

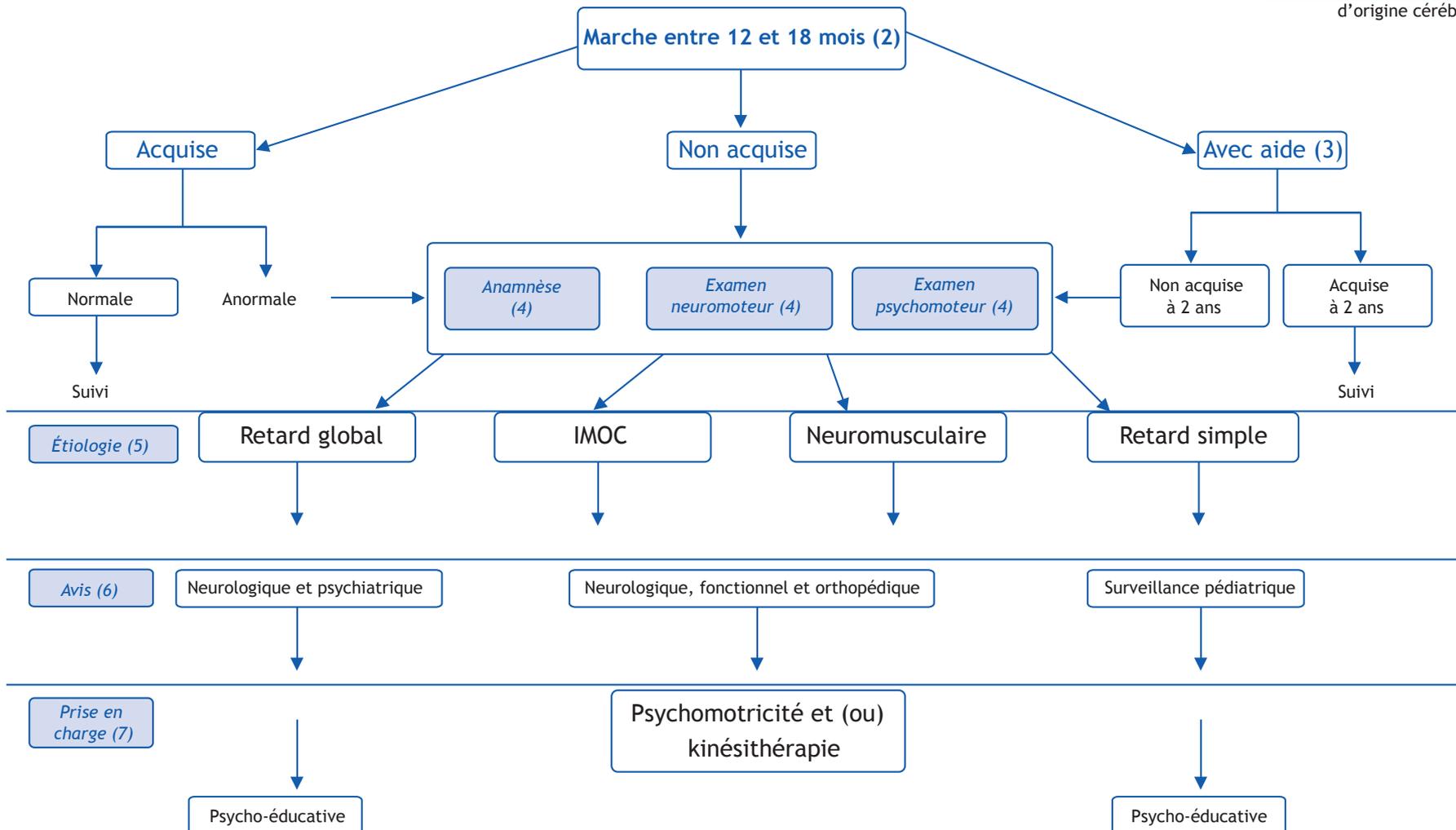
J. Langue

Médicentre du Val d'Ouest, 39 chemin de la Vernique, 69130 Écully, France

Retard de marche : démarche clinique (1)

■ Abréviation

IMOC : infirmité motrice d'origine cérébrale



■ Arbre décisionnel - Commentaires

(1) La démarche proposée ici s'adresse au pédiatre généraliste dans deux circonstances : le suivi systématique d'un enfant n'ayant pas acquis la marche à 18 mois et l'examen d'un enfant vu pour la première fois en raison d'une absence de marche au même âge. Elle écarte les retards de marche dans le cadre d'une pathologie connue et la perte de la marche dans le cadre d'une affection dégénérative ou celui d'une affection aiguë.

(2) L'âge à partir duquel on parle de retard de marche est discutable : l'âge de 18 mois représente un premier repère à partir duquel l'examineur doit être attentif et l'âge de 24 mois, le seuil à partir duquel l'absence de marche peut être considérée comme un retard. La notion de seuil unique, à 18 ou 24 mois, expose à d'inutiles inquiétudes à partir de 18 mois ou à de fausses réassurances à partir de 24 mois.

(3) La période de marche avec aide permet d'approcher les mécanismes d'éventuelles difficultés, mécanismes fonctionnels par hypotonie, déficit musculaire, spasticité ou ataxie, et psychomoteurs, par apraxie ou défense d'origine anxieuse.

(4) La conduite de l'anamnèse, celle de l'examen neuromoteur et de l'examen psychomoteur ont été initialement rapportées par Touwen et Pretchl en 1970. Elles ont été développées par l'Échelle de développement fonctionnel posturomoteur et locomoteur de L. Vaivre-Douret, et ont été récemment simplifiées et reprises dans le cadre d'examens « protocolisés », par l'AFPA. Quelques points importants pour l'anamnèse : les antécédents familiaux, l'âge de la marche du père, de la mère, la grossesse, le poids de naissance et le terme, l'âge de la tenue de tête et

de la station assise libérée, le mode de déplacement (aucun, *shuffling*, ramper, 4 pattes, petit lapin...). Pour l'examen neuromoteur : motricité spontanée, stimulée, réflexes, tonus passif (angle poplité, dorsiflexion du pied), oculomotricité, préhension. Pour le psychomoteur : poids, taille, PC, contact, babil, coordination oculomotrice.

(5) La notion de retard global renvoie à celle de retard psychomoteur recouvrant deux entités différentes, d'une part, un retard en lien avec un déficit intellectuel, d'autre part, un retard en lien avec un trouble du développement de la personnalité. Utiliser une échelle de développement différenciant motricité/cognitif/social. La paralysie cérébrale associe retard à la station assise, anomalie du tonus passif, diminution de la motricité globale. Le polyhandicap associe à ces troubles des anomalies cognitives sévères (ex. : l'IMOC, qui désigne une paralysie cérébrale avec atteinte cognitive, terme actuellement préféré à celui d'IMC ou infirmité motrice cérébrale). Les déficits neuromusculaires dits « périphériques » désignent d'une part, les myopathies (dystrophies musculaires et myopathies congénitales), d'autre part, les pathologies neuro-axonales avec atteinte du deuxième neurone moteur. L'éveil est le plus souvent normal, le retard moteur est global, les ROT peuvent être normaux ou abolis (motoneurone), il existe une hypotonie globale, fréquemment une hyperlaxité et parfois une atteinte faciale (troubles de déglutition). Le terme de retard global indique un retard des acquisitions motrices et cognitives sans anomalie de l'examen neuromoteur, et qui persiste à l'échéance

de plusieurs mois. Le terme de retard simple est parfois utilisé de façon abusive : il s'applique à la période d'attente entre 18 à 24 mois, en l'absence de signes neurologiques de localisation : décalage des acquisitions motrices sans anomalie cognitive ou sociale, amélioration rapide à deux examens successifs.

(6) Le premier avis complémentaire est, dans tous les cas, pédiatrique (surveillance avec échelle de développement). Doser les CPK en cas de doute sur le muscle, demander une stimulation neuromotrice par un kinésithérapeute en cas de doute sur un retard simple ou une paralysie cérébrale modérée. Faire une échographie transfontanellaire si possible, une IRM en cas de PC très petit ou très grand... L'avis d'un neuropédiatre est ensuite utile. Les avis psychiatriques, en orthopédie et en rééducation fonctionnelle, sont soumis à ce premier avis, même s'ils peuvent devenir prépondérants par la suite.

(7) La prise en charge passe par une guidance pédiatrique en termes de prévention et de stimulation, en s'assurant par exemple que l'apprentissage de la marche ne vienne pas précéder celui des déplacements en position basse ou que des stimulations instrumentales ne viennent pas remplacer celles de l'entourage. Les prises en charge en psychomotricité ou en kinésithérapie sont interchangeables à cet âge, la qualité essentielle du rééducateur en motricité étant d'entrer en contact et d'obtenir la participation du nourrisson.

Conflits d'intérêts :

Aucun.

Correspondance.

Adresse e-mail : langue.jacques@free.fr

■ Références

Touwen B, Pretchl H. The neurological examination of the child with minor nervous dysfunction. Lippincott Ed., 1970.

Vaivre-Douret L. Précis de développement théorique et pratique du développement moteur du jeune enfant. Elsevier Ed., 1995.

Le Pédiatre (revue et cahier de formation) consacré aux examens des 9, 12 et 24 mois, N° 230, janvier/février 2009.