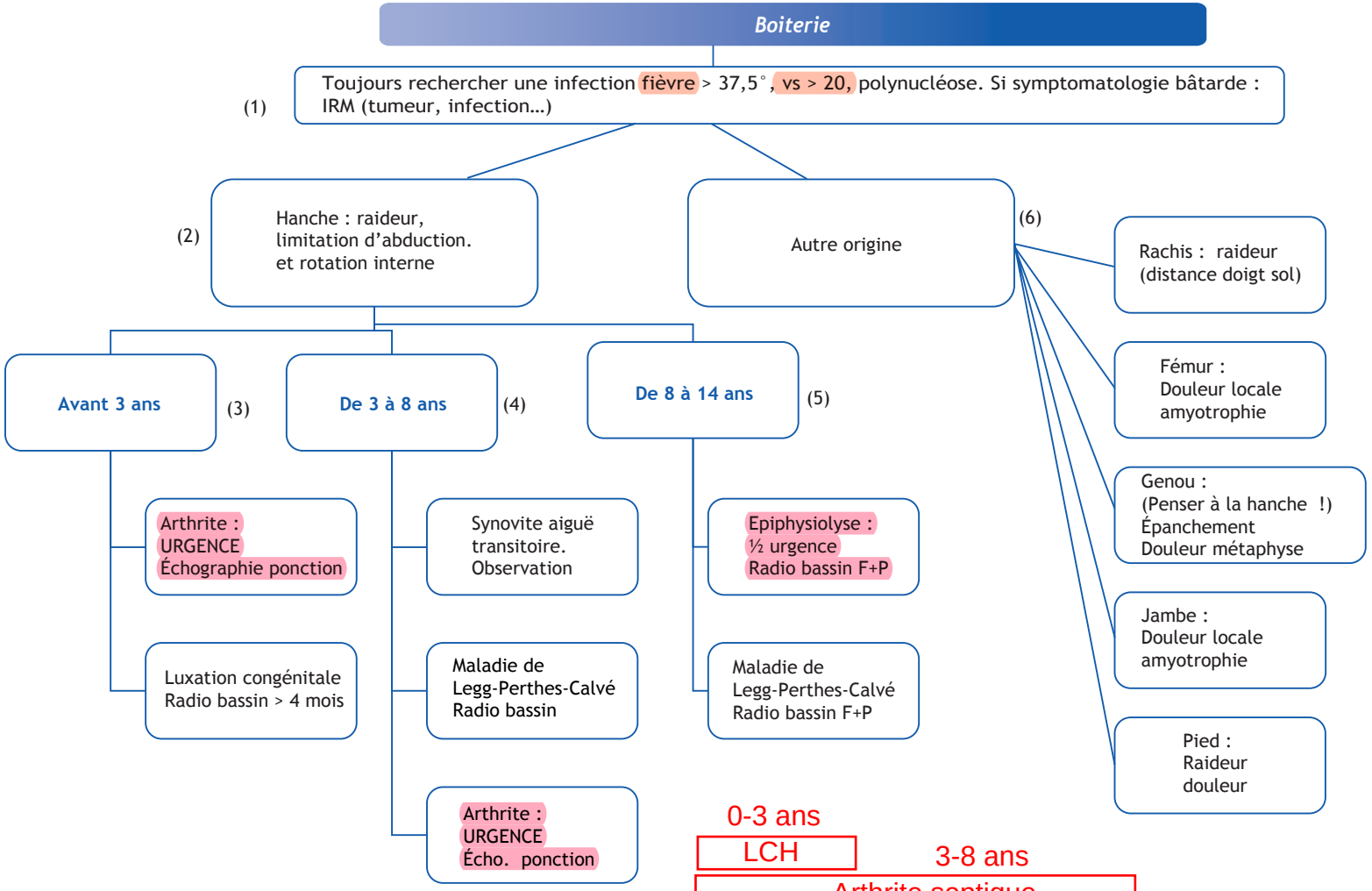
Boiterie de l'enfant

C. Bonnard

Pôle de chirurgie pédiatrique hôpital Gatien de Clocheville, université François Rabelais chu de Tours, 49 boulevard Béranger, 37000 Tours



© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés. Avec le soutien institutionnel de Blédina

■ Arbre décisionnel-Commentaires

La boiterie de l'enfant d'apparition récente traduit une douleur provoquée par un des éléments de la chaîne motrice (du pied au rachis lombaire).
L'examen clinique est la base de l'identification de l'origine et évite l'inflation d'examens complémentaires par la recherche attentive de limitation de mobilité articulaire, de douleur localisée ou d'amyotrophie.
Toute pathologie de la chaîne motrice peut entraîner une boiterie (infection, dystrophie osseuse, tumeur, maladies inflammatoires….).
(1) La recherche de signes cliniques et biologiques d'une infection est prioritaire. En cas de doute, évoquer une infection si aucune amélioration de la symptomatologie n'est observée après 24 heures de repos.

(2) Les boiteries de hanche sont de loin les plus fréquentes reconnues sur la limitation d'abduction et surtout de la rotation interne (RI), à rechercher systématiquement en cas de gonalgie chez l'enfant et l'adolescent.
L'âge de survenue est un guide diagnostique par argument de fréquence.

(3) Avant trois ans :
- l'arthrite de hanche est une urgence : vs > 20 et fièvre > 37,5 sont constatés dans 97 % des cas. L'échographie objective l'épanchement, permet de poser l'indication d'une ponction a visée de diagnostic bactériologique et de thérapeutique. Les signes radiologiques sont tardifs (> 15 jours) et augurent de séquelles qui sont exceptionnelles si le traitement est effectué avant le 4e jour d'évolution ;
- la luxation congénitale de hanche ne devrait plus être observée après l'âge de la marche ;
- les fractures en cheveux du fémur ou de jambe sont évoquées sur l'existence d'une douleur segmentaire en particulier en torsion. C'est une fracture spiroïde sous périostée sans déplacement très souvent invisible sur la radiographie avant le 15e jour. Le traitement par plâtre est indiqué sur des arguments cliniques et le diagnostic affirmé radiologiquement au 15e jour.

(4) Entre trois et huit ans :
- l'arthrite de hanche reste possible ;
- la synovite aiguë transitoire, diagnostic d'exclusion, est de loin la plus fréquente. L'utilité de radiographies initiale (normale) et où d'une échographie initiale (épanchement) peut être discutée. Le traitement dépend de l'intensité de la raideur articulaire : traction collée au lit si RI < a 50 %, repos simple si RI > 50 %. La non amélioration de la raideur au bout de 24 à 48 heures remet le diagnostic en cause (infection ?). Au moins 95 % de ces inflammations transitoires sont sans aucune suite. La récidive doit faire rechercher une autre étiologie, dystrophique en premier lieu ;
- Le diagnostic de maladie de Legg, Perthes, Calvé (LPC), nécrose épiphysaire juvénile, n'a aucune urgence et repose sur la radiographie : bassin de face et profil de Lowenstein montrant au début une ostéolyse sous chondrale puis en quelques semaines une condensation épiphysaire avant la fragmentation. Le risque de déformation articulaire secondaire séquellaire dépend de l'étendue de la nécrose et de l'âge de l'enfant.

(5) Après l'âge de huit ans :
- la pratique des mêmes clichés de hanche est indispensable ;
- l'épiphysiolyse est un décollement épiphysaire progressif avec déplacement en arrière et en dedans diagnostiqué sur le cliché de profil. La maladie de LPC reste possible et de pronostic plus sévère ;
- parfois, avec ou sans contexte inflammatoire, la symptomatologie est bâtarde et traînante. Dans ces cas rares, l'IRM est indiquée à la recherche d'ostéomyélite du grand trochanter, de l'ischion, de la crête iliaque, du petit trochanter … ou de tumeur.

(6) Les boiteries d'autre origine :
- dans tous les cas, l'existence d'un syndrome inflammatoire doit faire rechercher une infection ostéo-articulaire. La marche genou raide oriente vers le genou. L'hydarthrose évoque une arthrite et indique une ponction ;
- la marche sur la pointe du pied oriente vers le talon, la marche sur le talon oriente vers l'avant pied, une démarche guindée oriente vers le rachis. Une douleur métaphysaire évoque une ostéomyélite, une douleur à la mobilisation sous talienne une arthrite ou ostéite de l'arrière pied, une raideur rachidienne évoque une spondylodiscite. Dans tous ces cas rares, l'IRM constitue l'examen le plus sensible capable de diagnostiquer aussi bien une infection qu'une tumeur ou une myosite ;
En conclusion, les étiologies de boiterie sont très nombreuses, l'examen clinique approximatif est la cause d'errements et de retards diagnostic comme d'examens complémentaires désorientant ou inutiles.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : bonnard@med.univ-tours.fr (C. Bonnard).

■ Références

Cahuzac J.P.Les boiteries entre 6 et 15 ans. In : du symptôme au diagnostic. C. Bonnard, H. Bracq. Monographie du GEOP. Sauramps médical, Montpellier 2000 : 89-98.

Fischer S, Beattie T. The limping child: epidemiology, assessment and outcome. J Bone Joint Surg 1999;81-B:1029-34.

Kocher M, Zurakowski D, Kasser J. Differentiating between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children: an evidence-based clinical prediction algorithm. J Bone Joint Surg 1999;81-A:1662-70.