

DEPISTAGE DES TROUBLES NEUROMOTEURS DE L'ENFANT EN CONSULTATION DE MPR INFANTILE

QUI ?

Il s'agit d'enfants qui bénéficient d'un suivi pédiatrique libéral et chez qui on a constaté un retard dans les acquisitions motrices et posturales.

C'est en général vers un an où un peu avant que la non acquisition de la tenue de tête, du retournement où la station assise motive cette consultation MPR.

Cette première consultation s'inscrit parfois dans un contexte d'antécédents médicaux où de pathologie constitutionnelle déjà identifiée mais dans la moitié des cas ce retard n'a pas encore d'explication étiologique.

POURQUOI ?

Le but de cette consultation MPR est d'essayer de préciser et de décrire ce retard, de faire un pronostic et de participer à une démarche thérapeutique et diagnostic qui bien sûr seront pluridisciplinaire. Cette première consultation sera suivie d'une deuxième et souvent d'une troisième évaluation qui devraient permettre entre un an et deux ans de passer des incertitudes aux certitudes. Pendant toute cette période il y aura un accompagnement kinésithérapique spécifique et cohérent avec les interrogations posées par les difficultés de cet enfant.

COMMENT

Il s'agit d'analyser la qualité de la motricité acquise qui se construit dès les premiers jours sur la trame de la motricité innée.

L'examen se déroule en cinq phases qui n'ont pas beaucoup de liens avec l'examen neurologique classique. Mais il s'inspire en partie des travaux et des enseignements de S. THIEFFRY, E. ZUCMAN, A. GRENIER, C. AMIEL-TISON, JC. TABARRY, G. TARDIEU, M. LEMETAYER, R. SALBREUX.

Le protocole de cet examen est prédéterminé : les manœuvres anxiogènes pour l'enfant sont toujours pratiquées en dernier et au contraire les manœuvres non invasives en premier afin de préserver un début de consultation exploitable même si la situation se dégrade par la suite !

1 Contact : au début de la consultation l'enfant reste dans les bras de sa mère où de son père et on l'observe en essayant d'attirer son regard. On peut dans cette phase retenir un évitement, une indifférence où au contraire un regard pertinent ayant valeur de communication.

2 Activité Spontanée : c'est le temps de l'examen le plus important : on observe l'enfant dans sa production motrice spontanée déjà lorsqu'il est dans les bras de sa mère puis si possible déshabillé sur la table d'examen. On regarde d'abord l'enfant de façon globale et on évalue si la motricité est libre, riche, variée, symétrique où au contraire pauvre, stéréotypée voir asymétrique soit dans la comparaison droite gauche soit dans la comparaison membres inférieurs, membres supérieurs.

L'observation de la motricité va se focaliser comme si on regardait l'enfant à travers une lunette pour ne voir que ses pieds où ses mains. Cet examen de la motricité individualisée des orteils et des doigts est corrélée de façon précoce à l'absence où à la présence d'une déficience neuromotrice.

3 L'Activité stimulée : il s'agit d'observer des réponses aux stimulations tactiles, ce n'est qu'une vérification de l'observation de la motricité spontanée. Ces stimulations tactiles plantaires en particulier vont déclencher des réactions faibles où au contraire des réactions excessives, des réponses asymétriques où symétriques.

4 mobilisation passive : on entre dans le temps invasif de cet examen de l'enfant puisque là on va le manipuler en cherchant à mettre en évidence des raideurs anormales en particulier au niveau des membres inférieurs en recherchant les amplitudes de flexions dorsales des pieds, la plus où moins grande limitation de l'angle poplité et l'ouverture facile et symétrique où au contraire limitée des deux hanches.

5 Réactivité posturale : il s'agit de manœuvres encore plus impressionnantes pour l'enfant puisque pour les plus jeunes se sont les manœuvres de tirés assis, de suspension, d'approche et de godille. Pour les plus grands c'est essentiellement la recherche des réactions d'équilibration en position assise.

RESULTAT

Les anomalies de cet examen neuromoteur renvoient à des situations très différentes, par exemple: Des troubles opto moteurs, une hypotonie axiale mais une assez bonne motricité des membres supérieurs et au contraire une motricité déficitaire des membres inférieurs accompagnée d'une raideur segmentaire évoquent des séquelles d'infirmités motrices cérébrales et en particulier de prématurité dont le pronostic sera variable en fonction des capacités d'équilibration.

Un enfant éveillé avec un regard pertinent mais une hypomotricité globale accompagnée d'une grande hypotonie diffuse évoque une atteinte neuromusculaire comme l'amyotrophie spinale infantile.

Enfin on peut se trouver en face d'un enfant dont la motricité n'est pas parasitée mais pauvre comme si l'équipement neuromoteur était en place mais que l'enfant n'en faisait rien : on va évoquer une déficience intellectuelle qui est au premier plan par rapport au déficit neuromoteur.

QUE DIRE

Au cours de ces deux ou trois consultations qui se sont déroulées entre l'âge de un an à deux ans on sera donc passé des incertitudes aux certitudes. En effet un enfant qui atteint deux ans sans pouvoir tenir assis, en tenant mal sa tête et en ayant pas de réaction de protection a un pronostic locomoteur défavorable. Au contraire un enfant chez qui l'élément comportemental prédomine sur le déficit neuromoteur il va pouvoir continuer à progresser et acquérir même tardivement et d'une manière imprévisible une déambulation autonome.

Il faut donc avoir pour principe de dire ce que l'on a vu et ce que l'on pense et ceci dès la première consultation. Ce partage est complété par la kinésithérapie qui doit être cohérente avec cette attitude.

LA RÉÉDUCATION

Le rééducateur doit toujours être modeste : c'est l'enfant qui arrive à faire. Le thérapeute lui facilite les acquisitions et en améliore la qualité mais ne peut en aucun cas faire ce que neurologiquement il est inapte à acquérir.

Il n'y a pas de validation de la vitesse de progression des enfants en fonction du nombre des séances de rééducations et on peut même parfois constater des régressions neuromotrices et des troubles du comportement lorsqu'il y a un excès de soin...

CONCLUSION

L'examen neuromoteur du petit enfant ne s'appuie pas sur des manœuvres complexes et difficiles à réaliser mais il nécessite l'expérience des signes recherchés et une certaine empathie dans l'approche des enfants et des parents. Il doit se faire chaque fois que possible dans un contexte pluridisciplinaire afin d'accompagner l'enfant et sa famille dans sa globalité : les déficiences neuromotrices qu'on a tendance à mettre au premier plan dans la petite enfance seront souvent à moyen terme secondaire par rapport aux autres déficiences associées : c'est ainsi qu'un enfant sociable et heureux en fauteuil roulant sera toujours mieux intégré et mieux accepté qu'un enfant déambulant mais angoissé et caractériel...

Elisabeth MARTIN LEBRUN
Pédiatre

38240 MEYLAN

Grenoble, le 10 avril 2006

Elisabeth bonjour !

Voici le texte de mon intervention aux dernières journées du Réseau Anaïs.

Bien amicalement.

Le Docteur GRISON