

## Traitement des plagiocéphalies postérieures d'origine positionnelle

## Treatment of posterior positional plagiocephaly

O. Vernet<sup>1,\*</sup>, S. de Ribaupierre<sup>1</sup>, B. Cavin<sup>2</sup>, B. Rilliet<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Service de neurochirurgie, CHU Vaudois, 46, rue du Bugnon, 1011 Lausanne, Suisse

<sup>2</sup> Service d'ergothérapie, hôpital orthopédique de la Suisse romande, 4, avenue Pierre-Decker, 1011 Lausanne, Suisse

Disponible sur Internet le 25 octobre 2008

### Résumé

Depuis 1992, suite aux recommandations de l'Académie américaine de pédiatrie qui prohibaient la position en décubitus ventral des nourrissons durant leur sommeil afin de diminuer l'incidence du syndrome de la mort subite, le nombre de jeunes enfants présentant des déformations crâniennes a augmenté de manière spectaculaire. Les thérapeutes confrontés régulièrement à ce type de déformations se sont accordés à leur reconnaître une origine positionnelle et les classer sous le vocable de plagiocéphalie postérieure positionnelle. Dans les années qui ont suivi, la manière d'appréhender et de traiter ces déformations crâniennes a évolué, sans qu'un consensus de prise en charge n'émerge toujours. Celle-ci varie au gré des spécificités locales et des préférences médicales ou parentales ; elle se limite parfois à un discours rassurant, des conseils de positionnement ou des exercices de mobilisation cervicale ; elle inclut occasionnellement de la physiothérapie, souvent le recours spontané des parents à l'ostéopathie, voire à un traitement par orthèse crânienne dynamique. Finalement, certains centres proposent même encore exceptionnellement une chirurgie correctrice en cas de persistance de plagiocéphalie positionnelle. Cet article revoit les aspects épidémiologiques et diagnostiques des plagiocéphalies postérieures d'origine positionnelle et leurs différents traitements.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### Abstract

In 1992, the American academy of paediatrics has recommended that infants be placed on their backs to sleep, because prone sleeping has been correlated with sudden infant death syndrome. Following this article, medical paediatric community has documented an exponential increase in the diagnosis of posterior cranial deformities, which were considered as the consequence of unrelieved pressure onto the occiput during infant sleep. These last 15 years, management of posterior positional plagiocephaly has evolved but is still not standardized; it varies according to local specificities, and medical or parental preferences. Treatment of deformational plagiocephaly includes preventive counseling, repositioning adjustments and exercises, physiotherapy, osteopathy, treatment by dynamic cranial orthosis. On extremely rare occasions, corrective surgery is proposed. This article aims at reviewing the epidemiologic, diagnostic, and various therapeutic options of posterior positional plagiocephaly.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

**Mots clés :** Plagiocéphalie postérieure positionnelle ; Déformation crânienne ; Orthèse crânienne dynamique

## I. INTRODUCTION

Étymologiquement, le terme « plagiocéphalie » a des racines grecques : *plagios* signifiant « oblique » et *kephale*, « tête ». On parle de plagiocéphalie postérieure pour décrire un aplatissement crânien occipital, qui est exceptionnellement la

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [vernet@neurocentre.ch](mailto:vernet@neurocentre.ch) (O. Vernet).

conséquence d'une fermeture précoce d'une ou de plusieurs suture(s) lambdoïde(s), appelée « craniosynostose lambdoïde ». Dans la plupart des cas, cette déformation crânienne est en effet plutôt secondaire à des contraintes externes exercées sur l'occiput intrinsèquement normal du nouveau-né et est donc appelée « plagiocéphalie postérieure positionnelle » (PPP). Son incidence a spectaculairement augmenté [1–3] après la parution en 1992 des recommandations de l'Académie américaine de pédiatrie visant à coucher systématiquement les nourrissons sur le dos plutôt que sur le ventre durant leur sommeil, cette dernière position ayant été associée au syndrome de la mort subite du nourrisson [4]. Après quelques errances diagnostiques et thérapeutiques [5], la plupart des centres confrontés régulièrement à ce type de déformations crâniennes se sont finalement accordés à leur reconnaître une origine positionnelle [6].

## 2. INCIDENCE ET PHYSIOPATHOLOGIE

Si l'incidence des craniosynostoses, tous types confondus, est faible, de l'ordre de six pour 10 000 naissances viables, celle de la craniosynostose lambdoïde isolée est, elle, extrêmement faible puisqu'elle ne dépasse pas trois pour 100 000 naissances [6,7]. Au contraire, la survenue d'une PPP est un événement pour le moins fréquent, puisqu'on l'a décrit chez 48 % des nourrissons. Elle concerne les garçons dans trois quarts des cas

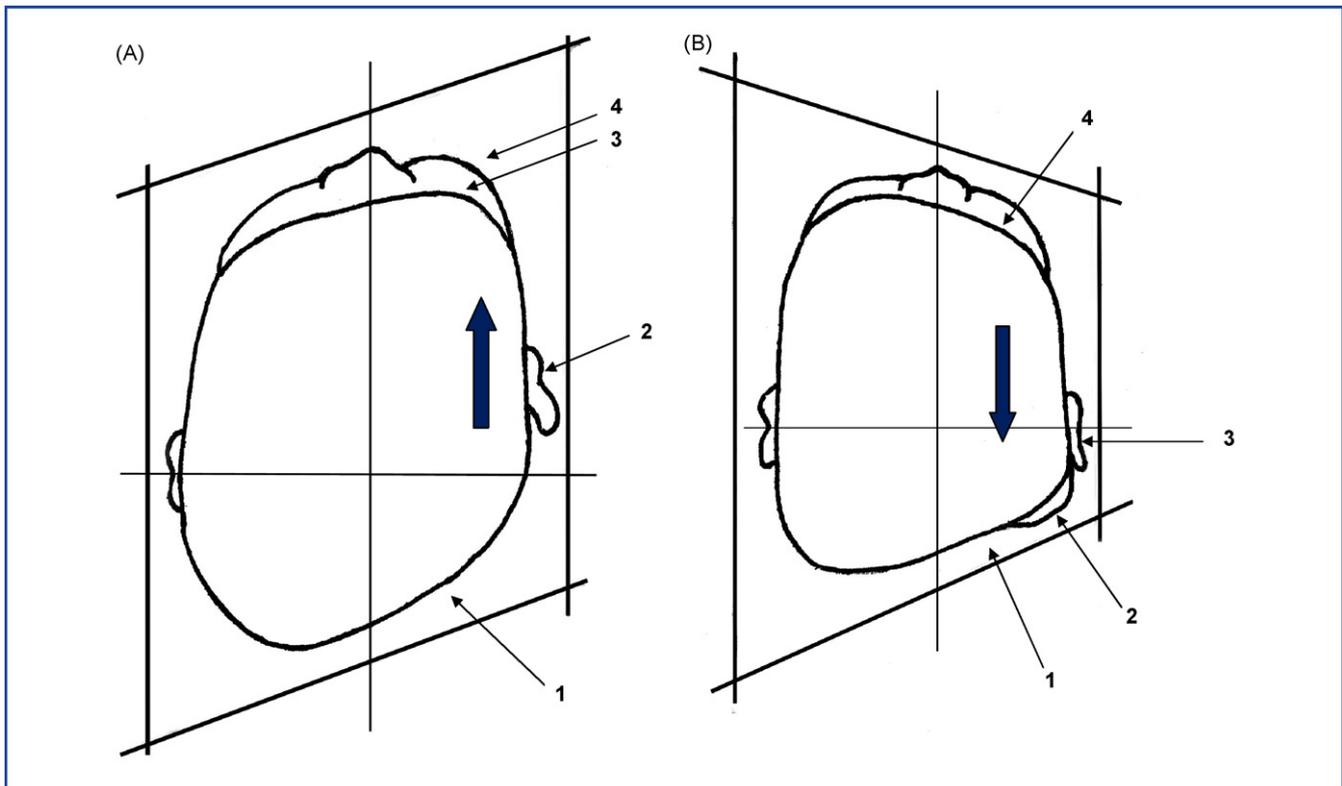
et implique le côté droit de l'occiput deux fois plus souvent que le gauche [5,6,8,9].

Il est généralement admis que le développement d'une PPP est la conséquence de contraintes externes appliquées de manière plus ou moins continue sur une région localisée du crâne. Ces contraintes peuvent être déjà présentes in utero ou per partum, par exemple lors de grossesse gémellaire, d'oligohydramnios, de malformation utérine, de macrocéphalie ou d'accouchement avec ventouse ou forceps. La PPP est alors détectée à la naissance [1,2,6,7,9–11].

La plupart des enfants pourtant naissent sans méplat occipital. Ils le développent progressivement durant les premières semaines de vie à la faveur du décubitus dorsal qui leur est imposé pour les raisons évoquées en préambule. Leur tonus cervical à cet âge ne leur permet pas de changer de position et de se tourner ; l'appui occipital sera ainsi constant et de longue durée, aggravant la PPP [1,2,9,12]. Généralement, cette déformation crânienne cesse de s'accroître vers quatre à six mois de vie, lorsque le nourrisson est plus vif, mobile durant son sommeil et passe moins de temps durant la journée couché sur le dos.

## 3. PRÉSENTATION CLINIQUE

Il est important de distinguer la PPP d'une craniosynostose lambdoïde dont le pronostic, l'histoire naturelle et la prise en charge sont très différents. Une fusion prématurée d'une



**Fig. 1.** A. Plagiocéphalie postérieure positionnelle droite. En vue supérieure, le crâne a une forme en parallélogramme avec : (1) un méplat occipital droit ; (2) un déplacement antérieur de l'oreille qui est parfois décollée ; (3) un bombement frontal et (4) parfois de la région mastoïdienne homolatérale au méplat. B. Craniosynostose lambdoïde droite. En vue supérieure, le crâne a une forme trapézoïdale. On note : (1) un méplat occipital avec (2) une région mastoïdienne proéminente et déplacée vers le bas ; (3) une oreille droite plutôt déplacée vers l'arrière et le bas ; (4) un front fuyant postérolatéralement.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4149199>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4149199>

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