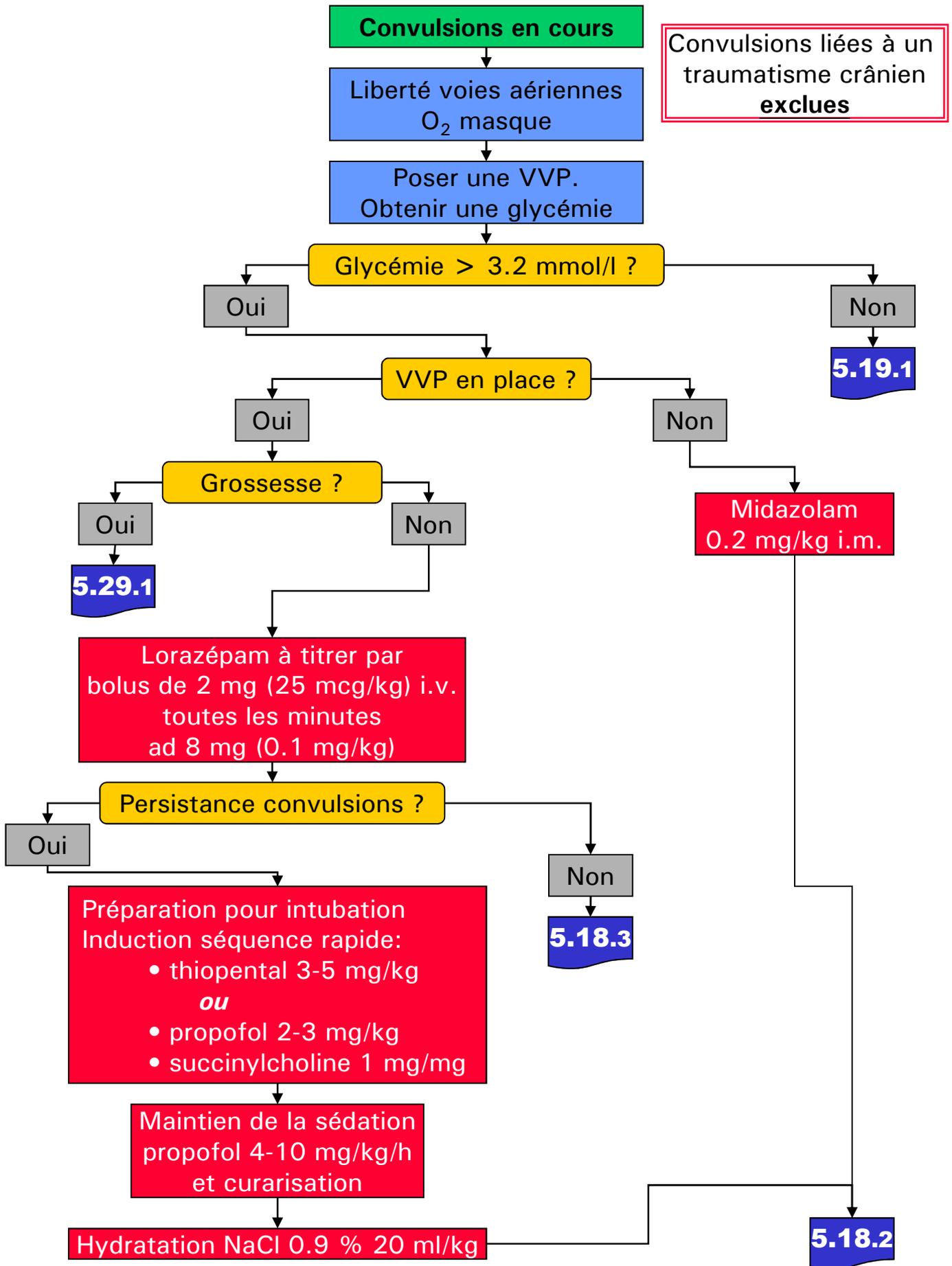
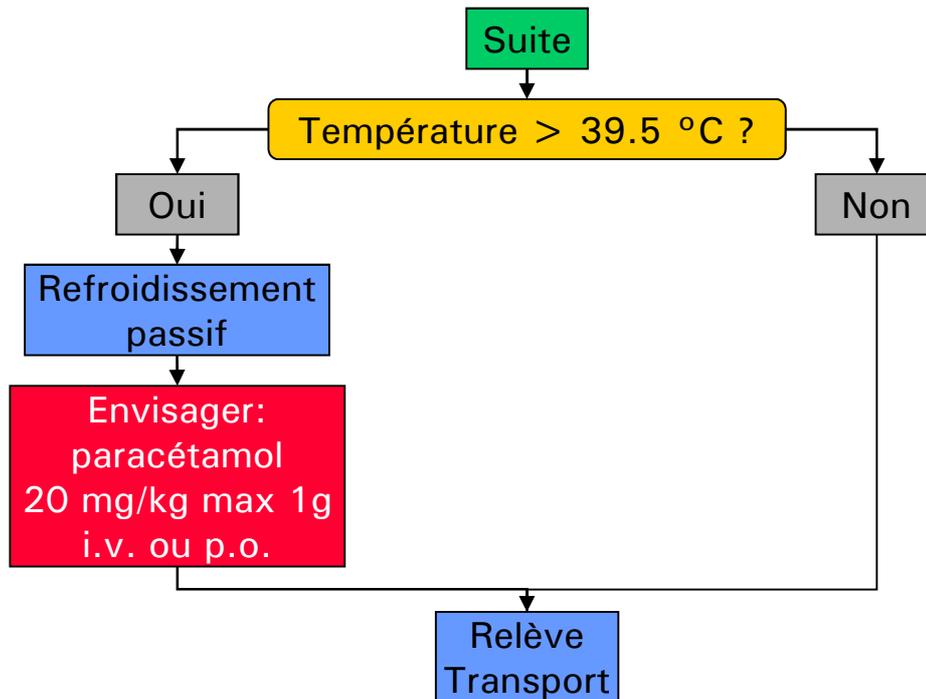


Crise convulsive adulte

5.18.1





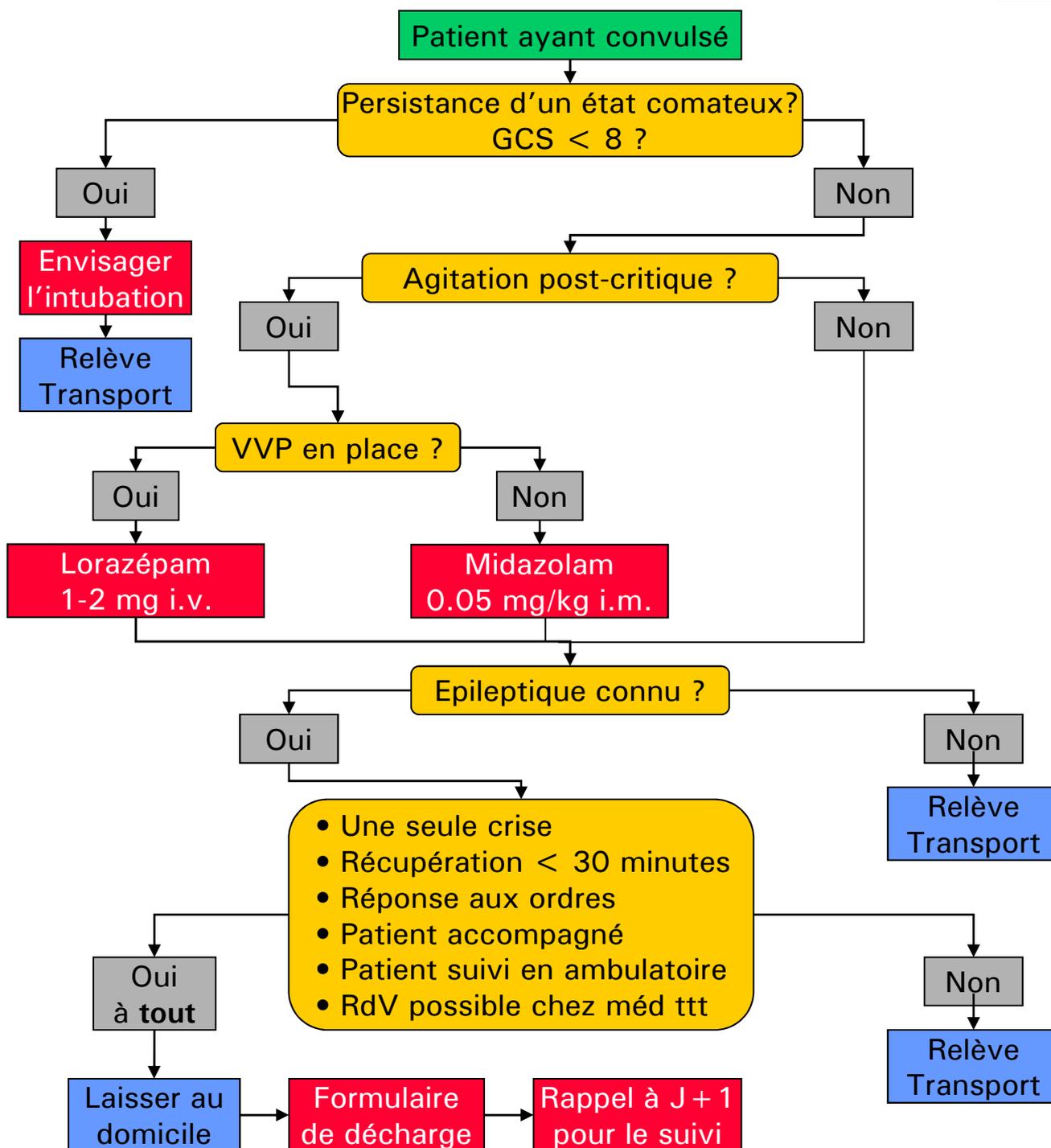
Avant de traiter une crise convulsive, s'assurer qu'il ne s'agit pas de la manifestation d'une hypoglycémie ou d'un traumatisme crânien primaire.

Lorsqu'une voie veineuse est disponible, le lorazépam (Temesta®) administré par bolus de 25 mcg/kg chaque minute ad 0.1 mg/kg est le médicament de premier choix¹. Lorsqu'une voie veineuse n'est pas disponible, le midazolam 0.2 mg/kg i.m. peut être utilisé².

L'état de mal épileptique nécessite des doses élevées et précoces de benzodiazépines, en raison d'une internalisation des récepteurs GABA³. Les patients n'ayant pas répondu à la dose de charge doivent être anesthésiés et intubés. En effet, après des convulsions de 5 minutes, on observe déjà une vacuolisation neuronale, témoignant d'une souffrance cellulaire. Il n'y a pas de consensus sur l'inducteur à utiliser⁴, mais le thiopental (Pentothal®) 2-5 mg/kg semble être le plus maniable.

Après l'intubation, une pompe de propofol peut être utilisée, à la dose de 4 à 10 mg/kg/h. Bien que la curarisation puisse rendre l'évaluation clinique d'une récurrence difficile, elle doit être appliquée **systématiquement** en préhospitalier (diminution du risque d'extubation accidentelle).

Les patients ayant convulsé doivent être hydratés (bolus initial de 20 ml/kg de NaCl 0.9%) en raison d'une possible rhabdomyolyse, et l'hyperthermie combattue⁴.



Il faut envisager une intubation lors d'état comateux persistant⁴. S'il existe une agitation post-critique, elle peut être traitée par des petites doses de benzodiazépines.

Un épileptique connu peut être laissé au domicile s'il répond aux critères.

Références:

1. Lowenstein DH, Current Opinion in Pharmacology, 5:334-9, 2005
2. Towne AR, J Emerg Med, 17(2):323-8, 1999
3. Goodkin HP, The Journal of Neuroscience, 25(23):5511-20, 2005
4. Marik PE, Chest, 126(2),582-97, 2004