

Les aspects médicaux de la maltraitance en pédiatrie

Medical aspects of child abuse

E. Rebuffat

Service de Pédiatrie et Centre SOS Enfants-U.L.B., C.H.U. Saint-Pierre

RESUME

Pour une évaluation adéquate et une prise en charge adaptée, les situations de maltraitance en pédiatrie nécessitent un abord multidisciplinaire. Le rôle du pédiatre est de décrire le plus rigoureusement les lésions et d'essayer, éventuellement à l'aide d'examen paracliniques, d'en préciser la nature et l'origine. Certains types de lésions sont plus spécifiquement liés à la maltraitance.

Dans cet article, nous décrivons les caractéristiques des différents types de lésions que nous rencontrons chez des enfants maltraités physiquement.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 323-5

ABSTRACT

For the most adequate management of child abuse a multidisciplinary approach is essential. The paediatrician's role is to collect a complete and careful description of the physical lesions and to conduct a full clinical examination including a precise description of all injuries. Investigations such as skeletal X-rays often provide supportive evidence for the diagnosis.

Some lesions are typically associated with non-accidental injury (NAI).

In this paper characteristics of injuries classically observed in child abuse are described.

Rev Med Brux 2005 ; 26 : S 323-5

Keys words : maltreatment, shaken baby syndrome, subdural haemorrhage, child sexual abuse

INTRODUCTION

Les médecins et les paramédicaux sont fréquemment interpellés par des situations de maltraitance. Ils sont souvent en première ligne dans le dépistage et le diagnostic.

Dans de nombreuses situations, les limites entre « la bien-traitance » et la maltraitance sont particulièrement floues. Les conditions de vie des parents, leurs histoires personnelles, les difficultés socio-économiques, les diversités culturelles¹ sont autant de facteurs qui rendent ces limites floues.

La description des situations de maltraitance montre combien leur évaluation précise est souvent malaisée. Pour être les plus complètes et les plus précises possibles, ces évaluations réclament un abord multidisciplinaire (médecins de famille, psychologues, assistantes sociales, pédopsychiatres, pédiatres, etc.).

L'examen clinique complet avec description

précise des lésions est évidemment indispensable dans cette évaluation.

EVALUATION DES LÉSIONS

Les lésions cutanées

Les lésions cutanées souvent banales isolément, sont significatives par :

- leur « qualité » : hématomes, strictions, brûlures, etc. ;
- leur topographie : tête, lombe, périnée, etc. ;
- leur nombre ;
- leur âge ;
- leur succession (la récurrence est quasi la règle).

Les lésions osseuses²

Les lésions osseuses sont plus fréquentes chez le jeune enfant (< de 3 ans). Il s'agit souvent de fractures des os longs.

Chez un enfant présentant une « fracture

suspecte », il est indispensable de rechercher d'autres fractures d'âge différent.

La radiographie du squelette entier permet de mettre en évidence d'éventuelles autres fractures et leurs particularités (exemple : fracture spiroïde ou oblique) mais aussi de dater ces fractures (Tableau 1).

Tableau 1 : Datation des fractures.

8^{ème}-10^{ème} jour -> apparition du cal osseux
Vers 10^{ème} semaine -> épaissement maximum du cal
Ensuite régression du cal
Disparition de toute trace de fracture dans un délai de 6 mois

La scintigraphie osseuse nous permet de visualiser très précocement les fractures sans déplacement dont l'interprétation radiologique est parfois difficile. Ces deux examens sont souvent complémentaires.

Les fractures métaphysaires dues à une traction ou à une torsion du membre (un trauma accidentel est plus souvent transversal) se localisent le plus fréquemment au niveau des extrémités distales du fémur et de l'humérus et des extrémités proximales du tibia et résultent souvent de manipulations brutales et inadéquates (plutôt que d'agressions volontaires et directes).

Les fractures du crâne et du nez résultent toujours d'un traumatisme direct.

Devant de telles fractures, il faut toujours rechercher des lésions cutanées associées.

Les lésions cérébrales

Le syndrome de « l'enfant secoué »³ est lié à une accélération puis décélération du cerveau entraînant un déchirement des vaisseaux méningés et des hématomes sous-duraux. L'expression clinique est très variable.

Les signes cliniques immédiats sont :

- tachycardie
- vomissements
- irritabilité, léthargie, perte de contact et parfois convulsions
- fontanelle bombante.

Parfois, les manifestations cliniques sont plus progressives :

- régression psychomotrice
- diminution du contact social
- anorexie et vomissements
- insomnie et irritabilité
- augmentation du périmètre crânien.

On retrouve souvent des hémorragies rétinienes au fond d'œil (80 % des cas) et des lésions osseuses (30 % des cas)⁴.

Il existe une controverse quant à l'importance de

la secousse : certains auteurs pensent qu'une secousse associée à un impact est nécessaire pour causer un hématome sous-dural⁵, d'autres pensent qu'une secousse seule suffit⁶.

Autres signes cliniques

- la dénutrition ;
- les retards staturo-pondéraux ;
- le nanisme psychosocial.

Situation particulière : les abus sexuels et viols

Avant d'aborder la prise en charge de l'enfant abusé sexuellement, il faut se rappeler que l'évaluation médicale n'apporte pas toujours la preuve d'une allégation d'abus (signes indiscutables dans 2 à 18 % des cas).

L'examen gynécologique d'un enfant abusé doit toujours être réalisé par une personne expérimentée, souvent sous narcose. Cet examen doit impérativement être associé à un examen physique général.

D'autres examens, dans certaines situations, doivent être réalisés simultanément : les sérologies VIH (Virus d'Immunodéficience Humaine), Hépatite B et C et syphilis ainsi que des frottis afin d'exclure une infection par le *Chlamydia* ou le Gonocoque. Les sérologies seront répétées 1, 3 et 6 mois plus tard.

Le risque de transmission du VIH est de 0,11 à 0,3 % par rapport sexuel avec un partenaire infecté. Il est très probablement plus élevé si le rapport est traumatique (viol).

On note une diminution du risque de 31 % en administrant une monothérapie à la zidovudine (Retrovir) et plus importante en utilisant une bi- ou trithérapie⁷.

La prophylaxie doit être instaurée le plus rapidement possible, et n'a pas d'intérêt au-delà de 72 heures. Elle doit être maintenue 4 semaines.

A cette prophylaxie anti-VIH, est associée pendant 3 jours de l'azithromycine (Zitromax®) afin de prévenir une infection à *Chlamydia*.

L'enfant est systématiquement vacciné contre l'hépatite B si la sérologie est négative.

Chez les jeunes filles pubères, en cas de viol, la « pilule du lendemain » (Norlevo®) est administrée.

FACTEURS DE RISQUE

Différents signes et paramètres nous permettent d'évaluer les éventuels risques de maltraitance.

Chacun des paramètres repris dans le Tableau 2, devra être évalué avec minutie et nous aidera à préciser le risque potentiel de maltraitance (et adapter en

conséquence notre prise en charge).

Tableau 2 : Paramètres importants dans l'évaluation d'un enfant suspect de maltraitance.

- l'état physique de l'enfant
- l'état psychique de l'enfant
- l'âge de l'enfant
- le contexte d'arrivée
- la cohérence (ou l'incohérence) entre les lésions et les explications fournies par les parents ou par l'enfant
- l'état des parents
- le comportement de l'enfant et des parents

CONCLUSIONS

Devant une suspicion de maltraitance, une prise en charge de l'enfant et de sa famille par une équipe qualifiée et multidisciplinaire doit être la règle.

La difficulté principale en situation d'urgence (cabinet médical, service d'urgences d'institution hospitalière, etc.) est d'évaluer la gravité de la maltraitance et le risque de récurrence et, en fonction de ces 2 paramètres, de décider d'un éloignement de l'enfant par rapport à sa famille (placement, hospitalisation, etc.).

L'examen physique détaillé de l'enfant ainsi que la mise en œuvre d'examens complémentaires permettront aux cliniciens d'évaluer l'importance des lésions et d'aider les autres intervenants dans la prise en charge de cette maltraitance.

BIBLIOGRAPHIE

1. Moro MR : Besoins des enfants et questions culturelles. In : Maltraitance et Cultures. Bruxelles, Collection Temps d'Arrêt, 2004 : 45-50

2. Geubelle F : Sévices physiques. In : L'Enfant maltraité. Les Editions de l'Université de Liège, 2002 : 19-42
3. Caffey J : On the theory and practice of shaking infants. American Journal of Disease of Children 1972 ; 124 : 161-9
4. Bonnier C, Nassogne MC, Evrard P : Outcome and prognosis of whiplash shaken baby infant syndrome ; late consequences after a symptom-free interval. Dev Med Child Neurol 1995 ; 37 : 943-56
5. Duhaime AC, Christian CW, Rorke LB *et al* : The Shaken Baby Syndrome : a clinical, pathological and biological study. J Neurosurgery 1987 ; 66 : 409-14
6. Alexander R, Sato Y, Smith W *et al* : Incidence of impact trauma with cranial injuries ascribed to shaking. Am J Dis Child 1990 ; 144 : 724-6
7. Dominguez K : HIV postexposure prophylaxis for pediatric patients. In : Pediatric HIV Care. Cambridge University Press, 2005 : 384-410

Correspondance et tirés à part :

E. REBUFFAT
C.H.U. Saint-Pierre
Service de Pédiatrie
Rue Haute 322
1000 Bruxelles

Travail reçu le 3 août 2005 ; accepté dans sa version définitive le 16 août 2005.