



L'auteur: Christa Lehnert-Schroth PT

Traitement tridimensionnel de la scoliose

d'après Katharina Schroth

Qu'est-ce que la scoliose et quelle en est la cause?

« scolios » signifie « tortueux ». Médicalement, elle se réfère à la colonne vertébrale tordue, déformée. Cette souffrance a toujours été appelée « crux medicorum ».

La cause de la scoliose est, à quelques détails près, inconnue. 80% des scolioses sont « idiopathiques », c'est-à-dire « qui existe par elle-même, qui ne peut être rapportée à aucune autre maladie ».

Seules pour 20% des scolioses, on en connaît la cause, comme par exemple un accident, le rachitisme, la paralysie avachie ou spastique ou une malformation congénitale des os, une différence de longueur des membres inférieurs, une prédisposition familiale, des inégalités musculaires et beaucoup d'autres raisons.

Environ 4% de la population souffrent de scoliose = d'un degré léger (certaines personnes ne le savent pas) jusqu'à des formes sévères avec une forte gibbosité et une hanche inclinée d'un côté et beaucoup de problèmes de santé, qui proviennent de la scoliose.

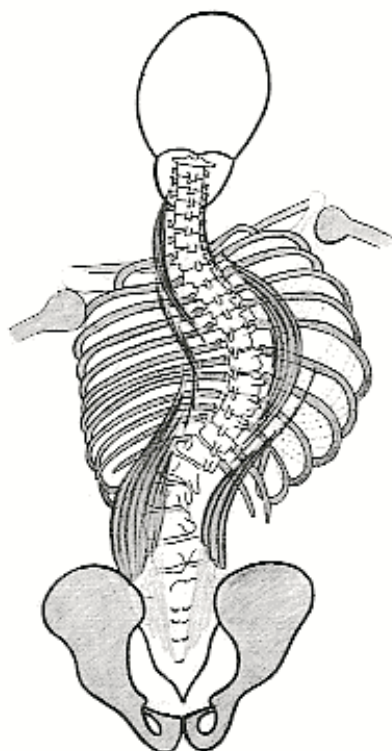
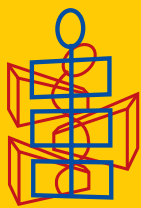


Figure : Les rapports de torsion à la colonne vertébrale scoliotique avec le renforcement du relief du muscle de la convexité qui en résulte.

Chez la scoliose, il y a une transformation de la statique plus ou moins importante, à partir des pieds, des membres inférieurs et de la hanche, avec une inégalité musculaire dans leur longueur et leur épaisseur. Plus grand est l'écart de la ligne médiane plus longs seront les muscles correspondants et ils deviendront moins épais. Ils avachissent et deviennent finalement inactifs. Ils perdent leur fonction de soutien. Les déformations ne sont possibles que parce que les muscles le permettent. Ils s'étirent ou raccourcissent en fonction de la direction dans laquelle le tronc se déplace ou se tord. Ces écarts latéraux et postérieurs peuvent seulement se former si les muscles correspondants relâchent et s'étirent. Sur le dessin, on remarque que l'inégalité musculaire débute déjà dans la partie lombaire et s'étend jusqu'à la colonne cervicale. Le traitement doit de prime abord améliorer l'attitude posturale, pour que le corps retrouve sa position verticale initiale. Ce résultat ne peut être atteint que si les groupes de muscles correspondants sont développés et entraînés. Pour rétablir un équilibre musculaire du corps, les muscles étirés doivent être raccourcis et les muscles raccourcis doivent être étirés. Ils doivent être raffermis des deux côtés, afin qu'ils puissent maintenir la colonne vertébrale et la cage thoracique dans leur position verticale normale. C'est fondamental que les muscles inactifs courts travaillent plus à l'état allongé. Dans mon livre, j'ai consacré un grand chapitre à « l'appareil locomoteur transformé par la scoliose ».



L'auteur: Christa Lehnert-Schroth PT

Traitement tridimensionnel de la scoliose

d'après Katharina Schroth

Pour le traitement de la scoliose, **Schroth** est d'avis que l'étude de la cause joue un rôle secondaire. D'après **Schroth**, le « status quo » est déterminant. C'est-à-dire: « **Que vois-je?** » et « **Que puis-je changer?** ».

De la part du thérapeute, cela demande une faculté de se mettre dans la peau du patient, pour comprendre sa souffrance et le raisonnement théorique selon **Schroth**, afin de choisir le traitement le mieux adapté.

Que signifie "traitement tridimensionnel de la scoliose" ?

Chez la scoliose, le tronc est déformé **tridimensionnellement**.

Le thérapeute, ainsi que le patient doivent le reconnaître et le savoir. C'est pourquoi, les patients sont d'abord initiés au raisonnement théorique selon Schroth. Ils voient leur mauvaise posture entre des miroirs et on leur explique comment corriger cette mauvaise posture **tridimensionnelle**, en se représentant l'image contraire de ce que le corps reflète actuellement.

D'après **Schroth**, la scoliose est une déformation du tronc et donc de la colonne vertébrale, qui se déforme dans trois directions (dimensions) : vers l'avant-l'arrière (sagittal), vers les deux côtés (bilatéral), vers le haut-le bas (longitudinal). D'où le terme **tridimensionnel**.

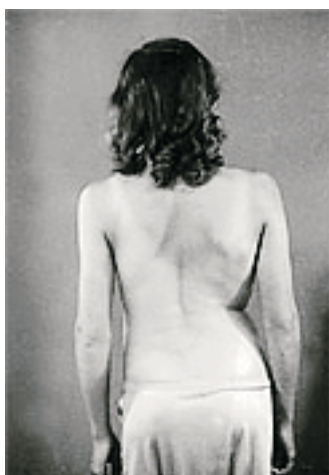
La scoliose ne présente pas seulement une courbure, la thoracique, qui se remarque le plus.

Schroth intègre les vertèbres thoraciques supérieures à la première courbure, la soi-disant courbure cervicale. La thoracique, la soi-disant courbure principale, est la deuxième, la courbure lombaire est la troisième courbure. Par la concomitance de ces trois composantes, les trois (ou aussi quatre) déformations de la cage thoracique et de la colonne verticale se forment.

Toutes les parties du tronc qui se sont déplacées du milieu vers l'extérieur, pivotent aussi automatiquement vers l'arrière. La cage thoracique pivote d'une part vers la ceinture pelvienne, d'autre part vers la ceinture scapulaire. Ainsi se forme la gibbosité.

Mais souvent la courbure inférieure de la colonne vertébrale, au niveau L4, se transforme en une contre-courbure lombosacrée. **Schroth** parle alors d'une scoliose à quatre courbures avec un déplacement et une torsion du bassin en une scoliose à trois courbures, où la courbure lombaire va jusqu'au sacrum.

Les figures montrent la différence de l'apparence extérieure.



< scoliose à quatre courbures

scoliose à trois courbures >

