Prise en charge préhospitalière – Convulsions de plus de 5 minutes

- **Note :** Une intervention pharmacologique précoce améliore le pronostic. Une seule dose de médicament est recommandée en cas de convulsions d'une durée de plus de 5 minutes.

Midazolam* Par voie intramusculaire : 0,2 mg/kg (jusqu'à concurrence de 10 mg)
Par voie intranasale : 0,2 mg/kg (jusqu'à concurrence de 5 mg/narine)
Par voie buccale : 0,5 mg/kg (jusqu'à concurrence de 10 mg)

OU
Lorazépam Par voie buccale : 0,1 mg/kg (jusqu'à concurrence de 4 mg)

OU
Diazépam Par voie rectale : 0,5 mg/kg (jusqu'à concurrence de 20 mg)

* choix privilégié

Prise en charge hospitalière de l'état de mal épileptique convulsif

Soutien des **voies respiratoires**
Oxygène à 100 %, évaluation de la **respiration** et surveillance par saturomètre
Moniteur cardiorespiratoire, vérification du pouls, de la tension artérielle
Mise en place de l'accès intraveineux : 2 cathéters intraveineux, dans la mesure du possible
Explorations : Test rapide de glycémie, examens de laboratoire essentiels
Surveillance continue de la dépression respiratoire, de l'hypotension, des arythmies
Placer le patient dans une position sécuritaire, ne pas l'immobiliser.
Bolus de 0,5 g/kg de glucose (sous forme de solution de dextrose) si la glycémie est < 3,3 mmol/L
Consulter des services spécialisés en cas de signes d'instabilité respiratoire ou hémodynamique.

Médicaments de première intention

Midazolam* Accès IV : 0,1 mg/kg IV (jusqu'à concurrence de 5 mg) (administré en 30 à 60 secondes)
Sans accès IV : Intramusculaire : 0,2 mg/kg (jusqu'à concurrence de 10 mg)
Intranasale : 0,2 mg/kg (jusqu'à concurrence de 5 mg/narine)
Buccale : 0,5 mg/kg (jusqu'à concurrence de 10 mg)

OU
Lorazépam* Accès IV : 0,1 mg/kg IV (jusqu'à concurrence de 4 mg) (administré en 30 à 60 secondes)
Sans accès IV : Buccale : 0,1 mg/kg (jusqu'à concurrence de 4 mg)

OU
Diazépam Accès IV : 0,3 mg/kg IV (jusqu'à concurrence de 5 mg si < 5 ans) (jusqu'à concurrence de 10 mg si ≥ 5 ans)
Sans accès IV : Rectale : 0,5 mg/kg (jusqu'à concurrence de 20 mg)

* choix privilégié

Encore en convulsions au bout de 5 minutes?
Non → Surveiller, explorer
Oui

Reprendre le médicament **de première intention une fois**, 5 minutes après l'administration de la première dose.

- Si l'accès IV est établi, passer à la voie IV.

Si ≥ 2 doses du médicament **de première intention** ont été administrées (y compris celles avant l'arrivée à l'hôpital) et que les convulsions persistent plus de 5 minutes après la dernière dose de benzodiazépine, passer aux médicaments de **deuxième intention**.

Envisager un accès intraosseux si l'accès intraveineux n'est pas encore établi

Première intention – 15 premières minutes

Médicaments de deuxième intention[§]

Fosphénytoïne IM ou IV	20 mg ÉP/kg (jusqu'à concurrence de 1 000 mg ÉP)[¤]. S'il s'agit de la voie IV, administrer le médicament en 5 à 10 minutes, préparés dans un SCS ou une D5W
OU	
Phénytoïne IV	20 mg/kg (jusqu'à concurrence de 1 000 mg), administrés en 20 minutes, préparés dans un SCS
OU	
Phénobarbital IV	20 mg/kg (jusqu'à concurrence de 1 000 mg), administrés en 20 minutes, préparés dans un SCS ou une D5W
OU	
Lévétiracétam IV	60 mg/kg (jusqu'à concurrence de 3 000 mg), administrés en 5 à 15 minutes, préparés dans un SCS ou une D5W
	(disponibilité limitée au Canada)
OU	
Acide valproïque IV**	30 mg/kg (jusqu'à concurrence de 3 000 mg), administrés en 5 minutes, préparés dans un SCS ou une D5W. Administrer une dose de 10 mg/kg supplémentaire si la première dose est inefficace au bout de 10 minutes (sans dépasser la dose maximale).

Deuxième intention – au bout de 15 à 50 minutes

Encore en convulsions? — Non → Surveiller, explorer

Oui

Si le patient a reçu **un seul médicament de deuxième intention** et que les convulsions **persistent 5 minutes après** l'administration de ce médicament :

- Administrer un médicament de deuxième intention différent.
- **Avertissement : Ne pas combiner la phénytoïne et la fosphénytoïne**

Envisager d'administrer une dose de pyridoxine aux nourrissons âgés de moins de 18 mois.

- Dose : 100 mg IV

Si le patient a déjà reçu ≥ 2 médicaments **de deuxième intention**

- Passer à l'étape suivante.

État de mal épileptique réfractaire

- Consulter des services spécialisés (USIP, neurologie).
- Se préparer à un soutien avancé des voies respiratoires (médication avant l'intubation) et à l'administration d'anesthésiques.

§ Choix de médicaments de deuxième intention : Les données probantes sont insuffisantes pour recommander un médicament de deuxième intention en particulier.

¤ ÉP : Désigne des « équivalents de phénytoïne ». 1 mg phénytoïne = 1 mg ÉP

****** La formulation IV d'acide valproïque n'est accessible que par le Programme d'accès spécial de Santé Canada. L'acide valproïque ne doit pas être utilisé dans les cas de maladie mitochondriale connue ou présumée.

D5W solution aqueuse de dextrose à 5 %; ÉP équivalents de phénytoïne; g grammes; kg kilogrammes; IM intramusculaire; mmol millimole; IV intraveineux; mg milligramme; SCS soluté de chlorure de sodium à 0,9 %; USIP unité de soins intensifs pédiatrique

© Société canadienne de pédiatrie

Source : La prise en charge d'urgence du patient pédiatrique en état de mal épileptique convulsif, comité des soins aigus, le 1er février 2021. Consulté à www.cps.ca/fr