La spondylolyse et le Spondylolisthésis

Autor(en): **Buffat, J.D.**

Objekttyp: **Article**

Zeitschrift: **Der Heilmasseur-Physiopraktiker : Zeitschrift des Schweizerischen Verbandes staatlich geprüfter Masseure, Heilgymnasten und Physiopraktiker = Le praticien en massophysiothérapie : bulletin de la Fédération suisse des praticiens en massophysiothérapie**

Band (Jahr): **- (1955)**

Heft 140

PDF erstellt am: **28.05.2024**

Persistenter Link: https://doi.org/10.5169/seals-930820

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.
Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Ein Dienst der *ETH-Bibliothek*
ETH Zürich, Rämistrasse 101, 8092 Zürich, Schweiz, www.library.ethz.ch

http://www.e-periodica.ch

La spondylolyse et le Spondylolisthésis

Par le P.-D. Dr. J.-D. Buffat, Lausanne

Il y a quelques décennies, les glissements vertébraux n'étaient que peu connus et ce sont les accoucheurs qui avaient l'occasion d'en reconnaître l'existence. Depuis que l'on s'est occupé avec une fréquence de plus en plus grande des troubles de la statique vertébrale et que l'on a fait des radiographies de la charnière lombo-sacrée, on s'est aperçu que les glissements vertébraux étaient beaucoup plus fréquents qu'on ne le pensait. Ces glissements peuvent se faire dans différentes directions: en avant, en arrière ou sur les côtés. Je laisserai de côté les glissements latéraux qui accompagnent fréquemment les scolioses de même que les glissements en arrière et le rétro-olisthésis qui sont en relation avec une dégénérescence de l'appareil discal, pour vous parler uniquement du glissement en avant auquel on a réservé le nom de spondylolisthésis.

La spondylolyse c'est la présence d'une solution de continuité dans le système apophysaire, petites articulations qui se trouvent situées à la partie postérieure des corps vertébraux; la solution de continuité intéresse le plus souvent la partie médiane de ce système et siège à un endroit auquel on a donné le nom d'isthme. Pour comprendre quels sont les facteurs qui expliquent l'apparition de la spondylolyse et du spondylolisthésis, il est nécessaire de se remémorer quelles sont les conditions qui maintiennent l'équilibre normal des dernières vertébres lombaires. Il est en effet curieux de constater que la spondylolyse et le spondylolisthésis ne se rencontrent qu'à la partie inférieure de la colonne vertébrale et seulement chez l'homme. Les autres êtres vivants sur la terre ne présentent, jusqu'à plus ample informé, pas ces affections congénitales ou traumatiques. Lorsqu'on regarde une colonne lombaire de profil, on constate que les vertèbres lombaires inférieures ont un axe antéro-postérieur oblique en bas et en avant et qu'ainsi elles ont tendance à glisser en avant si elles n'étaient pas retenues en arrière par le crochet représenté par les apophyses articulaires qui s'emboîtant les unes sur les autres, à la manière des tuiles d'un toit, empêchent que la 5ème ou 4ème vertèbre lombaire bascule en avant sur le sacrum. Si le système apophysaire lâche, le glissement se produit et on a alors un spondylolisthésis. La vertèbre est maintenue dans sa position par les disques intervertébraux comprenant au centre le noyau pulpeux et à la périphérie le ligament annulaire.

Les ligaments vertébraux antérieur et postérieur jouent aussi un rôle important dans la statique vertébrale. Les ligaments jaunes qui unissent les lames les unes aux autres ne paraissent pas jouer un rôle aussi important qu'on leur avait attribué dans le maintien de l'équilibre statique. Il est encore un autre ligament qui peut jouer un rôle important: c'est le ligament iléo-lombaire. Ce ligament s'étend de l'aile iliaque à l'apophyse transverse de L5. Suivant la situation de la 5ème vertèbre lombaire par rapport au sacrum et aux crêtes iliaques, le ligament iléo-lombaire sera horizontal ou en position oblique. Dans les mouvements de flexion, il pourra exercer une action plus ou moins frénatrice sur le déplacement de L5 par rapport au sacrum. Enfin l'état des muscles du dos et de la paroi abdominale joue un rôle primordial dans la statique vertébrale.

De Sèze déclare: «Il y aurait moins de douleurs lombaires et lombo-sacrées si chaque homme — et chaque femme — était muni de ce lombostat naturel que représente un ventre plat, ferme et musclé.» La fréquence de la spondylolyse et du spondylolisthésis est difficile à établir de façon précise. La raison en est que la spondylolyse peut exister pendant de très nombreuses années et même jusqu'à la mort de l'individu sans qu'elle se soit révélée cliniquement par des sympômes subjectifs ou objectifs. En reprenant les différentes statistiques il semble que l'on puisse admettre que ces deux affections se rencontreraient dans le 5 à 10% des patients présentant des douleurs lombo-sacrées.

Etiologie de la Spondylolyse

On a beaucoup discuté et discute encore pour savoir quelle est exactement l'origine de la solution de continuité du système apophysaire de la 5ème vertèbre lombaire ou plus rarement de la 4ème. Certains auteurs ont admis qu'il s'agissait d'une affection congénitale alors que d'autres ont admis qu'elle était acquise. A l'heure actuelle il n'est pas encore possible de trancher de façon définitive ce problème car des arguments tout aussi convaincants pour l'une ou l'autre de ces théories sont envisagés. Alors que Batts après avoir étudié 200 colonnes vertébrales chez le foetus déclare que le spondylolisthésis n'est pas d'origine congénitale, *Blume* décrit un cas de spondylolisthésis chez un foetus de 40 cm. Les partisans de l'étiologie congénitale déclarent qu'il s'agit d'un défaut de coalescence entre deux points d'ossification ou d'une malformation du système apophysaire avec absence de l'une ou des deux apophyses articulaires. Dernièrement on s'est demandé si la solution de continuité qui existait au niveau de l'isthme n'était pas en relation avec une fracture due à une hyperflexion de la colonne vertébrale ou à une fracture par fatigue sur un os anormalement long et mince. On peut se demander en effet si cette dernière théorie n'est pas la plus plausible car ces affections ne se rencontrent que chez l'homme, qui est bipède et passe une grande partie de son existence en station debout et dont la charnière lombo-sacrée est le siège de mouvements et d'efforts souvent exagérés.

Etiologie du Spondylolisthésis

Pendant longtemps on a admis que le spondylolisthésis était le stade secondaire de la spondylolyse et que le glissement en avant survenait à la suite d'un traumatisme ou d'une affection modifiant la solidité de l'os au niveau du système apophysaire. Alors que l'immense majorité des auteurs admettent que le spondylolisthésis est acquis, *W. Blume* a décrit un cas de spondylolisthésis congénital et cet auteur se demande même si ce n'est pas le glissement qui déterminerait la solution de continuité au niveau de l'isthme. On aurait alors deux groupes de spondylolisthésis: ceux qui sont congénitaux et ceux qui sont acquis. J'ai l'impression pour ma part que dans l'immense majorité des cas, le spondylolisthésis est une affection acquise. Elle peut survenir à la suite de différents facteurs qui sont une malformation congénitale, une spondylolyse, une absence totale ou partielle des apophyses articulaires, une fracture déterminant une solution de continuité dans le système apophysaire et donnant radiologiquement la même image qu'une spondylolyse, enfin des modifications de la solidité de l'os dans le sens d'une décalcification ou d'une ostéomalacie. Il est évident que ces facteurs peuvent être présents ensemble et il est vraisemblable que lorsqu'il y a fracture, cette dernière atteint une partie osseuse qui est déjà le siège d'autres lésions.

Diagnostic

Comme nous l'avons dit plus haut, des patients peuvent être porteurs pendant de nombreuses années d'une spondylolyse ou d'un spondylolisthésis sans que cette affection se soit manifestée par aucun symptôme. C'est très fréquemment à la suite d'exercices physiques violents et répétés, d'une chute sur le siège ou d'une flexion forcée de la colonne que les patients commencent à éprouver des douleurs dans la région lombo-sacrée. La symptomatologie est très souvent celle d'une affection discale de la colonne lombaire inférieure qui est caractérisée par un syndrome lombaire et par un syndrome de sciatique. Le syndrome lombaire consistera essentiellement en des douleurs lombaires inférieures médianes exacerbées à la position debout et lors du port de lourdes charges et disparition plus ou moins complète lorsque le patient est couché. Une raideur du segment lombaire est aussi constatée et à l'inspection on voit souvent nettement une rupture de l'axe vertébral comme si la lordose était exagérée en un point donné et à la palpation on sent nettement une rupture dans la ligne des apophyses épineuses. Si les douleurs sont à mettre en relation avec les troubles de la statique déterminés par la lyse ou par le glissement il ne faut pas méconnaître que les douleurs peuvent aussi être dues à une altération du disque à l'endroit où siège la lésion ou à une altération

d'un autre disque avoisinant. Parfois des altérations arthrosiques peuvent aussi déterminer une symptomatologie douloureuse. Le syndrome de sciatique est dû à une compression de la 5ème racine lombaire ou de la 1ère racine sacrée. Cette compression est en relation soit avec des modifications de la forme des tissus ostéo-cartilagineux du trou de conjugaison, à l'intérieur duquel chemine la racine, soit au glissement vertébral. Ici à nouveau il ne faut pas méconnaître une compression radiculaire qui peut être due à une autre cause dont la plus fréquente est la hernie discale. Il est généralement possible d'établir avec précision le diagnostic de sciatique sur hernie discale. Si l'on méconnaissait ce diagnostic et qu'on traitait par greffe ce qu'on pensait être uniquement un spondylolisthésis on verrait la même symptomatologie persister. Dans certains cas où le glissement vertébral se fait de façon rapide on aura une compression nerveuse beaucoup plus importante, le plus souvent bilatérale et avec des troubles sphinctériens. Si sur le plan clinique il est généralement aisé par une prise d'anamnèse correcte, par l'examen debout et couché du patient et après avoir relevé les symptômes neurologiques pathologiques de poser le diagnostic de spondylolyse ou spondylolisthésis, la prise des clichés radiographiques permettra une facile confirmation de ce diagnostic. Chacun sait actuellement que la seule prise d'une radiographie de face est tout à fait insuffisante et qu'il faut faire en outre une radiographie de profil et des radiographies en oblique pour pouvoir mettre en évidence de façon parfaite non pas seulement les articulations intervertébrales mais aussi et surtout les articulations apophysaires puisque c'est au niveau de ces dernières que siègent les lésions déterminant la lyse ou le glissement. Ces radiographies révéleront en outre la présence de malformations d'origine congénitale qui très souvent accompagnent la lyse ou le spondylolisthésis: ce seront la sacralisation de la 5ème vertèbre lombaire, la lombalisation de la 1ère vertébre sacrée, les hémisacralisations, les hémilombalisations, les spina bifida occulta et enfin les agénésies des apophyses articulaires. Lorsqu'on se trouve en présence d'un patient se plaignant de lombalgies et de sciatique, la question la plus importante au point de vue diagnostic est celle du diagnostic différentiel. Il arrive malheureusement encore trop souvent que des patients soient traités par différentes méthodes: massages, mobilisations, tractions etc. sans qu'un diagnostic précis soit posé. Il ne fait pas de doute que des manœuvres de force peuvent dans certaines affections entraîner des conséquences extrêmement graves et provoquer même la mort. Actuellement tout patient qui souffre de lombalgies et de sciatique doit faire l'objet d'un examen systématique par un médecin au courant des affections de la colonne vertébrale et fréquemment il faudra avoir recours à un orthopédiste, à un neurologue et à un neurochirurgien. Des radiographies de face, de profil et en oblique de la région lombo-sacrée doivent être faites et cela avec des appareils qui permettent la prise de clichés corrects et faciles à lire. Dans le diagnostic différentiel des affections lombo-sacrées, il faut savoir qu'une quantité très grande de maladies peuvent déterminer à peu près la même symptomatologie.

A part les affections discales d'origine traumatique ou dégénérative et qui sont certainement les plus fréquentes, d'autres affections peuvent se présenter: la spondylolyse et le spondylolisthésis, la spondylarthrose, les tumeurs intrarachidiennes, la spondylite tuberculeuse, la spondylarthrite ankylosante etc. . . .

Vous comprendrez sans difficulté pourquoi il est si important de poser de façon précise le diagnostic de ces différentes affections avant d'entreprendre n'importe quelle thérapeutique car pour chaque diagnostic donné correspond un traitement approprié.

TRAITEMENT
de la spondylolyse et du Spondylolisthésis

Comme nous l'avons vu en parlant de la clinique de la spondylolyse,cette affection peut exister pendant longtemps et même pendant toute une vie sans qu'elle ait nécessité l'application d'un traitement. Cette constatation fait penser que lorsqu'on constate radiologiquement la présence d'une spondylolyse chez un patient se plaignant

de lombalgies ou de sciatique il faut, avant d'appliquer un traitement, être bien sûr qu'il ne s'agisse pas éventuellement d'une autre affection: lésion discale, tumeur intrarachidienne, spondylarthrose etc... Si l'on est persuadé que les symptômes présentés par le patient sont bien dus à la spondylolyse le seul moyen pour guérir ce malade, sera d'immobiliser de façon définitive le segment lombaire malade par une greffe lombo-sacrée.

En ce qui concerne le spondylolisthésis, chacun admet actuellement qu'il est préférable de proposer au patient une greffe lombo-sacrée plutôt que de faire porter à ce dernier pour toute sa vie un appareil d'immobilisation. Suivant les écoles, la greffe est mise en place dès que le diagnostic est posé ou au contraire après essai d'un traitement correcteur. Autrefois on immobilisait la région lombo-sacrée dans un appareil plâtré pour une durée de quelques semaines avant de passer à l'acte opératoire. Ce temps préopératoire outre qu'il habitue le patient à rester dans la position horizontale permettrait parfois une correction partielle du glissement. Pendant de nombreuses années, la technique opératoire a été la même que celle que l'on appliquait dans les spondylites tuberculeuses c'est-à-dire l'immobilisation par un greffon d'os dur prélevé sur le tibia et placé soit dans une gouttière taillée dans les apophyses épineuses soit sur les lames vertébrales elles-mêmes. Actuellement on emploie de plus en plus de l'os spongieux qui permet, suivant la technique de Bosworth, une fixation meilleure avec un pouvoir de régénération osseuse plus satisfaisant. La durée d'immobilisation au lit reste d'au moins six à huit semaines. Ultérieurement les patients doivent porter pendant environ six mois un lombostat en cuir ou un corset baleiné.

J'aimerais en terminant vous relater quelques histoires de malades présentant soit une spondylolyse soit un spondylolisthésis.

Cas 1.

F.F., 1943, écolier. Ce garçon n'a jamais eu d'accident grave, s'est toujours bien porté.

A la suite d'un examen médical, on fait faire une radiographie de la colonne lombaire qui permet de constater la présence d'un spondylolisthésis de L5 sur S1 avec glissement en avant d'environ 2 mm. On voit nettement la lyse au niveau du système apophysaire L5—S1. Ce garçon n'avait jamais présenté de symptômes subjectifs ou objectifs de cette affection qui a été découverte vraiment fortuitement. Une radiographie faite une année plus tard n'a pas montré de modification du déplacement. Ce garçon porte un lombostat et il sera vraisemblablement nécessaire d'intervenir chirurgicalement dans quelques années avec pose d'un greffon lombo-sacré.

Cas 2.

P.G., 1926, employée de commerce. Rien à signaler dans les antécédents personnels.

En 1951, la patiente commence à éprouver des lombalgies lorsqu'elle est longtemps debout ou assise. De nombreux traitements ont été mis en œuvre jusqu'à ce qu'une radiographie de la colonne lombaire ait révélé la présence d'une spondylolyse entre L4 et L5. A l'examen, pas de boiterie, la colonne lombaire est le siège d'une très forte ensellure et d'une légère raideur. Il n'y a pas de phénomène de compression radiculaire. Le 9.07.52, la patiente est opérée et une greffe lombo-sacrée selon la technique de Bosworth est appliquée. Lors d'un dernier contrôle fait récemment, la patiente disait ne plus ressentir aucune douleur. Elle ne portait plus son lombostat et radiologiquement le greffon était bien visible formant un bloc à la partie postéro-inférieure de la colonne vertébrale.

Cas 3.

B.C., 1928, Technicienne radiologue. Rien à signaler dans les antécédents personnels.

En 1950, la patiente accuse quelques lombalgies puis ultérieurement remarque l'apparition d'une voussure à la partie inférieure de la colonne vertébrale. Par curiosité la patiente se fait faire une radiographie de cette région et l'on trouve un spondylolisthésis important de L5 sur S1 avec une spondylolyse du système apophysaire L5. Il n'y avait aucun symptôme de compression radiculaire. La colonne lombaire était tout à fait souple. La seule chose à

noter était la saillie accusée de l'apophyse épineuse de S1. La patiente a subi une opération de Bosworth le 8. 03.51. Actuellement cette patiente va tout à fait bien, ne porte plus de lombostat, fait de la motocyclette et dit ne ressentir aucun symptôme pathologique.

Cas 4.

F.L., 1902, Agriculteur. Ce patient n'a jamais été victime d'un accident grave et n'a jamais souffert de son dos.

Le 2.09.52, il est victime d'un accident grave et ressent un craquement dans la région lombaire inférieure avec douleurs irradiant au membre inférieur droit. Cliniquement et radiographiquement il s'agit chez ce patient d'un spondylolisthésis de L5—S1 avec symptômes de compression radiculaire de L5, S1 à gauche. Sur les radiographies on voit nettement une solution de continuité dans le système apophysaire de L5. Etant donné l'état général de ce patient, une intervention chirurgicale n'a pas été proposée et le patient a été muni d'un lombostat en cuir. Lors d'un contrôle pratiqué utérieurement le glissement ne s'est pas modifié. Dans le cas présent on est en droit de se demander s'il ne s'agit pas d'une fracture bilatérale du système apophysaire de L5 étant donné que ce patient qui avait toujours fait de gros travaux n'avait jamais souffert auparavant de lombalgies.

Cas 5.

K.O., 1920, souffleur de verre.

Le diagnostic de spondylolisthésis de L5-SI avait déjà été posé en 1936 c'est-à-dire lorsque ce patient avait 16 ans. Un traitement conservateur avait été proposé et lorsque j'ai examiné ce patient en octobre 1953, il se plaignait de douleurs qui de la fesse gauche irradiaient au mollet surtout à la station debout prolongée. A l'examen, très légère boiterie gauche. La colonne vertébrale est le siège d'une double scoliose très accusée avec disparition de l'ensellure lombaire. Au niveau du membre inférieur gauche, on relève uniquement une légère hypoesthésie à la face externe de la cuisse et un phénomène de Lasègue positif à partir de 30°. Les radiographies ont confirmé la présence d'un spondylolisthésis de L5—S1 et d'une scoliose ertrêmement importante de la colonne lombaire. Le 2.12.53, une greffe jumelée d'os spongieux a été appliquée dans la région lombo-sacrée. Ultérieurement le patient a porté un lombostat. Lors d'un dernier contrôle, le patient déclare se sentir transformé. Il n'éprouve plus de douleur. Radiologiquement un bloc osseux s'est formé à la partie inférieure de la colonne vertébrale.

Cas 6.

M.S., 1930, agriculteur. Ce patient a toujours joui d'une excellente santé lorsque subitement en juillet 1952 il commence à présenter les symptômes d'une compression des dernières racines lombaires et sacrées.

Lorsque je vois ce patient en août 1952, il s'agit d'une paraparésie avec troubles sphinctériens graves. Des radiographies révèlent l'existence d'un spondylolisthésis extrêmement important de L5 sur S1 en relation avec une spondylolyse du système apophysaire L5. Après un essai de traitement correcteur, le patient est opéré le 11.10.52 et une opération de Bosworth est faite. Les suites opératoires sont sans incident et peu à peu les symptômes de paralysie rétrocèdent pour disparaître complètement en ce qui concerne les troubles sphinctériens et partiellement en ce qui concerne les troubles moteurs des membres inférieurs. Actuellement ce patient dit ne plus ressentir aucune douleur. Il a pu reprendre son travail comme agriculteur.

VII Congrès International, Bürgenstock

L'abondance des matières nous oblige à renvoyer au prochain numéro la suite du compte-rendu du Congrès International 1954.
Nos lecteurs nous excuserons également de devoir sursoeir la chronique des section et la Revue commentée de la presse.