

Pathologies de l'enfant et de l'adolescent (III) : épilepsie, nouveautés (2)

Pediatric pathologies (III): Epilepsy, updates (2)

Communications orales

Version française

CO16-001-f

Troubles de l'apprentissage chez l'enfant épileptique

Y. Chaix

Inserm U825, imagerie cérébrale et handicaps neurologiques, unité de neurologie pédiatrie hôpital des enfants, CHU de Purpan, 330, avenue de Grande-Bretagne, TSA 70034, 31059 Toulouse Cedex 9, France
Adresse e-mail : chaix.y@chu-toulouse.fr.

L'épilepsie est une pathologie chronique, pouvant survenir à tout âge de la vie, fréquente dont l'incidence est en moyenne de 40 nouveau cas pour 100 000 habitants et la prévalence autour de 0,5 %. Il s'agit d'une pathologie hétérogène dont la classification syndromique permet de distinguer les épilepsies idiopathiques en lien avec la maturation cérébrale des épilepsies symptomatiques secondaires à une lésion cérébrale parmi lesquelles on peut citer chez l'enfant les traumatismes crâniens ou l'infirmité motrice cérébrale. Une des principales complications de l'épilepsie chez l'enfant sont les troubles cognitifs et/ou psycho-comportementaux pouvant être à l'origine de difficultés d'apprentissage. Les causes de ces difficultés sont en fait multifactorielles dépendantes entre autre de l'activité épileptique critique (crises : type, durée, fréquence) mais aussi inter critique mais également du syndrome épileptique avec un lien entre la topographie cérébrale du foyer épileptique et le profil neuropsychologique. Ainsi, l'épilepsie peut être envisagée comme un modèle valide d'étude des liens entre fonction et cerveau chez l'enfant.

Ces différents points seront abordés au travers d'exemple de syndromes épileptiques rencontrés chez l'enfant.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.583>

CO16-002-f

Devenir à long terme après un syndrome du bébé secoué sévère

K. Lind^{*}, H. Toure, D. Brugel, A. Laurent-Vannier, M. Cheignard
Service des pathologies neurologiques acquises de l'enfant, hôpitaux de Saint-Maurice, 14, rue du Val d'Osne, 94410 Saint-Maurice, France

^{*}Auteur correspondant.

Adresse e-mail : k.lind@hopitaux-st-maurice.fr.

Mots clés : Syndrome du bébé secoué ; Devenir ; Scolarité ; Rééducation ; Indemnisation

Objectif de l'étude.– Le syndrome du bébé secoué (SBS) est une forme sévère de violence envers un nourrisson. L'objectif de cette étude était d'étudier le devenir neurologique, cognitif, comportemental et scolaire à long terme après

un SBS ainsi que l'intensité des traitements et prises en charge nécessaires pour ces enfants à distance de leur atteinte cérébrale.

Méthodes.– Nous avons inclus tous les patients consécutivement hospitalisés pour SBS entre les 01/01/1996 et 31/12/2005, et ayant été suivis en consultation pendant au moins trois ans après l'épisode aigu. Les dossiers ont été revus rétrospectivement et les familles ont été jointes par téléphone pour un interrogatoire médical. Le critère principal de jugement était le Glasgow Outcome Scale (GOS) modifié pour les enfants.

Résultats.– Sur 66 patients, 47 patients ont été inclus dans l'étude avec une médiane de suivi de huit ans (44 à 144 mois). Seuls sept enfants (15 %) avaient un retour à la vie normale (GOS I) et 19 patients (40 %) souffraient de troubles moteurs ou cognitifs, sévères à très sévères (GOS III et IV). Dans le groupe des patients GOS I et II, il y avait plus de mères ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat (59,3 % contre 21 %, $p = 0,0064$). Sur le plan neurologique, 45 % des patients avaient un déficit moteur, 38 % une épilepsie traitée et 45 % un déficit visuel. Sur le plan cognitif, 49 % des patients présentaient un trouble du langage, 62 % des troubles visuo-graphoconstructifs et 79 % un déficit attentionnel. 83 % des patients étaient encore suivis en rééducation. Des troubles du comportement étaient rapportés chez 53 % des patients. Seuls 30 % des patients suivaient une scolarité strictement normale et 30 % des patients étaient en milieu éducatif spécialisé. Peu de patients (10 %) avaient été indemnisés pour le préjudice subi.

Conclusion.– Les séquelles sont lourdes et nécessitent une prise en charge médicale, et scolaire, soutenue et prolongée. Il est nécessaire d'améliorer l'information quant aux démarches d'indemnisation des victimes, afin de favoriser au mieux la réduction du handicap.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.584>

CO16-003-f

Traitement de la sialorrhée par toxine botulique chez l'enfant paralysé cérébral. Revue de la littérature

M. Porte^{a,*}, E. Chaléat-Valayer^b, M.-C. D'anjou^c, C. Boulay^d, K. Patte^e, I. Laffont^f

^aService de médecine physique et de réadaptation, CHU Caremeau Nîmes, rue Professeur-Debré, 30029 Nîmes Cedex 9, France

^bCentre médicochirurgical des Massues Croix Rouge française, Lyon, France

^cCHU de Saint-Étienne et le réseau R4P, France

^dCHU de La Timone, France

^eInstitut Saint-Pierre Palavas-les-Flots, France

^fHôpital Gui-de-Chauliac, Montpellier, France

^{*}Auteur correspondant.

Adresse e-mail : melanie.porte@chu-nimes.fr.

Mots clés : Sialorrhée ; Paralysie cérébrale ; Enfant ; Toxine botulique

La sialorrhée est physiologique avant 18 mois et tolérée jusqu'à quatre ans ; au-delà, elle devient pathologique. Elle est fréquente chez l'enfant paralysé cérébral (PC) et responsable d'altération de la qualité de vie. Les traitements médicamenteux présentent des limites d'efficacité et de tolérance ; depuis 2001 la toxine botulique (TB) apparaît comme traitement potentiel de la sialorrhée de l'enfant PC (Jongerius et al., *Eur J Pediatr* 2001). Or, malgré une littérature scientifique de plus en plus importante sur ce sujet, les pratiques demeurent disparates.

Objectif.— Une revue exhaustive de la littérature a été réalisée pour faire un état des lieux des modalités d'utilisation de la TB dans la sialorrhée de l'enfant PC, afin de dégager, si possible, un protocole adapté à une pratique quotidienne.

Méthode.— Les bases de données utilisées étaient Medline, Embase et Cochrane Library. Les mots clefs choisis étaient « sialorrhoea », « drooling », « children » et « botulinum toxin ». Seules les études en langue anglaise étaient retenues. L'âge des enfants PC ne devait pas être inférieur à quatre ans. Le type de TB utilisé devait être précisé. Les données recherchées étaient : les critères d'évaluation, les mesures d'efficacité, les effets secondaires et le protocole d'injection.

Résultats.— Sur 32 articles sélectionnés en première lecture, neuf ont été finalement retenus : trois essais contrôlés randomisés, quatre essais non contrôlés et deux études de cas. Il existait plusieurs méthodes, objectives ou subjectives, d'évaluation de la sialorrhée. La TB était efficace mais les modalités d'utilisation n'étaient pas consensuelles.

Discussion.— La TB est efficace dans le traitement de la sialorrhée et ses effets secondaires sont peu nombreux. Elle a une place certainement importante dans l'arsenal thérapeutique contre la sialorrhée. La littérature offre des pistes de réflexion sur des facteurs prédictifs d'efficacité, permettant de préciser les indications de traitement, mais aucun ne peut être formellement retenu actuellement.

Une évaluation des pratiques françaises par questionnaire est actuellement en cours (ancien Botuloscope élargi). À l'issue des résultats de cette évaluation et au vu des données de la littérature, nous proposerons un protocole d'utilisation et d'évaluation standardisée de la TB dans la sialorrhée de l'enfant PC.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.585>

CO16-004-f

Évaluation de la précarité des familles des enfants cérébro-lésés admis en service de rééducation à l'aide du score EPICES

H. Toure Pellen^{a,*}, B. Bonhomme^a, K. Lind^a, C. Vannier-Nitenberg^b, D. Brugel^a, L. Delbe-Bertin^a, A. Laurent-Vannier^a, M. Chevignard^a

^aService de rééducation des pathologies neurologiques acquises de l'enfant, hôpitaux de Saint-Maurice, 14, rue du val d'Osne, 94410 Saint-Maurice, France

^bCentre de santé de la sécurité sociale, rue Baraban, 69006 Lyon, France

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : h.toure@hopitaux-st-maurice.fr.

Mots clés : Précarité ; Traumatisme crânien ; Enfant ; Évaluation ; Accompagnement social

Le pronostic après lésion cérébrale chez l'enfant est fortement influencé par le niveau socioculturel et le fonctionnement familial. La précarité peut ainsi négativement influencer l'évolution et doit être considérée dans la prise en charge. L'objectif de cette étude était de repérer la précarité des familles des enfants cérébro-lésés admis en service de rééducation afin d'étudier son impact sur la durée d'hospitalisation et d'optimiser la prise en charge.

Matériel et méthodes.— Nous avons mené une étude transversale en mars 2012 dans un service de rééducation accueillant des enfants cérébro-lésés de 0 à 15 ans. Le Score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de Santé dans les centres d'Examens de Santé) permet une évaluation individuelle du niveau de précarité. Il a été proposé à toutes les familles des enfants hospitalisés. Il comporte 11 questions binaires permettant le calcul d'un score compris entre 0 (absence de précarité) et 100 (précarité maximale). La valeur 30,2 est considérée comme seuil de précarité. Les médecins et l'assistante sociale ont effectué une analyse subjective de la précarité.

Résultats.— Quarante-neuf familles sur 53 ont répondu au questionnaire. La majorité habitait en Seine-Saint-Denis (41 %) et dans le Val-de-Marne (23 %). L'âge moyen des enfants était de six ans dix mois avec une majorité de garçons (55 %). Les étiologies principales étaient le traumatisme crânien (TC, 36 %), les tumeurs cérébrales (24 %), les accidents vasculaires cérébraux (18 %), les encéphalites (14 %). Les enfants présentaient des troubles moteurs (61 %), cognitifs (83 %) et comportementaux (45 %).

Selon le score EPICES, 70 % des familles étaient précaires, soit significativement plus que l'appréciation subjective médicale (44 %) et de l'assistante sociale (42 %) ; $p = 0,02$.

Pour sept enfants (14 %), l'hospitalisation était prolongée pour raisons sociales. Contrairement à nos attentes, les familles d'enfants TC étaient moins précaires que les autres (44 % vs 80 %). **Conclusion.**— L'utilisation du score EPICES, rapide à remplir, validé, prenant en compte la précarité dans sa globalité, permet un meilleur repérage des familles en situation de vulnérabilité sociale et ainsi d'anticiper l'accompagnement nécessaire en aval. Il complète l'évaluation par le PMSI et permet de refléter l'intensité de la prise en charge requise par les familles.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.586>

CO16-005-f

Comment les parents perçoivent-ils les douleurs de leurs enfants polyhandicapés ?

S. Boudokhane^{*}, M. Sghir, H. Laajili, H. Migaou, A. Jellad, Z. Ben Salah Frih
Service de rééducation fonctionnelle, CHU de Fatouma Bourguiba de Monastir, avenue du premier juin 5000 Monastir, Tunisie

*Auteur correspondant.

Adresse e-mail : soumaya.boudokhane@gmail.com.

Mots clés : Douleur ; Polyhandicapés ; Parents

Le diagnostic des douleurs figure dans la prise en charge des enfants polyhandicapés. La participation des parents dans l'évaluation et la prise en charge est fondamentale notamment pour les enfants non communicants.

Méthodologie.— Nous avons essayé avec l'aide des parents, de dévoiler le problème d'évaluation de la douleur chez les enfants non communicants. Nous avons utilisé des outils simples en hétéro-évaluation que nous avons distribué aux parents d'enfants porteurs de déficiences intellectuelles à l'occasion d'une consultation spécialisée. Ces outils étaient : échelle des visages simplifiés (Simplified FACES Scale, SFS), l'échelle Douleur Enfant de San Salvador (DESS) traduite en arabe et la figure du bonhomme pour aider les parents à localiser la douleur de leurs enfants.

Résultats.— L'âge moyen des enfants était de $13,8 \pm 8$ ans. La valeur moyenne de l'échelle des visages était de $1,3 \pm 0,6$ et celle de DESS de $5,25 \pm 4,35$. D'après la réponse des parents, la douleur était certaine dans 87,5 % des cas selon l'échelle des visages, alors que le score de DESS était supérieur ou égale à 6 dans seulement 37,5 % des cas. Nous n'avons pas trouvé de corrélation entre ces deux échelles d'hétéro-évaluations. Selon les parents, les séances de kinésithérapie et l'appareillage de posture étaient en cause des douleurs dans 25 % des cas et la douleur était localisée surtout au niveau des genoux (44,4 %) et des hanches (27,7 %).

Discussion.— La perception par les parents des douleurs de leurs enfants semblent être sous-estimée par l'échelle de DESS. Cependant, l'utilisation de ces outils en hétéro-évaluation et en consultation spécialisée, semble pouvoir aider à la détection de ce problème et donc la proposition d'un traitement approprié. Nous proposons une éducation des parents à l'utilisation des ces échelles.

Pour en savoir plus

Terri Voepel-Lewis, Shobha Malviya, and Alan R. T. Validity of parent ratings as proxy measures of pain in children with cognitive impairment. *pain management nursing* 2005;6(4): p. 168–74.

Kellie L. Haddena, Carl L. Von Baeyer. Pain in children with cerebral palsy: common triggers and expressive behaviors. *Pain* 2002;99: p. 281–88.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehab.2012.07.587>