

GROUPE D'ECHANGE DES PRATIQUES PEDIATRIQUES

Lundi 17 decembre 2007



Qui était là ? (12)

<input checked="" type="checkbox"/>	Alexandre Aude	<input checked="" type="checkbox"/>	Chobert Marie	<input checked="" type="checkbox"/>	Lefèvre Gwenaëlle			
<input checked="" type="checkbox"/>	Aiguillon Isabelle	<input checked="" type="checkbox"/>	Jaouen Gaëlle		Lirondière Sandrine			
	Cornet Nathalie	<input checked="" type="checkbox"/>	Gacquière Aurore		San Sébastian Patricia			
<input checked="" type="checkbox"/>	Babot Elisabeth		Germa Virginie	<input checked="" type="checkbox"/>	Templier Delphine			
<input checked="" type="checkbox"/>	Casson Sandra		Goncalves Maria	<input checked="" type="checkbox"/>	Vauvillé Barbara			
<input checked="" type="checkbox"/>	Thomas Caroline	<input checked="" type="checkbox"/>	Giraudeau Laurianne					

Qu'est ce qu'on a dit ?

Les brèves

⊗ L'école d'ergothérapie de Créteil recherche un enseignant pour faire les cours IMC pour l'année scolaire 2008 2009. Contacter Hélène Hernandez à l'école d'ergothérapie.

⊗ Les centres suivants recherchent des ergothérapeutes : Saint-Maurice en orthopédie pour un CDI à partir de maintenant. Neuilly-sur-Seine pour des remplacements de congé maternité pour la cliss et pour le centre à partir de février ou mars 2008. Le CAMPS d'Argenteuil pour le remplacement d'un congé de maternité à partir de février 2008. La MDPH de Paris pour un remplacement de congé maternité (peut-être).

⊗ Caroline Krummenacker (ex-membre du geppe) nous donne de ses nouvelles : elle est à présent à Lyon, elle travaille en sessad et en cem. Elle nous informe que dans le courant de l'année 2008, une base de données sur les aides techniques sera accessible gratuitement sur le site de l'afm. Par ailleurs il y a actuellement une réflexion sur le positionnement dynamique des patients, le site Internet suivant l'évoque : <http://posit.objectis.net/>

Par ailleurs, elle nous informe qu'un groupe sensiblement similaire au geppe va peut-être se mettre en place à Lyon, ils pensent mettre les comptes-rendus de leurs réunions sur le site du geppe, ce qui est accepté à l'unanimité !

Travail de fond :

Nous recevons Rachel Bard, ergothérapeute à l'hôpital les massues de Lyon qui vient nous faire un topo sur le travail de l'ergothérapeute autour des injections de toxine botulique pour les enfants présentant une paralysie cérébrale. Elle a un recul d'expérience de cinq ans, avec une activité exclusive autour de l'injection de toxine. Elle s'est formée en lisant de nombreux articles scientifiques en anglais, en communiquant avec les équipes internationales qui travaillent autour de la toxine aux membres supérieurs, et en allant se former à l'étranger.

Les grandes idées évoquées sont les suivantes :

- la toxine a pour effet de paralyser un muscle hyper spastique
- tous les groupes musculaires du membre supérieur peuvent être injectés
- l'âge idéal pour commencer à envisager une injection de toxine est autour de deux ou trois ans
- il ne faut pas céder à l'effet de mode, il y a des indications très précises à respecter :
 - o l'enfant et sa famille doivent être motivés et avoir bien compris les effets de la toxine (ainsi que les effets secondaires et les éventuels risques)
 - o l'injection de toxine doit être obligatoirement suivie d'interventions thérapeutiques : au minimum un étirement des muscles injectés dans un appareillage de repos de nuit. Et lorsque c'est possible un appareillage dynamique de jour, une guidance parentale, des séances de rééducation pour renforcer les antagonistes des muscles injectés, et pour tenter d'intégrer un schéma moteur de coordinations bimanuelles.
- Un bilan pré-toxine est indispensable pour poser l'indication d'injection et avoir un référentiel pour la comparaison post-toxine. Lors du bilan pré-toxine on définit si le membre supérieur à injecter a une

- capacité fonctionnelle ou bien une capacité non fonctionnelle (auquel cas il s'agit surtout d'un problème de douleur, ou de difficultés pour la tierce personne pour l'habillage par exemple). Le type de suivi thérapeutique derrière dépendra bien évidemment de la capacité du membre supérieur.
- Le bilan post-toxine est similaire au bilan pré-toxine, il est constitué de bilans qui sont tous filmés pour une analyse plus fine :
 - o Le PRS (neuf items cotés sur 24)
 - o Le box and block test
 - o Le AHA (évaluation très ludique, qui plaît énormément aux enfants, qui ne peut pas s'acheter seul mais seulement à la suite d'une formation spécifique qui est désormais proposée par l'ANFE)
 - o un bilan fonctionnel classique
 - o un bilan d'indépendance et d'autonomie (on regarde entre autre le ballant du bras à la marche et la course, ou bien aussi l'installation au fauteuil)
 - o le Melbourne unilatéral qui dure 20 à 30 minutes et qui concerne 16 items autour de la préhension. (l'équipe des massues de Lyon est en train de le traduire, il n'est actuellement commercialisé que par le service australien qu'il a créé).
 - L'effet de la toxine a lieu en général une semaine après l'injection et dure en moyenne quatre mois. Ce n'est pas pour cela que l'on propose une injection systématique tous les quatre mois, puisque le travail de renforcement des antagonistes après l'injection de toxine tend à faire évoluer le schéma moteur. Pour schématiser un enfant qui présente une paralysie cérébrale avec une spasticité pourra avoir une injection aux membres inf et une injection aux membres Sup par an (une tous les six mois).
 - En ce qui concerne le mode de rééducation, il existe une technique particulière qui est la thérapie contrainte (en anglais modified constraint induced therapy MCIT) qui consiste à proposer à l'enfant des périodes de deux fois deux heures par jour où la main saine est inutilisable car chaussée d'un appareillage est d'une petite moufle, ceci a pour but d'encourager l'utilisation de la main atteinte. Le niveau de preuves des résultats de ce type de thérapie est très important, même si de nombreux thérapeutes sont encore très frileux à son utilisation, ayant l'impression d'une « torture ». Si le but est la manière de le faire sont bien expliqués, c'est une thérapie très efficace. La preuve de l'utilité de cette thérapie est basée sur des techniques d'imagerie cérébrale qui ont fait prendre conscience que le cortex homolatéral prenait le relais du cortex controlatéral pour la commande motrice du membre lésé.
 - En conclusion, peu de protocole de rééducation concernant l'utilisation de la toxine aux membres supérieurs existe car il s'agit d'un organe avec des fonctions très complexes (beaucoup plus complexe que le membre inférieur). Il s'agit d'une aide précieuse est incontournable pour certains des enfants présentant une paralysie cérébrale avec une spasticité importante. C'est une pratique très consommatrice de temps paramédical et qui nécessite une formation importante et spécifique de l'équipe d'ergothérapeutes qui travaille avec le médecin injecteur.

Rem : le terme de paralysie cérébrale est depuis la dernière conférence internationale de consensus à privilégier par rapport à celui d'IMC.

Prochaine réunion : lundi 21 janvier 2008

Thème : comment prescrire un ordinateur, quels choix techniques et quelles spécificités en fonction du handicap de l'enfant ?