

L'alignement sagittal influence-t-il l'évolution postopératoire de la qualité de vie après une chirurgie de scoliose idiopathique de l'adolescent ?

Bastien du Moulinet D'hardemare* ¹, Daniele Delicati ², Carlos Aleman ², Ismael Da Silva ², Susana Núñez-Pereira ³, Sleiman Haddad ³, Ferran Pellisé ³, Ibrahim Obeid ⁴, Yann-Philippe Charles ²

¹ CHU Saint Etienne, service de neurochirurgie, Saint Etienne, France

² HUS Strasbourg, chirurgie du Rachis, Strasbourg, France

³ Vall d'Hebron University Hospital, Spine Surgery Unit, Barcelone, Espagne

⁴ CHU Bordeaux Pellegrin Hospital, chirurgie du Rachis, Bordeaux, France

INTRODUCTION :

L'alignement sagittal est souvent considéré comme un déterminant du résultat après chirurgie de la scoliose idiopathique de l'adolescent (SIA). Les profils sagittaux peuvent différer entre les courbures thoraco-lombaires/lombaires primaires (TL/L-SIA) et thoraciques (T-SIA), pouvant être associés à une cyphose thoracique faible, un point d'inflexion thoraco-lombar plus crânial et un apex lombaire. Cependant, l'influence de l'alignement sagittal sur la qualité de vie (HRQoL) reste incertaine. Cette étude visait à analyser l'association entre la localisation de la courbure principale, l'alignement de la jonction thoraco-lombar, les angles pelviens vertébraux (PA) et les scores SRS-22.

MATÉRIEL ET MÉTHODE :

Une étude rétrospective multicentrique basée sur un registre a inclus des patients atteints de SIA avec un angle de Cobb >30°. Les patients ont été stratifiés selon l'apex de la courbure principale : thoracique (T2-T9) ou thoraco-lombar/lombar (T10-L4). L'analyse sagittale comprenait le point d'inflexion thoraco-lombar, l'alignement T10-L2 (cyphose vs lordose) et la différence T4PA-L1PA. Les scores SRS-22 ont été évalués en préopératoire, à 3 mois, 1 an et 2 ans postopératoires. Les associations ont été analysées par régression bêta multivariée.

RÉSULTATS :

378 patients, âgés de 15 [13 ; 17] ans, ont été analysés et répartis en 287 T-SIA et 91 TL/L-SIA.

En préopératoire, des différences existaient entre les groupes : TK 31° [21° ; 43°] vs 34° [27° ; 47°] (p=0,017), alignement T10-L2 -3° [-12° ; 4°] vs 0° [-8° ; 8°] (p=0,002), L1PA 5° [0° ; 12°] vs 4° [0° ; 8°] (p=0,043). La distribution de l'apex lombaire était plus crâniale dans le groupe thoracique (p=0,005). Au suivi à 2 ans, seule la TK différait significativement entre les groupes : 39° [27° ; 45°] vs 45° [31° ; 53°] (p=0,016). Aucune différence significative du score total SRS-22 n'a été observée entre les groupes avant ou après l'intervention. Dans l'analyse multivariée, la localisation de l'apex lombaire, l'alignement T10-L2 et la différence T4PA-L1PA n'étaient pas associés aux résultats SRS-22. Le temps écoulé depuis la chirurgie était le seul prédicteur constant de l'amélioration de la HRQoL, avec une évolution similaire dans les deux groupes au suivi à 2 ans : score total SRS-22 3,74 T-SIA et 3,77 TL/L-SIA vs 4,41 T-SIA vs 4,21 TL/L-SIA (p<0,001), image de soi 3,20 T-SIA et 3,20 TL/L-SIA vs 4,40 T-SIA et 4,00 TL/L-SIA (p<0,001).

CONCLUSION :

Chez les patients atteints de SIA traités chirurgicalement, les profils radiographiques d'alignement sagittal ne prédisent pas la qualité de vie liée à la santé, bien que des différences préopératoires existent entre les courbures thoraciques et thoraco-lombaires/lombaires. L'évolution postopératoire de l'amélioration clinique semble principalement dépendante du temps écoulé depuis la chirurgie plutôt que de la morphologie radiographique. L'image de soi est le domaine du SRS-22 qui s'améliore le plus dans les T-SIA et les TL/L-SIA.

