



Free newsletter

Receive the latest issue's table of contents

[Accueil](#) > [Revues](#) > [Médecine](#) > [Médecine thérapeutique / Pédiatrie](#) > **Texte intégral de l'article**
[Me connecter](#)
 >> Recherche avancée Panier English version
LIBRAIRIE EN LIGNE

Nouveautés
Catalogue/Recherche
Collections

REVUES

Toutes les revues

Médecine

Médecine thérapeutique / Pédiatrie

- Numéro en cours
- Archives
- S'abonner
- Commander un numéro
- Plus d'infos

Biologie et recherche

Santé publique

Agronomie et Biotech.

ABONNES

Mon compte

Mot de passe oublié ?

Activer mon compte

SERVICES

S'abonner

Licences IP

- Mode d'emploi
- Demande de devis
- Contrat de licence

Commander un numéro

Articles à la carte

Newsletters

ESPACE AUTEURS

Publier chez JLE

Revues

Ouvrages

ESPACE PROFESSIONNEL

Espace annonceurs

Droits étrangers

Diffuseurs

Aide



Plan du site

**MÉDECINE THÉRAPEUTIQUE / PÉDIATRIE**
Version imprimable
Anomalies du pied de l'enfant

Médecine thérapeutique / Pédiatrie. Volume 7, Numéro 1, 16-24, janvier-février 2004, Revue : [Les troubles de la statique](#)

Auteur(s) : Stéphanie Pannier, Christophe Glorion, Jean-Claude Pouliquen, Service d'orthopédie et traumatologie pédiatrique, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, 75015 Paris.

Mots-clés : pied creux, pied convexe, pied bot, pied plat, pied talus

Illustrations

ARTICLE

Auteur(s) : Stéphanie Pannier, Christophe Glorion, Jean-Claude Pouliquen

Service d'orthopédie et traumatologie pédiatrique, hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, 75015 Paris

Malpositions des pieds, des orteils sont parmi les motifs les plus fréquents des consultations en orthopédie pédiatrique : elles ne sont le plus souvent que l'occasion d'un bilan orthopédique (particulièrement d'un examen systématique des hanches) et ne méritent, dans l'immense majorité des cas, que quelques paroles d'apaisement. Néanmoins, parmi toutes les malpositions du pied, il en est de graves qui nécessitent un traitement d'urgence, d'autres sont symptomatiques d'une affection causale, qu'un examen trop rapide ou mal conduit ne mettra pas en évidence.

Lors de l'examen clinique, trois faits sont d'emblée à souligner :

– il existe une différence fondamentale entre les déformations réductibles, pour lesquelles un traitement simple évitera l'aggravation et apportera la guérison, et les déformations irréductibles dont le traitement sera beaucoup plus difficile et n'aura de chances de succès que s'il est commencé très tôt ;

– aucune déformation ne doit être classée comme « essentielle » avant qu'un examen complet ait été fait. La pathologie du pied est parfois le seul symptôme révélateur d'une affection générale en particulier neurologique ou constitutionnelle. Trop souvent ces causes ne seront découvertes que tardivement devant l'échec du traitement ou la récurrence de la déformation ;

– toute anomalie des pieds chez le nouveau né doit faire pratiquer un examen des hanches à la recherche d'une luxation.

A la naissance**Pied talus**

C'est l'une des malpositions les plus fréquentes. Elle répond à une attitude vicieuse de l'articulation tibio-tarsienne en flexion dorsale forcée ou talus. Elle est facilement reconnue dès la naissance car le pied se trouve dans une position de talus forcé de telle sorte que sa face dorsale touche la face antérieure du tibia (*figure 1*). Le talon est saillant mais il reste en position neutre sans valgus exagéré. Cette position de talus est réductible et, fait important, il n'y a pas de convexité plantaire, ni de rétractions tendineuses dorsales s'opposant à la flexion plantaire qui est toujours, au moins en grande partie, possible (*figure 2*).



La radiographie des pieds n'est pas nécessaire à cet âge car elle est bien peu interprétable chez un nouveau-né. Elle serait justifiée si le pied apparaissait raide, le talon en valgus ou si l'aspect de la plante du pied évoquait un pied convexe congénital. En revanche, il est toujours nécessaire de rechercher une anomalie au niveau de la hanche.

Le pronostic du pied talus simple est bon : on conseille de maintenir le pied en équin au moyen d'une pelote dorsale maintenue par un bandage élastique ou d'une attelle thermoformable, des manipulations étant effectuées 4 fois par jour par la mère elle-même. Ce traitement suffira toujours à obtenir la guérison en 4 semaines.

Malpositions en éversion

Les malpositions en éversion regroupent les pieds dont l'attitude initiale est en talus, valgus et éventuellement abduction. Ce sont, d'une part, les pieds talus valgus et, d'autre part, les pieds convexes congénitaux.

Pieds talus valgus

À la naissance le pied talus valgus se présente comme un pied talus mais dont le talon est dévié en valgus, dont l'avant-pied part en abduction (ou pronation). Cette attitude est parfois raide en raison des rétractions des muscles antéro-externes et notamment du fléchisseur commun des orteils qui fait saillie sous la peau. La radiographie ne se justifie que devant un pied très déformé ou dont la réduction active ou passive est impossible (face et profil, pied posé à plat ; profil en flexion dorsale et plantaire).

Le traitement et le pronostic varient selon que le pied talus valgus est souple ou raide. Un pied talus valgus souple aura un bon pronostic et son traitement sera simplifié au maximum : attelles plâtrées ou plastiques en position de réduction, c'est-à-dire en varus équin, associées à des séances de rééducation (postures en varus équin, stimulation du triceps et du jambier postérieur) jusqu'à la guérison, qui s'obtient lorsque le tonus musculaire est devenu suffisant. Il est prudent de faire placer, dès que la taille du pied le permet (6 mois), une paire de chaussures rigides du commerce.

Un pied talus valgus raide à la naissance a un pronostic plus sévère et risque, en l'absence de traitement adapté, de conduire à un pied plat congénital sévère au moment de la marche. Des plâtres successifs en varus équin permettent de corriger progressivement la déformation puis les pieds sont placés dans des attelles de Denys Browne en position de réduction associés à une rééducation active et passive. Dès l'âge de 6 mois, on pourra mettre en place des attelles sabots pendant la nuit et la sieste et des chaussures pendant la journée, ceci jusqu'à l'âge de 18 mois environ. Par la suite le simple maintien par des chaussures thérapeutiques, avec une semelle cuir et liège maintenant la voûte plantaire, est suffisant. Lorsque le traitement est ainsi commencé tôt et poursuivi assez longtemps, la guérison est toujours obtenue, même si parfois le pied peut rester un peu plat. Il n'en est pas de même pour les pieds talus valgus raides négligés : ils mènent à l'âge de la marche au pied plat congénital sévère qui peut requérir une intervention chirurgicale.

Pied convexe congénital

C'est une entité très particulière parmi les pieds éversés par ses caractères anatomiques, son irréductibilité et son pronostic beaucoup plus grave. Au point de vue anatomique, le pied convexe congénital est caractérisé par une luxation du scaphoïde sur le col de l'astragale, c'est-à-dire par une luxation médio-tarsienne.

À l'examen clinique, ce pied se présente sous plusieurs aspects : pied d'apparence convexe ([figure 3](#)) qui évoque tout de suite le diagnostic (équinisme de l'arrière-pied, dorsiflexion de l'avant-pied, aspect convexe de la plante et saillie plantaire et interne de la tête de l'astragale). Le pied peut également se présenter comme un pied talus valgus raide ou un simple pied talus. Il faut donc toujours se méfier de tels aspects, surtout si le pied apparaît raide et fixé dans son attitude vicieuse.

L'examen radiographique (pied de face et de profil en charge, pied de profil en flexion dorsale et en flexion plantaire) montre les caractéristiques du pied convexe congénital : l'astragale est vertical et le reste en position de flexion dorsale, signe pathognomonique. La mise en évidence de la luxation dorsale du scaphoïde est plus difficile, car cet os n'est pas ossifié à cet âge et le troisième cunéiforme qui l'avoisine ne l'est que vers l'âge de 3 mois, elle peut se traduire néanmoins par l'axe du premier métatarsien qui passe anormalement au-dessus de la tête de l'astragale.

Dans la moitié des cas, le pied convexe congénital s'intègre dans un contexte polymalformatif ou neurologique qu'il convient de rechercher.

Le pied convexe non traité ne guérit pas et laisse à un âge avancé un pied inesthétique, peu fonctionnel et difficilement chaussable. Dès la naissance, le traitement doit débuter par des plâtres successifs faits en varus équin et renouvelés toutes les semaines. Le traitement chirurgical est proposé après échec du traitement conservateur ainsi que dans les formes

négligées. Une bonne technique, une intervention précoce (6-8 mois), un traitement bien suivi avec un maintien orthopédique par attelles et chaussures pendant 2 à 3 ans permettent de faire espérer de bons résultats.

Le moindre doute devant une déformation en talus ou en talus valgus doit donc éveiller l'attention du médecin et faire évoquer le diagnostic de pied convexe congénital.

Malpositions en inversion

On envisage sous ce terme toutes les déformations en varus équin dans lesquels le bloc calcanéopédieux est déplacé sous l'astragale et fixé dans une position d'inversion qui associe le varus, l'équin et l'adduction. Deux malpositions en inversion peuvent être séparées, le « *pes adductus* », que nous préférons appeler l'attitude en varus équin ou « *pes supinatus* » et le pied bot varus équin congénital.

Attitude du pied en varus équin

C'est une malposition très fréquente, caractérisée par une attitude du pied telle que la plante regarde en dedans au lieu de regarder en bas. A l'examen, on retrouve en effet une attitude globale du pied en varus équin, le calcanéum étant en varus, l'avant-pied étant tourné en adduction (ou supination). Cette attitude en varus équin est le plus souvent réductible : l'examineur peut faire disparaître la déformation en plaçant le pied en éversion mais l'attitude se reproduit dès qu'on le relâche, dès que l'on excite la plante, ou que l'enfant pleure. Or peut, au cours de l'examen, tester la réductibilité active au moyen d'une brosse à dents en excitant le bord externe du pied pour obtenir une contraction des muscles péroniers qui tendent à réduire la déformation. Cette attitude est souvent confondue avec le métatarsus varus dans lequel l'arrière-pied est normal et n'est pas dévié en varus. Une telle déformation du pied impose, comme toujours, l'examen du côté opposé, la recherche d'un ressaut au niveau de la hanche, l'examen de la région lombo sacrée ; la radiographie des pieds n'est pas nécessaire contrairement à celle du bassin qui doit toujours être réalisée. Le pronostic de cette déformation est excellent en raison du caractère réductible, aussi le traitement sera-t-il le plus simple possible : maintien du pied en éversion par bandage ou attelles, manipulations actives et passives dont la mère elle-même peut être chargée. Dès que l'âge le permettra (vers 6 mois) on pourra prescrire une paire de chaussures rigides à bout déjeté en dehors qui sera toujours le mode de traitement le plus simple.

Pied bot varus équin congénital

Cette malposition du pied se différencie de la précédente par sa fixité, sa raideur et son pronostic plus grave. C'est une malposition du bloc calcanéopédieux qui est fixé sous l'astragale dans une position d'inversion, c'est-à-dire en varus, en équin et en adduction ([figure 4](#)). Ainsi, la partie antérieure du calcanéum, au lieu de se trouver en dehors de la tête de l'astragale, se situe au-dessous, voire en dedans d'elle, l'axe du calcanéum et celui de l'astragale étant parallèles. Cette position vicieuse de l'arrière-pied se poursuit et s'amplifie dans l'avant-pied, qui est tourné vers l'intérieur, la plante du pied regardant en dedans et en haut. Cette position est fixée par des rétractions capsulo-ligamentaires et musculo-tendineuses ces dernières intéressant surtout les muscles internes (jambier postérieur, fléchisseurs des orteils) et postérieur (triceps).

Examen d'un pied bot

Devant cette déformation caricaturale du pied, le diagnostic est évident dès la naissance : la plante est tournée en dedans, le talon est dévié en varus, le bord interne est concave, le bord externe est convexe, le mollet paraît atrophié, la malléole externe est saillante et l'ensemble de cette déformation – fait le plus important – est raide. La radiographie du pied à la naissance n'a pas d'intérêt, elle en aura beaucoup ultérieurement pour juger de l'efficacité du traitement. Les hanches seront examinées systématiquement. Dès ce premier examen, il faut absolument rechercher :

- sur l'autre pied une déformation qui réclamerait un traitement urgent ;
- une anomalie des hanches ;
- une anomalie lombo-sacrée sous forme d'un stigmate cutané ou pileux évoquant un dysraphisme ;
- d'autres raideurs articulaires, soit des membres inférieurs soit des membres supérieurs qui pourraient être rattachées à une arthrogrypose ou à une autre pathologie générale.

Il est de bonne pratique de prévoir, à titre systématique, une radiographie des hanches et du rachis à 4 mois.

Traitement du pied bot

Le traitement du pied bot doit être commencé dès les premiers jours de vie : en effet, ce n'est qu'à ce moment-là que l'on pourra réduire les déformations, alors qu'un traitement plus tardif

risque de supprimer toute chance de correction et, ceci, définitivement. Le choix du traitement initial dépend autant des habitudes de chacun que de l'importance de la raideur et de la déformation : plâtres correcteurs refaits chaque semaine, attelles-plaquettes sur lesquelles les pieds sont amarrés au moyen de bandes adhésives.

Le pronostic du pied bot est toujours incertain et n'est en aucun cas lié à l'importance de la déformation et de la raideur initiales ; certains éléments peuvent apparaître néanmoins péjoratifs d'emblée : le caractère bilatéral du pied bot, l'association avec une autre malformation ou avec des signes neurologiques centraux. Ailleurs, c'est un traitement trop tardif, mal adapté et mal compris, écourté trop tôt par des parents non prévenus des risques de récurrences qui est la cause de l'échec ou la source d'imperfections résiduelles.

Métatarsus varus

Dans un métatarsus varus, l'articulation sous astragalienne est normale. Il n'y a pas de varus équin de l'arrière-pied, seul l'avant-pied est en adduction à partir de l'articulation tarso-métatarsienne.

L'examen clinique reconnaît très facilement cette déformation qui est souvent bilatérale. Le talon est normal sans varus, le calcanéum avec son petit valgus habituel, se redresse bien en flexion dorsale sans aucune rétraction du tendon d'Achille. En revanche, l'avant-pied n'est pas normal, son bord externe est convexe avec une saillie du cuboïde, son bord interne est concave et s'accompagne d'un petit creux plantaire (*figure 5*).

Lorsqu'on voit l'enfant à la naissance ou dans les jours suivants, on peut reconstituer la position fœtale du nouveau-né : chaque bord interne du pied va s'appliquer sur la face antérieure du squelette jambier du côté opposé, cette position étant probablement à l'origine de la déformation. La radiographie des pieds n'est pas nécessaire, car elle ne ferait que confirmer que l'arrière-pied est normal et montrer que la déviation ne se situe qu'à partir des métatarsiens.

Le pronostic du métatarsus varus est très bon et il n'est pas prouvé qu'un traitement soit vraiment nécessaire. Pourtant la plupart des orthopédistes pédiatres traitent les métatarsus varus car certains peuvent persister au-delà de 3 ans et on regrette alors l'absence de traitement initial. D'autre part, la famille inquiète réclame un traitement qui est simple, peu coûteux et sans inconvénient.

Lorsque la déformation est importante, il peut être fait un ou deux plâtres de correction avant de placer des bottillons à bout déjeté et ouvert. Si la déformation est modeste, on peut se contenter de placer les pieds directement dans ce type de bottillons et de conseiller des manipulations effectuées par la mère, à qui l'on apprend à pousser l'avant-pied vers l'extérieur tandis que l'autre paume maintient l'arrière-pied jusqu'au cuboïde en position neutre. Vers le cinquième ou sixième mois, on conseille le port permanent de chaussures fermées rigides à bout déjeté qui seront renouvelées jusqu'à l'âge de 2 à 3 ans. Il faut insister auprès des parents sur le fait que le métatarsus varus ne guérira jamais avant l'âge de 2 à 3 ans, âge auquel l'enfant cessera, lorsqu'il marchera nu-pieds, de placer tous ses orteils en dedans. La persistance de métatarsus varus après ces délais est exceptionnelle.

Anomalies des orteils

Il s'agit d'anomalies de position, de forme ou de nombre.

Les anomalies de forme sont très rares. L'hallux adductus correspond à une malposition du gros orteil qui est déjeté en dedans, faisant une forte angulation avec le premier métatarsien. Cette anomalie, lorsqu'elle est importante, mérite une intervention chirurgicale qui peut être pratiquée vers l'âge de 8 mois.

Les orteils « chevauchés » représentent une anomalie beaucoup plus fréquente où le deuxième, troisième ou quatrième orteil est situé au-dessus ou au-dessous d'un orteil voisin. L'alignement de l'orteil au moyen de bandes adhésives est le traitement habituel, sans que son efficacité soit prouvée, mais il faut surtout s'efforcer de rassurer les parents en les convainquant que cette anomalie n'existe jamais après l'âge de la marche.

Les orteils en griffe sont parfois remarqués par la mère qui s'inquiète de cette attitude. Elle est pourtant fréquente et quasi physiologique chez le nourrisson.

Les syndactylies (ou orteils soudés) sont assez fréquentes. Elles ne sont pas gênantes et ne requièrent aucune intervention chirurgicale quand elles ne s'accompagnent pas de déformations associées qui gêneraient le port de chaussures.

Les anomalies de nombre des orteils sont un motif de consultation assez fréquent.

L'absence congénitale d'orteils doit faire rechercher une ectromélie longitudinale externe ou interne qui n'est pas toujours évidente. Une défaut d'axe, une inégalité de longueur attire l'attention. Les polydactylies entrent aussi souvent dans le cadre de syndromes aplasiques qu'on recherchera avec soin, parmi elles le sixième orteil surnuméraire est le plus fréquent (*figure 6*) : lorsqu'il ne s'agit que d'un simple bourgeon charnu à la face externe du cinquième

métatarsien, il sera enlevé précocement en serrant sa base au moyen d'un fil ; lorsque son volume est plus important et lorsqu'il comporte un squelette, une intervention est nécessaire et elle sera effectuée au mieux vers l'âge de 7 à 8 mois.

A l'âge de la marche

Pied plat valgus

Il s'agit d'un pied qui repose au sol en éversion. La voûte plantaire est affaissée et étalée, la tête de l'astragale et le scaphoïde font saillie à la partie moyenne du bord interne du pied ([figure 7](#)). Le talon est en valgus et l'empreinte plantaire retrouve un pied étalé sur son bord interne.

Le pied plat valgus essentiel est un pied réductible dont la plante se creuse bien en actif à la marche sur la pointe des pieds et en passif à l'érection du gros orteil (test de Jack) ([figure 8](#)). Les causes de tels pieds plats sont multiples (hypotonie liée à l'immaturation neuro-musculaire, laxité articulaire, compensation dans le pied de la rotation interne liée à une antéversion exagérée). L'étude radiographique n'est pas indispensable. Le pied plat valgus statique est de bon pronostic et régresse vers l'âge de 5-6 ans lorsque disparaît l'hypotonie ou l'antéversion de hanche. On peut conseiller la marche sur la pointe des pieds, la marche dans le sable, le tricycle qui stimule la motricité du triceps et du jambier postérieur associé à des chaussures rigides du commerce (bon contrefort et voûte plantaire). Lorsque le pied apparaît très plat on peut prescrire des semelles cuir et liège avec un soutien de la voûte plantaire et un coir supinateur relevant le bord interne du pied de 2 ou 3 mm. Ceci évitera l'usure anormale des chaussures, améliorera le confort mais n'aura pas de vertu thérapeutique. Une déformation très importante, ne se corrigeant pas en dehors de l'appui peut faire évoquer un véritable pied plat congénital..

Le pied plat peut être secondaire à un tendon d'Achille court responsable d'une déviation en valgus de l'arrière-pied ([figure 9](#)). Il faut toujours rechercher dans ce cas une pathologie neurologique sous-jacente.

Devant un pied plat devenu récemment douloureux, il faut suspecter une synostose des os du tarse. Il s'agit d'une fusion osseuse qui peut intéresser tous les os du tarse ou une partie (en particulier astragalo-calcaneenne interne et calcaneéo scaphoïdienne). L'examen retrouve alors un pied plat douloureux avec un valgus de l'arrière-pied, parfois une contracture des muscles péroniers saillant au niveau de la malléole externe. L'articulation sous astragalienne est douloureuse et raide. Les radiographies peuvent montrer des signes indirects de synostose avec une modification de la mortaise tibio tarsienne, une barre astragalienne. Ce sont les incidences rétro-tibiale et oblique (incidence oblique dorso-plantaire déroulée du pied) qui permettent de visualiser le mieux l'anomalie, éventuellement complétées d'un scanner ([figure 10](#)). Le traitement est fonction de l'importance des troubles. La découverte d'une synostose alors que les troubles sont mineurs ne mène pas obligatoirement à un traitement. Lorsque la déformation et les douleurs sont importantes, il faut avoir recours à un acte chirurgical qui est le plus souvent une double arthrolyse.

Pied creux

La découverte d'un pied creux chez un enfant pose le problème de sa cause, de son devenir et de son traitement. Son diagnostic se fait le plus souvent vers l'âge de 6 ans devant une déformation évidente du pied ou des pieds, une usure rapide du bord externe du talon des chaussures ou des entorses à répétition. L'examen retrouve un pied avec une augmentation de la concavité plantaire, un talon dévié en varus ([figure 11](#)). L'appui sur la tête du premier métatarsien est trop important, responsable parfois d'un durillon, les orteils amorcent une griffe.

Au début ces déformations sont mineures mais elles s'aggravent progressivement notamment en période pubertaire. Il faut alors rechercher une étiologie en commençant par l'étude des antécédents familiaux. L'examen neurologique est indispensable portant sur la force musculaire, l'étude de la sensibilité, des réflexes et la recherche de troubles de l'équilibre. Il faut alors prévoir selon les résultats de l'examen clinique des investigations complémentaires parmi lesquelles l'électromyogramme (EMG), la vitesse de conduction nerveuse et la biopsie sont les plus importants. L'installation d'un pied creux peut être la manifestation initiale d'une affection neurologique périphérique (maladie de Charcot-Marie-Tooth), centrale (en particulier une hérédo-dégénérescence spinocérébelleuse type maladie de Friedreich) ou médullaire. Le dépistage dans la fratrie et le conseil génétique sont alors indispensables.

Lorsque le pied creux a été diagnostiqué, il importe d'en apprécier l'importance, le retentissement fonctionnel et le type. L'examen clinique recherche le varus de l'arrière-pied et essaie de tester sa réductibilité par le test de la planchette de Coleman. Il apprécie l'importance des rétractions plantaires, la force et l'efficacité des différents groupes musculaires. Le bilan radiographique réalisé en charge comprend des incidences dorso-plantaire, de face de Méary et de profil permettant d'apprécier l'importance et le type de pied creux.

Le traitement dépend de l'importance de la déformation, de son retentissement fonctionnel, de l'évolutivité, de l'étiologie et de l'âge. Lorsque la déformation est débutante chez un enfant

encore jeune, on peut se contenter de séances de rééducation visant à étirer les muscles plantaires et d'une paire de semelles corrigeant le varus du calcanéum et comportant un appu rétro-capital. S'il existe une mauvaise tolérance fonctionnelle, on peut proposer une intervention chirurgicale avec libération des rétractions plantaires et ostéotomie de relèvement du premier métatarsien si l'enfant est jeune. Plus tard, en fonction des équipes et de l'importance de la déformation, on peut proposer une résection tarsienne antérieure, une ostéotomie du calcanéum ou une double arthrolyse avec tarsectomie. La griffe des orteils pourra faire l'objet d'un traitement spécifique à la demande.

Pieds qui tournent

Démarche en rotation interne

La « marche en dedans », les « pieds qui tournent » traduisent une démarche en rotation interne qui est liée le plus souvent à la persistance d'une antéversion fémorale exagérée ou à une torsion du squelette jambier.

L'antéversion fémorale se mesure sur un enfant en décubitus ventral, genou fléchi à 90°. On place la hanche en rotation interne jusqu'à ce que l'on palpe la saillie maximale du grand trochanter. L'angle que forme la jambe avec la verticale permet d'apprécier l'antéversion fémorale qui est aux alentours de 30° à l'âge de 2 ans. Lorsque cet angle augmente, le secteur de rotation interne de la hanche augmente aux dépens du secteur de rotation externe ([figure 12](#)). Il est toujours indispensable d'éliminer par l'examen clinique une anomalie neurologique ou musculaire dont l'expression au début peut être très fruste : recherche d'une hypertonie par l'étude des réflexes pour dépister une infirmité motrice cérébrale, recherche d'une faiblesse musculaire par l'étude de l'accroupissement et du relèvement pour saisir la première manifestation d'une myopathie.

Le bilan radiographique doit être réduit au minimum et l'on peut se contenter d'un bassin de face, rotule au zénith, pour éliminer une dysplasie de hanche.

Une antéversion fémorale exagérée ne réclame chez le petit enfant aucun traitement particulier ni aucune rééducation. De simples conseils suffisent : retourner l'enfant quand il dort sur le ventre, empêcher la position assise en abduction rotation interne, encourager la position dite « en tailleur », conseiller le port de chaussure tout cuir avec contrefort postérieur et soutien de la voûte plantaire. L'évolution peut se faire vers la régression ou vers la compensation basse. La régression est extrêmement fréquente et se traduit au cours des années par l'augmentation de la rotation externe de la hanche au dépens de la rotation interne tandis que l'angle d'antéversion diminue et que les troubles fonctionnels disparaissent. Cette guérison anatomique peut être espérée jusqu'à l'âge de 10-12 ans. L'évolution vers une compensation basse peut s'effectuer au niveau du squelette jambier, au niveau du pied ou plus rarement au niveau du genou. Les interventions de dérotation fémorale sont exceptionnelles et réservées à une gêne fonctionnelle importante chez le grand enfant avec absence complète de rotation externe.

La démarche en rotation interne peut être aussi liée à une torsion interne du squelette jambier ([figure 13](#)). Alors que les genoux sont bien axés et ont même tendance à la rotation externe, les pieds au contraire sont tournés en dedans. Cette anomalie est souvent associée à une petite inflexion tibiale haute en varus et parfois des pieds plats. L'examen des hanches est normal avec des rotations équilibrées. Il existe une torsion anormale du squelette jambier qui peut être mise en évidence chez un enfant placé en décubitus dorsal, genoux fléchis à 90° et rotules au zénith. Dans cette position, l'axe bi-malléolaire, au lieu d'être normalement oblique en bas et en dehors, est horizontal voire oblique en bas et en dedans. Cette disposition particulière du squelette jambier peut être considéré comme physiologique et elle trouverait son explication dans une position fœtale particulière. C'est pourquoi aucun traitement n'est nécessaire et seule une paire de chaussures montantes rigides du commerce peut être conseillée. Si l'évolution est spontanément favorable, il faut prévenir les parents de sa lenteur, la régression de la torsion ne se faisant que rarement avant l'âge de 5 ans.

Démarche en rotation externe

À l'âge des premiers pas, la démarche en rotation externe peut être tout à fait physiologique. L'examen orthopédique est alors normal avec des rotations de hanches équilibrées et une radiographie du bassin normale. Il s'agit volontiers d'enfant obèses, hypotonique et dont le système musculaire est encore très immature.

Ce n'est que chez l'enfant plus âgé et si cette attitude persiste que l'on peut considérer cette démarche en rotation externe comme tout à fait anormale. Il est alors indispensable de faire un examen complet pour en reconnaître la cause. Si la rotation externe est irréductible et surtout si elle s'accompagne d'une limitation de l'adduction des hanches, il faut penser à une rétraction des fessiers qui succède le plus souvent à une injection intramusculaire pendant la période néonatale. Lorsque les mobilités de hanches sont normales et que l'attitude n'existe qu'en position debout, il faut évoquer une insuffisance musculaire liée à une myopathie.

Chez l'adolescent, une démarche en rotation externe associée à des douleurs de hanches doit

faire éliminer une épiphysiolyse.

Pour en savoir plus

1. Métaizeau JP. Malpositions et malformations congénitales du pied de l'enfant. EMC 15-380-A10 : 1-13.
2. Pouliquen JC. La consultation en orthopédie pédiatrique. Medsi/McGraw-Hill Paris, 1989.
3. Moulies D, Tanguy A. Le pied de l'enfant. Chirurgie et Orthopédie. Monographie du groupe d'étude en Orthopédie Pédiatrique. Montpellier : Sauramps Médical.
4. Dimeglio A, Hérisson Ch, Simon L. Le pied de l'enfant et de l'adolescent. Collection de pathologie locomotrice et de médecine orthopédique n° 36. Paris : Masson.

[Qui sommes-nous ?](#) - [Contactez-nous](#) - [Conditions d'utilisation](#) - [Paiement sécurisé](#)
[Actualités](#) - [Les congrès](#)
Copyright © 2007 John Libbey Eurotext - Tous droits réservés
[[Informations légales](#) - [Powered by e-dition™](#)]