



GESTION EN URGENCE DE LA CRISE D'ÉPILEPSIE

UGOLIN Mélissa
Neuropédiatre
CHU Rennes

EPILEPSY

PREMIERS SOIN EN URGENCE

- Principe généraux
- Type de crises

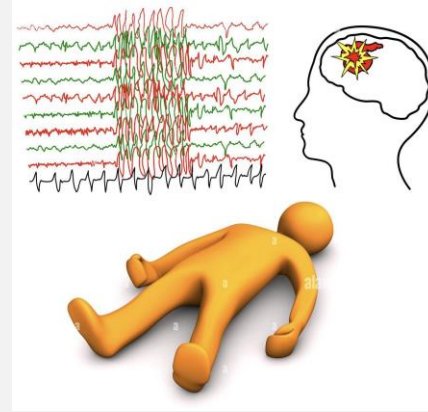
PRINCIPE DE BASE

- On ne peut pas empêcher une crise. **Laissez-la suivre son cours, surveiller le temps**

= RESTEZ CALME !!!

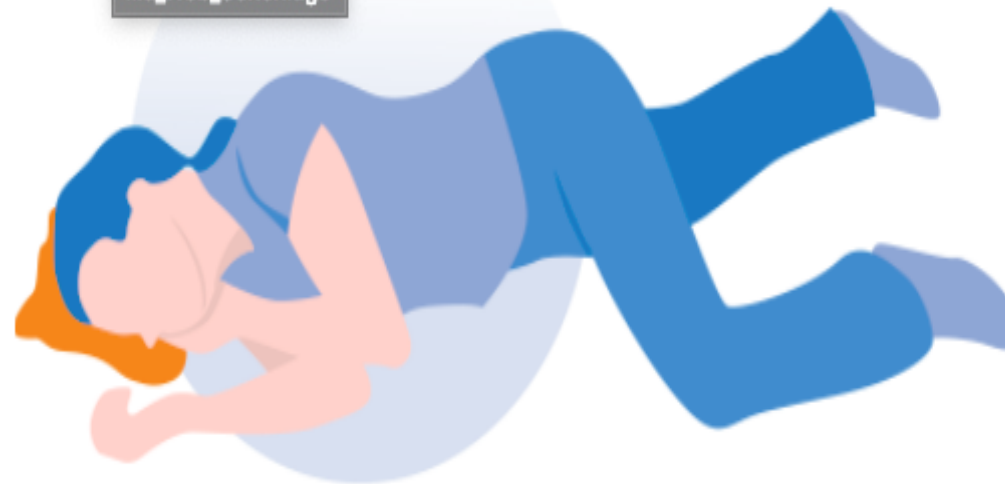
- Prévenir les blessures: éloignez tous les objets sur lesquels il serait possible de se blesser.
- Libérer les voies aériennes
- Ne pas immobiliser la personne
- **Ne rien mettre dans sa bouche.** Il est **impossible d'avaler sa langue.**
- Restez avec la personne tout au long de la crise. Tentez de la rassurer.

CRISES GÉNÉRALISÉES



Desserrer les vêtements au
tout du cou
Oxygénation possible
(masque)

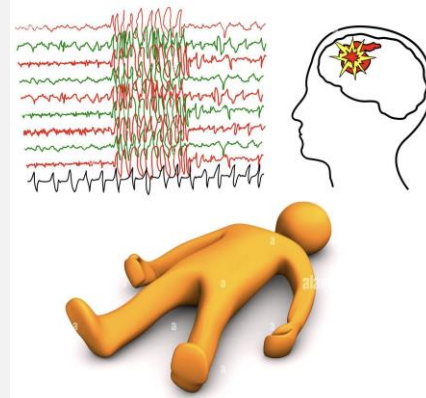
Illu_Web_Seitenlage



PLS
Éviter l'inhalation de la salive
ou autre liquide



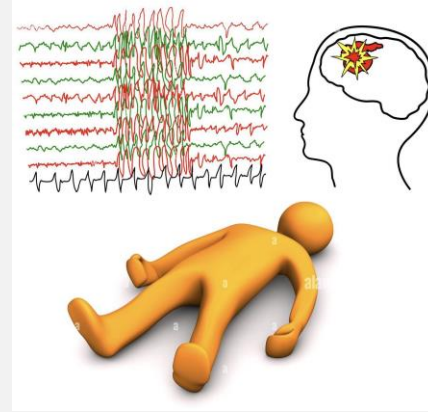
CRISES AVEC CHUTE



- MYOCLONIES
- ATONIES

- Crises soudaines, difficile de les prévenir.
- Vérifiez simplement que la personne ne s'est pas blessée
- La mettre en sécurité si crises récidivantes

CRISES AVEC TDC



- 1) ABSENCE
- 2) FOCAL AVEC TROUBLE DU CONTACT

1. Aucun soin particulier pendant ou après une crise d'absence. Rester auprès de la personne, la rassurer.
2. Rester avec la personne durant la crise. Laissez la crise se dérouler normalement. Parlez calmement et expliquez à l'entourage ce qui se passe.
 - Éloigner les objets dangereux.
 - N'essayez pas d'immobiliser la personne.
 - Empêchez la personne de s'approcher d'un danger potentiel
 - Après la crise, rassurez la personne. Demeurez avec elle jusqu'à ce qu'elle soit complètement revenue à elle.

ET APRÈS ?

QUAND SE RENDRE AUX URGENCES ?

- L'enfant n'est pas connu comme étant épileptique
- Une crise durant plus de 5 minutes
- Les crises sont successives sans période de récupération entre elles
- L'état de conscience et la respiration ne reprend pas normalement après la crise

QUAND DIFFÉRER ?

- Patient épileptique connu AVEC
 - Crise < 5 minutes
 - FD identifié : modif thérapeutique, stress (fièvre, infection, douleurs ...)
- = Contact son neurologue

THÉRAPEUTIQUE EN URGENCE

QUEL TRAITEMENT ?

- ❑ BENZODIAZÉPINES (BZD) 1^{ère} intention
 - Action rapide
 - Efficacité reconnue

- ❑ Intérêt de l'initiation du traitement hors de l'hôpital : prévention des conséquences systémiques et neurologiques des crises convulsives prolongées

QUELLE BZD ?

DCI	Métabolite actif (majeur)	Demi vie d'élimination de la molécule mère (h)	Demi vie d'élimination du métabolite actif (h)
Clobazam (URBANYL)	N-desmethyloclobazam	10-30	36-46
Clonazepam (RIVOTRIL)	NA	19-60	NA
Diazepam (VALIUM)	desmethyldiazepam	21-70	49-179
Midazolam (HYPNOVEL)	1-OH midazolam	1-4	1
Lorazepam (TEMESTA)	NA	7 - 26	NA
Clorazepate (TRANXENE)	desmethyldiazepam		20-160

VOIES D'ADMINISTRATION ?

RECTALE ?

BUCCALE ?

LIMITES:

Liées au diazepam:

½ vie d'élimination longue (21-70 h)

Risque d'erreur lié à la nécessité de mesurer un volume

Liées à la voie intra-rectale:

Acceptation psychologiquement difficile par les enfants

Refus par les enseignants

Retard à l'administration

VOIES D'ADMINISTRATION

4 études comparatives publiées

1. Scott RC, Besag FM, Neville BG. Buccal midazolam and rectal diazepam for treatment of prolonged seizures in childhood and adolescence: a randomised trial. *Lancet* **1999**; 353: 623-626. = **42 patients RANDOMISÉE**
2. Baysun S, Aydin OF, Atmaca E, Güreş YK. A comparison of buccal midazolam and rectal diazepam for the acute treatment of seizures. *Clin Pediatr (Phila)*. **2005** ;44:771-6. = **177 patients RANDOMISÉE**
3. McIntyre J, Robertson S, Norris E et al. Safety and efficacy of buccal midazolam versus rectal diazepam for emergency treatment of seizures in children: a randomised controlled trial. *Lancet* **2005**; 366: 205-210. = **43 patients NON randomisée**
4. Mpimbaza A, Ndeezi G, Staedke S, Rosenthal PJ, Byarugaba J. Comparison of buccal midazolam with rectal diazepam in the treatment of prolonged seizures in Ugandan children: a randomized clinical trial. *Pediatrics* **2008**; 121: e58-64. = **330 patients RANDOMISÉE simple aveugle**

Pourcentage arrêt des crises convulsives en moins de 10' :

- 65-78% pour midazolam buccal
- 41-85% pour diazepam rectal

= non infériorité du midazolam VS diazépam dans le traitement des crises épilepsie chez l'enfant

MIDAZOLAM (BUCCOLAM)

- Seringues pré remplies et prêtes à l'emploi
- Administration FACILE entre la joue et la gencive
- Socialement plus acceptable que la voie rectale
- Pas de sédation prolongée



- Prescription initiale annuelle réservée aux spécialistes en neurologie ou en pédiatrie
- Prescription sur ordonnance sécurisée
- Buccolam® est disponible en pharmacie d'officine

POSOLOGIE

Couleur de l'étiquette	Tranche d'âge	Dose de midazolam	Volume de solution
Jaune	3 mois à 6 mois en milieu hospitalier*	2,5 mg	0,5 ml
Jaune	> 6 mois à < 1 an	2,5 mg	0,5 ml
Bleue	1 an à < 5 ans	5 mg	1 ml
Mauve	5 ans à < 10 ans	7,5 mg	1,5 ml
Orange	10 ans à < 18 ans	10 mg	2 ml

CONTRE-INDICATION

- Hypersensibilité à la substance active, aux benzodiazépines ou à l'un des excipients
- Myasthénie
- Insuffisance respiratoire sévère
- Syndrome d'apnée du sommeil
- Insuffisance hépatique sévère

MODALITÉS D'ADMINISTRATION

1

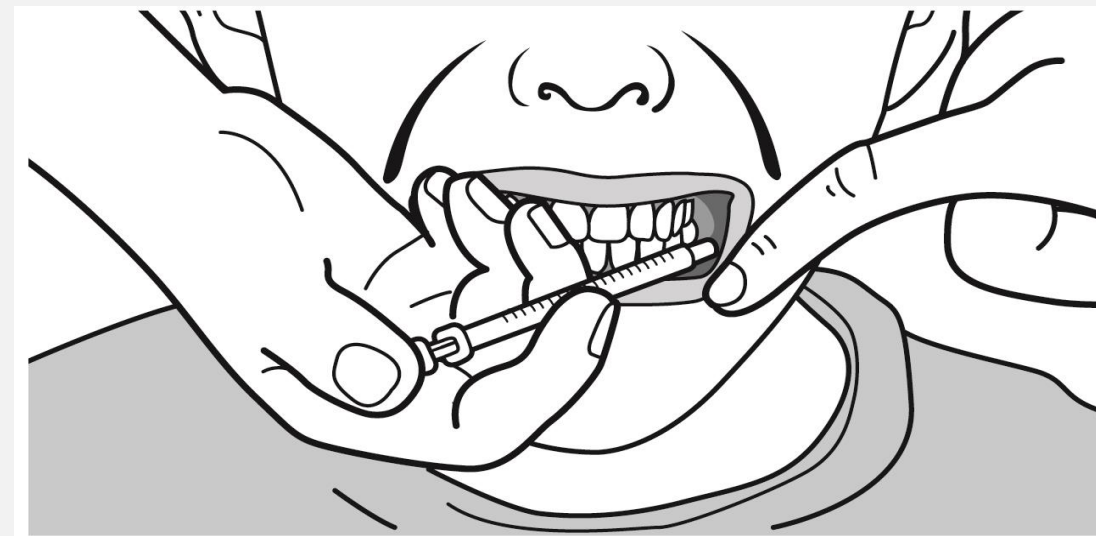


- Retirer et mettre au rebut le capuchon rouge de la seringue pour éviter tout risque d'étouffement

Ne pas fixer une aiguille sur la seringue pour administration orale. BUCCOLAM ne doit pas être injecté.

2

- Insérer la seringue entre la gencive et la joue avec précaution.
- Administrer la quantité totale de solution en enfonçant lentement le piston de la seringue (cf illustration)



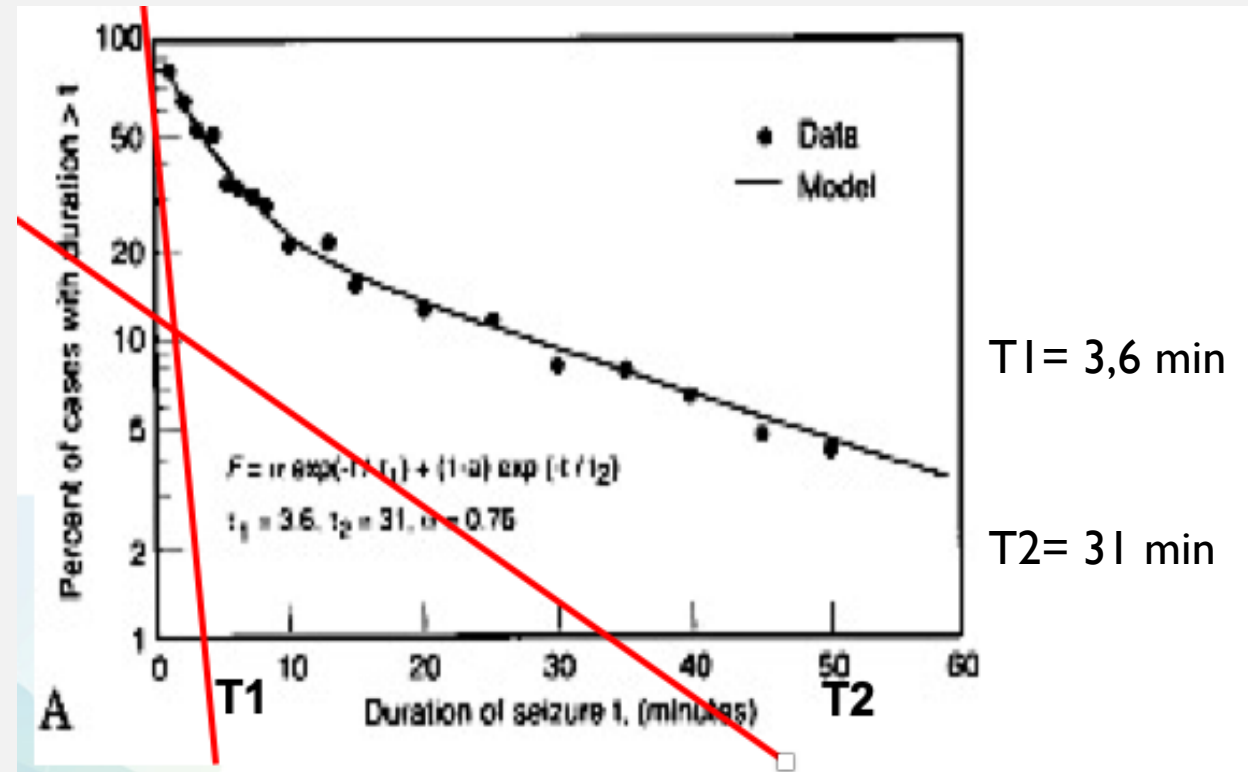
A QUEL MOMENT ?

UNE HISTOIRE DE 5 MINUTES

How Long Do New-Onset Seizures in Children Last?

Shlomo Shinnar, MD, PhD,¹⁻³ Anne T. Berg, PhD,⁴ Solomon L. Moshe, MD,^{1-3,5} and Reuel Shinnar, ScD⁶

Une crise convulsive qui dure au-delà de 5 minutes a moins de probabilité de s'arrêter spontanément



CONCLUSIONS



- EN URGENCE
 - = PAS DE PANIQUE
 - SÉCURITÉ
 - BZD DANS LES 5 MINUTES : BUCCOLAM
- PRÉVENTION DES FACTEURS DÉCLENCHANTS