

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Neurologie Prise en charge d'un état de mal épileptique	Version : 1 Date d'application : Juin 2013

Présentation clinique

- **EME convulsif** : crise tonico clonique durant plus de 5 min ou discontinue dès la 3^{ème} crise sans retour à un état de conscience normal ou antérieur entre les crises quelle que soit la durée de chaque crise.

Le diagnostic différentiel le plus fréquent est le pseudo état de mal psychogène (PEMEP). Certaines caractéristiques cliniques sont évocatrices (cf. annexe), mais le diagnostic peut être difficile. Les PEMEP récidivant très fréquemment, il est fermement recommandé de consulter les RSS devant tout EME convulsivant pour déterminer s'il y a des antécédents de PEMEP.

- **EME larvés** : stade ultime d'un EME convulsif non ou insuffisamment traité, avec parfois un coma isolé, ou accompagné de manifestations motrices pauci-symptomatiques souvent limitées aux territoires distaux comme des clonies du gros orteil et/ou du pouce, à la face avec des clonies palpébrales ou de simples révolutions oculaires avec de brèves contractions toniques axiales.

- **EME convulsifs réfractaires.**

Chez l'épileptique connu, la principale cause est le sous-dosage en antiépileptique volontaire ou non, autres causes : intoxication aiguë ou sevrage en alcool, AVC, infections du SNC et les troubles métaboliques, TC. En cas d'EME inaugural, causes principales AVC et causes métaboliques mais aussi intoxications médicamenteuses, liées à l'alcool, les infections du SNC et les néoplasies.

Diagnostic de PEMEP

Les manifestations motrices sont souvent violentes, amples, désorganisées, ne répondant pas à une systématisation neurologique (par exemple, mouvements touchant la main droite, puis le pied gauche). Elles peuvent prendre un caractère rythmique, évocateur à tort de mouvements convulsifs, mais c'est l'absence d'alternance avec des phases toniques ou cloniques, et le caractère trop régulier, et trop rapide, qui doivent faire évoquer une pseudo-crise.

Les mouvements touchant le tronc, ou encore plus évocateurs du bassin, des mouvements latéraux de la tête (négation), ou encore une attitude en opisthotonos sont très évocateurs d'une crise psychogène (conversion). Les yeux du patient sont le plus souvent fermés, avec une résistance à l'ouverture des yeux (Reuber et al 2000), alors que lors d'une crise ou d'un état de mal convulsivant les yeux sont ouverts, et les globes oculaires révolus. Ce seul critère de fermeture des yeux s'est avéré très efficace pour distinguer une pseudo-crise d'une vraie crise (sensibilité à 96 % et spécificité à 98%) Chung SS et al 2006.)

Le patient ne perd pas conscience. Le plus souvent, il ne répond pas aux questions, mais il est possible, en le sollicitant activement de lui faire exécuter certains ordres simples.

Rédigé par : Dr MOMO BONA A.
Vérifié par Dr VALTON Luc
Approuvé par : Dr FERNANDEZ Sophie

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Neurologie Prise en charge d'un état de mal épileptique	Version : 1 Date d'application : Juin 2013

Signes de gravité *Eléments devant faire envisager prise en charge spécifique (SAUV/déchoc)*

EME constitue en lui-même un état de gravité. Risque de pneumopathie d'inhalation, d'insuffisance rénale aiguë avec rhabdomyolyse, acidose métabolique, de troubles du rythme cardiaque, de décès...

Examens paracliniques

Biologie

Dextro urgent, iono sang avec calcémie, magnésémie, NFS Pq, CRP, gazométrie artérielle, HbCO +/- hémocultures.

Dosage en antiépileptique (AE) chez épileptique connu

Recherche de toxiques (alcoolémie, cocaïne, amphétamines, antidépresseurs tricycliques/sérotoninergiques).

Surdosage en bétalactamines, quinolones, isoniazide, théophylline...

+/- Ponction lombaire si contexte fébrile avec raideur méningée ou chez l'immunodéprimé ainsi que si bilan étiologique reste négatif

Imagerie

TDM cérébral sans et avec injection de contraste au plus tôt (PEC adaptée si découverte d'une pathologie imposant une PEC neurochirurgicale).

+/- IRM, doit être systématique si la cause de l'EME n'est pas identifiée par les examens précédents.

Explorations complémentaires

EEG outil indispensable au diagnostic d'EME, de son éventuelle évolution vers un EME larvé, MAIS aussi pour vérifier l'efficacité du traitement.

EEG indispensable en cas de

- **Persistance de l'état de mal épileptique**
- **Persistance d'un trouble de la conscience**

Rédigé par : Dr MOMO BONA A.

Vérifié par Dr VALTON Luc

Approuvé par : Dr FERNANDEZ Sophie

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Neurologie Prise en charge d'un état de mal épileptique	Version : 1 Date d'application : Juin 2013

Traitement en urgence *Objectifs de faire cesser l'activité épileptique motrice en évitant son évolution vers un EME larvé —→ PEC symptomatique et étiologique.*
ALLO neurologue de garde à Rangueil 44934/ à Purpan 46901.

- 1^{er} temps (0 à 30min) : traitement antiépileptique et conditionnement du patient avec PLS, protection des voies aériennes et canule de guedel, oxygénothérapie, stabilité hémodynamique, correction de l'hypo/hyperglycémie, hyperthermie. Thiamine.

Traitement de 1^{ère} intention :

BZD :

- **clonazéпам** (Rivotril® 1mg) 0,015 mg/kg, en IVL en 3min.
 - ou **diazéпам** (Valium®) 0,15 mg/kg, IV. **A répéter une fois si besoin sans différer AELD.**

Un **AELD** (antiépileptique de longue durée d'action), **doit être associé si récurrence des crises ou durée supérieure à 30 min :**

Fosphénitoïne (Prodilantin® 30mg/kg, c'est-à-dire 2 flacons pour 50 kilos, 3 flacons pour 75 kilos débit max 150mg/min IVSE dilution NaCl 0.9% ou G5%)

Phénitoïne (Dilantin® 20mg/kg dilution dans NaCl débit max 50mg/min IVSE) CI si insuffisance coronarienne bradycardie, BAV

OU phénobarbital (Gardéнал®) si CI à la phénitoïne. 20mg/kg en 15 à 20 minutes, débit max 100mg/min IVSE.

CI en cas d'insuffisance respiratoire. Précaution si hypotension.

Autre schéma : lorazéпам (ATIVAN® 0.1mg/kg débit max 2mg/min) **en monothérapie si CI à la phénitoïne.**

*Surveillance cardio-respiratoire. Une phase de coma initiale peut être transitoirement tolérée SAUF si pronostic vital en jeu. **Critères d'efficacité si arrêt des crises dans les 20min sans récurrence sous contrôle EEG.***

- 2^{ème} temps (30min à 60 min) : Traitement de II/III intention

Phénobarbital 20mg/kg débit max 100mg/min avec relais IVSE 200 à 400mg/j

OU Dépakine® 30mg/kg débit 100mg/min relais IVSE 2g/j

Le Lévétiracétam (Keppra®) et le Lacosamide (Vimpat®), sont des molécules également utiles en cas de contre-indication aux autres molécules car **disponibles en intraveineux, mais dont l'efficacité dans l'EME TC n'est actuellement pas démontrée.**

Keppra® 1000mg IV en perfusion sur 15 minutes puis relais 500 à 1500mg×2/j

Vimpat® 200 mg IV en perfusion puis relai 100 à 200 mg x 2/j.

Rédigé par : Dr MOMO BONA A.

Vérifié par Dr VALTON Luc

Approuvé par : Dr FERNANDEZ Sophie

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Neurologie Prise en charge d'un état de mal épileptique	Version : 1 Date d'application : Juin 2013

- 3^{ème} temps (>60 min) : EME réfractaire

Thérapeutique anesthésique :

Thiopental (Nesdonal®) bolus 2 mg/kg en 20 sec, à renouveler toutes les 5 min jusque arrêt des convulsions. Doses d'entretien 3 à 5 mg/kg/h.

Propofol (Diprivan®) bolus 2 mg/kg, puis 1 mg/kg/5 min jusque arrêt des convulsions. Puis dose d'entretien : 2-10 mg/kg/h IVSE

Midazolam (Hypnovel®) bolus 0,1 mg/kg puis 0,05 mg/kg toutes les 5 min jusque arrêt des convulsions. Puis dose d'entretien : 0,05-0,6 mg/kg/h.

Monitoring ECG, TA, SaO₂, EEG indispensable.

Intubation orotrachéale avec la technique d'induction à séquence rapide associant **étomidate** et **succinylcholine**. Indications :

- Détresse respiratoire persistante malgré traitement symptomatique non invasif
- A visée thérapeutique lorsque l'anesthésie générale est requise
- En cas de trouble de conscience persistant : GCS < 8.

Correction des ACSOS : hypotension, hypo/hyperglycémie, hyperthermie, hypoxémie/hypercapnie, dyscalcémie, hyponatrémie, anémie.

Traitement étiologique et spécifique: Recharger en AED si sevrage IV/SNG.

Ne pas oublier la vitaminothérapie B1 500mg si consommation ou sevrage alcoolique.

Attention à l'éclampsie chez la femme enceinte (sulfate de mg 15% 1-4g IVL en 5min et relais 1-4g/h IVSE.

Cefotaxime 75mg/kg IV si méningite avec purpura.

Mannitol 20% si anisocorie postTC 0.25-1g/kg IVL en 20min.

PEC des lésions post-traumatiques telles que luxation d'épaule, plaie cuir chevelu,...

Indication d'hospitalisation

D'emblée à la SAUV ou au déchoc jusqu'à l'arrêt de l'EME et récupération d'une conscience normale, puis transfert en neurologie dès que l'état clinique le permet (après avis du neurologue de garde)

Rédigé par : Dr MOMO BONA A.

Vérifié par Dr VALTON Luc

Approuvé par : Dr FERNANDEZ Sophie

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Neurologie Prise en charge d'un état de mal épileptique	Version : 1 Date d'application : Juin 2013

Prescriptions pour le service d'accueil pour les 24^{ères} heures

La prescription doit être adaptée à la situation clinique spécifique de chaque patient en accord avec le neurologue de garde ou d'astreinte (en journée).

Rédigé par : Dr MOMO BONA A.
Vérifié par Dr VALTON Luc
Approuvé par : Dr FERNANDEZ Sophie

Protocole Médecine d'Urgences	Service émetteur : Service d'Accueil des Urgences Pôle : Médecine d'Urgences
Neurologie Prise en charge d'un état de mal épileptique	Version : 1 Date d'application : Juin 2013

I - OBJET DU DOCUMENT :

Prise en charge d'un état de mal épileptique.

II - DOMAINE D'APPLICATION :

S'applique aux patients Des Urgences de Rangueil et Purpan

III- PERSONNES AUTORISEES (à compléter par le responsable médical signant le protocole) en fonction des références réglementaires.

A prescrire : X Médecin **OU A entreprendre** IDE, ☐ IADE, ☐ Sage-femme, ☐ Manipulateur en électroradiologie, ☐ Masseurs kinésithérapeutes

A administrer : X IDE, ☐ IADE, ☐ Sage-femme, ☐ Manipulateur en électroradiologie, ☐ Masseurs kinésithérapeutes

IV-DOCUMENT(S) DE REFERENCE :

Réglementation et / ou textes de référence

- URGENCE PRATIQUE (La revue des acteurs de l'urgence). Urgences Neurologiques Janvier 2012 n°110 ETATS DE MAL EPILEPTIQUES, 21-25

- Pratique Neurologique © 2010 Elsevier Masson SAS. Prise en charge des états de mal épileptiques généralisée de l'adulte en France en 2010.

V-DOCUMENTS ASSOCIES :

Autres documents :

VI – DEFINITIONS ET ABREVIATIONS :

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS		
N°version	Date	Nature des modifications

ANNEE PREVISIONNELLE DE REVISION : 2014

Rédigé par : Dr MOMO BONA A.

Vérifié par Dr VALTON Luc

Approuvé par : Dr FERNANDEZ Sophie