

# Pied bot du bébé et de l'enfant

Le pied bot est une grave malformation congénitale du pied. Celle-ci est due, dans la plupart des cas, à une malposition intra-utérine du fœtus. Le pied a été coincé entre les fesses du fœtus et la paroi utérine. Toutefois, une origine génétique est parfois supposée.



## Un pied bot, qu'est-ce que c'est ?

Chaque année, un bébé sur 800 est atteint de cette grave malformation osseuse du pied, accompagnée d'une rétraction des tendons et des muscles (tendon d'Achille et du jambier postérieur).

Il existe de nombreuses formes de pied bot, la plus courante reste le pied bot varus équin ; dans ce cas la plante est tournée vers l'intérieur c'est le « varus » et le pied pointe vers le bas c'est « l'équin ». Dans la moitié des cas, les deux pieds du nourrisson sont affectés. Le nom exact serait donc : Le pied bot varus équin congénital.

## Les diverses causes du pied bot

Les chercheurs planchent actuellement sur les causes génétiques de cette malformation. Les garçons semblent aussi plus affectés que les filles. Le plus souvent ce trouble est lié à une malposition intra-utérine du fœtus (on parle de vrai pied bot). Parfois une anomalie des tendons et des ligaments du pied entraîne une position anormale du pied. De plus, on pense qu'il y a peut-être un lien avec le tabagisme de la mère au cours de la grossesse.

## Diagnostiquer le pied bot

Le pied bot est normalement diagnostiqué à la naissance lors du premier examen physique en regardant la forme et la position des pieds du nouveau-né (complété par radiographie pour évaluer la gravité).

Dans certains cas, le pied bot peut être diagnostiqué avant la naissance par échographie après la 16e semaine de grossesse. Même si il est impossible d'entreprendre des traitements avant la naissance, le fait de savoir que votre enfant est atteint de pied bot, permet d'avoir un peu plus de temps pour prendre contact avec des praticiens spécialisés. Ces experts pourront vous aider à traiter votre enfant après l'accouchement.

## Examens à pratiquer en complément

- Échographie (diagnostic prénatal)
- Bilan neurologique
- Examen radiographique de la colonne vertébrale et des hanches, si l'examen physique révèle quelque anomalie.
- Examen radiographique des pieds, en incidences antéro-postérieure et latérale en charge, chez les enfants plus âgés, car il complète utilement l'examen physique.

## Symptômes et Complications

Il ne faut pas oublier que, bien que cette malformation ne provoque aucune douleur à la naissance, la situation du pied bot peut empirer avec le temps. Si cette malformation n'est pas soignée, l'enfant commencera à marcher sur le bord extérieur du pied et des orteils.

Cette façon de marcher anormale provoque un durcissement de la peau, des cors et quelques fois des ulcères qui se développent le long du bord extérieur du pied. Le port de chaussures est difficile et au fil du temps l'affection peut avoir un effet disgracieux et invalidant.

De plus, le déficit articulaire, que cette affection provoque, entrainera avec la croissance des compensations tel que la scoliose. C'est pour ces raisons qu'il faut traiter cette affection le plus tôt possible.

## Modalités du Traitement

### La technique fonctionnelle

Dans cette technique, le Masseur-kinésithérapeute reste en permanence à l'écoute des réactions de l'enfant tout en réalisant le traitement.

Ce traitement consiste en des manipulations kinésithérapiques pluriquotidiennes. Les manœuvres doivent être précises et réalisées dans un ordre précis :

- Décoaptation talo naviculaire.
- Correction partielle de l'adduction de l'avant pied.
- Correction du varus de l'arrière pied et partiel de l'équin.
- Réintégration du talus.
- Dérotation du bloc calcanéopédieux.
- Correction de l'équin calcanéen.

Chez de nombreux enfants, la réponse à ce type de traitement est satisfaisante. Si elle ne marche pas ou si la pathologie est trop importante, une technique chirurgicale est pratiquée.

## La technique chirurgicale

De la naissance à 2 mois :

- 5 à 6 plâtres cruro-pédieux (du pied à la cuisse), changés chaque semaine.
- Incision du tendon d'Achille (ténotomie percutanée) sous anesthésie générale.
- 2 plâtres de 10 jours chacun.
- Arrêt des plâtres, pose de botillons + attelle unibar (20h/24), début de la kinésithérapie.

A partir de l'âge de 2 mois :

- consultation à l'hôpital 1 fois par mois avec le kinésithérapeute.
- Visite tous les 2 mois avec le chirurgien orthopédiste.
- Poursuite de la kinésithérapie au moins jusqu'à la marche.
- Poursuite de l'attelle unibar la nuit jusqu'à 3 ans.
- Un traitement chirurgical complémentaire peut s'avérer nécessaire au cours de la croissance.
- une surveillance est nécessaire jusqu'en fin de croissance des pieds (15 ans).

## Le mot de la fin !

Même s'il est possible que le pied bot ne puisse jamais être complètement corrigé ; dans de nombreux cas, les nouveau-nés qui ont été traités rapidement sont en mesure de porter des chaussures normales et de mener une vie active.

Les aspects les plus importants de ce type de soins sont de prononcer un diagnostic précoce et de commencer un traitement le plus tôt possible. Ainsi lorsqu'un médecin pose un diagnostic de pied bot, il faut débiter le traitement aussi tôt que possible pour arriver aux meilleurs résultats. Vous pouvez également consulter un Masseur-kinésithérapeute spécialisé.