



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ARTICLE EMC

Pathologie acquise du squelette de l'enfant[☆]

J. Leroux, J. Lechevallier*, S. Abu Amara

CHU de Rouen, clinique chirurgicale infantile, 76031 Rouen, France

MOTS CLÉS

Ostéochondrite primitive de hanche ;
Épiphysiolyse fémorale supérieure ;
Pied plat ;
Pied creux ;
Ostéomyélite ;
Arthrite septique ;
Ostéochondrite disséquante du genou ;
Cyphose ;
Scoliose ;
Pectus carinatum ;
Pectus excavatum

Résumé Ce chapitre traite des grandes lignes du diagnostic, de la classification et des principes thérapeutiques des pathologies orthopédiques acquises de l'enfant. Par définition, toutes les pathologies congénitales ou malformatives (luxation congénitale de hanche, déformations congénitales du pied, etc.) sont exclues. En revanche des pathologies d'origine congénitale ou malformative dont le diagnostic peut être porté secondairement au cours de la croissance dans le cadre du bilan étiologique d'une anomalie apparemment acquise (scoliose, inégalité de longueur des membres inférieurs, etc.) seront traitées. La classification des chapitres retenue est fondée, autant que possible, sur les circonstances de révélation des pathologies (signes), plutôt que sur les pathologies. Seront donc traités successivement les boiteries et les troubles de la démarche, les douleurs du genou, les déformations acquises du pied, les infections ostéoarticulaires, les déformations du rachis et enfin celles du thorax.

© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

[☆] Grâce au partenariat mis en place en 2010 entre le *Journal de Pédiatrie et de Puériculture* et l'EMC, les articles de cette rubrique sont issus des traités EMC. Celui-ci porte la mention suivante : J. Leroux, J. Lechevallier, S. Abu Amara. Pathologie acquise du squelette de l'enfant—EMC—Pédiatrie—2015 [Article 4-006-A-50]. Nous remercions l'auteur qui a accepté que son texte, publié initialement dans les traités EMC, puisse être repris ici.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : email.auteur.manquante@gmail.com (J. Lechevallier).

Boiteries [1–7]

Une boiterie est un signe clinique défini comme une perturbation de la marche responsable d'une oscillation du tronc à chaque pas dans son rythme et dans son déroulement. Il existe deux principaux types de boiteries :

- boiterie d'épaule ou de rééquilibration (témoignant d'une pathologie de hanche) : l'enfant bascule le tronc et les épaules au-dessus de la hanche pathologique ce qui a pour effet, par un jeu de bras de levier de diminuer la charge qui s'y applique et ainsi la douleur. En effet, en appui unipodal, l'effort musculaire nécessaire pour maintenir le bassin horizontal impose à la hanche portante une charge égale à trois fois le poids du corps !
- boiterie d'esquive : l'enfant réduit le temps d'appui au sol du membre pathologique. Elle traduit l'existence d'une douleur déclenchée ou augmentée par l'appui, mais elle ne donne pas d'information sur la localisation de la douleur. Elle révèle en règle une pathologie du membre inférieur à l'exception de la hanche. Dans les cas où la douleur de hanche est très violente (arthrite septique ou épiphysiolyse instable) l'appui est impossible.

Mais tout n'est pas toujours aussi simple, en particulier chez le jeune enfant pour lequel la boiterie échappe à toute description. Il est même parfois difficile de déterminer le côté pathologique, quand la plainte douloureuse n'est pas exprimée.

Les boiteries sont le plus souvent causées par une douleur, une raideur articulaire, une anomalie anatomique (défaut axial, inégalité de longueur), un trouble neuromusculaire.

Stratégie diagnostique

Interrogatoire

L'interrogatoire est la première étape.

L'âge de l'enfant est essentiel à l'orientation car la majorité des affections ont leur âge de prédilection. On précise ensuite les caractéristiques de la boiterie : mode d'installation, ancienneté, évolution, caractère permanent ou intermittent. Si la douleur est présente, on précise sa date d'apparition, sa localisation (on n'ignore pas la fréquence des douleurs de hanche projetées au genou), son caractère permanent ou intermittent, diurne ou nocturne, son rythme mécanique ou inflammatoire. La douleur est trop facilement rapportée à un traumatisme, banal et quotidien chez un enfant normalement actif. Il est donc indispensable de s'assurer que la chronologie, l'intensité et la topographie de la douleur soient cohérentes avec le traumatisme, et de vérifier que certains signes n'étaient pas déjà présents avant.

On recherche une fièvre et des signes d'altération de l'état général. On recueille les antécédents récents (en particulier d'infection oto-rhino-laryngologique [ORL]), ou anciens (pathologie néonatale, date d'acquisition de la marche libérée).

Examen clinique

Comme on l'a indiqué, l'analyse de la boiterie (d'esquive ou de hanche), permet d'orienter l'examen vers la hanche

ou le reste du membre inférieur. En outre, la procédure de l'examen clinique, relativement simple et orientée chez le grand enfant, doit être systématique et méthodique chez le petit enfant.

Chez le jeune enfant (avant 5 ans)

On examine l'enfant depuis les orteils jusqu'au rachis. On recherche une attitude vicieuse du membre inférieur (une attitude en rotation externe est évocatrice d'une pathologie de hanche), une lésion cutanée (pied). Une amyotrophie quadricepsitale est un signe formel d'organicité. Elle se mesure comparativement au côté opposé en prenant un repère à 10 ou 15 cm du bord supérieur de la rotule.

La palpation de l'ensemble du membre inférieur doit être méthodique, en commençant par son extrémité distale et en remontant jusqu'à la hanche. La diaphyse tibiale est palpée avec une attention particulière en raison d'une possible fracture sous-périostée. La douleur est déclenchée par un mouvement de torsion. Les métaphyses sont toutes examinées (douleur à la palpation, augmentation de la chaleur locale, rougeur). Les articulations sont mobilisées et l'on note un déficit d'amplitude comparativement au côté opposé. Dans les maladies de hanche, les secteurs de mobilité limités sont habituellement l'abduction et la rotation interne.

La mobilisation peut réveiller une douleur. On recherche un choc rotulien.

L'examen ne peut s'achever sans la recherche d'une douleur à la palpation ou d'une raideur au niveau du rachis.

Chez le grand enfant ou l'adolescent

La douleur est le plus souvent bien localisée. L'examen peut être concentré sur la région douloureuse. Il faut simplement ne jamais oublier qu'une douleur du genou peut être la projection d'une pathologie de hanche.

Examens complémentaires

Les examens complémentaires sont demandés en fonction des données de l'examen clinique et de la structure que l'on désire étudier. Aucun examen complémentaire n'est systématique, pas même la biologie !

Imagerie

Les radiographies doivent être centrées selon les données de l'examen clinique. Les clichés comparatifs ne sont justifiés que pour lever un doute sur une image inhabituelle. Une radio de bassin de face peut être préférée à un cliché de hanche.

C'est l'échographie qui visualise le mieux un épanchement articulaire, mais aussi un épanchement des parties molles ou un abcès sous-périosté.

La scintigraphie osseuse reste précieuse lorsque l'on a la conviction d'une atteinte organique que l'on ne parvient pas à localiser par l'examen clinique ou l'imagerie standard.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est utile pour identifier une infection osseuse débutante. La tomodensitométrie (TDM) est plus rarement demandée.

Biologie

Un bilan biologique est indispensable en cas de suspicion d'infection ostéoarticulaire (IOA). En première intention, il devra se limiter à une numération formule sanguine (NFS), et au dosage de la protéine C réactive (CRP). Le dosage

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8964757>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8964757>

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