Boiterie douloureuse chez l'enfant :

étude des pathologies de la hanche

Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique Vol. 28 (1), février 2020

INTRODUCTION

La boiterie chez un enfant est une plainte relativement fréquente en médecine familiale. Le diagnostic différentiel est vaste et peut aller d'entorses mineures à des tumeurs malignes. Il est donc important de savoir distinguer les affections bénignes et spontanément résolutives de celles qui sont aiguës ou menacent le pronostic vital, ou chroniques et invalidantes.

OBJECTIFS

Ce module permettra aux cliniciens :

- d'employer une approche systématique axée sur les pathologies de la hanche pour évaluer une boiterie douloureuse;
- de reconnaître les tableaux cliniques exigeant plus d'examens ou l'orientation du patient chez un spécialiste;
- de prendre en charge les causes fréquentes d'une boiterie douloureuse liée à la hanche.

TABLE DES MATIÈRES

Renseignements généraux 3
Commentaires des histoires de cas 12
Collaborateurs et déclarations 14
Références bibliographiques 15
Annexes 17

HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Léon, âgé de 2 ans et sa mère, Samantha

Léon est accompagné par sa mère à votre clinique sans rendez-vous. Samantha affirme que Léon pleurait ce matin et qu'il a demandé à être porté pour descendre prendre le petit-déjeuner. Il refuse de se lever et dit qu'il a mal à la jambe, mais il n'est pas en mesure d'indiquer à Samantha où exactement.

Quels autres renseignements souhaiteriez-vous obtenir pendant l'anamnèse et l'examen physique?

Deuxième partie

Léon est un garçon en bonne santé. Il est né à terme après un accouchement par voie vaginale sans complications ni présentation du siège, et a franchi normalement les principales étapes de son développement et de sa croissance. Ses immunisations systématiques sont à jour, et il n'est allergique à aucun médicament. Il n'a pas voyagé récemment.

Léon ne s'est jamais plaint d'une douleur à la jambe auparavant, et sa mère ne rapporte aucune blessure récente à la jambe. Il présente depuis une semaine un écoulement nasal, et il est plus irritable que d'habitude. Samantha lui a donné de l'ibuprofène il y a trois heures, car elle le trouvait chaud. Il n'a pas pris son petit-déjeuner mais a bu son lait, il mouille normalement ses couches et ses selles sont normales.

Léon a l'air malade et visiblement souffrant même s'il est dans les bras de sa mère. Voyant à quel point il est énervé, vous laissez sa mère le tenir sur ses genoux pendant l'examen, mais vous demandez à Samantha de le dévêtir. Sa température axillaire est de 39,3 degrés; sa fréquence cardiaque est de 140 et sa fréquence respiratoire de 40, sans tirage. Il vous est impossible de mesurer sa tension artérielle, car il est trop agité. L'examen de la tête et du

cou, et des appareils cardiovasculaire et respiratoire ne fait état que d'une légère rhinorrhée.

Vous remarquez que lorsque Léon est assis, sa jambe gauche est en abduction et en rotation externe. L'examen par palpation de chaque jambe, en commençant par le pied et en incluant les deux articulations et les os des jambes ne révèle pas d'enflure, d'éruption cutanée, de lacération cutanée, d'érythème ou de zones chaudes ou déformées. Bien que Léon pleure beaucoup pendant l'examen, l'amplitude du mouvement de ses deux genoux et de ses deux chevilles est complète. Le mouvement de la hanche droite est complet et indolore. Lorsque vous palpez sa hanche gauche, Léon hurle et refuse de bouger la jambe. Par conséquent, il vous est impossible d'effectuer un mouvement passif de sa hanche. L'examen de l'abdomen et des testicules/du scrotum ne révèle rien de particulier. Il ne présente aucun signe évoquant des sévices ou un traumatisme.

Comment procéderiez-vous avec Léon?

Cas numéro 2 : Félix, âgé de 7 ans et sa mère, Marie

Félix vous consulte, car il présente depuis quatre jours une boiterie et une douleur à la hanche droite lorsqu'il marche et court. Il n'a pas d'antécédents connus de blessure. Il a toujours été en bonne santé mais a eu un rhume il y a une semaine. Jusqu'à présent, sa croissance et son développement ont été normaux, il ne prend aucun médicament et ses vaccins sont à jour.

Quels autres renseignements seraient utiles aux fins de votre évaluation?

Deuxième partie

Félix ne présente aucun symptôme d'alarme. Il affirme que son rhume va mieux à présent et qu'à part sa douleur à la hanche, il se sent bien. Il a récemment commencé à jouer au soccer trois fois par semaine et n'avait aucun problème jusqu'à il y a quatre jours. Lorsque vous l'interrogez sur le siège de la douleur, Félix pointe l'aine et la région de la hanche, et affirme que la douleur apparaît lorsqu'il marche et qu'elle s'aggrave lorsqu'il essaie de courir. Il n'a pas voyagé récemment.

Félix a l'air en forme. Sa température buccale est de 36,7; sa fréquence cardiaque est de 92 et régulière. Sa taille et son poids suivent leur courbe de croissance normale. Le reste de son examen général est normal. Pendant l'examen musculosquelettique, l'inspection et la palpation de ses membres inférieurs ne révèlent rien de particulier, tout comme l'évaluation neurovasculaire. L'amplitude du mouvement actif et passif de la hanche droite provoque un léger inconfort; elle est légèrement inférieure dans toutes les directions comparativement à la hanche gauche. Les deux jambes sont de même longueur. La force de la flexion, de l'extension, de l'abduction et de l'adduction de la hanche avec application d'une résistance est normale et indolore. Le résultat de l'examen de la colonne lombaire et des genoux droit et gauche est normal. Debout, l'alignement de son genou et de son pied est normal, mais sa démarche est légèrement antalgique du côté droit.

Quelles mesures prendriez-vous ensuite?

Troisième partie

Trois semaines plus tard, Félix revient, car sa douleur à la hanche est toujours présente. Autrement, il se porte bien. À l'examen, Félix est afébrile, et sa démarche antalgique du côté droit est plus prononcée lorsque vous lui demandez de courir le long du couloir. Félix ressent une douleur à la hanche droite lorsqu'il bouge, et présente une réaction de défense en fin d'amplitude du mouvement. Le mouvement actif et passif de la hanche droite est plus limité que lors de l'examen précédent, en particulier en rotation interne et en abduction. Le reste de l'examen est normal.

Comment procéderiez-vous?

Quatrième partie

Le lendemain matin, vous recevez le rapport de radiologie de Félix : « Hanche gauche : radiographie normale. Hanche droite : léger aplatissement de la tête fémorale, sclérose et « coup d'ongle ». Ces observations sont caractéristiques de la maladie de Legg-Perthes-Calvé. »

Comment prendriez-vous en charge ce patient?

Cas numéro 3 : Madeleine, âgée de 13 ans et son père, André

Madeleine vous consulte aujourd'hui à cause d'une douleur intermittente à la jambe droite présente depuis six semaines, et de plus en plus intense. À présent, elle boite lorsqu'elle marche pour se rendre à l'école et ne peut plus suivre ses cours d'éducation physique. Madeleine explique qu'elle éprouve une douleur sourde à la hanche et parfois au genou, mais lorsqu'on lui demande d'indiquer où elle a le plus mal, elle pointe à l'aine. La douleur n'apparaît qu'en cas d'activité et ne se manifeste pas la nuit. Elle n'a jamais

subi de blessure, mais elle est plus active depuis qu'elle a commencé ses cours d'éducation physique à l'école. Son père a insisté pour qu'elle porte des chaussures de course offrant un meilleur soutien, mais cela n'a rien changé. Elle a également essayé la prise d'ibuprofène régulièrement pendant plusieurs jours, mais il ne l'a pas soulagée.

Autrement, Madeleine se porte bien. Elle ne prend aucun médicament sur une base régulière et ses vaccins sont à jour. Elle n'a pas d'antécédent récent de fièvre, d'affections, d'éruptions cutanées ou de symptômes abdominaux ou neurologiques. Elle n'a aucun antécédent de sueurs nocturnes ou de perte pondérale. Elle n'a pas voyagé récemment. Madeleine a eu mal au poignet droit il y a trois semaines, mais son père a pensé que c'était dû à un envoi excessif de messages textes; la douleur a disparu d'elle-même au bout d'une semaine environ. Elle n'a jamais présenté d'enflure articulaire. La grand-mère de Madeleine est atteinte de polyarthrite rhumatoïde.

À l'examen physique, elle mesure 160 cm, pèse 75 kg et son IMC est de 29 (> 95^{e} centile). Sa température buccale est de 36,7. Vous remarquez que Madeleine est assise sur la table d'examen avec sa hanche droite en rotation externe légère. La palpation révèle une légère sensibilité peu localisée à la hanche et dans la région de l'aine. L'amplitude du mouvement actif de la hanche droite révèle une limitation de la rotation interne, de l'abduction et de la flexion comparativement à la hanche gauche. La flexion passive de la hanche droite cause une rotation externe de la cuisse. Elle arrive à effectuer une mise en appui, mais sa démarche est antalgique du côté droit. Bien que Madeleine rapporte une douleur à l'intérieur du genou droit, l'examen du genou ne révèle rien de particulier. L'examen de la colonne lombaire et le reste de son examen physique général sont normaux.

Comment procéderiez-vous avec Madeleine?

Deuxième partie

Madeleine et André reviennent pour obtenir les résultats des radiographies présentés ci-dessous : « À l'incidence antéro-postérieure, élargissement bilatéral de la physe, modéré à la hanche droite et léger à la hanche gauche. Signes d'un glissement modéré postérieur de l'épiphyse de la hanche sur la métaphyse avec absence d'intersection de la ligne de Klein dans la hanche droite. Léger glissement postérieur avec ligne de Klein normale à la hanche gauche. Ces observations traduisent une épiphysiolyse bilatérale de la tête fémorale ».

Comment prendriez-vous en charge cette patiente?

Troisième partie

Si les radiographies de la hanche de Madeleine étaient normales, comment procéderiez-vous?

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Remarque : Les données probantes sont limitées et les publications sur la boiterie chez l'enfant font état d'études n'ayant qu'un faible effectif.

BOITERIE CHEZ L'ENFANT

1. La boiterie est définie comme une anomalie de la démarche causée par une douleur, une faiblesse ou une déformation. La démarche antalgique est le type le plus fréquent de boiterie chez l'enfant; elle est caractérisée par une phase de double appui plus courte sur le membre affecté à cause de la douleur. La boiterie peut également être causée par plusieurs autres types d'anomalies de la démarche tels que la démarche de Trendelenburg, qui résulte d'une faiblesse musculaire plutôt que d'une douleur[1,2].

2. Bien que peu d'études aient évalué l'incidence de la boiterie chez l'enfant, les données disponibles indiquent qu'il s'agit d'un tableau clinique fréquent en médecine familiale en général[3].
   a) D'après une étude prospective plus ancienne, réalisée dans des hôpitaux du Royaume-Uni auprès de 243 enfants atteints de boiterie non traumatique, l'incidence annuelle serait de 3,6 cas pour 1 000 enfants (âgés de 0 à 14 ans)[4].
   b) D'après un vaste sondage national mené dans 104 cabinets de médecine familiale des Pays-Bas (n = 73 954), l'incidence annuelle serait de 1,5 cas pour 1 000 enfants (âgés de 0 à 14 ans) atteints d'une pathologie non traumatique de la hanche – 81,5 % des enfants ont consulté à cause d'une douleur, 8,6 % à cause d'une boiterie et 9,9 % à cause de ces deux symptômes[5].

3. Le diagnostic différentiel de la boiterie douloureuse chez un enfant est vaste (annexe 1).
   - Le traumatisme (entorse, foulure, contusion, blessure non accidentelle, fracture chez un tout-petit) est la cause la plus fréquente de boiterie chez l'enfant[3].
   - La synovite transitoire de la hanche est la cause la plus fréquente de boiterie atraumatique chez l'enfant[6].
   - Une pathologie de la hanche est la cause articulaire la plus fréquente d'une boiterie douloureuse[2].

4. Certains diagnostics sont plus fréquents selon l'âge de l'enfant (tableau 1)[3-7]. Par exemple, la fréquence de

Tableau 1. Boiterie douloureuse : pathologies fréquentes de la hanche en fonction de l'âge[1,10]

0–3	3–10	11–18
• Traumatisme : fracture • Arthrite septique (plus fréquente à l'âge de 3 ans) • Ostéomyélite • Synovite transitoire • Tumeur • Arthrite idiopathique juvénile	• Traumatisme : fracture de fatigue, lésion des tissus mous • Synovite transitoire (plus fréquente à l'âge de 6 ans) • Arthrite septique • Ostéomyélite • Maladie de Legg-Perthes-Calvé (MLPC) • Tumeur • Arthrite idiopathique juvénile	• Traumatisme : fracture de la physe • Épiphysiolyse • MLPC • Tumeur • Arthrite idiopathique juvénile

l'arthrite septique culmine à l'âge de trois ans[8], alors que celle de la synovite transitoire culmine vers l'âge de six ans[9]. Les deux diagnostics sont moins fréquents chez les adolescents[10]. L'épiphysiolyse de la tête fémorale (ci-après « épiphysiolyse ») est la pathologie de la hanche la plus fréquente chez les adolescents[11].

ÉVALUATION – Anamnèse et examen physique

5. Une anamnèse approfondie et l'examen physique (tableaux 2, 3, 4; annexe 2) permettent de repérer les principales caractéristiques (annexe 3) et les signes d'alarme pouvant indiquer des affections graves mettant la vie en danger, et de restreindre le diagnostic différentiel.

6. Lorsque les patients ne peuvent pas fournir une anamnèse fiable (p. ex., jeune âge, verbalisation impossible, malaise général trop important) ou en présence de lésions articulaires multiples (p. ex., arthrite inflammatoire), il convient d'effectuer un examen de dépistage dans toutes les articulations[2]. Un outil de dépistage musculosquelettique comme l'examen pGALS (démarche, bras, jambes, colonne vertébrale) qui est une adaptation de l'examen GALS pour adultes, peut être utilisé aux fins de cette évaluation. Il s'agit d'un outil validé dans le cadre d'une petite étude (n = 65) menée chez des enfants d'âge scolaire, qui a fait état d'une sensibilité de 97 à 100 % et d'une spécificité de 98 à 100 % pour la détection des anomalies articulaires[13]. Cet outil peut également être utilisé auprès d'enfants plus jeunes, sur le mode « imite-moi », bien que cette pratique n'ait pas été validée. Une explication complète de la manière d'effectuer l'examen se trouve à l'adresse suivante : https://ped-rheum.biomedcentral.com/articles/10.1186/1546-0096-11-44/figures/1

7. Conseils pour l'examen physique :
   a) Commencer par un examen régional général afin de détendre l'enfant[14].
   b) L'évaluation des membres doit commencer par le membre non douloureux[1].
   c) Examiner les articulations adjacentes – non seulement à des fins de comparaison, mais aussi parce que les affections de la hanche provoquent souvent une douleur irradiée (à l'aine, à la cuisse, au genou)[7].

Tableau 2. Signes d'alarme[2,12]

Signes et symptômes	Causes pouvant mettre en danger la vie à envisager
Âge < 4 ans	Arthrite septique (plus fréquente chez les jeunes enfants)
Nature de la douleur : • Douleur articulaire ou osseuse sévère et localisée, douleur nocturne	Arthrite septique, cancer, ostéomyélite
Symptômes généraux : • Fièvre élevée • Sueurs nocturnes, perte de poids, anorexie, fatigue extrême	• Arthrite septique, ostéomyélite • Cancer, arthrite septique, ostéomyélite
Pâleur, ecchymoses, hépatosplénomégalie	Tumeur maligne
Douleur provoquée par le mouvement passif de l'articulation, impossibilité d'effectuer une mise en appui	Arthrite septique, cancer, ostéomyélite
Caractéristiques inhabituelles relevées pendant l'anamnèse ou l'examen : • Retard dans la recherche de soins, anamnèse ne concordant pas avec la blessure présente, blessure sans témoin, ecchymoses au-dessus des tissus mous, antécédents de blessures ou de négligence, type de fracture (p. ex., métaphysaire)	Blessure non accidentelle

Tableau 3. Éléments additionnels de l'anamnèse[2,3,7]

Douleur	Siège (une douleur à la hanche peut irradier vers l'aine, le genou ou la cuisse) Type (vague, vive, constante, intermittente) Mode d'installation Durée
Démarche	Boiterie, altération de la mise en appui ou impossibilité d'effectuer une mise en appui (marche, course)
Traumatisme	Tout mécanisme connu de la blessure Antécédents de blessures, y compris toute caractéristique évoquant une blessure non accidentelle
Facteurs	Facteurs atténuants : repos, analgésiques Facteurs aggravants : mise en appui, types d'activité et intensité (course ou marche), position, type de chaussures
Symptômes associés	Changements cutanés sus-jacents ou associés (érythème, enflure, lacérations/abrasions/morsures, éruption cutanée) Symptômes mécaniques (craquement, blocage, claquement) Symptômes neurologiques (faiblesse, sensation altérée) Symptômes inflammatoires (raideur matinale) Maladies récentes (notamment respiratoires, gastro-intestinales) et toute utilisation récente de médicaments
Activité physique	Types de sports/d'activités (fréquence et intensité) Toute nouvelle activité
Antécédents de naissance et de développement	Présentation in utero et antécédents liés à l'accouchement* Croissance et principales étapes du développement* * Si ces renseignements sont pertinents selon l'âge du patient
Antécédents familiaux	Maladie rhumatismale ou autres affections inflammatoires
Antécédents de voyages	Voyage récent (p. ex., dans des pays où la maladie de Lyme ou la tuberculose sont endémiques)
Antécédents de traitement	Analgésiques, anti-inflammatoires, physiothérapie
Antécédents médicaux	Maladie neurologique, inflammatoire, endocrinienne ou rhumatologique

Tableau 4. Examen physique[2,3,7]

Troubles généraux	Aspect toxique ou non toxique Signes vitaux (fréquence cardiaque, température, fréquence respiratoire, tension artérielle) Taille et poids, le cas échéant Modifications cutanées (éruptions cutanées, piqûres d'insectes, pâleur, ecchymoses) Démarche (antalgique, non antalgique)
Musculosquelettique	**Observation – position de l'articulation au repos :** changements cutanés sus-jacents de l'articulation; enflure articulaire; signes de chronicité (p. ex., inégalité de longueur des jambes, flessum, atrophie/hypertrophie musculaire, déformation); plis cutanés asymétriques; corps étrangers ou signe d'un traumatisme; alignement de la colonne vertébrale **Palpation –** sensibilité, chaleur, enflure **Mouvement –** se concentrer sur la colonne vertébrale et toutes les articulations des membres inférieurs; amplitude du mouvement *actif* et *passif* (vérifier la symétrie comparativement au côté controlatéral et rechercher des signes d'inconfort); tests spécialisés* **Fonctionnement –** vérifier le statut de la mise en appui et, si l'enfant peut marcher, observer la démarche (en gardant à l'esprit l'âge de l'enfant et le stade de son développement). **Mesure** de la longueur des jambes et de la force musculaire (selon le cas)
Autres systèmes ou appareils	Examen abdominal Examen testiculaire chez les garçons Examen neurologique des membres inférieurs Examen d'un système ou appareil précis, selon le cas (p. ex., tête et cou en cas d'antécédents de symptômes d'IVRS)

* Voir l'annexe 2 pour une description des tests spécialisés de l'examen physique

Conseil pour la pratique : Il est préférable d'examiner les jeunes enfants souffrants lorsqu'ils sont tenus par leurs parents ou assis sur leurs genoux pour éviter de les contrarier davantage.

Évaluation – généralités

8. Les analyses de laboratoire dépendent des observations effectuées pendant l'anamnèse et l'examen physique. La formule sanguine complète, la vitesse de sédimentation globulaire (VSG) et le taux de protéine C-réactive (CRP) sont indiqués pour l'évaluation à la recherche d'une arthrite septique, d'une ostéomyélite, d'une arthrite inflammatoire ou de tumeurs malignes[1,9]. Des cultures de sang doivent aussi être commandées si une infection est soupçonnée[7].

9. Un examen d'imagerie peut être requis lorsque les patients présentent une blessure aiguë, des symptômes persistants ou des signes d'infection.
   a) Les tests initiaux permettant le mieux d'évaluer une pathologie de la hanche sont des radiographies simples : incidence antéro-postérieure (AP) du pelvis et incidences bilatérales dites « en grenouille »[6].
   b) Les résultats des radiographies initiales peuvent toutefois être normaux dans les cas d'arthrite septique, de synovite transitoire, d'ostéomyélite, de MLPC, de fracture de fatigue et de fracture chez les tout-petits[7,9].
   c) L'échographie s'est avérée très précise dans la détection des épanchements[7]; la proportion de 5 % de faux négatifs est attribuée à des examens inadéquats ou réalisés trop tôt[15]. Toutefois, l'échographie ne permet pas de distinguer les types d'épanchement (stérile, purulent, hémorragique)[7].
   d) Lorsqu'elle est disponible, l'IRM permet de visualiser les tissus mous, les cartilages, les articulations et l'os médullaire, et peut contribuer à déceler les fractures de fatigue, l'ostéomyélite, les tumeurs malignes et le stade initial de la MLPC ou de l'épiphysiolyse[1,7].
   e) Les scintigraphies osseuses sont utiles pour déceler les fractures occultes ou de fatigue, l'ostéomyélite et les tumeurs osseuses.

10. Autres examens :
    a) En cas de suspicion élevée d'arthrite septique et en présence d'un épanchement articulaire à l'échographie, il est essentiel de réaliser une ponction articulaire (par échoguidage) pour prélever la synovie et effectuer une coloration de Gram, une numération cellulaire et une culture (Renseignements généraux, point 13[7]).
    b) D'autres analyses et cultures de sang peuvent être nécessaires selon les antécédents cliniques et l'examen physique (p. ex., titres d'anticorps propres à la maladie de Lyme, dépistage de la tuberculose).

DIAGNOSTIC ET PRISE EN CHARGE DES AFFECTIONS DE LA HANCHE

Arthrite septique

CONSEIL POUR LA PRATIQUE
En général, les enfants atteints d'arthrite septique sont de jeune âge, souffrants et ont des antécédents avérés de fièvre; leur examen révèle des anomalies claires à la hanche, et ils sont incapables d'effectuer une mise en appui [9,10].

11. L'arthrite septique est une infection de la synovie et de l'interligne articulaire le plus souvent d'origine bactérienne. Il s'agit d'une urgence chirurgicale. Tout retard dans le diagnostic peut entraîner la destruction rapide de l'articulation et une déformation permanente[1,6,16]. Chez les enfants plus jeunes notamment, l'arthrite septique est souvent concomitante à une ostéomyélite[2].

12. Il peut être difficile de distinguer l'arthrite septique de la synovite transitoire[14]. Le jugement clinique est essentiel pour poser le diagnostic [preuves de très faible niveau – opinion d'experts][17-19].
    a) Les critères de Kocher (encadré 1) peuvent aider à déterminer la probabilité d'arthrite septique. Cependant, la fiabilité exacte de ces critères n'est pas claire. Bien que deux études prospectives de validation (n = 213 et n = 48) ayant utilisé la ponction de la hanche comme méthode de référence aient montré qu'un pourcentage croissant d'enfants reçoivent un diagnostic d'arthrite septique sur la base de plusieurs facteurs prédictifs positifs, les pourcentages réels variaient (encadré 2).
    b) Il importe de noter que la deuxième étude (n = 48) a utilisé le taux élevé de CRP (> 2,0 nmol/L) en plus des critères de Kocher, lequel s'est avéré le meilleur facteur prédictif global de l'arthrite septique d'après une analyse multivariée. Lorsque le taux de CRP était positif et les quatre critères de Kocher remplis, la valeur prédictive positive (VPP) de l'arthrite septique était de 98 %[17]. En outre, une petite étude rétrospective (n = 133) portant sur l'utilité du taux de CRP a révélé que chez les patients dont le taux de CRP est inférieur à 1, la probabilité de ne pas être atteint d'arthrite septique était de 87 %[20].

Encadré 1. Critères de Kocher : différenciation entre la synovite transitoire et l'arthrite septique

1. Température > 38,5 °C
2. Nombre de globules blancs > 12 x 10^9/L
3. VSG > 40 mm/h
4. Impossibilité de marcher

Encadré 2. Probabilité d'arthrite septique[17,19]

Nombre de facteurs prédictifs	Probabilité d'arthrite septique
0	0,2 %- 17 %
1	9,5 %- 36,7 %
2	35 %- 62,4 %
3	72,8 %- 82,65 %
4	93 % (les deux études)
[Preuves de niveau très faible à faible]	

13. Lorsque l'arthrite septique est soupçonnée, les patients reçoivent généralement un diagnostic et un traitement sur la base de l'examen clinique, des analyses de sang (encadré 1), d'une radiographie simple et d'une échographie (pour déceler l'épanchement à la hanche et déterminer si une ponction articulaire est nécessaire)[21].
    a) Une étude portant sur 179 enfants atteints d'épanchement à la hanche d'après l'échographie a révélé que 79 % de ces patients n'avaient pas besoin de passer un examen d'imagerie plus spécialisé (IRM) pour l'évaluation de l'infection avant le traitement[21].
    b) En présence d'un épanchement à la hanche, la ponction articulaire par échoguidage est la méthode de choix pour le diagnostic de l'arthrite septique et peut soulager la douleur associée à la pression dans la capsule articulaire (Renseignements généraux, point 10[8]).

CONSEIL POUR LA PRATIQUE
En présence d'un épanchement articulaire à la hanche, le patient doit s'asseoir en abduction, avec rotation externe et légère flexion de la hanche pour maximiser le volume interne de l'articulation affectée[9].

14. Le membre affecté doit être surélevé et immobilisé; une antibiothérapie empirique d'urgence doit être instaurée par voie intraveineuse pour prévenir les lésions à long terme de la tête fémorale. Le micro-organisme acquis le plus souvent en milieu extrahospitalier dans les cas d'arthrite septique est Staphylococcus aureus (*S. aureus*) sensible à la méthicilline. Le traitement recommandé est une céphalosporine de première génération ou la clindamycine afin d'éviter l'émergence d'une résistance possible à l'ampicilline ou à la cloxacilline. Une fois que l'état des patients s'améliore sur le plan clinique et que les résultats de la culture sont disponibles, l'antibiothérapie peut généralement être remplacée par une forme orale et être poursuivie pendant 3 à 4 semaines.

15. Selon le degré de suspicion de l'arthrite septique, certains patients sont orientés directement pour une prise en charge chirurgicale et envoyés en salle d'opération pour un lavage articulaire afin de prévenir les lésions osseuses[7,10,14].

Ostéomyélite

CONSEIL POUR LA PRATIQUE
Le tableau clinique des patients atteints d'ostéomyélite est semblable à celui de l'arthrite septique, mais il est possible que les premiers préservent un certain mouvement passif de la hanche si l'infection n'a pas atteint la capsule articulaire[22].

Étiologie

16. L'ostéomyélite est une infection osseuse (touchant le plus souvent la métaphyse d'un os long comme le fémur) causée par un micro-organisme pathogène. Elle est souvent associée à l'arthrite septique, car l'os atteint est intracapsulaire[14].

Diagnostic et prise en charge

17. Les taux de globules blancs, la VSG et les taux de CRP sont généralement élevés chez les patients atteints d'ostéomyélite[1]. Les cultures de sang sont positives chez moins de 50 % des patients, le pathogène le plus fréquent étant *S. aureus*[22].

18. Les radiographies peuvent montrer des changements osseux, mais seulement 14 à 21 jours après l'apparition de l'ostéomyélite[6,14]. La scintigraphie osseuse est très sensible, mais non spécifique de l'ostéomyélite. Si disponible, une IRM est à la fois sensible et spécifique. La tomodensitométrie et l'IRM peuvent faciliter la caractérisation de l'ampleur des lésions[23].

19. Les patients doivent être orientés en orthopédie pour recevoir des antibiotiques par voie intraveineuse et subir un drainage chirurgical ou un débridement en présence d'abcès[1,14,22].

Synovite transitoire

CONSEIL POUR LA PRATIQUE
La synovite transitoire se manifeste habituellement par des symptômes semblables à ceux de l'arthrite septique, mais d'intensité moindre.

Étiologie

20. La synovite transitoire de la hanche est une inflammation aseptique aiguë de la membrane synoviale de la hanche. Sa cause n'a pas été clairement établie, mais elle semble être associée à des antécédents d'infection virale dans la semaine ou les deux semaines précédentes dans près de la moitié des cas, ou parfois à des antécédents de traumatisme léger. Les tableaux cliniques d'une synovite transitoire coïncident avec le pic des maladies virales qui se produisent le plus souvent entre les mois d'octobre et de février dans l'hémisphère Nord[24].

21. La synovite transitoire est une affection bénigne spontanément résolutive qui disparaît habituellement en une à deux semaines. Sa récurrence n'est pas rare et ses taux seraient compris entre environ 4 %[25] et 15 %[22].

Diagnostic et prise en charge

22. L'examen à réaliser en cas de synovite transitoire suscite la controverse, car il peut être difficile de distinguer cette affection d'une arthrite septique sur le plan clinique (Renseignements généraux, point 12; encadré 1). En général, les analyses de sang et d'imagerie ne sont pas nécessaires si les antécédents et l'examen physique (tableaux 2, 3, 4) appuient un diagnostic de synovite transitoire. « Il est acceptable de recourir à une brève période d'observation si l'enfant se porte bien, s'il est afébrile, s'il arrive à marcher même en boitant, et si ses symptômes sont présents depuis moins de 48 heures[3]. » Si une analyse de sang est commandée, il se peut que la VSG, le taux de CRP et le taux de globules blancs soient légèrement élevés, et qu'un épanchement soit visible à l'échographie de la hanche[8].

23. Le traitement comprend le repos, des analgésiques en vente libre et le réconfort des parents[10,26]. Une petite étude comparative randomisée (n = 36) a évalué l'efficacité de l'ibuprofène (sirop : 10 mg/kg 3 fois par jour) chez des enfants ayant reçu un diagnostic clinique de synovite transitoire de la hanche. Elle a montré une diminution de la durée des symptômes, qui était de 4,5 jours dans le groupe placebo et de 2 jours dans le groupe ibuprofène[27]. L'efficacité d'autres AINS est probablement similaire[25].

24. Un suivi étroit est primordial, et les parents doivent recevoir des directives écrites et verbales de suivi leur demandant de consulter un médecin si l'état de leur enfant ne s'améliore pas en deux semaines, s'il présente de la fièvre, s'il ne va pas bien ou que ses symptômes s'aggravent ou qu'une récurrence des symptômes apparaît après leur résolution initiale[10,25,26].

Maladie de Legg-Perthes-Calvé (MLPC)

CONSEIL POUR LA PRATIQUE

Les patients atteints de la MLPC sont le plus souvent des garçons âgés de 4 à 8 ans qui présentent une boiterie, une douleur à la hanche, à la cuisse ou au genou, et une restriction de l'abduction et de la rotation interne de la hanche[11].

Étiologie

25. La MLPC est une nécrose avasculaire idiopathique de l'épiphyse (zone cartilagineuse d'accroissement des os longs) de la tête fémorale, par opposition à la nécrose avasculaire causée par une maladie connue telle que la dépranocytose, une maladie inflammatoire systémique, l'utilisation de stéroïdes à long terme, la chimiothérapie ou la radiothérapie. Il s'agit d'un processus spontanément résolutif pouvant prendre plusieurs années à partir du début de la nécrose jusqu'à la guérison complète. À l'inverse de la MLPC, la nécrose avasculaire chez l'adulte n'est pas suivie d'une phase de renouvellement osseux après l'affaissement de l'os[28].

26. La cause de la MLPC est encore inconnue et fait encore l'objet de débats. D'après certaines études, l'âge osseux des patients atteints de la MLPC est inférieur à leur âge civil, leur stature est plus courte que celle des témoins[29], les traumatismes à la hanche (p. ex., ceux qui sont observés chez les gymnastes dont la hanche est soumise à une mise en charge répétitive et à une flexion extrême) pourraient intervenir dans les causes de la maladie[11], et la MLPC est plus fréquente chez les patients ayant des antécédents familiaux de la maladie[28]. Des recherches sont en cours pour déterminer le rôle possible de l'exposition passive à la fumée du tabac et des anomalies de la coagulation systémiques[11,29].

27. La physiopathologie de la MLPC est décrite en quatre phases :
    - Phase initiale – la perturbation de l'approvisionnement en sang de la tête fémorale entraîne la destruction (nécrose) et un « ramollissement » de l'os.
    - Phase de fragmentation – affaissement de l'os trabéculaire.
    - Phase de reconstruction osseuse – remodelage de la tête fémorale par la formation d'un nouveau tissu osseux et la résorption de l'os nécrotique lorsque l'approvisionnement en sang est rétabli.
    - Phase de guérison – poursuite du remodelage de la tête fémorale jusqu'à la fin de la croissance du squelette et rétablissement de la forme trabéculaire normale[28].

Diagnostic et prise en charge

28. Chez le patient atteint de la MLPC, la VSG, le taux de CRP et le nombre de leucocytes sont normaux[30].

29. L'imagerie des deux hanches est recommandée, car la MLPC peut être bilatérale dans 10 à 15 % des cas[11], et une comparaison avec la hanche controlatérale peut faciliter la détection des changements sous-chondraux initiaux[6].
    a) Les radiographies peuvent révéler un léger aplatissement de la tête fémorale, une sclérose et un signe en « coup d'ongle » (radiotransparence sous-chondrale apparaissant pendant la phase de fragmentation de la tête du fémur[9]). Il se peut toutefois que le processus physiologique et la visualisation des changements aux radiographies soient retardés[31].
    b) L'IRM peut également servir au diagnostic mais il arrive aussi que l'ischémie ne soit pas visible au stade initial de la maladie[31].
    c) Des recherches sont en cours sur les techniques d'imagerie telles que l'IRM à perfusion, lesquelles permettraient de dépister plus tôt un processus ischémique[31].

30. Une orientation chez un chirurgien orthopédique pour une évaluation et une prise en charge plus approfondies est indiquée. Il n'existe aucun traitement curatif de la MLPC; son traitement vise à prévenir la déformation de la tête fémorale pendant les stades tardifs de la fragmentation et durant la phase de remodelage osseux pour atténuer les changements dégénératifs ultérieurs et préserver l'amplitude articulaire de la hanche. Le traitement comprend des anti-inflammatoires, la mise en charge protégée, une restriction de l'activité physique, le port d'attelles, la physiothérapie pour maintenir l'amplitude du mouvement et, dans certains cas, une intervention chirurgicale[1,14].

31. Les résultats dépendent de la gravité de la MLPC – ils sont souvent déterminés par la forme de la tête fémorale et les défauts de congruence au sein de l'acétabulum à la fin de la croissance du squelette : du stade 1 (tête fémorale sphérique) au stade 5 (tête fémorale aplatie), selon la classification de Stulberg. Des études ont montré que 60 % des hanches classées au stade 3 ou plus étaient atteintes d'arthrite 20 ans plus tard[21].

32. Une étude prospective portant sur 425 patients norvégiens atteints de la MLPC après 5 ans de suivi a montré une diminution des activités sportives et de la capacité à marcher chez les patients dont les hanches étaient au stade 4 ou 5 selon la classification. Le facteur prédictif le plus puissant de l'issue était le degré de lésion de la tête fémorale d'après la radiographie, suivi de l'âge au moment du diagnostic.
    a) Les enfants de moins de 6 ans présentant une lésion de > 50 % avaient les mêmes issues, indépendamment du fait qu'ils avaient suivi une physiothérapie, porté une attelle ou subi une intervention chirurgicale.
    b) Les enfants de plus de 6 ans présentant une lésion de > 50 % de la tête fémorale ont obtenu des résultats significativement meilleurs à la suite d'une intervention chirurgicale.
    c) Tous les enfants présentant des lésions de < 50 % de la tête fémorale au moment du diagnostic ont été traités par physiothérapie seulement (exercices d'amplitude du mouvement axés sur l'abduction, la rotation interne, l'extension et le renforcement musculaire). Lors du suivi à 5 ans, 84 % appartenaient à la catégorie de Stulberg la plus faible (1 ou 2), et aucun n'était dans la catégorie 4 ou 5 de Stulberg[32].

33. Le suivi à long terme par radiographie est généralement justifié, car on estime que plus de 50 % des patients atteints de la MLPC souffriront d'arthrite avant l'âge de 70 ans[11].

Épiphysiolyse de la tête fémorale

CONSEIL POUR LA PRATIQUE
Les patients atteints d'épiphysiolyse sont généralement des adolescents obèses ayant des antécédents de douleur à la hanche, à l'aine ou au genou, une diminution de l'amplitude articulaire à l'examen, mais pas d'antécédents clairs de blessures[11].

Étiologie

34. L'épiphysiolyse est caractérisée par le glissement postéro-inférieur de la tête fémorale proximale (épiphyse fémorale) par rapport au col fémoral (métaphyse) à travers la zone cartilagineuse d'accroissement des os longs. Ses causes sont probablement multifactorielles : anatomiques, génétiques (antécédents familiaux, race noire, hispanique, polynésienne et autochtone d'Amérique) et temporelles (s'installe le plus souvent à la puberté). Les facteurs de risque comprennent l'obésité et/ou des maladies sous-jacentes comme l'ostéodystrophie rénale, des antécédents de radiothérapie, le syndrome de Down et la présence de troubles endocriniens tels que des déficits en hormone de croissance, l'hypothyroïdie, le craniopharyngiome, l'adénomatose polyendocrinienne de type 1, l'hyperparathyroïdie et le panhypopituitarisme[1,11,33].

35. L'épiphysiolyse est la pathologie de la hanche la plus fréquente chez les adolescents, mais l'âge moyen

au moment de son apparition est en baisse, et elle est corrélée avec l'incidence accrue de l'obésité en pédiatrie[11]. Selon les estimations, l'épiphysiolyse touche une personne sur 1 000 à 10 000[34]. Une étude de cohorte nationale sur l'épiphysiolyse menée au Royaume-Uni (à partir des dossiers de 596 patients ayant reçu un diagnostic d'épiphysiolyse) a révélé une forte association entre cette maladie et le dénuement socio-économique ou un IMC accru avant l'apparition de la maladie (au-dessus de la moyenne de référence au R.-U.)[35].

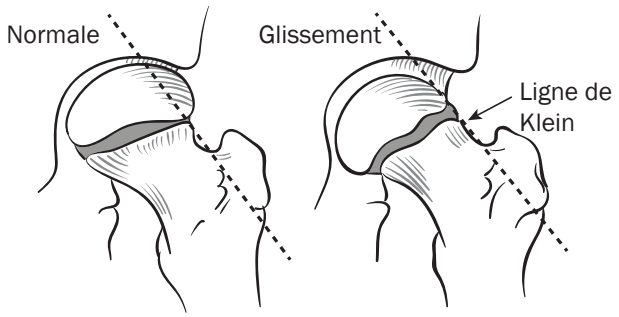
Diagnostic et prise en charge

36. Une minorité de patients atteints d'épiphysiolyse (15 %) présentent une douleur aiguë (durant moins de 3 semaines); les autres présentent une douleur chronique (durant plus de 3 semaines)[33]. D'après les recherches, la douleur est présente en moyenne depuis deux à cinq mois avant le diagnostic, ce qui s'explique notamment par le fait que l'épiphysiolyse peut se manifester par une douleur au genou, à l'aine ou à la cuisse, ce qui fausse le diagnostic[11,33]. Dans l'étude de cohorte du Royaume-Uni, 75 % des patients symptomatiques avaient eu plusieurs consultations en soins primaires avant de recevoir un diagnostic. Le délai précédant le diagnostic était maximal lorsque le patient présentait une douleur au genou plutôt qu'une douleur à la hanche lors de la consultation initiale (nombre médian de jours précédant le diagnostic : 161 *vs* 20 jours, respectivement)[35].

37. À la radiographie, l'épiphysiolyse est bilatérale dans près de 20 % des cas[33], mais seule la moitié de ces patients environ ressentent une douleur bilatérale[11]. Les taux d'épiphysiolyse bilatérale étaient plus élevés chez les patients présentant une endocrinopathie sous-jacente.

38. Les premiers signes de l'épiphysiolyse sur une radiographie antéro-postérieure et en incidence dite « en grenouille » comprennent l'élargissement et l'irrégularité de la physe avec glissement postéro-inférieur de la tête fémorale. La ligne de Klein (une ligne traversant le bord supérieur du col fémoral sur une radiographie antéro-postérieure) doit couper le bord latéral de la tête du fémur, ce qui n'est pas le cas chez les patients atteints d'épiphysiolyse (figure 1[22,33]).

Figure 1.



39. La plupart des cas d'épiphysiolyse concernent des patients qui ne sont pas atteints d'un trouble endocrinien sous-jacent[33]. Cependant, un bilan endocrinien incluant les taux de TSH et d'hormone de croissance[22], ou l'orientation chez un spécialiste en endocrinologie pédiatrique, doit être envisagé chez les patients d'âge atypique (moins de 10 ans ou plus de 16 ans[33]) au moment de la première consultation. On estime que 7 à 8 % des patients atteints d'épiphysiolyse présentent une hypothyroïdie primitive. D'après l'opinion d'experts, il convient d'effectuer un dépistage des troubles de la thyroïde chez les personnes atteintes d'une épiphysiolyse bilatérale, d'âge atypique et dont la taille est inférieure au 10^{e} centile[34].

40. Sur le plan clinique, l'épiphysiolyse peut être classée comme :
    - Stable : Le patient peut effectuer une mise en appui sur le côté affecté, avec ou sans béquilles.
    - Instable : Le patient ne peut pas effectuer de mise en appui du fait de la douleur et de l'instabilité. L'épiphysiolyse instable peut entraver le débit sanguin vasculaire vers la tête fémorale, et causer une nécrose avasculaire[11].

41. La plupart des enfants (90 %) présentent une épiphysiolyse stable et, si elle est prise en charge adéquatement, le pronostic est excellent. Dès que le diagnostic est posé, il faut immédiatement demander au patient de ne pas effectuer de mise en appui, et l'hospitaliser en vue d'une intervention chirurgicale rapide (fixation de l'épiphyse et possiblement ostéotomie) pour éviter l'aggravation possible du glissement ou la transformation de l'épiphysiolyse en une forme instable. L'épiphysiolyse instable constitue une urgence orthopédique, et le patient qui en est atteint doit être vu et subir une intervention chirurgicale le plus tôt possible[1,11].

42. Les patients atteints d'épiphysiolyse présentent un risque accru d'arthrite, et on estime qu'environ 45 % d'entre eux doivent subir une arthroplastie totale de la hanche dans les 50 années suivant la survenue de la maladie[11].

Arthrite idiopathique juvénile

Tableau clinique

43. L'arthrite idiopathique juvénile (AIJ) est un ensemble de troubles rhumatologiques (p. ex., AIJ systémique, rhumatisme psoriasique, arthrite liée à une enthésite) qui se manifestent principalement par une arthrite périphérique. Il s'agit de l'une des maladies chroniques les plus fréquentes en pédiatrie, dont la prévalence est estimée à 1 enfant sur 1 000[36]. Par définition, les patients ont moins de 16 ans et présentent de l'arthrite à au moins une articulation depuis plus de 6 semaines, une fois les autres causes d'inflammation articulaire exclues. L'AIJ peut se manifester à n'importe quel moment de l'enfance, mais le sous-type le plus fréquent (AIJ oligo-articulaire) est le plus souvent observé chez les filles de moins de 6 ans[37].

44. Les symptômes typiques de l'AIJ chez les patients atteints d'arthrite inflammatoire comprennent : raideur matinale; « gélification » (raideur après des périodes d'inactivité); soulagement des symptômes pendant l'activité; atteinte d'au moins une articulation; et exclusion d'autres affections. L'AIJ peut également être évoquée par un retard dans les étapes du développement ou par des changements d'activités ou de comportements, même en l'absence de syndrome douloureux.
    a) Les symptômes associés à l'AIJ peuvent varier selon le sous-type de la maladie et comprendre : fièvre, éruption cutanée (p. ex. éruption sur le tronc et les membres proximaux en cas d'AIJ systémique), perte pondérale, anorexie et changements d'humeur.
    b) L'AIJ se manifeste rarement par une monoarthrite à la hanche, bien que 30 à 50 % des enfants atteints d'AIJ présentent une affection à la hanche qui est généralement bilatérale[22].

Diagnostic et prise en charge

45. L'examen doit comprendre une évaluation de toutes les articulations, et peut être effectué au moyen d'un outil tel que le pGALS (Renseignements généraux, point 6). Au niveau de la hanche, on observe généralement une diminution de l'amplitude du mouvement et/ou une amplitude douloureuse, notamment en rotation interne.

46. Le bilan diagnostique doit comprendre :
    - Formule sanguine complète, VSG et taux de CRP, bien que ces valeurs puissent être normales dans les cas moins sévères.
    - Imagerie : L'échographie peut servir à évaluer les épanchements; l'IRM et la radiographie peuvent servir à évaluer les changements osseux.
    - Dépistage ophtalmologique en cas d'uvéite asymptomatique.

47. Les patients doivent être orientés d'urgence vers un spécialiste de la rhumatologie pédiatrique pour que d'autres tests et une prise en charge soient envisagés [preuves de très faible niveau – opinion d'experts][36].

48. Les lignes directrices de l'*American College of Radiology* de 2019 recommandent la prise en charge suivante dans les cas d'AIJ :
    a) Monothérapie initiale par des antirhumatismaux modificateurs de la maladie (ARMM) (méthotrexate) plutôt que des AINS [forte recommandation, preuves de niveau modéré].
    b) Utilisation initiale d'ARMM non biologiques plutôt que biologiques, sauf dans les cas présentant des facteurs de risque tels que l'atteinte d'articulations associées à un risque élevé (p. ex., colonne cervicale, hanche ou poignet) [recommandation conditionnelle, preuves de faible niveau].
    c) Utilisation d'AINS et d'injections de stéroïdes comme traitements d'appoint [recommandation conditionnelle, preuves de très faible niveau][36].

POINTS CLÉS

- Une douleur au genou, à l'aine ou à la cuisse chez l'enfant doit évoquer une pathologie à la hanche.
- Le jugement clinique est essentiel pour le diagnostic de l'arthrite septique, qui constitue une urgence chirurgicale. L'utilisation des critères de Kocher et du taux de CRP peut permettre de distinguer l'arthrite septique de la forme plus bénigne, la synovite transitoire. L'échographie de la hanche permet de diagnostiquer de manière fiable un épanchement.
- En général, la synovite transitoire peut être diagnostiquée à partir de l'évaluation clinique sans que d'autres tests soient nécessaires chez un enfant autrement en bonne santé et afébrile, dont les symptômes sont présents depuis peu (48 heures ou moins). Un suivi étroit est important pour confirmer la résolution des symptômes.
- La MLPC et l'épiphysiolyse peuvent être bilatérales. Un examen d'imagerie doit comprendre une incidence dite « en grenouille » des deux hanches.
- L'épiphysiolyse instable (impossibilité d'effectuer une mise en appui du fait d'une douleur ou d'une instabilité) est une urgence orthopédique à cause du risque de nécrose avasculaire de la tête fémorale.

COMMENTAIRES DES HISTOIRES DE CAS

Cas numéro 1 : Léon, âgé de 2 ans et sa mère, Samantha

Quels autres renseignements souhaiteriez-vous obtenir pendant l'anamnèse et l'examen physique?

Il serait essentiel de vérifier la présence ou l'absence de signes d'alarme (tableau 2) à l'étape de l'anamnèse et de l'examen physique. Compte tenu du vaste diagnostic différentiel, l'anamnèse devrait être exhaustive (tableau 3). L'examen physique devrait comprendre les signes vitaux, un examen détaillé de l'appareil locomoteur (tableau 4; annexe 2) et l'examen d'autres régions et systèmes ou appareils (abdomen et appareil urogénital) pouvant expliquer ses symptômes.

Deuxième partie

Comment procéderiez-vous avec Léon?

D'après votre examen clinique, l'arthrite septique à la hanche gauche serait la cause la plus préoccupante de ses symptômes (Renseignements généraux, points 11, 12; encadrés 1, 2; annexe 3). Son jeune âge évoque fortement une arthrite septique dans votre diagnostic différentiel (Renseignements généraux, point 4; tableaux 1, 2). Les autres causes possibles de la douleur à la hanche de Léon comprendraient un traumatisme (fracture ou traumatisme non accidentel), l'ostéomyélite et la synovite transitoire (annexes 1, 3).

D'autres examens devraient être effectués immédiatement (Renseignements généraux, point 13), car il est crucial que l'arthrite septique soit diagnostiquée rapidement (Renseignements généraux, point 11). Léon devrait être orienté pour passer d'autres examens, soit au service des urgences, soit directement chez un chirurgien orthopédiste (Renseignements généraux, points 14, 15).

S'il est impossible de l'orienter immédiatement, les étapes ultérieures appropriées comprendraient les examens suivants (Renseignements généraux, points 8-10, 12, 13; encadré 1) d'urgence :

- Analyses de sang :
  - Formule sanguine complète, VSG et taux de CRP pour différencier l'arthrite septique d'une synovite transitoire.
  - Cultures de sang pour dépister une septicémie.
- Imagerie :
  - Radiographies (incidence antéro-postérieure du pelvis, incidence dite « en grenouille ») à la recherche d'un traumatisme, d'une tumeur ou d'ostéomyélite.
  - Échographie de la hanche à la recherche d'un épanchement.
- Ponction articulaire (par échoguidage) en présence d'un épanchement à l'échographie.

Cas numéro 2 : Félix, âgé de 7 ans et sa mère, Marie

Quels autres renseignements seraient utiles aux fins de votre évaluation?

Il serait important d'effectuer une anamnèse approfondie incluant une évaluation à la recherche de signes d'alarme (tableaux 2, 3). Un examen physique complet serait nécessaire et devrait inclure des examens de l'abdomen, des testicules et de l'appareil respiratoire compte tenu de ses symptômes d'IVRS (tableau 4). Un examen spécialisé de l'appareil locomoteur devrait comprendre l'inspection à la recherche d'une déformation, d'un érythème et d'une enflure, suivie de la palpation et de l'évaluation de l'amplitude du mouvement (annexe 2), de la puissance et du fonctionnement incluant la capacité de mise en appui et l'analyse de la démarche. Étant donné que la douleur peut irradier, il faudrait également examiner le genou et la région lombaire (Renseignements généraux, point 7).

Deuxième partie

Quelles mesures prendriez-vous ensuite?

À ce stade, le diagnostic différentiel est vaste, quoique les résultats de l'anamnèse et de l'examen physique ainsi que l'absence de signes d'alarme (tableau 2) évoqueraient une cause plus bénigne de la douleur à la hanche. Son âge et son IVRS virale récente évoqueraient une synovite transitoire (Renseignements généraux, points 20, 21; annexe 3). Les autres diagnostics possibles comprendraient une blessure consécutive à la surutilisation de l'articulation, un traumatisme léger et la MLPC. Des éventualités plus inquiétantes comme l'arthrite septique, un cancer et l'arthrite inflammatoire sembleraient moins probables à ce stade, mais il faudrait quand même en tenir compte (annexes 1, 3).

Si vous trouvez qu'un suivi rigoureux et étroit est possible, les examens complémentaires pourraient être reportés (Renseignements généraux, point 22). Marie pourrait recevoir le feuillet destiné aux parents et être informée du caractère commun de ce diagnostic (Renseignements généraux, point 3), de sa résolution habituelle dans les deux semaines, de la prise d'anti-inflammatoires pour le soulagement des symptômes, et de la reprise graduelle des activités selon la tolérance (Renseignements généraux, point 23). Il serait important de fournir des instructions claires quant aux motifs qui justifieraient une réévaluation, par exemple, si les symptômes ne disparaissent pas dans les deux semaines, si la douleur s'aggrave, si une fièvre ou d'autres symptômes généraux apparaissent (Renseignements généraux, point 24).

Troisième partie

Comment procéderiez-vous?

Étant donné que la douleur de Félix a persisté plus de deux semaines, la synovite transitoire semblerait maintenant moins probable (Renseignements généraux, point 21), et d'autres examens seraient justifiés pour écarter les autres diagnostics possibles comme la MLPC, des maladies inflammatoires ou des tumeurs osseuses bénignes et malignes (tableau 1; annexes 1, 3). Des radiographies de la hanche avec incidences latérales antéro-postérieures du pelvis et bilatérales dites « en grenouille » devraient être commandées (Renseignements généraux, point 9a). Si Félix avait de la difficulté à localiser sa douleur ou que les résultats de son examen n'étaient pas bien localisés, vous pourriez envisager d'ajouter des radiographies du fémur et du genou droit.

Quatrième partie

Comment prendriez-vous en charge ce patient?

Compte tenu de ces résultats radiographiques, il faudrait faire venir Félix et Marie pour discuter du diagnostic de MLPC (Renseignements généraux, points 25-27) et de la nécessité d'une orientation immédiate chez un chirurgien orthopédiste (Renseignements généraux, point 30). Avant la consultation de Félix chez le chirurgien, il faudrait lui conseiller d'utiliser des béquilles pour éviter de mettre trop de poids sur sa jambe droite, et de prendre des AINS au besoin. La physiothérapie l'aiderait à maintenir l'amplitude du mouvement de sa hanche (Renseignements généraux, point 30).

Cas numéro 3 : Madeleine, âgée de 13 ans et son père, André

Comment procéderiez-vous?

Étant donné que ses symptômes sont subaigus et qu'ils s'aggravent, et compte tenu des résultats de son examen physique, il faudrait écarter une anomalie osseuse telle que la MLPC, l'épiphysiolyse ou une tumeur (Renseignements généraux, points 25-33, 35-42; tableau 1; annexes 1, 3). Il conviendrait de commander des radiographies du pelvis et des deux hanches (incidence antéro-postérieure pour le pelvis et incidence dite « en grenouille ») (Renseignements généraux, point 9a). L'épiphysiolyse dominerait votre diagnostic différentiel, car elle est souvent présente chez les adolescents en surpoids, sous une forme subaiguë et accompagnée d'une douleur irradiant au genou (Renseignements généraux, points 34, 35).

Deuxième partie

Comment prendriez-vous en charge cette patiente?

Madeleine devrait être vue d'urgence par un chirurgien orthopédiste en vue d'une prise en charge opératoire. En attendant que Madeleine voie le chirurgien, il faudrait lui conseiller de ne pas effectuer de mise en appui et d'utiliser des béquilles ou un fauteuil roulant (Renseignements généraux, point 41). Bien que des troubles endocriniens soient absents dans la plupart des cas d'épiphysiolyse, il conviendrait d'en effectuer le dépistage, car son épiphysiolyse est bilatérale (Renseignements généraux, point 39).

Troisième partie

Si les radiographies de la hanche de Madeleine étaient normales, comment procéderiez-vous?

Si les résultats de l'examen physique de Madeleine sont les mêmes que ci-dessus mais que ses radiographies sont normales, il serait important de réévaluer votre diagnostic différentiel (annexe 1). Bien que l'atteinte d'une seule hanche fasse rarement partie des symptômes initiaux de l'AIJ (Renseignements généraux, point 44b), vous pourriez explorer ses antécédents récents de douleur au poignet, et approfondir votre examen à la recherche d'une atteinte de l'articulation controlatérale au moyen d'un examen de dépistage tel que l'outil pGALS (Renseignements généraux, points 6, 45). Par ailleurs, bien que Madeleine ait récemment fait plus d'activités physiques en éducation physique, il serait important d'envisager une lésion possible des tissus mous pour expliquer ses symptômes, par exemple, une foulure du quadriceps ou des muscles ischio-jambiers, une tendinopathie, une contusion ou une déchirure (annexe 1).

Nous apprécions toujours vos commentaires. Si vous souhaitez nous faire parvenir de la rétroaction au sujet de ce module, le lien suivant vous amène directement au formulaire du sondage électronique : **https://www.surveymonkey.com/r/Formulairederetroaction**

Auteure : **Katherine Thompson, M.D., CCMF**
Médecin de famille
Saskatoon, Saskatchewan

Réviseurs : **Johann Kriegler, M.D., CCMF**
Médecin de famille
Saskatoon, Saskatchewan

Janet Saunderson, M.D., FRCPC
Pédiatre
Toronto, Ontario

Rédactrices en chef du contenu médical :
Eleanor Colledge, M.D., CCMF
Médecin de famille
Toronto, Ontario

Elizabeth Shaw, M.D., CCMF, FCMF
Médecin de famille
Hamilton, Ontario

Rédactrice médicale :
Lynda Cranston, B.A. avec spécialisation
Orangeville, Ontario

Coordonnateur, Développement des modules :
Brian Thode, B.A., M.A.
Hamilton, Ontario

L'équipe de rédaction du module de la Fondation aimerait remercier Joanne Opsteen (Toronto, Ontario) et Joy Schuurman (Guelph, Ontario) qui ont participé à la table ronde initiale de ce module. De plus, la Fondation remercie les groupes-pilotes PGBP facilités par James Grant (Vancouver, Colombie-Britannique) et James Ketch (Kelowna, Colombie-Britannique), qui ont testé ce module de formation et proposé des améliorations.

Divulgation des conflits d'intérêts :

Katherine Thompson, Johann Kriegler, Janet Saunderson, Eleanor Colledge, Elizabeth Shaw et Lynda Cranston n'en ont déclaré aucun.

Même si le plus grand soin a été apporté à la préparation des informations contenues dans ce module, le Programme ne peut en garantir la pertinence dans des cas cliniques particuliers ou chez certains patients. Les médecins et les autres professionnels de la santé doivent utiliser leur propre jugement clinique, fondé sur les circonstances particulières de chaque cas, pour décider de la prise en charge et du traitement de leur patient.

Quiconque utilise ces renseignements, le fait à ses risques, et ne peut tenir pour responsable la Fondation pour l'éducation médicale continue ni le Programme d'apprentissage en petit groupe basé sur la pratique d'aucun incident ou dommage qui pourrait découler de cet usage.

Les ressources sur le Web citées dans ce module étaient toujours actives en février 2020.

Vous pouvez accéder en ligne à ce module et à ses annexes. Rendez-vous au :
https://members.fmpe.org/

Ce programme est le résultat d'une collaboration entre :

PBLP PABP **La Fondation pour l'éducation médicale continue**

McMaster University

© La Fondation pour l'éducation médicale continue

NIVEAUX DE PREUVES

Niveau de preuves	Type de preuves incluses
Élevé	• Revues systématiques/méta-analyses qui incluent une grande variété d'études bien conçues (peu de limitations/de risque de biais, directement applicable à la population ciblée); l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance restreint. • Études comparatives randomisées d'envergure et bien conçues. Les conclusions de l'étude ont peu de chances d'être grandement modifiées par l'information révélée lors de futures études.
Modéré	• Revues systématiques/méta-analyses d'études comportant plus de limitations/de risques de biais (études comparatives randomisées moins bien conçues, cohortes, études de cas-témoins), ou lorsque l'évaluation du sommaire a un intervalle de confiance large. • Études comparatives randomisées bien conçues, mais de taille modérée ou unique. • Études comparatives bien conçues et cohérentes, mais non randomisées • Études d'envergure de cohortes. Les conclusions de l'étude pourraient changer en fonction de l'information provenant de futures études.
Faible	• Petites études comparatives randomisées avec risque élevé de biais. • Études comparatives ou de cohortes comportant des limites/risques de biais importants ou dont les variations des résultats entre les études sont significatives. Les preuves provenant d'études bien conçues dans les populations représentatives manquent ou sont insuffisantes.
Très faible	• Opinion d'experts • Rapports de cas individuel ou de séries de cas

Sources :

1) Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) www.sign.ac.uk/assets/sign50_2011.pdf

2) U.S. Preventive Services Task Force Grade Definitions. May 2008. http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/grades.htm

3) Balshem H, Helfand M, Schunemann HJ, Oxman AD, Kunz R, Brozek J et al. GRADE guidelines: 3.Rating the quality of evidence. J Clin Epidemiol 2011; 64(4):401-406.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Herman MJ, Martinek M. The limping child. *Pediatr Rev.* 2015;36:184-95; quiz 96-7. PM: 25934907
2. Smith E, Anderson M, Foster H. The child with a limp: a symptom and not a diagnosis. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2012;97:185-93. PM: 22822079
3. Perry DC, Bruce C. Evaluating the child who presents with an acute limp. *BMJ.* 2010;341:c4250. PM: 20729271
4. Fischer SU, Beattie TF. The limping child: epidemiology, assessment and outcome. *J Bone Joint Surg Br.* 1999;81:1029-34. PM: 10615981
5. Krul M, van der Wouden JC, Schellevis FG, van Suijlekom-Smit LW, Koes BW. Acute non-traumatic hip pathology in children: incidence and presentation in family practice. *Fam Pract.* 2010;27:166-70. PM: 20026553
6. Jain N, Sah M, Chakraverty J, Evans A, Kamath S. Radiological approach to a child with hip pain. *Clin Radiol.* 2013;68:1167-78. PM: 23937827
7. Naranje S, Kelly DM, Sawyer JR. A Systematic Approach to the Evaluation of a Limping Child. *Am Fam Physician.* 2015;92:908-16. PM: 26554284
8. Grummert LM, K. Pediatric hip pain: Transient synovitis versus septic arthritis. *JDMS.* 2006;22:185-8. PM:
9. Cook PC. Transient synovitis, septic hip, and Legg-Calve-Perthes disease: an approach to the correct diagnosis. *Pediatr Clin North Am.* 2014;61:1109-18. PM: 25439014
10. Hill D, Whiteside J. Limp in children: differentiating benign from dire causes. *J Fam Pract.* 2011;60:193-7. PM: 21472150
11. Karkenny AJ, Tauberg BM, Otsuka NY. Pediatric Hip Disorders: Slipped Capital Femoral Epiphysis and Legg-Calve-Perthes Disease. *Pediatr Rev.* 2018;39:454-63. PM: 30171056
12. Children's Health Queensland Hospital and Health Service. *Limp – Emergency management in children*2018.
13. Foster HE, Kay LJ, Friswell M, Coady D, Myers A. Musculoskeletal screening examination (pGALS) for school-age children based on the adult GALS screen. *Arthritis Rheum.* 2006;55:709-16. PM: 17013854
14. O'Dowd D, Fernandes JA. The Limping Child - What a Pediatrician Should Know? *Indian J Pediatr.* 2016;83:1259-65. PM: 27283001
15. Milla SS, Coley BD, Karmazyn B, et al. ACR Appropriateness Criteria(R) limping child--ages 0 to 5 years. *J Am Coll Radiol.* 2012;9:545-53. PM: 22863462
16. Gill KG. Pediatric hip: pearls and pitfalls. *Semin Musculoskelet Radiol.* 2013;17:328-38. PM: 23787987
17. Caird MS, Flynn JM, Leung YL, Millman JE, D'Italia JG, Dormans JP. Factors distinguishing septic arthritis from transient synovitis of the hip in children. A prospective study. *J Bone Joint Surg Am.* 2006;88:1251-7. PM: 16757758

18. Luhmann SJ, Jones A, Schootman M, Gordon JE, Schoenecker PL, Luhmann JD. Differentiation between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children with clinical prediction algorithms. *J Bone Joint Surg Am.* 2004;86:956-62. PM: 15118038

19. Kocher MS, Mandiga R, Zurakowski D, Barnewolt C, Kasser JR. 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.* 2004;86:1629-35. PM: 15292409

20. Levine MJ, McGuire KJ, McGowan KL, Flynn JM. Assessment of the test characteristics of C-reactive protein for septic arthritis in children. *J Pediatr Orthop.* 2003;23:373-7. PM: 12724603

21. Laine JC, Denning JR, Riccio AI, Jo C, Joglar JM, Wimberly RL. The use of ultrasound in the management of septic arthritis of the hip. *J Pediatr Orthop B.* 2015;24:95-8. PM: 25588046

22. Houghton KM. Review for the generalist: evaluation of pediatric hip pain. *Pediatr Rheumatol Online J.* 2009;7:10. PM: 2686695

23. Sawyer JR, Kapoor M. The limping child: a systematic approach to diagnosis. *Am Fam Physician.* 2009;79:215-24. PM: 19202969

24. Remler K. Pediatric Hip Pain: A Case Study. *J Pediatr Health Care.* 2017;31:713-6. PM: 29056201

25. Nouri A, Walmsley D, Pruszczynski B, Synder M. Transient synovitis of the hip: a comprehensive review. *J Pediatr Orthop B.* 2014;23:32-6. PM: 23812087

26. Le Saux N. Diagnosis and management of acute osteoarticular infections in children. *Paediatr Child Health.* 2018;23:336-43. PM:

27. Kermond S, Fink M, Graham K, Carlin JB, Barnett P. A randomized clinical trial: should the child with transient synovitis of the hip be treated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs? *Ann Emerg Med.* 2002;40:294-9. PM: 12192353

28. Divi SN, Bielski RJ. Legg-Calve-Perthes Disease. *Pediatr Ann.* 2016;45:e144-9. PM: 27064472

29. Herring JA. Legg-Calve-Perthes disease at 100: a review of evidence-based treatment. *J Pediatr Orthop.* 2011;31:S137-40. PM: 21857427

30. Kallio P. Hip pain in children. *EBM guidelines.* 2018. http://www.ebm-guidelines.com/go/ebm/ebm00657.html.

31. Laine JC, Martin BD, Novotny SA, Kelly DM. Role of Advanced Imaging in the Diagnosis and Management of Active Legg-Calve-Perthes Disease. *J Am Acad Orthop Surg.* 2018;26:526-36. PM: 29939867

32. Wiig O, Terjesen T, Svenningsen S. Prognostic factors and outcome of treatment in Perthes' disease: a prospective study of 368 patients with five-year follow-up. *J Bone Joint Surg Br.* 2008;90:1364-71. PM: 18827249

33. Georgiadis AG, Zaltz I. Slipped capital femoral epiphysis: how to evaluate with a review and update of treatment. *Pediatr Clin North Am.* 2014;61:1119-35. PM: 25439015

34. Sheanon N, Simpson B, Shaughnessy E. Teenager With Hip Pain and Limp. *JAMA Pediatr.* 2017;171:297-8. PM: 28264104

35. Perry DC, Metcalfe D, Costa ML, Van Staa T. A nationwide cohort study of slipped capital femoral epiphysis. *Arch Dis Child.* 2017;102:1132-6. PM: 5754864

36. Ringold S, Angeles-Han ST, Beukelman T, et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Treatment of Juvenile Idiopathic Arthritis: Therapeutic Approaches for Non-Systemic Polyarthritis, Sacroiliitis, and Enthesitis. *Arthritis Rheumatol.* 2019. PM: 31021537

37. Barut K, Adrovic A, Sahin S, Kasapcopur O. Juvenile Idiopathic Arthritis. *Balkan Med J.* 2017;34:90-101. PM: PMC5394305

ANNEXE 1. Boiterie chez l'enfant : diagnostic différentiel

Facteurs traumatiques/ mécaniques	Fractures occultes (hanche, fémur, plateau tibial, avulsion en manchon de la patella, fracture chez un tout-petit, cheville, pied) Fractures de fatigue Blessure par perforation/rétention d'un corps étranger dans le pied Lésions labrales de la hanche Blessures non articulaires (contusions des tissus mous, foulures musculaires, tendinopathies, surutilisation) Épiphysiolyse de la tête fémorale Blessures non accidentelles (violence à l'endroit des enfants)
Infection	Arthrite septique Ostéomyélite Maladie de Lyme Abcès du psoas Pyomyosite Discite Sacro-iléite pyogénique Cellulite locale, fasciite Gonorrhée
Inflammation	Synovite transitoire Arthrite idiopathique juvénile, arthrite réactionnelle Spondylarthrite ankylosante Lupus érythémateux disséminé Fièvre rhumatismale aiguë Ostéite pubienne (inflammation de la symphyse pubienne)
Atteinte vasculaire	Maladie de Legg-Perthes-Calvé Nécrose avasculaire Purpura rhumatoïde (maladie de Schönlein-Henoch) Drépanocytose
Néoplasie	Leucémie, lymphome Tumeurs malignes/lytiques (p. ex., sarcome d'Ewing, sarcome des tissus mous, métastases d'un neuroblastome) Néoplasme bénin (p. ex., ostéoblastome)
Autre	Origine métabolique (rachitisme, hyperparathyroïdie) Origine congénitale (dysplasie développementale de la hanche, inégalité de longueur des jambes, pied bot) Origine neuromusculaire (paralysie cérébrale, méningite, dystrophie musculaire, myéloméningocèle, neuropathie périphérique) Autres pathologies non liées à l'appareil locomoteur (intra-abdominales, pelviennes, testiculaires)

Sources : 1) Hill D, Whiteside J. Limp in children: differentiating benign from dire causes. *J Fam Pract.* 2011;60(4):193-197.; **2)** Perry DC, Bruce C. Evaluating the child who presents with an acute limp. *BMJ (Clinical research ed.).* 2010;341:c4250.; **3)** Nouri A, Walmsley D, Pruszczynski B, Synder M. Transient synovitis of the hip: a comprehensive review. *J Pediatr Orthop B.* 2014;23(1):32-36.; **4)** Herman MJ, Martinek M. The limping child. *Pediatr Rev.* 2015;36(5):184-195.; **5)** Sawyer JR, Kapoor M. The limping child: a systematic approach to diagnosis. *Am Fam Phys.* 2009;79(3):215-224.; **6)** Houghton KM. Review for the generalist: evaluation of pediatric hip pain. *Pediatr Rheumatol Online.* J 2009;7:10.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 2. Examen de la hanche chez l'enfant

INSPECTION:

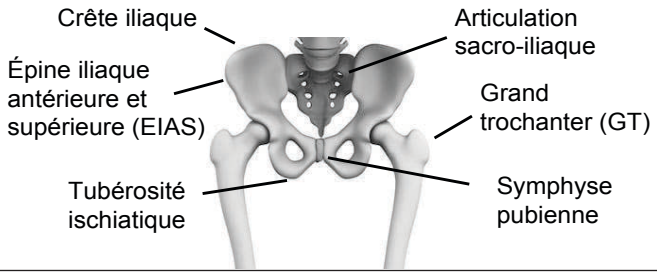
Peau :
- Décoloration
- Plaies
- Déformation manifeste
- Éruption cutanée

Observation debout :
- Hauteurs pelviennes
- Alignement des membres inférieurs
- Inégalité de la longueur des jambes
- Alignement de la colonne lombaire

Analyse de la démarche :
- Longueur de pas
- Rotation du pied, rotation pelvienne, phase de double appui

PALPATION:

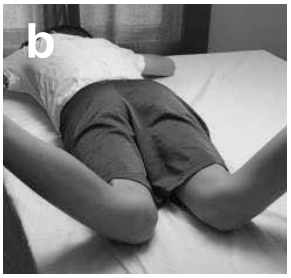
- Épine iliaque antérieure et supérieure (EIAS)
- Crête iliaque
- Grand trochanter (GT)
- Tubérosité ischiatique
- Symphyse pubienne
- Articulation sacro-iliaque



AMPLITUDE DU MOUVEMENT

- Flexion (décubitus dorsal)
- Extension (debout)
- Abduction (décubitus dorsal)
- Adduction (décubitus dorsal)
- Rotation externe (décubitus dorsal ou ventral – a)
- Rotation interne (décubitus dorsal ou ventral – b)





TESTS SPÉCIALISÉS :



Inégalité de la longueur des membres :
Mesurer chaque jambe entre l'EIAS et la saillie inférieure de la malléole médiale



Test de Trendelenburg :
Demander au patient de se tenir debout sur la jambe affectée et observer si le niveau du pelvis change. Le test est positif en cas de chute de la hanche controlatérale (inclination vers le côté sain quand le poids du corps est porté par le côté touché).

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

ANNEXE 2. Examen de la hanche chez l'enfant (suite)

Tests spécialisés (suite) :



Test de Galeazzi :
Le patient est allongé en décubitus dorsal, les hanches et les genoux en flexion. Un test positif (si le genou du côté affecté est plus bas que celui du côté non affecté) indique une inégalité de la longueur des jambes (p. ex., dans le cas de la maladie de Legg-Perthes-Calvé)



Test de Thomas :
Le patient est allongé en décubitus dorsal avec une seule hanche en flexion complète. Le test est positif si la hanche controlatérale se soulève de la table, ce qui indique une contracture des fléchisseurs de hanche.





Signe de Drehmann :
Le patient est allongé en décubitus dorsal, la hanche affectée est fléchie à 90 degrés :
Le test est négatif (a) si la hanche reste dans une position neutre
Le test est positif (b) si la hanche effectue une rotation externe obligatoire (pouvant indiquer une épiphysiolyse de la tête fémorale)



Test de Faber :
On demande au patient de s'allonger en décubitus dorsal et de reposer un pied sur le genou controlatéral; on effectue une **F**lexion, une **AB**duction et une **R**otation **E**xterne de la jambe. On appuie sur le genou fléchi et la crête iliaque antérieure controlatérale. Une douleur dans l'aine peut indiquer une pathologie intra-articulaire. Une douleur dans la région sacro-iliaque peut indiquer une pathologie de l'articulation sacro-iliaque.



Test d'Ober :
Le patient est allongé sur le côté non affecté et le côté affecté est dirigé vers le haut; effectuez une extension et une abduction de la hanche puis retirez votre soutien de la jambe de manière à ce qu'elle tombe en adduction.
Le test est positif si la jambe testée ne peut être mise en adduction, ce qui indique une contracture de la bandelette de Maissiat.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

Annexe 3. Principales caractéristiques des diagnostics fréquents

	Synovite transitoire	Arthrite septique	Ostéomyélite	Maladie de Legg-Perthes-Calvé	Épiphysiolyse de la tête fémorale
Sexe (garçons:filles)	~2:1	—	—	4:1	3:1
Âge	Elle apparaît le plus souvent entre 3 et 8 ans; sa fréquence est maximale à 6 ans	Apparaît le plus souvent à < 10 ans; sa fréquence est maximale à 3 ans	Apparaît le plus souvent à < 10 ans; sa fréquence est maximale à 3 ans	Le plus souvent entre 4 et 8 ans	Le plus souvent entre l'âge de 10 et 16 ans, et apparition à l'âge de la puberté
Mode d'installation	3-5 jours	3-5 jours	Il se peut que l'affection perdure depuis longtemps	Des semaines à des mois Peut être intermittente	Aiguë : < 3 semaines Chronique : > 3 semaines
Antécédents de traumatisme	Fréquents au moment de l'apparition des symptômes	Fréquents au moment de l'apparition des symptômes		Moins probables. Il se peut que l'apparition des symptômes remonte à un certain temps	
Antécédents associés	Infection virale (respiratoire, GI, des voies urinaires) dans les deux semaines précédentes, immunodépression	Fièvre ou rigor Anorexie, perte pondérale	Fièvre ou rigor, anorexie, perte pondérale Dorsalgie associée (ostéomyélite vertébrale)	Peut avoir des antécédents de traumatisme (p. ex., mise en appui répétitive et flexion extrême de la hanche), antécédents familiaux de MLPC, association possible à une coagulopathie	Obésité Immaturité des gonades Hypothyroïdie Antécédents familiaux d'épiphysiolyse
Douleur	Douleur modérée à sévère à l'aine ou à la cuisse	Douleur modérée à sévère incessante Douleur nocturne/au réveil	Douleur localisée modérée à sévère	Douleur légère à modérée, souvent circonscrite à la zone entre l'aine et le genou	Absente à sévère Douleur à l'aine généralement présente, mais une douleur au genou peut être présente initialement (15 à 23 % des cas)
Aspect	Le patient semble aller bien	Souffrant, souvent inconsolable	Souffrant	Le patient semble aller bien	Le patient semble aller bien
Présence de fièvre	Aucune ou de faible grade	Oui	Oui	Non	Non
Signes associés	Épanchement articulaire possible	L'épanchement articulaire peut entraîner une légère flexion de la hanche, son abduction et sa rotation externe, ainsi qu'une douleur pendant le mouvement de l'articulation isolée	Enflure légère localisée, douleur ou sensibilité ponctuelle généralement aux extrémités osseuses montrant une légère enflure localisée ± érythème Fluctuation localisée en cas d'abcès périosté	Possibilité d'une inégalité de la longueur des jambes (un signe tardif d'affaissement de la tête fémorale) Peut être bilatérale (10 % des cas)	Touche plus souvent la hanche gauche Soutient habituellement le membre inférieur en rotation externe Peut être bilatérale (20 % des cas)
Amplitude du mouvement de la hanche	Douleur surtout présente en fin d'arc du mouvement seulement. Restriction de la rotation interne/externe et de l'extension de la hanche	Douleur sévère et diminution de l'amplitude articulaire dans tout l'arc du mouvement	Douleur à l'amplitude du mouvement de la hanche, du genou ou de la cheville. Il peut rester une certaine amplitude passive du mouvement de la hanche si l'infection n'a pas atteint l'articulation	Rotation interne et abduction de la hanche douloureuses et limitées	Restriction de l'abduction, de la flexion et de la rotation interne de la hanche Signe de Drehmann ± : rotation externe obligatoire pendant la flexion passive de la hanche
Démarche	La mise en appui est habituellement possible mais, dans les cas sévères, elle peut être impossible	Impossibilité d'effectuer une mise en appui Refus d'utiliser le membre	Impossibilité d'effectuer une mise en appui Refus d'utiliser le membre	Généralement en mesure d'effectuer une mise en appui Démarche de Trendelenburg Exacerbation de la boiterie par l'activité	Possibilité ou non d'effectuer une mise en appui Démarche antalgique ou boiterie de Trendelenburg

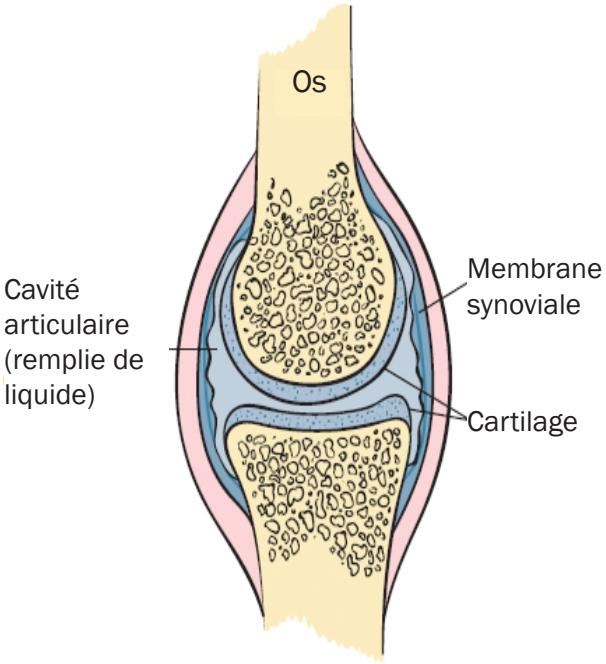
Sources : 1) Cook PC. Transient synovitis, septic hip, and Legg-Calve-Perthes disease: an approach to the correct diagnosis. *Pediatric clinics of North America.* Dec 2014;61(6):1109-1118. **2)** Karkenny AJ, Tauberg BM, Otsuka NY. Pediatric Hip Disorders: Slipped Capital Femoral Epiphysis and Legg-Calve-Perthes Disease. *Pediatrics in review.* Sep 2018;39(9):454-463. **3)** Smith E, Anderson M, Foster H. The child with a limp: a symptom and not a diagnosis. *Archives of disease in childhood. Education and practice edition.* Oct 2012;97(5):185-193. **4)** O'Dowd D, Fernandes JA. The Limping Child - What a Pediatrician Should Know? *Indian journal of pediatrics.* Nov 2016;83(11):1259-1265. **5)** Le Saux N. Diagnosis and management of acute osteoarticular infections in children. *Paediatrics & child health.* 2018;23(5):336-343. **6)** Nouri A, Walmsley D, Pruszczynski B, Synder M. Transient synovitis of the hip: a comprehensive review. *Journal of pediatric orthopedics. Part B.* Jan 2014;23(1):32-36. **7)** Hill D, Whiteside J. Limp in children: differentiating benign from dire causes. *The Journal of family practice.* Apr 2011;60(4):193-197. **8)** Jain N, Sah M, Chakraverty J, Evans A, Kamath S. Radiological approach to a child with hip pain. *Clinical radiology.* Nov 2013;68(11):1167-1178.

© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org

SYNOVITE TRANSITOIRE

La synovite transitoire est une enflure et une irritation de la synoviale, la membrane tapissant la face interne d'une articulation. Elle affecte le plus souvent l'articulation de la hanche, auquel cas elle est également appelée « rhume de hanche ». Elle touche surtout les enfants jusqu'à l'âge de 10 ans. Elle tend à toucher plus souvent les garçons que les filles.

La synovite transitoire est heureusement une affection bénigne qui se résorbe généralement d'elle-même en une à deux semaines.



Quelles sont les causes de la synovite transitoire?

La cause exacte est inconnue mais dans près de la moitié des cas, elle touche des enfants ayant guéri d'un rhume, d'une infection intestinale ou d'une autre maladie virale comme une infection à l'oreille.

Quels sont les symptômes de la synovite transitoire?

Les symptômes peuvent comprendre :
- Boiterie
- Difficultés à marcher à quatre pattes ou à se mettre debout
- Douleur à l'articulation affectée
- Refus de marcher, sans donner de raison

Existe-t-il des tests pour la dépister?

Votre médecin vous posera de nombreuses questions sur les symptômes de votre enfant et effectuera un examen physique approfondi. Généralement, aucun autre test n'est nécessaire.

Quel est le traitement?

- Acétaminophène (Tylenol) ou ibuprofène (Advil, Motrin) pour soulager la douleur. Assurez-vous de suivre le mode d'emploi sur l'étiquette.
- Ne donnez **jamais** d'aspirine (AAS) à votre enfant.
- Repos complet à la maison – limitez toute activité imposant un poids sur la hanche de votre enfant.
- Il peut reprendre ses activités habituelles graduellement une fois que la douleur a disparu.

Quand dois-je consulter mon médecin?

Surveillez de près tout changement de la santé de votre enfant. Communiquez avec votre médecin si :
- l'état de votre enfant ne commence pas à s'améliorer en trois jours ou s'il n'est pas complètement rétabli en deux semaines;
- la douleur articulaire de votre enfant s'intensifie;
- votre enfant présente une fièvre de 38 °C ou plus.

Même une fois que votre enfant se porte mieux, la synovite transitoire peut réapparaître. Si les symptômes de votre enfant réapparaissent, vous devez consulter votre médecin.

Sources : 1) MyHealthAlberta.ca. Transient Synovitis in Children: Care Instructions. 2017 https://myhealth.alberta.ca/Health/aftercareinformation/pages/conditions.aspx?hwid=ad1767; **2)** The Royal Children's Hospital Melbourne**.** Transient synovitis (irritable hip). 2018 https://www.rch.org.au/kidsinfo/fact_sheets/Transient_synovitis/
© La Fondation pour l'éducation médicale continue, www.fmpe.org
février 2020