

Les crises convulsives de l'adulte au service d'Accueil et d'Urgence : 1^{ère} conférence de consensus en Médecine d'Urgence, Genève, avril 1991, actualisé en 2001 : deuxième actualisation 2006.

Albert Trinh-Duc, Olivier Fougeras , Jean-Marc Philippe, Sandrine Charpentier, Valérie Raphaele, Christophe Perrier, Christophe Sureau, James Couvreur, Mirko Cristiano, Claude Poio, Françoise Carpentier, Sandrine Stempfle, Catherine Le Gall.

Groupe de veille scientifique de la SFMU

COMMISSION DU CONSENSUS, VEILLE SCIENTIFIQUE, PARIS, 2006, SFMU

I. PERSISTANCE DES CONFERENCES DE CONSENSUS, ENQUETE DE PRATIQUES

Un questionnaire a été mis en ligne sur le site de la SFMU du 01/01/2006 au 30/03/2006 pour évaluer l'impact de cette conférence de consensus. Les principaux résultats sont :

- Comme en 2001, cette conférence semble avoir modifié la pratique des personnes interrogées pour 60% d'entre eux.
- La prescription d'examen biologiques reste en accord avec la conférence, la glycémie est systématiquement prescrite dans 95% des cas
- En 2001, les résultats de l'enquête préalable montraient que la définition et le cadre nosologique de la crise convulsive était mal connu impliquant une prise en charge en désaccord avec la conférence de consensus. Cette année, on observe

une plus grande concordance avec les recommandations de la conférence de consensus, cependant une grande proportion de scanner cérébral est encore réalisée systématiquement devant des crises convulsives isolées inaugurales.

II. ACTUALISATION DES CONFERENCES DE CONSENSUS

Une analyse de la littérature, sur la base de données Medline, a été effectuée avec des paliers de recherche décroissants en termes de niveau de preuve scientifique. Comme pour les précédentes actualisations, les articles ont été classés de la façon suivante : études randomisées contrôlées, guides pratiques, méta-analyses puis revues d'articles. Les données concernant l'étiologie, le pronostic, le diagnostic et la thérapeutique de la crise convulsive chez l'adulte ont été sélectionnées à condition qu'elles s'intègrent avec l'activité de médecine d'urgence.

- Limite sur 10 ans
- Langages : Français et Anglais
- Âge : Adulte

Les mots clés utilisés ont été les suivants:

("Seizures"[MeSH] OR "Epilepsy"[MeSH] OR "Status Epilepticus" [MeSH]) AND

"Seizures/epidemiology"[MeSH]

("Seizures"[MeSH] OR "Epilepsy"[MeSH] OR "Status Epilepticus" [MeSH]) AND

"Seizures/diagnosis"[MeSH]

("Seizures"[MeSH] OR "Epilepsy"[MeSH] OR "Status Epilepticus" [MeSH]) AND ("Patient

Discharge"[MeSH] OR "Hospitalization"[MeSH])

("Seizures"[MeSH] OR "Epilepsy"[MeSH] OR "Status Epilepticus" [MeSH]) AND ("Emergency

Treatment"[MeSH] OR "Emergency Nursing"[MeSH])

Cette analyse a été complétée par une recherche de la « littérature grise » au travers des différentes revues de neurologie et d'épileptologie (Seizure, Epilepsia, Neurology) pour les articles récents non encore référencés ainsi que dans les revues médicales françaises généralistes non indexées et au niveau des moteurs de recherche tels que Google® ou des

méta-moteurs tels que Kartoo®, Vivissimo® et Ujiko®.

Ce texte d'actualisation est indissociable du texte de la conférence de consensus. Les auteurs recommandent aux lecteurs une lecture conjointe des deux textes¹. L'actualisation reprend chaque question de la conférence de consensus. Le texte en italique rappelle les données de la conférence de consensus de 1991 et de son actualisation de 2001. Une pondération a été apportée par les publications plus récentes sous réserve que celles-ci aient une valeur ajoutée ou renforcent le niveau de preuve. Conformément au texte des recommandations, les propositions ont été classées en grade A, B ou C selon les modalités définies dans le préambule.

QUESTION N°1 : QUELLE EST LA FREQUENCE ET LE MODE DE PRESENTATION DES CRISES CONVULSIVES DANS LES SERVICES D'ACCUEIL ET D'URGENCE ?

L'épidémiologie descriptive des crises convulsives se heurte aux mêmes difficultés qu'en 1991 ou 2001, tant en termes de méthodologies disparates des études que de définitions.

Néanmoins d'après les données actuelles de la littérature bien que sa proportion tende à diminuer (3% en 2001), il s'agit d'une pathologie assez fréquemment rencontrée aux urgences ; elle représente de 0,3 à 1.2% des motifs d'admission (1,2,3,4).

Son incidence est de 40 à 70 pour 100 000 habitants, identique à 2001, pour une prévalence de 0,4 à 1% dans la population générale (excluant les convulsions fébriles uniques et les convulsions sans manifestations cliniques) (5,6).

Le risque dans la population générale de présenter une crise convulsive est estimé à 5% (1,4,7).

Le mode de présentation à peu évolué, la prédominance masculine se confirme avec 60% d'hommes (1,5,7,8,9), et la moyenne d'âge varie en fonction des études de 31 à 53 ans (40 ans en 1991 et 2001) ; cette variation semble dépendante du bassin de population de l'hôpital. (5,8,9).

Vingt à 25% des adultes admis aux urgences consultent pour une crise convulsive inaugurale

¹ Le texte de la conférence de consensus est disponible sur le site Internet de la SFMU (http://www.sfm.org/documents/consensus/cc_cc.pdf)

(1,2,5).

La consommation excessive d'alcool ou le sevrage alcoolique sont des facteurs de risques majeurs retrouvés dans 18 à 25 % des crises convulsives (1,2,9).

D'autres facteurs sont également mentionnés comme l'usage récréatif de drogues et les personnes issues de classes socio-économiques défavorisées

QUESTION N°2 :QUELLES SONT LES CARACTERISTIQUES SEMIOLOGIQUES ET ETIOLOGIQUES DES CRISES CONVULSIVES DANS LES SERVICES D'ACCUEIL ET D'URGENCES ?

Les caractéristiques sémiologiques et étiologiques sont renforcées, et sont re-précisées ci-après.

Caractéristiques sémiologiques

L'importance de l'interrogatoire reste, de nos jours, essentielle dans la démarche diagnostique.

Vingt à 25% des motifs d'admission pour crises convulsives se révèle, au décours de l'enquête étiologique, être erronée. (2,5)

L'équipe soignante, lors de la prise en charge du malade, doit s'efforcer d'obtenir une anamnèse détaillée de l'événement auprès de témoins, l'interrogatoire du malade étant souvent peu contributif (4,10). Les données à rechercher systématiquement sont : antécédents de convulsions, descriptions de la crise et de ses différentes phases, circonstances de survenue, les facteurs favorisants, l'existence d'une aura, d'une morsure de langue, d'une obnubilation et/ou d'un déficit postcritique.

Aucun symptôme n'est spécifique de l'épilepsie, mais ils peuvent aider au diagnostic :

La perte d'urine est fréquente dans les crises convulsives mais elle est également présente dans beaucoup de syncope lorsque la vessie est pleine.

La morsure de langue et l'impression de « déjà vue » précédant la crise, paraissent actuellement plus suggestives (4,10)

Globalement dans la littérature récente, 60% des crises sont des crises généralisées, 8 % de crises partielles simples, 16% des crises partielles complexes, 15% de crises partielles

secondairement généralisées, et 1% sont des états de mal (1,9)

Caractéristiques sémiologiques particulières

Le diagnostic d'état de mal n'a pas changé depuis 2001, il est retenu devant des crises se succédant sans reprise de conscience après 30 min, devant des convulsions en série à intervalles rapprochés. La confusion post-critique est considérée comme anormalement prolongée après 30 min (en tenant compte de la cause de l'intoxication) et pouvant évoquer un état de mal non convulsivant (pour lequel seul l'EEG ou le test thérapeutique aux Benzodiazépines permet le diagnostic).

Sa fréquence varie selon les dernières études entre 1 à 4% des patients (1,9)

Pour les personnes âgées, l'incidence de l'état de mal est deux fois plus importante que dans la population générale avec une mortalité également majorée estimée à 38% contre 10% dans la population générale. Les plus de 80 ans aurait même une mortalité de plus de 50% (6). Une attention particulière doit être portée chez les personnes âgées où le diagnostic de crise convulsive est porté avec retard : 19 mois au lieu de 6 mois après la première crise dans la population générale, (5) et où les étiologies sont plus souvent de moins bon pronostics (crises symptomatiques).

Récurrences :

Toutes étiologies confondues, 30 à 40 % des patients ayant présenté une première crise convulsive subiront de nouveau une autre crise. (10,11)

49 % des récurrences de crises convulsives sont favorisées par le sevrage alcoolique et/ou la mauvaise observance du traitement (1)

Caractéristiques étiologiques

La distinction en crises occasionnelles et maladie épileptique reste d'actualité.

- Les crises occasionnelles se divisent en deux groupes :
 - Les crises symptomatiques en rapport avec une altération du système nerveux central (accidents vasculaires cérébraux, troubles métaboliques, tumeurs

cérébrales, atrophie cérébrale, traumatisme crânien, séquelles de lésions cérébrales, infection ou intoxication).

- Les crises sans étiologie retrouvée représentant 25% des crises occasionnelles (s'agissant soit d'une maladie épileptique, soit d'une circonstance favorisante chez un patient avec un seuil épileptogène bas).
- Les crises convulsives survenant dans le cadre d'une maladie épileptique connue doivent faire rechercher en premier lieu une mauvaise observance du traitement et doivent inciter à la réalisation d'un dosage sérique des antiépileptiques. Si ce n'est pas le cas un avis auprès du neurologue traitant est souhaitable. Il n'y a pas eut de modification de la littérature depuis.

QUESTION N°3 : QUELLE EST LA STRATEGIE DE PRESCRIPTION ET DE PROGRAMMATION DES EXAMENS PARACLINIQUES AU SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCE ?

La glycémie capillaire doit être réalisé prioritairement

Il convient d'abord de différencier la crise convulsive isolée, sans signe de gravité de la crise convulsive accompagnée avec ou sans signe de gravité (tableau 1)

- **La crise convulsive isolée** : Que ce soit une crise convulsive occasionnelle ou une crise dans le cadre d'une maladie épileptique.
 - Examens biologiques :

Les examens biologiques ont une faible rentabilité dans la démarche diagnostique (12)

La fréquence de l'hypoglycémie est variable et modérée ; elle représente 2,4 à 8% des causes de crises comitiales de novo (3), souvent dans un contexte clinique significatif (12) ; dans d'autres travaux, elle n'est que symbolique (1,8,12). Il en va de même pour l'hyponatrémie. Ceux

sont les deux troubles métaboliques les plus fréquents (12). Etant donné les conséquences thérapeutiques que cela va entraîner, la mesure de la glycémie capillaire doit être réalisée systématiquement dès la prise en charge (grade B).

La recherche d'une grossesse doit être envisagée chez toutes les femmes en période d'activité génitale (grade B) (12) ; en cas de positivité, elle va modifier la stratégie diagnostique (crise convulsive accompagnée) et thérapeutique.

Dans le cadre de la maladie épileptique, les données récentes de la littérature ne modifient pas l'utilisation des dosages biologiques des anti-épileptiques qui déterminent si la mauvaise observance est la cause principale de la récurrence (grade C) (22)

- Electroencéphalogramme (EEG)

L'actualisation abonde dans le sens de la 1^{ère} et de l'actualisation de la conférence de 2003

Cet examen ne peut à lui seul diagnostiquer une crise comitiale, il doit s'intégrer dans une stratégie diagnostique dans laquelle l'anamnèse et l'examen clinique doivent en être les pivots (grade B) (22). Près de 50% des EEG ont des faux négatifs et 0,5 à 2% de faux positifs chez des jeunes adultes en bonne santé (10). L'EEG ne peut et ne doit pas être utilisé pour exclure le diagnostic d'épilepsie (grade B) (22)

Dans ce type de situation clinique, il n'y a pas d'indication à réaliser d'EEG en urgence (3). S'il devait être réalisé, cela ne serait pas avant la 24^{ème} heure et après avis spécialisé.

De nombreuses études ont montré que des anomalies électroencéphalographiques étaient prédictifs de récurrences (9).

- Examens radiologiques

La revue de la littérature n'apporte pas de modification majeure dans la stratégie diagnostique, elle vient parfois la consolider.

La connaissance de l'histoire de la maladie est nécessaire pour hiérarchiser l'urgence des examens radiologiques. Un patient qui a une maladie épileptique connue, ou un traumatisme

crânien sans signe de focalisation ou des convulsions fébriles tirera peu de bénéfice d'une exploration par imagerie (3). Il n'y a pas d'indication chez les patients ayant fait une crise comitiale identique aux crises antérieures.

Pour les autres situations, il est souhaitable qu'un examen tomodensitométrique (TDM) cérébral soit réalisé en urgence, ceci est d'autant plus vrai que l'on avance en âge (25 ans (10), 40 ans (16)) (3,5,10,12,16) (grade C). Cette recommandation est également valable pour l'American College of Emergency Medicine (ACEP) et pour le Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (3,12)

Le faible niveau de recommandation s'explique par la variabilité de la fréquence des lésions retrouvées (9% à 41% (3,12)) et des populations étudiées.

Dans ce cadre là, le TDM peut être réalisé dans un second temps, lorsque l'on est certain de la fiabilité du suivi (grade C) (12)

La littérature ne précise pas si l'examen doit être réalisé ou pas avec injection de produit de contraste.

Les nombreux avantages du TDM : sa rapidité de réalisation, son faible coût, sa facilité d'utilisation et son accessibilité le laisse, actuellement, en « première ligne ». Dans l'avenir, l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) (10), comme le recommande l'International League against Epilepsy (ILAE), prendra la place du TDM, en effet plus de 50% des lésions responsables de crises comitiales ne sont pas visualisables au TDM (tumeurs de petites tailles, malformation vasculaire) (3, 17). L'IRM est l'examen de choix pour diagnostiquer des anomalies de la structure cérébrale des patients comitiaux (grade B) (22)

- **La crise convulsive accompagnée (tableau 1, 2 et 3):** Les données de l'interrogatoire permettent de préciser les circonstances de la crise et le terrain. Confrontées à l'examen et à la surveillance immédiate, elles permettent de définir des situations où la crise convulsive survient dans un contexte particulier.

Tableau 1 : 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
 - Sevrage alcoolique
 - Éthylisme chronique
 - Intoxication
 - Trouble métabolique
 - Traumatisme crânien
 - Maladie générale (cancer, lymphome, SIDA)
 - Grossesse
 - Répétition des crises

Lorsque les crises se répètent au service d'accueil, l'urgence est thérapeutique, tout comme dans l'état de mal convulsif (voir conférence consensus SRLF 1995) qui exige le transfert immédiat en réanimation avant tout examen d'imagerie. L'EEG et le TDM sont indiqués après le contrôle des convulsions.

- Confusion mentale persistante

La persistance d'une confusion mentale (ou de troubles des fonctions supérieures : trouble de la vigilance, manifestations psychiatriques) pendant plus de 6 h après la crise, modifie la stratégie de prescriptions d'examens

- En cas de traumatisme crânien, le TDM est indiqué en urgence, à la recherche d'un hématome intra-crânien.
- En dehors de cette situation, un EEG est indiqué en urgence pour diagnostiquer un état de mal non convulsivant (grade C) (12), ou une méningo-encéphalite de présentation fruste (méningo-encéphalite herpétique au cours de laquelle l'EEG et la ponction lombaire peuvent contribuer au diagnostic). Le traitement doit être mis en route dès que le diagnostic est envisagé.
- Après que la glycémie capillaire ait été mesurée, un trouble métabolique autre que l'hypoglycémie doit être recherché (hyponatrémie, hypocalcémie) et ce d'autant qu'il existe un contexte.

- Déficit post-critique

Qu'il y ait ou non des troubles de la vigilance, la constatation d'un déficit oriente vers une lésion cérébrale focalisée, vasculaire, infectieuse ou tumorale. En attendant une plus grande disponibilité de l'IRM, le TDM précède toute autre investigation et doit être réalisé dans les meilleurs délais.

Si cet examen est normal, la réalisation d'une IRM sera nécessaire (15), de même qu'un EEG qui pourra être déterminant en mettant en évidence des signes en foyer.

- Fièvre

Lorsqu'il y a une fièvre (supérieure à 38°) l'hypothèse d'une infection du système nerveux

central et/ou des méninges doit être évoquée en première priorité. Après la mise sous antibiotique contre les germes le plus fréquemment à l'origine des méningites purulentes, une ponction lombaire (PL) est indiquée en urgence en présence d'un purpura, d'un syndrome méningé ou d'un coma fébrile (sauf lorsqu'il existe des signes de localisation manifeste ou des signes d'hypertension intracrânienne : dans ces cas le TDM doit être réalisé avant la PL).

- Alcoolisme

Lorsque la crise survient dans un contexte d'alcoolisation ou de sevrage, le malade doit bénéficier d'une surveillance clinique particulièrement rigoureuse. L'existence de : signes focaux, notion de traumatisme crânien, troubles de la conscience prolongés, répétition des crises, fièvre fait indiquer un TDM cérébral. La mesure de l'alcoolémie permet d'authentifier une ivresse aiguë ou un sevrage total. La mesure du Volume Globulaire Moyen et des Gamma-Glutamyl Transpeptidase donnent des indications sur une consommation chronique et excessive d'alcool (3)

- Intoxication (par toxiques ou par médicaments)

L'indication du dosage de certains toxiques ou médicaments est guidée par le contexte. Le nombre de substances incriminables est très élevé ; les possibilités de dosages sont réduites et aucun dosage systématique ne peut être proposé.

Les dosages de médicaments convulsivants sont indiqués lorsque l'on craint une intoxication (théophylline, tricycliques).

Le TDM n'apporte aucune contribution dans ces situations. En revanche l'EEG peut mettre en évidence des signes évocateurs d'une origine toxique (grade C) (12).

- Maladie générale

Lorsqu'une crise convulsive survient chez un patient souffrant d'un cancer, d'un lymphome ou

d'une infection par l'HIV, il existe une forte probabilité de tumeur ou d'infection opportuniste cérébrales, et ce d'autant plus qu'il s'agit d'un cancer déjà métastasé ou générant fréquemment des métastases dans le système nerveux. Le TDM cérébral est indiqué. La ponction lombaire sera réalisée, chez les patients immunodéficients, après l'examen tomodensitométrique cérébral (grade B) (12).

- La grossesse chez l'épileptique connue

La survenue d'une crise comitiale chez une épileptique connue fait indiquer un dosage des anti-épileptiques, le métabolisme des médicaments étant modifié au cours de la grossesse.

Tableau 2 : Indications d'un examen tomodensitométrique cérébral en urgence dans la crise accompagnée

- Persistance des troubles de la conscience associés à un traumatisme crânien ou une pathologie alcoolique
- Déficit neurologique focalisé post-critique
- Fièvre avec signes d'hypertension intracrânienne
- Antécédent de cancer ou d'infection HIV
- Patients ayant fait une crise partielle ou focalisée
- Patients sous anticoagulants ou porteurs de troubles de l'hémostase
- Patients dont le suivi ultérieur ne peut-être assuré

Tableau 3 : Indications d'EEG en urgence dans la crise accompagnée

- État de mal épileptique non convulsivant
- Méningo-encéphalite de forme fruste
- Déficit post critique
- Etiologie toxique non précisé

QUESTION N°4 : FAUT-IL HOSPITALISER OU NON LES PATIENTS SE PRESENTANT AU SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCE POUR CRISE CONVULSIVE ? SI OUI, DANS QUELLE STRUCTURE ET DANS QUEL DELAI ? SI NON, QUELLE STRATEGIE DE SUIVI FAUT-IL ADOPTER ?

La littérature est pauvre sur cette question et ne modifie pas l'actualisation de 2003

La non-hospitalisation peut s'envisager pour les patients dont l'état clinique est revenu à l'état basal, pour lesquels le risque de récurrence est minime avec l'assurance d'une consultation de neurologie rapprochée (grade C) (12). Afin d'obtenir un avis neurologique dans des délais raisonnables (1 semaine, maximum 4 semaines (2)), il est nécessaire que, localement, des protocoles soient rédigés.

L'évaluation du risque de récurrence s'appuie sur l'âge du patient et sur l'étiologie de la crise comitiale. Quand l'étiologie n'a pas été retrouvée et que l'EEG est normal : le niveau de récurrence à 1 an est de 14% et de 24% à 2 ans (12).

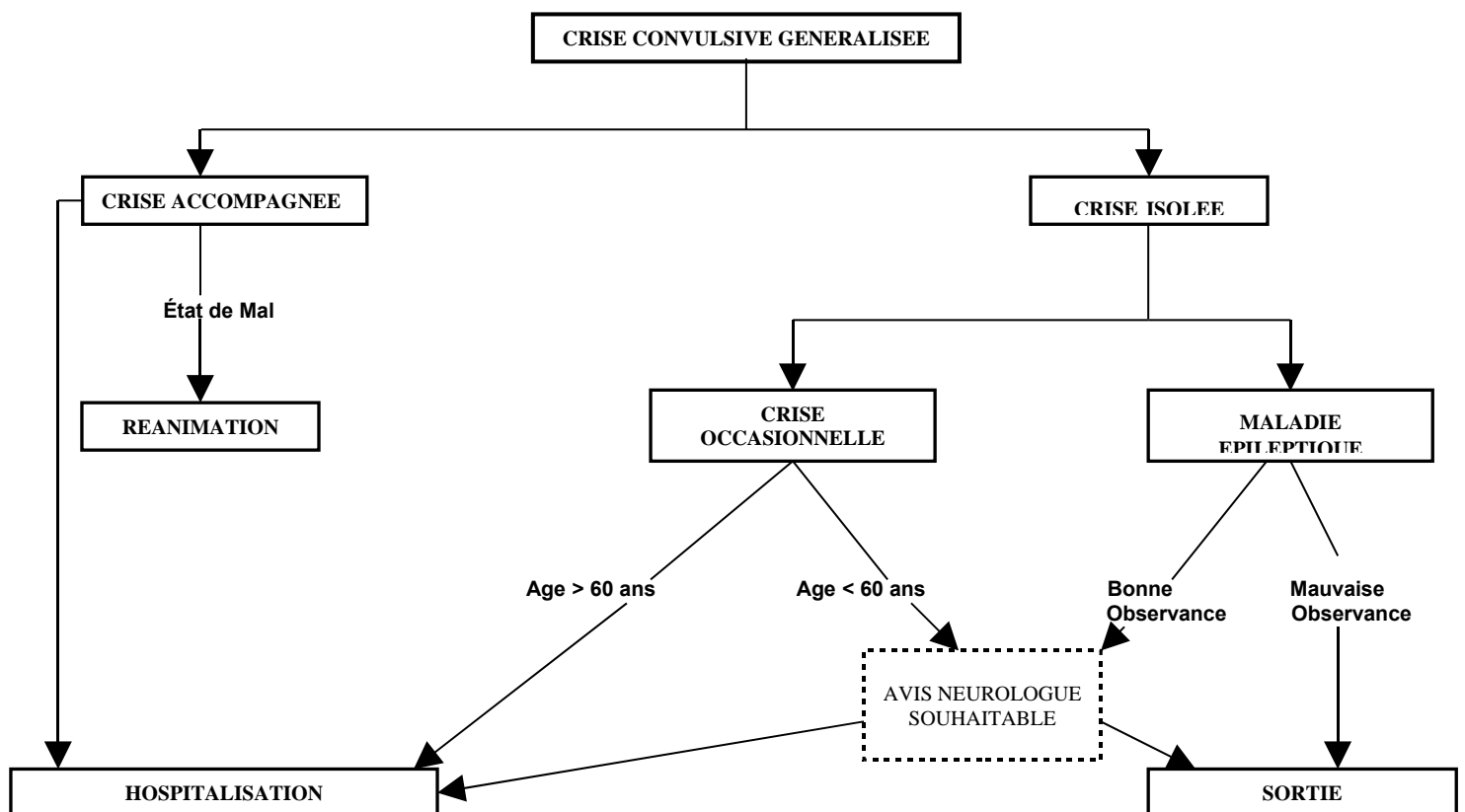
La sortie d'un patient, sans facteur de comorbidité, peut être également envisagé si les examens paracliniques ne retrouvent aucune pathologie nécessitant l'instauration d'un traitement anti-épileptique à la sortie des urgences (grade C) (12). Cependant, les difficultés d'accès au plateau technique peuvent rendre difficile le respect de ces dernières conditions.

Lorsque la crise a les caractéristiques habituelles chez un patient épileptique et qu'elle peut être rapportée à une mauvaise observance du traitement, reconnue par le sujet qui est par ailleurs correctement suivi, la sortie est prononcée avec reprise du traitement habituel, si possible après contact avec le neurologue traitant et/ou le médecin traitant.

Même si ni les conférences de consensus anglo-saxonnes (12,14,22) ni la littérature récente ne le confirment, il semble raisonnable de laisser, comme dans la conférence de consensus initiale française, le critère de l'âge (60 ans) comme critère d'hospitalisation (accord professionnel).

L'ensemble de ces recommandations est résumé dans le schéma 1 et le tableau 4 et 5

Schéma 1 : récapitulation des critères d'hospitalisation et de sortie devant une crise généralisée aux urgences.



Arbre décisionnel

Tableau 4 : Critères nécessaires pour une sortie sans hospitalisation (3)

- Retour à un état clinique basal, en particulier en l'absence totale de symptômes neurologiques.
- Normalité de toutes les investigations cliniques et paracliniques (en dehors des dosages des anti-épileptiques).
- Transmission d'un document écrit précisant toutes les recommandations de sécurité nécessaires à cette pathologie.
- Accompagnement d'une personne responsable garantissant la sécurité du patient dans le suivi immédiat
- Adhésion au suivi médical ultérieur

Conseils de sortie (12)

Tableau 5 : Recommandations à suivre jusqu'à la consultation neurologique qui doit avoir lieu dans la semaine qui suit la crise

- Arrêter le travail
- Se reposer : éviter toute situation entraînant un risque de surmenage
- Beaucoup dormir : éviter toute situation favorisant le manque de sommeil
- Ne pas prendre de médicaments potentiellement convulsivants (exemple : tricycliques)
- Ne pas prendre irrégulièrement des médicaments ayant des propriétés anticonvulsivantes (exemple : benzodiazépines)
- Ne pas pratiquer d'activité dangereuse (conduite d'un véhicule à moteur, natation, escalade)
- Éviter de consommer de l'alcool.

Les recommandations sur la conduite de véhicules motorisés à la suite d'une crise comitiale ont été clairement définies dans un travail important de l'Union Européenne ; en effet les

conséquences sociales d'une interdiction systématique nécessitent une évaluation spécialisée afin de définir le risque acceptable (21).

QUESTION N°5 : QUELS SOINS INFIRMIERS ET TRAITEMENTS SONT À PRATIQUER AUX URGENCES ?

La prise en charge paramédicale consiste

- Durant la crise convulsive : à éviter toute manœuvre intempestive, à éviter au patient de se blesser.
- En post-critique : à installer le patient en PLS, à assurer la liberté des voies aériennes supérieures, à pratiquer une oxygénation et à réaliser une glycémie capillaire.

Aucune évolution des recommandations de prise en charge paramédicale depuis 1991 (26, 30,31).

Traitement de la crise convulsive

- Devant une crise convulsive isolée, aucune mesure thérapeutique médicamenteuse spécifique de prévention de la récurrence n'est à prendre, sauf si le risque de récurrence est jugé important. Dans ce cas, la prescription recommandée reste une benzodiazépine per os (Clorzepam en prise unique, 60 mg le premier jour, 40 le second puis 20 mg par jour), en particulier chez un épileptique traité avec une bonne observance, ou dans l'attente de l'avis d'un spécialiste. *Aucune évolution des recommandations de prise en charge depuis 1991.*
- Devant une crise accompagnée, le traitement est fonction du type de crise et du contexte :
 - État de mal ou menace d'état de mal : les recommandations initiales étaient d'instaurer un traitement intraveineux (voie alternative : voie rectale) par benzodiazépines, éventuellement renouvelable en cas d'échec et de ne mettre en place un traitement par phénytoïne qu'en cas de résistance. En 1995, la Société

de Réanimation de Langue Française a publié un consensus sur la prise en charge des états de mal épileptiques avec, comme recommandation, celle de débiter immédiatement en association avec les benzodiazépines un traitement par un anti-épileptique de demi-vie longue, soit le phénobarbital, soit la phénitoïne (Dilantin®), remplacée actuellement par du Prodilantin®. *Pas d'évolution notable des recommandations (24,25,27)* : seules quelques publications rappelant que la voie intra-nasale est une autre voie d'administration alternative (25,31).

- Tous les autres cas : *pas de modification des recommandations.*

Récidive convulsive précoce (hospitalisation, prévention éventuelle de la récurrence par benzodiazépine), origine métabolique (traitement de la cause), chez la femme enceinte (benzodiazépines, si éclampsie : transfert en réanimation), chez l'éthylique : mesures en prendre de façon générale comme tout épileptique.

CONCLUSION

L'actualisation de la conférence de consensus de 2003 reste valable. Les questions posées restent pertinentes.

REFERENCES:

1. **Huff JS, Morris DL, Kothari RU, Gibbs MA for the emergency medicine seizure study group** Emergency department management of patients with seizures : a multicenter study *Acad Emerg Med* 2001 ; 8(6) : 622-8
2. **Bhatt H, Matharu MS, Henderson K., Greenwood R.** An audit of first seizure presenting to an accident and emergency department *Seizure* 2005 ;14(1) :58-61
3. **Dunn MJG, Breen DP, Davenport RJ, Gary AJ** Early management of adults with an uncomplicated first generalised seizure *Emerg Med J* 2005 ;22 :237-42
4. **Smith PE, Cossburn MD** Seizures : assessment and management in the emergency unit *Clin Med* 2004; 4(2):118-22
5. **Mc Fadyen MB and al.** First seizure, the epilepsies and other paroxysmal disorders prospective audit of a first seizure clinic *Scott med J* 2004 ;49(4) :126-30
6. **Waterhouse EJ, Delorenzo RJ** Status epilepticus in older patients : epidemiology and treatment options *Drugs again* 2001; 18(2):133-42
7. **Jallon P, Loiseau P, Loiseau J on behalf of Groupe CAROLE** Newly diagnosed unprovoked epileptic seizures : Presentation at Diagnosis in CAROLE study *Epilepsia* 2001 ; 42(4) :464-75
8. **Breen DP, Dunn MJG, Davenport RJ, Gray AJ** Epidemiology, clinical characteristics, and management of adults referred to a teaching hospital first seizure clinic *Postgrad Med J* 2005 ; 81 :715-18
9. **Kawkabani A , Rosseti AO, Despland PA** Survey of management of first-ever seizures in hospital based community *Swiss Med Wkly* 2004 ; 134 :586-92
10. **Manford M, Cock H** Assessment and investigation of possible epileptic seizures *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry* 2001 ; 70 :3-8

11. **Herman ST** Single unprovoked seizures *Curr Treat Options Neurol* 2004 ; 6(3) :243-55
12. **American College of Emergency Physicians** Clinical policy : critical issues in the evaluation and management of adult patients presenting to the emergency department with seizures. *Ann Emerg Med* 2004 ; 43(5) : 605-25
13. **Reuber M, Hattingh L., Goulding PJ** Epileptological emergencies in accident and emergency : a survey at St James' university hospital, Leeds *Seizure* 2000 ; 9(3) : 216-20
14. **Royal Collège of Physicians of Edinburgh** Consensus Conference on better care for children and adults with epilepsy 2002
15. **Soto-Ares G, Jissendi Tchofo P, Szurhaj W, Trehan G, Leclerc X** Management of patients after a first seizure *J Neuroradiol* 2004 ; 31(4) :281-8
16. **Bonilha L, Montenegro MA, Cendes F** The role of neuroimaging in the investigation of with single seizures, febrile seizures, or refractory partial seizures *Med Sci Monit* 2004 ; 10(3) : RA40-46
17. **Kuzniecky RI** Neuroimaging of epilepsy : therapeutic implications *NeuroRx* 2005; 2 :384-93
18. **Van Rijckevorsel K, and al** Standarts of care for adults with convulsive status epilepticus : Belgian consensus recommendations *Acta Neurol Belg* 2005 ; 105(3) 111-8
19. **Tan JH, Wilder-Smith E, Lim EC, Ong BK** Frequency of provocative factors in epileptic patients admitted for seizures : a prospective study in Singapore *Seizure* 2005 ; 14(7) : 464-9
20. **Pellock JM, Marmorou A, DeLorenzo R** Time to treatment in prolonged seizure episodes *Epilepsy Behav* 2004 ; 5(2) : 192-6
21. http://www.eu.int/comm/transport/home/drivinglicence/fitnesstodrive/doc/epilepsy_and_driving_in_europe_final_report_v2_en.pdf
22. **Scottish Intercollegiale Guidelines Network** Diagnosis and Management of Epilepsy in Adults Avril 2003

23. **Powell KW.** Seizures in the workplace. *AAOHN J.* 2005 Dec;53(12):511-3.
24. **Roach A, Roach E.** How to assess phenytoin levels. *Nursing.* 2005 Nov;35(11):18-9
25. **Walker M.** Status epilepticus: an evidence based guide. *BMJ.* 2005 Sep 24; 331(7518):673-7.
26. **Bartlett D.** Confusion, somnolence, seizures, tachycardia? Question drug-induced hypoglycemia. *J Emerg Nurs.* 2005 Apr;31(2):206-8
27. **Nolte M, Holtkamp M, Stroehmann A, Schroder T, Kox W, Spies C.** Rapidly lethal progression of a therapy-resistant status epilepticus. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 2004 Sep;39(9):551-5.
28. **Papathanasopoulos PG, Tsibri ES, Gourzoulidou E, Konstantinou D.** Near-deadly resuscitation during a grand mal seizure. *Epilepsia.* 2004 Sep;45(9):1164.
29. **Hayes C.** Clinical skills: practical guide for managing adults with epilepsy. *Br J Nurs.* 2004 Apr 8-21;13(7):380-7.
30. **Ilardi D.** Stop everything. Your help is needed. Stay calm. Someone is having a seizure. *School Nurse News.* 2004 Mar;21(2):20-3.
31. **Wolfe TR, Bernstone T.** Intranasal drug delivery: an alternative to intravenous administration in selected emergency cases. *J Emerg Nurs.* 2004 Apr;30(2):141-7