

Syndrome de l'enfant secoué: séquelles

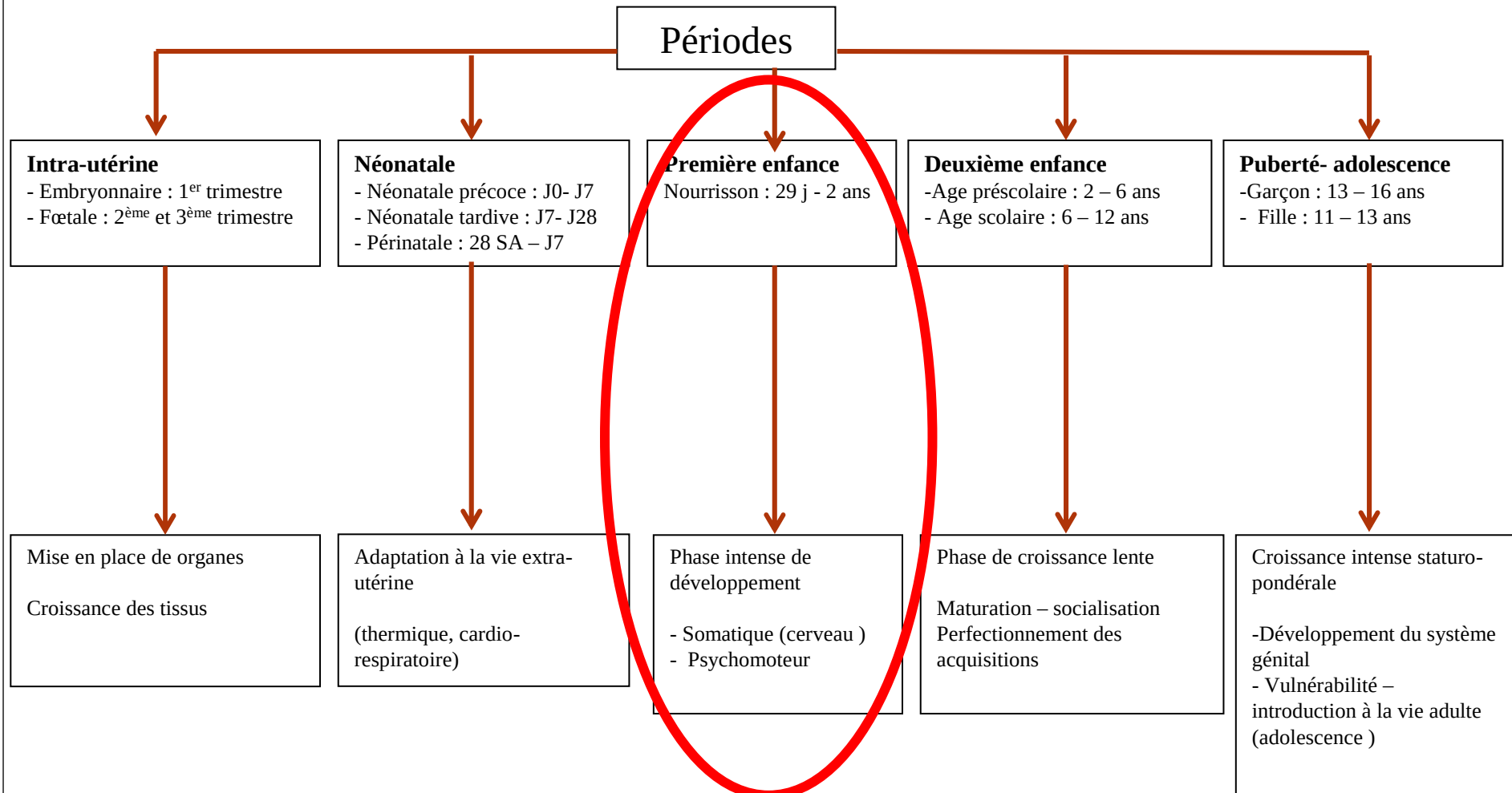
Brigitte Chabrol, Emilie Caietta
Service de Neurologie Pédiatrique,
Hôpital d'enfants, CHU Timone, Marseille



Physiopathologie

- Traumatisme crânien $\neq$ TC chez l'adulte
 - Mécanismes spécifiques non accidentels
 - Lésions spécifiques
- Pourquoi ??:
 - âge
 - Mécanisme de secousse

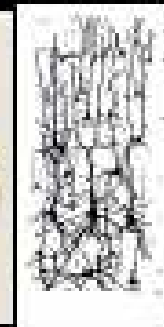
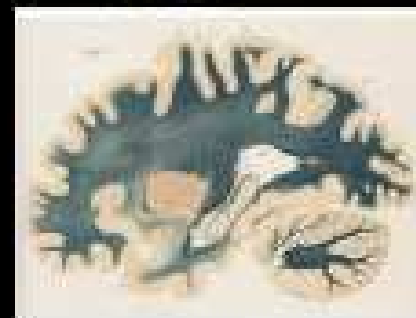
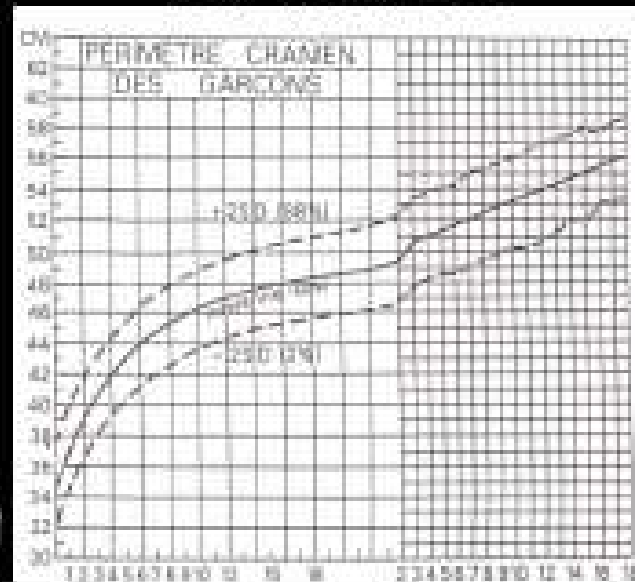
Etapes du développement



Un cerveau de bébé n'est pas un modèle réduit du cerveau de l'adulte

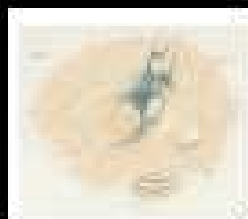


Périmètre crânien



14 cm en 2 ans

8 cm en 16 ans



Marquage

de la myéline arborisation dendritique dans le cortex moteur

Lésions dans un cerveau immature

- Lésions focales :
 - Mort cellulaire au niveau du site de la lésion (mécanisme excito-toxique immédiat)
 - Mort cellulaire retardée de quelques heures de type apoptose à distance
- Lésions diffuses
 - Lésions hémorragiques, puis kystiques
 - Atrophie progressive de la substance blanche sans atteinte corticale (atteinte dégénérative axonale)

Syndrome du bébé secoué : devenir à
moyen terme.

Etude rétrospective de 40 dossiers.

Matériels et méthodes

Etude rétrospective sur les cas de bébé secoués
reçus au CHU de Marseille à l'hôpital de la
Timone de **2007 à 2012**

- **40 dossiers** ont été revus

Critères de diagnostic positif

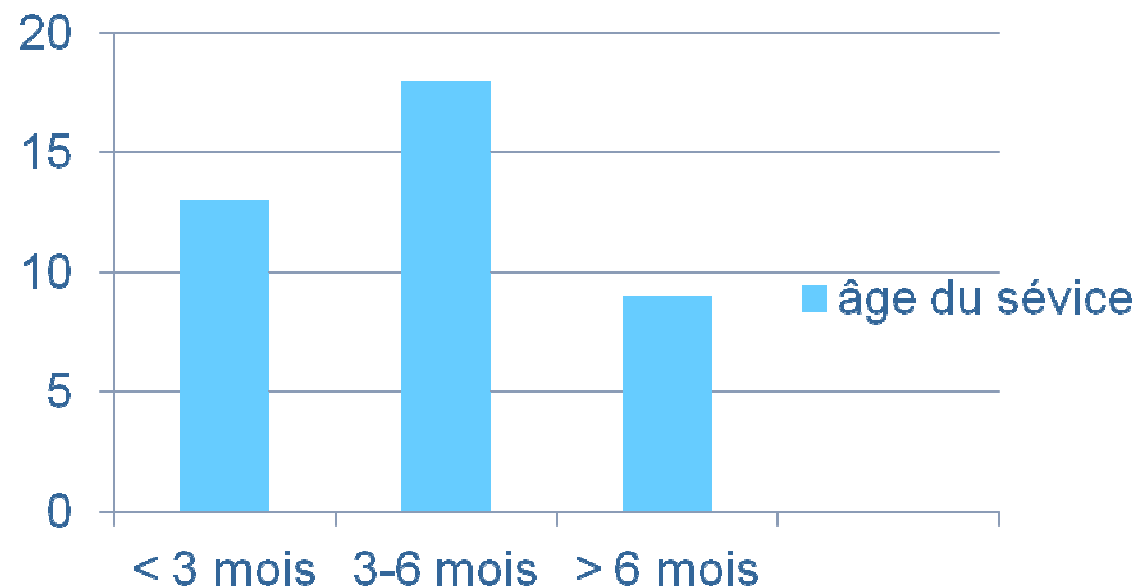
- Lésions intracérébrales et lésions oculaires
- Association éventuelle à des lésions osseuses ou cutanéomuqueuses
- En l'absence d'anamnèse cohérente

Critères de diagnostic positif

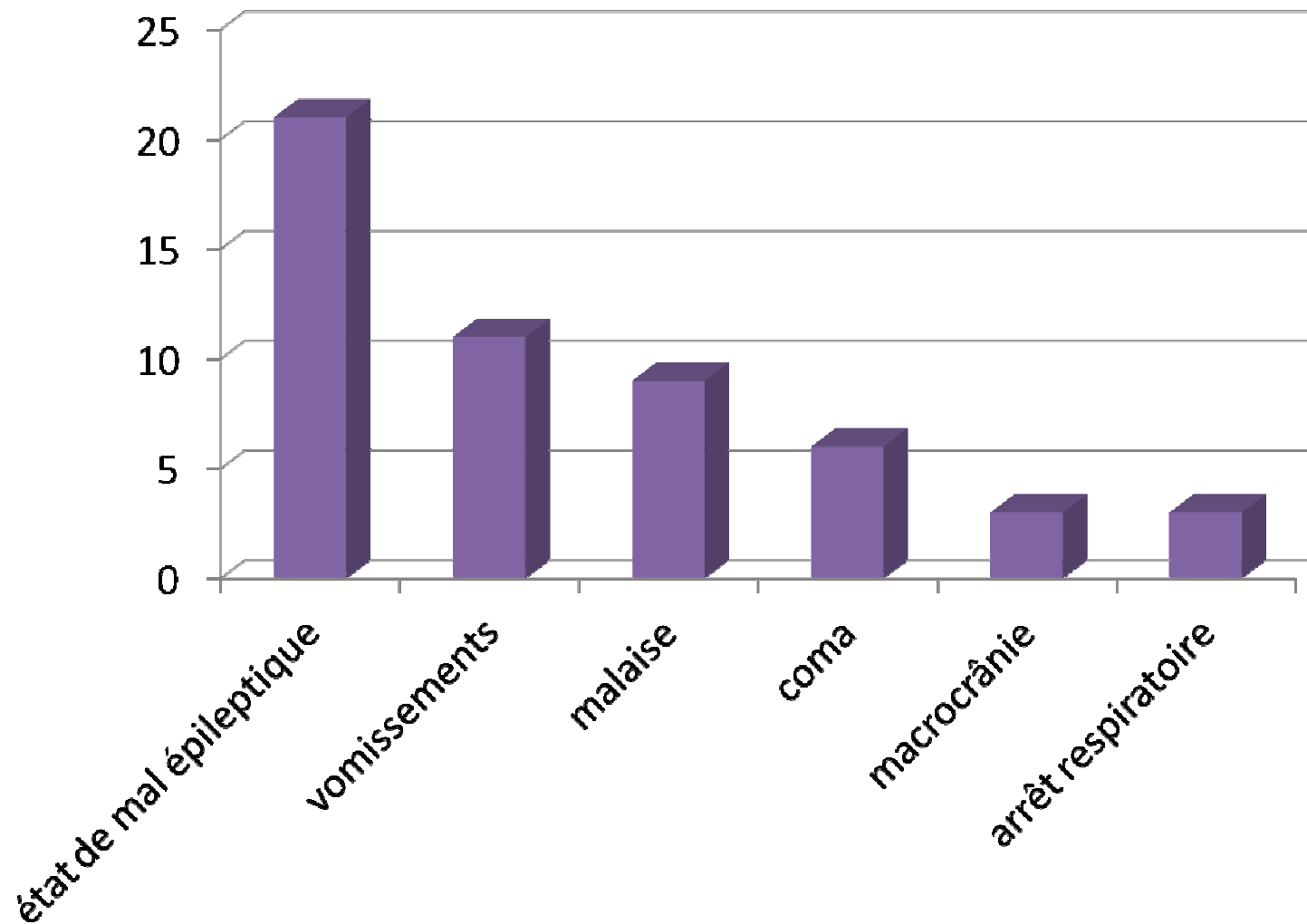
- Lésions intracérébrales et lésions oculaires
- Association éventuelle à des lésions osseuses ou cutanéomuqueuses
- En l'absence d'anamnèse cohérente

Description de la population

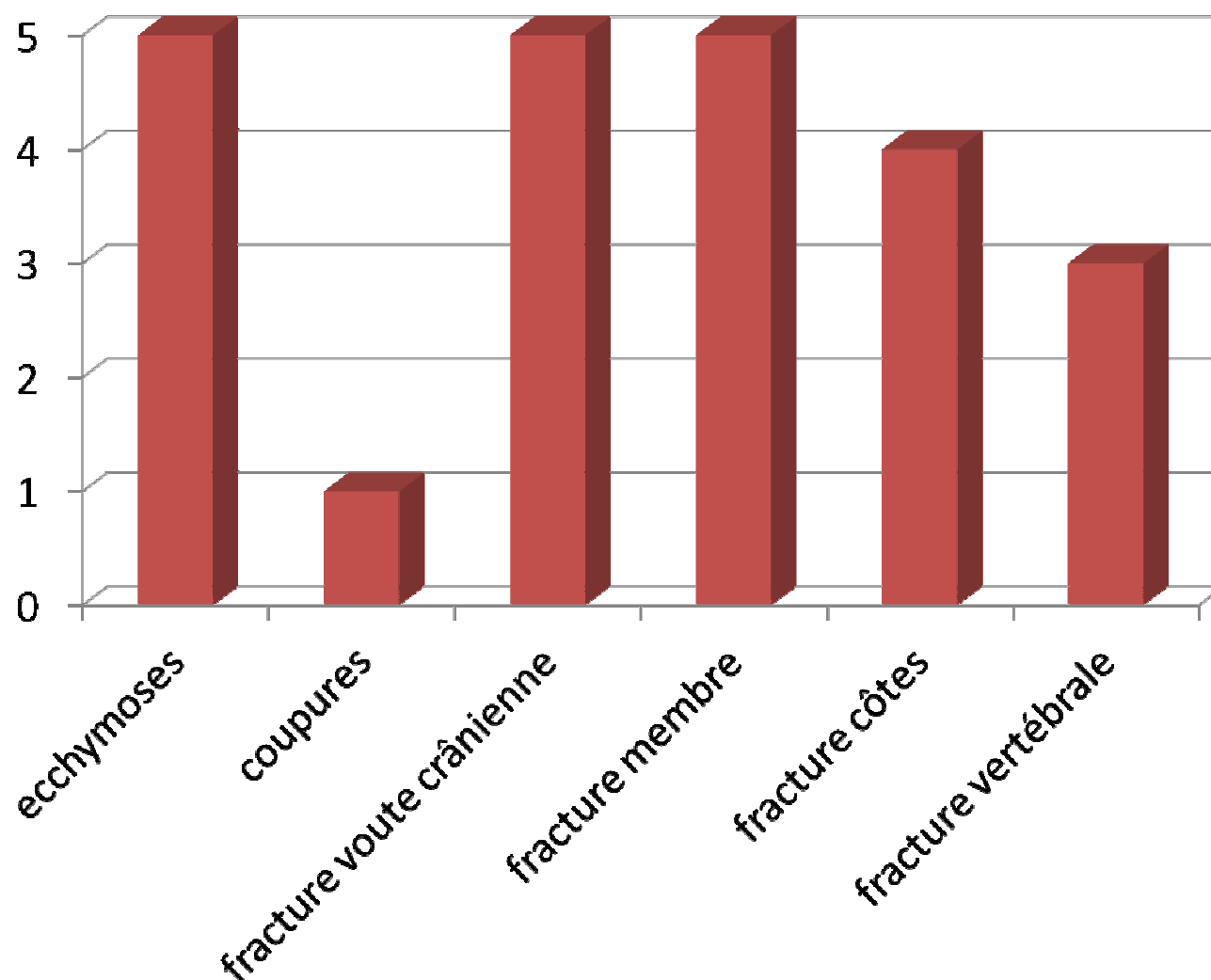
- 29 garçons (73%) et 11 filles (26%)
- Age moyen = 4.3 mois



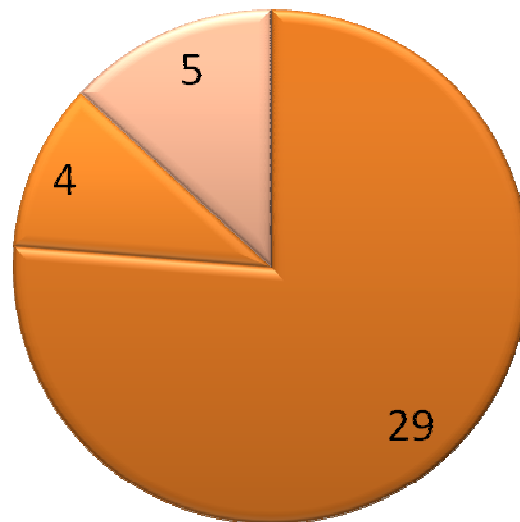
Motifs de consultation



Lésions initiales associées



Lésions rétiniennees initiales

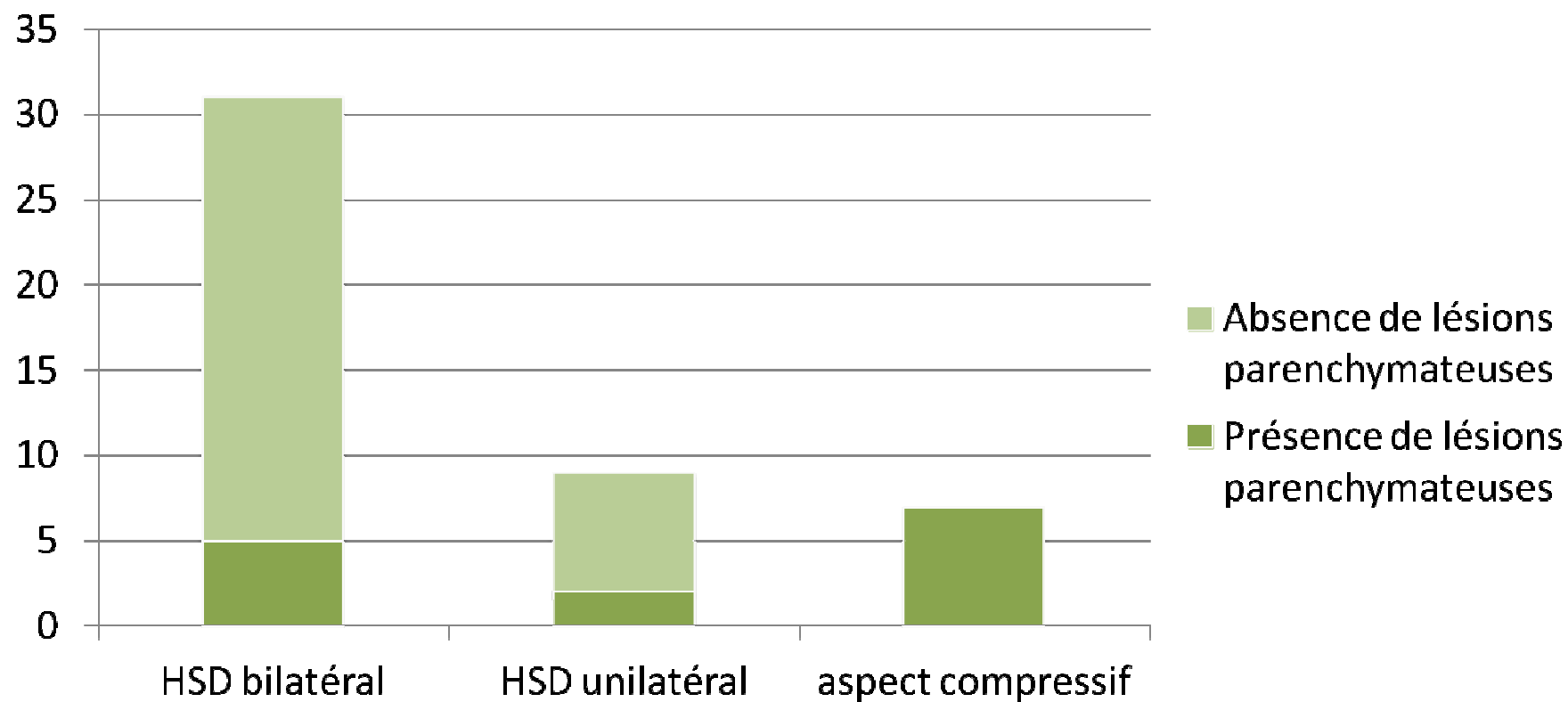


■ Hémorragies rétiniennees bilatérales

■ Hémorragies rétiniennees unilatérales

■ Fond d'œil normal

Lésions cérébrales initiales



Prise en charge en urgence

- Intubation/ventilation assistée : 11 cas
- Dérivation sous-duropéritonéale : 35 cas

Devenir à moyen terme

- Étudié sur 32 enfants
 - 8 perdus de vue (non revu en consultation)
- Durée du suivi : moyenne 25mois [3m-6a]

Croissance du périmètre crânien

- Normale dans 16 cas (50%)
- Microcéphalie dans 16 cas (50%) : valeur prédictive de séquelles motrices et/ou intellectuelles

Epilepsie

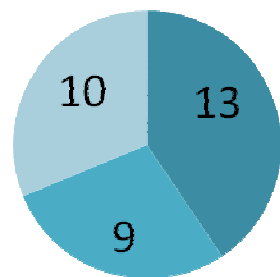
- Parmi les 21 patients ayant présentés des convulsions initiales
8 patients gardent une épilepsie séquellaire
- Dont épilepsie pharmacorésistante dans 3 cas

Proportion de séquelles sévères

Tableau de polyhandicap dans 6 cas (18%) :

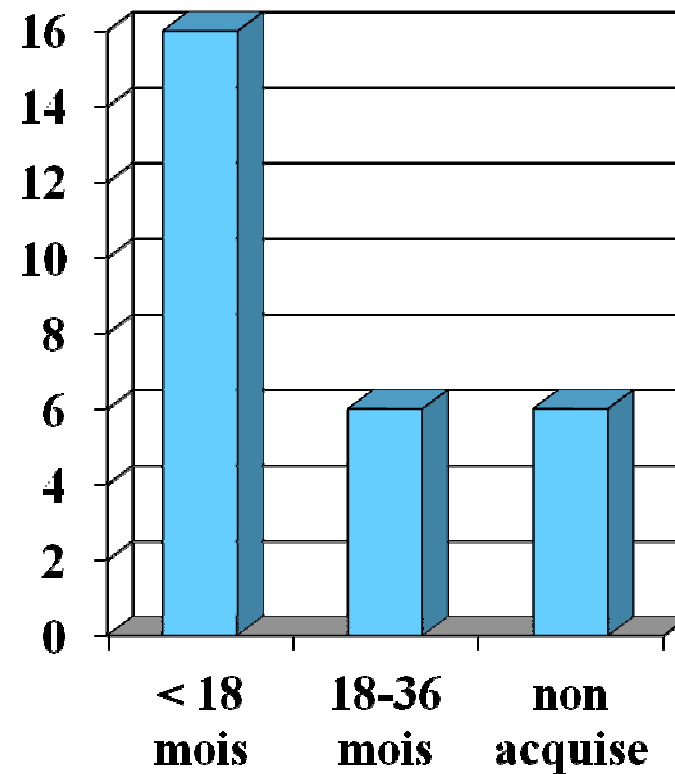
- Tétraparésie spastique
 - Handicap mental sévère
 - Troubles visuels
 - Épilepsie
-
- ☐ Orientation vers une prise en charge en « pouponnière médicale » ou en IME

Devenir moteur

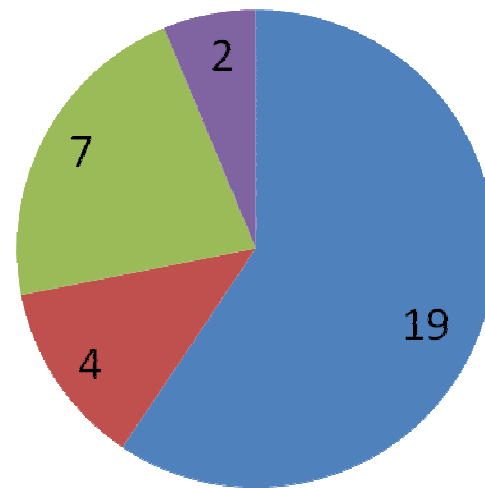


- Absence de séquelles motrices
- Hémiparésie
- Tétraparésie

Age d'acquisition de la marche

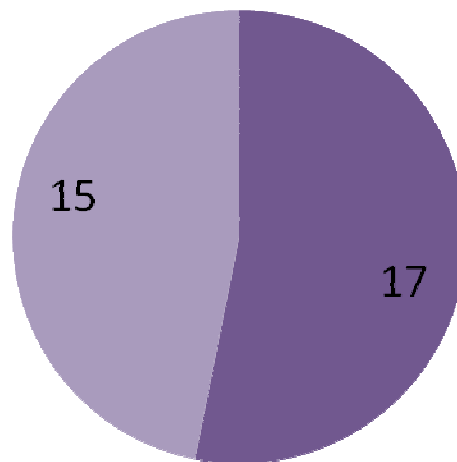


Devenir psychiatrique



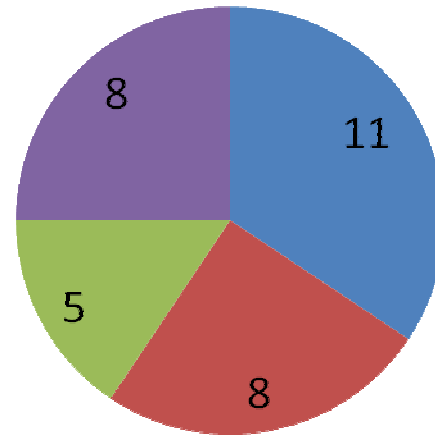
- Absence de troubles psychiatriques
- Instabilité psychomotrice et troubles de l'attention
- Instabilité psychomotrice et agressivité
- Syndrome autistique

Acquisition du langage



■ Normale ■ Anormale

Devenir scolaire



- Pas encore de scolarisation
- Scolarisation à temps plein en école maternelle
- Intégration scolaire avec prise en charge CAMSP
- Enseignement spécialisé

Séquelles visuelles

Retrouvées dans 13 cas :

- Strabisme
- Astigmatisme/myopie/hypermétropie
- Amblyopie
- Trouble du contact

Dans la littérature

- Handicap
 - sévère : 39,2 %
 - modéré : 25,2%
 - Absence : 12 %
- Troubles visuels
 - Cécité: 15%
 - Amblyopie : 35%
- Epilepsie: 30%
- Déficit intellectuel : 54%, ***chute du QI avec le temps***
- Troubles sévères du comportement : 38%

Limites de la méthodologie

- Etudes rétrospectives
- Suivi souvent court autour de 12 à 18 mois:
 - sous estimation des séquelles cognitives
 - attention au « handicap invisible »
- Nécessité d'un suivi sur le long terme pour évaluation des troubles des apprentissages
- Suivi difficile de ces enfants, collaboration nécessaire entre les différents acteurs (ASE +++, PMI, CAMSP....)

Pourquoi systématiser ce suivi ?

- Pour dépister des anomalies plus fines
- Pour prendre en charge le plus tôt possible
- Pour réduire les désavantages