

# État de mal épileptique pédiatrique – Signes d’alerte

## Évaluation:

- Vérifier glycémie au chevet chez le patient inconscient
- Reconnaître les signes précoces et subtils d’une activité épileptique imminente ou sous-jacente
- Considérer SESC\* si l’enfant n’a plus de convulsions mais demeure inconscient
- Réévaluer fréquemment pour détecter la détresse respiratoire : SaO<sub>2</sub> normale ne veut pas dire ventilation adéquate
- Considérer d’autres étiologies en présence de bradycardie, perfusion sanguine inadéquate, et/ou hypotension; consulter le Centre de référence pédiatrique
- Posture de décérébration ou de décortication **N’EST PAS** convulsion

\*SESC : *status epilepticus sans convulsion*

## Prise en charge:

- Si glycémie  $\leq 2,6$  mmol, administrer 5 mL/kg D10W bolus IV; révérifier glycémie au bout de 5 min
- Préparer médicament de 2<sup>e</sup> ligne tout en administrant le médicament de 1<sup>ère</sup> ligne
- Préparer la prise en charge des voies respiratoires : ballonmasque et/ou ventilation assistée

# Considérations diagnostiques

## Fébrile :

- Risque d'infection du SNC (notamment, si non vacciné ou si immunosupprimé, ou en présence d'un état mental post-convulsif anormal et persistant)
  - Encéphalite
  - Méningite
- Convulsions fébriles complexes
- Autres infections

## Non fébrile :

- Épilepsie connue
- Sous-dosage des anticonvulsivants
- Malformation cérébrale
- Trouble métabolique (hypoglycémie, hyponatrémie, hypocalcémie)
- Ingestion toxique
- Traumatisme cérébral
- Tumeur cérébrale
- Maladie inflammatoire cérébrale