



**HAL**  
open science

## Prise en charge d'une première crise épileptique chez l'adulte

Stanislas Lagarde, Fabrice Bartolomei

► **To cite this version:**

Stanislas Lagarde, Fabrice Bartolomei. Prise en charge d'une première crise épileptique chez l'adulte. La Presse Médicale Formation, 2024, 5 (1), pp.70 - 73. 10.1016/j.lpmfor.2024.01.002 . hal-04913259

**HAL Id: hal-04913259**

**<https://hal.science/hal-04913259v1>**

Submitted on 27 Jan 2025

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

# Prise en charge d'une première crise épileptique chez l'adulte

Stanislas Lagarde<sup>1,2</sup>, Fabrice Bartolomei<sup>1,2</sup>

Disponible sur internet le :  
10 janvier 2024

1. AP-HM, hôpitaux universitaires de Marseille, service d'épileptologie et de rythmologie cérébrale, Marseille, France
2. Aix-Marseille université (AMU), Inserm, institut de neurosciences des systèmes, Marseille, France

## Correspondance :

Stanislas Lagarde, Service d'épileptologie et de rythmologie cérébrale, hôpital La Timone, APHM, 264, rue Saint-Pierre, 13385, Marseille cedex 5, France.  
stanislas.lagarde@univ-amu.fr

## Management of a first epileptic seizure in adults

**A** la phase aiguë d'une crise d'épilepsie, il existe deux situations à risque :

- une durée des clonies (excluant donc les déficits neurologiques focaux ou la confusion qui ne sont pas nécessairement critiques, mais peuvent être postcritiques) supérieure à 5 minutes qui devra faire suspecter un état de mal épileptique et faire réaliser une injection de clonazépam 1 mg en IV sur 2-3 minutes (en l'absence d'abord veineux, il faut privilégier le midazolam 10 mg en IM) + un appel du centre 15 ;
- la persistance d'un déficit neurologique focal qui devra faire suspecter un accident vasculaire cérébral (AVC) (qui peut être la cause de la crise) ou un état de mal épileptique déficitaire (la confirmation de ce dernier diagnostic nécessite un avis neurologique + EEG) et devra faire appeler le centre 15.

Une hospitalisation en urgence n'est pas systématique, n'étant nécessaire uniquement si :

- état de mal épileptique ;
- examen clinique retrouvant un déficit neurologique persistant, une hyperthermie, une raideur méningée, des céphalées inhabituelles ;
- existence d'un traumatisme crânien ;
- crise focale avec ou sans généralisation secondaire ;
- certains antécédents du patient (âge > 40 ans, néoplasique, immunosuppression, risque hémorragique élevé notamment du fait de traitement anticoagulant) ;

- impossibilité d'organiser rapidement (dans les 15 jours) le bilan paraclinique et la consultation de suivi.

## Trois grandes questions

Il faut ensuite se poser 3 grandes questions (*figure 1*) :

- s'agit-il bien d'une crise d'épilepsie ?
- s'agit-il d'une crise d'épilepsie symptomatique aiguë (cause aiguë de la crise d'épilepsie nécessitant un traitement spécifique rapide) ?
- quel est le risque de récurrence (= s'agit-il du début d'une maladie épileptique chronique) et faut-il introduire un traitement antiépileptique ?

## Question 1 : s'agit-il bien d'une crise d'épilepsie ?

Les deux principaux diagnostics différentiels sont la syncope « convulsivante » et la crise non épileptique psychogène (CNEP). Pour parvenir au bon diagnostic, il faut procéder à un interrogatoire minutieux du patient et de son entourage, et surtout raisonner de manière holistique sur un ensemble de signes et non pas sur un signe isolé. Le *tableau 1* ci-dessous récapitule les éléments en faveur de l'un ou de l'autre diagnostic. Il faut savoir que les examens biologiques sont peu spécifiques et doivent rester un élément d'orientation parmi d'autres. À ce sujet, on notera que des créatine phosphokinase (CPK) élevés à plus de

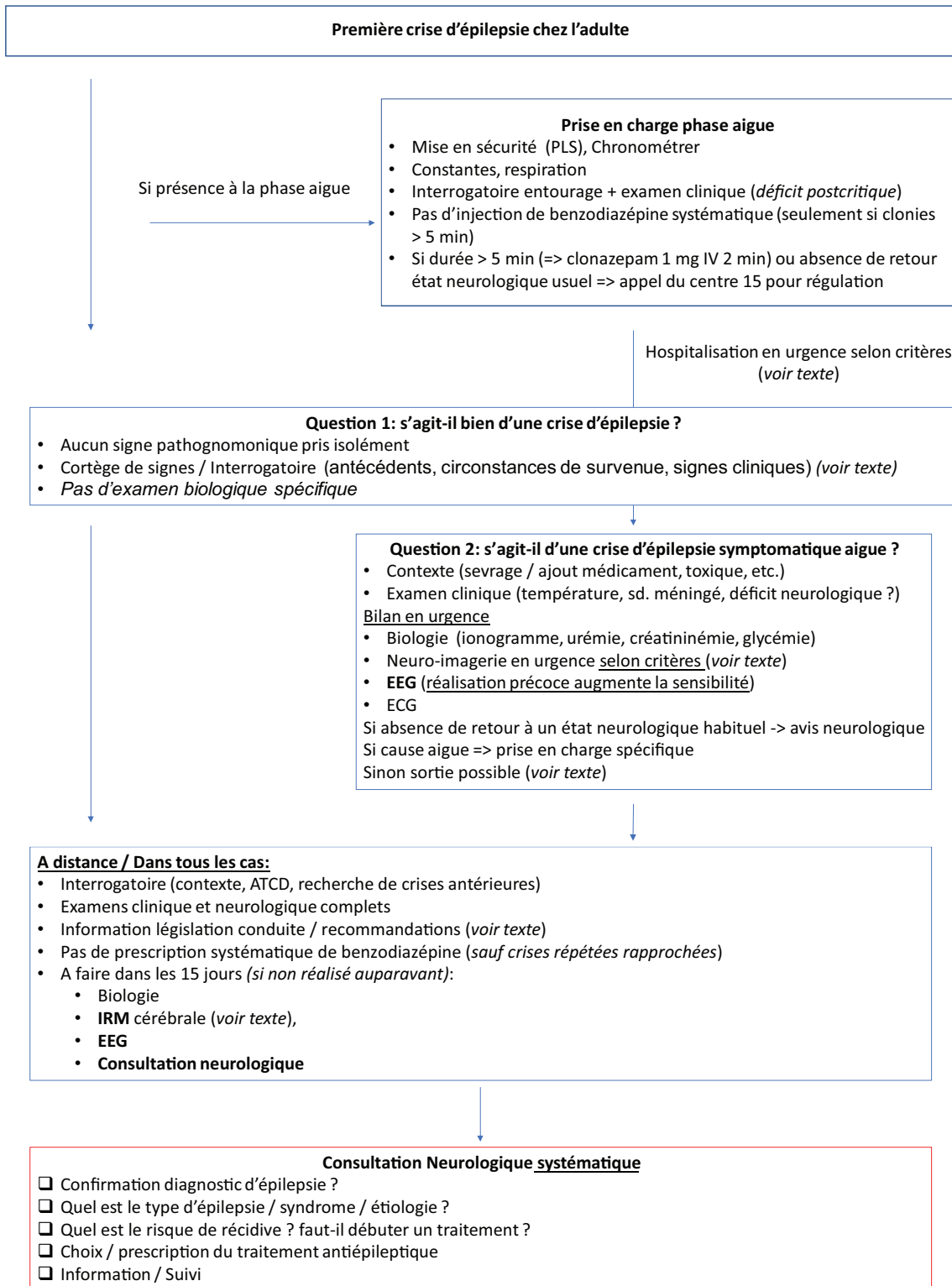


FIGURE 1  
Prise en charge d'une première crise épileptique chez l'adulte : algorithme

TABLEAU I  
Éléments diagnostiques et principaux diagnostics différentiels

	Crise d'épilepsie	Syncope	Crise non épileptique psychogène
<b>Antécédents</b>	Épilepsie dans la famille	Mort subite dans la famille	Maladie psychiatrique
	Crise fébrile dans enfance	Maladie/ATCD cardiologique	
	Maladie/ATCD neurologique	ATCD hypotension artérielle orthostatique	Traumatisme psychologique
	Traumatisme crânien grave	ATCD syncope vagale Médicaments : hypotenseur, anti-arythmique, allongeant le QT	
<b>Circonstances</b>	Lien avec sommeil (durant, au réveil, après dette de sommeil)	Stimulations vagues : vomissement, toux, miction, défécation, douleurs, prise de sang	Conflit
	Stimulations lumineuses intermittentes		
	Médicaments pro-épileptiques		Stress
	Toxique Sevrage (alcool, benzodiazépine)	Changement de position	Jamais durant le sommeil
<b>Sémiologie</b>	Signes de crise focale	Prodromes : sueurs, vertiges	Sémiologie fluctuante, arrêt/reprise
	Yeux ouverts/pas de résistance à l'ouverture des yeux		Résistance à l'ouverture des yeux
	Clonies synchrones/rythmiques ↘ progressive en fréquence jusqu'à arrêt Plus de 20	Hypotonie Si clonies, moins de 10	Mouvements asynchrones Conscience préservée pendant clonies généralisées
	Confusion/récupération prolongée Morsure de langue latérale	Récupération rapide	Mouvement de dénégation, opisthotonos Pleurs, bégaiement

4 heures après l'épisode peuvent aider à différencier une crise d'épilepsie généralisée d'une syncope convulsivante.

## Question 2 : s'agit-il d'une crise d'épilepsie symptomatique aiguë ?

Une fois le diagnostic de crise d'épilepsie retenu, il faudra se poser la question d'une cause aiguë (= crise symptomatique aiguë) qui nécessiterait une prise en charge spécifique de sa cause et ne nécessiterait pas forcément de traitement anti-épileptique au long cours. Les causes aiguës les plus fréquentes sont :

- métaboliques (troubles ioniques ou de la glycémie) ;
- infectieuses (méningite, encéphalite) ;
- lésionnelles (ischémie ou hématome cérébral, traumatisme crânien, etc.) ;
- toxiques (alcool, drogues) ;
- iatrogènes (sevrage d'un traitement à effet antiépileptique ou prise d'un traitement pro-épileptique).

L'interrogatoire devra donc rechercher une prise ou un sevrage en toxique (notamment alcool) et tout changement médicamenteux récent. L'examen clinique vérifiera l'absence

d'hyperthermie, de syndrome méningé, de déficit neurologique ou de céphalée inhabituelle. Il faudra réaliser systématiquement un bilan biologique incluant glycémie, natrémie, calcémie, magnésémie, urémie, créatininémie. Il n'est pas nécessaire de réaliser un dosage systématique d'alcoolémie, de toxique ou de médicaments (en dehors de signe d'orientation clinique, de raison médico-légale, ou chez un patient avec alcoolisme chronique sans critère clair de crise de sevrage). On rappellera que les crises d'épilepsie liées au sevrage en alcool ne surviennent que dans les 36 heures après ce sevrage. Le *tableau II* donne des valeurs qui permettent d'orienter vers la causalité ou non de troubles ioniques dans la crise d'épilepsie (n.b. : la cinétique de changement est également importante à prendre en compte). La réalisation d'une TDM cérébrale n'est pas systématique du fait de son faible rendement et sera réalisée dans les situations suivantes :

- déficit focal ;
- crise focale ou début focal de la crise avant généralisation ;
- céphalée persistance ;
- confusion persistance ;
- hyperthermie ;

TABLEAU II  
Paramètres biologiques

Paramètres biologiques	Valeurs seuils
Natrémie	< 115 mmol/L
Calcémie	< 1,2 mmol/L
Glycémie	> 25 mmol/L (avec ou sans cétose, < 2 mmol/L)
Magnésémie	< 0,3 mmol/L
Urémie	> 35,7 mmol/L
Créatininémie	> 884 mmol/L

- traumatisme crânien ;
- antécédent de néoplasie ;
- traitement anticoagulant (risque hémorragique augmenté) ;
- immunosuppression ;
- âge > 40 ans ;
- bilan et suivi neurologique ultérieur incertain.

De manière générale, les patients hospitalisés en urgence qui n'ont pas retrouvé un état neurologique habituel doivent bénéficier d'un avis neurologique (question de la poursuite du bilan avec ponction lombaire, IRM et EEG en urgence). Les critères permettant une sortie d'hospitalisation sont les suivants :

- retour à l'état clinique usuel (absence de symptôme neurologique persistant) ;
- normalité du bilan paraclinique ;
- adhésion au suivi médical ultérieur préconisé.

On s'attachera à transmettre un document écrit des recommandations au patient jusqu'à la consultation neurologique, ainsi qu'un compte rendu médical du passage aux urgences. La prescription d'une benzodiazépine « de couverture » en attendant la consultation de suivi ne doit pas être systématique. Les recommandations suivantes doivent être prodiguées au patient :

- suspension de la conduite automobile jusqu'à la consultation avec le neurologue (médico-légal) ;
- éviter les activités à risques (natation, plongée, escalade, etc.), et les bains (privilégier les douches du fait du risque de noyade) ;
- éviter la consommation excessive d'alcool et la prise d'autres drogues ;
- éviter les dettes de sommeil ;
- éviter la consommation de médicaments pro-épileptiques (attention à l'automédication, se renseigner systématiquement avant chaque modification de traitement).

Selon l'activité professionnelle (risque en cas de récurrence de crise ?), il faudra questionner la nécessité d'un arrêt de travail jusqu'à la consultation neurologique.

Dans tous les cas, il faudra tâcher de réaliser un EEG rapidement (optimalement dans les 48 heures suivant la crise afin de

maximiser sa rentabilité) et une IRM cérébrale (bilan à réaliser dans les 2 semaines). Des recommandations internationales (ILAE) ont précisé le protocole d'IRM à réaliser (privilégier IRM à 3 Tesla si possible) :

- 3D T1 (1 × 1 × 1 mm, sans espace inter-coupe) ;
- 3D FLAIR (1 × 1 × 1 mm, sans espace inter-coupe) ;
- T2 coronal (0,4 × 0,4 × 0,2 mm, sans espace inter-coupe) ;
- T2\* (écho de gradient) ;
- T1 avec injection de gadolinium.

*Nota bene* : chez un patient avec un diagnostic rapide (avant l'IRM) d'épilepsie généralisée idiopathique (sur la clinique des crises et les anomalies EEG généralisées), une IRM cérébrale n'est pas nécessaire.

Il faudra systématiquement adresser le patient en consultation neurologique.

### Question 3 : quel est le risque de récurrence / faut-il introduire un traitement antiépileptique ?

Cette question sera résolue par le neurologue. On considère que le risque de récurrence est élevé lorsqu'il y a :

- plusieurs crises d'épilepsie (espacées d'au moins 24 heures) ;
- et/ou une lésion épileptogène à l'IRM ;
- et/ou des anomalies paroxystiques sur l'EEG.

L'interrogatoire du neurologue s'attachera à déterminer le type de crise, rechercher des crises antérieures plus subtiles (focales sans généralisation secondaire, myoclonies, ou absences peu marquées, qui sont retrouvées dans 30 % des cas). Si le diagnostic de maladie épileptique (chronique, nécessitant un traitement au long cours) est retenu, il cherchera à déterminer le syndrome épileptique et à choisir le traitement antiépileptique le plus adapté au patient (en fonction du sexe, de l'âge, du syndrome épileptique, des comorbidités, des cotraitements et des préférences du patient concernant l'administration). Il procédera à une information plus précise du patient (notamment au sujet de la conduite automobile et les éventuelles restrictions dans la vie professionnelle et personnelle) et planifiera le suivi adapté.

**Déclaration de liens d'intérêts** : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

### Pour en savoir plus

Haute Autorité de santé. Prise en charge d'une première crise d'épilepsie chez l'adulte. 2014.

Haute Autorité de santé. Épilepsies : prise en charge des enfants et des adultes. 2020.