

PRISE EN CHARGE DES CONVULSIONS FEBRILES

Les convulsions fébriles typiques (c.-à-d. une crise tonico-clonique d'une durée maximale de 15 minutes lors d'un épisode fébrile chez un enfant âgé de moins de 5 à 6 ans, avec rétablissement complet dans les 60 minutes) sont généralement bénignes. La prise en charge consiste surtout à rassurer les parents et les soignants et à bien les informer, entre autres sur ce qu'il convient de faire en cas de récurrences. Une étude randomisée récente renforce les preuves que les antipyrétiques n'ont pas d'effet sur la survenue ou sur l'évolution des convulsions fébriles. Lorsqu'il est indiqué d'interrompre la crise convulsive, par exemple en cas de convulsions prolongées, le diazépam par voie rectale constitue le premier choix.

Les "convulsions fébriles" sont définies comme des convulsions qui apparaissent chez l'enfant entre l'âge de 3 mois à 6 ans lors d'un épisode fébrile; dans la plupart des cas, les convulsions se manifestent au début de l'épisode fébrile, et dans la moitié des cas, les convulsions fébriles sont la première manifestation de la fièvre. Les convulsions fébriles dites "simples" ou "typiques" (75% des cas) sont en principe bénignes et ont un pronostic cognitif normal. Les convulsions typiques sont généralisées et de courte durée (jusqu'à 15 minutes, avec un rétablissement complet et spontané de la conscience dans les 60 minutes, pour autant que du diazépam n'ait pas été administré). En cas de convulsions fébriles "complexes" ou "atypiques", c.-à-d. des convulsions fébriles chez un enfant de moins de 5 mois ayant de la fièvre, des convulsions fébriles récidivant au cours d'un même épisode fébrile, des convulsions fébriles durant plus de 15 minutes, ou des crises convulsives fébriles focales, ou à plus forte raison en présence de symptômes tels que des pétéchies, il convient d'envisager une pathologie plus grave (une méningite par exemple) et de rediriger le patient; les enfants qui présentent des convulsions fébriles complexes ont un risque accru

d'épilepsie. Deux à cinq pour cent des enfants présentent au moins une fois des convulsions fébriles, et on estime qu'environ un tiers de ces enfants présenteront une récurrence lors d'un épisode fébrile ultérieur (ce risque est le plus élevé en cas d'antécédents familiaux de convulsions).

Utilisation d'antipyrétiques

La conclusion d'un article à ce sujet paru dans les Folia de novembre 2001 était que l'administration d'antipyrétiques en cas de fièvre n'est pas très efficace pour prévenir les convulsions fébriles, mais que cela peut améliorer le confort de l'enfant: cette conclusion reste correcte. Une étude randomisée récente, contrôlée par placebo en double aveugle, fournit de nouvelles preuves qui confirment l'intérêt limité des antipyrétiques. Dans cette étude d'une durée de 2 ans, ayant inclus 231 enfants ayant déjà eu un premier épisode de convulsions fébriles, on a administré aussi vite que possible, à chaque épisode fébrile, du diclofénac par voie rectale (1,5 mg/kg) ou un placebo, suivi 8 heures plus tard, par l'administration orale d'ibuprofène (10 mg/kg) ou de paracétamol (15 mg/kg) ou encore d'un placebo, et ce jusqu'à quatre fois par jour tant que la fièvre était

supérieure à 38°C. Les résultats n'ont pas révélé de différence dans l'apparition des convulsions fébriles (environ 23%, indépendamment de ce qui a été administré). L'administration "open-label" de doses supplémentaires d'antipyrétiques n'a pas influencé davantage l'apparition de convulsions fébriles. Il ressort aussi de l'étude que la fièvre restait plus élevée lors d'un épisode associé à des convulsions fébriles que lors d'un épisode sans convulsions fébriles, et ce malgré l'administration d'antipyrétiques (39,7°C° par rapport à 38,9°C; différence de 0,7°C, intervalle de confiance à 95% de 0,9 à 0,6°C). Les antipyrétiques n'ont donc aucune influence sur la survenue ou sur l'évolution des convulsions fébriles.

Utilisation d'antiépileptiques

- Un traitement médicamenteux n'est généralement pas nécessaire en cas de convulsions fébriles typiques: l'évolution est en effet spontanément favorable dans la plupart des cas (dans les 10 minutes chez 87% des enfants) et le traitement n'influence pas le pronostic. Lorsqu'un traitement est quand même administré, le diazépam par voie rectale (à l'aide d'une rectiole) constitue le premier choix. La dose est la suivante:

- chez les enfants de moins d'un an: 0,5 mg/kg
- chez les enfants âgés de 1 à 3 ans: 5 mg (0,2 à 0,5 mg/kg)
- chez les enfants âgés de plus de 3 ans: 10 mg (0,2 à 0,5 mg/kg).

Si les convulsions persistent, il convient de répéter la dose après 10 minutes, et une hospitalisation d'urgence s'impose.

- L'administration préventive de diazépam (par voie orale, 0,33 mg/kg toutes les 8 heures) en cas d'épisode fébrile chez un enfant ayant des antécédents de convulsions fébriles, n'est à envisager qu'en cas de récurrences fréquentes (par exemple après 3 épisodes de convulsions fébriles, ou plus rapidement en cas de développement neurologique anormal ou de convulsions fébriles complexes). On ne dispose pas de preuves rigoureuses d'efficacité, et cela comporte des effets indésirables (p.ex. ataxie, somnolence, irritabilité).

- Bien qu'un traitement préventif continu par l'acide valproïque ou le phénobarbital diminue le risque de récurrences de convulsions fébriles, un tel traitement n'est pas conseillé vu les effets indésirables graves de ces médicaments (p.ex. troubles cognitifs avec le phénobarbital, toxicité hémato-logique avec l'acide valproïque) et vu le caractère bénin des convulsions fébriles.

Remarque complémentaire

Il est primordial de bien informer les parents et les soignants: il convient d'insister sur le caractère bénin des convulsions fébriles; en cas de crise, l'enfant doit être couché sur le ventre ou sur le côté, la tête fléchie, en maintenant les voies respiratoires dégagées.

Note

Les références de cet article sont disponibles sur notre site Web (www.cbip.be).