

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://mediaserver.unige.ch>

Une fois sur la page d'accueil, taper dans le champ de recherche « Visio » et choisissez la bonne année académique. Puis entrer les identifiants suivants :

user : visioR, password : 2020

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 1er octobre 2024

Anomalies orthopédiques des membres inférieurs : questions des parents lors des contrôles entre 1-5 ans

Orateur : Dr Giacomo De Marco, Unité d'orthopédie pédiatrique, HUG

Le Docteur De Marco va parler des anomalies des membres inférieurs, touchant la hanche, le fémur, le genou, le tibia, le pied ou la cheville.

Hanche :

Le problème principal est la luxation, liée à la dysplasie. Elle se manifeste par une boiterie, une asymétrie des plis, et un raccourcissement du membre inférieur. Il existe un spectre de manifestations différentes de la maladie.

Avant six mois, l'anomalie est réductible et peut être traitée par harnais.

Entre 6 et 18 mois, le traitement se fait par culotte plâtrée.

Entre 18 et 24 mois, une réduction ouverte est nécessaire.

L'échographie est utile de quatre à six semaines, mais peut être faite avant en cas d'anomalie. La radiographie permet plus tard le calcul de l'index acétabulaire.

La douleur au genou peut être un signe d'un problème de hanche, chez l'adolescent il faut penser à l'épiphysiolyse. Elle est dite aiguë si la symptomatologie dure moins de trois semaines, chronique si plus de trois semaines. Le diagnostic se fait par radiographie du bassin et incidence de Dunn, et par I.R.M.

Le traitement dépend de l'importance du glissement.

La présentation est insidieuse, toute douleur du genou chez l'adolescent doit faire penser à l'épiphysiolyse.

Maladie de Perthes : Il s'agit de la nécrose de la tête fémorale, dont l'origine est mal connue. Elle aboutit à une déformation de la tête fémorale.

Sur les radiographies, un des premiers signes est un croissant sur la tête fémorale. L'I.R.M. est utile.

La clinique montre une limitation de l'abduction. Les séquelles sont le raccourcissement du membre inférieur, une boiterie de type Trendelenburg.

Le traitement dépend de l'âge, par exemple ostéotomie si l'âge est avancé. Il s'agit également d'une apparition insidieuse.

Fémurs : il peut y avoir des inégalités de longueur, liées à une hypoplasie osseuse. Il s'agit d'un véritable défi de traitement. Le diagnostic est assez évident à la naissance et un suivi spécialisé est nécessaire.

Genoux :

Genu varum : **maladie de Blount**. A la naissance, l'enfant est normal, il n'y a pas de varus. Puis apparaît un varus extrême. Sur les radiographies du genou, on note des becs métaphysaires. L'I.R.M. est utile, montrant une fusion du cartilage de croissance.

Le traitement se fait par des attelles de redressement et par la chirurgie.

La maladie de Blount est difficile à traiter, le traitement conservateur est peu efficace.

Genu varum : si l'angle est important, il y a un risque d'arthrose ultérieure. Il n'existe actuellement pas de consensus chirurgical clair. Si l'angle dépasse 5°, il faut considérer un traitement, par exemple par blocage du cartilage de croissance.

Genu valgum : cette déformation est beaucoup mieux tolérée. Un angle de 5 à 10° est toléré. Il y a également une correction possible par blocage du cartilage de croissance controlatérale. Lorsque la physe est fermée, le traitement est plus compliqué.

Donc le traitement dépend de l'âge, de l'importance de l'angle, et il n'y a pas de consensus actuellement.

Lors de douleur du genou, il faut également penser à l'inflammation du cartilage et en particulier de la **chondrite disséquante**. Le traitement peut être chirurgical.

La **maladie d'Osgood Schlatter** est une ostéochondrose. Le diagnostic clinique est assez typique, avec un pic d'âge.

La maladie de **Sinding Larsen** est une atteinte de la pointe de la rotule. Le traitement se fait par repos.

Marche avec les **pieds en dedans** : ce type de démarche peut être lié à une ante torsion fémorale. Il y a un excès de rotation interne, en particulier chez les enfants qui adoptent la position assise en W.

La torsion tibiale est assez rare et nécessite souvent un traitement chirurgical souvent.

La marche en dedans peut également être liée à des **pes adductus**.

Dans cette problématique, l'examen clinique est très important, il faut également évaluer la gêne.

La **luxation de la rotule** est une indication opératoire. Il faut recentrer la rotule, reconstituer le ligament.

Une **inégalité de longueur** des membres inférieurs touche deux tiers de la population, souvent sans aucune complication. Si l'asymétrie est >2 cm, il faut réfléchir à un traitement. L'examen clinique est important, avec une surélévation du côté plus court. Il est également possible de mesurer la longueur de membre inférieur à partir de l'épine iliaque antérieure jusqu'à la malléole.

Avant la fin de la puberté, des différences de deux à 5 cm peuvent être traitées par blocage du cartilage de croissance. Un allongement peut également être considéré, surtout après fermeture des cartilages de croissance.

L'**hémimélie fibulaire** est assez rare, nécessite un traitement délicat, et est souvent diagnostiquée à la naissance. Elle entraîne des problèmes de croissance.

La **pseudarthrose de la jambe** peut suivre une fracture ou des maladies fibromateuses. Le traitement est également chirurgical.

Concernant le pied, une des malformations les plus fréquentes est **le pied-bot**. Elle entraîne un handicap locomoteur important. Les causes ne sont pas connues, parfois syndromiques.

Le traitement chirurgical est souvent décevant. Actuellement, la technique de Ponseti consistant en des plâtres successifs, parfois associée à une ténotomie, est la technique la plus efficace de traitement.

Compte-rendu du Dr Vincent Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch