

Le jeune Louis, âgé de 2 ans, vous est présenté par sa mère un lundi matin en raison d'un refus d'appui à droite, qu'elle a constaté le matin au réveil de l'enfant. Elle suspecte un incident survenu au cours de la semaine passée, alors que Louis était chez son père, avec lequel une procédure de divorce est en cours. Elle se méfie de la nouvelle compagne du père de Louis et demande un certificat descriptif des lésions observées pour le présenter à son avocat.

1. Comment mènerez-vous votre examen clinique à la recherche de signes de maltraitance ?

R : Examen complet de l'enfant déshabillé. Recherche d'ecchymoses d'âge différent, de brûlures. Identifier leur nombre et leur localisation. En particulier, les localisations au niveau du tronc, du visage ou au niveau de la racine des membres qui ne sont habituellement à concerner par les traumatismes accidentels. Analyser la forme des lésions observées.

Commentaires : La question porte sur l'examen clinique. La recherche de « fractures à la radio » ou de « fractures d'âge différent » n'a pas sa place dans l'examen clinique.

2. En particulier, comment rechercherez-vous cliniquement les stigmates d'une fracture expliquant le refus d'appui ?

R : Palpation méthodique du membre inférieur au niveau des différents reliefs osseux. Pied, malléoles, diaphyse tibiale, Condyles fémoraux. Torsion du squelette à la recherche d'une douleur provoquée.

Commentaires : La encore c'est un examen clinique qui doit être fait ici : il n'y a pas de place pour la lecture de radios. A cet âge, hormis un accident violent remarquable, les fractures ne sont pas déplacées. Il n'y a donc pas de déformation, d'hématome et encore moins d'ouverture cutanée. « Bandelette urinaire » Quelle justification ici ? Il s'agit ici de rechercher les signes de fracture . Il n'est donc pas logique de détailler tous les signes d'atteinte articulaire en négligeant la palpation des diaphyses et métaphyses.

Votre examen ne retrouve en fait aucune anomalie à l'exception d'une douleur à la palpation de la métaphyse tibiale inférieure. L'hypothèse d'une maltraitance est écartée.

3. Quelles sont les deux principales hypothèses diagnostiques que vous privilégiez ? Quels éléments cliniques ou d'interrogatoire rechercherez-vous en faveur chaque hypothèse ? Quels examens complémentaires demanderez-vous et qu'en attendrez-vous ?

R : Une fracture sous-périostée basse de jambe ou une fracture en motte de beurre. Recherche d'un incident mineur la veille au soir ou au réveil. Lit à Barreaux ? Radiographie à la recherche d'une image de fracture en cheveu d'ange ou d'une motte de beurre.

Une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du tibia. Recherche d'antécédent infectieux. Syndrome infectieux : fièvre. Augmentation de la chaleur locale. Œdème, rougeur. Biologie à la recherche d'un syndrome infectieux (NFS-VS CRP). Radiographie standart à la recherche d'une ostéolyse. Echographie à la recherche d'un œdème des parties molles, d'un abcès sous périosté. Vérifier l'absence d'épanchement intra articulaire.

Commentaires :

La fracture en cheveu d'ange ou la fracture en motte de beurre sont des fractures non déplacées bénignes. Elles ne donnent ni déformation ni ouverture cutanée ni ecchymose ni tuméfaction. Le cal osseux n'est pas perceptible quand il arrive. Le diagnostic ne repose donc que sur la douleur provoquée à la palpation ou la torsion du squelette jambier. La radio est souvent normale en cas de fracture en cheveu d'ange sauf si l'incidence « enfile » juste le trait de fracture.

« L'arthrite septique » ne donne pas non plus de douleur métaphysaire « La synovite aigue transitoire » est une pathologie de la hanche et n'affecte donc pas la diaphyse tibiale. la « tumeur osseuse » est possible mais c'est une situation rare.

« L'IRM est l'examen de référence ». On ne demande pas d'IRM pour tout enfant suspect d'infection osseuse. Problème de coût et de disponibilité.

Finalement, vos investigations ne retrouvent aucune anomalie et vous concluez à une anomalie bénigne qui devra spontanément rentrer dans

l'ordre sans qu'un diagnostic précis soit invoqué, ce qui est assez fréquent. Vous recommandez à la maman de patienter quelques jours et de vous revoir une semaine plus tard pour un contrôle.

Une semaine plus tard, la situation s'est normalisée ; l'enfant est à nouveau capable de marcher sans boiterie. En revanche la maman profite de la consultation pour vous questionner à propos du dos de Louis. Elle a en effet été elle-même traitée pour une scoliose dans son enfance et souhaite être rassurée sur l'absence de déformation pour Louis.

4. Quels éléments d'examen clinique rechercherez-vous en faveur d'une scoliose ?

R : déséquilibre du tronc, déformation frontale du rachis, Asymétrie de la taille, gibbosité recherchait sur un enfant en position debout, bassin équilibré, en antéflexion mains jointes. Lordose ou réduction de la cyphose physiologique dans le secteur thoracique. Rechercher une étiologie neurologique . Recherche et des arguments pour une étiologie particulière (neurofibromatose, maladie de Marfan).

Commentaires : La scoliose idiopathique est associée à une lordose et non à une cyphose. Si vous répondez « recherche d'une lordose ou d'une cyphose » la bonne réponse ne peut pas être retenue. L'existence d'une gibbosité est pathognomonique, mais il faut savoir décrire la méthode de recherche.

Votre examen clinique confirme les craintes de la maman.

5. Quel examen complémentaire demanderez-vous ? Rédigez votre demande. Décrivez les anomalies observées.

R : Rachis entier de dos et de profil en position debout. Courbure frontale. Vertèbres limites : angle de Cobb. Vertèbre sommet : rotation vertébrale.

Commentaires : Il faut faire une radio du rachis en entier et non une simple rx du rachis dorsal ou lombaire. Un « scanner 3D » est un examen long et irradiant qui n'a pas sa place pour l'évaluation d'une scoliose en première intention.

La scoliose s'avère idiopathique (forme dite infantile), mais sa gravité est modérée. Il n'y a pas d'indication thérapeutique immédiate.

6. Sur quels critères cliniques et radiologiques baserez-vous votre surveillance ? Quels arguments vous pousseront à faire appel au spécialiste ?

R : Vitesse de croissance, maturité pubertaire clinique et squelettique, angle de Cobb, aggravation de la déformation au dessus de 20°

Commentaires : Le recours au spécialiste est justifié dès qu'un traitement peut être envisagé et donc dès que l'on observe des signes d'évolutivité. Il ne faut donc en aucun cas attendre des signes de gravité extrême tels que douleurs, insuffisance respiratoire (scolioses >70° ou 80°), tumeur ou complications neurologiques. Ce serait bien évidemment trop tard.

La maman, inquiète vous interroge sur les possibilités de traitement de l'enfant.

7. Quelles sont les grandes lignes des méthodes thérapeutiques possibles (sans les indications thérapeutiques).

R : la plupart des scolioses structuralisées en période de croissance doivent être traitées orthopédiquement par corset dès qu'on a la preuve de leur évolutivité. En cas d'échec du traitement orthopédique ou quand la scoliose a pris des proportions excessives, il pourrait être nécessaire de recourir au traitement chirurgical.

Commentaires: La rééducation n'est pas une méthode thérapeutique à elle seule pour la scoliose. L'« *inégalité de longueur des membres inférieurs* » n'est cause de scoliose mais d'attitude scoliotique. On ne traite pas une scoliose par des « *semelles orthopédiques* ». Quand le traitement chirurgical est présenté comme étant le seul moyen thérapeutique, surtout chez un enfant de 3 ans, le point n'est pas compté. Un corset plâtré est par définition inamovible. Il ne peut donc pas être porté à temps partiel !

Remarques générales sur les modalités de rédaction des copies :

Dans un dossier clinique, il faut donner les éléments relatifs au cas clinique et non sortir comme un tiroir tout un chapitre de

cours : quand on demande les signes d'une fracture, on ne recherche pas un « choc rotulien » en faveur d'un épanchement. Dans le même chapitre on ne doit pas lire « Fièvre heure du dernier repas »

« L'examen se fait sur un enfant entièrement nu » : La nécessité d'examiner un enfant en totalité ne veut pas dire qu'on lui impose de rester nu lors de la consultation. Ce n'est pas réaliste. Surtout si on doit examiner en particulier son dos ou sa jambe. En revanche l'examen doit être complet et nécessite que l'enfant soit déshabillé, en sous-vêtements. On pourra ponctuellement avec un motif précis contrôler les OGE, ou les fesses en écartant le sous vêtement brièvement.