

L'ÉTAT DE MAL CONVULSIF

STATUS EPILEPTICUS : UNE URGENCE MÉDICALE QU'IL FAUT SAVOIR DÉCELER ET TRAITER.

PAR Dalila Benhaberou-Brun, INF., M. SC.

L'épilepsie touche ou aurait touché quelque 125 000 personnes au Québec. Il faut garder à l'esprit que les individus atteints de cette affection peuvent en guérir. L'Association québécoise de l'épilepsie estime le nombre d'épileptiques à environ 45 000 dans la province.

Les infirmières rencontrent régulièrement des personnes atteintes de cette affection neurologique. Comment reconnaître un état de mal convulsif, comment le distinguer des autres types de crise ? Quelles sont ses causes ? Quelle est la conduite à tenir devant un patient en crise, dans la rue ou à l'hôpital ? Qu'appelle-t-on la crise réfractaire ?

PARTIELLE OU GÉNÉRALISÉE

L'épilepsie n'est pas considérée comme une maladie, mais plutôt comme une affection neurologique. Les crises d'épilepsie se distinguent les unes des autres par leur durée et leur intensité ; leurs caractéristiques varient aussi selon l'âge des patients.

Les crises se regroupent en deux catégories : partielles ou généralisées. Elles peuvent être confondues avec des syndromes ou d'autres problèmes tout à fait différents. Il faut donc connaître ces autres diagnostics pour être en mesure d'intervenir adéquatement. Infarctus du myocarde, ivresse ou abus de substances illégales constituent les principaux diagnostics différentiels de la crise partielle complexe.

Les anciennes appellations « grand mal » et « petit mal » ont été délaissées au profit d'une nouvelle classification, plus précise et plus spécialisée (voir tableau).

L'ÉTAT DE MAL CONVULSIF

L'état de mal convulsif se caractérise habituellement par une série de convulsions constantes ou répétées d'une durée de 30 minutes. Il est aussi défini par un épisode de plus de cinq minutes ou de deux convulsions successives sans reprise de conscience^{1,2}. Ce type d'épisodes touche plus souvent les nourrissons, les enfants en bas âge ou encore les personnes âgées³. L'état de mal convulsif représente la forme la plus aiguë de l'épilepsie, elle met en danger la vie du patient car elle peut se terminer par une phase de coma. Elle présente un risque de mortalité allant jusqu'à 30 % selon différentes études^{4,5}. L'état de mal convulsif constitue une urgence majeure.

Si le patient est déjà diagnostiqué comme épileptique, la cause de la crise peut s'expliquer par un sous-dosage du médicament antiépileptique ou une infection.

Si aucun antécédent épileptique n'est connu, une maladie métabolique (modifications de la natrémie, de la calcémie, de la glycémie, de la fonction rénale ou hépatique) ou un trouble cérébral (vasculaire ou tumoral) peut être à l'origine des convulsions.

Les 10 premières minutes sont cruciales.

L'infirmière, témoin d'une crise de mal convulsif, devra agir :

À L'HÔPITAL

Dans les 10 premières minutes :

- Garder son calme.
- Protéger la tête du patient pour éviter qu'il se blesse.
- Relever les montants de son lit.
- Lui parler doucement pour le rassurer.
- Le couvrir (à cause des risques d'hypothermie).
- Dégager les voies respiratoires en basculant le front vers l'arrière et en soulevant le menton.
- S'assurer que le patient respire et surveiller le taux de saturation en oxygène.
- Aspirer les sécrétions au besoin.
- Évaluer le degré de conscience : réactivité et taille des pupilles.
- Évaluer les signes vitaux : température, TA, pouls, respiration.
- Administrer l'oxygénothérapie au besoin.
- Évaluer la glycémie capillaire pour déterminer si l'hypoglycémie est responsable de la crise.
- Poser un cathéter intraveineux ou un second cathéter, s'il y en a déjà un en place.
- Administrer rapidement les médicaments anticonvulsifs (*médicaments de première intention*).
- Administrer les solutés selon l'état du patient (dextrose ou solution saline).
- Effectuer les prélèvements sanguins pour dépister des modifications électrolytiques.
- Minuter la durée de la crise et détailler la nature des clonies.

De 10 à 20 minutes après le début de la crise :

- Ajuster/modifier les doses de médicaments au besoin (*médicaments de deuxième intention*).
- Continuer d'évaluer le degré de conscience : réactivité et taille des pupilles.
- Évaluer les signes vitaux : température, TA, pouls, respiration.

Après 20 minutes :

Si l'état de mal du patient ne s'améliore pas, il est dit réfractaire :

- Préparer le transfert du patient vers les soins intensifs.
- Préparer le matériel d'intubation.
- Administrer les médicaments prescrits (*médicaments de troisième intention*).

À L'EXTÉRIEUR D'UN HÔPITAL

- Garder son calme.
- Appeler les secours.
- Écarter les curieux.
- Protéger la tête de la personne pour éviter qu'elle se blesse.
- Dégager les voies respiratoires en basculant le front vers l'arrière et en soulevant le menton.
- Surveiller la respiration et la coloration de la peau
- Placer la personne en décubitus latéral si possible.
- La couvrir (à cause des risques d'hypothermie).
- Lui parler doucement pour la rassurer.
- Minuter la crise et observer ses caractéristiques en attendant l'arrivée des secours.

ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS PENDANT LA CRISE CONVULSIVE

Le but est de faire cesser la crise au plus tôt. Chez l'adulte, selon l'évolution de la crise, le médecin prescrira :

Médicaments de première intention (dans les premières minutes)

Administration d'anticonvulsivants à action rapide par voie intraveineuse : diazépam (0,3 mg/kg) ou lorazépam (0,1 mg/kg) pour arrêter la crise. *

La dose de benzodiazépine peut être répétée après 10 minutes.

À surveiller particulièrement : hypotension et dépression respiratoire.

Médicaments de deuxième intention (si la crise ne cède pas après 10 minutes)

Anticonvulsivants à action prolongée par voie intraveineuse : phénytoïne (20 mg/kg), puis phénobarbital (20mg/kg). *

À surveiller particulièrement : hypotension, arythmie et dépression respiratoire.

Médicaments de troisième intention (dans les cas réfractaires)

Perfusion intraveineuse continue de midazolam (0,2 mg/kg) ou propofol. *

Anesthésie générale induite par isoflurane ou halothane.

* N.B. : Les posologies indiquées dans les trois situations ci-dessus concernent uniquement les adultes. Les valeurs sont différentes pour les enfants.

Pour toutes ces classes de médicaments, la surveillance des signes vitaux devient essentielle pour dépister les anomalies du rythme cardiaque et de la pression artérielle ainsi que les difficultés respiratoires.

QUELS TESTS SANGUINS ? QUAND ? POURQUOI ?

Les tests sanguins ont pour objectif de surveiller l'état clinique du patient mais aussi d'établir les causes sous-jacentes pouvant expliquer la crise de mal convulsif.

PENDANT LA CRISE

- Une formule sanguine complète : détection d'une infection
- Un ionogramme : détection d'un déséquilibre électrolytique
- Un dosage de la glycémie qui serait à l'origine de la crise
- Une gazométrie : vérifier l'équilibre acidobasique

APRÈS LA CRISE

- Un bilan hépatique, rénal et endocrinien : détection d'une cause métabolique
- Un dosage des médicaments anticonvulsivants : éventuel sous-dosage responsable de la crise
- Une recherche toxicologique (alcool, drogues) : détection d'une cause toxicologique

RÔLE DE L'INFIRMIÈRE

- Protéger le patient contre une éventuelle blessure
- Surveiller l'état clinique du patient pendant la crise
- Contrôler la crise en administrant les médicaments
- Surveiller l'état neurologique du patient après la crise
- Informer le patient sur son traitement



© VOLNIVETE/DREAMTIME.COM

TABLEAU

CLASSIFICATION DES CRISES D'ÉPILEPSIE		
TYPE DE CRISES	DESCRIPTION	DURÉE
Crises partielles Simples Aura	Sens modifiés, spasmes, agitation Le niveau de conscience n'est pas touché	Quelques secondes
	Complexes Forme très courante Le patient pressent sa crise Altération de la conscience Gestes automatiques répétés Confusion après la crise	1 à 2 minutes
Crises généralisées Absences généralisées Petit mal	Touchent plus souvent les enfants Yeux réversés Étourdissements, inconscience Pas de souvenir de la crise Crises disparaissent après l'âge de 18 ans	10 à 30 secondes
	Tonico-cloniques Grand mal	Chute au sol, spasmes Inconscience pendant toute la crise Salivation abondante Perte des urines Pas de souvenir de la crise Confusion et fatigue après la crise
État de mal convulsif Status epilepticus	Lire le présent article	30 minutes
Syndromes épileptiques	Formes d'épilepsie à caractéristiques particulières Ex. : crises fébriles, spasmes infantiles	

POUR EN SAVOIR PLUS SUR L'ÉPILEPSIE EN GÉNÉRAL

Association québécoise de l'épilepsie : www.cam.org/~aqe/
 Canadian League Against Epilepsy : www.canadianepilepsy.org/
 ou Ligue canadienne contre l'Épilepsie : www.canadaepilepsie.org/accueil.php
 Épilepsie Canada : www.epilepsy.ca/ ■

RÉFÉRENCES

1. Starreveld, E. et A.A. Starreveld. « Status epilepticus. Current concepts and management », *Canadian Family Physician*, vol. 46, 2000, p. 1817-1823.
2. Garcia Penas, J.J., A. Molins et J. Salas Puig. « Status epilepticus: evidence and controversy », *The Neurologist*, vol. 13, n° 6 (Suppl. 1), 2007, p. S62-S73.
3. Association médicale canadienne. [En ligne : www.cma.ca]
4. Feen, E.S., E.M. Bershad et J.I. Suarez. « Status epilepticus », *Southern Medical Journal*, vol. 101, n° 4, 2008, p. 400-406.
5. Rosenow, F., H.M. Hamer et S. Knake. « The epidemiology of convulsive and nonconvulsive status epilepticus », *Epilepsia*, vol. 48, n° 8 (Suppl.), 2007, p. 82-84.