
Convulsions et état de mal épileptique



Chapitre 18 Convulsions et état de mal épileptique

- A. Diagnostic et traitement de la crise convulsive généralisée de l'adulte aux urgences
 - II. État de mal épileptique
-

Item 103. Épilepsie de l'enfant et de l'adulte

Item 341. Convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant

Objectifs pédagogiques

- Diagnostiquer les principales formes d'épilepsie et d'état de mal épileptique
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge préhospitalière et hospitalière (posologie)
- Reconnaître un état de mal convulsif
- Planifier les examens complémentaires nécessaires au diagnostic étiologique devant un état de mal convulsif
- Connaître les principes thérapeutiques d'un traitement d'un état de mal convulsif
- Mettre en œuvre le traitement initial d'un état de mal convulsif

I Diagnostic et traitement de la crise convulsive généralisée de l'adulte aux urgences

La crise convulsive généralisée est une **urgence très fréquente**, de l'ordre de 3 % des patients examinés dans les services d'urgence. Les crises convulsives peuvent être occasionnelles, uniques ou très espacées ; le plus souvent, elles sont alors symptomatiques d'une affection qu'elles révèlent éventuellement. Elles peuvent aussi s'intégrer dans le cadre d'une maladie épileptique connue.

A Signes et évolution de la crise convulsive généralisée

1 Crise généralisée typique

Le plus souvent, le patient est vu pour une **perte de connaissance**. L'interrogatoire de l'entourage et l'examen permettent de rattacher cette perte de connaissance à une crise comitiale généralisée sur les arguments suivants :

- le **début de la crise** a été **brutal**, marqué par une perte de connaissance, un cri et une chute ayant pu occasionner une blessure ;
- une **phase tonique** survient ensuite, d'environ 10–20 secondes, marquée par une contraction intense des muscles, des membres, du tronc, avec apnée et cyanose ;
- puis une **phase clonique** survient durant environ 30 secondes, avec des secousses musculaires brusques généralisées et synchrones ;
- enfin la **phase résolutive** apparaît, caractérisée par un **coma postcritique** et une hypotonie généralisée.

L'ensemble des trois phases dure 5 à 10 minutes. Une **période de confusion postcritique** succède au coma.

La notion éventuelle d'antécédents de convulsion, la constatation d'une morsure de la langue ou d'une perte d'urines sont des arguments supplémentaires en faveur du diagnostic.

Dans certains cas, la crise a eu un début partiel (aura) ; il peut s'agir d'une crise motrice ou sensitive ou d'un début adersif gyrateur ou encore d'une crise partielle complexe, caractérisée par une altération de la conscience accompagnée d'une activité automatique.

Cette crise a pu survenir à l'occasion d'une circonstance favorisante qu'il faut rechercher : manque de sommeil, surmenage, sevrage en benzodiazépine ou en médicament antiépileptique, éthylisme aigu ou surtout sevrage alcoolique, hypoglycémie, stimulation lumineuse intermittente.

L'électroencéphalogramme (EEG) fait au décours immédiat de la crise est contributif quand il montre des polypointes ondes ou un foyer irritatif. Il est en fait souvent normal et les signes focaux sont plus interprétables à distance de la crise, 24 à 48 heures plus tard.

Cette crise généralisée typique est en général facile à reconnaître. Il faut la différencier de :

- la **syncope** : perte de connaissance brusque, conséquence le plus souvent d'un malaise vagal, d'une hypotension orthostatique ou d'un trouble du rythme cardiaque. Elle peut s'accompagner de quelques mouvements cloniques voire d'une perte d'urines. Le diagnostic est fait sur le contexte de survenue, la durée des mouvements anormaux, l'examen cardiovasculaire, l'ECG et les explorations cardiovasculaires ;

- la **crise hystérique**, qui peut être plus difficile à identifier d'autant qu'elle peut survenir chez un épileptique. Mais la chute n'est pas brutale et n'entraîne pas de blessures, l'agitation motrice est différente de celle de la crise convulsive généralisée, le coma et la période de confusion postcritiques sont très raccourcis ou inexistantes. Dans les cas difficiles, des enregistrements EEG-vidéo peuvent être nécessaires.

2 Situations particulières

Récidive précoce

La récidive est fréquente dans les 24 premières heures surtout en cas de crise symptomatique. Cette récidive précoce impose des mesures thérapeutiques particulières.

Confusion postcritique prolongée

Le syndrome confusionnel postcritique peut être considéré comme anormal s'il se prolonge au-delà de 30 minutes. Il succède surtout aux crises symptomatiques ou d'origine toxique. Il faut le distinguer de l'état de mal non convulsif, observé surtout chez les sujets âgés et dont le diagnostic ne peut être fait que par l'EEG.

B Facteurs et signes de gravité de la crise convulsive

Un certain nombre de facteurs ou de signes représentent des facteurs de gravité et imposent une prise en charge vigilante

Encadré 18.1 Facteurs et signes de gravité d'une crise convulsive*

- Répétition des crises
- État de mal convulsif
- Confusion mentale persistant plus de 30 minutes
- Fièvre > 38 °C
- Déficit postcritique
- Éthylisme aigu
- Sevrage alcoolique
- Éthylisme chronique, intoxication
- Trouble métabolique
- Traumatisme crânien
- Maladie générale (cancer, lymphome, Sida)
- Grossesse

* D'après Conférence de consensus en médecine d'urgence : les crises convulsives de l'adulte au service d'accueil et d'urgence. *Rean Urg* 1992 ; 1 : 321–7.

C Étiologie

1 Crises occasionnelles

Elles peuvent être inaugurales, contemporaines d'un accident vasculaire cérébral (AVC) – quel qu'en soit le type –, d'un traumatisme crânien ou révélatrices d'une tumeur, d'une infection du système nerveux central, d'une atrophie cérébrale. Elles peuvent émailler l'évolution ou survenir à titre de séquelles, notamment après un AVC ou un traumatisme crânien. Il est particulièrement important de rechercher des **troubles métaboliques** (hyponatrémie, hypoglycémie), dont la convulsion peut être l'unique témoin clinique. La prise aiguë d'alcool, de psychotropes ou leur sevrage brutal sont une cause fréquente de crises convulsives. Dans environ un quart des cas, aucune cause n'est retrouvée.

Il peut s'agir de l'entrée dans une maladie épileptique ou de patients qui, sans être à proprement parler épileptiques, ont un seuil épileptogène bas et sont susceptibles de convulser à l'occasion d'une circonstance favorisante.

2 Maladie épileptique

La cause la plus fréquente de convulsions chez un épileptique est le **défaut d'observance** du traitement. Mais il faut rechercher un autre facteur favorisante et parfois reprendre le bilan étiologique à la recherche d'une lésion focale qui aurait pu échapper.

3 Éthylisme

Qu'il s'agisse de crise occasionnelle ou d'une maladie épileptique, l'éthylisme est un facteur majeur de récurrence des crises. Le mécanisme principal est le sevrage. L'éthylisme chronique est de plus un facteur favorisante des autres causes (traumatisme, infection neuroméningée, troubles métaboliques).

D Examens complémentaires

Certains examens doivent être faits systématiquement : glycémie, natrémie, calcémie, numération-formule sanguine. Les autres examens dépendent du contexte. S'il s'agit d'une épilepsie connue, il faut demander un dosage des antiépileptiques. Une tomodensitométrie ou une imagerie par résonance magnétique (IRM) encéphalique seront indiquées en cas de première crise, en urgence s'il existe une notion de traumatisme crânien récent, des signes d'hypertension intracrânienne, un déficit postcritique ou une suspicion d'encéphalite. Une ponction lombaire (PL) sera indiquée, sans retarder l'antibiothérapie, si une méningite ou une méningo-encéphalite sont suspectées.

E Traitement

1 Prise en charge de la crise isolée

En principe, aucune mesure thérapeutique n'est à prendre, la crise ne se reproduisant que rarement. Toutefois, si le risque de récurrence ou l'anxiété du sujet paraissent importants, on peut éventuellement assurer une prévention des récurrences par du clobazam (60 mg le 1^{er} jour, 40 mg le 2^e jour et 20 mg le 3^e jour).

Il faut hospitaliser tout patient ayant fait une première crise afin d'effectuer un bilan étiologique.

2 Prise en charge de la crise chez un épileptique connu

Il faut reprendre le traitement habituel si la crise est liée à un arrêt du traitement. L'hospitalisation n'est en principe pas nécessaire. Si l'observance est correcte ou s'il existe une modification de l'expression séméiologique des crises, une hospitalisation est nécessaire, de préférence en milieu spécialisé.

3 Prise en charge de la récurrence

Si la crise se répète rapidement, qu'il s'agisse d'un épileptique connu ou non, il faut faire une injection intraveineuse lente de 1 mg de clonazépam ou de 10 mg de diazépam. Si cette deuxième crise ne cède pas en quelques minutes, il faut craindre l'évolution vers l'état de mal.

II État de mal épileptique

L'état de mal épileptique (EME) convulsif est une condition menaçant le **pronostic vital**. Une reconnaissance rapide de l'EME convulsif, une prise en charge thérapeutique bien codifiée et une enquête étiologique rapidement conduite sont indispensables pour préserver le pronostic vital.

A Classification et diagnostic

Selon les dernières recommandations d'experts, les EME peuvent être classés selon deux critères cliniques : la prédominance ou non de manifestations motrices et l'altération ou non de la conscience ([tableau 18.1](#)).

Tableau 18.1

Classification simplifiée des états de mal épileptiques (EME)

	Difficulté diagnostique	Gravité
EME avec symptômes moteurs prédominants		
Tonico-clonique généralisé d'emblée	±	+++
Tonico-clonique secondairement généralisé	±	+++
Focal moteur : EME partiel somatomoteur ou épilepsie partielle continue	–	–
Myoclonique avec ou sans coma	±	–
Tonique	±	+
EME sans symptômes moteurs prédominants		
Avec coma*	+++	+++
EME type 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 dans le coma.

1 État de mal épileptique tonico-clonique généralisé

L'état de mal épileptique tonico-clonique généralisé (EMETCG) est défini de façon opérationnelle par une crise généralisée dont les manifestations motrices se prolongent au-delà de 5 minutes ou par des crises (≥ 2) qui se répètent à des intervalles brefs sans reprise de conscience intercritique (non-réponse à des ordres simples).

Cette durée de 5 minutes est justifiée par le fait que la phase tonico-clonique d'une crise généralisée n'excède jamais 2 minutes. De surcroît, l'absence de reprise de la conscience entre deux crises convulsives est également un critère d'EME.

Les crises convulsives en série se répétant à intervalles relativement courts avec reprise de conscience intercritique peuvent évoluer vers un EME mais ne font pas partie de sa définition. Cette situation constitue une menace d'EMETCG. L'EMETCG peut être généralisé d'emblée, survenant le plus souvent dans le cadre d'une épilepsie généralisée idiopathique ou d'une affection toxique ou métabolique du système nerveux central ; il peut être généralisé secondairement et est alors fréquemment symptomatique d'une lésion cérébrale aiguë focale.

2 État de mal larvé (*subtle status epilepticus*)

L'EMETCG larvé, rare, est l'expression clinique très tardive d'un EMETCG non ou insuffisamment traité. Le tableau est alors dominé par le coma et les désordres neurovégétatifs, alors que les convulsions deviennent minimales, limitées à de brèves contractions axiales ou du visage ou à une réversion oculaire. La persistance des crises ne peut alors être reconnue que par l'enregistrement de l'EEG.

3 Autres états de mal épileptiques

Les EME focaux (moteurs ou non) avec troubles de conscience sont définis de façon opérationnelle par une crise qui se prolonge au-delà de 10 minutes ou par des crises qui se répètent (≥ 2) à des intervalles brefs sans reprise de conscience intercritique.

Les EME focaux (moteurs ou non) sans altération de conscience peuvent être définis comme une crise qui se prolonge au-delà de 10 à 15 minutes.

Un EME type absence se définit de façon opérationnelle par une crise qui se prolonge au-delà de 10 à 15 minutes.

Les EME myocloniques, cloniques et toniques, souvent récidivants, constatés la plupart du temps dans le cadre d'encéphalopathies épileptiques ayant débuté dans l'enfance, peuvent être définis comme une crise qui se prolonge au-delà de 10 à 15 minutes.

Un aspect EEG d'EME peut se rencontrer chez un patient dans le coma dans des contextes cliniques divers dont l'analyse doit être rigoureuse car impliquant des prises en charge parfois très différentes en particulier en ce qui concerne l'opportunité et l'intensité du traitement.

Les EME partiels simples somatomoteurs sont caractérisés par la répétition sérielle de crises partielles motrices. Une aversion de la tête et des yeux peut précéder les convulsions. L'EEG enregistre des décharges au niveau des régions rolandiques controlatérales. Les étiologies, chez les sujets où cet état de mal est inaugural, sont dominées par les lésions vasculaires ou tumorales.

L'EME tonique est caractérisé par la répétition à intervalles brefs de crises toniques associées à des manifestations végétatives. Il s'observe essentiellement dans les encéphalopathies épileptiques de l'enfant.

B Diagnostic différentiel

L'EMETCG est facile à reconnaître, il faut cependant éliminer :

- des syncopes convulsivantes à répétition, secondaires à un trouble du rythme ou de la

conduction cardiaque. L'ECG permet le diagnostic ;

- les accès de décérébration tonique accompagnés parfois de mouvements d'allure clonique, symptomatiques d'un engagement cérébral ou d'une anoxie aiguë ;
- des manifestations de conversion hystérique (*cf. supra*) ;
- un état de mal myoclonique chez l'épileptique connu qui se traduit par des myoclonies répétées survenant habituellement en pleine conscience. Au cours de certaines encéphalopathies, notamment anoxiques, l'état de mal myoclonique est dans la majorité des cas non épileptique. Un EEG reste indiqué dans cette situation.

C Diagnostic étiologique

L'enquête étiologique doit être centrée sur la recherche de causes nécessitant un traitement d'urgence. L'EME peut répondre à plusieurs étiologies. Il faut distinguer deux situations différentes.

1 Chez un épileptique connu (50 % des EME)

Les principaux facteurs déclenchants sont : un sevrage ou un sous-dosage en antiépileptique par défaut d'observance ou modification du traitement ; une intoxication éthylique ou un sevrage en alcool ; l'introduction d'un médicament pouvant provoquer des convulsions ; une privation de sommeil ; une infection intercurrente. Le bilan doit comporter un dosage des antiépileptiques. Si aucune des causes habituelles n'est retrouvée, si l'EME persiste ou s'il existe un doute en raison de données d'anamnèse ou d'examen inhabituel, l'attitude doit être la même qu'en l'absence de maladie épileptique.

2 État de mal épileptique inaugural (50 % des EME)

Il doit faire rechercher une lésion cérébrale focale ou une perturbation systémique aiguë. Les affections cérébrales focales aiguës ou leurs séquelles les plus fréquemment en cause sont les AVC, les tumeurs, les lésions post-traumatiques, les infections aiguës du système nerveux central. Les perturbations systémiques provoquant des EME sont les troubles métaboliques (hypoglycémie, hyponatrémie), l'anoxie cérébrale, les intoxications médicamenteuses (antidépresseurs tricycliques, théophylline, isoniazide, certains antibiotiques), certains sevrages (benzodiazépines, alcool). Chez l'enfant, un EME inaugural peut être observé dans le cas de convulsions fébriles se prolongeant suffisamment pour évoluer vers un EME. Aucune cause n'est cependant mise en évidence dans 5 à 30 % des cas selon les séries et l'exhaustivité de l'enquête diagnostique. L'EME peut alors être la première manifestation d'une maladie épileptique.

En dehors de la détermination de la glycémie, de la natrémie et de la calcémie qui est systématique, le choix des examens complémentaires dépend des données anamnestiques et de l'examen clinique.

Une imagerie cérébrale (scanner cérébral sans et avec injection ou IRM) doit être demandée, après avoir obtenu l'arrêt même transitoire des convulsions si : l'EME survient après un traumatisme crânien ou un acte neurochirurgical ; il existe des signes focaux cliniques (début partiel de la crise secondairement généralisée ou signes déficitaires), des signes

récents d'hypertension intracrânienne ; une ponction lombaire est nécessaire, en cas de notion de néoplasie.

Une ponction lombaire est requise, en l'absence de contre-indications, dans un contexte infectieux, en cas d'immunodépression ou de négativité de la recherche étiologique.

L'EME peut s'accompagner d'une pléiocytose modérée, de l'ordre de 20 à 30 éléments/mm³ en l'absence de toute infection, ce qui peut poser des problèmes d'interprétation.

Un EEG est indiqué en cas de :

- doute persistant sur un pseudo-état de mal ;
- suspicion d'EME non convulsif à expression confusionnelle ;
- persistance de trouble de la conscience afin de déterminer la persistance d'une activité critique (EME larvé).

Un EME s'accompagne fréquemment d'une augmentation des enzymes musculaires (rhabdomyolyse) et d'une hyperlactatémie.

D Évolution et pronostic

L'EME généralisé tonico-clonique ou larvé engage le pronostic vital et peut laisser des séquelles neurologiques : déficit, atteinte des fonctions cognitives, détérioration intellectuelle, apparition d'une maladie épileptique ou aggravation d'une épilepsie antérieure. La morbidité et la mortalité relèvent de mécanismes divers : étiologie, souffrance neuronale épileptique, éventuelles conséquences systémiques, complications de la réanimation et des traitements. La mortalité de l'EMETCG est de l'ordre de 10 à 40 % chez l'adulte. Dans 90 % des cas, elle est liée à la cause de l'EME. L'EME chez un épileptique connu ou secondaire à un sous-dosage en antiépileptique est de meilleur pronostic. Le risque de récurrence d'EME et d'épilepsie est plus important en cas d'EME réfractaire.

E Traitement des états de mal épileptiques tonico-cloniques généralisés

Stratégie thérapeutique

Elle comporte des mesures de prise en charge non spécifique pour maintenir les fonctions vitales et prévenir les complications, la prescription d'antiépileptiques pour faire cesser les crises et un traitement étiologique adapté lorsque celui-ci est possible.

Ces trois volets du traitement doivent être menés simultanément

Encadré 18.2 Traitement anti-épileptique de l'état de mal épileptique tonico-clonique généralisé

Première ligne

- Chez l'adulte :
 - clonazépam : 0,015 mg/kg, par voie intraveineuse (max. 1,5 mg) ;
 - ou midazolam : 0,15 mg/kg par voie intramusculaire.
- Chez l'enfant :
 - diazépam : 0,5 mg/kg par voie intrarectale ;
 - ou midazolam : 0,3 mg/kg par voie buccale (max. 10 mg).

Échec à 5 minutes : répéter le traitement de première ligne.

Échec à 5 minutes = seconde ligne

- Valproate de sodium : 40 mg/kg IVSE en 15 minutes (max. 3 g) ; contre-indiqué chez la femme jeune et l'enfant.
- Ou fosphénytoïne : 20 mg/kg IVSE à 100–150 mg/min sous scope ; contre-indiquée chez le sujet cardiaque et/ou avec trouble du rythme.
- Ou phénobarbital : 15 mg/kg IVSE 50–100 mg/min chez un patient intubé et ventilé ;
- Ou lévétiracétam : 30 à 60 mg/kg IVSE en 10 min.

Échec à 30 minutes = troisième ligne

- Anesthésie générale sous intubation trachéale.
- Ou administration d'un autre antiépileptique de deuxième ligne, si début de EME < 60 min, chez le sujet épileptique et en l'absence de facteur d'agression cérébrale.

IVSE : voie intraveineuse par seringue électrique.

Prise en charge non spécifique

Chez le patient en EMETCG, il est nécessaire, dès la phase préhospitalière, de lutter contre les facteurs d'agression cérébrale et de les prévenir : hypotension artérielle, hypocapnie, hypoxémie, hypoglycémie, hyponatrémie, hyperthermie, hypocalcémie, hyperoxie, hypercapnie franche, certaines hypertensions (par exemple dans le cadre d'un *posterior reversible encephalopathy syndrome* ou PRES), troubles du rythme et de la conduction, hyperglycémie.

Le soluté de base conseillé est, chez l'adulte, le sérum salé à 0,9 % et, chez l'enfant, un soluté sucré isotonique avec adjonction d'ions.

L'administration de 100 à 500 mg de thiamine s'impose au moindre doute de carence en vitamine B1 (éthylisme, dénutrition, femme enceinte...) en particulier si une perfusion de sérum glucosé hypertonique est nécessaire pour la correction d'une hypoglycémie.

La ventilation mécanique sous intubation trachéale d'un patient en EMETCG n'est indiquée qu'en cas de détresse respiratoire soutenue (au-delà des quelques minutes de respiration stertoreuse postcritique) et en cas d'échec (persistance des convulsions) des traitements de 1^{re} et de 2^e ligne bien conduits. L'étiologie de l'EME peut imposer en elle-même une intubation : traumatisme crânien grave, hémorragie sous-arachnoïdienne, hypertension intracrânienne (HTIC) sévère.

Traitement antiépileptique (encadré 18.2)

Il faut utiliser des benzodiazépines comme traitement de 1^{re} ligne : **clonazépam** (0,015 mg/kg, soit 1 mg par voie intraveineuse directe pour 70 kg ; 1,5 mg maximum si obésité, poids estimé > 100 kg). En cas d'absence de voie veineuse rapidement disponible, il est recommandé d'utiliser chez l'adulte le **midazolam** (0,15 mg/kg soit 10 mg par voie intramusculaire pour un adulte de 70 kg) et chez l'enfant le **diazépam** par voie rectale (0,5 mg/kg sans dépasser 10 mg) ou le **midazolam** par voie buccale (0,3 mg/kg sans dépasser 10 mg).

Il faut probablement répéter l'injection de la benzodiazépine (à l'exception du midazolam) en cas de persistance clinique de l'EMETCG, 5 minutes après la première injection (si l'état respiratoire s'est dégradé, il est prudent de n'administrer qu'une demi-dose).

En cas de persistance clinique de l'EMETCG, 5 minutes après la deuxième injection de benzodiazépine, il faut administrer par voie intraveineuse un autre médicament antiépileptique en deuxième ligne.

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 en 15 minutes, dose maximum 3 g) ; préférer un autre traitement de deuxième ligne chez les femmes en âge de procréer et les enfants ;
- **fosphénytoïne** à la dose de 20 mg/kg en dose équivalent phénytoïne, à un débit maximum de 100 à 150 mg/min, ou phénytoïne à la dose de 20 mg/kg à un débit maximum de 50 mg/min (si âge > 65 ans : 15 mg/kg et débit réduit) sous scope ; contre-indiquée en cas de troubles du rythme et de la conduction et à manier prudemment en cas d'antécédents cardiaques ; préférer la phénytoïne à la fosphénytoïne chez l'enfant de moins de 5 ans ;
- **phénobarbital** (15 mg/kg à un débit de 50 à 100 mg/min), ayant un effet plus sédatif et surtout déprimeur respiratoire, nécessitant intubation et ventilation mécanique invasive ;
- **lévétiracétam** (30 à 60 mg/kg en 10 min, maximum 4 g).

Si les convulsions persistent 30 minutes après le début de l'administration du traitement de deuxième ligne, on se trouve devant un EMETCG réfractaire. Il faut alors probablement chez l'adulte, après intubation trachéale sous anesthésie en séquence rapide, recourir en troisième ligne à un coma thérapeutique au moyen d'un agent anesthésique intraveineux.

Cependant il est possible chez l'adulte et l'enfant, à ce stade d'EMETCG réfractaire, de différer le recours à l'anesthésie générale en administrant un autre antiépileptique de deuxième ligne, si l'EME évolue depuis moins de 60 minutes et s'il s'agit d'un patient avec épilepsie connue ne présentant pas de facteur d'agression cérébrale manifeste.

En cas de contrôle de l'EME, il est indispensable d'effectuer un relais par une benzodiazépine par voie entérale (clobazam, 5 à 10 mg, 3 fois/jour ou clonazépam, 1 à 2 mg, 3 fois/jour) ou parentérale discontinuée et d'obtenir un avis spécialisé pour discuter de l'instauration ou de la modification d'un traitement antiépileptique de fond.

Points clés

- La crise convulsive généralisée est caractérisée par un début brutal avec perte de conscience suivie :
 - d'une phase tonique avec apnée ;
 - d'une phase clonique avec des secousses musculaires généralisées ;
 - d'une phase de coma post-critique hypotonique.

- L'ensemble des trois phases dure 5 à 10 minutes.
- Les signes de gravité imposant une hospitalisation pour surveillance et bilan étiologique immédiat sont :
 - la répétition des crises à bref intervalle ;
 - la persistance de la confusion mentale au-delà de 30 minutes ;
 - l'existence d'une fièvre (> 38 °C), d'un déficit postcritique ou de troubles métaboliques ;
 - l'existence d'un traumatisme crânien récent, d'une maladie générale ou d'une grossesse.
- La crise isolée ne nécessite pas de traitement spécifique. En cas de récurrence une injection intraveineuse en 3 à 5 minutes de clonazépam (1 mg) est indiquée. Un bilan étiologique doit être planifié.
- L'état de mal épileptique tonico-clonique généralisé est défini par la prolongation de convulsions continues ou subintrantes au-delà de 5 minutes. L'EME engage le pronostic vital.
- Les examens complémentaires nécessaires au diagnostic étiologique de l'EME sont :
 - le dosage de la glycémie, de la natrémie et de la calcémie ;
 - une imagerie cérébrale s'il existe un traumatisme crânien, des signes cliniques focaux ou si l'étiologie reste inconnue ;
 - l'examen du liquide céphalorachidien s'il existe une fièvre récente ;
 - un EEG en cas de doute sur un pseudo-état de mal ou en cas d'EME réfractaire.
- Le traitement de l'EME est une urgence nécessitant :
 - des mesures générales pour assurer une ventilation et une hémodynamique correctes et une correction des troubles métaboliques ;
 - un traitement antiépileptique selon un protocole rigoureux (voir encadré 18.2).

Pour en savoir plus

Outin H, Gueye P, Alvarez V, et le groupe d'experts
Prise en charge des états de mal épileptiques en préhospitalier, en structure d'urgence et en réanimation dans les 48 premières heures. Recommandations formalisées d'experts de la SRLF et de la SFMU en collaboration avec le GFRUP. 2018 ; à paraître sur le site Internet de la Société de réanimation de langue française : <https://www.srlf.org/>