



LES CRISES CONVULSIVES DE L'ADULTE AU SERVICE D'ACCUEIL ET D'URGENCE

Protocole n o VI.A.1/1997

1 re Conférence de Consensus en médecine d'urgence de la Société Francophone d'Urgences Médicales

13 avril 1991

Résumé

Jury du Consensus : J.L. Lejonc (Créteil) : Président, R. Askenasi (Bruxelles), J. Bouget (Rennes), J.C. Ducreux (Roanne), M. Gallet (Lyon), P. Hericord (Paris), B. Laurent (St-Étienne).

Bureau du Consensus de la Société Francophone d'Urgences Médicales : B. Bedock (Annonay), B. Blettery (Dijon), R. Ducluzeau (Lyon), G. Fournier (Lyon), G. Tempelhoff (Roanne), P.F. Unger (Genève), N. Bertini (Bourg-en-Bresse), L. Divorne (Genève), O. Pottier (Nancy).

Comité d'Organisation : R. Ducluzeau (Lyon), J.L. Lejonc (Créteil), G. Tempelhoff (Roanne).

Les crises convulsives (CC) de l'adulte sont un motif fréquent d'admission dans les services d'Accueil et d'Urgence (SAU), concernant plusieurs centaines de patients par an et par service et rendant compte de 30 % des malaises et/ou pertes de connaissance. Cependant, la stratégie adoptée est controversée, notamment pour les critères d'hospitalisation, la programmation des examens complémentaires et les traitements à mettre en oeuvre au SAU. L'objectif de cette première Conférence de Consensus de la Société Francophone d'Urgences Médicales, qui s'est tenue à Genève le 13 avril 1991, était de proposer une stratégie applicable dans tous les SAU, quelles que soient leurs structures et leurs possibilités d'accès au plateau technique. Ce texte est le résumé du document de référence qui, ainsi que les communications des experts, est parue dans la revue *Réanimation et Médecine d'Urgence*.

Caractéristiques sémiologiques et étiologiques

La CC peut être isolée ou accompagnée. La crise accompagnée se caractérise par la présence de signes ou d'un contexte indicatifs d'une gravité possible (*Tabl. I*). La crise isolée se définit par l'absence de tout critère figurant dans le *tableau I*. Au plan étiologique, la CC peut être occasionnelle, ou s'intégrer dans le cadre d'une maladie épileptique (ME).

Les crises occasionnelles sont des CC – uniques ou très espacées – qui ne sont pas l'expression d'une ME déjà étiquetée. Elles peuvent être symptomatiques d'accidents vasculaires cérébraux, de troubles métaboliques, de tumeur cérébrale, de traumatisme crânien, d'atrophie cérébrale, de séquelles de lésions cérébrales anciennes, d'infection méningée ou encéphalique, d'intoxication. Dans 25 % des cas, aucune cause n'est mise en évidence : la CC occasionnelle peut alors témoigner d'une entrée dans la ME (première crise) ou concerner des sujets qui, sans être à proprement parler épileptiques, ont un seuil épileptogène bas et sont susceptibles de convulser à l'occasion d'une circonstance favorisante : manque de sommeil, fièvre, surmenage, sevrage en benzodiazépines, hypoglycémie, etc.

L'éthylisme occupe une place prépondérante : 50 % des patients examinés pour CC dans les SAU sont éthyliques. Le mécanisme principal de la CC dans ce cas est le sevrage, bien plus que l'ivresse alcoolique aiguë. L'éthylisme chronique est un facteur de risque additionnel de convulsion dans les affections citées en tant que causes de CC symptomatiques. Dans la maladie épileptique, la survenue de CC doit faire avant tout rechercher un défaut d'observance. Celle-ci est imparfaite dans 50 % des cas. Les CC se présentent habituellement d'une même façon chez un malade donné : une modification de l'aspect sémiologique des CC peut avoir une valeur pronostique péjorative.

TABLEAU I

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 °C,
- déficit post-critique,
- alcoolisation,
- sevrage alcoolique,
- éthylisme chronique,
- intoxication,
- trouble métabolique,
- traumatisme crânien,
- maladie générale (cancer, lymphome, SIDA),
- grossesse.

Stratégie d'hospitalisation et de prescription

Dans tous les cas, la glycémie capillaire doit être mesurée dès l'arrivée du patient au SAU. Ensuite, la stratégie est différente selon qu'il s'agit d'une CC isolée ou d'une CC accompagnée.

- Dans la CC isolée occasionnelle, le patient doit être admis pour les 24 h suivant la crise. Le premier examen est l'électroencéphalogramme (EEG), au mieux interprété par un spécialiste et réalisé à la 24 e heure. Si l'EEG est normal, ou s'il ne met en évidence que des signes diffus, le complément d'imagerie (scanner, ou imagerie par résonance magnétique) sera réalisé à distance. Lorsque l'EEG met en évidence un foyer (ondes lentes ou pointes ondes), un scanner est indiqué immédiatement. Lorsqu'une hospitalisation de courte durée n'est pas réalisable, une sortie rapide est possible chez les patients âgés de moins de 60 ans, dont l'examen clinique est normal, parfaitement réveillés, et sous réserve que l'entourage familial soit présent, informé du risque de récurrence, et muni des recommandations à suivre jusqu'à la consultation ultérieure (*Tabl. II*).

Après 60 ans, l'hospitalisation est toujours nécessaire, en raison de la plus grande fréquence des récurrences convulsives et des crises symptomatiques. Il n'y a pas d'indication à entreprendre un traitement anticonvulsivant en urgence dans les CC occasionnelles. Néanmoins, lorsque le risque de récurrence (15 % dans la première semaine) apparaît trop élevé au regard de l'angoisse engendrée par la situation, il est possible d'assurer une prévention des récurrences par le Clobazam (60 mg *per os* le premier jour en une prise, puis 40 mg le deuxième jour puis 20 mg/jour).

Dans la maladie épileptique, lorsque la crise peut être rapportée à une mauvaise observance du traitement, reconnue par le patient qui est par ailleurs correctement suivi, la sortie est prononcée avec reprise du traitement habituel et rendez-vous de consultation rapide avec le neurologue traitant, et sous réserve que la crise ait les caractéristiques habituellement observées chez le patient. La détermination du taux sérique des antiépileptiques contribue à estimer la mauvaise observance. Il n'y a pas d'indication à d'autres examens complémentaires. Lorsqu'il existe une modification de l'expression sémiologique de la ME, l'admission est obligatoire et l'avis du neurologue indispensable. Il en est de même lorsque l'observance est correcte.

TABLEAU II

Recommandations à suivre jusqu'à la consultation neurologique qui doit avoir lieu dans la semaine suivant 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, natation, escalade),
- éviter de consommer de l'alcool.

Les CC accompagnées imposent dans tous les cas l'hospitalisation.

- Lorsque les crises se répètent au SAU, l'urgence est thérapeutique : la survenue de CC subintrantes signant la menace d'état de mal, ou l'état de mal convulsif, implique l'injection immédiate d'une benzodiazépine : diazépam (10 à 20 mg en intraveineux lent) ou clonazépam (1 ou 2 mg intraveineux en 2 à 3 min). Ces doses sont renouvelables en cas d'échec : le patient doit être transféré en réanimation. En fonction de la durée prévisible du transfert, et en cas de résistance aux benzodiazépines, on peut instituer le traitement par phénytoïne (15 mg/kg dans du sérum physiologique à la vitesse de 50 mg/min sous surveillance cardioscopique).

- Le syndrome confusionnel post-critique doit être considéré comme anormal lorsqu'il persiste plus de 30 min. Cette confusion mentale persistante est surtout le fait des CC symptomatiques ou d'origine toxique. Dans ces cas, sa durée dépend de la cause. En dehors de ces situations, la persistance inexplicite d'une confusion, de troubles de la vigilance, ou de manifestations psychiatriques modifie la stratégie de prescription des examens complémentaires :

- en cas de traumatisme crânien, un scanner est indiqué en urgence à la recherche d'un hématome intracrânien ;

- un EEG est indiqué en urgence pour diagnostiquer un état de mal non convulsivant (rare et surtout le fait des personnes âgées), ou une méningo-encéphalite de présentation frustrée : il s'agit tout particulièrement de la méningo-encéphalite herpétique, au cours de laquelle l'EEG et la ponction lombaire peuvent contribuer au diagnostic : dans ce cas ; le traitement anti-infectieux 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 plus qu'il existe un contexte en faveur.

- La constatation d'un déficit post-critique oriente vers une lésion cérébrale focalisée, vasculaire, infectieuse, ou tumorale. Le scanner précède toute autre investigation et doit être réalisé dans les 24 h. Si cet examen est normal, l'EEG est indiqué : il peut être déterminant en mettant en évidence des signes en foyer.

- Lorsqu'existe une fièvre supérieure à 38 °C, l'hypothèse d'une infection du système nerveux central doit être évoquée en première priorité. En présence d'un purpura, d'un syndrome méningé, ou d'un coma fébrile, la ponction lombaire est indiquée en urgence, sauf lorsqu'existent des signes de localisation ou des signes d'hypertension intracrânienne : dans ces cas, le scanner doit être fait en urgence, avant la ponction lombaire ; l'antibiothérapie doit être instituée auparavant, dirigée contre les germes les plus fréquemment à l'origine des méningites purulentes.

- Dans les intoxications, l'indication du dosage des toxiques et/ou médicaments, est guidée par le contexte : il n'y a aucune possibilité de dépistage systématique en raison du grand nombre de substances incriminables. Le scanner n'est pas contributif. En revanche, l'EEG peut mettre en évidence des signes évocateurs d'une origine toxique.

- Lorsqu'une CC survient chez un patient souffrant d'une maladie générale (cancer, lymphome, syndrome immunodéficientaire acquis), il existe une forte probabilité de tumeur ou d'infection cérébrale. Le scanner est indiqué.

- La survenue d'une crise comitiale au cours d'une grossesse chez une épileptique connue fait indiquer un dosage des antiépileptiques, le métabolisme de ces médicaments étant alors modifié. Les seuls médicaments utilisables dans ce cas sont les benzodiazépines. L'éclampsie nécessite le transfert immédiat en réanimation.

- Chez l'éthylique chronique, la surveillance doit être particulièrement rigoureuse. La mesure de l'alcoolémie permet d'authentifier une ivresse alcoolique aiguë ou un sevrage total. Les mesures thérapeutiques ne concernent pas la crise elle-même, mais sont celles à prendre chez tout éthylique admis en urgence, et en particulier la prévention du syndrome de sevrage par une benzodiazépine (lorazépam). Dans l'ivresse convulsivante, aucun traitement spécifique n'est nécessaire. L'institution d'un traitement anticonvulsivant au long cours est formellement contre-indiquée chez l'alcoolique, en raison de la mauvaise observance : l'interruption brutale du traitement comporte un risque élevé de déclenchement d'un état de mal convulsif.

ARBRE DE DÉCISION

ARBRE DE DÉCISION

