

Convulsion fébrile : quel risque immédiat, quel devenir ?

Mots clés :

Convulsion,
enfant,
épilepsie,
fièvre

Le médecin appelé pour convulsion fébrile (CF) chez un enfant va avoir à traiter si nécessaire la crise convulsive, envisager une éventuelle hospitalisation, analyser les causes de la fièvre, et donner des conseils aux parents pour l'avenir¹. La première question concerne donc la conduite à tenir dans l'immédiat et s'il y a lieu en prophylaxie ultérieure. Une revue systématique² et des recommandations anglaises³ apportent des arguments sur ces deux aspects. La seconde question concerne les risques potentiels ultérieurs de morbi-mortalité. Une étude de cohorte danoise a récemment apporté des réponses complémentaires dans ce domaine concernant une vaste population⁴.

Prise en charge de la crise

Si la crise convulsive n'est pas terminée, le diazepam est généralement efficace par voie rectale (0,5 mg/kg de la solution injectable, selon les préconisations du Vidal)^{2,3}. Si la crise a duré plus de 5 mn, ou persiste 10 mn après la 1^{ère} dose de diazepam, même si l'enfant reste seulement trémulant, si une autre crise débute avant le retour d'un état de conscience normal, la majorité des experts recommandent une seconde dose de diazepam et une hospitalisation^{2,3}.

La mesure de la glycémie est indiquée si l'enfant ne peut être réveillé ou convulse³. Pour certains experts, l'hospitalisation s'impose aussi en cas de première crise ou chez un enfant de moins de 18 mois^{2,3}.

Il n'y a pas de preuves qu'abaisser « vigoureusement » la température par la prise de paracétamol ou d'ibuprofène diminue le risque de récurrence. Il est d'ailleurs possible que l'enfant n'ait plus de fièvre à l'arrivée du médecin (elle a rarement excédé 38°C) : il est acceptable de prendre en compte la seule estimation des parents pour parler de convulsion « fébrile »³.

En cas de suspicion de méningococcémie, il est recommandé de faire une injection parentérale de céphalosporine de 3^{ème} génération ou à défaut d'amoxicilline (données Vidal) et d'hospitaliser.

Traitement prophylactique ?

Aucun traitement anticonvulsivant au long cours n'a montré qu'il réduisait le risque de développer une épilepsie. Le risque d'effets secondaires et le bon pronostic des CF font qu'aucun traitement prophylactique n'est indiqué^{2,3}. Quand les enfants ont des crises prolongées récurrentes et sont loin de tout recours médical, un recours intermittent au diazepam peut être envisagé en

Que conclure pour notre pratique ?

L'ensemble des études confirme la bénignité des CF simples et permet de rassurer sur le risque ultérieur d'épilepsie ou d'altération du développement intellectuel. Les données danoises réfutent l'hypothèse parfois évoquée d'un lien possible entre CF simple et mort subite du nourrisson. Elles permettent de confirmer aux parents que le risque de décès après CF, même complexe, est extrêmement rare, même chez des enfants à haut risque, bien qu'il semble exister un léger sursurrisque les deux premières années qui suivent la 1^{ère} convulsion.

Généralement, la CF pour laquelle les parents ont appelé en catastrophe est terminée lorsque le médecin voit l'enfant. L'un des principaux problèmes concerne donc l'« éducation » des parents pour faire face éventuellement à une crise ultérieure toujours possible. Ce sera l'objet d'un prochain Bibliomed.

début de fièvre^{2,3} : un essai randomisé a montré chez 406 enfants qu'il réduisait le risque convulsif de 82%ⁱⁿ³.

Quel est le risque ultérieur d'épilepsie ?

Il est très faible en cas de CF simple : 2,4% dans les 25 ans qui suivent vs 1,4% en population générale. Il atteint 10% dans les 7 ans qui suivent s'il existe des anomalies neurologiques pré-existantes à la CF, des antécédents familiaux d'épilepsie, ou que la CF survient après une fièvre brève (<1h). En cas de crises prolongées, il passe à 21%, et à 49% pour les enfants qui ont fait des CF complexes^{2,3}.

Intellect et comportement ne sont pas affectés

Des études cas-contrôle prospectives récentes en population ont montré à Taiwan que les enfants qui avaient fait des CF, même complexes, avaient des tests au moins équivalents, sinon meilleurs, pour l'intelligence, les performances, le comportement, et la mémoire^{2,3}.

Y a-t-il risque de mort subite du nourrisson ?

La cohorte danoise⁴ a suivi plus de 1,6 millions d'enfants durant 28 ans (1977-2005). Les données concernant les 8 172 enfants décédés durant cette période ont montré un risque relatif de mortalité chez les enfants ayant fait une CF augmenté durant les deux 1^{ères} années qui suivent la convulsion, respectivement 1,80 (1,31-2,40) et 1,89 (1,27-2,70), puis rejoignant celui des autres enfants. En appariant les cas de décès à 40860 témoins, le risque en cas de CF « simple » était identique à celui des autres enfants, presque double en cas de CF « complexe », mais toujours faible (132 pour 100 000 enfants) et partiellement expliqué par les anomalies neurologiques pré-existantes et l'épilepsie consécutive.

Références

- 1- Collectif. Convulsion et fièvre : association toujours difficile... Bibliomed. 2008:...
- 2- Sadleir LG, Scheffer IE. Febrile seizures. BMJ. 2007;334:307-11.
- 3- NHS. Febrile seizure. Sur http://cks.library.nhs.uk/febrile_seizure
- 4 - Vestergaard M, Pedersen MG, Ostergaard JR, Pedersen CB, Olsen J, Christensen J. Death with febrile seizures: a population-based cohort study. Lancet. 2008;372:457-63.