

Orientation devant des douleurs des membres inférieurs **Dr Olivier Richer, Dr Johanna Clet, Dr Pascal Pillet, pédiatres**

CHU de Bordeaux – Hôpital des Enfants
Service des Urgences Pédiatriques

olivier.richer@chu-bordeaux.fr

Les douleurs des membres inférieurs sont un motif fréquent de consultation. Il convient d'être rigoureux dans l'interrogatoire et l'examen clinique afin de ne pas méconnaître des diagnostics qui pourraient mettre en jeu un pronostic vital ou fonctionnel.

Dans un premier temps, il faut s'attacher à caractériser le caractère aigu ou chronique de la symptomatologie. L'examen clinique s'attachera à déterminer l'articulation ou le segment osseux responsable de la douleur. Dans un certain nombre de cas, l'examen clinique n'est pas informatif tant sur le plan de la zone douloureuse que sur l'étiologie de la boiterie. Il faut alors revoir les enfants à distance afin de les réexaminer en cas de persistance de la symptomatologie.

En cas de fièvre et de douleur aiguë osseuse ou articulaire des membres inférieurs, le premier et seul diagnostic à évoquer est une infection ostéo-articulaire nécessitant une hospitalisation et des examens complémentaires.

L'étiologie la plus fréquente de douleur et de boiterie aiguë chez le jeune enfant est la synovite aiguë transitoire de hanche. Le tableau est stéréotypé en général et caractérisé par l'apparition d'une douleur ilio-inguinale aiguë brutale et souvent matinale chez un enfant pouvant irradier à la face antérieure de cuisse. Cette entité de mécanisme inconnu est la cause la plus fréquente de pathologie de hanche entre trois et dix ans. L'incidence annuelle est de l'ordre de 0,2/100 enfants avec une prédominance masculine (70 %) et une nette prédominance saisonnière (hiver – printemps). L'impotence fonctionnelle est variable. L'examen clinique révèle une limitation de la mobilité de la hanche sans véritable raideur chez un enfant apyrétique en bon état général. Les examens paracliniques sont normaux, à l'exception de l'échographie de hanche avec un épanchement articulaire. L'évolution est caractérisée par la disparition des phénomènes douloureux en moins d'une semaine. Cette affection doit rester un diagnostic d'élimination. Il faut donc envisager avant de retenir ce diagnostic toutes les autres causes de boiterie possibles.

Lorsque la symptomatologie est plus chronique, on s'attachera dans un premier temps à déterminer si la douleur est mécanique ou inflammatoire.

Les douleurs osseuses et articulaires diffuses peuvent être le révélateur d'une pathologie maligne (leucose, infiltration médullaire d'un neuroblastome). Aux douleurs insomniantes et à l'altération de l'état général, il est fréquemment retrouvé un syndrome tumoral avec adénopathies, hépatomégalie et splénomégalie

Les examens complémentaires sont à réaliser en fonction de la zone « présumée » douloureuse et en fonction du caractère aigu ou chronique. Dans la majorité des cas, il convient de réaliser un bilan « minimal » comprenant une radiographie standard de la zone anatomique douloureuse avec les articulations sus et sous jacentes et un bilan biologique comprenant une NFS-plaquettes avec frottis sanguin, une CRP et une VS.

Une des étiologies possible de douleur récurrente est le classique « douleurs de croissance » de l'enfant. Cette entité est surtout rencontrée en consultation chez les enfants de 3 à 12 ans. Elles sont le plus souvent bilatérales et extra-articulaires. Elles surviennent le plus souvent en fin de journée ou la nuit. L'examen clinique est normal ainsi que les examens complémentaires permettant d'exclure des pathologies malignes ou inflammatoires.

Dans une étude non publiée concernant les douleurs et la boiterie non traumatiques aux urgences pédiatriques du CHU de Bordeaux, l'atteinte de la hanche représentait 35% des localisations, et la boiterie était douloureuse dans 80% des cas. Les étiologies se répartissaient comme telles: 48% de causes inflammatoires dominées par le classique « rhume de hanche », 11% d'étiologies post traumatiques (Osgood-Schlatter, hémarthrose, algodystrophies, syndrome fémoro-patellaire...) 8% de causes « orthopédiques pures » avec une prédominance de la maladie de Legg-Perthes-Calvé, 8% de causes infectieuses directes et 3% de causes tumorales. Les causes psychiatriques avérées étaient rares. Dans 21% des cas aucune étiologie n'était retrouvée.

En conclusion, les étiologies des douleurs des membres inférieurs sont nombreuses (infectieuses, tumorales, inflammatoires, mécaniques). Il est donc nécessaire d'avoir une approche médicale rigoureuse afin d'orienter et de hiérarchiser les examens complémentaires.