

# Etat de mal épileptique

Dr. Lekdim  
Sétif, le 01/06/2020

- **Crise épileptique** = Manifestation clinique paroxystique (motrices, sensitives, sensorielle ou psychique) qui peuvent s'accompagner d'une perte de connaissance et sont liées à une décharge excessive, paroxystique et hypersynchrone d'une population de neurones



## I. Définitions

- Etat de mal épileptique: **Gastaut**

“Crise épileptique qui **persiste suffisamment longtemps, ou qui se répète à des intervalles suffisamment brefs** pour créer une condition épileptique fixe et durable”

Fixe et durable?? → cela sous entend que l'EME ne cède jamais spontanément

**Pas de retour à l'état de conscience**



La durée nécessaire pour considérer que la condition demeure « fixe et durable » est comprise entre **5 et 30 minutes**, en fonction du type de crise:

EME TCG: 5min

Absences: 10-15 min

EME partiel: 10min



## 1) Interrogatoire

Étape capitale (Surtout de l'entourage, **Témoin++**)

- Âge du patient
- ANTCD ( Surtout épileptique connu ou non)
- Mode de début, durée
- Contexte: F°, infection intercurrente
- Liste Médic.: Actuels ou récemment arrêtés
- Prise de toxique ou de sevrage (OH)

# II. Démarche diagnostique

## 2) Examen clinique

- Analyse sémiologique fine des crises:
  - EM convulsif: Dgc facile: TCG, myoclonique, tonique, clonique
  - EM Non convulsif: Dgc difficile, les signes se limitent à une conscience fluctuante, une aphasie
- **Apprécier l'état de conscience +++**
- Rechercher les signes de gravité: F°, OH Â, sevrage OH, traumatisme crânien, maladie générale ( Cancer, Lymphome, VIH), Grossesse

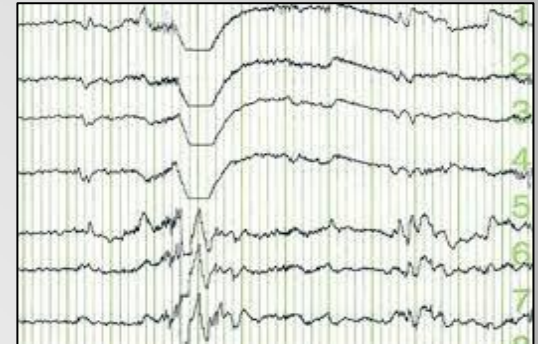
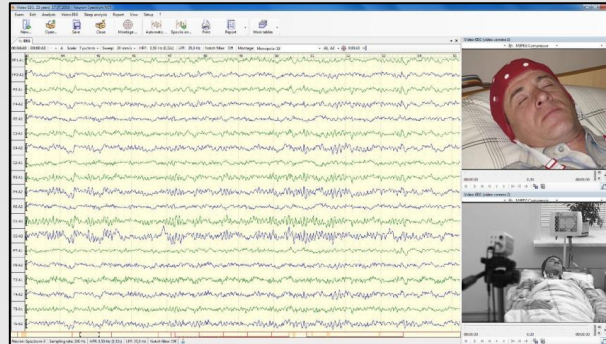
### 3) Bilan paraclinique

- FNS, PQT
- **Glycémie +++**
- Bilan rénal, hépatique
- **Calcémie**
- **Ionogramme sanguin**
- Dosage de toxique (fonction du contexte)
- Dosage plasmatique des antiépileptiques (épileptique connu)
- PL (si F°) → Pleïocytose modérée au début dans 15 à 20% des EME en l'absence d'infections ou de traumatisme



#### 4) EEG Si

- Doute persistant sur un pseudo état de mal  
→ Vidéo-EEG
- Suspicion d'EME non convulsif à expression confusionnelle
- Persistance de troubles de la conscience afin de déterminer la persistance d'une activité électrique



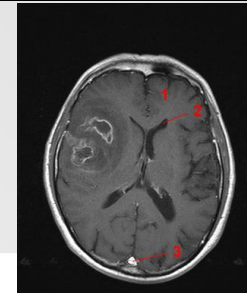
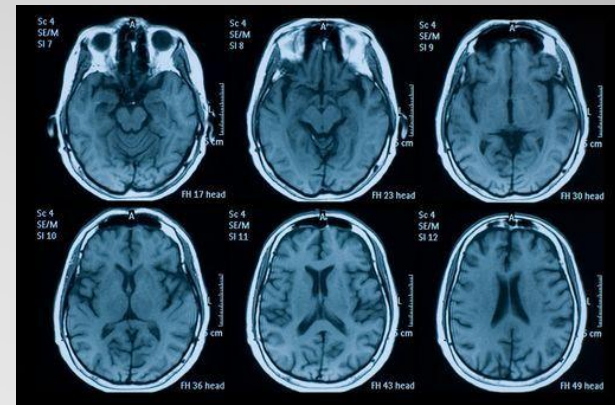


**Mais l'EEG ne doit pas retarder  
la PEC thérapeutique +++**

## 5) Neuro-imagerie

TDM (mieux IRM) cérébrale, sans et avec inj PC:

- Si EME inaugural
- Signes de localisation
- Crises initiales partielles (clinique, EEG)
- Traumatisme crânien
- Néoplasie
- Immunodépression
- Âge >40 ans
- Si UNE PL est indiquée



## 1) EME non épileptique psychogène

- Contexte: femme jeune, ambiance psychiatrique (hystérie), facteur déclenchant (stress, conflit)
- Éléments cliniques: fermeture des yeux, résistance à l'ouverture des yeux, évitement du regard, contact possible avec le patient, absence de confusion post critique, mouvements amples, désorganisés, trop réguliers, "théâtralisme", présence de témoins, pleur en fin de crises  
→ EEG et Vidéo-EEG

## III. Dgc différentiel

- 2) Encéphalopathie métabolique  
Hypoglycémie → Dextro en urgence  
Insuffisance hépato-cellulaire (Astérixis ou flapping tremor)
- 3) Encéphalopathie post anoxique: (Myoclonies)
- 4) Syncopes (ECG+++ )
- 5) Mouvements anormaux (Tremblements, dyskinésies...)

## 1) Épileptique connu

- **Erreurs de Traitement:** Mauvaise observance du Trt (Arrêt ou modification récente), introduction d'un Trt antiépileptique aggravant ou pro convulsivant
- **Sevrage thérapeutique brutale (BDZ)**
- Intoxication Â ou sevrage alcoolique
- Infections intercurrentes
- Dette de sommeil, stress, contexte post Op.



# IV. Démarche étiologique

## 2) EME inaugural

- Troubles H<sub>2</sub>O-électrolytique, métabolique sanguins (HGly, HNa<sup>+</sup>, HCa<sup>+</sup>)
- Vasculaire (AVC  $\Phi^{se}$  Â ou séquellaire)
- Tumoraux (Tumeurs I<sup>ves</sup> ou métastases)
- Infectieuses (Méningite et méningo-encéphalite)
- Inflammatoires
- Traumatismes crâniens

## 1) Mesures générales

Hospitalisation et mise en condition

Monitoring continu: FR, FR, TA

Libération des voies aériennes supérieures

Position latérale de sécurité

Prévenir d'éventuelles © traumatiques

Placer 2 VVP, canule de Guedel

Corriger les troubles métaboliques

2) **TRT spécifique**: Nouvel algorithme thérapeutique des EMGTC selon Glauser et al., 2016 (plaque suivante)



# V. Traitement



**Début des convulsions****Lieux****Intervention**

**0-5 min**  
Phase de stabilisation

**5-20 min**  
Phase de  
1<sup>ère</sup> ligne de traitement

**20-40 min**  
Phase de  
2<sup>ème</sup> ligne de traitement

**40-60min**  
Phase de  
3<sup>ème</sup> ligne de traitement

Pré-hospitalier

Secteurs d'urgences ou d'hospitalisation

Unité de Soins Intensifs

1. Mise en condition du patient (LVA, ventilation, circulation), monitoring des fonctions vitales
2. Examen clinique neurologique
3. Evaluation de la durée des crises depuis leur début
4. Dextro, correction hypoglycémie
5. Pose VVP et BB (ionogramme, NFS, CRP, fonction urinaire et hépatique, Toxiques, dosages AEDs)

NON

**Arrêt des crises**

OUI

Si retour à l'état de base, surveillance et traitement symptomatique

**Benzodiazépines en première intention NIVEAU A**

- Midazolam IM 10 mg si > 40 kg ou 5 mg <40 kg ou
- Lorazépam IV (0.1 mg/kg, max 4mg/dose) ou
- Diazépam IV (0.15-0.2 mg/kg, max 10mg/dose) ou
- Clonazépam IV (0.02-0.1 mg/kg, max 1 mg/dose)\*

Sinon

- Diazépam Rectal
- Midazolam intranasal ou buccal
- Phénobarbital IV (15mg/kg/dose)

NON

**Arrêt des crises**

OUI

Si retour à l'état de base, surveillance et traitement symptomatique

**Deuxième dose possible de**

- Lorazépam IV (0.1 mg/kg, max 4mg/dose) ou
- Diazépam IV (0.15-0.2 mg/kg, max 10mg/dose) ou
- Clonazépam IV (0.02-0.1 mg/kg, max 1 mg/dose)\*

NON

**Arrêt des crises**

OUI

Si retour à l'état de base, surveillance et traitement symptomatique

**Pas de consensus NIVEAU U**

- Fosphénytoine IV (20 mg PE/kg, max 1500 mg/dose) ou
- Acide Valproïque IV (40 mg/kg, max 3000mg/dose) ou
- Lévétiracétam IV (60 mg/kg, max 4500 mg/dose) ou

Sinon

- Phénobarbital IV (15mg/kg/dose)

NON

**Arrêt des crises**

OUI

Si retour à l'état de base, surveillance et traitement symptomatique

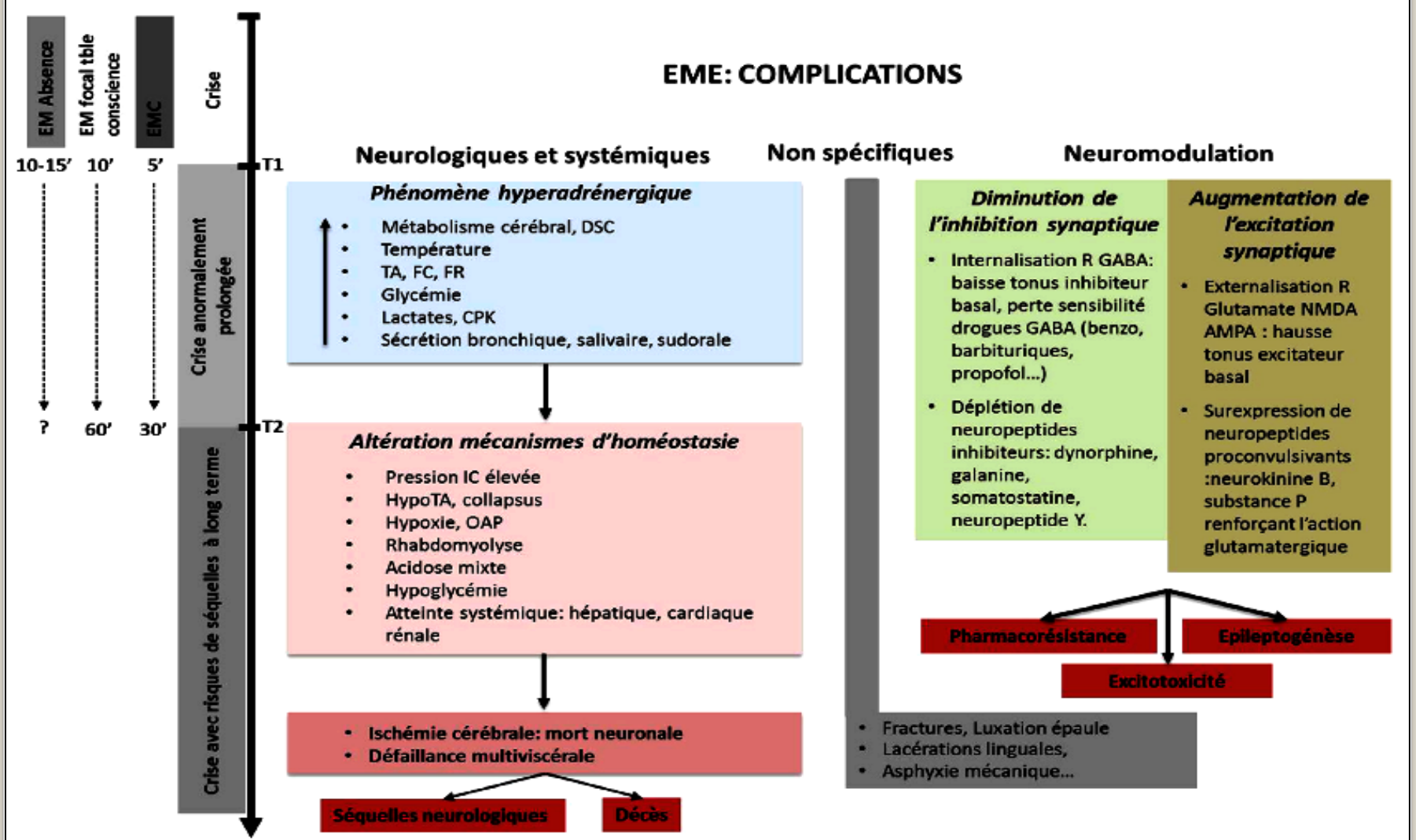
**Pas de consensus NIVEAU U**

- Nouvel essai d'un traitement de 2<sup>ème</sup> ligne non encore utilisé
- **Sédation IV et IOT**
  - Thiopental
  - Midazolam
  - Pentobarbital
  - Propofol

**Monitoring EEG continu**

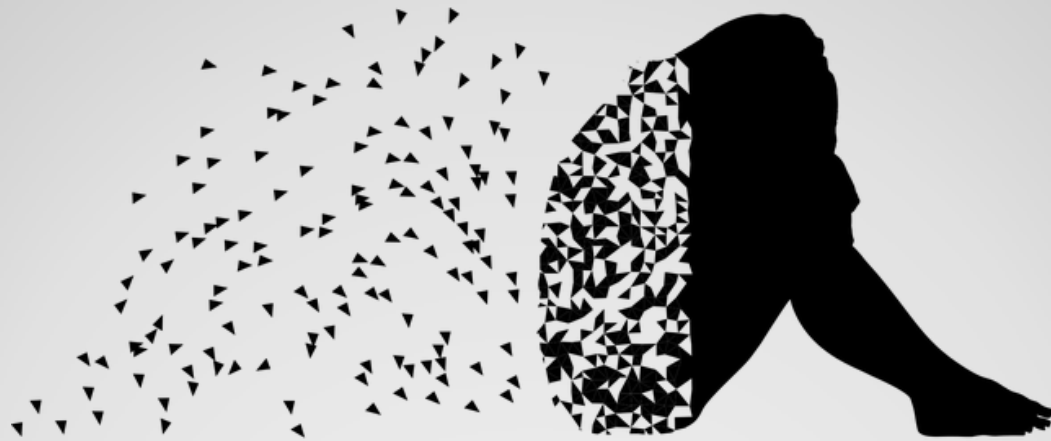


# Décours temporel des différents types d'EM et de leurs complications



## VI. Complications

- ❑ Le pronostic dépend de la **précocité du TRT**
- ❑ En l'absence de TRT, l'évolution est fatale (**Décès**)
- ❑ Séquelles neurologiques: Déficit, atteintes des fonctions cognitives, détérioration intellectuelle, apparition d'une maladie épileptique ou aggravation d'une épilepsie antérieure



## VII. Pronostic/Évolution

L'évolution peut se faire vers:

- EME Larvé:

Disparition des phénomènes moteurs chez un patient comateux, mais persistance de l'activité épileptique électrique

Persistance parfois de mouvements cloniques palpébrales , doigts, bouche

→ EEG+++

- EME Réfractaire = EME résistant à  $\geq 2$  médicaments antiépileptiques administrés à la posologie adaptée



- **URGENCE** → Rapidité de la PEC
- Mise en jeu du pronostic vital:  
Trt symptomatique & étiologique
- Antiépileptique IV d'action prolongée
- EEG: outil indispensable, **mais ne doit pas retarder la PEC**

## **VIII. Conclusion**