

Le pied bot

Informations destinées à la clientèle



Tout parent veut avoir un enfant « normal » et en bonne santé. Ainsi, l'annonce d'une malformation, que ce soit avant ou après la naissance, est toujours un moment difficile. Être prévenu avant la naissance est bien sûr préférable, car on peut alors se préparer psychologiquement. Après l'annonce du diagnostic, ne vous laissez pas abattre par la nouvelle de la malformation : concentrez-vous plutôt sur la joie d'un enfant à venir ou sur votre nouveau-né!

Profitez-en pour rechercher de l'information sur cette malformation et sur les traitements que recevra votre bébé. Votre enfant, dans la majorité des cas, marchera, ne boitera pas, ne portera pas de chaussures orthopédiques, fera du sport, et on ne se moquera pas de lui à l'école.

Les premiers mois, votre enfant portera des plâtres puis des bottines fixées à une barre. Vous aurez à affronter le regard des autres, souvent curieux, rarement méchant. Lorsque l'enfant marchera, les bottines et la barre seront portées la nuit seulement. L'expérience des premiers mois ne sera plus qu'un mauvais souvenir.

Dans ce feuillet, vous trouverez de l'information sur le pied bot et la façon dont il est traité. Vous trouverez également de petits trucs donnés par certains parents pour rendre la vie plus facile lors du traitement.

Qu'est-ce qu'un pied bot ?

C'est une malformation présente à la naissance, qui touche tout le pied (tourné vers l'intérieur) et le mollet (mal développé), unilatérale (1 pied) ou bilatérale (2 pieds).



Le terme médical est **pied bot varus équin congénital idiopathique**.

Bot signifie déformé ;

Varus signifie tourné en dedans ;

Équin signifie orienté vers le bas ;

Congénital signifie présent avant la naissance (ce qui ne veut pas dire héréditaire) ;

Idiopathique signifie qu'aucune cause, neurologique ou autre, n'est présente.

Plus précisément, il s'agit de :

- mauvaises positions des os les uns par rapport aux autres,
- déformations osseuses,
- déformation et mauvaise orientation des surfaces articulaires,
- raideur articulaire liée à des rétractions de muscles, tendons et ligaments.

Il est impossible d'évaluer l'importance du pied bot de votre bébé lors d'une échographie avant la naissance, parce qu'il faut pouvoir examiner le pied pour déterminer ses caractéristiques (position, flexibilité, etc).

Quelle est la cause du pied bot ?

La cause est inconnue, donc dite idiopathique. Statistiquement, 1 à 2 bébés sur 1000 naissent avec des pieds bots. Les garçons sont deux fois plus souvent affectés que les filles.

Plus de 70 nouveaux pieds bots sont traités au CHU Sainte-Justine chaque année.

Est-ce que le pied bot est héréditaire ?

Oui, il arrive que la malformation soit :

- ▶ plus fréquente dans certaines familles (si le père et/ou la mère et/ou un membre de la fratrie a eu un pied bot),
- ▶ plus fréquente dans certains groupes ethniques,
- ▶ un indice d'une maladie du système nerveux,
- ▶ associée à certains désordres génétiques.

Quelles sont les conséquences à long terme ?

4

Il est important de noter qu'un pied bot ne se guérit pas mais se corrige. Même quand le pied est corrigé, il demeure un peu différent d'un pied normal et il doit être surveillé car la déformation peut revenir. Votre enfant devra donc être suivi de temps à autre pour ses pieds. À l'occasion, on proposera certains traitements complémentaires si le pied semble vouloir se déformer à nouveau.

Cependant, votre enfant devrait mener une vie tout à fait normale !

Il devrait être capable de pratiquer la plupart des sports. Le mollet restant parfois un peu plus faible, votre enfant ne sera peut-être pas un champion de course à pied ou de tout sport demandant une forte propulsion. Vous serez néanmoins surpris de ses prouesses !

Pour les enfants dont un seul pied est atteint, la jambe affectée restera plus petite au niveau du mollet, et un peu plus courte. Le pied, une fois corrigé, pourrait demeurer jusqu'à une pointure plus petit que l'autre pied.

Comment se déroule le traitement du pied bot ?

Votre bébé sera suivi au CHU Sainte-Justine par l'équipe de spécialistes du service d'orthopédie, à la clinique du pied bot. La prise en charge et le suivi seront faits en alternance, par l'un ou l'autre des orthopédistes

assignés à cette clinique. Le traitement en clinique a lieu en général l'après-midi, à une fréquence de 2 à 3 fois par semaine. Les traitements à long terme pourront différer d'un enfant à l'autre et vous noterez de petites variations quant au traitement, selon l'évolution de la correction du pied bot. La méthode utilisée au CHU Sainte-Justine est basée principalement sur la méthode de D' Ponseti.

Le traitement doit préférablement commencer dans les 2 premières semaines de vie du bébé. Lors de la première rencontre, on vous questionnera sur votre grossesse et sur la naissance de votre enfant. On vous demandera probablement de vous référer au carnet de santé du bébé : ayez-le en main. Votre bébé sera ensuite examiné et on vérifiera non seulement ses pieds mais aussi son cou, son dos et ses hanches.

Lors de l'examen des pieds, on testera la rigidité de la déformation en manipulant graduellement le pied vers une position plus normale. Cette partie de l'examen peut entraîner un inconfort pour l'enfant mais elle est nécessaire.

1^{ère} phase : Les plâtres



5

Les manipulations qui précèdent la pose du plâtre servent à rétablir progressivement l'alignement des os du pied. Elles étirent les tissus qui sont rétractés. Ces manipulations ne sont pas une opération et n'ont pas comme but de « casser » les os du pied.

À la fin des manipulations, un plâtre long est confectionné en deux étapes, d'abord jusqu'au genou, puis jusqu'à la cuisse avec le genou fléchi afin d'éviter que le plâtre ne glisse. Ce plâtre long permet aussi de contrôler la rotation de la jambe.

Chaque semaine le pied sera ainsi manipulé et replâtré jusqu'à l'obtention d'une correction complète, ou jusqu'à l'atteinte d'un plateau. En général, la durée totale de ces manipulations et plâtres est de 8 à 12 semaines.

En début de traitement, on demandera probablement une évaluation du pied par échographie, et occasionnellement, un contrôle par radiographie. Ces examens complémentaires sont utiles mais non essentiels pour la prise en charge et le suivi de votre enfant. Le médecin jugera de la nécessité et de la fréquence de ces tests.

Quoi surveiller après les plâtres ?

► La couleur des orteils

Lorsque le plâtre sèche, il devient chaud pendant quelques minutes. Les orteils sont parfois congestionnés (violacés) pendant cette période. Une fois le plâtre refroidi, les orteils reprendront leur couleur normale : ils doivent en fait avoir la même couleur que le reste du corps.

► Le gonflement des orteils

Le pied étant maintenu dans une nouvelle position, les vaisseaux sont étirés et la circulation sanguine prendra un certain temps à s'adapter à cette nouvelle position. Il est donc bien important de garder les plâtres surélevés en tout temps afin de permettre au sang de circuler adéquatement. Cela évite que les orteils gonflent et deviennent violacés ou blanchâtres. Si malgré tout, cela se produisait, il faut sans tarder communiquer avec les techniciens de plâtre, votre orthopédiste ou le résident de garde en orthopédie. On vous guidera alors quant à la conduite à suivre.

► La position des orteils

Lors de la confection du plâtre, on s'assure toujours de bien voir les 5 orteils. Si vous avez l'impression que les orteils ont disparu, c'est que le pied a glissé dans le plâtre et qu'il n'est plus positionné adéquatement. On risque de perdre la correction obtenue jusqu'à maintenant et le plâtre pourrait blesser bébé. Il est donc important de prendre rendez-vous dès que possible car le plâtre doit être changé.

Trucs pour les parents

- La fatigue de l'accouchement et la fragilité émotive *post-partum* font souvent percevoir la rencontre avec l'équipe d'orthopédie comme un événement plus terrible qu'il ne l'est en réalité. Pendant les premières semaines, ne venez pas seule à l'hôpital. Votre conjoint, un parent ou un ami sera d'un grand soutien.

- ▶ Lors du traitement, les manipulations faites peuvent être désagréables pour bébé; on vous suggère, afin d'améliorer son confort, de s'assurer qu'il n'a pas faim. Comme bébé ne pourra pas boire aisément pendant le traitement, planifiez arriver plus tôt et, dans la salle d'attente ou la salle d'allaitement, nourrissez votre enfant. Il sera plus calme dans la salle de plâtre. L'ajout d'un peu d'acétaminophène aux doses recommandées pour le poids de votre enfant, 15 à 30 minutes avant le traitement peut aider à améliorer le confort de votre enfant lors des manipulations. Pendant le traitement, nous utilisons du sucrose qui est administré par la bouche au moment des manipulations et de la confection du plâtre : le sucrose est efficace pour améliorer le confort de votre bébé.
- ▶ Si votre enfant a pleuré lors des manipulations, il est normal qu'il dorme plus dans les 24 heures qui suivent la mise en place des nouveaux plâtres. La nouvelle position du pied peut aussi être inconfortable au début, et il se peut que bébé soit maussade dans les heures suivant la visite en orthopédie. De l'acétaminophène, aux doses et à la fréquence recommandée pour le poids de votre enfant peut aider à soulager cet inconfort. Il n'est toutefois pas normal que votre bébé demeure inconsolable : si cela se produit, contactez-nous.
- ▶ Certains bébés demanderont à boire plus souvent dans les heures suivant la pose des plâtres : ceci est tout à fait normal! N'hésitez pas à faire boire votre enfant. Il a sûrement faim, après ces efforts !
- ▶ Afin que les pieds demeurent élevés, bébé devra rester sur le dos, un petit oreiller ou une couverture en flanelle repliée et placée sous les pieds (5 cm d'épaisseur environ). L'allaitement devra se faire dans cette position. Ne mettez jamais votre enfant debout sur ses plâtres ou à la verticale avec les jambes pendantes vers le bas !
- ▶ Lors des changements de plâtres, vous aurez la possibilité, sur demande, de donner un bain à votre enfant et de le faire peser. N'oubliez pas d'apporter couches, vêtements de rechange, crème hydratante et savon au besoin.
- ▶ La plupart des vêtements de bébé s'adaptent aux plâtres. Assurez-vous toutefois qu'ils soient assez grands et que le pied puisse être visible facilement afin de surveiller la couleur des orteils.
- ▶ **Les plâtres ne doivent pas être mouillés !** À la maison, il faudra donc laver votre bébé à la débarbouillette.
- ▶ Si bébé a besoin d'être pesé lors de la visite chez le pédiatre, faites-le avec les plâtres. Lors de la prochaine visite en orthopédie, demandez

à faire peser le plâtre, une fois enlevé. Vous pourrez ainsi calculer le poids réel que l'enfant avait. Sachez qu'un plâtre long mis en place sur un bébé de 7 à 9 livres pèse environ 150 g (5 onces environ).

2^e phase : La ténotomie



8 Entre la 5^e et la 8^e semaine, votre bébé aura probablement besoin d'une ténotomie, c'est-à-dire une opération d'une section du tendon d'Achille (le tendon qui relie le mollet à l'os du talon). Ceci permet au talon de descendre alors que le tendon se refait à la longueur qui convient au pied maintenant corrigé. La ténotomie est une opération chirurgicale qui requiert une technique aseptique. Elle peut être faite soit à la salle d'opération sous anesthésie générale ou en clinique externe sous anesthésie locale. Des plâtres longs seront nécessaires par la suite, en général pendant une période de 4 semaines. Les plâtres permettent d'aller chercher encore plus de correction du pied et aident au maintien de cette correction.

3^e phase : Les orthèses ou bottines

Dès la fin des plâtres, votre bébé portera des bottines à forme droite ou évasée, reliées à une barre de métal appelée barre de dérotation. Cet appareil de maintien a pour but de maintenir la correction du pied en exerçant une pression vers le haut et l'extérieur, ce qui permet de prévenir les récurrences. Les bottines et la barre doivent être portées 23 h/24 jusqu'à l'âge de la marche, puis seulement la nuit quand l'enfant marche et ce, jusqu'à l'âge de **4 ans**.

L'orthèse est un autre outil parfois utilisé pour maintenir la correction : il s'agit d'une attelle de plastique qui a la forme d'un demi-plâtre allant en bas du genou. Elle est moulée en position de correction du



Bottines et barre de dérotation



Orthèse

ped et vise à maintenir cette correction. Elle doit habituellement être changée tous les 3 mois. L'orthèse doit être portée, en général, 23 h/24 pendant les mois suivant l'arrêt des plâtres, puis la nuit seulement une fois que l'enfant commence à marcher. Cette orthèse est parfois fixée, au besoin, sur une barre de dérotation.

Il peut arriver que l'on décide en cours de traitement avec les orthèses ou les bottines de revenir aux plâtres si le pied semble vouloir se déformer à nouveau.

L'orthésiste vous expliquera comment vérifier la bonne position du pied dans son appareil de maintien. Un pied mal positionné ou devenu difficile à positionner (ce qui arrive lorsque l'orthèse est trop petite) peut rapidement se déformer. N'hésitez pas à nous contacter si vous avez des inquiétudes.

Trucs pour les parents

► Bas

Sous l'orthèse votre enfant doit porter un bas long, préférablement fait de coton. Ceci permet d'éviter des irritations au niveau de la peau.

► Pyjamas

Un pyjama « à pattes » peut être utilisé par-dessus les orthèses mais pas avec la barre de dérotation.

4^e phase : Les chirurgies

Occasionnellement, il arrive que la correction du pied demeure incomplète ou que la déformation récidive et ne puisse être corrigée par de nouveaux plâtres. Une procédure chirurgicale pourra être proposée, que ce soit une nouvelle ténotomie ou une intervention plus extensive appelée relâchement postérieur ou relâchement postéro-médial, vers l'âge de 6 à 12 mois. Chez l'enfant un peu plus vieux, il est parfois nécessaire de procéder à un transfert de tendon afin d'améliorer la position du pied à la marche.

En bref

Le traitement du pied bot demande une collaboration étroite entre vous, les parents, les techniciens(nes) de plâtre et l'orthopédiste. C'est un processus très exigeant pour vous et votre enfant mais les résultats en valent bien la peine! Une fois son pied corrigé, votre enfant devrait rattraper tous les retards qu'il aurait pu subir au niveau de son développement, et ce, beaucoup plus rapidement que vous ne l'auriez espéré!

10

Il n'y a certes pas de recette unique et absolue pour obtenir une correction adéquate d'un pied bot, mais le but du traitement demeure toujours le même : l'obtention d'un pied avec lequel votre enfant pourra marcher, courir et sauter comme les autres enfants.

Quel est le coût des traitements ?

Au Québec les traitements, la barre et les orthèses sont couverts par le régime d'assurance-maladie du Québec. Les bottines ne le sont pas.

Les membres du service d'orthopédie du CHU Sainte-Justine en charge de la clinique du pied bot :

D^r Marie-Andrée Cantin

D^r Peter Glavas

D^r Guy Grimard

D^r Mathilde Hupin

D^r Marie-Lyne Nault

Pour plus d'informations

Pour toute question pendant nos heures d'ouverture,
téléphonez à la salle des plâtres au

514 345-4931, poste 5998

L'infirmière technicienne en orthopédie attitrée
à la clinique du pied bot vous répondra.

Vous pouvez aussi nous joindre à l'adresse suivante :
orthopedie.hsj@ssss.gouv.qc.ca

11

Les heures d'ouverture sont les suivantes :

du lundi au vendredi, de 8 h 00 à 18 h 00
le week-end et les jours fériés, de 10 h 00 à 18 h 00

Pour une urgence en dehors de ces heures,
contactez la téléphoniste du CHU Sainte-Justine au

514 345-4931

et demandez à parler aux infirmières du
Centre d'activités réseaux (CCAR).

Sites d'information sur Internet

www.piedbot.net

<http://piedbot.ifrance.com/ponseti.htm>

<http://www.uihealthcare.com>

CHU Sainte-Justine

3175, chemin de la Côte-Sainte-Catherine

Montréal (Québec) H3T 1C3

Téléphone: 514 345-4931

www.chu.sainte.justine.org

Conception

D' M-A. Cantin, M.D., FRCS(C); D' Peter Glavas, M.D., FRCS (C); D' G. Grimard, M.D., FRCS(C);
D' Benoit Morin, M.D., FRCS(C); Marie-Josée Girard, infirmière; Pierre Proulx, infirmier;
Nancy Morissette, infirmière

Révision

Josée Lamarche, CCSI

Impression

Imprimerie du CHU Sainte-Justine

© CHU Sainte-Justine

F-2567 GRM 30008619 (Rév.: 01.2018)