

Dépistage et prise en charge de la scoliose idiopathique de l'enfant et de l'adolescent en médecine

DUMG Toulouse: Leila Iatrous, Anne-Sophie Dufour, Michel Bismuth, Motoko Delahay

L'incidence de la scoliose idiopathique est de 3%, elle est plus fréquente chez les filles. Sa prise en charge a fait l'objet de recommandations en HAS 2005 et de la SOSORT (Société scientifique internationale sur le traitement orthopédique et de rééducation de la scoliose). Le médecin généraliste joue un rôle majeur dans le dépistage qui doit être fait de manière précoce pour ralentir ou d'arrêter la progression de la courbure de la scoliose.

Objectif : Décrire comment les médecins généralistes (MG) de Midi Pyrénées dépistaient et prenaient en charge la scoliose idiopathique de l'enfant et de l'adolescent.

Matériel et méthode:

Etude descriptive quantitative transversale avec envoi d'un questionnaire par email aux MG de l'ex région Midi-Pyrénées inscrits à l'URPS, le 17/11/2017 et relance 3/10/2017.

Ce questionnaire, comportait 24 questions fermées à choix multiples et 2 à texte libre concernant:

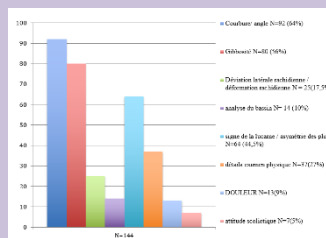
- les données socio-économiques des MG
- Modalité du dépistage (âge, fréquence du dépistage en fonction de la puberté, contexte)
- critères cliniques du diagnostic
- rédaction de l'ordonnance de radiographie de la colonne vertébrale
- Analyse du compte rendu du radiologue
- Critères de recours au chirurgien orthopédique
- Prescription de kinésithérapie et le sport

Ce questionnaire a été testé sur 5 MG maître de stage et validé par la commission des thèses de l'URPS.

Les modalités de dépistage de la scoliose

Age de début de dépistage	Nombre	pourcentage de MG (N=144)	
Scoliose infantile (moins de 3 ans)	29 (21)	14,62%	
Enfance précoce (3 à 6 ans)	30 (21)	19,86%	
Scoliose de l'adolescence (10 à 17 ans)	30 (17)	19,44%	
Contexte de dépistage			
- en l'absence de symptôme	97%	(397/400)	
- suite des vaccinations obligatoires	62%	(248/397)	
- à l'occasion des vaccinations facultatives de scoliose	69%	(274/397)	
- organisation de consultations dédiées au dépistage de la scoliose	26,3%	(104/397)	
- à la demande de la famille	65,2%	(257/397)	
- contact avec le matériel de consultation	22,9%	(89/397)	
- Autres (médiologie, lombalgies, dystonies, examen neurologique associé)	2,2%	(8/397)	
Fréquence du dépistage			
	Avant la puberté	Pendant la puberté	P value
Tous les ans	N=1 (2%)	N=1 (1,5%)	p=0,0000001
Tous les 6 mois	N=12 (16,2%)	N=12 (16,9%)	
Tous les 3 ans	N=120 (83,8%)	N=96 (81,7%)	

Les critères clinique de diagnostic de la scoliose



Examens radiologique et recours au spécialiste en fonction de l'âge des MG

Tranches d'âge	Moins de 45 ans (N=88)	Plus de 45 ans (N=76)	P value
Connaissance de l'angle de Cobb	N=33 (49%)	N=26 (34%)	p = 0,092
	N=9 (13%)	N=9 (11%)	p = 0,80692
	N=45 (68%)	N=48 (63%)	p = 0,83866
Recours à un spécialiste	N=52 (76%)	N=52 (68%)	P=0,281
	Recours à un spécialiste		
- Chirurgien orthopédique pédiatrique	N=8 (23%)	N=25 (68%)	p = 0,0053
- Chirurgien orthopédique pédiatrique	N=33 (83%)	N=29 (68%)	

Système EOS

- 28% des MG (N=40) ne connaissaient pas la technique EOS.
- 60% des MG (N=88) connaissaient mais ne la prescrivait pas

Prescription de la Kinésithérapie

- 50,5% des MG (N=73) prescrivait la kinésithérapie pour scoliose asymptomatique

Prescription du sport

- 25% des MG (N=36) préconisaient l'arrêt de certains sports
- 46,5% des MG (N=67) incitaient à pratiquer plus de sport
- 26,5% des MG (N=38) autorisaient tous les sports.

Discussion :

Force : Etude originale en soin primaire avec un taux de participation de 6%

Limite : échantillon non représentatif

Le dépistage des scolioses fait partie intégrante de l'examen clinique du nourrisson et de l'enfant et doit s'accompagner systématiquement de la recherche des signes pubertaire. Le dépistage et la prise en charge de la scoliose étaient globalement bien réalisés dans notre étude par les MG de l'ex région midi Pyrénées

Quelques défauts de pratiques ont été observés : suivis trop espacés, arrêt sport, kinésithérapie chez le patient non symptomatique, manque d'utilisation technique EOS, méconnaissance des stades de Risser et un adressage à l'orthopédiste trop précoce

Conclusion:

On pourra améliorer la communication autour des recommandations de la SOSORT pour adresser à bon escient à l'orthopédiste