

La
Lettre
du
GEOP

Groupe d'Etude en Orthopédie Pédiatrique

Numéro 3 trimestriel



Décembre

Prix de vente au n° : 50 F

1995

E D I T O

Voici venu le temps de la rigueur et avec lui celui des comptes. Le médecin est montré du doigt; il est LE responsable.

Il est vrai que le travail effectué depuis des lustres par toute sa confrérie a prolongé la vie du quidam dont la retraite coûte très cher. Il est vrai, aussi, que l'impulsion qu'il a en permanence donnée au développement des investigations et des traitements pèse d'un poids maintenant très lourd dans le coût de la santé. Il est enfin certainement vrai que le médecin est plus attaché à soigner

son patient que les comptes de l'Assurance Maladie.

Il serait toutefois injuste de le rendre responsable de tous les facteurs qui ont contribué à ce fabuleux déficit. Est-ce lui qui a appris à lire et à écrire au citoyen, a développé son sens critique, lui a ouvert dans son intérieur un petit écran qui est une fenêtre sur le monde, lui a donné le moyen de traverser son pays en une heure et demie ? Le médecin a-t-il eu un rôle particulier dans cette évolution qui a fait que chacun croit pouvoir réclamer son dû : être ou rester jeune, riche (plus ou moins) et bien portant ?

Il faudrait donner du temps au médecin. Du temps pour écouter, du temps pour examiner et du temps pour comprendre.

Et il lui faudrait du savoir, mais le savoir, c'est aussi le temps, celui qu'il faut pour lire, écouter encore et aussi noter.

Il faut beaucoup de temps pour apprendre.

Notre ami à tous, Jean-Gabriel Pous, avait pris le temps d'apprendre. Et aussi de transmettre son savoir. Il est parti trop tôt pour pouvoir nous enseigner tout ce qu'il savait. Un inestimable trésor de connaissances est à jamais perdu.

Le GEOP, son œuvre, continuera sur la voie qu'il avait tracée.

J. C. POULIQUEN

Ancien Président du GEOP



Bureau du Groupe d'Etude en Orthopédie Pédiatrique (GEOP)

Président : M. ONIMUS
1^{er} Vice-Président : A. DIMÉGÜO
2^e Vice-Président : H. BRACQ
Trésorier : D. MOULIES
Secrétaire Général : J.P. METAIZEAU
Secrétaire adjoint : Ch. GLORIION
Membres : G. BOLLINI, G.F. PENNECOT, P. LEBARBIER,
J.M. CLAVERT, J. BERARD

Éditeur : EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANÇAISE
15, rue Saint-Benoît - 75278 PARIS CEDEX 06
Directeur de la Publication : Pierre BERGAUD

ISSN : 1266-7412
N° d'ordre : 0621

Comité de rédaction de « La Lettre du GEOP »

Rédacteur en chef : J.C. POULIQUEN (Paris)
Rédacteurs en chef adjoints : Membres :
J. CATON (Lyon) C. BRONFEN (Coen) M. CHAPUIS (Rennes)
G.F. PENNECOT (Paris) J.L. CEOUN (Pointe-à-Pitre) S. GUILLARD
B. DE COURTIVRON CHARLES (Nantes)
(Tours) J. LANGLAIS (Paris)
B. DE BILLY (Besançon)

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 1996
Commissaire paritaire des Publications et Agences de presse : 78174
Imprimerie de Champagne - 52200 Langres

Jean-Gabriel POUS

Le Professeur Jean-Gabriel POUS aimait les enfants.

Quand il partait enseigner à Brasilia ou à Porto, quand il encourageait la construction d'un nouvel hôpital, quand il se consacrait à la formation d'un nouveau chirurgien pédiatre, toutes ces initiatives n'avaient qu'un seul objectif : faire en sorte que les enfants soient traités par les plus compétents et rendus le plus vite possible à leur famille.

Il était fier du GEOP parce qu'il symbolisait le rayonnement intellectuel de la France.

Plusieurs mois avant, il préparait le séminaire d'enseignement avec les résidents ; il s'occupait des inscriptions pour les anciens et pour les nouveaux ; il aimait ce lieu d'échanges improvisés mais qu'il voulait toujours rigoureux ; cette pédagogie de proximité et de convivialité était à sa mesure.

L'enseignement était une passion, de nombreux futurs agrégés se sont retrouvés dans son bureau pour bénéficier de ses précieux conseils. Il aimait lire et faire lire, le CREODOP, merveilleuse bibliothèque où tous les livres sont à la disposition des résidents, était une de ses réalisations dont il était fier. La meilleure façon de respecter sa mémoire est de venir à l'Institut Saint-Pierre ou CREODOP, de continuer à lire et à fouiller dans les livres. Il lisait le crayon à la main, attentivement, comme pour mieux ajuster son esprit critique, puis il profitait du STAFF pour se livrer à des commentaires et susciter de nouvelles lectures.



Il aimait la France qu'il représentait dans ses voyages à l'étranger.

Il avait une conception symphonique de la chirurgie : tout se déroulait dans une parfaite synchronisation avec une douceur et une élégance sans cesse renouvelées. Sa réserve et sa discrétion cachaient en réalité un tempérament méditerranéen très affirmé, Alger, Barcelone, Athènes étaient ses ports d'attache. Il aimait Paul Valéry : « **Le vent se lève, il faut tenter de vivre** ».

Tout ce qu'il a réalisé doit susciter en nous une ardeur nouvelle. Jean-Gabriel POUS aimait la vie.

Alain DIMÉGLIO

1^{er} Vice Président du GEOP

20^e Séminaire d'Enseignement du GEOP

29 et 30 mars 1996, REIMS

Thème : Tumeurs osseuses bénignes de l'enfant et de l'adolescent

Organisation :

Pr P. LASCOMBES

Service de Chirurgie Infantile A
Hôpital d'Enfants, rue du Morvan
54511 VANDOEUVRE Cedex
Tél. : 83.15.47.15 - Fax : 83.15.47.13

Pr G. LEFORT

American Memorial Hospital
47, rue Cognat-Jay
51092 REIMS Cedex
Tél. : 26.78.25.71 - Fax : 26.85.87.32

A V I S

Nous avons tous en France un certain nombre de cassettes vidéo relatives à l'Orthopédie Pédiatrique, films réalisés par nos propres équipes ou films glanés ou fil de nos déplacements.

Je me propose de faire la synthèse de ce patrimoine.

Si vous le voulez bien, faites moi connaître la liste des cassettes dont vous disposez en précisant titre, auteurs, standard et durée. L'ensemble sera un jour diffusé dans un numéro de la « Lettre du GEOP ». Merci d'avance et bien amicalement.

Rémi KOHLER

Service de Chirurgie Pédiatrique

Hôpital Edouard Herriot

Place d'Arsonval, 69347 LYON Cedex 03

NOUVEAU JOURNAL d'ORTHOPÉDIE PÉDIATRIQUE

Italian Journal of Pediatric Orthopaedics

La société italienne d'orthopédie pédiatrique a créé son propre journal en langue anglaise.

Abonnement : 75\$ US à adresser à : E.S.C. Edizione Scientifica Cuzzolin s.a.s Travers Michele Pietravalle, 6/80131 Napoli - Italy

la main du sportif



Monographie du

Groupes d'Etude de

la Main n° 20

sous la direction

de Y. ALLIEU

Collection publiée

sous la direction

de R. Tubiana

En vente chez votre librairie spécialisée ou par correspondance à l'Expansion Scientifique Française
31, bd de Latour-Maubourg, 75007 PARIS

Pris : 490 F

QUI ÉTAIT-IL ?

NICOLAS ANDRY
 (Lyon 1658 - Paris 1742)

L'inventeur du mot « orthopédie »

R. KOHLER (Lyon)

Nicolas ANDRY est un auteur curieusement mal connu, il est pourtant l'inventeur du mot « orthopédie » (au sens étymologique d'orthopédie « pédiatrique »). Sa longue vie, à cheval sur deux siècles, et son œuvre méritent d'être rapportées.

Nicolas ANDRY est né à LYON en 1658. Après quelques études de théologie, il abandonne cette voie ecclésiastique dès 1690, prend le surnom de BOIS-REGARD et va étudier la médecine à la Faculté de REIMS (concurrente de la Faculté de PARIS). Après la dissolution de celle-ci en 1694 par LOUIS XIV, il repasse tous ses examens à PARIS. Il y soutient en 1697 une de ces thèses (en latin) au titre singulier « **De l'action que peuvent avoir dans la cure des maladies, la gaieté du médecin et l'obéissance du malade** ».

Ambitieux, très actif, ANDRY connut une carrière pour le moins agitée, sous-tendue en permanence par la polémique avec ses pairs. Suppléant (1701) puis titulaire de la chaire de médecine au Collège de FRANCE, enfin Doyen de la Faculté (figure 1), critique au Journal des Savants, il n'eut de cesse de s'acharner particulièrement contre les « chirurgiens-barbiers » en les rabaisant au rang de « sous-médecins » : les barbiers sont ces gens qui rosent tous les jours dans leur boutique où l'on voit d'ailleurs écrit : « **Céans, on fait le poil proprement** »... L'exerce ensuite ses talents de polémiste à l'encontre de ses collègues de la Faculté qui le décrivent comme un individu « superbe, méprisant, confus, dédaigneux, irascible, jaloux, médecin journaliste ! »... ANDRY sera finalement « vaincu » au terme d'une lutte sans merci : il sera démis de ses fonctions au Journal des Savants et obligé de démissionner du décanat. Il mourut à

PARIS le 13 mars 1742, à l'âge de 84 ans, un an après avoir publié son livre fameux « L'Orthopédie ».

En 1700, il publie un premier livre : « **De la génération des vers dans le corps de l'homme. De la nature et des espèces de cette maladie, les moyens de s'en préserver et de la guérir** ». Cet ouvrage lui vaudrait le titre de père de la parasitologie même si son exposé de la pathologie « vermineuse » est souvent fantaisiste. En 1704 un autre livre vient compléter le précédent : « **Complément sur les maladies "vermineuses"** ». Ces deux livres lui vaudront pour surnoms, « **homo vermiculosus** » ou encore « **homo verminosus** ».

Il écrit à 82 ans l'ouvrage qui lui donnera sa notoriété actuelle : « **L'orthopédie ou l'art de prévenir et de corriger dans les enfants les**



Fig. 1. - Portrait de N. ANDRY.

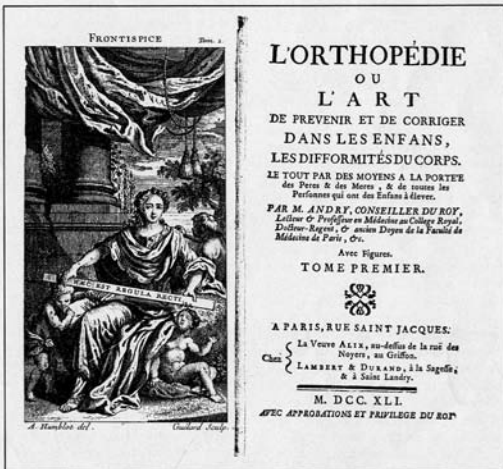


Fig. 2. - Gravure Frontispice de l'édition française du livre « L'orthopédie » (1711).

difformités du corps. Le tout par des moyens à la portée des pères et des mères et de toutes les personnes qui ont des enfants à élever » (figure 2). Ce livre publié à PARIS en 1741 connut un grand succès littéraire. Il est publié à BRUXELLES en 1742, à LONDRES en 1743, traduit en anglais (Orthopaedia), en allemand (Orthopaedie) en 1744. La lecture est agréable, les propos sont simples, empreints de pédagogie et de bon sens, un peu à la façon d'un « Art d'être grand-père ». Il est illustré de 12 superbes gravures dessinées par HUMBLOT et sculptées sur bois par GUE-LARD.

L'œuvre se divise en 4 livres. Une longue préface « sémantique » explique la genèse du mot orthopédie : « quant on titre en question je l'ai formé de deux mots grecs, savoir "Orthos" qui veut dire droit, exempt de difformité qui est selon la rectitude et "Paidion" qui veut dire enfant. J'ai composé de ces deux mots, celui d'orthopédie pour exprimer en un seul terme, le dessein que je me propose qui est d'enseigner divers moyens de prévenir et de corriger dans les enfants les difformités du corps ». Ce néologisme procède d'un mécanisme similaire, explique-t-il, à celui utilisé précédemment par d'autres auteurs comme Scovell de SAINTE MARTHE qui écrit en 1584 un ouvrage « pédo/trophie » (manière de nourrir les enfants à la mamelle) ou Claude GUILLET en 1656 « La Colli/pédie » (moyen d'avoir de beaux enfants).

Le livre 1 rappelle les notions d'anatomie artistique et topographique de toutes les régions du corps. (Le chapitre sur les proportions extérieures du corps humain est curieux et intéressant). Le style est plaisant, enrichi de citations poétiques, littéraires, historiques. **Le livre 2** traite des moyens utiles pour prévenir et corriger les attitudes incorrectes du tronc et de la colonne vertébrale. A côté de commentaires qui font sourire, les directives thérapeutiques qui relèvent de la physiothérapie sont justes et pleines de bon sens : **hygiène posturale** (siège de paille, table pour écrire, position pour coudre) **importance des mobilisations actives** (préférables aux simples manipulations passives : jouer sur la curiosité pour s'opposer à un torticolis, port d'une échelle ou d'un poids du côté opposé à la déformation). Il propose enfin pour le traitement de la **scoliose** (« tortuosité »)

l'usage d'un corset rembourré changé tous les trois mois. **Le livre 3** traite des difformités des membres. ANDRY propose de bien distinguer les **inégalités congénitales** ou acquises (par « dessèchement ») et les faux raccourcissements, par luxation (dans ce dernier cas, il suggère de « recourir sans tarder à l'action du chirurgien »). On observe aussi qu'il préconise le recours au langage large, comme chez les « nègres d'Afrique et sauvages du Canada », principe qui reste tout à fait d'actualité... Pour les **incurvations du**

tibia, il propose un traitement « orthopédique » s'il en est : le redressement progressif « par un bandage appuyé sur une plaque de fer comme on s'y prend pour redresser la tige courbe d'un jeune arbre ». Cela est la légende de la fameuse gravure de **l'arbre tors** (figure 3). **Le livre 4** enfin aborde les malformations de la tête et de la face, bec-de-lièvre, des oreilles décollées, le principe des lambeaux (pour refaire un nez sectionné grâce au bras) et même les principes d'orthophonie. Curieusement l'ouvrage se conclut par des réflexions morales (assez agressives contre les nourrices, « mal éduquées pour le bon développement physique et aussi moral des enfants ».) Ainsi trois recommandations sont faites : tout faire pour que l'enfant exclut le sentiment de **vengeance, le mensonge et la peur**.

Ce livre est sous-tendu par le souci de la beauté du corps et de la forme physique ce qui lui donne un éclairage éminemment moderne. L'Encyclopédie de DIDEROT et d'ALEMBERT comportera dans un volume publié en 1763 un chapitre entièrement

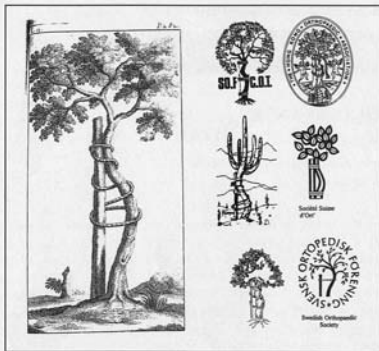


Fig. 3. - « L'arbre tors » : gravure célèbre de l'ouvrage (Tome I) devenue le sigle de nombreuses sociétés d'orthopédie dans le monde.

consacré à la chirurgie et à l'orthopédie, faisant de larges emprunts à ANDRY, contribuant ainsi à asseoir le concept de l'orthopédie.

Nicolas ANDRY ne mérite ni mépris ni excès de considération. Il n'est sûrement pas le « père » de l'orthopédie comme peuvent l'être son contemporain J.L. PETIT (Traité des maladies des os 1705-1^{re} édition) ou juste après lui J. VENEL (1740-1791). Il n'a rien apporté de fondamental, sinon des concepts simples sur la prévention, la « plasticité » de l'enfant, l'importance de la gymnastique. Toutes ces recommandations, qui restent d'actualité, feraient plus de ANDRY le « grand-père » de notre art, un sage et un esthète...

Toutefois il s'inscrira dans la postérité ou travers du mot « **orthopédie** » et de la gravure devenue classique « **l'arbre tors** » qui en deviendra le symbole, adopté aujourd'hui par un grand nombre de sociétés d'orthopédie dans le monde. Plus précisément même, il schématise assez bien le traitement de la scoliose par les techniques d'ostéosynthèse postérieure, dérivées de la technique de Harrington.

RETOUR AUX SOURCES

LE METATARSUS VARUS CONGÉNITAL

C. BRONFEN - Caen

Le métatarsus varus congénital est une cause fréquente d'inquiétude maternelle et de consultation en Orthopédie Pédiatrique.

Il se présente comme une déformation du pied réalisant un déjètement en dedans des métatarsiens et des orteils. Il est habituellement présent à la naissance. Il ne doit pas être confondu chez le bébé avec un pied-bot varus équin. Dans le métatarsus varus, l'arrière-pied n'est jamais en équin ni en varus. Il n'est même pas déformé dans sa forme la plus élémentaire. Il faut également savoir le dissocier chez l'enfant plus grand qui se met déjà debout ou bien marche, de l'endorotation du squelette jambier qui peut y être associée de façon variable. Tout petit enfant se tenant ou marchant les pieds en dedans n'a pas un métatarsus varus.

Sur le plan anatomique, la déformation initiale siège dans l'articulation de Lisfranc entre les cunéiformes en dedans, le cuboïde en dehors et les métatarsiens en avant. La déformation élémentaire étant une adduction des métatarsiens prédominant sur le premier métatarsien associée à des degrés variables à une supination de l'avant-pied, à une subluxation externe du cuboïde et à un valgus de l'arrière-pied, ce qui réalise des déformations de gravité et de nature différentes qui expliquent la multiplicité des termes employés pour désigner le métatarsus varus congénital :

- métatarsus adductus, pes adductus, métatarsus adducto-varus,
- métatarsus varus simple ou complexe,
- métatarsus varus primus,
- voire même pied en Z, pied en S, pied serpentin qui sont en fait une déformation différente avec valgus pathologique de l'arrière-pied, pour certains l'adaptation chez le grand enfant à un métatarsus raide non corrigé.

Plusieurs facteurs étiologiques sont retenus :

- la position intra-utérine, notamment dans les formes découvertes à la naissance, c'est donc une bonne raison s'il en faut, d'examiner soigneusement les hanches et si nécessaire de demander des examens complémentaires (échographie de hanches, radiographie du bassin à 4 mois),

- le rôle nocif du sommeil en position ventrale qui peut pérenniser voire aggraver la déformation ; sans oublier des anomalies anatomiques qui ont été retrouvées lors des rares interventions (anomalie d'insertion du jambier postérieur sur le premier cunéiforme, anomalie de l'adducteur du premier orteil, anomalie d'insertion du jambier antérieur à la plante du pied, voire même absence du premier cunéiforme) des facteurs génétiques et familiaux (fratrie d'enfants atteints) enfin des facteurs neuro-musculaires avec déséquilibre inverseurs. En fait la pathogénie reste mal expliquée.

L'examen clinique est primordial. La partie antérieure du pied est en adduction et légère supination. Souvent le bord externe du pied est convexe avec parfois une saillie dorsale et externe de la base du 5^e métatarsien et du cuboïde. Le bord interne du pied est concave parfois barré par un sillon médian vertical témoin de l'importance et de la raideur de la déformation. Souvent il existe un écartement normal entre le 1^{er} et le 2^e orteil. Le talon n'est jamais en équin, il est parfois en valgus. La déformation peut être uni- ou bilatérale, symétrique ou non. Il faut apprécier la raideur de la déformation avec ses possibilités de correction passive et de correction active à la stimulation du bord externe du pied ; chez l'enfant qui tient déjà debout, son caractère statique ou dynamique car certains métatarsus n'apparaissent qu'une fois l'enfant debout alors que le pied en décharge reste rectiligne. Il est important également de noter le degré d'endorotation du squelette jambier et de pratiquer bien sûr un examen orthopédique complet (hanches) et un examen neurologique qui est normal. L'examen radiographique des pieds ne paraît pas indispensable mais peut être un élément de comparaison utile lors du suivi. Il comprendra des radiographies des deux pieds en simulation d'appui ou en charge selon l'âge, de face et de profil. Sur la face on tracera l'angle entre l'axe de l'astragale et du premier métatarsien qui est un angle à

sinus interne ce qui est pathologique, on mesurera la divergence astragalo-calcanéenne et on étudiera l'alignement du cuboïde sur le calcanéum. De profil, il n'existe aucun équin de l'arrière-pied, on mesurera la divergence astragalo-calcanéenne.

Une fois le diagnostic affirmé, l'attitude à adopter est source de controverses parfois troublantes pour les parents et les thérapeutes. Il faut savoir rappeler qu'il s'agit d'une malposition bénigne qui n'empêchera en rien la marche à un âge normal ni le chaussage, et qui ne retiendra pas gravement sur la vie future. De petites déformations résiduelles sont souvent bien tolérées et il n'est pas prouvé que le métatarsus varus congénital conduise à l'hallux valgus de l'adulte.

Les possibilités de guérison spontanées surviennent jusqu'à l'âge de 3 ans ou plus sont évaluées entre 80 et 98 % des cas. Cependant les thérapeutiques proposées sont très nombreuses allant de l'abstention thérapeutique à la chirurgie de correction. L'abstention thérapeutique ne doit pas être considérée comme un abandon et doit être assortie d'une surveillance régulière permettant si besoin est d'instaurer un traitement ultérieur.

Les traitements orthopédiques (kinésithérapie, attelles, plaquettes, chaussures, plâtres) doivent être choisis et modulés en fonction de l'importance et de la raideur de la déformation et surtout veiller à ne pas déformer l'arrière-pied. Instaurés tôt, ils permettent de rassurer les parents en corrigeant vite la déformation. Enfin, la chirurgie ne doit être proposée qu'après l'âge de la marche et l'échec des moyens orthopédiques. Elle est d'indication très rare. Ainsi, dans un travail récent, Farsetti, Weinstein et Ponseti (J. Bone Joint Surg. (Am), 1994, 76, 257-265), rapportent 31 patients ayant un métatarsus varus examiné à la naissance et examinés à l'âge adulte ; 12 n'avaient eu aucun traitement et leurs pieds étaient tous normaux ; 19 avaient eu un traitement orthopédique, 18 ont des pieds normaux et l'un un pied presque normal. Ces auteurs concluent qu'un traitement orthopédique précoce est justifié en cas de déformation sévère. Il n'y a pas, pour eux, d'indication chirurgicale.

Le métatarsus congénital est donc une déformation en adduction de l'avant-pied, présente à la naissance, peu grave, qu'il faut savoir bien différencier du pied-bot varus équin.

TRIBUNE LIBRE

LE SENIOR À L'URGENCE :
Mieux ou pis-aller pour
l'enfant ?

Gérard BOLLINI (Marseille)

Le décret 95.647 du 9 mai 1995 différencie l'accueil général des urgences en deux catégories. Les services d'accueil et de traitement des urgences (S.A.U.) et les antennes d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences éventuellement saisonnières (A.N.A.C.O.R.).

Pour les S.A.U. il est précisé qu'à titre exceptionnel un établissement de santé prenant en charge sur un site unique les enfants malades ou blessés peut être autorisé par le ministre chargé de la santé, après avis du comité national de l'organisation sanitaire et sociale, à faire fonctionner un service spécialisé d'accueil et de traitement des urgences (S.S.A.U.) appelé pôle spécialisé.

Les urgences enfants seront donc prises en charge soit par une A.N.A.C.O.R., soit par un S.A.U., soit par un S.S.A.U. selon les conditions locales d'accueil que ce décret définit.

Le décret 95.648 du 9 mai 1995 précise « les conditions techniques de fonctionnement relatives à l'accueil et au traitement des urgences ». Il y est dit que :

« Le médecin responsable de ce service doit avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences par une qualification universitaire

et par une expérience professionnelle de deux ans dans un service recevant des urgences.

« L'équipe médicale du service doit être suffisante pour qu'au moins un médecin soit effectivement présent 24 heures sur 24 tous les jours de l'année et assure l'examen de tout patient à l'arrivée de celui-ci dans le service.

« Tous les médecins de cette équipe doivent avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences soit par une qualification universitaire, soit par une expérience professionnelle d'au moins un an dans un service recevant les urgences.

« L'obligation de détenir une qualification universitaire pour les médecins responsables des S.A.U. entrera en vigueur dans 5 ans, c'est-à-dire en l'an 2000.

Dans l'esprit des décrets et surtout pour les DDRASS chargées de leur application médecin = docteur en médecine = senior. Un senior doit donc être présent aux urgences et voir tous les malades.

Résidents et internes, sauf à avoir passé très tôt leur thèse dans leur cursus, ne répondent pas aux critères requis.

Les PU-PH, PH, assistants et vacataires, eux, y répondent, mais comment envisager dans notre spécialité d'orthopédie pédiatrique à forte activité et faible effectif que ces catégories fassent leur « 3 x 8 » en étant physiquement présents aux urgences. Qui plus est, il ne s'agit pas uniquement d'accueillir mais aussi de traiter donc d'opérer, donc de ne plus être présent aux urgences.

L'évolution va donc se faire vers la présence permanente aux urgences de docteurs en médecine ayant passé une capacité d'aptitude à la médecine d'urgence (CAMU).

Si une telle évolution peut être intéressante pour les ANACOR, elle est très discutable pour les SAU et les SSAU. Elle risque d'être source de conflits et d'erreurs.

Comment les internes d'orthopédie (parfois pédiatrique) vivront-ils leur « chapeautage » par ce senior dont la compétence en matière de traumatologie infantile ne viendra (si elle vient) qu'au fil des années.

On peut aussi assister à des dérives « légales » puisque ce senior devant examiner tous les patients, sera aussi le responsable de ses actes diagnostiques, l'interne pouvant se retrancher derrière son « incompétence légale ».

La présence physique sur les sites de gardes de nos « seniors actuels » ne résoudraient pas le dilemme puisqu'ils devraient désertier le service pour aller au bloc opératoire si nécessaire.

Après avoir évoqué le pis-aller voyons le mieux.

Ces nouveaux seniors qui ne pourront donc pas être les anciens seniors du fait des éventuels actes chirurgicaux durant la garde (sauf cas particulier d'un ancien senior acceptant d'accueillir les urgences sans les opérer), s'ils acceptent de collaborer activement avec les internes (et réciproquement), si les services prennent le temps de compléter leur formation en traumatologie pédiatrique, pourront être de précieux auxiliaires de sorte que l'on n'assiste plus au spectacle de patients attendant aux urgences le retour de l'interne de garde en train fort légitimement d'opérer un patient avec son senior.

Comme dans bien des domaines cette nouvelle législation sera ce que nous en ferons, un pis-aller ou un mieux.

Nous aurons tous souci, j'en suis sûr, de la tourner à l'avantage de nos petits patients.

Une sélection des Conférences d'Enseignement de la SOFCOT

ORTHO-PÉDIATRIE 1

Rachis, pied, hanche
sous la direction de J. DUPARC

En vente chez votre librairie spécialisée ou par correspondance à l'Expansion Scientifique Française
31, bd de Lattour-Maubourg, 75007 PARIS
Prix : 250 F

Table des matières

- Premier examen d'un enfant scoliotique
- Ostéoses régulières en période de croissance
- L'instrumentation rachidienne chez l'enfant et l'adolescent
- Dysraphisme spinal fermé
- Le pied creux de l'enfant
- Le pied convexe congénital
- Pieds plats essentiels de l'enfant
- Pied bot varus équin idiopathique congénital.
- Description et conduite à tenir avant l'âge de 2 ans
- Étude anatomique et clinique des dysplasies et luxations congénitales de hanche avant l'âge de 4 mois
- Traitement de la luxation congénitale de la hanche pendant les six premiers mois
- Le traitement de la luxation congénitale de hanche chez le grand enfant
- L'épiphysiolyse fémorale supérieure

NOUVELLES BRÈVES

J.L. Cœlin (Pointe-à-Pître), B. de Courtivron (Tours),
J. de Billy (Besançon).

La Ceinture est-elle réellement une Sécurité pour l'enfant ?

La recrudescence de lésions traumatiques avec parapégie voire tétrapégie, a progressivement mis en cause les différents types d'amarage des enfants sur les sièges auto. Ch. GLORIION et coll. rapportent des lésions de l'odontologie qui pour certaines sont dues à la disproportion entre le maintien du corps et le poids de la tête chez des jeunes enfants lors d'accidents automobiles. Le type de ceinture, essentiellement ventrale, est évoqué dans l'apparition des lésions nouvelles. Ainsi, WINTER en 1992 rapportait un cas de parapégie traumatique par lésions L1-L2 dues à une ceinture ventrale. Cette lésion avait heureusement totalement récupéré. GRIFFET et coll. lors de la réunion du GEOP de septembre 1995, rapportaient un cas de lésions abdominales et vertébrales complexes liées à une ceinture ventrale. STURM et coll. rapportent 7 cas de fractures du mur vertébral antérieur survenues dans des circonstances similaires. Il explique ces fractures en compression par l'élasticité importante du complexe ligamentaire postérieur chez l'enfant. D'autres cas récents, non encore publiés, rapportent des parapégies complètes par fracture de Chance en L3 par luxation dorsale avec simple fracture des articulaires. L'exploration neurochirurgicale de ces lésions montre toujours des dégâts médullaires importants qui peuvent remonter très au-dessus de la lésion vertébrale.

Toutes ces publications devraient remettre en question les ceintures ventrales à deux points d'ancrage et faire évoluer la réglementation.

Seat belt injury with total paraplegia and recovery in a child. Winter M., Lutz J. *J. Pediatr Orthop* 1992, 12 (part B) : 162-164.

Lumbar Compression Fractures secondary to Lap-Belt Use in Children. Starn P. F., Gass R. B. J., Swift C. J. and Eichelberger M. R. et al. *J. Pediatr Orthop* 1995, 15 (part A) : 521-523.

Dangers de la ceinture de sécurité. Griffet J. et Coll. Congrès de la SFOP, Paris, 1995

Les fractures de l'odontologie chez l'enfant. Glorion Ch. et coll. Congrès SFOPOT, Paris, Novembre 1995

Le traitement orthopédique des scolioses ?

Une rigoureuse étude prospective multicentrique, menée sous l'égide de la Scoliosis Research Society à propos d'un groupe homogène de patientes de 10 à 15 ans présentant une scoliose thoracique idiopathique de 25 à 35°, a permis de limiter le traitement orthopédique par corset fermé, à montrer l'évolution de la courbure avec

un taux de succès 2 fois supérieur à celui de l'observation simple ou de l'électro-stimulation percutanée. La prédiction du risque évolutif d'une scoliose lors du premier examen reste aléatoire mais 4 éléments ont une valeur prédictive péjorative : l'âge chronologique inférieur ou égal à 13 ans, le test de Risser inférieur à 2, le niveau de la vertèbre sommet plus proximal que T12 et (curieusement) une absence de déséquilibre frontal.

On peut en conclure l'intérêt d'instaurer un traitement orthopédique de ce type de courbure lorsque tous les facteurs de risque évolutifs sont présents, sans obligation d'attendre la preuve radiologique de l'évolution.

Effectiveness of treatment with a brace in girls who have adolescent idiopathic scoliosis. Nachemson A.L., Peterson L.E. *Bone Joint Surg*, 1995, 77-A, 815-822

La scoliose idiopathique..... un examen neurologique d'abord...

Deux articles soulignent l'intérêt de l'examen clinique soigné (notamment neurologique) des enfants ayant une scoliose d'allure idiopathique.

Zadeh et al. ont observé de 1986 à 1993 parmi les enfants ayant une scoliose infantile ou juvénile, 12 cas où un réflexe cutané abdominal (R.C.A.) était absent du côté de la convexité de la scoliose. Pour 10 de ces enfants, l'I.R.M. permettait de découvrir une syringomyélie. Dans les 6 cas de scoliose thoracique, 4 avaient des troubles sensitifs au bras, 2 aucun autre signe. Dans les 4 cas de scoliose thoraco-lombaire, des signes neurologiques moteurs et sensitifs étaient associés. Les auteurs concluent que l'absence d'un R.C.A. dans la convexité d'une scoliose est un signe précoce et sensible de syringomyélie.

Inversement Schwend et al. ont revu rétrospectivement 95 dossiers de scolioses apparemment idiopathiques ayant eu un examen du nerf crânien en I.R.M. Ils ont retrouvé 14 anomalies (12 syringomyélie, un astrocytome avec syringomyélie, une ectasie dural dans le cadre d'une neurofibromatose). Ils ont retrouvé un ensemble de signes, tous cliniques, qui doit faire indiquer une I.R.M. : les céphalées importantes inexpliquées surtout accompagnées d'éternuements, les douleurs du rachis cervical avec en hyperextension, les anomalies neurologiques (souvent discrètes), un pied creux, enfin, une scoliose thoracique gauche chez un enfant de moins de 11 ans.

En respectant ces critères, aucune anomalie ne serait passée inaperçue dans leur série. L'exploration I.R.M. du nerf crânien ne doit donc pas être systématique dans la scoliose.

Absent superficial abdominal reflexes in children with scoliosis. An early indicator of syringomyelia. H. G. Zadeh, S.A. Sakka, M.P. Powell, M.H. Mehta. *J. Bone Joint Surg*, 1995, 77-B : 762-7.

Childhood scoliosis : clinical indications for magnetic resonance imaging. R.M. Schwend, W. Hertricks, J.E. Hall, J.B. Emans, J. Bone Joint Surg, 1995, 77-A : 46-53.

ANNONCES DE RÉUNIONS

19 janvier 1996

Journée sur la pseudarthrose congénitale, Paris, France.

Secrétariat Pr. H. Carlioz, Hôpital Armand Trousseau, 26 avenue A. Netter, 75012 Paris. Tél. : (16 - 1) 44 73 62 26 Fax. : (16 - 1) 44 73 62 38

6 - 8 mars 1996

Les journées de Montpellier 1996 : Orthopédie pédiatrique (Amputation du membre inférieur - Maladies neuro-musculaires - La scoliose idiopathique), Montpellier.

E.R.R.F. Service central de rééducation, Hôpital Lapeyronie, 34295 Montpellier Cedex 5. Tél. : (16) 67 33 86 62 ou 64 ou 65 Fax. : (16) 67 33 86 71

10 février 1996

Le pied de l'Infirmier moteur cérébral (sous l'égide du GEOP), Ramonville Saint-Agne, France.

Secrétariat du Dr Pierre LEBARBIER, Centre Paul Dottin 31520 RAMONVILLE SAINT-AGNE. Tél. : (16) 61 75 70 55

22 mars 1996

Déformations chirurgicales du pied de l'enfant, Paris, France.

Secrétariat du Pr BENSACHEL Hôpital Robert DEBRE, 48, bd Serurier, 75019 PARIS. Tél. : (1) 40 03 47 29

29 - 30 mars 1996

Séminaire du Groupe d'Étude en Orthopédie Pédiatrique : « Tumeur osseuse bénigne des os chez l'enfant », Reims, France

Secrétariat Pr. G. Lefort, American Memorial Hospital, 51095 Reims Cedex. Tél. : (16) 26 78 75 71

11 - 13 avril 1996

European Pediatric Orthopaedic Society Meeting, Prague, Tchécoslovaquie.

12 - 15 mai 1996

Pediatric Orthopaedic Society of North America Meeting, Phoenix, USA.

Pour connaître les secrétariats des sociétés organisatrices lorsqu'elles ne sont pas indiquées, téléphoner au Secrétaire Adjoint du GEOP : Pr. Ch. Glorion : (16 - 1) 47 10 76 28.

COMPTES RENDUS DE RÉUNIONS

Réunion Annuelle de l'European Pediatric Orthopaedic Society (EPOS)

Bruxelles, avril 1994.

A Diméglio (Montpellier)

Épiphysiolyse. Le point sur son traitement.

La vis canulée (pourvue d'une broche guide) est le traitement de choix dans la plupart des épiphysiolyse. La vis doit être strictement centrale. Un cliché de face et de profil ne garantit pas formellement un trajet intracervical parfait. Il faut éviter le secteur polaire supérieur. Toutefois, l'école allemande préfère une fixation par broches. Les préliminaires à la chirurgie varient, mise en traction préalable ou intervention immédiate. Tous les auteurs insistent sur la nécessité qu'il y a d'éviter toute réduction forcée et toute manœuvre trop poussée. La fixation en place, en position de réduction spontanée est recommandée. Après l'intervention, les uns verticalisent rapidement, les autres préfèrent attendre quelques semaines.

Le débat sur la fixation du côté opposé reste ouvert : dans 40 % des cas, il y aurait une atteinte bilatérale. Cette fixation est recommandée si l'enfant est jeune (avant la période pubertaire) ou si l'existence de signes radiographiques de souffrance articulaire du côté atteint ou des signes suspects du côté opposé.

L'ostéotomie cervicale de Dunn est très peu pratiquée et même les équipes qui l'ont utilisée tendent à l'abandonner parce que ses résultats lointains ne sont pas satisfaisants. De bons résultats ont été cependant présentés par des équipes expérimentées.

369 épiphysiolyse fixées par broches ont entraîné 3 % de nécrose avasculaire et 1,9 % de chondrolyse. 63 % traitées par plâtres ont mené à 1,6 % de nécrose et 14,3 % de chondrolyse. Le risque de nécrose est d'autant plus grand que l'épiphysiolyse est instable, la notion d'instabilité se définissant par la mobilité radiographique de la tête fémorale constatée sous anesthésie générale. Sur 387 épiphysiolyse de type stable, aucune n'a développé de nécrose, ce que le traitement ait été effectué par plâtre ou par broche. En revanche, 45 épiphysiolyse

instables ont été compliquées d'une nécrose dans 27 % des cas. Lorsqu'on réduit complètement une épiphysiolyse de type II ou III, le risque de nécrose est de 56 % mais lorsqu'on la réduit partiellement, ce risque n'est que de 12 %.

Congrès organisé par le Docteur Javier Albinania

Madrid, Espagne, avril 1995.

Le livre du congrès a été publié à la Fundación Mapfre Medicina. Pour l'obtenir, écrire à Javier Albinania ou aux éditions Mapfre, sor Angela de la Cruz, 6,7 a PLTA, 28020 Madrid, Espagne. Fax 581 18 83.

La maladie de Legg-Perthes-Calvé.

L'ostéochondrite primitive de la hanche reste mystérieuse dans son mécanisme intime. Aucun travail de recherche expérimentale n'a été réalisé depuis 20 ans ! Les études épidémiologiques sont contradictoires. Le retard d'âge osseux est constamment retrouvé mais il n'est pas établi que l'affection soit une maladie plus diffuse.

La classification de Catterall reste la classification de référence. Elle a le mérite de servir de point de repère. Il faut dissocier les formes de moins de 50 % et de plus de 50 % d'atteinte, les formes centrées et les formes excentrées, les formes avant l'âge de 9 ans et après l'âge de 9 ans. Catterall insiste pour dire que l'histoire naturelle démontre que dans 60 % des cas, la maladie est bénigne et n'a besoin d'aucun traitement. Les appareillages de marche sont abandonnés par la plupart des équipes. L'attelle d'Atlanta a fait la preuve de son inefficacité.

La restauration d'une bonne mobilité de hanche par traction continue ou par plâtre cruro-pédieux d'abduction ou par ténotomie est une priorité reconnue par tous. La plupart des auteurs traitent activement les formes excentrées ou qui sont en voie d'excentration par ostéotomie fémorale ou ostéotomie du bassin. Après l'âge de 9 ans, même les formes limitées de moins de 50 % doivent faire l'objet d'un traitement actif. Bowen constate la gravité des évolutions et propose une butée de hanche pour sauver ce qui reste à sauver. Les résultats en fin de croissance sont évalués suivant la classification de Stulberg. Le résultat à très long terme (50 ans), fait état d'une évolution inexorable vers l'arthrose pour les formes asphériques (Stulberg 3) ou incongruentes (Stulberg 4 et 5). Trois points forts résumés ce congrès :

1. Il faut traiter activement une forme sévère qui s'excentre quel que soit l'âge et même avant l'âge de 5 ans.

2. L'abstention thérapeutique n'est pas une solution à recommander.

3. Retrouver la mobilité de hanche est un objectif fondamental.

61^e congrès italien d'Orthopédie Pédiatrique

Bellagio, Italie - 12 - 13 octobre 1995.

Pour obtenir le texte du rapport : Professeur Alain Diméglio, Service d'Orthopédie Pédiatrique, Hôpital Lapeyronie, 371 avenue Doyen Gaston-Giraud 34259 Montpellier Cedex.

Les chondrodysplasies. L'allongement des sujets de petite taille.

Le congrès italien d'Orthopédie Pédiatrique a lieu tous les 2 ans. Un séminaire d'enseignement est organisé l'année intermédiaire. Le thème choisi pour le congrès était les problèmes orthopédiques des chondrodysplasies. Le Président était le Professeur Peretti (Milano). Le modérateur était G. Canepa, véritable « Monsieur Maroteaux » Italien, qui vient de publier un livre sur les maladies constitutionnelles en 2 volumes de 3 000 pages (Éditions Piccin). Même si les classifications génétiques et biochimiques se substituent de plus en plus aux classifications radio-cliniques, ces dernières restent les mieux comprises et les mieux acceptées par les Orthopédistes. Les déformations sont diverses. Tous les débats ont soulevé les risques élevés de complications et de morbidité iatrogène surajoutée. Le rapport de synthèse sur les allongements des membres de l'hypocondroplase et de l'achondroplase est très prudent et très modeste.

Les complications sont très nombreuses : plus de 60 % ! L'étude multicentrique portait sur 208 enfants : 162 achondroplasies et 46 hypocondroplasies qui ont eu 747 allongements ; 22 enfants ont bénéficié d'un allongement du membre supérieur. La moitié de ces allongements ont été réalisés en cours ou en fin de puberté. Seulement 17 % de ces enfants ont été allongés avant 10 ans, la majorité des équipes préférant pratiquer l'allongement en fin de puberté. Le fixateur monolatéral est utilisé 3 fois sur 4 au fémur et 2 fois sur 3 au tibia.

La classification de Caton sert de référence aux complications. Il y a 25 % de complications sérieuses pour l'allongement fémoral par Orthofix, 39 % pour l'allongement fémoral par Ilizarov, 25 % pour l'allongement du tibia effectué par l'une des 2 techniques.

En raison de ce taux élevé de complications, les indications d'allongement chez l'hypochondroplase et chez l'achondroplase sont en net recul.

52^e Congrès de Chirurgie Pédiatrique

6 - 8 septembre 1995. Paris.
Jean Langlais (Paris)

Les scolioses infantiles. Symposium dirigé par D Mouliès (Limoges)

Si le diagnostic et la définition de la déformation ne posent guère de problème, son génie évolutif particulier reste mystérieux. Il s'agit de scolioses survenant dans les trois premières années de la vie et dont l'aspect clinique a beaucoup d'importance pour le pronostic : hypotrophie, débilité, retard statural. Il n'existe guère de critère absolu pour prédire l'évolution d'une scoliose infantile. Le traitement orthopédique a une place prépondérante : plâtre correcteur puis orthèses classiques (surtout le corset de Milwaukee) et ne doit pas attendre la preuve de l'évolutivité pour être entrepris, la limite peut être fixée à un angle de Cobb de 30° chez un enfant de moins de trois ans. La surveillance de ces orthèses est surtout clinique. On évitera les trop grandes irradiations (cliché numérisé tous les 12 à 18 mois). La chirurgie est inévitable pour les formes graves.

Communications libres 52^e Congrès de Chirurgie Pédiatrique

6 - 8 septembre 1995. Paris.

- B. Kassis (Garches) : Les micro-mouvements, appliqués après la fin de l'allongement chez le lapin, accélèrent de façon significative la consolidation de l'allongement diaphysaire par distraction du cal (callotasi).

- E. Mascard (Paris) : Dans le cadre de sarcome d'Ewing des côtes, la résection "en bloc" de la côte et des espaces intercostaux sus- et sous-jacents doit permettre une résection carcinologiquement radicale, pour éviter toute radiothérapie complémentaire. La résection de la côte peut néanmoins entraîner le développement d'une scoliose iatrogène.

- J.L. Jouve (Marseille) : Intérêt du péroné vascularisé dans les reconstructions osseuses massives. Son principal inconvénient est la longueur de la période de mise en décharge afin d'obtenir un épaississement suffisant du greffon.

- S. Guero (Paris) : Une technique intéressante de reconstruction digitale (allongement, stabilisation ou reconstruction articulaire) par un transfert composite de phalange d'orteil.

- Ch. Court et H. Carlioz (Paris) : Agénésies fémorales proximales sévères.

La plupart des classifications méconnaissent un élément anatomique et fonctionnel important : la mobilité ou la fixité de la tête fémorale dans le cotyle. Lorsque l'épiphyse fémorale est mobile, il y a un col fémoral souvent pseudarthrosé mais par contre lorsque l'épiphyse est soudée au cotyle, il n'y a pas de col fémoral. Sur les clichés standards, des signes permettent de prévoir l'état de la hanche : le pseudotalus, l'apparente augmentation de diamètre du foramen obturateur, l'horizontalité du toit, l'épaisseur du fond du cotyle et l'aspect du fémur. L'arthroscanner est probablement le meilleur examen pour apprécier l'état de l'articulation mais une simple arthrographie peut être concluante dès l'âge de 2 ans. Le traitement chirurgical varie en fonction des données précitées. Ce traitement est toujours difficile. Il associe diversement en cas de tête mobile une ostéotomie de valgisation avec ou sans allongement, en cas de tête non mobile la chirurgie ne doit être entreprise que pour améliorer la prothésation.

- C. Bérard (Lyon) : Des neurotomies tibiales sélectives uni-latérales chez des enfants IMOC ayant une marche autonome ont été pratiquées. Des biopsies des muscles neurotomisés ont montré la constitution d'unités motrices géantes qui expliquerait la récidive.

- D. Leconte (Aulnay-sous-bois) : Deux observations inhabituelles d'exostoses rachidiennes cervicales entraînant des troubles neurologiques dans le cas de maladie exostotante où

donc il faut surveiller l'examen neurologique et, au moindre doute, faire radiographie, scanner et IRM.

- M. Katabi (Paris) : L'épiphysiodèse du grand trochanter pratiquée avant l'âge de 8-9 ans, limite l'ascension relative du grand trochanter et permet d'accroître la distance articulo-trochanterique. Elle n'entraîne pas de raccourcissement notable du fémur.

Symposium : Actualités sur le pied plat et anomalies de l'avant-pied Organisé par Tomas Epeldehgi

Madrid, novembre 1995.
J. C. Pouliquen (Paris)

Le pied plat doit-il être traité ?

Il semblerait que les enfants qui sont pourvus précocement de chaussures rigides développent plus souvent un pied plat que ceux qui ne portent pas de chaussures, que ce soit pour des raisons climatiques ou économiques. Ces pieds plats dits "idiopathiques" sont toutefois modérés, rarement à la source de douleurs ou de difficultés de chaussage. Les pieds plats sévères se rencontrent plus souvent dans des maladies particulières comme la trisomie, le syndrome de Marfan, certaines chondrodystrophies.

Le traitement par chaussures orthopédiques ou par semelles n'a aucune efficacité. Il est même recommandé aux parents d'acheter à leurs enfants des chaussures souples, de lutter contre le poids excessif, d'encourager les exercices physiques. La chirurgie n'a aucune indication dans les pieds plats idiopathiques dont l'évolution est spontanément favorable. Certains pieds plats très sévères (pieds plats non idiopathiques) peuvent nécessiter une opération dont le choix est très difficile au sein d'une grande quantité de techniques proposées. Il est toutefois souligné qu'il faut aussi traiter la cause et/ou la conséquence, notamment la brève durée du triceps si on veut éviter une récidive rapide.

Le rôle du médecin est essentiel face à ce problème du pied plat du petit enfant : rassurer les parents qui poussent à la prescription de chaussures ou d'orthèses diverses qui n'ont aucune efficacité, les avertir même que ces traitements pourraient être un frein à la guérison, les convaincre enfin que leur enfant est normal.

CONTROVERSE

FAUT-IL TRAITER LE RHUME DE HANCHE ?

Le rhume de hanche ou synovite aiguë transitoire, ou arthrite aiguë bénigne est une pathologie bénigne de l'enfant se traduisant par une limitation douloureuse de la mobilité de hanche évoluant spontanément vers la guérison. Nous avons demandé l'avis du Professeur Ch. Glorion (Hôpital Raymond Poincaré à Garches) et celui du Professeur G.F. Penneçot (Hôpital Robert Debré à Paris).

Traitez-vous tous les enfants présentant un rhume de hanche ?

CH. GLORION : Oui. Quand ce diagnostic d'élimination a pu être établi aux urgences ou en consultation, la guérison est obtenue à la maison avec le repos et éventuellement des anti-inflammatoires. Lorsque les enfants ont des douleurs ou un enraidissement importants, quelques jours de traction suffisent le plus souvent à rendre la hanche souple et indolore. L'hospitalisation permet, en outre, de compléter si nécessaire le bilan et d'éliminer une autre pathologie.

G.F. PENNECOT : Non, mais je constate que beaucoup d'enfants sont hospitalisés dans le service pour un rhume de hanche (146 hospitalisations à l'hôpital Robert Debré en 1994). Je ne pense pas que la mise en traction soit idéale. Elle permet certes de laisser l'enfant au repos, mais il a été prouvé que la mise en traction augmentait les pressions intra-capsulaires, alors que la position en flexion abduction rotation externe les diminuait. Je crois que l'hospitalisation permet en fait de pratiquer les examens nécessaires pour éliminer toute autre pathologie car rappels que le diagnostic de rhume de hanche est un diagnostic d'élimination.

Ponctionnez-vous les hanches lors de l'hospitalisation ?

CH. GLORION : Non, sauf s'il existe un doute diagnostique avec une autre pathologie notamment l'arthrite septique de hanche que l'on ne

doit pas méconnaître, ou si la hanche est très douloureuse car la décompression soulage immédiatement l'enfant.

G.F. PENNECOT : Non, mais je ferai la même réponse que Ch. Glorion.

L'hospitalisation est-elle nécessaire en cas de rhume de hanche ?

CH. GLORION : En règle non. Si le diagnostic est sûr et si l'environnement familial est bon, il n'est pas obligatoire d'hospitaliser l'enfant. Cependant, nous essayons d'inculquer aux plus jeunes d'entre nous la crainte de l'infection ostéo-articulaire. Ces derniers voyant les enfants aux urgences ont tendance à les hospitaliser, davantage pour pouvoir confirmer le diagnostic que pour entreprendre un traitement.

G.F. PENNECOT : Non, si le diagnostic est certain. Mais le vrai problème est celui de la certitude du diagnostic. Lorsque je travaillais en privé, je n'hospitalisais pas plus de 10 % des enfants présentant une symptomatologie douloureuse de hanche avec une radiographie de bassin normale. Seuls ceux pour qui j'avais un doute diagnostique étaient hospitalisés. Actuellement dans le cadre d'un grand hôpital pédiatrique, les conditions sont bien différentes : l'environnement familial n'est pas toujours favorable, le médecin qui reçoit ces enfants aux urgences n'a pas toujours suffisamment d'expérience pour éliminer d'emblée un autre diagnostic. L'hospitalisation a alors un but de confirmation du diagnostic et aussi un but social.

Quelle attitude conseillez-vous pour les plus jeunes ?

CH. GLORION : L'important est de ne pas passer à côté d'un diagnostic beaucoup plus grave et surtout à côté de celui d'arthrite septique de hanche où l'on connaît la nécessité d'une prise en charge thérapeutique urgente. Si le moindre doute existe il est préférable d'hospitaliser l'enfant pour compléter le bilan.

G.F. PENNECOT : Il faut former les plus jeunes ce qui permettra de diminuer le nombre des hospitalisations. Rappelons que l'on a peu de chance de passer à côté d'un diagnostic en pra-

tiquant un minimum d'examen qui ne demandent que peu de temps : si l'enfant est aphyrique, si sa radiographie de bassin est normale, si l'échographie montre un épanchement articulaire, si le dosage de la CRP est normal de même que la numération formule sanguine, le risque de méconnaître un autre diagnostic est pratiquement inexistant.

CH. GLORION : J'ajouterais qu'il faut se méfier des enfants présentant une douleur de hanche alors qu'ils sont sous traitement antibiotique pour une autre affection. D'autre part, quelles que soient les modalités choisies pour le traitement, il est toujours nécessaire de revoir l'enfant en consultation avec une radiographie du bassin quelques semaines plus tard.

En cas de doute sur le diagnostic, que préconisez-vous ?

CH. GLORION : Si j'ai un doute j'hospitalise l'enfant et je n'hésite pas à ponctionner cette hanche. D'autres examens peuvent être demandés en fonction du contexte.

G.F. PENNECOT : Je suis d'accord avec Christophe Glorion. Je ne demande d'autres examens que si l'évolution est traînante, j'oriente alors la demande d'examen complémentaires en fonction du contexte clinique. (Nouvelle formule sanguine à la recherche de quelques blastes, scintigraphie osseuse si l'enfant a plus de 7 ans, facteurs anti-nucléaires et examen à la lampe à fente si l'on retrouve la notion d'autres atteintes articulaires antérieures...). Mais ces examens ne sont jamais demandés de première intention.

Quelle conclusion ?

CH. GLORION : Le rhume de hanche ne nécessite pas de traitement particulier, en dehors du repos. Le vrai problème est de savoir hospitaliser un enfant présentant des douleurs de hanche chez lequel le diagnostic de boiterie de hanche est incertain.

G.F. PENNECOT : Je suis entièrement d'accord avec Christophe Glorion, formons les plus jeunes et nous verrons diminuer dans les hôpitaux le nombre de rhumes de hanche hospitalisés.

COURRIER DES LECTEURS

L'orthopédie pédiatrique existe-t-elle ?

Dr P. Renoirte, Chirurgien Pédiatre, La Louvière (Belgique)

Non ! L'orthopédie pédiatrique n'existe pas... si ce n'est en tant que pléonasmе, ce qui n'est pas un label de qualité.

Jadis, les praticiens de l'appareil locomoteur vous ont piqué votre identité en profitant de la dérive des mots. Ce phénomène n'est pas propre à votre phalange et se voit un peu partout : le nègre est devenu un noir qui s'est transformé en indigène, lequel est devenu autochtone en certains endroits, mais ils finiront par être tous... mélanodermes. De même l'étranger devient allochtone. Même l'artisan bandagiste s'est qualifié d'orthopédiste et chez nous l'ingénieur technicien est devenu ingénieur industriel. C'est comme si l'opticien devenait oculiste ou ophtalmologiste.

A l'origine, l'orthopédie s'appliquait à redresser les enfants tordus ou hors normes et

c'était bien ainsi. Comme le tuteur qui guide l'arbre en croissance cher aux Sociétés Anglo-saxonnes.

Les bouquins d'Ombredanne parlaient d'**Orthopédie** et de **chirurgie infantile**. L'appellation « infantile » étant parfois utilisée d'une manière méprisante, elle fut remplacée par « pédiatrique » en passant de l'origine latine à l'origine grecque, et c'est peut-être la disparition du grec de beaucoup de curriculums de l'enseignement secondaire qui fut le facteur d'aggravation de la dérive des mots. L'Orthopédie étant tombée hors de ses pompes... se cherche de nouvelles chaussettes pour un look plus branché.

Personnellement, je pense que l'orthopédie a pour objet l'étude et le traitement de l'enfant (en croissance, *of course*) et qu'elle ne doit pas être réservée aux chirurgiens de l'appareil locomoteur (improprement appelés orthopédistes), mais partagée éventuellement entre eux et les chirurgiens pédiatriques et même pour certains chapitres avec les pédiatres qui de toutes façons voient beaucoup plus d'enfants que nous et devraient donc être d'avantage initiés aux finesses de l'orthopédie.

« Si tu sais que tu ne sais pas... tu sauras. Si tu ne sais pas que tu ne sais pas... tu ne sauras pas. » Proverbe malien.

Réponse de Henri Carlioz.

Je sais que je ne sais pas ce que notre collègue Renoirte veut prouver. Si j'en crois le proverbe qu'il cite, je suis donc près de savoir.

J'imagine qu'il souhaite plus de coordination avec les chirurgiens pédiatres et les médecins pédiatres. Son vœu est exaucé en bien des hôpitaux ; qu'il en soit rassuré.

L'orthopédie et peut-être les orthopédistes - ces termes lui conviennent-ils ? - existent puisqu'ils pensent (un peu).

En vérité je n'en suis pas tout à fait assuré.

Ce sont surtout les enfants qui existent. Ce sont leurs maladies qui sont pédiatriques.

Il n'y a pas de pédiatrie sans chirurgie pédiatrique, pas de chirurgie pédiatrique hors de la pédiatrie.

Sommes-nous d'accord ?

Sur la sémantique sans doute puisque l'intitulé du service dont je suis responsable est « Orthopédie et Chirurgie réparatrice ».

J'ai évité les termes pédiatrique et infantile.

Henri Carlioz

Une sélection des Conférences d'Enseignement de la SOFCOT

ORTHO-PÉDIATRIE 2

Membre inférieur, tumeur, divers
sous la direction de J. DUPARC



En vente chez votre libraire spécialisé ou par correspondance à l'Expansion Scientifique Française
31, bd de Lator-Maubourg, 75007 PARIS
Prix : 240 F

Table des matières

- L'ostéochondrite disséquante des condyles fémoraux chez l'enfant et l'adolescent
- Courbures et pseudarthroses congénitales de jambe
- Ostéogenèse imparfaite. Indications thérapeutiques chez l'enfant
- Conduite à tenir dans les grandes malformations des membres chez l'enfant
- Les allongements diaphysaires des membres selon la technique de H. Wagner
- La méthode d'Illizarov
- La méthode d'Illizarov dans la pathologie de l'enfant
- Vices de torsion des membres inférieurs
- Maladie exostosante
- L'ostéome ostéolide chez l'enfant
- Traitement actuel du sarcome ostéogène
- Infections ostéoarticulaires primitives de l'enfant
- Traitement chirurgical de la paralysie obstétricale