

La
Lettre
du
GEOP

Groupe d'Etude en Orthopédie Pédiatrique

Numéro 1 trimestriel



Juin, Juillet, Août 1995

Prix de vente au n° : 50 F

E D I T O

En 1976, cinq professeurs agrégés de l'Université - Henri Bensahel, Jean-Marie Bouyala, Henri Carlioz, Jean-Gabriel Pous et Pierre Rigault - organisaient à Montpellier un Séminaire National d'Enseignement de l'Orthopédie Pédiatrique. Certains se souviendront de cette atmosphère grave presque religieuse dans cet amphithéâtre emplie de jeunes et de moins jeunes qui découvriraient le résultat d'une démarche nouvelle : des aînés venaient de leur propre volonté leur apprendre ce qu'ils savaient. En 1982, le Groupe d'Etude en Orthopédie Pédiatrique (GEOP) est fondé. Il réunit désormais deux fois par

an tous les chirurgiens orthopédistes s'intéressant particulièrement ou exclusivement à l'enfant afin d'échanger et de confronter leurs idées. Et il poursuit la mission dont il n'est que le prolongement : l'enseignement prodigué annuellement au travers du Séminaire qui aura été le 19^e cette année au Touquet.

Aujourd'hui, le GEOP réunit 130 membres, tous des orthopédistes pédiatres avertis, appartenant principalement à notre pays mais aussi à la communauté francophone d'Europe, d'Afrique et du Canada. Se préservant du gigantisme, il a conservé sa chaleur, chaleur nourrie de la passion que tous ses membres partagent, celle de soigner un enfant.

Ceci est le premier numéro de « La Lettre du GEOP ». Cette lettre apportera

quelques éclaircissements sur des pathologies que nous rencontrons quotidiennement ou soulèvera les doutes qui nous envahissent parfois, doutes qui concernent l'efficacité d'un traitement ou la validité d'un examen complémentaire. Elle apportera aussi ce que les uns ou les autres ont pu glaner ça et là dans les rencontres, les congrès ou les articles de la littérature.

« La Lettre du GEOP » ne saurait être vraiment une « lettre » sans réserver de la place pour une réponse.

Commentaires, questions, critiques sont vivement souhaités. Leur abondance nous dira si la main tendue a été saisie.

Jean Claude POULQUEN
Ancien Président du GEOP



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

Président : M. BERGOIN
1^{er} Vice-Président : M. ONIMUS
2^e Vice-Président : A. DIMEGNO
Trésorier : D. MOULIES
Secrétaire Général : J.P. METAZEAU
Secrétaire adjoint : Ch. GLORION
Membres : G. BOLLINI, G.F. PENNECOT, P. LEBARBIER,
J.M. CLAVERT, J. BERARD

Editeur : EXPANSION SCIENTIFIQUE FRANCAISE S.A.
15, rue Saint-Benoît - 75278 PARIS CEDEX 06
Directeur de la Publication : Pierre BERGÉALD

ISSN : en cours
Juin 1995

Comité de rédaction de « La Lettre du GEOP »

Rédacteur en chef : J.C. POULQUEN (Paris)

Rédacteurs en chef-adjoints : Membres :
J. CATON (Lyon) C. BRONFEN (Coen) B. FENOLL (Brest)
G.F. PENNECOT (Paris) J.L. CEOLIN (Pointe-à-Pitre) S. GULLIARD
B. DE COURTIVRON CHARLES (Nantes)
(Tours) J. LANGAIS (Paris)
B. DE BILLY (Besançon)

N° d'ordre : 0.621
Dépôt légal : 2^e trimestre 1995
Commissaire paritaire des Publications et Agences de presse : en cours
Imprimerie de Chambray - 52200 Langres

RETOUR AUX SOURCES

L'ostéomyélite de l'enfant

S. GUILLET-CHARLES (CHU de Nantes)

Autrefois mortelle dans plus de 20% des cas, les infections osseuses de l'enfant ont bénéficié de l'avènement des antibiotiques, leur fréquence n'a pas diminué et parallèlement s'est développée une résistance du staphylocoque doré ainsi qu'un changement des caractères cliniques de l'ostéomyélite, souvent décapitée par une antibiothérapie préalable.

Infection hémotogène de l'os en croissance, l'ostéomyélite touche préférentiellement la métaphyse des os longs des enfants de 1 à 15 ans, avec une prédilection pour le fémur et le tibia, et est due le plus souvent au staphylocoque doré. La contamination de l'os se fait à partir d'un foyer infectieux cutané le plus souvent, mais aussi ORL, ou pulmonaire, au cours d'une décharge bactériémique responsable d'un syndrome fébrile majeur. Le germe (staphylocoque doré 90%, streptocoque ou *Haemophilus influenzae*) véhiculé par voie sanguine va se fixer préférentiellement au niveau de la métaphyse des os longs en raison de la vascularisation particulière de celle-ci. En effet, l'artère nourricière de l'os se ramifie dans la région proche du cartilage de croissance en artères métaphysaires, qui donnent naissance à de fines artérioles, lesquelles se drainent au contact du cartilage conjugal dans de vastes plexus veineux, eux-mêmes

drainés par des veinules vers la veine nourricière. Ce dispositif complexe est responsable d'un ralentissement du flux sanguin qui favorise la fixation microbienne.

Mais tous les germes véhiculés à ce niveau lors de septicémie, ne provoquent pas d'ostéomyélite. Il existerait donc une prédisposition locale à la pullulation microbienne qui pourrait être une micro-thrombose (post-traumatique?), déterminant alors la fixation du germe.

Classiquement le germe ne franchit pas le cartilage conjugal car il n'y a pas de communication vasculaire entre l'épiphyse et la métaphyse, et l'articulation est de ce fait protégée. L'ostéomyélite est donc une infection extra-articulaire. Cependant l'articulation peut être contaminée dans certains cas: 1) avant 18 mois car les communications vasculaires à travers la plaque de croissance n'ont pas encore disparu; 2) lorsque la métaphyse est intra-articulaire (humérale et fémorale supérieure); 3) enfin, après une longue évolution de l'infection.

La thrombose septique est responsable durant les 24 à 48 premières heures d'un œdème avec augmentation de la pression intra-osseuse provoquant des douleurs intenses. Succédant à l'œdème qui a décollé le périoste, le pus se collecte et forme un abcès sous-périoste. L'infection se propage par contiguïté et le long des axes vasculaires, entraînant des phénomènes d'ischémie responsable de la nécrose d'un territoire osseux. Les fragments osseux nécrosés, s'ils ne sont pas complètement résorbés, constituent des séquestres entretenant l'infection.

Dans le même temps l'abcès sous-périoste peut se rompre, envahir les parties molles et s'extérioriser à la peau sous forme de fistule purulente. Malgré cette extériorisation, l'infection n'a aucune tendance à la guérison spontanée car elle est entretenue par la présence de séquestres. Cette évolution ne s'observe que dans les ostéomyélites traitées tardivement, au-delà du 10^e jour. Les destructions osseuses provoquées par les processus infectieux peuvent être à l'origine de séquelles majeures, disparition de l'os diaphysaire, stérilisation du cartilage conjugal responsable de désaxation ou d'inégalité de longueur des membres inférieurs. Ces séquelles sont actuellement devenues plus rares avec la précocité du diagnostic et du traitement et l'efficacité des antibiotiques, en particulier anti-staphylocoques.

Ce bref rappel de la physio-pathologie de l'ostéomyélite de l'enfant montre que le traitement antibiotique précocement institué a toutes les chances de guérir rapidement l'infection en raison de la richesse de la vascularisation de la métaphyse. Au contraire, un tel traitement institué au stade plus tardif de décollement périoste et de séquestration n'aura pas la même efficacité puisque les antibiotiques ne parviendront pas au site de l'infection. Elle montre aussi que chez le nourrisson l'ostéomyélite pure est rare, elle est souvent accompagnée d'une arthrite qui doit toujours être recherchée.

Aussi l'aphorisme de G. LAURENCE restait-il toujours vrai en 1995: le plâtre dans le quart d'heure, les antibiotiques dans l'heure.



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 Latour-Maubourg, 75007 PARIS

Prix: 250 F

Table des matières

- Premier examen d'un enfant scoliotique
- Cyphoses régulières en période de croissance
- L'instrumentation rachidienne chez l'enfant et l'adolescent
- Dyrathraphie 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 dystopies 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'épiphysyolyse fémorale supérieure

QUI ÉTAIT-IL ?**MARINO ORTOLANI**

Jacques CATON (Lyon)

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, Marino ORTOLANI n'était pas chirurgien mais pédiatre, et c'est par le biais de la pédiatrie qu'il s'est intéressé à une pathologie chirurgicale : la luxation congénitale de la hanche. Né à Altedo (Bologne) le 25 juillet 1904, Marino ORTOLANI, lauréat de la Faculté de Médecine de Bologne en 1929 se spécialise en pédiatrie avec une formation complémentaire à Florence durant son service militaire. Il vient ensuite à Ferrare où il fera toute sa carrière à l'Institut Brefotrofio, Institut s'occupant d'enfants déshérités ou abandonnés. En 1932, il est nommé adjoint de l'Institut, diplômé de Pédiatrie en 1933, il en devient Directeur en 1938 et Chef de Service en 1948, fonction qu'il occupera jusqu'en 1972 ; le Brefotrofio devient avec le temps Institut Provincial de l'Enfance.

DE LA THALASSÉMIE À LA LUXATION CONGÉNITALE DE HANCHE

Une des premières préoccupations et communications de Marino Ortolani fut un travail sur la maladie de Cooley, ou thalassémie, publication qui aurait été faite en juin 1934 et publiée semble-t-il en 1935, sa première communication sur la luxation congénitale de hanche ayant eu lieu le 31 juillet 1936. Ces deux pathologies : thalassémie et luxation congénitale de hanche seront ses deux chevaux de bataille et les deux fils conducteurs de sa vie professionnelle et scientifique ; l'une le conduisant à l'autre.

En effet, Marino Ortolani décrit le premier cas européen de la maladie de Cooley et c'est le même enfant, sur lequel il décrit cette première observation, qui fut à l'origine de son intérêt pour la luxation congénitale de hanche. La mère de celui-ci se plaignait qu'en le changeant, elle entendait et percevait au niveau de la région périnéale un ressaout. Marino Ortolani, curieux, lui demanda de relaire les manœuvres entraînant ce ressaout, et une radiographie du bassin de l'enfant montra que celui-ci présentait une luxation congénitale de hanche. À partir de ce moment-là, Marino Ortolani



Marino ORTOLANI (1904-1983)

rechercha alors ce signe chez tous les nouveau-nés et s'aperçut que ce ressaout ou ce signe du ressaout en français, ou click des Anglo-Saxons et qu'il décrivit sous le nom de « il segno dello scatto » était un signe fidèle et précoce (fig. ci-dessus).

LE PREMIER APÔTRE DU DÉPISTAGE ET DU TRAITEMENT PRÉCOCE DE LA LUXATION CONGÉNITALE DE HANCHE

Marino Ortolani présente ses observations en 1936 à l'Académie des Sciences de Ferrare ; la communication s'intitulant : « un signe peu noté mais important dans le diagnostic de la luxation congénitale (un segno poco noto di lussazione congenita dell'anca sua importanza diagnostica) ».

Marino Ortolani s'est battu toute sa vie pour un dépistage et un traitement précoce de la luxation congénitale, la région de Ferrare étant un centre endémique important de cette pathologie. De ce fait, le gouvernement italien ouvrit et confia à Marino Ortolani, en 1946, le premier centre au monde de dépistage, de



Le signe d'Ortolani ou segno dello scatto ou « click » des Anglo-Saxons.

prophylaxie et de traitement de la luxation congénitale de la hanche. Ce centre acquit rapidement une renommée internationale et fut visité par de nombreux praticiens internationaux. Marino Ortolani examinait et traitait 15 à 20 enfants par jour atteints de cette affection. Ses constatations cliniques étaient corrélatées par des constatations anatomiques, Marino Ortolani diséquant lui-même à partir de 1938 de nombreuses hanches de jeunes enfants décédés.

Il écrivit un livre et 31 articles sur cette pathologie expliquant partout la nécessité du dépistage en maternité et affirmant, par ailleurs, que les meilleurs moments du traitement étaient les premiers jours de la vie, notamment grâce à un petit appareillage dont Pavlik s'est probablement inspiré.

C'est le second mérite d'Ortolani sur le plan orthopédique : la mise au point d'un petit appareillage en tissu tout à fait semblable au harnais de Pavlik qu'il appelait « la bretella », celui-ci donnant d'excellents résultats et diminuant de façon significative, le nombre des cas d'ostéochondrites post-réductionnelles.

Pour finir, nous rappellerons que le signe du ressaout d'Ortolani (fig. ci-dessus) qui se recherche, membres en abduction, la pression sur le grand trochanter homolatéral entraînant la réduction de la luxation est un ressaout de rentrée ; le signe décrit par Barlow en 1962 étant un ressaout de sortie, la hanche en position normale réduite étant rendue luxable par une manœuvre de prospination du poignet, celle-ci entraînant une luxation de la hanche.

POUR EN SAVOIR PLUS

- 1937 Marino ORTOLANI « Un segno poco noto e sua importanza per la diagnosi precoce di prelussazione congenita dell'anca ». *La Pediatria* 1937 - 2.129 - Marino ORTOLANI.
- 1947 Marino ORTOLANI « La Bretella quale mezzo profilattico terapeutico dell'anca che tende congenitamente a lussare ». *Minerva medica* - 1947 - vol. II - 30 - 1 - 8.
- 1948 Marino ORTOLANI « La lussazione congenita dell'anca 1948 - Cappelli editore - BOLOGNE.
- 1957 Marino ORTOLANI « Le diagnostic fait par la recherche du signe du ressort est le seul moyen permettant le traitement vraiment précoce et total de la luxation congénitale de la hanche ». *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine Séance du 12 Mars 1957 - Tome 141 n° 9 et 10-121^e année 3^e série 188 - 193.*
- 1958 Marino ORTOLANI « Signes et évolution de la malformation luxante de la hanche ». *Revue de Chirurgie Orthopédique* - 1958 - 44 - 75 - 83.
- 1962 T.G. BARLOW « Early diagnosis and treatment of congenital dislocation of the hip ». *J. Bone and Joint Surgery* - 1962 - 44 B - 292 - 301.
- 1976 Stanko STANISAVLECI « Tribute to Marino ORTOLANI ». *Clinical Orthopaedics and Related Research* 1976 sept 119 - 4 - 5.
- 1976 Marino ORTOLANI « The classic: congenital hip dysplasia in the light of early and very early diagnosis ». *Clinical Orthopaedics and Related Research* 1976 sept 119 - 6 - 9.

Remerciements:

Nous tenons également à remercier pour leur collaboration: Mario Ortolani de Padoue et Roberto Aldegheri de Vérone.

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 Maréchal
54511 VANDOEUVRE Cedex
Tél.: 03.15.47.15
Fax: 03.15.47.13

Pr G. LEFORT
American Memorial Hospital
47, rue Cognac Jay
51092 REIMS Cedex
Tél.: 26.78.75.71
Fax: 26.65.47.32

CONTROVERSE

Place de l'échographie
de hanche dans le dépistage
de la maladie luxante

Sous la direction de Georges-François
PENNECOT (Robert Debré, Paris)

De multiples articles et mises au point ont été publiés ces dernières années sur ce sujet. Ils n'ont pas toujours la rigueur scientifique souhaitée et aboutissent à une certaine confusion. Nous avons interrogé le Professeur M. Hassan radiologue de l'hôpital Robert Debré à Paris et le Professeur Ch. Bonnard orthopédiste pédiatre du CHU de Tours.

Êtes-vous satisfait de l'utilisation de l'échographie de hanche dans le dépistage de la maladie luxante ?

Ch. B. Oui, si l'échographiste qui l'a pratiquée est bon.

M. H. Non. Des diagnostics par excès et par défauts sont fréquents. Beaucoup de prescriptions d'échographie de hanche paraissent injustifiées.

Cet examen vous paraît-il fiable ?

Ch. B. Il y a une bonne correspondance avec l'examen clinique si l'échographie est de qualité

M. H. Son résultat ne dépend pas uniquement de l'état morphologique de la hanche. Il est « examinateur dépendant ». La réponse ne peut être binaire (la hanche est elle pathologique ? oui - non). Il s'agit de l'évaluation morphologique d'une structure volumique par une coupe projetée en 2D.

Quels sont les critères
d'une bonne échographie de hanche ?

Ch. B. La coupe doit être coronale « ni trop postérieure ni trop antérieure » passant par le plus grand diamètre de la tête, l'axe iliaque doit être linéaire.

M. H. Une bonne échographie est celle qui apporte réellement quelque chose par rapport à un bon examen clinique. Le plan échographiquement correct de l'étude morphologique a été choisi arbitrairement comme celui qui fait apparaître l'axe iliaque sous forme d'une ligne parfaitement parallèle à la barrette échographique et qui montre la région du grand trochanter. Pour l'épreuve dynamique, les critères sont beaucoup plus aléatoires.

Les critères définis par Graf sont-ils fiables ?

Ch. B. Non.

M. H. Ils les laissent perplexes...

Une formation particulière est-elle nécessaire pour la pratiquer ?

Ch. B. Oui elle paraît très souhaitable.

M. H. Cette question soulève le problème de la qualification médicale... Il paraît plus intéressant de redéfinir l'ensemble du problème posé par la dysplasie luxante de la hanche avant de se recentrer sur un des outils diagnostiques.

Quand et comment la pratiquer ?

Ch. B. Pour le dépistage entre 21 jours et 3 mois en pratiquant une échographie dynamique et en ne gardant comme critère d'interprétation que la couverture de la tête fémorale à plus ou moins de 50% et l'aspect du labrum. Elle est également utile pour la surveillance thérapeutique du recentrage.

M. H. A partir de l'âge de 1 mois. Auparavant il y a trop de variations dépendant de la laxité physiologique du nouveau né et de la « vigueur » de l'examineur. On pourra en fait fournir une réponse plus pré-

cise quand la pathologie et le traitement seront plus rigoureusement définis.

Plus généralement quel est pour vous le schéma de dépistage ?

Ch. B : Primauté de l'examen clinique à la naissance :

- *hanche luxable* : observation jusqu'à 21 jours puis appréciation de la stabilisation clinique et échographique. Si stable à ces 2 examens, surveillance clinique et contrôle radio à 4 mois, sinon traitement ;
- *hanche luxée réductible* : traitement ;
- *hanche stable* : examen clinique et échographie dynamique à 1 mois s'il y a des facteurs de risque.

M. H : Je ne suis pas orthopédiste mais le schéma qui me paraît logique est :

- *hanche instable* : vérification échographique immédiate et traitement ;
- *hanche stable* : s'il existe des facteurs de risque, échographie à 1 mois et contrôle radiographique à 4 mois.

Avez vous constaté des erreurs ?

Ch. B : 3 à 5% de cas douteux qui sont réexaminés 2 semaines plus tard, quelques faux négatifs et très peu de faux positifs.

M. H : Il y a des erreurs. Globalement il apparaît que le pourcentage de « hanches dites anormales » est trop élevé par rapport à ce qu'on serait en droit d'observer.

Georges François PENNECOT

La place de l'échographie de hanche dans le dépistage de la maladie luxante reste contestée et mal définie. Il est certain qu'actuellement :

- la demande d'échographie de hanche est trop importante.
- beaucoup de prescripteurs se rassurent en la demandant alors qu'il apparaît clairement qu'il s'agit d'un examen demandant une interprétation et qui ne peut donner de réponse formelle.

Le pourcentage de hanches dites pathologiques à l'échographie est actuellement bien supérieur à la réalité. Cet examen demande une grande habitude de la part de l'échographiste et une corrélation avec les données cliniques. Son caractère « **examineur dépendant** » en montre les limites.

De plus, dans ce débat, il ne faut pas isoler l'échographie du contexte. **Ce n'est qu'un examen complémentaire** qui n'est qu'une partie de l'arsenal des moyens de dépistage de la maladie luxante. On doit souligner l'importance des examens cliniques de hanche répétés. On ne peut demander à l'échographie plus qu'elle ne peut apporter.

Il reste à définir clairement quelles hanches sont pathologiques et quand il faut les traiter. Une réponse étant apportée, il sera plus simple de définir des indications précises à cet examen.



LANCEMENT
DU 3615
MALAUDOS

Les Laboratoires Lederlé viennent de lancer un service minitel **3615** code - **Malaudos** - dont l'objectif est d'apporter des informations et des conseils concernant la pathologie du dos.

Entre les mois de Juin et de Novembre 1994, 600 spécialistes Rhumatologues et Rééducateurs Fonctionnels de toutes les régions de France ont été consultés pour élaborer le programme.

La mise au point finale a été effectuée au cours des trois derniers mois avec le concours du **Groupe d'Etude des Lombalgies (GEL)**, section Rachis de la Société Française de Rhumatologie et de l'**Association Française de Lutte Anti-Rhumatismale (AFLAR)**.

Le service est composé de 12 rubriques consacrées pour certaines à l'aspect médical de la pathologie rachidienne (anatomie, maladies ...) et pour d'autres à des renseignements pratiques (métier, transports, sports ...). La rubrique 13 est réservée aux médecins qui pourront l'utiliser pour poser des questions d'ordre général (bibliographie, actualités ...) sur la pathologie du dos.

Le **3615 Malaudos** est à but non lucratif, les fonds générés par les connexions permettront d'assurer les frais de fonctionnement et de créer une bourse de recherche sur la pathologie du dos.

Les Laboratoires Lederlé présentent actuellement le **3615 Malaudos** au corps médical qui pourra le faire connaître aux patients.

TRIBUNE LIBRE

L'orthopédie pédiatrique existe-t-elle ?

H. CARLJOZ (Hôpital Trousseau PARIS)

Pour attirer l'attention, pour provoquer une discussion et des réponses, il est tentant de répondre « NON » à la question titre. L'orthopédie pédiatrique n'existe pas ; il n'est pas plus difficile d'opérer un enfant qu'un adulte. L'enfant est tout, le chirurgien n'est rien.

A vrai dire, ce n'est pas une réponse ; c'est une fuite. Le même genre de réflexion, à mi-chemin de la sottise et du cynisme, peut s'appliquer à toute science ; ses rameaux de plus en plus nombreux exigent des connaissances si vastes qu'une spécialisation est indispensable.

L'orthopédie pédiatrique existe donc puisqu'elle est nécessaire mais qu'est-elle ?

Liée à l'enfant, elle l'est donc à sa croissance. Nos réflexions, nos discussions, les explications que nous donnons aux parents, le principe de nos interventions, nos gestes opératoires, la façon que nous avons d'examiner l'enfant, doivent en tenir compte toujours. Toujours.

Tout cela peut intervenir dans la croissance de l'enfant puisque cette croissance, ce développement, c'est, bien sûr, ce que Green et Anderson, G. Duval-Beaupère, M. Sempé, nous en ont appris, mais c'est aussi la progression scolaire, les acquis affectifs, intellectuels, culturels. Sur tout cela, consciemment ou pas, l'orthopédiste pédiatre influe utilement ou en mal. Autrement ou plus simplement dit, ce n'est pas le résultat immédiat de nos actions, seul, qui compte : la consolidation de la fracture par exemple. C'est aussi l'évolution du cal vicieux et le trouble induit dans la longueur et dans la forme de l'os par le traumatisme de la physe.

C'est en pensant toujours au présent, à l'avenir proche, à l'avenir lointain aussi, que nous devons décider et faire. En pédiatrie, ce n'est pas tant un délai précis qui nous intéresse, un an, cinq ans, mais la perspective de la disparition des cartilages de croissance et, plus loin, ce que cet enfant sera lorsqu'il sera devenu adulte.

L'enfant grandit, se transforme. Le résultat de nos opérations évolue avec lui et il nous faut en jouer.

L'ostéotomie innominée de Salter a un effet immédiat que nous utilisons dans l'ostéochondrite primitive de la hanche pour emboîter mieux qu'elle ne l'était l'épiphyse fémorale fragile. Elle a aussi un effet à long terme car elle remet les zones de croissance du cotyle dans de bonnes conditions de fonctionnement. Nous cherchons cet effet lorsque nous faisons une ostéotomie de Salter à 2 ou 3 ans

pour une dysplasie résiduelle après la réduction d'une luxation congénitale de hanche.

Jean Michel ROGEZ, lorsqu'on l'interroge sur ce qu'est un chirurgien, répond que c'est un médecin qui fait de la chirurgie. Je pense qu'il en est de même d'un orthopédiste pédiatre, c'est un pédiatre qui fait de l'orthopédie. Parler ainsi c'est vouloir insister sur la nécessaire connaissance de la physiologie de la croissance, des maladies de l'enfant avant de pouvoir décider d'un traitement et sur les conséquences de ces décisions sur le développement du corps de l'enfant, et de l'enfant entier.

L'ostéotomie fémorale et pelvienne que l'orthopédiste pédiatre fait du mieux qu'il peut pour stabiliser la hanche d'un enfant IMOC sous-entend une hospitalisation de plusieurs jours, un plâtre et une position couchée de plusieurs semaines.

L'amélioration de la hanche est probable.

L'aggravation au moins temporaire et parfois très durable du retard psychomoteur de l'enfant est presque certaine.

L'orthopédie pédiatrique, c'est tout cela :

- connaître les mécanismes de la croissance et ses troubles ;
- savoir utiliser les moyens adaptés pour rétablir des conditions normales du développement harmonieux de l'appareil locomoteur ;
- sans entraîner d'autres désordres dans le développement général de l'enfant.

L'orthopédiste pédiatre, c'est donc le pédiatre du mouvement et de la vie de relation.

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

Prix : 240 F

Table des matières

- L'ostéochondrite dissequante 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'Iizarov
- La méthode d'Iizarov dans la pathologie de l'enfant
- Vices de torsion des membres inférieurs
- Maladie exostosante
- L'ostéome ostéoïde chez l'enfant
- Traitement actuel du sarcome ostéogène
- Infections ostéoarticulaires primitives de l'enfant
- Traitement chirurgical de la paralysie obstétricale

