

Etat de mal épileptique

- Définition
 - 1980 : durée suffisamment longue ou ou crises suffisamment répétées pour empêcher une reprise de conscience.
 - 1990 : durée suffisante pour entraîner des lésions cérébrales
 - 1995 : durée >5 min ou > 2 crises sans reprise de conscience
 - SD de menace : crises répétées

Problématique

- Reconnaître l'état de mal
- Débuter le traitement suffisamment précocement
- Pas d'escalade thérapeutique inutile
- Ne pas traiter des états de mal qui n'en sont pas
- Ne pas oublier la cause

Reconnaître l'état de mal

- Facile si état de mal généralisé: tonico-clonique, clonique, tonique
- Difficile : EEG +++
 - Si état de mal larvé (subtle status epilepticus): convulsions prolongées, tt insuffisant, sédation, curarisation.
 - Signes limités à un coma persistant, clonies des paupières, péri-buccales, des extrémités (orteils, doigts), révolutions oculaires, signes végétatifs ou rien (EDM électrique).
 - Certains états de mal partiel (temporal ++)

Classification des états de mal

- Généralisés
 - Etat d'absences
 - EDM myocloniques, cloniques, toniques, tonico-cloniques voire atoniques
- Partiels
 - EDM partiel simples: somato-moteurs, somato-sensitifs, sensoriels, végétatifs et psychiques
 - EDM partiels complexes (altération de la conscience)
 - EDM secondairement généralisés

Classification des états de mal

- EDM convulsifs
 - La plupart des EDM généralisés (sauf absence)
 - Partiels somato-moteurs
- EDM non convulsifs
 - Non Confusionnels: EDM partiel simples non moteurs (sensoriels, sensitifs, etc ...)
 - Confusionnel: EDM généralisés (absence), EDM partiels complexes (frontaux ou temporaux)

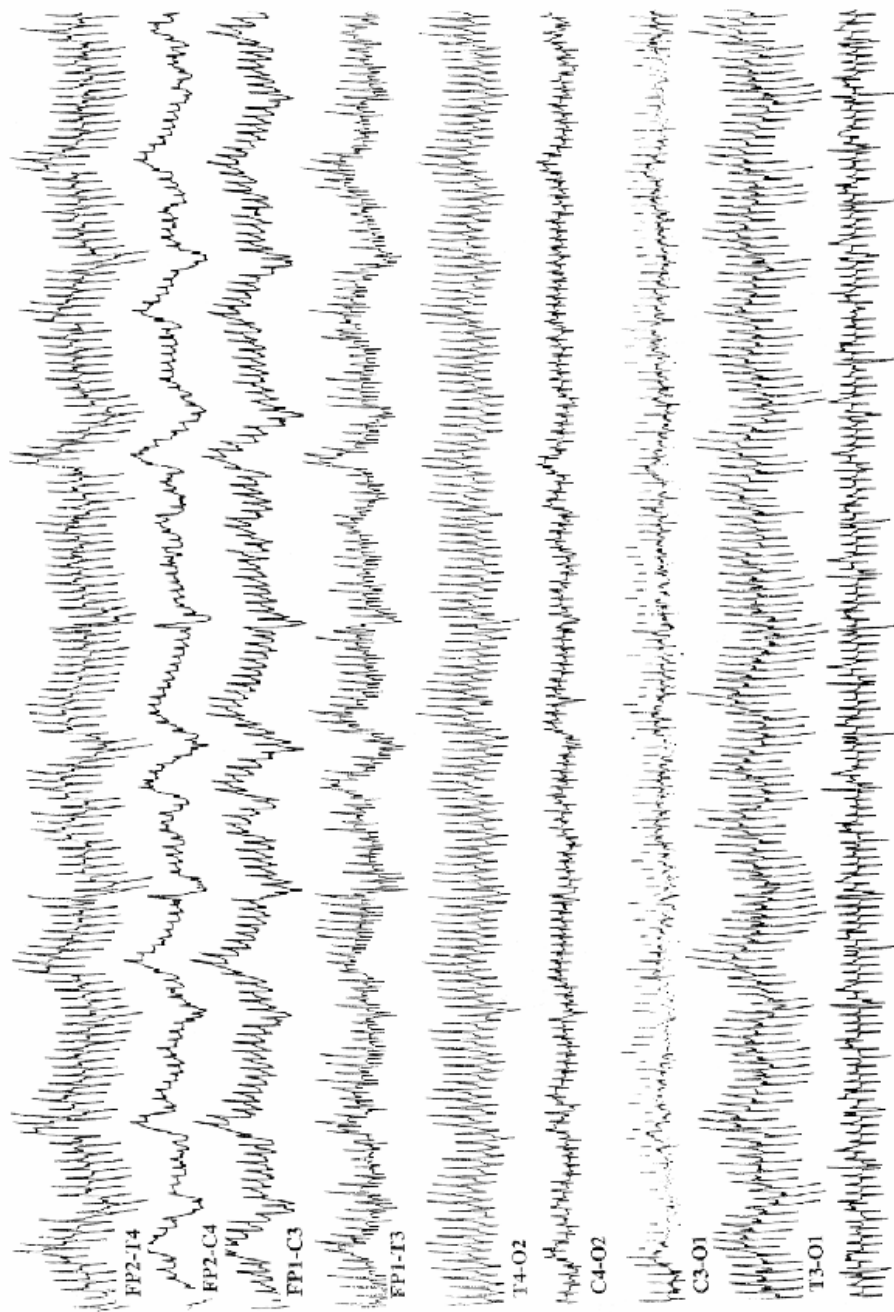
Evolution de l'état de mal

- Généralisé
 - Troubles neurovégétatifs: tachycardie, hypotension, TDR respiratoire, apnée, T°, hypersécrétion, anomalies pupillaires, babinski
 - Raréfaction des signes moteurs évolution vers EDM larvé
 - Décès 11 à 23 % des cas
- Partiel
 - Evolution vers EDM généralisé

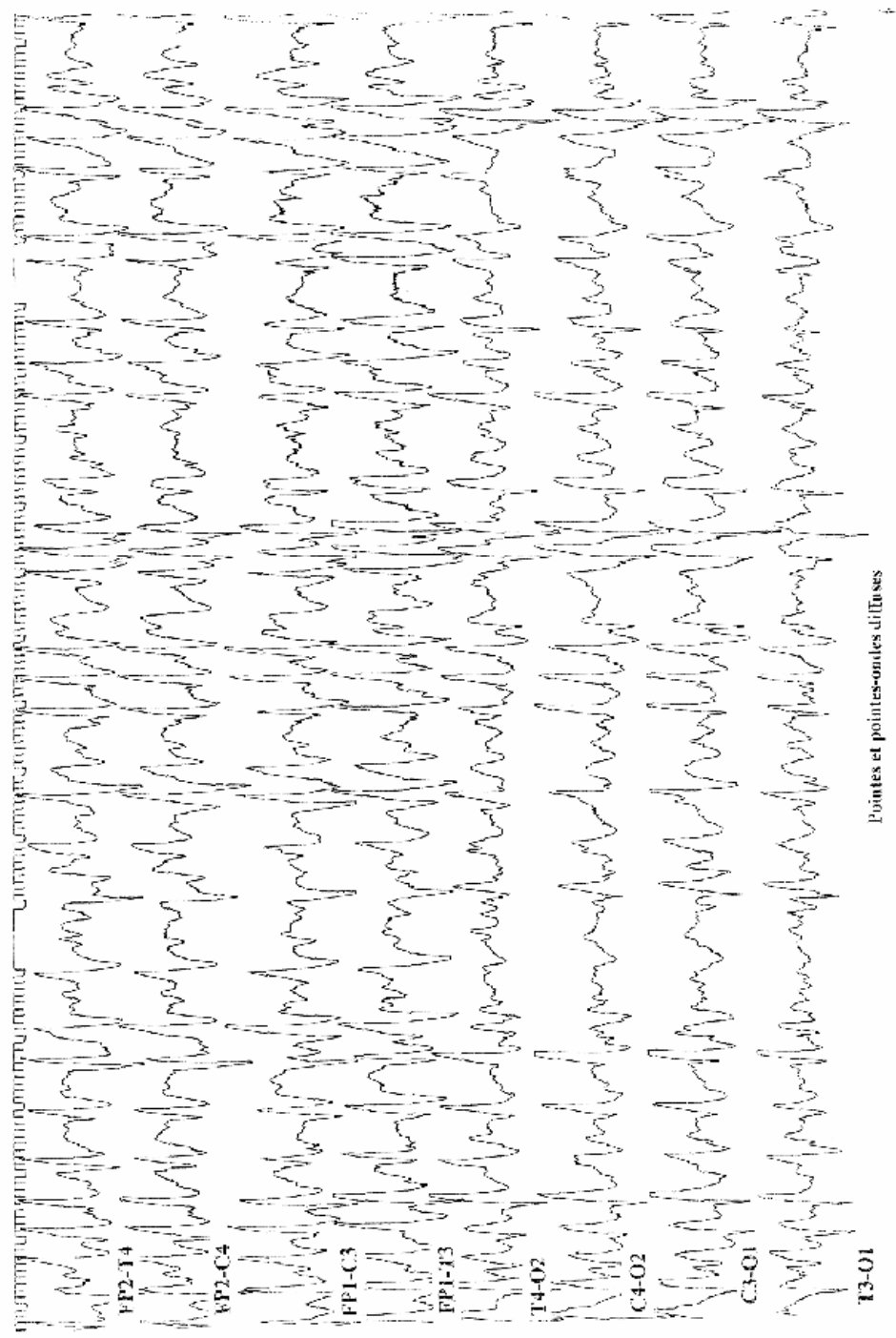
Diagnostic différentiel

- Syncopes convulsivantes
- Accès de décérébration
- Manifestations hystériques (!! parfois intriquées)
- Myoclonie post-anoxique
- Encéphalopathie toxiques ou métaboliques

➡ EEG



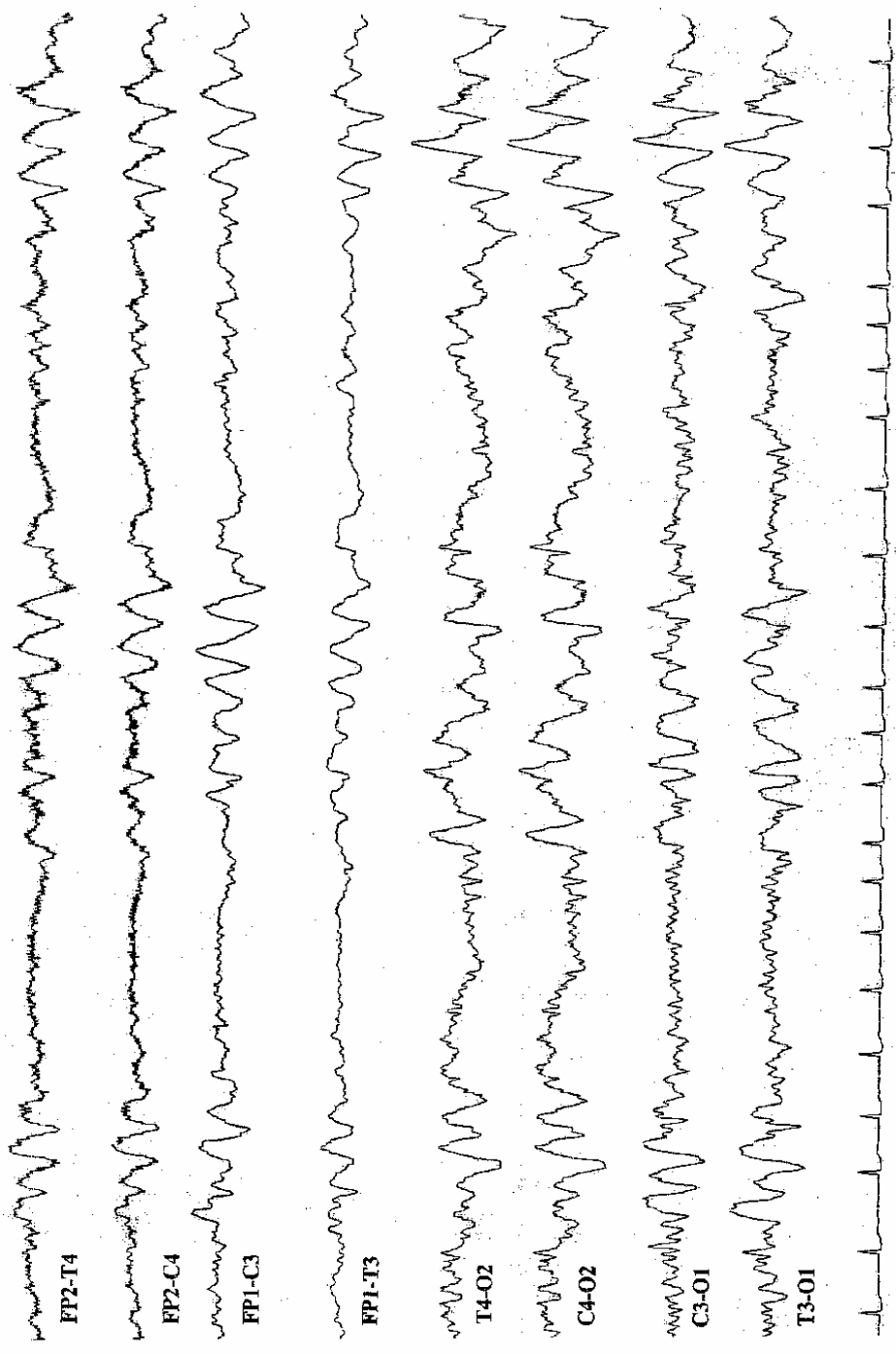
Etat de mal électrique infraliquide



Pointes et pointes-ondes diffuses



Anoxie cérébrale



Delta monomorphe en bouffée. Coma métabolique

Pronostic

- Cause ++
- Précocité du traitement ++
- Facteurs de mauvais pronostic
 - Age extrême
 - Durée >1 heure
 - Convulsion asymétrique ou localisée
 - Complication systémique
 - Traitement inadapté

Traitements

- Stratégie thérapeutique
- 3 Volets
 - Mesures générales: maintien des fonctions vitales et prévention des complications
 - Antiépileptiques pour faire cesser la crise
 - Enquête étiologique

Mesures générales

- Liberté des VA, O₂
- Intubation si détresse respiratoire ou coma persistant
- 2 voies veineuse (1 avec glucosé, 1 avec physio)
- Tt hypoglycémie
- Tt hyperthermie
- Thiamine systématique chez l'alcoolique

Antiépileptique

- Administrable IV
- Pénétration cérébrale rapide
- Bonne tolérance
- Bon index thérapeutique
- $\frac{1}{2}$ vie d'élimination ni trop longue ni trop brève
- Peu ou pas d'interaction médicamenteuse
- Relais oral possible



AUCUN

Antiépileptiques

- BZD, action rapide
 - Risque de dépression respiratoire, hypoTA, tble conscience (! vitesse d'injection)
- Phénobarbital, phénytoïne action prolongée
 - Dépression respi avec phénobarbital, tble de conscience
 - Troubles du rythme, hypo TA avec phénytoïne (sérum physio)
- Thiopental en dernière intention, midazolam ?
 - Médicaments de l'EDM réfractaire, intubation nécessaire, dépression respi, tbles hémodynamiques ++

Antiépileptiques

NOM	Délai d'action	Durée d'action	Dose	Vitesse
Diazépam (Valium)	1-3 min	15-20 min	10-20 mg	2-5 mg/min
Clonazépam (Rivotril)	1-3 min	6-8 h	1-2 mg	0.3-0.5 mg/min
Lorazépam (USA)	< 5 min	12-24 h	0.1 mg/kg	2mg/min

Antiépileptiques

NOM	Délai d'action	Durée d'action	Dose	Vitesse mg/min
Phénytoïne (Dilantin)	10-30 min	12-24h	18 mg/kg 30 mg/kg	< 50
Fosphénytoïne (Prodilantin)	10-30 min	12-24h	18 mg/kg 30 mg/kg équivalent PE	<150 1.5 mg FPE = 1 mg PE
Phénobarbital	<20 min	6-12h	10 mg/kg 20 mg/kg	< 100

Antiépileptiques

NOM	Délai d'action	Durée d'action	Dose	Vitesse mg/min
Thiopental (Nesdonal)	1-2 min	brève	3-5 mg/kg 50mg/5 min	Bolus puis 1-5 mg/kg/h
Midazolam (Hypnovel)	1-1.5 min	15-240 min	0.2 mg/kg	2 min puis 0.75-10 µg/kg/min

Schéma thérapeutique

1. 0 à 30 minutes

Diazépam ou Clonazépam + Phénytoïne ou Phénobarbital
Echec  répéter 1 fois BZD. Si échec

2. 30 à 50 minutes

Compléter à 30 mg/kg pour Phénytoïne ou 20mg/kg pour Phénobarbital. Si échec

3. 50 à 80 minutes

Changer d'antiépileptique d'action lente. Si échec

4. > 80 minutes

EDM réfractaire: anesthésie barbiturique (Midazolam, Propofol?)



Enquête étiologique

- Concomitante à l'étape thérapeutique
- Cas de l'épileptique connu
 - Absence de signes focaux : rupture de traitement, privation de sommeil, alcoolisation ou sevrage, médicament récent, infection récente, tble métabolique.
 - Signes focaux ou absence de facteurs évidents : méfiance
- Etat de mal « inaugural »=symptomatique
 - Signes focaux : affections cérébrales aiguës, vasculaires, tumorales, traumatiques, infectieuses
 - Absence de signes focaux: anomalies toxiques ou métaboliques
 - Indication de l'imagerie large, PL si T° (interprétation)