Les 13èmes journées de Santé de Base de Mahdia – 1er Congrès National de Santé de Base

Atelier

Convulsions de l'enfant



Dr Nesrine Jammeli
Service de Pédiatrie
CHU Taher Sfar, Mahdia

Objectifs

1. Assurer la prise en charge d’une convulsion fébrile
2. Savoir gérer une 1ère crise épileptique chez l’enfant
3. Savoir gérer une épilepsie décompensée chez l’enfant
4. Conduire la prise en charge d’un état de mal épileptique dans une situation d’ISNC ou chez un enfant épileptique connu

Introduction

1 – 7 / 1000 enfant/an

Tout âge pédiatrique confondu

2–5 %

Des enfants de moins de 5 ans font une crise fébrile

5 min

Seuil de crise prolongée ou d'état de mal convulsif

~30 %

De récidive après une première crise fébrile

Crise épileptique

Est une décharge neuronale anormale et transitoire responsable de manifestations neurologiques involontaires

Épilepsie

Crises non provoquées récurrentes, ou une crise avec risque élevé de récidive

État de mal

Crise de plus de 5 minutes, ou crises répétées sans retour à la conscience entre les crises généralisées et > 10 min pour les crises focales

Types de crises épileptiques

Absence typique

Rupture de contact de 3 à 10 s, regard fixe, début et fin brusques ; âge scolaire

Tonico-clonique

Perte de connaissance, raideur puis secousses, confusion après la crise

Myoclonique

Secousses brèves bilatérales, souvent au réveil ; évoque l'épilepsie myoclonique juvénile

Spasmes épileptiques

Nourrisson : flexions en salves, surtout au réveil ; évoque un syndrome de West

Crise focale

Clonies unilatérales, automatismes ou aura ; conscience conservée ou altérée

Tonique ou atonique

Raideur ou chute brutale, souvent dans les encéphalopathies épileptiques

Classification des crises (ILAE 2017)

Début focal

- Conscience conservée ou altérée
- Motrices : clonies, automatismes, toniques
- Non motrices : sensitives, émotionnelles, arrêt du comportement
- Peut évoluer en tonico-clonique bilatérale

Début généralisé

- **Motrices** : tonico-clonique, clonique, tonique, myoclonique, atonique, spasmes
- **Non motrices** : absences (typiques, atypiques, myocloniques)

Début inconnu

- Crise non observée ou début non précisé
- Motrices : tonico-clonique, spasmes
- Non motrices : arrêt du comportement
- Reclassable quand l'information est disponible

Classification opérationnelle de la Ligue internationale contre l'épilepsie (2017)

Devant une convulsion : 4 temps

1

Sécuriser

PLS, oxygène, glycémie capillaire, chronométrer la crise

2

Chercher la cause

Infection du SNC, trouble métabolique, traumatisme, toxique, épilepsie connue

3

Classer

Première crise ou épilepsie connue ? Fébrile simple ou complexe ?

4

Décider

Explorations, hospitalisation ou domicile, traitement, éducation des parents

La réanimation ABCDE

Une approche structurée pour une prise en charge rapide et efficace de l'enfant en détresse vitale

A — Airway

Voies aériennes

Assurer la liberté des voies aériennes et la ventilation.



- Vérifier la perméabilité des voies aériennes (obstruction, corps étranger, sécrétions…).
- Positionner correctement la tête (inclinaison + menton).
- Aspirer si besoin.
- En cas d'inefficacité : canule oropharyngée / intubation selon le contexte et l'expérience.

B — Breathing

Respiration

Évaluer la ventilation et l'oxygénation.



- Observer la fréquence et l'amplitude respiratoires.
- Rechercher des signes de détresse respiratoire (tirage, battements des ailes du nez, rétractions…).
- Ausculter (bruits respiratoires, asymétrie…).
- Administrer de l'oxygène (lunettes, masque, VNI si besoin).
- Assurer une ventilation efficace si apnée ou hypoventilation.

C — Circulation

Circulation sanguine

Évaluer la perfusion et traiter les troubles hémodynamiques.



- Vérifier le pouls (fréquence, qualité, remplissage capillaire).
- Mesurer la tension artérielle.
- Rechercher des signes de choc (marbrures, pâleur, oligurie…).
- Contrôler et stopper les hémorragies si présentes.
- Mettre en place un accès veineux / intra-osseux si nécessaire.
- Administrer les fluides et les médicaments selon les indications.

D — Disability

État neurologique

Évaluer la conscience et la réponse neurologique.



AVPU

- **A** : Alert
- **V** : Verbal
- **P** : Pain
- **U** : Unresponsive

- Évaluer le niveau de conscience (échelle AVPU ou Glasgow).
- Observer la taille et la réactivité des pupilles.
- Rechercher des signes neurologiques (convulsions, déficit…).
- Évaluer la glycémie capillaire et la température (hypo/hyperthermie).

E — Exposure

Exposition

Rechercher des lésions et prévenir l'hypothermie.



- Examiner tout le corps (rechercher traumatismes, éruptions, signes d'infection, etc.).
- Retirer les vêtements si nécessaire.
- Prévenir l'hypothermie (couverture, environnement chaud).
- Rechercher et traiter la cause (intoxication, allergie, traumatisme…).

En résumé

A : Voies aériennes → B : Respiration → C : Circulation → D : État neurologique → E : Exposition

Une évaluation rapide, des gestes adaptés, une surveillance continue.

Cas cliniques



Vignette Clinique 1

Nourrisson de 18 mois, vaccins à jour. Fébrile à 39,2 °C depuis 24 h

Crise tonico-clonique généralisée de 3 min. A l'examen : éveillé, intéractif, pas de signes neurologiques ni purpura, rhinorrhée et toux

Diagnostic le plus probable ?

A Méningite bactérienne

B Crise convulsive fébrile

C Première crise d'épilepsie généralisée

D Syndrome de Dravet

Vignette Clinique 1

Nourrisson de 18 mois, vaccins à jour. Fébrile à 39,2 °C depuis 24 h

Crise tonico-clonique généralisée de 3 min. A l'examen : éveillé, intéractif, pas de signes neurologiques ni purpura, rhinorrhée et toux

Diagnostic le plus probable ?

A Méningite bactérienne

B **Crise convulsive fébrile**

C Première crise d'épilepsie généralisée

D Syndrome de Dravet

Convulsions fébriles

- 2-5% des enfants
- Crises convulsives de l'enfant entre **6 mois et 5 ans**
- Pic d'âge = 18 mois
- Contexte de fièvre > 38 ° C
- Pas d'infection du système nerveux central
- Pas d'ANTD de crises afébriles
- Cause de la fièvre : infections virales (95%)
- Terrain de prédisposition génétique

Vignette Clinique 1

Aux urgences, il a présenté une 2ème crise convulsive ayant débuté au membre supérieur droit et secondairement généralisée.

Quelle serait votre conduite à tenir?

A. Dose de charge de Dépakine IV

B. Valium intra-rectal

C. Dose de charge de Gardénal en IV

D. Dose de charge de Rivotril

Vignette Clinique 1

Aux urgences, il a présenté une 2ème crise convulsive ayant débuté au membre supérieur droit et secondairement généralisée.

Quelle serait votre conduite à tenir?

A. Dose de charge de Dépakine IV

B. **Valium intra-rectal**

C. Dose de charge de Gardénal en IV

D. Dose de charge de Rivotril

CAT devant une crise épileptique

- Prise en charge ABC : PLS, O2
- Dextro
- Si la crise dure > 5 min **Benzodiazépines** (BZD) IR ou IV
- BZD : Diazépam (Valium)++ IV (0,2-0,3 mg/kg) ou IR (0,5 mg/kg) ou Midazolam (IM, IV, voie nasale ou buccale)
- Renouveler la dose si la crise ne cède pas après 5 min
- Traitement antipyrétique
- Surveillance de l'état neurologique

Dilution du Diazépam

- Valium solution injectable, **ampoule de 2 ml = 10 mg** à **diluer dans 8 ml de sérum** physiologique solution de **1mg = 1 ml**
- Cette solution est **conservable pendant 24 heures**
- Administration **IV (lentement/risque de dépression respiratoire)** **ou IR** par bout de sonde gastrique **(2 à 3 cm)**



Vignette Clinique 1

Quel élément ferait classer cette crise comme complexe ?

A Fièvre supérieure à 39 °C

B Récidive de la crise

C Durée de 3 minutes

D Caractère focal de la crise

Vignette Clinique 1

Quel élément ferait classer cette crise comme complexe ?

CF simples ≠ CF complexes

- Focales
- Dure > 15 min
- Récidive dans les 24 h
- Déficit neurologique post critique

A Fièvre supérieure à 39 °C

B **Récidive de la crise**

C Durée de 3 minutes

D **Début focal de la crise**

Vignette Clinique 1

L'enfant a retrouvé un état normal en 15 min

Quels examens complémentaires indiquez-vous ?

A EEG et TDM cérébrale

B Ponction lombaire

C Bilan biologique inflammatoire

D Aucun examen complémentaire

Vignette Clinique 1

L'enfant a retrouvé un état normal en 15 min

Quels examens complémentaires indiquez-vous ?

A EEG et TDM cérébrale

B Ponction lombaire

C Bilan biologique inflammatoire

D **Aucun examen complémentaire**

Indications des examens complémentaires

- **Iono, calcémie** : si contexte évocateur de trouble ionique (vomissements, diarrhées, signes de DSH, absence de prise de vit D)
- **NFS**: si pâleur, l'anémie : facteur favorisant ?
- **Enquête infectieuse** (ECBU/ RX thorax…) : pas d'étiologie évidente à la fièvre

- **PL**: discutable si convulsions < 1 an , patient sous antibiothérapie ou signes neurologiques persistants
- **TDM/IRMc**: Signes focaux, début focal (discutable), signes neurologiques
- **EEG**: subfièvre ou récidive de crises sans fièvre, crises focales (discutable)

Vignette Clinique 1

Les parents sont inquièts par rapport au prognostic de leur enfant

Quels sont les éléments de l'entretient avec les parents ?

A Récidive d'environ 30 %, pronostic bénin, pas de traitement de fond

B Dépakine en continu pendant 2 ans

C Le paracétamol systématique évite la récidive

D Risque d'épilepsie supérieur à 30 %

Vignette Clinique 1

Les parents sont inquièts par rapport au prognostic de leur enfant

Quels sont les éléments de l'entretient avec les parents ?

A **Récidive d'environ 30 %, pronostic bénin, pas de traitement de fond**

B Dépakine en continu pendant 2 ans

C Le paracétamol systématique évite la récidive

D Risque d'épilepsie supérieur à 30 %

Données pronostiques

- Evolution **souvent favorable**: disparition des crises
- **Épilepsie ultérieure** : 2 – 6 % après crise simple (2% population générale pédiatrique)
- **Risque de récidive**: 20-35%
- Le risque de récidive augmente si : âge < 1 an, ANTD de CF chez un apparenté de 1er degré
- **Séquelle neurologique**: EME risque de sclérose hippocampique

Prophylaxie de la crise ?

- Les antipyrétiques ne préviennent pas la récidive
- **Traitement prophylactique** : discutable au cas par cas
- **Valproate de Sodium** (Dépakine) : molécule de 1ère intention ou Lévétiracétam
- Indications du TTT prophylactique:
  - EME
  - Risque de récidive important
  - Une crise/ 4 mois
  - Déficit focal

Vignette clinique 1 : à retenir

1. Crises fébriles: fréquentes, souvent simples, diagnostic d’élimination
2. Pas d'EEG, d'imagerie ni de bilan systématiques
3. Récidive d'environ 30 %, pas de traitement prophylactique systématique

Vignette Clinique 2

Garçon de 4 ans. Sans ANTD, emmené aux urgences pour crise convulsive tonico-clonique généralisée depuis 15 minutes ayant débuté par des Clonies de l'hémiface et du bras droit.

A l'interrogatoire: fièvre depuis 3 jours, céphalées, puis irritabilité et somnolence. T° 38,9 °C, pas de purpura **Quelle est votre conduite en urgence ?**

A Valium en IV/IR

B Dose de charge de Gardénal

C Rivotril IV

D Dépakine IV

Vignette Clinique 2

Garçon de 4 ans. Sans ANTD, emmené aux urgences pour crise convulsive tonico-clonique **généralisée depuis 15 minutes** ayant débuté par des Clonies de l'hémiface et du bras droit.

A l'interrogatoire: fièvre depuis 3 jours, céphalées, puis irritabilité et somnolence. T° 38,9 °C, pas de purpura **Quelle est votre conduite en urgence ?**

A **Valium en IV**

B Dose de charge de Gardénal

C Rivotril IV

D Dépakine IV

Vignette Clinique 2

Après la première dose et même une seconde dose de Valium IV, l'enfant continue à convulser,

Quelle serait votre conduite ultérieure ?

A Dose de charge de Gardénal IV

B Dose de charge de phénytoine IV

C Rivotril IV

D Dépakine IV

Vignette Clinique 2

Après la première dose et même une seconde dose de Valium IV, l'enfant continue à convulser,

Quelle serait votre conduite ultérieure ?

A **Dose de charge de Gardénal IV**

B Dose de charge de Levetiracetam IV

C Rivotril IV

D Dépakine IV

GENERALISED CONVULSIVE STATUS EPILEPTICUS IN PAEDIATRICS

GUIDELINES 2025

Onset of seizures

First Aid
- Use the ABCDE approach
- Open airway
- Maintain adequate oxygenation & ventilation
- Monitor (starting with RR, SPO_2, pulse, BP, CRT)
- Check glycaemia and underlying causes*

5 min
Give 1st dose

10 min
Reassess, give 2nd dose

Reassess & establish IV / IO access & ECG

1st line medication
- Midazolam 0.3 mg kg^{-1} intranasal/buccal (max. 10 mg)

OR
- Midazolam 0.2 mg kg^{-1} intramuscular (max. 10 mg)

OR
- Diazepam 0.5 mg kg^{-1} rectal (max. 20 mg)

If IV/IO access
- Midazolam 0.15 mg kg^{-1} IV/IO (max. 10 mg)

OR
- Lorazepam 0.1 mg kg^{-1} IV/IO (max. 4 mg)

15-20 min
Give 1st dose

Reassess
Call for help (PICU/anaesthesia/ referral clinic)

30-40 min
Prepare RSI / intubation
Consider different 2nd line medication, if not prepared for intubation

2nd line medication
- Levetiracetam 40-60 mg kg^{-1} IV over 5 min (max. 4.5 g)

If Levetiracetam is not available, use:
- Phenytoin** 20 mg kg^{-1} IV over 20 min (max. 1.5 g)

OR
- Phenobarbital 20 mg kg^{-1} over 15 min

OR
- Valproid acid*** 40 mg kg^{-1} IV over 15 min (max 3g)

No later than 40 min

3rd line medication
- Proceed with RSI & intubation & start 3rd line anti-seizure medication infusion (e.g. propofol, thiopental, midazolam, ketamine, phenobarbital)
- Consult paediatric neurologist
- EEG monitoring
- Consider brain imaging
- Monitor for complications, e.g. respiratory and haemodynamic instability, renal dysfunction, metabolic disturbances, and adverse drug effects

Beware of time & Maintain adequate ABC & Anticipate

*Infection, intoxication, intracranial hypertension, electrolyte disorders, channelopathies

**Phenytoin: monitor ECG and BP, caution with cardiopathies, arrhythmias and AV blocks

***Valproic acid should be avoided in pregnant teenagers, suspected liver failure or metabolic diseases

Local availability of drugs and implementation strategies may changes this algorithm

DIRECTIVES 2025 DE L'ERC

GUIDELINES 2025
EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL©



Si les crises continuent pendant ≥ 30 minutes malgré l'administration d'un médicament de deuxième ligne (état de mal épileptique réfractaire), préparez-vous à l'intubation et orientez l'enfant vers l'équipe de réanimation pédiatrique. Si vous n'êtes pas prêt pour l'intubation et l'anesthésie, alors l'administration d'un médicament de deuxième ligne différent est une alternative.

Commencez l'anesthésie (par exemple avec du midazolam, de la kétamine, du phénobarbital, du thiopental ou du propofol) dans les 40 minutes suivant le début des convulsions, avec intubation et ventilation mécanique. Visez l'arrêt des crises cliniques et la suppression des décharges sur l'électroencéphalogramme (EEG). Surveillez l'instabilité respiratoire et hémodynamique, les troubles métaboliques, l'insuffisance rénale, la rhabdomyolyse et les effets indésirables des médicaments.

Convulsion > 5 min

1ère intention: **Diazépam** (Valium)

2ème intention: Midazolam (Hypnovel IV/IN/PO)

Renouveler la dose de BZD au bout de 5 minutes

> 30 minutes

(EME réfractaire)

Clonazépam (Rivotril)

Dose de charge 0,01 mg/kg/j

Puis 0,1 mg/kg/6h

Puis 0,1 mg/kg/18h

Phénobarbital (Gardénal 20 mg/kg/ en IV / 20 min)

Ou

Phénytoine 20 mg/kg/ en IV / 20 min

Levetéracetam IV (40-60 mg/kg)

Ou

Dépakine IV (20 mg/kg)

Sédation par Hypnovel, thiopental, Propofol, Kétamine et **Intubation**

EEG et IRM cérébrale ± PL

Crise en cours : repères d'action

0 min

Monitorage

PLS, rien dans la bouche, O_2, chronomètre, glycémie capillaire

5 min

Benzodiazépine

(buccale, rectale ou IV)

15 min et plus

Anti-épileptique IV de 2d ligne selon le protocole puis 3ème ligne

30 min et +

État de mal réfractaire

Réanimation

Complications de l'état de mal épileptique

Neurologiques

Œdème cérébral, lésions neuronales, séquelles cognitives et motrices, épilepsie ultérieure

Respiratoires

Hypoxie, inhalation, dépression respiratoire liée aux benzodiazépines

Cardiovasculaires

Arythmies, instabilité hémodynamique, hypotension

Métaboliques

Acidose lactique, hypoglycémie, troubles ioniques

Musculaires et rénales

Rhabdomyolyse, insuffisance rénale aiguë, hyperthermie

Pronostic

Mortalité de 2 à 7 %, dépendent aussi de la cause

Le risque augmente avec la durée de la crise : traiter dès 5 minutes

Vignette Clinique 2

L’EME a cédé sous Rivotril IV (dose d’entretien)

Quel diagnostic à évoquer en premier chez cet enfant ?

A Crise fébrile complexe

B Encéphalite (herpétique)

C Méningite bactérienne

D Encéphalomyélite aigue disséminée (ADEM)

Vignette Clinique 2

L’EME a cédé sous Rivotril IV (dose d’entretien)

Quel diagnostic à évoquer en premier chez cet enfant ?

A Crise fébrile complexe

B **Encéphalite (herpétique)**

C Méningite bactérienne

D Encéphalomyélite aigue disséminée (ADEM)

Vignette Clinique 2

Quels examens complémentaires demander en priorité ?

- **A** PL avec PCR HSV, IRM cérébrale et EEG
- **B** TDM cérébrale et serologies virales
- **C** PL et Sérologie HSV
- **D** PL et hémocultures

Vignette Clinique 2

Quels examens complémentaires demander en priorité ?

- **A** — **PL avec PCR HSV, IRM cérébrale et EEG**
- **B** — TDM cérébrale et serologies virales
- **C** — PL et Sérologie HSV
- **D** — PL et hémocultures

Vignette Clinique 2

Quelle est la conduite thérapeutique ultérieure ?

A Attendre la PCR et le résultat de PL

B Antibiothérapie à visée méningée

C Aciclovir IV 20 mg/kg/ 8h

D Immunoglobulines et corticoides

Vignette Clinique 2

Quelle est la conduite thérapeutique ultérieure ?

A Attendre la PCR et le résultat de PL

B Antibiothérapie à visée méningée

C **Aciclovir IV 20 mg/kg/ 8h**

D Immunoglobulines et corticoides

Vignette Clinique 2

1. Crise focale + Fièvre + trouble de conscience : encéphalite (herpétique) jusqu'à preuve du contraire

2. Aciclovir IV sans attendre la PCR (14 à 21 jours)

3. EME réfractaire : réanimation lourde et complications non négligeables

Vignette Clinique 3

Garçon de 8 ans, développement normal. Deux épisodes au réveil : déviation de la bouche à droite, hypersalivation, impossibilité de parler, conscience conservée, 2 min. Examen neurologique normal, pas de fièvre **Diagnostic le plus probable ?**

A Épilepsie absences de l'enfant

B Épilepsie à pointes centro-temporales (EPR)

C Epilepsie occipitale

D Épilepsie du lobe temporal mésial

Vignette Clinique 3

Adem âgé de 8 ans, développement normal. Deux épisodes au réveil : déviation de la bouche à droite, hypersalivation, impossibilité de parler, conscience conservée, 2 min. Examen neurologique normal, pas de fièvre **Diagnostic le plus probable ?**

A Épilepsie absences de l'enfant

B **Épilepsie à pointes centro-temporales (EPR)**

C Epilepsie occipitale

D Épilepsie du lobe temporal mésial

Epilepsie à pointes rolandiques

Crises

- Focales hémifaciales : clonies de la face, paresthésies de la joue et de la langue, hypersalivation, arrêt de la parole
- Souvent au réveil
- Généralisation possible

Vignette Clinique 3

Quel tracé EEG attend-on chez cet enfant ?

- **A** Hypsarythmie
- **B** Pointes-ondes généralisées à 3 Hz
- **C** Pointes centro-temporales diphasiques, activées par le sommeil, sur fond normal
- **D** Pointes occipitales disparaissant à l'ouverture des yeux

Vignette Clinique 3

Quel tracé EEG attend-on chez cet enfant ?

A Hypsarythmie

B Pointes-ondes généralisées à 3 Hz

C **Pointes centro-temporales diphasiques, activées par le sommeil, sur fond normal**

D Pointes occipitales disparaissant à l'ouverture des yeux

Epilepsie à pointes centro-temporales

Diagnostic

- Début à 3–13 ans, **pic à 7–9 ans**
- Développement et examen neurologique normaux
- EEG : pointes centro-temporales diphasiques, **activées par le sommeil**
- IRM non systématique

Crises

- Focales hémifaciales : clonies de la face, paresthésies de la joue et de la langue, hypersalivation, arrêt de la parole
- Souvent nocturnes
- Généralisation possible



EPCT: Ondes biphasiques en centro-temporal gauche sur une activité de fond normale

Vignette Clinique 3

L’enfant fait une crise par semaine. IRM cérébrale récente normale.

→ **Quelle est votre conduite ?**

A Traitement par Dépakine

B Pronostic favorable avec guérison spontanée à l'adolescence ; abstention thérapeutique

C Corticothérapie systématique

D Chirurgie de l'épilepsie

Vignette Clinique 3

L’enfant fait une crise par semaine. IRM cérébrale normale.

→ **Quelle est votre conduite ?**

A **Traitement par Dépakine**

B Pronostic favorable avec guérison spontanée à l'adolescence ; abstention thérapeutique possible

C Corticothérapie systématique

D Chirurgie de l'épilepsie

Epilepsie à pointes rolandiques

Diagnostic

- Début à 3–13 ans, **pic à 7–9 ans**
- Développement et examen neurologique normaux
- EEG : pointes centro-temporales diphasiques, **activées par le sommeil**
- IRM non systématique

Crises

- Focales hémifaciales : clonies de la face, paresthésies de la joue et de la langue, hypersalivation, arrêt de la parole
- Souvent nocturnes
- Généralisation possible

Traitement

- **Abstention possible** si crises rares et nocturnes
- Sinon : lévétiracétam, valproate ou carbamazépine
- Guérison spontanée vers 15–16 ans

Vignette Clinique 3

- Adem a été traité par valproate de Sodium à la dose de 25 mg/kg/j sans crise depuis 1 an.
- Traitement arrêté depuis 10 jours. Crise tonico-clonique depuis 20 minutes et n'a pas cédé sous Valium.

Quelle est la conduite la plus appropriée ?

A Phénytoïne IV

B Attendre l'arrêt spontané de la crise

C Benzodiazépine IV (Rivotril)

D Dépakine IV

Vignette Clinique 3

- Adem a été traite par valproate de Sodium à la dose de 25 mg/kg/j sans crise depuis 1 an.
- Traitement arrêté depuis 10 jours. Crise tonico-clonique depuis 20 minutes et n'a pas cédé sous Valium.

Quelle est la conduite la plus appropriée ?

A Phénytoïne IV

B Attendre l'arrêt spontané de la crise

C Benzodiazépine IV (Rivotril)

D **Dépakine IV**

Vignette Clinique 3

La crise est contrôlée. Quel bilan demander?

A IRM et PL

B Glycémie, ionogramme, calcémie, taux de valproate

C EEG

D Aucun bilan

Vignette Clinique 3

La crise est contrôlée. Quel bilan demander?

A IRM et PL

B **Glycémie, ionogramme, calcémie, taux de valproate**

C EEG

D Aucun bilan

Epileptique sous Dépakine…

1. Benzodiazépine en première ligne, puis Dépakine IV (Rivotril à défaut)

2. Doser l'antiépileptique et chercher la cause de la décompensation

3. Éducation thérapeutique et plan d'action écrit pour la famille

Vignette Clinique 4

Rami, âgé de 6 ans, ANTD de père épileptique. Il consulte pour crise convulsive tonico-clonique généralisée de durée de 5 minutes, cédant spontanément. A l'examen (10 minutes) : apyrétique, non réveillable, calme, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire.

Conduite à tenir ?

A PLS , 02 et Dextro

B PLS, O2, Dextro et Valium

C PLS, 02, Dextro et Gardénal

D PLS, 02, Dextro et hypnovel

Vignette Clinique 4

Rami, âgé de 6 ans, ANTD de père épileptique. Il consulte pour crise convulsive tonico-clonique généralisée de durée de 5 minutes, cédant spontanément. A l'examen (10 minutes) : apyrétique, non réveillable, calme, stable sur le plan hémodynamique et respiratoire.

Conduite à tenir ?

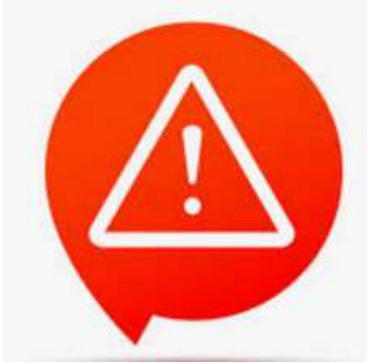
A **PLS , 02 et Dextro**

B PLS, O2, Dextro et Valium

C PLS, 02, Dextro et Gardénal

D PLS, 02, Dextro et hypnovel

Coma post critique



Pas de Valium IV ou IR pour prévenir la récidive de crise épileptique chez un patient en coma post critique

Vignette Clinique 4

Rami a été hospitalisé pdt 24 heures. Examen neurologique normal, pas de fièvre et pas de récidive des convulsions **Conduite à tenir ?**

A Sortant avec demande EEG

B Démarrer un traitement anti épileptique par dépakine ou Levet

C Sortant avec demande EEG et IRM cérébrale

D Rassurer les parents, aucun bilan ni traitement

Vignette Clinique 4

Rami a été hospitalisé pdt 24 heures. Examen neurologique normal, pas de fièvre et pas de récidive des convulsions **Conduite à tenir ?**

A **Sortant avec demande EEG**

B Démarrer un traitement anti épileptique par dépakine ou Levet

C Sortant avec demande EEG et IRM cérébrale

D Rassurer les parents, aucun bilan ni traitement

EEG et convulsions chez l'enfant

- **1ère crise convulsive** quand une épilepsie est suspectée
  - Idéalement dans les 72 heures qui suit la crise
  - EEG normal: n'exclut jamais une épilepsie
- **Classer un syndrome épileptique**
- **Contrôler sous traitement** de l'éradication électrique des crises : Sd de west, absences
- **EME non convulsif**
- **Phénomènes paroxystiques inexpliqués**

Convulsions fébriles Pas d'indication d' EEG


Crises épileptiques de typ
Nouveau logo
1:18 / 1:58

Épilepsie-absence de l'enfant

Diagnostic

- Début à 4–10 ans, pic à 5–7 ans, plus fréquent chez la fille
- Développement et examen normaux
- EEG : pointes-ondes généralisées symétriques à 3 Hz, fond normal, activées par l'hyperpnée

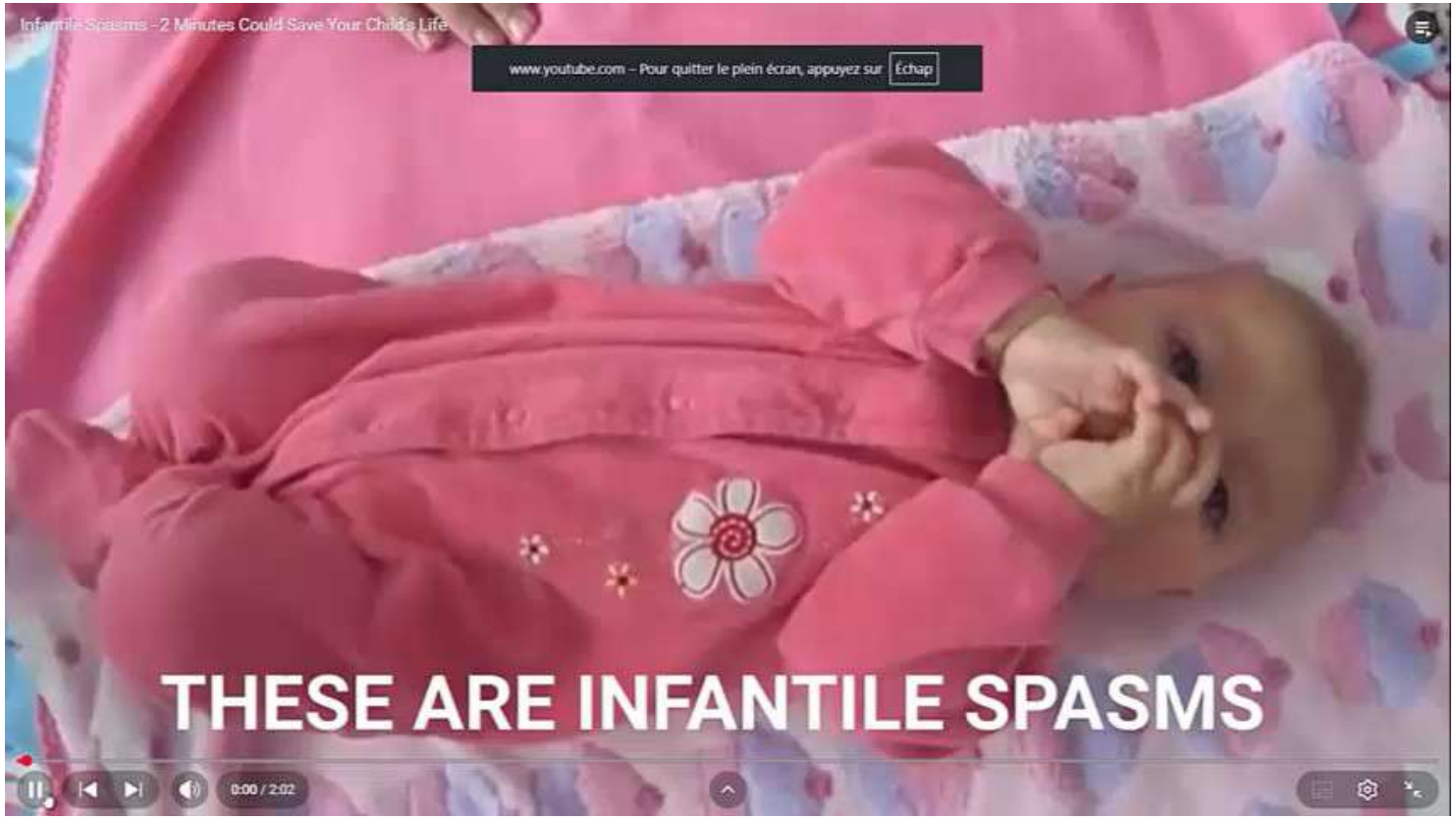
Type de crise

- Absences typiques : rupture de contact brusque, regard fixe, arrêt de l'activité, 5 à 20 s
- Clignements, automatismes oraux possibles
- Sans aura ni confusion après la crise
- Dizaines de crises par jour

Traitement

- Éthosuximide en première intention si absences isolées
- Valproate ou lamotrigine
- Éviter carbamazépine, oxcarbazépine, phénytoïne, vigabatrine (aggravation)
- Rémission fréquente à l'adolescence

Nom	Dose	Indications
Valproate de Sodium	30 mg/kg/j	Essentiellement les épilepsies généralisées
Carbamazépine	15 mg/kg/j	Essentiellement les épilepsies partielles
Phénobarbital	3-5 mg/kg/j	Essentiellement dans les convulsions néonatales
Lévétiracetam	40 mg/kg/j	Epilepsies partielles et épilepsies généralisées
Lamotirgine	1-5 mg/kg/j	Epilepsies partielles et épilepsies généralisées
Vigabatrin	100 mg/kg/j	Syndrome de spasmes infantiles
Topiramate	3-5 mg/kg/j	Epilepsies partielles et épilepsies généralisées


Infantile Spasms –2 Minutes Could Save Your Child's Life
www.youtube.com – Pour quitter le plein écran, appuyez sur Échap
THESE ARE INFANTILE SPASMS
0:00 / 2:02

syndrome de West

Diagnostic

- Triade : **spasmes en salves**, **hypsarythmie à l'EEG**, arrêt ou **régression psychomotrice**
- Début entre 3 et 12 mois, pic à 4–7 mois
- Bilan : IRM, métabolique, génétique (sclérose tubéreuse de Bourneville)

Crises

- Spasmes épileptiques : flexion (ou extension) brusque de la tête, du tronc et des membres
- En salves de plusieurs spasmes, au réveil ou à l'endormissement
- Perte du contact social

Traitement

- **Urgence** : traiter vite pour limiter l'atteinte neurodéveloppementale
- Vigabatrine (Sabril), Corticothérapie ou ACTH avec contrôles EEG

Messages clés

1. Crise fébrile : Rassurer, pas de bilan systématique, Valium : molécule clée
2. Convulsions + trouble de conscience fébriles : Escalade thérapeutique en function des molecules disponibles Pl puis aciclovir sans attendre
3. Épilepsie connue : chercher la cause de la décompensation, éduquer

Merci pour votre attention