www.printo.it/pediatric-rheumatology/LU_FR/intro

Syndrome de Douleurs aux Membres

Version de 2016

1. Introduction

De nombreuses maladies infantiles provoquent des douleurs aux membres. Le nom de Syndrome de Douleurs aux Membres est un terme générique désignant un ensemble de maladies de causes et avec des signes cliniques très différents, mais qui ont en commun la présence de douleurs aux membres en continu ou par intermittence. Pour poser le diagnostic, le médecin réalise des examens visant à détecter des maladies connues, dont certaines graves pouvant entraîner des douleurs aux membres.

2. Syndrome Douloureux Étendu Chronique (appelé auparavant Syndrome de Fibromyalgie Juvénile)

2.1 Qu'est-ce que c'est ?

La fibromyalgie appartient au groupe « syndrome douloureux musculo-squelettique amplifié ». La fibromyalgie est un syndrome caractérisé par des douleurs musculo-squelettiques étendues à long terme au niveau des membres supérieurs et inférieurs ainsi qu'au niveau du dos, de l'abdomen, de la poitrine, du cou et/ou des mâchoires pendant au moins 3 mois, associées à de la fatigue, un sommeil non réparateur ainsi que des troubles d'intensité variable en matière d'attention, de résolution de problèmes, de raisonnement et de mémoire.

2.2 Quelle est la fréquence de cette maladie ?

La fibromyalgie touche principalement les adultes. En pédiatrie, on l'observe majoritairement chez les adolescents, avec une fréquence de

1 % environ.
Les femmes sont plus souvent touchées que les hommes. Les enfants souffrant de cette maladie présentent beaucoup de signes cliniques en commun avec les patients souffrant du syndrome complexe de la douleur locale.

2.3 Quels sont les signes cliniques de la maladie ?

Les patients rapportent des douleurs diffuses au niveau des membres, bien que la gravité des douleurs puisse varier d'un enfant à un autre. Les douleurs peuvent toucher n'importe quelle partie du corps (membres supérieurs et inférieurs, dos, abdomen, poitrine, cou et mâchoires).
Les enfants atteints de cette maladie présentent généralement des troubles du sommeil et ont la sensation de se réveiller fatigués, leur sommeil n'étant pas récupérateur. Parmi les autres plaintes, on retrouve une fatigue intense accompagnée d'une diminution des capacités physiques.
Les patients souffrant de fibromyalgie rapportent souvent des maux de tête, des gonflements des membres (sensation de gonflement bien qu'on ne note aucun gonflement), des engourdissements et, parfois, des couleurs bleuâtres au niveau des doigts. Ces symptômes sont à l'origine d'anxiété, de dépression et de problèmes d'assiduité scolaire.

2.4 Comment diagnostiquer cette maladie ?

Des antécédents de douleurs généralisées au niveau de 3 zones du corps au minimum durant plus de 3 mois associés à un certain degré de fatigue, un sommeil non récupérateur et des symptômes cognitifs (attention, apprentissage, raisonnement, mémoire, prise de décision et résolution de problèmes) permettent de poser le diagnostic. De nombreux patients présentent des points sensibles au niveau des muscles (points déclencheurs) à certains endroits bien que cela ne serve pas au diagnostic.

2.5 Comment traiter cette maladie ?

Le problème principal est de réduire l'anxiété découlant de cette maladie en expliquant aux patients et à leurs familles que, bien que les

douleurs soient graves et bien réelles, ils ne présentent ni atteintes articulaires ni signes physiques graves.
L'approche la plus efficace est un programme de fitness cardiovasculaire progressif et de natation. L'autre problème réside dans la mise en place d'un traitement comportemental cognitif individuel ou en groupe. Enfin, certains patients ont besoin d'un traitement médicamenteux afin d'améliorer la qualité de leur sommeil.

2.6 Quel est le pronostic de cette maladie ?

Pour obtenir une guérison complète, le patient doit fournir des efforts importants et être grandement soutenu par sa famille. Généralement, les résultats du traitement sont meilleurs chez l'enfant que l'adulte et la majorité des enfants guériront. Respecter un programme d'exercices physiques régulier est très important. Une aide psychologique ainsi que des médicaments contre les troubles du sommeil, l'anxiété et la dépression peuvent être indiqués chez les adolescents.

3. Syndrome Complexe de la Douleur Locale de type 1 (Synonymes : Dystrophie Sympathique Réflexe, Syndrome Douloureux Musculo-squelettique Idiopathique Local)

3.1 Qu'est-ce que c'est ?

Il consiste en des douleurs extrêmes au niveau des membres d'origine inconnue souvent associées à des troubles cutanés.

3.2 Quelle est la fréquence de cette maladie ?

On ne connaît pas la fréquence de cette maladie. Elle est plus fréquente chez les adolescents (âge moyen de 12 ans environ) et chez les filles.

3.3 Quels sont les symptômes principaux ?

Généralement, on note des antécédents de longue date de douleurs très intenses au niveau des membres sur lesquelles les différents traitements sont inefficaces et qui s'aggravent avec le temps. Fréquemment, cette maladie dégénère en l'incapacité d'utiliser le membre touché.

Des sensations qui sont douloureuses pour la majorité des gens, tels qu'un contact léger, peuvent être extrêmement douloureuses pour l'enfant atteint. Cette sensation étrange s'appelle « allodynie ».
Ces symptômes interfèrent avec les activités de la vie quotidienne de l'enfant qui ne va pas à l'école souvent pendant plusieurs jours.
Avec le temps, une sous-catégorie d'enfants développe des décolorations cutanées (aspect blême ou tacheté), avec augmentation de la température corporelle et transpiration. On peut également observer le gonflement d'un membre. Parfois, l'enfant positionne le membre dans une position anormale et refuse tout mouvement.

3.4 Comment diagnostiquer cette maladie ?

Jusqu'à il y a quelques années, on donnait différents noms à ces syndromes, mais, de nos jours, les médecins les appellent syndromes complexes de la douleur locale. Différents critères sont utilisés pour diagnostiquer cette maladie.
Le diagnostic est clinique et se base sur les caractéristiques des douleurs (intenses, prolongées, limitant les activités, absence de réponse aux traitements, présence d'allodynie) ainsi que sur un examen physique.
La combinaison des plaintes et des résultats à l'examen clinique est très caractéristique. Il convient d'exclure tout d'abord les autres maladies que peuvent traiter les médecins de premier recours, les médecins hospitaliers ou les pédiatres avant de consulter un rhumatologue pédiatrique. Les examens de laboratoire sont standards. Une IRM peut mettre en évidence des altérations non spécifiques des os, des articulations et des muscles.

3.5 Comment traiter cette maladie ?

La meilleure approche réside dans un programme thérapeutique conséquent d'exercices intensifs sous la supervision d'un kinésithérapeute ou d'un ergothérapeute, et ce avec ou sans psychothérapie. D'autres traitements ont été mis en place, seuls ou combinés à d'autres, antidépresseurs, stimulation nerveuse électrique transcutanée et modification du comportement y compris, mais sans résultats concluants. Les analgésiques (antidouleurs) sont souvent inefficaces. Des études sont actuellement en cours et de meilleurs

traitements seront découverts après que les causes auront été identifiées. Le traitement est difficile, et ce pour toutes les personnes concernées : l'enfant, la famille et le personnel traitant. L'intervention d'un psychologue est généralement nécessaire compte tenu du stress occasionné par la maladie. La difficulté pour la famille réside dans l'acceptation du diagnostic et le respect des recommandations thérapeutiques qui représentent les causes principales d'échec du traitement.

3.6 Quel est le pronostic de cette maladie ?

Le pronostic de la maladie est plus favorable chez l'enfant que chez l'adulte. De plus, la plupart des enfants guérissent plus vite que les adultes. Cependant, cela prend du temps et le temps nécessaire à la guérison varie grandement d'un enfant à l'autre. Le pronostic est plus favorable en cas de diagnostic et de mise en place du traitement précoces.

3.7 Qu'en est-il de la vie quotidienne ?

Il convient d'encourager l'enfant à participer aux activités physiques, à aller régulièrement à l'école et à avoir des loisirs avec ses amis.

4. Érythromélalgie

4.1 Qu'est-ce que c'est ?

Cette maladie est également appelée « érythermalgie ». Le nom de cette maladie est formé à partir de 3 mots grecs : erythros (rouge), melos (membre) and algos (douleurs). C'est une maladie extrêmement rare bien que l'on puisse observer plusieurs cas dans une même famille. La majorité des enfants commencent à présenter des symptômes vers l'âge de 10 ans. Elle est plus fréquente chez les filles.
Parmi les plaintes, on retrouve des sensations de brûlures et de chaleur ainsi que des gonflements et des rougeurs au niveau des pieds (et plus rarement des mains). Les symptômes s'aggravent en cas d'exposition à la chaleur et s'atténuent en refroidissant le membre, au point que certains enfants refusent de retirer leurs pieds de l'eau glacée.
L'évolution de la maladie est continue. Il semble qu'éviter la chaleur et

des exercices vigoureux soit le plus utile à faire pour contrôler la maladie.
Des médicaments nombreux et variés peuvent être administrés afin de soulager les douleurs, dont des anti-inflammatoires, des antidouleurs, des vasodilatateurs (pour améliorer la circulation sanguine) ; le médecin prescrira le médicament le plus approprié à l'enfant.

5. Douleurs de croissance

5.1 Qu'est-ce que c'est ?

Le terme douleurs de croissance se réfère à un ensemble de douleurs caractéristiques, mais bénignes au niveau des membres, apparaissant généralement chez les enfants entre l'âge de 3 à 10 ans. On l'appelle également « douleurs infantiles bénignes aux membres chez l'enfant » ou « douleurs nocturnes récurrentes aux membres ».

5.2 Quelle est la fréquence de cette maladie ?

C'est une maladie infantile fréquente. Elle touche entre 10 et 20 % des enfants dans le monde avec une fréquence identique chez les filles et les garçons.

5.3 Quels sont les symptômes principaux ?

Les douleurs apparaissent principalement au niveau des jambes (tibias, mollets, cuisses ou arrière des genoux) et sont souvent bilatérales. Elles surviennent tard dans la journée ou la nuit et réveillent ainsi l'enfant. Les parents rapportent fréquemment des douleurs après une activité physique.
Les épisodes douloureux durent généralement entre 10 et 30 minutes, bien qu'ils persistent parfois seulement quelques minutes ou plusieurs heures. Les douleurs peuvent être d'intensité légère ou très importante. Les douleurs de croissance sont intermittentes avec des intervalles non douloureux durant plusieurs jours voire plusieurs mois. Dans certains cas, les épisodes douloureux sont journaliers.

5.4 Comment diagnostiquer cette maladie ?

Les douleurs caractéristiques combinées à l'absence de symptômes le matin et un examen physique normal, pointent vers cette maladie. En principe, les résultats aux examens de laboratoire et aux radiographies sont toujours normaux. Cependant, il peut être utile de réaliser tout de même des radiographies pour exclure d'autres pathologies.

5.5 Comment traiter cette maladie ?

Expliquer le côté bénin de cette maladie réduit l'anxiété chez les enfants et leurs familles. Pendant les épisodes douloureux, des massages localisés, l'application de chaleur ainsi que des analgésiques peu puissants peuvent soulager l'enfant. Chez les enfants souffrant d'épisodes fréquents, une dose d'ibuprofène administrée le soir peut contribuer à contrôler les épisodes douloureux plus graves.

5.6 Quel est le pronostic de cette maladie ?

Les douleurs de croissance ne sont pas associées à des maladies organiques sévères et disparaissent généralement spontanément à la fin de l'enfance. On n'observe plus aucune douleur chez 100 % des enfants au fil du temps.

6. Syndrome d'Hypermobilité Bénigne

6.1 Qu'est-ce que c'est ?

L'hypermobilité désigne les articulations flexibles et lâches de certains enfants. On appelle également ce phénomène « laxité articulaire ». Certains enfants ressentent des douleurs. Le Syndrome d'Hypermobilité Bénigne (BHS) concerne les enfants présentant des douleurs aux membres dues à une augmentation de la mobilité (gamme de mouvements) des articulations, sans maladie du tissu conjonctif associée. Par conséquent, le BHS est plus une différence par rapport à la norme qu'une réelle maladie.

6.2 Quelle est la fréquence de cette maladie ?

Le BHS est un état extrêmement fréquent chez les enfants et les jeunes, il touche entre 10 et 30 % des enfants de moins de 10 ans et

particulièrement les filles. Sa fréquence diminue avec l'âge. On trouve souvent plusieurs cas dans une même famille.

6.3 Quels sont les symptômes principaux ?

L'hypermobilité est fréquemment à l'origine de douleurs profondes, récurrentes par intermittence en fin de journée ou la nuit au niveau des genoux, des pieds et/ou des chevilles. Chez les enfants jouant du piano, du violon, etc., les douleurs peuvent être localisées plutôt au niveau des doigts. Une activité physique ou sportive peut déclencher ou aggraver les douleurs. On note dans de rares cas un léger gonflement articulaire.

6.4 Comment diagnostiquer cette maladie ?

Le diagnostic est basé sur un ensemble de critères prédéfinis qui quantifient la mobilité articulaire et l'absence d'autres signes pointant vers une maladie des tissus conjonctifs.

6.5 Comment traiter cette maladie ?

Il n'est que rarement nécessaire de mettre en place un traitement. Si l'enfant pratique un sport impliquant des impacts répétitifs, tels que le football ou la gymnastique, et souffre de foulures/distensions articulaires fréquentes, il convient d'utiliser des méthodes de renforcement musculaire et de protection des articulations (bandages élastiques ou fonctionnels, gants).

6.6 Qu'en est-il de la vie quotidienne ?

L'hypermobilité est un état bénin qui tend à disparaître avec l'âge. Il faut que les familles gardent à l'esprit que le risque majeur pour l'enfant est de l'empêcher de mener une vie normale.
Il convient d'encourager les enfants à garder un niveau d'activité normal et de participer à des sports qui les intéressent.

7. Synovite transitoire

7.1 Qu'est-ce que c'est ?

La synovite transitoire est une inflammation légère (fluide autour de l'articulation en petite quantité) d'origine inconnue de l'articulation du bassin qui disparaît d'elle-même sans séquelles.

7.2 Quelle est la fréquence de cette maladie ?

Il s'agit de la cause la plus courante de douleurs du bassin chez l'enfant. Elle touche entre 2 et 3 % des enfants entre 3 et 10 ans. Elle est plus courante chez les garçons (une fille pour ¾ garçons).

7.3 Quels sont les symptômes principaux ?

Des douleurs au niveau du bassin et un boitillement constituent les symptômes principaux. Les douleurs au niveau du bassin peuvent s'accompagner de douleurs au niveau de l'aine, du haut de la cuisse et parfois du genou apparaissant généralement subitement. Typiquement, l'enfant se réveillera en boitant et refusera de marcher.

7.4 Comment diagnostiquer cette maladie ?

Les résultats de l'examen physique sont caractéristiques : boiterie avec mobilité du bassin réduite et douloureuse chez un enfant non fiévreux âgé de plus de 3 ans qui, du reste, ne semble pas malade. les deux hanches sont touchées dans 5% des cas. Les résultats à la radiographie du bassin sont normaux ; cet examen est donc généralement inutile. En revanche, une échographie du bassin est très utile pour détecter une synovite du bassin.

7.5 Comment traiter cette maladie ?

Le traitement réside principalement dans le repos qui doit être proportionnel aux douleurs. Des anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent aider à atténuer les douleurs et l'inflammation. La maladie disparaît généralement après 6 à 8 jours en moyenne.

7.6 Quel est le pronostic de cette maladie ?

Le pronostic est excellent avec un taux de guérison de 100 % (la maladie est transitoire par définition). Si les symptômes persistent pendant plus de 10 jours, il convient d'envisager un autre diagnostic. Il n'est pas rare de développer de nouveaux épisodes de synovite

transitoire ; ces épisodes sont souvent plus bénins et plus courts que le premier.

8. Douleurs patello-fémorales (au niveau des genoux)

8.1 Qu'est-ce que c'est ?

Les douleurs patello-fémorales représentent le syndrome de surmenage le plus fréquent chez les enfants. Les troubles de ce groupe résultent de mouvements répétés ou de blessures continues liées à l'exercice au niveau d'un endroit précis du corps, notamment au niveau des articulations et des tendons. Ces troubles sont plus courants chez les adultes (épicondylite du coude - « tennis elbow » ou épicondylite médiale - « golf elbow », syndrome du canal carpien, etc.) que chez les enfants.
Les douleurs patello-fémorales sont des douleurs situées à l'avant du genou liées à des activités impliquant une charge supplémentaire au niveau de l'articulation patello-fémorale (articulation formée par la rotule « patella » et la partie inférieure de l'os de la cuisse « fémur »).
Lorsque les douleurs au niveau du genou s'accompagnent de modifications de la surface intérieure des tissus (cartilage) de la rotule, on utilise le terme médical « chondromalacie patellaire » ou « chondromalacie rotulienne ».
Il existe de nombreux synonymes aux douleurs patello-fémorales : syndrome patello-fémoral, douleurs de la face antérieure du genou, chondromalacie patellaire, chondromalacie rotulienne.

8.2 Quelle est la fréquence de cette maladie ?

Elle est très rare chez l'enfant de moins de 8 ans et devient progressivement plus courante chez l'adolescent. Les douleurs patello-fémorales touchent plus souvent les filles. Elles peuvent être également plus fréquentes chez les enfants ayant des genoux particulièrement anguleux, tels que les genoux cagneux (genu valgum) et des jambes arquées (genu varum), ou ceux souffrant de maladies rotuliennes dues à un mauvais alignement ou une instabilité.

8.3 Quels sont les symptômes principaux ?

Les principaux symptômes sont des douleurs sur la face antérieure du genou en aggravation en cas d'activités physiques, telle que courir, monter et descendre des marches, faire des assouplissements ou sauter. De plus, les douleurs s'intensifient en cas de position assise prolongée avec les genoux fléchis.

8.4 Comment diagnostiquer cette maladie ?

La présence de douleurs patello-fémorales, alors que l'enfant est en bonne santé, constitue une un diagnostic clinique (il n'est pas nécessaire de réaliser des examens de laboratoire ou des imageries). Les douleurs peuvent réapparaître en comprimant la rotule ou en opposant une résistance à l'élévation de la rotule alors que le muscle de la cuisse (quadriceps) est contracté.

8.5 Comment traiter cette maladie ?

Chez les enfants ne souffrant pas de maladies associées (tels que des problèmes de déviation des genoux et une instabilité rotulienne), les douleurs patello-fémorales sont généralement bénignes et disparaissent d'elles-mêmes. Si les douleurs interfèrent avec les activités sportives et les activités de la vie quotidienne, il peut être utile de mettre en place un programme de renforcement musculaire des quadriceps. L'application de blocs de glace peut soulager les douleurs après l'exercice.

8.6 Qu'en est-il de la vie quotidienne ?

Les enfants vivent une vie normale. Il convient d'adapter le niveau d'activité physique pour que l'enfant ne ressente pas de douleurs. Les enfants très actifs peuvent utiliser une attelle de genou avec sangle rotulienne.

9. Glissement de l'Épiphyse de la Tête Fémorale

9.1 Qu'est-ce que c'est ?

Il s'agit d'un glissement de la tête fémorale à travers le cartilage de conjugaison d'origine inconnue. Le cartilage de conjugaison est la partie

du cartilage comprise entre les tissus osseux dans la tête fémorale. Il s'agit de la partie la plus souple des os qui leur permet de grandir. Une fois que ce cartilage est minéralisé et devient de l'os, l'os arrête de croître.

9.2 Quelle est la fréquence de cette maladie ?

C'est une maladie rare qui touche entre 3 et 10 enfants sur 100.000. Elle est plus fréquente chez les adolescents et les garçons. Il semble que l'obésité représente un facteur de prédisposition.

9.3 Quels sont les symptômes principaux ?

Une boiterie avec douleurs et déficit de mobilité au niveau du bassin constituent les principaux symptômes. Les douleurs sont localisées dans la partie supérieure (deux tiers) ou inférieure (un tiers) de la cuisse et elles s'intensifient en cas d'activité physique. Les deux hanches sont atteintes chez 15 % des enfants.

9.4 Comment diagnostiquer cette maladie ?

Les résultats à l'examen physique comme un déficit de mobilité de la hanche sont caractéristiques. Le diagnostic est confirmé par des radiographies avec incidence axiale (position de « grenouille »).

9.5 Comment traiter cette maladie ?

Cette maladie est considérée comme une urgence orthopédique et nécessite un enclouage chirurgical (stabilisation de la tête fémorale par l'insertion de broches pour la maintenir en place).

9.6 Quel est le pronostic de cette maladie ?

Il dépend de la durée pendant laquelle la tête fémorale est restée dans cette position avant que le diagnostic ne soit posé ainsi que du degré de glissement. Il varie d'un enfant à l'autre.

10. Ostéochondrose (synonymes : ostéonécrose, nécrose

avasculaire)

10.1 Qu'est-ce que c'est ?

Le terme « ostéochondrose » signifie « mort de l'os ». Il se réfère à un groupe de maladies diverses d'origine inconnue caractérisées par l'interruption de la circulation sanguine au niveau du centre d'ossification des os atteints. À la naissance, les os sont composés majoritairement de cartilage, un tissu mou qui est remplacé au fil du temps par un tissu minéralisé plus résistant (de l'os). Cette modification débute à des endroits spécifiques au sein de chaque os, zones appelées centres d'ossifications, et s'étend au reste de l'os par la suite.
Les douleurs représentent le symptôme principal de ces troubles. La maladie reçoit son nom en fonction de l'os touché.
Les imageries permettent de confirmer le diagnostic. Les radiographies révèlent, en séquences, des fragmentations (« ilots » dans l'os), des affaissements (dégradation), une sclérose (augmentation de l'intensité, l'os apparaît « plus blanc » sur les clichés) et, fréquemment, une ré-ossification (formation d'un nouvel os) avec reconstitution des contours osseux.
Bien qu'elle semble grave, cette maladie est plutôt courante chez l'enfant et, à l'exception d'une atteinte étendue du bassin, son pronostic est excellent. Certaines formes d'ostéochondroses sont si fréquentes qu'elles sont considérées comme une variation normale du développement osseux (maladie de Sever). D'autres font partie du groupe des « syndromes de surmenage » (maladies d'Osgood-Schlatter et de Sinding-Larsen-Johansson).

10.2 Maladie de Legg-Calvé-Perthes

10.2.1 Qu'est-ce que c'est ?

Cette maladie implique une nécrose avasculaire de la tête fémorale (la partie de l'os de la cuisse la plus proche du bassin).

10.2.2 Quelle est la fréquence de cette maladie ?

Cette maladie n'est pas courante avec seulement 1 cas sur 10.000 enfants. Elle est plus fréquente chez les garçons (4/5 garçons pour 1 fille) entre l'âge de 3 et 12 ans et touche particulièrement les enfants

entre l'âge de 4 à 9 ans.

10.2.3 Quels sont les symptômes principaux ?

La plupart des enfants souffrent de boiterie et de douleurs au niveau du bassin d'intensité variable. Parfois, ils ne ressentent aucune douleur. Généralement, seule une hanche est atteinte mais les deux sont atteintes dans 10 % des cas.

10.2.4 Comment diagnostiquer cette maladie ?

La mobilité de la hanche est réduite et peut être douloureuse. Les résultats des radiographies peuvent être normaux au début, puis progresser comme décrit en introduction. Les scanners osseux ainsi que les imageries à résonance magnétique détectent la maladie plus précocement que les radiographies.

10.2.5 Comment traiter cette maladie ?

Les enfants souffrant de la maladie de Legg-Calvé-Perthes doivent toujours être référés vers un orthopédiste pédiatrique. L'imagerie est essentielle pour poser le diagnostic. Le traitement dépend de la gravité de la maladie. Dans les cas très bénins, il suffit de placer l'enfant sous observation, car l'os guérit de lui-même avec de légères lésions.
Dans les cas plus graves, le traitement vise à maintenir la tête fémorale atteinte dans l'articulation de la hanche, afin qu'un nouvel os se forme et que la tête fémorale retrouve sa forme sphérique.
Il est possible d'atteindre cet objectif dans une certaine mesure en portant une attelle d'abduction (jeunes enfants) ou en refaçonnant le fémur chirurgicalement (ostéotomie en coupant une partie de l'os pour maintenir la tête fémorale dans une meilleure position) (enfants plus âgés).

10.2.6 Quel est le pronostic de cette maladie ?

Le pronostic dépend de l'étendue de l'atteinte de la tête fémorale (moins la tête est atteinte, meilleur est le pronostic), de même que de l'âge de l'enfant (au mieux à moins de 6 ans). Une guérison complète dure entre 2 et 4 ans. Dans l'ensemble, le pronostic est favorable sur le

plan anatomique et fonctionnel dans environ deux tiers des cas.

10.2.7 Qu'en est-il de la vie quotidienne ?

Les restrictions des activités de la vie quotidienne dépendent du traitement choisi. Les enfants sous observation doit éviter tout impact important au niveau du bassin (sauter, courir). Cependant, il leur est recommandé de mener du reste une vie normale sur le plan scolaire et de participer à toutes les autres activités n'impliquant pas de porter des poids lourds.

10.3 Maladie d'Osgood-Schlatter

Cette maladie résulte de traumatismes répétés au niveau du centre d'ossification de la tubérosité tibiale (petite crête du haut de la jambe) par le tendon rotulien. Elle touche environ 1 % des adolescents et est plus fréquente chez les sportifs.
Les douleurs s'intensifient en cas d'activités, telles que courir, sauter, monter et descendre des escaliers et s'agenouiller. L'examen physique avec une sensibilité ou des douleurs très caractéristiques s'accompagnant parfois de gonflements au niveau de l'insertion du tendon rotulien dans le tibia permet de poser le diagnostic.
Les radiographies peuvent être normales ou révéler de petits fragments osseux dans la tubérosité tibiale. Le traitement implique d'adapter le niveau d'activité physique, afin que les patients ne ressentent pas de douleurs, d'appliquer des blocs de glace après le sport et de se reposer. La maladie disparaît avec le temps.

10.4 Maladie de Sever

Cette maladie s'appelle également « apophysite calcanéenne ». Il s'agit d'une ostéochondrose de l'apophyse calcanéenne du talon probablement liée à la traction du tendon d'Achille.
Elle est à l'origine de la plupart des douleurs au niveau du talon chez les enfants et les adolescents. Comme les autres formes d'ostéochondrose, la maladie de Sever est liée à l'activité et touche plus souvent les hommes. Elle apparaît généralement entre l'âge de 7 et 10 ans sous forme de douleurs au niveau du talon et parfois d'une boiterie après des exercices physiques.

L'examen clinique permet de poser le diagnostic. Aucun traitement n'est nécessaire à part adapter le niveau d'activité physique pour que l'enfant ne ressente pas de douleurs et, en cas d'échec de cette approche, l'utilisation d'un coussin de talon. La maladie disparaît avec le temps.

10.5 Maladie de Freiberg

Cette maladie consiste en une ostéonécrose de la tête du deuxième métatarsien du pied. Elle est probablement due à un traumatisme. C'est une maladie rare touchant majoritairement les adolescentes. Les douleurs s'intensifient en cas d'activité physique. L'examen physique révèle une sensibilité sous la tête du deuxième métatarsien et parfois un gonflement. Le diagnostic est confirmé par les radiographies, bien que des changements ne soient parfois visibles seulement deux semaines après apparition des symptômes. Le traitement comporte du repos et un coussin métatarsien.

10.6 Maladie de Scheuermann

La maladie de Scheuermann ou « cyphose juvénile » (dos rond) est une ostéonécrose de l'anneau apophysaire de la vertèbre (os à la périphérie en haut et en bas de chaque vertèbre). Elle touche plus souvent les adolescents. La plupart des enfants atteints de cette maladie souffrent de problèmes de postures accompagnés ou non de douleurs dorsales. Les douleurs sont liées aux activités physiques et peuvent être soulagées grâce au repos.
L'examen permet de suspecter la maladie (angle aigu du dos) et les radiographies permettent de confirmer le diagnostic.
L'enfant souffre de cette maladie s'il présente des irrégularités des plateaux vertébraux et un « enfoncement » antérieur de 5 degrés au niveau de 3 vertèbres consécutives au minimum.
La maladie de Scheuermann ne nécessite généralement aucun traitement à part adapter le niveau d'activité physique de l'enfant, le placer sous observation et, dans les cas les plus graves, lui faire porter une attelle.