



Cours de
Pathologie médicale

L'épilepsie

Pr. Ag Mohamed Habib GRISSA

**Hôpital Universitaire F. Bourguiba
Monastir**

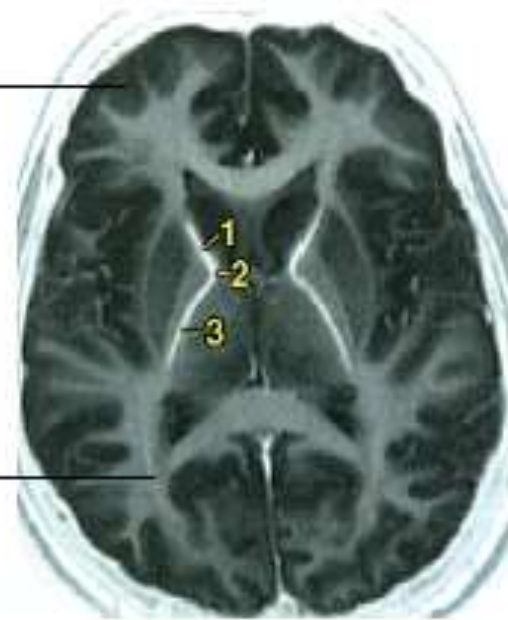
www.urgencemonastir.com
grissa.medhabib@gmail.com



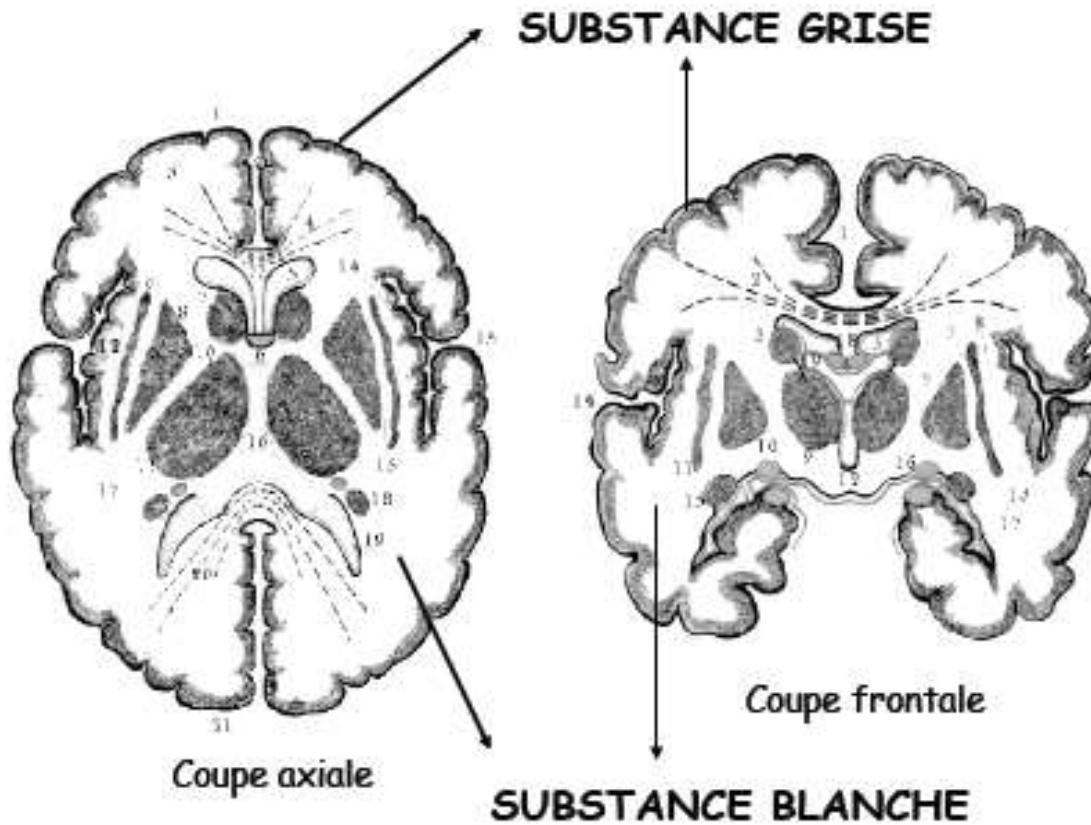
Rappel Anatomique

Substance grise
=
cortex cérébral
(« écorce »)

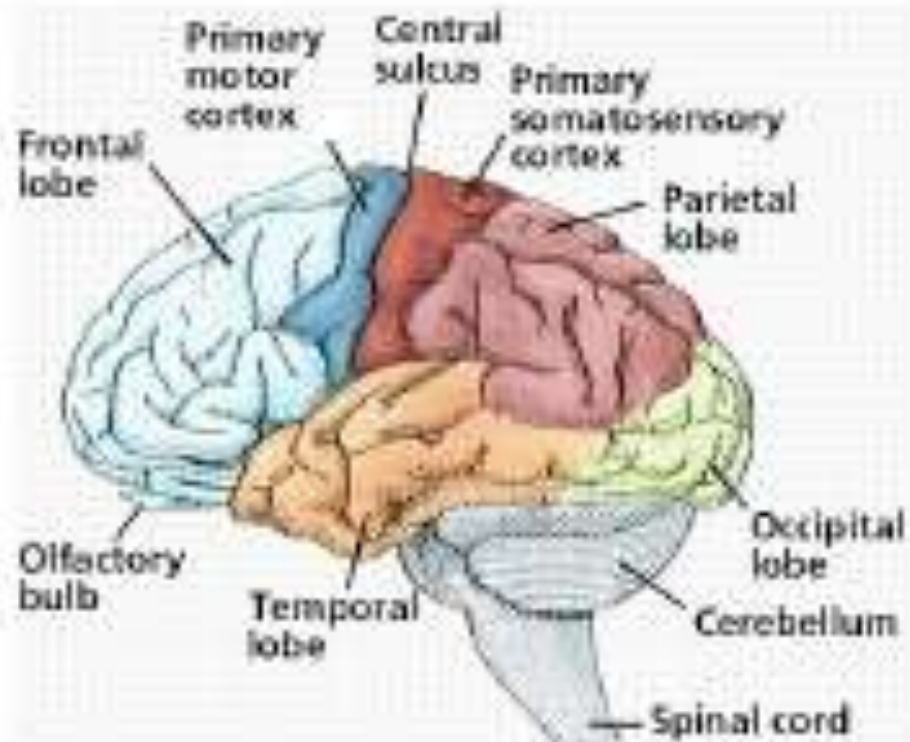
Substance blanche



Rappel Anatomique



LE CERVEAU - FACE EXTERNE



EPILEPSIE

Atteinte de la substance grise = neurones

« Décharge paroxystique synchrone d'une population plus ou moins étendue de neurones corticaux »

Il s'agit donc au départ d'un phénomène électrique.

Intérêt de l'électroencéphalogramme (E.E.G.)



Crise d'épilepsie : aspect EEG

Types de crises épileptiques

Il existe 2 grands types de crises d'épilepsie

- Crises partielles :

débutent en un point précis du cortex cérébral
signes de la crise = fonction de la zone touchée
avec ou sans rupture de contact

- Crises généralisées :

étendues d'emblée à tout le cortex cérébral
rupture de contact quasi-constante

CRISES PARTIELLES (1)

- motrices :

face (unilatéral)

membres (unilatéral)

versive (déviation tête + yeux d'un côté)

- sensitives :

paresthésies / fourmillements (unilatéral)

- sensorielles :

visuelles

auditives

olfactives

gustatives

vertigineuses

CRISES PARTIELLES (2)

- végétatives :

hypersalivation

sensation de chaleur épigastrique ascendante

- « psychiques » :

troubles du langage (aphasie)

troubles de la mémoire

peur, panique, rire

illusions, hallucinations

- avec automatismes :

mâchonnement

fugues...

CRISES GENERALISEES

- toniques
- cloniques
- tonico-cloniques +++
- atoniques
- myocloniques
- absences

LA CRISE GENERALISEE TONICO-CLONIQUE

+++

Perte de connaissance brutale +/- cri +/- chute traumatisante

puis 3 phases :

1 - Phase tonique

Contracture musculaire généralisée

Morsure de langue

Signes végétatifs

(tachycardie, cyanose, sueurs, salivation, sécrétions bronchiques...)

Durée ~ 30 secondes

LA CRISE GENERALISEE TONICO-CLONIQUE

+++

2 - Phase clonique

Secousses musculaires bilatérales rythmiques généralisées

Durée ~ 30 secondes

3 - Phase résolutive

Arrêt des secousses musculaires

Perte d'urines

Reprise d'une respiration bruyante = respiration stertoreuse

Coma puis confusion post-critique

Retour à un état normal en 10 minutes à 1 heure

LA CRISE GENERALISEE TONICO-CLONIQUE

+++

Complications

- traumatiques +++

liées à la chute

liées aux circonstances de la crise : voiture, escaliers, bain...

- évolution vers un état de mal épileptique (cf)

- en général aucune complication ! → la crise cède spontanément sans séquelles

LA CRISE GENERALISEE TONICO-CLONIQUE

+++

Conduite à tenir : à l'hôpital

- position latérale de sécurité (PLS)
- protection des voies aériennes : canule de Guedel
- glycémie capillaire +++ (+/- G30 % IVD si hypoglycémie)
- oxygène

L'administration d'un anti-épileptique (benzodiazépines)
n'est pas systématique
puisque dans la majorité des cas la crise cède spontanément

LA CRISE GENERALISEE TONICO-CLONIQUE

+++

Conduite à tenir : en dehors de l'hôpital

- position latérale de sécurité (PLS)
- attendre que ça passe...
- ... et prévenir les secours si crise > 5 minutes

Causes et évolution

CRISES D'EPILEPSIE SYMPTOMATIQUES (1)

Cause focale (lésion d'une zone précise du cerveau)

→ entraîne le plus souvent des crises partielles

Accident vasculaire cérébral (AVC)

Infections = méningo-encéphalites (herpès +++), abcès

Tumeurs (métastases...)

Traumatismes crâniens

CRISES D'EPILEPSIE SYMPTOMATIQUES (2)

Causes « générales »

→ entraînent le plus souvent des crises généralisées

Hypoglycémie +++

Troubles ioniques : Hyponatrémie, hypocalcémie

Intoxication ou sevrage alcoolique

Médicaments : Neuroleptiques, antidépresseurs...

Sevrage en benzodiazépines

Drogues

EPILEPSIE IDIOPATHIQUE

exemple de syndromes épileptiques

- Convulsions fébriles du nourrisson
- Epilepsie-absence de l'enfant
- Epilepsie myoclonique juvénile
- Epilepsie généralisée idiopathique

2 EVOLUTIONS POSSIBLES APRES UNE CRISE

1) La crise d'épilepsie reste unique :

ne récidive pas

liée en général à une cause transitoire et réversible

= épilepsie **symptomatique**

2) L'épilepsie-maladie :

tendance spontanée à la répétition des crises

pas de facteur déclenchant

= épilepsie **idiopathique**

Si épilepsie symptomatique :

traitement = traitement de la cause

en général pas de nécessité d'un traitement anti-épileptique au long cours

Si épilepsie-maladie :

nécessité d'un traitement anti-épileptique au long cours

si résistance au traitement : parfois traitement chirurgical

Retentissement personnel, familial et professionnel !

Etat de Mal Epileptique

« EME »

Crises de durée prolongée > 5 - 10 minutes

ou

Crises répétées

sans retour à un état de conscience normal entre les crises

Piège : état de mal non convulsif



Confusion isolée (personne âgée +++) sans signes d'épilepsie

Diagnostic = EEG en urgence

L'ETAT DE MAL EPILEPTIQUE

Complications

- Cardio-vasculaires
- Pulmonaires : pneumopathie d'inhalation
- Déshydratation
- Rhabdomyolyse +/- insuffisance rénale
- Séquelles neurologiques

L'ETAT DE MAL EPILEPTIQUE

Urgence thérapeutique : faire céder les crises

VVP, scope, oxygène, libération des voies aériennes,
hydratation, surveillance neurologique

Benzodiazépines

Barbituriques (Gardéнал*), Prodilantin*

Thiopental*

Hospitalisation en Réanimation +/- Ventilation mécanique (IOT)

L'ETAT DE MAL EPILEPTIQUE

Conclusions

- Complications liées aux crises persistantes
- Complications liées aux traitements anti-épileptiques
- Complications liées au décubitus
- Complications liées aux maladies associées

Crise d'épilepsie : rôle de l'équipe soignante

Diagnostic parfois difficile (sujet âgé +++)

Manifestations très variées

Se poser la question devant toutes manifestations

- brèves
- se répétant fréquemment
- de manière stéréotypée +++

Crise d'épilepsie : rôle de l'équipe soignante

toujours rechercher un facteur déclenchant

Glycémie capillaire +++

Conditionner le malade

Une fois reconnu, l'EME nécessite une hospitalisation systématique.

Éviter les facteurs d'agression cérébrale :

- Mise en condition : PLS, liberté des VAS, voie veineuse périphérique, glycémie capillaire.
- Maintenir une PAM ≥ 80 mmHg, maintenir une SaO₂ > 90%, intubation et VM si nécessaire correction d'une hyperthermie, maintenir une normoglycémie.
- Thiamine 100 mg IV si éthylique chronique.

Traitement neuroprotecteur : aucun n'est efficace.

Traitement médicamenteux de la crise

- Une benzodiazépine doit figurer dans le 1^{er} bolus.
- Le clonazépam (Rivotril[®]) est plus efficace que le diazépam (Valium[®]) car sa durée d'action est plus prolongée.
- La voie veineuse est la voie la plus adéquate pour l'administration du clonazépam. La voie intramusculaire peut être une alternative.
- L'association (Benzodiazépine + Phénobarbital ou Fosphénytoïne) est systématique d'emblée si la crise dure au delà de 30 min.
- Si persistance ou récurrence des crises au bout d'une heure : Thiopental + anesthésie générale.

Examens complémentaires

1^{ère} intention :

Glycémie, ionogramme sanguin, calcémie, créatininémie, ECG.

2^{ème} intention :

Analyses toxicologiques si contexte de tentative de suicide, alcoolémie.

PL en cas de contexte infectieux.

Penser à demander les β HCG chez une jeune femme (Toxémie !).

Le scanner cérébral est indiqué si:

Déficit neurologique focal récent

Non reprise de la conscience

Fièvre ou céphalée persistante

Traumatisme crânien récent

Antécédents de néoplasie ou d'infection VIH

Crise convulsive partielle ou focalisée

Anticoagulation en cours ou antécédents de saignement

Histoire d'AVC ou d'AIT

Patients dont le suivi n'est pas assuré

Algorithme I
Crise convulsive : critères d'hospitalisation

