

David Leppert

Crises épileptiques

Un chapitre du livre «Ambulante Medizin. Evidenz auf einen Blick»

Importance

- Prévalence de l'épilepsie env. 0,5%.
- Incidence annuelle des crises épileptiques 0,1%; 0,05% pour les crises récidivantes.
- Incidence cumulée des crises épileptiques par personne («qui a eu dans sa vie une crise épileptique» 5% → crise épileptique ≠ épilepsie! Les crises épileptiques sont env. 10 x plus fréquentes que l'épilepsie elle-même.
- Définition de l'épilepsie: ≥2 crises épileptiques non provoquées.

Diagnostic

Clinique

Une anamnèse détaillée et une observation de la crise permettent de faire la distinction d'emblée entre crise épileptique et crises psychogènes et syncopes (= perte de connaissance ± perte du tonus postural) d'autres étiologies. Le tableau clinique des crises épileptiques est très variable (fig. 1).

Electroencéphalographie

L'électroencéphalogramme (EEG) montre des potentiels hypersynchrones focaux ou généralisés d'apparition subite pendant un certain temps (EEG ictal). L'EEG peut également présenter des anomalies typiques pendant un certain temps (plusieurs heures) après une crise (EEG postictal). Un EEG fait immédiatement après une

crise cliniquement confirmée n'a aucune valeur diagnostique ni thérapeutique. Entre les crises, c.-à-d. à l'état normal, les épilepsies secondaires montrent typiquement des anomalies focales de l'activité de fond (= foyer avec ou sans potentiels épileptiques). Les épilepsies primaires généralisées (= congénitales, génétiques) ont typiquement un tracé interictal normal.

Interdiction de conduire:

- crise non provoquée: 6 mois;
- crise provoquée (par ex. alcool, privation de sommeil): 2 mois;
- diagnostic d'épilepsie: 1 an.

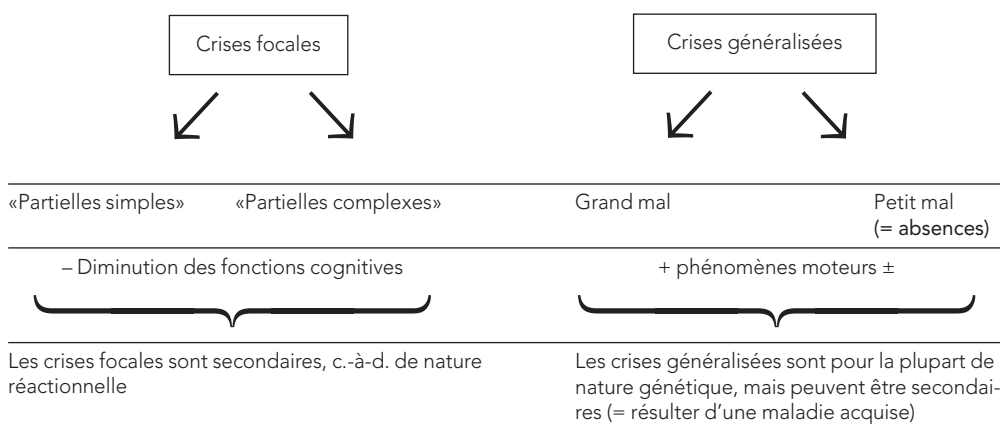
L'aptitude à la conduite automobile ne peut être attestée que par un neurologue, si aucune crise pendant 1 an (avec ou sans médicament) et EEG compatible.

Situation d'urgence: état de mal épileptique

Définition de l'état de mal épileptique: crises persistantes (≥5-10 min) ou répétitives sans récupération entre deux épisodes.

Remarques:

- L'état de mal épileptique est souvent du type convulsif (grand mal), mais n'importe quel type de crise peut se présenter dans un état de mal épileptique (par exemple état de mal épileptique non convulsif).
- Aucune épilepsie n'est connue dans les antécédents de 50% des patients en état de mal épileptique!



- Remarque:
 - Les absences sont des crises généralisées
 - Absences ≠ crises partielles
 - Petites crises ≠ crises partielles

Figure 1
Classification des crises épileptiques.

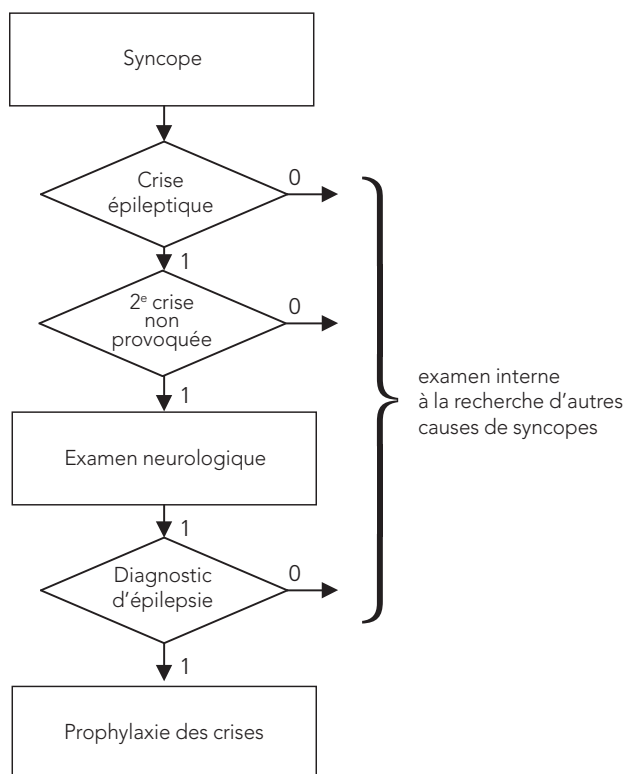


Figure 2
Schéma explicatif.

- L'état de mal épileptique est une urgence thérapeutique: le risque de mortalité est élevé par:
 - a. la crise elle-même,
 - b. les complications de la crise (par ex. traumatisme crâniocérébral),
 - c. les complications de la maladie de base.
- L'état de mal épileptique provoque une souffrance cérébrale proportionnelle à sa durée.

Traitement préhospitalisation

- Observer: la plupart des crises épileptiques cessent après 3 minutes: temps à mettre à profit pour préciser la situation.
- Si la crise se prolonge, la faire cesser avec une benzodiazépine. Parmi les benzodiazépines couramment administrées par voie parentérale, le clonazépam (Rivotril®), le diazépam (Valium®, Ste-solid®), le midazolam (Dormicum®) ont tous fait la preuve de leur

efficacité. La plus importante complication de l'injection intraveineuse de benzodiazépines est l'arrêt respiratoire, qui peut se produire même à posologie correcte chez des patients à risque (hypertension intracrânienne, patients âgés). Le lorazépam (Temesta®, 1 amp. à 4 mg i.v. en 2 min) est actuellement considéré comme le meilleur traitement initial de l'état de mal épileptique. Raison: son effet dépresseur sur le centre respiratoire est moins marqué que celui du midazolam; son effet antiépileptique est de plus longue durée que celui des autres benzodiazépines.

Autres mesures

Prévention des complications: de manière très générale, un patient en état de mal épileptique doit être allongé sur le sol: prévention de traumatismes. Maintien de la perméabilité des voies respiratoires: décubitus latéral tête en bas, retirer les dentiers: prévention d'une aspiration ou d'une hypoxie mécanique. La mise en place d'un bouchon entre les dents pour cela ou pour prévenir une morsure de langue est obsolète.

Informations

- 1 Schmidt D, Elger CE. Praktische Epilepsiebehandlung. Stuttgart: Thieme; 1992.
- 2 Gummit RJ. The Epilepsy Handbook. The practical management of seizures. New York: Raven Press; 1995.

Prof. David Leppert
Service universitaire de Neurologie
Petersgraben 4
4031 Bâle

Tiré de: Benedict Martina,
Edouard Battegay,
Peter Tschudi (éd.).

Ambulante Medizin.

Evidenz auf einen Blick

Basel: EMH Schweizerischer
Ärzteverlag; 2006

119 pages. Fr. 20.– / EUR 14.–

ISBN 978-3-7965-2262-8

(en allemand seulement).

Infos et commande sous www.emh.ch

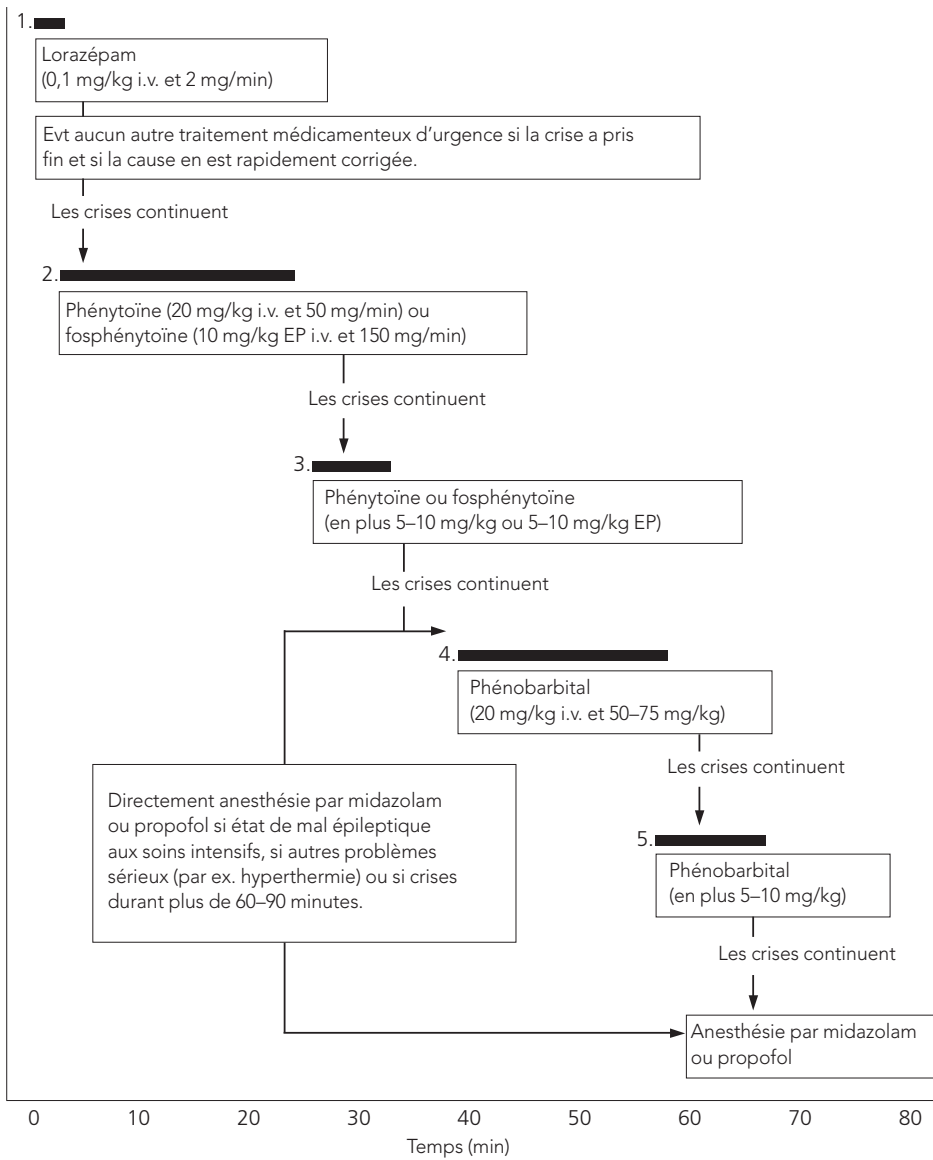


Figure 3

Schéma de traitement de l'état de mal épileptique. Les lignes horizontales représentent la durée approximative de la perfusion. PE = équivalents phénytoïne. (D'après Lowenstein DH, et al. N Engl J Med. 1998;338:970-6.)