SCOLIOSE vs ATTITUDE SCOLIOTIQUE

SCOLIOSE	ATTITUDE SCOLIOTIQUE
<p>Déf : déformation permanente du rachis et dans 3 plans de l'espace. Elle présente un risque d'aggravation surtout pendant la période pubertaire. Ne disparaît jamais.</p> <p>Déformations fixées, gibbosités à cause des rotations En position assise, le dos est tordu</p>	<p>Déf : déformation du rachis dans 1 seul plan de l'espace. Elle n'entraîne jamais une scoliose vraie. Elle disparaît quand on traite la (les) cause(s).</p> <p>Déformations réductibles, absence de gibbosités En position assise, le dos est droit.</p>
<p>CAUSES Intrinsèques à la colonne vertébrale 70% idiopathiques (certainement multifactorielles) 30% secondaires (malformatives, neurologiques, infectieuses).</p>	<p>CAUSES Extrinsèques (basses, membres inf. Hautes, oculaires, dentaires. Autres, troubles respi, rénaux, organes internes, contusions). Intrinsèques (spondylolyses, infections vertébrales, tumeurs osseuses).</p>
<p>EXAMEN Réalisé sur 1 patient en sous-vêtements, de face, de dos, de profil. En charge et en décharge. On repère les inflexions, les gibbosités. On repère les lordoses et cyphoses. On étudie la souplesse du rachis. On étudie les reflexes et forces musculaires (neuro). On étudie l'équilibre global (posture). Imagerie indispensable pour angles de Cobb et indice de Risser. Surveillance dans le temps de l'évolution.</p>	<p>EXAMEN Réalisé sur 1 patient en sous-vêtements, de face, de dos, de profil. En charge et en décharge. On repère les inflexions, les lordoses et cyphoses. On cherche les causes extrinsèques ou intrinsèques. On étudie l'équilibre global (posture). On étudie la réductibilité du trouble. Imagerie non indispensable. Surveillance et suivi dans le temps de l'efficacité des traitements et de l'évolution.</p>
<p>TRAITEMENTS Suivi régulier de l'évolution pour freiner l'évolution. Kiné (sans effet démontré) : cela permet surtout en complément d'un traitement orthopédique. Travaille aussi sur la Reprogrammation Posturale Globale (RPG). Orthopédique : corset, ne corrige pas mais freine l'évolution ; il est d'autant plus important que le potentiel de croissance reste grand. Chirurgie : très lourde, a pour but la stabilisation de l'état. A faire si échec du traitement orthopédique. Consiste en une arthrodèse vertébrale. PODLOGUE INUTILE dans le traitement mais très souvent essentiel dans le dépistage.</p>	<p>TRAITEMENTS Suivi régulier de l'évolution des traitements mis en œuvre. Traitement des causes à faire en priorité. Intervention des différents praticiens, Kiné, ostéo, orthoptiste, dentiste, podologue... PODOLOGUE ESSENTIEL dans le dépistage des causes, dans l'orientation et bien sûr dans le traitement des causes basses.</p>