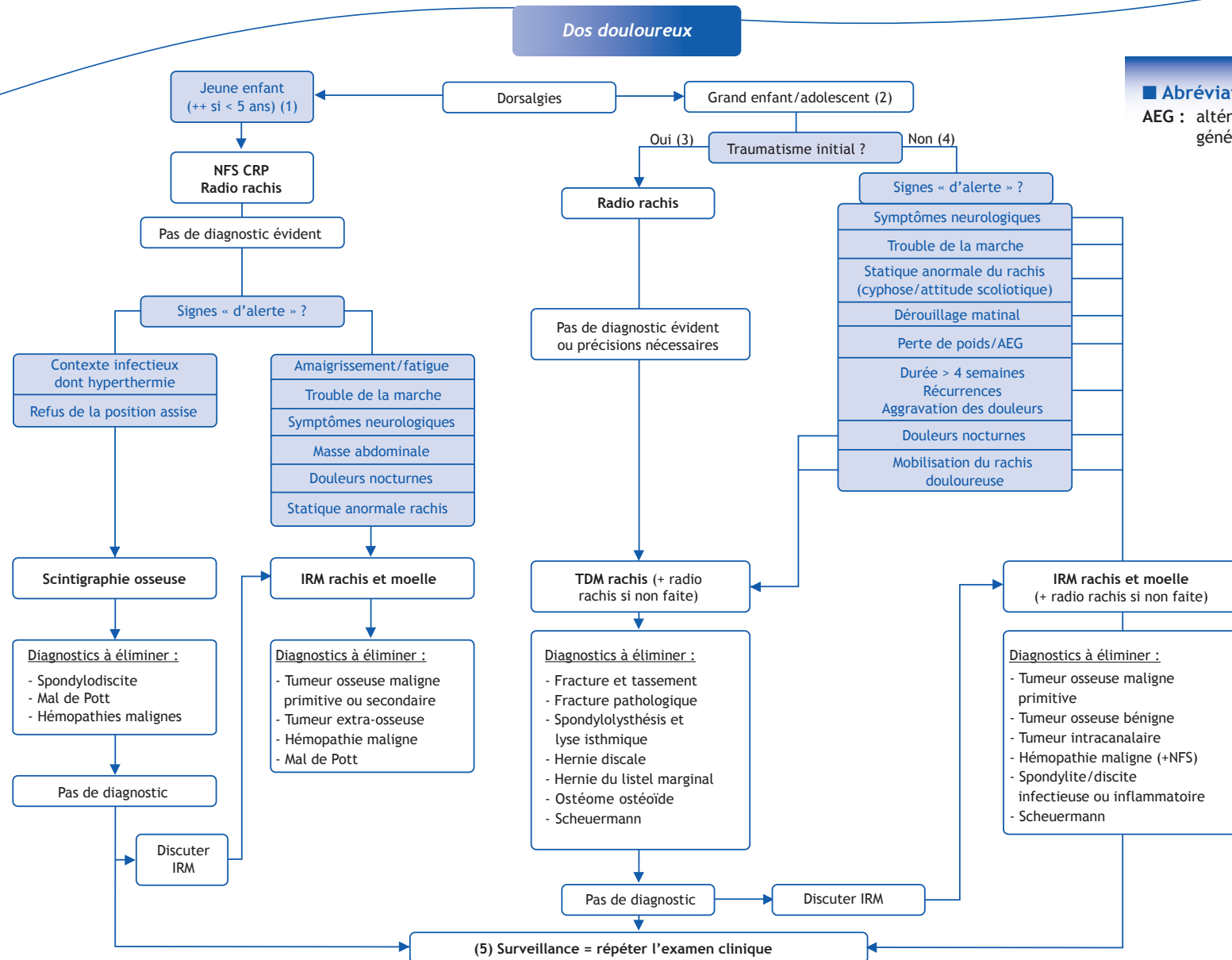


## Y. Lefèvre

Service de chirurgie infantile viscérale orthopédique et traumatologique, Hôpital des Enfants, Groupe Pellegrin,  
CHU de Bordeaux, Place Amélie Rabat Léon, Bordeaux, France



## ■ Abréviation

AEG : altération de l'état général

## ■ Arbre décisionnel - Commentaires

(1) L'interrogatoire a pour objectif de retrouver des « signes d'alerte », symptômes évoquant une pathologie responsable des dorsalgies. La présence d'un ou plusieurs de ces signes d'alerte indique la réalisation d'un bilan d'imagerie adapté.

En premier lieu, le jeune âge de l'enfant est un signe d'alerte, puisque si les plaintes de dorsalgies sont plus rares chez les plus jeunes, une pathologie responsable des douleurs est retrouvée dans plus de la moitié des cas, avec prédominance des étiologies infectieuses et tumorales (King, 1999). Les signes d'alerte se diviseront donc d'une part entre les signes évocateurs d'infection et d'autre part les signes évocateurs de tumeurs.

Concernant les infections, la spondylodiscite est le principal diagnostic en gardant en mémoire que celle-ci est fréquemment caractérisée par des symptômes peu marqués comme par exemple, un simple fébricule, ainsi qu'un syndrome inflammatoire modéré, voire à la limite de la normale.

Concernant les étiologies tumorales, toute altération de l'état général ou autres signes évocateurs des classiques tumeurs abdominales de l'enfant, devront faire suspecter une atteinte tumorale primitive ou secondaire du rachis ou encore une hémopathie maligne.

À ce titre, le bilan minimal chez le jeune enfant doit comporter au minimum une numération formule sanguine et une radio-

graphie du rachis (clichés du rachis en entier debout, de face et de profil).

Le praticien doit garder à l'esprit que si l'IRM permet de mettre en évidence la plupart des pathologies évoquées chez le jeune enfant, celle-ci nécessite chez les plus jeunes de réaliser l'examen sous anesthésie générale. En ce sens, en cas de suspicion de pathologie infectieuse, on préférera en première intention la scintigraphie osseuse au technétium marqué. En cas de symptômes persistants et d'absence d'élément discriminant sur la scintigraphie osseuse, l'IRM devra être rediscutée. Dans tous les cas, l'enfant devra être surveillé et les examens élémentaires tels que la NFS répétés en l'absence de diagnostic précis.

(2) Chez l'enfant plus vieux, rechercher en premier lieu un contexte traumatique en rapport avec l'apparition des douleurs.

(3) En cas de suspicion d'étiologie traumatique, le bilan d'imagerie débutera par des radiographies du rachis, puis un scanner du rachis centré sur la zone douloureuse avec coupes osseuses et reconstructions sagittales et frontales, celui-ci permettant de mettre en évidence la plupart des diagnostics à évoquer.

(4) En l'absence d'argument pour une étiologie traumatique, là encore, l'examen s'efforcera de retrouver au moins un signe d'alerte.

De façon générale, lorsqu'un ou plusieurs signes d'alerte sont présents, le bilan d'imagerie tel que l'IRM si besoin, devra être réalisé rapidement, voire en urgence en présence de signes neurologiques ou de troubles évidents de la marche.

Remarques :

- En cas de spondylolysthesis évident sur les radiographies du rachis et de douleurs en rapport (lombalgies et sciatalgies dans les racines en rapport), le bilan d'imagerie peut se limiter aux radiographies (hors bilan préopératoire).
- Parmi les pièges classiques, retenir qu'une scoliose ne génère pas de douleur jusqu'à preuve du contraire (avoir éliminé d'autres causes de douleur sans rapport avec la scoliose).

(5) En l'absence de signe d'alerte, le patient devra être impérativement réexaminé à court terme pour vérifier la disparition des symptômes. Dans le cas contraire, la persistance des douleurs durant plus de 4 semaines constituant à elle seule un signe d'alerte, celle-ci indique, en l'absence de diagnostic évident, au minimum des radiographies du rachis, voire, suivant les signes cliniques associés, un TDM ou une IRM.

## Conflits d'intérêts :

Aucun.

Correspondance.

Adresse e-mail : yan.lefevre@chu-bordeaux.fr

## ■ Références

- Davis PJ, Williams HJ. The investigation and management of back pain in children. Arch Dis Child Educ Pract Ed 2008;93:73-83.
- King HA. Back pain in children. Orthop Clin North Am 1999;30:467-74.
- Rodriguez DP, Poussaint TY. Imaging of back pain in children. Am J Neuroradiol 2010 [in press].
- Turner PG, Green JH, Galasko CSB. Back pain in childhood. Spine 1989;14:812-4.