



Fiche AVC de l'enfant :
Diagnostic et suivi d'un infarctus artériel cérébral néonatal
Centre national de référence de l'AVC de l'enfant, Commission
Neurovasculaire de la SFNP

1. Critères diagnostiques d'un infarctus artériel cérébral néonatal

- Infarctus cérébral (lésion ischémique de territoire artériel) récent
- Symptomatique, généralement par des crises d'épilepsie avant 28 jours de vie ou dont la temporalité peripartum est affirmée par une ischémie aiguë (restriction de diffusion en IRM)

Confirmation du diagnostic

- L'examen diagnostique et pronostique est l'IRM/ARM sans sédation ni injection de contraste comprenant les séquences de diffusion, de susceptibilité au sang (T2* ou SWI ou SWAN), T1 et T2 TSE + étude du polygone de Willis et des artères cervicales
- L'échographie transfontanellaire est utile au lit du bébé, pour éliminer d'autres pathologies nécessitant une prise en charge urgente : hémorragie, hydrocéphalie...
- Le scanner cérébral, peu sensible et irradiant, n'a pas d'indication

2. Bilan et prise en charge à la phase aiguë

- Hors contexte particulier (histoire thrombotique familiale patente, accidents récidivants...), la recherche d'un facteur biologique de thrombose n'est pas recommandée. S'il est réalisé, il est à faire chez l'enfant et chez la mère, plutôt à distance de l'accouchement (6 mois) du fait des difficultés d'interprétation chez le jeune enfant ou en post-partum
- L'échocardiographie n'est pas systématique chez un enfant ayant eu le suivi fœtal habituel et avec un examen clinique cardiaque normal. L'analyse du LCR n'est pas systématique.
- Hors source embolique pérenne identifiée (cardiopathie par exemple), un traitement antithrombotique n'est pas recommandé.
- Un traitement antiépileptique au long cours n'est pas systématique. Si un traitement initial des crises est instauré (Phénobarbital le plus souvent), l'objectif est le sevrage avant le retour au domicile.

3. Facteurs pronostiques

La localisation de l'infarctus sur la voie motrice principale ou des signes indirects d'atteinte de celle-ci (dégénérescence préwallérienne du faisceau corticospinal du côté de l'infarctus) sont prédictifs d'une hémiplégie infantile. Ces signes sont au mieux visibles sur une IRM réalisée entre J2 et J5 après les premiers symptômes.

4. *Suivi au long cours*

- Du fait du risque épileptique de sémiologie parfois difficile à reconnaître, les parents doivent être éduqués à la reconnaissance des spasmes épileptiques. EEG de sommeil à prévoir en cas d'aggravation cognitive ou comportementale.

- Il n'y a pas de preuve qu'une rééducation avant l'apparition d'un déficit spécifique (moteur, langagier...) soit bénéfique. Le centre recommande un suivi régulier par un médecin spécialisé dans la surveillance des enfants vulnérables. À titre indicatif, les dates de visites peuvent être 3 mois, 9 mois, 18 mois, 3 ans, entrée au cours préparatoire... En cas de déficit avéré, une prise en charge MPR pédiatrique multidisciplinaire est recommandée.

- Une IRM à distance permet un bilan des lésions séquellaires. On peut la proposer en fin de myélinisation (3 ans) dans les centres qui la réalisent sans anesthésie générale. Dans les centres qui réalisent les IRM sous anesthésie générale – le plus souvent après 6 mois –, le contrôle peut se faire juste avant cet âge. L'évolution est guidée par de multiples autres déterminants que la lésion et l'imagerie n'est qu'indicative.

Références :

Cette fiche s'appuie sur les travaux du Comité de rédaction des recommandations du Centre national de référence de l'AVC de l'enfant et de la Société française de néonatalogie.

Textes argumentés disponibles dans le numéro spécial d'*Arch Pediatr* 2017 daté de 09/2017 et résumés par Debillon T et al. *Dev Med Child Neurol* 2017.