

■ Messages clés – Orthopédie pédiatrique

Les trois dépistages à ne pas rater



→ **P. MARY**
Service de Chirurgie orthopédique,
Hôpital Armand Trousseau, PARIS.

Dépister consiste à rechercher des pathologies à risque dans un groupe de patients donné, peu ou pas symptomatique. Trois pathologies orthopédiques méritent une telle démarche : la luxation congénitale de hanche, la scoliose et l'épiphysiolyse.

■ La luxation congénitale de la hanche

La luxation congénitale de la hanche (LCH) est certainement dépistée de manière moins rigoureuse actuellement, puisque nous avons de nouveau à traiter des LCH de diagnostic tardif (après la marche). L'examen clinique reste primordial. Il est difficile et doit donc être répété lors de chaque consultation durant la première année. Plus le diagnostic est fait tôt, plus le traitement est facile. La recherche d'un ressaut se fait sur un enfant détendu, installé en décubitus dorsal sur un plan dur. Les hanches sont

portées en adduction en poussant légèrement vers le dehors, et en donnant un petit mouvement de rotation interne. On peut alors sentir un ressaut de sortie : la hanche est luxable. Lorsque la hanche est spontanément luxée, c'est lors de la mise en abduction qu'on ressent le ressaut d'entrée. La limitation de l'abduction est un signe souvent plus tardif, sauf lorsque la hanche est luxée et irréductible. La mauvaise position de la tête fémorale fait que les muscles adducteurs se sont rétractés. Dans tous les cas, une limitation de l'abduction impose un avis spécialisé.

L'échographie de hanche n'est pas un examen de dépistage. La prescription d'une échographie de hanche statique et dynamique (visualisant l'éventuel ressaut) se justifie lorsqu'il existe des doutes cliniques ou lorsqu'on retrouve les facteurs de risque suivants :

- présentation du siège ;
- antécédents familiaux directs confirmés ;
- anomalies orthopédiques diverses : torticolis, *genu recurvatum*, déformation sévère des pieds.

Cette échographie est alors faite vers la fin du premier mois de vie. La classique radiographie du quatrième mois ne doit plus être un examen de dépistage de la LCH. Découvrir la luxation à ce terme est déjà un demi-échec, car les traitements nécessaires seront alors beaucoup plus lourds.

■ La scoliose

Le dépistage de la scoliose est clinique. L'examen du rachis commence par équilibrer le bassin. S'il ne l'est pas, le rachis s'incline dans le plan frontal pour compenser : c'est une attitude scoliotique.

L'anomalie se situe au niveau des membres inférieurs. La recherche d'une gibbosité est un élément indispensable pour pouvoir parler de scoliose. Elle s'objective en demandant à l'enfant de se pencher en avant, bassin équilibré, les genoux en extension. L'examineur se place à la tête de l'enfant. Lorsqu'il se redresse très progressivement, on voit apparaître une asymétrie des masses musculaires. On mesure la distance entre la saillie maximale, et la ligne des épineuses, qu'on rapporte au niveau de l'autre gouttière paravertébrale en restant strictement horizontal. La gibbosité correspond à la distance entre ce point de l'horizontale et les masses musculaires sous-jacentes. Une fois la scoliose confirmée, l'examen clinique doit être complet, à la recherche d'une éventuelle étiologie (neurologique, maladie générale...).

L'examen radiographique comprend un cliché du rachis en entier de face et de profil, debout, bassin horizontal. Il a deux buts essentiels :

- apprécier l'aspect et l'importance de chaque courbure ;
- rechercher une éventuelle cause à cette déformation.

Toute scoliose raide et/ou douloureuse, ou évolutive (plus de 5 degrés sur deux clichés successifs à 4 ou 6 mois d'intervalle) nécessite une consultation spécialisée.

■ L'épiphysiolyse fémorale supérieure

L'épiphysiolyse fémorale supérieure (EFS) correspond à un glissement de l'épiphyse fémorale supérieure par rapport au col au niveau du cartilage de croissance. Plusieurs facteurs favorisants ont été identifiés, en particulier

I Messages clés – Orthopédie pédiatrique

le surpoids qui, très logiquement, induit une augmentation des contraintes au niveau du cartilage de croissance. L'EFS chronique correspond à un glissement progressif de l'épiphyse par rapport au col, qui se fait en bas et en arrière, sans qu'il se produise de rupture complète à aucun moment entre ces deux structures. Plus le diagnostic sera tardif, plus le glissement sera important et difficile à traiter, avec des séquelles plus sévères. Le tableau clinique typique est celui d'un adolescent qui se plaint de la hanche ou du genou (douleur projetée) depuis plusieurs mois. La marche se fait avec une boiterie évidente et souvent une démarche en rotation externe.

L'examen en décubitus retrouve une diminution, souvent douloureuse, de la rotation interne de hanche. Le diagnostic est confirmé par la radiographie des hanches de face et de profil.

Sur le cliché de face, l'épiphyse fémorale paraît moins haute (puisqu'elle a basculé en arrière). La portion de l'épiphyse fémorale supérieure coupée par la ligne bordant le col fémoral (ligne de Klein) est moins importante (puisque l'épiphyse a basculé en bas). Le cartilage de croissance a souvent un aspect irrégulier, feuilleté. Sur le cliché de profil, la bascule est beaucoup plus facilement identifiable.

Dans tous les cas, le diagnostic de l'EFS doit être fait le plus tôt possible. Cette bascule postérieure et interne lorsqu'elle est importante est source d'arthrose précoce. Négliger une EFS chronique expose aussi au risque de glissement aigu, équivalent à une fracture avec une proportion importante de nécrose de la tête fémorale.

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

Orthopédie et sport

Les activités physiques et sportives sont essentielles au bon développement de l'enfant et de l'adolescent. Nous avons choisi dans ce cadre d'évoquer 4 problèmes de pratique quotidienne : les apophysoses, la pratique sportive chez l'enfant obèse, chez l'enfant scoliotique, et la consultation d'aptitude à une activité sportive.

Les ostéochondroses correspondent toutes à des microtraumatismes répétés au niveau de l'insertion d'un tendon d'un muscle puissant. Le tendon étant lui-même extrêmement solide, c'est le cartilage de croissance auquel il est fixé, qui va être à l'origine de douleurs. La présentation clinique est typique et pratiquement toujours suffisante à établir le diagnostic. Il s'agit d'une douleur mécanique, augmentée par les activités sportives et localisée en un point précis, s'accompagnant parfois de signes inflammatoires locaux.

Les principales sont les suivantes :

– Osgood Schlatter - tubérosité tibiale antérieure - tendon rotulien ;

– Sever - grande apophyse du calcaneus - tendon d'Achille ;
– Sinding Larsen - pointe de la rotule - tendon rotulien ;
– Kohler - apophyse de l'os naviculaire - tibial postérieur.

L'indication de radiographie ne se pose qu'en cas de doute diagnostique. L'interdiction totale de sport n'est pas souhaitable et surtout, elle est illusoire chez des enfants qui veulent poursuivre leurs activités. Il faut alors expliquer qu'il n'y a pas vraiment de risque de pathologie chronique ou traumatique vraie, que la symptomatologie peut persister tant qu'il y a de la croissance à ce niveau. L'enfant doit donc adapter sa pratique sportive à sa douleur, ce qui ne dispense pas de l'aider par des prescriptions raisonnables d'antalgiques. Il faut également conseiller des échauffements avant et des étirements après les activités sportives.

Les activités physiques sont une partie importante de la prise en charge thérapeutique de l'enfant obèse. Ces enfants ont tendance à être globalement dou-

oureux de leur appareil locomoteur. Lors de traumatisme, les fractures sont beaucoup plus sévères car la masse augmente les contraintes. Il faut donc éviter que les activités physiques soient source de douleur et de traumatisme qui risquent de démotiver l'enfant et retarder le programme de rééducation. Pour cela, le choix de l'activité doit permettre une augmentation très progressive de l'effort, ce qui a pour intérêt d'éviter les traumatismes et d'être gratifiant pour l'enfant.

Évoquer le problème de l'activité sportive chez l'enfant scoliotique est l'occasion de tordre le cou à plusieurs idées reçues sans fondement médical. La natation n'est pas particulièrement recommandée. Les activités sportives asymétriques (tennis, badminton, etc...) ne sont pas contre-indiquées, pas plus que l'équitation. Toutes les activités sportives sans exception sont à encourager, surtout chez des adolescents qui souvent n'ont pas beaucoup d'activités physiques ! De notre point de vue, la kinésithérapie ne doit pas être prescrite en remplacement de l'activité sportive.