

Convulsions de l'enfant

Dr TARI. S

INTRODUCTION

A- DEFINITIONS:

- Crise épileptique
- Crise convulsive= convulsion
- Épilepsie

B- INTERETS:

DEFINITIONS (1)

1- CRISE EPILEPTIQUE:

Phénomènes cliniques en rapport avec une décharge excessive paroxystique et synchrone d'une partie ou de toute la population neuronale.

Elle peut comporter des modifications de la conscience, du comportement, des manifestations motrices , sensibles, sensorielles et des altérations végétatives.

DEFINITIONS (2)

2- CRISE CONVULSIVE= CONVULSION:

C'est une crise épileptique caractérisée par:

- Expression exclusivement **motrice**.
- Elle est **occasionnelle**.

3- EPILEPSIE:

Affection dans laquelle **les crises se répètent** de façon chronique sans cause extra-cérébrale connue. Elle est liée à une anomalie cérébrale **fonctionnelle ou organique**.

INTERETS

- Urgence pédiatrique fréquente
(1 enfant/200 va présenter au moins une convulsion avant l'age de 5 ans).
- Gravité: pronostic vital et fonctionnel mis en jeu.
- Diagnostic positif précoce et étiologique précis
- Prise en charge efficace
- Pronostic.

RAPPEL

PHYSIOPATHOLOGIQUE

1- NOUVEAU-NE: maturation s/corticale —
équivalent convulsif

*migration incomplète des neurones.

*contacts dendrites/axones incomplets.

*myélinisation incomplète

} Décharge localisée

2-NOURRISSON:

Cerveau en pleine maturation, très excitable, décharge lors d'agression aigue (infections, traumatismes, troubles métaboliques...)

3-ENFANT:

Diminution de l'excitabilité à partir de 2-3 ans, crises rares sans substratum anatomique.

DIAGNOSTIC POSITIF

- +++ CLINIQUE
- Facile si crise observée par le médecin.
- Dans le cas contraire, se fier à la description de la crise rapportée par les parents.

- *crises généralisées
- *crises hémi corporelles
- *crises partielles
- *crises néonatales
- *état de mal convulsif

*crises généralisées

1- tonico-clonique: grand mal

2- tonique

3-clonique

4-myoclonique

5-hypotonique



1- crise tonico-clonique:

Rares avant 3 ans, jamais à la période néonatale, apanage du grand enfant.

3 phases:

a- tonique: 10-30 sec, révulsion des globes oculaires, cyanose, enraidissement du corps, hyper-extension des 4 membres.

b-clonique: 30sec-2min, secousses musculaires bilatérales symétriques, morsure de la langue.

c-résolutive: respiration stertoreuse, mousse aux lèvres, hypotonie musculaire, perte d'urine.

++++Sommeil, amnésie post critique.

2- crise tonique

3- crise clonique

4- crise myoclonique: secousses rapides et brèves ressemblant à des sursauts.

prédominant aux racines des membres.



5- crise hypotonique: perte du tonus postural.

*crises hémi-corporelles:

<4 ans, cloniques, à bascule ou généralisées secondairement. Paralysie post critique de TODD, syndrome HH - HHE.

* crises partielles

- activation d'un système anatomo-fonctionnel localisé.
- Chez le nourrisson il associe des phénomènes moteurs, automatiques et végétatifs.
 - clonies des paupières, commissures labiales.
 - déviation conjuguée tête et yeux.
 - fixité du regard, mâchonnement.
 - mydriase, cyanose, bradycardie ou tachycardie.

* crises néonatales

- Territoire limité---diagnostic difficile.

- Équivalents convulsifs:

- clignement des paupières

- pédalage MB<, rames MB>.

- mâchonnements

- TB vasomoteurs, apnées.

Parfois: crises toniques, cloniques focales ou multi-focales, myoclonies rares.

* état de mal convulsif

= crise unique ou plusieurs crises
successives subintrantes sans reprise
de l'état de conscience durant > 30
minutes.+++ urgence

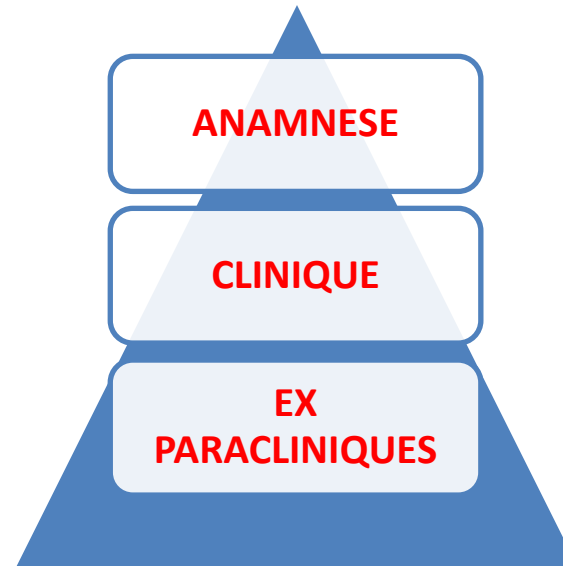
Crise prolongée > 15 min

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- 1- **trémulations**: cèdent à la fixation passive, accentuées par les pleurs, disparaissent au sommeil.
- 2- **spasme du sanglot**: 6-18 mois, contrariété, pleurs.
- 3- **syncope vagale**: fact émotionnels, vertiges, sueurs...
- 4- **accident du RGO**: tonique+ cyanose.
- 5- **TB conscience au réveil d'une sieste**: pas de signification pathologique.
- 6- **crise hystérique**: adolescente, pas de rythmicité, pas d'abolition de l'état de conscience.

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

A- ENQUETE ETIOLOGIQUE



B- ETIOLOGIES

A- ENQUETE ETIOLOGIQUE

- variable en fonction de l' âge.

ANAMNESE:

- antécédents familiaux d'épilepsie ou de convulsions fébriles.
- Asphyxie néonatale.
- Réanimation à la naissance.
- Développement psychomoteur.
- Crises antérieurs: âge, circonstances, traitement.
- Prises médicamenteuses, ATCD pathologiques

CLINIQUE:

- analyse sémiologique de la crise.
- Examen complet+++ température, TA.

EX PARACLINIQUES:

NNE: glycémie, calcémie, magnésémie, natrémie, PL, NFS, HEMOCULTURES, ETF, EEG+++PC

NRS: si fièvre----PL

CVS apyrétique: métabolique, toxico, EEG, ETF, TDM

B- ETIOLOGIES

- NOUVEAU-NE:

ANOXO-ISCHEMIE PERINATALE

- Précoces, toniques ou cloniques pluri focales
- EEG inter critique = valeur pronostique

TB METABOLIQUES

- Hypoglycémie, hypocalcémie, hypo magnésémie.
- Prématuré, RCIU, nouveau-né de mère diabétique

INFECTIONS DU SNC

- Méningites.
- Méningo-encéphalites (foetopathies).

autres: malformations, hémorragies, sevrage.

NOURRISSON



Sans fièvre

Avec
fièvre

CVS SANS FIEVRE

TB METABOLIQUES

- Hypocalcémie, hypoglycémie, hypo magnésémie
- Hyper natrémie, TB innés du métabolisme, alcalose

INTOXICATIONS

- Médicaments, toxiques.
- Accidentelle.

AUTRES

- TR crânien, encéphalopathie hypertensive, SHU
- Anoxie cérébrale aigue, hématome sous dural.

CVS AVEC FIEVRE

1-fièvre due à des infections du SNC:

PL+, méningite, encéphalite, abcès..

2-fièvre /encéphalopathie para-infectieuse:

Sd Reye, encéphalite post rougeole ou post vaccin anti-coquelucheux.

3-hyperthermie maligne du nourrisson:

défaillance multi-viscérale.

4-fièvre due à une infection extra-cranienne=

CVS FEBRILES

CVS FEBRILES

- Garçon+++ 4mois-5 ans, pic à 18 mois
- Fièvre>39 (75%).
- rapidité de l'ascension thermique+++24h
- Absence d'infection intracrânienne
- Absence d'affection cérébrale connue
- Pas d'ATCD de CVS sans fièvre
- Pas de retard mental ou troubles neurologiques
- Fait suite à des infections ORL, GEA, urinaires, pulmonaires, exanthème subit, shigellose.

2 groupes {
simples
complexes

Cvs fébriles simples

- Généralisées, brèves, pas de déficit post critique.
- Seuil de température élevé, pronostic excellent

Cvs fébriles complexes

- Unilatérale, prolongée voire EMC, déficit post critique.
- Répétées, risque d'épilepsie+++

GRAND ENFANT

Avec fièvre

- Méningite aigue.
- Méningo-encéphalite.
- Abscès cérébral.

Sans fièvre

- HTA.
- Tumeur cérébrale.
- Intoxications volontaires.

CONDUITE PRATIQUE DU TRAITEMENT

- 1- MISE EN CONDITION
- 2- TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE
- 3- TRAITEMENT SPECIFIQUE
- 4- TRAITEMENT ETIOLOGIQUE

mise en condition

- position de sécurité.
- Desserrer les vêtements.
- Assurer la perméabilité des voies aériennes supérieures- aspiration- canule de GUEDEL.
- Oxygéner le malade.
- Voie d'abord veineuse (bilan, traitement)
- Monitoring des constantes vitales
- Collecteur d'urines .

Traitement symptomatique

= arrêter la crise.

NRS- ENF: **Diazépam** 1^{ère} intention

0.5mg/kg/dose intra rectale. Pic sérique:
6min

A répéter si nécessaire--- max=1.5mg/kg/j

Généralement la crise cède---profiter pour compléter l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires.

Traitement spécifique

Exp: convulsion fébrile.

1^{er} épisode= hospitalisation systématique à fin:

- PEC immédiate reprise des convulsions
- PEC des parents: abaisser température

Moyens physiques: déshabiller l'enfant, bain tiède, vessie de glace, enveloppements froids, boissons abondantes...

Moyens chimiques:

- paracétamol: 60mg/kg/j en 4-6 prises
- Ibuprofène: 1 dose/poids 3*/j
- Aspirine?

Traitement de la cause de la fièvre.

Traitement étiologique

- Méningite: ATB
- Encéphalite: acyclovir
- Abscès cérébral: ATB+ chirurgie
- Hypo ca: correction IVL puis ration majorée 48h puis relai per os.
- Hypo G: 1g/kg G10 puis ration base PS.
- HTA: fonction du mécanisme en cause
- Hématome sous dural: neuro-chirurgie.

Cas particulier de l'état de mal convulsif

- Hospitaliser en USI (respirateur)
- Diazépam: 1.5 mg/kg/j----crise persiste après 30 min → **phénobarbital** (1cc= 40 mg)

Attaque: NRS:15mg/kg/j

enf: 10 mg/kg/j

Entretien: 3-5 mg/kg/j.

- Si échec: **clonazépam**: 0.05-0.2mg/kg/j
hypnovel, penthotal

État de mal

- Traitement symptomatique:
 - Tête proclive
 - Restriction hydrique
 - Traitement de l'oedème cérébral
 - Maintien d'un bon état hémodynamique.
- Rechercher l'étiologie
- La ventilation mécanique s'impose dans la majorité des cas.

Convulsions néonatales

- Manipuler avec douceur
- En couveuse ou table chauffante
- Position de sécurité
- Collecteur d'urines
- Vider l'estomac, aspirer, sonde de décharge, canule de GUEDEL.
- Oxygénothérapie
- Dextostix++++
- Voie d'abord: cathéter ombilical.

Convulsions néonatales

- Rechercher l'étiologie sans retarder la prise en charge.
- Si dextro bas---corriger la glycémie
- Si dextro normal—phénobarbital
20mg/kg= dose de charge IVL
- A renouveler 1 seule fois,
max=40mg/kg/j
- puis entretien: 3-5 mg/kg/j.
- Traitement étiologique.

Convulsions néonatales

- Diazépam déconseillé:
 - Dépression centres respiratoires
 - Doses toxiques et efficaces proches
 - Déstabilise la liaison: bilirubine-albumine.
- Arrêt du phénobarbital:
 - Dès que examen neuro: normal, pas de cvs
 - EEG pas de paroxysmes
 - Pas au delà de 3 mois.

Évolution, pronostic

- Convulsion fébrile simple: évolution bénigne
- Convulsion complexe: risque de récurrence+++, d'épilepsie après l'âge de 5 ans surtout si:
 - 1^{ère} crise avant 1 an.
 - Épilepsie dans la famille.

Discussion du traitement de fond.

Vaccin anti coquelucheux?

