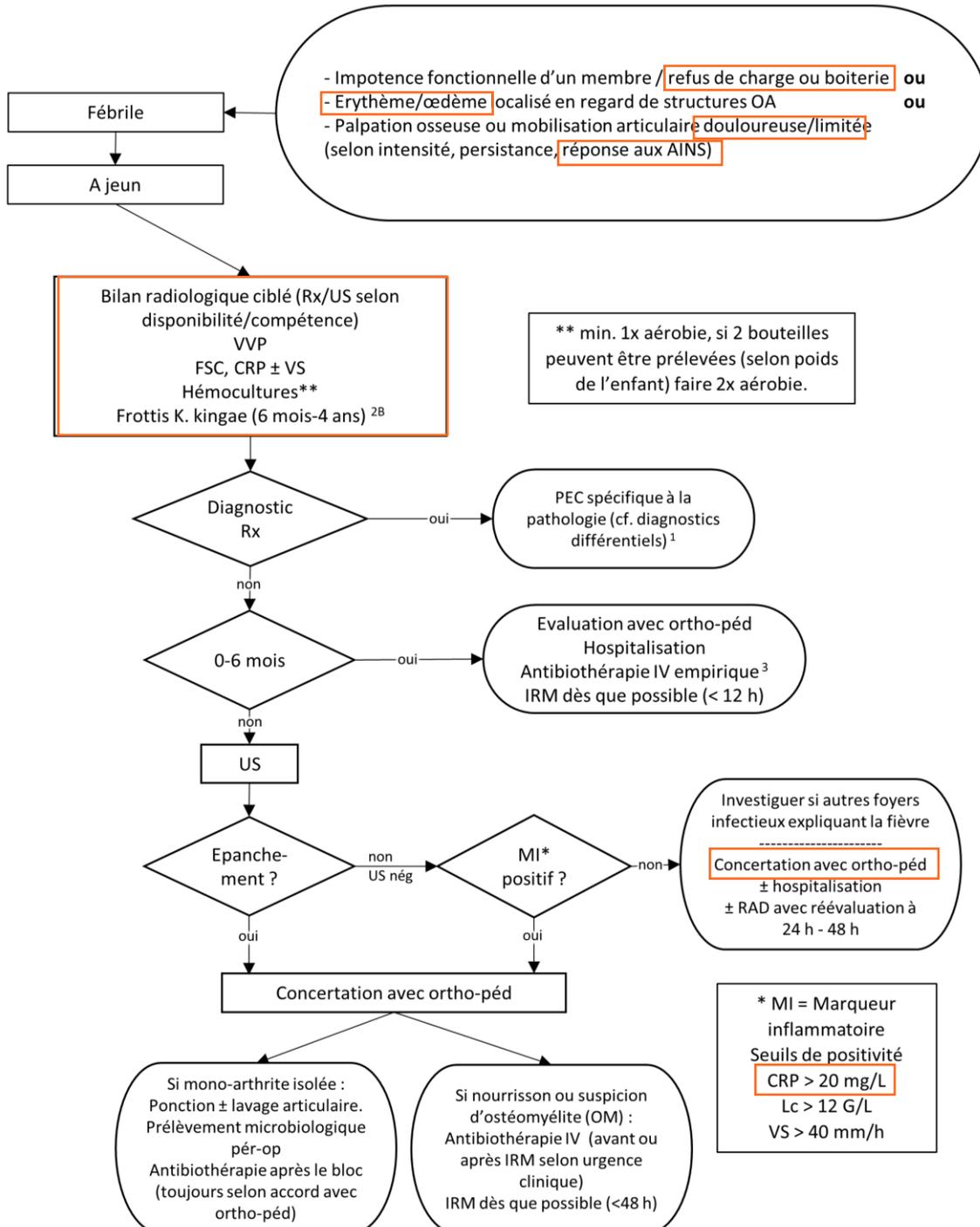


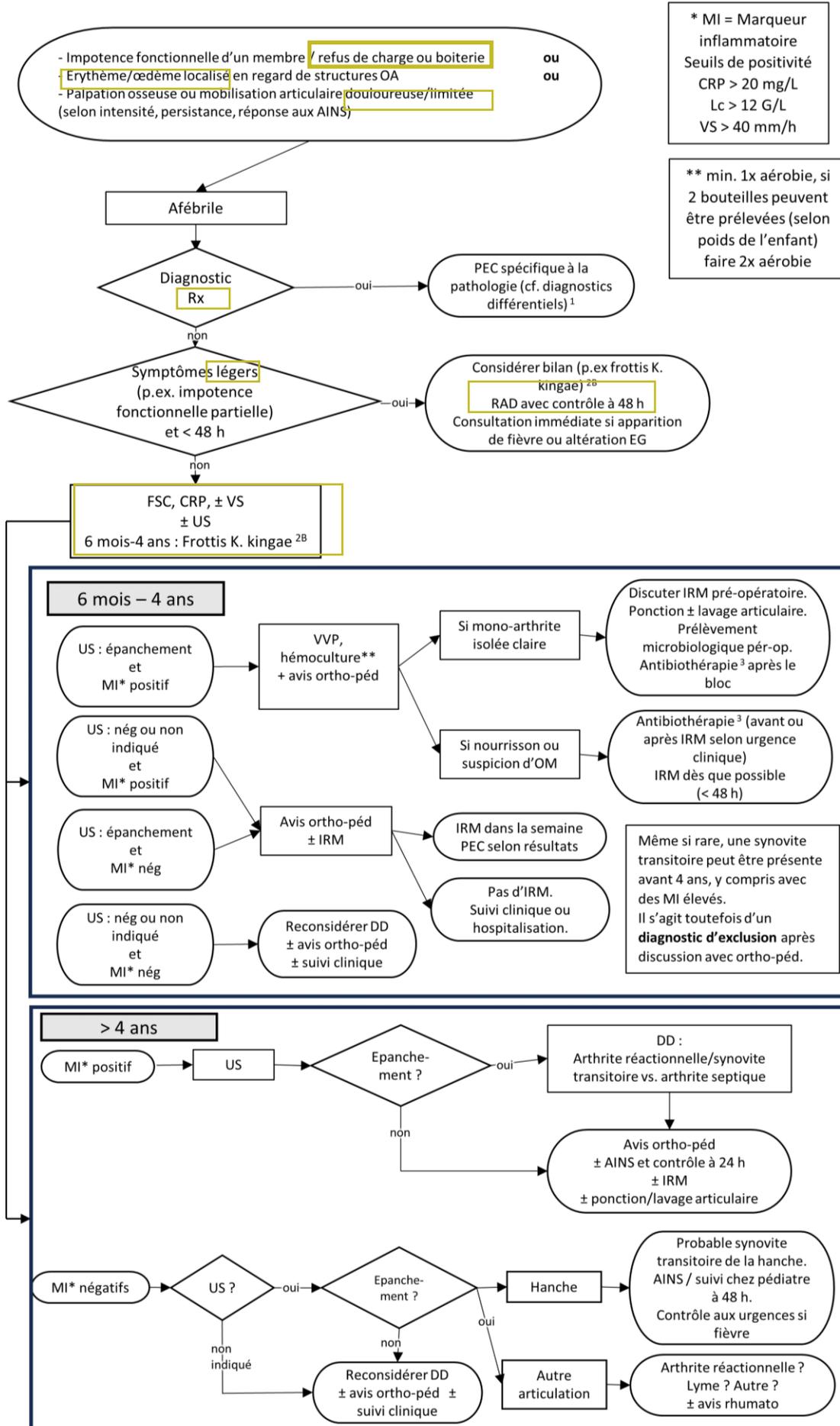
## Boiterie atraumatique ou douleur d'un membre ou du rachis atraumatique

### Algorithme

→ **Contexte fébrile**



→ **Contexte afébrile**



\* MI = Marqueur inflammatoire  
Seuils de positivité  
CRP > 20 mg/L  
Lc > 12 G/L  
VS > 40 mm/h

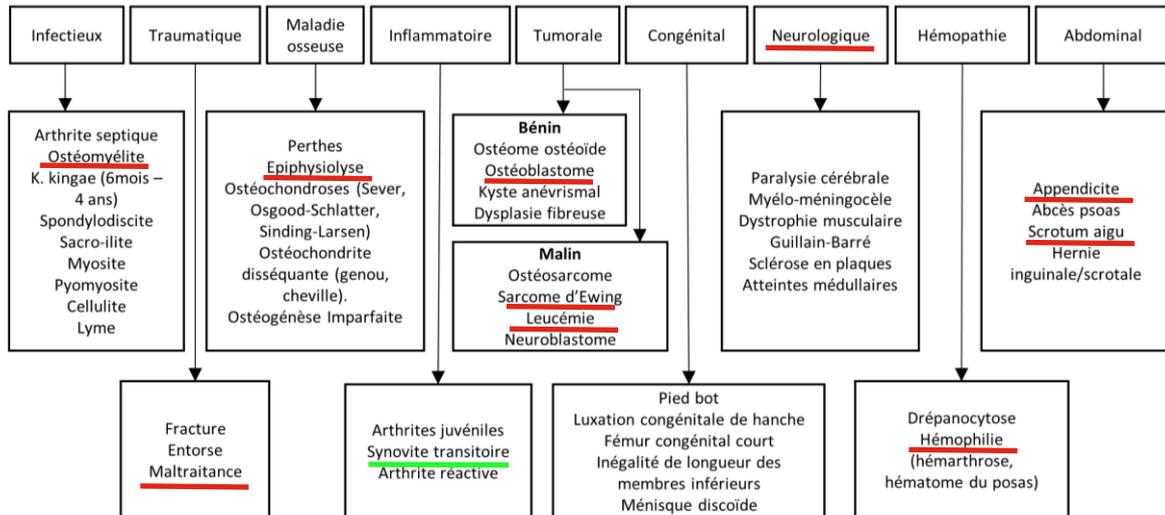
\*\* min. 1x aérobie, si 2 bouteilles peuvent être prélevées (selon poids de l'enfant) faire 2x aérobie

<sup>2B</sup>

## Abréviations

**AINS** : anti-inflammatoire non stéroïdien ; **CRP** : protéine C réactive ; **DD** : diagnostic différentiel ; **EG** : état général ; **FSC** : formulaire sanguine complète ; **IV** : intraveineux ; **MI** : marqueur inflammatoire ; **OA** : ostéoarticulaire ; **OM** : ostéomyélite ; **PEC** : prise en charge ; **RAD** : retour à domicile ; **US** : ultrasonographie ; **VS** : vitesse de sédimentation ; **VVP** : voie veineuse périphérique

## Définition/remarques



Diagnostics différentiels (S. Merckaert- DFME,CHUV)

### 1. Diagnostics différentiels

- Synovite transitoire de hanche = diagnostic d'exclusion ! Incidence : 3-10 ans. **Pic : 4-8 ans**. Cave chez < 4 ans, DD = *K. kingae* !
- **Perthes** : env. **2-12 ans**, attention particulière aux **boiteries récidivantes**.
- **Epiphysiolyse** : env. **10-18 ans**.

### 2. Infections ostéoarticulaires

#### A.

Germes pyogènes (*S. aureus*, Streptocoques).  
Risque de destruction articulaire important.

#### B.

*Kingella kingae*

Germe le plus fréquent chez les 6 mois – 4 ans (*K. kingae*).

Fièvre souvent absente. Marqueurs inflammatoires souvent normaux ou peu augmentés. Clinique souvent frustrée et fluctuante.

PCR oro-pharyngé *K. kingae* : Portage sain : 8-12%.

PCR positive **et** contexte clinique compatible = infection OA hautement probable (sensibilité 100%, spécificité 90.5%).

**3. Antibiothérapie empirique (IV) pour les infections ostéo-articulaires :**

0 – 2 mois :	<b>co-amoxicilline</b> 50 mg/kg/j dose d'amoxicilline 3x/j + <b>gentamicine</b> 7,5 mg/kg/dose 1x/j
2 mois – 4 ans :	<b>co-amoxicilline</b> 50 mg/kg/dose d'amoxicilline 3 x/j <b>ou</b> <b>cefuroxime</b> 50 mg/kg/dose 3 x/j
> 4 ans :	<b>flucloxacilline</b> 50 mg/kg/dose 3 x/j <b>ou</b> <b>co-amoxicilline</b> 50 mg/kg dose d'amoxicilline 3x/j
Doses Max IV :	<b>co-amoxicilline</b> = 2 gr d'amoxicilline par dose, 6 gr d'amoxicilline/24h ; <b>cefuroxime</b> = 1.5 gr/dose, 4.5 gr/24 h <b>flucloxacilline</b> = 2 gr/dose, 8 gr/24 h

**Conduite à tenir****Signes cliniques à rechercher :**

Faire tendre les genoux de l'enfant en position debout. Percuter légèrement les talons (calcanei) avec la paume ou le bord de la main → Si cela déclenche une douleur dans le rachis (souvent lombaire), c'est un signe d'appel en faveur d'une atteinte vertébrale (ex. spondylodiscite, spondylolyse, tumeur, infection...)

**Rachis** : Change des couches difficiles, **refuse de se mettre assis**, **douleur irradiante dans les membres**, douleur du rachis à la percussion des calcanei avec genoux en extension.

**Hanche** : **Rotation interne** limitée (signe d'**épanchement** intra-articulaire).

→ Attention : une gonalgie peut signer une pathologie de la hanche (douleur référée).

**Les examens radiologiques sont ciblés sur la clinique.**

**Rx** : buts : exclure **fracture**, **tumeur**, ou autre atteinte osseuse. Signes radiographiques d'OM = signes tardifs.

**US** : buts : mise en évidence et quantification d'un **épanchement** articulaire, peut parfois mettre en évidence un **abcès** sous périosté. Indiqué si suspicion clinique d'arthrite (hanche).

**IRM** : examen le plus sensible et spécifique pour le diagnostic d'OM et ses complications (abcès sous-périosté, abcès musculaire).

## Références

---

- N. Wagner, D. Ceroni, et al. (2017). Prise en charge des infections ostéoarticulaires aiguës de l'enfant. Recommandations des groupes suisses d'infectiologie pédiatrique (PIGS), d'orthopédie pédiatrique et de chirurgie pédiatrique, *Paediatrica*.  
<https://www.paediatricschweiz.ch/fr/diagnose-und-behandlung-von-akuten-osteoartikularen-infektionen-im-kindesalter/>
- Sawyer, J. R., & Kapoor, M. (2009). The limping child: a systematic approach to diagnosis. *Am Fam Physician*, 79(3), 215-224. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19202969>
- Kocher, M. S., Mandiga, R., et al. (2004). Validation of a clinical prediction rule for the differentiation between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children. *J Bone Joint Surg Am*, 86(8), 1629-1635. <https://doi.org/10.2106/00004623-200408000-00005>
- Ceroni, D., Dubois-Ferriere, V., et al. (2013). Detection of *Kingella kingae* osteoarticular infections in children by oropharyngeal swab PCR. *Pediatrics*, 131(1), e230-235. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0810>
- Yagupsky, P., Porsch, E., et al. (2011). *Kingella kingae*: an emerging pathogen in young children. *Pediatrics*, 127(3), 557-565. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-1867>

## Mots-clés

---

Arthrite, myosite, ostéoarthrite, ostéomyélite

Domaine	Auteurs	Date de validation	Date de révision
Ped-Ro*/Urgences	Véronique Andrey Ludivine Coulon Kévin Comte-Staudacher Sergio Manzano	10.07.2024	10.07.2026

\*Ped-Ro, les recommandations du réseau romand de pédiatrie : Centre Hospitalier du Valais Romand - Sion, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Lausanne, Ensemble Hospitalier de la Côte - Morges, Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois - Yverdon, Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique - Nyon, Hôpital cantonal - Fribourg, Hôpital de la Tour - Meyrin, Hôpital du Jura - Delémont, Hôpital Intercantonal de la Broye - Payerne, Hôpital Riviera-Chablais - Rennaz, Hôpitaux Universitaires de Genève, Réseau Hospitalier Neuchâtelois