

Amplitude (de la courbure scoliotique).

Angle d'inclinaison latérale de la scoliose (angle de Cobb).

Attitude (scoliotique). Simple inflexion latérale de la colonne, sans rotation, sans gibbosité, qui se réduit en décubitus dorsal. Ce n'est pas une scoliose.

Bassin oblique. Bassin qui, au lieu d'être horizontal, est incliné vers la droite ou vers la gauche. Il est le plus souvent de cause basse (la plus commune étant une asymétrie de longueur des membres inférieurs), plus rarement de cause haute (scoliose lombaire).

Bending (du verbe anglais to bend : courber).

Radiographie en inclinaison droite et/ou gauche de la colonne. Réservee en général au bilan préopératoire, elle sert à apprécier le degré de réductibilité d'une scoliose. On l'effectue habituellement en décubitus. Elle peut être faite à partir d'un scout-view de scanner dans une optique de réduction d'irradiation.

Capteur plan. Dispositif permettant d'obtenir instantanément une image radiologique numérique, caractérisé par sa sensibilité (baisse de l'irradiation) et sa souplesse (possibilité de coller des images, d'obtenir des images par balayage...). Ces qualités le rendent intéressant dans l'imagerie des scolioses.

Cassette 30x90. Grande cassette traditionnellement utilisée pour les radiographies argentiques des scolioses. À l'origine d'une très forte irradiation pour des images de qualité médiocre, ces cassettes, obsolètes, devraient être remplacées par des dispositifs plus sensibles et plus performants (capteurs plans, EOS...).

Chiari (anomalie d'Arnold). Anomalie congénitale de la région crano-vertébrale. Il en est de deux types. Type I : descente des amygdales (tonsilles) cérébelleuses et du bulbe dans le foramen magnum, le quatrième ventricule restant en place. Type II : descente de la partie inférieure du contenu de la fosse postérieure, y compris du V4, souvent associée à une moelle attachée basse et une myéломéningocèle. Les deux types peuvent s'accompagner de syringomyélie et de scoliose.

Classification (des scolioses) : idiopathiques (75%), congénitales (10%), neurologiques (5%), autres 10%.

Cobb (angle de). Angle formé par la tangente au plateau supérieure de la vertèbre limite supérieure et la tangente au plateau inférieure de la vertèbre limite inférieure d'une scoliose. Il sert à mesurer l'amplitude de la courbure scoliotique.

Cobb (Méthode de calcul de la rotation vertébrale de). Sur un cliché de face, elle chiffre la rotation vertébrale (cotée de 1 à 4) en appréciant le déplacement du processus épineux de la vertèbre sommet par rapport au pédicule et au bord latéral du corps de cette vertèbre, du côté concave de la courbure.

Courbure de compensation. Attitude scoliotique qui peut accompagner la courbure principale, ou courbure majeure, d'une scoliose. Elle est moins importante qu'elle, ne comporte pas ou peu de rotation et se corrige en position couchée. On l'appelle aussi contre-courbure.

Courbure principale (ou majeure). Courbure la plus importante d'une scoliose qui en comporte plusieurs.

Courbure secondaire (ou mineure). Courbure adjacente à la courbure principale, dont l'amplitude et la rotation vertébrale sont moins importantes. La courbure principale est souvent encadrée par deux courbures secondaires, l'une sus et l'autre sous-jacente. La somme des amplitudes de ces courbures secondaires est en règle du même ordre que celle de la courbure principale.

Diastématomyélie. Malformation de la moelle épinière pouvant être associée à une malformation vertébrale segmentaire : c'est une cloison sagittale fibreuse ou osseuse qui divise le canal et clive la moelle en deux héli-moelles droite et gauche. Elle est souvent associée à une moelle attachée bas.

Duval-Beaupère (lois d'évolutivité des scolioses structurales de). Graphe montrant la faible évolutivité de l'angle scoliotique avant la puberté, sa brutale accélération de la puberté à Risser 5 et son ralentissement ensuite.

EOS. Système d'imagerie basé sur quatre concepts originaux :

deux couples orthogonaux tubes/récepteurs pouvant fonctionner simultanément dans un statif rigide, un faisceau de rayons X très collimaté, des récepteurs gazeux de Charpak, un logiciel de modélisation 3D. Il permet, avec une très faible dosimétrie et une excellente qualité d'image, de radiographier un corps humain en totalité, en position debout ou assise, simultanément de face et de profil et, à partir de là, de réaliser une modélisation 3D qui autorise l'étude du plan axial de la scoliose.

Flèche (d'une scoliose). Distance, appréciée cliniquement, entre la verticale (fil à plomb) et le creux des courbures de la colonne dans le plan sagittal

Full-spine. Grande téléradiographie de l'ensemble spinopelvien.

Gibbosité. Saillie des côtes qui accompagnent les vertèbres dans leur rotation. Caractéristique d'une scoliose structurale, la gibbosité se voit et se mesure cliniquement. Elle est le plus souvent droite. Si elle est gauche, méfiance : rechercher une syringomyélie.

Gîte en Th9. Angle sagittal entre la verticale et le segment de droite joignant le centre des têtes fémorales au centre de Th9, vertèbre considérée comme centre de gravité de la partie du corps portée par les têtes fémorales. Cet angle, normalement d'une dizaine de degrés, est ouvert en arrière. Il augmente en cas d'hyperlordose et diminue en cas de cyphose.

Greulich et Pyle (méthode de). Méthode la plus classique du calcul de l'âge osseux à la main par comparaison avec un atlas de référence.

Harrington (tige de). Tige métallique rectiligne et crantée, appuyée sur des crochets pédiculo-lamaires, utilisée dans les années 1960 pour l'arthrodèse des scolioses. Cette technique ne corrigeait qu'un plan de l'espace et nécessitait six mois d'immobilisation postopératoire en corset.

Hémivertèbre. Sur un métamère, absence complète de la moitié droite ou gauche d'une vertèbre avec persistance



Auteur : Gérard Morvan

d'une partie plus ou moins importante (jamais la totalité) de l'autre moitié. Malformation très scoliotique.

Métha (angle costovertébral de). Angle entre les côtes et la colonne. Il sert à prévoir la possibilité de régression des scolioses structurales idiopathiques infantiles.

Milwaukee (corset de). L'un des plus anciens corsets pour le traitement des scolioses idiopathiques. Toujours d'actualité, ce corset actif agit par auto-élongation. L'absence de toute contrainte sur la cage thoracique le prédispose au traitement des scolioses infantiles et juvéniles.

Nash et Moe (méthode de). Méthode de calcul de la rotation vertébrale de la vertèbre sommet appréciant sur une radiographie de face, le déplacement (côté de 1 à 4) du pédicule convexe vers le côté concave.

Plan d'élection. Plan dans lequel la vertèbre sommet d'une courbure se projette de face. On le dégagait en faisant pivoter le patient sous scopie. Il peut être actuellement calculé automatiquement, sans irradiation supplémentaire, lors des modélisations 3D du système EOS. La détermination de ce plan est utile dans les grandes scolioses thoraciques à forte rotation. L'angle de Cobb est maximum dans ce plan.

Risser (test de). Coté de 1 à 5, il évalue la dernière phase de la croissance squelettique : la maturation de l'épiphyse iliaque supérieure. Risser 5 signifie la fin de cette croissance et en pratique l'arrêt de la phase évolutive rapide des scolioses (graphe de Duval-Beaupère)

Rotation vertébrale. Rotation de la vertèbre dans le plan axial, caractéristique de la scoliose. Elle s'apprécie au niveau de la vertèbre sommet. Le corps tourne vers la convexité et l'arc neural vers la concavité. Elle se calcule par la méthode de Cobb, de Nash et Moe ou par les vecteurs de Illès (EOS).

Sauvegrain et Nahum (méthode de calcul de l'âge osseux de). Méthode de calcul de l'âge osseux au coude. Complète la méthode de Greulich & Pyle pour les filles de 8 à 13 ans et les garçons de 10 à 15 ans.

Scoliose. Déformation de la colonne vertébrale dans les trois plans de l'espace. La rotation vertébrale (torsion) dans le plan

axial est l'anomalie fondamentale. C'est un diagnostic d'inspection. La scoliose s'accompagne d'une incurvation latérale et d'une diminution de la lordose lombaire et de la cyphose thoracique, avec diminution du diamètre antéro-postérieur du thorax.

Scoliose dextro (ou sinistro) convexe. Scoliose convexe à droite (ou à gauche). Le côté de la scoliose se définit par sa convexité : on parle de scoliose droite ou gauche. La scoliose thoracique droite centrée sur la région de Th7 est la plus habituelle.

Scoliose congénitale. Scoliose secondaire à une malformation vertébrale (10% des cas).

Scoliose dégénérative (ou « de novo » de l'adulte). Scoliose apparue à l'âge adulte qui n'existait pas précédemment.

Scoliose de l'adolescent. Scoliose débutant entre 10 ans et la fin de la croissance. Ce sont les scolioses les plus fréquentes. Elles affectent huit fois plus souvent les filles que les garçons.

Scoliose double majeure. Scoliose caractérisée par la présence de deux courbures structurales inverses d'importance équivalente à 10% près. Ces scolioses à double courbure représentent environ 30% des cas.

Scoliose dysplasique. Scoliose liée à une dysplasie squelettique (nanisme, dysplasie diverses, Morquio...) ou mésenchymateuse (neurofibromatose, Marfan, Ehlers-Danlos...). Elles représentent quelques pour cent des cas.

Scoliose idiopathique de l'enfant et de l'adolescent. Scoliose touchant l'enfant ou l'adolescent dont l'origine est actuellement inconnue. C'est le cas de trois scolioses sur quatre. Les scolioses thoraciques droites et lombaires gauches sont de loin les plus fréquentes. Un facteur héréditaire paraît probable, de même qu'un trouble de la gestion de l'équilibre rachidien au niveau du système nerveux central. Le caractère idiopathique d'une scoliose est un diagnostic d'élimination.

Scoliose idiopathique de l'adulte. C'est l'évolution de la précédente après la fin de la maturation osseuse.

Scoliose infantile. Scoliose survenant entre 0 et 3 ans. Leur potentiel évolutif très important explique leur gravité.

Scoliose juvénile. Scoliose survenant

entre 3 à 10 ans. Même réflexion que la précédente.

Scoliose neuromusculaire. Scoliose due à une maladie neurologique (malformation médullaire, neuropathie, myopathie...). Elles représentent environ 5% des cas.

Scoliose structurale. Appelée aussi scoliose vraie par opposition à l'attitude scoliotique, elle résulte de la déformation de plusieurs vertèbres. Cette déformation aboutit à une incurvation latérale de la colonne accompagnée d'une rotation du côté opposé à cette incurvation. La rotation entraîne une déformation asymétrique des côtes, à l'origine de la gibbosité. Cette scoliose ne disparaît pas en position couchée.

Secondaire (Courbure). Courbure placée à côté de la courbure principale et moins importante qu'elle.

Vertèbre intermédiaire (ou neutre). Quand existent deux courbures scoliotiques adjacentes, la vertèbre neutre correspond à la limite inférieure de la courbure supérieure et à la limite supérieure de la courbure inférieure.

Vertèbre sommet (ou vertèbre apicale). Vertèbre située au sommet de la courbure scoliotique, celle dont la rotation axiale est la plus importante. C'est la zone la plus enraidie de la scoliose.

Vertèbres limites. Vertèbres formant la limite crâniale (vertèbre limite supérieure) et caudale (vertèbre limite inférieure) de la courbure scoliotique, celles dont l'inclinaison par rapport à l'horizontale est la plus importante et la rotation la moins importante.

Vecteurs de Illès. Vecteurs obtenus à partir d'une modélisation 3D dans le système EOS qui indiquent la position des vertèbres, leur direction par rapport à la ligne médiane et leur rotation chiffrée en degrés.

Vertèbre papillon. Anomalie congénitale consécutive à un défaut de fusion du corps vertébral plus ou moins étendu. Cette anomalie du développement (diastématomyélie de type 1 ou rachischisis antérieur) ne concerne en général qu'une seule vertèbre. Elle peut conduire à une division complète du corps vertébral en deux hémivertèbres droite et gauche de forme triangulaire.



Auteur : Gérard Morvan