

### **3- DIAGNOSTIC**

#### **3.1 DIAGNOSTIC POSITIF**

Le diagnostic positif de l'IMOC n'est pas un diagnostic de certitude quelque soit le nombre d'arguments possédés pour le poser. Mais c'est un diagnostic de présomption qui se base sur un faisceau d'arguments solides qui sont à rechercher dans l'interrogatoire +++, la clinique +++ et la paraclinique.

##### **3.1.1 Interrogatoire**

Elle est une phase importante dans la démarche diagnostique. Les informations recueillies à cette étape permettront au médecin d'avoir un faisceau d'arguments pour poser le diagnostic d'IMOC. Elle doit être à la limite un interrogatoire policier, s'intéressant à toutes les étapes de la vie de la mère et de l'enfant surtout à aux périodes : pré, péri et post (développement du nourrisson).

###### **La période prénatale**

L'histoire prénatale devrait inclure des informations sur la grossesse de la mère. Ainsi on peut retrouver: l'exposition prénatale aux drogues illicites, aux toxines, au tabac ou à des infections, le diabète maternel, une maladie maternelle aiguë, un traumatisme, l'exposition aux radiations, un mauvais suivi prénatale.

La recherche de notion d'avortements spontanés et leurs nombres, de consanguinité des parents, de maladie neurologique familiale. (par ex : maladie neurodégénérative héréditaire) est également importante.

###### **❖ La période périnatale**

L'histoire périnatale doit s'intéresser à : l'âge gestationnel de l'enfant à la naissance, à la présentation de l'enfant et le type d'accouchement (dystocique ou eutocique), le poids à la naissance, le score d'Apgar. Au cours de

l'interrogatoire, l'examineur doit chercher à savoir, s'il y a eu des complications dans la période néonatale, comme : une notion de réanimation et la durée, la présence d'une hémorragie intracrânienne sur échographie néonatale, des difficultés d'alimentation, des moments d'apnée, une bradycardie, une infection et un ictère néonatal.

#### ❖ La période postnatale

Dans cette partie, l'interrogatoire doit s'intéresser au développement de l'enfant à savoir : sa motricité globale, la motricité fine, le langage, et les étapes sociales de l'enfant de la naissance jusqu'au moment de la consultation.

Le développement moteur normal implique: la tenue de la tête à 2 mois, la position assise vers 6 mois, et la marche vers 1 an. Les nourrissons atteints de CP peuvent avoir un retard psychomoteur considérable.

Cette étape de l'interrogatoire permet au médecin d'avoir déjà une idée sur la gravité des troubles auxquels il fera face.

La présence d'une régression inexplicée du développement psychomoteur serait plus suggestive d'une maladie neurodégénérative héréditaire que d'une IMOC.

### **3.1.2 Clinique**

Elle est une étape importante dans le diagnostic de l'IMOC et permet aussi sa classification. Elle doit être minutieuse et respecter toutes les étapes.

### **3.1.3 Paraclinique**

Le diagnostic ne repose pas certes sur elle, mais elle permet de visualiser les lésions responsables (en ce qui concerne l'imagerie) et sont nécessaires que pour éliminer des diagnostics différentiels graves.

En conclusion : Le diagnostic repose plus sur l'examen clinique et les antécédents.

En outre, malgré le fait que la lésion sur le cerveau en pleine croissance se produit avant l'âge de 3 ans, le diagnostic de CP ne peut être fait qu'après ce moment-là. Certains auteurs préconisent de ne pas établir un diagnostic définitif pour certains cas jusqu'à l'âge de 5 ans ou plus tard. Cette approche permet, au tableau clinique d'être clair et nette et aussi l'exclusion des maladies évolutives [98, 103].

### **3.2 DIAGNOSTIC DE RETENTISSEMENT**

Le retentissement de l'IMOC sur l'enfant est un volet très important à prendre en considération. Elle fait non seulement intervenir les complications mais aussi un autre aspect crucial qui est le retentissement psychosocial.

La documentation consacrée au statut d u handicapé a révélé comment les interprétations qui en sont faites et les conséquences qui en découlent sont liées au contexte socioculturel en question [48]. Certains auteurs soutiennent qu'une personne handicapée est d'abord perçue comme handicapé avant d'être identifiée comme un homme ou une femme, un noir ou un blanc [35].

C'est dire à quel point le handicap est synonyme d'une étiquette de par le comportement de la société. Ainsi au delà de l'incapacité et de la déficience, l'individu en question est victime de nombreux préjugés. Isabelle [48] explique dans le contexte occidental: « étiqueter une personne comme handicapée, ce n'est pas seulement décrire un type de déficience, c'est lui attribuer un ensemble de caractéristiques qui sont culturellement associées à cette déficience. La personne entière, sa personnalité sera interprétée à la lumière du handicap ».

### **3.3 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL**

D'autres étiologies sous-jacentes métaboliques et génétiques devraient être considérées et exclues avant de confirmer le diagnostic de CP chez un enfant.

Pour ce, le médecin a à sa disposition toute une panoplie d'examens complémentaires biologiques et morphologiques.

- les atteintes du plexus brachial font parfois évoquer une hémiparésie mais un examen correct rectifie la première orientation.

- les atteintes médullaires hautes par malformations de la charnière peuvent faire hésiter mais l'anamnèse a des spécificités et les radiographies du rachis cervical sont évocatrices.

Plus difficile est le diagnostic de maladies qui ont des signes neuromoteurs en commun avec la pathologie congénitale de l'IMOC et qui n'auront que secondairement des signes caractéristiques. Parmi les maladies génétiques, on distingue :

- la maladie de Lesch-Nyhan dont les signes n'apparaissent pas avant la fin de la première année.

- L'acidurie glutarique provoque une athétose après les épisodes convulsifs

- l'ataxie-téléangiectasie donne un syndrome cérébelleux.

Il existe des maladies neurodégénératives pas toujours étiquetées, à évolution lente, qui, au début, peuvent en imposer pour une paralysie cérébrale. On trouve aussi des cas douteux où la diplégie qui ressemble à la maladie de Little est en fait une paraplégie génétique liée à l'X chez un enfant né en avance et qui fait évoquer les séquelles d'une « vraie » prématurité [109].

Les paraplégies spastiques héréditaires, le syndrome de Rett, les myopathies et les neuropathies métaboliques, les lésions nerveuses périphériques d'origine traumatique, les tumeurs du cône et de la queue de cheval, les malformations vasculaires de la moelle épinière sont d'autres diagnostics différentiels qu'on peut avoir [44].

Les pièges existent, il est important de bien mener l'entretien avec les familles et de recourir si nécessaire à des examens complémentaires pour être sûr du diagnostic dont dépendra la prise en charge (PEC) [109].

### **3.4 DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE**

Les études sur l'IMOC au cours de ces 20 dernières années ont permis des changements radicaux et une meilleure compréhension des causes déterminants la survenue de cette affection, mais aussi de faire une différence entre les facteurs de risque et les causes démontrées.

Il est utile de classer les causes connues en fonction du moment de l'agression cérébrale. Ainsi ces causes peuvent être pré, péri, ou postnatale

#### **3.4.1 Les causes prénatales**

Elles peuvent être ;

- génétique : les malformations congénitales du fœtus [13, 23, 30, 72, 73, 81, 107]
- acquises in utéro : les troubles de la circulation placentaire (qui peut être dus à un état de choc maternel, une compressions du cordon ombilical, une intoxication maternelle au CO, une tentative d'avortement), un infarctus placentaire, l'irradiation de l'utérus au cours de la radiothérapie [30]
- les antécédents maternels : prise par la mère de certains médicaments foeto-toxique ou tératogènes à savoir : les anticoagulants oraux, les AINS, certains antiépileptiques, les antituberculeux, les neuroleptiques, les antidépresseurs, les IEC etc....
- les infections maternelles : rubéole, grippe, rougeole, toxoplasmose, zona, oreillons... [30, 44]
- L'exposition maternelle au méthyle de mercure et la carence en iode de la mère [19, 49, 71, 103]. Entre 1953 et 1960, dans la baie de Minamata au Japon une épidémie de CP a été notée chez les enfants nés dans des familles dont l'alimentation était à base de poissons contaminés au méthyle de mercure.
- l'incompatibilité foeto-maternelle des facteurs rhésus est une cause importante de syndromes athétosiques et extrapyramidaux [30].

### **3.4.2 Les causes périnatales**

Les causes périnatales suivantes sont impliquées dans la survenue de la CP:

- la prématurité (Bien que la prématurité soit un facteur de risque bien établi pour la CP, une étude récente a démontré qu'un accouchement après terme (après 42 semaines ou plus) est aussi associé à cette pathologie [66])
- l'hypoglycémie néonatale sévère [44]
- l'hémorragie cérébro-méningé néonatale
- les convulsions néonatales [74]
- l'anoxie cérébrale due à l'asphyxie néonatale. Mais pour que l'anoxie cérébrale du fœtus soit une cause irréfutable de la CP, des conditions doivent être remplies à savoir : une acidose métabolique constatée avec le prélèvement sanguin au niveau du cordon ombilicale, l'apparition précoce d'une encéphalopathie grave ou modérée chez un enfant dont l'âge gestationnel est > 34 semaines, et une manifestation de la CP dans sa forme quadriplégique spastique ou de type dyskinétique [44].

### **3.4.3 Les causes postnatales**

Elles sont surtout infectieuses : les séquelles d'encéphalites virales, les méningites bactériennes, la septicémie et d'autres maladies telles que le paludisme qui reste une des causes très importante de CP dans les pays en voie développement.

Mais on a aussi dans cette catégorie :

- les accidents vasculaires cérébraux surtout après les chirurgies de malformations congénitales
- les traumatismes cranio-cérébraux
- l'ictère néonatal

Il est important de rappeler que très souvent, la survenue de l'IMOC ne dépend pas uniquement d'une seule cause mais peut résulter de l'association de plusieurs facteurs.

## **4- TRAITEMENT**

Le traitement d'un enfant IMOC consiste en une prise en charge globale de l'individu, car nécessite une approche pluridisciplinaire. Les domaines de prise en charge spécialisés, souvent intriqués, concernent la neuropédiatrie, l'orthopédie, la rééducation fonctionnelle, la gastro-entérologie, la nutrition, la stomatologie, l'ophtalmologie, l'ORL, l'orthophonie, l'ergothérapie, la pédopsychiatrie. Le suivi de pédiatrie « générale » ne doit pas être occulté.

### **4.1 BUTS**

La prise en charge d'un enfant IMOC poursuit ainsi un triple but :

- lui assurer le confort maximal dont l'indolence, un bon état général et nutritionnel
- lui permettre une autonomie maximale correspondant à ses compétences réelles
- lui assurer l'intégration optimale socio-familiale, tout en veillant au mieux à ce que personne ne soit sacrifié
- surveiller et gérer les éventuelles complications

### **4.2 MOYENS ET INDICATIONS**

#### **4.2.1 Les médicaments**

L'objectif de la pharmacothérapie chez les patients atteints de paralysie cérébrale est de gérer les symptômes et prévenir les complications. ).

#### ❖ La toxine botulique de type A (BOTOX)

C'est le médicament de choix. Il permet de réduire de manière significative les contractions anormales et la spasticité. L'effet thérapeutique peut s'étendre sur 3-6 mois. Cette thérapie peut permettre d'améliorer les mouvements, de réduire les déformations, d'obtenir une meilleure réponse en ergothérapie et en physiothérapie, et permet de retarder la prise en charge chirurgicale de la spasticité [24, 83, 96, 100, 120] La dose recommandée est de 12 U / kg sans dépasser 400 U par visite (certains praticiens ont cependant utilisé 20 U / kg en toute sécurité sans dépasser 600 U). L'intervalle entre les doses doit être d'au moins 4 mois pour aider à prévenir la formation d'anticorps, ce qui pourrait rendre les prochaines injections de toxine botulique inefficace.

#### ❖ Les myorelaxants

-Le baclofène (Lioréal Gablofen)

C'est un analogue de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA) qui inhibe l'influx de calcium dans les terminaisons présynaptiques et inhibe la libération de neurotransmetteurs excitateurs. Il est principalement éliminé par le rein et est partiellement métabolisé par le foie. Il est plus utilisé dans la spasticité spinale que dans la spasticité cérébrale. Ses effets indésirables limitent son utilisation pour le système nerveux central d'autant plus qu'une dose efficace par voie orale est généralement impossible à obtenir. Mais il est disponible en pompe, implantée chirurgicalement permettant, une meilleure efficacité [44].

-le dantrolène (dantrium revonto)

Il inhibe la libération de calcium dans le réticulum sarcoplasmique. Cet agent peut affaiblir même les muscles non spastiques et n'est généralement utilisé que chez les patients présentant une hypertonie sévère.

#### ❖ Les benzodiazépines

Elles sont utilisées dans le traitement aigu des crises qui peuvent accompagner la paralysie cérébrale. En se liant à des récepteurs spécifiques, ces agents

semblent potentialiser les effets de l'acide gamma-aminobutyrique (GABA) et facilite la neurotransmission GABA et des autres transmetteurs inhibiteurs. Les benzodiazépines peuvent agir dans la moelle épinière pour induire la relaxation musculaire.

Exemple : Le diazépam (Valium, Diastat)

Le diazépam subit une rapide absorption gastro-intestinale, l'excrétion est rénale et le métabolisme est hépatique. Il est conseillé d'individualiser la posologie, et d'augmenter prudemment pour éviter les effets indésirables. Le diazépam peut aggraver les problèmes de déglutition. Il est généralement utilisé uniquement chez les patients dont l'hypertonie est sévère.

#### ❖ Les anticholinergiques

Le trihexyphenidyl (Artane) est un agent anticholinergique qui réduit l'incidence et la sévérité (de 20%) de l'akinésie, la rigidité, des tremblements et des symptômes secondaires tels que le bavage. Outre la suppression de l'activité cholinergique centrale, ces agents peuvent inhiber la recapture de la dopamine, ce qui permet de prolonger l'action de la dopamine. Les effets indésirables incluent la sécheresse buccale et oculaire, la difficulté de concentration, la confusion et la rétention urinaire (rare).

#### ❖ Les précurseurs de la dopamine

Exemple : Lévodopa / carbidopa (Sinemet, Sinemet CR, Parcopa)

Contrairement à la dopamine, la lévodopa passe par la barrière hémato-encéphalique. La L-dopa est décarboxylée en dopamine dans le cerveau et en périphérie. Lorsqu'il est administré seul, la lévodopa induit une forte incidence des nausées et des vomissements. Un inhibiteur de la décarboxylase périphérique, comme la carbidopa est combiné avec la lévodopa pour réduire l'incidence de nausées et de vomissements en inhibant la conversion périphérique de la lévodopa en dopamine.

Ces médicaments aident à réguler l'activité musculaire et la fonction motrice.

❖ Les anticonvulsivants

Les anticonvulsivants sont utilisés pour, mettre fin aux crises convulsives le plus rapidement possible, et, prévenir la récurrence des crises.

- Le lévétiracétam (Keppra)

Il est utilisé comme traitement d'appoint pour les crises partielles et les crises myocloniques. Cet agent est également indiqué pour les premières crises tonico-cloniques généralisées. Le mécanisme d'action du lévétiracétam n'est pas connu.

- L'oxcarbazépine (Trileptal)

Elle peut être utilisée en monothérapie ou en association à un autre traitement antiépileptique chez l'adulte et l'enfant à partir de 6 ans.

- L'acide valproïque (Dépakine)

Soit en monothérapie, soit en association à un autre traitement antiépileptique : traitement des épilepsies généralisées : crises cloniques, toniques, tonico-cloniques, absences, crises myocloniques, atoniques.

Traitement des épilepsies partielles : crises partielles avec ou sans généralisation secondaire.

- le phénobarbital (Gardéнал)

❖ Les alphas 2 adrénergiques

Ils sont utilisés pour leurs effets antispasmodiques.

- La tizanidine (Zanaflex)

La tizanidine est un myorelaxant à action centrale qui est métabolisée dans le foie et excrétée dans l'urine et les fèces

## 4.2.2 La chirurgie

Elle comporte plusieurs volets :

### ❖ Orthopédique

Elle permet de corriger les déformations structurelles. Elle intervient dans la prise en charge chirurgicale de la luxation de la hanche, de la scoliose, et de la spasticité (ténotomie, une procédure d'allongement du tendon). Les chirurgiens orthopédistes peuvent aussi administrer par voie intramusculaire la toxine botulinique de type A. En outre, la chirurgie reconstructive pour les membres supérieurs peut rétablir l'équilibre musculaire, libérer les contractures, et stabiliser les articulations pour améliorer, la position de la main dans l'espace, les fonctions de pincement, ainsi que les mouvements volontaires.

### ❖ Neurochirurgicale

Elle peut réaliser :

- l'insertion intrathécal de la pompe à baclofène

L'insertion intrathécal de la pompe à baclofène est utile pour traiter la spasticité et / ou la dystonie [45]. Elle est le plus utile pour aider à diminuer la spasticité des membres inférieurs et du tronc, mais elle peut aussi réduire spasticité des membres supérieurs et améliorer la parole. La dose peut être ajustée par le médecin à l'aide d'un programmeur externe de poche, avec différentes doses administrées pendant la journée et en soirée, selon les besoins du patient. Les recharges sont mensuelles et effectuées par le médecin traitant.

- une rhizotomie ou une radiculotomie (section des racines de la moelle épinière) dorsale sélective

C'est un traitement neurochirurgical bénéfique à la fois à court [108] et à long terme [79], pour traiter les spasticités d'évolution rapide.

Cette chirurgie est de moins en moins réalisée depuis l'avènement de la pompe à baclofène.

- une chirurgie stéréotaxique des ganglions de la base ; Bien que les données soient limitées pour cette méthode, la chirurgie stéréotaxique des ganglions de la base peut améliorer la rigidité, la choréoathétose, et les tremblements.

#### ❖ Gastro-entérologique

Il s'agit le plus souvent d'une gastrostomie d'alimentation en raison de sévères troubles de la déglutition.

### **4.2.3 La kinésithérapie**

Le kinésithérapeute va évaluer les capacités réelles de l'enfant et va mettre en œuvre des techniques qui permettront au patient de se réadapter à son environnement et d'acquérir une certaine autonomie. Il est une pièce maîtresse de la prise en charge de l'enfant IMOC.

L'introduction précoce d'une mobilité autonome est important chez les enfants atteints de paralysie cérébrale, car la capacité d'explorer seul l'environnement a été démontrée pour améliorer l'estime de soi [60]. Tout enfant ayant la capacité et / ou le désir de se déplacer doivent avoir la possibilité de le faire. Concernant l'objectif de marche, le traitement ne peut se concevoir sans un projet thérapeutique à long terme envisagé avec la famille. Dans tous les cas la kinésithérapie et l'appareillage sont indispensables tout au long de la croissance.

Pour atteindre ses objectifs le kinésithérapeute se sert d'exercices d'étirement, de massages, et d'orthèses (sièges, fauteuils roulants manuels ou électriques, moulages, contentions, attelles, les déambulateurs).

### **4.2.4 La physiothérapie**

La physiothérapie dans la prise en charge de l'IMOC vise à améliorer la relation soignant-enfant, parent-enfant et enfant-environnement. Cela permet de renforcer le soutien familial de l'enfant, et de promouvoir le développement et l'habileté motrice de l'enfant. Pour ce, il faut une formation adéquate du personnel soignant des parents, concernant les activités et les exercices qui pourront aider l'enfant à atteindre le maximum de son potentiel et à améliorer

ses fonctions [59, 61]. Solliciter la collaboration des parents ne signifie pas d'en faire les thérapeutes de leur enfant.

Un certain nombre de mouvements sont à réaliser journalièrement pour prévenir ou retarder les contractures (qui sont secondaires à la spasticité) et maintenir la mobilité des articulations et des tissus mous. On peut avoir :

- les exercices d'étirements (améliore l'amplitude des mouvements)
- les exercices d'endurance (augmentent la force musculaire)
- l'hippothérapie (équitation thérapeutique) pour aider à améliorer le tonus de l'enfant, ROM, la force, la coordination et l'équilibre. Elle offre de nombreux avantages potentiels cognitifs, physiques et émotionnels.
- la thérapie aquatique qui peut aussi être bénéfique pour le renforcement musculaire
- la stimulation électrique
- les vibrations induites au niveau des tendons permettant de réduire brièvement la spasticité.

L'utilisation appropriée à l'âge de jouets d'adaptation et de jeux basés sur les exercices souhaités, est importante pour obtenir la pleine coopération de l'enfant. L'apprentissage du contrôle postural et moteur est importante et doit suivre la séquence de développement des enfants normaux (ie le contrôle de la tête et du cou avant le contrôle du tronc).

L'âge de développement de l'enfant doit toujours être gardé à l'esprit, et les équipements adaptés doivent être utilisés au besoin pour aider l'enfant à atteindre ses objectifs.

#### **4.2.5 L'orthophonie**

L'orthophonie aide à améliorer la déglutition et la communication. Certains enfants bénéficient de dispositifs de suppléance à la communication s'ils ont un certain contrôle moteur et les compétences cognitives adéquates.

Les patients atteints de l'IMOC dans sa forme athétosique peuvent bénéficier le plus de l'orthophonie, parce que la plupart d'entre eux ont une intelligence normale, et la communication est un obstacle qui est secondaire à l'effet de l'athétose sur la parole.

#### **4.2.6 L'ergothérapie**

L'ergothérapie pour les enfants atteints de paralysie cérébrale est centré sur les activités de la vie quotidienne, comme se nourrir, s'habiller, faire sa toilette. L'objectif, est d'amener l'enfant à fonctionner de façon aussi autonome que possible, avec ou sans utilisation d'équipement adapté. L'ergothérapeute peut aussi l'aider dans ses apprentissages scolaires

#### **4.2.7 La pédopsychiatrie**

Il est le coordonateur des activités de l'orthophoniste et de l'ergothérapeute. Il n'intervient pas de manière pratique. Il s'intéresse au vécu de l'enfant malade (hopital, famille, société), permet de relever et de trouver une solution aux insuffisances dans la prise en charge psychiatrique de l'enfant.

#### **4.2.8 Thérapie de loisirs**

L'incorporation de jeux dans toutes les thérapies d'un enfant est importante. L'enfant atteint d'IMOC devrait percevoir ses séances de physiothérapie et d'ergothérapie comme un loisir, et non comme un travail. Les soignants doivent chercher des manières amusantes et créatives pour stimuler les enfants, en particulier ceux qui ont une capacité réduite à explorer leur propre environnement.

#### **4.2.9 Les autres consultations**

Comme mentionné précédemment, une approche multidisciplinaire est nécessaire dans la gestion des patients atteints de paralysie cérébrale. Ainsi le

patient devra être pris en charge par plusieurs spécialistes surtout quand surviennent les complications.

❖ Le neurologue

Il est indispensable dans la prise en charge d'un enfant IMOC. C'est lui qui se charge du traitement des crises épileptiques et le plus souvent de l'orientation du patient vers les autres spécialités.

❖ Le généticien

Un spécialiste en génétique peut aider au diagnostic différentiel et exclure d'autres affections. Par exemple, un généticien doit être consulté afin d'évaluer la présence ou non d'un syndrome génétique sous-jacent, en particulier dans le cadre d'une dysmorphie, des anomalies d'organes multiples, ou des antécédents familiaux d'un syndrome neurologique similaire.

❖ Le gastro-entérologue et le nutritionniste

Le gastro-entérologue, et le nutritionniste, doivent s'assurer de la bonne alimentation de l'enfant, en évaluant périodiquement l'état nutritionnel, et guetter les complications comme la dysphagie, le reflux gastro-oesophagien, et la constipation.

Une consultation périodique d'un nutritionniste est importante afin de s'assurer que l'enfant ne souffre pas de retard de croissance ou de carences nutritionnelles.

❖ Le pneumologue

Un pneumologue doit être consulté pour le traitement d'une éventuelle maladie pulmonaire chronique due à la dysplasie broncho-pulmonaire et à l'inhalation fréquente ou récurrente.

### ❖ Autres spécialistes

La consultation d'un ophtalmologue peut être indiquée pour le suivi des patients ayant des déficits visuels, un otorhino-laryngologue peut aider à dépister déficits auditifs. En outre, des visites régulières chez le dentiste ou le stomatologue sont importantes pour hygiène buccale et la prise en charge des caries. Un endocrinologue est parfois nécessaire, pour gérer les troubles au cours de la puberté ou pour de traitement de l'ostéoporose. Un psychologue pour l'accompagner à faire face à sa différence. La prise en charge d'un enfant IMOC n'a pas de règles fixes, mais de grandes lignes de conduite. Il revient au médecin traitant et à l'équipe pluridisciplinaire de savoir agir tout en tenant compte de l'enfant et de ses besoins dans toute sa globalité [109].

Ce n'est pas une maladie que l'on traite mais un enfant avec son histoire personnelle et familiale, et qui va garder des séquelles à long terme. Il ne faut pas se fier aux apparences physiques et savoir dégager les éléments positifs sur lesquels vont s'appuyer la rééducation [109].

Cet abord diagnostique et thérapeutique est donc multidisciplinaire, le Neuropédiatre n'en étant qu'un partenaire mais souvent le coordonateur.