

Epilepsie

Catherine Lamy

Service de neurologie

Hôpital Sainte-Anne, Paris

DU prise en charge des situations d'urgence médico-chirurgicales
Paris, décembre 2016

Les crises: un symptôme

L'épilepsie: une maladie



- **Crises épileptiques**

- **2 à 5% des individus auront à un moment de leur existence une crise d'épilepsie**

- Episodes paroxystiques, stéréotypés, de durée brève (qq s à qq minutes), de début et de fin brusques

- Symptôme lié à une décharge neuronale excessive

- **0,3 à 1.2% des motifs d'admission au SAU**

- **Epilepsie**

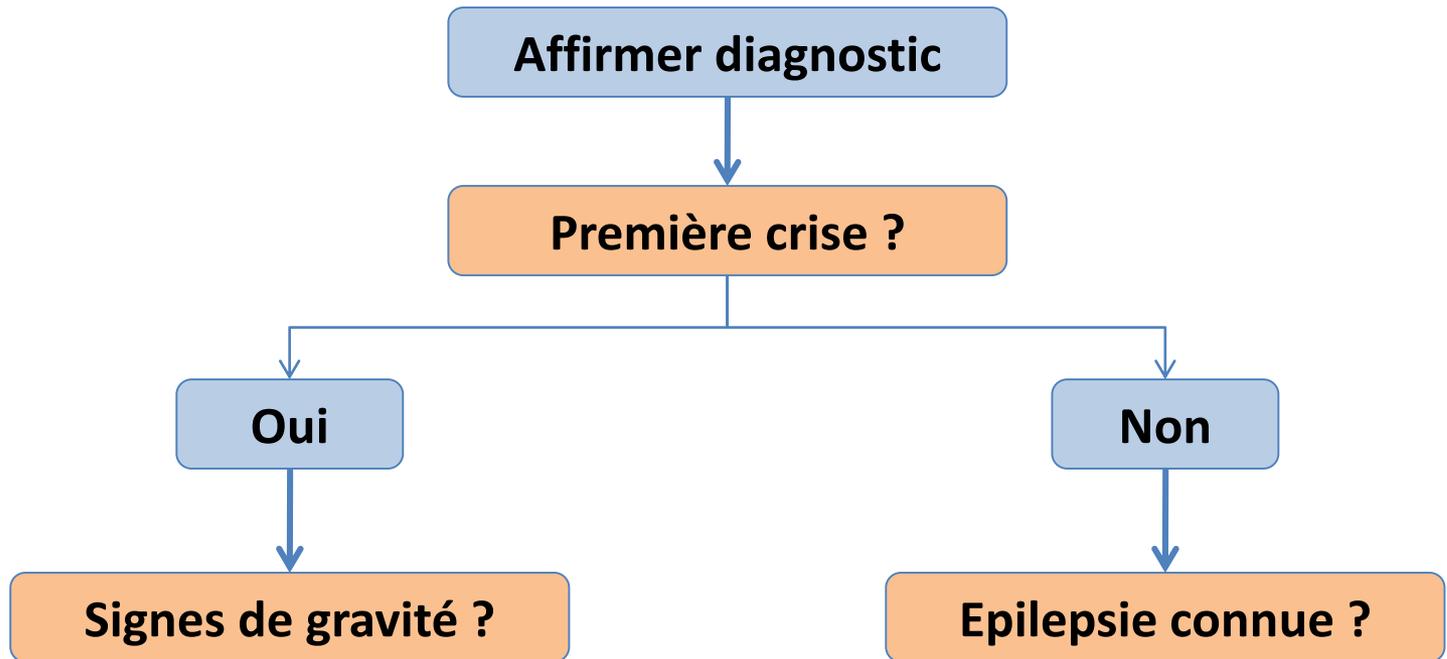
- Maladie caractérisée par la récurrence de crises d'épilepsie spontanées

- ~ 400 000 - 600 000 patients épileptiques en France

Epilepsie. CAT aux urgences

- 1^{ère} crise épileptique
- crise avec signes de gravité
- crise chez un épileptique connu
- état de mal épileptique
 - non convulsif
 - Convulsif
- crise chez l'alcoolique

CAT devant une crise d'épilepsie



1ère crise épileptique généralisée tonico-clonique. Diagnostic positif

Interrogatoire du patient et des témoins ++

- Circonstances favorisantes
- Pas de prodrome
- **Phase tonique [10-20 sec]**
 - Début brutal, chute, pfs cri
 - Trouble de la conscience d'emblée, yeux révulsés; hypertonie généralisée
 - Tachycardie, rougeur du visage, mydriase, hypersécrétion bronchique et salivaire
 - Morsure latérale de langue
- **Phase clonique [30 sec]**
 - Secousses bilatérales synchrones, s'espçant progressivement
 - Apnée → cyanose du visage
 - Morsure latérale de langue
- **Phase résolutive (post-critique) [qq minutes à 30 mn]**
 - Obnubilation profonde avec hypotonie
 - Enurésie, respiration stertoreuse
 - Au décours: confusion, céphalées, courbatures

CAT devant une CGTC

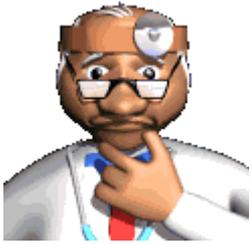
- Inutile d'essayer d'arrêter les mouvements (pas de contention)
- Ne pas mettre d'objet entre les dents
 - Risque de lésions dentaires
 - Exacerbation du réflexe nauséeux
- Protection contre les chocs
- Pendant la période d'obnubilation
 - Mise en position latérale de sécurité
 - Evaluation hémodynamique, respiratoire, et neurologique
- L'injection de BZD n'est pas justifiée après une crise isolée





Diagnostic différentiel

	Crise généralisée	Syncope vasovagale	Syncope cardioplégique
Prodromes	Non, sauf aura	Oui, assez longs	Non
Installation de la perte de conscience	Très brutale	Précédée de prodromes	Très brutale
Aspect du patient	Normal puis cyanose	Pâleur puis cyanose	
Durée perte de conscience	>2 minutes	<1 minute	
Tonus	Hypertonie initiale	Hypotonie initiale	
Clonies	Oui	Rares, irrégulières et secondaires	
Morsure de langue	Très fréquente (latérale)	Très rare	
Perte d'urines	Possible		
Confusion post critique	Toujours, parfois longue	Absente ou brève	
Courbatures	Fréquentes	Non	
CPK	Parfois augmentées	Normales	

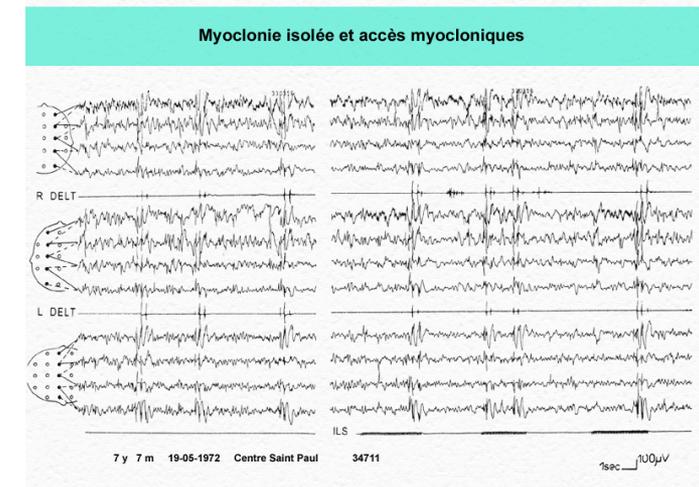
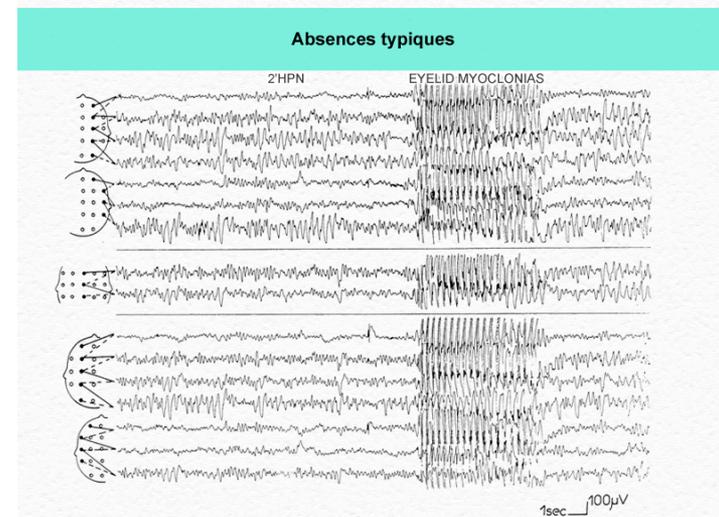


S'agit-il vraiment d'une 1ère crise ?

- Vérifier l'absence de crises antérieures (absences, myoclonies, crises partielles)
- Rechercher facteur déclenchant
 - Privation de sommeil, alcool+++ (facteur de risque majeur: 18 à 25 % des crises convulsives), médicaments, toxiques, stimulations lumineuses (télé, jeux vidéos, néons), arrêt d'un traitement, sevrage
 - Trouble métabolique **Glycémie**
- ATCD familiaux?
- Début d'une maladie épileptique?

Crises généralisées: il n'y a pas que les crises tonico-cloniques

- Symptômes moteurs bilatéraux et/ou troubles de conscience
- **Absences**: rupture de contact brève isolée ± révulsion oculaire, myoclonies palpébrales. **Enfants, adolescents**. EEG: décharge de PO à 3 Hz/s
- **Myoclonies**: secousses musculaires en éclair isolées ou en salves, \approx symétriques, sans tble de conscience; le + svt mbs sup, souvent lâchage d'objets; pfs mbs inf, pfs chute



1ère crise focale. Diagnostic positif

-Interrogatoire du patient et/ou des témoins :

- **1ers symptômes:** subjectifs (sensation épigastrique ascendante..) ou rapportés par l'entourage: **valeur localisatrice**
- mvts stéréotypés, suspension du langage, posture anormale, clonies de la face ou d'un membre, mâchonnements...
- **troubles de conscience:** rupture de contact = crises partielles complexes, généralisation secondaire

• Les différents types de crises partielles :

- les crises partielles simples avec signes moteurs; avec signes sensitifs ou sensoriels ; avec signes végétatifs; avec signes psychiques
- les crises partielles complexes
- les crises partielles secondairement généralisées

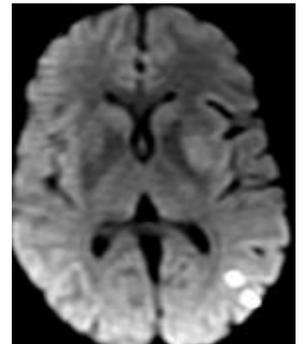
Episodes brefs, stéréotypés chez un même patient. Séquence logique (réseau épileptogène).

Crise focale. Diagnostic différentiel

- AIT
- Migraine avec aura: marche migraineuse, céphalée
- Hypoglycémie
- Ictus amnésique:
 - Tble de la mémoire antérograde brutal et régressif; questions itératives; pas de déficit moteur ou sensitif; comportement normal; amnésie lacunaire. Durée: quelques heures. Diagnostic clinique: interrogatoire des témoins++
- Attaque de panique

AIT ou crise épileptique focale

- Distinction théoriquement facile
 - Signes cliniques purement déficitaires
 - Début brutal
 - Durée plus longue (souvent ≥ 10 mn)
 - Pas d'altération de la conscience
 - » Racontés par le patient
 - Territoire vasculaire
 - Terrain « vasculaire » (facteurs de risque, ATCD)
 - Récidives possibles mais habituellement peu nombreuses, non stéréotypées
 - Apport de l'IRM



Facteurs favorisant les crises épileptiques

- **Médicaments**

- Théophilline
- Neuroleptiques, pipérazinés surtout
- Antihistaminiques
- IMAO
- Isoniazide
- Antidépresseurs tricycliques
- Autres: quinolones, anesthésiques locaux (lidocaïne et dérivés), morphiniques, anticholinergiques, cyclosporine



- **Alcool**

- **Drogues**

- Cocaïne et crack, LSD, amphétamines...



- **Toxiques industriels**

- Plomb, manganèse, organo-phosphorés ...

- **Métaboliques**

- Hypercalcémie
- Hypoglycémie
- Hyperglycémie
- Hyponatrémie
- Hypernatrémie

- **Situations particulières**

- Sevrage: antiépileptiques, alcool
- Manque de sommeil
- Stimulations lumineuses

Signes de « gravité »

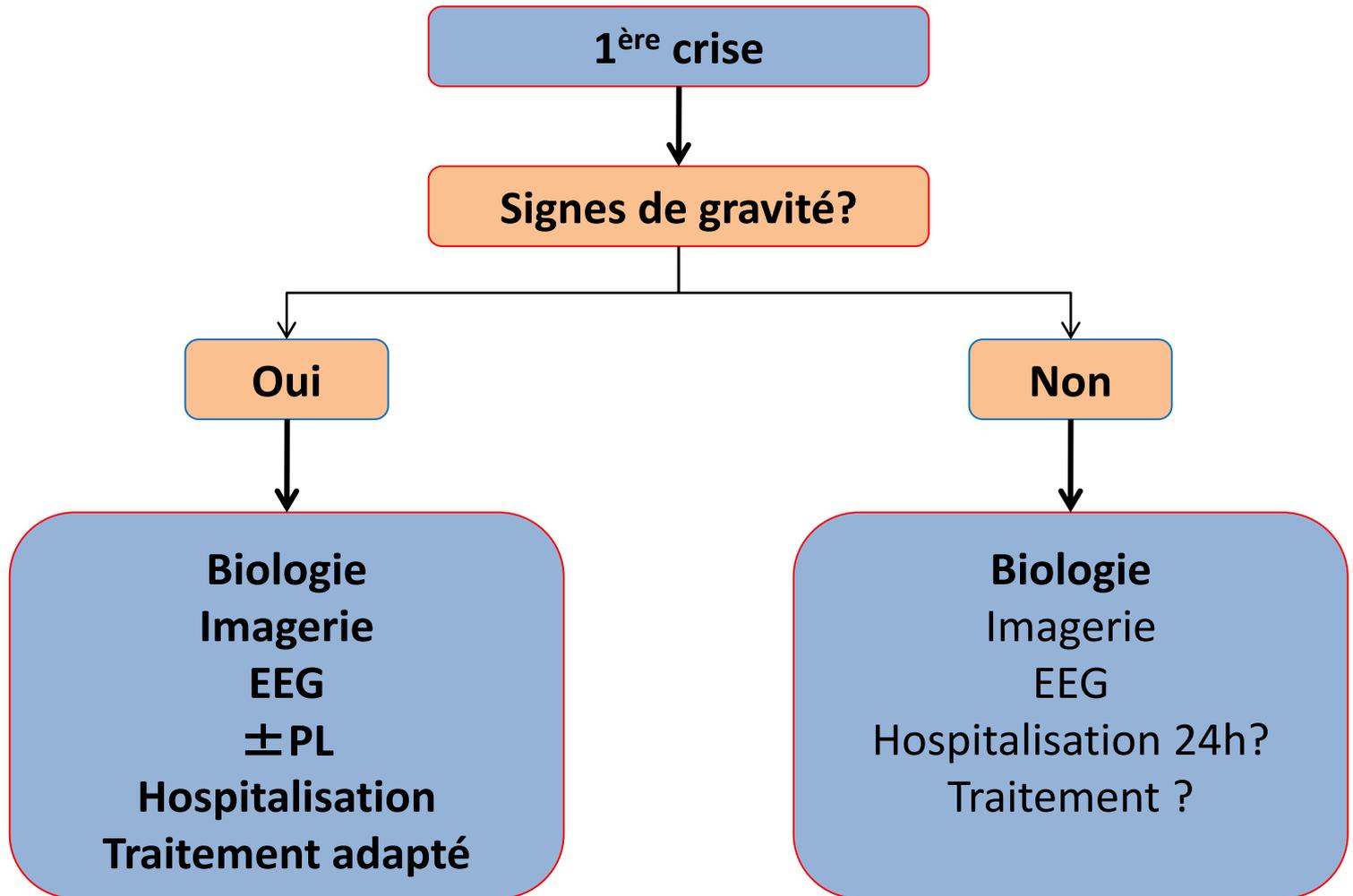


- Crises récidivantes
- Confusion persistante
- Fièvre
- Céphalées inhabituelles
- Déficit post-critique
- Traumatisme crânien
- Maladie générale (cancer, VIH..)
- Traitement anticoagulant
- Trouble métabolique
- Alcool, sevrage, toxiques



EEG

TDM
IRM



1^{ère} crise avec signes de gravité

- Hospitalisation
- **Imagerie**
 - Encéphalite, TVC, AVC, tumeur, contusion cérébrale..
- **Biologie**
 - Trouble métabolique (hyponatrémie, hypoglycémie, encéphalopathie hépatique, urémique)
- **EEG**
 - Surtout si confusion prolongée (>30 mn)
 - Etat de mal non convulsif, encéphalite
- **PL après imagerie**
 - Méningoencéphalite

1^{ère} crise sans signe de gravité

- **Hospitalisation**

- Préférable pendant 24 h (surtout si sujet > 60 ans)
- Sortie possible après une surveillance qq heures si bilan normal, accompagné, adhésion au suivi

- **Imagerie**

- Toujours nécessaire, peut être programmée si crise isolée
- **Scanner au SAU conseillé (surtout si sujet âgé)**
- IRM programmée (après consultation spécialisée)



- **EEG**

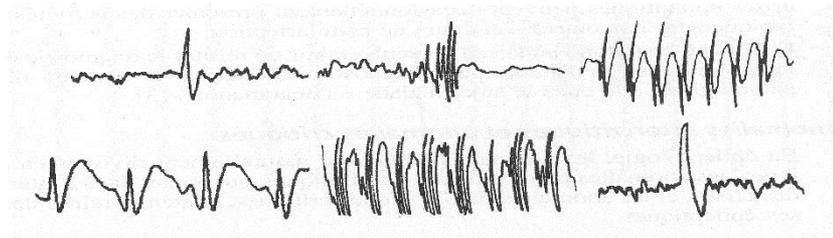
- si possible à J1-J2 (plus rentable dans les 24-48 heures)

- **Prise en charge**

- Information des risques de récurrence, arrêt de travail, repos, pas de conduite automobile, pas d'alcool
- Pas d'AE. BZD per os pendant 8 j à doses dégressives
- Avis neurologique différé avec résultat EEG et scanner.

Place de l'EEG

- Systématique dans le bilan d'une 1^{ère} crise épileptique
- En urgence
 - Si troubles de conscience ou confusion prolongée (EM non convulsif, arguments pour encéphalite)
- Dans les 24-48h si possible
 - Diagnostic, classification, décision d'un traitement au long cours
- EEG de sieste après privation de sommeil
 - Si EEG standard normal (plus sensible)



Buts de la consultation spécialisée après le passage au SAU

- Confirmer le **diagnostic**
 - de crise d'épilepsie
 - puis d'épilepsie et de syndrome épileptique
- Recherche d'une cause (IRM)
- Évaluer le **risque de récurrence** et ses conséquences
- Décider de la mise en route ou non du **traitement**
- **Inform**er sur l'épilepsie, le traitement, les conseils d'hygiène de vie

Evaluer le risque de récurrence

- Risque à 2 ans après crise inaugurale: 39 à 51% sans tt.
- Facteurs de récurrence majeurs (*Maillard et al, Rev Neurol 2009*):
 - Découverte de crises antérieures (risque récurrence: 61%)
 - Anomalies paroxystiques à l'EEG (risque x 2-3)
 - Pathologie cérébrale préexistante à la crise
- Patients à haut risque (2 facteurs): 59% récurrence à 1 an
- Patients à faible risque: (0 facteur): 19% à 1 an

Traitement après une 1^{ère} crise ?

- Indiqué en général si:
 - Cause certaine (lésion cérébrale aiguë...)
 - Syndrome épileptique défini
- Si bilan < 0, traitement à discuter au cas par cas en fonction de:
 - Absence de facteur déclenchant
 - Anomalies EEG intercritiques
 - Patient: vécu, âge, profession

Epilepsie connue

Crise habituelle ?

Oui

Non

Facteurs favorisants

Oubli trt, privation de sommeil,
alcool, médicament

**Rechercher signes de
gravité** (cf CAT devant une 1^{ère}
crise)

Oui

Non

Reprise du trt habituel
Pas d'examen
Surveillance brève

Dosage des AE
Reprise tt habituel \pm BZD
Cs rapide avec neurologue

Etat de mal épileptique

- Rare : ~ 1% des crises. Plus fréquent chez le sujet âgé. Grave
- Définition
 - Absence d'arrêt d'une crise d'épilepsie
 - Crises continues ou succession de crises sur une période
 - ≥ 30 min
 - ≥ 5 min pour l'EME tonico-clonique généralisé
- Peut être convulsif ou non
- Enquête étiologique sans retarder le traitement

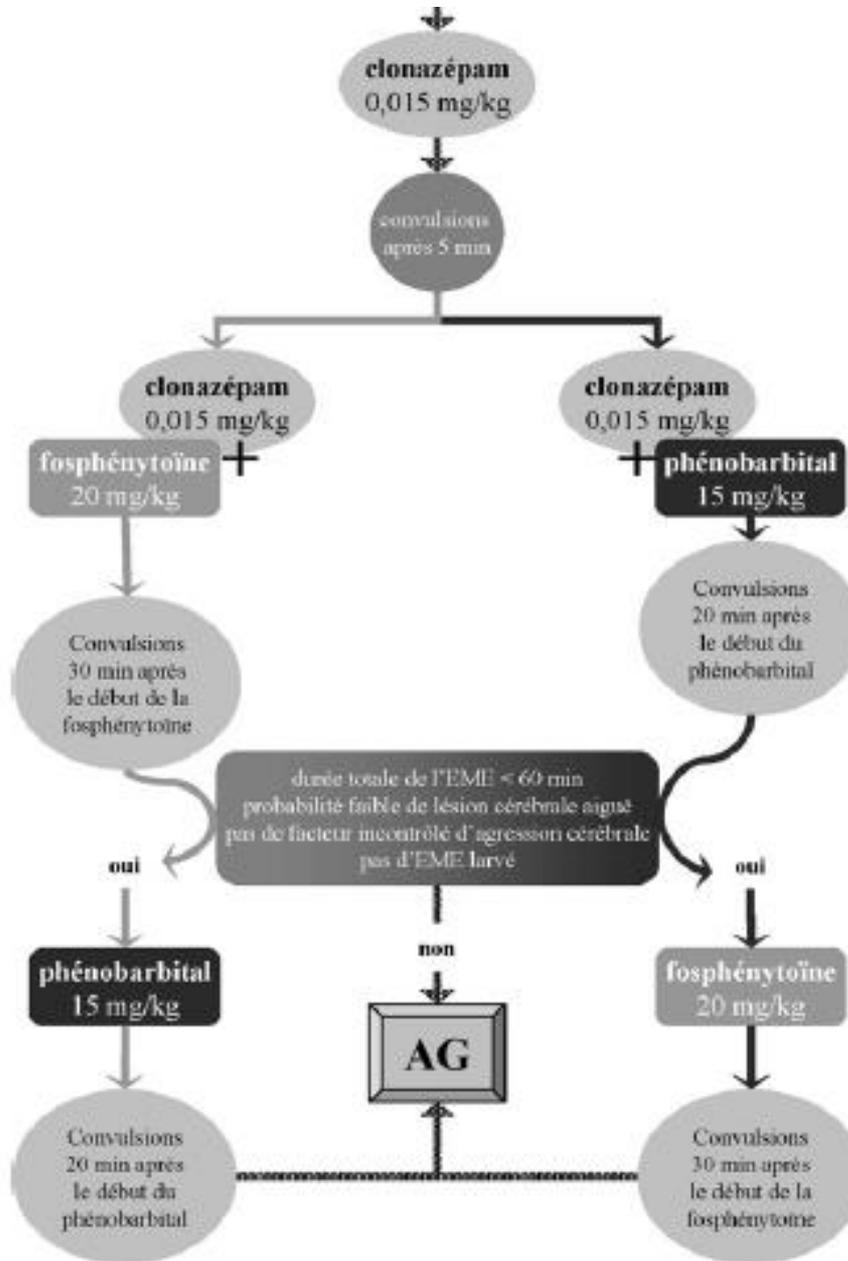


Etat de mal épileptique

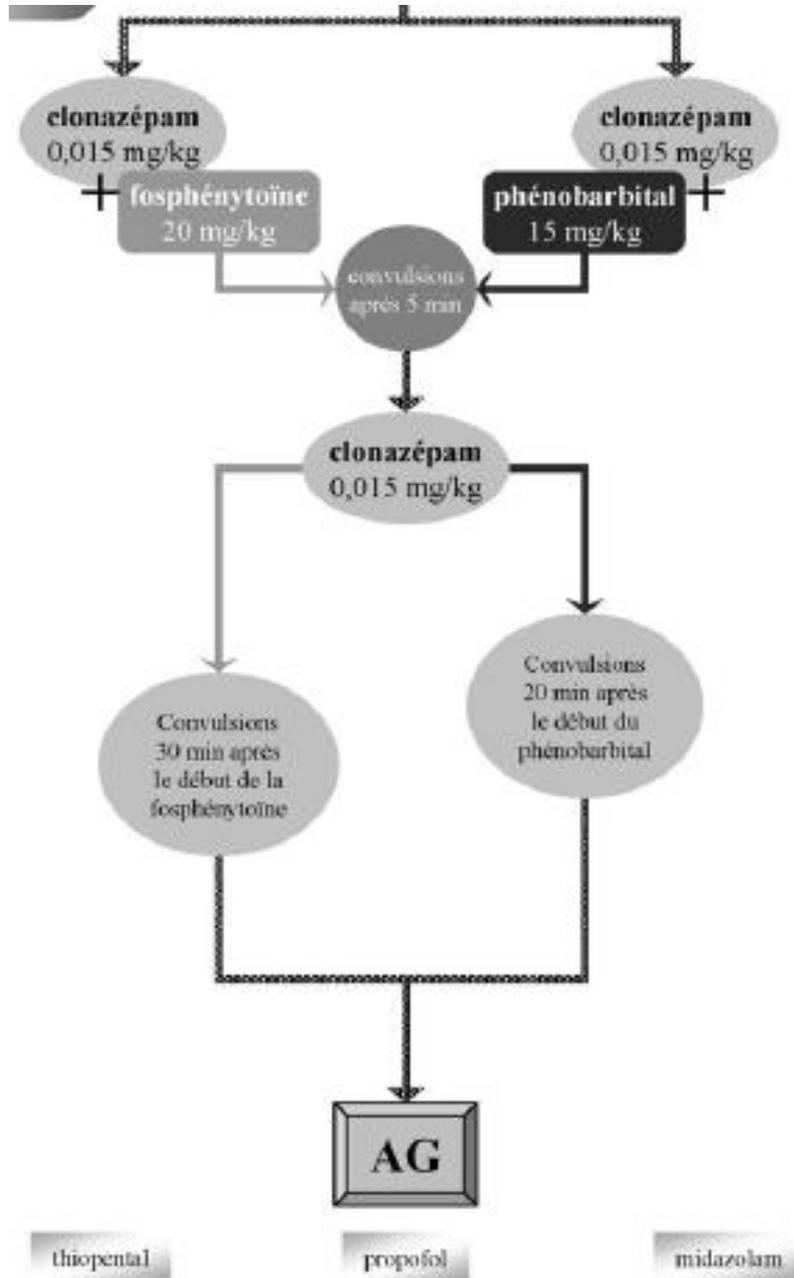
- Mesures de réanimation
- Traitement de l'état de mal (avis d'experts)
 - 1^{ère} ligne: BZD – RIVOTRIL IV
 - 2^{ème} ligne: AE IV – phénytoïne, phénobarbital, valproate
 - 3^{ème} ligne: anesthésique IV
- Traitement étiologique

EME tonico-clonique généralisé < 30 mn

Outin et al,
Recommandations SFR
2009



EME TC généralisé > 30 mn



Outin et al,
Recommandations SFR
2009

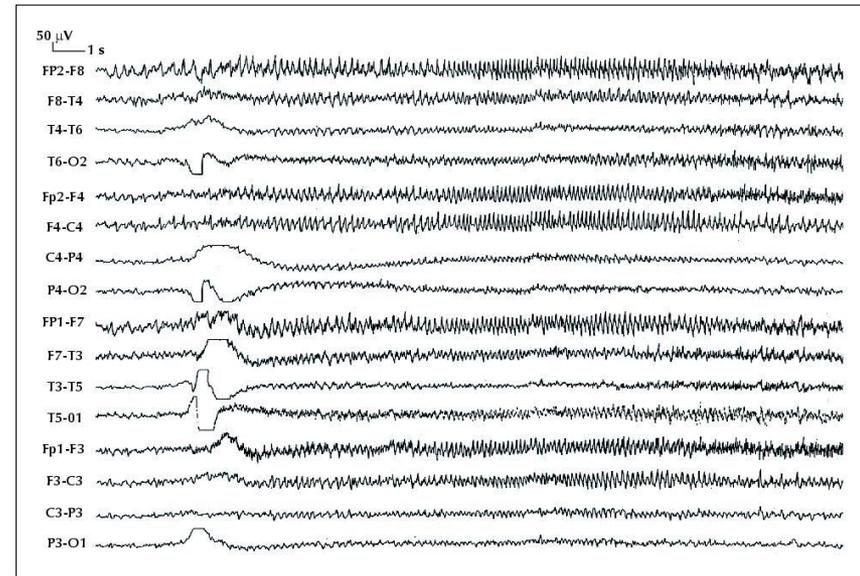
EM non convulsif

- **E**tat confusionnel fluctuant; myoclonies périoculaires ou buccales.

- Epilepsie généralisée connue

- De novo, souvent sujet âgé
++ Cause toxique, médicamenteuse, métabolique.

- **Y penser. EEG++**
Normalisation après injection IV d'une benzodiazépine





Epilepsie et alcool

- **Intoxication aiguë**
 - Crises rares (alcoolisation aiguë: plutôt effet anticonvulsivant)
- **Crises de sevrage+++**
 - Délai <48 h
 - Plus fréquentes chez l'homme
 - CGTC, plus rarement partielles: rechercher lésion cérébrale++
 - Souvent en salves.
 - EME: 8% des cas. Plus fréquents si sevrage médicamenteux associé
 - Les crises précèdent les signes de sevrage
 - Alcoolémie < 100 mg/dl

Crise chez un alcoolique

- **Imagerie cérébrale**

- Toujours si

- Signes focaux
- Notion de traumatisme crânien
- Troubles de conscience
- Crises partielles

- Pour certains systématiquement

- Environ 10% de lésions cérébrales découvertes chez des patients alcooliques ayant une 1^{ère} crise en période de sevrage. Aucun signe clinique prédictif

- **EEG** si troubles de conscience prolongé

Epilepsie et alcool

- **Pièges**

- Un état post-critique confondu avec une ivresse
- Hypoglycémie
- Traumatisme crânien méconnu
- La perfusion de glucosé sans B1

- **« Epilepsies alcooliques »**

- Mécanismes ?
 - Atrophie cérébrale, TC répétés, crise de sevrage répétées
- Intérêt d'un trt AE au long cours ?
 - Risque de récurrence mais interaction de l'alcool avec les médicaments
 - Mauvaise observance