

Spondylolyse

Le terme « spondylolyse » décrit un défaut dans la zone de l'arc vertébral entre l'apophyse articulaire supérieur et inférieur, appelé pars interarticularis (figure 1).

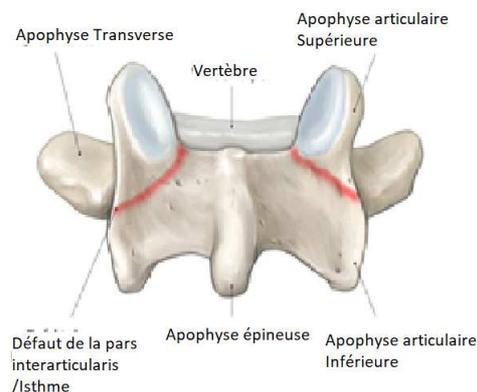


Figure 1

Dans la plupart des cas, ce défaut est dû à une fracture de fatigue (lésion de surcharge), rarement un accident (chute, coup, etc.) peut être à l'origine. Une spondylolyse est décelable chez 5 à 10% de la population. Cependant, seulement 10% environ des personnes atteintes en souffrent. Chez les enfants et les adolescents, la cinquième vertèbre lombaire (L5) est touchée dans 85 à 95% des cas. Outre les douleurs dorsales fonctionnelles (purement musculaires), la spondylolyse est l'une des causes les plus fréquentes de douleurs lombaires, en particulier chez les jeunes athlètes.

Qu'est-ce qu'on sent avec une spondylolyse ?

- Typiquement la douleur située dans la région lombaire se manifeste pendant ou après une mise en charge physique
- La douleur peut généralement être provoquée ou amplifiée par une hyperextension de la colonne vertébrale avec une accentuation de la lordose lombaire
- La douleur est souvent en coup de poignard et tranchant
- Les douleurs de repos / nocturne ou une irradiation de douleur ne sont pas typiques

Comment une spondylolyse peut-elle se produire ?

- Outre une composante génétique (accumulation familiale), ce sont surtout les facteurs mécaniques qui sont responsables de la formation de la spondylolyse.
- Selon un mécanisme de casse-noix, les articulations des vertèbres adjacentes peuvent entraîner une spondylolyse (figure 2)

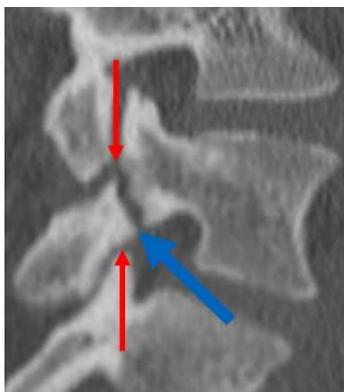


Figure 2 : Extrait d'une tomodensitométrie de la colonne lombaire de profil. Comme un casse-noix, les articulations des vertèbres adjacentes (flèches rouges) peuvent appuyer sur la Pars interarticularis. La flèche bleue marque la Spondylolyse

- En particulier, les activités et les sports avec une hyperextension ou une torsion lombaire récurrente (p. ex. la gymnastique, la natation, le tennis, etc.) sont plus exposées.
- En cas de spondylolyse bilatérale, un glissement vertébral (spondylolisthésis) peut survenir

Comment détecte-on une spondylolyse ?

- En premier Lieu, une radiographie de la colonne lombaire debout face et profil
- Une imagerie en coupe (tomodensitométrie = TDM ou Imagerie par résonance magnétique = IRM) est utile en cas d'ambiguïté sur la radiographie
- En raison de l'absence d'exposition au rayonnement et la possibilité de détecter une lésion de surcharge, l'IRM doit être privilégiée

Que peut-on y faire ?

- En l'absence de symptômes, aucune thérapie ciblée n'est nécessaire et la pratique de tous les sports est autorisée
- Des contrôles réguliers avec des radiographies debout de profil doivent être effectués jusqu'à la fin de la croissance (annuelles avant la puberté, tous les 6 mois pendant la puberté) afin de détecter un glissement de vertèbre ou de surveiller son évolution
- En cas d'inconfort / de douleur, un traitement non-chirurgical kinésithérapique pour le renforcement / l'amélioration des muscles du tronc (« core stability ») avec ajustement (pas de charges en hyperlordose) / réduction de la charge sportive est efficace chez environ 90% des cas
- En cas de douleur intense, l'utilisation à court terme d'analgésiques (anti-inflammatoires) pendant une durée maximale de 2 semaines peut être utile
- Dans les premiers stades, surtout chez les jeunes sportifs de haut niveau, nous recommandons une immobilisation pendant 2 x 6 semaines dans un corset plâtré qui réduit l'hyperlordose

Quand une opération est-elle nécessaire ?

- Symptômes persistants ou croissants après au moins 3 mois (mieux 6 mois) de kinésithérapie ciblée et cohérente (les exercices corrects effectués quotidiennement) et d'exercices à domicile
- Preuve d'un glissement vertébrale de haut grade ou d'une aggravation
- Irradiation de la douleur dans les jambes et / ou apparition de signes neurologiques (troubles de sensibilité, paralysie) aux membres inférieurs

Qu'est-ce qui se passe lors d'une opération ?

- Dans la mesure du possible, la vertèbre est stabilisée en lui-même (reconstruction isthmique) (figure 3)

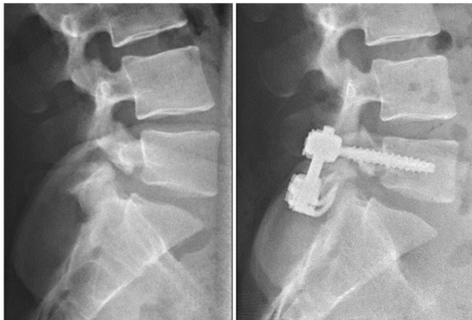


Figure 3 : La vertèbre concernée de la spondylolyse est stabilisée en elle-même avec des vis et des crochets (pars direct repair)

- En cas de modifications trop importantes de l'os et des tissus mous (y compris le disque intervertébral) et de fort glissement vertébral, une ostéosynthèse locale doit être effectuée (Figure 4)

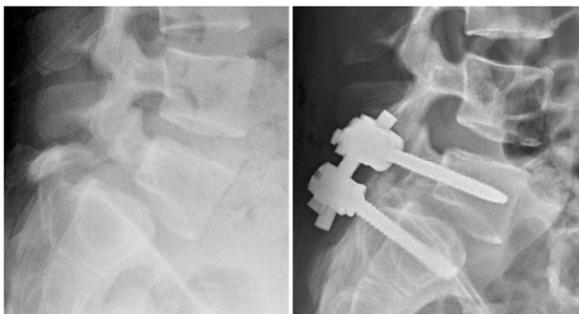


Figure 4 : Ostéosynthèse par vis pour glissement vertébral important

Quand est-ce que je peux recommencer à faire du sport ?

- S'il n'y a pas de plaintes, il n'y a pas de restrictions des activités sportives
- En cas de symptômes, les activités sportives doivent être temporairement suspendues et être repris de manière contrôlée en accord avec le kinésithérapeute et le médecin.
- Après une opération, les sports contrôlés tels que le vélo, la natation et le jogging sont de nouveau autorisés après 3 mois, les sports de contact et de ballon et les sports de compétition ne doivent pas reprendre avant 6 mois.