

# ***Prise en charge médicale des troubles de la marche de l'enfant paralysé cérébral***

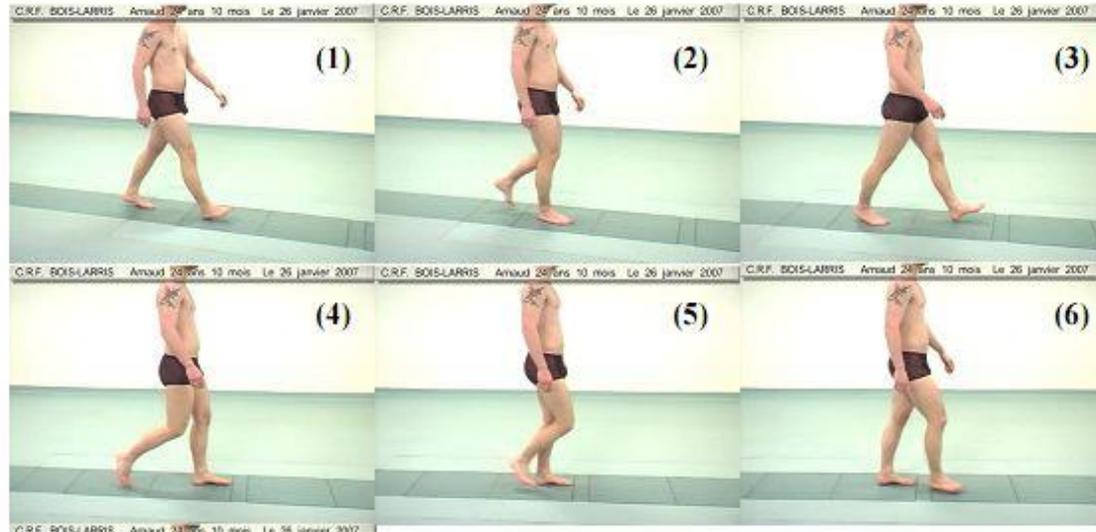
***Intervenant : Dr Izabel JOUBREL, médecin MPR  
Centre Médical Infantile de ROMAGNAT  
CHRU de CLERMONT-FERRAND***

***Journée R4P en Auvergne  
13 novembre 2015 – Clermont Ferrand***



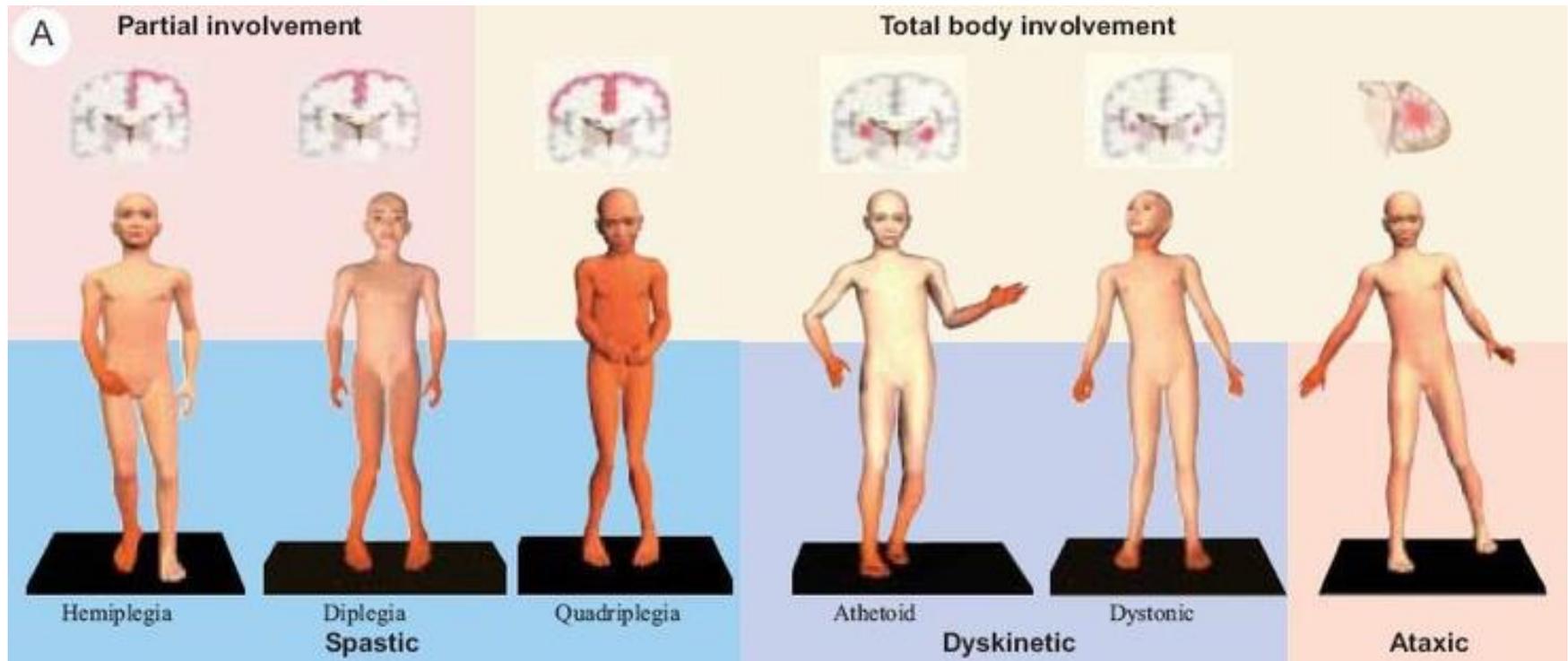
# Marche normale

## Mouvement automatique complexe



Requiert : force, souplesse, amplitudes articulaires normales, coordination, équilibre, endurance...

# Marche de l'enfant PC



Troubles multiples....

- ... et intervenant multiples
  - L'enfant
  - Ses parents
  - Ses médecins : médecin traitant, pédiatre, neuro-pédiatre, chirurgien orthopédique...
  - La structure qui le prend en charge : CAMSP, SESSAD, IEM, IME avec médecin et rééducateurs
  - Les rééducateurs libéraux
  - Les enseignants
  - ....

# Marche pathologique de l'enfant paralysé cérébral

- Tous les éléments nécessaires à une marche normale peuvent être affectés
- La prise en charge médicale devra :
  - Travailler à chaque niveau, analytique comme fonctionnel
  - Gérer les troubles associés : ataxie, dystonie, dyskinésies, troubles de l'équilibre...
  - Prendre en compte la croissance de l'enfant : plus il grandit, plus il s'enraidit et plus il s'effondre

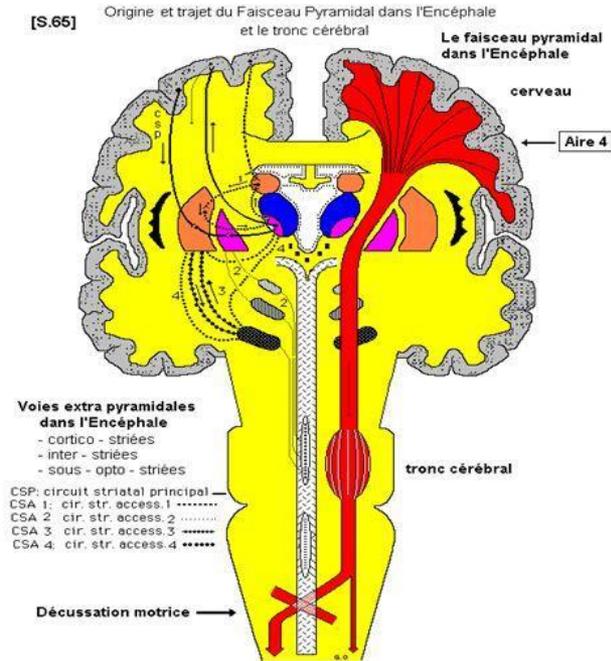


## La perte de force

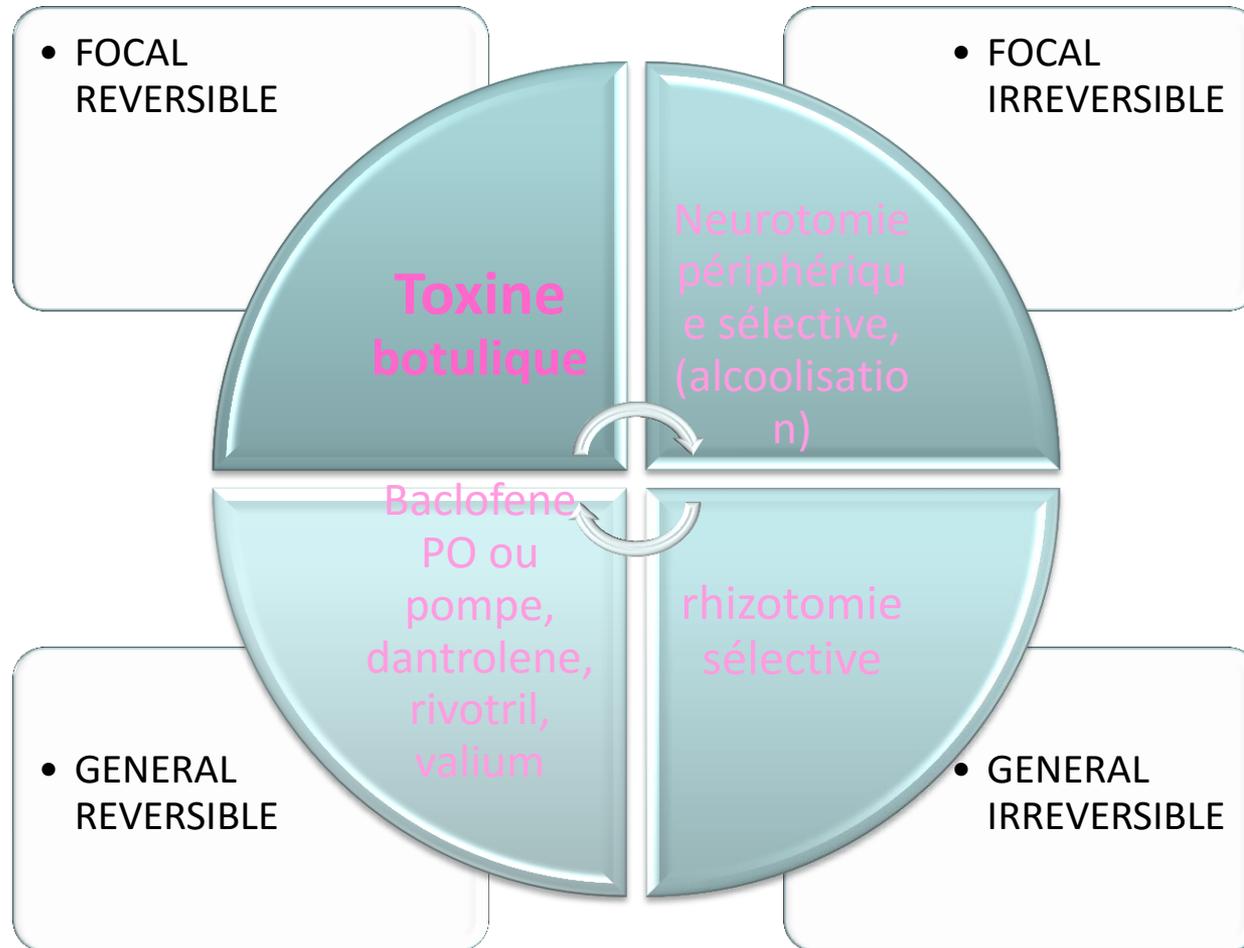
- Élément constant en lien direct avec l'atteinte cérébrale
- **Réparation cérébrale** : au stade de la recherche
- **Renforcement musculaire** : encore controversée du fait de la fatigabilité et du risque d'augmentation de la spasticité.
- Chez l'enfant avant tout renforcement par travail fonctionnel en kiné ou psychomotricité

# La spasticité

- Systématique en cas d'atteinte motrice (sd pyramidal) 70-80%
- Se traduit par l'augmentation exagérée et permanente du tonus musculaire
- Seul élément du sd pyramidal accessible à ce jour au traitement



# Spasticité : traitement



- TTT 1<sup>ère</sup> intention chez l'enfants (recommandations de l'AFSSAPS)
- But = lutte contre la spasticité
- Bloque l'activité de certaines unités motrices
- Action par injections intramusculaires
- Activité limitée dans le temps, renouvellement nécessaire en moyenne tous les 6 mois chez l'enfant

# Traitement des rétractions

- Postures de nuit : attelles
- Plâtres d'allongement des tendons d'Achille
- Etirements quotidiens : attention à la déviation de l'arrière-pied (varus ou valgus)



## Appareillage de jour

- Appareillage fonctionnel. But = améliorer le schéma de marche + limiter les déformations à venir
- Si marche en recurvatum : AMP post
- Si marche en triple flexion : AMP antéropost



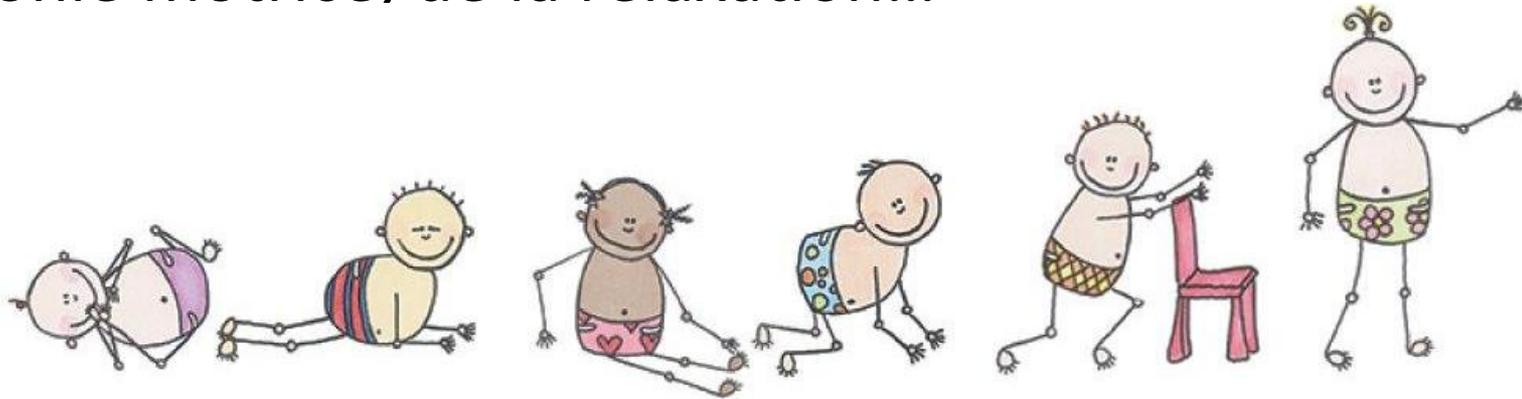
# Aides techniques de marche

- Selon les troubles associés et en particulier le tonus du tronc et l'équilibre



# Rééducation

- **Kinésithérapie** : amélioration des amplitudes articulaires, lutte contre la spasticité, niveaux d'évolution motrice, équilibre, coordination, travail du schéma de marche...
- **Psychomotricité** : travail entre autres du schéma corporel, de l'organisation spatio-temporelle, de l'harmonie motrice, de la relaxation...

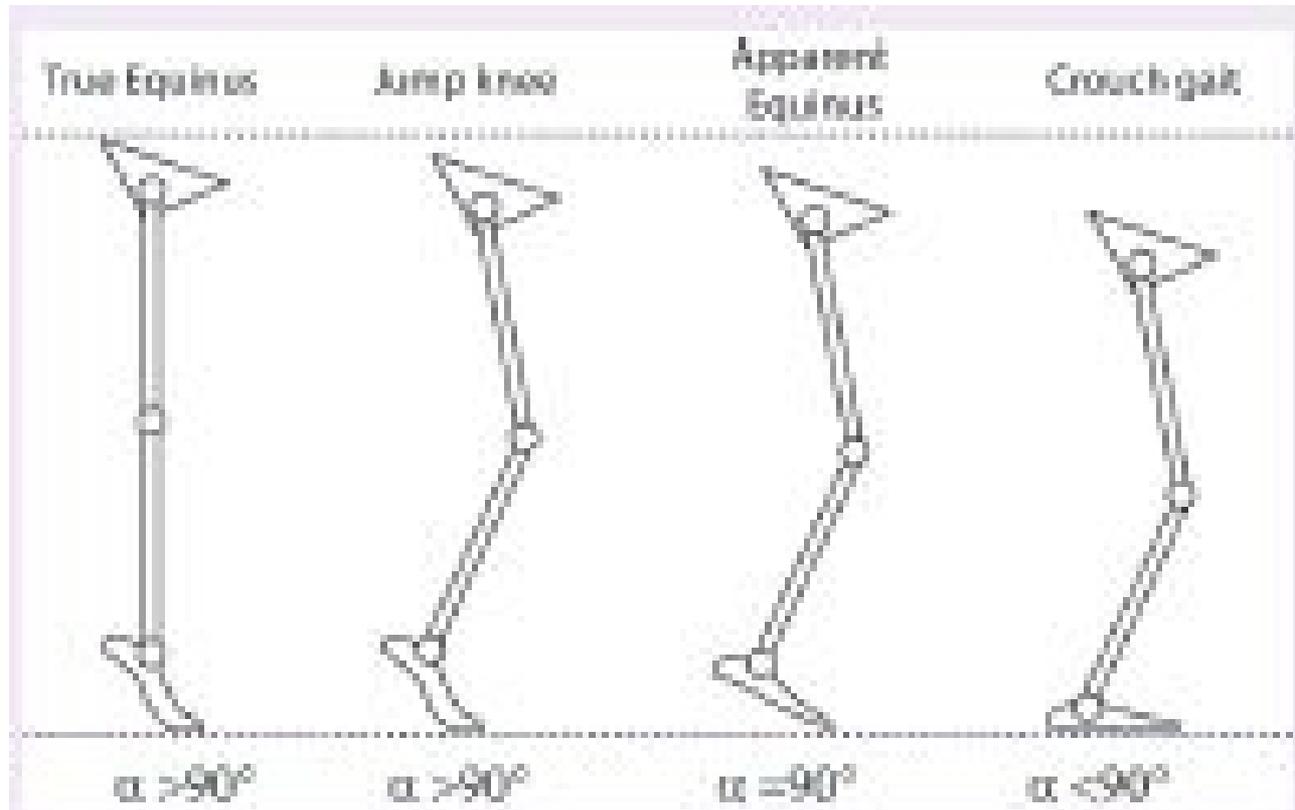


## Prévention des complications

- En particulier orthopédiques :  
excentration des hanches, scoliose  
neuro-musculaire
- TTT médical initial dans un premier  
temps
- Coordination indispensable avec le  
chirurgien
- Importance de la verticalisation  
quotidienne 1h/jour

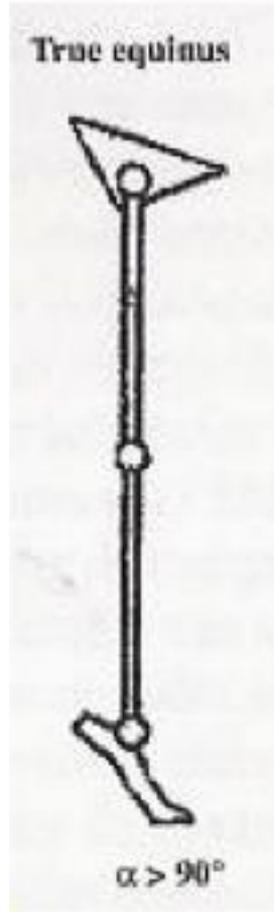


# Exemples



## Ex de la marche en true equinus

- Traitement de la spasticité : injections de toxine dans le triceps sural
- Lutte contre la raideur du tendon d'Achille : étirements, postures par AMP de nuit, +/- plâtres d'allongement
- +/- attelle de marche selon troubles résiduels du schéma de marche
- Rééducation indispensable



# Conclusion

- A l'âge de 5 ans, 53% des enfants PC marchent sans aide technique, 16% avec aide. Seuls 1/3 des enfants PC ne marchent pas.



Vivrefm.com



Handicap.fr