



# CRISE D'ÉPILEPSIE

---



## POINT DE VUE DE L'URGENTISTE

Dr Heintzelmann Chrystelle

Service des Urgences médico-chirurgicales Hôpital Civil

# GENERALITES

---



Mode d'acheminement du patient au SAU :

- ➔ SAMU +++
- ➔ SOS Médecins
- ➔ Médecin traitant
- ➔ Admission spontanée



# GENERALITES



➡ Janvier à juin 2007

➡ Représente sur l'ensemble des urgences 3,1 % des admissions.



➡ 36,5 % de transferts hospitaliers toutes admissions confondues ( hors UHCD)

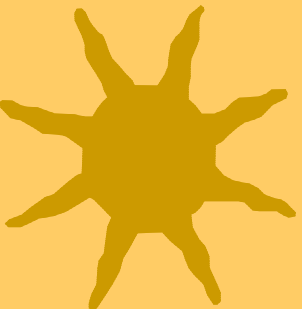
➡ 26 % de transferts hospitaliers concernant les patients dont le diagnostic principal est la crise convulsive





# PRISE EN CHARGE

---



- ➔ Liberté des voies aériennes supérieures
- ➔ Oxygénothérapie, canule de guédel
- ➔ Crise isolée : pas de traitement
- ➔ Benzodiazépines en IV : Valium 10 mg à renouveler en cas d'échec. Si recidive après 2 injections = EME

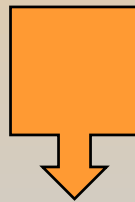


# PRISE EN CHARGE

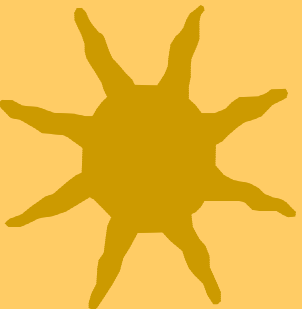
---

2 grandes prises en charge possibles :

- ➡ Crise d'épilepsie chez un patient épileptique connu
- ➡ Crise d'épilepsie inaugurale



En accord avec la conférence de consensus de Genève 1991, 1ère actualisation en 2001 et deuxième en 2006.





# EPILEPTIQUE CONNU



➔ Pas de VVP

➔ Dextro, Fc, TA, SpO2, T°, Glasgow

➔ Interrogatoire +++

✳ Administration rapide traitement si oubli

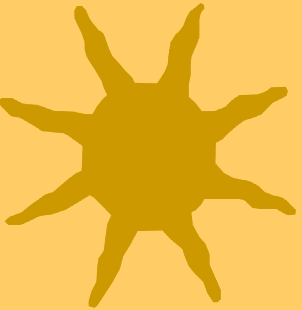
✳ facteurs déclenchants ? Fréquence ?  
habituelle? Suivi?

➔ Examen clinique +



# EPILEPTIQUE CONNU

---



- ➡ Pas de bilan sauf dosage antiépileptiques éventuels
- ➡ Pas de scanner si crise similaire
- ➡ Retour à domicile après prise contact neurologue en charge du patient ou l'équipe des épiléptologues du centre ville en l'absence de suivi.

# 1ERE CRISE PRESUMEE



➔ Affirmer la crise : Interrogatoire témoins +++

\* 20 à 25 % des motifs d'admissions pour crises d'épilepsie ne sont pas des crises d'épilepsies.

\* FDR majeurs retrouvés dans 18 à 25 % des crises = consommation excessive d'alcool ou sevrage.

➔ Crise isolée ? Crise sans contexte clinique ou biologique évocateur d'une maladie associée. Affirmée seulement après un bilan minimal.

➔ Crise accompagnée? Cf tableau suivant





# 1ERE CRISE PRESUMEE



La crise accompagnée est définie par la présence d'au moins un des critères suivants :

- Répétition de la crise au service d'accueil
- État de mal convulsif
- Confusion mentale anormalement persistante
- Fièvre > 38°
- Déficit postcritique
- Alcoolisation ou sevrage alcoolique
- Éthylisme chronique
- Intoxication
- Trouble métabolique
- Traumatisme crânien
- Maladie générale (cancer, lymphome, SIDA)
- Grossesse



# CRISE ISOLEE



➔ En accord conférence de consensus et l'équipe d'épileptologie : filière fonctionnelle +++

➔ Interrogatoire +++ famille ou témoins .

★ Description ?

★ Prise médicamenteuse ? Sevrage médicamenteux ?

➔ Dextro, UGEC ( hyponatrémie ++ ),  $\beta$  HCG

➔ Syndrome inflammatoire ? CO ?



# CRISE ISOLEE

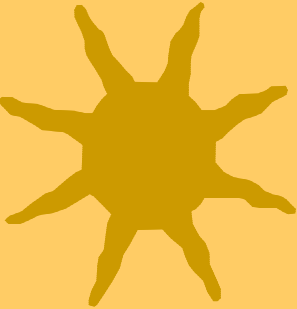


- ➔ Scanner cérébral préconisé conférence de consensus sauf chez le patient épileptique connu et TC sans signes de localisation. En fonction du contexte ( FDR thrombophlébite) avec injection.
- ➔ ECG non préconisé mais réalisé: troubles du rythme ?
- ➔ EEG préconisé mais pas avant la 24 heures.

Anomalies sont prédictives de récurrence.



# CRISE ISOLEE



➔ Examen clinique et paracliniques normaux

➔ Filière épilepsie ( Pr Hirsch et son équipe)

★ Consignes donnés au patient

- Eviter médicaments proconvulsivants, alcool

- Eviter conduite automobile, situations périlleuses

- Rassurer et informer du risque éventuel du récidence

- RDV dans les 8 jours avec l'équipe d'épileptologie avec arrêt de travail jusque là.





# CRISE ACCOMPAGNEE



➔ VVP

➔ UGEC, NFS, CRP, dosages toxiques, CRASE

➔ Répétition des crises , Confusion mentale persistante

- scanner révélateur d' AVC ischémique, hémorragique , hématome sous ou extra dural

- avec injection : contexte de VIH , néoplasie

- EEG à la recherche d'état de mal infraclinique?

Méningo-encéphalite frustrée ?



# CRISE ACCOMPAGNEE



➔ Hyperthermie : PL +++



➔ Troubles métaboliques : hypoglycémie, hyponatrémie



➔ Ivresse ou sevrage : si anomalies ,neurologiques, stigmates de TC ➔ Scanner

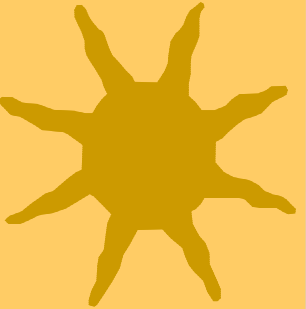
➔ Intoxication : théophylline? Tricycliques?

➔ HOSPITALISATION +++



# DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

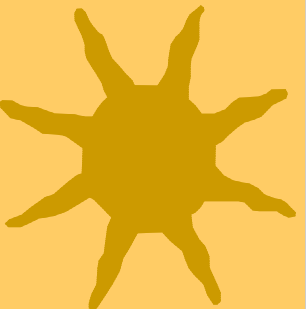
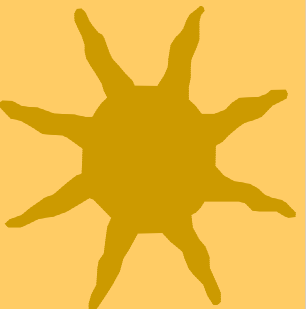
---



➔ Problème de l'urgentiste

➔ Interrogatoire +++

➔ Examens cliniques et paracliniques





# DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS



## ➔ Syncope cardio-vasculaires

- syncope convulsiante

prodromes, pouls et TA imprenable

Ø confusion , Ø morsure latérale

- Etiologie cardiaque : troubles du rythme

- Hypotension orthostatique

- Toute cause d'hypoxie aigüe : embolie pulmonaire

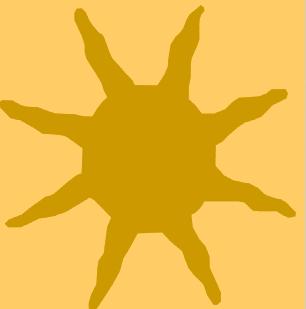
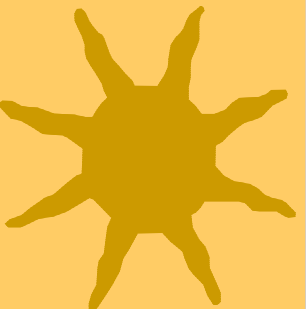
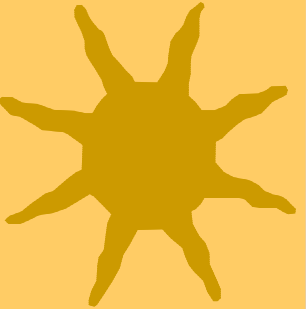
anémie aigüe





# DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

---



➔ PDC hystérimiformes, tétanie

= diagnostic d'exclusion



# CONCLUSION



- ➔ Traitement symptomatique avec transfert en réa si EME
- ➔ Étiologies possibles nombreuses...le problème de l'urgentiste est la crise d'épilepsie qui n'en est pas une...
- ➔ Scanner cérébral au moindre doute diagnostique  
Bilan biologique + ECG
- ➔ Filière épilepsie permettant de diminuer les hospitalisations, sont exclus les consultations dans un contexte de sevrage éthylique.
- ➔ Role de l' UHCD ? Surveillance ?