

# 1<sup>ère</sup> crise d'épilepsie de l'adulte – PEC à l'arrivée au SAU

## Anamnèse

## Examen Physique

## Examens Complémentaires

### 1. S'agit-il d'une crise d'épilepsie ?

→ Éliminer les diagnostics différentiels : syncope et crise non épileptique psychogène

- Circonstances de la perte de connaissance
  - Prodromes
- Déficit neurologique focal dans les suites
- Lieu de la reprise de conscience du patient ?  
(camion des SP, sur le lieu de la perte de connaissance mais avant/après leur arrivée)
  - Eventuel épisode antérieur ?  
(épilepsie sous-jacente = nécessité traitement)  
→ Appel du témoin !

Morsure latérale de la langue  
Complications traumatiques

ECG

### 2. S'agit-il d'une crise symptomatique aiguë

→ Éliminer une cause métabolique, toxique, ou une lésion cérébrale sous-jacente

- Recherche consommation de toxiques
- Modification récente de traitements ? (*tramadol, sevrage en BZD*)
  - Alcoolisation chronique ?
- Sevrage alcoolique ? (*imputable si dernière prise > 7 et < 48 heures*)
  - Céphalées, hyperthermie ?

Signes de sevrage OH  
Syndrome méningé  
Déficit neurologique

#### Biologie :

Lactates, CPK, NFS si doute diagnostique  
Glycémie  
Ionogramme avec calcémie & magnésémie  
Urée, créatininémie

#### Scanner cérébral

Selon le contexte :

PL si fièvre

**IRM Cérébrale** en urgence à préférer si :  
Déficit focal, confusion, ou céphalées persistantes  
Fièvre, immunosuppression, ou ATCD néoplasique

### 3. Conduite à tenir

- Retour à l'état antérieur
- Ensemble des explorations normales
- Adhésion au suivi neurologique ultérieur

#### Si oui à tout :

RAD autorisé avec EEG (<48h), IRM et consultation neuro (<2 semaines) en externe,  
et consignes de sécurité délivrées [consult-neuro-pasteur@chu-nice.fr](mailto:consult-neuro-pasteur@chu-nice.fr)

#### Si cause métabolique ou toxique réversible rapidement :

Traitement de la cause sans traitement anti-épileptique

#### Dans tous les autres cas :

Avis épileptologique à demander

38311, 38330, ou 38110