

9. Wu Y.W., et al. *Declining diagnosis of birth asphyxia in California: 1991-2000*. Pediatrics 2004; 114:1584.
10. Wu Y.W., et al. *Intraventricular hemorrhage in term neonates caused by sinovenous thrombosis*. Ann Neurol 2003; 54:123.
11. Wu Y.W., et al. *Chorioamnionitis and cerebral palsy in term and near-term infants*. JAMA 2003; 290:2677.
12. Cowan F., et al., *Origin and timing of brain lesions in term infants with neonatal encephalopathy*. Lancet 2003; 361:736.
13. Lieberman E., et al., *Intrapartum maternal fever and neonatal outcome*. Pediatrics 2000; 105.
14. Redline R.W., *Severe fetal placental vascular lesions in term infants with neurologic impairment*. Am J Obstet Gynecol 2005; 192:452.
15. Fișer P., et al., *Medicina complementară în Europa // Terramedica*, Nr.2(3), 1996, p. 27-32.
16. Popescu V. et al., *Paraliziile cerebrale // Pediatria*, Nr.1, 1996, p.49-67.
17. Popescu V., *Neurologie Pediatrică*. 2002, V 1, p.
18. Samsonava T., et al. *Динамика продукции нейротрофических факторов у детей в раннем восстановительном периоде перинатальных гипоксических поражений головного мозга. / Ярославль, 2006*.
19. Volpe J., *Perinatal hypoxic-ischemic brain injury: overview*. In: Fukuyama I, Suzuki I, Kamoshita S, Casaer P (eds): *Fetal and Perinatal Neurology*, pp. 232-252, Karger, Basel, 1992.

UNELE PARTICULARITĂȚI DE DIAGNOSTIC ALE PARALIZIEI CEREBRALE LA COPII

Svetlana Hadjiu¹, Ion Iliciuc¹, Tamara Olaru², Maria Mârzac²,
Melania Răilean³, Ludmila Martalog³
Cursul Neuropediatrie¹, IMSP ICȘDOSMșiC², IMSP SCM¹ 3

Summary

Some diagnostic peculiarity of cerebral palsy of children

This article describes the acquisitions of precocious diagnostic and possibilities to prevent Cerebral Palsy of children.

Rezumat

În lucrare se descriu unele achiziții de diagnostic precoce și posibilitățile de prevenire a paraliziei cerebrale la copii.

Diagnosticul bolnavilor cu paralizie cerebrală (PC) printre sugari este deficil [6, 7].

Examenul neurologic al copilului este unul din cele mai complexe examene obiective, care este capabil să furnizeze informații ample și precise privind topografia leziunii, implicațiile acestei leziuni în integrarea funcțională a sistemului nervos (SN), permite de a interpreta corect diagnosticul. Pentru a efectua un examen neurologic corect va fi necesar de a înțelege particularitățile de dezvoltare morfofuncțională ale sistemului nervos al copilului [1, 4, 7].

Este dificil de diagnosticat PC la etapele precoce de dezvoltare, din aceste motive medicii pediatri trebuie să aibă cunoștințe aprofundate în domeniu, pentru aprecierea la timp a acestei dezabilități.

Scopul studiului

Evaluarea achizițiilor de diagnostic ale PC la copii.

Materiale și metode

Studiul a cuprins 187 de copii cu patologii perinatale cu vârsta între 1 și 12 luni. 30 de copii sănătoși au constituit lotul de comparație. Precizările anamnestice la bolnavii studiați au

urmărit stabilirea existenței unor eventuale antecedente perinatale, manifestări neurologice de afectare ale SNC. Toate datele au fost înregistrate în anchete speciale, întocmite pentru copiii de diferite vârste. S-a elaborat un srining pentru aprecierea unor reflexe: reflexul rădăcinii palmei, reflexul de extensie al membrilor superioare, reflexul călcâiului, reflexul de susținere verticală, reflexul de extensie suprapubian, reflexul de extensie încrucișată, reflexul Galant, reflexul de prehensiune a mâinii, reflexul de agățare plantar. Au fost evaluate achizițiile motorii ale copilului folosind șase abilități motorii. S-a efectuat examenul fizic, care a evidențiat anomalii ale statusului neurologic. Simptomele neurologice de diferit grad de afectare erau prezente la toți copiii: hiperexcitabilitate sau inhibiție neuroreflectoră, neliniște, somn cu întreruperi, anomalii ale tonusului muscular, marcate prin spasticitate, creșterea reflexelor osteotendinoase, prezența simptomatologiei oculare (strabism convergent, nistagmus). Datele au fost confirmate prin examene paraclinice: oftalmoscopie, NSG, EEG, TC.

Rezultate

Ce-i Paralizia Cerebrală? Contrar opiniei comune: PC nu cauzează întotdeauna handicap profund [1, 7]. În timp ce un copil cu PC severă, cu deficit motor important, nu poate merge și are nevoie de îngrijire pe viață (conform studiului – 39.5%); altul, cu PC ușoară (conform studiului – 61.5%), poate fi puțin neândemânatic și nu are nevoie de asistență.

De ce apare PC? Conform studiului nostru au fost investigați 187 copii cu Patologie Perinatală (diverse cauze):

- Mulți prematuri (59%) și copii vulnerabili (37%) supraviețuiesc în pofida îmbunătățirii îngrijirii intensive.
- Mulți din acești copii au probleme evolutive în dezvoltarea SN sau suferă probleme neurologice (87%).

Care sunt formele de PC? Diplegia spastică, descrisă pentru prima dată de către Dr. Little în 1860 este una din formele PC.

În prezent doctorii clasifică PC în 4 forme – după tipurile de dereglări de mișcări (conform studiului): spastică (74%), atetoidă (8%), ataxică (7%), mixtă (11%).

Sunt și alte dereglări medicale care sunt asociate PC (conform studiului)?

Retardul mental. Aproximativ 1/3 din copiii care au PC sunt ușor detereorați intelectual, 1/3 sunt moderat sau sever detereorați, 1/3 rămâne normal intelectual. *Retardul mental* se diagnostică chiar mai comun printre copiii cu tetraplegia spastică (97%, conform studiului).

Sunt comune convulsiile și epilepsia PC? Potrivit studiului 1/2 din toți copiii cu PC au convulsii. Persoanele cu PC și epilepsie au modificări deseminat prin tot creierul, care cauzează diferite simptome: convulsii tonico-clonice (49%), convulsii parțiale simple (16%), convulsii parțiale complexe (35%).

Colectarea anamneșticului este o etapă deosebit de valoroasă și importantă pentru aprecierea maturității sistemului nervos al copilului cu PC. Examenul neurologic este foarte dificil din cauza multitudinii aspectelor care au semnificație în stabilirea diagnosticului, și derularea lor în timp. Uneori simptomatologia neurologică obiectivă la această vârstă poate fi minoră, ceea ce nu exclude însă unele anomalii motorii sau psihomotorii relevate doar în anamneză.

Antecedentele personale sunt valoroase. Cauze din partea mamei au fost stabilite (35%); folosirea drogurilor în timpul sarcinii (38%); disgravidia precoce (15%); evoluția patologică a sarcinii (69%); bolile mamei (27%); are importanță tipul de prezentare în momentul nașterii (prezentare pelviană-49%); termenul la care sa produs nașterea (prematuritate-73%); apariția primei respirații, scorul APGAR; caracteristicile antropometrice: greutatea ponderală la naștere și perimetrul cranian; realizarea achizițiilor de dezvoltare neuropsihică la diferite etape de vârstă (când a început să țină capul, să șeadă, să meargă, să rostească primele silabe, primele cuvinte). Dacă zâmbește, “ce-l face pe copil să zâmbească sau să râdă?”, este o întrebare substanțială, deoarece un copil fără răspuns pozitiv la asemenea stimulări, poate avea probleme severe de întârziere în dezvoltarea neuro-psihică, deficit sensorial etc.

Care sunt cauzele Paraliziei Cerebrale? PC se consideră o boală produsă de mai multe cauze. Un studiu din SUA a stipulat că aproape 10-20 % de copii cu PC au avut dereglări după

naștere, așa ca: meningita bacterială sau encefalita virală, sau obținută din injuria cerebrală. PC congenitală, pe de altă parte, este prezentă de la naștere, deși ea poate să nu fie detectată cu lunile. Câteva din cauzele PC congenitale (conform studiului nostru) include: infecțiile din timpul gravidității (33%), icterul copilului (12%), Rh incompatibilitatea (2%), insuficiență de oxigen sau trauma cerebrală din timpul travaliului (19%), insulturile cerebrale (34%).

Care sunt factorii de risc în apariția PC? Prezentare patologică: copiii cu PC se nasc mai frecvent cu prezentare pelviană sau cu picioarele (26%). Travaliul patologic. Problemele vasculare sau respiratorii din timpul nașterii pot câteodată s-ă fie primele semne semnificative prezente la copilul care a suferit o leziune cerebrală sau că creierul copilului nu este dezvoltat normal. Astfel de complicații pot cauza dereglări cerebrale permanente (23%).

Care sunt factorii de risc în apariția PC?

- Scorul Apgar scăzut scăzut timp de primele 10-20 de minute după naștere permite de a considera acest fapt semn important de probleme neurologice potențiale (8%).
- Greutate mică la naștere și naștere prematură. Riscul apariției PC este înalt printre copii care cântăresc sub 2500 grame la naștere și printre copiii care sunt născuți înainte de 37 săptămâni de graviditate. Riscul crește când greutatea ponderală scade (73%).
- Nașterile multiple (8%).
- Malformațiile sistemului nervos (microcefalia). Dezvoltarea patologică intrauterină a SN pune probleme severe de digenezii cerebrale (5%), care constituie o cauză de PC.
- Hemoragia maternă sau proteinuria tardivă în graviditate (7%).
- Hipertiroidismul matern, retardul mental, sau convulsiile (10%).
- Convulsiile nou-născutului. Copilul care face convulsii prezintă risc înalt de a fi diagnosticat mai târziu (24%) cu PC.

Poate fi prevenită PC? Cauzele severe de PC care au fost identificate prin cercetări pot fi prevenite și tratate!

A fost evaluat un screening efectiv de diagnostic al PC (9 parametri).

- reflexul rădăcinii palmei (se inhibă la 40 săptămâni de gestație) – sa menținut la 23% din copii după vârsta de 1 lună;
- reflexul de extensie al membrelor superioare (se inhibă după naștere) – sa menținut la 22% din copiii cu patologie perinatală după vârsta de 1 lună;
- reflexul călcâiului (se inhibă la 1 lună, dispare la 3 luni) – sa menținut la 19% copii după 4 luni;
- reflexul de susținere verticală (se inhibă la 3 luni) – la 24% după 4 luni;
- reflexul de extensie suprapubian (dispare la 3 luni) – la 22% copii la 5-6 luni;
- reflexul de extensie încrucișată (dispare la 3 luni) – la 18% copii după 5 luni;
- reflexul Galant (dispare la 4 luni) – la 19% copii după 5 luni (denotă o suferință extrapiramidală);
- reflexul de prehensiune a mâinii (dispare la 5-6 luni) – la 25% copii la 8 luni;
- reflexul de agățare plantar (dispare la 10-12 luni) – la 21% copii a fost scăzut la 7 luni (spasticitate), 12% persistent (diskinezie).

Prezența reflexelor patologice la copiii cu vârsta 4-6 luni creștea riscul de PC la acești copii. La copiii sănătoși, reflexele cele mai dezvoltate se refereau la posturale și dispareau când copilul era între vârsta de 3 și 6 luni. Aceste reflexe au fost integrate la copiii cu PC. Astfel, întârzierea, lipsa, sau exagerarea dezvoltării reflexului a notat prezența unei dezabilități motorii precoce.

Un alt screening efectiv de diagnostic al PC: folosind abilitățile motorii, șase abilități motorii:

1. Rotirea de pe burtă pe spate (a fost întârziată la 36% copii);
2. Rotirea de pe spate pe burtă (a fost întârziată la 39% copii);
3. Șezutul cu suport (a fost întârziat la 40% copii);
4. Șezutul fără suport (a fost întârziat la 43%);
5. Târâtul (a fost întârziat la 42% copii);

6. Mersul (a fost întârziat la 47%).

Gradul de maturizare al sistemului nervos central se poate stabili prin urmărirea dezvoltării psihomotorii a copilului în perioada 0-3 ani, adică în perioada, când se termină maturizarea anatomică a SNC. Aprecierea gradului de maturizare al sistemului nervos este o etapă obligatorie a examenului neurologic la vârsta copilăriei. Este important să ținem minte că la sugar, simptomele neurologice pot să lipsească sau pot fi foarte slab exprimate. În acest caz suferința neurologică se va manifesta doar prin neachiziționarea performanțelor caracteristice vârstei. Întârzierea în dezvoltarea psihomotorie se va manifesta mai târziu, datorită procesului de mielinizare, care la sugar și copilul mic este foarte accelerat. Vor apare simptomele neurologice, ca expresie a suferinței sistemului nervos. Semnele de afectare neurologică vor apare cu atât mai precoce cu cât leziunea va fi mai gravă. Un decalaj de peste 2 luni obligă la investigații neurologice și psihologice pentru detectarea bolilor sistemului nervos central sau periferic. Nivelul de maturizare al sistemului nervos se poate stabili prin urmărirea dezvoltării neuropsihomotorii a copilului.

Conform studiului: dintre 52 (31%) copii cu deficit motor la primul an de viață: 30 copii (57,7%) au realizat encefalopatie reziduală, 21 copii (40,3%) au realizat PC (1/3 cu deficit motor important). 1/3 din PC au fost diagnosticate primar doar către vârsta de 1 an, ce constituie o eroare diagnostică importantă.

Poate fi prevenită PC? Au fost evaluați secvențial timp de cel puțin 18 luni 187 de copii născuți la 33-38 săptămâni de gestație cu patologie perinatală. 21 de copii (11,22%), din cei care au prezentat anterior patologia reflexelor, au dezvoltat PC. Scrinul succesiv al acestor abilități a prezis dezvoltarea PC mai bine decât oricare alte achiziții, apreciate individual. Întârzierile în mai mult de 4 abilități au fost, în special, îngrijorătoare.

Neuroimagingistica. Rezonanța Magnetică Nucleară (MRI) a creierului poate identifica o leziune în majoritatea cazurilor de PC și poate furniza informații despre timpul insultului. Într-un reviu sistematic al parametrilor practici de la Academia de Neurologie și Societatea Neurologie Pediatrică, anormalitățile MRI au fost înregistrate la 89% de copii cu PC (între 68 și 100%). Rezultatul MRI a depins de tipul PC (mixtă > tetraplegică > hemiplegică > diplegică > ataxică > diskinetică > hipotonică) și timpul nașterii; scanările au fost anormale la 99% de copii născuți prematur, 92% copii născuți la termen, și 79% copii mai mari de 1 lună. MRI, în asociere cu istoricul bolii, a permis aprecierea timpului instalării leziunii (prenatal, peri-, sau postnatal).

Examenul electroencefalografic (EEG). Studiul a cuprins 165 pacienți cu vârsta între 2 săptămâni și 6 luni cu suferința hipoxic-ischemică care au dezvoltat accese epileptice. EEG a fost efectuat până și după acces. 67 de copii cu aceeași patologie, fără accese epileptice, au constituit lotul de comparație. Este știut că, tipurile de EEG în suferința hipoxic-ischemică se grupează în trasee normale cu o slabă reactivitate (65%), trasee ce apar intermitent cu patternuri de tip supresion-burst (16%), trasee inactive (4%), descărcări focale periodice au fost înregistrate la 5%. Trasee cu activitate delta intermitentă au fost diagnosticate la 10% din copii. Valoarea prognostică a EEG este maximă în primele zile de viață, persistența anomaliilor EEG peste 2 săptămâni, la copii care au prezentat asfixie la naștere, reprezintă un indicator de prognostic negativ pentru o evoluție neurologică nefavorabilă în toate cazurile.

Diagnosticul la timp al PC impune un management postural incontinuu de la 1-3 luni, corecție psihoverbală și adaptare socială.

Discuții

Conform definiției, PC este o dereglare non progresivă care apare peste timp, în care decade varietatea paternurilor de mișcare, se alterează efectele de tonus muscular, tendoane, articulații și os, creșterea, gravitația [1, 7].

Distrugerea anumitor zone la diferite nivele ale SN în perioada imatură, numite zone nefuncționale (care sunt mute din punct de vedere clinic), vor deveni manifeste doar în momentul în care aria respectivă ar trebui să-și preia funcția, deci să se maturizeze. Aceasta explică, de exemplu, aspectul pseudoprogresiv al tablourilor clinice în paralizile cerebrale, care

devin complet conturate abia în jurul vârstei de 4 ani. La maturizarea deplină a structurilor SNC apar evidente toate deficiențele posibile într-o paralizie cerebrală [2, 3, 5].

Examenul neurologic al copilului are următoarele etape:

- aprecierea gradului de maturizare a activității sistemului nervos;
- decelarea unor simptome neurologice care vor permite localizarea procesului patologic, stabilirea diagnosticului topografic, a diagnosticului etiologic și încadrarea într-o anumită entitate nozologică, pentru precizarea diagnosticului de boală.

Aprecierea gradului de maturizare a SN, se va face prin următoarele examinări (este o exigență specifică vârstei de copilărie fragedă):

- aprecierea gradului de dezvoltare a performanțelor motorii;
- aprecierea dezvoltării analizatorilor, cu urmărirea capacității de discriminare vizuală, auditivă, gustativă, olfactivă;
- aprecierea gradului de dezvoltare a sensibilității superficiale și profunde;
- aprecierea nivelului de dezvoltare al limbajului comprehensiv și expresiv, precum și a gestului grafic;
- aprecierea gradului de dezvoltare psihică, secvențială pe diferite componente ale acesteia; la necesitate, aplicarea unor scale de dezvoltare neuropsihică, care ar putea fi utilă;
- aprecierea capacităților antropometrice, cu concentrarea pe examinarea perimetrului cranian și a formei extremității cefalice; evaluarea caracteristicilor antropometrice ale întregului corp;
- aprecierea corectă a maturizării activității bioelectrice cerebrale prin studiul EEG [7].

Analizând aceste performanțe vom aprecia nivelul de maturizare al SN și vom realiza diagnosticul neurologic cât mai aproape de realitate. Aprecierea nivelului de dezvoltare al unor anumite comportamente este deosebit de valoroasă, deoarece permite direcționarea diagnostică corectă și realizarea planului de tratament.

Studiul performanțelor neuropsihice care au precedat boala sunt de mare valoare diagnostică. De obicei bolile neurologice progresive sunt precedate de o perioadă normală de dezvoltare somato-neuro-psihică normală. Stoparea dezvoltării, asociată cu pierderea achizițiilor neuro-psihice anterioare este deosebit de sugestivă pentru o această boală. Se cere ca copilul să fie evaluat în dinamică. Se vor urmări parametrii de dezvoltare a achizițiilor motore, a limbajului, a comportamentului social-adaptiv. Se recomandă de filmat copilul, pentru a putea dinamiza dezvoltarea copilului. Nu putem uita de fișa medicală a copilului care ne va oferi informație completă despre starea de sănătate a copilului până la boala curentă.

Colectarea anamnezei este o etapă deosebit de valoroasă și importantă în aprecierea maturității neurologice a copilului și a diagnosticului PC. Examenul neurologic este foarte dificil din cauza multitudinii aspectelor care au semnificație în stabilirea diagnosticului de PC și derularea lor în timp. Culegerea corectă a informațiilor cu semnificație la caz, reclamă multă experiență și o viziune de ansamblu foarte largă asupra patologiei perinatale și dezvoltarea ulterioară a PC [7].

Dimensiunea anamnezei, detaliile necesare, durata anamnezei sunt corelate cu boala copilului, pentru a obține acuratețe și claritate la caz. Examenatorul trebuie să demonstreze mult tact și discreție în PC. Abordarea unor subiecte sensibile este bine să fie făcută atunci când sunt intervievați numai părinții. Uneori simptomatologia neurologică obiectivă la această vârstă poate fi minoră, ceea ce nu exclude însă unele anomalii motorii sau psihomotorii relevate doar în anamneză.

În acest capitol vom determina: când și cum s-a început boala, în ce împrejurimi? boala progresează, regresează sau staționează?

O însemnătate deosebită în culegerea anamnezei o are experiența medicului, răbdarea și consecutivitatea lui, cunoștințele adânci teoretice și practice din domeniul neuropediatriei. Evoluția sarcinii: toxicoza gravidei, iminența de avort, bolile acute din timpul sarcinii, perceperea mișcărilor fetale, administrarea medicației gravidei. Prezența contracțiilor uterine, dacă nașterea s-a produs la termen, tipul de prezentație, dacă nou-născutul a țipat imediat, cu

întârziere, ori după un ajutor medical, caracterul țipătului: tare, slab sau răgușit; apariția primei respirații, scorul APGAR, greutatea la naștere și perimetrul craniului, dacă a fost un sugar liniștit, iritabil sau apatic, la a câta zi a luat pieptul mamei, cum sugea, activ, sau se îneca, nu tușea, nu se învinețea, alimentația în primul an de viață, vaccinările efectuate, modul de dezvoltare neuropsihică (când a început să țină capul, să șadă, să meargă, primele silabe, primele cuvinte). Depistarea bolilor, nu a suferit convulsii, ce au precedat afecțiunea neurologică și tratamentele efectuate. Astfel, colectând anamnezicul ne răspundem la întrebarea ce caracter poartă procesul patologic: perinatal-congenital, infecțios, traumatic, toxic, metabolic, vascular.

Examenul este indicat să se efectueze la 2 ore post prandial, în stare de liniște sau veghe calmă. La copilul care plânge, este agitat, are intensificate mișcărilor spontane, informația semiologică se va suplimenta. Este necesar de a repeta examinarea, pentru a confirma deficitalele sesizate și cu scop de a le monitoriza.

Reflexele tranzitorii sunt numite încă și reflexe de dezvoltare, deoarece sunt expresia nivelului de dezvoltare morfo-funcțională a sistemului nervos. Aceste reflexe sunt formate din o serie de reacții complexe, stereotipe, caracteristice pentru anumite perioade de dezvoltare, care se întâlnesc numai la anumite vârste, fiind deci limitate în timp. Acestea sunt niște reflexe necondiționate și sunt expresia dependenței de structurile subcorticale. Dispariția unor reflexe și apariția altora este un fenomen de maturare, ce are ca substrat corticalizarea activității sistemului nervos central. Reflexele tranzitorii permit să apreciem nivelul de maturare al sistemului nervos central și uneori pot avea valoare localizatoare a deficitului motor, respectiv al leziunii [3, 4, 7].

Aceste reflexe au semnificație patologică în următoarele condiții:

- absența reflexului la vârsta la care acesta ar trebui să fie prezent;
- persistența reflexului după vârsta la care în mod normal ar trebui să dispară;
- răspunsul reflex asimetric;
- răspunsul exagerat la orice vârstă.

Dacă va fi perturbat un singur reflex aceasta încă nu indică o suferință neurologică semnificativă. În practica pediatrică și neuropediatrică cele mai semnificative reflexe sunt reflexele cutanate:

- reflexul de prehensiune a mâinii (reflexul grasping palmar), dispare după luna 5-6, paralel cu dezvoltarea funcției de prehensiune și sprijin voluntar. Dacă în trimestrul II reflexul este slăbit sau lipsește, vom nota un răspuns patologic, care va avea semnificație de tulburare diskinetică. Evoluție spre spasticitate va fi atunci când reflexul va fi intens pozitiv în trimestrul II și mai târziu.
- reflexul de agățare plantar (reflexul grasping plantar), va dispare în luna a 10-12, la sfârșitul trimestrului IV, odată cu dezvoltarea sprijinului pe membrele inferioare. Se va considera patologic, diminuarea reflexului sau absența lui în trimestrul II-III și mai târziu, având semnificație de evoluție spre spasticitate. Dar răspunsul reflex foarte intens în trimestrul II-III, precum și persistența lui după vârsta în care trebuie să dispară, va avea semnificație de evoluție spre diskinezie.
- reflexul Galant: Reflexul se va declanșa normal până la vârsta de 4 luni. Atunci când reflexul nu se declanșează avem un răspuns patologic. Dacă reflexul va persista peste vârsta de 4 luni este o stare patologică cu semnificație de suferință extrapiramidală [1, 5, 6, 7].

Și reflexele de extensie:

- reflexul de extensie suprapubian, reflexul este prezent până la sfârșitul lunii a 3-a, dar din a doua jumătate a acestei perioade există doar tendință spre contracție tonică. Persistența reflexului după vârsta de 3 luni va avea semnificație de spasticitate.
- reflexul de extensie încrucișată, acest reflex va dispare după vârsta de 3 luni și este mai abolit în a doua jumătate a anului. Când este o reacție exagerată sau reflexul se menține peste vârsta când el trebuie să fie inhibat, este semnificație pentru spasticitate.
- reflexul rădăcinii palmei: reflexul se inhibă la vârsta sarcinii de 40 săptămâni, deci nu trebuie să fie prezent la nou-născutul la termen. Persistența reflexului după naștere semnifică suferința tractului cortico-spinal.

- reflexul călcâiului, acest reflex este intens la o lună, apoi scade progresiv, dispărând complet la 3 luni. Dacă reflexul se menține peste această vârstă va fi un indice pentru spasticitate.
- reflexul de susținere verticală, reflexul este normal între vârsta de 0-4 săptămâni. Este patologic de la naștere dacă nu se poate declanșa mersul automatic, blocat de extensia membrilor inferioare, care se poate manifesta foarte puternic și este patologic după vârsta de 3 luni. Sprijinul pe membrele inferioare va declanșa o contracție puternică în extensie și poziționarea piciorului în var ecvin. Reflexul patologic este un semn obiectiv semnificativ al unei dezvoltări motorii patologice. Se va putea decela o asimetrie de reacție sau lipsa reacției uni- sau bilateral, sugerând suferința de tipul paraparezei, hemiparezei sau monoparezei crurale. Reflexul se inhibă la 3 luni.
- mersul automat, este un mers subcortical, prezent de la naștere cu maximum de expresivitate la vârsta de 3 luni, după care se inhibă. Mersul va fi reluat la 6-7 luni sub forma mersului antrenat.
- reflexul de extensie al membrilor superioare reprezintă extensia puternică a membrilor superioare, de cele mai multe ori cu rotație internă și degetele închise în pumn. Sprijinul se va face numai pe rădăcina palmei. Prezența reflexului este patologică de la naștere [1, 5, 6, 7].

Concluzii

- Diagnosticul de PC va fi confirmat în baza anamnezei, antecedentelor bolii, prin examinările reflexelor, prin testările psihometrice și aprecierea rezultatelor dezvoltării neuropsihice și motorii ale copilului. Deoarece PC este o suferință neurologică cronică, examenul neurologic este solicitat prin multiple examinări anterioare. Scringul din 9 parametri (de reflexe) și 6 parametri de dezvoltare motoră va conduce medicul către un diagnostic cert de PC. Aceste performanțe vor permite suspectarea diagnosticului de PC la etape precoce (3 luni) și stabilirea corectă a diagnosticului de PC (în unele cazuri de la 6 luni).

Formularea gândului și interviul părinților va fi axat pe acuza principală de suferință a copilului, care va constitui punctul de pornire în realizarea unui diagnostic și al diagnosticului diferențial al PC. Acestea necesită o analiză amplă și de mare acuratețe a tuturor acuzelor. Gândirea medicală va căuta diagnosticul prin revizuirea bolilor care pot cauza simptomul principal la vârsta respectivă al copilului.

În patologia perinatală istoricul bolii actuale va necesita obținerea răspunsului la trei întrebări:

- Suntem în fața unui retard psihomotor?
- Suntem în fața unei invalidități incurabile?
- Procesul de suferință poate fi ameliorat?

Bibliografie

1. Aicardi J et al., *Disease of the nervous system in childhood*. Oxford, Mackeithh Press; 1992, N.1, p.69.
2. Arthuis M., *Inventaire et prevention des handicaps chez l'enfant*. Medecine de l'homme, 1981 133, 6-13.
3. Arthuis M., *Infirmite motrices d'origine cerebrale*. In: Arthuis M, Pinsard N, Ponsot G, Dulac.
4. *Arch Fr Pediatr*, 1984, 41, 695-700. Cohen ME, Duffner PK - *Prognostic indicators in hemiparetic cerebral palsy*. Ann Neural
5. Wu Y..W, ., et al. *Chorioamnionitis and cerebral palsy in term and near-term infants*. JAMA 2003; 290:2677.
6. Popescu V. et al., *Paraliziile cerebrale // Pediatria*, Nr.1, 1996, p.49-67.
7. Popescu V., *Neurologie Pediatrică*. 2002, V 1.