

Cette procédure reprend les RFE 2018 conjointes SRLF, SFMU, GFRUP concernant la prise en charges des états de mal épileptiques en préhospitalier, en structure d'urgence et en réanimation dans les 48 1^{re} heures. Nous nous intéresserons ici au management initial de l'EME convulsif.

Le groupe de travail s'est permis une remise en forme mineure de l'algorithme simplifié.

T=0 min : arrivée des secours

LUTTER CONTRE TOUT FACTEUR D'AGRESSION CÉRÉBRALE

- Libération des voies aériennes, oxygénation, PLS, correction d'une hypoglycémie, d'une hypotension (exceptionnellement d'une HTA)
- Glycémie ++++
- VVP : NaCl 0,9% + bilan standard
- Éliminer un diagnostic différentiel EME ***

T=5 min

Palier 1 :

- Clonazépam 0,015 mg/kg IVD (1 mg/70 kg)
- Ou Midazolam 0,15 mg/kg IM (en l'absence de voie d'abord) (10 mg/70 kg)
- Ou Bucolam 10 mg gingival

Persistance des **convulsions** ≥ 5 min

OUI NON

T=10 min

2^e dose Palier 1 :

Clonazépam 0,015 mg/kg IVD

Persistance des **convulsions** ≥ 5 min

OUI NON

T=15 min

Palier 2 : (injecter la totalité de la dose même si arrêt convulsion)

- Lévétiracétam 60 mg/kg en 10 min, dose max 4g
- ou
- Valproate 40 mg/kg en 10 min, dose max 3g (CI femme en âge de procréer)
- ou
- Fosphénytoïne 15 mg/kg (EP) en 10 à 15 min (CI cardiovasculaire)
- ou
- Phénobarbital 15 mg/kg en 10 min

Persistance des **convulsions** ≥ 5 min

OUI NON

T=45 min

Persistance des **convulsions** 30 min après le début de la perfusion de l'AE

OUI NON

Palier 3 : AG 24 heures + intubation

- ISR (Ketamine 2 à 3 mg/kg + Celocurine 1 mg/kg)
- Puis Sédation : Midazolam et/ou Propofol PSE
- EEG et imagerie dès que possible
- Maintien ou introduction d'AE de fond

Ou autre Palier 2 (changement de classe) :
injecter totalité de la dose même si arrêt convulsion

PENDANT TOUTE LA PRISE EN CHARGE :

Lutter contre facteur d'agression cérébrale
Certaines étiologies comme TC grave ou HIC sévère nécessitent une intubation d'emblée

Pas d'EME

Situation à l'arrêt des convulsions

EEG +/- Imagerie dès que possible

A. Régression de l'EME +/- réveil rapide

Couverture par benzodiazépine (Urbanyl 10mgx3/j per os
Diazepam 5 à 10mg IV selon corpulence / état de vigilance)

Et avis neurologique dès que possible pour introduction ou adaptation d'un traitement AE de fond

B. Coma persistant

→ EEG rapide + PEC réanimation

C. Reprise des convulsions

→ Reprise traitement selon l'algorithme

Horodatage début de la crise / préciser début ou reprise des convulsions
FILMER le patient avec matériel dédié / noter N° du témoin

Aide au codage diagnostique :
État de mal épileptique,
sans précision **G41.9**