

CAS CLINIQUE ÉTAT DE MAL ÉPILEPTIQUE

Résidente BEN MANSOUR Safa

Pr. Ag AYACHI Jihene

Service de Réanimation médicale IBN EL JAZZAR Kairouan

Motif

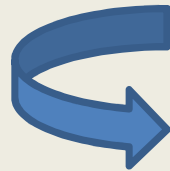
- Mr N.I, 32 ans, amené par l'équipe de SMUR aux urgences de l'hôpital Ibn El Jazzar Kairouan le 01/03/2022 pour la survenue des crises convulsives tonico-cloniques généralisées.

Terrain

- Retard mental
- Trouble de l'adaptation suivi en psychiatrie avec mal observance
- Aucune hospitalisation en psychiatrie
- Scolarisé jusqu'à l'âge de 6 ans
- Vit avec sa famille
- Pas de tabagisme ni de prise de substances psychoaffectives

Histoire

- **J-6** : Survenue brutale d'une crise tonico-clonique généralisée



Amené par sa famille à l'hôpital régional de Haffouz où il a reçu **02 ampoules de valium** puis transféré à nos urgences (transport médicalisé)

Histoire

- L'examen aux urgences Ibn El Jazzar
- GCS: 12/15
- Pupilles intermédiaires réflexives
- TA: 140/90mmHg ; FC: 130 bpm
- GAD: 1,3 g/L
- FR: 25 c/m SpO2: 98% AA
- Apyrétique

Histoire

- L'évolution aux services des urgences:
- Reprises des crises : une crise objectivée à nos urgences
- Administration **de valium** : 01 ampoule
- Pas d'amélioration sous valium



État de mal épileptique compliqué d'inhalation

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

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

R1.1 Les EME peuvent être classés (Tableau 1) selon deux critères cliniques :

1. prédominance ou non de manifestations motrices
2. altération ou non de la conscience

(Avis d'experts) Accord FORT

R1.2 L'EMETCG est défini de façon opérationnelle par une crise généralisée dont les manifestations motrices se prolongent au-delà de cinq minutes ou par des crises (≥ 2) qui se répètent à des intervalles brefs sans reprise de conscience intercritique (non réponse à des ordres simples).

(Avis d'experts) Accord FORT

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

(Newborns except)

Prise en charge spécifique

R3.3.6 En cas de persistance clinique de l'EMETCG cinq minutes après la deuxième injection de BZD il faut administrer en IV un autre médicament antiépileptique en deuxième ligne.

Grade 1+ (Accord fort)

R3.3.7. On peut utiliser chez l'adulte (selon le terrain, les éventuels traitements antiépileptiques antérieurs, l'étiologie, les habitudes des prescripteurs) soit :

1. 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)
2. 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 ;
3. 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

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

Grade 2+ (Accord fort)

Histoire

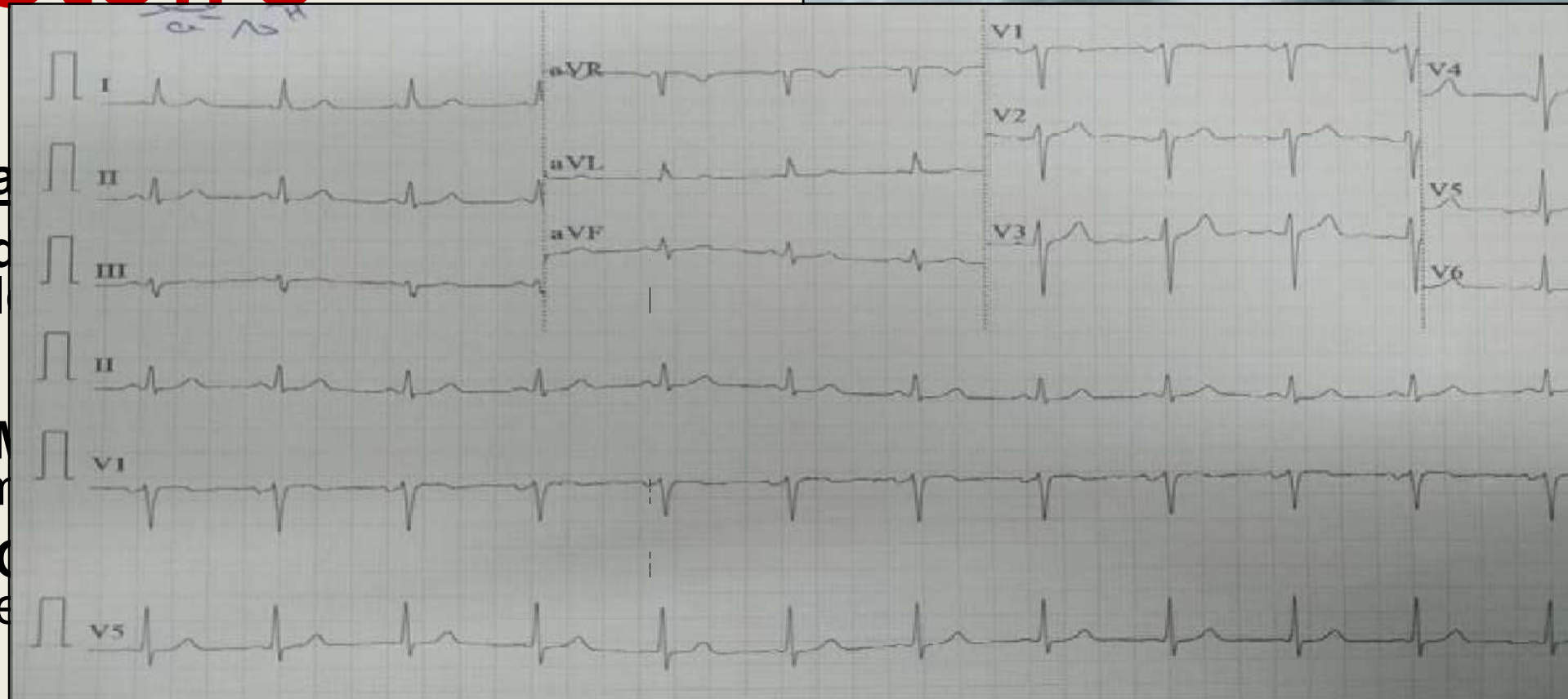
➤ CAT initiale :

- Conditionnement et monitoring
- Intubation orotrachéale + Ventilation mécanique
- Sédation par Hypnovel et Ultiva
- Antiépileptique : Dépakine 500*2/j
- Antibiothérapie à base d'Amoxicilline-acide clavulanique

Histoire



- **Bilan**
- **Radiologie**
atél
- **TDM**
hém
- **ECC**
la ré



Histoire

■ Biologie:

- NFS: GB: 12600 Hb: 10.7 Ht: 32.3 % PLQ:276000
- TP: 81%
- CRP:0.8
- Iono : Na⁺/K⁺: 136/4.8 ; Urée/créat: 5.77/53.8
- Ca²⁺: 2.06
- Troponines: 33,4
- GDS: pH: 7,41 PaCO₂:29 PaO₂:387 HCO₃⁻:18.4 SaO₂:100%
- ECBU: négatif

■ Recherche toxicologique : Négative

■ PCR SARS-Cov2: Négative

Histoire

- **J -4** : Survenue d'**hypoglycémies à répétition, crises convulsives**
- **J -3** : Augmentation des doses de Dépakine à 500mg*3/j
- **J -2** : **des hypoglycémies** / aggravation du syndrome inflammatoire biologique: GB: 25000 CRP:81
- **J-1** : **Persistance des Hypoglycémies**

Histoire

➤ Évolution :

- Persistance des CTCG malgré l'augmentation des doses de Midazolam
- Épisodes **d'hypoglycémie concomitantes avec les CTCG.**

PEC en Réanimation

- Patient transféré à notre service à j06 de PEC après libération de place
- Intubé, ventilé, sédaté
- Pupilles en myosis serré
- Il refait les crises convulsives TCG
- **GAD: 0,57g/dl**
- Apyrétique
- SpO2: 100% sous 30% FiO2
- AP: ronflants en bilatéral
- TA: 100/55 FC:100 BPM

PEC en Réanimation

➤ À la biologie:

- NFS: GB: 10600 Hb:10.5 Ht:29.1 PLQ: 169000
- Urée/créat : 7.20/81
- **Na⁺/ K⁺: 127 /5.27 mmol/l**
- CRP : 36 mg/l
- Ca²⁺: 2.26 mmol/l
- GDS: pH : 7.37 ; PaCO₂ : 44mmHg ; PaO₂ :192mmHg ; HCO₃⁻: 22.6 mmol/l ; SaO₂:100%

PEC en Réanimation

➤ Complément de PEC dans notre service:

- Resucrage en continu par SG10%
- Alimentation parentérale
- HSHC 50mg*4/j
- Rivotril IVSE 2mg/j
- Dépakine 1500mg/j soit 1cp*3/jr par SNG
- Maintenir sous sédation jusqu'à une Dépakinémie normale

Évolution au service de réanimation:

- Sous dosage en Dépakine
 - **Dépakinémie à 34mg/l** [60-100]
 - **Augmentation des doses à 500mg*4/j**
 - **Dépakinémie de contrôle**, après 3 jours, dans la fourchette thérapeutique à **68mg/l**
- **Arrêt Rivotril** à j05 de sa prise
- Sevrage progressif des sédatifs

Évolution au service de réanimation:

- **PAVM** à *Pseudomonas aeruginosa*, traitée par ATB ciblée (Piperacilline- Tazobactam et Amikacine)
- Patient **extubé à J11 de PEC** après amélioration respiratoire **sans récurrence des crises**
- Il a développé une NMR: amélioration de son MRC après des séances de kiné motrice
- Troubles ioniques : hyponatrémie et hyperkaliémie nécessitant la correction

MAIS...

- Patient continue à faire des **hypoglycémies** atteignant **0,3 g/L** malgré les apports **glucosés en continu et alimentation parentérale** .

Causes probables de détresse neurologique :

- **Traumatisme crânien**
- **Causes toxiques**
- **Causes infectieuses**
- **Causes vasculaires : AVC-TVP**
- **Épilepsie**
- **Causes métaboliques**

Trauma crânien	Causes toxiques	Causes infectieuses	Causes vasculaires	Epilepsie	Cause métabolique
<ul style="list-style-type: none"> - Pas de notion de traumatisme selon l'interrogatoire - Absence des lésions traumatiques - TDM cérébral n'est pas en faveur 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de notion d'ingestion de substances toxiques ou de prise médicamenteuse - Recherche toxicologique négative 	<ul style="list-style-type: none"> - PCR SARS Cov2 négative - Pas de syndrome méningé - SIB à la baisse après la PEC du syndrome d'inhalation - Pas de foyer infectieux 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas de signes déficitaires - TDM cérébral n'est pas en faveur 	<ul style="list-style-type: none"> - L'âge est contre 	<ul style="list-style-type: none"> - Troubles ioniques - Calcémie correcte - Mais Hypoglycémies à répétition



2 Diagnostics évoqués

- Insuffisance surrénalienne
- Insulinome

Conduite à tenir

- Bilan pancréatique
- Échographie abdominale
- TDM abdominale
- Cortisolémie
- insulinémie et dosage Peptide C si GAD <0.5

Résultats :

- Pancréatite aiguë avec Lipase à 850 (5 fois la normale)
- Écho abdominale : pancréatite œdémato-interstitielle (stade B de Balthazard) avec score de sévérité CTSI modifié à 4
- TDM abdominale : absence d'insulinome
- Cortisolémie : 275.2 nmol/l [171-536]
- Insulinémie et Peptide C : en cours

Insuffisance

- Hyponatrémie
- Hypoglycémie
- Cortisolémie de stress)

Examen	Sensibilité (en %)
Echographie transabdominale	9 - 63
Scanner	50 - 72
IRM	60 - 65
Angiographie	36 - 91
Prélèvements veineux portaux avec stimulation calcique intra artérielle	67 - 100
Echo-endoscopie	83 - 93
Scintigraphie à l'octréotide	60
Echographie per-opératoire	86 - 100

e

nome

Diagnostic retenu :

- EME secondaire à des **hypoglycémies à répétitions** sur une cause endocrinienne.
- **Insulinome** fort probable
- Patient a été transféré ensuite au service d'endocrinologie pour exploration et CPEC.
- Une **IRM abdominale** est prévue pour éliminer un insulinome

MERCI POUR VOTRE ATTENTION