

TABLEAU 2. Les anticonvulsivants contre l'état de mal épileptique convulsif						
Médicament et voie	Dose	Maximum	Vitesse d'administration	Reprise	Risques	Commentaires
Traitements de première intention						
Midazolam • IV, IO	0,1 mg/kg	5 mg				
• IM	0,2 mg/kg	10 mg				
• Buccale	0,5 mg/kg	10 mg				
• Intranasale	0,2 mg/kg	10 mg (5 mg par narine)				
Lorazépam • IV, IO, buccale	0,1 mg/kg	4 mg	< 2 mg/minute (IV en 0,5 à 1 minute)	Peut être repris une fois au bout de 5 minutes, si les convulsions se poursuivent	Hypotension, dépression respiratoire, sédation	Par voie buccale, utiliser des comprimés sublinguaux
Diazépam • IV, IO	0,3 mg/kg	5 mg (< 5 ans) 10 mg (≥ 5 ans)	En 2 minutes			
• Rectale	0,5 mg/kg	20 mg				
Traitements de deuxième intention						
Fosphénytoïne* • IM, IV, IO	20 mg d'équivalents de phénytoïne/kg	1 000 mg d'équivalents de phénytoïne	IV en 5 à 10 minutes (dose préparée dans un SCS ou une DW5)	Administer une dose supplémentaire de 5 mg d'équivalents de phénytoïne/kg si le traitement n'est pas efficace	Hypotension, bradycardie, arythmie	Coûteux. Ne pas combiner avec la phénytoïne. Non recommandé en cas de convulsions découlant d'une intoxication.
Phénytoïne* • IV, IO	20 mg/kg	1 000 mg	1 mg/kg/minute en 20 minutes (dose préparée dans un SCS seulement)	Administer une dose supplémentaire de 5 mg/kg si le traitement n'est pas efficace	Hypotension, bradycardie, arythmie, lésion par extravasation, après injection IV	Ne pas combiner avec la fosphénytoïne. Non recommandé en cas de convulsions découlant d'une intoxication.

Phénobarbital† • IV, IO	20 mg/kg	1 000 mg	1 mg/kg/min en 20 minutes (dose préparée dans un SCS ou une DW5)		Dépression respiratoire (surtout en cas d'utilisation préalable de benzodiazépine), hypotension, sédation (risque plus élevé que la phénytoïne)	Peut être le meilleur choix de deuxième intention chez les nourrissons de <6 mois en état de mal épileptique fébrile ou sous traitement d'entretien à la phénytoïne
Lévétiracétam • IV, IO	60 mg/kg	3 000 mg	En 5 à 15 minutes (dose préparée dans un SCS ou une DW5 dilués à 15 mg/mL à 50 mg/mL)		Faible risque de psychose	
Autres options de deuxième intention offertes au Canada par l'entremise du Programme d'accès spécial de Santé Canada						
Médicament et voie	Dose	Maximum	Vitesse d'administration	Reprise	Risques	Commentaires
Acide valproïque • IV, IO	30 mg/kg	3 000 mg	En 5 minutes (dose préparée dans un SCS ou une DW5)	Administrer une dose supplémentaire de 10 mg/kg si le traitement n'est pas efficace	Utiliser avec prudence en cas de maladie hépatique ou mitochondriale préexistante	
<p>* Si un patient reçoit déjà de la phénytoïne, on peut lui administrer une dose d'attaque partielle de 5 mg/kg. Si elles sont administrées, les doses subséquentes dépendront des taux d'anticonvulsivants.</p> <p>† Si un patient reçoit déjà du phénobarbital, on peut lui administrer une dose d'attaque de 5 mg/kg. Si elles sont administrées, les doses subséquentes dépendront des taux d'anticonvulsivants.</p> <p><i>D5W solution aqueuse de dextrose à 5 %; IM intramusculaire; IO intra-osseuse; IV intraveineuse; kg kilogramme; mg milligramme; SCS soluté de chlorure de sodium à 0,9 %</i></p>						

©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 1 février 2021; www.cps.ca