

1 & 2 décembre 2023

Bordeaux - Hôtel Pullman



23^{èmes} Journées
d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest



Torticolis *Inexpliqué*

Urgences-post-urgences pédiatriques CHU Bordeaux



Enfant, 12 mois *consultant aux urgences pédiatriques en octobre 2023*

Motif : Torticolis

Antécédents

| | |
|---------------------|--|
| <u>Néonataux</u> | Née à 39 SA, échographies anténatales normales. PN =3130g, TN = 50cm, PC = 35cm. Apgar 10/10. Pas de facteur de risque d'IMF. |
| <u>Médicaux</u> | Anisocorie physiologique Croissance staturo-pondérale harmonieuse. Vaccins à jour |
| <u>Chirurgicaux</u> | Aucun |



Histoire de la maladie

10 jours auparavant :

Episode de GEA fébrile
Virose ORL étiqueté comme
angine

Consultation chez le pédiatre :

Manipulation cervicale pour
examen otoscopique

Depuis :

Torticolis gauche d'aggravation
progressive

→ Consultation aux urgences pédiatriques de
Bayonne à 72h du torticolis.

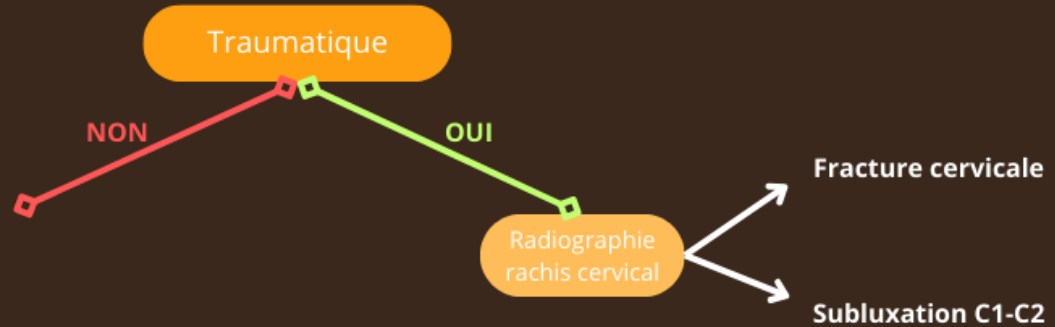
Apyrétique depuis la consultation.

Cliniquement : Torticolis irréductible gauche



Torticolis

Démarche étiologique



A Bayonne :

Radiographie cervicale :

Pas de lésion traumatique récente.

Statique vertébral respectée.

Pas d'épaississement des parties molles pré-vertébrales.

1 & 2 décembre 2023

Bordeaux - Hôtel Pullman



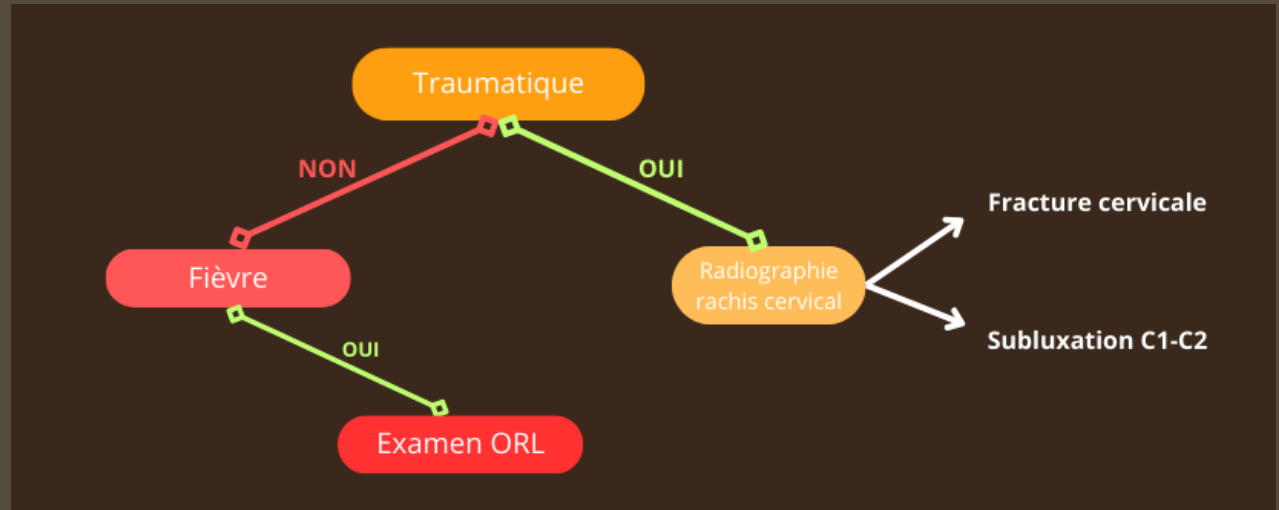
23^{èmes} Journées
d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest





Torticolis

Démarche étiologique

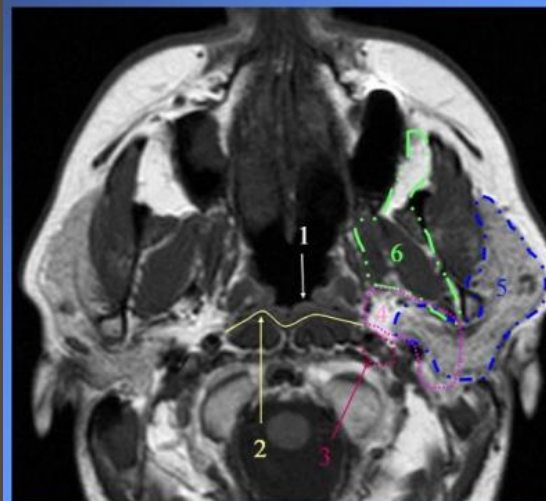




Examen ORL

| | Torticolis | Dysphagie | Trismus |
|-------------------------|------------|-----------|---------|
| Périamygdalien (91 cas) | 2 % | 82 % | 65 % |
| Préstylien (15 cas) | 40 % | 67 % | 67 % |
| Rétropharyngé (10 cas) | 70 % | 60 % | 10 % |
| Rétrostylien (8 cas) | 75 % | 63 % | 25 % |

Tableau II: Signes cliniques observés selon la topographie du phlegmon



IRM : coupe axiale T1 sans injection

S'organisent autour de la muqueuse pharyngée (1)

espace rétropharyngé (2)

espace rétrostylien : ERS (3)

espace préstylien : EPS (4)

⇒ 3 + 4 = espace latéropharyngé

loge parotidienne (5)

FIT (6)

Torticolis compliquant une angine ou une pharyngite

Phlegmon rétrostylien :

Tuméfaction pharyngée et cervicale latérale et douloureuse (en AR de l'angle de la mandibule)

Peu de signe intra-buccaux (refoulement amygdale vers le bas)

Âge : 3 à 10 ans

Complications : vasculaire (CI, VJI), nerveuses (IX, X XI et sympathique)

Imagerie : TDM cervico-faciale injecté + bilan et hémoc

Traitement : Avis ORL, Chirurgie et Augmentin IV

Bactériologie : souvent polymicrobienne : Streptocoque A, Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus (< 1 an), Anaérobies (Clostridium spp, Fusobacterium, Bacteroides)

Phlegmon rétro-pharyngé ou péri-pharyngé :

Cervicalgies avec anorexie lié à la dysphagie, dyspnée

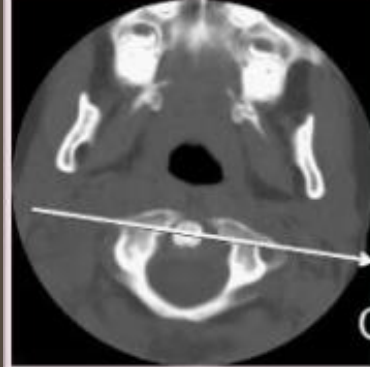
Age : < 4 ans

Complications : Atteinte médiastinale

Imagerie : TDM cervico-faciale injecté + bilan et hémoc

Traitement : Avis ORL, Chirurgie et Augmentin IV





Autres causes ORL de torticolis

Syndrome de Grisel :

Subluxation non traumatique C1-C2 suite à une infection ORL ou à une intervention chirurgicale ORL.

Contracture musculaire au contact des foyers infectieux

Signes cliniques de la subluxation

Diagnostic : Radio +/- TDM

Traitement de la cause

Traitement antalgique : repos, immobilisation collier mousse, antalgie médicamenteuse +/- traction cervicale

Réévaluation à 72h avec guérison à J7.



Chez notre patiente

A Bayonne :

Examen ORL sans particularité

Réalisation d'un bilan biologique sans syndrome inflammatoire biologique et normal par ailleurs

Réalisation d'un TDM cervical sans signe de phlegmon.

- RAD avec traitement antalgique par AINS et Paracétamol pendant 10 jours
- Consignes de reconsulter si pas d'amélioration à 48-72h



Chez notre patiente

Consultation au urgences pédiatriques de Bordeaux à J10 devant la persistance du torticolis :

- Asthénie
- Anorexie sans perte de poids
- Episode de chute à répétitions suite à un dérochement du membre inférieur gauche.

Examen clinique :

Apyrétique

Examen neurologique : ROT +/+, pas de signe d'irritation pyramidale, motricité symétrique

Refus de la marche mais tient l'appui bipodal statique.

Pas d'épanchement, pas de limitation des amplitudes articulaires.

Torticolis gauche irréductible.



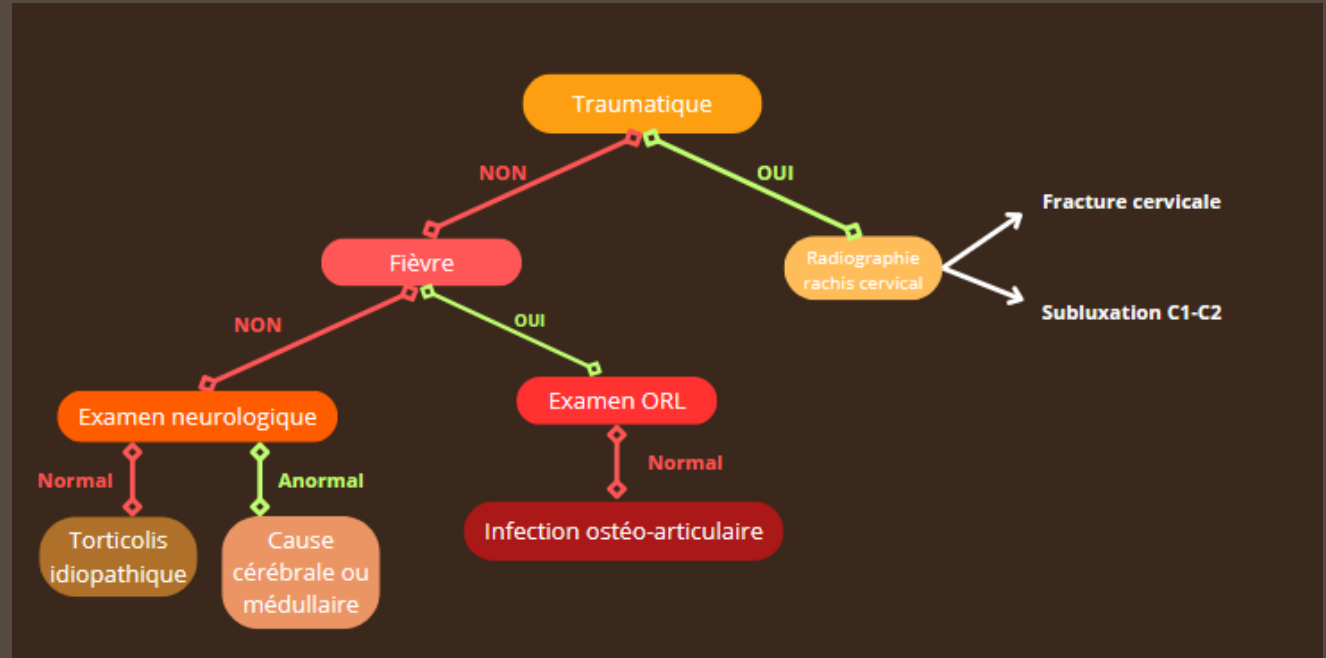
Hypothèses diagnostiques ?

| | |
|--|---|
| Origine orthopédique (post-traumatique ou post-infectieuse) | Relecture des radiographies et TDM fait à Bayonne avec avis orthopédie |
| Origine ORL | Contrôle clinique + bilan biologique, relecture TDM |
| Origine ostéo-articulaire | Infections? Inflammation? Contrôle bilan biologique avec fibrinogène, Relecture TDM (os) échographie (articulation) Avis rhumato |
| Origine neurologique | Eliminer cause cérébrale ou médullaire IRM tête et cou |
| Torticolis idiopathique | Diagnostic d'élimination, guérison en 72h |



Torticolis

Démarche étiologique





Résultats

Bilan biologique : NFS : Leucocytes 11 G/L avec PNN à 6,39 G/L et lymphocytes à 5 G/L. Hb 10,7 g/dL avec VGM 80fL, thrombocytose PI 532 G/L. Ionogramme sanguin équilibrée CRP 18 mg/L, Bilan coagulation normal avec fibrinogène à 4.8 g/l. LDH 280 UI/L

TDM cérébrale et cervicale de Bayonne relu : Pas d'anomalie neuro, ostéo-articulaire et ORL

Echographie des parties molles : Pas de syndrome de masse cervicale, pas d'épanchement, quelques formations jugulocarotidienne infracentimétrique d'aspect banal.

Nouvelle radiographie cervicale : pas de rotation suspecte C1-C2, pas d'épaississement des parties molles, pas d'anomalie de la structure osseuse.
Radiographie MI et bassin : pas d'anomalie de la morphologie osseuse, pas d'épanchement significatif



Hypothèses et conduite à tenir ?

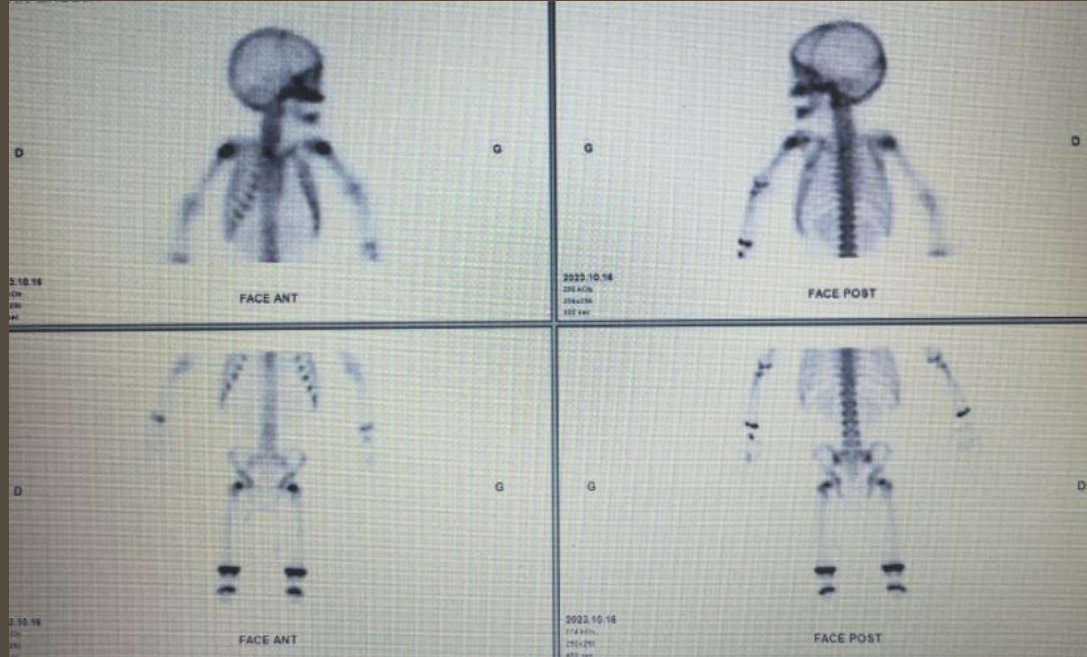
Hospitalisation

Antalgie par
Nalbuphine
Hydratation IV

Scintigraphie
osseuse



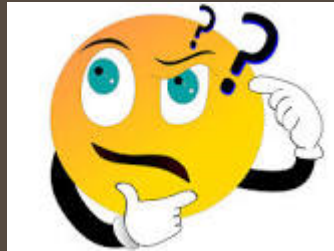
Scintigraphie osseuse





Hypothèses et conduite à tenir ?

- Scintigraphie normale
- Toujours pas d'étiologie neurologique ni ORL ni ostéo articulaire retrouvée au torticolis persistant





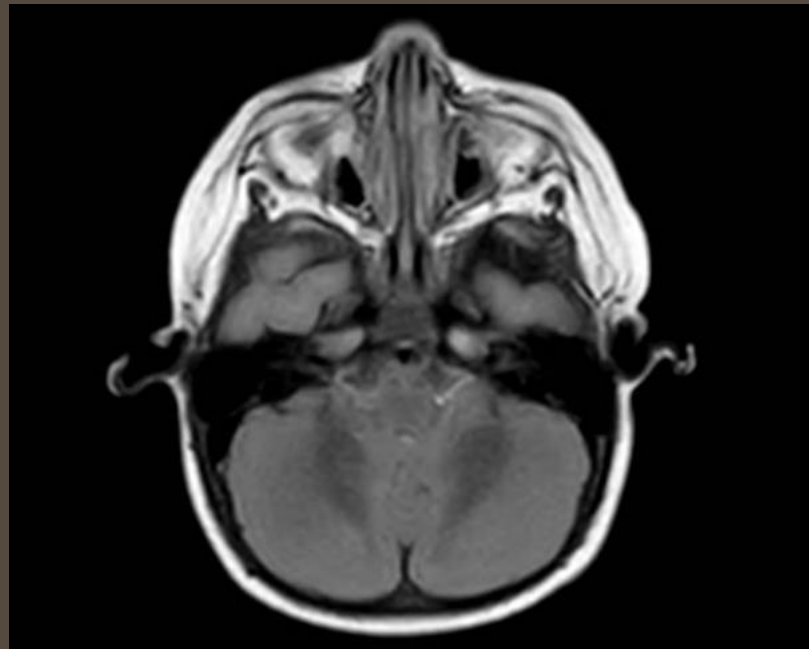
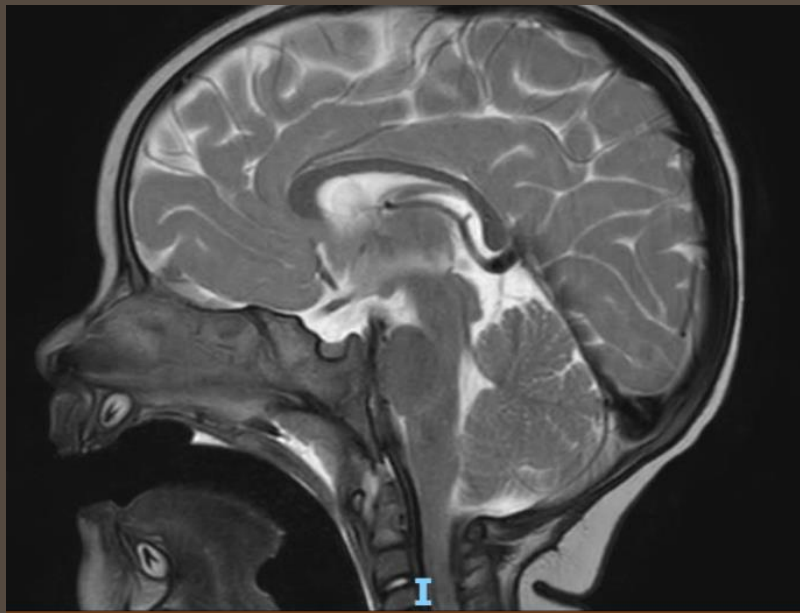
Hypothèses et conduite à tenir ?

- Arthrite apophysaire C1-C2 ? probable *Kingella kingae* ?
- Initiation d'une antibiothérapie probabiliste par céfazoline 150 mg/kg/k IV + gentamicine 6 mg/kg/j IV



IRM cérébrale et médullaire

→ Epanchement C1-C2 latéralisé à gauche





Evolution

Amélioration des douleurs et de la mobilité à 72h de l'antibiothérapie IV.

Arrêt de l'antalgie par Nalbuphine.

Relai de la Céfazoline IV par Augmentin 80mg/kg/j PO pour un traitement de 4 semaines au total.

Consultation à la fin de l'antibiothérapie avec radiographie de contrôle.

1 & 2 décembre 2023

Bordeaux - Hôtel Pullman



23^{èmes} Journées
d'Urgences Pédiatriques du Sud-Ouest



**Merci pour votre
attention**