

I Messages clés – Orthopédie pédiatrique

le surpoids qui, très logiquement, induit une augmentation des contraintes au niveau du cartilage de croissance. L'EFS chronique correspond à un glissement progressif de l'épiphyse par rapport au col, qui se fait en bas et en arrière, sans qu'il se produise de rupture complète à aucun moment entre ces deux structures. Plus le diagnostic sera tardif, plus le glissement sera important et difficile à traiter, avec des séquelles plus sévères. Le tableau clinique typique est celui d'un adolescent qui se plaint de la hanche ou du genou (douleur projetée) depuis plusieurs mois. La marche se fait avec une boiterie évidente et souvent une démarche en rotation externe.

L'examen en décubitus retrouve une diminution, souvent douloureuse, de la rotation interne de hanche. Le diagnostic est confirmé par la radiographie des hanches de face et de profil.

Sur le cliché de face, l'épiphyse fémorale paraît moins haute (puisqu'elle a basculé en arrière). La portion de l'épiphyse fémorale supérieure coupée par la ligne bordant le col fémoral (ligne de Klein) est moins importante (puisque l'épiphyse a basculé en bas). Le cartilage de croissance a souvent un aspect irrégulier, feuilleté. Sur le cliché de profil, la bascule est beaucoup plus facilement identifiable.

Dans tous les cas, le diagnostic de l'EFS doit être fait le plus tôt possible. Cette bascule postérieure et interne lorsqu'elle est importante est source d'arthrose précoce. Négliger une EFS chronique expose aussi au risque de glissement aigu, équivalent à une fracture avec une proportion importante de nécrose de la tête fémorale.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Orthopédie et sport

Les activités physiques et sportives sont essentielles au bon développement de l'enfant et de l'adolescent. Nous avons choisi dans ce cadre d'évoquer 4 problèmes de pratique quotidienne : les apophysoses, la pratique sportive chez l'enfant obèse, chez l'enfant scoliotique, et la consultation d'aptitude à une activité sportive.

Les ostéochondroses correspondent toutes à des microtraumatismes répétés au niveau de l'insertion d'un tendon d'un muscle puissant. Le tendon étant lui-même extrêmement solide, c'est le cartilage de croissance auquel il est fixé, qui va être à l'origine de douleurs. La présentation clinique est typique et pratiquement toujours suffisante à établir le diagnostic. Il s'agit d'une douleur mécanique, augmentée par les activités sportives et localisée en un point précis, s'accompagnant parfois de signes inflammatoires locaux.

Les principales sont les suivantes :

– Osgood Schlatter - tubérosité tibiale antérieure - tendon rotulien ;

– Sever - grande apophyse du calcaneus - tendon d'Achille ;
– Sinding Larsen - pointe de la rotule - tendon rotulien ;
– Kohler - apophyse de l'os naviculaire - tibial postérieur.

L'indication de radiographie ne se pose qu'en cas de doute diagnostique. L'interdiction totale de sport n'est pas souhaitable et surtout, elle est illusoire chez des enfants qui veulent poursuivre leurs activités. Il faut alors expliquer qu'il n'y a pas vraiment de risque de pathologie chronique ou traumatique vraie, que la symptomatologie peut persister tant qu'il y a de la croissance à ce niveau. L'enfant doit donc adapter sa pratique sportive à sa douleur, ce qui ne dispense pas de l'aider par des prescriptions raisonnables d'antalgiques. Il faut également conseiller des échauffements avant et des étirements après les activités sportives.

Les activités physiques sont une partie importante de la prise en charge thérapeutique de l'enfant obèse. Ces enfants ont tendance à être globalement dou-

oureux de leur appareil locomoteur. Lors de traumatisme, les fractures sont beaucoup plus sévères car la masse augmente les contraintes. Il faut donc éviter que les activités physiques soient source de douleur et de traumatisme qui risquent de démotiver l'enfant et retarder le programme de rééducation. Pour cela, le choix de l'activité doit permettre une augmentation très progressive de l'effort, ce qui a pour intérêt d'éviter les traumatismes et d'être gratifiant pour l'enfant.

Évoquer le problème de l'activité sportive chez l'enfant scoliotique est l'occasion de tordre le cou à plusieurs idées reçues sans fondement médical. La natation n'est pas particulièrement recommandée. Les activités sportives asymétriques (tennis, badminton, etc...) ne sont pas contre-indiquées, pas plus que l'équitation. Toutes les activités sportives sans exception sont à encourager, surtout chez des adolescents qui souvent n'ont pas beaucoup d'activités physiques ! De notre point de vue, la kinésithérapie ne doit pas être prescrite en remplacement de l'activité sportive.

Le certificat d'aptitude nécessite une consultation complète comportant un examen cardiaque, respiratoire, etc. Pour ce qui est de l'appareil locomoteur, il faut surtout rechercher des antécédents pathologiques qui pourraient faire qu'on conseille plus un sport qu'un autre. C'est aussi très souvent l'occasion de dépister une scoliose, une inégalité de longueur, etc. Nous devons également mettre en garde contre les dangers

du surentraînement sur un organisme en croissance. L'excès de sport chez l'enfant est parfois à l'origine de véritables catastrophes orthopédiques dont les conséquences seront handicapantes à l'âge adulte. Certaines activités sportives dites à risque ne peuvent être autorisées que par un médecin du sport (alpinisme, plongée, sports aériens et aéronautiques, sports mécaniques...). Chez des enfants atteints de maladies chroniques

de l'appareil locomoteur (ostéogénèse imparfaite, paralysie cérébrale, etc.), les activités sportives ne sont pas systématiquement interdites : elles doivent être adaptées. Il existe des consultations spécialisées qui répondent à cette demande.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Les traitements “orthopédiques” inutiles

Les semelles orthopédiques sont très souvent prescrites de manière abusive, surtout pour des **pieds plats**, en fait dus à une démarche en rotation interne (voir démarches anormales). Ces pieds plats sont asymptomatiques, parfaitement réductibles soit en imprimant de la rotation externe au segment jambier, pied en appui, soit en surélevant le premier orteil, pied toujours en charge. Les pieds plats raides et/ou douloureux sont rares et dus à une pathologie sous jacente comme par exemple une synostose du tarse. La prescription de semelle ne se justifie dans ce cadre que pour soulager des pieds douloureux pour lesquels aucune cause n'est retrouvée ou en attente d'un traitement chirurgical.

Lors des **inégalités de longueurs des membres inférieurs (ILMI)**, la prescription de semelles peut se justifier s'il existe des douleurs ou une gêne fonctionnelle. Elle ne doit pas dépasser un centimètre et demi dans la chaussure. Au-delà, la compensation est faite à l'intérieur et à l'extérieur de la chaussure. Rappelons que le diagnostic d'ILMI est surtout clinique : un cliché de bassin de face où il a été noté une asymétrie des hanches de quelques millimètres ne doit pas faire prescrire une compensation : très souvent c'est la

réalisation technique de la radiographie qui est en cause. Une ILMI inférieure à deux centimètres, même chez l'adulte, ne créera pas de lésion rachidienne ou autre, encore moins chez l'enfant !

Lors de la **maladie de Sever**, les douleurs peuvent être diminuées par l'utilisation de semelles amortissantes, disponibles dans les magasins d'équipements sportifs.

La **plagiocéphalie** est une déformation du crâne très fréquente chez les nourrissons, favorisée par le décubitus dorsal qui a été conseillé en prévention de la mort subite du nouveau-né. Cette déformation n'a pas d'autre conséquence qu'esthétique, et se corrige dans 90 % des cas, spontanément lors de l'acquisition de la position assise et donc de la suppression des contraintes sur la zone plate du crâne dues au décubitus dorsal permanent. Les casques ou bandeaux proposés dans cette indication n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. Ils ont pour autres inconvénients d'être onéreux et de nécessiter, pour certains prescripteurs, une ou plusieurs tomodensitométries du crâne dont on connaît l'importance de l'irradiation. Lorsque les parents nous interrogent sur **l'intérêt de l'ostéopathie, de la posturologie ou d'autres techniques,**

ils nous demandent un avis médical, reposant sur une connaissance scientifique. Or, force est de constater que ces méthodes ne s'appuient sur aucune base scientifique réelle, et ne font pas l'objet de publications sérieuses. Nous pouvons encourager les parents à s'informer sur internet auprès de moteurs de recherches médicaux, plus que sur les forums. La plupart des “pathologies” traitées par ces méthodes sont souvent, chez l'enfant, corrigées par l'évolution naturelle des choses (par exemple : les plagiocéphalies).

Si les parents sont convaincus de l'utilité de ces techniques, nous pouvons leur conseiller aussi de s'adresser à des praticiens ayant une véritable connaissance médicale. Nous voyons encore trop souvent des pathologies aggravées par des manipulations intempestives (épiphysiolyse, torticolis), ou dont le véritable traitement est retardé (scoliose), non sans conséquence, par méconnaissance de la pathologie.

L'auteur a déclaré de ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.