

2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique
Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

	Convulsions néonatales	Codification : NNAT PM 43
		Version : 3
Emetteur : Néonatalogie	Rattachement :	Date d'application : 01/03/2018
		Pages : 1/2

Rédacteur(s)	Approbateur(s) (signature - date)	Gestionnaire	Destinataire(s)
* Benjamin SERRAND	* Nadia MAZILLE * Lena DAMAJ	* Fanny LEBAS * Myriam LEFEUVRE	<input checked="" type="checkbox"/> Médecins <input checked="" type="checkbox"/> Réa Péd <input checked="" type="checkbox"/> Cadres de santé <input checked="" type="checkbox"/> Réa Néonat <input checked="" type="checkbox"/> IDE / PDE <input checked="" type="checkbox"/> SI Néonat <input checked="" type="checkbox"/> SC Néonat

But et objet

Prise en charge d'un patient atteint de convulsions néonatales.

Incidence : 1 à 5 pour 1000 naissances

Etiologies (*Hasan Tekgul and al Pediatrics 2006*): Anoxo-ischémie à terme (40%), AVC, hémorragies intra-crâniennes, troubles ioniques (natrémie, calcémie, magnésémie), infections, hypoglycémie, épilepsie vitamino-dépendantes (<1%)

En cas d'anoxo-ischémie, épilepsie souvent réfractaire. Escalade thérapeutique nécessaire.

Pas de bénéfice à une prophylaxie par phénobarbital dans l'anoxo-ischémie périnatale (*OMS 2011*)

Prise en charge

Bilan : Biologie avec ionogramme sanguin complet, glycémie, bilan infectieux, imagerie cérébrale (IRMc ou TDM cérébrale si IRM non disponible, hors contexte évident comme l'anoxo-ischémie), bilan métabolique selon contexte (cf. protocole dédié)

Monitorage continu par aEEG ou EEG répétés car les crises infra-cliniques sont fréquentes (les traitements pharmacologiques majorent la dissociation électro-clinique)

Traitements pharmacologiques : (*Donoval and al. Drugs 2016*)

1) **Phénobarbital** : dose de charge 20mg/kg IV 20min puis dose d'entretien 24h plus tard (5mg/kg/j IV ou per os)

NB : possibilité de répéter la dose de charge 10 à 20mg/kg IV

Barbitémie cible : 10 à 40mg/L

2) **Phénytoïne (Dilantin ®)** : dose de charge 15-20mg/kg IV 30min puis dose d'entretien 5mg/kg/j

Cible Phénytoïnémie : 10 à 20mg/L

Risque arythmies

NB : pas de Prodilantin® avant 5 ans.

3) **Traitement de 3^e ligne : Clonazépam ou Midazolam ou Lévétiracétam. Ajouter la vitaminothérapie**

Clonazépam

Dose de charge 0.05mg/kg IV 1h

Dose d'entretien : 0.05mg à 0.1mg/kg/j IV continu

Midazolam

Dose de charge de 50µg/kg à 150µg/kg IV 10min

2018 MISE A DISPOSITION des protocoles médicaux du CHU de Rennes : filière pédiatrique
 Ces protocoles mis à disposition des partenaires du réseau périnatal 35 sont fournis à titre indicatif, ils n'ont pas été validés par la direction du réseau et à ce titre n'engagent pas sa responsabilité. Les textes sont relayés *in extenso*, ils ne peuvent en aucun cas être modifiés ni diffusés hors contexte.

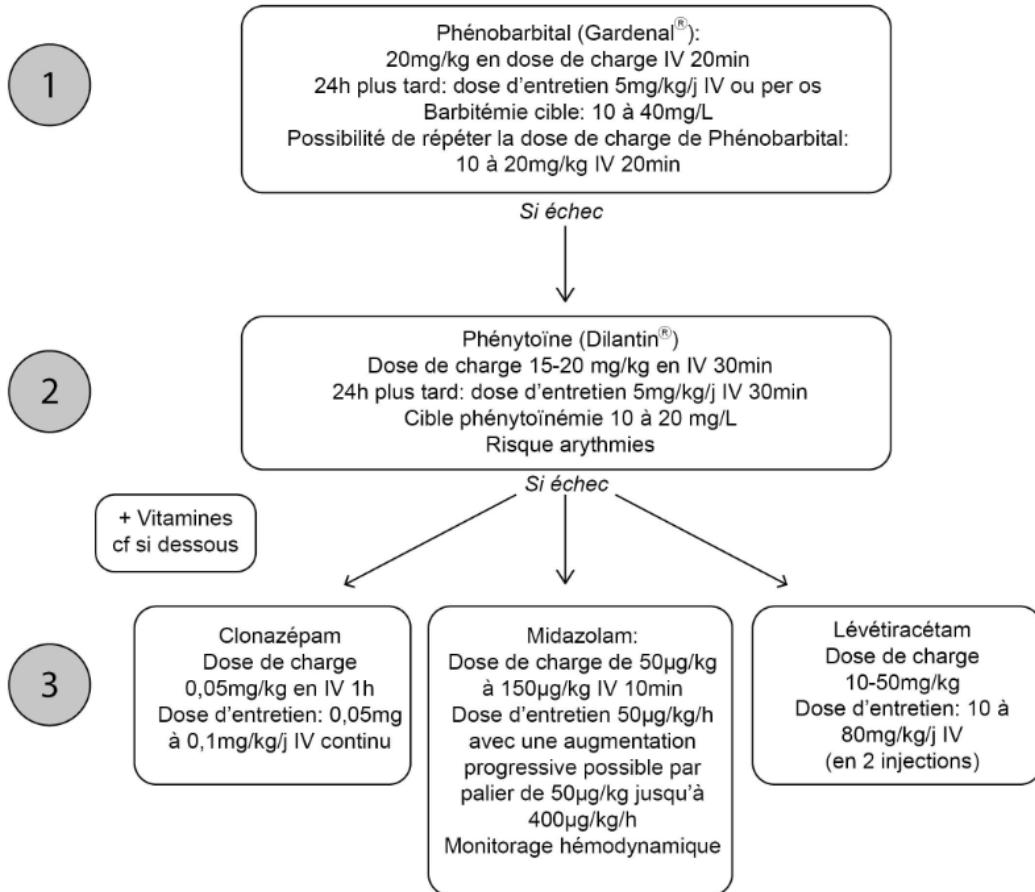
Dose d'entretien 50µg/kg/h avec une augmentation progressive possible par palier de 50µg/kg jusqu'à 400µg/kg/h.
 Monitorage hémodynamique

Lévétiracétam

Dose de charge 10-50mg/kg

Dose d'entretien : 10 à 80mg/kg/j IV en 2 injections par jour

Absence de bibliographie disponible sur la place du Thiopental (Pentothal) dans la prise en charge des convulsions néonatales.



Vitaminothérapie

Si absence d'étiologie et/ou épilepsie réfractaire (débuter si échec Phénytoïne) ou orientation vers maladie métabolique

Vitaminothérapie (Campistol and al., Epileptic Disorder, 2015)

Pyridoxine (Béclilan®) 30mg/kg/j en 3 prises per os pendant 5 jours (ne pas administrer IV)

Pyridoxal 5'-phosphate: 30mg/kg/j en 3 prises per os (forme active de la Vitamine B6)

Acide folinique: 3-5mg/kg per os pendant 3 jours

Biotine : 10 à 50mg/j (L'activité Biotinidase sera prélevée dans un second temps)

Bilan métabolique (cf. Protocole dédié)