

Prise en charge orthopédique de la hanche de l'enfant IMC

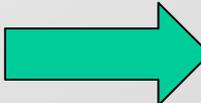
CORINNE GAL

A.D.A.P.E.I

Mas de Canta Galet NICE

Processus de dégradation orthopédique

- Déséquilibre des forces musculaires
- Maintient trop prolongé d'attitudes pathologiques

Ces processus interviennent dans une période de la vie du jeune enfant où l'appareil ostéo-articulaire est fragile  car en grande partie cartilagineux.

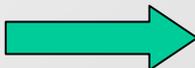
La prise en charge de la hanche de l'enfant IMC s'articule autour de 4 axes:

1. Précocité et rapidité de l'intervention
2. Pertinence dans l'action rééducative
3. Reconnaissance des situations dépassées
4. Acceptation des installations par l'entourage de l'enfant

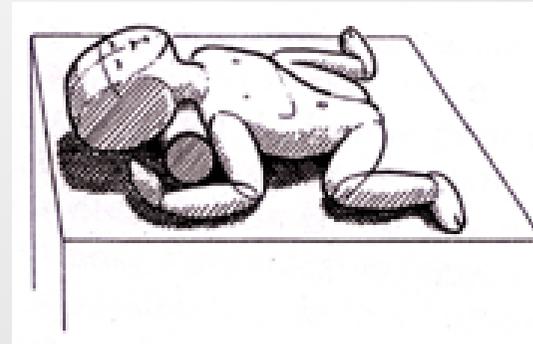
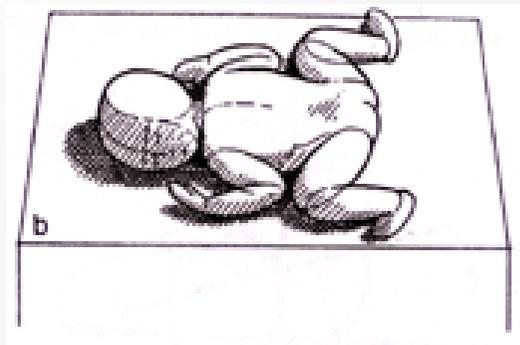
1. Précocité et rapidité de l'intervention

Tous nouveau-nés en phase aiguë d'une détresse vitale présente:

- Une modification de l'élasticité musculaire
- Une hypotonie
- Une absence de mouvement spontané

Conséquence  posture de type « grenouille écrasée » (A. Grenier)

La « grenouille écrasée »



Cette attitude va avoir pour conséquences:

- Des raccourcissements musculaires (ADD +++).
- Des déformations ostéo-cartilagineuse au niveau du fémur (augmentation de l'antétorsion).

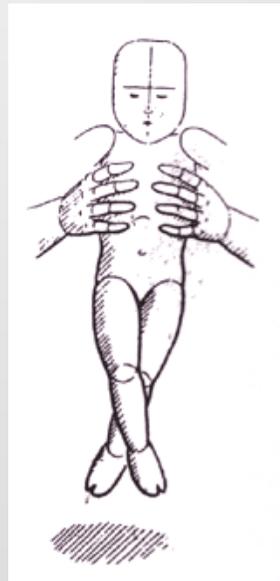
Donc,

les déformations de la hanche débutent très tôt
(environ 10 jours après la naissance).

D'où l'importance d'une intervention la plus
précoce possible qui doit débuter dans les
services de néo-natologie.

Car sinon,

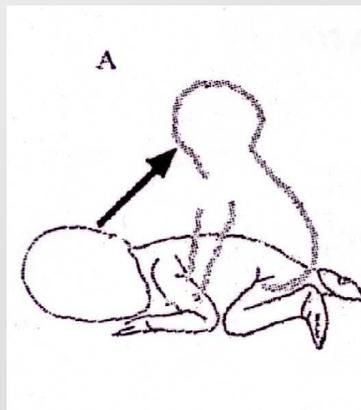
Lors de l'examen clinique, on pourra observer
une attitude en ciseaux des membres
inférieurs.



Autres attitudes pathologiques.

Exemple: la position « frog sitting »

En continuité de la position de la « grenouille écrasée », lorsque l'enfant IMC grandit, il va avoir tendance à s'asseoir (si il le peut) en position « frog sitting » (assis en W).



Conséquence du « frog-sitting »



Ce sont les mêmes que celles évoqués pour la position de « grenouille écrasées » (raccourcissement des adducteurs et augmentation de l'antétorsion fémorale)

Combattre les attitudes pathologiques

- Nous devons lutter contre ces attitudes pathologiques adoptées spontanément par l'enfant sans attendre l'évolution fonctionnelle.
- Exemple: ne pas laisser l'enfant assis au sol en position W en attendant l'acquisition de la marche.

Intervention rapide

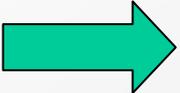
S'il faut agir précocement, il convient aussi d'agir rapidement car quelques jours suffisent pour qu'une déformation s'installe.

Donc,

- L'enfant doit être évalué régulièrement
- L'idéal est d'associer l'évaluation à la rééducation

2. Pertinence dans l'action rééducative

a. Bilan complet

–NEM  capacités fonctionnelles de l'enfant.

–Mobilisations passives, longueurs musculaires
 déséquilibres musculaires.

–Examen palpatoire  recherche
d'instabilités, réalisation des diagrammes de
hanche pour connaître les secteurs
excentrés/centrés.

Bilan: suite

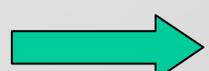
– Examen radiologique

➤ Centrage de la tête fémorale par rapport au cotyle

 construction d'Ombredane

 continuité des cintres cervico-obturateurs et cervico-iliaques

➤ Observation du cotyle  abaissement du toit suffisant

➤ Observation du fémur  angle cervico-diaphysaire

Pertinence dans l'action rééducative

b. Traitement individualisé, adapté à l'enfant et à son entourage.

Alternatives principales de traitement:

–L'éducation thérapeutique.

–Le port d'appareillage et aides techniques

–Mixte

L'éducation thérapeutique

Elle consiste à développer le potentiel neuro-moteur présent de l'enfant, selon des schèmes moteurs les se rapprochant le plus possible de la normalité.

BUT: enrayer les schèmes pathologiques de l'enfant avant qu'ils n'entraînent des répercussions au niveau des structures osseuses.

Le port d'appareillage

- Permet idéalement une correction passive de l'excentration dans les 3 plans de l'espace.
- Différents types d'installation:
 - Siège moulé
 - Attelle de mise en charge
 - Attelle d'abduction nocturne
 - Aides techniques (trotte lapin et assise en mousse)

Le siège moulé



L'attelle de mise en charge



L'attelle d'ABDuction nocturne



Le trotte lapin



L'assise en mousse

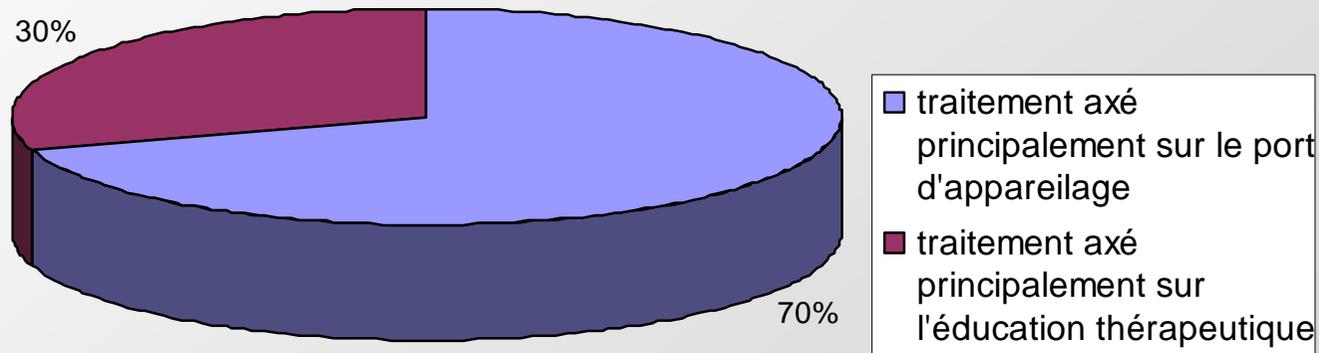


Indications

	Indication de l'éducation thérapeutique	Indication du port d'appareillage
Capacités motrices	Potentiel moteur intéressant	Potentiel moteur restreint
Etat orthopédique des hanches	Bonne congruence de l'articulation	Défaut de couverture
Compréhension et comportement	Bonne compréhension des consignes, participation au traitement	Incompréhension partielle ou totale, passivité

Statistique

Place de l'éducation thérapeutique et de l'appareillage au sein de la population d'enfants IMC de Warnécourt (n=47)



Ce graphique nous montre de manière évidente la place prépondérante qu'occupe l'appareillage dans le traitement de la hanche de l'enfant IMC

3. La reconnaissance des situations dépassées

- Lorsque que les moyens rééducatifs ne suffisent plus.

a. Symptômes:

- douleurs,
- diminutions des amplitudes passives,
- retentissements fonctionnels importants.

La reconnaissance des situations dépassées

b. Causes:

- atteinte trop diffuse,
- période de grande croissance,
- facteurs environnementaux (lassitude et/ou refus du traitement par l'enfant ou la famille, longue période de vacances).

La reconnaissance des situations dépassées

- c. Dans un premier temps on préférera l'utilisation de moyens analytiques à action locale et limitée qui permettent des réajustements.
- Traitements médico-orthopédiques → toxine botulique.
 - Traitements chirurgicaux → ténotomie à minima

La reconnaissance des situations dépassées

- d. Dans les cas graves, lorsque les déformations osseuses sont très importantes on pratiquera alors:
 - des ostéotomies de varisation,
 - des ostéotomies de dérotation fémorale.

- C'est une chirurgie lourde qui peut avoir des conséquences importantes
 - au niveau fonctionnel (immobilisation post-opératoire)
 - au niveau psychologique (douleur).

4. Acceptation des installation par l'entourage de l'enfant

a. Pour que les installations soient acceptée par l'enfant et sa famille, elles doivent être:

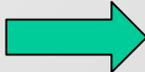
–Confortables → car si elles ne sont pas supportées, elles ne seront pas mises.

–Simple → éviter les réglages trop complexes...

–Efficaces → assurer une correction optimale.

Acceptation des installation par l'entourage de l'enfant

b. Le plus important est d'établir un compromis entre ce que l'enfant est capable de supporter et la correction optimale que l'on peut apporter.

• Si l'attelle est trop correctrice  douleur

 mal supportées  échec

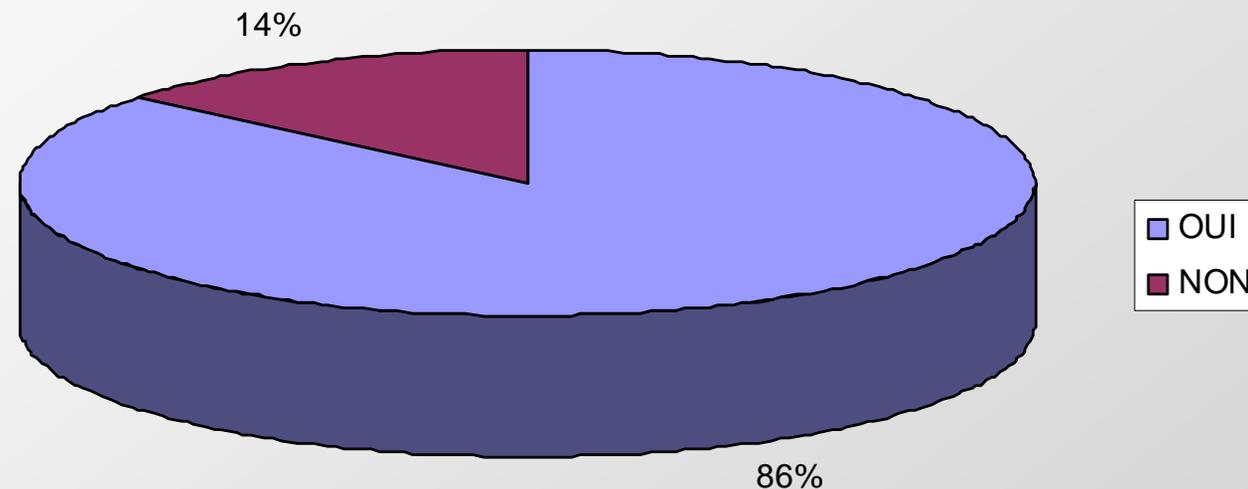
• Si la correction n'est pas assez efficace et même si elle est bien supportée  échec

Acceptation des installation par l'entourage de l'enfant

- c. Le rôle du kiné n'est pas seulement celui de soignant il doit également:
- Expliquer aux parents les objectifs de ces installations
 - Eduquer les parents pour qu'ils soient des partenaires actifs dans le traitement (installer l'enfant de manière correcte, fréquence et temps d'installation...)
 - Etre disponible et à l'écoute de questions ou problèmes éventuels rencontrés par la famille.

Acceptation des installation par l'entourage de l'enfant: statistique

Les parents sont-ils satisfaits de l'appareillage de leur enfant?



- Les parents sont majoritairement satisfaits de l'appareillage de leur enfant.

Acceptation des installation par l'entourage de l'enfant

- Les parents insatisfaits reprochent à l'équipe:
 - Un manque de communication.
 - Un délai trop long entre le moulage et la livraison de l'attelle (environ 2 mois).

CONCLUSION

- La hanche de ces enfants doit être évaluée très régulièrement, la prise en charge doit être adaptée afin d'éviter ou de ralentir au maximum l'évolution pathologique vers la luxation.
- La prise en charge de ces enfants est très complexe car l'infirmité motrice cérébrale est responsable de troubles nombreux et variés.
- Nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire par des intervenants spécialisés.
- valoriser le rôle des parents