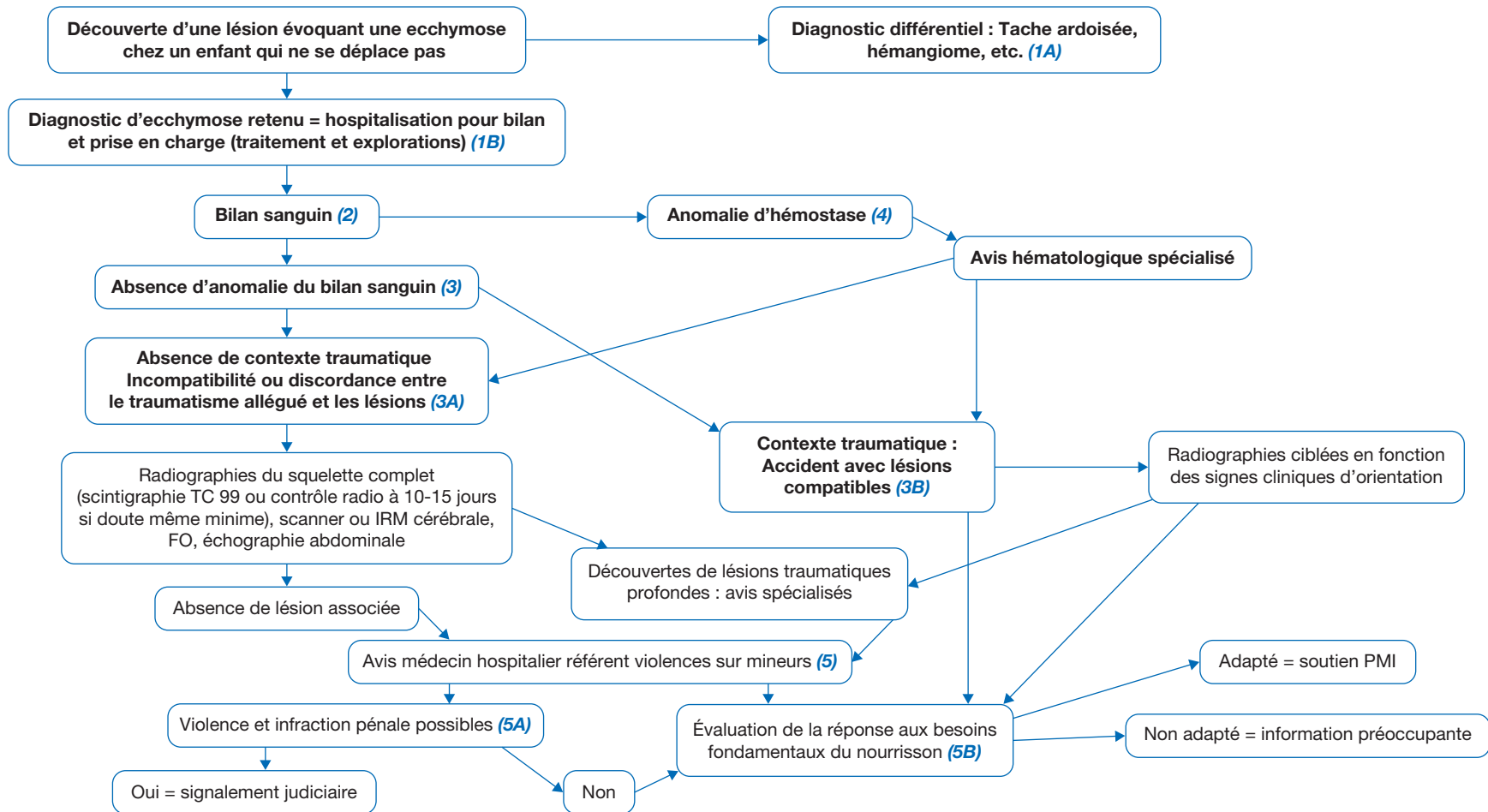


# Lésions ecchymotiques de l'enfant non déambulant

## Sentinel injuries

M. Balençon\*

CHU Rennes, Hôpital Sud, 16 boulevard de Bulgarie, 35200 Rennes



SFIPP : Société française d'imagerie pédiatrique et périnatale, TC 99 : technétium 99, HSD : hématome sous-dural, FO : fond d'œil, PMI : protection maternelle et infantile

\*Auteur correspondant.  
Adresse e-mail : martine.balencon@chu-rennes.fr (M. Balençon).

Article validé par : SFP (Société Française de Pédiatrie), GPG (Groupe de Pédiatrie Générale), SFIPP (Société Francophone d'Imagerie Pédiatrique et Périnatale), SFPML (Société Française de Pédiatrie Médico-Légale).

## ■ Introduction

Les ecchymoses chez les enfants qui ne sont pas en mesure de se déplacer sont des situations singulières qui doivent alerter les praticiens et être considérées comme suspectes de traumatisme infligé jusqu'à preuve du contraire. Elles sont intégrées à la notion de « lésions sentinelles », qui sont définies comme des lésions d'allure traumatique chez un nourrisson qui n'a pas acquis la capacité de se déplacer seul (ramper ou marcher). Elles sont visibles de tous, médecin, soignant, parent ou gardien d'enfants. Aucune explication plausible ne permet d'expliquer la survenue d'une telle atteinte cutanée (déplacement, traumatisme auto-infligé, etc.).

Les lésions sentinelles sont principalement des lésions cutanées et plus particulièrement des ecchymoses et des hématomes. Elles sont plus souvent situées sur le visage (75,3 %), le tronc (31,5 %) et les extrémités (26,7 %).

Elles sont troublantes car elles n'ont pas d'aspect très spécifique en dehors d'un éventuel aspect « en forme » qui permet d'évoquer un agent vulnérant. D'aspect souvent minime et infra-centimétrique, elles justifient pourtant de la plus grande attention. En effet, plus d'une fois sur deux, elles sont associées à des lésions profondes, osseuses, abdominales, neurologiques, etc.

Il s'agit de situations de danger grave chez des nourrissons particulièrement vulnérables du fait de leur jeune âge.

**(1A)** L'examen clinique doit être rigoureux afin d'éliminer les diagnostics différentiels. Parfois le diagnostic est évident car ces anomalies cutanées sont connues (taches ardoisées, angiome). Il est essentiel de consulter le carnet de santé pour savoir si elles ont déjà été constatées en période néonatale. Le cas échéant, il est important que le praticien informe la famille d'une telle découverte et la consigne de façon claire dans le carnet de santé. La possibilité d'un diagnostic différentiel doit être évoquée durant l'ensemble de la prise en charge s'il existe des stigmates de maladies générales (œdème aigu hémorragique, maladie d'Elher-Danlos, etc.). Néanmoins, l'association des violences physiques et de mauvais traitements à une authentique pathologie médicale doit toujours être présente à l'esprit et envisagée.

**(1B)** Lorsque le diagnostic d'ecchymose est retenu, la question du danger imminent doit être immédiatement présente à l'esprit du praticien et des équipes de soins. Dans ces circonstances, il est incontournable d'organiser en urgence un **temps d'hospitalisation en milieu pédiatrique** afin de pouvoir réaliser des explorations complémentaires, prendre soin de l'enfant en se centrant sur sa santé et assurer un espace de protection thérapeutique dans un contexte d'urgence médicale.

**(2)** La recherche d'une anomalie de la coagulation sera effectuée, ainsi que des signes biologiques de traumatisme abdominal. Le bilan qui est proposé dans cette tranche d'âge est le suivant : NFS et plaquettes, bilan d'hémostase (taux de prothrombine, temps de céphaline activé, fibrinogène, facteur von Willebrand (cofacteur de la ristocétine [RCo] et antigène [AG]), FVIII, FIX, FXI, FXIII), dosage des transaminases et de la lipase.

**(3A)** En l'absence de pathologie de l'hémostase sous-jacente grave, la survenue de lésion ecchymotique ne peut pas être spontanée ou consécutive à des gestes de la vie courante. Elle procède *de facto* d'un traumatisme. Parfois, les traumatismes allégués par l'entourage sont minimes. Il est important de reconnaître ces situations et d'en mesurer toute la gravité.

Dans ce contexte, la réalisation d'un bilan paraclinique à la recherche de lésions profondes est indiquée même en l'absence de signe clinique d'orientation. En effet, Harper et al., dans un travail prospectif sur une cohorte de 254 nourrissons âgés de moins de 6 mois présentant des lésions ecchymotiques inexplicables apparemment isolées mais particulièrement suspectes de traumatismes infligés, retrouvaient 53,4 % d'enfants porteurs de lésions profondes associées. Celles-ci étaient par ordre de fréquence : neurologiques, osseuses et abdominales.

Le **bilan radiologique** visant à explorer l'intégralité du squelette est fait conformément aux recommandations de la Société française d'imagerie pédiatrique et périnatale (SFIPP). L'ensemble de l'imagerie sera réalisé et interprété au mieux par une équipe expérimentée en pédiatrie. En cas de doute, même minime, la scintigraphie au technétium 99 réalisée rapidement ou de nouvelles radiographies du squelette complet (sauf crâne et rachis) effectuées 10 à 15 jours plus tard, l'enfant étant protégé, permettront de mettre en évidence des lésions osseuses qui n'auraient pas été visualisées lors du bilan radiologique initial. L'imagerie cérébrale (scanner ou IRM selon l'accès et la présence de symptômes neurologiques) et le fond d'œil recherchent des éléments en faveur d'un syndrome du bébé secoué. Une échographie abdominale recommandée systématiquement en France permet de mettre en évidence des lésions intra-abdominales. La découverte de lésions traumatiques associées fera l'objet d'une prise en charge adaptée : en cas de fractures, nécessité d'un bilan phosphocalcique et d'un avis génétique ; en cas d'hématomes intracrâniens, avis neurochirurgical, etc.

**(3B)** Dans certains cas, les lésions ecchymotiques sont en lien avec un traumatisme accidentel. Dans ces situations, l'histoire clinique rapportée ne varie ni dans le temps, ni avec les interlocuteurs. Dans ce contexte se pose la question de la sécurité

au domicile de l'enfant. La réponse des parents au besoin fondamental de sécurité doit faire l'objet d'une évaluation (5B) et d'une demande d'aide aux services de protection maternelle et infantile, le cas échéant. En cas de doute sur une situation de danger au domicile (violence de toutes natures et négligence), une information préoccupante sera rédigée et adressée à la Cellule de recueil des informations préoccupantes (CRIP) du conseil départemental territorialement compétent.

Au terme de l'entretien, lorsqu'un traumatisme accidentel est retenu, un bilan radiologique sera proposé en fonction des points d'appel clinique. La découverte de lésions osseuses suspectes sur ce bilan, par leur aspect ou par leur nombre, devra conduire à reconsidérer la situation et à mener un bilan paraclinique exhaustif (3A).

**(4)** En cas de découverte d'une maladie de l'hémostase, un avis spécialisé sera sollicité.

Il est essentiel de mettre en lien l'anomalie biologique repérée et les lésions constatées. Il est indispensable de se poser à chaque fois la question de la plausibilité. Dans le doute, les enfants doivent bénéficier d'explorations complémentaires (3A).

**(5)** Dans les situations de traumatismes infligés suspectés et chaque fois que la **réponse aux besoins fondamentaux de l'enfant** apparaît inadéquate, un avis auprès d'une consultation spécialisée en protection de l'enfance ou auprès du médecin hospitalier référent des violences faites aux enfants sera sollicité afin d'évaluer la situation de façon globale.

**(5A)** La possibilité de violences subies et ainsi d'une infraction pénale, la nécessité de protection immédiate seront à chaque fois posées par les équipes de soins. Si ces hypothèses sont retenues, cette situation autorise le praticien à se délier du secret professionnel (Code pénal, article 226-14). Un **signalement judiciaire** dans ce contexte est indiqué. Il s'agit d'un écrit daté et signé mentionnant les coordonnées de l'enfant, adressé au procureur de la République du tribunal de grande instance territorialement compétent. Dans cet écrit sont exposés au conditionnel l'ensemble des éléments de contexte et entre guillemets, les propos des tiers. Les éléments de constat sont rapportés au présent. Aucun auteur ne doit être nommé désigné. Cet écrit doit permettre au praticien de faire part de ses doutes face à cette situation et transmettre les éléments nécessaires pour que des suites puissent être données. Une copie de cet écrit sera adressée par le rédacteur au conseil départemental.

**(5B)** Dans chacune de ces situations, la réponse aux besoins fondamentaux de l'enfant sera évaluée. Si la réponse est inadéquate, le praticien et les équipes de soins sont auto-

risés à se délier du secret professionnel pour saisir la CRIP du conseil départemental compétent en rédigeant une information préoccupante (Code de l'action social et des familles, article R. 226-2-2). Les modalités de rédaction sont les mêmes que pour le signalement judiciaire (5A). Si la famille est dans une simple demande de soutien, s'il n'est pas mis en évidence de situation de danger et si l'alliance est possible, un simple soutien des services de la protection maternelle et infantile (PMI) peut être sollicité.

## ■ Conclusion

- Les ecchymoses de l'enfant non déambulant sont des lésions qui apparaissent banales mais qui justifient de la plus grande attention. Elles doivent être distinguées d'autres lésions (tâche ardoisée, œdème aigu hémorragique, etc.).
- En dehors de situations de traumatismes accidentels plausibles, elles sont un marqueur de traumatismes infligés d'une particulière gravité en raison du jeune âge des victimes.

- La découverte de telles lésions justifie d'une hospitalisation en urgence et la réalisation d'explorations paracliniques précises à la recherche de lésions profondes associées.
- La saisine des autorités judiciaires ou administratives est nécessaire à chaque fois que le diagnostic de traumatisme infligé est suspecté par les équipes.

## ■ Liens d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêts avec cet article.

■ **Mots-clés** Maltraitance ; Violence ; Nourrisson ; Lésion sentinelle ; Ecchymose

■ **Keywords** Child abuse; Sentinel injuries; Infant; Bruising; Screening

## ■ Bibliographie

Labbé J, Caouette G. Recent skin injuries in normal children. *Pediatrics* 2001;108:271-6.

Sheets LK, Leach ME, Koszewski IJ, Lessmeier AM, Nugent M, Simpson P. Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics* 2013;131:701-7.

Harper NS, Feldman KW, Sugar NF, et al. Additional injuries in young infants with concern of abuse and apparently isolated bruises. *J Pediatr* 2014;165:383-8.

Rey-Salmon C, Adamsbaum C (eds). *Child Abuse*. Springer, Cham 2018.

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239\\_recommandations\\_syndrome\\_bebe\\_secoue.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-09/reco239_recommandations_syndrome_bebe_secoue.pdf)

<https://sfip-radiopediatrie.org/references-medico-legales/>