

Status epilepticus pédiatrique – Algorithme

* chez l'enfant de plus d'un mois

Reconnaître le status epilepticus (État de mal épileptique)

Chez le patient inconscient, un des suivants :

- Convulsions qui persistent > 5 min et/ou convulsion active préhospitalière/à l'arrivée à l'urgence
- 2 crises ou plus sans reprise de conscience complète entre les crises

Prise en charge initiale

- Évaluation ABC, TA; surveillance cardiorespiratoire
- O₂ 10-15 L/min par masque avec réservoir
- En priorité, administration de la première dose de benzodiazépines; ensuite, vérifier la glycémie veineuse
- Surveillance particulière : dépression respiratoire, hypotension, arythmie
- Si fébrile, acétaminophène 15 mg/kg/dose (MAX 650 mg) PR
- **Autres investigations à considérer :**
 - Électrolytes, gaz veineux, calcium, FSC, glycémie
 - Autres : dosage des anticonvulsivants, fonction hépatique, hémoculture, culture d'urine



Phase 1
5-15 min

Traitement en préhospitalier

1. Midazolam intramusculaire (IM)/intranasal (IN) (voir tableau de dosage).
2. Vérifier la glycémie; Si glycémie < 3,3 mmol/L (< 60 mg/dL), administrer D25W bolus IV : 2 mL/kg/dose (MAX 100 mL/dose) OU D10W bolus IV : 5 mL/kg/dose (MAX 250 mL/dose).
3. Si les convulsions persistent après 5 minutes, donner une 2^e dose de midazolam (dose cumulative MAX de 10 mg en préhospitalier).

À l'urgence

1. Administrer la benzodiazépine, si moins de deux doses avant l'arrivée à l'urgence (voir table de dosage).
2. Vérifier la glycémie si pas déjà fait. Traiter l'hypoglycémie tel que décrit ci-dessus. Réévaluer la glycémie au bout de 5 minutes.
3. Administrer la 2^e dose de benzodiazépines si les convulsions persistent 5 minutes après la 1^{re} dose. Changer à IV/IO dès l'accès disponible.

ATTENTION : Ne pas donner plus de 2 doses de benzodiazépines.

➔ Réévaluer ABC, surveiller dépression respiratoire.

Si les convulsions persistent, administrer un des médicaments de 2^e intention ci-dessous:

Médicaments de 1^{re} intention

Pas d'accès IV/IO

Midazolam IM ou IN	< 13 kg : 0,2 mg/kg/dose 13-40 kg : 5 mg/dose > 40 kg : 10 mg/dose MAX 10 mg/dose
--------------------	--

IV/IO

Lorazépam IV/IO	0,1 mg/kg/dose MAX 4 mg/dose
Midazolam IV/IO	0,1 mg/kg/dose MAX 10 mg/dose



Phase 2
15-20 min

Médicament	Dose	Âge	Commentaires/Précautions
Lévétiracétam	60 mg/kg/dose IV/IO (MAX 3000 mg/dose) Perfusion sur 5 minutes	Tous	↓ effets indésirables/interactions, faible risque de psychose
Fosphénytoïne	20 mg équivalent de phénytoïne (EP)/kg/dose IV/IO/IM (MAX 1000 mg EP/dose) Perfusion sur 10 minutes	Tous	↓ TA, ↓ FC, arythmies; éviter pour convulsions d'origine toxique; choisir un autre médicament si phénytoïne donnée à domicile ou considérer une dose partielle initiale de 10 mg PE/kg/dose
Acide valproïque	40 mg/kg/dose IV/IO (MAX 3000 mg/dose) Perfusion sur 10 minutes	≥ 2 ans	Au Canada, disponible seulement par Programme d'accès spécial de Santé Canada; attention chez tout patient atteint de pathologie hépatique, maladie mitochondriale, anomalie du cycle de l'urée, thrombocytopenie, ou retard du développement inexpliqué
Phénytoïne	20 mg/kg/dose IV/IO (MAX 1000 mg/dose) Perfusion sur 20 minutes	Tous	↓ TA, ↓ FC, arythmies; éviter pour convulsions d'origine toxique; choisir un autre médicament si phénytoïne donnée à domicile ou considérer une dose partielle initiale de 10 mg/kg/dose; utiliser seulement si la fosphénytoïne n'est pas disponible
Phénobarbital	20 mg/kg/dose IV/IO (MAX 1000 mg/dose) Perfusion sur 20 minutes	< 6 mois	Risque de dépression respiratoire, particulièrement lorsque combiné avec des benzodiazépines

➔ Réévaluer ABC, surveiller dépression respiratoire. Si les convulsions persistent:

Discussion avec Centre de référence pédiatrique

- Besoin d'intubation vs. ventilation par masque avec réservoir; l'hypercapnie est fréquente et se résorbera avec le contrôle des convulsions et le support respiratoire non invasif
- Bilan complémentaire comprenant bilan septique complet, utilisation d'antibiotiques/antiviraux, imagerie cérébrale
- Persistance d'un état de conscience altéré, possiblement lié à un status epilepticus non convulsif ou à un trouble cérébral sous-jacent grave
- Médicament de 3^e intention : perfusion de midazolam, pentobarbital, propofol OU kétamine

Administrer un autre médicament de 2^e intention (ex.: si fosphénytoïne précédemment, changer pour lévétiracétam)