

# Conduite à tenir devant une crise d'épilepsie inaugurale

*Un problème fréquent: une personne sur 26 développera dans sa  
vie une épilepsie...*

Nathalie ANDRE-OBADIA

*Neurologie Fonctionnelle et Epileptologie*

*Hôpital Neurologique*

*Hospices Civils de Lyon*

# Problématique globale de la prise en charge

## *Rôle de l'urgentiste surtout à l'étape 1*

### ETAPE 1

Malaise avec perte de connaissance

DIAGNOSTIC

Malaise épileptique ?

Epilepsie généralisée idiopathique ?  
ou  
Epilepsie partielle ?

Quel diagnostic syndromique/étiologique ?

### ETAPE 2

TRAITEMENT

1 Dans quelles situations introduire un AE ?

Introduction d'un traitement antiépileptique (AE) ?

2 Quel AE choisir ?

### ETAPE 3

Surveillance au long cours / ajustements thérapeutiques / médico-social

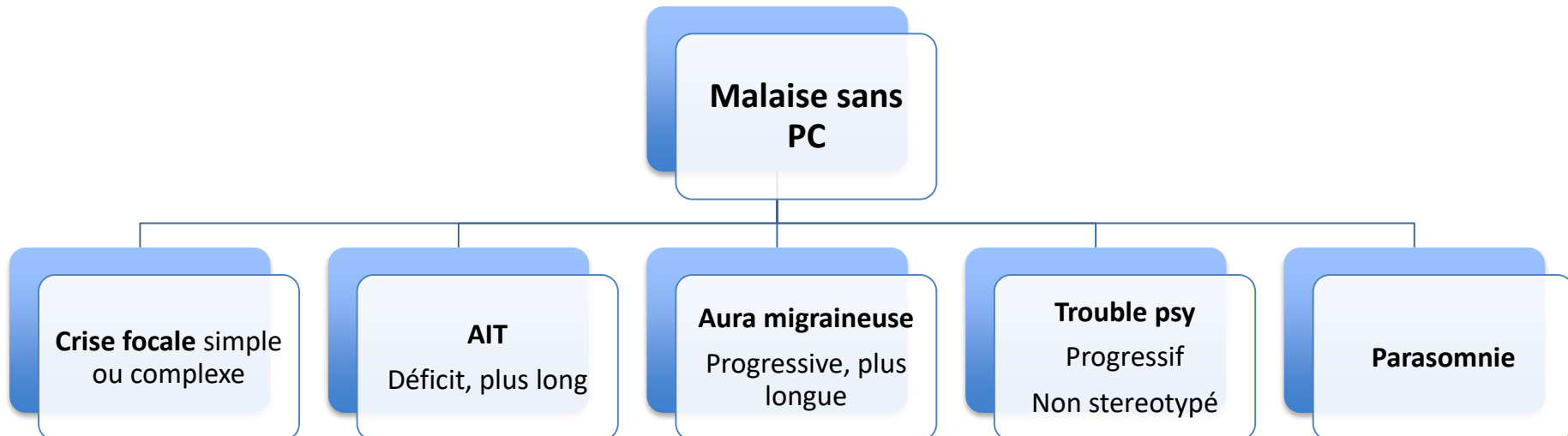
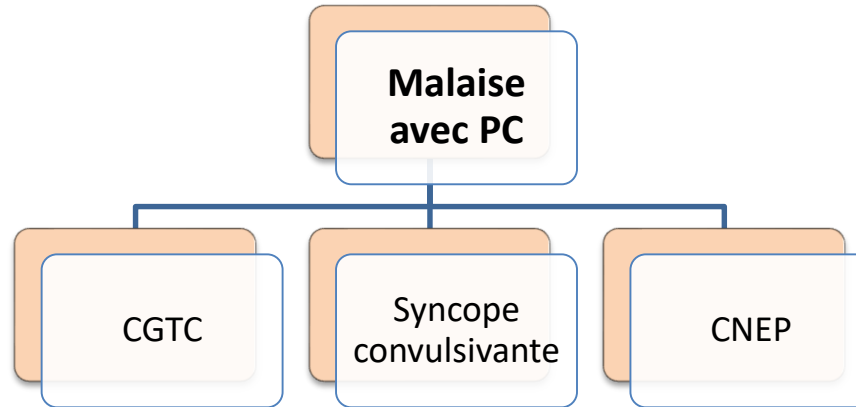
# Etape 1: Rôle primordial de l'urgentiste

*clé du diagnostic: **L'INTERROGATOIRE***

*du patient et des **témoins***

**Modalités d'installation? Sémiologie ictale? Sémiologie post-ictale?**

Question N°1:  
Cet épisode  
paroxystique  
est-il de  
nature  
épileptique?



# Crise d'épilepsie inaugurale chez l'adulte

- ❑ Mouvements tonico-cloniques involontaires / Automatismes
- ❑ Perte de connaissance ou de contact
- ❑ Début et fin brutal, durée brève
- ❑ Récupération lente avec phase post critique hypotonique si crise généralisée

## Seizure versus syncope

Andrew McKeon, Carl Vaughan, Norman Delanty

*Lancet Neurol* 2006; 5: 171-80

Anamnèse de l'épisode, début des symptômes (début partiel, aura..), témoins ++ ATCD personnels et familiaux

## Syncope

**Prodromes:** Flou visuel, trou noir, nausée, chaleur, sueurs, douleur thoracique, palpitations

**Circonstances:** station debout prolongée, lever brutal, miction, toux, douleur vive, effort

**Témoins:** Pâleur, sueurs, bradycardie, hypotension, PC hypotonique  
+- myoclonies ou convulsions secondaires <5s, récupération rapide en position allongée, sans confusion

## Diagnostics différentiels :

- Syncopes convulsivantes : circonstances vagues, activité sportive
- Crises non épileptiques psychogènes

## Epilepsy: mimics, borderland and chameleons

Phil E M Smith



*Practical Neurology* 2012;12:299-307. doi:10.1136/practneurol-2012-000304

## AN EMERGENCY MEDICINE-FOCUSED REVIEW OF SEIZURE MIMICS

James Webb, MD,\* Brit Long, MD,† and Alex Koefman, MD‡

\*Department of Internal Medicine, San Antonio Military Medical Center, Fort Sam Houston, Texas, †Department of Emergency Medicine, San Antonio Military Medical Center, Fort Sam Houston, Texas, and ‡Department of Emergency Medicine, The University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, Texas

Reprint Address: Brit Long, MD, 3841 Roger Brooke Dr., Fort Sam Houston, TX 78234

The Journal of Emergency Medicine, Vol. 52, No. 5, pp. 645-653, 2017

## CNEP: crises non épileptiques psychogènes

**Circonstances:** Stress psychologique

**Sémiologie:** polymorphe, crise prolongée, chute non traumatisante

- hyperventilation, yeux fermés +- résistance à l'ouverture

- mouvements amples, de dénégation, du bassin, tremblements

- pas de tb respiratoire, hyperémotivité post-ictale

**Mais** morsure de langue et traumatismes possibles, épisodes nocturnes possibles

# Le diagnostic positif de crise n'est pas facile...

Ungar et al. *BMC Neurology* (2017) 17:45  
DOI 10.1186/s12883-017-0822-5

BMC Neurology

RESEARCH ARTICLE

Open Access

Syncope and Epilepsy coexist in 'possible' and 'drug-resistant' epilepsy (Overlap between Epilepsy and Syncope Study - OESYS)

Andrea Ungar<sup>1</sup>, Alice Ceccofiglio<sup>1</sup>, Francesca Pescini<sup>2</sup>, Chiara Mussi<sup>3</sup>, Gianni Tava<sup>4</sup>, Martina Rafanelli<sup>1</sup>, Assunta Langellotto<sup>5</sup>, Niccolò Marchionni<sup>1</sup>, J. Gert van Dijk<sup>6</sup>, Gianlugi Galizia<sup>7</sup>, Domenico Bonaduce<sup>8</sup> and Pasquale Abete<sup>9\*</sup>



**102 patients avec PC inexplicées récurrentes** (+- suivies de secousses ou mouvements anormaux), dans un contexte, soit de crise épileptique possible soit d'épilepsie pharmacorésistante: diagnostic de syncope chez 42,1%

- Diagnostic de syncope chez 70% des patients initialement considérés comme épilepsie possible mais sans témoin ni anomalie EEG
  - **Coexistence syncope et épilepsie chez 40% des patients**: 20% du groupe « épilepsie possible » et 60% du groupe « épilepsie résistante »
- Mais moyenne d'âge élevée (56 ans) et forte comorbidité cardiologique

Et 40% des épileptiques ont des CNEP...

Seizure: *European Journal of Epilepsy* 61 (2018) 139–148



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Seizure: *European Journal of Epilepsy*

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/seizure](http://www.elsevier.com/locate/seizure)

Review

Diagnostic criteria to aid the differential diagnosis of patients presenting with transient loss of consciousness: A systematic review

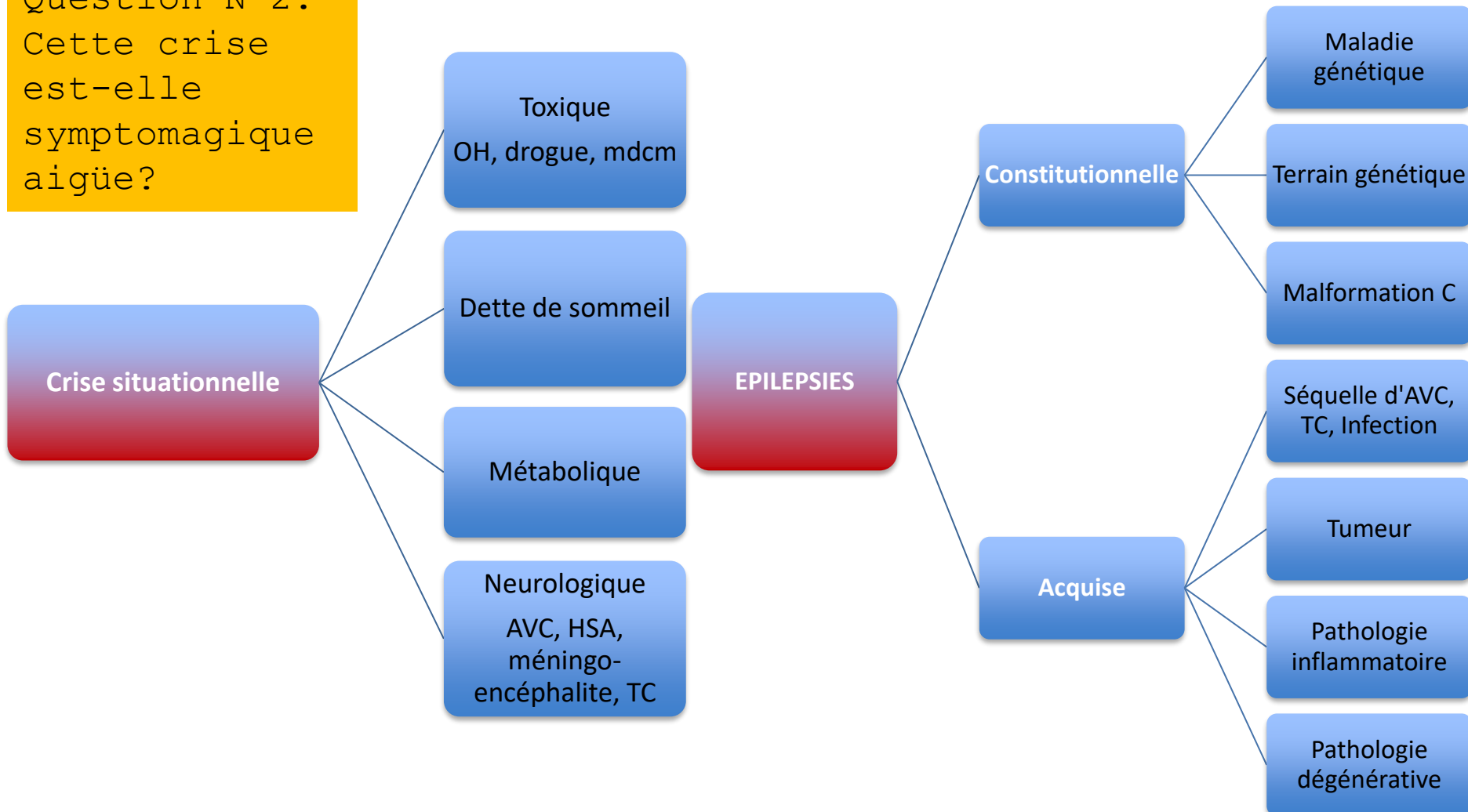
Alistair Wardrope<sup>a,b,\*</sup>, Ellen Newberry<sup>c</sup>, Markus Reuber<sup>a,b</sup>

A l'heure actuelle, pas de critères diagnostiques validés et imparables pour aider les urgentistes à identifier les différentes causes de perte de connaissance transitoire

# Etiologie de la crise

## Crise ≠ Maladie Epileptique

Question N°2:  
Cette crise  
est-elle  
symptomatique  
aigüe?



# Crise situationnelle

- **Délai compatible:**
  - 1 semaine:
    - AVC, TC, Chirurgie intracrânienne, infection du SNC
    - Anoxie cérébrale: plus compliqué...
  - Tant que les signes cliniques et / ou biologiques persistent en cas d'infection
  - Tant que dure le saignement si HSA
  - Jusqu'à 24h après un trouble métabolique
- **Cas particulier du sevrage éthylique**
  - Crise dans 7 à 48 heures suivant la dernière prise d'alcool
  - Ethylisme chronique avéré
  - Tentative récente de diminution de la consommation
  - CTCG + signe de sevrage (tachycardie, sueurs, tremblements)
- **Cas particulier du sujet âgé:**
  - Accumulation de facteurs insuffisants isolément pour déclencher une crise mais conjugués, peuvent provoquer une crise symptomatique

## Quel bilan peut aider à poser le diagnostic positif de crise épileptique et à en trouver la cause?


Biochimie	Gly	Na	Ca	Mg	Urée	Créat
Valeur seuil imputable mmol/l	<2,0 ou > 25	<115	<1,2	<0,3	>35,7	>884

- Glycémie capillaire
- Température
- Ionogramme sanguin, Mg, Ca, Créatininémie, urée
- NFP, CRP
- B-HCG
- ECG
- Selon contexte : alcoolémie, toxiques, HbCO, CPK (>04h de la crise = diag différentiel : crise psychogène "généralisée")

Seizure 47 (2017) 51–65

---

Contents lists available at [ScienceDirect](#)



### Seizure

journal homepage: [www.elsevier.com/locate/yseiz](http://www.elsevier.com/locate/yseiz)

---

Review

### The role of postictal laboratory blood analyses in the diagnosis and prognosis of seizures

Robert D. Nass\*, Robert Sassen, Christian E. Elger, Rainer Surges

Department of Epileptology, University Hospital of Bonn, Bonn, Germany

**Prolactine:** augmente dans 60% des CGTC et 45% des CPC mais...

- Taux varie selon l'âge, sexe, cycle circadien, TTT, grossesse, stress psychologique
- Donc comparer à un taux de réf chez le patient...
- Pic 10 à 20 min après la crise et normalisation en 2 à 6h

**CPK:** pic 24 à 72h après la crise dans 2/3 des CGTC donc aide à différencier de la syncope (sauf si chute) ou des CNEP mais n'élimine pas la CGTC si taux normal

**Élévation transitoire des GB, de l'amoniémie, des lactates** après une CGTC mais cinétique de ces marqueurs inconnue

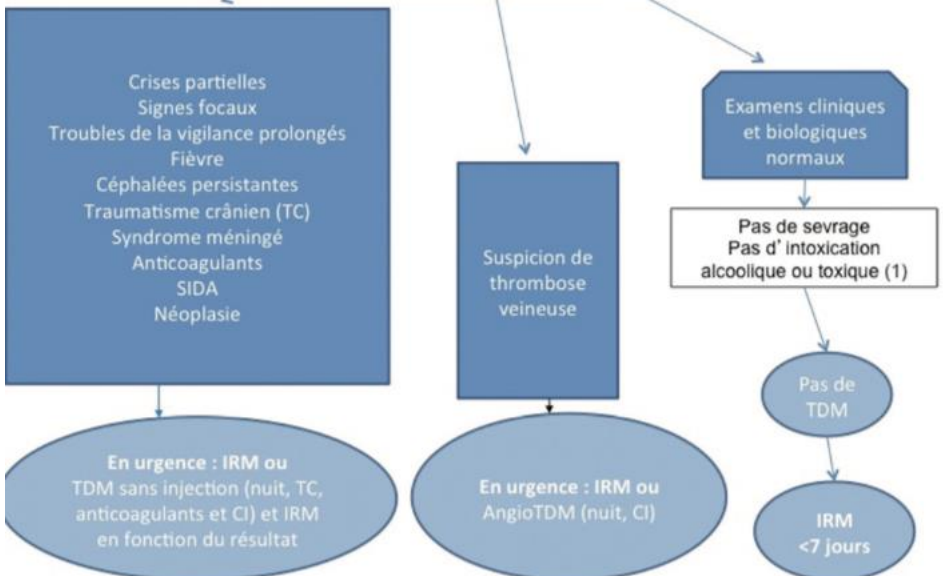
## Imagerie aux urgences (IRM ou TDM injecté selon dispo) sauf si :

- Pas d'argument pour sepsis
- ET** Retour à l'état neurologique antérieur
- ET** Contexte circonstanciel évident :
  - Sevrage alcool/médicament
  - Intoxication alcoolique/médicamenteuse
  - Trouble métabolique imputable ★

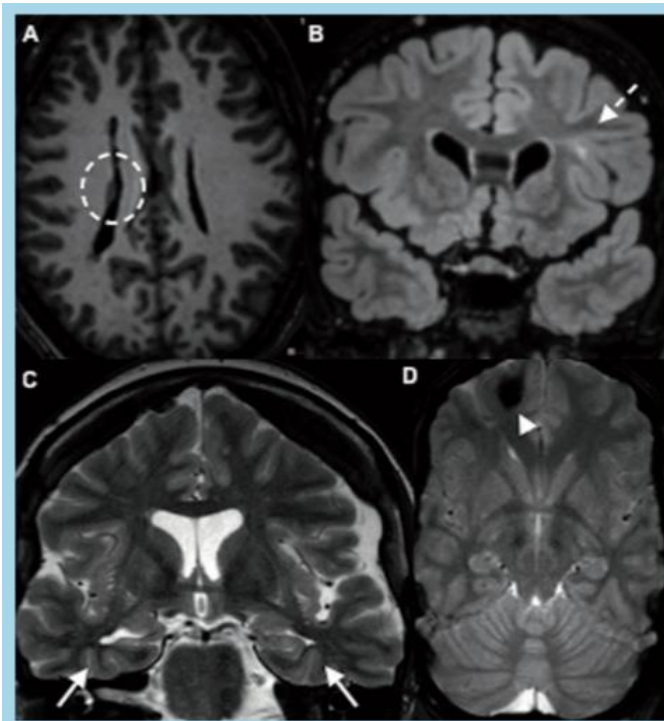
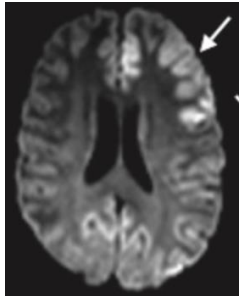
AURORE ESQUEVIN<sup>1</sup>, BEATRICE CARVIN-NICOL<sup>1</sup>, GÉRALDINE MINEUR<sup>1</sup>, JESÚS AGUILAR-GARCIA<sup>1</sup>, ANCA NICA<sup>2</sup>, HÉLÈNE RAOULT<sup>1</sup>, JEAN-CHRISTOPHE FERRE<sup>1</sup>, JACQUES BOUGET<sup>3</sup>, JEAN-YVES GAUVRIT<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Département d'imagerie neuro-faciale ; <sup>2</sup>Service de neurologie ; <sup>3</sup>Service d'accueil des urgences  
CHU Rennes

Première Crise Comitiale



(1) Un sevrage alcoolique ou une intoxication ne peuvent être retenues comme causes qu'une fois les autres étiologies éliminées: = étiologie d'élimination



**T2\***: cavernome, calcifications, hémorragie  
**Diffusion**: ischémie, status epilepticus  
**coronale T2** dans le plan hippocampique et **Séq volumique Flair** et **T1** avec **inversion récupération**: anomalies de signal et malformatives  
**injection** si immunodépression, néoplasie, fièvre, suspicion de thrombose veineuse ou Tumeur

### Ponction lombaire si :

- Imagerie n'expliquant pas la crise et ne contre indiquant pas la ponction

**ET**

- Fièvre
- Confusion inhabituelle
- Déficit neurologique persistant non connu

*Dans tous les autres cas, la PL sera discutée lors de la prise en charge en neurologie*

### EEG

- Systématique
- Idéalement dans les 24-48H
- Au plus tard dans les 4 semaines

- Diagnostic positif de crise épileptique
  - Sensibilité: anomalies dans 51 % des cas si EEG < 24 premières heures, contre 34 % après ce délai
  - Pas d'indication d'EEG si syncope et discuter une video-EEG en cas de suspicion de CNEP
- Classification syndromique (epilepsie généralisée % partielle):
  - Dans 47% des cas après l'interrogatoire
  - Dans 67% des cas après l'EEG
  - 10% supplémentaires après un EEG de sieste après privation de sommeil
  - L'IRM apporte des informations complémentaires dans 4,3% des cas

### **RAD si et seulement si (tous les critères présents)**

- Retour à l'état neurologique antérieur
- Normalité ou correction des investigations cliniques ou biologiques
- Organisation et adhésion à un suivi neurologique (RDV donné/organisation locale)
- Recommandations de sortie (Cf document)

**Pas d'instauration de traitement antiépileptique ni prévention systématique par BZD (Urbanyl : max 15 mg/j) aux urgences si certitude d'une crise unique.**

Sinon,  
**hospitalisation et avis neurologique rapide**

## Traitement aux urgences

<b>CGTC Unique</b>	<b>CGTC unique + Facteur de Risque</b>	<b>≥2 CGTC sur 12h</b>	<b>Crise focale</b>
Pas de BZD	BZD 1 prise?	BZD 1 prise +- BZD 3-5j	Pas de BZD

### **Donner les informations pertinentes**

- Règles hygiéno-diététiques
- Quel impact sur la conduite automobile?
- Quel impact sur le travail?
- Quel impact sur les loisirs?
- Comment gérer une récurrence de crise?

# Faut-il toujours introduire un AE après la 1<sup>ère</sup> crise?

JAMAIS de manière systématique

Effets secondaires  
du traitement

Risque de récurrence  
sans traitement

Décision INDIVIDUALISEE et DISCUTEE avec le patient

# Evaluer le bénéfice attendu du traitement

## Facteurs de risque de récurrence de crises

- Nombre de crises réellement survenues
  - 1 crise
  - $\geq 2$  crises
- EEG avec anomalies paroxystiques
- Examen neurologique / IRM anormale

### RISQUE FAIBLE

Crise unique  
EEG normal  
IRM normale

### RISQUE ELEVE

$\geq 2$  crises  
et/ou EEG anormal  
et /ou IRM anormale

**En l'absence de ces critères, un traitement est recommandé si:**

- Le patient ou les proches jugent inacceptable le risque de récurrence
- Le statut médical, social ou professionnel du patient le justifie

# Choix du traitement antiépileptique

## En fonction du type d'épilepsie

### EGI ou Epilepsies focales

#### **Spectre LARGE**

- Valproate: Dépakine
- Lamotrigine: Lamictal
- Levetiracetam: Keppra
- Zonisamide: Zonegran
- Topiramate: Epitomax
- Perampanel: Fycompa
- (Barbituriques)
- (Benzodiazépines)

### Epilepsies focales

#### **Spectre ETROIT**

- Carbamazépine: Tégréto
- Oxcarbazépine: Trileptal
- Gabapentin: Neurontin
- Pregabalin: Lyrica
- Lacosamide: Vimpat
- Acétate d'eslicarbazépine: Zebinix
- ...

## **Et en fonction du contexte:**

Observance, qualité du sommeil, interactions médicamenteuses, insuffisance rénale ou hépatique, équilibre psychique...

# Conclusion

**La qualité de la prise en charge aux urgences du patient présentant une crise inaugurale conditionne beaucoup de choses:**

- Le degré de certitude du diagnostic positif de crise épileptique selon la qualité du recueil initial d'informations
- La rapidité du diagnostic étiologique selon la pertinence du bilan initial
- Le devenir ultérieur du patient selon la pertinence des décisions initiales:
  - Décision de traitement aux urgences
  - Décision d'hospitalisation ou de RAD
  - Qualité de l'information fournie au patient et aux proches: conditionne le risque de récurrence, l'acceptation du diagnostic et du suivi