

# État de mal épileptique pédiatrique – Signes d’alerte

## Évaluation

- Vérifier glycémie au chevet si patient inconscient
- Reconnaître les signes subtils d’une activité épileptique : mouvements tonico-cloniques subtils, tachycardie et/ou hypertension
- Considérer la possibilité d’un état de mal épileptique non convulsif si l’enfant n’a plus de convulsions mais demeure inconscient
- Réévaluer fréquemment pour détecter la détresse respiratoire en surveillant CO<sub>2</sub> en fin d’expiration; SaO<sub>2</sub> normale ne veut pas dire ventilation adéquate
- Considérer 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

## Prise en charge

- Si glycémie < 3 mmol, administrer D10W 5 mL/kg bolus rapide IV; révérifier glycémie au bout de 5 min
- Préparer médicament de 2<sup>e</sup> intention tout en administrant le médicament de 1<sup>re</sup> intention
- Préparer la prise en charge des voies respiratoires : masque avec réservoir et/ou ventilation assistée

# État de mal épileptique pédiatrique

## Considérations diagnostiques

### Fébrile

- Infection du SNC
  - Encéphalite
  - Méningite
  - Abscès cérébral
- Convulsions fébriles atypiques

### Non fébrile

- Épilepsie connue
- Sous-dosage des anticonvulsivants
- Malformation cérébrale
- Trouble métabolique (hypoglycémie, hyponatrémie, hypocalcémie)
- Ingestion toxique
- Traumatisme cérébral
- Tumeur cérébrale
- Inflammation du cerveau
- Maltraitance de l'enfant