

Etat de mal epileptique: Les guidelines



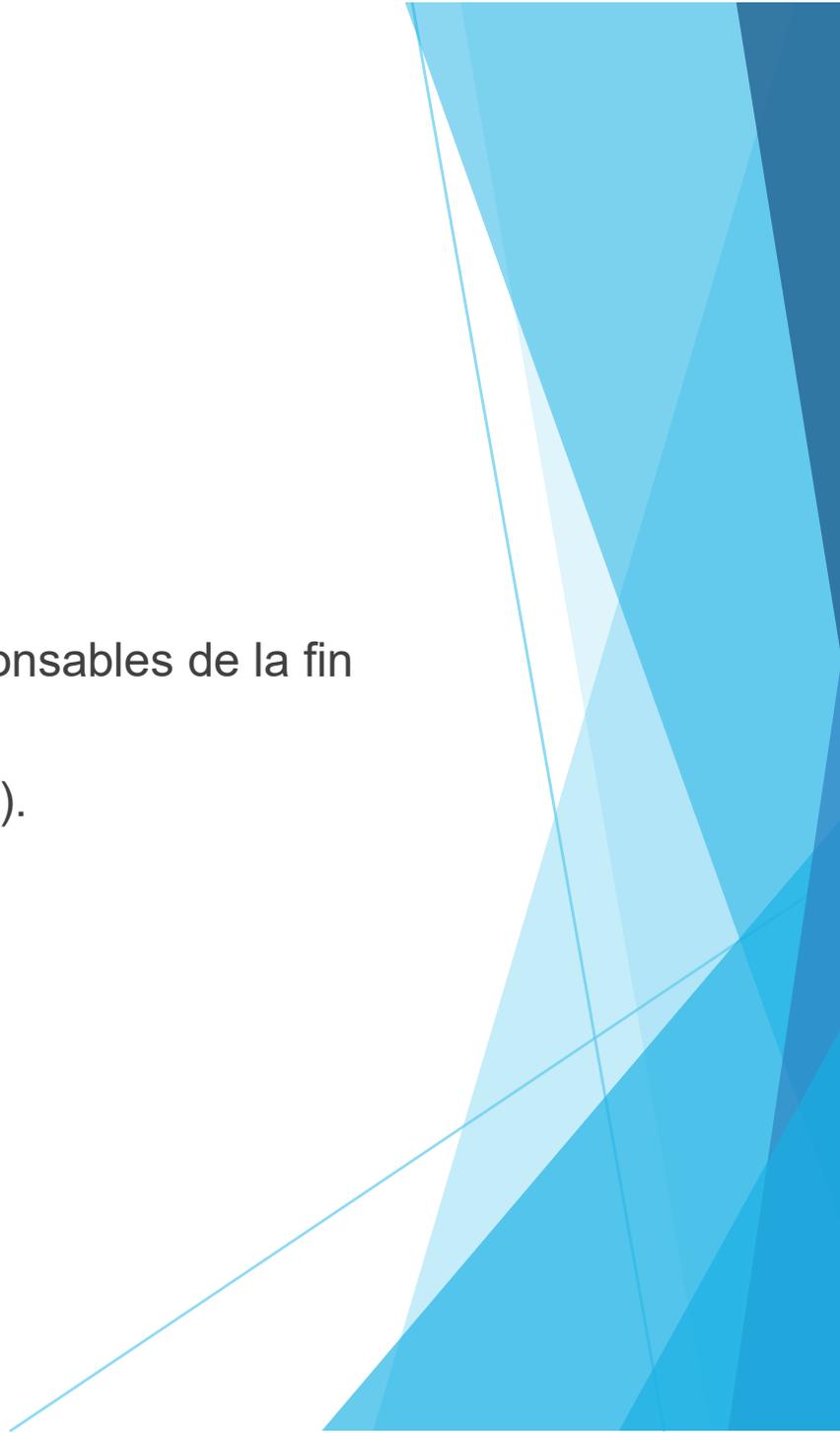
Les vendredis de la réanimation

Dr Doghri Hamdi

Le 01/04/2022

- ▶ Pathologie grave
- ▶ Pronostic vital et fonctionnel (trouble cognitif et épilepsie)
- ▶ Urgence diagnostique et thérapeutique



- 
- ▶ Une définition opérationnelle (5 min pour EMCTCG)
 - ▶ Echec ou absence de la mise en place des mécanismes responsables de la fin des crises:
 - Condition qui mène à des crises prolongées, (après le point t1).
 - Pouvant engendrer des lésions neuronales (après le point t2),

Pronostic

- ▶ Présence ou non de trouble de la vigilance
- ▶ La durée
- ▶ Caractère réfractaire
- ▶ Age, comorbidités
- ▶ Non respect de la prise en charge recommandée
- ▶ Effets secondaires des antiépileptique
- ▶ Complications de la réanimation



Des recommandation d'expert sous l'égide de la SRLF élaborée en 2008

Une actualisation en 2018 selon:

- ▶ Les résultats des essais thérapeutiques
- ▶ La présence de nouvelles molécules antiépileptiques
- ▶ Les autres recommandations d'autres sociétés savantes
- ▶ La place de certaines thérapeutiques (coma thérapeutique et traitement immunomodulateur)

Ces recommandations sont le résultat du travail d'un groupe d'experts réunis par la :

- **SRLF**
- La Société française de médecine d'urgence (**SFMU**)
- Le groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques (**GFRUP**)

Recommandations Formalisées d'Experts

Prise en charge des états de mal épileptiques en préhospitalier, en structure d'urgence et en réanimation dans les 48 premières heures

(A l'exclusion du nouveau-né et du nourrisson)

SRLF - SFMU

Société de réanimation de langue française
Société française de médecine d'urgence

en collaboration avec le GFRUP

Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques

Management of status epilepticus in the prehospital setting, in the emergency department and in intensive care unit

(Newborns except)

Le niveau global de preuve

- ▶ Un niveau global de preuve « **fort** » permettait de formuler une recommandation forte : il faut faire, ne pas faire. (**GRADE 1+ ou 1-**).
- ▶ Un niveau global de preuve « **modéré** », « **faible** » ou « **très faible** » aboutissait à l'écriture d'une recommandation optionnelle : il faut probablement faire ou probablement ne pas faire. (**GRADE 2+ ou 2-**).
- ▶ Lorsque **la littérature était inexistante**, la question pouvait faire l'objet d'une recommandation sous la forme d'**un avis d'expert**

Diagnostic positif des états de mal épileptiques (EME)

Les EME peuvent être classés selon deux critères cliniques :

- ▶ Prédominance ou non de manifestations motrices
- ▶ Altération ou non de la conscience

Tableau 1 : Classification simplifiée des états de mal

	Difficulté diagnostique	Gravité
Etat de mal épileptique (EME) avec symptômes moteurs prédominants		
Tonicoclonique généralisé (TCG) d'emblée	+/-	+++
Tonicoclonique secondairement généralisé	+/-	+++
Focal moteur : EME partiel somato-moteur ou épilepsie partielle continue	-	-
Myoclonique avec ou sans coma	+/-	-
Tonique	+/-	+
EME sans symptômes moteurs prédominants		
Avec coma*	+++	+++
EME absence	++	-
EME focal sans confusion	+++	-
EME focal à expression confusionnelle	+++	++

*dans les suites d'un EMETCG (EME larvé) ou aspect sur l'EEG d'EME chez un sujet comateux

Diagnostic positif des états de mal épileptiques (EME)

EMETCG

```
graph TD; A[EMETCG] --- B[Durée > 5min]; A --- C[Des crises sans reprises de conscience inter-critique];
```

Durée > 5min

Des crises sans reprises de conscience inter-critique

EME focaux

Avec trouble de conscience

Sans trouble de conscience

Durée > 10 min

Plusieurs crises sans reprise de conscience inter-critique

Durée supérieure 10 a 15 min

- ▶ Un EME absence : une durée > 10 à 15 minutes. (t1)
- ▶ Les EME myocloniques, cloniques et toniques: une durée > 10 à 15 minutes. . (t1)

- ▶ **L'EME réfractaire** est défini par la persistance de l'EME clinique ou électrique malgré deux lignes thérapeutiques différentes et bien conduites de médicaments antiépileptiques recommandés (posologies optimales et délais d'action).
- ▶ **L'EME super-réfractaire** est défini par un EME persistant ou récidivant après 24 heures d'un coma thérapeutique bien conduit.
- ▶ **L'EME larvé**, rare, est l'expression clinique très tardive d'un EME non ou insuffisamment traité. Son diagnostic repose sur l'EEG.

Diagnostic étiologique

La cause de l'EME doit être identifiée et si elle est curable → contrôle de l'EME et le cas échéant d'améliorer le pronostic du patient.

- ▶ l'arrêt ou l'inadaptation du traitement de fond
- ▶ un trouble métabolique aigu
- ▶ une infection du système nerveux central
- ▶ un sevrage ou une intoxication par psychotropes
- ▶ une intoxication aiguë par des médicaments ou substances épileptogènes
- ▶ une évolution de l'éventuelle pathologie sous-jacente

En cas d'EME inaugural ou de novo, avec ou sans atteinte cérébrale préexistante connue, il faut éliminer:

Une atteinte cérébrale structurelle aiguë évolutive curable

- ▶ Vasculaire
- ▶ Infectieuse
- ▶ Traumatique
- ▶ Tumorale
- ▶ Inflammatoire
- ▶ Une cause métabolique, toxique ou médicamenteuse

Diagnostic étiologique

En cas d'EME inaugural:

- ▶ Réaliser en urgence d'une imagerie cérébrale (imagerie par résonance magnétique ou IRM)
- ▶ A défaut scanner sans et avec injection et comportant des séquences veineuses.

Diagnostic étiologique

Sept examens biologiques :

- ▶ Glycémie
- ▶ Natrémie
- ▶ Calcémie
- ▶ Magnésémie
- ▶ Dosage des antiépileptiques.

Selon le contexte, d'autres dosages et une PL peuvent être indiqués.

Diagnostic étiologique

Chez le patient souffrant d'épilepsie les indications d'une imagerie en urgence sont larges :

- ▶ Traumatisme crânien
- ▶ Premier épisode d'EMETCG, pathologie cérébrale connue susceptible de s'être modifiée
- ▶ Troubles de vigilance
- ▶ Confusion ou céphalées, syndrome méningé
- ▶ Modifications de l'examen neurologique (déficit récent, etc.)
- ▶ Etat fébrile inexpliqué
- ▶ Antécédents néoplasiques
- ▶ Terrain immunodéprimé

Diagnostic étiologique

L'imagerie peut cependant être différée voire jugée non nécessaire si:

- ▶ Etat clinique revenu à l'état antérieur
- ▶ Le diagnostic étiologique ne fait aucun doute (cause métabolique indiscutable et EME d'emblée généralisé)
- ▶ Les données de l'imagerie n'ont aucune implication thérapeutique.

Diagnostic étiologique

En cas de forte présomption de méningo-encéphalite ou de méningite :

- ▶ Un traitement anti-infectieux probabiliste en urgence
- ▶ Une PL sera réalisée en urgence, après l'imagerie et en l'absence d'autre contre-indication

Diagnostic étiologique

Une PL doit être effectuée si aucune étiologie de l'EME n'est clairement identifiée après une première évaluation (clinique, biologie et imagerie).

La PL doit être répétée en cas de :

- Encéphalite suspectée, le LCR pouvant être normal à la phase très précoce
- Pléiocytose isolée modérée (< 25 éléments. μL^{-1}) constatée sur la première PL
- Recherche étiologique : auto-immune, néoplasique, etc.

Diagnostic étiologique

- ▶ Devant un EME réfractaire et a fortiori super-réfractaire inaugural « de novo » qui reste inexpliqué un bilan approfondi sera réalisé

Groupe	Analyse sanguine	LCR
Général	<ul style="list-style-type: none"> • Formule sanguine, • Glycémie, • Bilan hépato-rénal, • Na⁺, K⁺, Ca⁺⁺ ionisé et total, Mg⁺⁺ • Taux médicamenteux si indiqué 	<ul style="list-style-type: none"> • Répartition cellulaire, protéines, recherche de bandes oligoclonales • Coloration de Gram • Cytologie • Encre de chine
Auto-immunité	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Auto-anticorps anti-neuronaux (intracellulaires)</i> : anti-Hu, Yo, Ri, CV2 (CRMP5), Ma2, amphiphysin, GAD65, PCA-2, Tr, SOX1, titin, recoverin → Liste à adapter avec le laboratoire de référence • <i>Panel d'auto-anticorps neuronaux synaptique ou de surface</i> : Anti-NMDAR, AMPAR, GABA_BR, LGI-1, CASPR2, DPPX → Liste à adapter avec le laboratoire de référence • <i>Maladies systémiques</i> : Facteurs anti-nucléaires (ANA/cytoplasmiques), ANCA, facteur rhumatoïde, anticorps anti-SSA, anti-SSB, anti-phospholipides (anticoagulant lupique, anti-β2-microglobuline et anti-cardiolipine), anti-thyroperoxydase (TPO) et thyroglobuline, anti-transglutaminase, enzyme de conversion de l'angiotensine 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Panel d'auto-anticorps neuronaux synaptique ou de surface</i> (cf. sérum)
Infectieux	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Virale</i> : HSV1 et 2, VZV, CMV, EBV, HHV6, entérovirus, rougeole, rubéole, <i>Influenza A</i> et B, VIH, JCV, flavivirus (méningoencéphalite verno-estivale ou à tique), VHC • <i>Bactérienne</i> : Lyme, Syphilis, <i>Mycoplasma pneumoniae</i> (± PCR), <i>Chlamydia</i> (± PCR) • Parasitaire : toxoplasme (± PCR), frottis sanguin/goutte épaisse (paludisme) • Fongique : antigène <i>Cryptococcus neoformans</i> → Sérologies à adapter en fonction des voyages du patient : considérer West Nile virus (V), Japanese encephalitis V, St-Louis encephalitis V, eastern equine encephalomyelitis V, western equine encephalomyelitis V, paludisme, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • PCR : HSV 1 et 2, VZV, CMV, EBV, HHV6, entérovirus, rougeole, rubéole, <i>Influenza A</i> et B, VIH, JCV • PCR : BK, <i>Listeria monocytogenes</i>, <i>Mycoplasma pneumoniae</i> • Anticorps maladie de Lyme • Antigène <i>Cryptococcus neoformans</i>
Autres	<ul style="list-style-type: none"> • Porphyrie • Lactate, pyruvate ± mutation mitochondriale notamment MELAS, MERRF et POLG1 • Métaux lourds 	<ul style="list-style-type: none"> • Rapport lactate/pyruvate (suspicion de mitochondriopathie)

Diagnostic étiologique

- ▶ Diversité des étiologies
- ▶ Urgence thérapeutique
- Un algorithme diagnostique doit être préconisé.

Prise en charge « non spécifique »

Prévenir et de lutter contre les ACSOS !

Tableau 4 : Paramètres systémiques à monitorer et à corriger lors d'un état de mal épileptique tonico-clonique généralisé (EMETCG) de l'adulte.

Paramètre à monitorer et à corriger	Valeurs cibles	Moyens à disposition
Oxygénation sanguine	SpO ₂ 95-99 % PaO ₂ 80-95 mmHg	<ul style="list-style-type: none"> - Libération des voies aériennes supérieures : guédel, aspiration positionnement de la tête - O₂ au masque facial - Intubation et ventilation mécanique - Monitoring continu de la SpO₂
Capnie	PaCO ₂ 35-45 mmHg si HTIC avec intubation	<ul style="list-style-type: none"> - Intubation ventilation mécanique - Mode volume contrôlé - Monitoring continu du CO₂ expiré
Pression artérielle moyenne (PAM)	PAM 70-90 mmHg PAM ≥ 90 mmHg si HTIC*	<ul style="list-style-type: none"> - Remplissage vasculaire modéré - Catécholamines - Monitoring non invasif ou invasif de la pression artérielle - Monitoring du débit cardiaque si Tako-Tsubo (échocardiographie)
Rythme cardiaque	Risque de troubles du rythme et de la conduction	<ul style="list-style-type: none"> - Electrocardiogramme continu - Perfusion lente de phénytoïne (< 50 mg.min⁻¹) ou de fosphénytoïne (< 100 mg.min⁻¹)
Glycémie	1,4 – 1,8 g.L ⁻¹	<ul style="list-style-type: none"> - Mesure de la glycémie dès la prise en charge initiale - Monitoring de la glycémie pendant toute la prise en charge - Sérum glucosé 30 % (50 mL) si hypoglycémie - Insulinothérapie intraveineuse ou sous-cutanée si hyperglycémie, selon un protocole préétabli d'adaptation des doses
Natrémie	135-145 mEq.L ⁻¹	<ul style="list-style-type: none"> - En cas d'EMETCG par hyponatrémie : correction de 1 à 2 mEq/l/heure par du sérum salé hypertonique 20 %, jusqu'au contrôle de l'EME, sans dépasser 8 mEq.L⁻¹.jour⁻¹
Calcémie	2,2-2,6 mEq.L ⁻¹	<ul style="list-style-type: none"> - En cas d'EMETCG par hypocalcémie < 1,6 mEq.L⁻¹ (surout chez l'enfant) : correction par gluconate de calcium 10 %
pH	7,35 – 7,45	<ul style="list-style-type: none"> - Gazométrie artérielle - Correction spontanée de l'acidose avec le contrôle des crises le plus souvent - Bicarbonate de sodium 1,4 % si acidose métabolique - Intubation et ventilation si acidose respiratoire
Température	Normothermie (36,5 – 38 °C)	<ul style="list-style-type: none"> - Découvrir le patient - Paracétamol - Si besoin (fièvre élevée), refroidissement externe (couverture refroidissante, packs de glace sur les axes vasculaires), voire interne, avec curarisation (éviter le frisson)

* contexte de traumatisme crânien grave, hémorragie sous-arachnoïdienne, accident vasculaire cérébral, et toute cause d'hypertension intra-crânienne (HTIC) ou de bas débit cérébral aigu.

Prise en charge « non spécifique »

- ▶ Soluté de base : SSI a 0,9%
- ▶ 100 à 500 mg de thiamine si carence en vitamine B1 (éthylisme, dénutrition, femme enceinte, etc.)

Prise en charge « non spécifique »

Une intubation:

- ▶ Détresse respiratoire soutenue (au-delà des quelques minutes de respiration stertoreuse postcritique)
- ▶ Echec des traitements de première et de deuxième ligne bien conduits.

L'étiologie de l'EME peut imposer en elle même une intubation : traumatisme crânien grave, hémorragie sous arachnoïdienne, HTIC sévère

Tableau 5 : Indications et non d'indication de l'intubation trachéale lors d'un état de mal épileptique tonico-clonique généralisé (EMETCG)

Indications d'intubation et de ventilation mécanique	Quand ne pas recourir à l'intubation et à la ventilation mécanique
Insuffisance respiratoire aiguë Contexte d'agression cérébrale aiguë sévère * EMETCG réfractaire au traitement antiépileptique de deuxième ligne bien conduit Altération de la vigilance malgré l'arrêt des convulsions, avec mauvaise tolérance respiratoire Sécurisation du transport	Crise d'épilepsie TCG avec respiration stertoreuse Traitements antiépileptiques de première ou de deuxième ligne incomplets avec bonne tolérance respiratoire Altération profonde et prolongée de la vigilance malgré l'arrêt des convulsions, avec bonne tolérance respiratoire

* contexte de traumatisme crânien grave, hémorragie sous-arachnoïdienne, AVC, et toute cause d'HTIC ou de bas débit cérébral aigu.

Prise en charge « spécifique »

Il faut utiliser des BZD comme traitement de première ligne. (Grade 1+ (Accord Fort))

- ▶ Clonazépam IV direct $0,015 \text{ mg.kg}^{-1}$ de (soit 1 mg pour 70 kg ; maximum 1,5 mg) (Grade 2+ (Accord Fort))
- ▶ Midazolam intra-musculaire (IM) $0,15 \text{ mg.kg}^{-1}$ soit 10 mg pour 70 kg (Grade 2+ (Accord Fort))

Chez l'adulte, en l'absence de voie d'abord veineuse rapidement disponible, il faut recourir au midazolam ($0,15 \text{ mg.kg}^{-1}$ soit 10 mg IM pour un adulte de 70 kg) (Grade 1+ (Accord Fort))

Prise en charge « spécifique » de l'EMCTCG

- ▶ Il faut répéter l'injection de la BZD, à l'exception du midazolam, en cas de persistance clinique de l'EMETCG **cinq (5) minutes** après la première injection. (Grade 2+ (Accord Fort))
- ▶ Si l'état respiratoire s'est dégradé, il est prudent de n'administrer qu'une demi-dose. (Grade 2+ (Accord Fort))
- ▶ En cas de persistance clinique de l'EMETCG **cinq minutes (5)** après la deuxième injection de BZD il faut administrer en IV un autre médicament antiépileptique en deuxième ligne. (Grade 1+ (Accord Fort))

Prise en charge « spécifique » de l'EMCTCG

On peut utiliser chez l'adulte (selon le terrain, les éventuels traitements antiépileptiques antérieurs, l'étiologie, les habitudes des prescripteurs) soit :

- ▶ **Valproate de sodium : 40 mg.kg-1 en 15 minutes**, sans dépasser 3 g (préférer un autre traitement de deuxième ligne chez les femmes en âge de procréer)
- ▶ **Fosphénytoïne à la dose de 20 mg.kg-1** en dose équivalent phénytoïne, à un débit maximum de 100 à 150 mg.min⁻¹, ou **phénytoïne à la dose de 20 mg.kg-1** à un débit maximum de 50 mg.min⁻¹ (si âge > 65 ans : 15 mg.kg-1 et débit réduit), sous scope, contre-indiqué en cas de troubles du rythme et de la conduction et à manier prudemment en cas d'antécédents cardiaques ;
- ▶ **Phénobarbital : 15 mg.kg⁻¹**, débit de à 50 à 100 mg.min⁻¹, plus sédatif 4.
- ▶ **Lévétiracétam : 30 à 60 mg.kg-1** en 10 minutes, sans dépasser 4 g

Prise en charge « spécifique » de l'EMCTCG

- ▶ Toute la dose prescrite de ces antiépileptiques doit être administrée, même si les convulsions s'arrêtent pendant l'injection.

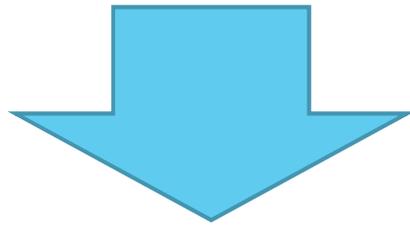
Prise en charge « spécifique » de l'EMCTCG

Si l'EMETCG est contrôlé, le patient étant réveillé, et si la cause n'est pas immédiatement réversible:

- ▶ Un traitement antiépileptique de relais doit être débuté.

Prise en charge « spécifique » de l'EMCTCG

Si les convulsions persistent trente minutes après le début de l'administration du traitement de deuxième ligne, on se trouve devant un EMETCG réfractaire.



Il faut recourir en troisième ligne à un coma thérapeutique au moyen d'un agent anesthésique IV.

Prise en charge « spécifique » de l'EMCTCG

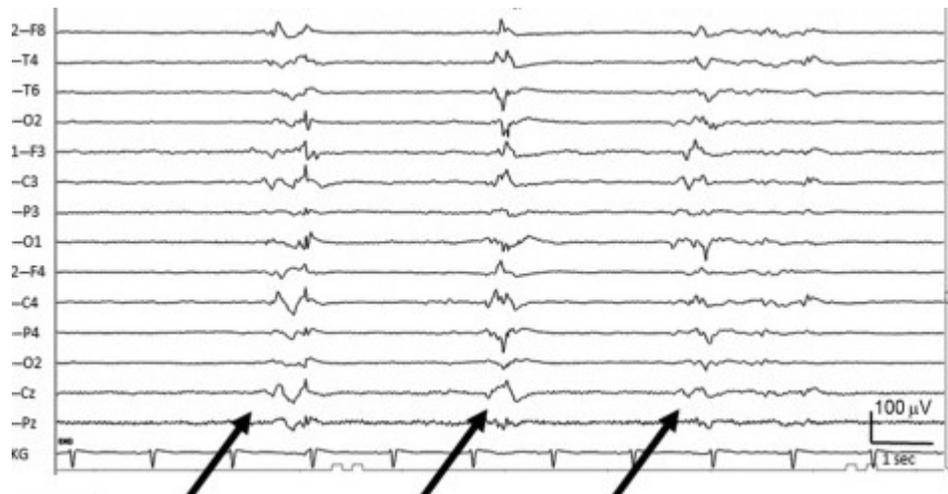
Chez l'adulte il est possible, à ce stade d'EMETCG réfractaire, de différer le recours à l'anesthésie générale, (aux risques indéniables et à la supériorité non démontrée), en administrant un autre antiépileptique de deuxième ligne.

- ▶ l'EME évolue depuis moins de 60 minutes
- ▶ Il s'agit d'un patient avec épilepsie connue ne présentant pas de facteur d'agression cérébrale manifeste

+++++ Cette attitude est recommandée lorsque le recours à la ventilation mécanique est déraisonnable (limitation des thérapeutiques autres que de confort)

Place de l'EEG dans l'EMCTCG

- ▶ Lors d'un traitement par agents anesthésiques, il faut chercher à obtenir sur l'EEG une suppression des crises voire un tracé de « burst-suppression » pendant au moins 24 heures, avant de réduire progressivement les anesthésiques généraux sur environ 6 heures sous contrôle EEG.



Place de l'EEG dans l'EMCTCG

- ▶ Lors d'un EMETCG super-réfractaire, les agents anesthésiques utilisés en première intention (midazolam ou propofol) sont repris.
- ▶ En cas de contrôle de l'EME vérifié par l'EEG, au mieux continu, il est conseillé de poursuivre le traitement plus de 24 heures, puis d'arrêter progressivement l'anesthésie générale.
- ▶ En cas d'échec, il faut recourir à la kétamine (bolus de 1 à 3 mg.kg⁻¹ puis 0,5 à 5 mg.kg⁻¹ .h⁻¹) couplée à une BZD ou au thiopental.
- ▶ En cas d'échec il faut poursuivre l'anesthésie et discuter le recours à d'autres thérapeutiques : adjonction d'antiépileptiques, régime cétogène, corticothérapie ± immunothérapie.

Place de l'EEG dans l'EMCTCG

- ▶ Au décours d'un EMETCG traité, la persistance du coma sans convulsions ne doit pas conduire à l'intensification du traitement antiépileptique sans avoir étayé une éventuelle poursuite de l'EME par l'EEG.

Place de l'EEG dans l'EMCTCG

- ▶ Un accès rapide à un EEG dans les plus brefs délais
- ▶ Doute diagnostique ou évolution défavorable ou EME réfractaire
- ▶ Orientation étiologique
- ▶ L'EEG avec enregistrement vidéo et EMG permet de confirmer le caractère psychogène non épileptique des symptômes

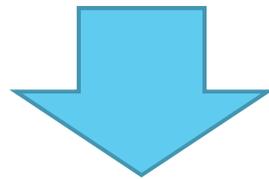
EMCTCG et réanimation

- ▶ Persistance clinique de l'EMETCG
- ▶ Altération de la vigilance
- ▶ Défaillance d'organe associée (notamment si le patient est ventilé).

Le transfert en neurologie est à privilégier dans tous les cas, au décours de la prise en charge.

EMCTCG et réanimation

À l'arrivée en réanimation d'un patient ventilé et sédaté, s'il n'existe aucune manifestation convulsive et si l'on ne dispose pas rapidement d'un EEG



Arrêter la sédation pour évaluer le niveau de vigilance, l'état neurologique, et éventuellement extuber le patient.

Stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans les autres états de mal épileptiques

- ▶ L'analyse sémiologique, le vidéo-EEG et l'IRM cérébrale apporteront des arguments en faveur d'une origine épileptique.
- ▶ L'EEG, indispensable au diagnostic d'EME non convulsif
- ▶ Pour les EME absence ou focaux à expression confusionnelle, la normalisation du tracé quelques secondes ou minutes après l'injection IV d'une BZD affirme le diagnostic d'EME non convulsif. La négativité de ce test n'élimine pas le diagnostic.

Prise en charge spécifique (autres états de mal épileptiques)

Une BZD comme traitement de première ligne.

- ▶ Le clonazépam selon les mêmes modalités que pour l'EMETCG.
- ▶ Le midazolam subjugal (Buccolam®: 10 mg)

Prise en charge spécifique (autres états de mal épileptiques)

- ▶ Avis d'un neurologue++
- ▶ Ces instaurations thérapeutiques ne revêtent pas le caractère d'extrême urgence propre au traitement de l'EMETCG.

Prise en charge spécifique (autres états de mal épileptiques)

Le délai entre chaque nouvelle ligne de traitement va dépendre:

- ▶ Du type d'EME,
- ▶ De son retentissement clinique
- ▶ Son profil évolutif
- ▶ De l'étiologie sous-jacente
- ▶ Du terrain
- ▶ Des traitements antérieurs
- ▶ De la pharmacocinétique des divers médicaments
- ▶ Du pronostic associé.

Prise en charge spécifique (autres états de mal épileptiques)

- ▶ À la différence des EMETCG, qui nécessitent une perfusion rapide, le débit d'administration des médicaments peut être ralenti et la posologie modulée en fonction du terrain et de la sémiologie des crises.
- ▶ Par voie orale ou par sonde gastrique (si le patient présente des troubles de vigilance ou des troubles de la déglutition)

Prise en charge spécifique (autres états de mal épileptiques)

- ▶ Contre indication aux traitements cités, d'absence de voie intraveineuse disponible, ou d'impossibilité de surveillance dans une USC, on peut recourir à une dose de charge en carbamazépine (sauf si le patient est d'origine asiatique, du fait d'un risque accru d'allergie cutanée), de phénytoïne, perampanel, zonisamide, topiramate, prégabaline, phénobarbital
- ▶ Le recours aux agents anesthésiques qui impose une intubation et une ventilation mécanique n'est envisagé que très rarement car les risques d'une telle approche sont en règle supérieurs au bénéfice escompté.

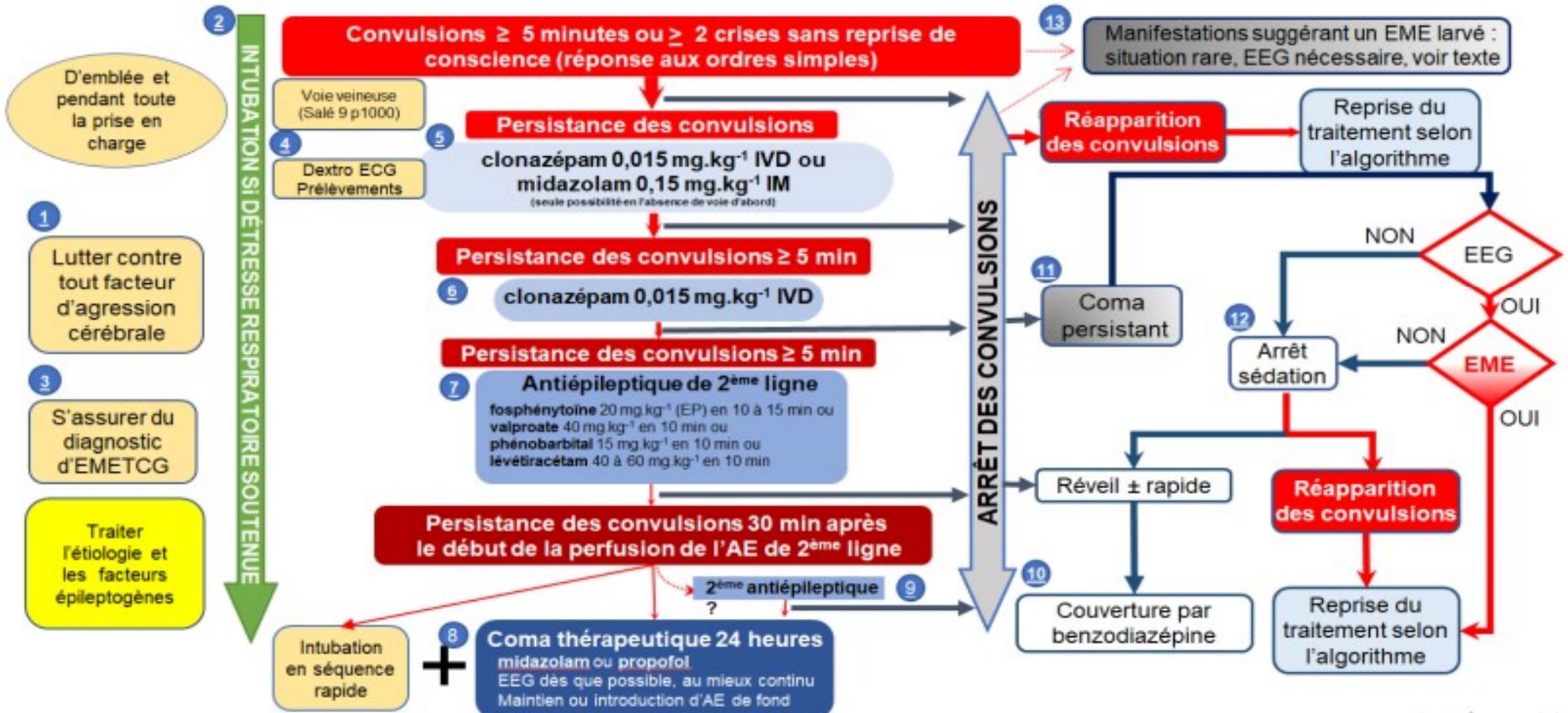
Autres états de mal épileptiques et réanimation

L'hospitalisation en réanimation/USC :

- ▶ Troubles de la vigilance (généralisation de l'EME ou troubles de vigilance liée à l'étiologie ou au traitement)
- ▶ Une autre défaillance d'organe apparaît.

Le transfert en neurologie est à privilégier dans tous les cas.

Annexe 1 : Algorithme de prise en charge d'un patient ayant un EME tonico-clonique généralisé (Avis d'experts, Accord FORT) de l'adulte non obèse (70 kg)



14 EEG dès que possible si doute diagnostique, coma, suspicion d'EMETCG larvé (rare), EME réfractaire. Imagerie précoce indispensable si EME de novo. **4** Autres examens, Avis spécialisés dès que possible, ce d'autant qu'il s'agit d'un EME réfractaire, pour interpréter l'EEG et préciser l'étiologie.

