

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 3 Septembre 2024

Première crise épileptique et diagnostic différentiels: bénéfices d'une prise en charge rapide

Prof. Fabienne Picard

La définition de l'épilepsie est passée de deux crises non provoquées à plus de 24h d'intervalle, à une crise non provoquée + anomalies IRM/EEG concordantes, en 2014, après une analyse de l'ILAE (international league against epilepsy). → risque de récurrence à 10 ans similaire entre les deux (~60%).

La récurrence de crise survient majoritairement dans les 6 premiers mois, et dans 90% des cas dans les 2 premières années.

Suspicion de 1ère crise

- C'est bien une crise d'épilepsie? → diagnostic différentiel
- Est-elle non provoquée? (=non symptomatique aiguë)
- Doit elle conduire à débiter un traitement? → si IRM/EEG compatible

L'audit national sur les crises hospitalières au RU (2019) montre le manque d'évaluation par un spécialiste et une grande variabilité entre les sites: pas optimal pour prévenir la récurrence.

L'audit européen pour les crises aux urgences montrent que seuls 37% des patients ayant une crise inaugurale ont eu des recommandations sur la conduite automobile!

Il y a un besoin de raccourcir le délai de RDV chez un épiléptologue et d'introduire des nouveaux systèmes, comme celui existant pour les AVC.

Les recommandations [NICE](#) (2012, RU) poussent pour une prise en charge précoce:

- Épileptologue dans les 2 semaines
- Créer des "cliniques pour crises inaugurales" avec protocoles standards (EEG, IRM)

Cette étude sur une filière 1ère crise, à Londres, sur 772 patients, recense 51% de crises certaines (crises antérieures, IRM ou EEG +), 32% de syncope vagales et 18% de PNES → meilleur rendement diagnostique par épisode, et gestion plus rapide des autres diagnostics.

Diagnostic différentiel, événements neurologiques paroxystiques:

- Crise épileptique
- Syncopes
- Crises non épileptiques psychogènes (PNES)
- Accidents ischémiques transitoires (AIT // trouble phasique au réveil)
- Aura migraineuse
- Amnésie globale transitoire (ictus amnésique)
- Troubles du mouvement paroxystiques, dystonie focale
- Parasomnies, cataplexie

Syncope convulsivante	Crise épileptique tonico-clonique
Pas de succession claire tonique → clonique, < 10 myoclonies ou myoclonies <10s	Succession claire phase tonique → clonique (clonique > 20sec)
Reprise de conscience rapide (quelques min)	Respiration stertoreuse (// eau bouillante après apnée) Reprise de conscience en 10-30 min
Morsure de langue apicale	Morsure de langue latérale, courbatures le lendemain (CK augmentent à partir de H5, pic à H12)

Les crises psychogènes non épileptiques (PNES) peuvent toucher les patients épileptiques également (7-32%) → Pas pendant le sommeil, durée plus longue, yeux fermés possibles en phase tonique. Gold standard pour le diagnostic: EEG-video

Crise provoquée / crise symptomatique aiguë

- causes toxico-métaboliques:
 - Sevrage d'alcool (7 - 48h après), sevrage brutal benzodiazépines
 - Toxiques: Cocaïne, surtout MDMA
 - Hypo ou hyperglycémie, hypoNa, hypoCa, hypoMg, insuffisance rénale sévère
- Lésions aiguës du SNC (→ 7j): AVC, TCC, neurochirurgie, anoxie cérébrale...
→ peuvent précéder l'entrée dans une épilepsie-maladie, à surveiller + .

Pourquoi des "cliniques de crises inaugurales"

L'épilepsie est un enjeu diagnostique, mais aussi lié à une mortalité 2-3x plus élevée que la population générale, à cause des accidents et du SUDEP (mort subite inattendue de l'épilepsie), qui touche 1/1000 patient par an → ACR après une crise, mal compris.

Lors de l'évaluation clinique, le spécialiste recherche des signes de crise passés inaperçus: auras, convulsions, morsure de langue, courbatures, énurésie, et pourra effectuer les examens pour pouvoir poser le diagnostic et instaurer un traitement rapidement.

La littérature sur les "first seizure clinics" montre que les prises en charge ne sont pas homogènes. Une clinique en NZ prend 23 jours avant une évaluation, alors qu'en Australie, une autre prend 3 semaines pour le RDV et 6 mois avant l'IRM...

Plus de diagnostics ont lieu à la première crise lorsque les cliniques existent. A noter qu'il est pertinent d'avoir un avis cardiologique dans la filière.

Rendement diagnostique de l'EEG rapide

EEG est plus rentable pour détecter des anomalies épileptiformes lorsqu'il est fait dans les 24h de la crise, puis chute drastiquement.

[Cette étude](#) genevoise compare 113 patients avec une prise en charge précoce et complète et 70 avec une prise en charge standard. Le diagnostic final est posé chez 64% vs 43% lors de prise en charge standard...

PEC précoce: avis épilepsie au SU, EEG dans les 72h, EEG de nuit pour 50% de cas.

Permet aussi: Meilleure compliance aux futures consultations (84% vs 44%), délai plus long jusqu'à la prochaine réadmission aux urgences pour crise (437 j vs 186)

[Cette autre étude](#) genevoise, incluant 1010 patients, montre que le délai pour l'EEG de nuit a également une influence: rendement de 40% dans la 1^{ère} semaine, 25% au-delà.

[Le bilan](#) précoce de 2 "first seizure clinics" à Melbourne avec 9400 patients montre que celles-ci permettent une réduction des futures consultations aux urgences, des futures hospitalisations ainsi que de la mortalité. (HR 0.83, 0.83, 0.82)

Traitement précoce vs retardé

[Cet essai randomisé contrôlé](#) montre qu'un traitement antiépileptique immédiat après une crise épileptique nouvellement diagnostiquée maintient la probabilité de récurrence sur 8 ans inférieure au cas pour qui le traitement était reconduit jusqu'à l'apparition d'une 2^{ème} crise. (Même si des crises antérieures non diagnostiquées avaient eu lieu)

[Cette étude rétrospective](#) à Genève, montre que les patients qui sont traités dans les 48h font moins (32%) de récurrences dans les 2 ans, comparés à ceux traités plus tard (57%). Pour ceux suivis sur 5 ans, 77% d'absence de crise, vs 23%! (n:487)

Cela laisse à penser qu'il existe un processus inflammatoire épileptogène précoce.

Etat des lieux sur les cliniques de crise inaugurale

- pas de protocole standardisé à l'heure actuelle
- Nécessité d'un changement complet d'approche au niveau médical et infirmier, à l'image des "stroke units"

Filière "première crise" aux HUG, depuis 2021:

- Aux urgences, pour tout +16 ans avec suspicion de première crise non provoquée
- Hospitalisation immédiate 24h: EEG durant sommeil, IRM protocole épilepsie ± avis cardiologique et psychiatrique, avis spécialisé épileptologie
- Précautions bien indiquées: interdiction de conduire, sport à risque, baignade, montagne... pendant 3 mois.
- 249 patients tout venant inclus, 180 patients analysés: bon rendement diagnostique de l'EEG dans les 1^{ères} 24h: 64/180 patients avec anomalie épileptiforme (36%)
→ vs 20% dans une ancienne cohorte de 1010 patients avec EEG plus tardive.
- Intérêt diagnostique, pronostique et thérapeutique majeur: Excellente satisfaction des patients, ↓ ↓ anxiété après une 1^{ère} crise par analyse rapide par un expert.



Compte-rendu de Valentine Borcic
valentine.borcic@gmail.com
Transmis par le laboratoire MGD
colloque@labomgd.ch