

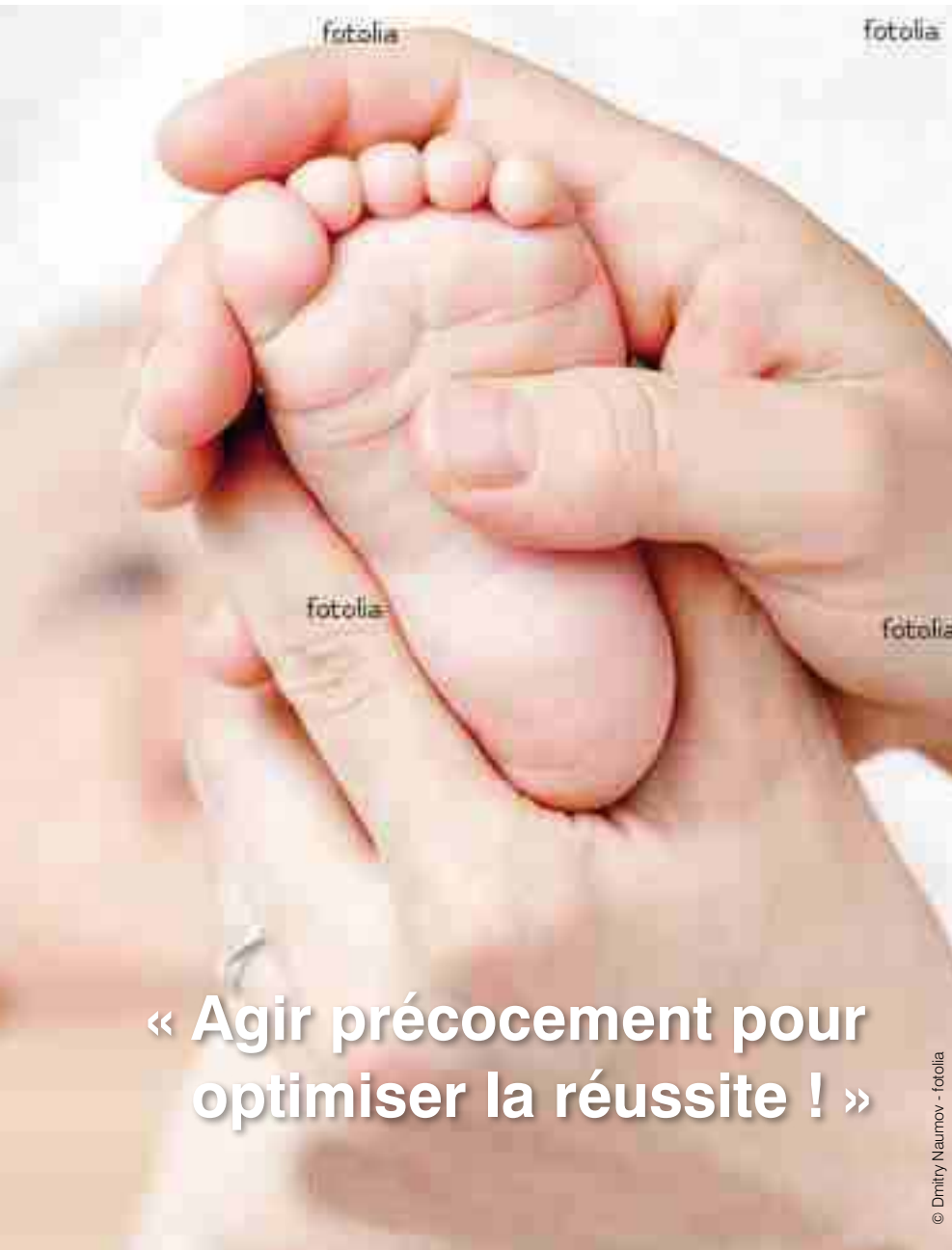
DOSSIER

MALPOSITIONS MINEURES DU PIED DU NOURRISSON

SAVOIR AGIR RAPIDEMENT ET EFFICACEMENT

Un diagnostic et une prise en charge kinésithérapique précoces permettent de réduire aisément les malpositions mineures du pied du nourrisson. Voyons ensemble comment...

Jean-Pierre Delaby, Masseur-Kinésithérapeute, Hôpital Robert Debré, Paris.



« Agir précocement pour optimiser la réussite ! »

Les malpositions mineures du pied du nouveau-né sont très fréquentes et souvent bénignes. Ces déviations mineures ne concernent que l'avant-pied, au contraire des malformations majeures ou sévères, qui, elles, intéressent l'arrière-pied (c'est-à-dire sa fonction articulaire). L'examen clinique du nourrisson à la naissance, réalisé par le pédiatre ou le médecin généraliste, permet de déceler l'existence d'une pathologie du pied et d'évaluer la gravité initiale de la déviation. La décision de traiter ou non repose sur le diagnostic médical, la gravité de la déviation et l'évolution spontanée de celle-ci. Le traitement entrepris dès la naissance permettra d'éviter de découvrir, plus tard au cours de la première année, des déviations aggravées plus difficiles et plus longues à corriger. Pour la prise en charge de ces malpositions, la discipline de référence est la kinésithérapie fonctionnelle.

A propos du traitement kinésithérapique

Lors de la prise en charge de ces malpositions, le traitement kinésithérapique suit un certain nombre de principes :

- prise en compte et respect du développement psychomoteur de l'enfant et de son état : sommeil, jeu, évolution motrice ;
- choix technique dans le souci permanent du meilleur rapport contrainte/efficacité ;
- action précoce en allant du choix le plus simple au plus contraignant.



Figure 1 - Le pied calcaneus direct.



Figure 2 - Strapping type pour le pied calcaneus direct.

- manipulation s'accompagnant d'une détente maximale ou souvent réalisée pendant le sommeil de l'enfant ;
- connaissance de l'enfant, permettant d'instituer au cours du traitement une bonne relation entre l'enfant et le kinésithérapeute ;
- respect de la maquette cartilagineuse : tout geste mal contrôlé et tout appareillage mal conçu auront un effet nocif et parfois dangereux ;
- connaissance des schémas cinétiques de développement musculaire durant la première année de vie afin de travailler en harmonie avec l'enfant, tant sur le plan des mobilisations que celui des appareillages.

Le kinésithérapeute qui prend en charge ces bébés doit donc être suffisamment intéressé et formé. La démarche de traitement entreprise sera conditionnée par l'origine physiopathologique de la déviation :

- positionnelle ou sans cause apparente : si le traitement est débuté tôt, l'évolution sera favorable ;
- déséquilibre musculaire : dans ce cas, une stimulation élective et une simple contention par bandes adhésives élastiques (type Tensoplast®) guident la motricité spontanée entre les séances de rééducation ;
- rétraction capsulo-ligamentaire : des manœuvres d'étirement sont réalisées par le thérapeute et un appareillage est nécessaire.

Différentes malpositions du pied

■ Le pied calcaneus direct

A la naissance, les nouveau-nés présentent des pieds talus physiologiques de 15 à 20° (Fig. 1). Pour la majorité d'entre eux, du fait de l'évolution neuro-motrice, l'équilibre musculaire va se réaliser. De part sa gesticulation, le nouveau-né met en place une auto-kinésithérapie, qui permet la récupération progressive d'une musculature, suffisante à équilibrer le pied. Lorsque la mobilisation du pied met en évidence une rétraction du tibial antérieur, entraînant une limitation de la flexion plantaire, on peut parler d'un pied talus pathologique. Un traitement kinésithérapique doit débuter rapidement. Celui-ci consiste en des postures manuelles du pied en flexion plantaire. Entre les séances, des contentions seront posées afin de maintenir les corrections obtenues lors de la séance (Fig. 2).

■ Le pied calcaneus adductus

Cette malposition est peu fréquente. A la déviation en talus, s'associe une adduction de l'avant-pied. La rééducation aura pour but :

- de retrouver une bonne flexion plantaire,
- de corriger cette adduction de l'avant-pied, en étirant le bord antéro-interne du pied, l'arrière-pied étant maintenu en position neutre.

■ Le pied calcaneus valgus

En flexion dorsale, le pied est placé sur la face antérieure de la jambe, alors que la plante regarde en dehors, avec une pronation marquée de l'avant-pied (Fig. 3). Cette pathologie associe un valgus de l'avant-pied à un pied talus. Le calcanéum est positionné en valgus avec un triceps latéralisé en dehors. On peut parfois observer la saillie de la tête taliennne en dehors. Les manœuvres kinésithérapiques insistent sur l'étirement du bord externe et sur la récupération de la flexion plantaire en respectant le bloc calcanéopédieux.

On recherchera l'activité :

- des muscles fléchisseurs plantaires,
- des muscles fléchisseurs des orteils,
- du tibial postérieur.

Différents appareillages seront posés entre les séances selon la déviation du pied (Fig. 4).

Le traitement sera plus long que pour les autres déviations. Une surveillance jusqu'à l'âge de la marche sera nécessaire afin de contrôler, lors de la mise debout, l'éventuelle apparition d'un pied plat valgus.

■ Le pied supinatus

C'est une déviation bénigne et fréquente à la naissance. Le pied se place en supination globale, la plante du pied regarde en dedans (Fig. 5). Il est nécessaire de différencier le pied supinatus lié à un simple



Figure 3 - Le pied calcaneus valgus.



Figure 4 - Strapping type pour le pied calcaneus valgus.

déséquilibre musculaire, de celui dû à une rétraction tendineuse du tibia antérieur associée à une rétraction capsulo-ligamentaire de l'articulation métatarso-cunéenne. Lors du simple déséquilibre musculaire, des conseils sont donnés aux parents, et quelques séances de rééducation à visée de stimulations sont nécessaires. Lors des formes plus accentuées, des postures manuelles devront être réalisées, et une contention devra être mise en place.

■ Le pied adductus

C'est une déviation banale chez le nouveau-né. L'avant-pied est en adduction sans composante de supination (Fig. 6). Cette adduction est le fait d'une rétraction de l'adducteur du gros orteil. Les manœuvres d'assouplissement concernent l'ensemble des éléments des bords internes du pied, les articulations métatarso et interphalangiennes.

■ Le pied métatarsus varus

C'est la déviation la plus courante (Fig. 7). Elle correspond à l'association de deux déviations : l'adduction et la supination de l'avant-pied par rapport à l'arrière-pied. La désaxation se situe au niveau de l'articulation tarso-métatarsienne voire scapho-cunéenne. Le bilan de départ est très important : il permet de faire la différence entre l'hyperactivité musculaire et les rétractions, et de mettre en évidence la part de la supination de l'avant-pied par rapport à son adduction. La palpation du pied



Figure 5 - Le pied supinatus.



Figure 6 - Le pied adductus.



Figure 7 - Le pied métatarsus varus.



Figure 8 - Contention souple.



Figure 9 - Pose de plaquette.



Figure 10 - Port d'attelle postérieure (thermo-formable).

met en évidence différents défauts pouvant s'associer les uns aux autres :

- l'équinisme du premier métatarsien,
- la styloïde du cinquième métatarsien plus ou moins saillante,
- une saillie du cuboïde,
- le cavus de la voûte plantaire, provoqué par l'adduction et la supination,
- un arrière-pied normal, avec aucune déviation du calcaneum.

On se doit de rechercher des rétractions musculaires : tibial antérieur, adducteur du gros orteil, extenseur propre du gros orteil.

Lors de la prise en charge, les mobilisations ont pour objectif d'assouplir la voûte plantaire et les articulations concernées par la déviation. Entre les séances, le pied sera maintenu par un appareillage destiné à maintenir les corrections obtenues lors de la

séance. Il sera de trois types :

- contention souple (Fig. 8),
- pose de plaquette (Fig. 9),
- port d'attelle postérieure en matériau thermo-formable (Fig. 10).

Tout au long du traitement, on recherche la rectitude du bord interne du pied.

CONCLUSION

Le diagnostic post-natal doit être précoce et le traitement kinésithérapique mis en place rapidement afin d'être efficace. Même si la thérapie répond à des règles précises, pour chaque type de déviation, le kinésithérapeute (compétent car formé) saura adapter son traitement en fonction de l'évolution de l'enfant, quel que soit son âge : ce sera un " traitement personnalisé, à la carte ". Afin d'optimiser la réussite du

traitement des malpositions mineures des pieds, la famille, le médecin, le pédiatre, le kinésithérapeute, et parfois l'équipe hospitalière référente, doivent pouvoir former une équipe cohérente, autour de l'enfant, partageant donc un minimum de connaissances. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

- ANAES. Masso-Kinésithérapie et traitement orthopédique des déformations congénitales isolées du pied au cours des six premiers mois de la vie. Recommandations pour la pratique clinique, 2004.
- Chedeville R., Courties X., Delaby J.P. La rééducation du pied de l'enfant : où en sommes-nous ? Kinésithérapie scientifique 2000 ; 401 : 6-14.
- Marcout F., Delaby J.P. L'appareillage des petites malpositions du pied chez l'enfant : outil de contention ou outil de réduction. Kinésithérapie scientifique 2004 ; 448 : 51-53