



Coordination médicale :
Dr Cécile VALLOT – Dr Pierre METTON - Dr Loïc BELLE – Dr Stéphanie FEY
Chef de projet – chef d'équipe : Mme Emilie LAUNET

Centre Hospitalier Anney Genevois (CHANGE)
1, avenue de l'hôpital, Epagny - Metz Tassy - BP 90074
74374 PRINGY

Tel : 04 50 63 64 44 - Fax : 04 50 63 64 40
Mail : renau.secr@ch-anneygenevois.fr

<https://www.renau.org>

RENAU-AVC

GH-MO-877 V03



ÉTAT DE MAL ÉPILEPTIQUE CONVULSIF TONICOCLONIQUE GÉNÉRALISÉ DE L'ADULTE NON OBÈSE

Nouvelle procédure du
30/06/2020

REDACTION : Bureau du RENAU-AVC
VALIDATION : Commission Scientifique du RENAU

Cette procédure reprend les dernières RFE conjointes SRLF, SFMU, GFRUP concernant la prise en charge des états de mal épileptiques en préhospitalier, en structure d'urgence et en réanimation dans les 48 1ere heures. Nous nous intéresserons ici au mangement initial de l'EME convulsif. Le groupe de travail s'est permis une remise en forme mineure de l'algorithme simplifié.

État de mal épileptique convulsif tonico-clonique généralisé de l'adulte non obèse

Convulsions ≥ 5 minutes ou ≥ 2 crises sans reprise de conscience (réponse aux ordres simples)

T= 0 min LUTTER CONTRE TOUT FACTEUR D'AGRESSION CÉRÉBRALE

- Libération des voies aériennes, oxygénation, PLS, correction d'une hypoglycémie, d'une hypotension (exceptionnellement d'une HTA)
- Glycémie ++++
- VVP : NaCl 0,9% + bilan standard
- Eliminer diagnostic différentiel EME

T= 5 min

Persistance des convulsions ≥ 5 min

Palier 1 :

- Clonazépam 0,015 mg/kg IVD ou
- Midazolam 0,15 mg/kg IM (en l'absence de voie d'abord)

T= 10 min

Persistance des convulsions ≥ 5 min

2^{ème} dose Palier 1 :

- Clonazépam 0,015 mg/kg IVD

T= 15 min

Persistance des convulsions ≥ 5 min

Palier 2 : (injecter totalité de la dose même si arrêt convulsion)

- Fosphénytoïne 20 mg/kg (EP) en 15 à 20 min (CI cardiovasc) **ou**
- Lévétiracétam 60 mg/kg en 10 min (max 4g) **ou**
- Phénobarbital 15 mg/kg en 15 min **ou**
- Valproate 40 mg/kg en 15 min (CI femme en âge de procréer)(max 3g)

T= 45 min

Persistance des convulsions
30 min après le début de la perfusion de l'AE

Palier 3 : AG 24 heures + intubation

- ISR (Ketamine 2à3mg/kg + Celocurine 1mg/kg)
- Puis Sédation : Midazolam ou Propofol PSE
- EEG dès que possible
- Maintien ou introduction d'AE de fond

Ou autre Palier 2

(changement de classe)
(injecter totalité de la dose même si arrêt convulsion)

PENDANT TOUTE LA PRISE EN CHARGE :

Lutter contre facteur d'agression cérébrale
Certaines étiologies comme TC grave ou HIC sévère nécessitent une intubation d'emblée

Situation à l'arrêt des convulsions

EEG +/- Imagerie dès que possible

A. Régression de l'EME +/- réveil rapide

→ Couverture par benzodiazépine puis discuter un éventuel traitement AE de fond

B. Coma persistant

→ EEG rapide + PEC réanimation

C. Reprise des convulsions

→ Reprise traitement selon l'algorithme

INTUBATION SI DÉTRESSE RESPIRATOIRE SOUTENUE

ARRÊT DES CONVULSIONS