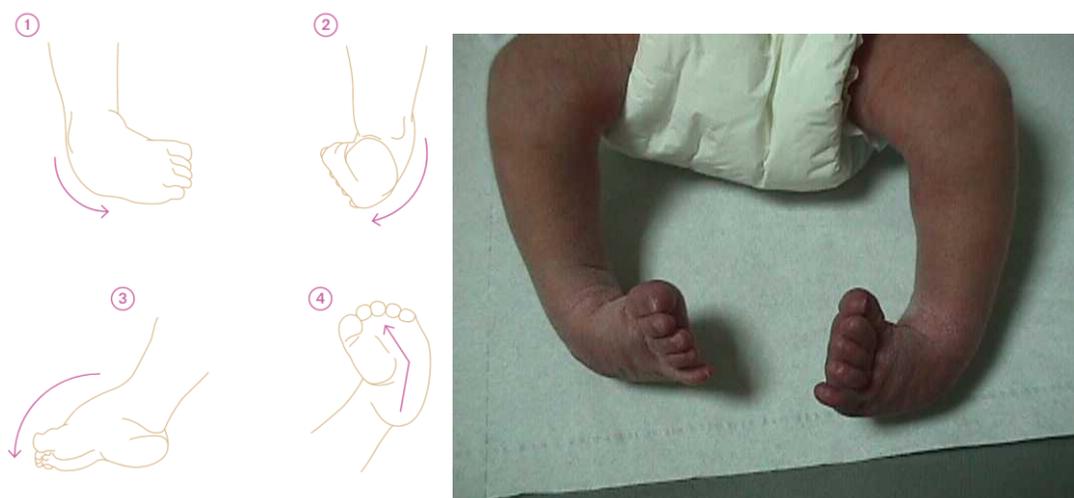


Prise en charge du Pied Bot Varus Équin

Le pied bot est une déformation du pied présente à la naissance. Le terme médical exact est pied bot varus équin congénital :

- Bot signifie déformé ;
- Varus signifie tourné en dedans ;
- Équin signifie orienté vers le bas ;
- Congénital signifie présent avant la naissance ;

Il existe quatre types de malformations visibles à la naissance : le pied est tourné vers l'intérieur (1), le talon regarde vers l'intérieur (2), le pied regarde vers le bas (3), l'avant pied est tourné en dedans (4). Cette affection touche tous les tissus (os, tendons, muscles...) du pied. Cette déformation est irréductible.



Aspect clinique du PBVE

Est-ce une déformation fréquente ?

Statistiquement, 1 à 2 bébés sur 1000 naissent avec des pieds bots.

Dans 90% des cas, la cause est inconnue. Pour les 10% restant, la présence d'un pied bot peut indiquer l'existence d'une maladie du système nerveux ou d'une anomalie génétique. Dans ce type de situation, le traitement après la naissance ne diffère généralement pas mais des examens complémentaires peuvent être réalisés.

Comment est-elle diagnostiquée ?

Le pied bot est généralement diagnostiqué durant la grossesse, au moment de l'échographie morphologique soit entre la 21 et 23 semaines d'aménorrhée.

Le diagnostic définitif, de même que l'estimation de la sévérité de la déformation, ne sont toutefois possibles qu'à la naissance.

En quoi consiste le traitement ?

La prise en charge et le suivi sont assurés par les chirurgiens spécialistes du service.

Le traitement consiste en la pose successive de plusieurs plâtres hebdomadaires qui visent à réduire progressivement les déformations. Le traitement commence idéalement entre la première et deuxième semaine de vie, mais il peut être différé si nécessaire.

1ère phase : réduction

Nous posons une série de plâtres pour rétablir progressivement l'alignement des os du pied. Le plâtre est changé chaque semaine afin de manipuler le pied entre chaque pose, jusqu'à correction complète. La durée totale durant laquelle l'enfant doit porter un plâtre peut varier de 3 à 7 semaines. Au total, entre 3 à 7 plâtres doivent donc être posés. Cela est sans douleur pour votre enfant.



2e phase : maintien

Une fois le plâtre retiré, la correction est maintenue par des attelles. Elles doivent être portées 22/24h, puis seulement la nuit et la sieste une fois que l'enfant marche jusqu'à l'âge de 4-5 ans. Le choix de l'attelle est fait par les parents après avis des chirurgiens, selon certains critères.

- Il y a possibilité de mettre en place des attelles thermoformées réalisées par nos kinésithérapeutes ou un orthoprothésiste. Qui englobent le membre inférieur de la cuisse au pied dans une certaine position.



Attelle thermoformées cruro-pédieuse

- L'autre possibilité est l'attelle type Ponsetti qui permet le maintien à l'aide de chausson reliés par une barre.



Attelle de Ponsetti

A cela s'associe la réalisation de kinésithérapie intensive (3-4 fois par semaine) pendant la première année, qui sera réajustée en fonction de l'évolution.

4e phase : surveillance

Un suivi régulier jusqu'à la fin de la croissance est réalisé, afin de s'assurer que la correction est complète et prévenir une récurrence. L'enfant est revu tous les trois mois jusqu'à l'âge de la marche, puis tous les 6 mois-1 an jusqu'à ses 5 ans environ et en fonction de l'évolution.

Le traitement présente-t-il des risques ?

Le taux de récurrence est de 10 à 40% en suivant scrupuleusement le traitement.

Le port strict de l'attelle et la réalisation de la kinésithérapie dans la phase de maintien permet d'obtenir de bons résultats à long terme et d'éviter en général les récurrences. L'implication des parents au traitement est donc essentielle pour la bonne évolution.

En cas de récurrence, des mesures supplémentaires sont proposées (pose de nouveaux plâtres, chirurgie).

En quoi consiste la chirurgie si elle est nécessaire ?

Si malgré la prise en charge orthopédique le PBVE récidive ou si la rétraction est toujours présente, pourra être réalisé souvent après l'âge de la marche, une opération appelée libération postérieure.

Cela consiste à allonger le tendon d'Achille qui est rétréci et de libérer les adhérences fibreuses qui rétracte le pied de votre enfant. La correction sera maintenue par une broche qui sera cachée sous le plâtre et sera retirée en consultation sous sédation légère.

Cette opération se fait sous AG, les deux pieds en même temps si nécessaire. L'enfant sera immobilisé par un plâtre cruro-pédieux (comme les premiers plâtres de correction) pour 6 sem. Il n'aura pas l'autorisation à l'appui pendant cette période. Le temps d'hospitalisation sera d'une nuit. Il n'y aura pas besoin de refaire les pansements de votre enfant qui seront protégés par le plâtre.

Après l'ablation du plâtre, la prise en charge en kinésithérapie et avec les attelles reprends.

Quel est le suivi après la chirurgie ?

Malgré les traitements, on ne guérit pas complètement d'un pied bot.

Même corrigé, le pied présente souvent quelques différences à long terme : une différence de taille du mollet ou du pied (généralement une pointure plus petite que le pied non affecté), un aspect globalement plus compact du pied, etc. Ces défauts sont surtout esthétiques et n'altèrent pas la fonction du pied.

Le traitement du pied bot demande beaucoup de collaboration et d'implication de la part de l'enfant et de la famille. Il exige un suivi au long cours.

Par contre, les résultats obtenus en suivant de manière rigoureuse le traitement sont très satisfaisants. L'enfant ne présentera pas de retard de marche ou de développement et pourra mener une vie normale et marcher, courir ou faire du sport comme tout enfant de son âge.