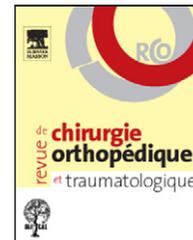




Disponible en ligne sur  
**SciVerse ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ D'ORTHOPÉDIE ET DE TRAUMATOLOGIE DE L'OUEST. RÉUNION DE LA BAULE, JUIN 2011. NOTE DE TECHNIQUE

# Intérêt de la ténotomie du tendon calcanéen dans le traitement du pied bot varus équin (PBVE) idiopathique selon la méthode de Ponseti. Évaluation clinique et échographique à propos d'une série de 221 PBVE<sup>☆</sup>

*Idiopathic clubfoot treated with the Ponseti method. Clinical and sonographic evaluation of Achilles tendon tenotomy. A review of 221 club feet*

S. Marleix<sup>a</sup>, M. Chapuis<sup>a</sup>, B. Fraisse<sup>a</sup>, C. Tréguier<sup>b</sup>, P. Darnault<sup>b</sup>, C. Rozel<sup>b</sup>, M. Rayar<sup>a</sup>, P. Violas<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Service de chirurgie pédiatrique, hôpital Sud, boulevard de Bulgarie, 35200 Rennes, France

<sup>b</sup> Service de radiologie pédiatrique, hôpital Sud, boulevard de Bulgarie, 35200 Rennes, France

## MOTS CLÉS

Pied bot varus équin idiopathique ;  
Ponseti ;  
Échographie

**Résumé** La méthode de Ponseti, utilisée dans la prise en charge du pied bot varus équin (PBVE), consiste en la réalisation de plâtres correcteurs successifs, une éventuelle ténotomie du tendon calcanéen (TC) puis le relai par attelles de dérotation. Cette méthode a fait la preuve de son efficacité. Dans ce travail, nous avons comparé 221 PBVE pris en charge selon cette méthode entre 2002 et 2007 divisés en deux groupes en fonction de la réalisation ou non de la ténotomie du TC. Notre évaluation a été clinique et échographique. Nous avons observé une nette amélioration des résultats dans le groupe où la ténotomie du TC a été réalisée et une différence significative concernant le taux de chirurgie secondaire. L'évaluation échographique nous a également montré une amélioration des résultats morphologiques. Nous proposons, dorénavant de façon systématique, la ténotomie du TC quelle que soit la sévérité des pieds.

© 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

DOI de l'article original : 10.1016/j.otsr.2012.03.001.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, en utilisant le DOI ci-dessus.

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : philippe.violas@chu-rennes.fr (P. Violas).

1877-0517/\$ - see front matter © 2012 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

doi:10.1016/j.rcot.2012.03.010

## Introduction

La méthode de Ponseti [1] dans le traitement précoce du pied bot varus équin (PBVE) idiopathique comporte la réalisation de plâtres correcteurs hebdomadaires [2], puis un relai par des d'attelles de dérotation pour conserver les corrections obtenues. Ponseti a proposé une ténotomie percutanée du tendon calcanéen (TC) lorsque la dorsi-flexion de la cheville était inférieure à 15–20° ou lorsque le calcanéus apparaissait « haut » avant le dernier plâtre [3]. Nous avons comparé 230 PBVE traités par cette méthode, répartis en deux groupes en fonction de la réalisation ou non de la ténotomie du TC. Notre évaluation a été clinique et échographique.

## Patients et méthode

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant 158 patients (221 PBVE idiopathiques) pris en charge entre 2002 et 2007 traités selon Ponseti (sex-ratio : 2,3 garçons pour une fille, 54 % de formes bilatérales).

Notre expérience initiale de cette méthode en 2002 ne nous faisait pas proposer de ténotomie du TC. À partir de 2005, le sentiment que ce geste semblait bénéfique y compris dans les formes peu sévères nous a fait proposer une ténotomie du TC à tous les enfants. Ainsi, nous avons pu constituer deux groupes :

- groupe 1 : sans ténotomie du TC (77 patients, 22 filles et 55 garçons, 106 PBVE) traités entre 2002 et 2004 ;
- groupe 2 : avec ténotomie du TC (81 patients, 28 filles et 53 garçons, 115 PBVE, 16) entre 2005 et 2007.

Afin de comparer les résultats entre les deux groupes, nous avons utilisé deux méthodes.

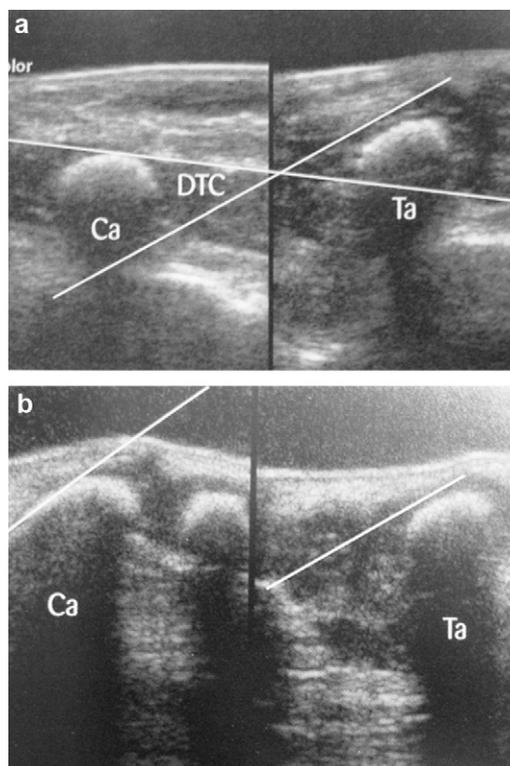
## Méthode clinique

Une méthode clinique comportant la classification de Diméglie [4] et l'aspect clinique (excellents, bons, moyens, mauvais). La nécessité d'une chirurgie complémentaire (libération postéromédiale [LPM] ou temps postérieure comportant un allongement du TC) a été prise en compte et soumise à un test statistique (Z-test).  $p$  inférieur à 0,05 était significatif. La nécessité d'un transfert du tendon du tibial antérieur a été étudiée, ainsi que les ténotomies itératives.

## Méthode échographique

Les échographies ont été réalisées de façon systématique avant la réalisation du premier plâtre, avant la ténotomie du TC lorsque celle-ci était proposée, puis à trois, six, neuf et 12 mois.

Nous avons réalisé quatre coupes : trois coupes décrites par Hamel et Becker [5] ainsi qu'une coupe par voie antérieure, les mesures d'angle étant réalisées en position maximale de correction. Nous nous sommes intéressés à l'arrière-pied avec le calcul de la divergence talocalcanéenne (DTC) (Fig. 1) et de l'équin (angle métaphysotocalcanéen ou MTC) (Fig. 2). La valeur que nous avons



**Figure 1** Exemple d'une coupe axiale par voie médiale, (a : pied normal ; b : pied bot varus équin). Mesure de la divergence talocalcanéenne (DTC). Ca : calcaneus ; Ta : talus.

choisie pour la DTC correspondait à la moyenne des deux mesures faites de cet angle par voie médiale et par voie latérale.

Des mesures de références ont été réalisées sur un groupe témoin (17 nourrissons de moins d'un mois) [6]. La DTC moyenne était de  $47^\circ \pm 5^\circ$ , et l'angle MTC de  $104^\circ \pm 10^\circ$ .

Nous avons comparé les mesures de ces deux angles entre le début du traitement et à un an. Les différences observées ont été soumises à un test statistique (Z-test). Si  $p$  est inférieur à 0,05, la différence était significative.

## Résultats

### Les résultats cliniques

La répartition des PBVE a été faite en fonction des groupes et de la sévérité (Fig. 3 et 4). Le premier plâtre était réalisé à 6,9 jours (deux à 32 jours) dans le groupe 1 et 9,1 jours (quatre à 19 jours) dans le groupe 2. Le nombre de plâtres était le même dans les deux groupes (9,2 plâtres). La ténotomie a été réalisée au bloc opératoire sous anesthésie générale ou prémédication si contre-indications. L'âge moyen au moment de la ténotomie était de deux mois et 15 jours.

Aucune complication n'a été observée après la ténotomie.

Le recul moyen pour les patients du groupe 1 était de six ans (quatre à neuf ans) et de quatre ans pour le groupe 2 (2,5–5 ans).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4091033>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4091033>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)