

Déficit moteur aigu non traumatique de l'enfant : orientations diagnostiques

Acute motor deficit in childhood: Diagnosis management

A. Roubertie ^{a,*}, S. Soëte ^a, P. Meyer ^a, B. Echenne ^a, F. Rivier ^a, C. Langlois ^b

^a Service de neuropédiatrie, hôpital Gui-de-Chauliac, CHU de Montpellier, 80, avenue Fliche, 34295 Montpellier cedex, France

^b Service de neuroradiologie, hôpital Gui-de-Chauliac, CHU de Montpellier, 80, avenue Fliche, 34295 Montpellier cedex, France

Disponible sur Internet le 31 décembre 2009

Résumé

La survenue d'un déficit moteur aigu d'un ou plusieurs membres n'est pas une situation exceptionnelle chez l'enfant. Les causes neurologiques en sont variées ; l'orientation étiologique nécessite une analyse sémiologique minutieuse, dont dépendent les investigations complémentaires ciblées. Les auteurs proposent de décrire cette démarche diagnostique à partir des données cliniques ; les principales situations cliniques et étiologies sont présentées ; les investigations complémentaires permettant de confirmer le diagnostic sont évoquées ; les données de l'imagerie du système nerveux obtenues, notamment grâce aux séquences les plus récentes, sont décrites.

© 2009 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Summary

Acute motor deficit is not uncommon in childhood, with various neurological etiologies. Pertinent semiological analysis allows correct diagnosis management, with adequate paraclinical investigations. The authors describe this clinical diagnosis strategy. The most common clinical situations and various etiologies are presented; paraclinical investigations confirming the diagnosis are described, with specific attention to central nervous system imaging according to the most recent sequences.

© 2009 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Mots clés : Déficit moteur aigu ; Polyradiculonévrite ; Myosite ; Accident vasculaire ischémique ; Thrombose veineuse cérébrale ; ADEM ; IRM

I. INTRODUCTION

La survenue récente d'un déficit moteur en dehors de tout contexte traumatique chez un enfant conduit généralement rapidement à une consultation aux urgences pédiatriques. La première étape de la prise en charge sera bien entendu la reconnaissance du déficit, en faisant la distinction entre causes neurologiques ou non. L'étape suivante sera d'établir un diagnostic topographique, orientant vers une atteinte centrale

ou périphérique : il s'agit d'une étape clé à partir de laquelle les hypothèses étiologiques pourront être élaborées et qui déterminera le choix et la hiérarchie des investigations complémentaires. Cette démarche est résumée sur l'arbre décisionnel présenté en Fig. 1. Les aspects thérapeutiques ne seront pas abordés dans ce chapitre.

2. DIAGNOSTIC POSITIF

2.1. Éléments du diagnostic

La perte de la motricité volontaire d'un ou plusieurs membres réalise le plus souvent une situation clinique

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : a-roubertie@chu-montpellier.fr (A. Roubertie).

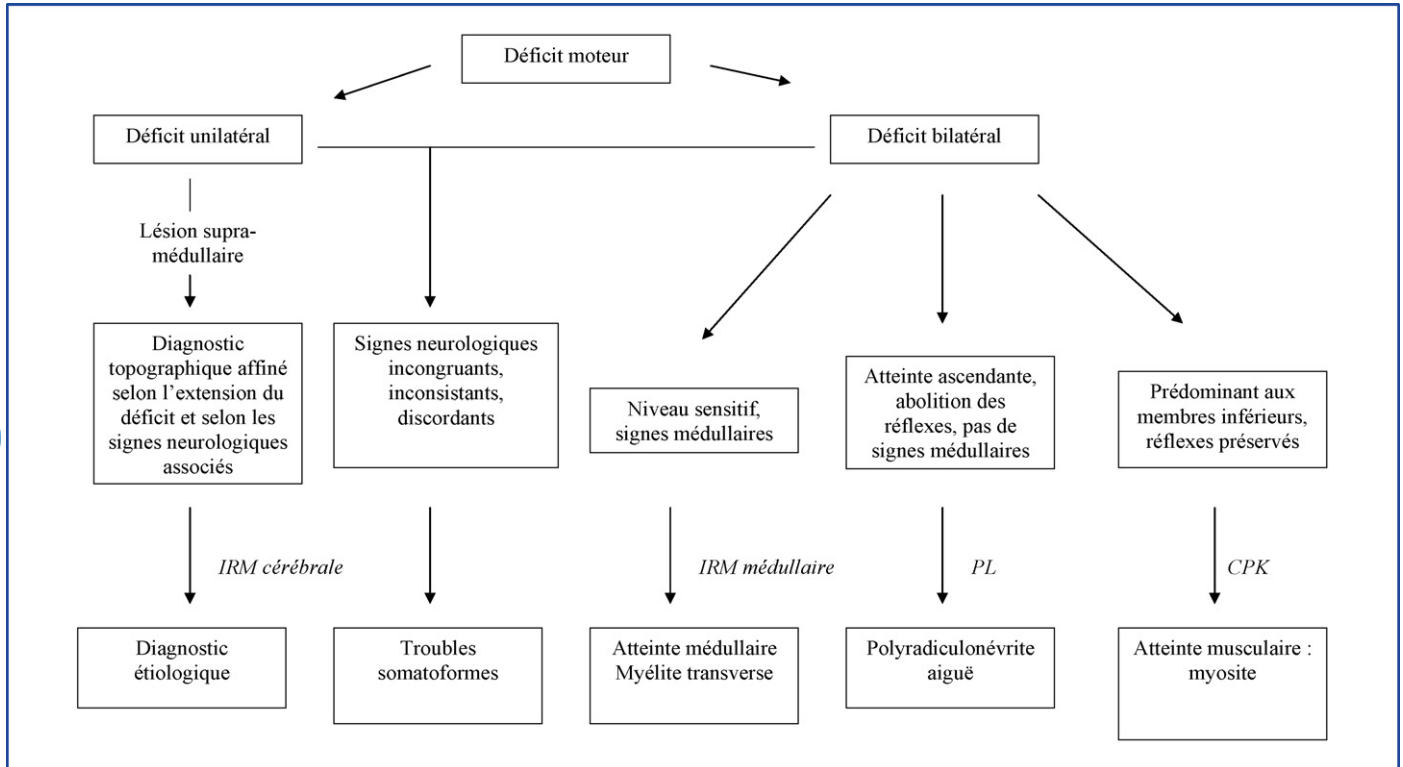


Fig. 1. Déficit moteur aigu : orientation diagnostique.

évoctrice : trouble de la marche, moins bonne utilisation d'un membre. Plus rarement, le tableau clinique est frustre : un engourdissement ou une sensation de lourdeur seront les symptômes décrits. L'examen clinique s'attachera à analyser la force musculaire d'un côté par rapport à l'autre, tout d'abord en observant la motilité spontanée (posture du patient et de ses membres, marche, préhension), puis la motilité dirigée lorsque la coopération du patient le permet (manœuvres contre résistance pour évaluer la force musculaire segmentaire) ; la prédominance du déficit sur les muscles raccourcisseurs aux membres inférieurs et sur les muscles extenseurs aux membres supérieurs est caractéristique d'une atteinte pyramidale.

L'analyse clinique recherche également :

- les éléments cliniques ou signes associés au déficit moteur :
 - réflexes ostéotendineux,
 - réflexes cutanés abdominaux, crémasteriens,
 - réflexe cutané plantaire,
 - tonus musculaire,
 - signes sensitifs associés ;
- d'autres signes neurologiques (troubles de la vigilance, troubles sphinctériens, paires crâniennes) ;
- des symptômes associés (céphalées, fièvre, etc.).

2.2. Difficultés du diagnostic et diagnostic différentiel

L'examen neurologique n'est pas toujours facile chez l'enfant.

Chez le petit nourrisson, l'évaluation de la force motrice est délicate, du fait de l'agitation, des pleurs, du manque de

coopération. Les lésions ostéoarticulaires, notamment si elles sont douloureuses, peuvent occasionner une impotence antalgique réalisant un trouble de la motricité non neurologique : fracture (de la clavicule par exemple, avec difficulté à mobiliser un membre supérieur), ostéomyélite, spondylarthrite.

Les troubles de l'équilibration sont responsables d'un trouble de la marche, qui se traduira souvent par une incapacité ou un refus de marcher ; il est souvent nécessaire d'examiner le jeune enfant à plusieurs reprises pour authentifier l'absence de déficit moteur vrai et reconnaître un syndrome cérébelleux ou vestibulaire.

Les troubles de l'équilibration (ataxie, vertiges) ne seront pas évoqués dans ce chapitre ; ils peuvent cependant être associés à un déficit moteur vrai.

Chez un patient ayant des troubles de la vigilance importants, l'évaluation d'un déficit moteur peut être délicate ; l'examen clinique doit être minutieux, afin d'identifier le déficit moteur et de réaliser les examens adéquats pour rechercher une lésion de manière à éviter les errances du diagnostic.

3. DIAGNOSTIC TOPOGRAPHIQUE

Plusieurs niveaux d'atteinte peuvent être responsables d'un déficit moteur (Tableau 1) :

- atteinte centrale, correspondant au premier motoneurone (voie pyramidale) : hémisphère cérébral (cortex, ou en profondeur), tronc cérébral (péduncule, protubérance, bulbe), moelle ;

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4148627>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4148627>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)