

Document de la Société canadienne de pédiatrie

Auteur(s) principal(aux)

Michelle GK Ward, Amy Ornstein, Anne Niec, C Louise Murray ; Société canadienne de pédiatrie,

Paediatr Child Health 2013;18(8):438-42

Résumé

Les échy-moses sont courantes chez les enfants et découlent souvent d'une blessure accidentelle mineure. Cependant, elles peuvent également signaler une maladie sous-jacente ou une blessure infligée (maltraitance). Même si les échy-moses sont les manifestations les plus courantes de la maltraitance physique des enfants, il peut être difficile pour les cliniciens de savoir quand s'inquiéter d'un risque de maltraitance et comment évaluer les échy-moses dans un tel contexte. D'après les publications et les recommandations publiées récentes, le présent point de pratique aide les cliniciens à distinguer les échy-moses accidentelles et infligées, à évaluer et à prendre en charge les échy-moses en présence d'une maltraitance présumée d'enfant et à évaluer la prédisposition médicale sous-jacente aux échy-moses.

Mots-clés : Bruise ; Bruising ; Child abuse ; Children ; Coagulopathy ; Maltreatment

Les échy-moses sont des blessures courantes pendant l'enfance, qui découlent souvent d'un traumatisme accidentel mineur, tel qu'un choc ou une chute, subi pendant des jeux actifs normaux. Au sens des présentes, ce type de blessure est considéré comme « accidentel ». En présence d'une maladie ou d'un trouble de saignement sous-jacents, les échy-moses peuvent se former après un traumatisme minime ou même sans traumatisme connu. Cependant, les échy-moses peuvent aussi être le résultat de la maltraitance. On dit alors qu'elles sont « infligées ». Dans le domaine de la prévention des blessures, les termes « non intentionnelles » et « intentionnelles » décrivent souvent les blessures. Puisqu'il est impossible de déterminer l'intention dans le cadre d'une évaluation médicale objective et que les deux termes peuvent avoir un sens involontaire dans le système judiciaire, il faut les éviter lorsqu'on traite de blessures associées à une possibilité de maltraitance.

Les blessures cutanées sont les principales manifestations de blessures corporelles dans les cas de maltraitance d'enfants démontrés au Canada. [1] Lorsqu'ils évaluent des ecchymoses, les cliniciens doivent d'abord déterminer si les lésions sont de véritables ecchymoses et écarter les problèmes cutanés qui y ressemblent, comme les nævus pigmentaires grisâtres (taches mongoloïdes), les hémangiomes, les taches cutanées causées par de la teinture ou d'autres décolorations cutanées. Une fois l'ecchymose confirmée, les cliniciens doivent distinguer les ecchymoses accidentelles des ecchymoses infligées, dans la mesure du possible, admettre leurs inquiétudes en matière de maltraitance et les transmettre à une agence de protection de l'enfance. Le surdépistage ou le sous-dépistage de blessures causées par la violence peuvent tous deux être dommageables. Le fait de ne pas dépister la violence physique peut prédisposer à d'autres blessures ou même à un décès,[2][3] tandis que le dépistage d'une violence qui n'a pas eu lieu peut donner lieu à des mesures de protection de l'enfant ou à des interventions juridiques inutiles, à du stress pour la famille ou à un retard à diagnostiquer un problème de santé sous-jacent.

Le présent point de pratique porte sur deux grandes questions à l'intention des cliniciens compte tenu des recommandations publiées et des données canadiennes pertinentes sur la maltraitance d'enfants et d'adolescents.

- Quels facteurs devraient soulever des inquiétudes à l'égard des blessures infligées (maltraitance) chez les cliniciens qui observent des ecchymoses
- Quelles évaluations devrait-on effectuer pour supputer d'autres causes médicales possibles ou d'autres prédispositions aux ecchymoses ?

La différenciation entre les ecchymoses découlant de traumatismes accidentels et de traumatismes infligés

Les ecchymoses indiquent la présence de saignements sous la peau. Elles sont généralement causées par un impact entre une partie du corps et un autre objet ou une autre surface. Les tissus touchés sont comprimés ou écrasés, ce qui endommage les vaisseaux sanguins et provoque des saignements dans les couches de tissus sous-cutanés.

Les ecchymoses attribuables à des traumatismes accidentels courants chez les enfants ont tendance à être relativement petites, de forme ovale ou arrondie, mais sans bordure distincte, situées au-dessus ou près de proéminences osseuses à l'avant du corps (souvent le front, les genoux ou les tibias), et n'ont pas de forme ou de tracé reconnaissable (p. ex., l'empreinte d'une main ou une forme de boucle). [4]-[12]

Il faut évaluer les ecchymoses compte tenu des aptitudes de développement de l'enfant et de l'explication donnée. On ne peut pas diagnostiquer une blessure infligée d'après son emplacement sur le corps ou ses caractéristiques, mais certaines ecchymoses soulèvent plus d'inquiétudes de maltraitance que d'autres (encadré 1). Il se peut que des troubles de coagulation comme l'hémophilie, la maladie de von Willebrand et les anomalies plaquet-taires se manifestent seulement par des ecchymoses qui, d'après leur seule apparence, peuvent laisser croire à de la violence. [13] Même si les ecchymoses sur le visage et la tête sont souvent non spécifiques chez les enfants ambulatoires, elles devraient soulever des questions sur la manière dont elles se sont produites, et ce, quel que soit l'âge de l'enfant, en raison du risque de blessure connexe à la tête et au cou.

Encadré 1 | Signaux d'alerte de blessure infligée chez un enfant ayant des ecchymoses

- › Ecchymoses chez un bébé qui ne se déplace pas encore
- › Ecchymoses sur les oreilles, le cou, les pieds, les fesses ou le torse (ce qui inclut la poitrine, le dos, le ventre et les organes génitaux)
- › Ecchymoses situées ailleurs que sur le devant du corps ou une proéminence osseuse
- › Ecchymoses dont la dimension ou le nombre est inhabituel
- › Ecchymoses groupées ou ayant une forme définie (ce qui peut inclure l’empreinte d’une main, les marques d’une boucle ou d’une ceinture, les marques de morsure)
- › Ecchymoses qui ne correspondent pas au mécanisme causal décrit

Adapté des références [4]-[6][9]-[11][15][41][42]

Considérations particulières

Les trois facteurs suivants doivent faire l’objet de considérations particulières lors de l’évaluation des ecchymoses chez un enfant.

Les ecchymoses chez les bébés

La probabilité d’ecchymoses est fortement liée à la mobilité de l’enfant.[4][6]-[9][14][42] Il est rare que les bébés qui ne se déplacent pas encore aient des ecchymoses. [4][9][10][15][43] Selon la plupart des études, moins d’un pour cent des bébés de moins de neuf mois en présentent, par rapport à 40 % à 90 % des enfants de neuf mois et plus. [7][9][10][16][17] Les cliniciens devraient savoir que des ecchymoses ou des antécédents d’ecchymoses chez des bébés peuvent constituer une blessure « sentinelle » évoquant un risque de dommages courants ou futurs causés par la maltraitance (p. ex., fractures ou traumatismes crâniens)[3][18][44]-[46] ou représenter la première manifestation d’une coagulopathie ou d’une maladie. [18] Ainsi, en présence d’une ecchymose inexpliquée chez un enfant non mobile, il faut procéder à une évaluation plus approfondie de la possibilité de maltraitance ou de coagulopathie.

Des ecchymoses ayant une forme définie

Des ecchymoses inexpliquées qui ont une forme définie devraient soulever des inquiétudes quant à la possibilité de maltraitance. Ce type d’ecchymose est généralement causé par un impact avec un objet de la même forme ou d’une forme similaire, soit par une empreinte positive (p. ex., la semelle d’une chaussure, causée par l’impact avec une chaussure), soit par une empreinte négative (p. ex., des lignes parallèles représentant les espaces entre les doigts, causées par l’impact avec une main). Parmi les autres marques courantes de blessures cutanées infligées, soulignons les marques de morsure, les marques de boucle

causées par l'impact d'une corde et les marques de lignes parallèles causées par l'impact avec une ceinture (pour obtenir des images, voir Hobbes et Wynne[19]).

La coloration des ecchymoses

La présence de blessures subies à divers moments est souvent considérée comme un signal d'alerte de maltraitance. Par le passé, on se fiait à la coloration pour évaluer l'ancienneté des ecchymoses. Cependant, selon les publications récentes, ni la coloration ni l'évolution progressive de la coloration pendant la guérison ne sont des indicateurs fiables de l'ancienneté de l'ecchymose. [4][10][20]-[24] L'apparence et le délai de guérison des ecchymoses varient énormément selon les individus et le type de blessure chez un même individu. La capacité du médecin à dater les ecchymoses à l'examen ou d'après des photographies est désormais considérée comme « extrêmement imprécise ». [10][21][25][26]

Les ecchymoses d'origine hématologique ou ayant d'autres origines médicales

Dans certains cas, les enfants présentent des ecchymoses plus grosses que prévu, causées par un traumatisme mineur ou sans cause connue en raison d'une prédisposition sous-jacente. Cette situation se produit en cas de coagulopathie héréditaire ou acquise ou d'autres problèmes de santé. Le purpura thrombopénique immunologique (PTI) est le trouble de coagulation acquise le plus courant. La maladie de von Willebrand est le principal trouble de coagulation héréditaire, dont l'incidence atteint 1 % dans la population générale. Les principaux troubles de coagulation ensuite observés sont le déficit en facteur VIII (hémophilie A) et le déficit en facteur IX (hémophilie B), qu'on constate chez 0,02 % et 0,005 % des naissances vivantes chez les garçons, respectivement. [27] D'autres déficits de facteurs et troubles plaquettaires sont plus rares, mais une fois regroupés, les troubles de la fonction plaquettaire sont relativement courants. Au Canada, la prévalence d'hémophilie et d'autres troubles héréditaires de la coagulation (nombre total de cas chez les enfants et les adolescents de moins de 18 ans) est exposée au tableau 1. [28] Ces données font ressortir le fait que le déficit en facteur VIII est le trouble héréditaire de la coagulation le plus diagnostiqué au sein de la population canadienne d'âge pédiatrique, en raison de ses symptômes relativement sévères et de sa présentation plus précoce. Pendant l'enfance, la maladie de von Willebrand n'est pas diagnostiquée à un taux qui correspond à son incidence en population, en raison de sa présentation souvent plus discrète.

TABLEAU 1

Prévalence d'hémophilie et troubles héréditaires de la coagulation chez les enfants canadiens de moins de 18 ans

Trouble	Garçon	Fille	Total
Les plus courants			
Déficit en facteur VIII (hémophilie A)	706	36	742
Maladie de von Willebrand (tous types)	360	299	672*
Déficit en facteur IX (hémophilie B)	124	12	136

Trouble	Garçon	Fille	Total
Troubles de coagulation rares et héréditaires (tous types)	83	91	174
Déficit en facteur XI	22	37	59
Déficit en facteur VII	37	27	64
Déficit en facteur XIII	6	9	15
Troubles de fibrinogène	5	7	12
Troubles plaquettaires rares et héréditaires (tous types)	127	73	200
Troubles plaquettaires non définis	63	34	97
Thrombasthénie de Glanzmann	10	7	17
Thrombopénie familiale non définie	11	6	17
Syndrome d'Ehlers-Danlos	3	5	8

*Le total inclut 13 cas dont le sexe n'était pas défini. Adapté de la référence [28]

Parmi les problèmes de santé et les maladies qui s'associent aux ecchymoses, soulignons les infections (p. ex., méningococcémie), les affections malignes (p. ex., leucémie, neuroblastome), les carences nutritionnelles (p. ex., vitamine K, vitamine C), les maladies systémiques graves (p. ex., coagulation intravasculaire disséminée), les troubles des tissus conjonctifs (p. ex., syndrome d'Ehlers-Danlos, ostéogenèse imparfaite) et les troubles auto-immuns ou inflammatoires (p. ex., PTI, purpura de Henoch-Schönlein, syndrome de Gardner-Diamond). [27][29][30]

D'autres observations cutanées non traumatiques peuvent être confondues avec des ecchymoses, y compris les vergetures, les taches mongoloïdes ou nævus pigmentaires grisâtres, les hémangiomes, les nævus d'Ito, l'érythème multiforme, l'eczéma, l'incontinencia pigmenti, les pratiques culturelles comme l'application de monnaie et de ventouses, la phytophotodermatite et les taches cutanées causées par la teinture ou l'encre. [27][29][30]

Lorsqu'on évalue les ecchymoses, il faut envisager la possibilité de troubles de la coagulation, qu'ils soient acquis ou héréditaires. [31] En présence d'une possibilité de maltraitance d'enfant, le clinicien doit être en mesure de distinguer les ecchymoses attribuables à un traumatisme minime ou sans cause connue, mais qui sont liées à une prédisposition médicale sous-jacente, de celles attribuables à un grave traumatisme sans prédisposition sous-jacente. Il faut également souligner que le dépistage d'un trouble de la coagulation ou d'un problème de santé n'exclut pas la possibilité de blessure infligée et inversement, la confirmation d'un traumatisme infligé n'exclut pas la possibilité de trouble de la coagulation.

L'évaluation de l'enfant ayant des ecchymoses chez qui on présume une maltraitance

Le *British Royal College of Paediatrics and Child Health*, des auteurs indépendants et, plus récemment, l'*American Academy of Pediatrics* ont publié des recommandations sur l'évaluation des troubles de saignement qui sont responsables d'ecchymoses dans les cas de maltraitance d'enfants. [32]-[35]

Au Canada, des pédiatres ayant des compétences en maltraitance d'enfants ont élaboré les *National Guidelines for the Diagnostic Evaluation of Suspected Child Physical Abuse: Work in Progress*, non publiées, selon les publications et les analyses d'experts transmises au *Canadian Symposium on Advanced Practices for Child Abuse Pediatrics* (2010-2015). Une enquête auprès d'experts de la maltraitance d'enfants admissibles a également permis de répertorier les pratiques courantes et recommandées par ce groupe,[36] et les hématologues pédiatres canadiens ont fourni leurs commentaires à cet égard. L'approche clinique proposée ci-dessous se fonde sur les sources précédentes et s'appuie sur des références qui sont en accord avec d'autres recommandations publiées.

Les antécédents

Il faut obtenir des antécédents approfondis liés à la possibilité de maltraitance, à un trouble hématologique sous-jacent ou à un autre problème de santé prédisposant. Ces antécédents doivent inclure de l'information détaillée sur l'apparition et l'évolution des ecchymoses, les symptômes connexes et les événements connus liés à la blessure.

Les antécédents médicaux doivent également inclure les saignements ou les ecchymoses antérieures, d'autres blessures et la réponse de l'enfant à des épreuves passées à l'hémostase (p. ex., chirurgie, extractions dentaires, ponction veineuse, traumatismes). Les anomalies plaquettaires prennent généralement la forme de saignements mucocutanés, tandis que les déficits de facteur entraînent généralement des saignements des « tissus profonds », tels que dans les articulations, les tissus mous, l'appareil gastro-intestinal ou génito-urinaire ou les saignements après une intervention chirurgicale. Il faut poser des questions précises pour connaître les signes ou symptômes de troubles de saignement (encadré 2). [33][37] Il faut également inclure les antécédents de prise de médicament ou du développement et s'attarder à la motricité globale (pour corroborer le mécanisme de blessure décrit).

Encadré 2 | Principaux points des antécédents de trouble hémorragique possible

Nourrisson

- › Saignements après la circoncision
- › Céphalhématome à la naissance
- › Saignement du moignon ombilical ou séparation tardive du moignon
- › Saignement après une ponction veineuse
- › Hématurie macroscopique
- › Pétéchies aux points de pression des vêtements
- › Ecchymoses aux points de pression d'objets, tels que la ceinture de sécurité du siège d'auto pour nourrisson

Enfant ou membres de la famille de référence

- › Ecchymose spontanée, excessive ou qui se forme facilement
- › Saignement mucocutané (p. ex., saignement gingival)
- › Épistaxis spontanée, de plus de dix minutes ou qui exige un traitement médical
- › Saignement d'une plaie bénigne qui dure plus de 15 minutes ou récidive dans les sept jours
- › Saignement prolongé après une intervention chirurgicale
- › Ecchymoses recouvrant des bosses palpables
- › Œdème articulaire après une blessure mineure
- › Sang dans les selles ou dans l'urine
- › Ménorragie
- › Anémie inexpliquée
- › Antécédents de transfusion sanguine

Adapté des références [33][37]

Les antécédents familiaux doivent inclure de l'information similaire sur les épreuves à l'hémostase, ainsi que le diagnostic de trouble de saignement ou d'autre problème de santé héréditaire qui peut prédisposer aux ecchymoses (p. ex., syndrome d'Ehlers-Danlos, ostéogénèse imparfaite). Des antécédents de consanguinité peuvent être indicateurs d'un trouble de saignement autosomique récessif héréditaire non dépisté chez l'enfant. Il faut s'attarder aux antécédents de menstruations et de saignements post-natals de la mère, ainsi qu'aux antécédents de saignements postopératoires et aux besoins de transfusion ou d'épistaxis récurrentes ou sévères chez un membre de la famille.

Une analyse des antécédents psychosociaux peut contribuer à déterminer les facteurs de risque et les facteurs protecteurs au sein de la famille. Il peut également être intéressant de poser des questions sur le comportement de l'enfant et le mode de discipline de la famille.

L'examen physique

Le clinicien devrait effectuer un examen clinique complet et s'attarder tout particulièrement à l'apparence générale, à l'hydratation, aux signes vitaux et aux paramètres de croissance (y compris la circonférence crânienne) et aux dysmorphies. Il faut examiner l'oropharynx pour vérifier s'il y a des signes de saignements, de traumatisme ou de blessure du frein (à l'intérieur des lèvres supérieure et inférieure et sous la langue) en cours de guérison, de même que la dentition. Il faut examiner attentivement toute la surface de la peau et s'attarder tout particulièrement au cou, au tronc, aux fesses, aux organes génitaux, au pavillon antérieur et postérieur de l'oreille, aux mains et aux pieds. Il faut prendre note de la présence d'hépatosplénomégalie et de lymphadénopathie. L'examen du système musculosquelettique devrait inclure l'évaluation de l'hypermobilité articulaire, de la laxité cutanée et de la déformation osseuse. Il faut également évaluer l'état neurologique, développemental et comportemental de l'enfant. L'examen de la laxité articulaire du parent lors de l'évaluation des très jeunes enfants (pour dépister un syndrome d'Ehlers-Danlos et un syndrome d'hypermobilité articulaire bénigne).

L'évaluation en laboratoire

Les tests de laboratoire visent à exclure, avec une certitude raisonnable, des troubles de saignement ou d'autres problèmes de santé qui prédisposent aux ecchymoses et qui sont envisagés dans le contexte clinique. Les enfants n'ont pas tous besoin d'examens de laboratoire. On les recommande lorsque les résultats peuvent avoir des répercussions sur la santé ou le bien-être de l'enfant, lorsqu'on est en présence d'une présomption clinique de prédisposition sous-jacente à des saignements ou à des ecchymoses ou que les ecchymoses sont inexplicables chez un bébé qui ne se déplace pas encore (encadré 3).

Encadré 3 | Tests de laboratoire recommandés en première ligne en cas d'ecchymoses et de maltraitance présumée

- › Hémogramme (y compris les plaquettes)[29][32]-[35]
- › Frottis de sang périphérique[29][32][34][35]
- › Temps de prothrombine (TP)/rapport international normalisé (RIN)[29][32]-[35]
- › Temps de thromboplastine partiel activé (TTPa)[29][32]-[35]
- › Fibrinogène[29][32][34][35]
- › Études de von Willebrand[33]-[35]
- › Groupe sanguin (pour interpréter les taux de von Willebrand)[33][34]
- › Taux de facteur VIII[33]-[35]
- › Facteur IX[33]-[35]
- › Tests de fonction hépatique (pour établir une dysfonction plaquettaire secondaire) [29][34]
- › Tests de fonction rénale (pour établir une dysfonction plaquettaire secondaire) [29][34]

Chez un bébé qui ne se déplace pas encore et qui présente des ecchymoses inexplicables, il est souvent recommandé de procéder à d'autres examens de blessures occultes des os, de la tête ou de l'œil, en consultation avec des cliniciens pédiatres spécialistes de la maltraitance d'enfants. Ces examens incluent une série squelettique de tous les enfants de moins de deux ans ayant des blessures causées par une violence physique présumée (p. ex., ecchymoses, fracture, traumatismes crâniens). Au sein de ce groupe, il faut également envisager une imagerie cérébrale et une évaluation ophtalmologique en cas de traumatismes crâniens occultes.

La maladie de von Willebrand, les troubles de la fonction plaquettaire et les déficits mineurs en facteur sont difficiles à diagnostiquer. Il faut donc effectuer des examens de deuxième ligne en cas d'antécédents personnels ou familiaux ou d'observations à l'examen physique qui soulèvent des craintes de trouble de saignement (même si les résultats des examens de première ligne sont normaux), ou lorsque les résultats des examens de première ligne sont anormaux. Il faut procéder à des tests de deuxième ligne en consultation avec un hématologue, qui peuvent inclure des examens sur les taux de facteur supplémentaires, le temps de thrombine, les troubles plaquettaires (p. ex., études d'agrégation plaquettaire ou test d'analyseur 100 de la fonction plaquettaire) ou d'autres examens spécialisés. Le test du temps de saignement n'est plus recommandé en raison de sa sensibilité et de sa spécificité médiocres, ainsi que de sa nature envahissante. [38] Il faut comparer les résultats des examens avec des plages de référence propres à l'âge et envisager les causes préanalytiques des résultats anormaux (p. ex., remplissage excessif ou insuffisant d'un tube de saignée ou prélèvement sanguin à partir d'un tube héparinisé).

Documentation et consultation

Il faut consigner toute l'information clinique soigneusement et objectivement. Les recommandations quant à la consignation sont analysées dans l'article d'Ornstein intitulé *An approach to child maltreatment documentation and participation in the court system*[39] et dans des faits saillants du PCSP intitulés *From bruises to brain injury: The physician's role in the assessment of inflicted traumatic head injury*. [40] Il faut consigner les observations cutanées sur un diagramme ou un dessin du corps et en indiquer la dimension mesurée, la forme, la coloration, l'emplacement et le contour (plat ou palpable). On ne peut pas utiliser ces renseignements pour déterminer le moment d'apparition de l'ecchymose, mais ils sont utiles pour confirmer que la lésion est bel et bien une ecchymose, pour évaluer le mécanisme de blessure et formuler un diagnostic différentiel. Il est également recommandé de prendre des photos, avec un outil de mesure et une bande chromatique, et de les ranger en toute sécurité, avec le reste de l'information sur le patient.

Les cliniciens pédiatres spécialisés en maltraitance d'enfants peuvent également offrir du soutien, des conseils et des avis d'expert sur le diagnostic différentiel, les mécanismes possibles de blessure et le degré de certitude de la maltraitance. Il faut consulter un hématologue si on craint un trouble de saignement chez l'enfant ou au sein de sa famille ou en présence de résultats anormaux importants lors des examens de laboratoire initiaux. Un dermatologue peut également contribuer à démêler les lésions cutanées non différenciées. Il faut consulter un bureau de protection de l'enfance dès qu'on craint que les ecchymoses s'expliquent par de la maltraitance.

Conclusion

Les ecchymoses sont fréquentes pendant l'enfance et découlent souvent de blessures accidentelles mineures. Elles constituent également la principale observation de maltraitance physique d'enfants. Le rôle du clinicien consiste à dépister les ecchymoses susceptibles de signaler une maltraitance ou un problème de santé, à effectuer une évaluation médicale approfondie et à amorcer des tests, à communiquer les inquiétudes de maltraitance aux agences de protection de l'enfance et à consigner clairement toute l'information. Le présent point de pratique expose une approche commode et fondée sur des données probantes en vue d'évaluer les ecchymoses dans le contexte d'une présomption de maltraitance d'enfant, conformément avec d'autres recommandations publiées.

Remerciements

Trois collègues en rhumatologie pédiatrique, les docteurs Robert Klaassen, Vicky Price et Georges-Étienne Rivard, méritent des remerciements particuliers pour leur apport important à ce travail. Nous remercions également le docteur Irwin Walker et le groupe du Canadian Hemophilia Registry. De plus, le comité de la pédiatrie communautaire, le comité de la médecine d'urgence en pédiatrie et les comités de direction de la section de la médecine d'urgence en pédiatrie et de la section de la pédiatrie hospitalière de la Société canadienne de pédiatrie ont également révisé le présent point de pratique.

Section de la prévention de la maltraitance d'enfants et d'adolescents

Comité directeur : Burke Baird MD ; Laurel Chauvin-Kimoff MD (présidente sortante) ; Jennifer R MacPherson MD ; Amy Ornstein MD (vice-présidente) ; C Louise Murray MD ; Michelle K Shouldice MD (présidente) ; Tanya Smith NP ; Michelle GK Ward MD

Représentants : Claire Allard-Dansereau MD, Association des médecins en protection de l'enfance du Québec ; Jeffrey W Scott MD, comité de prévention des blessures de la SCP

Auteurs principales : Michelle GK Ward MD, Amy Ornstein MD, Anne Niec MD, C Louise Murray MD

Références

Agence de la santé publique du Canada, 2010. *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008 : Données principales* : www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/csca-ecve/2008/index-fra.php (consulté le 17 juillet 2013)

Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA* 1999;281(7):621-6.

Sheets LK, Leach ME, Koszewski IJ, Lessmeier AM, Nugent M, Simpson P. Sentinel injuries in infants evaluated for child physical abuse. *Pediatrics* 2013;131(4):701-7.

Maguire S, Mann M. Systematic reviews of bruising in relation to child abuse – what have we learnt: An overview of review updates. *Evid Based Child Health* 2013;8(2):255-63.

Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. *Arch Dis Child* 2005;90(2):182-6.

Pierce MC, Kaczor K, Aldridge S, O'Flynn J, Lorenz DJ. Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. *Pediatrics* 2010;125(1):67-74.

Labbé J, Caouette G. Recent skin injuries in normal children. *Pediatrics* 2001;108(2):271-6.

Lux AL. Prevalence of bruising in babies. *Arch Dis Child* 2000;82(3):266.

Sugar NF, Taylor JA, Feldman KW. Bruises in infants and toddlers: Those who don't bruise rarely bruise; Puget Sound Research Network. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999;153(4):399-403.

Carpenter RF. The prevalence and distribution of bruising in babies. *Arch Dis Child* 1999;80(4):363-6.

Dunstan FD, Guildea ZE, Kontos K, Kemp AM, Sibert JR. A scoring system for bruise patterns : A tool for identifying abuse. *Arch Dis Child* 2002;86(5):330-3.

Harris TL, Flaherty EG. Bruises and skin lesions. In: Jenny C, éd. *Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment, and Evidence*. St Louis : Elsevier-Saunders, 2011:239-51.

Jackson J, Carpenter S, Anderst J. Challenges in the evaluation for possible abuse: Presentation of congenital bleeding disorders in childhood. *Child Abuse Negl* 2012;36(2):127-34.

- Newman CJ, Holenweg-Gross C, Vuillerot C, Jeannet PY, Roulet-Perez E. Recent skin injuries in children with motor disabilities. *Arch Dis Child* 2010;95(5):387-90.
- Wedgwood J. Childhood bruising. *Practitioner* 1990;234(1490)4:598-601.
- Tush BA. Bruising in healthy 3-year-old children. *Matern Child Nurs J* 1982;11(3):165-79.
- Mortimer PE, Freeman M. Are facial bruises in babies ever accidental? *Arch Dis Child* 1983;58(1):75-6.
- Feldman KW. The bruised premobile infant: Should you evaluate further? *Pediatr Emerg Care* 2009;25(1):37-9.
- Hobbs CJ, Wynne JM, éd. *Physical Signs of Child Abuse : A Colour Atlas*, 2e éd. London : WB Saunders, 2001.
- Maguire S, Mann MK, Sibert J, Kemp A. Can you age bruises accurately in children? A systematic review. *Arch Dis Child* 2005;90(2):187-9.
- Stephenson T, Bialas Y. Estimation of the age of bruising. *Arch Dis Child* 1996;74(1):53-5.
- Grossman SE, Johnston A, Vanezis P, Perrett D. Can we assess the age of bruises? An attempt to develop an objective technique. *Med Sci Law* 2011;51(3):170-6.
- Schwartz AJ, Ricci LR. How accurately can bruises be aged in abused children? Literature review and synthesis. *Pediatrics* 1996;97(2):254-7.
- Langlois NE, Gresham GA. The ageing of bruises: A review and study of the colour changes with time. *Forensic Sci Int* 1991;50(2):227-38.
- Pilling ML, Vanezis P, Perrett D, Johnston A. Visual assessment of the timing of bruising by forensic experts. *J Forensic Leg Med* 2010;17(3):143-9.
- Bariciak ED, Plint AC, Gaboury I, Bennett S. Dating of bruises in children: An assessment of physician accuracy. *Pediatrics* 2003;112(4):804-7.
- Carpenter SL, Abshire TC, Anderst JD ; American Academy of Pediatrics, section de l'hématologie-oncologie et comité de la maltraitance et de la négligence d'enfants. Technical Report : Evaluating for suspected child abuse: Conditions that predispose to bleeding. *Pediatrics* 2013;131(4):e1357-73.
- Association canadienne des directeurs des cliniques d'hémophilie. Canadian Hemophilia Registry and Rare Inherited Bleeding Disorders Registry, May 2012: www.fhs.mcmaster.ca/chr/ (consulté le 18 juillet 2013)
- Liesner R, Hann I, Khair K. Non-accidental injury and the haematologist: The causes and investigation of easy bruising. *Blood Coagul Fibrinolysis* 2004;15(Suppl 1):S41-8.
- Makoroff, KL, McGraw ML. Skin conditions confused with child abuse. In: Jenny C, éd. *Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment, and Evidence*. St Louis : Elsevier-Saunders, 2011:252-9.
- Khair K, Liesner R. Bruising and bleeding in infants and children – a practical approach. *Br J Haematol* 2006;133(3):221-31.
- Royal College of Paediatrics and Child Health. *Child Protection Companion*, 2^e éd. London: RCPCH, 2006:18-21.

- Anderst JD, Carpenter SL, Abshire TC, section de l'hématologie-oncologie et comité de la maltraitance et de la négligence d'enfants de l'American Academy of Pediatrics. Clinical report : Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse. *Pediatrics* 2013;131(4):e1314-22.
- Minford AM, Richards EM. Excluding medical and haematological conditions as a cause of bruising in suspected non-accidental injury. *Arch Dis Child Educ Pract Ed* 2010;95(1):2-8.
- Thomas AE. The bleeding child: Is it NAI? *Arch Dis Child* 2004;89(12):1163-7.
- Ward M, Ornstein A, Murray L, Niec A. Medical Investigation of Bruising in Cases of Suspected Child Abuse. *Paediatr Child Health* 2013;18(SupplA):20A (Abstract)
- Bowman M, Riddel J, Rand ML, Tosetto A, Silva M, James PD. Evaluation of the diagnostic utility for von Willebrand disease of a pediatric bleeding questionnaire. *J Thromb Haemost* 2009;7(8):1418-21.
- Harrison P, Mackie I, Mumford A et coll. Guidelines for the laboratory investigation of heritable disorders of platelet function. *Br J Haematol* 2011;155(1):30-44.
- Ornstein A. An approach to child maltreatment documentation and participation in the court system. *Paediatr Child Health* 2013;18(8):e44-e47.
- Ward M, King W J, Bennett S. From bruises to brain injury: The physician's role in the assessment of inflicted traumatic head injury. *Paediatr Child Health* 2013;18(8):423.
- Kemp AM, Maguire SA, Nuttall D, Collins P, Dunstan F. Bruising in children who are assessed for suspected physical abuse. *Arch Dis Child* 2014;99(2):108-13.
- Kemp AM, Dunstan F, Nuttall D, Hamilton M, Collins P, Maguire S. Patterns of bruising in preschool children – a longitudinal study. *Arch Dis Child* 2015;100(5):426-31.
- Pierce MC, Magana JN, Kaczor K et coll. The prevalence of bruising among infants in pediatric emergency departments. *Ann Emerg Med* 2016;67(1):1-8.
- Petska HW, Sheets LK. Sentinel injuries : Subtle findings of physical abuse. *Pediatr Clin N Am* 2014;61(5):923-35.
- Harper NS, Feldman KW, Sugar NF, Anderst JD, Lindberg DM ; Examining Siblings to Recognize Abuse Investigators. Additional injuries in young infants with concern for abuse and apparently isolated bruises. *J Pediatr* 2014;165(2):383-8.
- Thorpe EL, Zuckerbraun NS, Wolford JE, Berger RP. Missed opportunities to diagnose child physical abuse. *Pediatr Emerg Care* 2014;30(11):771-6.

Avvertissement : Les recommandations du présent document de principes ne constituent pas une démarche ou un mode de traitement exclusif. Des variations tenant compte de la situation du patient peuvent se révéler pertinentes. Les adresses Internet sont à jour au moment de la publication.

Mise à jour : le 15 février 2017