Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie", en minuscules et sans accents.

Colloque de Pédiatrie Lausanne-Genève du 3 mai 2011

Première heure

To physio or not to physio

Orateurs: Bickle Graz et Cevey-Macherel du CHUV

Le titre a changé: to physio or not to physio?

En Suisse la prévalence de prématurité est de 7,5%, de 1% pour les grands prématurés.

En France, l'étude EPIPAGE montre qu'à 5 ans, 32% des enfants nés en dessous de 32 semaines ont besoin d'une prise en charge spécifique, contre 15 % de la population générale.

Une méta-analyse sur l'intervention précoce a été publiée (Orton, Dev Med Child Neurol 2009) montrant une amélioration de 0,5 DS du score de développement à l'âge de 3 ans, mais cette différence n'est pas retrouvée à 5 ans.

70% des prématurés de 24 semaines ont besoin d'une prise en charge ergothérapie-physiothérapie

A Lausanne, le suivi est effectué par le pédiatre, l'infirmière à domicile, les services sociaux de néonatalogie, les contrôles ophtalmologiques et audiolologiques. La physiothérapie est prescrite sur indication médicale.

A la sortie de néonatalogie, si l'examen est pathologique, la physiothérapie est prescrite et une annonce à l'AI est faite sous chiffre 395.

Du point de vue neurologique, il y a d'abord une maturation sous corticale caudo céphalique avant 40 semaines d'âge corrigé puis une maturation corticale céphalo-caudale, selon les schémas décrits par Amiel Tison.

A 40 semaines d'âge corrigé, le prématuré a une qualité de maturation plus monotone, avec un moins bon port de tête, un tonus plus élevé dans les membres inférieurs. L'examen est considéré comme pathologique en cas de motricité pauvre, de mouvements stéréotypés, de nette hypotonie axiale avec hypertonie des membres inférieurs. La physiothérapie Bobath est instaurée devant de telles anomalies dès un poids de 1800g, poursuivie en ambulatoire, sur un rythme hebdomadaire, souvent à domicile.

A 6 mois, d'âge corrigé, l'examen est en général normalisé

Des anomalies du mouvement et de la posture, des jambes en hyperextension dorsale,

une démarche digitigrade, des anomalies de tonus, des réflexes archaïques toujours présents, un clonus achilléen pose un diagnostic de dystonie transitoire ou minor neurological dysfunction, posant un diagnostic différentiel avec une paralysie cérébrale précoce.

Les données du suivi des prématurés ont été analysées de janvier 2000 à décembre 2005.

Les prématurés de 24 semaines avaient un taux de mortalité d'environ 60%, comparable aux données de la littérature, décès surtout liés à l'asphyxie néonatale (d'abord définie par le score d'Apgar, puis par le pH au sang du cordon ; les problèmes de sepsis surviennent plutôt chez les survivants. L'index socio-économique était dans la moyenne

Il y a 6% de rétinopathie, 23% de PEA pathologique, 25% de broncho-dysplasie. Il n'y avait pas beaucoup de différence à l'échographie cérébrale : dans le groupe d'enfants avec suivi normal, 65% d'échographie normale, 14,5% d'hémorragie péri-ventriculaire ; dans le groupe avec suivi anormal, 53,2% d'échographie normale, 21% d'hémorragie périventriculaire.

Les anomalies observées étaient hypertonie 44%, hypotonie 18%, asymétrie 13%, mouvements anormaux, troubles posturaux, mixte.

Entre 2003 et 2005, le taux d'anomalie décelée était plus élevé, compte tenu du fait qu'un examen standardisé a été instauré : 36% d'anomalies décelées, 70% ont bénéficié de physiothérapie.

L'évaluation à 18 mois corrigé montrait un score de développement à 96 dans le groupe traité, à 100 dans le groupe non traité, ceci reflétant probablement une atteinte plus sévère chez l'enfant traité par physiothérapie.

Alors, physio ou pas physio ?

Il n'y a pas d'évidence solide dans la littérature.

A qui prescrire la physiothérapie ? Pas de réponse claire. Les enfants présentant des signes cliniques sont une population à risque (5 à 10% avec développement d'une paralysie congénitale)

La physiothérapie fait partie de la prise en charge, et semble apporter un certain bénéfice.

En conclusion, il n'est pas possible de répondre à la question.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch