

**Crise Convulsive Tónico Clonique Généralisée (CTCG)
Durée > 5min ou récidives sans reprise d'un état de conscience normal entre les crises (► EME)**

(Suspicion de CNEP : enregistrement vidéo de la crise +++)

Patient perfusé :
CLONAZEPAM (Rivotril)
0,015 mg.kg IVDL sur 15s (max 1,5mg)
Enfant : 0,03 mg.kg (max 1mg)

Patient NON perfusé :
MIDAZOLAM (Hypnovel)
0,15 mg.kg IM (max 10mg)
Enfant : IN à 0,3 mg.kg (au-delà de 20kg préférer voie IM à 0,15mg.kg) (max 10mg)

Persistence CTCG à 5min :
CLONAZEPAM (Rivotril)
Adulte : 0,015 mg.kg IVDL sur 15s (max 1,5mg)
Enfant : 0,03 mg.kg (max 1mg)
Comorbidités ou état respi dégradé : ½ dose

Pose d'une VVP

Dextro : correction < 1g.L
Bio : NFS, iono, urée, créat, CRP, lactates, Ca, CPK, **Mg**, dosages antiépileptiques

⚠ Si patient OH, dénutri, femme enceinte ou enfant < 2 ans :

► Thiamine (vit B1) 100 mg IVL sur 30 min

Enfant :
1^{ère} intention : PHENOBARBITAL (Gardenal)
Avant 2 ans : 20 mg.kg IVSE en 15 minutes
Après 2 ans : 15mg.kg IVSE en 15 minutes (max 600mg)
Alternative (à envisager chez l'enfant > 2 ans sous ttt antiépileptique) :
LEVETIRACETAM (Keppra)
50mg.kg IVSE en 10 minutes (max 4g)

Persistence CTCG à 5min

Adulte :
1^{ère} intention : LEVETIRACETAM (Keppra) :
60 mg.kg IVSE en 15 minutes (max 4g)
Alternative : VALPROATE DE SODIUM (Dépakine) (CI femme en âge de procréer)
40 mg.kg IVSE en 15 minutes (max 3g)

Persistence CTCG à 30 min du début de la perfusion de l'anti-épileptique de 2^{ème} ligne :
► **EME réfractaire**

Enfant, patient âgé avec comorbidités :
► utilisation 2^{ème} anti-épileptique de 2^{ème} ligne de préférence (hors agression cérébrale évidente)
► si IOT nécessaire:
- avant 1 an :
- kétamine 3-4 mg.kg
- célocurine 2 mg.kg
- atropine 20 µg.kg IVD avant ISR
- après 1 an :
- kétamine 2-3mg.kg (étomidate 0,3mg.kg possible après 2 ans)
- célocurine 1,2 mg.kg IVD (+ atropine prête)
- entretien par SUFENTANIL + MIDAZOLAM

IOT après ISR :
► **KETAMINE OU PROPOFOL :**
Kétamine : 2 à 3 mg.kg
Propofol : 1,5 à 2,5 mg.kg (selon âge, score ASA du patient, état hémodynamique : privilégier l'utilisation de la kétamine)
► + **CELOCURINE :**
1 mg.kg
Entretien par PROPOFOL 2-3 mg.kg.h + MIDAZOLAM 0,1 à 0,2mg.kg.h

Autres critères d'IOT que l'EME réfractaire :

- Détresse respiratoire soutenue (≠ respiration stertoreuse post critique)
- Post critique prolongé **AVEC** arguments pour agression cérébrale aiguë (ex : TC grave)

Protection contre ACSOS dès la phase pré-hospitalière

- Température = 36,5 à 38°
- PAM = 70 – 90 mmHg (> 90 si HTIC)
- Capnie = 35 – 45 mmHg
- Dextro = 1,4 à 1,8 g.L

Remarques concernant les thérapeutiques proposées :

- Le soluté recommandé est le NaCl 0,9% chez l'adulte, et le soluté sucré isotonique avec adjonction d'ions chez l'enfant
- Il a été démontré une supériorité du MIDAZOLAM (Hypnovel) sur le DIAZEPAM (Valium) quant à la proportion et la rapidité de cessation des crises quelle que soit la voie utilisée, d'où la disparition de cette dernière drogue dans les algorithmes de prise en charge, y compris chez l'enfant
- Le levitercetam présente un excellent profil de tolérance, son efficacité semble comparable au valproate de sodium à des posologies de 50-60mg.kg (attention : efficacité inférieure en cas de sous-dosage +++)
- Le phénobarbital (Gardenal) est responsable d'un effet sédatif prolongé, ainsi que d'une dépression respiratoire et hémodynamique. Son usage doit être limité aux seules situations de contre-indication des autres anti-épileptiques de 2^{ème} ligne ou à l'enfant en particulier de moins de 2 ans
- L'utilisation du Propofol ne peut se faire qu'en situation de parfaite stabilité hémodynamique, et après adaptation des posologies en fonction de l'âge et du score ASA du patient

Remarques concernant la prise en charge :

- Une cause psychogène doit être systématiquement évoquée (occlusion palpébrale +/- résistance avec fuite des globes oculaires vers le haut, crises non stéréotypées, notion d'hospitalisation avec EEG normal, ...)
- La persistance isolée d'un coma ne suffit pas au diagnostic d'EME réfractaire (sous réserve de la recherche de signes cliniques minimales en faveur d'une activité épileptogène persistante)
- De la même façon, cette situation, en dehors de toute détresse respiratoire ou d'arguments pour une agression cérébrale aiguë (ex : TC grave), **NE CONSTITUE PAS UNE INDICATION D'IOT**
- Chez l'enfant ainsi que chez le patient âgé présentant des comorbidités, il est utile de sursoir à une éventuelle IOT en ayant recours à un autre épileptique de 2^{ème} ligne que celui utilisé en première intention. Un avis spécialisé permettra d'adapter au mieux la prise en charge de ces patients.
- En cas d'IOT, un contrôle rigoureux des paramètres du respirateur sera nécessaire afin de contrôler la capnie du patient

Examens complémentaires :

- Un EEG devra être effectué au plus tôt en cas de coma persistant, à la recherche de signes infracliniques d'une activité épileptogène
- NFS, marqueurs inflammatoires, Na, Ca, **Mg**, Glycémie, lactates, CPK
- Dosage des anti-épileptiques en cas de traitement
- +/- PL (en cas de forte présomption de méningite ou méningo-encéphalite, la PL ne pouvant être réalisée qu'après imagerie dans ces situations, une antibiothérapie probabiliste devra être initiée dès le début de la prise en charge)
- Imagerie : IRM au mieux (les AVC ischémiques, encéphalites et TVC représentent 10% des étiologies des EME de novo), TDM IV temps mixte à défaut

Principes de prise en charge de l'EME non TCG :

- Le recours au benzodiazépine (traitement de 1^{ère} ligne) doit être effectué selon les mêmes modalités
- PAS DE CARACTERE D'URGENCE à la mise en route d'un traitement antiépileptique de 2^{ème} ligne, le choix thérapeutique devra être précisé par avis auprès des spécialistes
- Le recours à l'IOT doit être rarissime : balance bénéfique / risque généralement défavorable