, la courbure lombaire des formes double majeure est améliorée ($p = 0,03$), alors que les courbures dorsales n'ont pas varié ($p = 0,13$). Par contre les courbures dorsolombaires ont toutes montrées des variations significatives ($p = 0,008$). Les rotations vertébrales sont inchangées ($p = 0,10$). Il n'a pas été possible d'analyser les variations radiographiques dans le plan sagittal par manque d'information.

Conclusion

Les paramètres objectifs enregistrés à la plate forme stabilométrique comme le repositionnement du barycentre, les données radiographiques et photographiques qui témoignent des variations tridimensionnelles obtenues mais surtout le témoignage des patients au niveau de leur qualité de vie nous font éliminer l'hypothèse nulle et nous permettent d'affirmer que réellement le STP en déséquilibre influence la douleur et les perturbations esthétiques de la scoliose. A noter que les courbures d'angulation inférieure à 25° et rotation inférieure à 15° ont présentées les modifications les plus substantielles, alors que pour les courbures plus importantes les modifications esthétiques notées ne sont pas corrélées à une amélioration radiologique.