

Quiz FMH 30

Mustapha Mazouni, Lausanne

Description du cas

Un enfant de 4 ans a présenté une maladie fébrile avec toux une semaine auparavant. Il ne veut plus marcher et se plaint de douleurs à la cuisse gauche. Son état général est bon, la température rectale est de 37,7°C.

Questions

Question 1:

Citez trois causes possibles de ce tableau clinique?

Question 2:

Citez trois examens complémentaires importants?

Question 3:

Après cinq jours sans aucun traitement, l'enfant est asymptomatique. Quel votre diagnostic définitif?

Réponses proposées

Réponse 1:

1. Synovite transitoire
2. Ostéomyélite ou ostéo-arthrite bactérienne
3. Leucémie
4. Myosite virale

Réponse 2:

1. Bilan sanguin
2. VS ou CRP
3. Ultrasonographie
4. Radiologie conventionnelle
5. Scintigraphie osseuse

Réponse 3:

Synovite transitoire de la hanche

Commentaires

Mustapha Mazouni, Lausanne

Question 1

Les réponses proposées pour cet enfant de 4 ans, sont toutes possibles:

Le diagnostic différentiel sur le plan clinique peut se faire en envisageant les étiologies proposées selon une gravité décroissante et une probabilité croissante:

1. Leucémie aiguë lymphoblastique

La leucémie aiguë lymphoblastique (LLA) peut présenter ce tableau au tout début de la maladie, la fièvre peut être encore modérée et l'état général conservé, la douleur localisée, l'impossibilité de marcher.

Le diagnostic sera suspecté par les examens de laboratoire en particulier l'hémogramme et le frottis sanguin et confirmé par l'examen de la moëlle osseuse. Mais cette hypothèse semble ici peu vraisemblable¹⁾.

2. Arthrite aiguë bactérienne.

Ce mode début est tout à fait atypique pour une arthrite septique de hanche, mais toujours possible, avec une fièvre encore peu élevée, un état général encore conservé, une douleur modérée et une impossibilité de marcher. Il ne FAUT PAS ATTENDRE pour faire un bilan en urgence afin d'infirmier ou confirmer le diagnostic d'arthrite septique de la hanche. Sinon, cette symptomatologie se modifie en général très rapidement en 12-24h, avec une fièvre élevée (> 38°C en général à 39°C et plus), une augmentation de la douleur, avec une douleur à la palpation, des spasmes de la cuisse, une position antalgique flexion et rotation externe de la cuisse²⁻⁴⁾. Le risque d'un diagnostic tardif d'une arthrite septique peut conduire à une altération grave de l'articulation de la hanche et parfois mettre en jeu le pronostic vital. Cette hypothèse doit toujours être évoquée pour être infirmée ou confirmée.

3. Myosite aiguë virale

La myosite aiguë virale se manifeste habituellement après un épisode d'infection virale des voies respiratoires, survenu quelques jours auparavant, avec un bon état général, un état fébrile modéré. L'évolution spontanée favorable en 5 à 10 jours, la sérologie virale (virus influenzae B souvent retrouvé) et l'élévation des CPK confirmera le diagnostic⁵⁾. C'est une éventualité rare.

4. Maladie de Perthes aurait pu être ajoutée dans les possibilités du diagnostic différentiel

Elle peut se manifester avec ce tableau clinique. La radiographie du bassin confirmera le diagnostic dans la majorité des cas⁶⁾.

5. Synovite transitoire

Le tableau présenté par cet enfant est tout à fait compatible avec ce diagnostic⁷⁻⁸⁾. Nous reviendrons sur ce sujet

Nota Bene

En fait la **synovite transitoire** doit être toujours un diagnostic d'exclusion. Il faut éliminer avant tout une arthrite septique de hanche (ou une ostéo-arthrite de la hanche)

Question 2

Le bilan proposé pour vérifier les hypothèses évoquées dans la question 1 doit être mieux précisé:

1. Formule sanguine complète et un frottis sanguin

normes pour l'âge = GR: 3'500'000/mm³/ Hb: 12g/l/GB < 15'000/mm³ (65% PN frottis sanguin qui pourrait retrouver des blastes en cas de LLA. (Et dans ce cas faire une ponction de moëlle osseuse).

2. Vitesse de sédimentation sanguine

Normale = < 10 mm à la 1^{ère} heure Elle est accélérée en cas d'inflammation et d'infection. Sa normalisation après guérison de l'affection est relativement lente par rapport à la CRP.

3. Protéine C réactive (CRP)

Normale = < 10mg/l. C'est une protéine de la phase aiguë de l'inflammation, produite par le foie en présence d'une inflammation, d'une infection ou d'une lésion tissulaire. Sa concentration dans le sang augmente dans les 6-8h après le début de l'inflammation avec un pic à 48h. La CRP augmente et retourne à la normale plus vite que la VS. Elle se normalise rapidement après guérison.

4. Radiographie conventionnelle du bassin face et profil en position de grenouille (Lauenstein)

Elle permet de vérifier la morphologie de l'articulation coxo-fémorale, en particulier de la tête fémorale.

5. Echographie de la hanche

Elle est INDIQUEE pour la recherche de liquide intra articulaire

6. Scintigraphie osseuse

La recherche de lésions osseuses par la scintigraphie est INDIQUEE seulement en cas de suspicion d'ostéoarthrite de la hanche.

Au total 3 examens (associés aux signes cliniques déjà cités) sont à retenir pour établir le diagnostic différentiel entre une arthrite septique et une synovite transitoire de hanche.

Leucémie
aigüe
lymphoblastique

Arthrite aigüe
bactérienne

Myosite virale

MALADIE
DE
Penthes

Synovite
transitoire

Kosten pro
Patient
tief halten

Santé 



SINOVITE TRANSITORIA BENIGNA

TRANSITORISCHE SYNOVITIS

(COXITIS FUGAX)

GF.

C'est une priorité devant toute douleur de hanche:

- Formule sanguine
- CRP et VS
- Echographie de la hanche

Au total en considérant les signes cliniques, les résultats du bilan biologique et de l'imagerie on peut établir le diagnostic différentiel suivant (tableau 1).

Question 3

Le diagnostic de synovite transitoire a été retenu chez cet enfant de 4 ans après une évolution spontanée de 5 jours vers la guérison. Nous rappelons ici les éléments du diagnostic et du traitement de la synovite transitoire de la hanche.

1. Critères cliniques

Pour la petite histoire la synovite transitoire est une entité clinique connue depuis longtemps (Lovett et Morse en 1892). Depuis cette époque, elle a été décrite sous plusieurs noms: coxitis fugax, phantom hip disease, coxite transitoire ... et maintenant synovite transitoire. La cause de l'inflammation a été l'objet de nombreuses hypothèses (infection virale, traumatisme, allergie) mais reste encore inconnue. C'est la cause la plus fréquente de douleur de hanche de l'enfant âgé entre 3 et 8 ans, en bon état général, qui prédomine chez le garçon. Elle survient le plus souvent après un épisode infectieux viral

des voies respiratoires supérieures. La fièvre n'est pas toujours présente et quand elle est retrouvée , elle est toujours inférieure à 38°C (température rectale). La synovite transitoire est le plus souvent unilatérale. La douleur est modérée au repos et se projette parfois dans la région de la symphyse pubienne, et quelque fois projetée sur la face antérieure de la cuisse ou du genou. Le membre est le plus souvent en position antalgique flexion rotation externe, position qui diminue légèrement la pression intra-capsulaire. La mobilisation de la hanche est limitée.

2. Critères biologiques

Contrairement à l'arthrite septique, il n'y a pas de perturbation du bilan biologique (globules blancs, VS et CRP dans les normes).

3. Imagerie

La radiographie conventionnelle de la hanche n'est pas utile.

Quant à l'échographie de la hanche elle est indiquée en seconde intention⁹⁾, seulement si après une observation de 1 à 2 jours, il n'y a pas de rémission des signes cliniques. Elle permet de visualiser la présence d'un épanchement⁹⁾.

4. Attitude thérapeutique

L'attitude thérapeutique est simple: repos au lit, avec ou sans anti-inflammatoire non stéroïdien (voir tableau 1). La mise en

traction pendant quelques jours, qui entraîne une diminution de la pression intra-capsulaire a été utilisée avec succès par certains auteurs⁹⁾, mais cette technique n'a pas été validée, entraîne obligatoirement l'hospitalisation de l'enfant, et donc le coût de la maladie.

Références:

- 1) Robazzi TC, Barreto JH, Silva LR, Santiago MB et Mendonça N – Osteoarticular manifestations as initial presentation of acute leukemias in children and adolescents in Bahia Brazil –J Pediatr Hematol Oncol, 2007; 29(9): 622–6.
- 2) Eich GF, Superti-Furga A, Umbricht FS et Willi UV The painful hip: evaluation of criteria for clinical decision-making Eur J Pediatr 1999, 158: 923–928.
- 3) Caird MS, FlynnJM, LeungYL, Millman JE, D'Italia JG, et Dormans JP – Factors distinguishing septic arthritis from transient synovitis of the hip in children- Journal of Bone and Joint Surgery,vol 88-A, 6. juin 2006, 1251–1257.
- 4) Kocher MS, Mandiga R, Zurakowski D, Barnewolt C, Kasser JR- Validation of 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.
- 5) Mackay MT, Kornberg AJ, Shield LK et Dennet X – Benign acute childhood myositis: laboratory and clinical features – Neurology,199 dec 10; 53(9): 2127–31.
- 6) Rosenfeld SB, Herring JA et Chao JC – Leg-Calvé-erthes Disease: a review of cases with onset before six years of age – J Bone Surg Am, 2007, dec; 89(12): 2712–22.
- 7) Hart JJ – Transient synovitis of the hip in children Am Fam Physician,1996,oct,54(5): 1587–91, 1595–6.
- 8) Do TT – Transient synovitis as a cause of painful limps in children – Current Opinion in Pediatrics, 2000, 12(1): 48–51.

Paramètres	Arthrite septique	Synovite transitoire
Signes cliniques	fièvre > 38°C douleur importante palpation douloureuse position antalgique ne peut pas marcher état général altéré	fièvre < 38°C douleur modérée, projetée cuisse palpation non douloureuse position antalgique ne peut pas marcher bon état général antécédent récent d'infection virale
Signes biologiques	globules blancs > 12 000/mm3 VS accélérée > 20–40 mm 1 ^{ère} heure CRP > 20mg/l	globules blancs sp VS sp CRPsp
Imagerie	radiographie du bassin (base de départ si suspicion d'une ostéomyélite) échographie de la hanche +++ - mise en évidence d'un épanchement - guide la ponction pour analyse cyto bactériologique	radiographie du bassin inutile initialement mais conseillée à 30 jours pour exclure une maladie de Perthes échographie du bassin - indiquée en 2 ^{ème} intention - mise en évidence d'un épanchement
Traitement	hospitalisation arthrotomie, drainage antibiotiques 2 à 3 semaines	- observation 24–48h à domicile - repos au lit - anti-inflammatoire non stéroïdien non systématique? - pas de prescription d'acide acétylsalicylique (risque de syndrome de Reye)

Tableau 1: Diagnostic différentiel entre l'arthrite septique* et la synovite transitoire
*cas particulier de l'ostéomyélite du fémur: dans ce cas la ponction est sèche et une scintigraphie osseuse est indiquée pour établir le diagnostic.