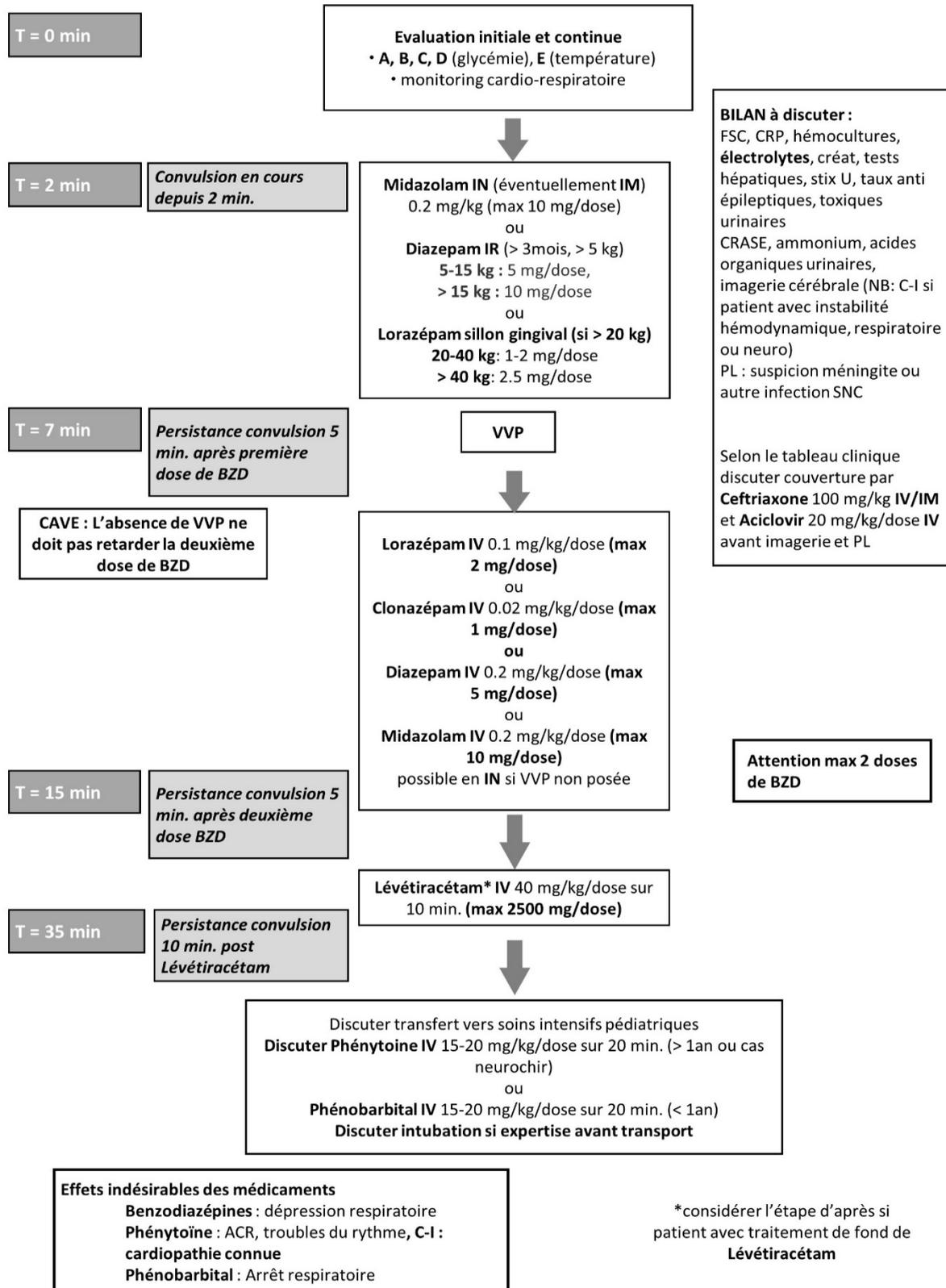


Convulsions et état de mal épileptique chez l'enfant > 1 mois

Algorithme



Abréviations

ACR : arrêt cardio-respiratoire ; **AVC** : accident vasculaire cérébral ; **BZD** : benzodiazépine ; **CRP** : Protéine C réactive ; **FSC** : formule sanguine complète ; **HSA** : hémorragie sous-arachnoïdienne ; **IM** : intra musculaire ; **IN** : intra nasal ; **IR** : intra rectal ; **IV** : intra veineux ; **SNC** : système nerveux central ; **VVP** : voie veineuse périphérique

Définitions/commentaires

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.

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

En cas d'épilepsie connue, un enfant peut avoir un protocole d'urgence qu'il conviendra de suivre. 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. Une histoire familiale positive pour des convulsions fébriles est retrouvée dans 25 à 40 % des cas.

Définition : Convulsion associée à une température > 38°C

- Chez un enfant de 6 mois à 5 ans (prudence avant 1 an)
- En l'absence d'atteinte infectieuse ou inflammatoire du SNC¹
- En l'absence de cause métabolique
- 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 min. en moyenne, max. 15 min. • Généralisé : Mouvements bilatéraux symétriques • Sans récurrence dans les 24 h 	<ul style="list-style-type: none"> • > 15 min. ou • Début focal (hémicorporel/hémifacial/un membre) ou • Plusieurs crises en 24 h
Avec status neurologique normal avant et après la crise	Parésie de Todd post crise possible si crise focale prolongée
Généralement pas de traitement de benzodiazépine en réserve indiqué	Traitement de benzodiazépine en réserve à discuter au cas par cas avec les neuropédiatres
Excellent pronostic sans séquelle mais risque élevé de récurrence (30-50 %)	Excellent pronostic mais risque augmenté d'épilepsie (environ 10 %)

NB : En cas de développement anormal, un 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 h.

Références/liens

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., et al. (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., Buttery, J., et al. (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., et al. (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](#)

Mots-clés

Convulsion, convulsion fébrile, épilepsie

Domaine	Auteurs	Date de validation	Date de révision
Ped-Ro*/Urgences	Blandine Aubert Leila Dosso Stefania Franchi Marine Grange Mercier Christian Korff Sébastien Lebon Sergio Manzano Aurélie Mauerhofer Coralie Salomon	24.06.2024	24.06.2026

*Ped-Ro , les recommandations du réseau romand de pédiatrie : Centre Hospitalier du Valais Romand - Sion, Centre Hospitalier Universitaire Vaudois - Lausanne, Ensemble Hospitalier de la Côte - Morges, Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois - Yverdon, Groupement Hospitalier de l'Ouest Lémanique - Nyon, Hôpital cantonal - Fribourg, Hôpital de la Tour - Meyrin, Hôpital du Jura - Delémont, Hôpital Intercantonal de la Broye - Payerne, Hôpital Riviera-Chablais - Rennaz, Hôpitaux Universitaires de Genève, Réseau Hospitalier Neuchâtelois