

Prise en charge d'une première crise d'épilepsie

Situation abordant les sujets suivants

- épilepsie
- crise généralisée
- bilan de première crise d'épilepsie
- EEG
- IRM
- ETP
- médicament anti-crise

Présentation du cas clinique

Vous êtes infirmier en service de neurologie en hôpital de semaine (HDS). Vous prenez en charge Monsieur B., 28 ans, hospitalisé pendant 48 heures pour réaliser un bilan diagnostique dans un contexte de malaise avec perte de connaissance, associé à des mouvements anormaux, survenu il y a 3 semaines sur son lieu de travail. La secrétaire a appelé Monsieur B. la veille afin de confirmer sa venue. Ce matin, Monsieur B. arrive à 8 h.

DOSSIER PATIENT

Mode de vie

Patient droitier. Issu d'une fratrie de deux (un frère plus jeune en bonne santé). Marié, un enfant âgé de 2 mois. Il vit en appartement, 5^e étage avec ascenseur. Il est autonome pour les activités de la vie quotidienne. Consommation d'alcool festive le week-end, consommation de cannabis quotidienne. Pas d'autre toxique rapporté. Détenteur du permis de conduire. Se rend au travail en transports en commun. Il pratique régulièrement la course à pied et le vélo.

Antécédents

- ▶ Personnels : ligaments croisés genou droit opéré à 18 ans, migraine.
- ▶ Familiaux : grand-père paternel ayant la maladie d'Alzheimer.

Traitement à l'entrée

Paracétamol (Doliprane®) ponctuellement (douleurs lombaires).

Histoire de la maladie

Il y a 3 semaines, en milieu d'après-midi, Monsieur B. a fait un malaise avec perte de connaissance sur son lieu de travail. Il n'a pas ressenti de prodrome. Son collègue témoin de l'épisode a rapporté qu'il l'a vu s'effondrer par terre alors qu'il revenait de

la photocopieuse. Il était inconscient, il «tremblait de tous ses membres», ses yeux étaient réversés. Les tremblements ont duré 1 à 2 minutes environ. Il était «perdu» lors de son réveil. Lui n'a aucun souvenir de cet événement. Il dit s'être réveillé dans le camion des pompiers, soit environ 20 minutes après la crise. Il a constaté une plaie sur le côté de sa langue à son réveil. Il n'y a pas eu de perte d'urines. Il a ressenti des courbatures au niveau des quatre membres le lendemain du malaise qui ont persisté 2 à 3 jours. Les jours précédant la crise, son sommeil était de mauvaise qualité, entrecoupé par les pleurs et réveils fréquents de son bébé qui a dû être hospitalisé quelques jours en raison d'une bronchiolite. Dans ce contexte, il présentait une dette de sommeil importante et était stressé. Un bilan comportant scanner cérébral, ECG, biologie sanguine (NFS, ionogramme, calcémie, glycémie, toxiques, alcoolémie) a été réalisé au service des urgences. L'ensemble était sans anomalie. Il a été informé qu'une hospitalisation de courte durée pour bilan de première crise convulsive serait organisée prochainement.

Évolution récente

Lors de l'entretien avec l'interne du service, l'anamnèse rapporte :

- ▶ pas d'antécédent d'épilepsie dans la famille;
- ▶ naissance à terme, eutocique. Pas d'affection néonatale. Pas d'antécédent de méningite. Développement psychomoteur normal. Pas de notion de convulsion fébrile dans l'enfance, ni d'épisode d'absence dans l'enfance ni de myoclonie à l'adolescence;
- ▶ pas de notion d'antécédent de traumatisme crânien;
- ▶ pas de récurrence de malaise depuis celui survenu il y a 3 semaines.

L'examen neurologique réalisé est normal.

Les résultats des examens complémentaires réalisés sont les suivants :

- ▶ bilan sanguin normal;
- ▶ IRM cérébrale normale, notamment pas de lésion épileptogène retrouvée;
- ▶ EEG standard révélant de brèves pointes ondes généralisées lors de l'hyperpnée. La stimulation lumineuse intermittente ne modifie pas le tracé.

Conduite infirmière

Accueillir et installer le patient dans sa chambre.

- Lui expliquer et lui faire remplir les formalités administratives (personne à prévenir, personne de confiance, directives anticipées...).
- Effectuer le recueil de données.
- Prendre les paramètres vitaux (PA, FC, température et SaO₂ sont normales).
- Informer le patient du déroulement des soins (prise de sang), des horaires et des modalités des examens (IRM cérébrale, EEG) et entretiens prévus lors de cette hospitalisation :
 - **sur prescription médicale, réaliser le bilan sanguin à jeun** : NFS, ionogramme, urée, créatinine, bilan hépatique, glycémie à jeun, calcémie, phosphorémie, magnésémie, CPK;
 - entretien avec l'interne, **EEG standard, IRM cérébrale, entretien avec le neurologue** pour synthèse et remise des papiers de sortie. Entretien infirmier avant la sortie.

Bilan

Premier malaise à type de crise tonico-clonique généralisée associée à des anomalies épileptiques généralisées à l'EEG évocateur d'une épilepsie syndromique de type généralisé idiopathique (présumée génétique).

Dans le cas de Monsieur B., c'est bien la corrélation entre les signes cliniques et l'EEG qui permet de poser le diagnostic d'épilepsie généralisée.

- ▶ Nécessité d'introduire un traitement anti-crise par lamotrigine à doses progressives jusqu'à 100 mg/jour.
- ▶ Séance d'**ETP** avec l'IDE, suite à l'annonce diagnostique par le médecin et l'introduction d'un traitement anti-crise, qui reprend :
 - la physiopathologie;
 - les recommandations concernant les modalités du traitement (heures de prises, effets indésirables potentiels, observance), les règles hygiéno-diététiques en lien avec l'épilepsie (toxiques, dette de sommeil, stress...), les activités physiques non recommandées;
 - la conduite à tenir en cas de récurrence de crise tonico-clonique généralisée;
 - la législation sur le permis de conduire, avec notamment une contre-indication à la conduite automobile avant 1 an sans récurrence de crise.
- ▶ Vérifier que Monsieur B. a bien les ordonnances de sortie, les coordonnées du service et son deuxième rendez-vous d'ETP dans 1 mois avec l'IPA du service qui réévaluera l'observance, l'efficacité et la tolérance du traitement.
- ▶ Bilan biologique et EEG de contrôle à 3 mois avant une consultation avec le neurologue. Le patient sera ensuite vu en consultation avec le neurologue 1 fois par an, en alternance avec l'IPA du service.

VOIR AUSSI

- | | |
|------------|---|
| ▶ FICHE 11 | Soins infirmiers auprès d'un patient lors d'une crise tonico-clonique généralisée et d'un état de mal |
| ▶ FICHE 13 | L'épilepsie au quotidien |
| ▶ FICHE 47 | Éducation thérapeutique du patient |
| ▶ FICHE 56 | Médicaments anti-crise |
| ▶ FICHE 63 | IRM cérébrale et médullaire |
| ▶ FICHE 65 | Électroencéphalogramme |

Définition

L'épilepsie maladie (= maladie épileptique) est une affection neurologique chronique cérébrale. Elle est définie par la **répétition de crises d'épilepsie** (ou crises comitiales) **non provoquées** liées à une prédisposition cérébrale durable à générer les crises.

Important, on distingue :

- ▶ la crise d'épilepsie provoquée, secondaire à une atteinte cérébrale identifiée et réversible – troubles métaboliques (hyponatrémie, hypoglycémie, hypocalcémie...), certains médicaments pro-épileptogènes, intoxication (héroïne en particulier), sevrage brutal en somnifère, en alcool...
- ▶ la crise d'épilepsie non provoquée.

Il est important de ne pas confondre la crise d'épilepsie et la maladie épileptique. En effet, environ 6 % de la population générale présentera un jour une crise comitiale (= une crise unique), alors que seulement 1 % de la population souffrira d'une épilepsie maladie.

Épidémiologie

L'épilepsie est la 3^e pathologie neurologique la plus fréquente après la migraine et les démences.

Environ **700 000 personnes souffrent d'épilepsie en France**.

Près de **la moitié d'entre elles ont moins de 20 ans**.

La maladie peut débuter à tout âge. Elle apparaît cependant plus fréquemment aux âges extrêmes de la vie, chez l'enfant et chez les personnes âgées. Certaines épilepsies sont spécifiques de l'enfance. La maturation cérébrale encore en cours en influence l'âge de survenue et l'évolution. Certaines disparaissent après l'enfance ou l'adolescence, d'autres persistent tout au long de la vie.

L'espérance de vie des personnes épileptiques est légèrement inférieure à la moyenne nationale en raison du risque d'accident lors d'une crise (noyade, chute, accident...) et de SUDEP (*Sudden Unexpected Death in Epilepsy* = mort subite inattendue en épilepsie).

Près de 30 % des patients atteints d'épilepsie sont pharmaco-résistants : le traitement médicamenteux n'est pas suffisamment efficace pour faire disparaître ou diminuer la fréquence, la durée et/ou l'intensité des crises.

Diagnostic

Il repose sur au moins sur l'un des éléments suivants :

- ▶ la répétition de crises d'épilepsie spontanées ($\neq$ crises provoquées) : au moins deux crises d'épilepsie spontanées espacées de plus de 24 h ;
- ▶ une crise d'épilepsie non provoquée associée à des anomalies présentes à l'EEG ou l'IRM cérébrale, laissant craindre la récurrence d'une deuxième crise à court terme. N.B. : lors de la réalisation du premier EEG chez les patients atteints d'épilepsie, seulement 50 à 60 % d'entre eux présentent des grapho-éléments de nature épileptique. Répéter cet examen majore les chances de repérer des anomalies à environ 80–85 % après trois EEG ;

- l'identification d'un syndrome épileptique (syndrome de Dravet, syndrome de Lennox-Gastaut...).

Physiopathologie

La crise d'épilepsie est la manifestation d'une hyperactivité et d'une synchronisation d'un groupe de neurones plus ou moins étendu du cortex cérébral.

Cette décharge neuronale est paroxystique, de survenue brutale, imprévisible et transitoire.

Sémiologie et classification des manifestations cliniques

- Manifestations cliniques :
 - recueillies lors de l'interrogatoire du patient ou des témoins de la crise;
 - variées selon le territoire cérébral touché et la dynamique de la décharge neuronale. Il existe donc une grande variété clinique de crises d'épilepsie.
- Classification des crises d'épilepsie. Les types de crises d'épilepsie sont classés selon leur mode de début :
 - les **crises généralisées** (30%) lorsque la décharge neuronale affecte l'ensemble du cortex des 2 hémisphères cérébraux en même temps;
 - les **crises focales** (60 %), lorsque la décharge neuronale concerne une région spécifique du cerveau, appelée foyer épileptique, et pouvant éventuellement se propager à d'autres régions.
- Crises à début inconnu (10 %).

Il existe différents types de crises généralisées et de crises focales. Les tableaux à suivre ne sont pas exhaustifs.

Exemples de crises généralisées

Crises tonico-cloniques généralisées (crises motrices)	Absences (crises non motrices)	Crises myocloniques (crises motrices)
Début brutal, sans prodrome, en trois phases : 1. phase tonique (10 à 20 s) : perte de connaissance, parfois associée à un cri, contraction musculaire généralisée en flexion puis extension. Apnée avec cyanose. Signes végétatifs : tachycardie, mydriase, hypersécrétion salivaire et bronchique, possible morsure de la langue 2. phase clonique (20 à 30 s) : secousses bilatérales intenses et synchrones (= clonies) dont la fréquence diminue progressivement jusqu'à s'arrêter totalement 3. phase résolutive (plusieurs minutes) : hypotonie musculaire, respiration ample et bruyante («stertor»), énurésie, voire encoprésie. Puis confusion postcritique de durée variable Par la suite : amnésie de la crise et possibles myalgies, céphalées, fatigue importante	Chez l'enfant le plus souvent Rupture de contact à début et fin brusques, avec interruption de l'activité en cours, fixité du regard et absence de réponse	Secousses musculaires soudaines, brèves, bilatérales, symétriques des membres, sans rupture de contact

➤ Exemples de crises focales

Crises focales sans altération de la conscience	Crises focales avec altération de la conscience
Symptômes (selon la zone cérébrale impliquée) : ▀ troubles moteurs : secousses cloniques ou contractions toniques ▀ troubles sensitifs : paresthésies ▀ troubles sensoriels : hallucinations visuelles, auditives, olfactives, gustatives, sensation de rotation ou de tangage ▀ troubles psychocomportementaux : état de rêve ou sensation de déjà-vu déjà-vécu, de peur ▀ troubles de la mémoire	Symptômes : modifications du comportement telles qu'un arrêt moteur ou une activité automatique avec des gestes simples (mâchonnement, déglutition, grattage, agrippement...) ou des activités plus élaborées (déboutonner, fouiller, ranger, déambuler, agitation...)

Une crise focale peut se propager et devenir bilatérales tonicocloniques (anciennement «secondairement généralisées»).

➤ État de mal épileptique (EME)

Il correspond à une activité épileptique continue, de début généralisé ou focal.

Il peut être :

- ▀ convulsif (avec symptômes moteurs évidents) :
 - l'état de mal épileptique généralisé convulsif est défini par : des clonies > 5 minutes; ou au moins deux crises généralisées tonicocloniques successives sans retour à la conscience entre les crises,
 - **c'est une urgence vitale** car au-delà de 30 minutes des lésions cérébrales définitives peuvent apparaître;
- ▀ non convulsif (sans symptômes moteurs évidents). Il comprend l'état de mal épileptique à début focal et l'état de mal d'absence épileptique. L'état de mal non convulsif est caractérisé par une altération de la conscience prolongée (différent de la perte de connaissance). Son diagnostic, parfois difficile, peut être posé au-delà d'une durée variant entre 10 et 30 minutes. Un EEG en urgence est alors capital pour poser le diagnostic.

La forme clinique d'EME la plus grave est la forme tonicoclonique.

En cas d'échec du traitement médicamenteux de première et de deuxième ligne, on parle d'état de mal épileptique réfractaire.

VOIR AUSSI

➤ **FICHE 11** Soins infirmiers auprès d'un patient lors d'une crise tonicoclonique généralisée et d'un état de mal

Diagnostics différentiels

➤ Des crises généralisées avec perte de connaissance

- ▶ Crises dissociatives fonctionnelles (anciennement crises non épileptiques psychogènes ou CNEP) :
 - c'est un trouble neurologique fonctionnel (TNF);
 - symptômes : proches de ceux de la crise tonico-clonique, mais n'en sont pas (négligence de la tête, balancement du bassin, résistance à l'ouverture des yeux...);
 - durée prolongée;
 - origine psychologique dans contexte fréquent de traumatismes anciens (agressions sexuelles, maltraitance...). Le traitement est une prise en charge psychologique ou psychiatrique;
 - 10 % des patients ont à la fois une épilepsie et des crises dissociatives fonctionnelles co-intriquées.

VOIR AUSSI

➤ FICHE 51 Prise en charge des troubles neurologiques fonctionnels

- ▶ Syncope :
 - durée brève;
 - signes neurovégétatifs : pâleur, sueur, étourdissement, tachycardie, acouphènes;
 - absence de confusion post-critique;
 - mouvements cloniques brefs, perte d'urine et morsure de langue possible.

➤ Des crises focales avec ou sans rupture de contact

- ▶ Aura migraineuse.
- ▶ AIT : durée plus longue, symptômes exclusivement déficitaires.

Étiologies

Les épilepsies sont classées selon trois grandes familles en fonction de leur étiologie.

- ▶ **Épilepsies symptomatiques (ou structurales)** = la cause est identifiée. Une maladie ou un accident, survenus lors de la vie intra-utérine ou au cours de la vie, ont créé une lésion cérébrale responsable des crises d'épilepsie, par exemple :
 - un AVC, une maladie infectieuse (méningite, toxoplasmose), des malformations corticales, une tumeur, un traumatisme crânien, une sclérose de l'hippocampe;
 - une maladie génétique (monogénique) : sclérose tubéreuse de Bourneville, syndrome de Dravet;

- des maladies neurodégénératives peuvent se compliquer d'une maladie épileptique : la maladie d'Alzheimer.
- ▶ **Épilepsies généralisées d'origine génétique présumée (= idiopathiques)** = aucune cause n'a pu être identifiée chez un patient au développement psychomoteur normal, sans lésions spécifiques à l'IRM cérébrale. Il y a une forte composante génétique (polygénique), on parle de prédisposition génétique.
- ▶ **Épilepsies cryptogéniques** = une cause est supposée mais non mise en évidence par les moyens actuels d'exploration médicale.

CAS CLINIQUE

L'IRM et le bilan sanguin de Monsieur B. ne révèlent aucune anomalie, le neurologue conclut donc qu'il s'agit d'une épilepsie généralisée d'origine génétique présumée.