

Mots clés :

Convulsion,
enfant,
épilepsie,
fièvre

Convulsion et fièvre chez l'enfant : association toujours difficile...

On parle de convulsions fébriles (CF) lorsqu'elles surviennent durant une maladie fébrile chez un enfant âgé de 3 mois à 5 ans¹ (7 selon d'autres auteurs²) qui ne convulse pas lorsqu'il n'a pas de fièvre. Leur prévalence varie entre 3 et 8% chez les enfants de moins de 7 ans, les définitions et méthodes diagnostiques variant selon les lieux et les cultures¹. La crainte d'une infection du système nerveux central ou d'une crise d'épilepsie déclenchée par la fièvre est la préoccupation immédiate du médecin. Une vaste étude de cohorte danoise a montré la bénignité habituelle des CF¹. Une revue systématique a fait récemment un point très argumenté sur ces questions².

Pourquoi et jusqu'à quel âge ?

Les CF ont des causes à la fois génétiques et environnementales¹. Il existe des antécédents familiaux de CF (24% des cas), d'épilepsie (4%). La médiane d'âge de la 1^{ère} CF est à 18 mois, la moitié de ces enfants ont entre 12 et 30 mois. La fièvre dépasse en général 38°C. Il n'est pas démontré que les CF surviennent à l'acmé de la fièvre, bien que ce soit souvent allégué : elles peuvent survenir avant la fièvre et à tout moment de l'évolution de la maladie. Il s'agit le plus souvent de crises tonico-cloniques généralisées brèves, dans 4 à 16% de crises focalisées, rarement de formes myocloniques. Les CF *simples* durent moins de 15 mn, sont généralisées et ne récidivent pas durant le même épisode fébrile^{2,3}, ce qui est le cas chez 87% des enfants¹. Un *état de mal convulsif fébrile* (plus de 30 mn) survient chez 5% des enfants, plutôt chez ceux qui ont des formes focales. Une crise de longue durée est un facteur de risque de crises ultérieures de longue durée. Des *convulsions afebriles* sont signalées au cours de gastroentérites modérées, initialement observées en Asie. Ces convulsions sont moins récurrentes et n'ont pas de conséquences sur le développement de l'enfant.

Quel est le risque de récurrence ?

30% de ces enfants feront à nouveau des crises convulsives au cours d'une maladie ultérieure. Une 1^{ère} crise avant 18 mois, une fièvre déclenchante inférieure à 38°C, notamment si elle a duré moins d'1 heure avant la CF, et des antécédents familiaux de CF sont facteurs de risque de récurrence : 76% des enfants qui les ont récidiveront, vs 4% de ceux qui n'en ont pas¹.

Quand faut-il hospitaliser l'enfant ?

Pour des raisons cliniques : quand une méningite ne peut être éliminée par le seul examen clinique, que la récupération se prolonge, que la crise est complexe,

Que conclure pour notre pratique ?

Les CF simples posent avant tout des questions d'éducation et de réassurance des familles, face à une situation particulièrement anxiogène :

- Il faut d'abord rassurer les parents sur le caractère bénin des CF, les informer du pronostic, des causes, et de la conduite à tenir en cas de nouvelle convulsion ;
- et tenter ainsi de leur éviter une surcharge d'anxiété lors de tout épisode fébrile ultérieur de leur enfant. La récurrence relativement fréquente (1/3 des cas) lors de ces épisodes ne comporte pas davantage de dangers que la première crise.

Nous reviendrons sur les risques immédiats et à plus long terme, et sur les modalités actuellement recommandées pour la prise en charge.

qu'il n'y a pas de cause apparente à la fièvre, ou pas de fièvre (ce peut être le début d'une épilepsie et nécessite un avis neurologique non urgent)...

Pour des raisons psychosociologiques : environnement défavorable, besoin d'information des parents allant au-delà de ce que peut apporter le temps de la consultation habituelle.

Y a-t-il des examens complémentaires à faire ?

La ponction lombaire est indiquée en cas de suspicion de méningite sauf contre-indications habituelles. Après 2 ans, la méningite est rare (0,23%) dans nos pays, bien que des signes méningés soient présents chez un enfant sur 4. Ce n'est pas le cas avant 2 ans même sans méningisme en présence de signes variés (vomissements, pétéchies, crises convulsives complexes...). En revanche, des études prospectives en population ont montré qu'un état de mal convulsif fébrile était associé à une méningite pour 1 enfant sur 5¹.

L'EEG n'a pas d'indications : il n'est pas prouvé que ces crises épileptiformes, même complexes, aient les implications diagnostiques ou pronostiques de l'épilepsie¹.

La neuro-imagerie n'est pas nécessaire en cas de CF simple. Chez 71 enfants ayant eu une crise complexe sans autres signes neurologiques, aucune image pathologique significative (masse lésionnelle, hémorragie, hydrocéphalie, abcès, ou oedème cérébral) n'a été mise en évidence, nécessitant une neurochirurgie en urgence ou une intervention médicale spécifique. Une IRM différée peut être envisagée chez les enfants qui ont des crises complexes récurrentes accompagnées d'autres signes neurologiques tels qu'une augmentation du périmètre crânien, un retard de développement notable, et des signes neurologiques en foyer persistants¹.

Aucun examen sanguin « de routine » n'est indiqué, sauf cas particulier¹.

Références

- 1 - Vestergaard M et al. Death with febrile seizures: a population-based cohort study. *Lancet*. 2008;372:457-63.
- 2 - Sadleir LG, Scheffer IE. Febrile seizures. *BMJ*. 2007;334:307-11.
- 3 - Mazumbar M. Febrile seizures and risk of death. *Lancet*. 2008;372:429-30.