

Convulsions et état de mal épileptique chez l'enfant > 1 mois

Convulsion : crise épileptique avec contractions musculaires involontaires

Etat de mal : convulsion prolongée ou répétition de crises prolongées avec en période inter critique un déficit neurologique ou trouble de l'état de conscience.

La plupart des convulsions s'arrêtent spontanément en moins de 5 minutes. En cas de convulsion de plus de 5 min, un arrêt spontané est peu probable, ce qui peut mener à des séquelles. A 5 minutes, il est donc essentiel d'agir de façon rapide et efficace pour faire cesser la convulsion. A 30 minutes, des lésions neuronales peuvent mener à des séquelles et même au décès. Tout enfant avec une crise épileptique continue de plus de 5 minutes doit être pris en charge comme s'il débutait un état de mal.

Remarques: Si épilepsie connue, l'enfant peut avoir un protocole d'urgence qu'il conviendra de suivre. De plus, le traitement de fond d'un patient avec épilepsie ne doit jamais être arrêté.

CAUSES POSSIBLES:

- ▶ Convulsion fébrile
- ▶ Causes vasculaires (HSA, AVC)
- ▶ Infection (méningite, encéphalite)
- ▶ Métabolique (hypoglycémie, natrémie, calcémie, autre)
- ▶ Traumatique intentionnel ou non
- ▶ Tumoral
- ▶ Toxique
- ▶ Epilepsie inaugurale/connue

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS :

- ▶ Conversion hystérique (pseudo-convulsion)
- ▶ Spasmes du sanglot
- ▶ Syncope
- ▶ Frissons sur fièvre/sepsis
- ▶ Mouvements paroxystiques non épileptiques (tics, mouvements d'auto-stimulation, torticolis paroxystique bénin, stéréotypies, myoclonies bénignes du sommeil, trémulations, dyskinésies, parasomnie)

Convulsions fébriles : Fréquent, concerne 2-5% des enfants. La cause de la fièvre doit toujours être recherchée devant un patient présentant une convulsion fébrile. Une histoire familiale positive pour des convulsions fébriles est retrouvée dans 25 à 40% des cas.

les logos, par
ordre
alphabétiques

Définition :	Convulsion associée à une température > 38°C
	<input type="checkbox"/> Chez un enfant de 6 mois à 5 ans (prudence avant 1 an)
	<input type="checkbox"/> En l'absence d'atteinte infectieuse ou inflammatoire du SNC ¹
	<input type="checkbox"/> En l'absence de cause métabolique
	<input type="checkbox"/> En l'absence de convulsion afebrile antérieure

¹ Méningite ou méningoencéphalite sont à exclure : l'évaluation neurologique de l'enfant avant et après convulsion est primordiale. Avant 12 mois les signes méningés sont souvent absents, ces diagnostics sont à considérer selon l'état général, l'irritabilité.

Convulsion fébrile simple	Convulsion fébrile complexe
<ul style="list-style-type: none"> • 3-4 minutes en moyenne, max. 15 minutes • Généralisé : Mouvements bilatéraux symétriques • Sans récurrence dans les 24h 	<ul style="list-style-type: none"> • >15 minutes ou • Début focal (hémicorporel/hémifacial/un membre) ou • Plusieurs crises en 24h
<p>Avec status neurologique normal avant et après la crise</p> <p>Généralement pas de traitement de benzodiazépine en réserve indiqué</p> <p>Excellent pronostic sans séquelle mais risque élevé de récurrence (30-50%)</p>	<p>Parésie de Todd post crise possible si crise focale prolongée</p> <p>Traitement de benzodiazépine en réserve à discuter au cas par cas avec les neuropédiatres</p> <p>Excellent pronostic mais risque augmenté d'épilepsie (environ 10%)</p>

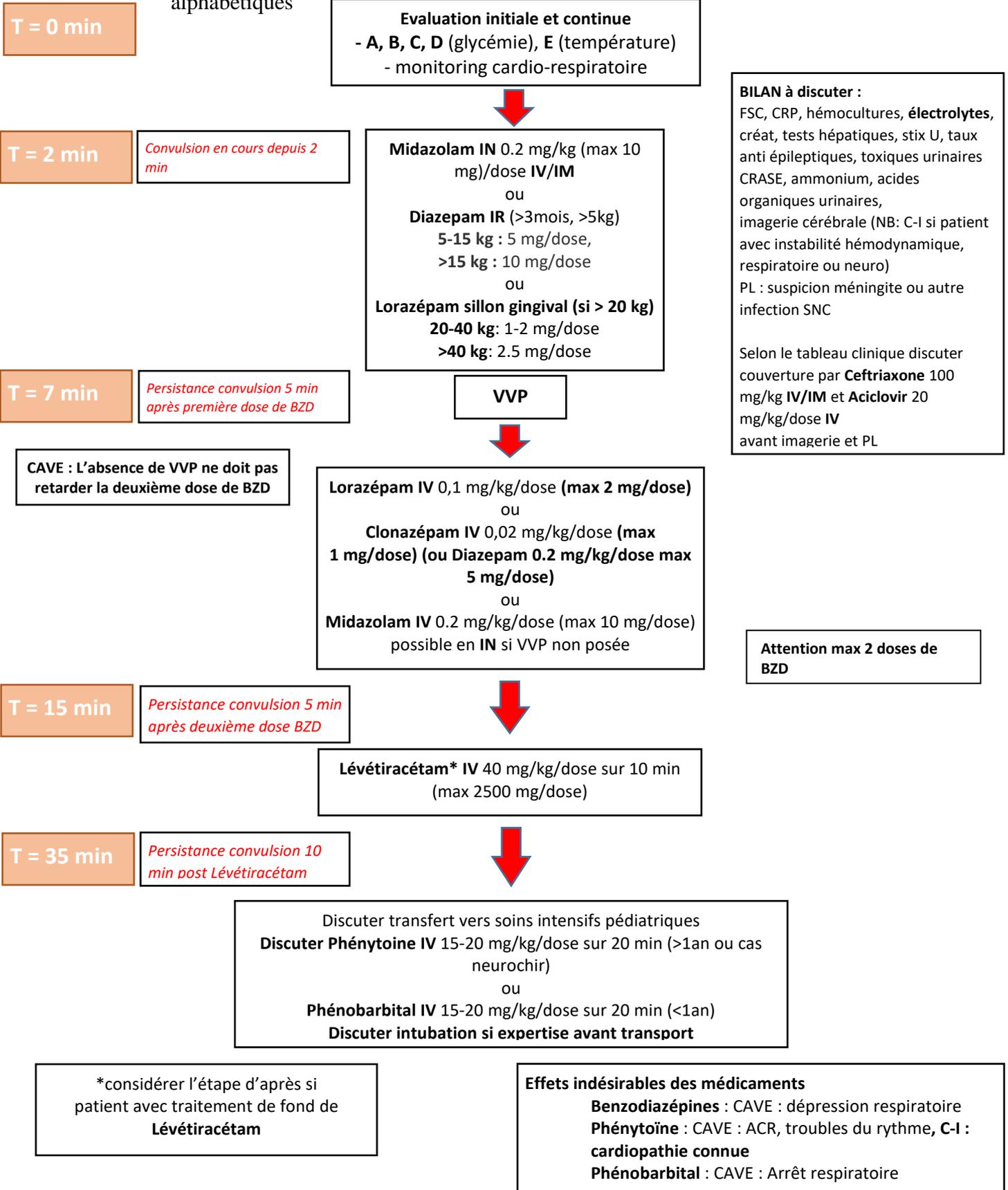
NB : En cas de développement anormal, le diagnostic de convulsion fébrile doit être reconsidéré et une consultation spécialisée envisagée.

Conduite à tenir :

Bilan : pas nécessaire si convulsion fébrile simple

Surveillance : quelques heures si premier épisode. Si convulsions fébriles complexes minimum 12-24 heures.

les logos, par ordre alphabétiques



Abréviations

ACR : arrêt cardio-respiratoire
AVC : accident vasculaire cérébral
BZD : benzodiazépine
CR : Protéine C réactive
FSC : formule sanguine totale
HSA : hémorragie sous-arachnoïdienne
IM : intra musculaire
IN : intra nasal
IR : injection intrarachidienne
IV : intra vasculaire
SNC : système nerveux central
VVP : voie veineuse périphérique

Références :

- Fine, A., & Wirrell, E. C. (2020). Seizures in Children. *Pediatr Rev*, 41(7), 321-347.
<https://doi.org/10.1542/pir.2019-0134>
- McKenzie, K. C., Hahn, C. D., & Friedman, J. N. (2021). Emergency management of the paediatric patient with convulsive status epilepticus. *Paediatr Child Health*, 26(1), 50-66.
<https://doi.org/10.1093/pch/pxaa127>
- Sawires, R., BATTERY, J., & Fahey, M. (2021). A Review of Febrile Seizures: Recent Advances in Understanding of Febrile Seizure Pathophysiology and Commonly Implicated Viral Triggers. *Front Pediatr*, 9, 801321. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.801321>
- Trinka, E., Cock, H., Hesdorffer, D., Rossetti, A. O., Scheffer, I. E., Shinnar, S., Shorvon, S., & Lowenstein, D. H. (2015). A definition and classification of status epilepticus--Report of the ILAE Task Force on Classification of Status Epilepticus. *Epilepsia*, 56(10), 1515-1523.
<https://doi.org/10.1111/epi.13121>²

² certaines doses de médicaments peuvent différer entre l'article du protocole canadien et notre protocole car différentes doses sont utilisées dans la littérature à disposition.

[Lien vers des informations pour les parents](#)



Tous
les logos, par
ordre
alphabétiques

V1 – xx/xx/2024

Initiateurs/validateurs	Auteurs	Co-auteurs	Date de validation	Date de révision
R3Ped-urg	Blandine Aubert Leila Dosso Stefania Franchi Marine Grange Mercier Sergio Manzano Aurélie Mauerhofer Coralie Salomon	Neuropédiatrie CHUV : Sébastien Lebon Neuropédiatre HUG : Christian Korff	xxx	xxx