

Rachialgies chez l'enfant sportif

Les douleurs de rachis sont un motif fréquent de consultation, plus souvent lié d'ailleurs à une demande de contre-indication à la pratique du sport. Quelque soit l'antériorité de la plainte, il est nécessaire de rechercher une cause organique à cette plainte, quelque soit le segment rachidien concerné.

Le rachis de l'enfant

La croissance de l'enfant est terminée au niveau de l'axe rachidien relativement tard en période post-pubertaire. La maturation est souvent contrôlée par un test de Risser avec un potentiel de 5 (*Echelle de Risser* de 0 à 5).

Les différents **pics de croissance** staturale mettent quelquefois à mal le rachis de l'enfant sportif qui hypersollicite celui-ci par la multiplication du nombre d'heures d'entraînement et par la **répétition de micro-traumatismes** lors de l'effort sportif.

Examen clinique à la recherche du diagnostic

Si chez l'adulte, les pathologies vertébrales sont riches et variées, chez l'enfant, à priori, les pathologies dégénératives et discales sont absentes ou rares. On doit donc orienter l'examen clinique vers une **origine mécanique**, inflammatoire, tumorale, neurologique, liée à la croissance, ou fonctionnelle.

Il ne faut jamais oublier une douleur projetée d'une infection non rachidienne.

• **L'INTERROGATOIRE**

Il reste précis, sur les antécédents familiaux et personnels de l'enfant. On s'aide du carnet de santé, et de la présence des parents. On retiendra la plainte douloureuse, son type, la date d'apparition, ses fréquences et les facteurs qui influencent celle-ci.

• **L'EXAMEN CLINIQUE**

L'axe rachidien est examiné, couché et debout.

• **ÉTUDE DE LA STATIQUE DU RACHIS**

Celle-ci se fait avec un fil à plomb, debout, l'enfant dénudé. En position verticale, on mesure les symétries et asymétries, les gibbosités, les inégalités de courbure, la bascule du bassin, les cyphoses et lordoses. L'examen peut se faire sur un podoscope afin de vérifier également les axes des membres inférieurs.

• **ÉTUDE DE LA MOBILITÉ DU RACHIS**

La mobilité fonctionnelle du rachis est étudiée selon les mêmes critères que chez l'adulte. Les mobilités antérieures et postérieures, en rotation et en flexion, sont mesurées. On examine également l'intensité de la gibbosité par flexion antérieure. On peut sensibiliser l'examen par la même étude en position assise.

• PALPATION

On recherche des contractures paravertébrales, un point douloureux, une douleur exquise plus localisée ou une douleur projetée, et on vérifie également toute anomalie de la peau.

• EXAMEN CLINIQUE GÉNÉRAL

Il est fondamental avec une prise en compte toute particulière des antécédents et des facteurs associés. On recherche des troubles neurologiques, d'autres anomalies viscérales cutanées, les troubles de la croissance autres sont à intégrer dans l'examen, ou les antécédents type Osgood, Sever, etc...

• BILAN RADIOLOGIQUE

Ce bilan de démarrage peut nous suffire en demandant un rachis total de face et de profil, debout pieds nus pour examen de la statique. On en profitera pour demander un test de Risser.

En fonction de ce bilan, on pourra s'aider de radiographies segmentaires complémentaires, d'un scanner ou d'un IRM.

En cas de visualisation d'une tuméfaction anormale, une échographie sera réalisée.

La scintigraphie osseuse peut être utile et fait preuve d'un grand intérêt chez l'enfant sportif pour le dépistage de lyse unilatérale récente.

Le diagnostic des rachialgies de l'enfant

Chez l'enfant sportif, on retiendra essentiellement dans un premier temps toutes les pathologies liées au surentraînement.

• LES MALADIES DE CROISSANCE

Il s'agit essentiellement de la Maladie de Sheuerman, touchant l'axe rachidien dans son ensemble, mais souvent localisé au niveau du rachis dorsal avec une hypercyphose, et un niveau du rachis lombaire avec une hyperlordose.

• LES SCOLIOSES ET DÉFORMATIONS DE L'AXE RACHIDIEN

Ces scolioses ou cyphoses idiopathiques ou non sont à évaluer. Elles peuvent provoquer des douleurs, mais sont souvent asymptomatiques.

• LES TUMEURS

Ne jamais oublier qu'un enfant sportif est également avant tout un enfant. Les tumeurs malignes ou bénignes peuvent être présentes et occasionner une plainte douloureuse. Ne pas oublier que chez l'enfant, le sarcome d'Ewing n'est confirmé que par l'histologie. Il existe par ailleurs un certain nombre d'autres possibilités tumorales qui peuvent être aussi variées que les kystes, les angiomes, etc...

• LES ANOMALIES DE CHARNIÈRE

Chez l'enfant sportif, ce sont les plus fréquemment retenues. Le diagnostic est essentiellement radiologique réalisé sur des clichés de débrouillage, mais également sur des clichés segmentaires. Il s'agit des spondylolyses avec spondylolysthésis dont le diagnostic est facile, le grade conditionne également le

traitement. Les **lyses isthmiques** bilatérales sont faciles à diagnostiquer, les lyses isthmiques unilatérales sont plus isolées et difficiles. On s'aidera de l'IRM et de la scintigraphie osseuse. Le traitement variera en fonction de la gravité du glissement, de la répercussion fonctionnelle et de l'intensité sportive, ainsi que du stade de maturation osseuse.

• LES CAUSES NON VERTÉBRALES

On recherchera des déficits musculaires, des asymétries musculaires, des contractures ou des déchirures musculaires, liées aux gestes sportifs. Les autres origines sont rares et d'exploration complexe.

• LES CAUSES NERVEUSES

Les tumeurs bénignes du système nerveux peuvent provoquer des lombalgies sans irradiation particulière. Les différents diagnostics seront évoqués par le scanner ou l'IRM.

• DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Ne pas oublier qu'un enfant sportif peut également présenter des indices et des signes de surentraînement psychologique, qui conduisent à des douleurs fonctionnelles dont l'axe rachidien sera prioritairement exprimé. Un soutien psychologique dans ce cas sera indispensable.

Les traitements préconisés

Ils dépendent bien évidemment des étiologies. La plupart du temps, le sport sera adapté en terme de pratique ou en terme de technique. Le **volume horaire** sera également adapté dans sa durée, en fonction des pathologies retrouvées. Une kinésithérapie est souvent conseillée. La pratique complémentaire de la **natation nage sur le dos** reste une très bonne indication. Le prise en charge médicamenteuse est rare et souvent déconseillée. Masquer une douleur peut entraîner une aggravation de la symptomatologie mécanique. Le **corset** peut être proposé en plus d'une pratique sportive adaptée.

Conclusion

Dans la majorité des cas, l'**enfant sportif** qui présente une rachialgie nécessite une prise en charge médicale adaptée et bénigne. Les véritables enjeux sont soit une [contre-indication à la pratique sportive](#) chez les enfants non motivés ou à l'inverse une réduction des pratiques chez un enfant trop motivé. Les parents ou l'entourage jouent un grand rôle dans ce type de demande. En tout état de cause, on ne peut pas se permettre de se priver d'un bilan radiologique initial afin d'évoquer un diagnostic précis. Une surveillance attentive est nécessaire. **Une liaison avec l'entraîneur ou le professeur d'Education Physique et Sportive est souhaitable voire indispensable.**