

LES CONVULSIONS HYPERPYRETIQUES AU CHU DE DAKAR*

(A propos de 140 cas recrutés en deux ans)

SALL M.G., KUAKUVI N., Ng MBAYE S.L. MARTIN, LAHLOU L. et FALL M.

RESUME

L'étude de 140 cas de convulsions fébriles chez l'enfant à Dakar nous a permis de dégager les constatations suivantes :

- Elles représentent 3,45 % des hospitalisations et de ce fait occupent une place importante dans la pathologie de l'enfant,
- l'âge de prédilection se situe entre 1 et 2 ans,
- le sexe masculin est prédominant avec un sex-ratio de 1,26,
- les antécédents familiaux sont retrouvés dans 10 % des cas d'où une notion de prédisposition familiale,
- les manifestations cliniques sont dominées par les crises généralisées (80 %) de courte durée (inférieure à 5 minutes). Elles ont été suivies dans 10 % des cas d'une hémiparésie post-critique transitoire le plus souvent,
- les causes sont dominées par le paludisme (67,9 %),
- la possibilité de survenue de troubles neuro-moteurs ou sensoriel définitifs rend le pronostic ultérieur réservé dans quelques cas, d'où la nécessité de dégager une stratégie de prévention des convulsions fébriles.

I - INTRODUCTION

Les convulsions occupent une grande place en pratique pédiatrique notamment chez les nourrissons. Dans ce cadre, les convulsions hyperpyrétiqes ou convulsions fébriles constituent près de la moitié des convulsions survenant chez l'enfant (1).

De diagnostic facile, de traitement simple conduisant généralement à une guérison sans séquelles, les convulsions hyperpyrétiqes posent parfois des problèmes évolutifs délicats.

Le but de ce travail est d'analyser, sur la base de 140 cas colligés en deux ans dans les services de Pédiatrie du CHU

* Travail de la chaire de Pédiatrie du CHU (Service du Pr. M. FALL) BP 6251, Dakar - Sénégal

de Dakar, les principaux aspects épidémiologiques, cliniques, étiologiques et évolutifs de cette entité.

II - ANALYSE DES CAS

A. Données épidémiologiques

1. Fréquence

En deux ans (1er janvier 1986 - 31 décembre 1987), nous avons pu colliger 140 cas de convulsions hyperpyrétiqes dans les services de Pédiatrie de l'hôpital A. Le Dantec et à l'hôpital d'enfants Albert Royer.

Cette pathologie représente 3,45 % de nos hospitalisations.

2. Age

Age	Nb de cas	Pourcentage
0-3 mois	8	5,7 %
> 3 mois - 6 mois	11	7,9 %
> 6 mois - 12 mois	23	16,4 %
> 12 mois - 24 mois	42	30 %
> 24 mois - 36 mois	27	19,3 %
> 36 mois	29	20,7 %
Total	140	100 %

3. Sexe

Masculin	78	55,7 %
Féminin	62	44,3 %

4. Saisons

Nous avons pu remarquer une fréquence accrue des convulsions hyperpyrétiqes de juillet à décembre (67,8 % des cas).

5. Antécédents périnataux et familiaux

Ils font ressortir :

- un cas de traumatisme obstétrical (fracture de clavicule),

- 2 cas d'infection néonatale,
- 1 cas d'anoxie néonatale,
- 6 cas de convulsions fébriles dans la famille et 8 cas de convulsions non fébriles.

B. Etude Clinique

Nous avons réparti nos observations de la façon suivante :

- | | | |
|---------------------------|---------|----------|
| - Crises généralisées | 112 cas | (80 %) |
| . crises tonico-cloniques | 90 cas | (64,3 %) |
| . crises toniques | 14 cas | (10 %) |
| . crises cloniques | 8 cas | (5,7 %) |
| - Crises hémigénéralisées | 14 cas | (10 %) |
| - Myoclonies | 12 cas | (8,6 %) |
| - Révulsion des yeux | 2 cas | (1,4 %) |

Dans tous les cas la température était toujours supérieure ou égale à 38°C, le plus souvent comprise entre 38° et 40°C (86,4 %) et la durée de la crise inférieure à 5 mm dans 45 % des cas.

L'examen neurologique a été normal dans 90 % des cas, cependant 14 enfants (10 %) ont présenté une hémiparésie post-critique.

Quant aux examens paracliniques, ils n'ont pu être réalisés chez tous nos malades en raison de contraintes techniques.

La glycémie effectuée chez 39 enfants (28 %) est revenue normale dans tous les cas, de même que la calcémie dosée chez sept enfants seulement.

L'étude cytologique et chimique du LCR chez 92 enfants (65,7 %) ne montre pas d'anomalie majeure.

La radiographie du crâne a été faite dans 4 cas et a été normale chaque fois.

Cinquante enfants (36 %) ont pu bénéficier d'un tracé électroencéphalographique enregistré entre 2 jours et 2 mois après l'accident convulsif. L'EEG est revenu normal dans 60 % des cas. Les anomalies observées sont de deux types :

- . soit des ondes lentes bilatérales (18 %) observés dans les EEG pratiqués précocement (2 à 7 jours après la crise). Refaits un mois après ces EEG s'étaient normalisés dans tous les cas,
- . soit des anomalies paroxystiques (22 %) à type de pointes ou polypointes ondes. Elles ont été observées dans les EEG réalisés au moins un mois après la crise. Refaits 3 à 12 mois plus tard nous avons noté la persistance de ces anomalies.

C. Etiologies de l'hyperthermie

Nous notons l'importance du paludisme dans sa forme simple (67,9 %) diagnostiqué soit par présomption (67 cas), soit que la goutte épaisse était négative avec test thérapeutique concluant (16 cas) soit que la goutte épaisse était positive (12 cas).

Les autres étiologies se partagent entre :

- | | |
|----------------------------|--------|
| . les bronchopneumopathies | 14,3 % |
| . les rhinopharyngites | 5,70 % |
| . les gastroentérites | 5,7 % |
| . les otites | 5 % |
| . les vaccinations | 1,4 %. |

D. Evolution et pronostic

L'évolution sous traitement (Diazépam, phénobarbital et traitement de la maladie causale) est bonne dans la majorité des cas et le coma post critique est rapidement résolutif.

Nous avons néanmoins noté que quatorze enfants ont présenté un déficit neurologique post-critique à type d'hémiparésie droite ou gauche. Onze ont récupéré spontanément deux jours après l'accident convulsif. Les trois autres ont évolué vers une hémiparésie qui a régressé au bout de 14, 19 et 30 mois.

Quant aux récurrences, notre surveillance étalée sur 38 mois nous a permis d'observer quinze cas sur les quarante enfants suivis (37,5 %). La survenue d'une récurrence est liée dans 40 % à une histoire familiale positive dont 20 % de convulsions fébriles et 20 % de convulsions non fébriles.

III - COMMENTAIRES

Dans notre étude nous évaluons la fréquence des convulsions hyperpyrétiques à 3,45 %, incidence conforme aux données de la littérature africaine en particulier (4, 7, 8, 9) et occidentale en général (1, 3).

S'agissant de la répartition par sexe, nous avons dans notre cohorte plus de garçons (55,7 %) atteints que de filles (44,3 %). Dans leur étude à propos de 100 cas observés à Dakar, COLLOMB et Coll. (4) avaient déjà en 1963 signalé une plus prédominance masculine (66 %). SENG (10) pour le Congo fait le même constat : à savoir les garçons sont plus touchés.

Quant à l'âge de survenue de la première crise nous avons retenu qu'un maximum d'enfants l'avaient entre 1 et 2 ans (30 % des cas). Cet âge de survenue électif de 1 et 2 ans est

bien celui signalé dans la littérature par la plupart des auteurs occidentaux, et surtout africains tels que AICARDI J., CHEVRIE J.J., NTHINYURWA et coll., SENG P.

Parmi les autres facteurs étiologiques, les antécédents pathologiques périnataux ont retenu notre attention : 2,86 % des cas. Bien moins que dans les études de NTHINYURWA au Zaïre (11,7 %) ou d'AICARDI en France (25 %). Mais nous pouvons expliquer cette distorsion, au moins en partie, par notre insuffisance dans le recueil des commémoratifs à ce propos.

Les antécédents familiaux de convulsions que nous avons ciblés dans notre démarche anamnétique ont atteint une proportion de 10 % dans notre travail. Elle varie de 10 à 50 % dans la littérature. Cette grande variabilité des chiffres tient à la disparité des critères de sélection dans les différentes séries. Quoiqu'il en soit différentes études familiales (3) permettent de penser que la susceptibilité aux convulsions hyperpyrétiques se transmet le plus souvent selon une mode dominant autosomique avec une pénétrance incomplète et une expressivité fortement liée à l'âge.

Au plan des manifestations cliniques, la grande fréquence des crises généralisées tonico-cloniques (80 % dans notre série), est rapportée par la plupart des auteurs (1, 3, 4, 5, 7, 8, 9).

Les données de l'EEG sont diverses. Les anomalies paroxystiques varient de 5 % à 31,7 % selon les auteurs (1, 3, 4, 8). Notre série retrouve 22 %.

Les causes des convulsions hyperpyrétiques sont dominées dans notre étude par le paludisme (67,9 %) et les bronchopneumopathies (14,3 %) comme dans les travaux des auteurs congolais et zaïrois (10, 7). Par contre en Europe ce sont les infections rhinopharyngées qui viennent en tête (1, 3). En tout état de cause, la connaissance des facteurs épidémiologiques est précieuse quant à la définition de stratégies de prévention.

Au plan évolutif une particularité de notre travail réside

dans la grande fréquence de l'hémiplégie (10 %) post critique alors qu'elle est de l'ordre de 0,4 à 1,1 % dans les autres séries (1, 3, 5, 8). Cependant il est important de souligner le caractère transitoire de cet accident neurologique signalé dans la littérature alors que nous avons noté 3 cas d'hémiplégie prolongée au-delà d'un an.

Quant aux récurrences leur taux se situe à 37,5 % et elles ne présentent aucune particularité.

En conséquence la réputation de bénignité des convulsions est donc discutable. Si la plupart sont brèves et sans conséquence neurologique, des dangers de complications existent cependant pour certaines.

IV - CONCLUSION

L'étude de 140 observations de convulsion hyperpyrétiques dans deux services de Pédiatrie du CHU de Dakar permet les conclusions suivantes :

- la fréquence globale des convulsions hyperpyrétiques est de 3,45 % des hospitalisations,
- les nourrissons sont les plus touchés : 46 % entre 6 et 24 mois, avec davantage de garçons que de filles 55,7 % contre 44,3 %,
- les crises généralisées (80 %) sont les plus fréquentes avec 64,3 % de crise tonico-cloniques et 10 % de crises toniques,
- le paludisme simple constitue la première étiologie (67,9 %), viennent ensuite les bronchopneumopathies (14,3 %) et les rhinopharyngites (5,7 %).

Il convient d'éliminer de façon systématique une méningite avant de conclure au caractère fébrile et partant bénin, de convulsions chez un nourrisson et d'instituer sans retard un traitement antipalustre;

Le meilleur traitement de ces convulsions hyperpyrétiques reste cependant la prophylaxie du paludisme, ce terrible fléau de nos régions.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 - AICARDI J.
Les convulsions hyperpyrétiques de l'enfant. Arch. Franç. Ped. 1972, 29, pp 5-9.
- 2 - BROCARD O.
Conduite à tenir devant une convulsion fébrile de l'enfant.
Annales Médicales de Nancy et de l'Est 1984, 23, pp 229-233.
- 3 - CHEVRIE J.J.
Les convulsions fébriles La Revue du Praticien, 1981, 31, 57, pp 4105-4115.
- 4 - COLLOMB H., GUERINEAU P., BAYLET J.R., GREHER L. et MIGNAND I
L'épilepsie hyperpyrétique de l'enfant à propos de 100 cas observés à Dakar.
Bull. Soc. Méd. Afri. Nouv. Lgue Frse, 1963, 8, pp 403-412.
- 5 - FAMILUSI J.B., SINNETTE C.H.
Fébrile convulsions in Ibadan children. Afr. J. Med. Sc. 1971, 2, pp. 135-150.
- 6 - LAHLOU L.

- 7 - NTHINYURWA M., OMANGAU. DECHEF G., SHAKO D.
Epidémiologie des convulsions infantiles à Kinshasa, Zaïre.
Ann. Soc. Belge. Med. Trop. 1979, 59, pp. 309-323.
- 8 - OKOUYOYO E.
Epidémiologie des convulsions infantiles à Libreville - Gabon.
Med. Afr. Noire, 1982, 29, 3, p. 187-190.
- 9 - SENG P., MAYANDA H.F., NZINGOULA S.
Profil des convulsions du nourrisson et du jeune enfant à Brazzaville (Congo).
Ann. Pédiatr. 1985, 32, 5, pp. 477-480.
- 10 - SENG P., MAYANDA H.F., NZINGOULA S.
Les convulsions hyperpyrétiques de l'enfant.
Arch. Franç. Péd. 1972, 29, pp. 477-480.