

ATTITUDE DU MEDECIN DE PREMIERE LIGNE DEVANT UNE CRISE EPILEPTIQUE

A. MRABET

I-INTRODUCTION

La crise épileptique est une manifestation paroxystique qui résulte d'une décharge excessive d'une population de neurones cérébraux.

L'épilepsie est par contre un état pathologique, relevant de causes multiples, caractérisée par la répétition de crises épileptiques.

Les aspects cliniques des crises épileptiques sont nombreux, variant en fonction de la zone cérébrale atteinte et de la diffusion de la décharge paroxystique à l'un ou aux deux hémisphères cérébraux. Ainsi, il peut s'agir de troubles transitoires de la conscience et/ou de phénomènes moteurs, sensitifs, sensoriels, végétatifs et cognitifs

II – DIAGNOSTIC POSITIF :

Il est essentiel de reconnaître la nature épileptique des manifestations paroxystiques qui peuvent s'accompagner ou non d'une perte de connaissance. L'interrogatoire représente l'élément essentiel du diagnostic positif. Il repose sur les données de l'entourage ou des témoins en cas de crise généralisée ou sur des éléments rapportés par le patient en cas de crise partielle isolée ou secondairement généralisée(début et fin brusques, durée limitée, éventuellement amnésie post critique, pertes d'urines, morsure de la langue). L'interrogatoire précisera la forme clinique de l'épilepsie, le nombre de crises, les antécédents du malade, les circonstances de survenue, les traitements antérieurs prescrits ou actuellement en cours, l'existence d'une hypertension intracrânienne ou d'autres troubles associés. L'examen clinique recherchera des signes neurologiques de localisation en même temps qu'il évaluera l'état de conscience, l'état du patient ainsi que les constantes vitales..

L'état de mal épileptique est défini comme un état caractérisé par une épileptique qui persiste suffisamment longtemps ou se répète à des intervalles suffisamment brefs pour créer une condition épileptique fixe et durable(Gastaut 1973) (4) . Les état de mal peuvent être généralisés convulsifs ou con convulsifs, partiels soit simples somatomoteurs, soit complexes constituant des état de mal à expression confusionnelle.

L' EEG reste un instrument important pour le diagnostic d'une épilepsie généralisée ou focalisée. Il est recommandée en cas de suspicion clinique de crise épileptique, de trouble durable de la conscience, devant un état confusionnel ou en cas de convulsions fébriles complexes ou prolongées chez le nourrisson.

Il est inutile après un premier épisode de convulsion fébrile simple et il n'a pas de valeur prédictive pour la survenue d'une crise épileptique en l'absence de crises antérieures, dans la pathologie neurologique focale (traumatique, vasculaire,

tumorale). IL peut confirmer le diagnostic positif de crise d'épilepsie si la crise est enregistrée ou si dans un contexte clinique suggestif, l'EEG révèle des anomalies inter critiques pertinentes. Un EEG normal n'élimine pas le diagnostic de crise épileptique.

III- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :

L'extrême diversité séméiologique des crises épileptiques, la brièveté habituelle des phénomènes paroxystiques important au médecin une enquête rétrospective expliquent les difficultés diagnostiques d'une crise d'épilepsie. Il faut les distinguer des autres pertes de connaissances brèves et notamment des syncopes convulsivantes, des chutes témoignant de vertiges rotatoires, des dropattacks, d'accès de sommeil dans le syndrome de Pickwick. Restent convulsions, les états de réactivités psychogène, les salves d'agitation des sujets caractériels.

IV- DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE :

Il se repose différemment en fonction du caractère isolé ou répété des crises et en fonctions de l'âge de survenue.

1) Les crises occasionnelles :

Elles peuvent être classées en trois sous groupes étiologiques : les convulsions fébriles, les crises dues à un désordre systémique et les crises dues à une agression cérébrale directe.

A) Les Convulsions fébriles :

Elles sont définie comme toute crise épileptique survenant à l'occasion d'une affection fébrile aiguë, non spécifique. Elles sont âge dépendantes, survenant chez l'enfant de moins de cinq ans, avec une incidence maximale dans la deuxième année de la vie. Elles peuvent être simple ou complexes. Les convulsions fébriles complexes nécessiteront des investigations plus poussées telles qu'une ponction lombaire ou un examen tomodensitométrie cérébral.

B) Les crises dues à un désordre systémique :

- Métabolique : par hypoglycémie, hypocalcémie, déshydratation, hyperhydratation. Elles peuvent être observées à tout âge, chez le nouveau-né, l'adulte ou le vieillard.
- Toxique endogène, par insuffisance rénale, insuffisance hépatique
- Toxique exogène : l'alcool est au premier plan avec des crises lors d'une consommation excessive ou inversement lors d'un sevrage complet ou partiel chez des alcoolique. Il peut s'agir d'autres toxiques, en particulier iatrogènes tels que les antidépresseurs tri cycliques, les neuroleptiques, les cytotoxiques

C) Les crises dues à une agression cérébrale directe :

- Elles peuvent être contemporaines d'un accident vasculaires cérébral, ischémique ou hémorragique ou souvent dans la première semaine après

l'installation de l'accident vasculaire cérébral. Cette étiologie est fréquente chez l'adulte et le vieillard.

- Elles peuvent généralement s'observer au cours d'une encéphalopathie hypertensive et la toxémie gravidique représente l'exemple type.
- Elles peuvent s'observer précocement lors d'un traumatisme crânien (dans les 8 premiers jours) ou tardivement après la première semaine. L'importance du traumatisme crânien responsable de plaies cranio-cérébrales d'un hématome intracrânien ou d'une contusion hémorragique visible au scanner précoce, l'existence d'une fracture avec embarrure et/ou d'une amnésie durant plus de 24 heures sont des facteurs de risque dans les épilepsies post-traumatiques. Un bilan neuroradiologique complet est indispensable pour la prise en charge de ces patients (scanner cérébral, IRM cérébrale).

2) ***Epilepsies et syndromes épileptiques :***

Elles sont classées en épilepsie idiopathiques, cryptogéniques ou symptomatiques (classification de ligue internationale de lutte contre l'épilepsie,1989) .Les épilepsies idiopathiques sont définies par leurs caractères cliniques et EEG, habituellement âge-dépendantes, sans cause organique, répondant à un facteur génétique plus ou moins évident, plus fréquentes chez l'enfant. On peut citer les épilepsies-absences de l'enfant, l'épilepsie myoclonique juvénile, l'épilepsie bénigne de l'enfant paroxysmes occipitaux.

Les épilepsies cryptogéniques ne répondent à aucune cause explicable par les antécédents et/ou décelables par les moyens diagnostiques actuels : syndrome de West, syndrome de Lennox-Gastaut.

Les épilepsies symptomatiques sont dues à des lésions cérébrales connues ou suspectées, fixées ou évolutives (AVC, processus expansifs intracrâniens) fréquentes chez l'adulte ou encore secondaire à des erreurs métaboliques.

V – LE TRAITEMENT :

Le traitement des épilepsies est avant tout un traitement médical. Il s'agit d'un traitement symptomatique et non pas étiologique et à ce titre, son but est de faire disparaître les crises ou tout au moins de les raréfier.

Instituer un traitement antiépileptique constitue une décision importante.

Les antiépileptiques sont souvent pourvus d'effets secondaires. Les traitements trop lourds peuvent être responsable de signes d'intoxication variables suivant les produits et souvent d'un ralentissement intellectuel qu'il faut à tout prix éviter.

Comment traiter ?

1)Le choix du médicament dépend essentiellement du type de l'épilepsie et des inconvénients de chaque produit :

Sur le grand mal et épilepsie partielles, les médicaments les plus actifs sont le valproate de sodium, le carbamazépine, le phénytoïne, le phénobarbital. En cas de crise généralisée tonico-clonique et en fonction des conditions socio-économiques,

on prescrira le valporate de sodium ou le phénobarbital. En cas de crises partielles, la carbamazépine est le premier choix, suivi par le valporate de sodium. La phénytoïne est un puissant antiépileptique mais il est de maintenant difficile et peut entraîner des troubles dysmorphiques en cas d'utilisation prolongé (hypertrophie gingival, acné, hirsutisme).

2) Mode d'administration :

Certaines drogues peuvent être administrées en une seule prise le soir (phénobarbital, phénytoïne). Les présentations « libération prolongée ou la forme chrono » permettent de réduire la nombre de prises pour un meilleur confort du malade

3) Monothérapie ou polythérapie :

Tout le traitement doit débiter par l'administration d'un seul médicament à doses suffisantes. En cas d'échec, on utilisera successivement et isolément d'autres produits adaptés au type d'épilepsie en cause. L'échec confirmé de la monothérapie, attesté par une concentration sérique efficace de l'antiépileptique prescrit, peut conduire à une bi-thérapie. La polythérapie a beaucoup d'inconvénients en raison de l'interaction médicamenteuse.

4) Traitement de l'état de mal épileptique :

L'EME est une urgence, nécessitant une hospitalisation, un transport médicalisé et une prise en charge graduée dans un service de réanimation
Le traitement a été codifié lors de la XIVème conférence de consensus en 1995

Le médecin de première ligne doit – il traiter toute crise épileptique :

Non, s'il s'agit d'une première crise occasionnelle. Elle nécessite un traitement de la cause. Les crises occasionnelles peuvent constituer un facteur prédisposant pour une épilepsie ultérieure, mais ce risque est en général insuffisant pour que la prescription systématique et d'antiépileptiques soit raisonnable.

Non, s'il s'agit d'une convulsion fébrile simple et il y aura alors prescription d'un traitement antipyrétique et d'un traitement étiologique de la maladie responsable.

Oui, s'il s'agit d'un ancien malade épileptique qui a arrêté son traitement. IL y aura alors prescription d'un traitement en fonction de la forme clinique de l'épilepsie et le patient sera adressé à son médecin neurologique pour continuer sa prise en charge.

Oui, s'il s'agit de convulsions fébriles prolongées. Le diazépam sera prescrit en intrarectal (0.30 à 0.50 mg/Kg). Une prévention continue par le valporate de sodium ou le phénobarbital jusqu'à l'âge de 5 ans peut être justifiée devant une crise fébrile focale ou prolongée, des anomalies de l'examen neurologique, une crise non fébrile chez un proche et /ou la survenue à moins d'un an de crises multiples en 24 heures.