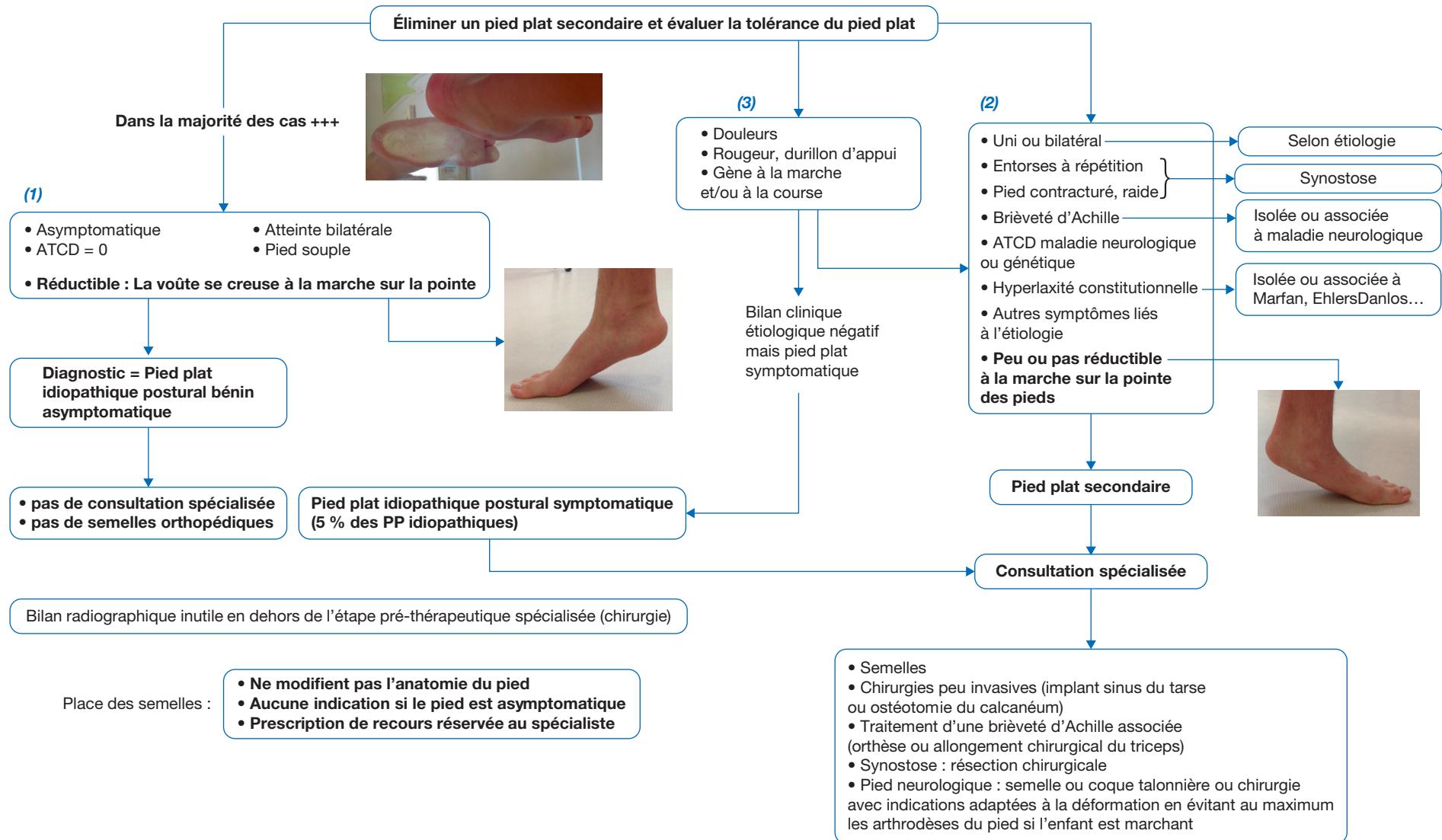


V. Cunin

Service de chirurgie orthopédique, hôpital Fermes-Mères-Enfants, Hôpitaux Civils de Lyon,
59 boulevard Pinel 69677 Bron cedex

Démarche diagnostique et conduite à tenir pratique face aux pieds plats (PP) de l'enfant



■ Arbre diagnostique – Commentaires

La majorité des pieds plats sont bénins, physiologiques, asymptomatiques, correspondant à un morphotype de pied. On parle alors de **pied plat idiopathique bénin postural ou statique**. Ces pieds sont à l'origine d'un nombre important de consultations spécialisées et de prescriptions inutiles de semelles orthopédiques. Plusieurs études montrent bien que celles-ci n'ont qu'une action sur un symptôme éventuel mais ne permettent pas de corriger de façon durable l'effondrement d'une voûte plantaire [1-3]. Au contraire il est important pour un pied en croissance de ne pas être contraint par une voûte plantaire trop marquée (liée à la chaussure ou à une semelle) afin de laisser la musculature intrinsèque du pied se développer et progressivement creuser la voûte plantaire. Ainsi 65 % des pieds plats idiopathiques du petit enfant disparaissent avant l'âge de 13 ans, 30 % persistent mais sont asymptomatiques et 5 % seulement deviennent symptomatiques à l'âge adulte. La brièveté du triceps pourrait favoriser cette évolution vers des formes symptomatiques.

À côté de ces pieds plats rarement symptomatiques il existe des **pieds plats secondaires**, beaucoup plus rares, souvent symptomatiques, liés à une pathologie locorégionale ou générale et qui nécessiteront souvent une prise en charge spécialisée.

(1) **Critères pour le diagnostic de pied plat idiopathique postural bénin.** Le plus souvent asymptomatique. Réductible avec une voûte qui se creuse à la marche sur la pointe des pieds. Ainsi le pied, à la marche, en fin de phase d'appui, se creuse et permet une propulsion efficace au contraire d'un pied plat pathologique qui se réduit mal et rend la marche moins efficiente.

(2) Critères pour le diagnostic de pied plat secondaire :

- le caractère unilatéral est très évocateur de pied plat secondaire ;
- la maladie causale apparaît parfois au premier plan : maladie neurologique ou génétique (parfois au contraire c'est le pied plat qui peut être le symptôme qui fait découvrir une maladie causale) ;
- pied raide, douloureux au cours des synostoses congénitales (fusion malformatrice entre deux os du pied) qui peuvent occasionner des entorses à répétition. L'examen clinique retrouve une raideur caractéristique de l'articulation sous talienne ou du médiopied, très facile à mettre en évidence lorsque la malformation est unilatérale. Seul le traitement chirurgical (excision de la zone de fusion) permet la guérison ;
- brièveté du tendon d'Achille. On peut considérer que le triceps et son tendon distal sont trop courts lorsque la flexion dorsale de cheville, genou tendu, est inférieure à 5°. Lors de la marche le manque de souplesse de la cheville en flexion va solliciter le médiopied et la sous-talienne et peut conduire à une déformation en valgus du pied associée à un effondrement de son arche interne. Cette brièveté du triceps doit systématiquement être recherchée. Elle peut être constitutionnelle, bénigne mais peut alors décompenser un pied plat idiopathique bénin qui va devenir symptomatique. Elle peut aussi accompagner une maladie neurologique telle qu'une paralysie cérébrale ou une maladie génétique ;
- la recherche d'une limitation de flexion dorsale de cheville doit se faire sur un pied en légère supination pour éviter de solliciter la sous-talienne ou le médiopied et ne tester que l'articulation tibio-talienne ;
- hyperlaxité : elle peut être isolée, constitutionnelle ou bien associée à une pathologie des tissus élastiques (Marfan ou Ehlers Denlos) ;
- un pied plat secondaire est souvent peu ou pas réductible à la marche sur la pointe des pieds. Cela explique en partie les difficultés motrices à la marche ou à la course qui peuvent également être liées à la maladie causale.

(3) **Symptômes d'un pied plat.** Dans la grande majorité des cas, les pieds plats de l'enfant sont asymptomatiques. Le motif de consultation principal est l'inquiétude des parents ! Lorsqu'elle est isolée, elle ne justifie ni consultation spécialisée ni port de semelles orthopédiques.

Les autres symptômes sont importants à rechercher, leur présence justifie la demande d'un avis spécialisé :

- rougeur puis durillon d'appui sur le bord médial du pied souvent en regard du scaphoïde tarsien (os naviculaire) ;
- douleur ; également en regard du bord médial puis plus tardivement sur le trajet du tendon du tibialis postérieur. Elle peut aussi, pour les synostoses, se situer en regard de la zone de fusion à rechercher par la palpation ;
- difficulté à la marche ou à la course.

■ Place de l'imagerie dans la démarche diagnostique

Aucune radiographie n'est nécessaire devant un pied plat idiopathique bénin bien toléré.

En revanche, une imagerie est utile (radiographie puis scanner ou IRM) pour diagnostiquer une synostose. Le chirurgien s'aide souvent des radiographies du pied pour décider du geste chirurgical le plus adapté à la correction de la déformation.

■ Lien d'intérêts

L'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêts en relation avec cet article

■ Références

- [1] Wenger DR, Mauldin D, Speck G, Morgan D, Lieber RL. Corrective shoes and inserts as treatment for flexible flat foot in infants and children. J Bone Joint Surg Am 1989;71:800-10.
- [2] Jane MacKenzie A, Rome K, Evans AM. The efficacy of nonsurgical interventions for pediatric flexible flat foot: a critical review. J Pediatr Orthop 2012;32:830-4.
- [3] Evans AM, Rome K. A Cochrane review of the evidence for non-surgical interventions for flexible pediatric flat feet. Eur J Phys Rehabil Med 2011;47:69-89.