

Vous êtes le médecin en charge du sans-rendez-vous ce soir.

Mme Gauthier vous amène son bébé de 18 mois, Sam, car il a convulsé.

Vous devez questionner la mère.

(durée : 5 minutes)

Vous devrez dire votre diagnostic le plus probable à la mère et répondre à de brèves questions écrites lorsqu'on vous le signalera.

(durée : 5 minutes)

Consignes au patient

Vous êtes la maman d'un joli bébé de 18 mois, Sam, votre fils unique. Il a fait une convulsion ce matin vers 10h et la gardienne vient de vous l'apprendre à votre retour du travail. Il est 18 heures et vous allez consulter au SRDV de l'UMF car cela vous inquiète. La gardienne vous a mentionné que ses 4 membres ont fait des secousses et que cela a duré que 5 minutes. Votre bébé est actuellement comme d'habitude, en bon état général, mais un peu plus tranquille. Il s'alimente bien. Vous avez noté, comme seul symptôme, une congestion nasale depuis hier et avez pris sa température qui était à 38,3° hier et 38° ce matin. Sam n'a aucun antécédent, son développement est normal, il n'a pas séjourné à l'unité néonatale. Il va à la garderie et ses vaccins sont à jour. Il n'a pas été vacciné dernièrement. Il n'a pas reçu d'antibiotique dernièrement. Vous et votre mari n'avez pas d'ATCD à signaler.

Si on vous le demande, vous n'avez pas remarqué de signes de violence sur votre enfant.

Grille de cotation

-Obtient une description précise des circonstances et caractéristiques de la convulsion incluant l'objectivation de la fièvre.

-Cherche à différencier les caractéristiques d'une convulsion fébrile simple et d'une convulsion fébrile complexe :

Durée de l'épisode (moins de 15 minutes)

Généralisée et tonico-clonique

Pas de récurrence dans le 24 h

Pas de signe neurologique focal

Pas d'ATCD de problème neurologique antérieur

-Recherche les facteurs de risque pour un premier épisode de convulsion fébrile :

Convulsion fébrile antérieure

Histoire familiale

Retard de développement

Fréquentation à la garderie

Séjour à l'unité néonatale de plus de 30 jours

-Recherche les autres causes d'une convulsion

(neurologiques, métaboliques, traumatique incluant bb secoué)

-Recherche la prise récente d'antibiotiques (méningite masquée)

-Vaccination récente (convulsion possible mais rare entre le 5^{ème} et 12^{ème} jour du vaccin MMR)

Questions à répondre (avec réponses)

1) Quel est votre dx différentiel? Nommer 3 dx.

-Convulsion fébrile

-Méningite

-Abscesses intra-cérébrales

-Encéphalite

2) Que recherchez-vous à l'examen physique qui vous amènerait à transférer Sam à l'hôpital? Nommez-en 3.

-Présence de pétéchies

-Signes méningés

-Signes neurologiques

-Signes de trauma/maltraitance ou d'intoxication

3) À l'examen physique, Sam est en bon état général et a un examen neurologique normal. Est-il indiqué de procéder à la ponction lombaire pour Sam?

-Non, pour l'enfant de 6 mois et plus qui est adéquatement vacciné, si l'état général est bon et l'examen neurologique normal.

4) Outre l'irritation méningée, nommez 2 indications de faire une ponction lombaire.

-Statut vaccinal inconnu ou incomplet

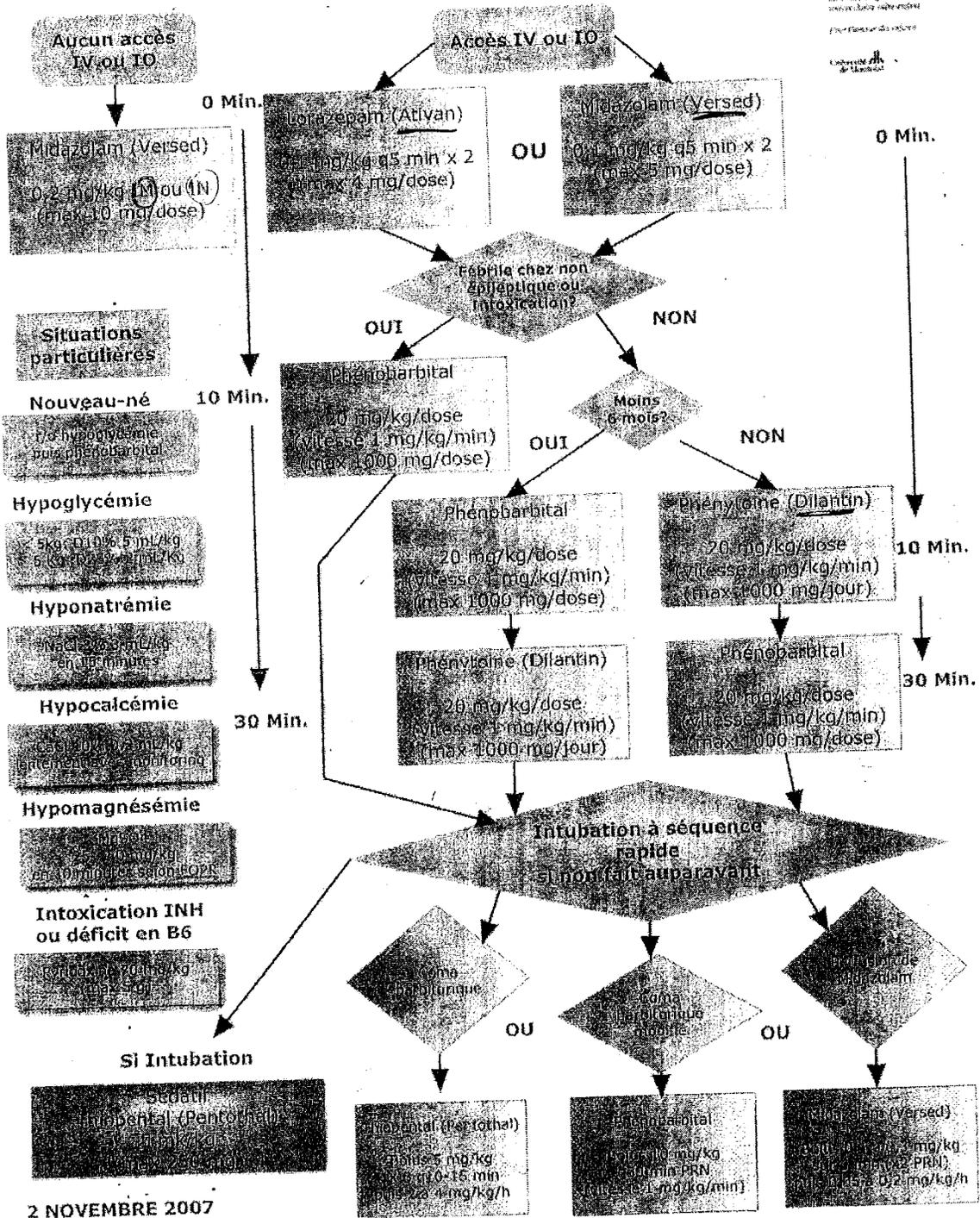
-Enfant déjà sous antibiothérapie

5) Si vous êtes à l'urgence et que vous voyez un enfant en status épilepticus, qu'allez-vous prescrire?

Versed ou Ativan IV ou IO

ALGORITHME STATUS EPILEPTICUS

Urgence CHU Ste-Justine



2 NOVEMBRE 2007

Convulsions fébriles

RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS

Recommandation 1	Il n'est pas recommandé de réaliser un bilan biologique (ionogramme, Ca, Po4, Mg, glycémie, FSC) de routine chez les enfants ayant fait une convulsion fébrile simple. Si l'état post-ictal se prolonge plus de 30 minutes, la glycémie devrait être mesurée.
Recommandation 2	Il n'est pas recommandé de réaliser une hémoculture de routine après une convulsion fébrile typique.
Recommandation 3	Il n'est pas recommandé de procéder à une ponction lombaire de routine chez les enfants de 6 mois et plus avec convulsion fébrile typique, si l'enfant est adéquatement vacciné pour son âge, si l'état général est bon et si l'examen neurologique est normal. Une ponction lombaire devrait être effectuée chez tout enfant avec des signes d'irritation méningée. Une ponction lombaire devrait être envisagée chez un enfant de <u>6-12 mois</u> dont le <u>statut vaccinal est incomplet ou inconnu</u> , et chez un enfant <u>déjà sous antibiothérapie</u> . La ponction lombaire ne devrait pas être effectuée de routine chez les enfants avec convulsion fébrile atypique si l'état général de l'enfant est bon et l'examen neurologique est normal. Elle devrait être fortement envisagée dans les cas de déficit neurologique résiduel ou de convulsions prolongées.
Recommandation 4	L'imagerie cérébrale ne devrait pas faire partie de l'évaluation de routine de l'enfant avec une convulsion fébrile typique.
Recommandation 5	L'imagerie cérébrale ne devrait pas faire partie de l'évaluation de routine de l'enfant ayant présenté une première convulsion fébrile atypique. Elle peut être envisagée chez les enfants ayant présenté une convulsion fébrile focale ou avec plusieurs caractéristiques atypiques, selon le jugement clinique.
Recommandation 6	L'EEG n'est pas recommandé dans les cas de convulsion fébrile typique.
Recommandation 7	L'EEG peut être envisagé chez les enfants ayant fait une convulsion fébrile atypique, en particulier dans les cas de status fébrile. Cet EEG devrait idéalement être fait au moins 7 jours après la convulsion fébrile atypique.
Recommandation 8	Une consultation en neurologie pourrait être suggérée, dans les cas d'une histoire familiale d'épilepsie ou d'antécédents d'au moins une convulsion fébrile, et en présence d'atypies ou de retard du développement.

Convulsions fébriles

Recommandation 9	La plupart des convulsions fébriles sont brèves et ne demandent aucun traitement pharmacologique. Un traitement pharmacologique peut être envisagé chez le patient dont la convulsion fébrile dure plus de 5 minutes, soit du lorazépam ou du midazolam IV, ou du midazolam IM ou intranasal.
Recommandation 10	Si le patient continue de convulser après une dose adéquate de benzodiazépine, celui-ci devrait être traité selon un algorithme de l'état de mal épileptique. Dans le cas d'un état de mal épileptique fébrile chez un patient non épileptique, on préférera l'utilisation du phénobarbital (20 mg/kg) après l'administration de deux doses d'une benzodiazépine.
Recommandation 11	Une convulsion fébrile typique ne nécessite habituellement pas d'hospitalisation.
Recommandation 12	La prophylaxie continue ou intermittente n'est pas recommandée dans les convulsions fébriles simples.
Recommandation 13	L'ibuprofène et/ou l'acétaminophène peuvent être utilisés comme mesure de confort, mais ne préviennent pas les convulsions fébriles.
Recommandation 14	Le phénobarbital et l'acide valproïque sont efficaces dans la prévention des convulsions fébriles. Cependant les toxicités associées sont plus sévères que les risques mineurs des convulsions fébriles typiques.
Recommandation 15	La prophylaxie intermittente peut être efficace pour diminuer le risque de convulsion lors d'un épisode fébrile. L'avantage de donner cette prophylaxie doit être évalué en tenant compte des effets secondaires possibles (ataxie, somnolence). Pour une prophylaxie intermittente, l'administration d'une benzodiazépine est recommandée.
Recommandation 16	Le diazépam intra-rectal peut être utilisé au moment de la convulsion en milieu extra-hospitalier en dose unique de 0.2-0.5mg/kg IR (max 20mg) au moment de la convulsion.

Convulsions fébriles

INTRODUCTION

Les convulsions fébriles constituent un problème pédiatrique fréquent : 2 à 5 % des enfants présentent une convulsion fébrile dans leur vie (1). La convulsion fébrile est une affection du nourrisson ou de l'enfant, qui survient entre 6 mois et 5 ans, associé à de la fièvre, sans infection cérébrale apparente, ni antécédent neurologique particulier.

Pour être considéré comme une convulsion fébrile typique (simple), l'épisode doit être unique, bref (ne doit pas durer plus de 15 minutes), bilatéral et symétrique, tonico-clonique, sans déficit neurologique transitoire ou permanent (1). Les convulsions fébriles sont qualifiées d'atypiques (complexes) si elles sont focales, prolongées, ou récidivent plus d'une fois en 24 heures (2).

Des récurrences de convulsion fébrile lors d'épisodes fébriles subséquents surviennent chez 30% des enfants (3). Plusieurs études ont porté sur le risque futur de développer une épilepsie (survenue d'au moins deux convulsions non provoquées).

Le risque d'être épileptique à 25 ans est de 1.4% dans la population générale, alors qu'il est de 2.4% chez les enfants avec antécédent de convulsions fébriles typiques. Les enfants ayant au moins une caractéristique atypique et une histoire familiale d'épilepsie ont un risque augmenté à 10% d'avoir un diagnostic d'épilepsie à l'âge de 7 ans (4,5).

Ce document n'est pas un article de revue, et le lecteur est référé à des mises au point récentes. L'objectif de ce document est de proposer certaines lignes directrices pratiques, élaborées à partir des données les plus récentes de la littérature et selon un consensus d'un groupe issu de divers services du Département de pédiatrie du CHU Ste-Justine. Le document tient aussi compte de la réalité locale de l'institution.

Il est clair qu'en tout temps, c'est en premier lieu le jugement clinique du médecin traitant qui dicte la conduite à tenir et la prise en charge.

Convulsions fébriles

Les recommandations proposées sont accompagnées du niveau d'évidence qui les soutient. Ceci permettra au lecteur de mieux juger de la qualité des données probantes en regard de chaque recommandation. L'échelle utilisée est celle recommandée par l'American Academy of Pediatrics (AAP) pour les lignes directrices de soins, selon cinq niveaux d'évidence (A, B, C, D et X) et quatre niveaux de recommandation : recommandation forte, recommandation, option et absence de recommandation (6).

Evidence Quality	Preponderance of Benefit or Harm	Balance of Benefit and Harm
A. Well-designed RCTs or diagnostic studies on relevant populations	Strong Recommendation	Option
B. RCTs or diagnostic studies with minor limitations; overwhelmingly consistent evidence from observational studies	Option	
C. Observational studies (case-control and cohort design)	Option	No Recommendation
D. Expert opinion, case reports, reasoning from first principles	Option	
X. Exceptional situations which validating studies cannot be performed and there is a clear preponderance of benefit or harm	Strong Recommendation	

Figure. Classification des recommandations concernant les lignes directrices de soins (traduction libre de *Clinical Practice Guidelines*), American Academy of Pediatrics (6).

Les présentes lignes directrices concernent les enfants de 6 mois à 5 ans présentant un premier épisode de convulsion fébrile. Elles concernent spécifiquement les enfants qui n'ont aucun autre diagnostic neurologique que celui de convulsion fébrile. En sont exclus les enfants avec épilepsie connue qui font des convulsions avec fièvre.

MÉTHODE

Pour établir les présentes lignes directrices, nous avons d'abord consulté les recommandations les plus récentes de l'AAP parues en 1996 sur l'évaluation initiale de l'enfant avec une première convulsion fébrile typique (1) qui ont été révisées en 2011 (7).

En 1999, l'AAP a émis des lignes directrices concernant la prise en charge à long terme des enfants avec convulsion fébrile typique (8) qui ont été révisées en 2008 (9). Par ailleurs, pour chacun des éléments de l'évaluation et de la prise en charge des convulsions fébriles, nous avons procédé à une revue de la littérature depuis les dix dernières années. Nous avons également revu la bibliographie des études recensées.