

Autorité de santé (HAS) a récemment recommandé d'évoquer le diagnostic de TCAF "devant un retard de croissance, une microcéphalie, une malformation, un retard psychomoteur, un trouble des apprentissages, un trouble de l'attention, un trouble du comportement et/ou de l'adaptation sociale inexpliqués, même en l'absence de notion d'alcoolisation durant la grossesse" [6]. Il y a donc une indication très large à rechercher un facteur d'exposition toxique à l'anamnèse, en s'appuyant au besoin sur des outils d'aide au dépistage [7], devant tout trouble neurodéveloppemental révélé par une perturbation précoce ou persistante de la croissance, des acquisitions, des apprentissages ou du comportement adaptatif.

Il s'agit de ne pas passer à côté d'une des principales causes par argument de fréquence, en s'appuyant sur une prescription raisonnée des examens complémentaires à visée étiologique. L'objectif principal est de faire bénéficier à l'enfant et à sa famille d'un diagnostic étiologique précoce qui permet souvent de mettre un terme aux fausses interprétations, d'orienter la prise en charge en fonction des spécificités connues des TCAF et, dans un certain nombre de cas, de prévenir un risque majeur de récurrence pour les enfants à venir.

Bibliographie

- MILDECA, Infolettre N° 101. Septembre 2015.
- TOUTAIN S, GERMANAUD D. Exposition prénatale à l'alcool et troubles causés par l'alcoolisation fœtale. In : Inserm. Déficience Intellectuelle. Expertise collective : Les éditions Inserm, Paris, 2016 .
- ASTLEY SJ, CLARREN SK. A case definition and photographic screening tool for the facial phenotype of fetal alcohol syndrome. *J Pediatr*. 1996;129:33-41.
- CHUDLEY AE, CONRY J, COOK JL *et al.* Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *CMAJ*, 2005;172:S1-S21 (version française disponible).
- Société Française d'Addictologie. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie et Addictologie*, 2015;37:5-84.

- HAS (Haute Autorité de santé). Fiche mémo. Trouble causés par l'alcoolisation fœtale : repérage. Juillet 2013.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Alcool et grossesse, parlons-en : guide à l'usage des professionnels. Éd. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, juin 2011.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Convulsions fébriles : qui traiter en 2016 ?

M. MILH

Service de Neurologie pédiatrique, Hôpital de la Timone, MARSEILLE.

Les convulsions fébriles (CF) concernent 2 à 5 % des nourrissons, entre 6 mois et 5 ans, avec un pic de fréquence entre 1 et 2 ans. Environ 5 % des nourrissons de moins de 6 mois et autant d'enfants de plus de 5 ans ont une première CF. Près d'un tiers des nourrissons ayant eu une CF ont des antécédents familiaux du même type.

Devant une CF, trois grandes questions doivent être traitées simultanément :

- Existe-t-il une infection intracrânienne (quand doit-on pratiquer la PL) ?
- Quel est le risque de récurrence ?
- Comment va évoluer l'enfant ?

La question du traitement est posée de deux façons : faut-il un traitement d'urgence en cas de récurrence ? Et faut-il un traitement préventif ?

Indication et modalités des traitements d'urgence

Le seul traitement ayant l'AMM dans les convulsions fébriles est le Valium par voie intrarectale (0,5 mg/kg) en cas de récurrence de crise fébrile. Il est largement prescrit après une première crise ; pour-

tant, tous les enfants ne sont pas à risque de récurrence. Les facteurs de risque de récurrence après une CF simple sont : l'âge inférieur à 15 mois au moment de la première crise, la présence d'antécédents familiaux du premier degré de CF, la fièvre peu élevée et la survenue précoce de la CF au cours de l'épisode fébrile. Il est important de noter que la durée prolongée d'une crise ne constitue pas un facteur de risque de récurrence. En revanche, il existe une corrélation entre la durée de la première crise et celle des suivantes.

En pratique, le traitement d'urgence doit être prescrit en cas de CF compliquée, ou en cas de CF simple associée à un risque accru de récurrence.

Indication et modalités du traitement préventif

L'intérêt de la mise en place d'un traitement préventif est très discutable devant une entité bénigne comme les CF, d'autant que l'efficacité n'est pas de 100 %. L'indication doit être basée sur l'impact des CF sur la qualité de vie de l'enfant, donc sur la durée des épisodes et leur fréquence. Ce traitement n'empêchera pas la survenue d'une épilepsie ultérieure.

En pratique, les indications retenues sont la survenue de plus de six crises en 12 mois, mais cela dépend surtout du vécu des crises par l'enfant et l'entourage, et de la médicalisation qu'elles nécessitent.

Conflits d'intérêts : le Pr Milh a reçu des émoluments des sociétés Cyberonics, Shire et Novartis, pour participation à des conseils scientifiques ou à des symposiums.