

## INFORMATIONS CLEFS

- Le rhume de hanche est une synovite aiguë transitoire de hanche.
- Il s'agit d'une maladie auto-immune, souvent précédée d'une virose 10 à 15 jours auparavant.
- Le rhume de hanche est fréquemment bilatéral.
- L'échographie de hanche est l'examen de choix pour le diagnostic.
- Le diagnostic différentiel important est avec l'arthrite septique de hanche.
- Les 4 critères prédictifs sont la T°, la CRP élevée, les leucocytes élevés et l'appui impossible.
- S'il n'y a que 1 ou 2 critères positifs, il est licite de ne pas ponctionner.
- S'il y a 3 ou 4 critères positifs, il faut ponctionner.
- Il faut réaliser une radiographie de hanche systématique à 6 semaines afin d'exclure la maladie de Legg-Calvé-Perthès (1 % des cas).
- Le rhume de hanche guérit sans séquelle.

## IMAGES CLEF

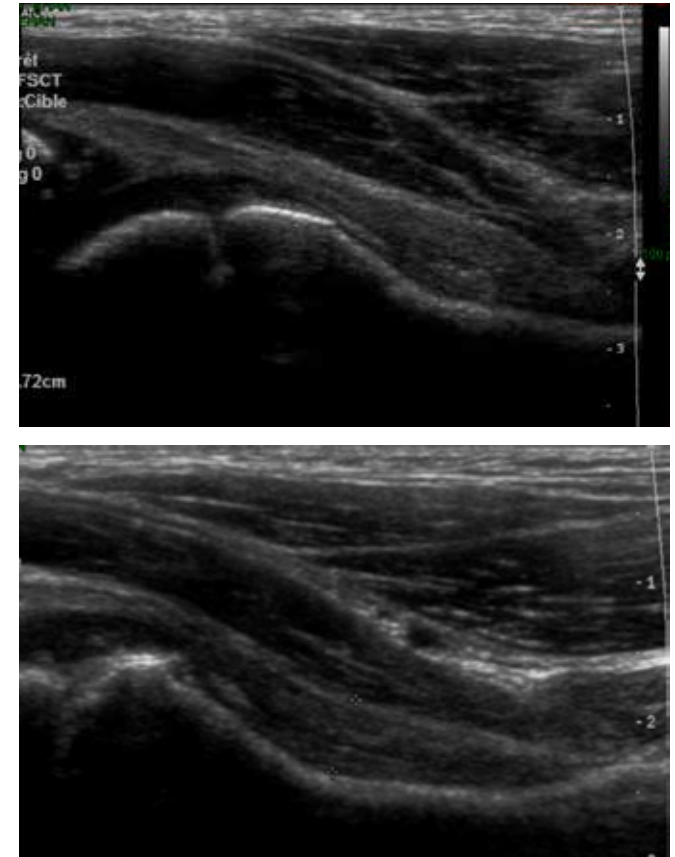


Figure 1 - Rhume de hanche unilatéral.

Sur l'image du haut, on voit que la synoviale est refoulée par le liquide articulaire et elle devient ainsi convexe.

Sur l'image du bas, la synoviale n'est pas refoulée, elle suit la courbe du col fémoral, il n'y a donc pas d'épanchement (écho normale).

## DÉFINITION

Le rhume de hanche est une synovite aiguë transitoire de la hanche de l'enfant. C'est une maladie auto-immune car c'est le système immunitaire de l'enfant qui attaque sa propre articulation.

## PATHOGÉNIE – HISTOIRE NATURELLE

Il s'agit donc d'une maladie auto-immune. C'est l'équivalent d'une arthrite réactionnelle. Il est d'ailleurs fréquent que les 2 hanches soient touchées avec un épanchement plus marqué d'un côté. La durée moyenne des symptômes est de 10 jours.

## ÉPIDÉMIOLOGIE

Le rhume de hanche est la première cause de douleur de hanche chez l'enfant de 9 mois à l'adolescence (avec un pic de fréquence entre 3 et 8 ans). Dans 70 % des cas, elle est précédée d'une infection ORL.

Dans 1 % des cas de rhume de hanche, il s'agit en réalité d'une maladie de Legg-Calvé-Perthès.

## PRÉSENTATION CLINIQUE

La symptomatologie se caractérise par une boiterie souvent unilatérale causée par une douleur de la hanche pouvant irradier jusqu'au genou. La douleur est absente dans 10 % des cas.

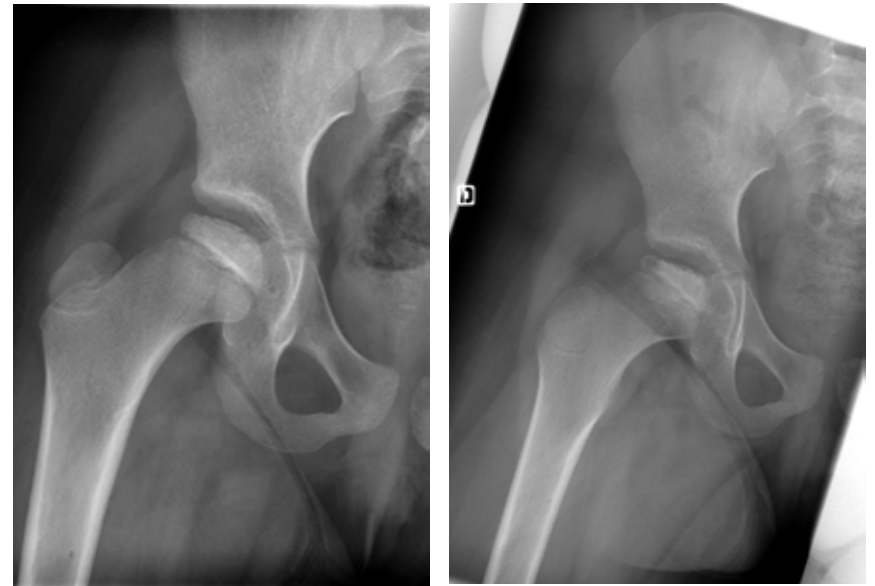
L'examen clinique montrera essentiellement une diminution de l'abduction et de la rotation interne de la hanche.

Ces symptômes sont identiques à ceux de la maladie de Legg-Calvé-Perthès.

## EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

La biologie est normale. Les signes biologiques de syndrome inflammatoire sont le plus souvent absents ou peu marqués.

C'est l'échographie (FIG. 1) qui est l'examen de choix pour objectiver l'épanchement synovial. La ligne de la capsule articulaire est alors convexe au lieu d'être concave et parallèle au fémur.



**Figure 2 -** Maladie de Legg-Calvé-Perthès chez un garçon de 5 ans. La radiographie initiale était normale et l'échographie de hanche montrait un épanchement. Le diagnostic de rhume de hanche droit avait été donné. La radiographie réalisée après 6 semaines (image de gauche) montre déjà des signes de la maladie de Legg-Calvé-Perthès (densification du noyau). à trois mois d'évolution, la fragmentation commence.

La radiographie peut être normale ou mettre en évidence un épanchement intra-articulaire avec élargissement de l'interligne articulaire et refoulement des

lignes grasseuses périarticulaires. Il faut toujours répéter la radiographie 6 semaines après pour exclure une maladie de Legg-Calvé-Perthes (FIG. 2) dont les premières manifestations ressemblent au rhume de hanche.

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL D'UNE BOITERIE

En cas de boiterie chez l'enfant, il faut suivre les guidelines établis par Fisher et al. (FIG. 3). Il faut faire une anamnèse soignée (parents et enfant si possible) et réaliser un examen clinique complet. Il faut prendre la température de l'enfant et réaliser une biologie sanguine (globules blancs et CRP). Si l'examen clinique montre une douleur élective à un endroit autre que la hanche (par exemple, la cheville), il faut faire une radio voire une échographie centrée sur cette zone. En cas d'anomalie de hanche (diminution de l'abduction et de la rotation interne de hanche), il faut réaliser une échographie de hanche. S'il y a un épanchement arti-

culaire et/ou un épaississement synovial avec une biologie sanguine normale, le diagnostic de rhume de hanche est posé. Si l'échographie est normale, une radiographie est réalisée. La radiographie montre parfois un kyste essentiel de fémur proximal, une maladie de Legg-Calvé-Perthès, une tumeur, une ostéomyélite, etc.

Si la radiographie est normale (ainsi que l'écho et la biologie), on parle de hanche irritable et l'affection guérit toujours dans tous les cas après quelques jours. Si la biologie sanguine est anormale, il faut faire un diagnostic différentiel avec l'arthrite septique de hanche et la ponction est parfois nécessaire (cf. infra).

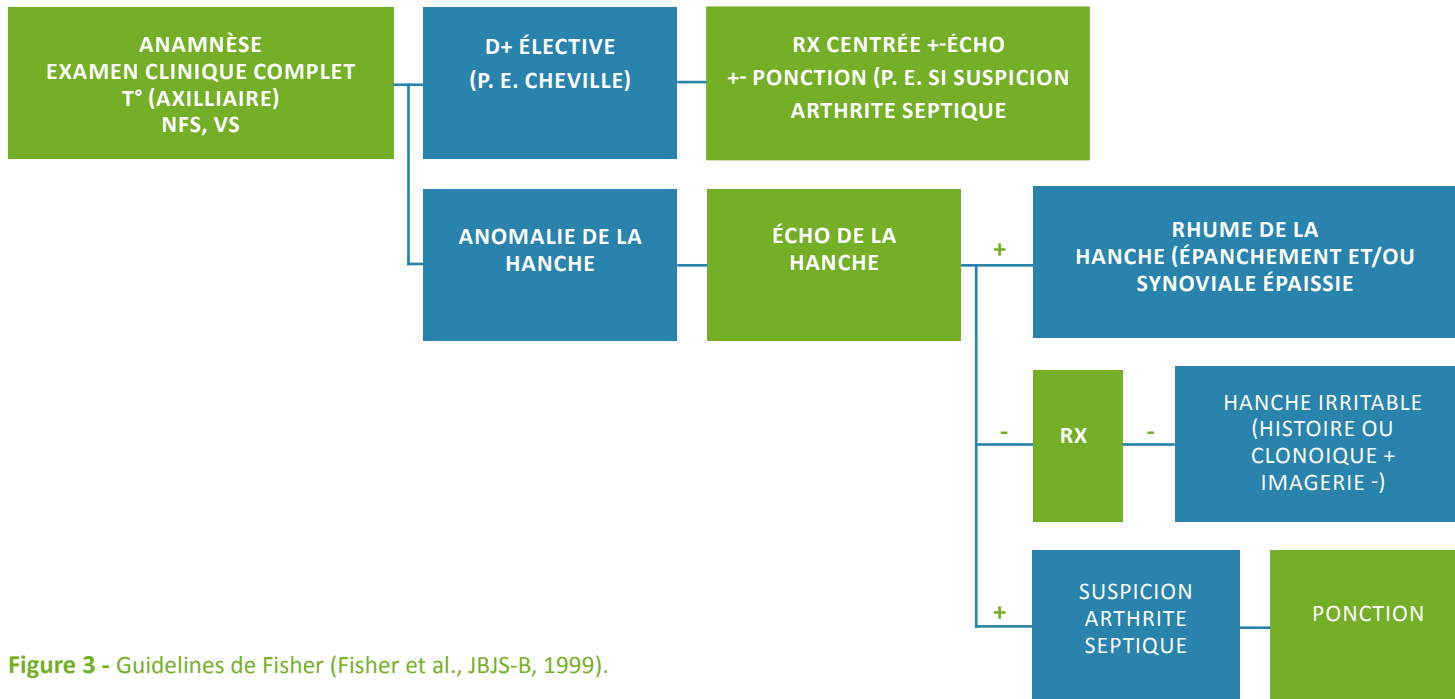


Figure 3 - Guidelines de Fisher (Fisher et al., JBJS-B, 1999).

## DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL AVEC L'ARTHRITE SEPTIQUE DE HANCHE

En cas de suspicion de rhume de hanche (pathologie bénigne), il faut bien sûr ne pas passer à côté d'une arthrite septique de hanche (pathologie potentiellement très grave).

D'après Kocher et al., si l'échographie est positive, il y a quatre éléments prédictifs d'une arthrite septique : la notion de fièvre, l'appui impossible, la VS  $\geq$  40mm/h et les leucocytes  $>$  12 000. En pratique, nous n'utilisons plus la VS, mais elle est remplacée par la CRP.

Les 4 critères prédictifs que nous utilisons en pratique sont :

- la notion de fièvre,
- un appui impossible,
- CRP élevée,
- GB  $>$  12 000

Voici le risque en fonction du nombre de critères présents que ce soit une arthrite septique plutôt qu'un rhume de hanche (Tableau 1).

NOMBRE DE FACTEURS PRÉDICTIFS PRÉSENTS	RISQUES QU'IL S'AGISSE D'UNE ARTHRITE SEPTIQUE
0	2 %
1	9,5 %
2	35 %
3	72,8 %
4	93 %

**Tableau 1** - Risques d'une arthrite septique

Par exemple, si l'enfant marche encore, qu'il n'est pas fébrile et que sa CRP et ses GB sont normaux, on va considérer que c'est un rhume de hanche, car il n'y a que

2 % de chance que ce soit une arthrite septique.

Si l'enfant n'arrive plus à marcher, qu'il est fébrile et que la CRP est élevée, il faut considérer que c'est une arthrite septique même si les GB sont normaux, car avec 3 facteurs, le risque est de 72,8 %, donc il faut ponctionner.

En règle générale, si on n'a que 1 ou 2 critères positifs, on peut ne pas ponctionner. Mais si on a 3 ou 4 critères positifs, il faut ponctionner.

- La radiographie doit être réalisée en cas de suspicion d'arthrite septique mais elle peut être normale au début car la radiographie est toujours en retard par rapport à la clinique dans les infections ostéo-articulaires. Elle peut mettre en évidence une ostéolyse à partir de 10 à 15 jours.
- En cas de suspicion d'arthrite septique de hanche, il faut réaliser une hémoculture si l'enfant est fébrile.
- En cas de suspicion d'arthrite septique de hanche, le diagnostic doit être confirmé par la ponction du liquide articulaire avec réalisation d'un examen direct avec une coloration de Gram, une numération des GB et une culture. Le liquide articulaire est classifié comme :
  - non inflammatoire : avec un taux de GB de 5 à 1000
  - inflammatoire : de 1000 à 75 000
  - septique :  $>$  100 000

Le germe pathogène principal de l'arthrite septique de hanche est le staphylocoque doré. Chez le nouveau-né, on peut retrouver des bacilles gram négatifs ou Streptocoques B. L'*Haemophilus influenzae* est devenu rare depuis la vaccination. Le *Kingella Kingae* est fréquent aussi. Un taux important de cultures reste négatif chez des enfants avec forte suspicion clinique d'arthrite septique. 40 à 50 % des cultures synoviales et 50 à 70 % des hémocultures sont faussement négatives. Les causes de cultures négatives sont un organisme inhabituel ou fastidieux ne poussant pas sur un milieu de culture standard, une antibiothérapie préalable, l'inhibition de la reproduction bactérienne par le liquide synovial (d'où l'importance de la coloration de Gram) et le faible taux ou l'absence de bactéries viables.

## TRAITEMENT

Le traitement du rhume de hanche est un repos relatif au lit ou en fauteuil roulant durant une semaine avec la prise d'anti-inflammatoires. Il n'est pas nécessaire d'hospitaliser l'enfant, ni même de le placer en traction. La symptomatologie se résout généralement en une dizaine de jours. Un suivi en consultation d'orthopédie avec réalisation d'une radiographie 6 semaines après est recommandé afin d'exclure une maladie de Legg-Calvé-Perthès.

## COMPLICATIONS

Le rhume de hanche guérit toujours sans séquelle. Après plusieurs rhumes de hanche, une macrocéphalie (par hypercroissance de la tête fémorale suite à l'inflammation) est possible mais sans conséquence.

## RÉFÉRENCES

1. Kocher MS, Mandiga R, Zurakowski D, Barnewolt C, Kasser JR. **Validation of a clinical prediction rule for the differentiation between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children.** J Bone Joint Surg Am. 2004 ;86-A(8):1629-35.
2. Fischer SU, Beattie TF. **The limping child : epidemiology, assessment and outcome.** J Bone Joint Surg Br. 1999 ;81(6):1029-34.
3. Luhmann SJ, Jones A, Schootman M, Gordon JE, Schoenecker PL, Luhmann JD. **Differentiation between septic arthritis and transient synovitis of the hip in children with clinical prediction algorithms.** J Bone Joint Surg Am. 2004 ;86-A(5):956-62.
4. Mattick A, Turner A, Ferguson J, Beattie T, Sharp J. **Seven year follow up of children presenting to the accident and emergency department with irritable hip.** J Accid Emerg Med. 1999 ;16(5):345-7.
5. Jung ST, Rowe SM, Moon ES, Song EK, Yoon TR, Seo HY. **Significance of laboratory and radiologic findings for differentiating between septic arthritis and transient synovitis of the hip.** J Pediatr Orthop. 2003 ;23(3):368-72.

