



# Crise Convulsive, Epilepsie Et Aéronautique...

... de l'anamnèse à l'aptitude



8 Novembre 2018



V Beylot, J Monin, L Marion, G Guiu, AP Hornez, JF Oliviez  
J Deroche, O Manen, E Perrier

# ○ Cas clinique

Visite reprise PNC, 34 ans, LC 10 ans sans ATCD

**3 mois** après luxation  
gléno-humérale bilatérale

« Chute » lors d'un **vol transatlantique**

Perte de conscience « **accompagnée de mouvements généralisés** », puis chute et trauma épaules sur fauteuils

## **Circonstances complémentaires :**

Séparation récente

Fatigue ++

Vol en représentation autre compagnie, sous-effectif PNC, charge de travail A-R ++

# Cas clinique

PEC Roissy

Reprise  
conscience avant  
atterrissage,  
durée PC  
inconnue

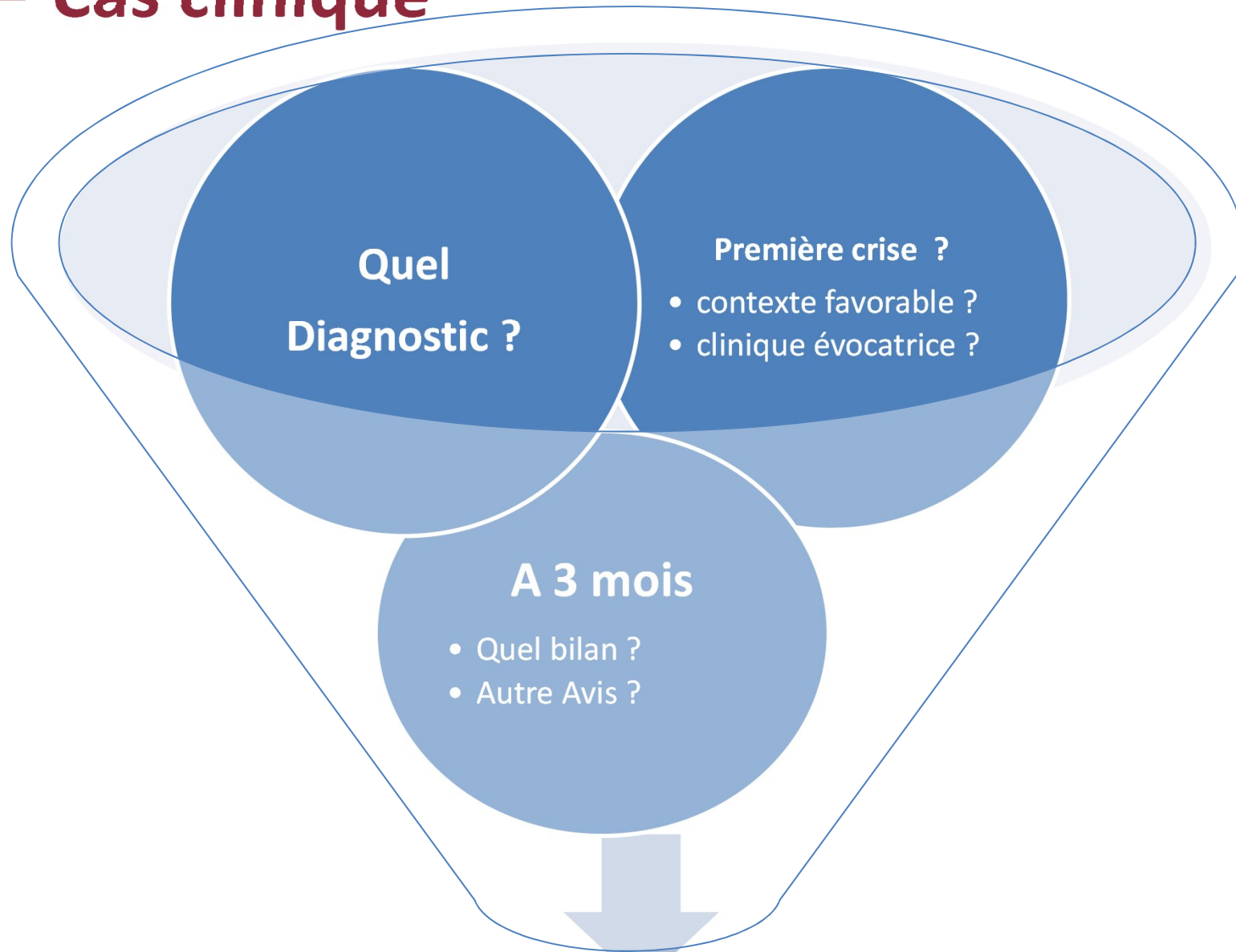
## SAU (H+4)

- GCS 15, Ø déficit ou focalisation
- **TDM cérébral** : Ø hématome IC, SD, ED hémorragie méningée,
- **TDM MS** : lésions 2 épaules, luxation avec atteintes osseuses G + lésion col huméral D
- **Bio SAU (H+5)** :
  - Iono, gly, lactate N
  - Transaminases augmentées = **2xN**
  - CPK **1402** UI/l (10xN)
  - OH <0,1g/l,

**Traitement sortie**  
immobilisation 2  
épaules,  
après avis neuro :  
proposition Keppra  
(< 1mois)

**EEG J+15** : tracé sans  
anomalies  
significatives  
(HPN, SLI RAS)

# ○ Cas clinique



**Inaptitude temporaire car  
non consolidation orthopédique**

## Cas clinique

### Revu à 1 mois avec 2 avis Neuro + EEG

- Asymptomatique, consolidé ortho sans séquelles
- Reprise anamnèse difficile : pas de morsures, ni pertes urinaires
- Pas de témoins (avion autre Cie)
- Contexte favorable de fin de vol retour, fatigue préalable +++, décalage horaire

**EEG : Normal**

**IRM de contrôle sub N**

**Proposition 2 neurologues : pas de traitement**

**inapte temporaire PNC recul minimal 6 mois**

# Plusieurs questions

S'agit il  
d'une crise  
comitiale ?

Quelle  
attitude  
après crise  
inaugurale ?

Bilan  
complémentaire  
Traitement ?

Risque Aéro ?

Délai  
Reprise ?

# ○ Cas clinique

Dans l'intervalle de 6 mois

- Nouvel EEG + EEG avec privation sommeil
- Bilan Cardio-vasculaire (excluant autre cause syncopale)
- Bilan Biologique

EEG : RAS / Cardio : RAS

Bilan bio (cf. transaminases initiales) : Transa / GGT et CDT

GGT 80 (1,5 x N), Transa (1,5 x N) **CDT : 5,7%**

Consommations OH actuelles avouées

>0,5l OH fort/jr lors période crise (∅ consommation avant vol)

Au total, 1<sup>ère</sup> crise contexte favorable : fatigue / abaissement seuil + consommation / sevrage OH

**Inapte temporaire pour mésusage OH + crise  
suivi SMPCAA/ CDT**



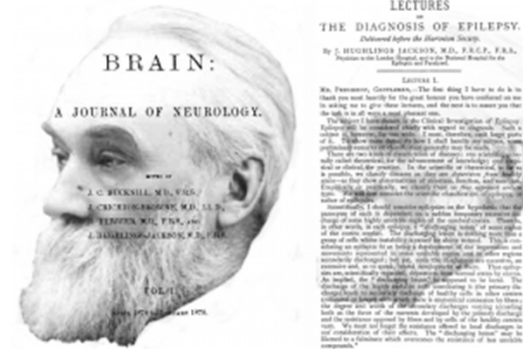
# Plan

- Définition
- Epidémiologie
- Problématique aéronautique
- Diagnostic positif et étiologie
- Bilan post critique
- Traitement
- Règlementation
- Délai de reprise et Conclusion





# Définitions



**Crise convulsive (seizure) :** survenue transitoire de symptômes dus à une activité neuronale excessive ou anormalement synchrone au niveau cortex

HAS 2014

≠

**Epilepsie :**

**au moins deux crises** non provoquées espacées de plus de 24 heures

une crise et risque récurrence majeure

Fischer ILAE 2014

**question : ++ récurrence**

# ○ — Epidémiologie

**5-10%** population générale au moins 1 fois dans sa vie

Prévalence population générale épilepsie : **0,5%**

Donc pas si rare => quelle attitude après une seule crise ?

Aéronautique : crainte du déroutement,  
crise persistante en vol

 **INDEPENDENT** News InFact Politics Voices **Indy/Life** Business Sport Tech Culture [Subscribe](#)

---



[News](#) > [UK](#) > [Home News](#)

### EasyJet throws woman off flight after epileptic seizure despite paramedics declaring her fit to fly

Helen Stephens says she was made to feel like a 'child dismissed from class' after being forced to disembark

Harry Cockburn | Wednesday 31 August 2016 16:15 BST

 [J'aime](#) [Click to follow](#)  
The Independent Online

# Epidémiologie

11920 urgences en vol  
5 compagnies, 34 mois

5<sup>ème</sup> cause d'urgences  
en vol (5,8%)

3<sup>ème</sup> cause de  
déroutement  
(9,4%)

## Outcomes of Medical Emergencies on Commercial Airline Flights

Peterson et al. N Engl J Med 2013;368:2075-83

Table 1. In-Flight Medical Emergencies According to Medical-Problem Category and Outcome.

Category	All Emergencies	Aircraft Diversion	Transport to a Hospital*	Hospital Admission†	Death
		no./total no. (%)			no.
All categories	11,920/11,920 (100)	875/11,920 (7.3)	2804/10,877 (25.8)	901/10,482 (8.6)	36
Syncope or presyncope	4463/11,920 (37.4)	221/4463 (5.0)	938/4252 (22.1)	267/4123 (6.5)	4
Respiratory symptoms	1447/11,920 (12.1)	81/1447 (5.6)	311/1371 (22.7)	141/1336 (10.6)	1
Nausea or vomiting	1137/11,920 (9.5)	56/1137 (4.9)	243/1025 (23.7)	61/994 (6.1)	0
<b>Seizures</b>	<b>689/11,920 (5.8)</b>	<b>83/689 (12.0)</b>	<b>224/626 (35.8)</b>	<b>75/602 (12.5)</b>	<b>0</b>
Abdominal pain	488/11,920 (4.1)	50/488 (10.2)	104/412 (39.8)	41/391 (10.5)	0
Infectious disease	330/11,920 (2.8)	6/330 (1.8)	45/239 (18.8)	8/232 (3.4)	0
Agitation or psychiatric symptoms	287/11,920 (2.4)	16/287 (5.6)	38/249 (15.3)	17/244 (7.0)	0
Allergic reaction	265/11,920 (2.2)	12/265 (4.5)	40/233 (17.2)	8/229 (3.5)	0
Possible stroke	238/11,920 (2.0)	39/238 (16.4)	92/214 (43.0)	46/196 (23.5)	0
Trauma, not otherwise specified	216/11,920 (1.8)	14/216 (6.5)	34/185 (18.4)	5/180 (2.8)	0
Diabetic complication	193/11,920 (1.6)	15/193 (7.8)	45/181 (24.9)	13/172 (7.6)	0
Headache	123/11,920 (1.0)	10/123 (8.1)	23/108 (21.3)	4/107 (3.7)	0
Arm or leg pain or injury	114/11,920 (1.0)	6/114 (5.3)	27/100 (27.0)	4/98 (4.1)	0
Obstetrical or gynecologic symptoms	61/11,920 (0.5)	11/61 (18.0)	29/53 (54.7)	11/47 (23.4)	0
Ear pain	49/11,920 (0.4)	1/49 (2.0)	2/43 (4.7)	1/43 (2.3)	0
Cardiac arrest	38/11,920 (0.3)	22/38 (57.9)	14/34 (41.2)	1/6 (16.7)	31
Laceration	33/11,920 (0.3)	1/33 (3.0)	3/26 (11.5)	0/25	0
Other	821/11,920 (6.9)	62/821 (7.6)	162/705 (23.0)	36/679 (5.3)	0
Unknown	8/11,920 (0.1)	0/8	0/8	0/8	0

# Epidémiologie

**Surgical and medical emergencies on board European aircraft: a retrospective study of 10189 cases**

**2 compagnies, 72 mois**

Sand et al. Critical Care 2009, 13.

Crise comitiale :  
de 1,2 à 3%  
des causes  
(6-12<sup>ème</sup> patho)

**3<sup>ème</sup> cause  
déroutement  
(9,4%)**

Details of medical and surgical in-flight emergencies. Percentages are based on 10,189 incidents from two European airlines January 2002 to December 2007.

Year	2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Diagnosis	1615	100%	1210	100%	1167	100%	1692	100%	2379	100%	2126	100%
Syncope	906	56.1%	665	55.0%	726	62.2%	919	54.3%	1028	43.2%	1063	50.0%
Gastrointestinal disorders	150	9.3%	89	7.4%	91	7.8%	160	9.5%	253	10.6%	183	8.6%
Generalised pain	89	5.5%	50	4.1%	29	2.5%	63	3.7%	100	4.2%	101	4.8%
Fear of flying, unruliness	73	4.5%	42	3.5%	33	2.8%	91	5.4%	118	5.0%	103	4.8%
Cardiac condition	64	4.0%	52	4.3%	58	5.0%	93	5.5%	148	6.2%	93	4.4%
Nausea and vomiting	52	3.2%	23	1.9%	30	2.6%	49	2.9%	87	3.7%	58	2.7%
Allergy	37	2.3%	42	3.5%	24	2.1%	25	1.5%	40	1.7%	54	2.5%
Pyrexia	30	1.9%	35	2.9%	18	1.5%	26	1.5%	50	2.1%	30	1.4%
Accident	26	1.6%	22	1.8%	18	1.5%	46	2.7%	165	6.9%	82	3.9%
Hypoglycaemia	23	1.4%	30	2.5%	8	0.7%	16	0.9%	14	0.6%	12	0.6%
Renal colic	22	1.4%	27	2.2%	10	0.9%	16	0.9%	22	0.9%	17	0.8%
<b>Epileptic seizure</b>	<b>19</b>	<b>1.2%</b>	<b>36</b>	<b>3.0%</b>	<b>28</b>	<b>2.4%</b>	<b>31</b>	<b>1.8%</b>	<b>61</b>	<b>2.6%</b>	<b>44</b>	<b>2.1%</b>
Dyspnoea	18	1.1%	5	0.4%	2	0.2%	3	0.2%	4	0.2%	2	0.1%
Asthma, dyspnoea	14	0.9%	7	0.6%	8	0.7%	22	1.3%	65	2.7%	68	3.2%
Inebriation	13	0.8%	6	0.5%	5	0.4%	4	0.2%	11	0.5%	11	0.5%
Thrombosis	9	0.6%	8	0.7%	6	0.5%	11	0.7%	8	0.3%	5	0.2%
Biliary colic	9	0.6%	4	0.3%	5	0.4%	4	0.2%	9	0.4%	2	0.1%
Migraine	8	0.5%	4	0.3%	2	0.2%	4	0.2%	2	0.1%	8	0.4%
Epistaxis	8	0.5%	2	0.2%	5	0.4%	8	0.5%	7	0.3%	5	0.2%
Deaths	6	0.4%	3	0.2%	5	0.4%	5	0.3%	13	0.5%	20	0.9%
Hyperventilation	6	0.4%	8	0.7%	2	0.2%	9	0.5%	27	1.1%	13	0.6%
Appendicitis	6	0.4%	3	0.2%	3	0.3%	5	0.3%	4	0.2%	6	0.3%
Pregnancy problems	6	0.4%	4	0.3%	5	0.4%	13	0.8%	7	0.3%	8	0.4%
Diabetes	4	0.2%	7	0.6%	19	1.6%	26	1.5%	45	1.9%	34	1.6%



# Impact du vol chez patients épileptiques

Air travel and seizure frequency for individuals with epilepsy

Tracy Trevorrow \*

Seizure (2006) 15, 320–327

Etude prospective, 37 épileptiques prenant l'avion  
Vols moyens : 6 h

Critère : fréquence crise  
7 jours avant et 7 jours après

- 23/37 aucune crise
- Pour les 14 autres

**Majoration x 2** en post vol ( $p=0.02$ )

∅ crise en vol

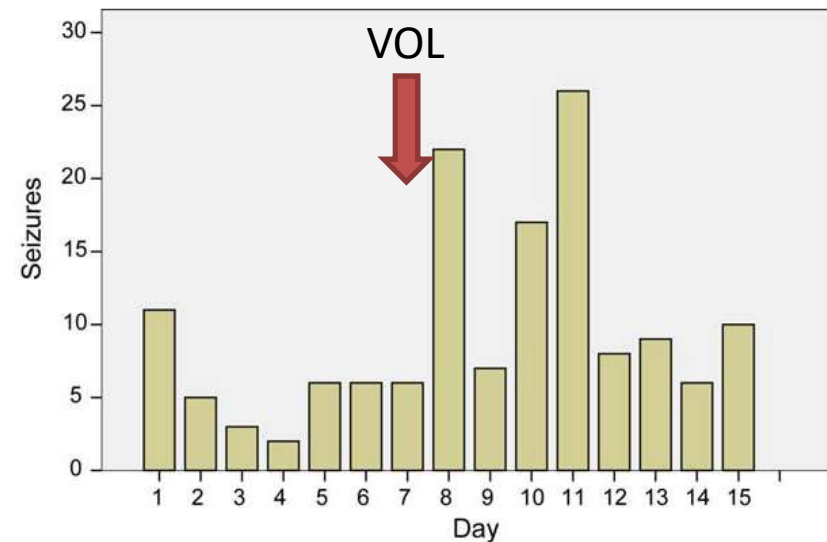


Figure 1 Sum of seizures per day (participants' flight taken during day eight).

# ○ — Impact aéronautique

Concerne les passagers

les personnels professionnels soumis

- Décalage horaire
- Manque sommeil
- Hypoxie relative

## **Milieu aéronautique susceptible**

- Majorer/favoriser crises
- crise complexe à prendre en charge dans espace réduit
- Facteur pouvant impliquer déroutement

# ○ Diagnostic positif indispensable

Mais **taux erreur diagnostique élevé** même devant tableau évocateur 19-26% (HAS 2014)

**Anamnèse fondamentale** / recueil témoins ++

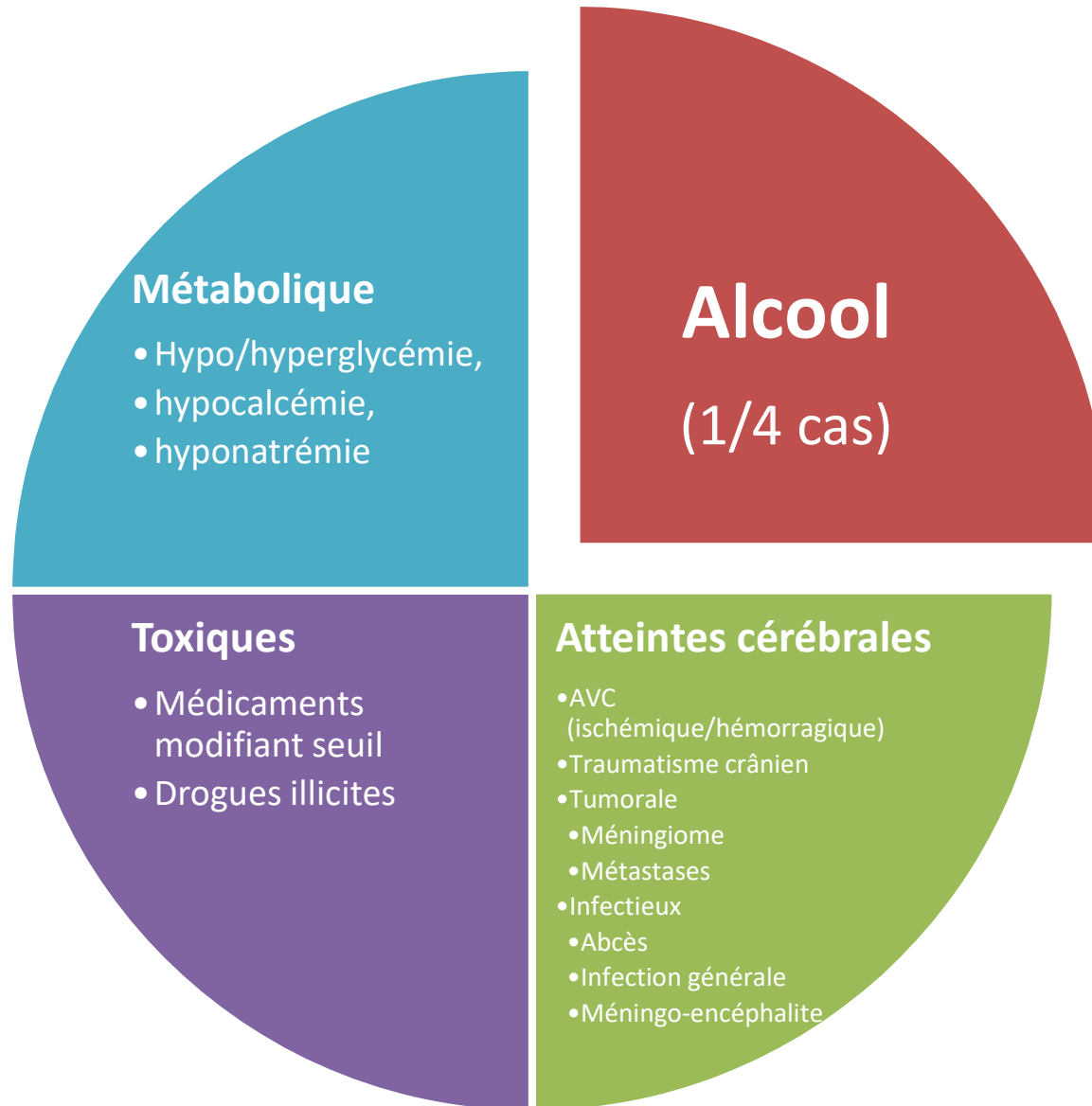
Images éventuelles vidéo, portable

Examens complémentaires  
(EEG si perturbé)



**Différentiel** : Crises NE Psychogène / Syncope convulsive

# ○ — Diagnostic étiologique





# ○ Bilan étiologique (HAS 2014)

**Bilan bio** (grade C) : iono, glycémie, urée, créat, NFS, CRP, CPK, OH si médico-légal

**Imagerie** (IRM) délai de 4 semaines (grade B)

A réaliser + vite / urgence si tableau initial :

déficit focal,  
confusion persistante,  
fièvre,  
TC,  
Kc,  
Anticoag,  
immunosuppression,  
âge, suivi aléatoire

**EEG** au cours des 4 semaines, idéalement 24-48 h (grade B)

**Consultation neuro** dans les 15 jours

Facteurs favorisant associés à **récidive** sont  
**anomalies EEG / anomalies Imagerie.**

B : présomption scientifique / C : faible niveau de preuve

# ○ — Traitement

Indications après 1<sup>ère</sup> crise (HAS 2014)

(grade A)

- Prédilection durable à survenue crise
- Déficit neurologique
- EEG activité épileptique non équivoque
- Anomalie structurale à l'imagerie

# Récidive

*Epilepsia*, 49(Suppl. 1):13-18, 2008  
doi: 10.1111/j.1528-1167.2008.01444.x

## SUPPLEMENT - MANAGEMENT OF A FIRST SEIZURE

Risk of recurrence after a first unprovoked seizure

Anne T. Berg

Quelle récidive post 1<sup>ère</sup> crise non traitée ?

groupe	6 mois	24 mois	60 mois	96 mois
Traitement initial (404)	18%	32%	42%	46%
Traitement différé (408)	26%	39%	51%	52%

MESS study 2005, 812 participants, taux de récidive crise

groupe	3 mois	6 mois	12 mois	24 mois
Traitement initial (193)	7%	8%	17%	25%
Traitement différé (204)	18%	28%	41%	51%

FIR.S.T study 1993, 397 participants, taux de récidive crise

**40 - 50 % à 2 ans**

FR récidive { EEG anormal,  
Cause neurologique identifiée  
Crise symptomatique

Survenue d'un 2<sup>nd</sup>e crise majeure le risque, modifie prise en charge

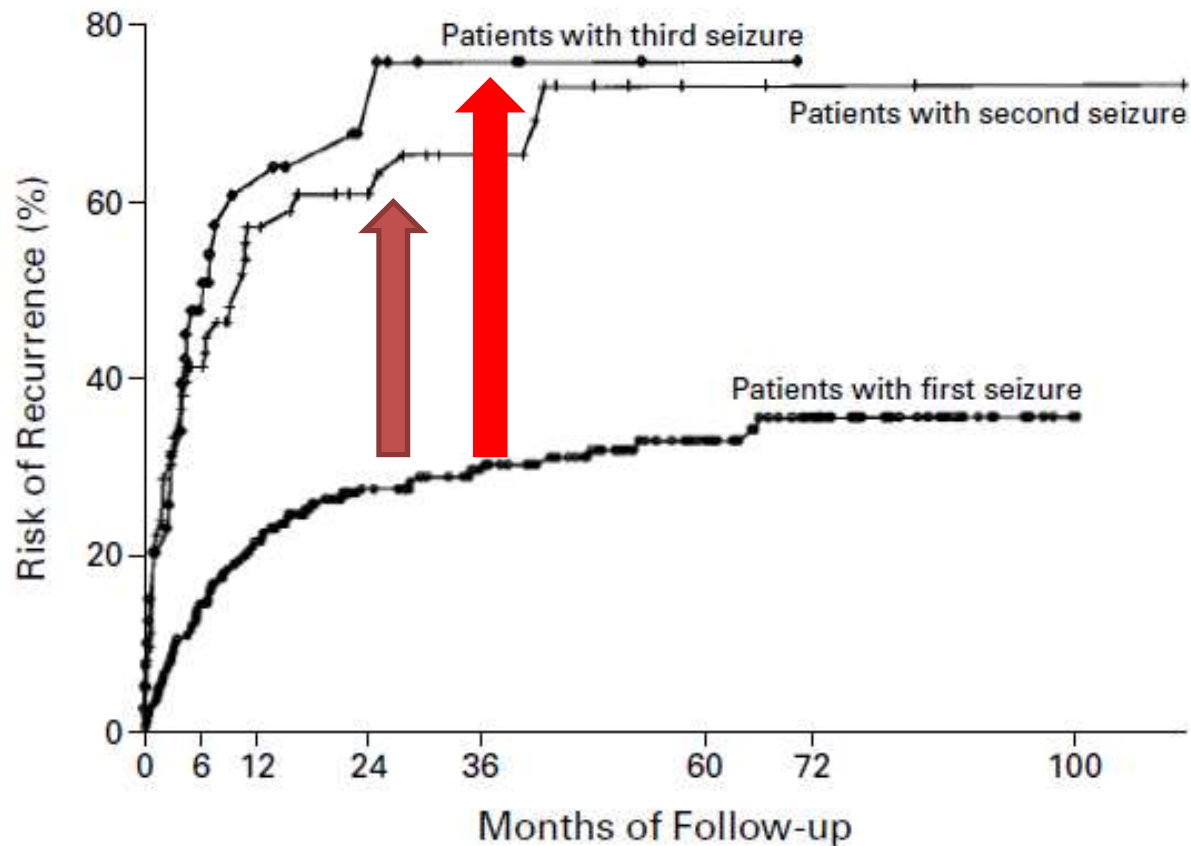
# Impact Récidive

## RISK OF RECURRENT SEIZURES AFTER TWO UNPROVOKED SEIZURES

W. ALLEN HAUSER, M.D., STEPHEN S. RICH, PH.D., JU R.-J. LEE, PH.D., JOHN F. ANNEGERS, PH.D.,  
AND V. ELVING ANDERSON, PH.D.

New England J Med 1998; 338(7) :420-434

## Pronostic et thérapeutique





# Règlement Européen 1178/2011

## Epilepsie = inapte

Si ATCD, sans récurrence, 10 ans sans ttt :

Cl 1 : Renvoi pôle

Cl 2 : Concertation

Mais pas de mention **crise comitiale unique ?**

LAPL / PNC pas de mention spécifique

### MED.B.065 Neurologie

a) Le demandeur ne doit pas présenter d'antécédents médicaux ou de diagnostic clinique d'affection neurologique susceptible d'influer sur l'exercice en toute sécurité des privilèges de la licence ou des licences en question.

b) Le demandeur présentant des antécédents établis ou un diagnostic clinique de:

1) épilepsie;

2) épisodes récurrents de trouble de la conscience de cause incertaine;

est déclaré inapte.

c) Le demandeur présentant des antécédents établis ou un diagnostic clinique de:

1) épilepsie sans récurrence après l'âge de cinq ans;

2) épilepsie sans récurrence et dont le traitement a été arrêté depuis plus de dix ans;

3) anomalies électro-encéphalographiques et ondes lentes focalisées;

4) affection évolutive ou stable du système nerveux;

5) épisode unique de trouble de la conscience de cause incertaine;

6) perte de connaissance consécutive à un traumatisme crânien;

7) lésion cérébrale pénétrante;

8) lésion de la moelle épinière ou d'un nerf;

doit se soumettre à un examen plus approfondi avant qu'une évaluation de l'aptitude puisse être envisagée. Le demandeur d'un certificat médical de classe 1 est renvoyé à l'autorité de délivrance des licences. L'aptitude du demandeur d'un certificat médical de classe 2 est évaluée en concertation avec l'autorité de délivrance des licences.

# AMC

## Classe 1

### Epilepsie = inapte

Sf épilepsie de l'enfant (<âge 5 ans) et sans récurrence après 10 ans sans ttt

crise aiguë symptomatique / un seul épisode=> évaluation neuro

et renvoi pôle, restriction OML

## Classe 2

peut être déclaré apte

Crise unique avec très faible risque récurrence

### AMC2 MED.B.065 Neurologie

#### (a) Épilepsie

Un demandeur peut être déclaré apte si :

- (1) le demandeur n'a présenté, comme antécédent, qu'un seul épisode épileptique afébrile considéré comme ayant un très faible risque de récurrence ;
- (2) il n'y a eu aucune récurrence depuis au moins 10 ans sans traitement ;
- (3) il n'existe aucune preuve de la persistance d'une prédisposition à l'épilepsie.

### AMC1 MED.B.065 Neurologie

#### (a) Épilepsie

- (1) Un diagnostic d'épilepsie entraîne l'inaptitude, excepté s'il n'existe aucun doute sur la présence d'un syndrome d'épilepsie bénigne durant l'enfance associé à un très faible risque de récurrence et si le demandeur n'a présenté aucune récurrence et a arrêté tout traitement depuis plus de 10 ans. La survenue d'un ou plusieurs épisodes convulsifs après l'âge de 5 ans entraîne l'inaptitude. En cas de crise aiguë symptomatique, considérée comme ayant un très faible risque de récurrence, une décision d'aptitude peut être envisagée après un bilan neurologique.
- (2) Les demandeurs peuvent être déclarés aptes par l'autorité de délivrance des licences, avec une limitation multipilote, dans les cas suivants :
  - (i) le demandeur n'a présenté qu'un seul épisode épileptique afébrile ;
  - (ii) il n'y a eu aucune récurrence depuis au moins 10 ans sans traitement ;
  - (iii) il n'existe aucune preuve de la persistance d'une prédisposition à l'épilepsie.

**Pb = Récurrence**

# ○ — AMC

## LAPL :

- **Epilepsie = inapte**
- Réeval avec recul 5 ans après arrêt ttt
  
- **Episode unique** : apte si cause identifiée et pas de prédisposition à récurrence **OU** pas de récurrence après 5 ans sans ttt

## PNC :

- Epilepsie :
  - **active, récurrence = inapte**
- épilepsie de l'enfance = évaluation approfondie nécessaire avant aptitude

## Crise unique : ?

### AMC13 MED.B.095 Neurologie

- (a) Epilepsie et crises épileptiques
  
- (1) Les demandeurs présentant un diagnostic établi ou étant sous traitement pour épilepsie doivent être déclarés inaptes. Une réévaluation après l'arrêt de tout traitement depuis au moins 5 ans doit comporter un bilan neurologique.
  
- (2) Les demandeurs peuvent être déclarés aptes si :
  - (i) le demandeur n'a présenté, comme antécédent, qu'un seul épisode épileptique afebrile considéré comme ayant un très faible risque de récurrence ; et
  - (ii) il n'y a eu aucune récurrence depuis au moins 5 ans sans traitement ; ou
  - (iii) une cause a été identifiée et traitée et il n'existe aucune preuve de persistance d'une prédisposition à l'épilepsie.

### AMC13 MED.C.025 Neurologie

- (a) Les membres d'équipage de cabine présentant des antécédents établis ou un diagnostic clinique des affections suivantes :
  - (1) épilepsie ; ou
  - (2) épisodes récurrents de troubles de la conscience d'origine incertainedoivent être déclarés inaptes.
  
- (b) Les membres d'équipage de cabine présentant des antécédents établis ou un diagnostic clinique des affections suivantes :
  - (1) épilepsie sans récurrence après l'âge de cinq ans et sans traitement depuis plus de dix ans ;
  - (2) anomalies épileptiformes encéphalographiques et ondes focales lentes ;
  - (3) maladie évolutive ou non évolutive du système nerveux ;
  - (4) épisode isolé de troubles de la conscience d'origine incertaine ;
  - (5) perte de conscience après un traumatisme crânien ;
  - (6) lésion cérébrale pénétrante ; ou
  - (7) lésions du rachis ou des nerfs périphériquesdoivent se soumettre à une évaluation approfondie avant qu'une décision d'aptitude puisse être envisagée.

# ○ — Problématique

Question assez complexe,  
Que faire devant **crise unique**,  
sans traitement,  
de diagnostic fort probable,  
survenue dans contexte évocateur  
chez navigant expérimenté ?



## ○ — Quel délai attendre ?

Risque de récurrence surtout au cours des  
**... deux premières années...**

C'est la récurrence qui fera l'entrée dans la maladie-  
épilepsie

Quelques pistes de réflexions... pour prendre une  
décision



Février 2018

## Seizure Disorders

Guidelines for assessment of fitness to work as Cabin Crew

### Requirements in single **unprovoked** :

Anamnèse, EEG, Imagerie CT/IRM

sans traitement

Avis spécialisé

Evaluation du contexte de survenue

Risque récidive

Au moins **6 mois de recul sans crise**

### Single provoked :

importance de recherche OH++,

<https://www.iata.org/whatwedo/safety/health/Documents/seizure-disorders-cabin-crew.pdf>



## Crise comitiale et conduite auto, délai ? 6 mois après crise unique

**Pour les véhicules légers (groupe 1) : d'après l'arrêté fixant la liste des affections médicales incompatibles avec l'obtention ou le maintien du permis de conduire ou pouvant donner lieu à la délivrance de permis de conduire de durée de validité limitée [1]**

Situation	Aptitude
1. Crise d'épilepsie provoquée	Au cas par cas, après avis d'un neurologue
2. 1 <sup>re</sup> crise non provoquée ou crise unique	Après 6 mois sans crise Voire plus tôt selon indicateurs pronostiques après avis « approprié »
3. Épilepsie ; de même après un traitement chirurgical de l'épilepsie	Après 1 année sans crise
4. Crises uniquement morphéïques	Après au moins 1 année sans crise de veille
5. Crises sans effet sur la conscience ou la capacité d'action	Après au moins 1 année sans autre type de crise
6. Crises dues à une modification ou l'arrêt du traitement anti-épileptique ordonné par le médecin <sup>1</sup>	Si une crise survient : après 3 mois sans crise sous le traitement précédemment efficace

<sup>1</sup>À compter de l'arrêt du traitement, une période de 6 mois sans conduite peut être recommandée.



# Risque récidive après 1<sup>ère</sup> crise

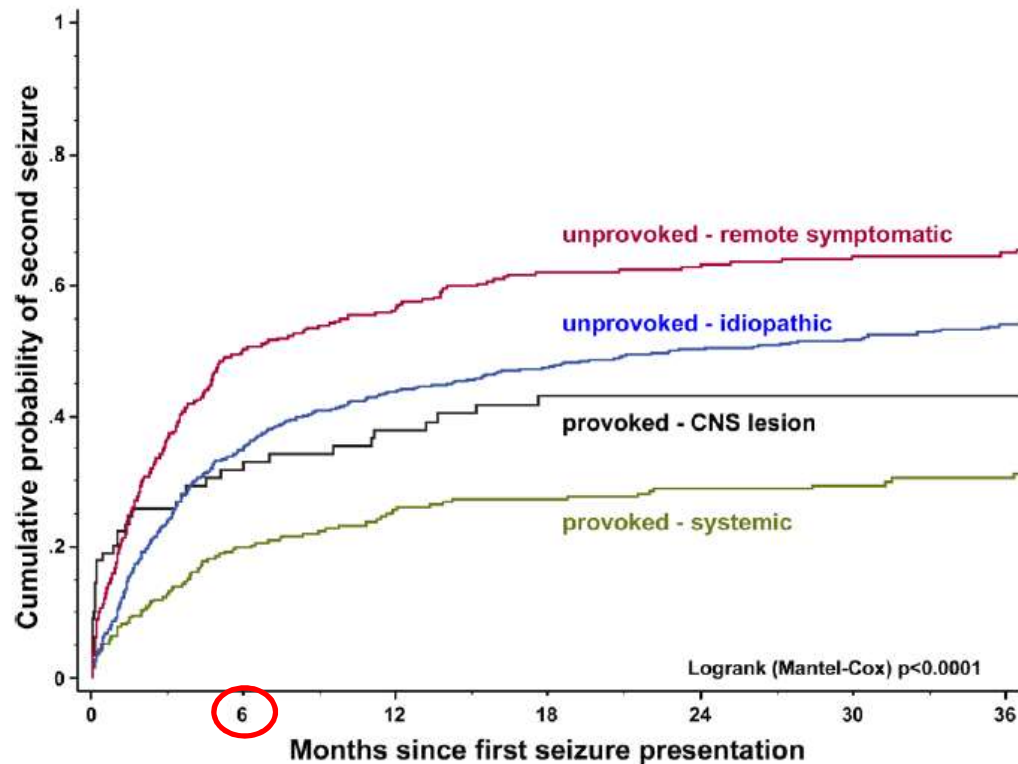
Quand reprendre reprise conduite VL

Etude 1386 patients

When is it safe to return to driving following first-ever seizure?

Brown JWL, et al. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015;86:60–64.

Risque initial maximal, puis risque cumulé récidive décroît dès le 5-6<sup>ème</sup> mois



# US Army

Après 1 crise conjoncturelle  
(abaissement seuil en lien avec fatigue)

- 6 mois de recul sans récurrence
  - Si EEG /imagerie /biologie : sans anomalie
- = Apte sans restriction

MILITARY MEDICINE, 178, 8:907, 2013

## Management of Seizure Disorders in the Deployed Environment: A Treatment Guide for the Non-Neurologist in Theater

COL Robert Kaspar, MC USAR\*; MAJ Robert E. Buckner II, MC USAR†;  
LTC Joseph P. McMahon, MC USAR‡; CDR Mill Etienne, MC USN§;  
MAJ Alan A. Larsen Jr., MC USA||; CDR Josh Duckworth, MC USN¶

# France

Au moins 12 mois de recul



Inapte PN

Pas de conduite VL pdt 12 mois

### ARRÊTÉ

relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale.

Du 20 décembre 2012

4. Crise épileptique isolée avec bilan normal :		
- datant de moins d'1 an ;	G	3T
- sans récurrence depuis plus d'1 an et n'ayant pas nécessité de traitement [cf. Nota. (1)].	G	2
5. Épilepsie bien contrôlée par un traitement bien supporté.	G	3
6. Épilepsie symptomatique d'une affection cérébrale évolutive ou potentiellement évolutive, selon l'étiologie.	G	3 à 6
7. Épilepsie mal contrôlée ou pharmaco-résistante, partielle ou généralisée, selon la nature des crises, leur intensité et/ou leur fréquence.	G	4 à 5
8. Épilepsie à crises rares non traitées (selon avis spécialisé).	G	3 à 4
9. Épilepsie opérée sans crise et sans traitement depuis 3 ans avec EEG normal.	G	2
10. Épilepsie opérée suivant le contrôle ultérieur des crises par le traitement.	G	3 à 6
<p><b>Nota.</b> Seules les épilepsies classées G = 3 sont compatibles avec une aptitude à la conduite des véhicules militaires VL. L'épilepsie classée G = 3T entraîne une inaptitude temporaire à la conduite des véhicules militaires véhicule léger (VL), poids lourd (PL), super poids lourd (SPL) et transport en commun (TC). Les épilepsies classées G ≥ 3 entraînent une inaptitude définitive à la conduite des véhicules militaires PL, SPL et TC. (1) Inaptitude définitive aux postes à risque suivants (personnels navigant, TAP) dans le cas du point 4. Pour les plongeurs catégories 1 et 2 se référer à l' instruction spécifique.</p>		

# France, Armées

## **Thèse Savreux, 2017**

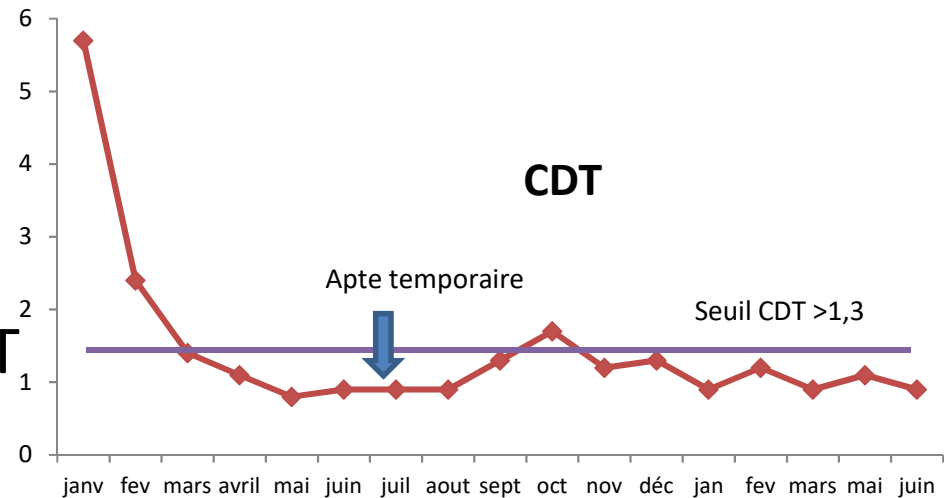
- 88 patients militaires, vus après 1<sup>ère</sup> crise épileptique (86% tonico-cloniques)
- 35 %, 1<sup>ère</sup> crise en OPEX (contexte sommeil++)

**Parmi ceux autorisés à repartir en mission :  
27% ont récidivé, dont 55% en OPEX**

# ○ Cas clinique, quelle décision ?

**+ 6 mois :**

- Sevrage, avis psy, suivi CDT
- Dossier staffé CPEMPN
- Apte temporaire 3 mois + CDT



12 mois de recul

**Aujourd'hui, recul de > 2 ans :**

- suivi s'est allongé, CDT / 3mois

importance de sensibilisation : gestion fatigue / OH

car récurrence signifierait entrée dans maladie-épilepsie +/- TTT



# Conclusion

