



# CRISE CONVULSIVE GÉNÉRALISÉE EN PERIOPERATOIRE \*



## CONFIRMER & Protéger

- Mouvements répétés cloniques ou toniques des 4 membres
- Absence de conscience
- Mettre le patient à l'abri d'un traumatisme
- Vérifier traitements en cours

## RECHERCHER / TRAITER cause spécifique

- Hypoglycémie : dextro
- Hypoxémie : SpO<sub>2</sub>
- Hypotension artérielle : TA
- Hyperthermie : T°
- Intox anesthésiques locaux

## APPEL A L'AIDE Chariot d'urgence

### TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE

Noter l'heure : \_\_h\_\_



**CONVULSIONS CONTINUES** ou  
**SALVES DE CONVULSIONS SANS RETOUR À LA VIGILANCE**

**Libérer les voies aériennes** supérieures (PLS, canule de Guedel) / Apporter de l'**oxygène**

- Clonazepam** 1 mg IVD ou **Diazepam** 10 mg IVD ou **Midazolam** 5 mg IVD (ou 10 mg IM)

Monitorer le patient et discuter transfert en soins critiques - Faire chercher les traitements de seconde ligne

- Renouveler **Clonazepam** 1 mg IVD ou **Diazepam** 10 mg IVD

Antiépileptiques de seconde ligne (un au choix):

- Lévétiracétam** (40 à 60 mg/kg, max 4 g) ; IVL 10 min
- Valproate de sodium** (40 mg/kg, max 3 g) ; IVL 10 min / CI = grossesse, pathologie mitochondriale
- Fosphénytoïne** (20 mg/kg, max 1,5 g) ; IVL 10 min /!\ Hypotension, BAV / CI = BAV II/III

- Autre antiépileptiques de seconde ligne (surtout si épilepsie connue ou pas HTIC)

**Anesthésie Générale IV** (risque hyper K+ si rhabdomyolyse) – **Transfert en réanimation**

## Recherche de la cause

- Contexte** : - Rupture de traitement antiépileptique  
- Intoxication anesthésiques locaux  
- Risque d'embolie gazeuse  
- Hypoxie, dépression respiratoire, bas débit
  - Imagerie cérébrale** : IRM ou angioscanner avec séquence veineuse
  - Ionogramme** : Hypoglycémie, HypoNa<sup>+</sup> (TURP syndrome), hypoCa<sup>+</sup>, hypoMg<sup>+</sup>
  - Dosage antiépileptique** si épileptique connu et état de mal
  - EEG** si persistance de troubles de la vigilance
  - Ponction lombaire** si fièvre ou image évocatrice d'encéphalite.
- /!\ Si forte présomption de méningo-encéphalite: antibiothérapie probabiliste avant TDM et PL

## Discuter traitement préventif secondaire (avis neurologue)

Référence : RFE 2018 – SRLF/SFMU/GFRUP: Prise en charge des états de mal épileptiques en préhospitalier, en structure d'urgence et en réanimation dans les 48 premières heures

<https://www.sfm.org/upload/consensus/RFE%20Etat%20de%20mal%20%C3%A9pileptique%20SRLF%20SFMU%202018.pdf>