

# 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, longs  
temps bien tolérés chez des sujets  
non ou peu sportifs ?

ertes, l'équation : dysmorphie de  
charnière lombo-sacrée + hyper-  
lordose multi-répétée dans des  
sports sportifs (gymnastique, saut  
hauteur en retournement dorsal)  
lyse isthmique bilatérale 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 mul-  
tiples en hyperlordose), sont  
présents. Oui, mais ... la pratique et  
l'expérience amènent parfois de  
dramatiques coups de canif à une  
conception trop restreinte de cette  
pathologie lombaire.

La spondylolyse ne serait-elle  
un syndrome reconnaissant à la  
lumière des circonstances d'apparition  
différentes et des formes évolutives  
variables : de la spondylolyse  
avec spondylolisthésis modéré,  
tolérable et bien toléré à la spon-  
dylolyse évolutive, génératrice d'acci-  
dents lombaires fussent-ils lombal-  
giques à répétition, lombalgies chro-  
niques, lombo-sciatiques rebelles.

À ces questions, chacun s'intéressant  
à la spondylolisthésis ou à la spon-  
dylolyse a pu se les poser avant de  
recevoir un certificat de non contre-  
indication à la pratique d'un sport,  
ou de choisir une stratégie théra-  
peutique.

Arrivés à cette étape de notre expo-  
sition il serait intéressant de reprendre  
les données cliniques et statistiques afin de  
essayer de trouver une réponse adap-  
tée 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 concep-  
tion que nous avons sur ce sujet, du  
moins au stade fragmentaire où  
nous en sommes.

Afin de mieux illustrer notre pro-  
pos, 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, intéressantes  
de jeunes sportifs qui vont per-  
mettre de reconnaître sur des radio-  
graphies de 3/4 ou de 3/4 déroulés  
selon la technique de Magdane,  
une lyse isthmique uni ou bilaté-  
rale.

A cet égard, les cas que nous rap-  
portons n'intéressaient pas seule-  
ment 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, permet-  
tant d'évoquer une fracture de  
contrainte de l'isthme vertébral. Il  
s'agissait, dans notre petite série,  
de fractures bilatérales. La lombal-  
gie n'était pas récente et était appa-  
rue 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 scinti-  
graphie 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 observa-  
tions 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 inté-  
ressant 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 spondylolis-  
thésis si elles n'avaient pas été trai-  
tées. C'est pourquoi, il nous semble  
que toute lésion isthmique surve-  
nant dans un tel contexte et n'inté-  
ressant 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 plurifactorielle.

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

anse 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<sup>ème</sup> 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.