

Constantine le 10/10/2021

ZBenhacine

Maitre assistante CHUC ET FacIII

CONVULSIONS EPILPESIE CHEZ ENFANT(nouveau-né exclu)

A.CONVULSIONS CHE ENFANT

I.INTRODUCTION

a. définition

La crise convulsive est une manifestation motrice d'une crise épileptique occasionnelle .C'est un phénomène paroxystique caractérisé par des contractures brusques et involontaires de la musculature strié avec ces 2caractérisqtiques : son expression motrice et son caractère occasionnel

b.Interet

Fréquence 2a 7% de nourrissons font des convulsions fébriles

Gravité décès liés à l'état de mal convulsif

Pronostic lié a la crise fébrile complexe avec risque Etat de mal convulsif et au passage à l'épilepsie dans 2% des cas

c.Physiopath

-Facteurs génétiques ATCD de crises fébriles dans la famille.

-Rôle de la fièvre

-Rôle de l'alcalose

-Rôle des interleukines

II.DEMARCHE DIAGNOSTIQUE

Une convulsion chez l'enfant est lié à une fièvre ou à une pathologie neurologique aigue

A. Crise convulsive dans un contexte fébrile

A1.Reconnaitre une Convulsions fébrile

→La convulsion hyperthermique ou convulsion fébrile du nourrisson ou de enfant est une manifestation paroxystique avec des contractions musculaires involontaires généralisées liés à des températures élevées souvent supérieurs à 39° sans rapport avec une infection du système nerveux central . Toute convulsion survenant avant 6 mois doit faire rechercher un autre type d'épilepsie

→ Elle est évoquée devant : Age 6mois-5ans avec un pic à 18mois, souvent un garçon avec ATCD familiaux de convulsions fébriles dans la famille .

La conduite devant une convulsion fébrile est la suivante :

Une première étape : Vérifier qu'il s'agit bien d'une **convulsions fébrile** , et non pas une crise d'épilepsie, pas de méningites ni encéphalites, vérifier l'absence d'anomalies du neurodéveloppement et de examen neurologique .

Une 2^{ème} Etape : rechercher les **signes de gravite** de la convulsions fébrile : **état de mal convulsif** : (durée de secousses ≥ 15 minutes) , **le caractère focale** (encéphalite herpétique), **la répétition des crises dans les 24h**, **déficit post critique**. → hospitalisation

→ Devant une convulsion héli corporelle clonique prolongé dans un contexte fébrile chez un nourrisson , savoir penser :

:

Une encéphalite herpétique

Syndrome HHE (hémi convulsion, épilepsie, hémiplegie)

Un syndrome de dravet

Une convulsion fébrile complexe

Une 3^{ème} étape Distinguer entre convulsion fébrile simple et convulsion fébrile compliqué

	Convulsions fébriles simples	Convulsions fébriles compliqués
Age mois	>12	≤ 12 mois
Durée de crise	<15	≥ 15 minutes
Localisation	généralisée	focale
Examen neuro Examen post critique	normal	anormal
ATCD familiaux D'épilepsie	Pas d'ATCD familiaux	d'ATCD familiaux

→ Devant une convulsion fébrile les points suivants doivent être discuter : place de la ponction lombaire, évaluation du risque de récives, indication du traitement d'urgence ou traitement préventif en cas de récives de crises

→ **Place de la ponction lombaire** il faut se baser sur l'âge, les données de l'anamnèse, et de l'examen clinique. La surveillance en hospitalisation des CFS chez les nourrissons de moins de 1an. dans les Convulsions fébriles simples CFS selon les recommandations de American Academy of Pediatrics(pediatrics2011) :

La PL est indiqué en cas de signes cliniques en faveur d'une méningite ou d'une infection du SNC .

Elle est discutée chez les enfants de 6mois à 1an si status vaccinal non a jour ou inconnu ou chez enfant ayant reçu un traitement antibiotique.

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE CONVULSION FEBRILE

Pas d'hospitalisation si crise fébrile simple

Hospitalisation si crise fébrile compliqué ou état de mal convulsif ou signes de gravité en unité de soins intensive ou en réanimation :Antipyrétiques et anticonvulsivantes +/-

Mise en condition abord veineux , bilan, scope , traiter le foyer infectieux.

Position de sécurité DLG – desserrer les vêtements . – libérer les VAS :aspiration, si nécessaire MEP d'une canule de guedel. – Oxygenotherapie. – Voies d'abords pour le bilan et pour le traitement. – Sachet collecteur des urines +cu+diuèrese horaire

→Antipyrétiques :Paracétamol 15mg/kg/4 , Ibuprofène 10mg/kg/J donné à la 3 ème heure du paracétamol

→Anticonvulsivant : si crise >5 minutes donner le valium en intra rectal à raison de 0,5mg/kg/prise renouvelé à 10 minutes si crise n'a pas cédé , si crise ne cède pas plus de 10minutes donner le valium en IV 0,25mg/kg/prise puis Rivotril 0,05mg/K/ IV , puis gardéнал 20mg/k/J si C ≥ 30'.

→Etat de mal convulsif SI crise se prolonge de plus de 30minutes, après 2 doses de valium Orale et une 3^{eme} injection de valium IV,

hospitalisation en réanimation avec oxygénation et ventilation recours aux autres anticonvulsivants par voie IV

3 ème ligne crise >1heure avec echec de 2 ou 3Anticonvulsivantes

les autres thérapeutiques

keppra IV dépakine IV

Kétamine IV

Epithomax Orale

régime cétoène

→**EVALUATION DU RISQUE DE RECIDIVE APRES UNE CRISE FEBRILE SIMPLE** :Les facteurs de risque :

- Age ≤12mois-ATCD Familiaux 1^{er} degré de CF-

-Fièvre ≤38,5%-

- Crise précoce dans l'accès fébrile (moins d'une heure).

Le risque de récurrence est de 10% en absence de facteurs de risque, 25% si 1 FDR, 50% si 2 FDR et de 80% si ≥ 3 facteurs de risque.

→ **TRAITEMENT DE FOND APRES UNE CRISE FEBRILE SIMPLE :**

Il faut toujours discuter le rapport bénéfice risque, car l'efficacité n'est pas à 100%.

Selon ILEA Le traitement préventif est indiqué si plus de 3 crises en 6 mois, ou plus de 6 crises par An, ≥ 3 FDR de récurrence de CFS

TRAITEMENT DISCONTINUE traitement discontinu ou intermittent par valium Oral 0,01mg/kg/J, ou en intrarectal 0,5mg/kg/12H PENDANT 48H instaurés dès le début de l'accès fébrile

TRAITEMENT CONTINUE la dépakine à 30mg/KG/J ou Keppra 30mg/K, à atteindre progressivement.

B. Crise convulsive dans un contexte aapyrétique

A.1^{ER} ETAPE IDENTIFIER LA CRISE NON FEBRILE

B. APPRECIER SA GRAVITE

- Durée plus de 15 minutes
- Signes de mauvaise tolérance
- Age inférieur à 1 an
- déficit post critique stable entre 2 examens

B. INDICATION DU BILAN EN URGENCE

Scanner cérébral + injection

Bilan biologique +++ selon orientation

C. LES DIFFERENTS ETIOLOGIES.

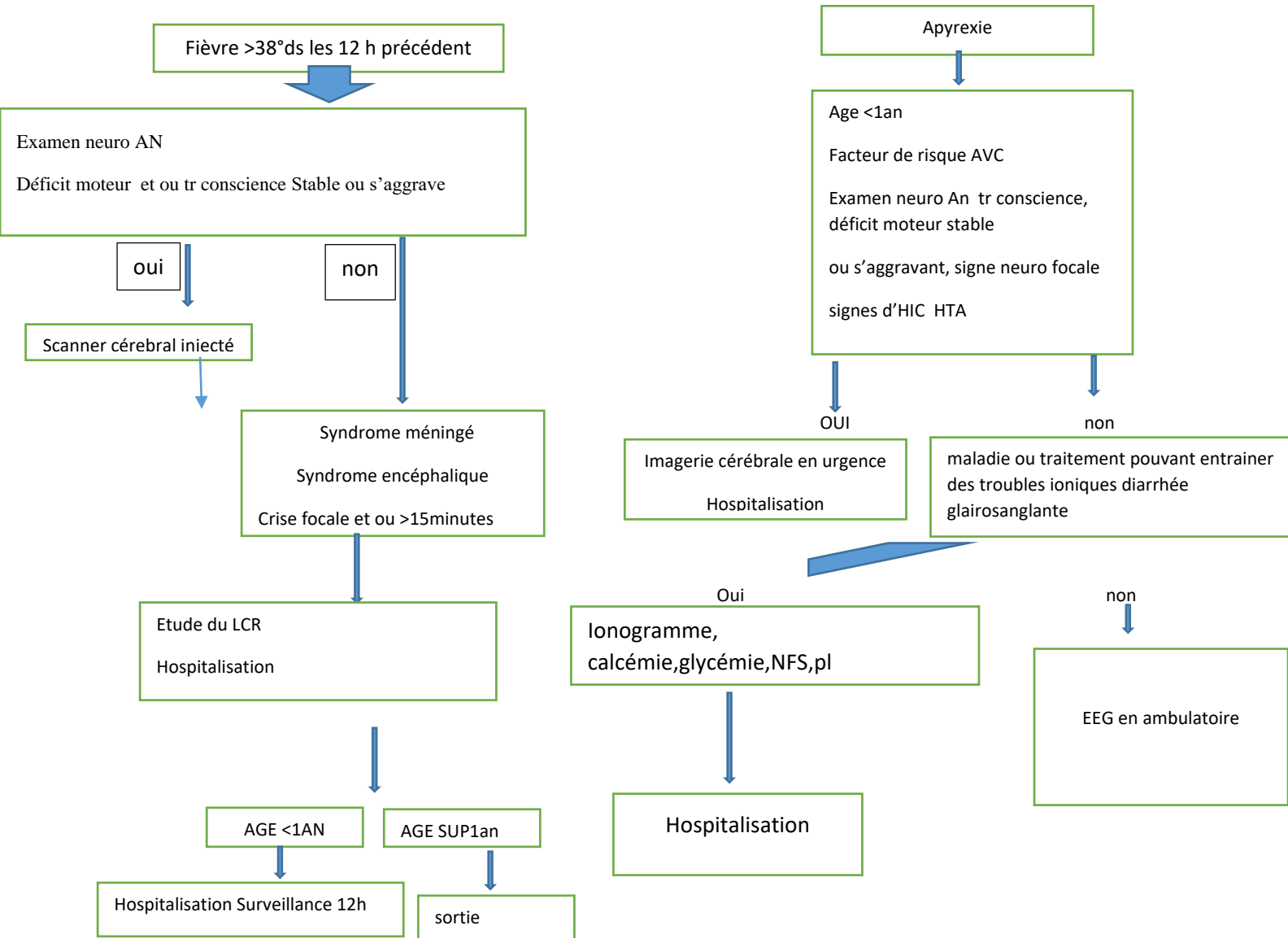
Infectieuse	→	Voyage
Traumatique	→	Age inférieur à 1 an
Vasculaire	→	HTA, ATCD cardiaque souffle, insuffisance cardiaque
Toxique	→	Troubles de la conscience co contexte
Métabolique	→	Age moins de 1 an : glycémie calcémie, mg, contexte GEA
Tumorale	→	Signes d'HIC

--	--

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE CRISE CONVULSIVE SANS FIEVRE

1^{er} crise sans fièvre avant 1an	1^{er} crise sans fièvre ≥ 1an ou sans signes de gravite	
Redouter un hématome sous dural, syndrome de bébé secoue , Hospitalisation en urgence , Scanner cérébral	Examen neurologiqueN	Examen neurologique AN
	sortie avec bilan dans les plus brefs délai Epilepsie EEG +++++	Hospitalisation, scanner cérébral injecté

Première crise/Convulsions chez enfant



EPILEPSIE CHEZ ENFANT

I.INTRODUCTION

IA.DEFINITION

→ la crise d'épilepsie est une manifestation electro-clinique paroxystique motrice, sensitive, sensorielle ou psychique accompagné ou non d'une perte de connaissance du à une décharge anormale, excessive et hypersynchrone d'une population + /-étendu de neurones du cortex cortical . elle est définie par :

→ La survenue de 2ou plus de crises non provoquées séparées de 24heures.

→ Une crise non provoquée et avec une probabilité de récurrence >60% dans les 10 ans suivant

→ Un syndrome épileptique diagnostiqué .

→ l'épilepsie : c'est une affection chronique caractérisée par une prédisposition prolongée à présenter des crises épileptiques et par les conséquences neuro-biologiques, cognitives, psychologiques, et sociales associées à ces situations. encéphalopathie épileptique : l'activité électrique anormale ictale et interictale interfère avec le fonctionnement du cerveau en développement et conduit à des troubles cognitifs et du comportement.

→ syndrome épileptique âge dépendant 2. intérêt fréquence 2ème maladie chronique après asthme,

Intérêt 50% des épilepsies se manifeste avant l'âge de 10 ans, 2-7% des nourrissons présentent des convulsions fébriles . gravité mortalité espérance de vie des épileptiques est globalement < de 10 à 20% /population n morbidité handicap neurocognitif associé etiologies ↗ des épilepsies symptomatiques par / des progrès de la neuroimagerie bilan génétique

épilepsie résolue : - sans crise depuis 10 ans et sans traitement anti-épileptique depuis 5 ans.

II. RECONNAITRE UNE EPILEPSIE / le diagnostic est avant tout clinique , basé sur

1. L'identification des données anamnestiques recueillies auprès de l'entourage de l'enfant (témoin) au décours de chaque crise épileptique en faveur de la crise épilepsie : le caractère paroxystique et stéréotypique de la crise

2. Analyse sémiologique de la crise en se basant sur la description rigoureuse et orientée de la crise par les parents ou par l'enfant en insistant sur le 1^{er} symptôme ressenti les signes associés phase post critique et éventuels facteurs déclenchants

3. Vidéo des crises ramenées par les parents ou les médecins de garde .

III. ELIMINER CE QUI N'EST PAS UNE CRISE EPILEPTIQUE

→ Trémulations sont des mouvements oscillatoires, des extrémités physiologiques liés à une hypothermie ou secondaire à une souffrance cérébrale, survenant les 48 premiers jours, et cédant durant le sommeil ou à la fixation du membre.

→ Spasmes de sanglot : survient entre 6 mois et 2 ans, se sont des apnées avec cyanose, bradycardie, hypotonie et une perte de connaissance de 10-20 secondes, déclenchés par des pleurs, contrariété, colère, disparaissent vers l'âge de 3 ans

→Syncope vagale se sont pertes ou des atténuations paroxystiques de la vigilance provoqué par la fatigue, l'émotion, l'orthostatisme s'observe chez le grand enfant

→Accidents de reflux gastroœsophagien accès tonique avec apnée cyanose hypotonie Troubles de la conscience au réveil d'une sieste.

→Les myoclonies d'endormissements survient à l'endormissement ou au sommeil léger, parfois massives pouvant réveiller l'enfant, rarement bilatérales et synchrones, aucun élément paroxystique à l'EEG, aucun traitement, sinon aggravation.

→Hyperplexia ou maladie des sursauts Début néonatal, malaises grave avec accès tonique cyanosant prolongée, sans perte de conscience. Sursauts pathologiques sursauts inépuisable,

IV. Classification des crises épileptiques

A. **LES CRISES EPILEPTIQUES GENERALISEES**

A1 les crises motrices

a . Les crises généralisées tonico- cloniques

Débutent de manière brutale, avec une perte de connaissance et une chute si l'enfant est en position verticale sans qu'il ne puisse prévenir ou se protéger. se succèdent : une phase tonique (contraction soutenue des 4 membres avec arrêt respiratoire) de 10 à 20 secondes, une phase clonique (secousses rythmiques et synchrones des 4 membres) de 30 secondes à 2 minutes (avec parfois morsure de langue), puis une phase de relâchement musculaire (avec perte d'urine fréquente). on observe enfin une phase post-critique de quelques minutes à 2–3 heures, avec amnésie complète de la crise.

b .Les crises toniques

c .Les crises atoniques

d .Les crises cloniques

e. Les spasmes épileptiques

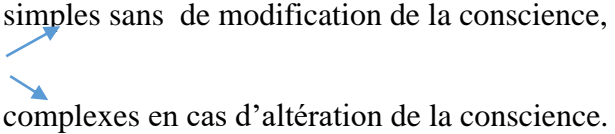
A1 Les crises non motrices

b .Les absences surviennent de manière pluriquotidienne, avec un début et une fin brusques. elles sont marquées par une suspension brève de la conscience (2 à 20 secondes), avec interruption des activités en cours. le regard de l'enfant est fixe, avec parfois des myoclonies de faible intensité des paupières et des globes oculaires. l'enfant reprend ensuite son activité où il l'avait arrêtée. elles peuvent être déclenchées par l'hyperpnée.

c. Les **myoclonies massives** entraînent un sursaut brutal et une chute secondaire à une contraction brève de la musculature axiale, sans rupture de contact, avec ré

B. LES CRISES EPILEPTIQUES PARTIELLES OU FOCALES

Elles se caractérisent par des signes focaux (moteurs, sensitifs, sensoriels...) stéréotypés, suivis d'un déficit post-critique, en rapport avec la région cérébrale en cause. Par exemple, une crise partielle occipitale se traduira par des hallucinations visuelles ; une crise partielle centrale par des clonies de l'hémicorps controlatéral. Elles peuvent être secondairement généralisées.

Elles sont qualifiées de crises épileptiques 

-Crise focale motrice

-Crise focale végétative.

-Crise focale sensitive ou sensitivo-végétative

C. Etat de mal épileptique état de mal convulsif : état de mal convulsif : crise épileptique prolongé ou plus de deux crises répétées à des intervalles brefs, sans de reprise de la conscience durant plus de 30 minutes. La prolongation des crises peut conduire au décès ou provoquer des lésions cérébrales définitives.

V. RECONNAÎTRE LA GRAVITÉ DE L'ÉPILEPSIE

Situation urgente état de mal épileptique idem que les cvs Etat respiratoire : une hypoventilation : pauses respiratoires, apnée, hypoxie. – Etat hémodynamique : signes de choc : FC, TA, POULS, TRC. – Etat neurologique EMC

La gravité de l'épilepsie est liée

b. l'épilepsie elle-même

Le pronostic est réservé dans les épilepsies : symptomatique \geq cryptogénique \geq idiopathique

Aux malformations cérébrales lésions anoxoischémiques

Anomalies génétiques chromosomiques ex sd de Dravet

c. Aux caractéristiques de crises

Type de crises CTCEG chutes et traumatisme crânien

Intensité de la crise c prolonge risque état de mal convulsif

d. Au retentissement d'épilepsie Sur la vie quotidienne, scolaire et social

e. la thérapeutique pharmacorésistance

f. Son étiologie

-. RECONNAIRE ETIOLOGIE DE EPILEPSIE : ENQUETE ETIOLOGIQUE

A. ENQUETE CLINIQUE

Interrogatoire

ATCD PERINTAUX Apgar naissance, terme PNN ,hospitalisations antérieurs

Consanguinité

ATCD familiaux épilepsie

Age de enfant et le début de épilepsie

Développement psychomoteur avant et après le début de épilepsie

Croissance du périmètre crânien

Analyse sémiologique de la crise type, durée de la crise ,horaire de survenue,

Examen clinique

Rechercher une dysmorphie, les anomalies de examen neurologiques ,les anomalies du développement psychomoteur , examen somatique , anomalies sensoriels signes ophtalmologiques, signes cutanés hépatosplénomégalie, souffle cardiaque

B.ENQUETE PARACLINIQUE

B1Eletroencephalogramme

ELETROENCEPHALOGRAMME CRITIQUE de longue durée avec vidéo simultané et ENMG permet de visualiser le type de crise par la vidéo, et son corollaire électrique :décharge de pointe, pointe onde, polypointe ondes , décharge rythmique alpha, théta, delta

ELETROENCEPHALOGRAMME INTERCRITIQUE montre les signes indirectes de la crise :ondes lentes, focales ou généralisées, des pointes

B2 IRM CREBRALE

B3.BILAN GENETIQUE ET METABOLIQUE

-. Les résultats de enquête étiologique

→ **EPILPESIE BENIGNE EPILEPSIE A POINTE CENTRO-TEMPORELLE**
SUIVRE MEME DEMARCHE

1^{ER} ETAPE :description de la crise

20% des épilepsie chez enfant

Crises nocturnes ou au réveil

Enfant semble comprendre ne répond pas.

Il ressent des paresthésies au niveau des lèvres ,la langue et les joue

Crises héli corporelles brachiofaciales

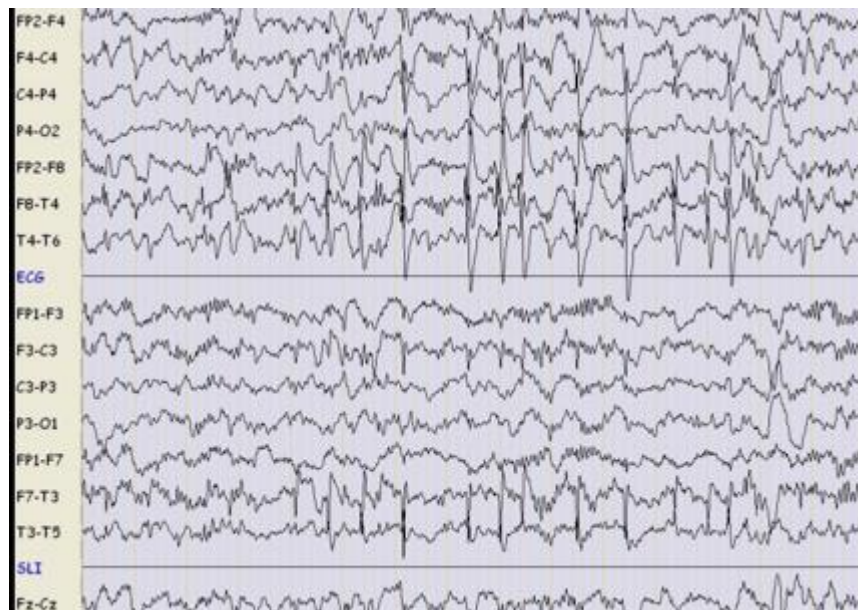
Bilatéralisation possible de la crise

Pas d'impact cognitif majeur, mais troubles cognitifs spécifiques très fréquents :déficits attentionnels

EEG intercritique – organisé – Pointes centro-temporales activées au sommeil lent – Parfois pointes ondes lentes associées.

Eviction un traitement médicamenteux de fond inutile

Suivre la scolarité avec aménagement scolaire exemple ne pas mettre a coté de la fenêtre



→ EPILEPSIE ABSENCE CHEZ ENFANT

AGE 4-7ans

Pas D'ATCD Apprentissage dans les normes

Crises isolées

pluriquotidienne :rupture de contact brèves à début et fin brusque ,favorisées par hyperpnée

EEG de veille avec 3 épreuve d'hyperpnée critique décharges de pointes ondes généralisées à 3C/S

EEG inter critique organisé , parfois des ondes lentes postérieurs

Pas de conséquences cognitives majeurs troubles attentionnelles

Pharmaco sensibilité : Zarontin ≥ Depakine ≥Lamictal

→.SPASMES EPILEPTIQUES

Age Nourrisson 4-8mois

Naissance normale

Développent psychomoteur normal

Crises

EATPE 1 Pluriquotidien :Abduction brutale des membres supérieurs et flexion des membres inférieurs

Durée brève environ 1seconde,

En salves ou en cluster,

Stéréotypies

ETAPE 2 Spasmes épileptiques

ETAPE 3 Syndrome de west cryptogénique

ETAPE 4 bilan étiologique SpectroIRM cérébral ,Bilan métabolique et génétique orienté

Etape 4 Epilepsie sévère 50% de retard mental ,le pronostic est lié à l'étiologie, le pronostic peut etre amélioré par la mise sous traitement adapté précoce

Les étiologies sont multiples

Structurelle acquise ou congénitale

séquelles d'anoxo-ischémie périnatale,

Sclérose tubéreuse de Bourneville,

Dysplasie corticale

- Génétique : gène de développement /gène d'épilepsie

- Métabolique

- Inconnue

**Traitement : - 1ere ligne : SABRIL : 100mg/kg/j en 2 prises - 2eme ligne :
Hydrocortisone : 15mg/kg/j - 3eme ligne : ACTH retard : 0.05UI/kg/j IM pdt 14 j.**

VII.TAITEMENT DE EPIELSIE

Principe de traitement

On traite pas les crises mais une maladie qui est épilepsie

Diagnostic du syndrome épileptique obligatoire avant la mise sous traitement

En absence de diagnostic, on peut traiter sur un risque de récurrence

Thérapeutiques antiépileptiques :

Epilepsie généralisée

ETHOSUXIMIDE dans EAE

Lamotrigine dans les EGI

Epilepsie focales

EPCT Abstention thérapeutique

EPS tégrétol, lévétiracétam, lamotrigine

DUREE DU TRAITEMENT

Epilepsie est une maladie chronique

Le TRAITEMENT anticrises de durée variable si épilepsie a débuté avant 10ans, le plus souvent à vie si épilepsie a débuté après 10ans ,jusqu'à l'âge adulte