

■ Messages clés

Rhumatologie pédiatrique



I. KONÉ-PAUT

Service de rhumatologie pédiatrique et centre de référence des maladies auto-inflammatoires et de l'amylose inflammatoire, Hôpital de Bicêtre, université de Paris Saclay, PARIS.

Douleurs de croissance : comment ne pas se faire piéger ?

Les douleurs dites de croissance sont la cause la plus fréquente de douleurs musculosquelettiques dans l'enfance et pourraient toucher 20 à 40 % des enfants, avec un pic de survenue entre 4 et 6 ans. Bien que bénignes, elles représentent un motif fréquent de consultation. Leur cause toujours inconnue et possible-ment non univoque inclut indifféremment une fatigue osseuse (notamment au niveau des tibias) ou musculaire. La contribution supplémentaire d'une composante psychologique (anxiété) reste discutée. Certaines variations anatomiques pourraient les favoriser comme l'hypermobilité, les pieds plats valgus, le genu valgum ou la scoliose.

Elles se caractérisent par des douleurs bilatérales à plus de 90 % et touchent préférentiellement les mollets, la face antérieure du tibia ou des cuisses et

la fosse poplitée. Elles sont vécues comme intenses (crampes, brûlures), surviennent en fin de journée ou la nuit avec des réveils nocturnes, durent quelques minutes à plusieurs heures mais ne sont pas quotidiennes et sont souvent mises sur le compte d'une activité physique plus intense (ce qui n'est en fait pas démontré). Toutefois, ces douleurs ne limitent jamais l'activité des enfants. Les antécédents familiaux de ces mêmes douleurs sont présents dans 40 % des cas.

>>> L'interrogatoire et l'examen clinique sont essentiels et suffisants pour le diagnostic

L'examen clinique doit rechercher l'absence de tous signes généraux faisant suspecter une maladie systémique inflammatoire ou tumorale. Il doit être

minutieux et examiner tous les appareils. Les caractéristiques des douleurs de croissance sont résumées dans le **tableau I** [1].

>>> D'autres signes doivent d'emblée récuser ce diagnostic

Signes généraux, douleurs quotidiennes avec augmentation d'intensité, persistance le matin au réveil, boiterie, localisation unilatérale, présence de signes locaux (gonflement). En cas d'examen clinique non strictement normal par ailleurs (hépatosplénomégalie, signes cutanés, déficit musculaire) ou de présentation atypique, il faut prévoir des explorations complémentaires de première intention : NFS, CRP, radios localisées, auto-immunité et CPK. Les examens de deuxième intention seront orientés selon le contexte.

Les diagnostics différentiels sont nombreux : leucémie, métastase, tumeur primitive de l'os (ostéome ostéoïde), rhumatisme inflammatoire, connectivite, ostéite récurrente multifocale, fracture de fatigue, syndrome douloureux chronique inexpliqué.

>>> Évolution, traitement

L'évolution spontanée se fait vers la régression à l'adolescence. Il n'y a pas de traitement spécifique, ces douleurs n'entravant pas les activités. Rassurer l'enfant et la famille est un point essentiel.

Caractéristiques	Éléments typiques compatibles avec les douleurs de croissance
Site de la douleur	● Généralement bilatérale ● Douleur des membres inférieurs dans les mollets, les cuisses, les tibias ou la fosse poplitée
Horaire de la douleur	● Le soir ou parfois en fin d'après-midi ; peut réveiller du sommeil ● Résolution de la douleur le matin ● Peut y avoir des jours/semaines sans douleur ● Non liée à l'activité
Sévérité de la douleur	● S'améliore avec des mesures simples telles que le massage ou les analgésiques en vente libre ● La gravité n'augmente pas avec le temps
Examen clinique	● Aucun résultat anormal ne doit être noté, aucune sensibilité à la palpation

Tableau I : Caractéristiques des douleurs de croissance.

I Messages clés

Rhume de hanche : comment éviter un diagnostic par excès ?

Le rhume de hanche (ou synovite transitoire : STH) est la cause la plus fréquente de douleur à la hanche et de boiterie chez les enfants. Toutefois, ce diagnostic est aussi souvent porté par excès, ce qui peut retarder une prise en charge urgente pour une autre pathologie rhumatologique ou non et potentiellement grave. Sa présentation habituelle est celle d'une boiterie, en général modérée (simple esquivé). L'examen de la hanche retrouve une douleur à la pression et/ou lors des mobilisations avec une limitation. Le reste de l'examen clinique est en général normal, notamment les autres articulations et le rachis. L'âge de présentation se situe entre 4 et 10 ans et le rapport garçon/fille est de 2:1. La NFS et la CRP doivent être systématiquement pratiquées, la CRP doit être ≤ 20 mg/L [2].

La radiographie standard de la hanche (face plus profil) et l'échographie restent largement pratiquées mais leur systématisation devient discutée pour un premier épisode de courte durée. L'échographie de hanche permet de

confirmer la présence d'un épanchement liquidien (souvent abondant) dans le récessus antérieur de la hanche.

La résolution des symptômes sans traitement spécifique en quelques jours est une caractéristique essentielle du diagnostic. Des douleurs prolongées sont observées dans 3-8 % des cas.

>>> Se rappeler que la STH reste un diagnostic d'élimination

La présence d'un épanchement intra-articulaire ne signifie pas forcément qu'il y a une synovite. Les diagnostics différentiels restent nombreux : arthrite ou ostéoarthrite septique (âge < 2 ans, fièvre), maladie de Legg-Perthes-Calvé (radiographie standard souvent anormale, cartilage épiphysaire épaissi, douleurs et épanchement persistant), réaction à une pathologie intra-osseuse (ostéomyélite, métastase, hémopathie, ostéome ostéoïde).

À noter qu'une forme mono-articulaire d'arthrite juvénile idiopathique (AJI)

ne débute qu'exceptionnellement à la hanche.

>>> Comment éviter un diagnostic par excès ?

Les enfants avec boiterie aiguë non traumatique sont rapidement référés et souvent surinvestigés.

Les points clés sont les suivants :

- se fier à l'âge du patient : pas de diagnostic de STH avant l'âge de 2 ans ++ ;
- l'enfant boite mais il est rare qu'il ne pose pas le pied par terre [2] ;
- examiner la hanche ++ : si elle n'est ni douloureuse, ni limitée, ce n'est pas une STH ;
- examiner l'enfant en entier ;
- la hanche peut être une douleur projetée (psoïtis, radiculalgie) ;
- la valeur de l'absence de fièvre, de la NFS ++, CRP rarement > 20mg/L [2] ;
- la présence d'un épanchement isolé en échographie ne signe pas un diagnostic de STH, surtout si peu abondant.

Douleurs articulaires : et si c'était une arthrite ?

Les douleurs articulaires isolées (arthralgies) relèvent de causes multiples souvent banales. L'arthrite est nettement moins fréquente. Elle se traduit par une douleur de rythme inflammatoire, maximale le soir, la nuit et le matin au réveil, avec nécessité de dérouillage matinal. Elle se traduit en plus par un signe majeur : le gonflement articulaire, qui correspond à la présence d'un épanchement et/ou d'une inflammation synoviale formant un pannus. S'y associent à un degré variable une augmentation de la chaleur locale (perçue idéalement avec le dos de la main), une raideur de l'articulation avec blocage de l'extension (flexum) et une amyotrophie des muscles adjacents (fig. 1). Contrairement aux

idées reçues, l'arthrite ne donne pas de rougeur cutanée en regard.



Fig. 1 : Arthrite du genou. Gonflement avec effacement des reliefs anatomiques du genou, flexum et amyotrophie quadricipitale.

>>> Que faire devant une arthrite ?

Le diagnostic de l'arthrite est clinique et ne nécessite pas d'imagerie confirmatoire. Devant une arthrite, il est indispensable de rechercher des signes généraux (fièvre, autres signes articulaires, musculaires, digestifs et cutanés) et d'apprécier d'emblée son retentissement fonctionnel :

- une douleur intense sur une seule articulation avec une impotence fonctionnelle absolue plaide essentiellement pour une arthrite septique ;
- une douleur plus subaiguë ou apparemment absente (boiterie isolée chez le jeune enfant) et la présence d'autres localisations de l'arthrite plaident plutôt pour une origine rhumatismale.

Dans le premier cas et au moindre doute, l'enfant doit être référé en priorité en orthopédie infantile pour ponction, lavage articulaire et mise sous antibiotiques. Dans le deuxième cas, le recours initial peut être le pédiatre rhumatologue. La prise de sang ne permet pas forcément de trancher entre le sepsis et le rhumatisme inflammatoire chronique car, dans les deux cas, une polynucléose et une élévation des protéines inflammatoires sont possibles.

>>> L'arthrite juvénile idiopathique

L'AJI est la cause la plus fréquente de rhumatisme inflammatoire chronique

de l'enfant (incidence 1/1 000 enfants de moins de 16 ans). La forme oligo-articulaire représente 40-60 % des formes, et touche en priorité les genoux et les chevilles chez des enfants (très majoritairement des filles) entre l'âge de la marche et 4 ans. Elle se manifeste par une boiterie liée à un flexum souvent passé inaperçu, car il existe peu de plaintes douloureuses à cet âge. La coexistence d'une uvéite antérieure chronique est fréquente mais elle est silencieuse et nécessite un dépistage systématique, car ses conséquences peuvent être dramatiques : cataracte, kératopathie, glaucome et perte visuelle.

Les diagnostics différentiels sont : l'arthrite septique, la maladie de Lyme (qui donne typiquement une bi-arthrite asymétrique des genoux), les arthrites réactionnelles, les connectivites et les anomalies primitives de la synoviale (hémangiome, synovite villonodulaire, tumeur).

Reconnaître l'arthrite est un enjeu majeur pour ne pas méconnaître un sepsis et ne pas différer le diagnostic d'AJI, dont la prise en charge souvent tardive peut laisser des séquelles évitables si le recours au pédiatre rhumatologue était plus précoce.

Quand penser à une hyperlaxité ?

L'hyperlaxité (mobilité) correspond à la capacité d'une articulation à dépasser son amplitude de mobilité habituelle. Alors que l'hyperlaxité est caractéristique de certaines maladies du collagène, comme la maladie de Marfan, le syndrome d'Ehlers-Danlos et l'ostéogénèse imparfaite, elle est aussi rencontrée chez des individus exempts de toute pathologie. Elle est présente chez 5-18 % des enfants, plus fréquente chez les filles, et diminue avec l'âge. Si la plupart des enfants ne consultent pas pour ce signe, certains sont adressés en consultation de rhumatologie pédiatrique pour des douleurs des membres inférieurs, des troubles de l'équilibre avec une instabilité (entorses, gonflements) et une insuffisance musculaire.

Le score de Beighton est le plus utilisé pour quantifier l'hyperlaxité, même s'il n'est pas validé dans la population pédiatrique (**tableau II et fig. 2**).

>>> Comment explorer une hyperlaxité ?

L'interrogatoire va chercher des troubles de l'équilibre, des chutes et des antécédents de fractures sur les os longs.

1 point pour chaque côté d'un mouvement supérieur à :

- 90° pour la dorsiflexion de la 5^e articulation métacarpophalangienne
- 10° pour l'hyperextension du coude
- 10° pour l'hyperextension du genou

1 point pour chaque côté pour la flexion complète du pouce sur l'avant-bras

1 point pour la flexion du tronc vers l'avant avec possibilité de mettre les mains à plat sur le sol sans fléchir les genoux

Tableau II : Échelle de Beighton avec un score maximal de 9.

L'examen clinique minutieux doit rechercher un contexte syndromique : dysmorphie faciale, anomalies dentaires, peau fine veloutée, bleus faciles, défaut de cicatrisation, défaut d'élasticité cutanée (cutis laxa), souffle cardiaque, reflux gastro-œsophagien, anomalies morphologiques comme une grande taille, une grande envergure et des doigts en baguettes de tambour.

Une hyperlaxité qui évolue dans un contexte clinique normal ne nécessite



Fig. 2 : Hyperlaxité. **A :** syndromique (syndrome de Hajdu-Cheney); **B :** isolée.

Messages clés

aucune investigation complémentaire. Au moindre doute, l'enfant doit être adressé à un centre de référence pour les maladies du tissu conjonctif.

>>> Prise en charge

La physiothérapie avec renforcement musculaire et rééducation propriocep-

tive est essentielle. La recherche d'un trouble anxieux majorant les douleurs doit être systématique et celui-ci pris en charge.

Syndrome douloureux chronique : que faire ?

Le syndrome douloureux chronique correspond à une persistance ou une récurrence de la douleur au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, avec une réponse insuffisante au traitement et/ou une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient dans ses activités de la vie journalière, au domicile comme à l'école. Il existe très souvent une intrication entre les causes et les conséquences de la douleur qui a initié le processus de chronicisation.

>>> Comment repérer un syndrome douloureux chronique ?

Le syndrome douloureux chronique est souvent repéré après un long parcours médical ayant intégré le médecin généraliste/pédiatre et différentes spécialités

médicales. Les éléments remarquables sont :

- une incapacité à décrire et à localiser de façon précise la douleur qui peut être migratrice avec le temps ;
- un sommeil rarement entravé du fait de la douleur ;
- un échec primaire de toutes les thérapeutiques essayées : antalgiques (parfois jusqu'au palier 3), anti-inflammatoires non stéroïdiens ou autres ;
- une autoévaluation de la douleur paraissant disproportionnée : 9 à 10/10 (avec le sourire : "belle indifférence") ;
- une incapacité fonctionnelle démesurée en comparaison d'un examen clinique normal, ne permettant pas de la justifier : absentéisme scolaire, fauteuil roulant, couverture de soins à 100 % ;
- un dossier souvent volumineux d'examens complémentaires tous normaux (**tableau III**).

>>> Prise en charge

La prise en charge est complexe et souvent longue. Le premier objectif est d'arrêter les examens complémentaires dès lors que toute cause secondaire est éliminée et de supprimer les bénéfices secondaires éventuels. Une hospitalisation courte pour observation, isolement du milieu familial et mise en œuvre d'une prise en charge psychocorporelle est souvent indiquée, *a fortiori* en cas de déscolarisation.

L'adhésion du patient et de sa famille à la prise en charge est indispensable et l'aide d'un centre antidouleur est très précieuse. En cas d'échec, un internat médicalisé de quelques mois sera indiqué pour maintenir la scolarité et permettre le suivi de la prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. LEHMAN PJ, CARL RL. Growing pains. *Sports Health*, 2017;9:132-138.
2. HEYLEN CE, DOCQUIER PL, DUMITRIU D. Transient synovitis of the hip: is systematic radiological screening necessary for the detection of Perthes disease? *Acta Orthop Belg*, 2021;87:263-268.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Reliées à une pathologie somatique	Psychogènes
● Post-traumatique ● Algodystrophie ● Maladies inflammatoires chroniques ● Constitutionnelles ● Collagénoses ● Hypermobilité ? ● Migraines vraies	● Syndrome subjectif post-traumatique ● Conflit familial ● Harcèlement scolaire/internet ● Abus sexuels ● Dépression/psychose/anxiété ● Münchhausen par procuration

Tableau III : Causes des syndromes douloureux chroniques.