

- ▶ Boiteries non traumatiques : démarche diagnostique
- ▶ Escarres fessières

Boiteries non traumatiques : démarche diagnostique

Présentation : I. Koné-Paut, service de pédiatrie générale, hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, lors d'une réunion de l'association Arepege
Rédaction : H. Collignon

Chez l'enfant, une boiterie peut se manifester par un refus de marcher ou de poser le pied par terre ou encore, chez le nourrisson, par une gesticulation asymétrique. L'interrogatoire précisera l'âge de l'enfant, ses antécédents médicaux et chirurgicaux, les circonstances d'apparition de la boiterie : survenue inopinée, ou après le sommeil, en faisant préciser le mode de couchage, ou à la suite d'une injection intramusculaire ou d'un exercice physique inhabituel. Il recherchera une fièvre, une éruption, des signes digestifs, une douleur spontanée, dont on précisera le siège, le rythme et l'intensité. Une douleur inflammatoire est présente le matin et n'est pas calmée par le repos, une douleur mécanique survient à l'effort et s'amende ou diminue au repos. L'examen de la marche doit se faire, comme toujours en pédiatrie, l'enfant étant déshabillé et pieds nus. Regarder l'enfant marcher permet de repérer le côté atteint et d'analyser les particularités du mouvement : esquive, marche sur les talons, sur les pointes, marche raide à petits pas, marche jambes fléchies, dandinement... Chez le nourrisson, l'observation porte sur la gesticulation spontanée. L'examen clinique comporte, outre la mesure du poids et de la taille de l'enfant, la recherche d'une douleur, d'un gonflement articulaire ou d'une voussure localisée, un examen de toutes les articulations en appréciant leur mobilité et l'existence éventuelle d'une douleur provoquée, enfin un examen musculaire et un examen neurologique.

DOULEUR DANS LES MOLLETS ET PETITE FIÈVRE

Arnaud, neuf ans, consulte aux urgences pour une boiterie apparue le matin même avec une station debout très difficile, voire impossible. L'enfant présente un train fébrile depuis la veille. A la palpation, ses deux mollets sont durs et très sensibles. Les CPK sont élevées (500 UI/l), la LDH est à 300, la créatinine à 35 $\mu\text{mol/l}$. La CRP est normale. Le diagnostic est celui de myosite virale. Les myosites virales peuvent être à l'origine d'une impotence fonctionnelle majeure. Elles touchent le plus souvent des garçons entre six et huit ans et se manifestent typiquement par l'apparition, un à cinq jours après des prodromes viraux, de douleurs brutales des mollets, différentes dans leur mode de survenue des courbatures de l'invasion virale. Le reste de l'examen clinique est normal. Les examens biologiques révèlent une augmentation franche des CPK et des ASAT. L'évolution est favorable en moins d'une semaine. Le virus influenzae b est l'agent infectieux le plus fréquemment en cause.

IMPOTENCE FONCTIONNELLE ET FIÈVRE

Amélie, quatre mois, présente une immobilité d'un membre inférieur et des pleurs depuis vingt-quatre heures qui motivent une consultation aux urgences. Elle a une température de 38,3 °C. La flexion et la rotation de la hanche sont impossibles. Cette impotence fonctionnelle absolue survenant

dans un contexte infectieux doit être considérée comme d'origine infectieuse jusqu'à preuve du contraire. Les examens complémentaires demandés sont une NFS, une CRP, des hémocultures et une échographie, examen clef pour le diagnostic (l'IRM n'est pas indispensable), laquelle montre un épanchement très hétérogène au niveau de l'articulation de la hanche. Le diagnostic est celui d'arthrite septique de hanche. Le traitement repose sur la ponction de l'articulation, qui soulage la douleur et permet un lavage de l'articulation et un prélèvement à visée bactériologique. Si la ponction immédiate est impossible, il est justifié de débiter d'emblée le traitement antibiotique, qui est administré par voie intraveineuse pendant 7 jours au moins (3 jours chez l'enfant plus grand) puis par voie orale. Une porte d'entrée est rarement retrouvée ; l'infection initiale est le plus souvent ORL avec une dissémination hémotogène.

BOITERIE INTERMITTENTE ET DOULEURS NOCTURNES

Anne-Charlotte, cinq ans, présente depuis plusieurs mois une fatigue et une boiterie intermittente avec des douleurs fulgurantes au niveau d'une jambe entraînant des réveils nocturnes. L'examen clinique est considéré comme normal, avec seulement une petite esquive. L'enfant présente par ailleurs une fébricule à 38°. Lors de la consultation à l'hôpital Bicêtre, l'examen trouve une petite raideur dorsale segmentaire. Le diagnostic suspecté est celui de spondylodiscite. Les examens biologiques, numération et CRP, sont normaux. La radiographie montre une érosion des plateaux vertébraux. La scintigraphie révèle une hyperfixation localisée. L'IRM retrouve une ébauche de bloc vertébral. Cette enfant a été confiée aux chirurgiens, qui ont prescrit une antibiothérapie pendant 2 mois (dont 10 jours par voie intraveineuse). Les spondylodiscites peuvent se manifester par des radiculalgies intermittentes, une constipation, une fièvre inexplicquée. Les signes biologiques sont souvent discrets. La scintigraphie est fondamentale pour le diagnostic.

DOULEUR ET BOITERIE AU RÉVEIL

Nader, deux ans, présente depuis le matin une boiterie avec un point douloureux électif sur le tibia. L'interrogatoire révèle que l'enfant dort dans un lit à barreaux. La radiographie montre une fracture spiroïde typique liée à une entrave de la jambe entre deux barreaux du lit.

BOITERIE ET DOULEUR À LA MOBILISATION DE HANCHE CHEZ UN GARÇON DE QUATRE ANS

Omar, quatre ans, boite depuis vingt-quatre heures. L'examen révèle une douleur modérée au niveau du creux inguinal et à la rotation externe de la hanche. L'enfant n'est pas fébrile. Le reste de l'examen est normal. L'échographie montre un épanchement homogène. Le diagnostic est celui de synovite aiguë transitoire ou rhume de hanche. Cette affection fréquente touche plus souvent les garçons que les filles et survient préférentiellement entre trois et huit ans, parfois plus tard mais jamais avant deux ans. Le principal signe d'appel est la boiterie. La radiographie peut être normale ou montrer un refoulement de la graisse péri capsulaire (il faut toujours demander un profil). L'échographie est l'examen de choix, avec un

contrôle des deux articulations, car l'atteinte est bilatérale dans 20 % des cas. Si l'échographie n'est pas contributive, la scintigraphie est indiquée à la recherche d'une hyperfixation. L'évolution est favorable mais les récurrences sont fréquentes. Le traitement n'est pas codifié. Les pédiatres optent habituellement pour un traitement médical par AINS, alors que les chirurgiens prescrivent plus souvent une mise en traction. Une radiographie six semaines après l'épisode douloureux est utile, car un épanchement important peut être à l'origine d'une ischémie.

DOULEUR DU GENOU ET IMAGE LACUNAIRE

Pierre, douze ans, consulte pour une douleur mécanique persistante au niveau du genou s'accompagnant d'une boiterie intermittente. L'examen clinique est normal, l'enfant n'est pas fébrile. La palpation retrouve une douleur au niveau du genou. La radiographie du genou montre une image lacunaire qui signe le diagnostic d'ostéochondrite du genou. D'autres examens complémentaires sont inutiles, sauf s'il existe un blocage possiblement lié à la présence d'un séquestre articulaire pouvant nécessiter une intervention chirurgicale. □

Escarres fessières

M. Bellaïche, hôpital Robert-Debré, Paris
Rédaction : C. Faber

Un bébé âgé de deux mois est vu en consultation pour des lésions cutanées localisées au niveau du siège évoluant depuis quinze jours. Lors de leur apparition, il s'agissait de simples « rougeurs », sur lesquelles la mère a appliqué de la crème. Sans succès puisque leur évolution s'est faite vers des lésions érosives puis de type ulcéronécrotique (figure 1).

LE DIAGNOSTIC

Ces lésions du siège, circonscrites,

bien limitées et à l'emporte-pièce, correspondent à un ecthyma gangrenosum (ou ecthyma gangréneux). Il s'agit d'une infection cutanée rare, mais grave, due à *Pseudomonas aeruginosa*, qui se manifeste par des lésions connues pour se développer préférentiellement sur les régions anogénitales et axillaires [1]. Elle résulte d'une dissémination hémotogène ou d'une inoculation directe du pyocyanique. Des cas associés à une infection à d'autres germes ont été décrits : *Aeromonas hydrophila*, *Staphylo-*

coccus aureus, *Serratia marcescens*, *Aspergillus* spp., *Mucor* spp...

Les lésions, initialement maculaires, érythémateuses et douloureuses, évoluent vers des lésions nodulaires, bulleuses ou pustulaires avec une base érythémateuse indurée, puis ulcérogangréneuses. Les formes septicémiques d'ecthyma gangrenosum peuvent être rapidement fatales.

L'infection nécessite une prise en charge initiale en milieu hospitalier pour antibiothérapie par voie intraveineuse et traitement étiologique. Un traitement qui, chez cet enfant, a donné de bons résultats, avec une cicatrisation des lésions en trois semaines (figure 2).

QUELLE QUESTION FAUT-IL SE POSER ?

Il faut se demander s'il existe un déficit immunitaire sous-jacent. On sait, en effet, que l'ecthyma gangrenosum survient avec prédilection sur un terrain immunodéprimé, en particulier chez les sujets neutropéniques [1]. Cette infection peut d'ailleurs être le signe révélateur d'un déficit immunitaire.

Des cas, dont certains bénins, ont été rapportés chez des jeunes enfants sans maladie chronique, ni altération de leurs défenses immunitaires [2, 3]. Une revue de dix-huit cas pédiatriques britanniques (enfants âgés de cinq semaines à trente-six mois) a toutefois montré que la plupart de ces patients avaient soit une pathologie sous-jacente

Figure 1



Figure 2



méconnue, soit des facteurs de risque de développement d'un ecthyma gangrenosum [3]. Parmi ces derniers figurent un abcès intra-abdominal à proximité d'un appendice rompu, une antibiothérapie ou une diarrhée de quatre jours traitée par antibiotique dans les jours précédant l'ecthyma, une méningite, une probable infection virale.

Devant un tableau évocateur d'ecthyma gangrenosum s'impose donc un bilan recherchant une immunodépression et comprenant notamment des hémocultures, une numération formule sangui-

ne et le dosage des immunoglobulines et des lymphocytes CD4 et CD8.

Ce nourrisson souffrait de maladie de Kostmann. Il a bénéficié d'un traitement par facteur de croissance G-CSF (granulocyte colony-stimulating factor).

Cette agranulocytose chronique transmise sur le mode héréditaire autosomique récessif et de révélation néonatale est également connue sous le nom de neutropénie congénitale sévère [4]. C'est une maladie rare, caractérisée par un blocage de la lignée granulocytaire au stade promyélocyte. Elle se manifeste par des infections récurrentes, principalement ORL, pulmonaires et cutanéo-muqueuses. En juin 2004, le registre français des neutropénies chroniques sévères avait colligé 101 cas sur 231 neutropénies constitutionnelles [5]. □

Références

- [1] BOISSEAU A.M., SARLANGUE J., PEREL Y., HEHUNSTRE J.P., TAIEB A., MALEVILLE J. : « Perineal ecthyma gangrenosum in infancy and early childhood : septicemic and nonsepticemic forms », *J. Am. Acad. Dermatol.*, 1992 ; 27 : 415-8.
- [2] MULL C.C., SCARFONE R.J., CONWAY D. : « Ecthyma gangrenosum as a manifestation of *Pseudomonas* sepsis in a previously healthy child », *Ann. Emerg. Med.*, 2000 ; 36 : 383-7.
- [3] ZOMORRODI A., WALD E.R. : « Ecthyma gangrenosum : considerations in a previously healthy child », *Pediatr. Infect. Dis. J.*, 2002 ; 21 : 1161-4.
- [4] CARLSSON G., APRIKYAN A.A., TEHRANCHI R., DALE D.C., PORWIT A., HELLSTROM-LINDBERG E., PALMBLAD J., HENTER J.I., FADEEL B. : « Kostmann syndrome : severe congenital neutropenia associated with defective expression of Bcl-2, constitutive mitochondrial release of cytochrome c, and excessive apoptosis of myeloid progenitor cells », *Blood*, 2004 ; 103 : 3355-61.
- [5] Cinquième rapport du registre français des neutropénies chroniques sévères, juin 2004.

DIU La douleur de l'enfant en pratique quotidienne

organisé par les unités pédiatriques douleur de Trousseau et de Bicêtre :

Dr D. Annequin, Dr B. Tourniaire, Dr B. Lombart, Pr I. Murat, Dr E. Fournier Charrière, Pr D. Devictor

Sujets abordés : l'évaluation de la douleur, les médicaments, les moyens non médicamenteux, les stratégies de changement, la douleur provoquée par les soins, la douleur postopératoire, la douleur en médecine de ville, les céphalées et la migraine de l'enfant, l'enfant polyhandicapé, le nouveau-né, les douleurs inexplicables, les douleurs rebelles, les aspects psychologiques de la douleur, les méthodes psychocorporelles (hypnose, relaxation...) et les thérapies comportementales et cognitives.

Formation sur un an comprenant : 8 journées de modules communs (70 heures d'enseignement), 2 modules optionnels de deux journées (un module obligatoire), 5 journées de formation pratique au sein des unités douleur de Trousseau, Bicêtre, Montpellier, Besançon, 1 journée de bilan avec présentation des projets professionnels de chaque étudiant.

Préinscriptions avant le 15 septembre 2008. **Public concerné** : médecins, psychologues, sages-femmes, infirmiers, kinésithérapeutes, psychomotriciens, pharmaciens, dentistes. **Inscription** : lettre de motivation avec CV. **Nombre de places** : 35 par année. **Tarifs** : 400 € formation individuelle, 800 € formation initiale (internes), 1200 € formation continue (prise en charge employeur). **Début de scolarité** : octobre 2008. **Lieu de l'enseignement** : Paris et Kremlin-Bicêtre (94). **Renseignements et préinscriptions** : daniel.annequin@trs.aphp.fr, elisabeth.fournier-charriere@bct.aphp.fr.