

ITEM 54 : BOITERIE DE L'ENFANT

Boiterie = trouble de la démarche avec asymétrie du pas, voire refus de marcher

- **Boiterie d'esquive** : réduction du temps d'appui au sol du membre touché à visée **antalgique**

- **Boiterie de Trendelenburg** ou **d'équilibration** ou **boiterie d'épaule** : bascule des **épaules** et du **tronc** au-dessus de la hanche **pathologique**

→ Chez le nourrisson avant la marche : membre en abduction moins mobile, refus de position assise, position anormale...

URGENCE : éliminer une infection ostéoarticulaire

Diagnostic	EP	<ul style="list-style-type: none"> - L'âge est essentiel à l'orientation - Boiterie : définir le type, l'évolutivité et le rythme, signes associés (douleur, fièvre, AEG...) ne pas oublier les douleurs de hanche projetées au genou - Rechercher les antécédents (néonataux ++) et préciser les étapes de l'évolution neuromotrice 		
	SC	<ul style="list-style-type: none"> = Examen clinique bilatéral et comparatif, depuis le rachis jusqu'aux pieds, debout et allongé - Examen de la marche (ou asymétrie de gesticulation chez le nourrisson) - Examen du rachis : percussion des épineuses, raideur, déformation - Examen de hanche : douleur, signes inflammatoires locaux (œdème, rougeur, chaleur), amplitudes articulaires - Examen des membres : longueur (inégalité si > 3 cm), amplitudes articulaires, déformation/douleur osseuse, testing musculaire et sensitif, réflexes, examen des pieds et des chaussures, palpation de l'ensemble du membres inférieurs (recherche de fracture sous périostée) - Examen neurologique : marche en équin, force musculaire, ROT, amyotrophie (signe formel d'organicité et d'ancienneté) - Examen cutané : recherche porte d'entrée infectieuse, ecchymose, lésion au niveau de la plante des pieds 		
	SC	Imagerie	Echographie à la recherche d'un épanchement Radiographie standard Scintigraphie si atteinte organique non objectivée par les clichés radiographiques IRM ou TDM, pas systématiquement	
	SC	Biologie	Indispensable si suspicion infection ostéoarticulaire : NFS, VS, CRP, Hémoculture	
SC	Bactério	Fondamentale, ponction osseuse ou articulaire sous AG		
Orientation diagnostique	Non fébrile	Boiterie non fébrile à tout âge	<ul style="list-style-type: none"> - Pathologie neuromusculaire (dystrophie musculaire hémiplégie cérébrale infantile, tumeurs de la moelle épinière) - Malformation congénitales (inégalité de longueur des membres inférieurs > 3 à 5 cm selon l'âge) - Rhumatisme infantile - Tumeurs osseuses (tumeur osseuse bénigne, maligne, hémopathie malignes) 	
	Non fébrile	Infection ostéo-articulaire	→ A évoquer si fébrile et/ou syndrome inflammatoire biologique - Hospitalisation en urgence + bilan infectieux : NFS, CRP, hémoculture, ponction articulaire	
	Non fébrile	Enfant apyrétique sans contexte de traumatisme évident	<ul style="list-style-type: none"> - Bilan radiologique : hanche de face + clichés en regard des zones douloureuses - Echographie de hanche si enfant de 2 à 10 ans 	
		< 3 ans	3 – 8 ans	> 10 ans
		<ul style="list-style-type: none"> - Luxation congénitale de hanche - Fracture sous périostée de jambe 	<ul style="list-style-type: none"> - Ostéochondrite primitive de hanche - Synovite aiguë transitoire/Rhume de hanche 	<ul style="list-style-type: none"> - Epiphysiolyse fémorale sup - Syndrome d'hyper sollicitation/apophysite de croissance - Ostéochondrite du genou
SYNOVITE AIGUË TRANSITOIRE	C	<ul style="list-style-type: none"> - Contexte : jeune garçon (> 5 ans) - Boiterie d'esquive aiguë non fébrile de survenue brutale - A l'examen clinique limitation de la rotation interne et de l'abduction de hanche, le reste de l'examen est normal 		
	Bio	- Pas de syndrome inflammatoire biologique		
	PC	<ul style="list-style-type: none"> - Rx standards bilatérales et comparatives : normale ou signes d'épanchement articulaire (flou des parties molles périarticulaires, distension de la capsule) - Echographie de hanche bilatérale et comparative : épanchement articulaire ± Ponction articulaire si suspicion d'arthrite septique : liquide inflammatoire stérile 		
	TTT	- Prise en charge ambulatoire : mise au repos avec décharge, antalgique et AINS par voie orale		
	Suite	<ul style="list-style-type: none"> = Evolution favorable : guérison spontanée sans séquelle en 4 à 5 jours, récidive rare - En cas de persistance > 10 jours : scintigraphie osseuse pour éliminer une ostéochondrite - Examen clinique et bilan Rx systématique à 1 mois et 2 mois : éliminer une ostéochondrite débutante 		

OSTEOCHONDRITE PRIMITIVE DE HANCHE	<p>= Maladie de Legg-Perthes-Calvé : ostéonécrose ischémique du noyau épiphysaire de la tête fémorale aseptique</p> <p>- 2 phases :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Phase de nécrose : densification et fragmentation du noyau → déformations céphaliques séquellaires . Phase séquellaire : incongruence coxo-fémorale → arthrose à long terme (selon le remodelage osseux) <p>- Pathologie fréquente = 1/1000, bilatérale dans 10% des cas, touche typiquement le jeune garçon de 4 à 10-8 ans (80% des cas)</p>			
	C	<ul style="list-style-type: none"> - Boiterie de survenue insidieuse et progressive, augmentant à l'effort et en fin de journée, à la particularité d'être ni permanente ni toujours douloureuse - Impotence fonctionnelle prédominante en rotation interne et abduction 		
	P C	<p>Rx standards</p> <ul style="list-style-type: none"> - Normales au début, puis : . Fracture sous-chondrale en « coup d'ongle » . Aplatissement et densification épiphysaire . Elargissement de l'interligne articulaire - 4 stades en 18-24 mois : condensation → fragmentation → ré-ossification périphérique → déformation séquellaire en coxa plana (<i>coxa magna</i> du noyau épiphysaire) 		
EPIPHYSIOLYSE FÉMORALE SUPÉRIEURE	<p>= Glissement atraumatique de la tête fémorale vers l'arrière, le bas et le dedans de l'épiphysaire supérieure sur la métaphysaire</p> <p>- Au moment du pic de croissance : concerne surtout les garçons en période prépubertaire ; maladie non exceptionnelle trop souvent méconnue, délai diagnostique actuellement de 3 mois, alors même que le diagnostic tardif expose à des séquelles : raideur, coxite laminaire, nécrose fémorale supérieure</p> <p>- Favorisée par le surpoids, bilatérale dans 20% des cas</p>			
	C	Forme stable	<ul style="list-style-type: none"> - Epiphysaire reste solidaire du col du fémur - Boiterie permanente, avec rotation externe du membre inférieur à la marche - Douleur inguinale mais possiblement projetée au genou. - Rotation interne et abduction toujours diminuées, et la mise en rotation interne et en abduction provoque une douleur vive 	
		Forme instable (plus rare)	<ul style="list-style-type: none"> - Impotence fonctionnelle complète, hyperalgie évoquant une fracture avec traumatisme inexistant ou minime - Quasi constamment on retrouve un antécédent de boiterie douloureuse négligée depuis plusieurs semaines 	
	PC	Rx	Bassin de face	<ul style="list-style-type: none"> - Déplacement de la tête en bas et en dedans - Ligne de Klein (parallèle au bord supérieur du col) : passe au-dessus du sommet de la tête fémorale (au lieu de couper le noyau épiphysaire) tardivement - Diminution de la hauteur du noyau épiphysaire - Aspect irrégulier du cartilage de croissance
			Hanche	Profils bilatéraux, met en évidence le signe direct du glissement : bascule postérieure de l'épiphysaire supérieure
	Evolution		<ul style="list-style-type: none"> - Glissement progressif (vitesse imprévisible) → ossification du cartilage de croissance en 3 à 6 mois - Passage d'une forme stable à une forme instable - Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale (sur forme instable) - Coxa retroa, coxa vara (irréversible) → arthrose secondaire 	
	TTT	<p>EFS instable → Urgence chirurgicale (après accord parental)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hospitalisation, mise en décharge complète immédiate jusqu'à l'intervention, traitement antalgique - TTT chirurgical : épiphysiodèse trans-articulaire = contention épiphysaire et vissage <i>in situ</i> du col fémoral - Discuter l'épiphysiodèse trans-articulaire controlatérale à visée préventive 		
Fracture sous-périostée	<p>Première cause de boiterie < 3 ans</p> <p>Traumatisme à faible énergie en torsion du membre (simple chute de sa hauteur, pied pris entre les barreaux du lit...)</p> <p>Seule fracture de jambe compatible avec l'appui et la marche</p> <ul style="list-style-type: none"> - Boiterie d'esquive, récente, non fébrile - Douleur à la torsion et à la palpation du membre - Rx : <ul style="list-style-type: none"> . Initialement : trait de fracture fin, à peine visible (en cheveu d'ange), parfois plus visible sur des clichés de ¾ . TTT : aucun traitement nécessaire, immobilisation plâtrée si besoin antalgique 			
Luxation congénitale de hanche	<ul style="list-style-type: none"> - Boiterie dès l'âge de l'acquisition de la marche (Diagnostic tardif → échec du dépistage précoce) - Limitation de l'abduction de la hanche TOUJOURS nette 			