



Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière

POLE DES MALADIES DU SYSTEME NERVEUX

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS



FACULTÉ DE MÉDECINE
PIERRE & MARIE CURIE



Conduite à tenir devant une 1^{ère} crise chez un patient hospitalisé

Pr Vincent Navarro

Unité d'épilepsie et ICM

Hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Contexte

- Patient admis dans un département pour un motif autre qu'une épilepsie
- Survenue au cours de l'hospitalisation d'une crise d'épilepsie
- Quelles attitudes thérapeutiques ?
Quels examens , quelle urgence ?

1^{ere} question: le patient avait-il une épilepsie connue (ou méconnue) ?

- Reprendre l'interrogatoire (patient et proches) + reprendre le dossier médical
- Si une épilepsie est connue:
 1. Identifier les facteurs favorisant de la crise:
 - **Les médicaments antiépileptiques**
 - Le patient a omis de signaler un traitement antiépileptique
 - Attention aux antiépileptiques 'cachés' (antidouleur: Lyrica^R, BZD, etc)
 - Le traitement n'est pas disponible à l'hôpital
 - Erreur de transcription de la dose
 - **Contexte particulier lié à l'hospitalisation:**
 - Le patient n'a pas dormi
 - Le patient a vomi ses traitements
 - Introduction récente d'un inducteur enzymatique

1^{ere} question: le patient avait-il une épilepsie connue (ou méconnue) ?

- Si une épilepsie est connue:

2. Evaluer s'il s'agit d'une crise habituelle ou non:

- Patient ayant une épilepsie pharmacorésistante connue:
 - ne pas s'inquiéter s'il fait des crises partielles, avec la même fréquence qu'avant son hospitalisation
 - Compléter le bilan si crises différentes (généralisées, ou plus fréquentes)

3. Vérifier la cadre syndromique de cette épilepsie

épilepsie généralisée idiopathique (pas de lésion cérébrale)

versus épilepsie partielle (possible lésion sous-jacente)

2^e question : si l'épilepsie n'est pas connue, une lésion cérébrale est-elle connue ?

- Patient hospitalisé pour une tumeur cérébrale, pour un AVC hémorragique, pour une neurosarcoïdose, etc:
 - Forte imputabilité de cette lésion
 - Surtout si concordance radio-clinique:
Tumeur occipitale et sémiologie visuelle au début de la crise
 - Mais, se méfier d'une modification de la lésion
(transformation hémorragique d'une tumeur, majoration d'un œdème, etc)

2^e question : si l'épilepsie n'est pas connue, une lésion cérébrale est-elle connue ?

- Patient hospitalisé pour un autre motif (démence, SEP, séquelle de traumatisme, neuropathie périphérique, etc)
 - Réaliser un bilan étiologique plus complet
 - L'imputabilité de la pathologie cérébrale connue doit rester un diagnostic d'élimination:
 - Épilepsie dans le cadre d'une maladie d'Alzheimer, après une nouvelle imagerie ayant écarté une lésion associée (hématome sous-dural, métastases cérébrales, etc)

3^e question : Quel bilan ?

Au cas par cas

- **Biologie** :
 - Natrémie, glycémie
 - Pas de dosage des MAE en urgence (à doser le lendemain matin, en résiduel)
- **EEG**:
 - EEG au lit du patient, en urgence (8 électrodes)
 - EEG au laboratoire avec davantage d'électrodes (21 électrodes) (délai de 24-48h)

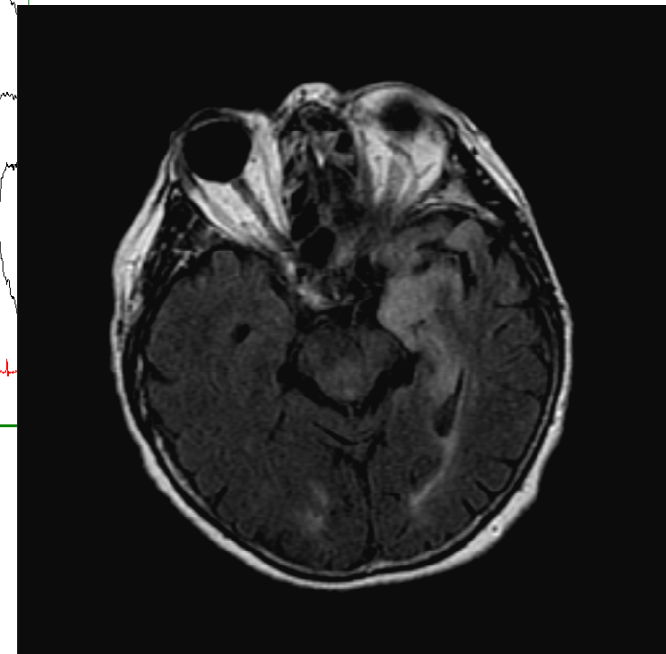
3^e question : Quel bilan ?

- L'EEG permet
 - de confirmer le diagnostic syndromique
 - De voir des crises infracliniques
 - D'apporter des éléments en faveur d'une étiologie
 - D'identifier des arguments en faveur d'un risque de récurrences (abondances des anomalies intercritiques)

EEG



Activités pseudo-périodiques temporales



Encéphalite herpétique

3^e question : Quel bilan ?

- **Imagerie**
 - En urgence, si déficit neurologique persistant, trouble de vigilance: TDM cérébrale
 - Différée : IRM cérébrale (« protocole épilepsie ») si épilepsie non connue
- **PL:** seulement si fièvre, en l'absence de contre-indication

4^e question : Quel traitement ?

- En urgence:
 - Il n'y a pas d'intérêt à injecter une BZD (Rivotril^R) après une crise (majore les troubles de vigilance)
 - Des BZD per os peuvent être prescrites si risque élevé de récurrences (notamment en l'absence de facteurs favorisants) :

Attention à leur effet sédatif (risque de chutes, fausses routes): utiliser de faibles doses, par ex:

Rivotril 2mg $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{2}$
Urbanyl 5mg 1-1-1

4^e question : Quel traitement ?

- Au long cours:
 - **Un traitement antiépileptique** est indiqué après 2 crises spontanées, sans facteur déclenchant identifié
 - Ou après une crise et un risque élevé de récurrences
 - Le traitement dépend du syndrome épileptique + du terrain du patient
 - Forme IV (seulement si trouble de déglutition)
Sinon forme orale

5^e question : Quand transférer le patient en réa ?

- **Si état de mal épileptique:**

Définitions :

- EM généralisé (crises généralisées > 5 min)
- Autres EM : crises > 30 min

- **Si menace d'état de mal:**

Définition :

crises en série, avec retour à une vigilance normale entre les crises

- **Si mauvaise tolérance** : respiratoire, hémodynamique

5^e question : Quand transférer le patient en réa ?

- **Si état de mal généralisé: Urgence!**
 - Perfusion IV de Rivotril (1 mg),
 - Appel de la réa, car les autres traitements doivent être administrés sous surveillance :
 - Prodilantin : risque de vasoplégie, trouble de conduction
 - Gardenal : risque de détresse respiratoire
 - En l'absence de transfert possible en réanimation:
 - Dihydan par la sonde gastrique, avec dose de charge (200 à 400 mg)

5^e question : Quand transférer le patient en réa ?

- **Si état de mal partiel:**
 - Perfusion IV de Rivotril (1 mg)
 - Le transfert en réa n'est pas obligatoire, ni urgent
 - Si bonne tolérance
 - Si possibilité de surveillance
 - Essayer des médicaments antiépileptiques, en dose de charge
 - Dihydan par la sonde gastrique, avec dose de charge (200 à 400 mg)
 - Tegretol par la sonde gastrique (600 mg)
 - Keppra IV (2,5g) ou Vimpat IV (200 à 400mg)

6^e question: comment s'intègre cette crise dans la pathologie du patient ?

- **Crises et AVC:**

- Des crises à la phase aiguë d'un AVC:

- non prédictives d'une épilepsie au long cours;
donc traitement de courte durée, à réévaluer

- Des crises à distance d'un AVC (après 2 semaines):
prédictives de récurrences

- **Crises et tumeur cérébrale:**

- Prédictives d'une majoration du volume tumoral.

- Le meilleur traitement antiépileptique:

- ⇒ Chimiothérapie et anti-oedémateux

Se méfier des diagnostics différentiels

- **Toute perte de connaissance n'est pas une crise:**
 - **Syncope:** vagale (lors d'un geste invasif), par hypoTA (patient ayant de nombreux anti-hypertenseurs), par pathologie cardiaque
 - **Manifestations psychogènes,** dans le cadre d'un trouble psychiatrique associé
- **Interprétation abusive d'un EEG, évoquant des crises, alors qu'il s'agit d'une encéphalopathie** (hépatique, ou médicamenteuse)

Conclusion

- Prise en charge d'une première crise lors d'une hospitalisation :
 - Bilan **au cas par cas**, en fonction de l'histoire du patient, et du motif d'hospitalisation
 - Prise en charge thérapeutique **graduelle**, adaptée à la gravité des crises.