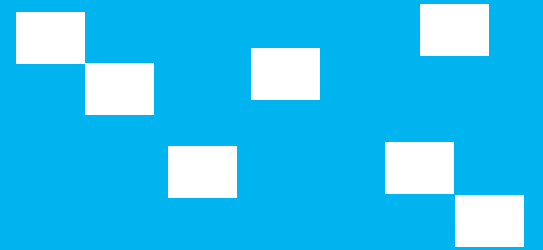




Mais... il tremble ? Gestion de la crise convulsive en régulation et aux urgences

Julien JUNG – Professeur Associé de Neurologie MD, PhD
Service neurologie fonctionnelle et épileptique – Hospices civils de Lyon

PRISE EN CHARGE D'UNE PREMIERE CRISE EPILEPTIQUE





Société française de neurologie

RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE

**Prise en charge d'une première crise
d'épilepsie de l'adulte**

RECOMMANDATIONS



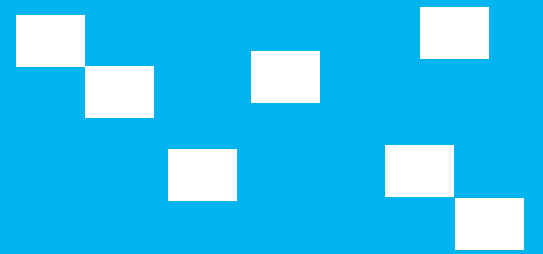
3 questions devant un malaise suspect de crise épileptique ?

Est-ce bien une crise ?

Faut-il traiter ?
Clobazam ? Traitement de fond?

Que dire au patient ?

EST-CE UNE CRISE ?



Epilepsie - Définition

■ Crise d'épilepsie

- apparition de signes/symptômes secondaires à une activité neuronale anormale et excessive d'un groupe de neurones du cortex
- Très grande variété de présentations cliniques
- ➔ risque de fracture, noyade, accident de voiture, anxiété réactionnelle...

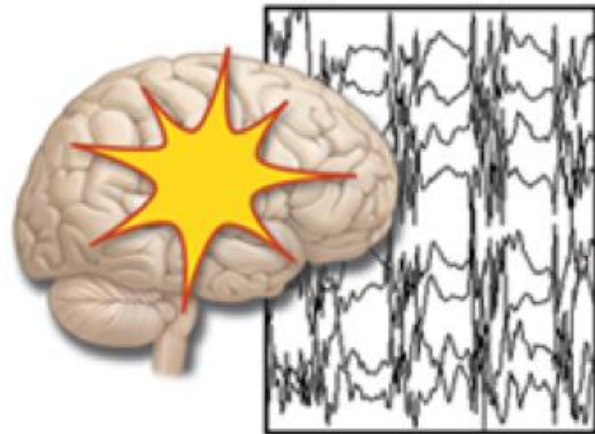
■ Epilepsie = maladie épileptique

- Affection neurologique chronique liée à la répétition de crises d'épilepsie
- Critères ILAE
 - 1. Au moins deux crises non provoquées (ou réflexes) espacées de plus de 24 heures
 - 2. Une crise non provoquée (ou réflexe) et une probabilité de survenue de crises ultérieures au cours des 10 années suivantes similaire au risque général de récurrence (au moins 60 %) observé après deux crises non provoquées
 - 3. Diagnostic d'un syndrome épileptique

■ ≠ crise symptomatique aiguë/crise situationnelle

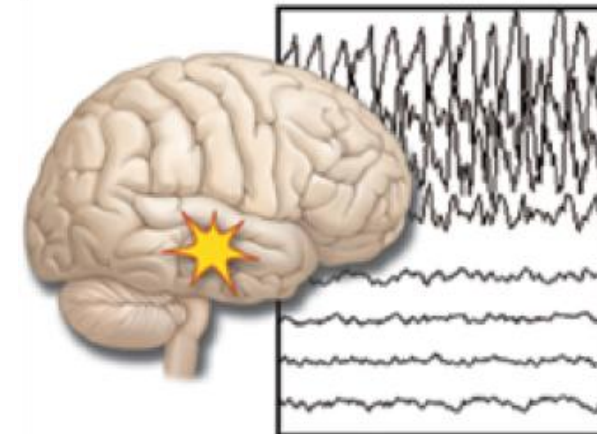


Crise généralisée



CGTC
Myoclonie
Absence

Crise focale



Temporale +++
Frontale ++

Origine épileptique du malaise ?

■ A la phase aigue

- Recueil de la description et des coordonnées d'un témoin éventuel,
- Examen clinique à la phase initiale (déficit moteur et/ou neuropsychologique, morsure latérale de langue, confusion prolongée, pouls, tension artérielle)
- Glycémie capillaire

■ Dans tous les cas

- Antécédents médicaux familiaux et personnel du patient,
- Circonstances de survenue du malaise

■ Diagnostic

- Repose sur faisceaux d'arguments
- Pas de signe pathognomonique mais morsure latérale de langue & confusion post-critique prolongée sont très évocateurs de CGTC
- Distinguer les 3 grandes causes : CGTC / syncope / crise fonctionnelle dissociative



Origine épileptique du malaise ?

■ Paracliniques

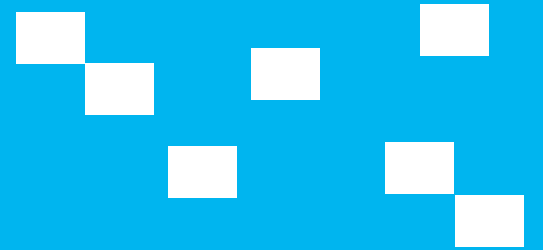
■ Marqueurs biologiques uniquement pour les crises tonico-cloniques

- CPK (Petramfar et al, 2009) : Sensibilité 75%, Spécificité 86%, VPP 63%, VPN 91%
- Lactates : dans les 2 h suivant la crise +++
- (Prolactine (Chen et al, 2005) : Sensibilité 96% et VPP proche de 100% pour distinction avec CNEP mais performances discutées pour syncope (Shukla et al, 2004))

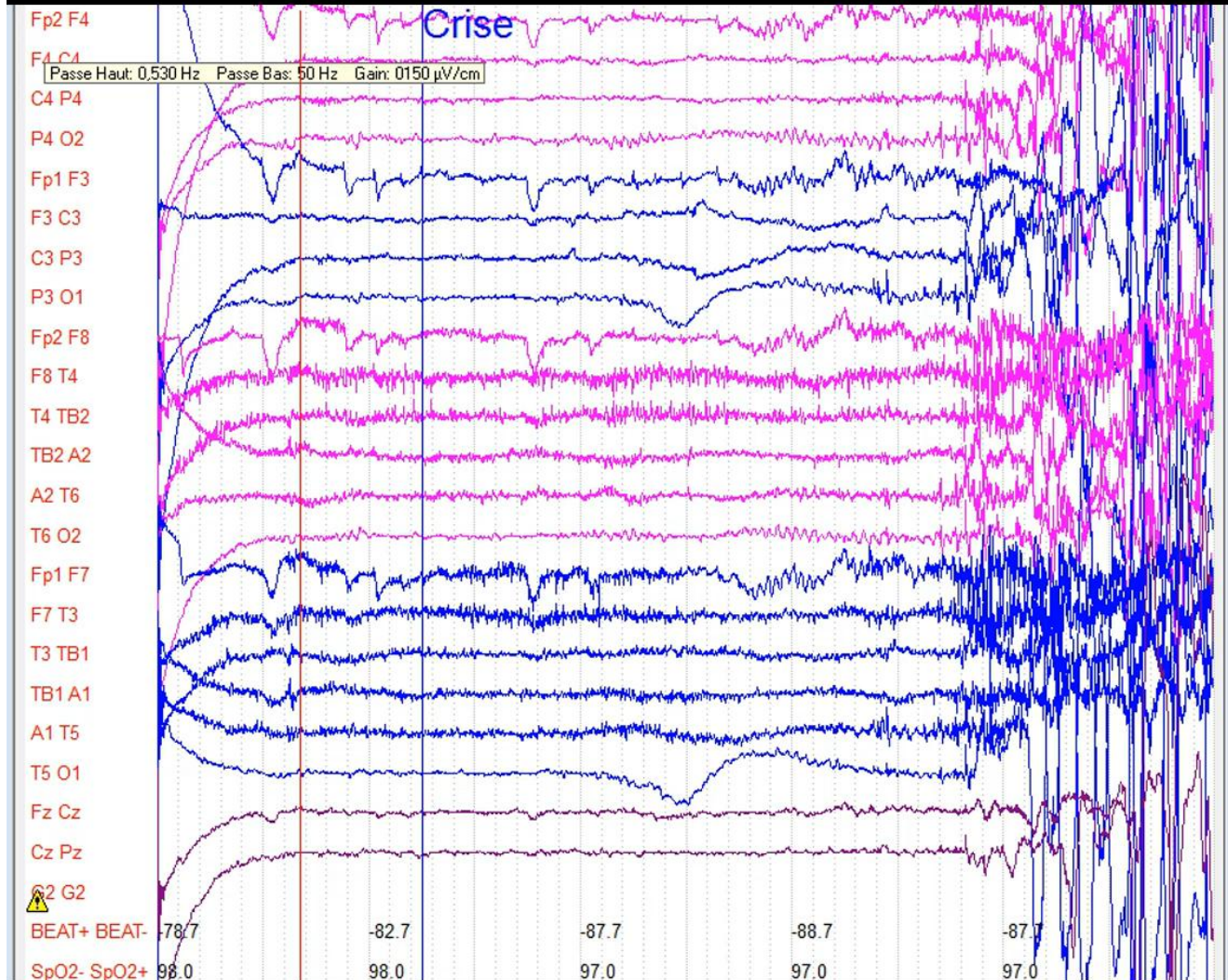
■ EEG

- Précoce si possible : Meilleure sensibilité dans les 24-48h suivant crise
- Objectifs
 - étayer l'hypothèse de la nature épileptique d'un malaise
 - orienter vers un syndrome épileptique particulier
 - apporter des éléments pronostiques en termes de récurrence
- 12% de faux positifs (Sam et al., 2001)

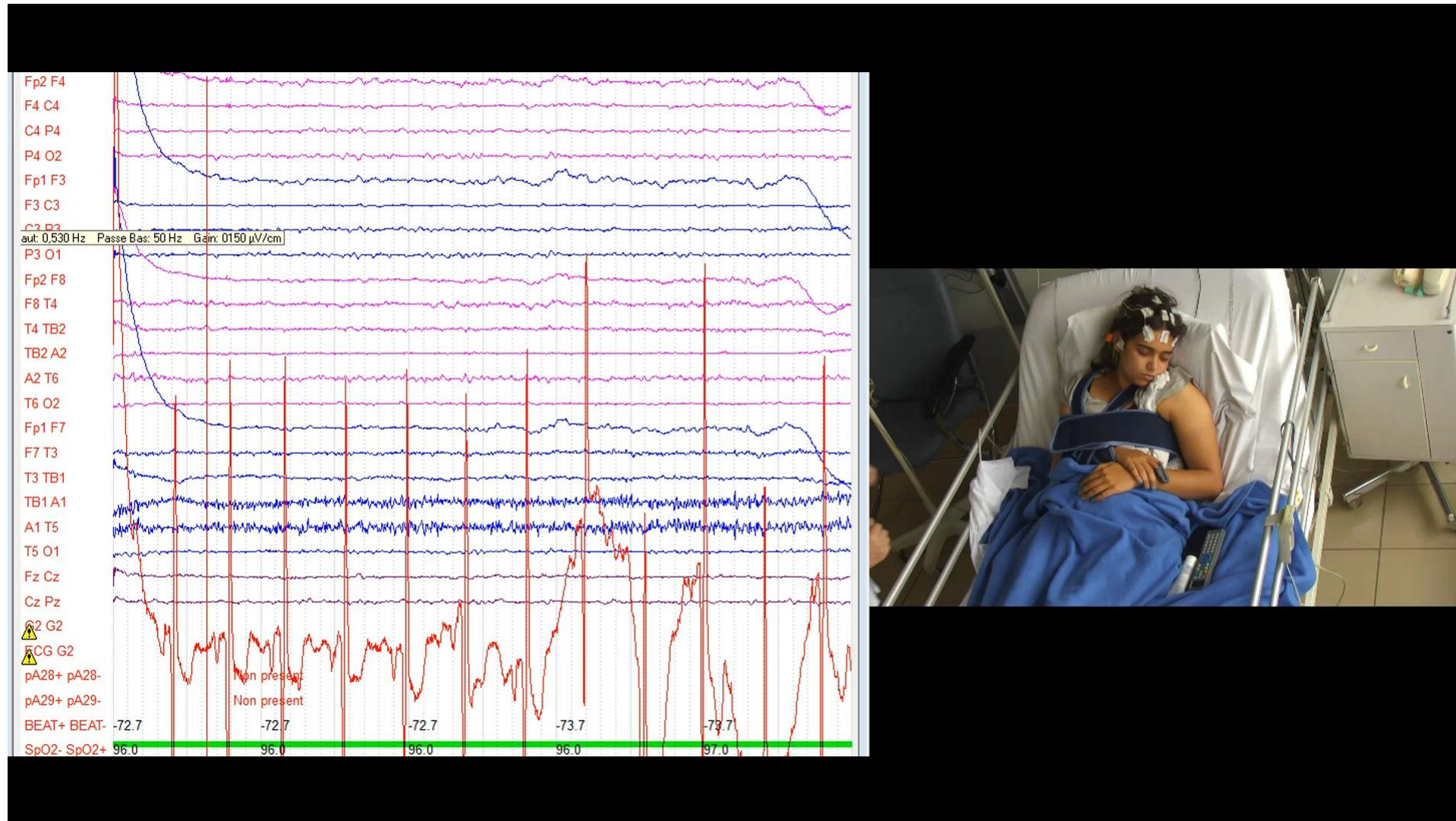
**DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL MAJEUR :
CRISE FONCTIONNELLE DISSOCIATIVE (= CRISE NON EPILEPTIQUE
PSYCHOGENE)**



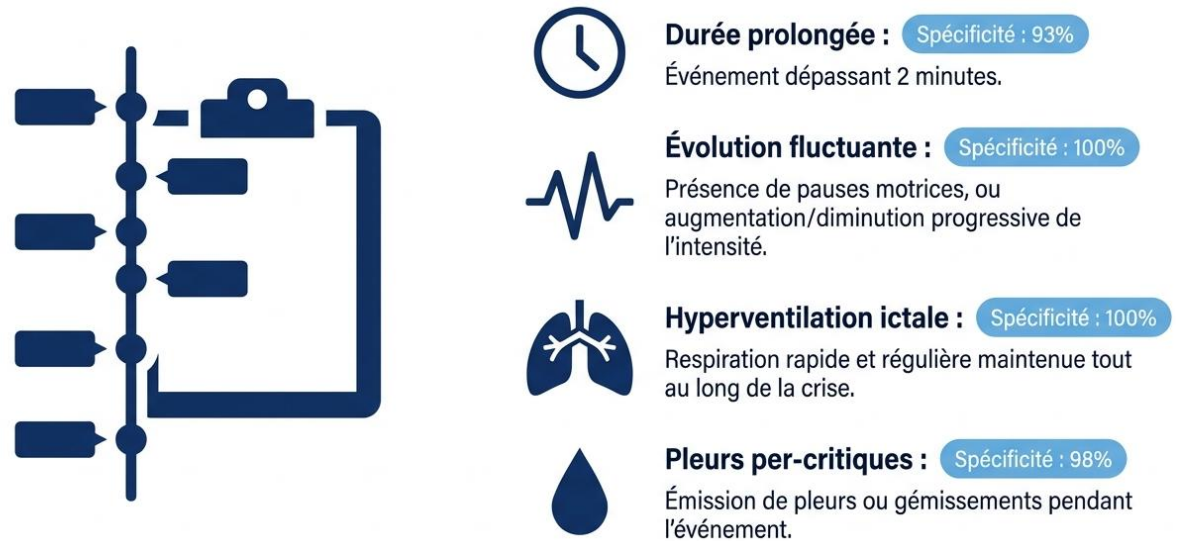
CFD : forme pseudo-convulsive



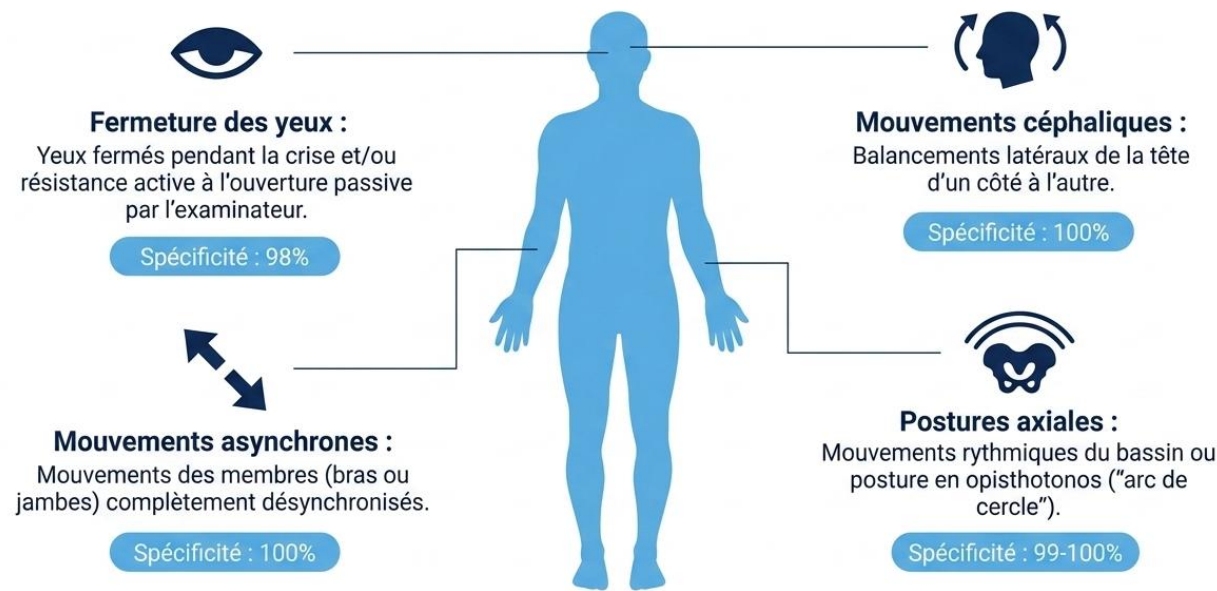
CFD : forme paucikinétique ('absence')



Caractéristiques générales et évolutives



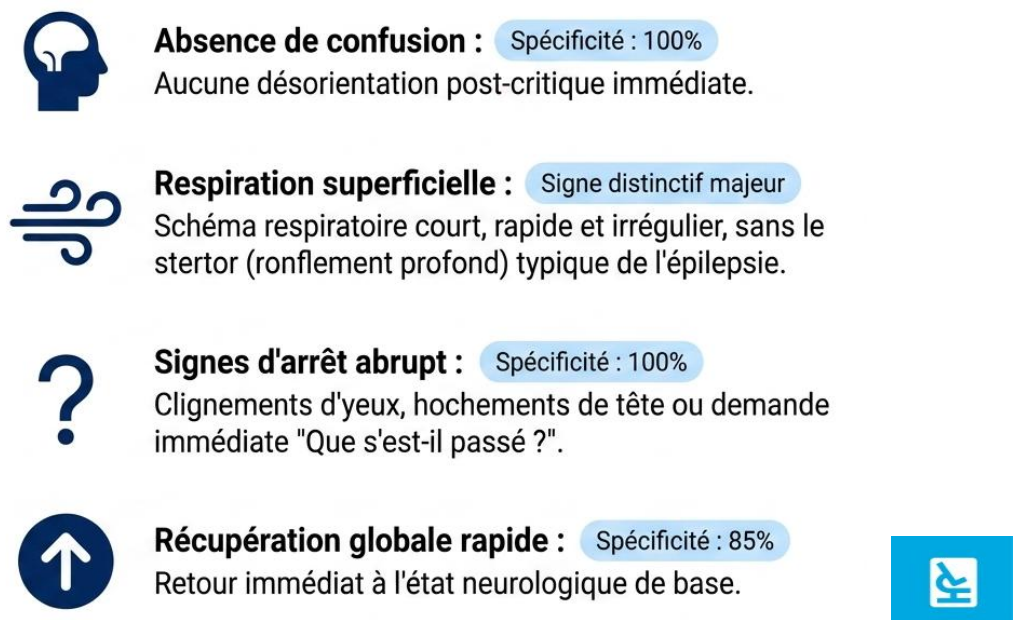
Signes moteurs hautement spécifiques



Indices de préservation de l'état de conscience



Phase post-critique et récupération



Crise situationnelle/symptomatique aiguë

- Relation temporelle étroite avec une atteinte du SNC due à une pathologie métabolique, toxique, structurale, infectieuse ou inflammatoire.
- L'intervalle de temps varie selon contexte :
 - **Une semaine** pour les suites d'un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien, une intervention neurochirurgicale intracrânienne, une anoxie cérébrale ou une infection du système nerveux central.
 - **Tant que persistent des signes cliniques et/ou biologiques** au cours des maladies infectieuses
 - **Tant que dure le saignement** dans le cas des malformations artério-veineuses
 - Dans les 7 à 48 h suivant la dernière prise d'alcool si contexte d'éthylisme chronique
 - **Durant les 24 h qui suivent** la constatation de certaines anomalies biologiques

Valeurs seuil à considérer pour leur imputabilité dans la survenue d'une crise d'épilepsie
(grade C)

Paramètres biochimique	Valeurs seuils
Glycémie	<2,0 mmol/l ou >25 mmol/l sans ou avec cétose
Sodium	<115 mmol/l
Calcium	<1,2 mmol/l
Magnésium	<0,3 mmol/l
Urée sanguine	>35,7 mmol/l
Créatininémie	>884 µmol/l



crise symptomatique d'un sevrage en alcool

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

S'agit-il d'une crise situationnelle ?

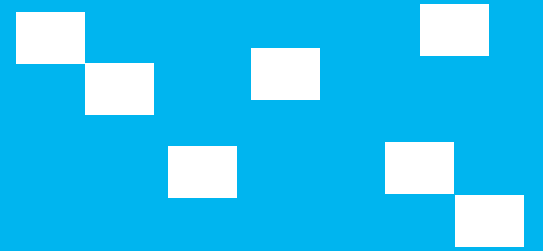
■ Biologie

- Iono sang avec Urée, Créatinine, glycémie, calcémie
- Bilan hépatique
- Lactates veineux (si < 2 heures), CPK
- Beta HCG
- Selon contexte
 - Recherche de toxique et/ou dosage de médicament / CO
 - Alcoolémie
 - PL si SIB ou absence de retour à l'état de base

■ Imagerie cérébrale

- IRM > TDM
- Protocole optimal sur IRM 3T (3D **T1**, **3D** FLAIR, axiales T2 de 4 mm, axiales T2* de 4 mm)
- Si IRM non disponible en urgence, à réaliser en ambulatoire (sauf certitude d'EGI)

**FAUT-IL METTRE EN PLACE UN TRAITEMENT ?
BENZODIAZEPINES ? TRAITEMENT DE FOND ?**

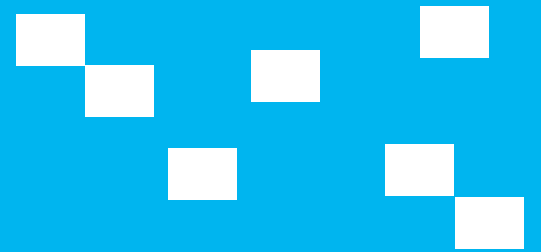


Recommandations thérapeutiques

- **Avis neurologique ou filière locale première crise disponible**
pour discuter la prise en charge et/ou mise en place d'un traitement antiépileptique de fond
- Sinon en attente consultation ou avis :
 - **Pas de benzodiazépine si crise unique et absence de facteurs de risque**
 - **possible couverture benzodiazépine type CLOBAZAM 10 mg en une prise le soir (ou 5 mg pour les plus de 60 ans ou les petits poids < 50 kg)**
si crise unique avec facteur de risque de récurrence précoce ou situation à risque (profession à risque)
 - **Traitement par benzodiazépine si cluster de crises**



ORIENTATION POST-URGENCE



Prise en charge 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)
- 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 dupassage 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

Informations & recommandations

- Conduite à tenir en cas de crise d'épilepsie (https://www.epilepsie-info.fr/fiche_infos_patients/gestes-a-effectuer-en-cas-de-crise-depilepsie/)
- 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

Conduite automobile



■ Conduite Groupe 1 : Véhicules légers

- Crise unique : apte après 6 mois sans crise (avec ou sans traitement)
- Epilepsie diagnostiquée : apte après 1 an sans crise (avec ou sans traitement)
- Epilepsie avec crises strictement morphéiques ou sans effet sur la conscience : apte après 6 mois de recul
- Crise provoquée : cas par cas (généralement 3 mois)

■ Conduite Groupe 2 : Poids lourds, transports en commun et tous les véhicules qui assurent un transport de passagers

- Crise unique : apte après 5 ans sans crise et sans traitement
- Epilepsie diagnostiquée : apte après 10 ans sans crise et sans traitement
- Crise provoquée : cas par cas

A 	> 50 cm ³ > 45 km/h (cat. max. 25 kW - 0.16 kW / kg)
A1 	max. 125 cm ³ max. 11 kW 16 < max. 80 km/h < 18
B 	max. 3.5 t max. 8+1 t max. < 750 kg

BE 	max. > 750 kg
C1 	> 3.5t, < 7.5t max. 8+1 t max. < 750 kg
C1E 	max. > 750 kg max. 12t
C 	max. < 750 kg
CE 	max. > 750 kg
D1 	max. < 750 kg max. 16+1 t
D1E 	max. > 750 kg max. 16+1 t max. 12t
D 	max. < 750 kg
DE 	max. > 750 kg

➔ Ne pas conduire jusqu'à la consultation neurologique



Activités professionnelles

■ Professions réglementées

- Pilotes et contrôleurs aériens
- SNCF : personnel roulant et postes de sécurité
- Forces de l'ordre avec port d'arme
- Pompiers
- Marine marchande
- Démineurs & professionnels travaillant avec des rayonnements ionisants
- Plongeurs professionnels ou travail en milieu hyperbare

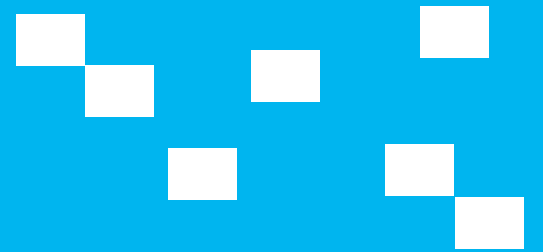
■ Activités à risque

- Conduite d'engins
- Travail isolé
- Travail avec des machines dangereuses, sources de chaleur ou tension électrique
- Travail en hauteur
- Responsabilité de la sécurité d'autres personnes
- Travail posté ou dette de sommeil fréquente

➔ AT jusqu'à la consultation neurologique si activités à risque ou impossibilité de transport jusqu'au lieu de travail



CRISE CHEZ UN EPILEPTIQUE CONNU



2 questions devant une crise chez un épileptique connu ?

Est-ce une crise habituelle du patient ?

Y a t il des critères de gravité ?

Crise habituelle sans complication

- Pas de surveillance particulière, pas d'hospitalisation
- Conseils hygiène de vie et observance thérapeutique
- Recontacter neurologue traitant
- Pas indication de BZD en post- crise (SAUF si rupture prolongée de traitement : couverture BZD type Clobazam Urbanyl® 5 mg/j jusqu'à rdv neurologue)
- Pas de conduite automobile
- Arrêt de travail à envisager au cas par cas

Crise habituelle avec facteur de gravité



- Retour long à une conscience normale
- Crise avec conséquence traumatique nécessitant des soins en urgence
- Changement de la fréquence et de l'intensité des crises
- Incapacité à prendre ses traitements habituels (vomissements itératifs par exemple)
- Femme enceinte



- Prise en charge hospitalière
- dosage CPK et lactate doute sur le diagnostic de crise épileptique
- dosage antiépileptique si doute sur observance thérapeutique
- Reprise des traitements habituels
- BZD non systématique (idem 1 ère crise)
- Femme enceinte : avis neurologique hospitalier obligatoire

Crise inhabituelle ou prolongée



- Crise convulsive généralisée avec convulsions > 3 à 5 minutes
- Trouble de conscience persistant après une crise
- Cluster de crise
- État de Mal Épileptique (EME)



- Prise en charge hospitalière
- Traitement de l'état de mal si critères état de mal
- Prise en charge cluster de crises

Cluster de crises

- **Salve de crises** : au moins 3 crises en 24h (ou rupture nette sur la fréquence de crises connue sur une brève période < 24h)

- **Risques évolutifs**

- Etat de mal épileptique
- Troubles psychiatriques post-ictaux
- SUDEP

- **Risque traumatique**

- **Indication hospitalisation**

- **Conséquence thérapeutique** : introduction de BZD type clobazam (Urbanyl® 10 mg à administrer au SU puis selon avis neurologique) / avis neurologique +/- EEG rapide

Epilepsia, 40(12):1832-1834, 1999
Lippincott Williams & Wilkins, Inc., Philadelphia
© International League Against Epilepsy

Brief Communication

The Association Between Seizure Clustering and Convulsive
Status Epilepticus in Patients with Intractable Complex
Partial Seizures

TABLE 2. *All patients*

Seizure clustering ^a	Convulsive SE		Total
	Yes	No	
Yes	16	20	36
No	5	35	40
Total	21	55	76

^a p < 0.002.



Take-home messages

- 1 ère crise d'épilepsie
 - Démarche diagnostique rationnelle
 - Hospitalisations rares en dehors des crises symptomatiques
 - Organisation filière épileptologique locale +++
 - Informations associées
 - Conduite à tenir face à une CGTC
 - Conduite automobile
 - Travail
 - Couverture par Clobazam : à réserver à des situations particulières
- Crise chez un épileptique connu
 - Prise en charge très différente selon caractère habituelle ou non de la crise / gravité de la crise



Hospices Civils de Lyon



votre santé,
notre engagement