

LES OS ET LES ARTICULATIONS ET LE SYNDROME DE MARFAN

Le syndrome de Marfan est souvent à l'origine de problèmes au niveau des os et des articulations. Ce sont en réalité souvent ces caractéristiques qui amènent en premier une personne à soupçonner un syndrome de Marfan et à chercher à obtenir un diagnostic. Ces caractéristiques (désignées caractéristiques squelettiques) se manifestent lorsque les os dépassent la longueur habituelle ou que les ligaments (le tissu conjonctif qui maintient ensemble les articulations) s'étirent, comme des élastiques lâches.

Seul un tiers environ des personnes atteintes du syndrome de Marfan présente des caractéristiques squelettiques si importantes qu'elles nécessitent un traitement.



Plusieurs caractéristiques squelettiques sont associées au syndrome de Marfan. De nombreuses personnes atteintes du syndrome de Marfan présentent plusieurs caractéristiques squelettiques, mais il est rare que les gens les aient toutes. Malgré l'importance de faire évaluer les caractéristiques squelettiques par un orthopédiste (un médecin spécialiste des os et des articulations), seul un tiers environ des personnes atteintes du syndrome de Marfan présentent des caractéristiques squelettiques si importantes qu'elles nécessitent un traitement.

Quels sont les types fréquents de problèmes affectant les os et les articulations chez les personnes souffrant du syndrome de Marfan ?

Voici quelques faits sur les types fréquents de problèmes affectant les os et les articulations chez les personnes souffrant du syndrome de Marfan :

Type corporel général

Une personne atteinte du syndrome de Marfan sera généralement (mais pas toujours) grande, mince et extrêmement souple (aux articulations lâches). Les bras, les jambes, les doigts et les orteils peuvent être très longs si on les compare au tronc. Dans certains cas, ces personnes peuvent ne pas sembler grandes par rapport à la population générale, mais être grandes au sein de leur famille (consulter la Figure 1).

THE **MARFAN**
FOUNDATION



Marfan.org

Envoyez vos questions à notre Centre d'aide et de ressources : [Marfan.org/Ask](https://marfan.org/Ask)

Le visage peut être long et étroit par rapport à la forme générale du corps. Les nourrissons ont souvent les yeux enfoncés dans l'orbite et semblent plus âgés que leurs frères ou sœurs non atteints au même âge. Le palais est souvent haut, arqué et étroit et les dents se chevauchent. Il y a souvent un recul de la mâchoire inférieure (mandibule) qui peut accentuer une suroccclusion fréquente (malocclusion).

Déviations de la colonne vertébrale (scoliose)

La scoliose est une déviation de la colonne vertébrale vers un côté caractérisée par une rotation des vertèbres (les os de la colonne vertébrale) formant généralement un S ou une spirale (consulter la Figure 2). La scoliose peut concerner n'importe quelle zone de la colonne vertébrale, mais le plus souvent, elle touche la partie supérieure. Près de 6 personnes atteintes du syndrome de Marfan sur 10 présentent une scoliose, mais seulement 1 sur 3 a besoin d'un traitement médical pour y remédier.

Une scoliose apparaît lorsque les ligaments de la colonne vertébrale sont trop lâches pour maintenir solidement les vertèbres en place. La croissance rapide d'un enfant atteint du syndrome de Marfan peut également amplifier la scoliose. Ceci se produit souvent lors des poussées de croissance à l'adolescence.

La scoliose peut être de bénigne à sévère, selon l'amplitude de la déviation. Les déviations sont mesurées d'après les angles formés entre les vertèbres (visibles par radiographie) et sont indiquées en degrés. Une faible déviation (moins de 20 degrés) chez un adolescent a peu de risques de s'aggraver. Une déviation moyenne (20 à 40 degrés) a une probabilité plus élevée de s'aggraver chez un enfant ou un adolescent. Une déviation importante (supérieure à 40 degrés) va vraisemblablement s'aggraver, que ce soit chez un enfant ou un adulte. En effet, il existe déjà un tel déséquilibre dans la colonne vertébrale que la gravité va continuer à l'amplifier.

En général, un test d'évaluation de la scoliose est effectué chez tous les enfants à l'école, en CM2. Toutefois, chez les enfants atteints du syndrome de Marfan, le pédiatre doit effectuer une évaluation axée sur la scoliose même avant le CM2, puis lors de chaque examen clinique annuel. L'évaluation consiste à examiner le dos de l'enfant lorsque celui-ci se penche vers l'avant. Si un enfant ne présente aucun signe de scoliose au début du collège, il est peu probable qu'il développe cette affection à un degré important à un âge plus avancé. Il est rare qu'une scoliose apparaisse à l'âge adulte. Chez l'adulte atteint de scoliose, il faut l'évaluer tous les 1 à 3 ans.

Dos voûté (cyphose)

Cette déviation est la plus visible sur le côté. Il est normal de présenter une légère cyphose dans la partie supérieure de la colonne vertébrale. Cependant, l'augmentation de la déviation peut entraîner des difformités ou un mal de dos chez certaines personnes. Chez les personnes atteintes du syndrome de Marfan, la cyphose peut affecter la partie supérieure (thoracique) ou inférieure (lombaire) de la colonne vertébrale.

Problèmes thoraciques (pectus)

Les deux anomalies thoraciques les plus fréquentes associées au syndrome de Marfan concernent le sternum et sont la conséquence de côtes trop longues.

- Thorax en entonnoir (pectus excavatum) : un thorax rentrant ou creux se développe à différents degrés chez de nombreuses personnes souffrant du syndrome de Marfan ainsi que chez des enfants qui ne sont pas concernés par cette maladie. Dans des cas plus sévères, il peut gêner la respiration, en particulier lorsque d'autres anomalies touchent la colonne vertébrale, le cœur ou les poumons. Ces anomalies du sternum se remarquent davantage à l'âge adulte. Chez certaines personnes, cela peut devenir un problème esthétique.
- Thorax en carène (pectus carinatum) : un thorax bombé ou saillant se développe lorsque le sternum présente une protubérance (saillie) vers l'extérieur. Certaines personnes atteintes du syndrome de Marfan présentent un thorax en entonnoir d'un côté et un thorax en carène de l'autre. Un thorax en carène ne provoque pas de compression du cœur ou des poumons, mais peut être inconfortable esthétiquement.



Problèmes de pied

Les personnes souffrant du syndrome de Marfan ont des pieds longs et fins. Des os très longs et des ligaments très lâches peuvent fragiliser les pieds et abaisser leur capacité à supporter la pression appliquée par la position debout. Voici certaines caractéristiques fréquentes du syndrome de Marfan :

- Pieds longs et fins
- Pieds plats (voûte plantaire affaissée) ou voûte plantaire très cambrée
- Orteils longs
- Orteils en marteau et en griffes (courbure anormale des orteils)
- Callosités (couches épaisses de peau) provoquées par une pression excessive sur une partie du pied
- Oignons (croissance osseuse près de la base du gros orteil)
- Chevilles tournées (déplacement médial)

Les douleurs aux pieds constituent parfois un problème chez les personnes atteintes du syndrome de Marfan, en raison des contraintes exercées par un squelette de grande taille sur des pieds souples.

Votre médecin devrait systématiquement examiner vos pieds et vos chevilles, que vous ayez des problèmes de pieds ou non. Les médecins experts des pieds comprennent les chirurgiens orthopédistes, les physiatres (spécialistes de la rééducation) et les podologues. L'examen de votre médecin doit porter sur :

- L'amplitude du mouvement : la facilité et l'ampleur de la rotation possible de vos chevilles et de vos pieds
- Le site exact de votre douleur (le cas échéant)
- La résistance de vos tendons
- Si vos chaussures sont adaptées
- Votre démarche (la façon dont vous vous déplacez) à la course, la marche et la marche sur la pointe des pieds

Si vous avez des problèmes dus au syndrome de Marfan, votre médecin vous demandera probablement :

- Depuis quand avez-vous ces problèmes ?
- Ces problèmes s'aggravent-ils ?
- Quelle est la gravité de vos problèmes de pieds ?
- Vos pieds vous font-ils plus mal le matin ou le soir ?
- Vos problèmes de pieds vous empêchent-ils d'effectuer certaines activités ?
- Vos pieds vous font-ils souffrir lorsque vous êtes resté debout plusieurs heures, que vous avez beaucoup marché ou après d'autres activités ?

Les autres problèmes peuvent comprendre :

- Douleurs du dos et des membres : les gens souffrant du syndrome de Marfan peuvent ressentir davantage de douleurs dans le dos et les membres par rapport aux autres. Ces douleurs pourraient être la conséquence des contraintes mécaniques imposées par un grand corps, avec toutes les tensions associées, et de la laxité des articulations.



- Spondylolisthésis : glissement vers l'avant d'une vertèbre sur la vertèbre située immédiatement en dessous. Ce phénomène a lieu généralement près de l'extrémité inférieure de la colonne vertébrale. Il peut se produire chez n'importe qui, mais le glissement vers l'avant est plus fréquent chez les personnes atteintes du syndrome de Marfan. Une personne atteinte de cette affection a généralement mal au bas du dos ou présente une raideur à cet endroit et est incapable de se pencher vers l'avant pour toucher ses orteils. En général, il n'y a pas de lésion neurologique, à l'exception des cas très graves.
- Ectasie durale : l'une des caractéristiques propres au syndrome de Marfan est une dilatation (ou ectasie) du sac dural (dure-mère). Ce phénomène se produit lorsque le sac dural ne parvient pas à contenir la pression exercée par le liquide cébrospinal (ou céphalorachidien). Si une ectasie se forme, elle se trouve fréquemment dans la partie inférieure du rachis lombaire ou sacré. Parfois, le sac hypertrophié comprime les espaces adjacents, comme le bassin.
- Protrusion acétabulaire : chez certaines personnes atteintes du syndrome de Marfan, les cotyles (ou acétabulum) de l'os iliaque (de la hanche) se creusent pendant la croissance. On parle alors de protrusion acétabulaire. L'acétabulum est la cavité de l'articulation de la hanche. L'origine de cette affection est inconnue. Elle ne provoque pas de problème ni de symptôme pendant l'enfance. À l'âge adulte, les cotyles creusés peuvent induire un changement arthritique précoce qui se traduit par des douleurs dans les hanches ou dans l'aîne. Cette affection touche moins de 5 % des personnes atteintes du syndrome de Marfan. Certaines personnes avec ce diagnostic doivent recevoir des prothèses de hanche vers cinquante ans ou plus.

Le syndrome de Marfan est considéré comme une maladie des ligaments lâches. Pourtant, les luxations ou les entorses des principales articulations (l'épaule, le genou ou la cheville) ne semblent pas plus fréquentes chez les personnes atteintes du syndrome de Marfan que dans la population générale. Une explication possible est que les personnes souffrant du syndrome de Marfan restreignent les activités physiques intenses ou les exercices de torsion pour éviter les contraintes exercées sur le cœur ou l'aorte. Il se peut également que les principaux ligaments de leurs articulations ne présentent pas de faiblesse, simplement une certaine laxité.

Comment traite-t-on les types fréquents de problèmes affectant les os et les articulations chez les personnes souffrant du syndrome de Marfan ?

Les problèmes touchant les os et les articulations des personnes atteintes du syndrome de Marfan et de certaines maladies apparentées sont nombreux à entraîner gêne et douleurs. D'autres problèmes sont plus d'ordre esthétique (apparence). Dans de rares cas, une intervention chirurgicale est recommandée pour traiter les problèmes osseux. Les options thérapeutiques sont décrites ci-dessous.

Déviations de la colonne vertébrale (scoliose)

Un traitement de la scoliose est parfois recommandé, car elle peut provoquer de nombreux problèmes, y compris des douleurs du dos, une diminution de la fonction pulmonaire et des problèmes posturaux et morphologiques. Si la déviation augmente et dépasse 20 degrés, on recommande généralement un traitement chez les enfants et les adolescents en période de croissance, car l'exercice seul n'empêchera pas la progression de cette déviation.

La nécessité ou non d'un traitement de la scoliose dépend du degré de déviation et de l'amplitude de la croissance future. Les enfants nécessiteront probablement un traitement de la scoliose, car ils grandiront encore pendant de nombreuses années. Plus un enfant est jeune lorsque sa scoliose débute, plus la probabilité que la déviation augmente est élevée. Par exemple, un enfant de moins de trois ans présentant une déviation de seulement 10 degrés pourrait exiger un traitement ultérieurement, à un âge plus avancé, alors que cela pourrait ne pas être le cas pour un adolescent de 14 ans ayant une faible déviation (inférieure à 20 degrés). La nécessité d'un traitement médical est presque systématique chez les individus de tous âges présentant une déviation importante (supérieure à 40 degrés).



Les médecins utilisent l'échelle de Risser (ou score de Risser) pour mesurer la croissance osseuse restante qu'un enfant est susceptible d'avoir. Ce calcul est basé sur les résultats d'une radiographie des os de la hanche (bassin). L'échelle de Risser varie de 0 à 5, 0 étant la croissance osseuse maximale attendue et 5, la croissance osseuse minimale attendue. Les enfants avec un score de Risser de 0 à 2 grandiront probablement encore pendant plusieurs années et présentent donc un risque d'aggravation de leur scoliose.

La scoliose se traite de l'une ou des deux méthodes suivantes :

- **Corset orthopédique** : un corset orthopédique est souvent recommandé pour les enfants ayant une scoliose comprise entre 20 et 40 degrés. Un corset orthopédique est une sorte de « veste » en plastique rembourrée, moulée sur mesure, qui encercle le tronc, des épaules à la taille, redresse provisoirement la colonne vertébrale et empêche la déviation de s'aggraver. Cependant, le corset ne permet pas de supprimer définitivement la déviation. Lorsqu'on retire le corset, la colonne vertébrale retrouve progressivement sa déviation d'origine. L'objectif du corset est simplement d'empêcher l'aggravation de la déviation.

Un corset orthopédique se porte généralement 23 heures par jour. Les moments sans corset correspondent au bain/à la douche et à l'habillement. En outre, la personne peut retirer son corset pour nager ou pratiquer une autre activité si cela est nécessaire. Un corset orthopédique se porte jusqu'à la fin de la croissance. Pour les filles, cela s'arrête généralement vers 14 ou 15 ans et pour les garçons, vers 16 ou 17 ans. Le corset orthopédique est efficace chez la plupart, mais pas toutes les personnes atteintes du syndrome de Marfan. Si la déviation est trop importante ou empire, le corset orthopédique ne permet pas d'empêcher le recours à une chirurgie.

- **Chirurgie** : les médecins recommandent une intervention chirurgicale lorsque la déviation de la scoliose est supérieure ou égale à 40 degrés afin d'éviter les problèmes pulmonaires, les douleurs du dos et l'amplification des malformations. Si l'intervention chirurgicale est choisie, elle est généralement plus sûre et plus efficace pour corriger la déviation avant que celle-ci ne progresse davantage.

La chirurgie de la scoliose consiste à redresser la colonne vertébrale à l'aide de tiges métalliques et à fusionner les vertèbres en position redressée. Les tiges sont placées profondément sous les muscles du dos, contre les vertèbres, afin qu'elles ne soient pas perceptibles. Pendant que les tiges maintiennent la colonne vertébrale droite, la croissance de fragments osseux provoque la fusion de la colonne vertébrale ce qui la maintient définitivement droite.

Les tiges ne sont pas douloureuses après consolidation et guérison consécutives à l'intervention. Chez les enfants de moins de 10 ans dont la colonne vertébrale continue à grandir, un chirurgien orthopédique peut utiliser des « tiges de croissance » spéciales qui peuvent être allongées pour accompagner la croissance de l'enfant.

Parfois, on utilise un abord postérieur (à partir du dos) pour effectuer la chirurgie. Si la déviation est très importante ou rigide, l'intervention peut se faire à la fois par un abord antérieur, de l'avant vers la colonne vertébrale en éliminant les disques vertébraux déformés, et par un abord postérieur.

La chirurgie de la scoliose donne généralement de bons résultats. Une transfusion sanguine est souvent nécessaire, mais il est possible de transfuser la personne avec son propre sang en prélevant celui-ci quelques mois avant l'intervention. Des complications (par exemple, le relâchement des tiges, l'absence de fusion de la colonne vertébrale ou des lésions nerveuses) peuvent se produire, mais elles sont rares. Il faut généralement un à deux mois avant que le patient puisse retourner à l'école ou au travail.

Les personnes opérées demandent souvent si passer des examens d'IRM est possible si des tiges ont été insérées dans leur colonne vertébrale. Les examens d'IRM sont possibles, quel que soit le type de tige métallique utilisé. Les tiges apparaissent sur l'IRM sous la forme d'un « halo » ou d'une zone invisible. Les tiges en titane (un type de métal utilisé) créent les halos les plus faibles.



En quoi le traitement de la scoliose diffère-t-il en cas de syndrome de Marfan ?

La méthode de traitement de la scoliose dépend de sa nature. Le type le plus fréquent de scoliose s'intitule « scoliose idiopathique », ce qui signifie qu'on ignore son origine. Elle se distingue de la scoliose due au syndrome de Marfan. Parlez avec votre médecin des conséquences possibles de votre traitement. Voici certains faits utiles à connaître :

- Le taux de réussite du port d'un corset orthopédique pour traiter la scoliose de Marfan est inférieur à celui associé à la scoliose idiopathique. La plupart des enfants atteints du syndrome de Marfan avec une déviation supérieure à 25 degrés et un score de Risser de 0 à 2 nécessiteront une intervention chirurgicale à un certain moment, même après avoir porté un corset.
- Chez 1 personne sur 4 atteinte du syndrome de Marfan, les pédicules (une partie des vertèbres) sont étroits et minces. Dans ce cas, l'emploi de vis pour maintenir les tiges vertébrales en place pourrait être inefficace. En telle situation, le chirurgien doit utiliser d'autres méthodes pour fixer les tiges.
- La dure-mère (la membrane qui entoure la colonne vertébrale et contient le liquide céphalorachidien) est fragile chez les personnes atteintes du syndrome de Marfan. Cette particularité augmente le risque de fuite de liquide céphalorachidien pendant la chirurgie. Le chirurgien doit prendre des précautions particulières lorsque la dure-mère est fragile.
- La probabilité que la scoliose se réinstalle après une intervention chirurgicale est plus élevée chez les personnes atteintes du syndrome de Marfan. Une récurrence est plus rare lorsque le chirurgien réalise la fusion d'une plus grande section de la colonne vertébrale.
- Les personnes atteintes du syndrome de Marfan peuvent présenter une forme inhabituelle en coquille dans leur colonne vertébrale. Le chirurgien doit utiliser la tomodensitométrie pour comprendre cette forme lorsqu'il planifie l'intervention chirurgicale.
- La colonne vertébrale d'une personne atteinte du syndrome de Marfan peut dévier vers l'avant (cyphose) et vers le côté (scoliose). Le chirurgien peut planifier une intervention qui vise à traiter ces deux affections.

Dos voûté (cyphose)

Le traitement de la cyphose est semblable à celui de la scoliose. Chez un enfant en période de croissance, un corset orthopédique est parfois efficace. Chez une personne d'un âge plus avancé ou affectée par une cyphose plus sévère, un corset orthopédique est inutile. C'est pourquoi la personne devrait essayer de faire des exercices pour éviter le mal de dos.

Si le corset ne soulage pas la douleur, une chirurgie est une option. Elle est réalisée quasiment de la même manière que la chirurgie de la scoliose, même si elle est plus rarement nécessaire. Les personnes atteintes de cyphose doivent faire attention de maintenir un bon apport en calcium et de suivre un programme d'exercices d'intensité modérée pour prévenir l'ostéoporose qui pourrait aggraver la cyphose.

Thorax en entonnoir (pectus excavatum)

Il n'existe pas de corset orthopédique pour corriger un thorax en entonnoir (pectus excavatum). La seule option thérapeutique est la chirurgie. Il y a souvent de bonnes raisons médicales, outre des raisons esthétiques, de réparer un pectus excavatum sévère. Si nécessaire, l'intervention chirurgicale doit être réalisée au milieu ou à la fin de l'enfance, par un chirurgien général pédiatrique.

L'intervention consiste à soulever le sternum et les côtes, à les redresser et à les maintenir avec une barre métallique. Cette intervention s'appelle une reprise de Nuss. Elle nécessite plusieurs jours d'hospitalisation. Le taux de réussite est élevé. On retire la barre métallique au bout de 4 à 6 mois lors d'une brève intervention en ambulatoire. Après cela, l'aspect du sternum est nettement amélioré même si la forme thoracique reste légèrement anormale. On ne peut pas y remédier complètement sans prendre des risques disproportionnés. Dans quelques cas, la malformation peut réapparaître si elle a été corrigée chez un jeune patient.



Thorax en carène (pectus carinatum)

Pour un thorax en carène (pectus carinatum), un corset orthopédique peut parfois repousser efficacement le sternum vers l'intérieur pour contrebalancer son profil de croissance vers l'extérieur, mais cette technique est rarement utilisée. La chirurgie est une autre option.

La rotation des côtes, une autre forme de protubérance thoracique, est un effet secondaire de la scoliose. En général, les côtes situées sur le côté de la déviation font saillie plus loin dans le dos. En cas de chirurgie spinale, les côtes sont souvent redressées. Une opération des côtes elles-mêmes est rare.

Problèmes de pied

Aucun traitement médical des problèmes de pied dus au syndrome de Marfan et à certaines maladies apparentées n'est généralement nécessaire. Un soutien de voûte plantaire ne permet pas à un pied plat de développer une cambrure, mais il peut améliorer la démarche ou réduire l'inconfort. Des coussinets spéciaux, des semelles orthopédiques ou des orthèses peuvent être utiles. Il est recommandé de porter des chaussures plates ou munies de petits talons. La solution consiste à essayer différents types de chaussures pour trouver le plus confortable.

Les personnes atteintes du syndrome de Marfan peuvent également avoir des orteils recroquevillés (orteils en marteau ou en griffes). Le port de chaussures étroites peut aggraver les choses.

Les douleurs aux pieds peuvent être provoquées par l'arthrite, la pression exercée sur une partie du pied, des muscles fatigués ou des callosités. Il est possible de traiter les douleurs par la chaleur, un analgésique en vente libre (Tylenol® ou Doliprane®) et un changement d'activités.

La chirurgie du pied est rarement nécessaire et ne doit être entreprise qu'après des essais méticuleux de traitements non chirurgicaux. Parfois, les patients ont besoin d'une intervention chirurgicale lorsqu'il leur est difficile de se tenir sur la pointe des pieds ou de « pousser sur le sol » en marchant, en raison de pieds plats très souples. Il existe de nombreux types d'interventions chirurgicales. Ils comprennent :

- Ostéotomie : modifie (réaligne) la position des os pour améliorer la répartition de la pression dans le pied.
- Fusion (soudure) des articulations (arthrodèse) : en cas de douleurs dues à l'arthrite. Ce type d'intervention réunit les extrémités des os afin d'empêcher certaines articulations de bouger.
- Correction des orteils en marteau : vise à tenir les orteils droits en déplaçant les tendons des orteils ou en réalisant une fusion des articulations des orteils. Il faut réaliser cette intervention uniquement pour atténuer la douleur et non pour changer l'aspect des orteils.

Il n'y a pas de résultats probants pour les prothèses de chevilles ou d'articulations des orteils.

Il n'est pas toujours possible d'éviter les problèmes de pied dus au syndrome de Marfan, mais on peut essayer différentes solutions pour les prévenir :

- Maintenir un poids adéquat pour sa taille.
- Porter des chaussures bien adaptées, ajouter une semelle et se limiter aux petits talons. Il est possible de trouver ce type de chaussures en ligne, mais les styles peuvent être limités. Ces chaussures peuvent être très coûteuses, mais selon de nombreuses personnes, cela en vaut la peine pour éviter les douleurs aux pieds.

Spondylolisthésis

Une personne atteinte de cette affection a généralement mal au bas du dos ou présente une raideur à cet endroit et est incapable de se pencher vers l'avant pour toucher ses orteils. En général, il n'y a pas de lésion neurologique, à l'exception des cas très graves. Les options thérapeutiques comprennent des exercices ou un corset pour les cas bénins. Si le glissement est supérieur à 30 %, une intervention chirurgicale peut également



être envisagée.

Ectasie durale

Les symptômes d'ectasie durale comprennent des douleurs au bas du dos, une sensation de brûlure, un engourdissement ou une faiblesse dans les jambes. Les symptômes ressemblent à n'importe quel mal de dos. Toutefois, l'hypertrophie de la dure-mère s'observe par imagerie par résonance magnétique (IRM) ou tomodynamométrie (TDM).

Un traitement médicamenteux ou une dérivation du liquide cébrospinal (introduction d'un tube dans le sac dural pour contribuer à soulager la pression due à l'accumulation de liquide autour de la base de la colonne vertébrale) peut être utile dans les cas graves d'ectasie durale. Il vaut mieux ne pas intervenir dans les cas bénins.

Prise en charge chiropratique des douleurs du dos

Il n'existe pas de directives spécifiques concernant les soins chiropratiques aux personnes atteintes du syndrome de Marfan et la Fondation Marfan n'a pas de position officielle concernant ces soins. Chaque cas doit être évalué individuellement. Il est recommandé de parler de ce problème avec des médecins qui connaissent bien vos antécédents médicaux complets et votre état physique. Sachez cependant que la manipulation chiropratique n'est pas recommandée chez les personnes présentant certaines affections du tissu conjonctif, le syndrome de Loeys-Dietz notamment, en cas d'instabilité cervicale.

Certaines personnes atteintes du syndrome de Marfan rapportent des expériences favorables avec les soins chiropratiques. Cependant, ceux-ci doivent être envisagés avec précaution. Si vous envisagez des soins chiropratiques, nous vous recommandons de trouver un professionnel ayant des connaissances sur le syndrome de Marfan. Après avoir passé en revue les antécédents du patient et réalisé un examen clinique pour exclure les contre-indications à la manipulation, des manipulations prudentes peuvent être essayées progressivement en vérifiant qu'elles sont bien tolérées.

Les soins chiropratiques restent préoccupants essentiellement en ce qui concerne la manipulation cervicale, qui peut entraîner un risque de dissections vertébrale et carotidienne. Les personnes atteintes du syndrome de Marfan qui consultent un chiropracteur doivent l'avertir de ce problème possible.

Figure 1 Les caractéristiques squelettiques fréquentes chez les personnes atteintes du syndrome de Marfan

Remarque : les personnes atteintes du syndrome de Marfan ne présentent pas toutes le type corporel « classique ».

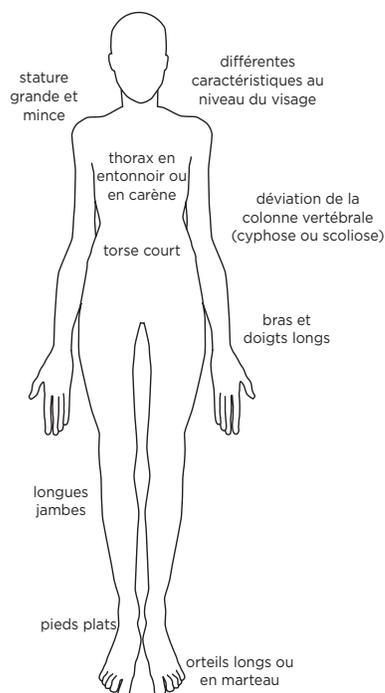


Figure 2 Radiographie d'une personne atteinte du syndrome de Marfan



Envoyez vos questions à notre Centre d'aide et de ressources : [Marfan.org/Ask](https://marfan.org/Ask)

Avez-vous des questions ? Souhaiteriez-vous plus d'informations ?

- Contactez notre Centre d'aide et de ressources pour être mis en relation avec un infirmier qui pourra répondre à vos questions et vous envoyer des informations complémentaires. Posez vos questions sur [Marfan.org/Ask](https://marfan.org/ask).
- Consultez notre site Internet à l'adresse [Marfan.org](https://marfan.org). Vous pouvez imprimer les informations qui vous intéressent et poser vos questions en ligne.

Avril 2021



Envoyez vos questions à notre Centre d'aide et de ressources : [Marfan.org/Ask](https://marfan.org/ask)