

LE SPONDYLOLISTHESIS EST-IL UNE CONTRE-INDICATION AUX ACTIVITES SPORTIVES ?

J.N. HEULEU

La Châtaigneraie (Menucourt - Paris)

Il s'agit d'un beau sujet qui n'a pas manqué et ne manquera pas d'amener à se poser la question inévitable : le spondylolisthésis est-il compatible avec la pratique du sport ?

Il y a deux ou trois décennies, la réponse était simple et négative tant cette pathologie rachidienne lombaire inspirait la crainte, non seulement des médecins de famille mais encore des spécialistes, rhumatologues et chirurgiens orthopédistes.

Que dire des intéressés ?!

Il n'est pas dans notre propos de revenir sur la physiopathologie et l'imagerie qui sont parfaitement traitées par G. Saillant et M. Wybier, mais seulement d'apporter le témoignage de notre vécu et notre expérience en ce domaine toujours controversé.

Il nous faut pourtant éclairer notre propos. Nous n'envisagerons pas le seul spondylolisthésis de L5 mais également la spondylolyse uni ou bilatérale sans glissement. Concernant le spondylolisthésis de L4, il est pratiquement toujours dégénératif, sauf en cas d'anomalie transitionnelle, et nous ne l'envisagerons pas ici.

En préambule, plusieurs questions nous interpellent !

1°) *la spondylolyse est-elle toujours micro-traumatique qu'elle soit uni ou bilatérale et justifie-t-elle toujours l'appellation de fracture de fatigue ?*

2°) *Est-il toujours nécessaire en 1993 de conserver la classification de listhésis en degrés ? 1er, 2è, 3è et 4è ?*

3°) *Le spondylolisthésis est-il toujours cliniquement mal toléré ?*

4°) *La dysmorphie de la charnière lombo-sacrée : aspect trapézoïdal de L5, étirement de l'isthme et convexité du plateau sacré, conduit-elle toujours inéluctablement aux spondylolisthésis majeurs type 2e, 3e, voire 4e degré ?*

5°) *L'hyperlordose accentuée et même exagérée est-elle toujours un facteur extrinsèque prédisposant et singulièrement lors de la pratique d'activités sportives maintes fois*

répétées chez des sujets très jeunes de moins de 10 ans ?

6°) *Peut-on conserver la notion chronologique d'apparition de la spondylolyse avec ou sans glissement, en deux pics d'âge : enfants de 5 ans et adolescents de 12-13 ans ou plus ?*

7°) *L'intégrité du disque adjacent au segment lombaire intéressé conditionne-t-elle réellement la stabilité du glissement ? Partant, que penser des épreuves radiologiques dynamiques du spondylolisthésis en hypercyphose et en hyperlordose qui eurent leur temps de gloire ?*

8°) *Le terme "spondylolisthésis instable" concerne-t-il la stabilité anatomique (épreuves d'imagerie dynamique) ou l'apparition de signes cliniques (lombalgies répétitives ou lombo-sciatiques) ? Mieux, y a-t-il relation entre ces deux paramètres, imagerie et clinique ? En d'autres termes, quand faut-il traiter un spondylolisthésis, quand faut-il l'opérer ? Car il paraît évident que seuls les spondylolisthésis à expression clinique et instables doivent être traités.*

Ces questions semblent actuellement résolues et cependant, il nous apparaît que, parfois, tout n'est pas aussi évident dans la conduite à tenir. Pourquoi certaines spondylolyses ne se transforment-elles jamais en spondylolisthésis ? Pourquoi existe-t-il des spondylo-

thésis parfaitement stables, longtemps bien tolérés chez des sujets non ou peu sportifs ?

ertes, l'équation : dysmorphie de charnière lombo-sacrée + hyperlordose multi-répétée dans des sports sportifs (gymnastique, saut en hauteur en retournement dorsal) et spondylolisthésis bilatéral avec ou sans spondylolisthésis semble clair et satisfaisante pour l'esprit.

ne pathologie n'apparaît que si deux facteurs : intrinsèque (anomalie constitutionnelle) et extrinsèque (solicitations multiples en hyperlordose), sont réunis. Oui, mais ... la pratique et l'expérience amènent parfois de nombreux coups de canif à une conception trop restreinte de cette pathologie lombaire.

La spondylolyse ne serait-elle qu'un syndrome reconnaissant à la fois des circonstances d'apparition différentes et des formes évolutives variables : de la spondylolyse avec spondylolisthésis modéré, stable et bien toléré à la spondylolyse évolutive, génératrice d'accidents lombaires fussent-ils lombalgies à répétition, lombalgies chroniques, lombo-sciatiques rebelles.

À ces questions, chacun s'intéressant à la spondylolisthésis ou à la spondylolyse a pu se les poser avant de demander un certificat de non contre-indication à la pratique d'un sport, et de choisir une stratégie thérapeutique.

Arrivés à cette étape de notre exposé, il serait intéressant de reprendre la radiographie et statistiques afin de tenter de trouver une réponse adaptée à la pratique du sport chez les patients atteints de spondylolisthésis.

Il nous soit pardonné de ne pas avoir achevé cette tâche qui est en cours mais inachevée et qui, de

plus, ne modifie guère la conception que nous avons sur ce sujet, du moins au stade fragmentaire où nous en sommes.

Afin de mieux illustrer notre propos, nous souhaiterions exposer quelques cas de figure que nous avons été amenés à observer :

■ LA SPONDYLOLYSE ISOLÉE, SANS GLISSEMENT

Il est des lombalgies d'apparition plus ou moins brutale, intéressant de jeunes sportifs qui vont permettre de reconnaître sur des radiographies de 3/4 ou de 3/4 déroulés selon la technique de Magdane, une lyse isthmique uni ou bilatérale.

À cet égard, les cas que nous rapportons n'intéressaient pas seulement la 5ème lombaire mais deux fois la 3ème, une fois la 4ème et une fois la seconde.

Une scintigraphie de contrôle a été positive dans 3/4 des cas, permettant d'évoquer une fracture de contrainte de l'isthme vertébral. Il s'agissait, dans notre petite série, de fractures bilatérales. La lombalgie n'était pas récente et était apparue après des délais allant de trois mois à un an. Rien ne permet d'affirmer ni d'infirmier qu'elle n'eut été qu'unilatérale au début.

Il s'agissait toujours de sportifs de compétition : judo, basket, volley, danse et gymnastique, de 12 à 16 ans.

Dans ce cas de figure, que la scintigraphie soit positive ou négative, il nous semble évident qu'il faille évoquer une fracture de fatigue. La coupe scannographique bien ciblée est d'ailleurs un argument, bien que nous ne l'ayons pas toujours demandée.

Le traitement est simple : il exige, certes une interruption complète et absolue de la pratique sportive, mais de plus une immobilisation par lombostat (plâtre ou mieux néofrakt, scotch-cast ou hexelite) remontant jusqu'en D10 et porté en permanence pendant une période supérieure à deux mois.

Nous disposons de trois observations privilégiées où la disparition de la lombalgie s'est accompagnée d'une consolidation complète tant sur les clichés de 3/4 que sur la coupe scannographique. Il est intéressant de noter qu'il s'agissait de localisations une fois sur L2 et deux fois sur L3.

Le suivi sur trois ans ne nous a pas montré de récurrence.

Ceci amène quelques remarques :

Il ne s'agissait pas de localisations sur la 5ème lombaire et l'on peut douter que ces lyses isthmiques se soient transformées en spondylolisthésis si elles n'avaient pas été traitées. C'est pourquoi, il nous semble que toute lésion isthmique survenant dans un tel contexte et n'intéressant pas la 5ème lombaire est très probablement une fracture de contrainte.

■ SPONDYLOLYSE AVEC SPONDYLOLISTHÉSIS INTÉRESSANT LA 5ÈME VERTEBRE LOMBAIRE OU, EN CAS D'ANOMALIE TRANSITIONNELLE, LA DERNIÈRE VERTEBRE LOMBAIRE LIBRE

C'est le cas le plus fréquent et la question posée est de savoir si cette anomalie doit entraîner systématiquement l'interruption passagère ou prolongée de toute activité sportive. Il est difficile de répondre précisément car l'analyse est pluri-factorielle.

Si le spondylolisthésis est douloureux, mal toléré et que les sports intéressés s'effectuent avec une composante de lordose et d'une façon intense, il est préférable de supprimer toute activité sportive. Le port d'un lombostat léger en hexélite ou en scotch-cast et une kinésithérapie d'entretien peuvent se discuter.

Si le spondylolisthésis s'accompagne d'une lombo-sciatique témoignant d'une pathologie discale surajoutée (disques adjacents) avec conflit disco-radulaire, la tomodensitométrie et l'imagerie par résonance magnétique peuvent être nécessaires avant d'envisager un geste chirurgical comprenant la cure de hernie discale et la stabilisation du spondylolisthésis. Cette éventualité, dans notre expérience, est assez exceptionnelle mais il faut rappeler qu'en matière de spondylolisthésis, seuls ceux qui se manifestent par une expression clinique doivent être traités.

Des lombalgies intermittentes, assez bien tolérées, ne justifient que d'un traitement antalgique et

d'une surveillance régulière. C'est d'ailleurs la situation la plus couramment observée.

■ LE CAS PARTICULIER CONCERNANT LE PROFESSORAT D'ÉDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE

Étant membre de la Commission Médicale de Contrôle des postulants au professorat d'E.P.S., nous sommes amenés à étudier des dossiers d'étudiants qui présentent un spondylolisthésis découvert par le dépistage radiologique systématique.

Actuellement, tout candidat présentant un spondylolisthésis radiologique ne peut envisager une carrière dans cette profession. C'est ainsi que quelques athlètes de très haut niveau se voient écartés de cette carrière.

En fait, l'Éducation Nationale se protège d'éventuels accidents de travail ultérieurs et c'est la seule raison pour laquelle le spondylolisthésis est considéré comme une contre-indication absolue. Il s'agit plus d'une prévention socio-professionnelle que d'une contre-indication purement médicale. Nous souhaiterions d'ailleurs moduler un peu cette décision couperet qui n'est pas toujours justifiée.

■ INCIDENCES DE LA PRATIQUE SPORTIVE ET DU SPONDYLOLISTHÉSIS

Quelques études statistiques étrangères ont révélé l'incidence agressive de certains sports sur la genèse de la lyse isthmique et du spondylolisthésis. Les chiffres rapportés ne paraissent pas toujours refléter ce que nous constatons en France. À cet égard, il est vrai que nous manquons d'une étude statistique précise. Il serait souhaitable pour cela que les médecins des Fédérations puissent effectuer une étude rigoureuse et systématique chez les pratiquants et surtout pour les athlètes de compétition.

Nous n'avons donc pas la possibilité de dresser un catalogue des activités sportives les plus fréquemment responsables, ne possédant pas toutes les données. Il est évident que tout sport entraînant la répétition d'hyperlordose (gymnastique féminine, saut en hauteur avec retournement dorsal, etc...) peut être responsable, surtout à un très jeune âge, de l'apparition de lyse isthmique et de spondylolisthésis. À l'extrême, on peut se poser la question, peut-être discutable : n'est-il pas indispensable d'avoir un spondylolisthésis pour accéder à un certain niveau de performances dans les activités physiques nécessitant une hyperlordose ? La natation de compétition effectuée par de très jeunes sujets en brasse dauphin notamment peut être incluse dans la liste des sports responsables. Ces constatations amènent le médecin de famille et le médecin sportif, surtout médecin fédéral, à être particulièrement vigilants dans le contrôle des athlètes.

Si nous prenons le cas particulier de la danse, nous constatons qu'en

danse classique, le spondylolisthésis est très rare et lorsqu'il existe, il ne semble pas avoir été favorisé par cette activité, même pratiquée à un très jeune âge et surtout, il est bien toléré. Dans notre expérience, nous constatons que le pourcentage de lyses isthmiques et de spondylolisthésis observé dans une prestigieuse école de danse n'est pas supérieur au pourcentage d'une population de tout-venant.

Il n'en est pas de même lors de la danse acrobatique et de la danse contemporaine, beaucoup plus agressives pour la région lombaire.

Il faut tenter de trouver une explication qui pourrait être la suivante : la danse classique n'exige pas, contrairement à une opinion trop répandue, une mise en hyperlordo-agressive du rachis.

EN CONCLUSION, à la lumière de ces quelques exemples et de ces quelques remarques, basés sur une expérience purement personnelle et confortée par de nombreuses lectures, il persiste dans la décision du médecin, confronté à ce problème, de nombreuses incertitudes. Il est difficile de prendre une décision univoque devant la découverte d'une lyse isthmique avec ou sans spondylolisthésis chez un sujet jeune et sportif.

Un examen clinique, soigneux et bien programmé, le recueil d'informations sur les activités sportives, l'âge de début, les antécédents familiaux, sont déjà un point important. La découverte de l'anomalie lombaire nécessite, au minimum, des clichés de face, de profil et de 3/4, sans qu'il soit nécessaire de se lancer dans une imagerie plus sophistiquée. En fonction des

constatations, le médecin doit prendre sa décision en toute logique et en respectant le bon sens.

A titre d'exemple, un spondylolisthésis du 2^{ème} degré avec une importante dysmorphie de la charnière lombo-sacrée, la découverte d'un spondylolisthésis dans les antécédents familiaux chez une petite fille de 8 à 10 ans, s'orientant vers la gymnastique ou les plongeurs, doivent entraîner un interdit formel de la part du médecin. En revanche, un spondylolisthésis modéré, bien toléré chez un garçon de 15 ans pratiquant le rugby peut parfaitement justifier d'une certaine tolérance sous couvert d'une surveillance régulière. Il est impératif d'éviter les recettes thérapeutiques dans cette pathologie et d'adapter la stratégie au coup par coup en fonction du contexte et du sport envisagé.

ABONNEZ-VOUS, C'EST IMPORTANT

DOCTEUR P. JUVIN - 42, RUE PAUL-VALÉRY - 75116 PARIS
en libellant votre chèque au nom de l'A.D.D.M.O.M.

Écrire très lisiblement en lettres capitales :

Votre nom : _____
Prénom : _____
Adresse
(de l'expédition) _____

TAMPON PROFESSIONNEL

Montant de l'abonnement

France	150 F.
Etranger Europe	180 F.
Etranger Autres	200 F.