Étude clinique

La description clinique est habituellement très succinte dans toutes les études traitant de la maladie dans son ensemble. Ceci s'explique par sa banalité et cependant le diagnostic est encore trop souvent fait tardivement. Ceci justifie le rappel de quelques règles essentielles d'autant qu'il faut souligner dès à présent l'importance pronostique que revêt le stade où la maladie est découverte.

La synovite transitoire sera traitée à ce chapitre plus qu'au titre du diagnostic différentiel en raison de sa ressemblance avec l'ostéochondrite. En outre, la relation possible entre ces deux phénomènes ajoute parfois aux errements diagnostiques. A cet égard, certaines techniques nouvelles (scintigraphie) peuvent apporter une aide précieuse au diagnostic.

Ostéochondrite

Signes d'appel

Ils se réduisent en fait à deux signes :

— *une boiterie* est presque toujours retrouvée, influencée par la fatigue et le repos, mais en règle discrète et n'inquiétant pas tout de suite ;

— *une douleur* peut s'y associer mais ce signe est plus inconstant, surtout chez l'enfant très jeune ; elle siège habituellement à la hanche, plus rarement au genou ; elle aussi varie avec l'activité de l'enfant et peut céder au repos.

Ces signes s'installent en règle progressivement, mais un mode de début brutal est possible (Adams). Lauritzen a étudié précisément comment s'associaient ces deux signes et il apparaît clairement que la boiterie reste le signe d'appel essentiel (80 p. cent) et souvent isolé (60 p. cent). Ce caractère banal et discret explique sûrement le délai entre le début des signes cliniques et la première radiographie qui fera le diagnostic :

— inférieur ou égal à 1 mois .... 33 p. cent
— de 1 à 3 mois ..... 33 p. cent
— de 4 à 6 mois ..... 25 p. cent
— supérieur à 6 mois ..... 9 p. cent

Assez souvent d'ailleurs (30 p. cent dans l'enquête de Lauritzen), la première consultation médicale n'a pas de sanction radiologique et ces soi-disant « douleurs de croissance » verront leur diagnostic rétabli à un stade plus avancé.

C'est dire le caractère impératif de pratiquer une radiographie du bassin (face et Lauenstein) devant toute boiterie, même isolée.

Dans certains cas, la maladie est complètement latente, ce qui explique la possibilité de la découvrir fortuitement à l'occasion d'une radiographie de bassin (fig. 24). Cette éventualité est rare (2 à 3 p. cent des cas) mais mérite d'être connue car il convient de regarder avec soin les hanches des enfants à l'occasion de tels examens et particulièrement sur les *urographies* qui pourraient être pratiquées pour le bilan ou la recherche d'une malformation urinaire (d'autant qu'on a vu la relation existante entre ces deux types d'affections) (fig. 25).

Signes d'examen

Une limitation discrète des mouvements est retrouvée, portant essentiellement sur l'abduction et la rotation (interne ou externe). L'amyotrophie dépend de l'ancienneté des troubles et traduit l'organicité de l'affection ; elle reste habituellement modérée. L'état général est excellent, il n'y a pas de fièvre et tous les examens biologiques sont normaux.

Ce tableau clinique est donc discret mais suffisant pour faire un diagnostic de présomption : il doit être évoqué de principe, quitte à être infirmé par l'évolution radiographique tant il est vrai que

Fig. 24

Découverte systématique d'une ostéochondrite à l'occasion de douleurs abdominales chez un garçon de 5 ans 1/2 : groupe IV de Catterall, stade de fragmentation avancée.

l'ostéochondrite est avant tout une maladie « radiologique ».

Synovite aiguë transitoire

« rhume de hanche »

Ce syndrome, bien connu des pédiatres et des chirurgiens d'enfants, a été décrit dès 1892 par Lovett et Morse : « Une maladie qui se présente au début avec les signes d'une affection de la hanche, qui disparaitront en quelques semaines au lieu de durer plusieurs années. »

Fairbank (1926) en donne la première description complète et la baptise « coxitis fugax ».

L'appellation de cette affection est d'ailleurs multiple et traduit bien son aspect clinique : synovite transitoire, « rhume de hanche », et en anglais « observation hip ».

Tableau clinique

Il est assez stéréotypé : chez un garçon, le plus souvent, survient une douleur de la hanche ou du genou avec une boiterie. Le début est soit aigu (l'enfant ne peut pas se lever le matin), soit progressif remontant à quelques jours, voire quelques semaines. Elle s'accompagne d'une limitation globale des mouvements, particulièrement l'*abduction* et la rotation interne. L'âge de ces enfants se situe entre 1 et 15 ans mais avec une nette prédominance pour la tranche 5-10 ans.

Examen radiographique

La radiographie a surtout un rôle d'élimination en montrant l'*intégrité squelettique*. Les modifications des ombres des tissus mous signalées par plusieurs auteurs (Drey, Hetmel) doivent être interprétées avec prudence car elles peuvent exister chez des enfants normaux (Brown). Toutefois un *élargissement de l'ombre du psoas et de l'obturateur interne* du côté atteint a une certaine valeur. De même, une certaine distension capsulaire peut correspondre à l'élargissement de l'ombre péri-articulaire externe.

En revanche un minime déplacement latéral externe avec élargissement apparent de l'interligne articulaire (voisin de deux millimètres comparativement au côté sain) est souvent observé. Sa signification est d'ailleurs discutée et correspondrait sans doute, comme dans la maladie de LPC, à un épaississement du cartilage et non à une véritable expulsion (Gershuni et Axer).

Examens biologiques

Les divers examens biologiques, en particulier de la série inflammatoire ou infectieuse, sont toujours normaux (hormis la vitesse de sédimentation qui peut être un peu élevée). Une ponction articulaire a souvent été réalisée et le liquide citrin a toujours été stérile. D'ailleurs, aucune hypothèse étiologique (traumatique, infectieuse, allergique ou même virale) n'a pu être vérifiée (Hardinge).

Evolution

Elle est en général simple, conduisant à la guérison en quelques jours, ou quelques semaines.

Soit spontanément, soit après une courte période de traction au lit permettant la surveillance et la sédation des troubles, tous les signes s'amendent et la hanche récupère en totalité sa fonction. De nombreux cas n'auront peut-être pas motivé une consultation tant ces signes auront été discrets ou de courte durée.

Assez rarement, l'évolution est un peu moins favorable, soit que les *signes s'atténuent plus lentement,* soit que l'on assiste à une *« récidive »* de ceux-ci après guérison. Aussi est-il indispensable de continuer à surveiller systématiquement ces enfants quelques mois après la fin de l'épisode initial.

Ainsi se définit la synovite aiguë : un tableau clinique stéréotypé, une cause inconnue, mais une évolution bénigne.

Devenir à long terme

Ce « raccourci » clinique explique peut-être que seuls quelques auteurs l'aient étudié (Ferguson, Valderama, Kemp).

Ainsi Valderama, sur 23 observations revues avec un recul allant de 15 à 30 ans, constate douze fois des modifications radiologiques sur la seule hanche atteinte *(coxa magna)* et des lésions d'arthrose dans 7 cas (soit le tiers des observations). Cette évolution semble être l'apanage des synovites survenues tardivement (8 à 12 ans) ce qui s'explique, selon l'auteur, par de moindres capacités de remodelage de la hanche à cet âge (fig. 26).

Relations entre ostéochondrite et synovite

Le lien, s'il existe, entre synovite aiguë transitoire et ostéochondrite est difficile à affirmer car plusieurs points de pathogénie sont encore obscurs. Et cependant, il suffit de rappeler le pronostic radicalement différent de l'une et l'autre, pour s'attacher à discuter cette question sur laquelle les avis sont d'ailleurs très partagés : Jacobs observe onze évolutions vers une ostéochondrite sur 62 cas (18 p. cent), alors que d'autres ne l'ont jamais constatée (Adams, Beau). Spock, sur une revue de la littérature, trouve en moyenne 1,5 p. cent de cas de synovite ayant évolué vers l'ostéochondrite.

Cette relation éventuelle entre les deux maladies est d'autant plus préoccupante que *leur tableau clinique est très comparable* (Adams) : même prédominance pour le sexe masculin, même prédilection pour la tranche 5-10 ans, mêmes signes cliniques. Seul le mode de début diffère, sans s'opposer toutefois puisqu'il peut être aigu dans l'ostéochondrite et qu'il est souvent progressif dans la synovite.

1. Ainsi on peut, en première hypothèse, penser que les cas de synovite ayant évolué vers une ostéochondrite étaient en fait des ostéochondrites dépistées au tout début, à l'occasion d'une scène clinique bruyante.

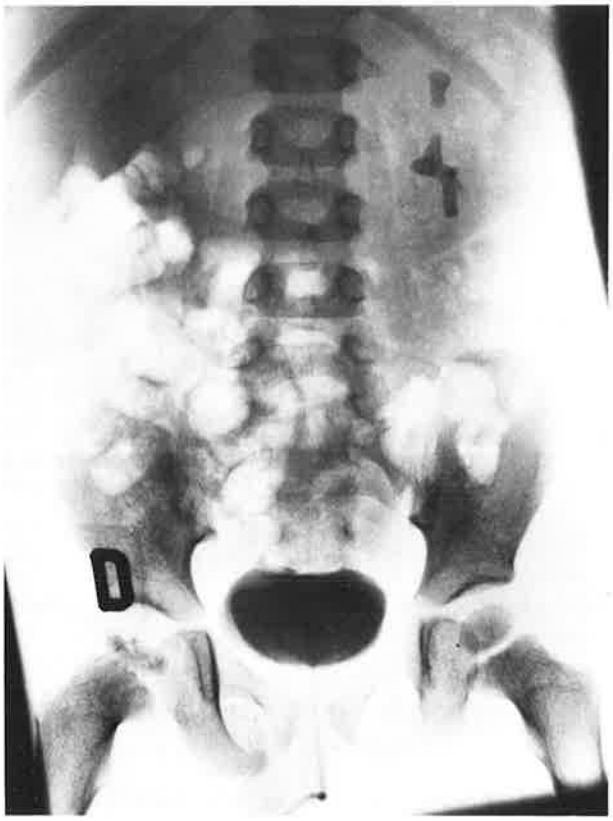


Fig. 25

Découverte fortuite d'une ostéochondrite droite sur une urographie faite chez un garçon de 4 ans pour un calcul coralliforme.

TABLEAU IV

Classification de Kemp

Etat réversible
Stade I : *synovite transitoire*
. pas de signe radiologique
. signes radiologiques :
— déplacement latéral de l'épiphyse
— élargissement de l'interligne
Etat irréversible
Stade II : *ostéochondrite*
— densification
— fragmentation
— réparation
Stade III : *ostéochondrite majeure*
— élargissement métaphysaire
— trouble de croissance

2. Une autre possibilité est que la synovite représente véritablement le préliminaire à une

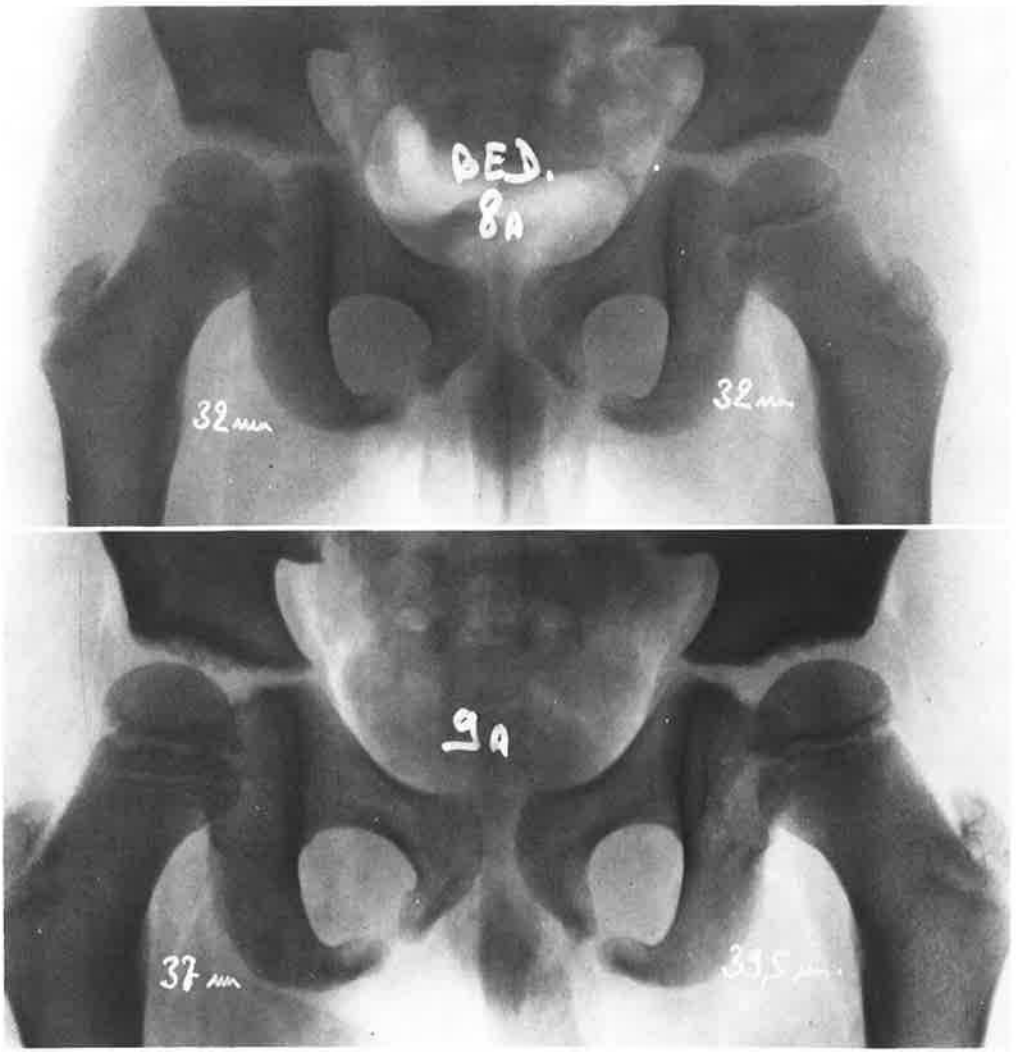


Fig. 26 a et b

« Rhume de hanche » gauche ayant duré 15 jours chez un enfant de 8 ans. Evolution en 1 an vers une coxa magna.

ostéochondrite potentielle sous forme d'un état réversible. Ceci est la base de la classification de Kemp (tableau IV).

L'hypertrophie du cartilage notée sur les arthrographies serait la réponse à une hyperhémie transitoire comme cela a été montré expérimentalement sur le lapin. Cette coxa magna, si elle est importante et durable, pourrait être un facteur mécanique d'ostéochondrite par l'incongruence qu'elle entraîne. Un deuxième facteur déclenchant serait une ischémie transitoire liée à l'épanchement, véritable « tamponnade intra-articulaire » (Kemp) (fig. 27). Les lésions de la hanche de l'hémophile représenteraient peut-être un modèle clinique de ce double mécanisme.

3. Une dernière hypothèse (que nous avançons) résulte des constatations scintigraphiques. Il semble bien en effet que les images observées à l'occasion d'un « rhume de hanche » puissent être de deux types (Fasting, Sutherland), même si l'évolution se fait vers la résolution dans les deux cas (fig. 28) : soit un aspect de fixation normale (ou de légère hyperfixation, reflet d'une hyperhémie locale), soit, au contraire, défaut de fixation (comparable à l'aspect du trou habituellement observé dans une authentique maladie de LPC) mais généralement limité à une encoche.

Ainsi, *une même entité clinique, le « rhume de hanche » recouvrirait en fait sous ce vocable deux concepts différents et sans doute indépendants.*

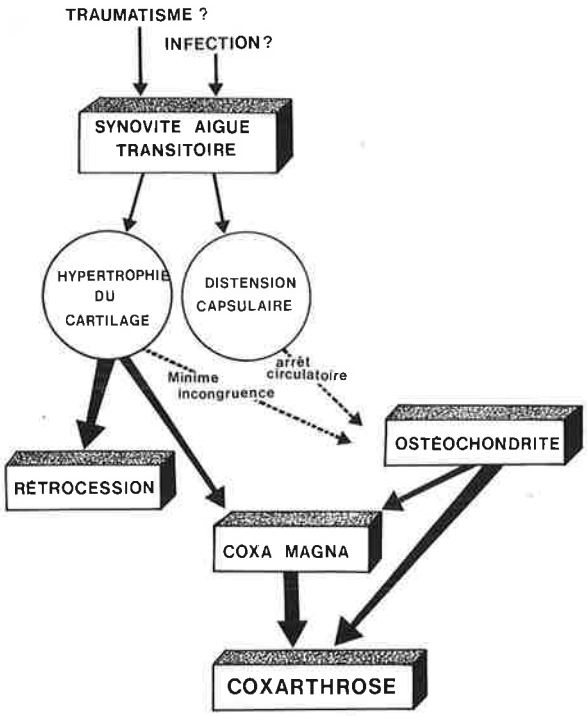


Fig. 27

Relations entre synovite et ostéochondrite.

— Dans le premier cas, il s'agirait d'une *synovite aiguë* véritable, de cause d'ailleurs méconnue, et alors toujours résolutive (le déclenchement d'une ostéochondrite par tamponnade n'a jamais été réalisé ailleurs que chez le chien).

— Dans le second, il s'agirait au contraire d'un *épisode ischémique* limité, susceptible d'être résolutif (forme abortive) ou d'évoluer au contraire vers une maladie de LPC véritable à l'occasion d'un deuxième épisode ischémique à quelques jours ou semaines d'intervalle.

En pratique, ces inconnues pathogéniques n'ont pour seule conséquence que d'inciter à la plus grande *prudence* devant un tableau clinique souvent banal. Qu'il s'agisse d'une ostéochondrite au tout début (infraradiologique) ou d'une synovite aiguë (susceptible ou non de se compliquer d'ostéochondrite), *la surveillance régulière et systématique* de tels enfants s'impose toujours, clinique et radiologique, tous les mois pendant au moins trois mois, ou plus si les signes ne s'amendent pas ou réapparaissent (fig. 29).

La scintigraphie représente un appoint essentiel devant cette situation aussi fréquente que délicate et l'on a vu le crédit qu'on pouvait lui accorder pour affirmer (ou infirmer) le diagnostic d'ostéochondrite. A défaut de la pratiquer systématiquement, elle s'impose sûrement chez un *enfant « à risque »* (garçon, 4 à 7 ans, terrain prédisposé, boiterie d'évolution traînante ou récidivante) (fig. 30).

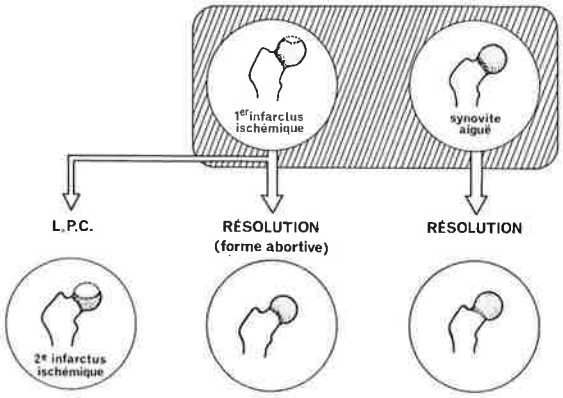


Fig. 28

Le démembrement du « rhume de hanche ».

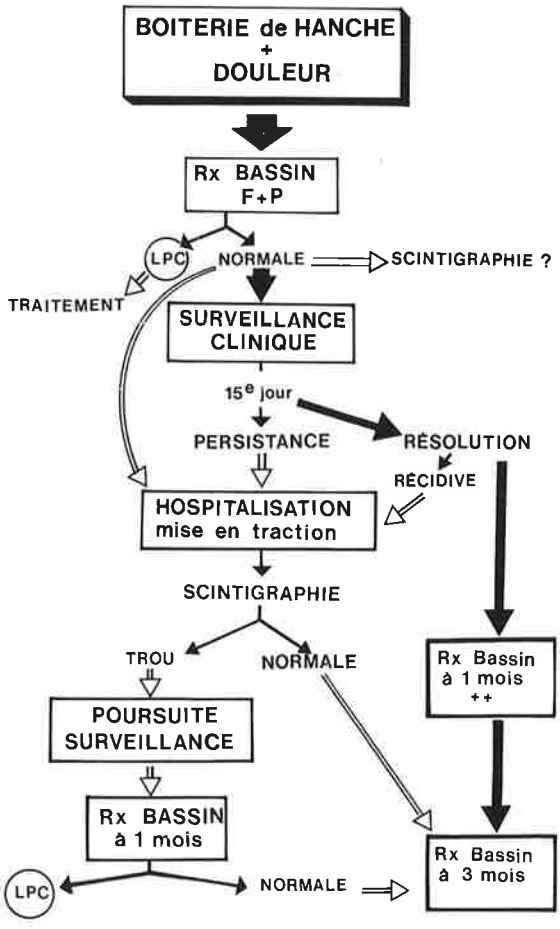
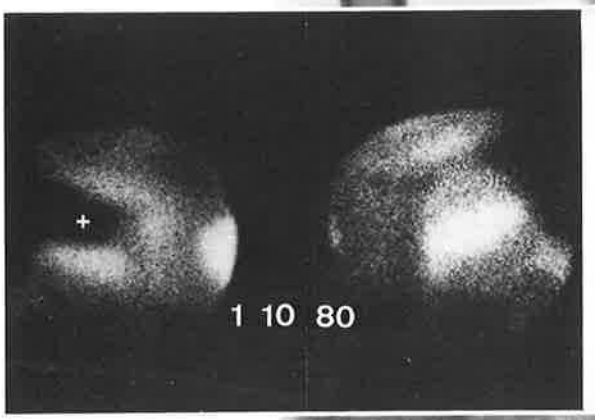
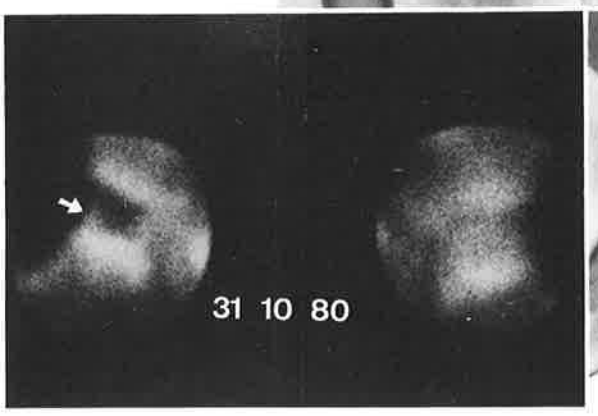


Fig. 29

Conduite à tenir devant un tableau de « rhume de hanche ».

Fig. 30

Place de la scintigraphie dans le « rhume de hanche » sur *un terrain à risque* **: garçon de 4 ans 1/2, rhume de hanche itératif à deux mois d'intervalle, retard de taille (-1ds).**
a) Radiographies de face et de profil normales. Retard d'âge osseux de 2 ans. Trou scintigraphique très important.



b) Un mois plus tard, le diagnostic radiologique est faisable : légère condensation diffuse du noyau avec minime aplatissement. La scintigraphie montre déjà une flammèche externe de revascularisation réduisant le trou initial.