



Guide sur le pied bot Méthode de Ponsetti®





SOMMAIRE



Qu'est ce que le pied bot ?

p 3



La prise en charge thérapeutique

p 4



Votre rôle est essentiel

p 9



Les interrogations fréquentes

p 10



Qu'est ce que le pied bot ?

Le pied bot congénital est aussi appelé pied bot varus équin.

C'est une déformation complexe qui est apparente à la naissance. Elle touche les muscles, les ligaments, les os et les articulations du pied et de la cheville.

Dès sa naissance, votre enfant est dirigé vers une consultation de chirurgie orthopédique. La prise en charge et le traitement débuteront immédiatement.





La prise en charge thérapeutique en 2 ou 3 étapes

1. Les immobilisations plâtrées,
2. La ténotomie du tendon d'Achille,
3. L'attelle de dérotation et la rééducation (kinésithérapie).

1. La pose des plâtres selon la méthode de Ponsetti®

Les plâtres successifs (de 4 à 6), chaque semaine, permettent de manipuler délicatement le pied de votre enfant, afin de le positionner correctement.

Chaque semaine, en consultation de chirurgie pédiatrique, nous réaliserons :

- le déplâtrage,
 - l'examen clinique pour évaluer la progression de la réduction,
 - le replâtrage.
- Le déplâtrage est effectué par une puéricultrice, en votre présence.

C'est un geste non douloureux. Le bruit de la scie ne perturbe pas un nouveau-né.

Ensuite, sa jambe sera savonnée et massée avec une crème hydratante (type CETAVLON®).





- L'examen clinique, par le chirurgien, permet une évaluation de la correction, avec également une cotation chiffrée.



- Le replâtrage est effectué par le chirurgien et la puéricultrice en votre présence.

Votre bébé doit être calme : la tétée ou le biberon seront donnés après le déplâtrage ou pendant la pose du plâtre.

Nous pouvons utiliser du sérum glucosé 30% (le sucre provoque la succion, et la détente du bébé).

Sa jambe doit être détendue pendant le moulage.





Surveillance à la maison :

Le temps de séchage est de 48 heures. Il faut éviter de la couvrir. Vous devez vérifier que la couleur et la mobilité des orteils soient normales et qu'ils restent visibles.

Votre enfant peut être fatigué en sortant de la consultation, c'est une journée éprouvante pour lui.

Durant cette première étape de prise en charge :

Le chirurgien orthopédiste adressera un courrier à votre médecin traitant, qui pourra alors faire la demande de prise en charge à 100% auprès de la CPAM.

La recherche d'un kinésithérapeute peut commencer pour une première prise de contact.

2. La ténotomie du tendon d'Achille

Souvent nécessaire, si le tendon bloque la réduction de la déformation. La décision est prise en général au 5ème plâtre.

Cette chirurgie améliore alors la correction, en donnant plus de flexibilité.

Elle se fait sous anesthésie générale. L'incision cutanée, de quelques millimètres, est courte. La fermeture est réalisée par un fil résorbable.

Un dernier plâtre est alors posé pour une durée de 3 à 4 semaines.

L'hospitalisation est prévue sur la journée, avec une entrée à 7h, et une sortie prévue entre 16h et 18h.

Vous sortirez avec une prescription d'antalgiques et d'attelle de dérotation de type Ponsetti®.



3. La pose de l'attelle de Ponsetti®

Son rôle est de maintenir et d'améliorer la correction obtenue par les plâtres successifs. **Elle prévient la récurrence.**

Les 2 chaussons se fixent sur la barre, même si un seul pied est atteint. L'écartement des chaussons et leur orientation sont réglés par le chirurgien. Les chaussons sont changés en fonction de la croissance du pied.

Il en existe 2 types, qui diffèrent par leur confort, et malheureusement aussi par leur prix...

Renseignez-vous auprès de votre mutuelle pour connaître le remboursement potentiel de l'une ou l'autre...





Le déplâtrage et la pose de l'attelle s'effectuent en consultation de chirurgie pédiatrique :

- Prévoir des chaussettes hautes, sans coutures (ou mises à l'envers) pour éviter d'abîmer la peau.
- Après avoir ôté le ou les plâtre(s), la peau est hypersensible, le pied peut être rouge, gonflé et avoir une couleur violacée pendant quelques jours.

À domicile :

- L'enfant sera « grognon » le jour de la pose, voire le lendemain (vous pourrez lui administrer du PARACETAMOL®).
- La 1ère nuit peut être difficile, il faut que votre enfant s'habitue à avoir les 2 pieds attachés. Il s'habitue progressivement et vous aussi.
- Bien sûr, en cas de pleurs, assurez-vous de la bonne installation de l'attelle, mais ne lui enlevez pas car votre enfant fera vite le lien entre ses pleurs et le retrait de l'attelle.
- Pour remettre les chaussons :



1. bien positionner le talon au fond du chausson



2. appuyer sur le « cou de pied », genou fléchi, avec votre pouce



3. serrer au maximum la lanière anti-équin (lanière du milieu)



4. serrer les autres lanières.



- Les orteils doivent rester visibles (certains parents coupent les chaussettes au début).
- N'oubliez pas qu'un BON MAINTIEN permet une BONNE CORRECTION.
- Un bourrelet de la peau au niveau de la cheville est parfois visible mais disparaîtra progressivement.
- Des lésions cutanées (rougeur, phlyctène) apparaissent parfois. Elle témoignent souvent de l'insuffisance de serrage. Vous pouvez utiliser un pansement de protection MEPILEX TRANSFER® 8,5 x 7,5 (pansement hydromousse) si besoin.

Votre rôle est essentiel pour éviter la récurrence de la déformation

- Respect de la durée de la pose prescrite (1h par jour sans attelle pour le bain et la kiné, jusqu'à la marche)
 - Vérifier que le talon est au fond du chausson grâce aux trous des chaussons
- Continuez le port de l'attelle la nuit et après la marche.
- La pose des attelles fera partie du rituel du coucher, lorsqu'elle ne sera plus portée la journée. Certains enfants la réclament pour dormir...
- Respectez les consignes de kinésithérapie du chirurgien.





Les interrogations fréquentes

Les plâtres ?

Pendant la pose des plâtres, la mobilisation nécessite de maintenir fermement le pied, et parfois votre bébé pleure.

Le plâtre doit monter jusqu'au pli de l'aîne, sinon il glissera en quelques jours.

La résine n'est jamais utilisée car seul le plâtre naturel permet le moulage du pied.

Le plâtre n'empêche pas le pied de grandir. Il est changé toutes les semaines.

Le bain est interdit. Vous laverez votre bébé au gant.

Ses jambes seront savonnées lors des changements de plâtres.

Votre bébé sera pesé à chaque retrait de plâtre.

Le poids du plâtre sera toujours différent d'une semaine à l'autre (100 à 150 g).

S'il y a des souillures de selles, ce n'est pas grave puisque le plâtre est changé régulièrement.





La ténotomie ?

La ténotomie n'est jamais faite sous anesthésie locale.

L'enfant sera endormi au masque avant tout geste invasif (perfusion, incision).

Les attelles ?

Le port des attelles n'est pas douloureux.

Les attelles ne le gêneront pas pour l'apprentissage de la marche, et ne la retarderont pas.

Les pyjamas sans pieds seront plus pratiques.

Privilégiez les pantalons à pression et les robes pour les filles.



Et ensuite ?

Une différence de pointures peut exister si un seul pied est atteint.

Le traitement du pied bot ne le rend pas normal, mais le rend fonctionnel pour la marche, le sport, la vie professionnelle, et surtout permet le port de chaussures normales (bottines, baskets, bottes...).

CONTACTS

Médecins

Pr Denis Cordonnier
Dr Raphael Coursier
Dr Julien Decaudain
Dr François Poddevin

Infirmières puéricultrices

Florence Bonnevalle
Édith Houvenagel
Laurence Ribassin

Téléphone

Secrétariat de chirurgie pédiatrique : **03 20 87 76 84**

Mails

sec_chir_ped_sv@ghicl.net
coursier.rafael@ghicl.net
decaudain.julien@ghicl.net



SAINT VINCENT DE PAUL

Service de chirurgie pédiatrique
Boulevard de Belfort
BP 387
59020 Lille Cedex