

# Poliomyélite antérieure aiguë Séquelles et Syndrome post-poliomyélite

Pr Alain Yelnik

Service de Médecine Physique et de Réadaptation  
G.H St Louis Lariboisière-F.Widal APHP U. Paris Cité

**Etymologie** : du grec, *polios* : gris  
*mueolos* : moelle.

**Synonyme** longtemps utilisé : paralysie spinale infantile.

**Cause** : Poliovirus



## Poliomyélite Antérieure Aiguë

Début comme tout syndrome viral

Fièvre, céphalées, malaise...

En quelques jours, s'installent

**paralysies et douleurs** pendant que la fièvre tombe.

Paralysies périphériques « anarchiques »

MI ++, Tronc et MS.

Risque d'atteinte respiratoire, déglutition,

Amyotrophie rapide

# Poliomyélite Antérieure Aiguë

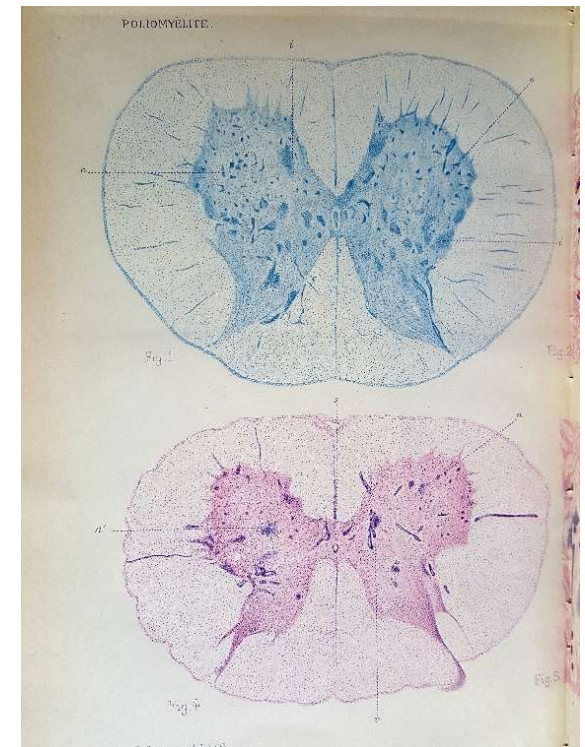
**Les paralysies ne touchent que 1/200 patients**

**Pas de trouble sensitif**

Atteinte du motoneurone dans la corne antérieure  
de la moelle épinière

(pas d'atteinte des voies longues = pas de «sd sous-lésionnel »  
= pas de spasticité++)

*On retrouve du virus au niveau*  
*cortex cérébral*  
*hypothalamus, thalamus*  
*noyaux moteurs du tronc, réticulée,*  
*noyaux vestibulaires.... Sans activité*



La Polio OMS 1955

- \* Mort neuronale → **dénervation des fibres musculaires de l'unité motrice** = paralysie.
- \* Il faut au moins 20 % de perte neuronale pour une traduction clinique
- \* Tous les muscles peuvent être touchés selon tous les degrés = tous les patients sont différents.



## Récupération de la force musculaire

- Par bourgeonnement des axones sains (« sprouting »)
  - **unités motrices géantes**
- Par hypertrophie des fibres musculaires innervées
  - Même avec une perte de 50 % de motoneurones, la récupération d'une force musculaire normale est possible

La maladie existe probablement depuis des millénaires



XVIIIème Dynastie

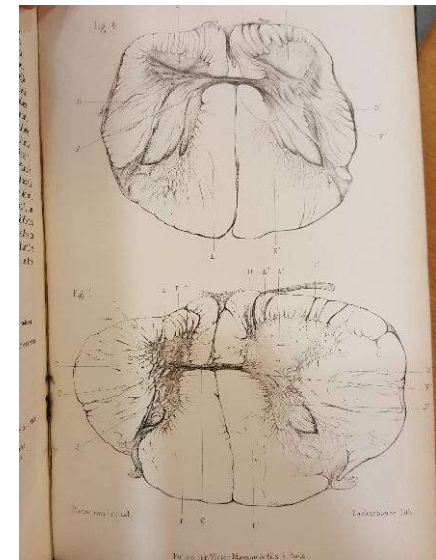
1580-1320

Le portier Ruma,  
employé au temple de  
la déesse Ishtar

**1840, le Dr Jakob Von Heine** (Allemagne) isole la paralysie infantile des autres affections nerveuses paralytiques, suggère qu'elle puisse être contagieuse.

**1865 : Prévost, avec Vulpian et Cornil,** décrit les lésions spécifiques des cornes antérieures de la moelle épinière.

**1887 : Karl Oskar Medin pédiatre** (Suédois) attire l'attention sur la nature infectieuse de la maladie.



Adolf Kussmaul est semble-t-il le premier, dès 1874, à proposer d'appeler cette maladie la **Poliomyélite Antérieure Aigue**

Mais la maladie sera plus souvent appelée **maladie de Heine-Medin** jusqu'en 1960-70

Dont la PAA à médullovirus en est considérée comme la forme la plus fréquente

# Epidémiologie

## Premières épidémies (authentifiées) en Europe fin 19<sup>ème</sup> :

Suède en 1881,

**France 1885 (épidémie de Sainte Foy l'Argentière)**

Italie 1896,

Allemagne 1898,

Suisse 1901,

Russie 1908.

USA 1894.

Brésil 1871,

Nouvelle Zélande 1880.

mais dès 1836, dans l'île anglaise de Saint Hélène,

**1916, la plus grave épidémie** jamais enregistrée survient dans le nord-est des USA : 27 363 cas déclarés dont 6 000 morts.

⇒ prise de conscience et mobilisation des pouvoirs publics.

1921 : le futur président Franklin Delano Roosevelt contracte la poliomyélite (ou un GB?) avec une atteinte des deux membres inférieurs.

⇒ création de la Fondation pour la Paralysie infantile

(lire : Philippe Roth « Némésis » épidémie à Newark 1944).



# Grandes épidémies en Amérique du Nord et Europe fin 19<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> de 1936 à 1957



polio Yelnik 2025-26

## En France :

avant 1929, **134 à 222** cas/an déclarés (*cf. Daniel*).

1930 : 1 534 cas déclarés

1943 : 1 783.

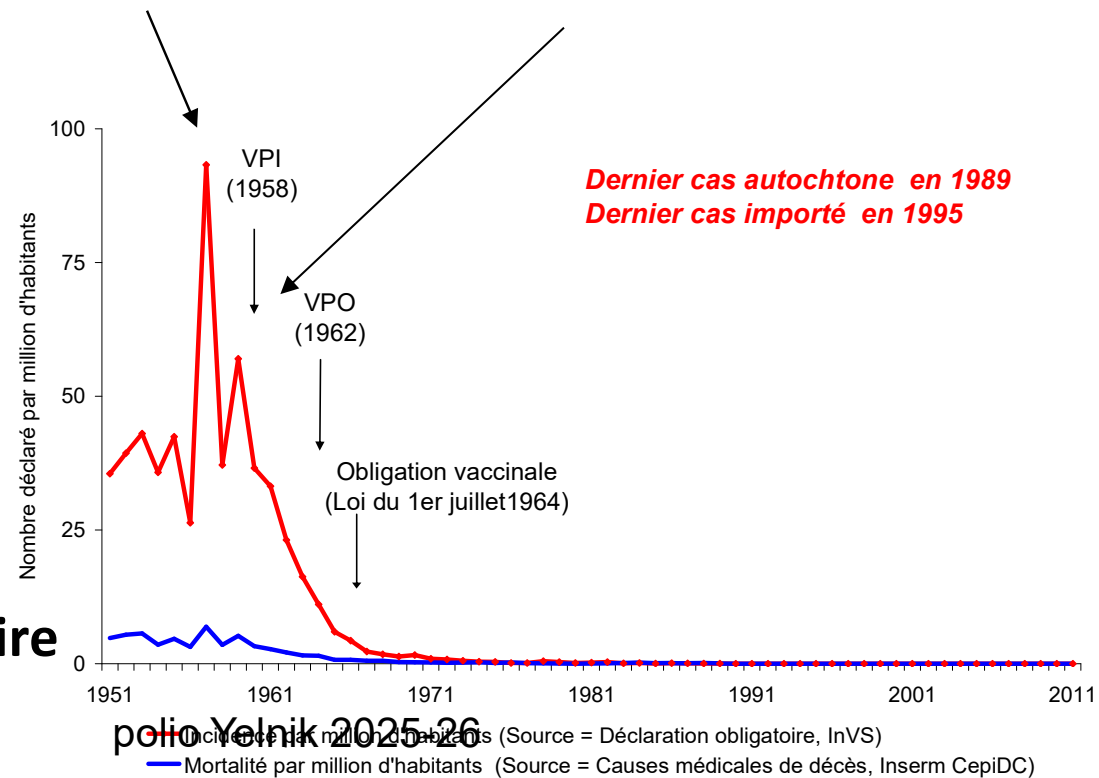
**1949 : 1 957** premier chiffre depuis l'obligation de déclaration à l'InVS

1950 : 1 979 cas.

**1957 : 4 109** cas dont 304 décès.

(*source INVS*)

2<sup>ème</sup> pic 1959 : 2 566



**1964 vaccination obligatoire**

(*1957 en Suède...!*)

## **Organisation des soins en France**

**1949 : le Ministère de la Santé impose la déclaration obligatoire et recommande le diagnostic sur ponction lombaire.**

On découvrira alors la fréquence des formes non paralytiques.

Paralysies 1/200,



déclencheur de progrès en médecine et organisation des soins :

**Réanimation, le poumon d'acier** (*Cecil et Philipp Drinker*)

*Necker Enfants malades, Claude Bernard (François Vachon)*

*Garches (Maurice Goulon, Annie Barois)...*



**Chirurgie orthopédique** la polio « maladie orthopédique par excellence »

Marcel Boppe 1944 «*le traitement orthopédique de la paralysie infantile* »

Pol Le Cœur années 1950-60,

Jean Dubousset et Michel Guillaumat pour la chirurgie du rachis,

**Médecine Physique et de Réadaptation.**

André Grossiord

polio Yelnik 2025-26





**1949 Ouverture du « Centre national de traitement des séquelles de poliomyélite » à Garches,  
Hôpital Raymond Poincaré par le Pr André Grossiord.**

En 1980 lorsque Jean Pierre Held  
en prend la chefferie (*années 1970-80*)  
les « polios » ont été remplacés par les paraplégiques



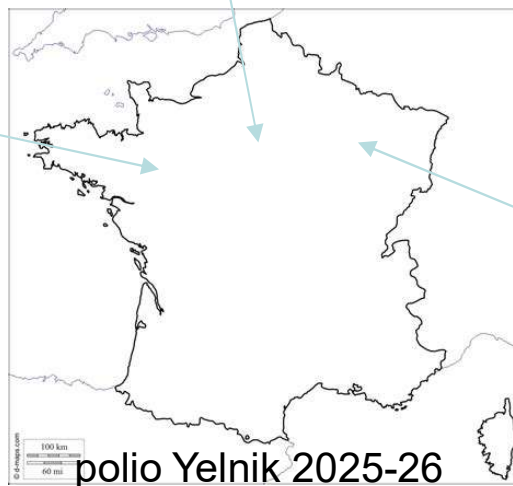
# En post aigu : création de grands centres de réadaptation Avec scolarité intégrée

## Le pionnier par Ellen Poidatz à St Fargeau 1919



## Garches 1949 Pr Grossiord

## Rennes 1948 Pr Leroy



## Nancy 1952 Pr Pierquin



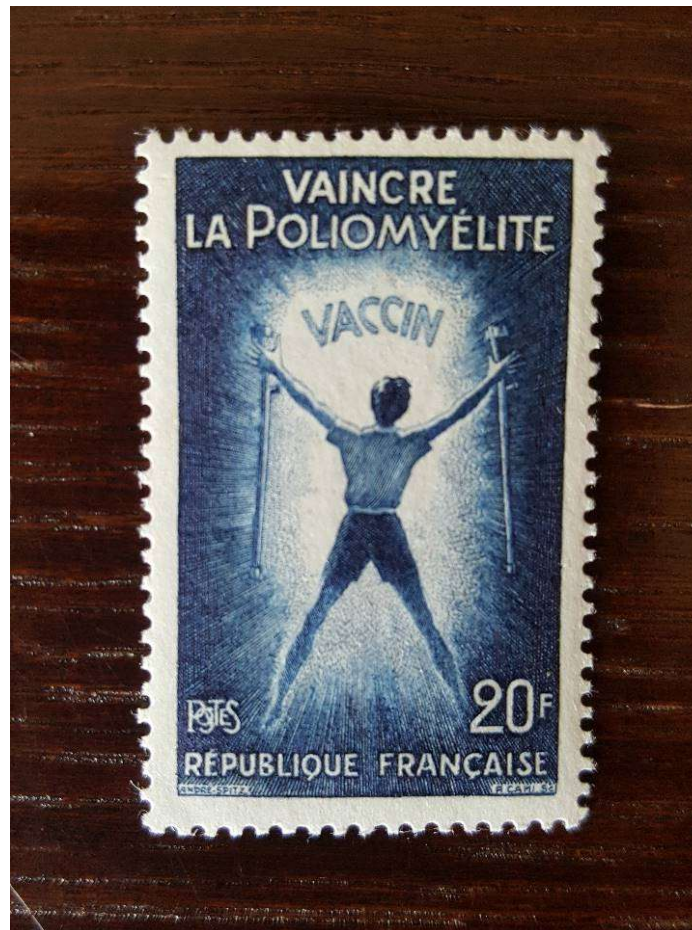
# Poliomyélite

Modèle parfait pour apprendre et développer la Médecine Physique et de  
Réadaptation

MPR + Chirurgie Orthopédique ++

conséquences des paralysies sur les fonctions, la croissance, la  
participation, l'activité professionnelle et le vieillissement

## De la découverte du virus au vaccin



polio Yelnik 2025-26

1908 : Karl Landsteiner et Erwin Popper

suggèrent que la cause infectieuse puisse être un virus ;  
en démontrent la **transmission** à deux singes par injection d'une émulsion de la moelle épinière d'un enfant décédé.

1910 : Levaditi et Landsteiner démontrent que le virus de la poliomyélite provoque la **lyse des cellules motrices** de la moelle épinière.

1931 : Sir Macfarlane Burnet et Madame Jean MacNamara

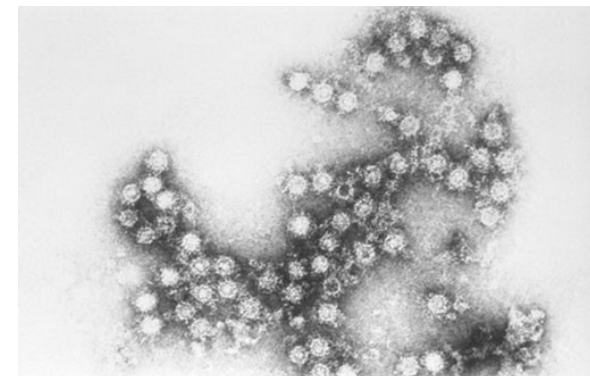
identifient **plusieurs types** de virus désignés 1, 2 et 3.

1948 : Thomas Weller et Frederick Robbins

**cultivent** le virus de la poliomyélite



prix Nobel de médecine en 1954.





1955 Jonas Salk  
**premier vaccin contre la Polio, injectable inactivé** (tué)

Jean Lépine (Institut Pasteur Paris) 1956 *idem*

**1958** développement du vaccin Salk-Lépine, mieux inactivé



WHO/21848 AMRO POLIO USA WHD 1995  
Professional touch - The late Dr Albert Sabin administers his oral polio vaccine.  
*Un vrai professionnel - le Dr Albert Sabin, disparu depuis, en train d'administrer son vaccin antipoliomyélitique oral.*  
PLEASE CREDIT PHOTO WHO/PASTEUR MEXICUX



1957-61 Albert Sabin  
premier vaccin oral vivant (atténué)  
meilleure immunité (immunité intestinale)

servira à partir de 1962 à la mondialisation  
des campagnes de vaccination

## **Caractéristiques majeures du polio-virus**

l'homme est le seul réservoir : espoir d'éradication

grande stabilité = constante efficacité du vaccin

## **1988 : l'OMS lance la « Global Polio Eradication Initiative »**

*sous la direction des gouvernements nationaux, de l'OMS, du Rotary International, des Centers for disease control and prevention (CDC) des Etats Unis d'Amérique et de l'UNICEF avec le soutien de grands partenaires comme la Fondation Bill et Mélinda Gates.*

## **1990 : création du « Laboratoire Global Polio »**

détection de virus sauvages et de virus dérivés du vaccin dans le monde.



## Régions OMS certifiées exempt de poliomyélite :

1994 les Amériques,

2000 Pacifique occidental,

2002 Europe,

2014 Asie du sud-est.

2020 (25 août) Afrique (pour le virus sauvage seulement ++)



2013 : pour la première fois de l'histoire tous les cas de virus sauvage sont liés au **seul sérotype 1** ;

2015 Type 2 éradiqué (*absent depuis 1999*).

2019 Type 3 éradiqué (*absent depuis 2012*).

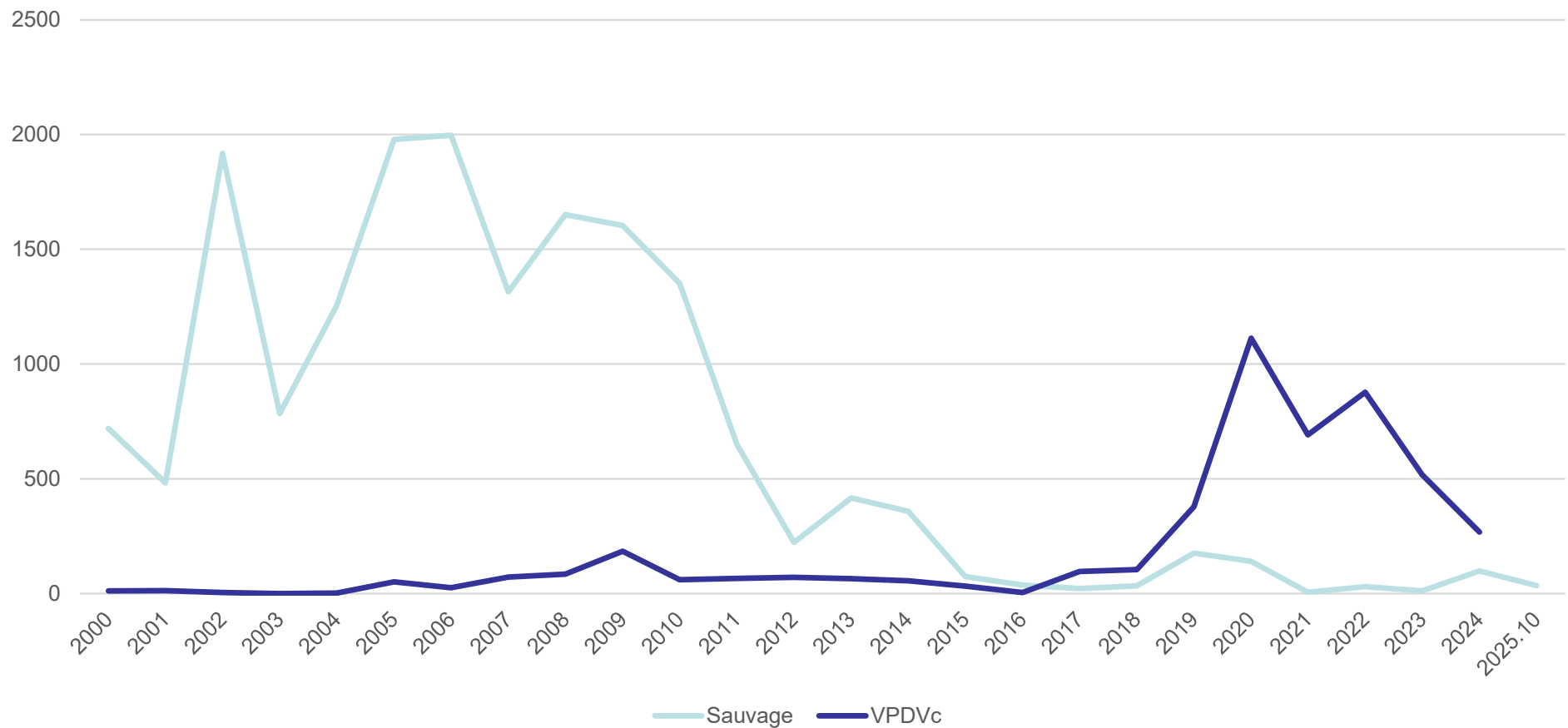
**2016, le vaccin trivalent est remplacé par le vaccin bivalent nVPO2,**  
réellement utilisé qu'à partir de mars 2021

**1988 : 380.000 cas dans le monde ...**

**2023 : 12**

**2024 : 99, 8 oct 2025 : 35**

Polio dans le monde WHO 08.10.2025



A partir des datas <https://extranet.who.int/polio/public/CaseCount.aspx>

## La poliomyélite par virus post-vaccinal

Le virus atténué contenu dans le vaccin oral est émis dans l'environnement  
peut circuler sur une durée assez prolongée, subir des mutations génétiques  
retrouver sa neurovirulence et transmissibilité

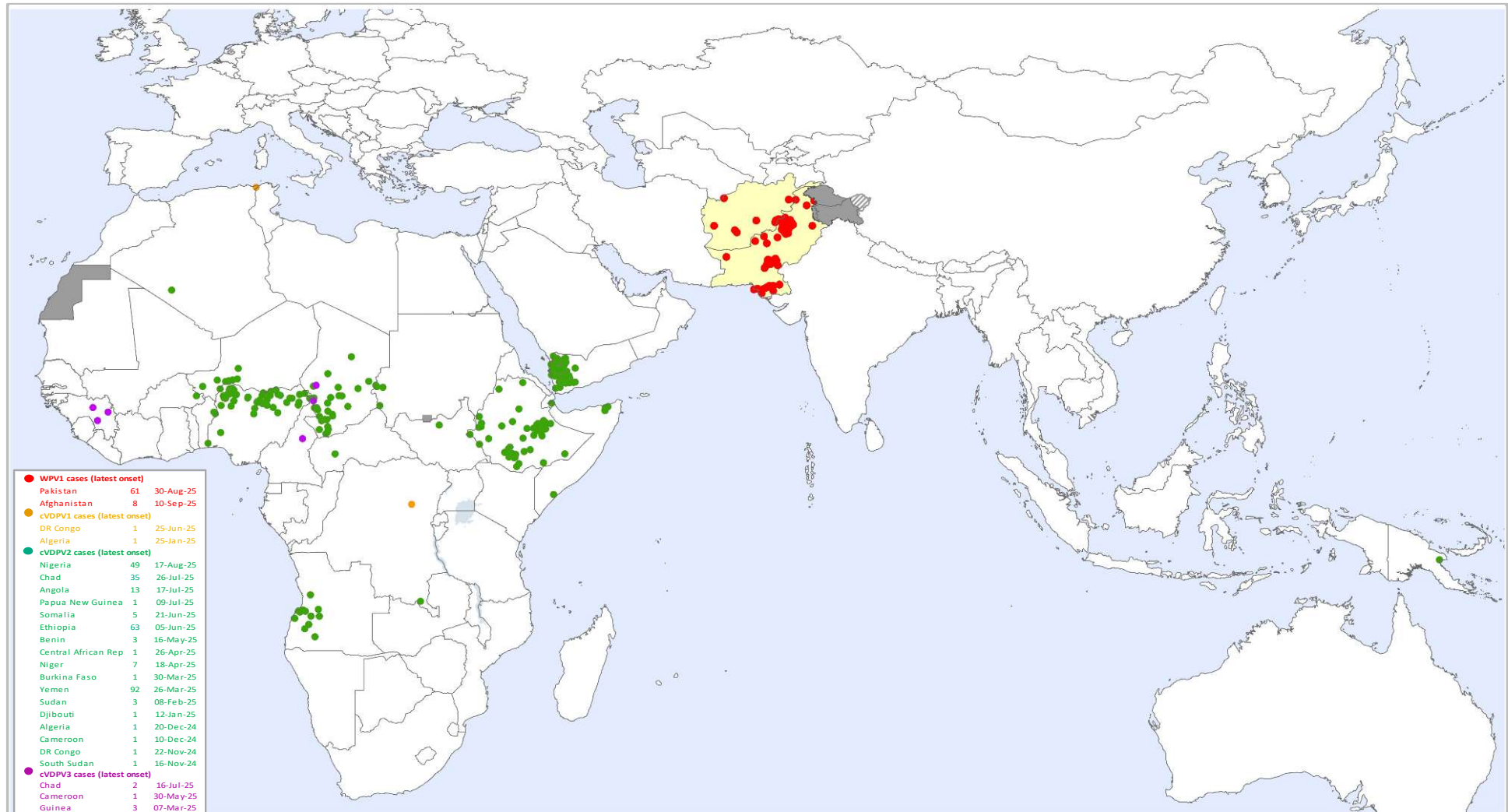
PolioVirus Dérivé d'une souche Vaccinale circulant (PVDVc).

la prévention passe par la couverture vaccinale

# OMS 8 octobre 2025

Sauvage  
PVDVc 2  
PVDVc 1

Global WPV1 & cVDPV Cases<sup>1</sup>, Previous 12 Months<sup>2</sup>



<sup>1</sup>Excludes viruses detected from environmental surveillance; <sup>2</sup>Onset of paralysis: 09 Oct. 2023 to 08 Oct. 2025

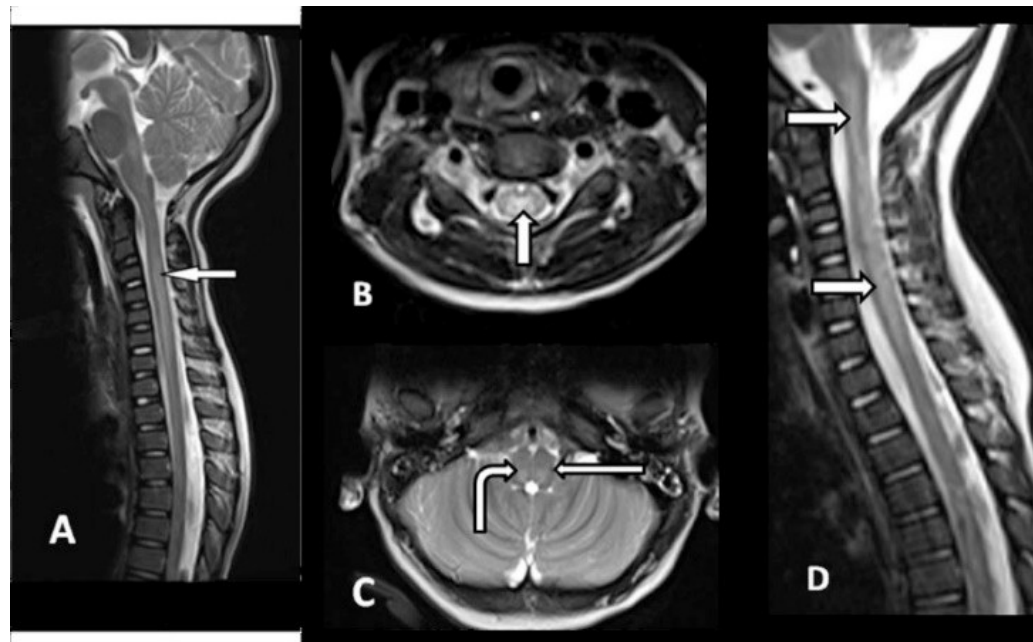
## Nouvelle stratégie de l'OMS

Nouveau vaccin type2 plus stable génétiquement  
(re)Introduction du vaccin Salk injectable

# **Myélites aigues flasques « polio-like » à entérovirus D68 et autres virus**

Deux critères diagnostiques nécessaires (Murphy O 2021) :

atteinte paralytique de type périphérique, sans trouble sensitif,  
de survenue aiguë dans un contexte fébrile,  
atteinte de la corne antérieure de la moelle épinière, objectivée en IRM



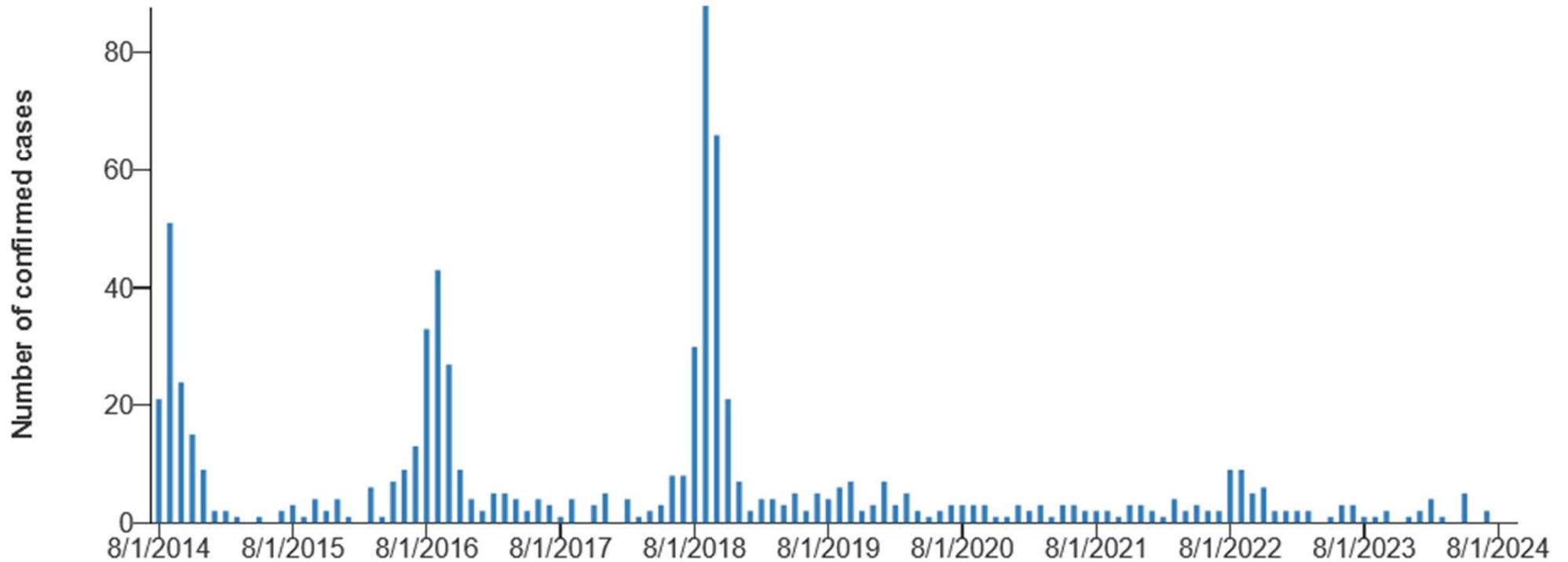
*MAF à EV D68 : hypersignal en T2 de la substance grise et tronc cérébral dorsal*

*Kramer and Lina 2019*

# Myélites aigues flasques à EV D68 aux USA

CDC 1<sup>er</sup> octobre 2024 (2024 14 cas confirmés)

*Pas de nouvelles données depuis (vu au 27/10/2025)*



Quelques années plus tard...

**Prevalence des “Polio survivors”**

Estimation de l’OMS : 20 millions  
(*WHO fact sheets 114*)

Europe 700 000 (*European Polio union*)

USA 300-600 000

France 50 000

age moyen 55 ans (*Yelnik 2013*)

# Traitement à la phase aiguë

## Traitement à la phase aiguë

- Ventilation assistée si besoin
- Lutte contre la douleur ++
- Maintenir un état orthopédique correct +++  
risque de rétractions : des muscles paralysés  
des antagonistes++

Postures

Kinésithérapie passive uniquement

## Phase de récupération :

Sur 6 mois à 2 ans

Essentiellement par développement d'unités motrices géantes

Proportionnelle à la sévérité des paralysies initiales

Muscles les plus touchés :

Quadriceps, triceps, tibiaux antérieurs

Abdominaux

Racines des MS – muscles intrinsèques mains

## Rééducation pendant la phase de récupération et stabilisation

- Eveil et renforcement moteur analytique
- Physiothérapie par la chaleur
- Balnéothérapie
- Prévention et traitement des troubles orthopédiques +  
kinésithérapie, contentions, chirurgie (ténotomies, transplantations musculaires, ostéotomies, arthroèses...)

## Les troubles orthopédiques

\*Paralysie → amyotrophie

\* Douleurs → positions antalgiques  
→ **rétractions muscles paralysés  
et muscles sains ++**

## Les troubles orthopédiques +++

### \* Modification de croissance osseuse des segments paralysés

- Asymétries
- Déséquilibres entre agonistes/antagonistes

→ Inégalité de longueur des membres

### Scoliose

Bascule bassin (cause haute par scoliose,  
cause basse par rétraction des ab/adducteurs,  
mixte)

Flessum genou, équin, talus (rarement)

Flessum coude...

Pied plat valgus...

Potentiel d'aggravation ++ par la croissance

# Garches Hôpital R. Poincaré



polio Yelnik 2025-26

Quelques années plus tard...



polio Yelnik 2025-26



polio Yelnik 2025-26

## **Retentissement psychologique**

Séjours longs à l'hôpital (des années souvent)

Scolarité à l'hôpital ou en centres de rééducation

ou pas...

et isolement familial

## Le syndrome post polio ?

Diagnostic d'élimination ++

**ne pas confondre SPP et complications tardives de la polio++**

## Le syndrome post polio

### Critères d'Halstead 1985 :

- Histoire médicale confirmée de polio
- Récupération neurologique partielle ou même complète
- Stabilité > 15 ans
- Faiblesse musculaire d'apparition aiguë ou rapidement progressive
- Au moins 2 symptômes nouveaux parmi :
  - fatigue excessive
  - douleurs musculaires ou articulaires
  - atrophie musculaire
  - intolérance au froid
- Pas d'autre explication médicale
- + persistant > 1 an (March of Dimes 2001)

## Le syndrome post polio

En pratique :

- Perte de force nouvelle de certains muscles  
en quelques semaines ou mois  
→ retentissement fonctionnel ++
- Fatigue générale
- Fatigabilité, perte d'endurance
  
- Douleurs – crampes

## Le syndrome post polio

### - Fréquence ? 20 à 80 % !...

*(Nollet F 1999, Nollet F 2003, Trojan DA 2005, Farbu E 2006, Gonzalez H 2006, Koopman Cochrane 2011, Bertolasi L 2013)*

- Délai ? 8 (< Halstead) à 71 après PAA

moyenne 35 ans

le terme tend à être remplacé par « late polio consequences »...

## Le syndrome post polio

### Facteurs prédictifs du risque de SPP

- Plus grande sévérité initiale
- Meilleure récupération fonctionnelle
- Âge avancé lors de la PAA
- Plus long délai depuis la PAA
- Prise de poids récente
- Activité physique accrue (?)

## Le syndrome post polio

### Pronostic

- Essentiellement fonctionnel

Accentuation ou apparition de troubles de la marche +,  
de la préhension....

Réduction de la vie sociale et professionnelle

- Possibilité de :

Troubles respiratoires

Troubles de déglutition



Co morbidités : (Tersteeg, Nollet 2011)

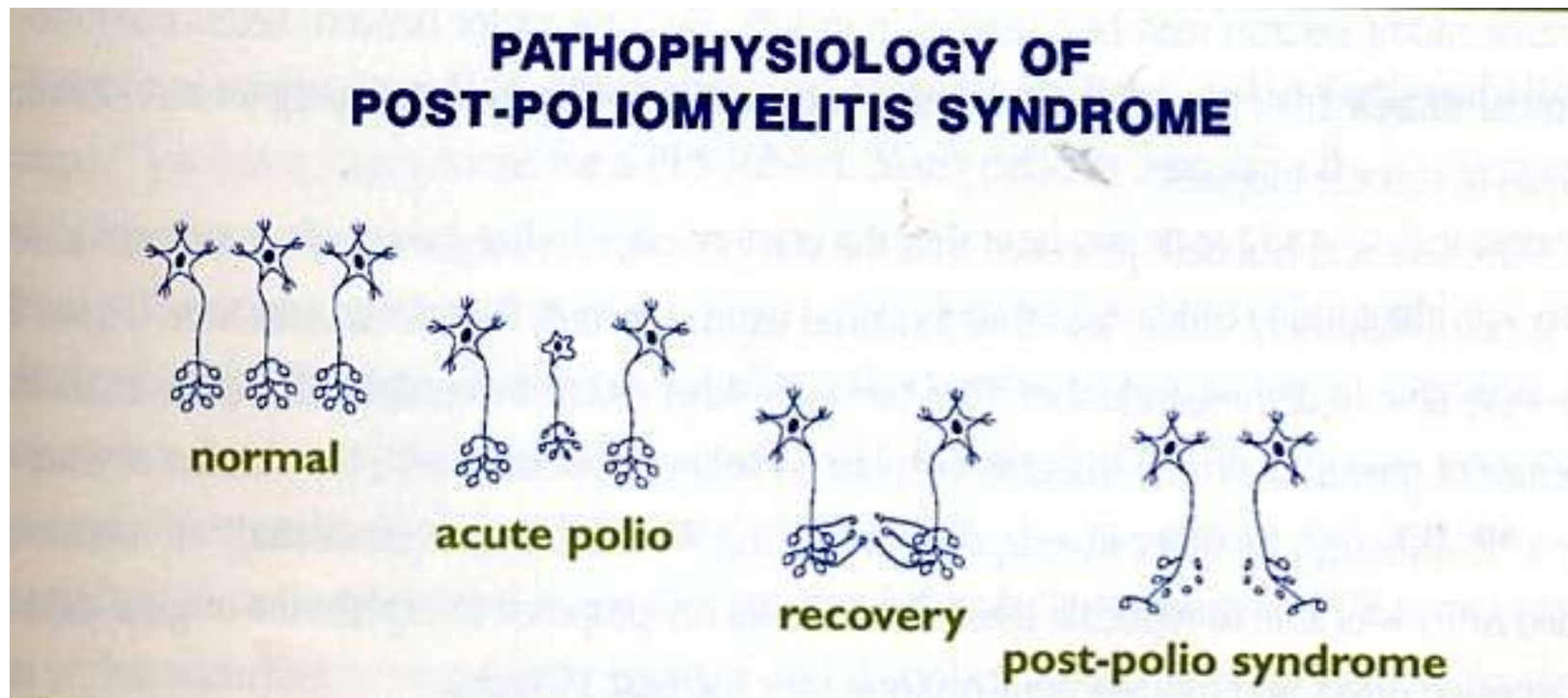
↑ Hyperlipidémie	OR	2,45
Diabète		2,29
Ostéoporose		2,1
Hypothyroïdie		1,73
Arthrose		1,2

## Le syndrome post polio

### Physiopathologie (1)

#### \* Epuisement, dégénérescence distale des unités motrices

géantes (Wiechers et Hubball 1981, Grimby 1998, Bickerstaffe 2014)



## Unité motrice

1 motoneurone → x fibres musculaires

x dépend du contrôle moteur nécessaire

## A la main :

1 motoneurone → quelques dizaines

à quelques centaines de fibres  $\mu$

## Quadriceps :

1 motoneurone → quelques milliers de fibres  $\mu$

Après PAA 1 unité motrice peut grossir 7 à 8 fois

→ 1 motoneurone du quadriceps peut passer de

5 000 à 40 000 fibres musculaires

# Le syndrome post polio

## Physiopathologie (2)

### Fatigabilité musculaire

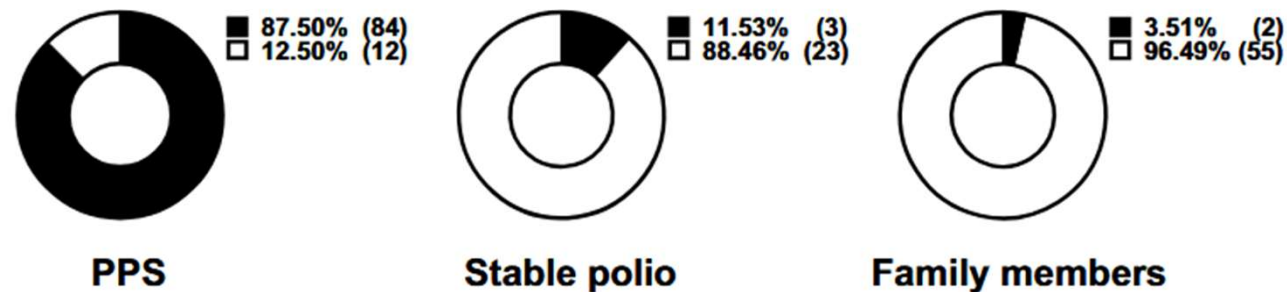
- **Epuisement métabolique des unités géantes**
  - Déficience transmission jonction NM  
(insuffisance de libération d'Acétylcholine)
- = Déficit fluctuant  
variable d'un moment ou d'un jour à l'autre

## Le syndrome post polio

### Physiopathologie (3)

### Persistence du virus ?

Présence de séquences d'ARN Polio dans le LCR (*Toniolo A 2011*),  
de « formes de virus muté » dans LCR et/ou leucocytes de certains  
patients  
(*Toniolo A J Neurol 2025*)



hypothèse de la persistance d'une infection « de bas grade »

# Le syndrome post polio

## Physiopathologie (4)

### **Hypothèse d'une immunodéficience et/ou inflammation chronique**

Cytokines ↑ dans le LCR (pas dans le sang) à des niveaux équivalents à ceux trouvés dans la SEP *(Gonzales 2005)*

#### Laffont I 2024

47 SPP et 26 témoins, ce n'est pas une déficience immunitaire  
(phenotypage lymphocytes B et T, dosage cytokines)

#### Toniolo 2025 Vaccine

80 SPP persistance d'une immunodéficience humorale ?

( ↘ IgG et/ou IgA sanguin et AC neutralisants polio dans un sous grp)

# Le syndrome post polio

## Physiopathologie

À distinguer du Rôle de l'âge normal

- Perte progressive de neurones moteurs - ↑ chez polios
- ↓ hormone de croissance
- ↓ IGF1 (Facteur de croissance insuline like)
- ...

# Le syndrome post polio

## Diagnostics différentiels +++

Fatigue : Hypothyroïdie  
Myasthénie  
Apnées du sommeil ++  
...

Déficits : Pathologies rachidiennes (sténoses...) ++  
Neuropathies périphériques (diabète...)  
SLA  
SEP  
Myopathies inflammatoires  
...

## Le syndrome post polio

### Diagnostics différentiels +++

Douleurs : Tendinites, bursites (membres sup++)  
Arthrose  
Arthrites, polyarthrite  
Syndromes canaux (carpien...)  
Fibromyalgie  
...

Et plus généralement : vieillissement, perte d'activité

## Explorations complémentaires? Selon les questions posées ++

EMG? (craint par les patients++)

Diagnostics différentiels  
atteintes méconnues

IRM musculaire?

infiltration graisseuse des muscles  
mieux comprendre les forces périarticulaires...

EOS, Pangiométrie : intérêt d'un bilan complet rachis et MI

Pré-op en dehors d'urgence,  
Bilan de référence en cas d'urgence

Dosage des enzymes musculaires?

CPK, Aldolase : ↑ traduisent l'excès d'activité musculaire  
polio Yelnik 2025-26

## Traitement du SPP ?

aucun réellement démontré

Immunoglobulines ? Seuls travaux positifs Equipe de K.Borg Suède :  
*Gonzales 2006, Farbu 2007, Gonzales 2012, Ostlund 2015*

Cochrane 2015 (Nollet, Koopman) : pas de conclusion possible sur effet  
des médicaments

Tavee J 2023 Consensus (Am Assoc of Neuromusc Electrodiag Medicine)

## **Rééducation du patient post-polio**

### **Avec ou sans SPP**

rarement nécessaire en continu  
selon symptômes  
prévention et traitement

## Rééducation (1)

### Entretien orthopédique

Risques principaux de rétractions musculotendineuses

- . Ischiojambiers
- . Fléchisseurs de hanche – TFL
- . Triceps – trapèze - pectoraux
- . Extenseurs rachis

Risques d'enraidissement articulaires

- . Hanches et genoux

Statique du pied

**Ne pas vouloir rectifier sans raison !**

## Rééducation (2)

### Renforcement musculaire :

Utile, y compris sur les muscles déficitaires  
*(Tiffreau 2010, Boyer 2010)*

Nombreux essais ouverts :

*Spector 1996, Ernstoff 1996? Agre 1997, Klein 2002*

ou randomisés contrôlés de petite taille :

*Fillow 1991, Chen 2003*

= gain de force sans effet délétère

pas d'effet sur la fatigue *Koopman 2015*

## Rééducation (2)

### Renforcement musculaire :

Si muscle  $\geq 3$

intensité modérée, fractionné

adapté à la tolérance (douleurs, fatigue) ++

plutôt isotonique voire isocinétique

Si muscle  $< 3$  ou douleurs

pas de renforcement?

ou plutôt exercices isométriques

Echauffements et étirements +++

## Rééducation (3)

Réentraînement cardiovasculaire à l'effort :

*Jones 1989, Dean 1991, Kriz 1992, Ernstoff 1996*

Endurance, Aérobic ++

20 à 40 minutes 2 à 3/ semaine

Exercices < ou = à 70 % FC max

Bicyclette – Cycloergomètre

## Rééducation (4)

### Kiné-balnéothérapie :

↓ contraintes

↓ douleurs et contractures (*Willen 2002*)

Facilite le travail du rachis

gain de force (*Strumse 2003*)

## Rééducation (5)

### Prescription Kinésithérapie selon les besoins

Sauf exception pas de kiné régulière

« Stages » 10-15 séances tous les ans ou 2 ans

- Entretien orthopédique
- Etirements musculaires
- Renforcement musculaire
- Réentraînement à l'effort

## « Education thérapeutique »

Connaître le SPP (...)

Connaître ses limites

Accepter de réduire les contraintes :

réduire poids

réduire activité (un peu!)

aides techniques

appareillage

modifications environnementales

Auto-entretien autant que possible +++

Hygiène de vie :

- Activité régulière fractionnée

- Poids

## **Syndrome Post Polio ou pas**

Principales plaintes des polio :

douleurs (tendinopathies, arthrose...)

dégradation fonctionnelle

perte de force +/- segmentaire

→ Bilans lésionnels... et ttt adaptés

Reprise de rééducation et auto rééducation +

Contrôle du poids

Appareillage ?

Rarement chirurgie

## Appareillage ?

Le retour ? Dans l'inquiétude...

- Stabiliser une articulation ou le MI
- Maintenir la fonction en soulageant les efforts  
limiter les dégradations articulaires

Solide, léger et ... esthétique



## **Appareiller le genou ?**

fréquents défauts :

recurvatum

marche en RE de hanche

Appareiller le genou ?

**marche en RE de hanche**

contraintes sur le compartiment interne

stabilisation dans le plan frontal



## Appareiller le genou ?

- limiter un **recurvatum**
- stabiliser dans le plan sagittal

Laisser le genou libre si plan postérieur suffisant  
Sinon verrouillable à la marche

Avec cheville articulée ou libre  
ou simple coque talonnière



Appareiller le genou ?

**permettre verrouillage sur déficit quadriceps**

Orthèse cruro-pédieuse

verrou Hoffa ou canadien pour verrouillage stable

articulation déportée, GII voire « Basco », E-Mag active, pour genou libre « assisté » selon déficit



polio Yelnik 2025-26

## Appareiller la cheville ?

dans le plan sagittal :  
compenser la paralysie des releveurs



## Appareiller la cheville ?

dans le plan sagittal :

compenser une inégalité de longueur,

Stabiliser un varus ou valgus

attention à respecter un équin utile ++

= chaussures orthopédiques



## Chirurgie ?

Parfois encore nécessaire

- Allongement tendineux (TFL, Achille)
- Stabiliser une articulation (arthrodèse pied, cheville)
- Ostéotomie de mise en recurvatum

## Chirurgie

Mr N'D. 37 ans  
Marche en salutation,  
verrouillage main  
Quadriceps G = 0  
flessum genou = 30°

Chir mise en recurvatum  
(Antoine Geffrier) 16/07/19

À 3 mois genou 0°/40°  
Très content

Chute 16/12 : arrachement  
tubérosité tibiale ant.  
= rôle du Q ?!  
gain en flexion!...



## Chirurgie ?

### **Attention en cas de fracture :**

assurer une consolidation en bonne position

= en respectant les axes antérieurs et non pas théoriques

+++++

## Appareillage, chirurgie ?



- **Respecter les compensations et adaptations individuelles**

- **Ne rien corriger brutalement**



## Conclusion : la consultation « post-polio » :

importance de la 1<sup>ère</sup> consultation ++

- S'assurer du diagnostic de Polio,  
*une pathologie peut en cacher une autre ++*
- Bilan moteur complet (dont les MS, le tronc+)
- Bilan orthopédique complet, pangoniométrie, podo...
- Bilan respiratoire
- Prendre le temps de comprendre, analyser les plaintes...
- SPP ou pas? = conduite peu différente
- Examens complémentaires selon les questions diagnostiques et pour faire le point en référence pour évolution ultérieure (EOS, IRM, EFR)
- Intérêt des consultations pluridisciplinaires  
(chirurgien ortho, appareilleur)
- Intérêt des programmes de rééducation spécifiques

## **Myélites aiguës flasques : recommandations**

Veiller à la couverture vaccinale contre la poliomyélite et aux rappels en particulier lors de voyages.

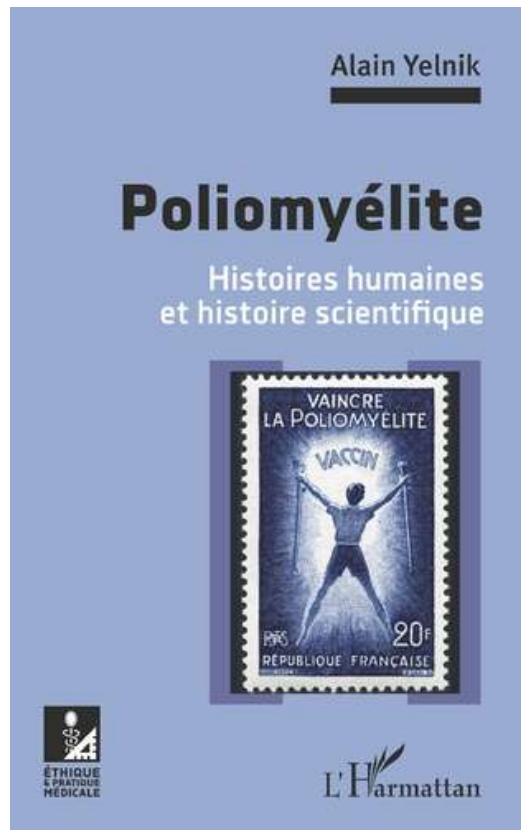
Devant un tableau évocateur, rechercher le virus de la poliomyélite et les autres entérovirus en faisant appel aux laboratoires de référence.

Publier tous les cas cliniques.

Le risque doit inciter les équipes spécialisées de MPR, pédiatrie et chirurgie orthopédique à entretenir leur culture et leurs moyens qui ont été déployés avec succès contre les séquelles de la poliomyélite afin de préserver au mieux la croissance de ces enfants et de leur garantir le meilleur niveau d'activité et de participation.



Andrew Wyeth 1948 *Christina's world*



**Merci de votre attention**

Références entre autres :

\*N° spécial polio des Annals of PRM 2010

\*Poliomyélite, histoires humaines et histoire scientifique. A. Yelnik L'Harmattan 2020

\*Yelnik A. 2024 Bull Acad nat Médecine 1309-16 « Myélites aiguës flasques à enterovirus ; des poliovirus aux enterovirus D68 et A71»

polio Yelnik 2025-26