



Est exclue la prise en charge des crises révélatrices d'un tableau clinique plus complexe (éclampsie, encéphalite, accident vasculaire cérébral, etc...) où l'urgence réside dans la prise en charge de l'étiologie de cette crise et non pas de la crise en elle-même.

Prise en charge préhospitalière

PREMIER APPEL → Malaise faisant suspecter une crise d'épilepsie d'allure généralisée

- S'assurer de la présence d'une respiration normale
- En l'absence d'arrêt cardio-respiratoire, possibilité d'allonger le patient sur le côté, **au moindre doute ne pas hésiter à débiter une réanimation cardio-pulmonaire (RCP)**
- Si trouble de la conscience au moment appel : prompt secours / VSAV

Discussion médicalisation préhospitalière si :

- Trouble de la conscience persistant
- Détresse hémodynamique ou respiratoire
- Récidive des convulsions ≥ 2 consécutives

BILAN SECOURISTE :

- Constantes : glycémie capillaire, FC, PA, SaO2
- Faire rechercher un déficit moteur et/ou du langage (score FAST)
- Rechercher agitation, une morsure latérale de langue, une confusion prolongée
- Faire noter les coordonnées des témoins pour les transmettre à l'équipe soignante des urgences
- Récupérer les ordonnances et/ou médicaments et/ou toxiques

Prise en charge hospitalière

Tri IOA avec la grille French / GLYCEMIE CAPILLAIRE / TEMPERATURE

Contexte de convulsion avec score Glasgow <9

Tri 1

Contexte de convulsion avec crises multiples ou en cours, confusion, déficit ou fièvre

Tri 2

Récupération complète post-crise

Tri 3B

Prise en charge médicale

Anamnèse : antécédents médicaux, les circonstances de survenue du malaise, la description la plus précise possible du malaise par les témoins, les noms et posologie des traitements éventuels pris par le patient

Examen clinique neurologique et cardio-vasculaire
ECG

Biologie :

- Ionogramme avec glycémie, calcium et magnésium
- Urée, créatininémie
- Bilan hépatique, OH
- Lactates veineux (si prélevé < 2h post crise), CPK
- BHCG
- Si doute : toxiques, CO



Imagerie cérébrale systématique :

TDM avec injection au temps artériel (+/- veineux en fonction du contexte)
ou si disponible IRM avec injection

Crise épileptique probable

Crise symptomatique aiguë et diagnostics différentiels avec traitement étiologique

- Cause structurale
- Toxique, OH, sevrage benzodiazépines
- Cause infectieuse ou inflammatoire
- **trouble ionique***
- Trouble métabolique

EEG précoce si disponible idéalement dans les 24-48h après le malaise

Focus crise symptomatique d'un sevrage en alcool :

- Histoire d'abus chronique d'OH
- Consommation régulière associée à une tentative récente de diminution
- Crise généralisée tonico-clonique associée à des signes cliniques de sevrage OH : tachycardie, sueurs, tremblements...
- Dans les 7 à 48h suivant la dernière prise d'OH
- Prévention de la récurrence par benzodiazépines

➢ **Avis neurologique ou filière locale première crise disponible** pour discuter la prise en charge et/ou mise en place d'un traitement antiépileptique

➢ Sinon en attente consultation ou avis : **possible couverture benzodiazépine type URBANYL 10 mg en une prise le soir (ou 5 mg pour les plus de 60 ans ou les petits poids < 50 kg)**



Paramètres biochimiques	Valeurs seuils
Glycémie	< 2,0 mmol/L ou > 25 mmol/L
Sodium	< 115 mmol/L
Calcium	< 1,2 mmol/L
Magnésium	< 0,3 mmol/L
Urée sanguine	> 35,7 mmol/L
Créatininémie	> 884 µmol/L

Orientation post-urgence

Critères de non-hospitalisation :

- Retour à un état clinique basal sans symptôme neurologique
- Normalité de toutes les investigations cliniques et paracliniques (sauf marqueurs indirects de crise : CPK, lactates veineux...)
- Adhésion au suivi médical ultérieur préconisé
- Transmission d'un document écrit des recommandations de sortie
- Transmission au médecin traitant et au neurologue d'un compte rendu médical du passage aux urgences

Organisation de la prise en charge différée dans l'idéal coordonnée par une filière dédiée :

- EEG si non réalisé dans les 24-48h (idéalement dans 4 semaines)
- IRMc (idéalement dans 4 semaines) si non fait en urgence
- Consultation neurologique idéalement dans le mois

Fiche de recommandations après une première crise d'épilepsie

Jusqu'à la consultation spécialisée de neurologie

- Conseiller au patient un temps de sommeil suffisant
- Envisager un arrêt de travail en fonction de l'activité professionnelle
- Éviter l'introduction des médicaments pro-convulsivants : tramadol, bupropion, tricyclique (liste non exhaustive)
- Contre-indication à la conduite automobile jusqu'à réévaluation par neurologue
- Éviter la consommation d'alcool
- Éviter les activités à risque (natation, escalade, plongée sous-marine..) et préférer les douches aux bains

Aide à la prescription de l'IRM cérébrale

Faire pratiquer dans un cabinet de radiologie une IRM encéphalique dans le cadre d'une première crise convulsive généralisée comprenant les séquences :

- 3D T1 avec reconstructions selon les 3 plans de l'espace
- 3D FLAIR avec reconstructions selon les 3 plans de l'espace
- Coupes axiales T2 de 4 mm d'épaisseur
- Coupes axiales T2* (écho de gradient) de 4 mm d'épaisseur