Revue francophone d'orthoptie 2015;xx:1–4

Paralysie cérébrale, orthoptie et pluridisciplinarité

Cerebral palsy, orthoptics and multidisciplinarity

Stéphanie Blanc

Centre Médico-Social Lecourbe, 205 rue de Javel, 75015 Paris, France

RÉSUMÉ

Emmeran, 12 ans souffre d'une paralysie cérébrale due à une grande prématurité. Ses troubles du regard compromettent ses apprentissages scolaires et son autonomie dans ses déplacements en fauteuil. L'enjeu est donc important. La rééducation orthoptique doit combiner un travail des relations binoculaires et des mises en situations pratiques, avec une observation pluridisciplinaire.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS.

MOTS CLÉS

Paralysie cérébrale
Institut d'éducation motrice
Rééducation fonctionnelle
Pluridisciplinarité

SUMMARY

Emmeran, 12 years, suffers from cerebral palsy, due a high preterm birth. Disorders of the eye affect its academic learning and autonomy in travelling in a wheelchair. The issue is therefore important. Orthoptic therapy should combine a binocular relations work and practical situations, with a multidisciplinary observation layouts.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Cerebral palsy
Institute of education for children with cerebral palsy
Rehabilitation
Multidisciplinarity

INTRODUCTION

Le formidable essor des neurosciences ces dernières années (IRM fonctionnelle. . .) a permis des progrès considérables dans la connaissance de la paralysie cérébrale ainsi qu'une meilleure appréhension des troubles qui y sont associés. Parmi ces troubles, les difficultés visuelles spécifiques de l'enfant cérébrolésé sont particulièrement importantes à dépister et à prendre en charge, car très gênantes sur le plan fonctionnel et notamment pour la scolarité rendue déjà difficile par les contraintes neuromotrices.

La prise de conscience par la communauté médicale et paramédicale de l'impact des ces troubles visuels a permis que l'orthoptiste soit de plus en plus représenté au sein des structures accueillant ces enfants, et notamment au sein des IEM (Institut d'éducation motrice) où l'enfant atteint de paralysie cérébrale peut suivre une scolarité adaptée tout en bénéficiant sur place de soins de rééducation et d'un suivi médical adapté, le tout complété par un encadrement éducatif lui permettant de s'épanouir au mieux malgré ses déficiences.

Je me propose donc d'illustrer cette pratique par le cas clinique d'Emmeran, 12 ans, scolarisé au centre médico-social Lecourbe, structure située dans le 15ème arrondissement de Paris et qui comprend une MAS (Maison d'accueil spécialisée pour adultes dépendants) une USEP (unité de soins pour enfants polyhandicapés), et un IEM (institut d'éducation motrice).

La prise en charge médicale y est assurée par une équipe de neuropédiatres et de médecins de rééducation, et l'équipe de rééducateurs comprend kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychomotriciens et orthoptistes. Une équipe de psychologues et un neuropsychologue est également présente.

ANAMNÈSE

Emmeran présente des séquelles neuromotrices (tétraplégie spastique) en lien avec une naissance prématurée à 28 semaines d'aménorrhée.

Lorsqu'il arrive à l'IEM du Centre médico-social Lecourbe fin 2013 pour y poursuivre

Adresse e-mail : stefany_blanc@yahoo.fr

http://dx.doi.org/10.1016/j.rfo.2015.10.001
© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS.

Pour citer cet article : Blanc S. Paralysie cérébrale, orthoptie et pluridisciplinarité. Revue francophone d'orthoptie (2015), http://dx.doi.org/10.1016/j.rfo.2015.10.001

sa scolarité, le tableau clinique est celui d'une importante hypotonie du tronc (il ne tient pas la position assise de façon autonome) avec une dystonie des membres supérieurs et inférieurs. Cette dystonie gêne le contrôle volontaire de ses gestes, il est cependant capable de ramener ses deux mains au niveau de la ligne médiane et de les tenir ensemble pour limiter la dystonie. Mais globalement, les prises manuelles volontaires sont très compliquées, si on lui place un objet dans la main, il ne peut le déplacer ni le relâcher volontairement.
Il se déplace en fauteuil roulant manuel, poussé par l'adulte et le déplacement en fauteuil électrique n'est pas autonome.
Le langage est fluide et élaboré. Emmeran est un enfant joyeux et d'une grande sensibilité.
Pourtant, en dehors de ses problématiques neuromotrices, pour lesquelles une prise en charge en kinésithérapie/ergothérapie et un appareillage spécifique sont nécessaires, il apparaît rapidement qu'Emmeran présente une grande fatigabilité au niveau visuel qui le pénalise en classe et qui semble le gêner lors de ses déplacements.
Il n'est pas lecteur à son arrivée au centre, il déchiffre quelques syllabes simples. Le bilan orthophonique montre des troubles de la conscience phonologique mais, là encore, la composante visuelle s'impose dans les troubles du langage écrit.
Le bilan neuropsychologique met en évidence des difficultés, principalement dans la sphère exécutive (attention, mémoire et fonctions exécutives) et dans les fonctions visuo-spatiales.
Le contrôle effectué chez l'ophtalmologiste s'avère normal, *acuité visuelle 10/10 pour chaque œil, fond d'œil normal*.

OBSERVATION

Le bilan orthoptique initial, effectué dans son fauteuil avec son corset siège, retrouve de bonnes capacités sensorielles.
L'acuité visuelle est normale, la vision des couleurs également. La vision stéréoscopique est correcte (60″ d'arc au test de Wirt), ce qui est assez rare en cas de paralysie cérébrale, l'enfant souffrant souvent d'une incoordination oculaire fort gênante qui interdit souvent toute relation binoculaire. Dans le cas d'Emmeran, le parallélisme oculaire conservé lui permet donc des capacités binoculaires. En revanche, il ne lui permet pas de mettre en jeu des capacités fusionnelles. En effet, toute sollicitation à la barre de prisme déclenche immédiatement une neutralisation en vision de loin et une diplopie en vision de près.
Le champ visuel, testé avec le château de Labro, ne montre pas d'amputation mais un léger retard de perception dans le champ visuel inférieur, comme souvent dans les cas de paralysie cérébrale. En effet, les leucomalacies périventriculaires (lésions typiques de la substance blanche dans les zones pariétales chez l'ancien prématuré) affleurent souvent au niveau de la partie supérieure des radiations optiques et occasionnent donc des déficits dans le champ visuel inférieur.
Sur le plan optomoteur, la fixation est possible mais très peu endurante, l'étayage verbal permet de soutenir l'attention mais ne permet pas d'augmenter l'endurance de fixation. L'afférence tactile n'est pas utilisable, compte tenu des difficultés motrices au niveau des membres supérieurs.
Compte tenu de cette fixation défaillante, la poursuite oculaire est impossible et remplacée par un relais céphalique important. L'instabilité de fixation associée aux difficultés de tenue de tête, certes modérées chez Emmeran mais présentes, rendent la coordination oculo-céphalique totalement anarchique et non fonctionnelle.
Les saccades volontaires horizontales sont déclenchées mais avec un temps de latence très allongé et rapidement remplacées par des mouvements de tête. Le calibrage montre un gros écart par rapport à la cible.
Emmeran présente donc des possibilités sensorielles intéressantes mais une orientation volontaire du regard quasiment impossible et des capacités fusionnelles inexistantes.
Le bilan fonctionnel s'articule naturellement en fonction de la plainte, en l'occurrence la fatigabilité visuelle, l'utilisation du regard lors des déplacements en fauteuil électrique et les difficultés d'apprentissage de la lecture.
Compte tenu de l'importance de ces premiers éléments, les aspects visuo-spatiaux et visuo-constructifs ne sont pas une priorité et seront examinés ultérieurement.
Un exercice à forte exigence d'endurance optomotrice est proposé (Codes), ce type d'exercice est coûteux sur le plan de l'orientation du regard car il s'agit d'aller chercher des correspondances dans un code et de les restituer. On observe immédiatement la grande fatigabilité visuelle d'Emmeran, l'exercice l'épuise, on note un bavage et une dégradation posturale. Il s'arrête aux deux tiers de l'exercice (*Fig. 1*).
Par rapport aux déplacements, je décide de sortir dans les couloirs de l'IEM avec Emmeran afin d'observer sa prise d'information visuelle en vision de loin. Il apparaît que la fixation de loin est à peu près aussi coûteuse que de près. La coordination entre vision centrale (qui gère la cible d'arrivée) et vision périphérique (qui gère la trajectoire et perception des obstacles, murs, plots d'ascenseur) a du mal à se mettre en place.
Soit il est trop concentré sur le point d'arrivée et perd le contrôle de sa trajectoire, soit son énergie se fixe sur la gestion des obstacles et la vitesse de déplacement ralentit alors considérablement.

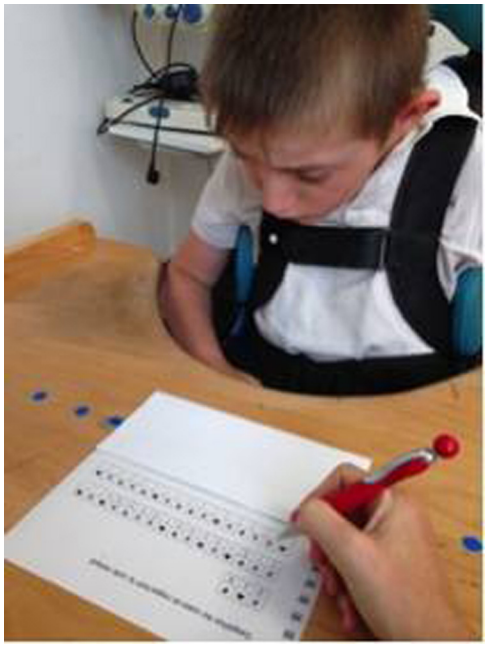

Figure 1.

Pour citer cet article : Blanc S. Paralysie cérébrale, orthoptie et pluridisciplinarité. Revue francophone d'orthoptie (2015), http://dx.doi.org/10.1016/j.rfo.2015.10.001

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/2698264

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/2698264

Daneshyari.com