

# Les déformations de base de la poliomyélite

- Retraction du fascia lata avec flexion et abduction des hanches.
- Flexion et rotation externe des genoux (à droite la plante du pied regarde en avant).
- Equinisme du pied.



Pour le flexum de hanche, la tenotomie des parties molles (fléchisseurs de la hanche) est toujours suffisante. Il n'est jamais nécessaire de faire une capsulotomie.

- Avant la chirurgie.



- Après l'opération, la correction est incomplète.



En postopératoire l'enfant est posturé en décubitus ventral; les membres inférieurs sont réunis par une bande et maintenus dans l'axe du corps.



On profite de l'anesthésie pour compléter la correction du flexum en appliquant un sac de sable ou une bande sur les fesses.



Par la suite des séances quotidiennes de posture sont nécessaires pour éviter la récurrence.



Pour corriger le flexum du genou, la ténotomy des parties molles (ischio-jambiers et fascia lata) est également suffisante. Une capsulotomie n'est jamais nécessaire. La correction du flexum du genou doit être très lente et progressive pour éviter une élongation des éléments vasculo-nerveux.

On a mis au point des attelles articulées avec verrou, permettant de corriger progressivement la déformation, tout en conservant l'amplitude de flexion du genou..



# La séance quotidienne de mobilisation et extension progressive du genou.



# Le flexum du genou peut s'accompagner d'une torsion externe du tibia

avec dislocation du genou et aspect  
en baïonnette, liée à la rétraction  
du fascia lata.

l'aspect en  
baïonnette

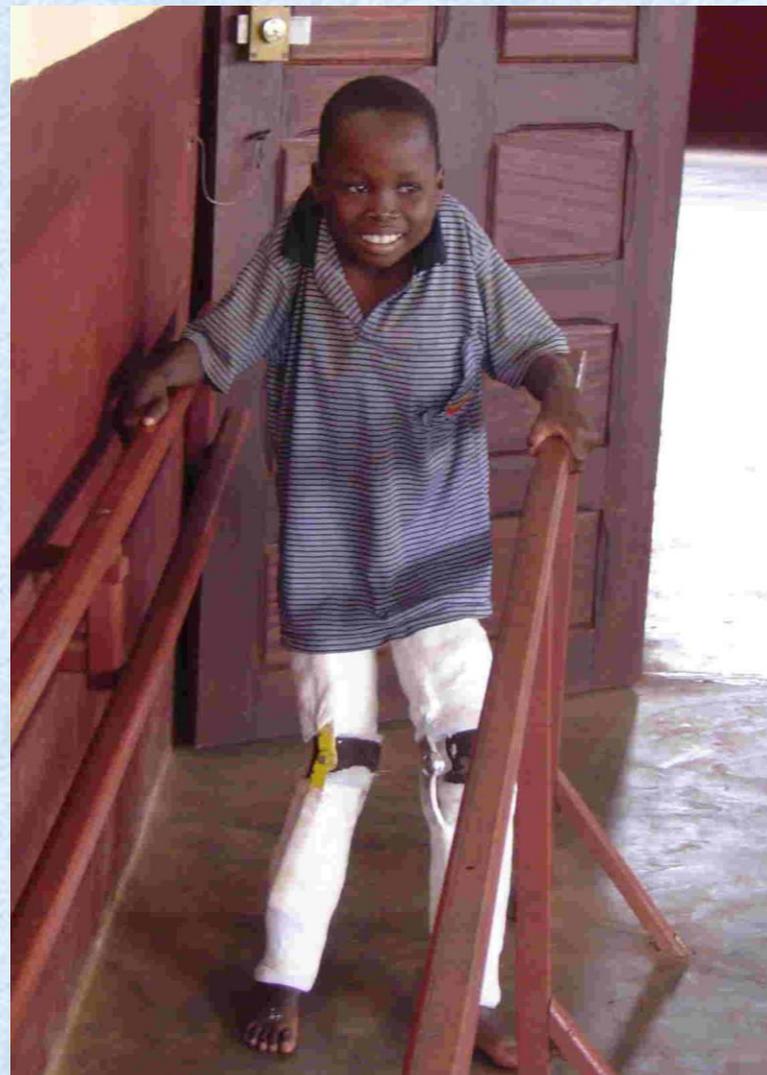


## QUELQUES EXEMPLES :

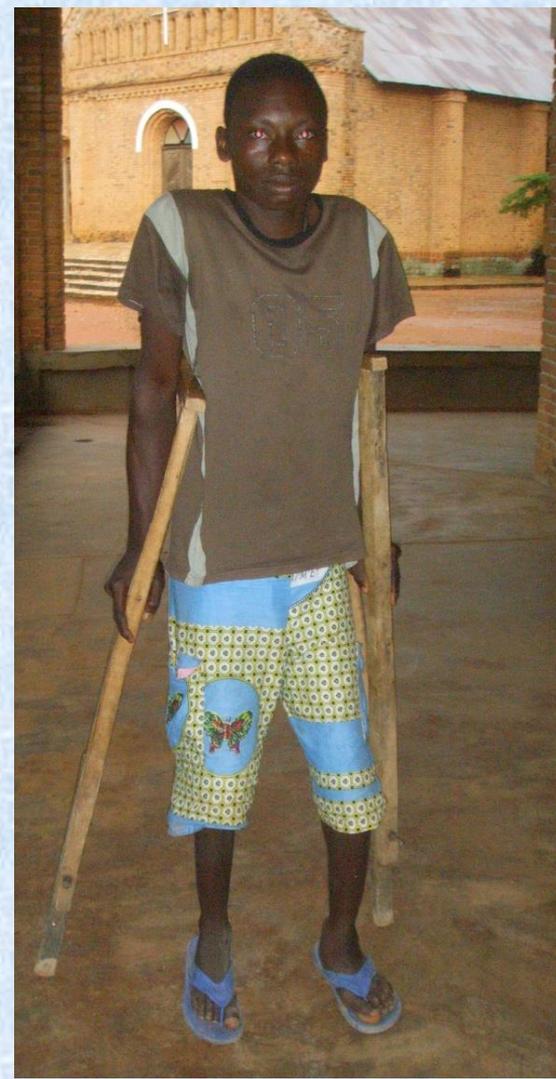
Avant l'opération et 10 jours après.

L'enfant se déplaçait accroupi.

Il commence à marcher dans les barres parallèles



Avant la prise en charge, l'enfant marchait à 4 pattes.  
En fin de correction l'enfant marche dans les barres parallèles  
avec les plâtres et les attelles.  
Trois ans après; l'enfant marche avec  
de simples béquilles



# Le mode de déplacement de l'enfant

## 1. Atteinte bilatérale

- Sur les genoux:

(Les hanches sont normales,  
le flexum des genoux  
empêche leur extension)



# Le mode de déplacement de l'enfant

## 1. Atteinte bilatérale

- A quatre pattes **genoux fléchis** (ci-dessous: le flexum atteint les hanches et les genoux),  
ou **genoux en extension** (ci-contre: le flexum n'intéresse que les hanches)



# Le mode de déplacement de l'enfant

## 1. Atteinte bilatérale

- Acroupi (les rétractions sont habituellement très accentuées)



# Le mode de déplacement de l'enfant

## 1. Atteinte bilatérale

- En rampant sur le sol.

(Les paralysies atteignent les muscles du tronc; le pronostic de marche est aléatoire même après traitement).



# Le mode de déplacement de l'enfant

## 2. Atteinte unilatérale

- La marche debout avec aide est possible.

Le raccourcissement du membre atteint empêche l'appui au sol, même après correction des rétractions.



# Le mode de déplacement de l'enfant

## 3. En cas de flexum modéré du genou

- Le quadriceps est habituellement paralysé et l'enfant doit stabiliser son genou pour marcher: dans cet exemple, il le fait
  - soit en appuyant la main sur le genou,
  - soit avec un bâton appuyé sur le genou.



# Le mode de déplacement de l'enfant

## 3. En cas de flexum modéré du genou

Si l'extension du genou est complète, un grand fessier et un triceps fonctionnels peuvent suppléer à la paralysie du quadriceps. Une ostéotomie supra-condylienne de déflexion peut permettre d'éviter une orthèse ou un bâton.



Pré-op



Post-op

Un an après l'opération, la patiente marche sans aide..



# Des orthèses sont souvent nécessaires après l'ablation des plâtres.

Elles sont parfois temporaires lorsque le capital musculaire est assez bon (en particulier grand fessier et triceps...).

Pour la fabrication des orthèses on privilégie le bambou et les matériaux disponibles sur place: cuir, PVC, bambou. Le bambou est un matériel local, gratuit, facilement renouvelable, malléable à chaud...

