

■ Messages clés – Orthopédie pédiatrique

Les démarches anormales

La première tâche lors d'une consultation pour une démarche anormale est d'éliminer une boiterie. Ceci se fait par l'interrogatoire et l'examen clinique. Rappelons que l'existence d'une boiterie doit faire rechercher une fièvre (arthrite septique?), et examiner du pied jusqu'au rachis. Les étiologies à éliminer sont traumatiques, septiques et tumorales pour l'essentiel. Les consultations pour pieds qui tournent sont une demande purement parentale; l'enfant ne se plaint de rien, tout au plus de chutes fréquentes. Lors de la marche, il faut regarder, dans un premier temps, la position des genoux: si les rotules se regardent, c'est que l'anomalie se situe au-dessus (antéversion des cols fémoraux). Si les rotules sont de face lors de la marche, c'est que l'anomalie est sous-jacente aux genoux: il s'agit d'une torsion tibiale interne.

■ Hyperantéversion des cols fémoraux

Elle se définit par une augmentation de l'angle entre l'axe bi-condylien et celui du col fémoral. Il est chez l'adulte d'environ 15 degrés et peut atteindre 40 degrés chez le jeune enfant. Il induit donc une démarche en rotation interne qui part des hanches. L'examen des

mobilités retrouve un excès de rotation interne. C'est la seule anomalie notable. Cette antéversion peut se mesurer en décubitus ventral en mobilisant le membre en rotation interne et avec une main en appui sur le grand trochanter. La mesure sera donnée par l'angle entre la verticale et la jambe, au moment où le grand trochanter est le plus saillant. Cette antéversion du col impose de marcher en rotation interne de hanche, ceci afin d'obtenir la meilleure congruence fémoro-cotyloïdienne. Au fur et à mesure de la croissance, l'antéversion va naturellement diminuer. Il n'existe pas de "petit traitement" de cette anomalie ou de mesure pour accélérer la correction; il faut juste de la patience. Dans de très rares cas, une correction chirurgicale est proposée en fin de croissance essentiellement pour des raisons esthétiques, parfois pour des douleurs de genou. La hanche ne pose jamais de problème.

■ Torsion tibiale interne

Elle est très fréquente chez les tout-petits. La marche se fait soit pieds en dedans, soit en faux *genu varum*: pour avoir les pieds axés, les fémurs se positionnent en rotation externe ce qui met le genou de trois quart. Le diagnostic est très simple à faire: avec une main,

on positionne le genou de face et l'autre mesure la torsion tibiale interne en palpant la pince bi-malléolaire. La correction se fait dans les premières années grâce à la croissance. Les indications chirurgicales sont exceptionnelles. Le seul conseil à donner est d'éviter les chaussures rigides qui rendent la marche un peu plus difficile.

■ *Genu varum* – *valgum*

Le morphotype des membres inférieurs dans le plan frontal varie avec la croissance: les bébés sont en *genu varum*, puis vers 4-5 ans les membres sont en *genu valgum* pour en fin de croissance aboutir à un morphotype variable selon les individus. Il faut savoir que le *genu varum* est beaucoup plus arthrogène que le *genu valgum*. Lorsque l'anomalie est bilatérale et symétrique, en dehors des maladies métaboliques (rachitisme surtout), elle est physiologique. Si la déformation est unilatérale ou très asymétrique, une consultation en milieu orthopédique pédiatrique s'impose.

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