Orthopédie pédiatrique – quotidien pédiatrique aux possibles effets (indésirables) à vie

Carol C. Hasler, Bâle
Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds



Les patients avec des problèmes de l'appareil locomoteur sont nombreux en pédiatrie: dans la plupart des cas il s'agit d'enfants qui marchent en dedans, avec des jambes en X ou en O, aux pieds en valgus ou «plats», avec une différence de la longueur des jambes, ou alors d'adolescents avec des douleurs fonctionnelles du genou ou dorsales dans le cadre de la poussée de croissance pubertaire. En général une brève anamnèse et un status orthopédique ciblés permettent d'apprécier ces situations qui sont, dans la plupart des cas, normales pour l'âge et ont une évolution spontanément favorable, et de rassurer les parents. Les situations banales sont pourtant parfois difficiles à différencier, dans la pratique quotidienne mouvementée, des pathologies rares mais sévères et souvent complexes. Il n'est donc pas étonnant de découvrir régulièrement, dans les centres d'orthopédie pédiatrique, ces «loups déguisés en agneau» comme p.ex. une épiphysiolyse fémorale supérieure non décelée ou des scolioses avancées nécessitant une opération. Cela devrait pourtant être évitable avec des moyens simples! Nous avons donc choisi pour nos contributions six pathologies de l'appareil locomoteur en croissance, soit fréquentes dans le quotidien du praticien (différence de la longueur des membres inférieurs, pied valgus ou plat, genou douloureux), ou plutôt rares mais aux conséquences sérieuses à l'âge adulte (scoliose, maladie de Perthes, épiphysiolyse fémorale proximale, pied équin); l'épiphysiolyse de la hanche p.ex. représente une préarthrose significative. Dans les cas sévères, lorsqu'elle se complique par une nécrose de la tête du fémur, une arthrose invalidante s'installe déjà au jeune âge adulte. L'implantation à l'âge de 30 à 40 ans d'une prothèse totale de la hanche, dont la durée de vie est d'environ 15 ans – pour la première prothèse mais moindre pour les suivantes! – représente, en tenant compte d'une espérance de vie de plus de 80 ans en Suisse, 2-3 changements avec toutes les implications médicales, psychosociales et économiques que cela implique.

Les pédiatres praticiens peuvent donc agir de manière préventive et à long terme – la lecture de ce numéro vaut donc la peine! Mais voici le plus important au préalable en guise d'amuse-bouche:

- Les baskets trop souples, superflex, -free et -modiques favorisent, par un affaissement en pronation de l'arrière-pied, les douleurs fonctionnelles du genou.
- Le dépistage d'une scoliose dure 15 secondes: après compensation d'une éventuelle différence de la longueur des membres inférieurs (planchettes), faire pencher en avant (Adams forward bending test) et mesurer avec le scoliomètre: les patients avec une gibbosité ou un bourrelet lombaire dépassant les 5° devraient être adressés au chirurgien orthopédiste.
- Il en va de même pour une différence de la longueur des membres inférieurs dépassant 1.5 cm; elle se laisse corriger, de manière élégante et peu invasive, par une épiphysiodèse (fusion ciblée de la zone de croissance par forage) effectuée au moment optimal, pendant la croissance et par une taille au-dessus du percentile 50. Une fois la croissance terminée, ne sont souvent plus possibles que de lourdes interventions d'allongement.
- En présence de douleurs de la cuisse ou inguinales (même si uniquement anamnestiques: questions ciblées!), de marche en rotation externe ou de limitation de la rotation interne de la hanche, surtout chez les patients avec surpoids ou sportifs (typiquement sports «stop&go» comme le foot, le tennis, le basket): obligatoirement radiographie à la recherche d'une épiphysiolyse de la tête du fémur!
- Les pieds affaissés avec un valgus de l'arrière-pied marqué, douloureux et un blocage de l'articulation tarsale sont souvent dus à une coalition, sous forme de pont osseux talo-calcanéen ou calcanéo-naviculaire.
- En présence d'un pied équin on vérifie l'extension dorsale de l'articulation supérieure de la cheville, le genou en flexion (m. soleus) et extension (m. gastrocnemius), afin de différencier entre conditions fonctionnelles et structurelles.

Et pour terminer: tout lecteur et lectrice qui souhaiterait un «rappel» pratique en orthopédie pédiatrique est chaleureusement invité à s'annoncer auprès des auteurs pour un stage dans la policlinique spécialisée respective!

Correspondance :
Prof. Carol C. Hasler
Chefarzt Orthopädie
Universitätskinderspital beider Basel (UKBB)
Postfach, Spitalstrasse 33
CH- 4056 Basel
carolclaudius.hasler@ukbb.ch