

Guide à l'intention des parents *sur* le pied bot



et son traitement selon la méthode Ponseti

Table des matières



Dédicace et Introduction.....	2
À propos du Dr Ignacio Ponseti et de sa méthode	3
Comprendre ce qu'est le pied bot	4
Aperçu du traitement du pied bot	6
Échéancier dans le traitement du pied bot.....	8
Votre équipe de soins.....	9
Votre première consultation.....	10
Redressement du pied : Plâtres.....	11
Quand doit-on consulter un médecin?	13
Maintien de la correction : Attelles et surveillance.....	16
Exercices et physiothérapie	21
Histoires de parents.....	22
Foire aux questions.....	24
Personnes célèbres ayant eu un pied bot	25
Ressources	26
Glossaire	27
Contributeurs.....	28
Les progrès de votre enfant.....	29



À tous les parents d'enfants ayant un pied bot et à tous les enfants qui ont eu, ont ou auront un pied bot, à qui nous souhaitons la réussite de leur traitement et une expérience de vie positive.

Tenez-vous debout!

Introduction

Le présent livret est destiné aux parents d'enfants nés avec un pied bot et traités selon la méthode Ponseti. Si votre enfant a un pied bot ou encore que les échographies laissent présager un risque élevé de pied bot chez l'enfant à naître, ce livret vous en apprendra davantage sur :

- le pied bot,
- la technique de correction du pied bot appelée méthode Ponseti,
- le rôle important des parents dans le processus de correction,
- ce à quoi on doit s'attendre du traitement et la façon de s'y préparer,
- ce qu'il faut prévoir et ce qu'il est utile que votre enfant et vous sachiez pour faciliter ses années de traitement.

Il existe de nombreuses façons de traiter le pied bot. La méthode Ponseti réduit le nombre de chirurgies pratiquées, et les pieds de votre enfant fonctionneront mieux et auront meilleure allure qu'auparavant. Dans la quasi-totalité des cas, la méthode Ponseti rend les pieds forts, souples et indolores jusqu'à un âge avancé.

Ce livret est le fruit du travail de Jillian Chateaufneuf et Heather Cohen, dont les enfants, Claire et Hayden, ont eu un pied bot. Hayden et Claire grandissent aujourd'hui normalement, après la correction de leur pied bot selon la méthode Ponseti, qui ne requiert pas de chirurgie. Jillian et Heather estimaient qu'il était vraiment nécessaire d'offrir davantage de documentation à l'intention des parents sur la méthode Ponseti; elles ont donc veillé à ce que les autres parents puissent bénéficier de leur expérience. Ce livret a été rédigé par des parents à l'intention des parents, avec les conseils techniques de l'équipe de traitement du pied bot au Royal Columbian Hospital et du Comité d'examen scientifique et médical de la Fondation Canadienne d'Orthopédie.

La Fondation vous incite en outre à vous renseigner autant que possible sur le pied bot. Ce livret répondra certes à beaucoup de vos questions, mais il demeure tout aussi important de communiquer vos attentes et préoccupations à votre médecin et aux autres professionnels de la santé qui traitent votre enfant. Une équipe de professionnels de la santé chevronnés et hautement spécialisés consacre ses efforts à la correction du ou des pieds bots de votre enfant et veille à ce que l'expérience soit la plus harmonieuse possible pour lui et vous. Soyez un participant actif dans les soins à votre enfant.

À propos du Dr Ignacio Ponseti et de sa méthode



Dr Ignacio Ponseti – 1914-2009

Professeur d'orthopédie à l'université de l'Iowa, le Dr Ignacio Ponseti a mis en œuvre une nouvelle méthode de traitement dans les années 1940 après d'importantes recherches sur les effets à long terme de la chirurgie de correction du pied bot. Il a constaté que les personnes ayant subi cette chirurgie éprouvaient souvent de la douleur et des raideurs à l'âge adulte, et que la fonction de leurs pieds était limitée. Dans beaucoup de cas, d'autres chirurgies étaient nécessaires. L'étude de l'anatomie et de la fonction du pied humain lui a toutefois permis de découvrir les raisons pour lesquelles les méthodes antérieures n'avaient pas réussi à corriger le pied bot; il s'est donc appliqué à manipuler différemment le pied bot chez les nourrissons. Au cours de sa carrière, il a traité plus de 3 000 enfants ayant un pied bot, en plus d'avoir reçu nombre de témoignages et de suivis de patients, dont certains ayant la cinquantaine avancée, qui lui ont confirmé que leurs pieds n'étaient absolument pas souffrants et qu'ils étaient fonctionnels.

Image utilisée avec l'autorisation du département d'orthopédie et de réadaptation de l'université de l'Iowa



Les parents d'un enfant normal qui est né avec un pied bot peuvent être rassurés sur le fait que leur enfant, s'il est traité par une personne qualifiée dans ce domaine, aura un pied d'apparence normale avec une très bonne fonction. Un pied bot bien traité n'entraîne aucun handicap et la personne est totalement capable d'avoir une vie active normale.



Dr Ignacio Ponseti

Au départ, la méthode Ponseti n'était offerte qu'à Iowa City. Puis, en 1996, le Dr Ponseti a publié un ouvrage sur sa méthode non chirurgicale, ce qui a permis aux médecins de mieux comprendre ses techniques. Partout dans le monde, le milieu médical a pu apprendre et utiliser cette méthode. Avant son décès, en octobre 2009, le Dr Ponseti avait donné son aval au présent livret.

Le Dr Shafique Pirani, orthopédiste spécialisé dans les troubles osseux et articulaires chez les enfants, dirige la clinique de traitement du pied bot au Royal Columbian Hospital et a été abondamment consulté au cours de la rédaction du présent ouvrage.



J'ai lu le livre du Dr Ponseti sur sa méthode non chirurgicale de correction du pied bot avec beaucoup d'incrédulité. Mais, quand j'ai essayé sa technique de manipulation, j'ai été ébahi par les corrections obtenues. Le Dr Ponseti a mis au point sa méthode après de longues observations soigneuses et une réflexion critique fondée sur des connaissances précises de l'anatomie du pied et de la biologie des os en croissance. J'ai adopté cette technique en 1998 et je suis ravi des résultats obtenus. Dans la quasi-totalité des cas, il suffit de cinq plâtres environ pour corriger la déformation. De plus, les pieds corrigés sans chirurgie sont plus souples et plus forts.

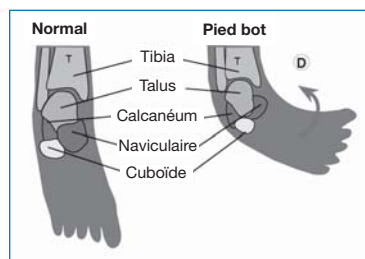


Dr Shafique Pirani

Comprendre ce qu'est le pied bot



Qu'est-ce que le pied bot?



Le pied bot *congénital*, aussi appelé pied bot varus équin, est une *déformation* complexe qui est apparente à la naissance et touche les muscles, *ligaments*, os et articulations du pied et de la cheville en développement. La cheville est tournée vers le bas et les orteils pointent vers l'intérieur. Habituellement, tous les os du pied sont présents, mais ne sont pas alignés normalement. De même, tous les muscles du pied et de la jambe sont présents, mais certains sont plus petits ou plus faibles que la normale. Les *tendons* et ligaments sont contractés, surtout derrière la cheville et le long du cou-de-pied (partie antérieure et supérieure du pied).

Pourquoi mon enfant a-t-il un pied bot?

Beaucoup de parents se posent cette question. Il est important de comprendre que le pied bot est l'une des anomalies congénitales les plus courantes. Plus d'un enfant sur mille dans le monde naît avec un pied bot. Ce nombre peut paraître faible, mais c'est tout le contraire : chaque année, plus de 100 000 enfants dans le monde naissent avec un ou des pieds bots. Dans la moitié des cas, un seul pied est affecté, et les garçons sont plus souvent touchés que les filles. Il arrive en outre que le pied bot soit génétique.

Il est aussi important de comprendre que le pied bot se traite bien. Les enfants nés avec cette déformation peuvent avoir une vie active normale s'ils sont traités par un spécialiste et qu'ils ne présentent pas d'autres problèmes médicaux importants.

Quelle est la cause du pied bot?

Il existe de nombreuses théories, mais la cause véritable de cette déformation reste inconnue. Les parents n'ont toutefois rien à se reprocher.

Est-ce que cela veut dire que mon enfant a d'autres problèmes?

Votre médecin examinera très attentivement votre enfant à sa naissance. La plupart du temps, le pied bot est un problème isolé de cause inconnue (pied bot *idiopathique*). Il arrive toutefois, en de rares occasions, que d'autres conditions soient diagnostiquées, dont le spina-bifida (pied bot *syndromique*).

En outre, il est possible que le pied ait manqué de place dans l'utérus, par exemple dans le cas de jumeaux, et ait ainsi été maintenu en position courbée (pied bot *positionnel*). La correction d'un pied bot positionnel est beaucoup plus rapide que celle d'un pied bot idiopathique ou syndromique. Votre médecin vous précisera le type de pied bot de votre enfant.

Quand le traitement devrait-il commencer?

À la naissance, les enfants sont examinés et, s'ils semblent avoir un pied bot, ils sont immédiatement aiguillés vers l'équipe orthopédique ou la clinique de traitement du pied bot. La consultation et le début du traitement ont ensuite cours dans les semaines qui suivent.

Quelle est la gravité du pied bot de mon enfant?

Tous les pieds bots n'ont pas la même gravité, bien qu'ils aient tous la même apparence. Certains médecins évaluent ou cotent l'ampleur de la déformation (voir le tableau à la page 29). Une telle évaluation leur permet d'établir la gravité du pied bot et l'ampleur des progrès de la correction.

Comprendre ce qu'est le pied bot



De quelle façon traite-t-on le pied bot avec la méthode Ponseti?

Le traitement du pied bot selon la méthode Ponseti se divise en trois volets (voir l'échéancier, à la page 8).

1. **La correction :** La méthode Ponseti utilise des manipulations bien précises et délicates pour aligner le pied de façon normale. On met ensuite un plâtre, ce qui permet aux os encore malléables de prendre la bonne forme. Habituellement, il faut environ cinq semaines d'immobilisations plâtrées et une intervention mineure au *tendon d'Achille* (ténotomie) pour arriver à une correction complète du pied bot. Les pieds bots plus graves peuvent parfois demander davantage de plâtres.
2. **Le maintien de la correction :** On utilise une attelle pédieuse pour maintenir la correction. L'enfant doit porter cette attelle en permanence durant 2 à 3 mois, puis la nuit et durant les siestes jusqu'à l'âge de 4 ans, au moins.
3. **La surveillance :** Votre enfant doit consulter régulièrement son médecin jusqu'à la fin de sa croissance, afin que l'on évalue le développement des jambes et des pieds. N'oubliez pas que chaque enfant est unique et que la durée du traitement est ainsi variable.



Qu'est-ce qu'une récurrence et de quelle façon la traite-t-on?

Le pied bot a la fâcheuse manie de reprendre sa forme après une correction par immobilisations plâtrées. Les récurrences sont traitées de la même façon, soit par manipulations et plâtres, mais elles demandent habituellement moins de plâtres, installés à plus grands intervalles. Il est rare qu'un pied bot soit résistant. Dans de telles circonstances, toutefois, l'orthopédiste peut recommander une intervention chirurgicale, comme le transfert d'un tendon, technique qu'il vous expliquera le cas échéant. Le présent livret porte sur la correction non chirurgicale du pied bot.

Que se passe-t-il si le pied bot n'est pas traité?

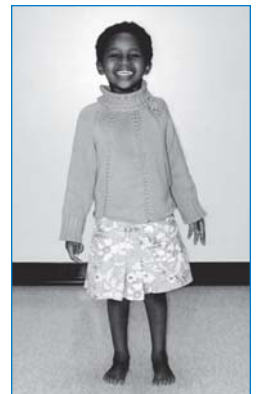
Sans traitement, la déformation demeure et cause un grave handicap physique et affectif.

Le processus est-il souffrant pour mon enfant?

Votre enfant peut subir un certain malaise durant la période d'adaptation au traitement, mais le processus risque d'être plus pénible pour vous, le parent, que pour lui. Le présent livret explique le processus et le rôle important que vous jouez dans la facilitation de la correction pour votre enfant et vous.

Quelle sera la condition de mon enfant à l'âge adulte?

Les enfants dont le pied bot est corrigé d'après la méthode Ponseti présentent des pieds d'apparence et de fonction quasi normales à l'âge adulte. Chez les enfants qui n'ont qu'un pied bot, le pied traité et le mollet correspondant peuvent toutefois être légèrement plus petits que l'autre pied et son mollet. Les enfants dont les pieds bots sont corrigés ont une croissance normale et peuvent participer à presque n'importe quelle activité sportive ou de loisirs. Des études chez les adultes montrent que ceux traités selon la méthode Ponseti ont des pieds tout aussi forts et sains que les autres.



Aperçu du traitement du pied bot

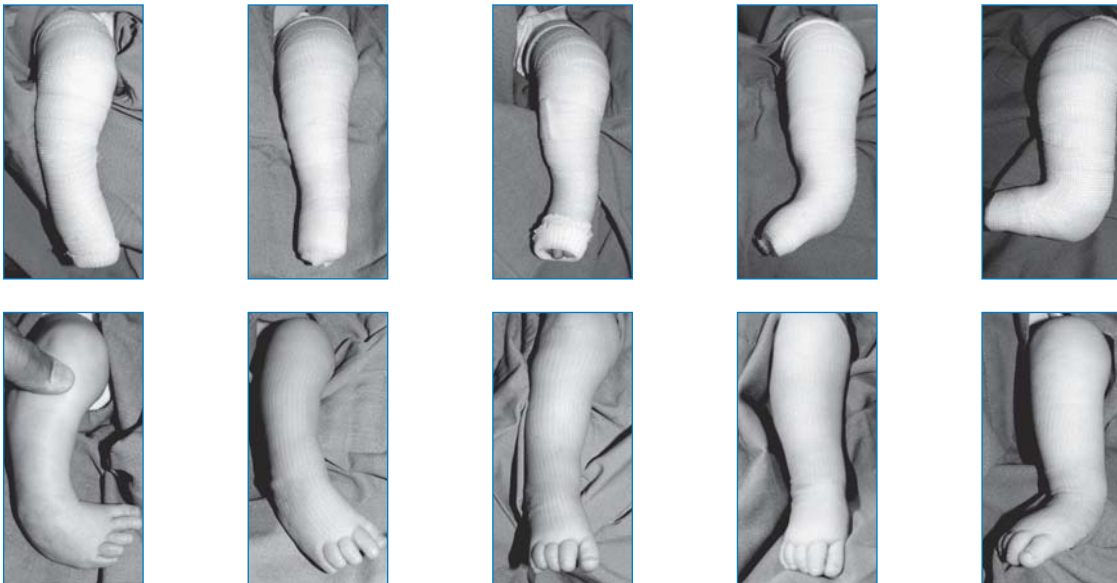


Les premières étapes du traitement font partie d'un processus intensif nécessitant l'engagement de la famille et de l'équipe de soins afin d'obtenir et de maintenir des résultats optimaux. La présente section donne un aperçu du processus de correction de même que des détails sur les soins et votre rôle dans le processus (voir la page 10).

Redressement du pied

Idéalement, le traitement commence dès les premières semaines après la naissance afin de profiter de l'élasticité (flexibilité) des tissus. Chaque visite hebdomadaire, le pied de l'enfant est délicatement manipulé afin d'étirer les ligaments et tendons courts et rigides de la cheville et du pied. Le pied est ensuite immobilisé dans des positions de correction progressive à l'aide d'un plâtre allant des orteils à l'aine. Le plâtre permet en outre de maintenir la correction effectuée par manipulation. Les tissus peuvent donc se détendre jusqu'à la manipulation hebdomadaire suivante. Graduellement, les articulations et os déplacés sont ramenés à l'alignement adéquat.

Plâtres hebdomadaires montrant l'évolution de la forme du pied en cours de correction :



Les plâtres permettent de corriger toutes les positions du pied, sauf l'*équín*, c'est-à-dire la position arquée de la cheville. Pour ce faire, il faut sectionner le tendon d'Achille, grâce à une intervention appelée ténotomie, puis faire un dernier plâtre.

Aperçu du traitement du pied bot



Ténotomie du tendon d'Achille

Dans le cas d'un pied bot, le tendon d'Achille est particulièrement épais et raide, ce qui en limite l'étirement. Donc, si l'on veut obtenir une bonne mobilité de la cheville, il faut procéder à une intervention mineure appelée ténotomie du tendon d'Achille. Elle est habituellement nécessaire pour terminer la correction. La ténotomie est une intervention sûre et rapide qui est habituellement pratiquée en consultation externe sous anesthésie locale. L'incision pratiquée dans le tendon permet de l'allonger et de lui donner, une fois guéri, plus de flexibilité. Le point d'entrée cutané est très petit et aucun point de suture n'est nécessaire. La cheville et le pied sont ensuite immobilisés dans un plâtre durant trois semaines, en position de correction complète.



Attelle

Le pied bot a la fâcheuse manie de reprendre sa forme après une correction par immobilisations plâtrées. Pour éviter une récurrence, le médecin prescrit le port d'une attelle pour tenir le ou les pieds dans la bonne position après le retrait du dernier plâtre. L'enfant doit porter cette attelle 23 heures sur 24 durant 2 à 3 mois. On lui permet une heure hors de celle-ci pour le bain et les câlins. Ensuite, il doit la porter la nuit et durant les siestes, et ce, jusqu'à l'âge de 4 ans environ. La durée du port de l'attelle peut varier et aller jusqu'à l'âge de 6 ans, selon la gravité du pied bot et sa tendance à la récurrence. Le médecin établit la durée nécessaire en fonction de la croissance de votre enfant.

Appelée attelle pédieuse en *abduction*, l'appareil en question tourne le ou les pieds vers l'extérieur (abduction) et consiste en deux chaussures reliées par une barre. Cette conception simple garde efficacement les pieds dans la bonne position. Les enfants peuvent en outre porter des chaussures normales le reste du temps.

L'attelle pédieuse en abduction est la seule qui prévient les récurrences. Si elle est utilisée tel que prescrit, elle offre un taux de réussite de plus de 90 %. Le port de l'attelle n'entrave pas le développement de l'enfant de façon importante pour ce qui est de s'asseoir, ramper et marcher. Toutefois, si on OMET de la lui mettre, la correction du pied bot est gravement compromise.

Suivi et traitement supplémentaire

Au fil du développement de votre enfant, vous remarquerez peut-être une légère différence dans la longueur des jambes ou la taille des pieds, ce qui pourrait vous causer du souci. Faites régulièrement vérifier les pieds de votre enfant par l'équipe de soins afin de repérer tout signe de récurrence ou de gérer toute différence à cet égard. Il est rarement nécessaire de procéder à un suivi une fois la croissance des os terminée, soit vers l'âge de 14 ans pour les filles et de 16 ans pour les garçons. Le médecin vous prodiguera des conseils quant au suivi nécessaire. Si la longueur des jambes vient à poser problème ou à causer de la douleur, il peut arriver qu'on recommande une intervention chirurgicale.

Certains médecins complètent le traitement avec de la physiothérapie. Des exercices appropriés peuvent être utiles à la prévention de toute récurrence, surtout s'il y a déséquilibre musculaire dans le pied. Si vous avez besoin d'aide relativement à un programme d'exercices, un physiothérapeute ayant de l'expérience en pédiatrie peut vous aider à adapter les exercices en fonction de l'âge et des intérêts de votre enfant.

Une fois la correction terminée, des orthèses, dispositifs de soutien ou semelles favorisant le maintien du mouvement adéquat de l'articulation peuvent aider à équilibrer les forces à l'intérieur du pied. Ils peuvent aussi compenser de légères différences dans la taille des pieds ou la longueur des jambes en cours de croissance. Les orthèses et les attelles doivent être ajustées adéquatement; comme les chaussures, elles doivent être changées régulièrement, selon la croissance des pieds. Les coûts des orthèses et attelles sont couverts par la majorité des régimes d'assurance-maladie complémentaire.

Échéancier dans le traitement du pied bot



Le redressement du pied : Environ 2 mois	Le maintien de la correction		La surveillance : Jusqu'à la fin de la croissance
	Port de l'attelle à temps plein : Environ 3 mois	Port de l'attelle à temps partiel : Environ 4 ans	
Il suffit d'immobilisations plâtrées hebdomadaires pour corriger le pied bot. Les pieds bots plus graves peuvent demander davantage de plâtres. On effectue habituellement une ténotomie avant l'application du dernier plâtre. Celui-ci doit être gardé trois semaines.	On ajuste l'attelle le jour du retrait du dernier plâtre. Elle doit être portée 23 heures sur 24 durant 2 ou 3 mois.	Après 2 ou 3 mois, le port de l'attelle est réduit à la nuit et aux siestes, habituellement jusqu'à l'âge de 4 ans environ. Jusqu'à l'âge de 4 ou 5 ans environ, l'enfant doit aller en consultation tous les 3 à 6 mois afin qu'on puisse repérer tout signe de récurrence et changer l'attelle en fonction de sa croissance.	L'enfant doit aller en consultation tous les 6 à 12 mois afin qu'on évalue la croissance de ses pieds et de ses jambes. Les consultations se poursuivent jusqu'à ce que l'enfant ait terminé sa croissance, soit vers l'âge de 14 ans pour les filles et de 16 ans pour les garçons.

N'OUBLIEZ PAS : La progression de chaque enfant est unique. Il ne s'agit là que de lignes directrices. La durée du traitement peut varier.

Votre équipe de soins



Beaucoup de professionnels de la santé jouent un rôle dans la santé des os et articulations de votre enfant. La composition de l'équipe de soins varie toutefois selon la situation et les besoins de votre enfant. Et votre rôle, en tant que parent, n'est pas négligeable. Vous devez prendre part au processus : posez des questions, faites connaître vos préoccupations et demandez des renseignements sur le diagnostic, les possibilités de traitement et le continuum de soins.

Voici certains des professionnels de la santé que vous allez probablement rencontrer au cours du traitement de votre enfant :

Orthopédiste

L'orthopédiste est formé pour diagnostiquer et traiter une vaste gamme de blessures et de troubles de l'appareil locomoteur. L'orthopédiste-pédiatre a quant à lui été spécialement formé pour traiter les besoins et troubles propres aux enfants.

Résident ou boursier en orthopédie

Le boursier est un orthopédiste reconnu qui poursuit sa formation dans une sous-spécialité orthopédique, par exemple en *orthopédie* pédiatrique. Le résident est pour sa part un médecin reconnu en cours de spécialisation – dans le cas présent, en orthopédie.

Physiothérapeute

Le physiothérapeute est un professionnel de la santé formé pour l'évaluation, le traitement et la prévention de maladies, blessures et autres conditions touchant la structure ou le mouvement du corps par l'intermédiaire de manipulations, d'exercices et d'information.

Technologiste en orthopédie ou technicien à la salle des plâtres

Le technologiste en orthopédie aide l'orthopédiste à traiter les blessures et maladies de nature orthopédique par l'application, l'ajustement et le retrait de divers plâtres, attelles, bandages et appareils déambulatoires. Il peut vous fournir de plus amples renseignements et directives sur le traitement.

Infirmière clinicienne

L'infirmière clinicienne est une infirmière autorisée possédant des connaissances et compétences poussées dans une spécialisation des soins infirmiers.

Orthésiste certifié

L'orthésiste certifié est un professionnel de la santé qui évalue, conçoit, fabrique et ajuste les *orthèses* (dispositifs qui s'apparentent à l'attelle). L'orthésiste vous aidera à résoudre vos problèmes par rapport à l'attelle de votre enfant, par exemple si ses pieds sortent de son attelle ou s'il n'est pas à l'aise dans celle-ci. Il peut procéder à des ajustements et vous expliquer la façon de l'installer correctement.

Étudiant en médecine

L'étudiant en médecine est un médecin en formation qui, sous supervision, prend part à la majorité des activités cliniques à l'hôpital.

Votre première consultation



Les enfants qui ont un pied bot sont aiguillés vers un orthopédiste ou une clinique par leur médecin de famille, le médecin accoucheur, l'obstétricien ou le pédiatre de l'hôpital. Dans certains hôpitaux, c'est la clinique d'orthopédie qui communique avec les parents pour prendre les dispositions nécessaires à la première consultation.

À la première consultation, vous rencontrez l'orthopédiste et d'autres professionnels faisant partie de l'équipe de soins de votre enfant. On procède alors à l'examen de votre enfant. L'orthopédiste discute ensuite avec vous des conclusions de cet examen et recommande un plan de traitement. Souvent, la première immobilisation plâtrée est faite à ce moment. Vous devez donc donner un bain à votre enfant avant sa consultation. Le plâtre de votre enfant ne vous empêche pas de le mettre dans son siège d'auto ou sa poussette. Il n'est donc pas nécessaire de vous procurer de l'équipement spécial.

La première consultation peut être stressante pour les parents. Votre enfant est tout jeune. Il est donc probable que vous soyez nerveux, fatigué ou émotif. C'est tout à fait normal. Afin de minimiser le stress et de tirer le maximum de votre consultation, suivez les directives suivantes :

- Prévoyez amplement de temps pour vous rendre à la consultation.
- Apportez des couches et tout autre article nécessaire pour changer votre enfant au besoin.
- Apportez une pleine bouteille de lait (si votre enfant n'est pas allaité).
- Mettez à votre enfant un pyjama ou un pantalon ample à boutons pression qui s'ouvre complètement afin de pouvoir facilement remettre le vêtement malgré le plâtre.
- Notez toutes vos questions pour ne pas en oublier.
- Apportez un stylo et du papier pour noter les directives – le présent livret ou un bloc-notes, par exemple.
- Soyez patient : il est possible qu'il y ait beaucoup de monde au cabinet du médecin ou à la clinique.
- Il pourrait être utile de payer pour du temps de stationnement supplémentaire, si on doit payer à l'avance à l'hôpital ou à la clinique, afin de ne pas vous sentir pressé par le temps.
- Évitez de faire des projets pour le reste de la journée.

Mais, surtout, prenez le temps de discuter de vos préoccupations et de vos attentes avec l'équipe de soins. Elle est là pour vous aider!

Questions à poser à la première consultation :

Redressement du pied : Plâtres



Plâtres

Votre enfant et vous devez vous rendre à une première consultation avec l'équipe de soins, qui lui installe un plâtre. Ensuite, vous y retournerez chaque semaine pour faire enlever, puis remplacer, le plâtre. La réussite de la méthode Ponseti réside dans la délicatesse des manipulations et de la pose des plâtres. L'enfant ne doit pas souffrir, les parents ne doivent pas être stressés et l'équipe de soins ne doit pas travailler à la hâte. Il peut être utile que votre enfant ait un peu faim au moment de ces consultations hebdomadaires et que vous ayez alors une bouteille à portée de la main. Un nourrisson est plus détendu durant la tétée, et la plupart des orthopédistes sont très heureux que sa mère lui donne une bouteille ou le sein durant l'application du plâtre.

L'installation d'un plâtre nécessite souvent deux membres de l'équipe, soit un qui manipule et tient le membre pendant que l'autre fait le plâtre. Bien que l'enfant puisse geindre durant la préparation du plâtre, ne vous en faites pas : ce n'est pas douloureux.

Types d'immobilisations

Les immobilisations plâtrées peuvent être faites de divers matériaux, dont du plâtre de Paris et de la fibre de verre, rigide ou semi-rigide. Le médecin établit le matériau le mieux adapté à votre enfant.

Installation des plâtres

Une fois l'enfant à l'aise, la jambe et le pied sont délicatement manipulés et placés dans une position de correction. Avant ou après cette manipulation, on



installe une chaussette ou une doublure pour recevoir le plâtre. Dans certaines cliniques, on installe le plâtre en une seule étape, alors que, dans d'autres, on procède en deux étapes : on fabrique d'abord la portion sous le genou, puis on prolonge le plâtre jusque dans le haut de la cuisse en immobilisant le genou en position détendue et fléchi. Ce long plâtre est essentiel au maintien de la position de correction du pied. Il sèche habituellement en quelques minutes. De cinq à dix minutes après l'installation du plâtre, on vérifie si votre enfant est à l'aise et si ses orteils sont roses, signe d'une bonne circulation. Avant le retour à la maison, votre équipe de soins veille à ce qu'il n'y ait pas de problème.

Ténotomie

Avant d'appliquer le dernier plâtre, on pratique une petite incision juste au-dessus du talon pour sectionner le tendon d'Achille. Le médecin établit si cette procédure, appelée ténotomie, est nécessaire pour terminer la correction du pied bot.

La majorité des orthopédistes préfèrent effectuer la ténotomie en salle de traitement et sous anesthésie locale. Aucun point de suture n'est nécessaire, puisque l'incision ne fait que quelques millimètres. Il suffit d'un petit bandage pour couvrir l'incision avant l'installation du plâtre. Une fois le plâtre sec et votre enfant évalué par un membre de l'équipe de soins, vous pouvez retourner à la maison. Le plâtre installé après une ténotomie doit être gardé trois semaines environ.

Certains enfants peuvent être perturbés par la procédure, mais se calment une fois que le plâtre est sec. Il est possible que le médecin prescrive un léger analgésique à votre enfant pour la première journée suivant cette intervention. Après 24 heures, il n'y a habituellement plus de malaise. Si l'enfant continue de pleurer, fait de la fièvre ou que vous croyez que son plâtre pose problème, communiquez immédiatement avec votre médecin. (Voir la section « Quand doit-on consulter un médecin? ».)



Entretien du plâtre

À chacune des consultations, vous recevez des directives sur l'entretien du plâtre et les soins de la peau. Il est très important de se rappeler que le plâtre n'est pas hydrofuge et qu'il doit donc être gardé propre et sec en permanence si vous voulez assurer le confort de votre enfant et éviter toute irritation cutanée. Les rappels suivants sont des directives générales pour l'entretien d'un plâtre. Le professionnel de la santé peut en avoir d'autres : assurez-vous de bien les prendre en note.

- Gardez le plâtre propre et sec. L'humidité à l'intérieur du plâtre peut causer des problèmes cutanés tant mineurs que graves, comme une irruption cutanée ou de la macération.
- Le changement de couche doit se faire avec le plus grand soin. On doit la changer souvent afin de prévenir toute fuite indésirable! La région la plus problématique est celle autour de la cuisse. Utilisez des couches jetables avec des protections supérieures contre les fuites ou, si vous utilisez des couches de coton, couvrez-les d'une culotte de plastique qui épouse bien la cuisse afin de garder le plâtre sec et propre.
- N'insérez jamais d'objet dans le plâtre, puisque vous risquez d'endommager la peau. Une aiguille à tricoter ou une règle à mesurer insérée dans le plâtre peut en effet causer des plaies ou des éraflures, ce qui est propice à l'infection.
- Surveillez votre enfant pour repérer tout changement qui pourrait être dû à un problème causé par le plâtre. Ces changements comprennent la couleur et l'état de la peau, l'odeur qui se dégage du plâtre ou un comportement plus geignard qu'à l'accoutumée.
- Si vous suspectez que la doublure du plâtre est mouillée, il peut être nécessaire de le faire enlever et remplacer sur-le-champ. Le cas échéant, on doit immédiatement assécher le plâtre autant que possible avec un linge sans y glisser quoi que ce soit. Laissez l'enfant en chandail et en couche et téléphonez au médecin.

Comment sait-on que tout se passe bien?

Un enfant à l'aise qui réagit bien au plâtre :

- bouge les jambes sans malaise;
- présente une peau saine et de couleur normale autour et près du plâtre;
- a les orteils de couleur normale et sans enflure;
- peut geindre à l'occasion, mais est consolable.





Quand doit-on consulter un médecin?

On doit consulter un médecin quand :

- les orteils de l'enfant sont enflés ou d'une couleur anormale (bleus, noirs, blancs ou rouges);
- le plâtre est mouillé par de l'urine ou un autre fluide;
- on constate la présence d'une irruption cutanée sur la jambe ou que la peau est de couleur ou de texture anormale;
- il se dégage une odeur du plâtre;
- l'enfant pleure et est inconsolable.

Durant les heures de consultation :

- communiquez avec la salle des plâtres où votre enfant a été traité ou avec le cabinet de votre médecin;
- attendez une heure ou deux qu'on vous revienne;
- après ce délai, rendez-vous à l'urgence avec votre enfant.

En dehors des heures de consultation :

- rendez-vous à l'urgence avec votre enfant.

Numéros en cas d'urgence :

- Salle des plâtres :
- Cabinet du médecin :

Redressement du pied : Plâtres



À la maison avec le premier plâtre

Votre enfant peut d'abord être agité, mais il devrait se calmer après la première nuit. Si vous avez l'impression que votre enfant souffre, vous pouvez lui donner un analgésique pour enfant, si votre médecin l'approuve. Si votre enfant ne se calme pas ou que l'analgésique ne semble pas faire effet, appelez votre médecin.

Habillage de l'enfant

Le plâtre n'empêche généralement pas les enfants de porter un pantalon ou un pyjama, à condition qu'il soit ample. Ceux à boutons pression qui s'ouvrent complètement sont faciles à mettre et à enlever, puisqu'on évite ainsi d'avoir à tirer sur le vêtement. Un pantalon ample en tissu extensible avec élastique à la taille peut aussi très bien faire l'affaire. Certaines dormeuses sont assez amples pour passer par-dessus le plâtre; sinon vous pouvez couper une partie des pieds de la dormeuse et les remplacer par des chaussettes ou bottines souples pour garder les pieds de votre enfant au chaud.

Toilette de l'enfant

L'enfant doit être lavé à l'éponge afin d'éviter de mouiller le plâtre, puisque celui-ci n'est pas hydrofuge. Placez votre enfant dans le bain ou l'évier et gardez un bol d'eau tiède à portée de la main. Trempez la débarbouillette ou l'éponge dans l'eau tiède, essorez-la, puis lavez l'enfant.

Vous pouvez aussi vous placer sur le rebord du bain. Mettez des shorts, assoyez-vous sur le rebord du bain, les pieds à l'intérieur, et placez votre enfant sur vos cuisses en couvrant son plâtre d'une serviette. Vous pouvez ainsi faire couler l'eau doucement tout en lavant les cheveux, le visage et le haut du corps de l'enfant. Puis, plus tard, vous pouvez laver le bas du corps à la débarbouillette. En règle générale, les parents préfèrent cette méthode, qui est beaucoup plus rapide et moins éprouvante pour le dos que celles où ils doivent se pencher au-dessus de l'enfant, surtout quand l'enfant prend du poids!

Retrait du plâtre



À la deuxième consultation, et à toutes celles qui suivent, le plâtre est enlevé. On procède habituellement en clinique.

Si l'immobilisation plâtrée est en **fibre de verre semi-rigide**, aucun équipement n'est nécessaire. Le plâtre est tout simplement déroulé comme un rouleau de ruban cache.

Redressement du pied : Plâtres



Si l'immobilisation plâtrée est en **plâtre de Paris**, il faut habituellement la faire tremper avant de la retirer. Certaines cliniques peuvent vous demander de le faire à la maison et vous donner des directives précises en ce sens. D'autres préfèrent s'en charger. Pour ce faire, on remplit habituellement un bain ou un évier d'eau tiède et on immerge complètement le plâtre. Une serviette humide est ensuite enroulée autour de celui-ci de 20 à 30 minutes pour bien le détremper. Il est probable que le technicien ait laissé une petite bosse sur le plâtre. Quand on peut facilement la retirer, c'est signe que le plâtre est suffisamment ramolli pour être enlevé.



Les immobilisations plâtrées en fibre de verre rigide sont habituellement utilisées chez les enfants plus âgés pour traiter une récurrence du pied bot. Robustes, elles doivent être coupées en deux avec une scie spéciale pour être enlevées. Bien que cette scie soit bruyante et épineuse, il s'agit en fait d'un outil sûr et très bien pensé. La lame ronde de la scie ne tourne pas et ne coupe pas de la même façon que celle d'une scie traditionnelle. En effet, la lame *vibre* plutôt à grande vitesse et ne peut donc pas blesser la peau. Un système d'aspiration permet de minimiser l'exposition de l'enfant à la poussière. On peut en outre lui mettre des protecteurs

d'oreilles s'il le souhaite. Quand on utilise la scie, l'enfant sent sa vibration, souvent décrite comme un chatouillement. Une fois le plâtre coupé en deux, on utilise un outil d'écartement pour l'ouvrir. On coupe ensuite la chaussette de coton ou la doublure au ciseau avant d'enlever le plâtre.

Chaque semaine, le plâtre est enlevé, puis un autre est installé, et ce, jusqu'à ce que cette étape de la correction du pied bot soit terminée. Votre enfant et vous vous habituerez au plâtre et à ces consultations hebdomadaires. Vous serez aussi de plus en plus à l'aise avec les procédures. N'oubliez pas de consulter les conseils fournis sous « Votre première consultation » pour que vos consultations soient aussi détendues que possible.

Note spéciale relativement aux enfants plus âgés : Un enfant plus âgé qui est immobilisé dans un plâtre durant plusieurs semaines (pour traiter une récurrence) peut éprouver des raideurs dans les articulations une fois le plâtre enlevé. Il est toujours utile de prévenir l'enfant en lui expliquant ce phénomène et de lui préciser que tout cela est normal.

Directives supplémentaires



Une fois le dernier plâtre enlevé, votre enfant passe au port d'une attelle. C'est une nouvelle étape pour votre enfant et vous, alors assurez-vous de suivre la liste de vérification fournie sous « Votre première consultation » et de :

- mettre à votre enfant un pyjama ou un pantalon à boutons pression *qui s'ouvre complètement* afin de ne pas avoir à enlever l'attelle pour changer sa couche;
- consulter la section « Première nuit avec une attelle », à la page 19, pour savoir à quoi vous attendre et quoi préparer en vue de ce nouvel ajustement pour votre enfant.

À propos de l'attelle

Même si on le corrige complètement, le pied bot a la fâcheuse manie de reprendre sa forme. Les récurrences sont toutefois beaucoup moins fréquentes après l'âge de 4 ans. Le port d'une attelle pédiestre en abduction 23 heures sur 24 durant 2 à 3 mois, puis la nuit et durant les siestes jusqu'à l'âge de 4 ans, est la meilleure façon de prévenir les récurrences. La durée du port de l'attelle varie selon la gravité du pied bot et est établie par le médecin. Un suivi à intervalles réguliers auprès de l'orthésiste permet d'ajuster ou de changer les chaussures en fonction de la croissance de votre enfant.

L'attelle pédiestre en abduction est la seule qui prévient les récurrences. Si elle est utilisée tel que prescrit, elle offre un taux de réussite de plus de 90 %. Le port de l'attelle n'entrave pas le développement de l'enfant de façon importante pour ce qui est de s'asseoir, ramper et marcher.

Qu'est-ce qu'une attelle pédiestre en abduction?

L'attelle pédiestre en abduction est une attelle spécialement conçue pour tourner le pied vers l'extérieur et provoquer une flexion dorsale afin de maintenir la correction du pied bot. Elle est composée de chaussures reliées par une barre tenant les pieds dans la bonne position après le retrait du dernier plâtre. Différents types d'attelles sont disponibles : les plus courantes sont des adaptations par M.J. Markell et John Mitchell (orthèses pied-cheville [AFO] Ponseti®), les attelles ALFA-Flex®, ainsi que la barre à cliquets Horton, à laquelle on peut fixer différentes chaussures. Chacune présente des caractéristiques uniques. Le médecin prescrit celle qui convient le mieux à votre enfant.

Quand installe-t-on l'attelle pour la première fois?

Le jour du retrait du dernier plâtre est le meilleur moment pour installer l'attelle, car le pied est habitué à être dans la bonne position. Le fait d'installer immédiatement l'attelle minimise donc les risques de récurrence.

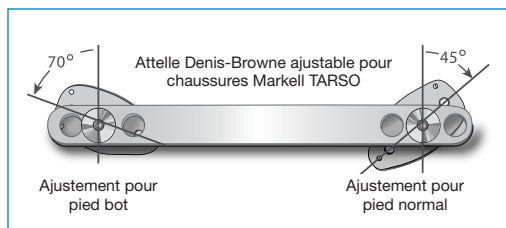
De quelle façon est-elle installée?

L'attelle pédiestre en abduction est installée par l'orthésiste. Au fil de la croissance de votre enfant, l'orthésiste veille à vous fournir des chaussures et une barre plus grandes. Il est toutefois utile d'en savoir un peu plus sur les ajustements nécessaires.



Longueur de la barre : La barre doit avoir une longueur suffisante pour que l'écartement entre les deux talons corresponde à la largeur des épaules.

Maintien de la correction : Attelles et surveillance



Abduction : Selon l'équipement, l'angle recommandé est légèrement différent (attelle ALFA-Flex® : 70° pour le pied bot et 40° pour l'autre pied; orthèses pied-cheville Ponseti® : 60° pour le pied bot et 40° pour l'autre pied; chaussures Markell : 70° pour le pied bot et 45° pour l'autre pied.) L'orthésiste ou l'orthopédiste vous conseillera sur ce qui convient le mieux à votre enfant.



Dorsiflexion : Habituellement, 10° de dorsiflexion suffisent. Celle-ci est intégrée aux orthèses pied-cheville Ponseti®. Dans le cas des attelles ALFA-Flex®, l'articulation sphérique est ajustable, alors que la barre Markell peut être pliée ou les chaussures fixées à une barre à cliquets Horton, qui comprend des plaques plantaires avec dorsiflexion de 10°.

De quelle façon dois-je mettre l'attelle à mon enfant?

Les conseils fournis dans la présente section vous aideront à utiliser l'attelle. On vous donnera probablement d'autres conseils (hôpital, clinique, orthopédiste et orthésiste). Assurez-vous de les noter.

Il est préférable de mettre les chaussures à l'enfant quand il est détendu. Au fil de son utilisation, vous constaterez ce qui fonctionne le mieux pour votre enfant et vous, mais assurez-vous toujours que le talon est bien enfoncé dans la chaussure.

Au départ, il peut être plus facile pour vous de mettre les chaussures à votre enfant, puis de les attacher à la barre. Vous pouvez marquer les chaussures et la barre pour en distinguer la gauche de la droite.

Les images montrent une chaussure Markell. D'autres modèles de chaussures fonctionnent de la même façon.



- Ouvrez la chaussure le plus possible en desserrant les sangles ou en retirant les lacets.
- Insérez le pied dans la chaussure en pliant le genou à angle droit et en plaçant la cheville de sorte que les orteils pointent vers le haut. Assurez-vous que le talon est bien enfoncé dans la chaussure. Il devrait y avoir un trou dans le talon de la chaussure permettant d'en vérifier la position.
- En gardant le genou de l'enfant plié et les orteils vers le haut, appuyez sur la languette et la sangle avec le pouce et attachez le tout en serrant la boucle et, le cas échéant, les lacets. Suivez la même procédure pour l'autre pied. Commencez par le pied bot, ou le pied le plus faible si l'enfant a les deux pieds bots.
- Tirez sur la chaussure. Si le talon lève, c'est que la chaussure n'est pas assez serrée. Resserrez la chaussure en appliquant la technique ci-dessus jusqu'à ce que le pied soit bien maintenu en place. La chaussure doit être bien ajustée, probablement plus serrée que vous pourriez le croire, mais sans couper la circulation. La tolérance de l'enfant est surprenante.
- Assurez-vous que les orteils de l'enfant ne sont pas retroussés et qu'il n'y a pas de plis dans la chaussette. Pour éliminer les plis, tirez sur la chaussette à partir du haut et des orteils en même temps après avoir mis la chaussure.
- Coupez le bout de la chaussette au préalable pour pouvoir vérifier la circulation dans les orteils. Appuyez sur l'ongle d'un orteil. Il devrait blanchir, puis reprendre rapidement sa couleur quand vous enlevez la pression.

Maintien de la correction : Attelles et surveillance



- Une fois les chaussures bien ajustées et lacées ou bouclées, attachez-y la barre en veillant à ce qu'elles soient dans le bon angle d'abduction (tournées vers l'extérieur) et bien attachées.
- **À propos des orthèses pied-cheville Ponseti®** : Ce système breveté comprend une doublure en caoutchouc souple et des sangles en cuir souple qui permettent d'assurer le confort de l'enfant. De plus, on peut vérifier facilement la position du talon grâce aux deux trous percés à l'arrière des chaussures, qui sont attachées à la barre Ponseti® à l'aide d'un système à fixation rapide qui en facilite le changement et l'installation. On peut mettre les chaussures à l'enfant avant de les attacher à la barre. Ce système est aussi utile lorsqu'on assoit l'enfant dans une chaise haute ou un panier d'épicerie. Ces caractéristiques uniques visent à assurer le confort de l'enfant et peuvent favoriser le respect de l'horaire prescrit pour le port de l'attelle.
 - Vous pouvez commander un plastron à pression pour améliorer la répartition de celle-ci sur la sangle du milieu.
 - Vous pouvez commander les orthèses pied-cheville Ponseti® avec une butée de flexion plantaire, ce qui est pratique pour les pieds bots atypiques avec dorsiflexion neutre ou négative.
 - Des chaussures Ponseti® avec rehausseur d'orteils sont aussi disponibles. Elles permettent d'augmenter considérablement l'angle des orteils pour aider à maintenir la dorsiflexion en étirant le tendon d'Achille et en améliorant la souplesse.
 - Si l'enfant perd ses chaussures Ponseti®, essayez de resserrer la sangle du milieu d'un cran, puis vérifiez si le talon est bien enfoncé dedans.
 - Les orthèses pied-cheville Ponseti® et accessoires connexes peuvent être commandés sur le site www.mdorthopaedics.com (en anglais seulement) ou au 1-877-PONSETI (1-877-766-7384).
- **Les chaussures Markell avec barre** : Il s'agit de chaussures rectilignes. La languette peut être ajustée pour veiller à ce que la sangle garde le pied bien enfoncé dans la chaussure. Une fois le talon de l'enfant bien placé, le pied ne peut plus glisser et il n'y a pas de risques de cloques. Si l'enfant perd ses chaussures :
 - resserrez la sangle d'un cran et assurez-vous que le talon est bien enfoncé dans la chaussure;
 - resserrez le lacet et assurez-vous que le talon est bien enfoncé dans la chaussure;
 - enlevez la languette de la chaussure ou agrandissez la fente de la languette en coupant celle-ci plus haut, sans toutefois couper la couture;
 - lacez la chaussure de haut en bas pour que la boucle soit près des orteils.
- **À propos de l'attelle ALFA-Flex®** : Elle comporte des sandales en cuir souple doublées de mousse viscoélastique (à mémoire de forme) et munies d'une fermeture velcro ou d'une boucle; elles sont offertes dans une variété de couleurs.
 - Elle comprend des articulations sphériques pouvant être ajustées dans deux sens selon les besoins thérapeutiques établis.
 - Un système fiable à cliquets permet d'attacher la barre aux chaussures.
 - La longueur de la barre est ajustable, ce qui permet d'utiliser la même durant tout le traitement.
- **À propos de la chaussure à 10° sur barre à cliquets Horton** : Il s'agit d'une barre de longueur ajustable à laquelle on attache des chaussures Markell à l'aide d'un mécanisme d'encliquetage rapide incluant une dorsiflexion de 10°.





Encouragements et inspiration

La Fondation Canadienne d'Orthopédie offre le programme de soutien par les pairs Connexion Ortho, par l'intermédiaire duquel les parents peuvent parler à d'autres parents ayant vécu une expérience semblable et obtenir un aperçu réaliste de ce qui les attend. Consultez le site www.orthoconnect.org ou composez le 1-800-461-3639 pour de plus amples renseignements.



Première nuit avec une attelle

Les premières nuits avec l'attelle sont difficiles pour l'enfant (et peut-être plus encore pour les parents!). Certains enfants pleurent beaucoup la première nuit, habituellement parce qu'ils sont frustrés d'avoir les pieds attachés ensemble alors que, la veille, ils pouvaient les bouger indépendamment l'un de l'autre. Ne vous en faites pas : tous les bébés s'y habituent assez rapidement.

Préparez-vous toutefois à une nuit agitée. Cela peut nécessiter la collaboration de votre conjoint ou le recours à un proche ou à un membre de la famille pouvant prendre la relève et vous permettre de dormir un peu. Si vous ne pouvez compter que sur vous-même, faites tout ce que vous pouvez pour que l'enfant et vous puissiez vous reposer un peu au cours de la première nuit sans enlever l'attelle, qu'il s'agisse d'installer l'enfant dans votre lit, de l'allaiter souvent ou de dormir dans un fauteuil.

Peu importe la solution, **ne lui enlevez pas son attelle!** On ne peut pas trop insister sur les effets néfastes du RETRAIT de l'attelle sur le traitement de votre enfant. Votre enfant fera vite le lien entre ses pleurs et le retrait de l'attelle. Si vous croyez que l'attelle n'est pas installée correctement, retirez-la et assurez-vous que votre enfant ne présente aucun signe d'irritation ou autre problème. Vous devez toutefois la lui remettre sur-le-champ. Le port de l'attelle est la composante la plus importante de la correction du pied bot, et votre enfant vous remerciera un jour d'avoir tenu bon.

Les parents confirment qu'il suffit d'une nuit pour que la situation s'améliore. Chez certains enfants qui n'ont plus qu'à la porter la nuit et durant les siestes, le simple fait de leur mettre l'attelle les fait somnoler et se frotter les yeux. Ils peuvent même vous rappeler de la leur mettre si vous avez oublié de le faire. Il ne faut donc pas perdre espoir!

Marques rouges sur les pieds de l'enfant

Quand elle est bien portée, l'attelle est assez serrée, surtout au milieu du pied. Vous remarquerez peut-être des rougeurs dans cette région, ce qui est courant. Vous constaterez toutefois qu'elles disparaissent graduellement durant l'heure où votre enfant ne porte pas son attelle. Ne mettez pas de crème sur ces rougeurs, puisque la peau pourrait macérer.

La présence de cloques sur les talons peut indiquer que les chaussures ne sont pas assez serrées. Le talon doit rester bien enfoncé dans la chaussure. Si vous remarquez des cloques ou des signes d'infection, vous devez en aviser le médecin ou l'orthésiste afin qu'il remédie à la situation dès que possible. On doit régler de tels problèmes sur-le-champ afin d'assurer le confort de l'enfant.

Confort de l'enfant et mouvements durant la nuit

Il peut arriver que votre enfant pleure ou geigne quand il souhaite se tourner. Aussi surprenant que cela puisse être, les enfants apprennent à se tourner quand même. Vous ne devriez donc pas perdre trop d'heures de sommeil! Il est toutefois possible que l'enfant se découvre durant la nuit. Si cela vous inquiète, vous pouvez opter pour un sac de couchage. C'est une solution très utile durant les mois d'hiver, puisque l'enfant peut se tourner tout en restant au chaud. Vous pouvez aussi l'habiller plus chaudement. Le sac de couchage a aussi l'avantage d'étouffer le bruit de l'attelle qui frappe le bord du lit quand l'enfant se tourne.

Les premiers jours

- Il est possible que votre enfant se débatte dans l'attelle pendant quelques jours. Ce n'est pas dû au fait que l'attelle est douloureuse, mais plutôt qu'elle est nouvelle pour votre enfant.
- Si votre enfant continue de pleurer, enlevez-lui l'attelle, puis remettez-la-lui. Vous pourrez ainsi vérifier s'il a des cloques, un signe que les chaussures ne sont pas suffisamment serrées. De plus, c'est un bon exercice pour apprendre à l'installer.
- Si votre enfant paraît mal à l'aise la nuit, vérifiez la longueur de la barre par rapport à ses épaules. Une barre trop courte peut en effet causer de l'inconfort.

Maintien de la correction : Attelles et surveillance



- Jouez avec votre enfant quand il porte son attelle afin de l'aider à s'y habituer. Votre enfant ne peut pas bouger les jambes de façon indépendante. Vous devez donc lui montrer qu'il peut donner des coups de pied et balancer les jambes ensemble. Poussez et tirez doucement sur la barre de l'attelle pour fléchir et étendre ses jambes. Le fait d'étendre les jambes aide votre enfant à étirer les tendons de son pied bot.
- Banalisez le traitement. Les enfants iront mieux si vous intégrez le traitement au quotidien.
- Vous pouvez matelasser la barre de l'attelle avec une poignée de bicyclette pour protéger votre enfant, votre mobilier et vous-même.
- Vérifiez la présence de zones rouge vif au talon, ce qui signifie habituellement que les chaussures ne sont pas assez serrées. Si cela semble poser problème, votre orthésiste peut rembourrer le talon. Si le talon de votre enfant présente toujours des marques rouges ou si elles s'aggravent, communiquez avec votre médecin.
- Vérifiez l'écrou qui permet d'attacher les chaussures à la barre de temps à autre afin de vous assurer qu'il est toujours bien serré.
- Assurez-vous que les chaussettes de votre enfant sont de la bonne taille, car, si ce n'est pas le cas, elles peuvent former des plis, et la friction qui en résulte peut le blesser ou causer des cloques.
- Quand il n'est plus nécessaire que votre enfant porte son attelle en permanence, intégrez la pose de l'attelle à sa routine. Votre enfant risque moins de s'agiter si l'attelle fait partie de sa routine au coucher.

Habillez votre enfant après la pose de l'attelle

Votre enfant doit porter un pantalon ou un pyjama qui s'ouvre complètement afin de ne pas avoir à enlever l'attelle pour changer sa couche. Puisque l'attelle maintient les pieds à la largeur des épaules, un pantalon extensible ne peut être baissé qu'au niveau des genoux, ce qui peut être inconfortable pour votre enfant (et provoquer bien des dégâts pour vous deux!). Avec le temps, vous prendrez suffisamment d'assurance pour avoir peut-être envie d'enlever l'attelle le temps de changer la couche de votre enfant. Toutefois, cela peut contrarier l'enfant, qui se croira alors libéré. Il est donc préférable d'éviter de le faire les premiers temps.



Vous pouvez recouvrir les chaussures de chaussettes pour garder ses orteils au chaud. Vous pouvez aussi vous procurer des dormeuses à plus grands pieds et simplement tailler une fente dans celles-ci à partir du dernier bouton pression afin de pouvoir les fermer par-dessus la chaussure et ainsi couvrir les orteils.

Autres types d'orthèses



Il arrive qu'on recommande d'autres types d'orthèses pour les enfants chez qui on a corrigé un pied bot selon la méthode Ponseti. Voir la liste ci-dessous. Bien que ces orthèses ne fassent pas partie de la méthode Ponseti, elles peuvent être utilisées dans certaines circonstances.

Les **orthèses pied-cheville (AFO)** sont des bottes en plastique moulées aux pieds de l'enfant et maintenues en place par des sangles en velcro. Elles visent à maintenir le pied en position neutre. Comme ces orthèses ne peuvent pas maintenir le pied en rotation externe, elles ne remplacent pas l'attelle nécessaire à la méthode Ponseti de correction du pied bot. Toutefois, elles peuvent servir à immobiliser le pied bot après correction chirurgicale. Certains professionnels de la santé modifient ces orthèses de sorte à permettre la rotation externe.



Les **orthèses podologiques** sont des semelles faites sur mesure et insérées dans les chaussures; elles soutiennent le pied afin d'en optimiser l'alignement, corrigent toute différence dans la longueur des jambes et maintiennent la plante du pied.



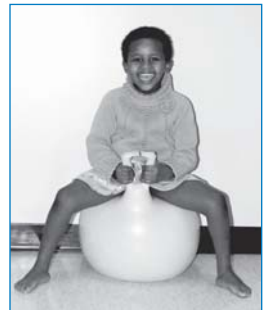
Le jeu est au cœur de la vie de tous les enfants! Rendez les exercices amusants, afin que ce temps passé ensemble soit empreint de magie pour vous deux!

Dans beaucoup de cliniques, on trouve des physiothérapeutes qui peuvent vous donner des conseils sur les exercices. Le physiothérapeute est un professionnel de la santé formé pour l'évaluation et le traitement de conditions touchant la structure ou le mouvement du corps par l'intermédiaire de manipulations, d'exercices et d'information.

Durant la période de correction, il suffit de stimuler l'enfant et de jouer avec lui de façon normale. Bien que les bébés doivent dormir sur le dos, la Société canadienne de pédiatrie (SCP) estime qu'il est aussi important qu'ils passent un certain temps sur le ventre quand ils sont éveillés afin d'apprendre à relever la tête et à transférer leur poids dans leurs bras. Les bébés qui ont un plâtre peuvent aussi être mis sur le ventre ou sur le côté avec un soutien. Votre médecin ou un physiothérapeute peut vous montrer diverses façons de placer et de tenir votre enfant durant le processus de correction. Les enfants qui ont un plâtre peuvent faire la majorité des activités jugées normales à leur âge, à l'exception, bien sûr, du bain.

Une fois les immobilisations plâtrées terminées, votre enfant passe au port de l'attelle. Le physiothérapeute pourrait alors vous suggérer certains exercices de base à faire durant l'heure où votre enfant ne porte pas son attelle, dont les suivants :

- Étirement du tendon d'Achille afin d'en maintenir la flexibilité.
- Mouvements du pied dans toutes les directions pour en maintenir l'amplitude.



Mon enfant devrait-il faire des exercices pour renforcer son pied et sa cheville?

La majorité des enfants traités selon la méthode Ponseti acquièrent la force et la flexibilité nécessaires par leurs activités et mouvements usuels. Si l'enfant présente des raideurs ou faiblesses résiduelles dans certains groupes musculaires, le physiothérapeute pourrait recommander des exercices ciblés pour remédier à la situation. Chez les enfants plus jeunes, cela peut comprendre des jeux comme grimper, s'accroupir ou marcher sur des plans inclinés ou diverses textures pour stimuler de façon naturelle l'utilisation équilibrée des groupes musculaires.



À quoi servent les exercices?

Ils améliorent la force des muscles affaiblis dans la jambe et le pied, en plus d'étirer les muscles qui sont trop raides. Les exercices aident aussi l'enfant à avoir un développement moteur conforme à son âge, ainsi qu'à améliorer son équilibre, sa coordination et sa démarche.

À quelle fréquence et à quel moment doit-on faire ces exercices?

Le physiothérapeute vous aidera à répondre à cette question en fonction des besoins de votre enfant. En règle générale, il est préférable de prévoir une courte période quotidienne pour les exercices, ce qui permet de les intégrer à la dynamique familiale et de les rendre prévisibles. On peut les inclure au rituel du coucher, alors que l'on met l'attelle à l'enfant, si c'est ce qui vous convient le mieux. L'important, c'est d'être constant.



Histoires de parents : Jillian et Claire



Claire à 1 an



Claire à 5 ans



Plâtre, à 6 ans



Claire aujourd'hui

J'ai accouché un soir de pluie. La naissance de mon deuxième enfant s'est déroulée si rapidement que j'ai bien cru que je l'aurais dans le stationnement du Burnaby Hospital. Heureusement, nous sommes arrivés en salle d'accouchement à temps. Ce qui n'est pas le cas de ma médecin. (Mais ça, c'est une autre histoire.)

Je n'ai pas vu Claire immédiatement après sa naissance, mais mon mari, lui, a tout de suite remarqué que quelque chose clochait avec son pied gauche. Quand la médecin est finalement arrivée, elle nous a expliqué que Claire avait un pied bot, condition qui pouvait être traitée par l'application d'un plâtre. Ah, « un » plâtre, me suis-je dit. Pas de problème alors, c'est comme une fracture : Claire aura un plâtre durant six semaines, puis le tour sera joué. J'étais alors loin de me douter de l'aventure qui nous attendait.

Il y a bien des années de cela déjà. Aujourd'hui, Claire court, nage, fait du patin et adore la gymnastique. Elle est « normale ». Mais il lui a fallu bien plus d'« un » plâtre pour en arriver là.

À notre première consultation à la salle des plâtres du Royal Columbian Hospital, Claire n'avait que six jours; j'étais appréhensive et épuisée; j'avais la tête pleine de questions. On lui a fait un nouveau plâtre toutes les semaines et, avec le temps, la correction du pied bot a commencé. Mais, entre-temps, il a fallu répondre aux questions d'étrangers sur son plâtre et dire à notre famille tout ce que nous savions sur ce qui s'était passé. Et vous passerez par là vous aussi.

J'étais terrorisée par la ténotomie que Claire devait subir. À l'époque, cette procédure était faite dans le cadre d'une chirurgie d'un jour sous anesthésie locale. Je crois que j'étais plus inquiétée par l'anesthésie que par la procédure. Je sais que vous serez anxieux quand ce sera le tour de votre enfant, mais vous avez la chance de profiter des progrès scientifiques qui ont permis de modifier cette procédure, désormais effectuée durant une des consultations. Après les immobilisations plâtrées, vous passerez à l'attelle, faite de chaussures attachées à une barre. Cette étape suscitera encore plus de questions de votre entourage et des gens en général. Mais, à ce point-ci du processus de correction, vous aurez l'habitude de vous en faire poser, aurez plus de réponses à fournir et vous sentirez plus à l'aise.

La première nuit avec l'attelle, Claire a pleuré chaque fois qu'elle essayait de se tourner et que le bout de ses chaussures restait coincé entre les barreaux du lit. Je ne sais pas trop comment elle a fait son compte, mais, dès la nuit suivante, elle ne s'est réveillée qu'à quelques reprises, puis plus du tout par la suite. La capacité d'adaptation des bébés est tout simplement hallucinante. Et, si je pouvais revenir en arrière, je m'en ferais beaucoup moins quant à la capacité de Claire à gérer l'attelle.

Enfin, à l'âge de 5 ans, Claire a cessé de porter l'attelle. J'ai alors cru que c'était fini, sauf pour les consultations occasionnelles à la clinique. Malheureusement, j'avais tort. Un an et demi plus tard, son pied a recommencé à s'incurver, et j'ai pu tout de suite voir que quelque chose clochait. La consultation suivante n'a fait que confirmer mes doutes, et Claire a eu un nouveau plâtre. Elle était maintenant une grande fille et je me demandais comment elle allait gérer le fait d'avoir un plâtre lui couvrant toute la jambe. Mais elle s'est une fois de plus adaptée. Il a suffi d'une semaine et elle courait avec son plâtre. Elle a même trouvé le moyen de faire la culbute!

Les enfants ont une capacité d'adaptation incroyable. Moi, en revanche, j'étais rongée par la culpabilité : j'étais persuadée que j'étais responsable de la récurrence, parce que je n'avais pas obligé Claire à faire ses exercices tous les jours ou parce que nous ne faisons pas les étirements régulièrement. J'ai fini par comprendre que les parents ne sont pas parfaits et que ceux d'un enfant ayant un pied bot ont un peu plus de pain sur la planche! Claire a donc remis son attelle pendant un certain temps. Et, même si elle était assez vieille pour s'en plaindre, elle a compris qu'il était important qu'elle porte son attelle, et l'a fait sans dire un mot la majeure partie du temps. Sa plus grande préoccupation semble son incapacité à porter de « jolies chaussures de fille » : elle voudrait porter des tongs, mais elle oublie qu'elle doit porter des orthèses, car ses pieds ne sont pas de la même taille.

Bien que le pied bot présente son lot de défis, nous sommes heureux de vivre dans un pays moderne où cette condition peut être corrigée. Selon notre médecin, nous sommes toujours consternés d'apprendre que notre bébé n'est pas parfait, alors que c'est tout à fait normal. C'est la perfection qui devrait nous surprendre! Au bout du compte, nous avons une fille merveilleuse, intelligente et en santé.

Et elle est « normale »!



Histoires de parents : Heather et Hayden



Ma contribution au présent livret découle d'une véritable passion, soit celle d'aider les parents d'un enfant ayant un pied bot à comprendre les processus, difficultés et triomphes associés à sa condition.

Mon fils est né en juin 2005 avec les pieds bots. Comme sa condition n'a pas été diagnostiquée avant la naissance, nous avons eu droit à une grosse surprise! Avant de découvrir la méthode Ponseti, mon conjoint et moi étions frustrés du peu de connaissances que nous avions sur l'ensemble du processus de correction. J'aurais vraiment eu besoin d'un livret comme celui-ci!

Le Royal Columbian Hospital rend un énorme service à la collectivité et aux parents d'enfants ayant un pied bot en offrant cette méthode de traitement par l'entremise du Dr Pirani; c'est un véritable privilège de pouvoir compter sur cette fabuleuse équipe de soins. Avec les efforts jumelés de l'orthopédiste de votre enfant et du reste de l'équipe de soins, vous saurez au bout du compte que votre enfant a eu droit au meilleur traitement possible. Et rien n'est plus satisfaisant que de voir son enfant se tenir debout pour la première fois sur deux petits pieds parfaits.

Dans les jours qui ont suivi la naissance de Hayden, nous avons dû gérer les problèmes liés aux vêtements, à l'équipement et aux soins de la peau. Certains vêtements ne convenaient pas et certains appareils pour bébés n'étaient pas adaptés au port d'un plâtre ou d'une attelle. Les premiers plâtres de Hayden ont provoqué des irritations cutanées. Le jour de sa ténotomie, j'étais anxieuse. Je me demandais à quel point il allait pleurer et s'il allait beaucoup souffrir. J'ai choisi de rester dans la salle pour le réconforter. La procédure a été ultrarapide! Hayden a pleuré, mais surtout parce qu'il était maintenu en position couchée (il avait environ six mois à cette époque; il était donc plus vieux que la majorité des enfants qui subissent cette intervention) et que ça l'agaçait. Dès l'intervention terminée, il s'est calmé et endormi.

Une fois l'étape des immobilisations plâtrées terminée, les choses ont été beaucoup plus faciles; Hayden s'est très rapidement habitué à son attelle. Je vais être franche : la première nuit a été pénible. Il se réveillait et pleurait toutes les 20 minutes. Mais, dès le lendemain matin, il s'en était complètement remis, et il n'a plus jamais pleuré à cause de son attelle. Oui, au début, c'était pénible de le voir toujours dans son attelle. Et j'ai eu bien des ecchymoses dues à des coups accidentels! Je devais m'assurer que ses pantalons et pyjamas s'ouvraient complètement à l'aide de boutons pression, sans quoi je devais enlever son attelle tous les changements de couche, ce que je ne voulais pas faire. Mais, sans même que je m'en rende compte, il est passé du port constant de l'attelle (23 heures sur 24) à des périodes de 12 à 14 heures par jour. Il a porté son attelle jusqu'à l'âge de 4 ans et voit régulièrement le Dr Pirani, qui assure le suivi.

Son développement n'a absolument pas été affecté par le processus. Il a respecté la courbe de développement type. Il avait déjà appris à se tourner avec ses plâtres et a trouvé le truc en moins de deux avec son attelle. Malgré son attelle, il rampait et se tenait debout. En fait, un avantage que j'ai remarqué, c'est que dès que je lui mettais son attelle, Hayden se frottait les yeux et bâillait!

S'il y a un conseil que j'aimerais donner aux parents, c'est celui-ci : faites toujours confiance à votre instinct de parent. Si vous croyez qu'il y a quelque chose qui cloche, c'est probablement le cas. C'est vous qui connaissez le mieux votre enfant. Ainsi, si vous sentez que le plâtre pose problème, téléphonez au médecin sur-le-champ et enlevez-le si c'est sa recommandation. Il vaut mieux prolonger le processus de correction d'une semaine que de faire souffrir votre enfant. Aussi, ce sont les parents qui sont responsables de l'attelle. Si vous ne la mettez pas à votre enfant, la correction de ses pieds ne sera pas durable. Je vous souhaite la meilleure des chances dans cette aventure avec votre enfant!



Heather et Jayden avec le Dr Pirani



Hayden avec son attelle





Quelle est la cause du pied bot? Suis-je responsable?

Non, vous n'êtes pas responsable. Il peut s'agir d'un problème héréditaire comme d'un coup du hasard. Il n'y a pas de cause reconnue. Il est normal de se sentir coupable, et ce sentiment peut vous accompagner tout le long du processus de correction. Les autres peuvent vous pousser à culpabiliser. Ne tombez pas dans le panneau. S'occuper d'un enfant est déjà assez exigeant en soi, même quand tout est normal. N'oubliez pas que la chirurgie est une option valable : elle est utile à tous les niveaux et, si c'est le traitement recommandé pour votre enfant, c'est très bien aussi.

Mon enfant sera-t-il normal? Est-ce qu'il pourra participer à des activités courantes?

Oui, votre enfant aura une apparence normale. Il aura peut-être un pied plus petit que l'autre, ou des muscles plus petits dans les mollets et les pieds par rapport à ses pairs, mais ce n'est pas quelque chose qui se remarque. Votre enfant commencera peut-être à marcher quelques mois après les autres, mais il sera en mesure de participer à toutes les activités de la vie courante, qu'il s'agisse de nager, de courir ou de sauter, entre autres.



Pied à la naissance



Claire à 3 ans



Claire à 5 ans



Claire à 7 ans

Ci-après, des photos de Claire, dont la mère a contribué à la création du présent livret.

Que se passe-t-il quand l'enfant vieillit? Quand le traitement se termine-t-il?

Une fois leur pied bot corrigé, les enfants ont une vie tout à fait normale. Pour éviter toute récurrence, ils doivent porter une attelle la nuit jusqu'à l'âge de 4 ans environ (parfois plus longtemps si le médecin le juge nécessaire). S'il n'y a pas de récurrence au cours des deux années suivant le retrait de l'attelle, c'est que la correction est probablement permanente. Toutefois, un suivi peut être nécessaire si une jambe est plus longue que l'autre, puisque les médecins recommandent parfois une intervention chirurgicale pour rectifier ce problème. Il est rarement nécessaire de procéder à un suivi une fois la croissance des os terminée, soit vers l'âge de 14 ans pour les filles et de 16 ans pour les garçons.

Mon enfant devra-t-il porter des chaussures différentes?

Si votre enfant n'a qu'un pied bot, ses pieds seront probablement de taille différente. Une orthèse peut aider à ajuster la chaussure au pied bot. Elle aide en outre à maintenir le pied dans la bonne position. Si votre orthésiste recommande des chaussures de taille différente, vous pouvez économiser en achetant un modèle de souliers de course en trois tailles, puis vous en servir pour faire deux paires adaptées aux pieds de votre enfant. Les enfants qui ont les deux pieds bots peuvent habituellement porter des chaussures normales le moment venu, bien qu'il soit préférable de les laisser marcher pieds nus à la maison ou avec des chaussures en cuir souple, comme des pantoufles ou des mules, durant les mois d'hiver, lorsqu'ils commencent à marcher.

De quelle façon mon enfant percevra-t-il son pied bot?

Si vous traitez son pied bot comme un aspect normal de la vie, il en sera de même pour votre enfant. Expliquez à votre enfant qu'il n'y a pas de bébés parfaits : certains ont besoin de lunettes, d'autres d'appareils auditifs. Quant à lui, il doit porter une attelle durant un certain temps. Quand il sera plus vieux, montrez-lui des bébés qui commencent leur traitement à la clinique afin qu'il voie qu'il n'est pas seul. S'il veut parler de son pied bot à ses amis, cela ne pose aucun problème. Les enfants sont beaucoup plus ouverts et ont beaucoup moins de préoccupations que les adultes. Les plus vieux peuvent choisir la couleur de leur plâtre, quand c'est possible, ou décorer leur plâtre ou leur attelle.

Personnes célèbres ayant eu un pied bot



Sandra Schmirler, joueuse de curling olympique

Née le 11 juin 1963 avec un pied bot, Sandra Schmirler a eu un plâtre durant deux mois. Elle a commencé à pratiquer le curling à 12 ans, puis a éventuellement été surnommée Schmirler the Curler (Schmirler la joueuse de curling), une épithète qui convenait bien à sa montée fulgurante dans cette discipline. L'apogée de sa carrière reste sa médaille d'or aux Jeux olympiques de Nagano, au Japon, en 1998, alors qu'elle était capitaine de son équipe. (Sandra Schmirler est décédée en 2000 à l'âge de 36 ans, après une lutte de 6 mois contre le cancer.)

Greg Barton, kayakiste de course en ligne et quadruple médaillé olympique

Greg Barton est né le 2 décembre 1959. Atteint d'un pied bot, il avait été opéré, mais marchait difficilement en raison de la fusion de certains os. Il a remporté deux médailles d'or aux Jeux olympiques de 1988, à Séoul. Membre de quatre équipes olympiques consécutives, il a remporté le bronze au K-1 (1 000 m) en 1984 et 1992. C'est toutefois aux Jeux olympiques de 1988 qu'il a littéralement volé la vedette, avec sa médaille d'or au K-1, puis, une heure et demie plus tard, avec une autre remportée en compagnie de Norm Bellingham, au K-2 (1 000 m).

LeRoy Butler, maraudeur des Packers de Green Bay, nommé quatre fois au Pro Bowl

LeRoy Butler est né avec deux pieds bots le 19 juillet 1968. À six mois, il n'arrivait toujours pas à ramper. Moins de six mois plus tard, il a subi une chirurgie corrective et porté un plâtre complet. Quand il a commencé à marcher, il a dû porter des chaussures correctives. À la maternelle, il utilisait des cannes attachées à ses poignets pour maintenir son équilibre. « Quand je n'étais pas en fauteuil roulant, j'avais un plâtre ou une attelle », se souvient-il. Ce n'est qu'après son huitième anniversaire que LeRoy Butler a vu son état s'améliorer de façon remarquable, ce qui lui a permis de devenir footballeur professionnel.

Jeff Gove, golfeur professionnel

Jeff Gove a surmonté des obstacles physiques qui en auraient tenu plus d'un loin des terrains de golf. Né avec un pied bot le 28 mai 1971, Jeff Gove a subi plusieurs chirurgies et porté diverses orthèses spéciales. Aujourd'hui, il porte un soulier de taille 9 et un autre de taille 7. On peut aussi remarquer un boitement quand il marche sur le terrain. Mais cela ne nuit en rien à son jeu!

Mia Hamm, joueuse de soccer

Née le 17 mars 1972 avec un pied bot partiel, Mia Hamm a eu les pieds dans le plâtre alors qu'elle n'était qu'un nourrisson afin de corriger cette malformation. Une fois l'étape des immobilisations plâtrées terminée, ses pieds étaient prêts à prendre le monde d'assaut! Mia Hamm est la joueuse de soccer la plus connue au monde. On estime que c'est la joueuse la plus complète du sport. Membre de l'équipe nationale américaine de soccer féminin, qui a remporté l'or aux Jeux olympiques de 1996, elle a été nommée joueuse de l'année de 1994 à 1996, ce qui en a fait la première de son sport à ainsi être récompensée à trois reprises.

Kristi Yamaguchi, patineuse artistique et médaillée d'or olympique

Née le 12 juillet 1971, Kristi Yamaguchi est considérée comme une professionnelle chevronnée. Sa carrière est ponctuée d'une multitude de titres de championnats de premier plan et de performances louangées par la critique qui lui ont valu le respect des principaux commentateurs sportifs à titre de « plus grande patineuse au monde ». Née avec les pieds bots, elle mène aujourd'hui une vie des plus actives.



La Fondation Canadienne d'Orthopédie est le seul organisme de bienfaisance canadien à se consacrer exclusivement à aider les gens à maintenir et à recouvrer la santé de leurs os et articulations, ou santé orthopédique. Ci-dessous, une brève liste de ressources traitant du pied bot. D'autres sont aussi proposées sur le site Web de la Fondation, à www.orthoconnect.org.



Soutien par les pairs – Connexion Ortho

Aimeriez-vous parler au parent d'un enfant ayant un pied bot? *Connexion Ortho* est un programme gratuit de soutien téléphonique par les pairs qui vous donne l'occasion de discuter avec un parent bénévole formé qui a vécu une situation semblable à la vôtre. Pour en savoir plus sur ce programme, ou encore pour devenir bénévole, veuillez consulter le site www.orthoconnect.org ou composer le 1-800-461-3639.



Ci-après, des ressources qui pourraient vous intéresser, vous encourager ou vous reconforter. Il s'agit de quelques-uns des liens et ressources proposés par la Fondation Canadienne d'Orthopédie sur son site Web, à www.orthoconnect.org. La Fondation n'est pas responsable des ressources proposées, à l'exception des siennes.

Sites Web informatifs

www.orthoconnect.org – La Fondation Canadienne d'Orthopédie fournit des renseignements et outils destinés à aider les personnes à prendre une part active dans leur traitement orthopédique, dont *Connexion Ortho*, un programme de soutien par les pairs destiné aux patients en attente d'une chirurgie, à leurs parents ou à leurs soignants.

www.ponseti.info (en anglais seulement) – Par l'intermédiaire de ce site Web, la Ponseti International Association, établie aux États-Unis, fait la promotion de la méthode Ponseti pour le traitement du pied bot et fournit des renseignements aux patients.

www.clubfootclub.org (en anglais seulement) – Le site Web du Clubfoot Club est administré par une maman canadienne. On y trouve des réflexions, des ressources et des histoires du point de vue des parents. Le Clubfoot Club comprend une section d'« histoires » où les parents partagent leur expérience et celle de leur enfant, de la naissance à l'âge adulte.

www.global-health.org – Ce site Web offre des ressources téléchargeables, y compris une version française de la troisième édition du manuel sur la méthode Ponseti.

Groupes communautaires en ligne

Les groupes de Yahoo! sur la santé cités ci-dessous sont des communautés en ligne auxquelles on peut accéder gratuitement. Il suffit d'une identification Yahoo!, que vous pouvez obtenir vous-même en une ou deux minutes à peine.

- <http://health.groups.yahoo.com/group/clubfootcanada/> (en anglais seulement) est une communauté en ligne de parents canadiens d'enfants ayant un ou des pieds bots.
- <http://health.groups.yahoo.com/group/nosurgery4clubfoot/> (en anglais seulement) est une communauté en ligne de parents d'enfants ayant un pied bot; on y discute de méthodes de correction non chirurgicales, plus particulièrement de la méthode Ponseti.

Fournitures pour le pied bot

www.mdorthopaedics.com (en anglais seulement – orthèses pied-cheville [AFO] Ponseti® et attelle Mitchell)

www.markellshoe.com (en anglais seulement – chaussures Markell)

www.semesta.de (en anglais et en allemand seulement – attelle ALFA-Flex®)

www.hortontechnology.com (en anglais seulement – chaussure à 10° sur barre à cliquets Horton)

Ouvrages

Congenital Clubfoot: Fundamentals of Treatment, d'Ignacio V. Ponseti

Homage to Iowa: The Inside Story of Ignacio V. Ponseti, d'Helena Percas-Ponseti





Abduction

En médecine, il s'agit du mouvement par lequel un membre est écarté de l'axe médian du corps. Ainsi, le fait d'écarter les jambes est une *abduction*. L'adduction est le contraire de l'abduction. Donc, le fait de ramener les jambes ensemble est une *adduction*.

Bilatéral

Qui a deux côtés ou qui fait référence à deux côtés. Ainsi, une personne ayant un pied bot bilatéral a en fait les deux pieds bots.

Chaussures rectilignes

Chaussures faites à l'aide d'une forme droite, c'est-à-dire un modèle de cordonnier utilisé pour leur donner corps. Si on trace une ligne du milieu du talon au milieu du bout de ces chaussures, on obtient deux parties symétriques.

Congénital

De naissance. Une condition congénitale est présente à la naissance.

Déformation

Modification de la taille ou de la forme normale d'une structure anatomique due à l'application de forces mécaniques.

Dorsiflexion

Flexion du pied ou des orteils vers l'avant de la jambe, par exemple quand il y a extension du pied.

Équinisme

Déformation du pied tirant le talon vers le haut et le dessus du pied vers le bas.

Idiopathique

De cause inconnue. Toute maladie dont l'origine est incertaine ou inconnue peut être qualifiée d'idiopathique.

Idiopathic

Of unknown cause. Any disease that is of uncertain or unknown origin may be termed idiopathic.

In utero

Durant la grossesse, c'est-à-dire quand le bébé est encore dans l'utérus.

Ligament

Bande résistante de tissu fibreux reliant différents éléments, comme deux os. Le nom tire son origine du latin *ligare*, qui signifie lier.

Macération

Formé d'après le latin *macero*, le terme macération fait référence à l'amollissement par trempage (dans un liquide). Ainsi, si la peau d'un enfant devient humide sous son plâtre, il peut y avoir macération et, donc, décomposition de la peau. Il s'agit d'une condition souffrante qui peut laisser des cicatrices.

Muscle triceps sural

Le mollet ou *muscle triceps sural* est composé de deux parties, soit le *muscle gastrocnémien* et le *muscle soléaire*, qui descendent le long de l'arrière de la jambe. Le complexe gastrocnémien-soléaire est relié au pied par le tendon d'Achille.

Orthèse

Aide orthopédique externe qui facilite le mouvement adéquat de la colonne vertébrale ou des membres, voire qui le corrige.

Orthopédie

Champ de la chirurgie qui s'intéresse à l'ensemble du squelette (des os). Le terme est formé des racines grecques *ortho*, qui signifie droit, et *pais ou paidos*, qui signifie enfant. Ainsi, au sens littéral du terme, l'orthopédie est un champ de chirurgie qui vise à « redresser » les enfants.

Pied bot

La forme courante du pied bot (aussi appelée « pied bot varus équin ») correspond à une torsion sévère du pied qui donne l'impression que la personne marche sur sa cheville. Dans le cas d'un pied bot valgus équin, la déformation est évidente dès la naissance : le talon est tiré vers le haut, comme dans le cas d'un sabot de cheval (équin) et tourné vers l'extérieur (valgus).

Pied bot varus équin

Condition semblable à l'équinisme où l'avant-pied est aussi tourné vers l'intérieur.

Positionnel

Qui a trait à la position du ou des bébés dans l'utérus.

Syndromique

Qui a trait à un syndrome, c'est-à-dire un groupe de symptômes menant à un diagnostic.

Tendon

Tissu reliant le muscle à l'os. Le tendon est assez souple, mais résistant et de texture fibreuse.

Tendon d'Achille

Extrémité résistante qui relie le muscle du mollet à l'os du bout du talon. Le tendon d'Achille est l'un des plus longs que nous ayons. Sa désignation latine – *tendo calcaneus Achilli* – fait référence au calcanéum, l'os du tarse postérieur formant le talon.

Ténotomie

Procédure rapide permettant de sectionner le tendon d'Achille. Une petite incision est faite dans le tendon (près du talon) avec un bistouri minuscule. Cette procédure vise à allonger le tendon pour permettre son fonctionnement adéquat quand il y a flexion du pied.

Unilatéral

Qui a un seul côté ou qui fait référence à un seul côté. Dans le cas du pied bot, cela peut qualifier le pied gauche ou le pied droit.

Varus

Tourné vers l'intérieur.

Contributeurs

La Fondation Canadienne d'Orthopédie souhaite reconnaître les nombreuses personnes et entités qui ont généreusement donné de leur temps et partagé leurs connaissances afin d'élaborer le présent livret :



Le Royal Columbian Hospital de New Westminster, en Colombie-Britannique, est l'un des douze hôpitaux sous la houlette de la région sanitaire Fraser. 330, rue East Columbia, New Westminster (Colombie-Britannique) V3L 3W7 Téléphone : 604-520-4253 ou 604-520-4234; télécopieur : 604-520-4827



Ron et Audrey Plaster – Grands-parents de Claire Chateaufort, née avec un pied bot. Ils ont fait une contribution spéciale au présent livret sous la forme d'un fonds créé par Audrey en la mémoire de Ron, décédé en 2004, et dont toutes les recettes sont versées à la clinique du pied bot du Royal Columbian Hospital.



Jillian Chateaufort – Parent d'une enfant ayant un pied bot. Leader du projet qui a mené au présent ouvrage, elle est photographe. Elle a d'ailleurs fourni les photos de ce livret. « J'ai tellement appris au cours du processus de correction du pied bot de ma fille, et j'espère que tous les parents tireront profit des renseignements fournis dans ce livret. »



Heather Cohen – Parent d'un enfant ayant un pied bot. Responsable de l'élaboration du présent livret, Heather est mère de trois enfants; ses compétences comprennent l'intuition maternelle, une protection féroce de ses enfants et un comportement typiquement maternel. « Je suis heureuse de confirmer que les pieds de mon fils ont l'air parfait grâce au Dr Pirani et à la méthode Ponseti. »



Dr Shafique Pirani – Orthopédiste. Le Dr Pirani est orthopédiste-pédiatre et professeur au département d'orthopédie de la faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique. On lui doit la clinique du pied bot du Royal Columbian Hospital, ouverte en 1991.



Lisa Bennett, BHK, CO(c)
– Orthésiste certifiée



Brenda Horton –
Physiothérapeute certifiée



Salena Mohammed –
Gestionnaire des services
de santé (pédiatrie et
néonatalogie), Royal
Columbian Hospital



Anna Stonehouse –
Assistante de cabinet
de médecin



Milton Tingle,
CSOTR-A – Technologue
en orthopédie, Royal
Columbian Hospital



Les progrès de votre enfant



Nom du bébé : _____

Dates importantes :	
Date prévue de l'accouchement :	_____
Naissance :	_____
Première consultation :	_____
Premier plâtre :	_____
Ténotomie :	_____
Première attelle :	_____
Attelle la nuit seulement :	_____
Retrait de l'attelle :	_____
Autre :	_____

Beaucoup de médecins évaluent les progrès durant le traitement en mesurant des signes cliniques associés à un score quantifiant la gravité de la déformation du pied. Utilisez le tableau ci-dessous pour noter, le cas échéant, le score de Pirani de votre enfant durant le traitement de correction de son pied bot.

SCORE DE PIRANI (6 = déformation grave et 0 = normal)

	1 ^{re} semaine	2 ^e semaine	3 ^e semaine	4 ^e semaine	5 ^e semaine	6 ^e semaine	7 ^e semaine
Date							
Pied gauche							
Pied droit							

[illegible]



1.800.461.3639

www.whenithurtstomove.org

www.orthoconnect.org

La présente ressource à l'intention des patients est offerte en partie grâce
à des subventions à l'éducation sans restriction de :



Les renseignements contenus dans le présent livret sont généraux et pratiques et ne remplacent
en rien une consultation, des soins ou les directives d'un professionnel de la santé.
La Fondation Canadienne d'Orthopédie n'approuve aucun produit ou traitement en particulier.

L'exactitude, la fiabilité et l'utilité du contenu de ce livret pour le public cible ont été examinées
par le Comité d'examen scientifique et médical de la Fondation Canadienne d'Orthopédie.
La Fondation Canadienne d'Orthopédie fait tout pour que les renseignements de ce livret soient
exactes et fiables. Toutefois, elle ne garantit pas que ces renseignements sont complets ou
ne contiennent pas d'erreurs. Avant de prendre une décision médicale, ou pour toute question
à propos de la condition médicale de votre enfant, consultez votre orthopédiste.