

Orthopédie pédiatrique

Cinq examens et traitements sur lesquels les médecins et les patients devraient s'interroger

par

Association canadienne d'orthopédie
Canadian Paediatric Orthopaedic Group

Dernière mise à jour : février 2023



1 Ne prescrivez pas d'échographie de la hanche pour écarter la dysplasie (ou dislocation) congénitale de la hanche si le bébé ne présente aucun facteur de risque et que sa hanche semble cliniquement stable à l'examen.

La dysplasie ou dislocation de la hanche est relativement rare, sa fréquence étant d'environ 7 pour 1 000 naissances. Des études ont montré que les programmes de dépistage universel de l'instabilité congénitale de la hanche au moyen d'une échographie visant à évaluer des hanches d'apparence normale ont un rendement positif presque négligeable. Le taux de faux positifs est important. En l'absence de signe physique ou de facteur de risque sous-jacent de la dysplasie ou dislocation de la hanche chez un nouveau-né, l'échographie de la hanche est coûteuse et chronophage et peut générer des résultats trompeurs pour les parents et les médecins.

2 Ne prescrivez pas de radiographies et ne recommandez pas le port d'attelles ou une intervention chirurgicale pour un enfant de moins de huit ans présentant un simple endogyrisme.

L'endogyrisme léger est généralement un phénomène physiologique reflétant la maturation continue du squelette. Le metatarsus adductus, l'antéversion fémorale et la torsion tibiale contribuent tous à l'endogyrisme et ont tendance à s'atténuer avec la croissance. La simple observation de la démarche pour vérifier qu'elle continue de s'améliorer entre les intervalles normaux des bilans de santé convient jusqu'à l'âge de sept ou huit ans, sauf en cas de trébuchements ou de chutes graves ou d'asymétrie. Il est impossible de modifier l'évolution naturelle à l'aide de physiothérapie, d'attelles ou de semelles intérieures.

3 Ne prescrivez pas d'orthèses ou de semelles intérieures sur mesure à un enfant qui présente des pieds plats asymptomatiques ou minimalement symptomatiques.

Les pieds plats flexibles sont des variantes physiologiques normales que l'on retrouve couramment chez les enfants et les adultes. Contrairement aux pieds plats douloureux ou rigides, qui nécessitent des examens plus approfondis, un pied présentant une arche lorsque l'enfant se tient sur la pointe des pieds peut être pris en charge au moyen d'observations ou d'orthèses en vente libre. L'utilisation d'orthèses sur mesure pour soutenir le pied n'aide pas au développement de l'arche.

4 Ne prescrivez pas d'examen d'imagerie de pointe (IRM ou tomodensitométrie) pour les troubles musculosquelettiques chez l'enfant, à moins que tous les examens cliniques, de laboratoire ou de radiographie simple appropriés aient été effectués.

L'anamnèse, l'examen physique et les radiographies appropriées sont les principales modalités diagnostiques en orthopédie pédiatrique, car ils permettent d'établir à la fois un diagnostic et un pronostic pour la grande majorité des troubles musculosquelettiques pédiatriques. Ces modalités sont suffisantes en cas de blessure ou de douleur (colonne vertébrale, genoux, chevilles), de possibles infections et de difformités. Les examens d'IRM et autres examens d'imagerie de pointe sont coûteux et nécessitent souvent une sédation chez le jeune enfant (moins de cinq ans). Par ailleurs, la tomodensitométrie expose le patient ou la patiente à une dose élevée de radiations.

5 Ne prescrivez pas de radiographies de suivi pour les fractures en motte de beurre (ou fractures en tore) si elles ne sont plus sensibles ou douloureuses.

Les fractures en motte de beurre (ou en tore) sont des blessures très courantes chez les jeunes enfants, surtout dans l'extrémité distale du radius. Ces fractures sont intrinsèquement stables et n'exigent pas nécessairement de plâtre conventionnel, sauf si une douleur intense ou une instabilité liée à la fracture nécessite le port d'un plâtre pendant quatre semaines. Il est souvent préférable d'opter plutôt pour une immobilisation à l'aide d'une simple orthèse pour poignet ou d'une attelle amovible. Si la fracture n'est pas sensible au toucher quatre semaines après le trauma, aucune radiographie n'est nécessaire, et les activités normales peuvent reprendre.

Comment la liste a été établie

L'Association canadienne d'orthopédie (ACO) a récemment créé un Conseil de sociétés de subsécialité, au sein duquel toutes les sociétés de subsécialité affiliées sont représentées par leur présidence ou un membre de leur direction. Ce conseil a encouragé les membres des sociétés de subsécialité à soumettre leurs recommandations et références à des fins d'examen. Forte de son expertise clinique et pratique dans le domaine, l'ACO a approuvé ces recommandations sur la base de prises de position et de publications antérieures.

Sources

- 1 Laborie LB, et al. Selective ultrasound screening for developmental hip dysplasia: effect on management and late detected cases. A prospective study during 1991-2006. *Pediatric Radiol.* 2014 Apr;44 (4): 410-424. [PMID: 24337789](#).

Mahan ST, et al. To screen or not to screen? A decision analysis of the utility of screening for developmental dysplasia of the hip. *J Bone Joint Surg Am.* 2009 Jul;91(7): 1705-1719. [PMID: 19571094](#).

Shaw BA, et al. Evaluation and referral for developmental dysplasia of the hip in infants. *Pediatrics* 2016; 138(6). [PMID: 27940740](#).

Shorter D, et al. Cochrane Review: Screening programs for developmental dysplasia of the hip in newborn infants. *Evid Based Child Health.* 2013; 8(1): 11-54. [PMID: 23878122](#).
- 2 Fabry G, et al. Normal and abnormal torsional development in children. *Clinical Orthopaedics and Related Research.* May 1994; (301):22-26. [PMID: 8168306](#).

Fabry G, et al. Torsion of the femur: A follow up study in normal and abnormal conditions. *J Bone Joint Surg. Am.* Dec 1973;55(8):1726-1738. [PMID: 4804993](#).

Lincoln TL., et al. Common rotational variations in children. *The Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons.* Sep-Oct 2003; 11(5):312-320. [PMID: 14565753](#).

Staheli LT., et al. Lower-extremity rotational problems in children. Normal values to guide management. *J Bone Joint Surg Am.* Jan 1985;67(1):39-47. [PMID: 3968103](#).

Svenningsen S., et al. Regression of femoral anteversion. A prospective study of in-toeing of children. *Acta Orthopaedica Scandinavica.* Apr 1989;60(2):170-173. [PMID: 2728876](#).
- 3 Staheli LT, et al. The longitudinal arch: A survey of eight hundred and eighty-two feet in normal children and adults. *J Bone Joint Surg Am.* 1987 Mar;69(3):426-428. [PMID: 3818704](#).

Wenger DR, et al. Corrective shoes and inserts as treatment for flexible flatfoot in infants and children. *J Bone Joint Surg Am.* 1989 Jul;71(6):800-810. [PMID: 2663868](#).
- 4 Bateni C, et al. [MRI of sports injuries in children and adolescents: what's different from adults](#). *Current Radiology Reports.* 2014;2:45.

Deyle GD. The role of MRI in musculoskeletal practice: a clinical perspective. *J Man Manip Ther.* 2011 Aug;19(3):152-161. [PMID: 22851878](#).

LaBella CR, et al. Anterior cruciate ligament Injuries: Diagnosis, Treatment, and Prevention. *Pediatrics* 2014;133(5):e1437-e1450. [PMID: 24777218](#).

Piccolo CL, et al. Pediatric musculoskeletal injuries: role of ultrasound and magnetic resonance imaging. *Musculoskelet Surg.* 2017 Mar; 101(Suppl 1):85-102. [PMID: 28155066](#).

Tuite MJ, et al. ACR Appropriateness Criteria® Acute Trauma to the Knee. *J Am Coll Radiol.* 2020 May;17(5S):S12-S25. [PMID: 32370956](#).
- 5 Symons S, et al. Hospital versus home management of children with buckle fractures of the distal radius: A prospective randomized trial. *J Bone Joint Surg Br.* 2001;83:556-560. [PMID: 11380131](#).

Van Bosse HJ, et al. Minimalistic approach to treating wrist torus fractures. *J Pediatric Orthop.* 2005 Jul-Aug;25(4):495-500. [PMID: 15958903](#).

Williams KG, et al. A randomized controlled trial of cast versus splint for distal radial buckle fracture: an evaluation of satisfaction, convenience, and preference. *Pediatr Emerg Care.* 2013 May;29(5):555-9. [PMID: 23603644](#).

Association canadienne d'orthopédie

L'Association canadienne d'orthopédie (ACO) est une fière partenaire de la campagne Choisir avec soin. Comptant quelque 1 300 membres, l'ACO est l'association professionnelle nationale qui représente les chirurgiens orthopédistes du Canada. Elle a le mandat de promouvoir l'excellence dans les soins des os et des articulations par le perfectionnement professionnel continu, les modèles de soin, les stratégies de gestion médicale, les relations gouvernementales et un code de déontologie. L'ACO tient une assemblée annuelle depuis 1945, donnant aux chirurgiens orthopédistes canadiens l'occasion de



Au sujet de Choisir avec soin

Choisir avec soin est la version francophone de la campagne nationale Choosing Wisely Canada. Choisir avec soin agit comme porte-parole national pour la réduction des examens et des traitements inutiles en santé. L'un de ses principaux rôles est d'aider les professionnels de la santé et les patients à engager un dialogue menant à des choix judicieux et efficaces.

🌐 choisiravecsoin.org | ✉ info@choisiravecsoin.org | 🐦 [@choisiravecsoin](https://twitter.com/choisiravecsoin) | 📺 [/choisiravecsoin](https://www.facebook.com/choisiravecsoin)