



**Société française de neurologie**

**RECOMMANDATIONS DE BONNE PRATIQUE**

**Prise en charge d'une première crise  
d'épilepsie de l'adulte**

**RECOMMANDATIONS**

**Cette recommandation de bonne pratique a reçu le label de la Haute Autorité de Santé.  
Ce label signifie que cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon  
les procédures et les règles méthodologiques préconisées par la Haute Autorité de Santé.  
Toute contestation sur le fond doit être portée directement  
auprès de la Société Française de Neurologie.**

## Sommaire

1	Introduction, épidémiologie .....	6
2	Définitions .....	6
3	But des recommandations .....	8
4	Prise en charge immédiate .....	8
5	Question n°1 : cet épisode paroxystique est-il de nature épileptique ? .....	9
5.1	Critères cliniques.....	9
1	.....	11
5.2	Critères biologiques.....	12
6	Question n°2 : si l'épisode paroxystique est de nature critique, s'agit-il d'une crise symptomatique aiguë ? Quels examens faut-il réaliser ?.....	12
6.1	Biologie.....	12
6.2	Imagerie .....	13
6.3	Autres examens .....	13
7	Sortie ou non hospitalisation du patient.....	14
7.1	Critères de sortie sans hospitalisation : .....	14
7.2	Critères de non hospitalisation.....	14
8	Prise en charge différée.....	14
8.1	Consultation .....	14
8.2	Bilan paraclinique différé .....	15
8.2.1	Imagerie cérébrale .....	15
8.2.2	L'électro-encéphalogramme (EEG) .....	15
9	Traitement .....	16
9.1	Indications.....	16
9.2	Choix du traitement .....	17
9.2.1	Epilepsie focale .....	17
9.2.2	Epilepsie généralisée .....	17
9.3	Suivi du traitement .....	17
9.3.1	Suivi pharmacologique .....	17
9.3.2	Surveillance de la tolérance clinique.....	18
9.4	Situations particulières .....	18
9.4.1	Femme en âge de procréer.....	18
9.4.2	Contraception.....	19
9.4.3	Sujet âgé.....	19
10	Education thérapeutique.....	19
11	Annexes.....	20

## Participants

Les déclarations d'intérêts des experts ayant participé à l'une ou plusieurs réunions de travail sont consultables sur le site de la HAS ([www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)).

### Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour l'élaboration de cette recommandation de bonne pratique :

Collège des enseignants en neurologie  
 Collège des neurologues des hôpitaux généraux  
 Association des neurologues libéraux de langue française  
 Ligue française contre l'épilepsie  
 Société française de neurophysiologie clinique de langue française  
 Société française de médecine d'urgence  
 Société française de médecine générale  
 Collège national des généralistes enseignants  
 Epilepsie France

### Groupe de travail

Pr Jean Perret, neurologue, Grenoble - président du groupe de travail

Dr Cécile Sabourdy, neurologue, Grenoble ó chargée de projet

M. Emmanuel Nouyrigat, Saint-Denis ó chef de projet HAS

Mme Laïla Ahddar, représentante de patients,  
Paris

Dr Marie-Paule Boncoeur-Martel,  
neuroradiologue, Limoges

Dr Françoise Carpentier, médecin urgentiste,  
Grenoble

Dr Yann-Erick Claessens, médecin urgentiste,  
Monaco

Dr Bernard Conan, médecin généraliste,  
Douarnenez

Dr Arnaud Delval, neurophysiologiste, Lille

Dr Ziyad Elias, neurologue, Toulon

Dr Patrick Imbert, médecin généraliste, Vizille

Dr Alain Jager, neurologue, Thionville

Dr Eric Jehle, médecin urgentiste, Toulouse

Dr Anne Léger, neurologue, Paris

Pr Marc Verny, neurogériatre, Paris

## **Groupe de lecture**

Dr Catenoux Hélène, neurologue, Lyon  
 Dr Arielle Crespel, neurologue, Montpellier  
 Dr Sophie Crozier, neurologue, Paris  
 Dr Rachel Debs, neurologue, Toulouse  
 Dr Jean-Philippe Delabrousse-Mayoux,  
 neurologue, Bergerac  
 Dr Bertrand de Toffol, neurologue, Tours  
 Pr Paolo Di Patrizio, médecin généraliste,  
 Nancy  
 Dr Sophie Dupont-Dufresne, neurologue, Paris  
 Dr Sophie Fantoni, médecin du travail, Lille  
 Dr Simone Garrel, neurologue, Grenoble  
 Dr Sandrine Harston, neurogériatre, Bordeaux  
 Pr Édouard Hirsch, neurologue, Strasbourg

Dr Martine Lemesle, neurologue, Dijon  
 Dr Louis Maillard, neurologue, Nancy  
 Dr Cécile Marchal, neurologue, Bordeaux  
 Dr Violaine Mauffrey, médecin généraliste,  
 Nancy  
 Dr Véronique Michel, neurologue, Bordeaux  
 Dr Jean-Marc Pauly, médecin généraliste,  
 Rodemack  
 Dr Sylvain Rheims, neurogériatre, Lyon  
 Pr Philippe Ryvlin, neurologue, Lyon  
 Dr William Szurhaj, neurophysiologiste, Lille  
 Dr Laurent Vercueil, neurologue, Grenoble  
 Pr Hervé Vespignani, neurologue, Nancy  
 Pr Michel Weber, neurologue, Nancy

## **Autres personnes consultées dans le cadre de ce projet**

Les professionnels suivants ont été sollicités pour réaliser le cadrage de cette recommandation de bonne pratique :

Dr Frédérique Brudon, neurologue,  
 Villeurbanne  
 Dr Bernard Conan, médecin généraliste,  
 Douarnenez  
 Pr Edouard Hirsch, neurologue, Strasbourg  
 Dr Eric Jehle, médecin urgentiste, Toulouse

Dr Jean-Marc Léger, neurologue, Paris  
 Dr William Szurhaj, neurophysiologiste, Lille  
 Pr Pierre Thomas, neurologue, Nice  
 Pr Hervé Vespignani, neurologue, Nancy  
 Dr Jean-Pierre Vignal, neurologue, Nancy

## Préambule

Les Recommandations de Bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement, dans sa prise en charge du patient (ou du travailleur) qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations.

Ces RBP ont été élaborées selon la méthodologie proposée par la Haute Autorité de Santé (HAS), résumée dans l'argumentaire scientifique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont résumés en dernière page (fiche descriptive) et décrits dans l'argumentaire scientifique.

<b>Grade des recommandations</b>	
<b>A</b>	<p style="text-align: center;"><b>Preuve scientifique établie</b></p> <p>Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.</p>
<b>B</b>	<p style="text-align: center;"><b>Présomption scientifique</b></p> <p>Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.</p>
<b>C</b>	<p style="text-align: center;"><b>Faible niveau de preuve</b></p> <p>Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).</p>
<b>AE</b>	<p style="text-align: center;"><b>Accord d'experts</b></p> <p>En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.</p>

# 1 Introduction, épidémiologie

L'épilepsie est une pathologie dont l'incidence cumulée serait de 3% à 80 ans (1 personne sur 26 développera dans sa vie une épilepsie).

En France, on retient que:

- L'incidence de l'épilepsie est évaluée à 39/100.000 et augmente notablement avec l'âge surtout après 60 ans ;
- L'incidence des premières crises non provoquées varie de 42 à 57/100 000 ;
- L'incidence des premières crises symptomatiques varie de 20 à 39/100 000 ;
- La prévalence de l'épilepsie est évaluée à 5/1000. Elle augmente avec l'âge et les comorbidités (évaluée autour de 10/1000 après 60 ans)

## 2 Définitions

Les définitions de l'épilepsie varient en fonction des travaux effectués par les sous-commissions de la Ligue Internationale Contre l'Epilepsie. Les définitions les plus récentes sont retenues dans ces recommandations :

**Epilepsie** : pathologie cérébrale caractérisée par une prédisposition durable à générer des crises et par les conséquences cognitives, comportementales, psychologiques et sociales de cette condition. Cette définition de l'épilepsie requiert la survenue d'une seule crise d'épilepsie.

**Crise d'épilepsie** : survenue transitoire de signes et/ou de symptômes dus à une activité neuronale cérébrale excessive ou anormalement synchrone.

**Crise symptomatique aiguë** (synonyme de provoquée, situationnelle) :

« Les crises symptomatiques aiguës surviennent en relation temporelle étroite avec une atteinte du système nerveux central due à une pathologie métabolique, toxique, structurale, infectieuse ou inflammatoire. L'intervalle de temps au cours duquel une crise peut être considérée comme symptomatique aiguë, varie en fonction de la situation clinique :

1. **Une semaine** pour les suites d'un accident vasculaire cérébral, un traumatisme crânien, une intervention neurochirurgicale intracrânienne, une anoxie cérébrale ou une infection du système nerveux central. Un intervalle plus long peut être retenu en traumatologie crânienne en cas d'hématomes sous-duraux.
2. **Tant que persistent des signes cliniques et/ou biologiques évolutifs** au cours des maladies infectieuses
3. **Tant que dure le saignement** dans le cas des malformations artério-veineuses
4. **Durant les 24 h qui suivent** la constatation de certaines anomalies biologiques. Les valeurs « seuils » des anomalies biologiques susceptibles d'entraîner une crise d'épilepsie ne sont toutefois pas définies avec précision.

Le tableau ci-dessous présente les valeurs seuil des six principales constantes biologiques proposées par la sous-commission de la Ligue Internationale Contre

l'Épilepsie. Du fait d'un faible niveau de preuve, ces chiffres doivent être plutôt considérés à titre indicatif.

**Valeurs seuil à considérer pour leur imputabilité dans la survenue d'une crise d'épilepsie (grade C)**

Paramètres biochimique	Valeurs seuils
Glycémie	<2,0 mmol/l ou >25 mmol/l sans ou avec cétose
Sodium	<115 mmol/l
Calcium	<1,2 mmol/l
Magnésium	<0,3 mmol/l
Urée sanguine	>35,7 mmol/l
Créatininémie	>884 µmol/l

Les crises sont considérées comme symptomatiques d'un sevrage alcoolique, lorsqu'elles surviennent (Fédération Européenne de Neurologie)

- Dans les 7 à 48 h suivant la dernière prise d'alcool,
- Si l'abus chronique d'alcool est avéré,
- Si la consommation régulière est associée à une tentative récente de diminution,
- Si l'on agit d'une crise généralisée tonico-clonique et qu'elle est associée à des signes cliniques compatibles avec un sevrage alcoolique tels que la tachycardie, les sueurs, les tremblements

Par ailleurs :

- Lorsque les crises entraînent la découverte d'une malformation vasculaire un avis spécialisé doit apprécier **l'imputabilité de la lésion dans la survenue de la crise.**
- les crises qui surviennent dans le cadre de lésions cérébrales anciennes, créant les conditions d'une prédisposition cérébrale durable, **ne rentrent pas, par définition, dans le cadre des crises symptomatiques aiguës.**
- le patient gériatrique polypathologique est particulièrement sujet à l'accumulation de facteurs, qui, pris isolément sont insuffisants pour déclencher une crise, mais qui **peuvent aboutir à la survenue d'une crise symptomatique aiguë, lorsqu'ils se conjuguent**

### 3 But des recommandations

Ces recommandations ont pour but d'optimiser la prise en charge de patients adultes ayant présenté une première crise d'épilepsie non provoquée.

On exclura donc la prise en charge des crises révélatrices d'un tableau clinique plus complexe (crises symptomatique aigüe révélatrice d'une éclampsie, d'une encéphalite, d'un accident vasculaire cérébral, etc.) où l'urgence réside dans la prise en charge de l'étiologie de cette crise et non pas de la crise en elle-même.

Compte tenu de la définition de l'épilepsie que nous avons retenue, le praticien peut poser ce diagnostic après un premier épisode critique et envisager, selon les cas, la prescription d'un traitement antiépileptique. Ainsi, après un premier épisode paroxystique suspect de crise d'épilepsie, le praticien devra :

A la phase aigüe :

- S'assurer que l'épisode paroxystique est bien de nature épileptique,
- S'assurer qu'il ne s'agit pas d'une crise d'épilepsie symptomatique aigüe.

Dans un deuxième temps

- Essayer de définir au mieux le syndrome épileptique
- Evaluer le risque de récurrence

### 4 Prise en charge immédiate

Deux cas sont à envisager :

1. **Le praticien est appelé à la phase aigüe de l'épisode.** On recommande de réaliser immédiatement :
  - Un rappel des consignes de sécurité (mise en sécurité du patient, Position Latérale de Sécurité) aux personnes présentes lors de l'épisode paroxystique,
  - Un recueil des coordonnées d'un témoin éventuel,
  - Un recueil anamnestique le plus précis possible, comprenant notamment les antécédents médicaux familiaux et personnels du patient, les circonstances de survenue du malaise, la description la plus précise possible du malaise par les témoins et les noms et posologie des traitements éventuels pris par le patient,
  - Un examen clinique à la phase initiale (déficit moteur et/ou neuropsychologique, morsure latérale de langue, confusion prolongée, pouls, tension artérielle) en cas de présence sur place,

- Une glycémie capillaire si possible,
- Un appel du centre de réception et de régulation des appels (centre 15) pour transfert dans une structure d'urgence si utile.

**Dans ces circonstances, il n'y a pas de justification scientifique à débiter un traitement par benzodiazépines en l'absence de récurrence immédiate ou de critère d'état de mal.**

2. **Les faits sont rapportés au praticien à distance lors d'une consultation.** Il est recommandé de:

- Réaliser un recueil anamnestique le plus précis possible, comprenant notamment les antécédents médicaux familiaux et personnels du patient, les circonstances de survenue du malaise, la description la plus précise possible du malaise par les témoins et les noms et posologie des traitements éventuels pris par le patient. Nous soulignons **l'importance du recueil** anamnestique auprès des témoins si besoin par téléphone

**Il n'y a pas, à ce jour de justification scientifique à débiter un traitement par benzodiazépine à l'issue de cette première consultation en l'absence de récurrence**

## 5 Question n°1 : cet épisode paroxystique est-il de nature épileptique ?

### 5.1 Critères cliniques

**Aucun signe clinique n'est pathognomonique d'une crise d'épilepsie.**

Le diagnostic repose donc sur **un faisceau d'arguments** (antécédents, circonstances de survenue, signes cliniques).

Les erreurs diagnostiques, sont très fréquentes évaluées entre 19 et 26%.

Les deux diagnostics principaux sont :

- Les syncopes convulsivantes
- Les Crises Non Epileptiques Psychogènes ou CNEP définies comme des « épisodes imitant les crises épileptiques et se caractérisant par des phénomènes paroxystiques moteurs, sensitifs ou sensoriels en relation avec un processus psychique, sans décharge neuronale paroxystique anormale associée ».

Chez le sujet âgé il faut prendre en compte :

- le contexte souvent poly pathologique associé à la prescription de médicaments multiples

- une expression sémiologie critique moins spécifique que chez l'adulte : plus grande fréquence des crises focales, des confusions post épisodes parfois prolongées et la moindre survenue d'automatisme (*grade C*)

Le tableau ci-dessous reprend les éléments les plus évocateurs en termes d'antécédents, circonstances de survenue et signes cliniques pour les diagnostics de crises d'épilepsie, syncope et CNEP

	En faveur d'une origine épileptique	En faveur d'une origine non épileptique	
		Syncope	CNEP
<b>Antécédents</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ATCD familiaux d'épilepsie</li> <li>• ATCD de crise fébrile</li> <li>• ATCD neurologique : AVC, infection du SNC, intervention neurochirurgicale</li> <li>• ATCD de TC grave : contusion avec HSD, fracture, PC ou amnésie &gt;24h, âge &gt;65 ans</li> <li>• Présence d'une pathologie neurologique dégénérative</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médicaments : antihypertenseurs, antiarythmique, diurétiques, médicaments allongeant le QT</li> <li>• ATCD familiaux de mort subite</li> <li>• ATCD familiaux d'hypotension orthostatique</li> <li>• ATCD familiaux de cardiopathie dysrythmique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ATCD psychiatriques</li> </ul>
<b>Circonstance de survenue</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lien avec le sommeil : sommeil, réveil, contexte de dette de sommeil</li> <li>• Consommation de toxique</li> <li>• Sevrage alcoolique ou benzodiazépine</li> <li>• Situations en lien avec des stimulations lumineuses répétitives</li> <li>• Détente devant la télévision</li> <li>• Jeux sur écrans</li> <li>• Consommation récente de médicaments abaissant le seuil épileptogène (antalgiques, antidépresseurs, antibiotiques )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Circonstances de stimulations vagues : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pendant ou après miction défécation, vomissements, quinte de toux</li> <li>• Lors de douleurs violente</li> <li>• Lors de prise de sang</li> <li>• Lors du maintien prolongé de l'orthostatisme</li> <li>• Lors d'un changement brutal de position (passage à l'orthostatisme)</li> <li>• Au cours d'une situation de confinement</li> </ul> </li> <li>• Pendant une activité sportive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contexte de conflit, de stress</li> </ul>
<b>Signes cliniques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Morsure de langue latérale constatée</li> <li>• Confusion post épisode prolongée</li> <li>• Posture inhabituelle avec hypertonie</li> <li>• Déjà vu, déjà vécu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sueurs avant l'examen</li> <li>• Sensation vertigineuse</li> <li>• Hypotonie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mouvement de dénégation</li> <li>• Mouvement de balancement du bassin</li> <li>• Pleurs</li> <li>• Bégaiements</li> <li>• Yeux clos pendant toute la durée de la crise</li> <li>• Résistance à l'ouverture des yeux</li> <li>• Activité motrice asynchrone et irrégulière s'arrêtant puis reprenant</li> <li>• Conscience préservée au cours d'une activité motrice bilatérale</li> </ul>

**Conclusion** : Aucun signe clinique n'est pathognomonique d'une crise d'épilepsie.

Sont toutefois hautement évocateur

- Du diagnostic d'épilepsie, les signes suivants (*grade B*)
  - La morsure latérale de langue constatée
  - La confusion post épisode prolongée
  - Une posture inhabituelle (dont la version) avec hypertonie
  - Une notion de déjà vue, déjà vécue avant le malaise
- Du diagnostic de CNEP (*grade C*):
  - Mouvements de tête d'un côté et de l'autre (mouvement de dénégation),
  - Mouvements de balancement du bassin,
  - Pleurs,
  - Bégaiements,
  - Yeux restant clos pendant toute la durée de la crise et surtout résistance à l'ouverture des yeux
  - Activité motrice asynchrone et irrégulière s'arrêtant puis reprenant,
  - Conscience préservée au cours d'une activité motrice bilatérale.

## 5.2 Critères biologiques

- Aucun dosage biologique n'est recommandé pour aider à poser le diagnostic de crise d'épilepsie.
- En cas de doute clinique entre une crise généralisée et une syncope convulsivante, on pourra proposer la réalisation d'un dosage des CPK (*grade B*) sous réserve que ce dernier soit effectué au moins 4 heures après l'épisode paroxystique.

## 6 Question n°2 : si l'épisode paroxystique est de nature critique, s'agit-il d'une crise symptomatique aigue ? Quels examens faut-il réaliser ?

### 6.1 Biologie

- On recommande la réalisation d'un bilan biologique pour rechercher des perturbations métaboliques susceptibles d'être responsables ou de favoriser la crise (*grade C*). Ce bilan comprendra:
  1. une glycémie capillaire à l'arrivée du patient
  2. un ionogramme sanguin

3. le dosage de l'urée sanguine
  4. le dosage de la créatininémie
- On ne recommande pas le dosage systématique des toxiques ou médicaments sauf circonstance médicolegale (*grade C*).
  - On ne recommande pas le dosage systématique (qualitatif ou quantitatif) de l'alcoolémie sauf en cas de contexte médico-légal (*avis d'expert*). Chez le patient alcoolique chronique, on pourra proposer par contre le dosage de l'alcoolémie si la crise est survenue en dehors des critères de sevrage proposés par la Fédération Européenne de Neurologie, ceci afin de ne pas poser par excès le diagnostic de crise symptomatique aiguë sur un sevrage en alcool.
  - On recommande de rechercher systématiquement :
    - la prescription de médicaments comme le tramadol, le bupropion, les antidépresseurs tricycliques ou certains antihistaminiques (diphénhydramine), chez des patients présentant une épilepsie active ou des antécédents d'épilepsie (*grade B*)
    - la notion de sevrage en benzodiazépine en particulier chez les sujets âgés (*avis d'expert*)

## 6.2 Imagerie

On recommande de réaliser (ou de demander en urgence) une imagerie cérébrale aux urgences dans les cas suivants (*grade B*)

- Déficit focal
- Début focal rapporté par les témoins avant généralisation
- Confusion mentale ou céphalées persistante
- Fièvre
- Traumatisme crânien
- Antécédent néoplasique
- Traitement anticoagulant
- Immunosuppression
- Age >40 ans
- Suivi neurologique ultérieur incertain

Le type d'imagerie (IRM cérébrale ou TDM cérébrale) sera choisi en fonction des disponibilités locales et des étiologies sous-jacentes suspectées

## 6.3 Autres examens

On recommande de réaliser également :

1. Un **électrocardiogramme (ECG)** de façon systématique (*avis d'expert*)
2. Un **électroencéphalogramme (EEG)** est recommandé dans les délais les plus brefs, afin d'améliorer sa sensibilité (*grade B*). Il sera réalisé en fonction des disponibilités locales, pas nécessairement dans le cadre de l'urgence (cf. bilan différé ci-dessous).

## 7 Sortie ou non hospitalisation du patient.

En cas d'absence de critères d'hospitalisation (cf. ci-dessous) on propose une sortie au patient en lui recommandant une consultation spécialisée au mieux dans les 15 jours (*avis d'expert*)

### 7.1 Critères de sortie sans hospitalisation :

- Retour à un état clinique basal sans symptôme neurologique,
- Normalité de toutes les investigations cliniques et paracliniques,
- Adhésion au suivi médical ultérieur préconisé,
- Transmission d'un document écrit des recommandations de sortie,
- Transmission au médecin traitant et au neurologue d'un compte rendu médical du passage aux urgences.

### 7.2 Critères de non hospitalisation

Lors de la prise en charge immédiate du patient par un praticien en cabinet, celui-ci peut décider de ne pas l'hospitaliser selon les critères suivants :

- Retour rapide à un état clinique basal sans symptôme neurologique persistant,
- Possibilité d'organiser une consultation au cabinet pour parfaire l'examen clinique et réaliser les examens para cliniques (ECG, biologie)
- Demande de rendez-vous d'EEG (4 semaines) et d'imagerie rapide (15 jours)
- Demande de rendez-vous auprès d'un neurologue (maximum 15 jours)

Dans ces deux cas on recommande jusqu'à la consultation spécialisée de :

- Conseiller au patient un temps de sommeil suffisant,
- Envisager un arrêt de travail en fonction de l'activité professionnelle,
- Eviter les médicaments pro convulsivants : tramadol, bupropion, tricyclique, izoniazide, diphenhydramine (classe des antihistaminiques présent notamment dans NAUTAMINE® et ACTIFED®) liste non exhaustive
- Informer le patient des dangers potentiels de la conduite automobile,
- Eviter la consommation d'alcool,
- Eviter les activités à risque (natation, escalade, plongée sous-marine..) et préférer les douches aux bains.

## 8 Prise en charge différée

### 8.1 Consultation

La consultation auprès d'un neurologue est recommandée idéalement dans les 15 jours suivant l'épisode. Ses objectifs sont de :

1. confirmer ou démentir la suspicion de crise d'épilepsie,

2. poser un diagnostic syndromique et étiologique,
3. évaluer le pronostic et le risque de récurrence,
4. programmer les examens complémentaires si nécessaire,
5. informer le patient sur :
  - l'épilepsie en général,
  - les facteurs favorisant la survenue des épisodes critiques,
  - le déroulement des examens complémentaires,
  - les possibilités thérapeutiques et/ou le choix d'une abstention thérapeutique,
  - les répercussions possibles de l'épilepsie en termes de conduite automobile (dispositions légales), de loisirs, de scolarité, de vie professionnelle et personnelle,
  - les aspects liés à la grossesse et à la contraception chez les femmes en âge de procréer.

## 8.2 Bilan paraclinique différé

### 8.2.1 Imagerie cérébrale

L'imagerie de référence dans le cadre de l'épilepsie est **l'imagerie par Résonance Magnétique**.

On recommande de réaliser cette dernière de manière systématique sauf si le diagnostic d'épilepsie généralisée idiopathique est certain, dans un délai de 4 semaines

Le protocole minimum proposé pour les appareils à 1,5 Teslas et 3 Teslas est détaillé en annexes.

### 8.2.2 L'Électro-encéphalogramme (EEG)

Ses objectifs sont :

- Détailler l'hypothèse de la nature épileptique d'un malaise (après un interrogatoire et un examen orientant vers ce diagnostic)
- Orienter vers un syndrome épileptique particulier ;
- Apporter des éléments pronostiques en termes de récurrence.

On recommande de réaliser cet examen:

- au cours des 4 semaines ou, au mieux dans les 24-48h suivant l'épisode critique si les structures locales le permettent, de manière à favoriser la sensibilité, (*grade B*)
- selon les critères proposés par le groupe de travail sur l'EEG standard de la Ligue Française contre l'épilepsie et de la Société de Neurophysiologie Clinique de Langue Française

On recommande que cet examen soit interprété par un praticien avec une formation en électrophysiologie en fonction des données de la clinique en étant particulièrement attentif aux figures variantes de la normale sans caractère pathologique, notamment chez les sujets âgés.

On recommande de ne pas prescrire cet examen

- Après la survenue d'un malaise évocateur de syncope
- Pour affirmer la nature épileptique d'un malaise

En cas de normalité de ce premier examen, on recommande de discuter, soit la réalisation d'un nouvel EEG standard, soit la réalisation d'un EEG prolongé avec ou sans privation de sommeil (*grade B*)

En cas de suspicion de CNEP, on recommande de prendre l'avis d'une équipe réalisant des enregistrements polygraphiques de longue durée avec vidéo, examen de référence pour le diagnostic de CNEP

## 9 Traitement

La décision de prescrire un traitement sera prise par le spécialiste avec le patient, et le cas échéant, après son accord, avec la famille et/ou les aidants. La discussion portera sur la maladie, les risques et les bénéfices attendus du traitement ainsi que les risques d'effets secondaires potentiels.

### 9.1 Indications

Un traitement est recommandé après une première crise si (*grade A*)

- il est possible de mettre en évidence une prédisposition durable à la survenue de crise définissant ainsi une épilepsie-maladie,
- il existe un déficit neurologique et/ou neuropsychologique,
- l'EEG montre une activité épileptique non équivoque, susceptible d'expliquer le malaise présenté par le patient
- il existe une anomalie structurale à l'imagerie et que cette dernière est compatible avec le type de crise.

Même en l'absence de ces critères, un traitement est recommandé après une première crise (*avis d'expert*) :

- si le patient ou ses proches jugent inacceptable le risque de récurrence (à évaluer en fonction du type de crise et du mode de vie du patient),
- si le spécialiste estime que le statut médical, social ou professionnel du patient le justifie,
- s'il s'avère à l'interrogatoire qu'il ne s'agit en fait pas d'une première crise.

## 9.2 Choix du traitement

Le choix de l'antiépileptique sera essentiellement guidé par le syndrome épileptique et si celui-ci ne peut être déterminé par le type de crise principal. Ce choix devra tenir compte des comorbidités, du sexe, de l'âge, du mode de vie et des préférences du patient.

Les recommandations ci-dessous synthétisent les données de la littérature et les recommandations internationales en vigueur, et intègrent à la fois l'efficacité des molécules mais également la tolérance et l'observance du traitement. (NB les molécules sont présentées par ordre alphabétique)

### 9.2.1 Epilepsie focale

*La carbamazépine, la lamotrigine, le lévétiracetam et l'oxcarbazépine* sont recommandés en première intention (*grade A et B selon les niveaux de preuves retenus*). D'autres molécules ont par ailleurs obtenu l'AMM dans cette indication mais sont considérées comme moins efficaces et ou moins bien tolérées

### 9.2.2 Epilepsie généralisée

Epilepsie généralisée idiopathique avec crise tonico-cloniques généralisées seules:

- *La lamotrigine et le valproate de sodium* sont recommandés en première intention (*grade B*).
- Chez la femme en âge de procréer *la lamotrigine* est à privilégier.

En cas de suspicion d'une épilepsie myoclonique juvénile (EMJ) :

- *La lamotrigine et le valproate de sodium* sont recommandés en première intention.
- Chez la femme en âge de procréer *la lamotrigine* est à privilégier.
- A noter que *la lamotrigine* peut majorer les myoclonies.

En cas de suspicion d'épilepsie absence.

- *La lamotrigine et le valproate de sodium* sont recommandés en première intention (*grade B*).
- Chez la femme en âge de procréer *la lamotrigine* est à privilégier.
- *L'éthosuximide*, médicament de référence dans les absences de l'enfant n'est pas à privilégier dans le cadre des épilepsies de l'adulte jeune car des crises généralisées associées sont possibles dans ce syndrome et peuvent être majorées par *l'éthosuximide*.

## 9.3 Suivi du traitement

### 9.3.1 Suivi pharmacologique

Il n'est pas recommandé de prescrire un dosage médicamenteux de façon systématique à l'introduction du traitement. (*avis d'expert*).

On recommande de le réaliser en cas de :

- recherche d'une prise irrégulière ou d'une absence de prise du traitement ;
- suspicion de toxicité liée à un surdosage médicamenteux ;
- dans certaines conditions particulières telles que l'insuffisance hépatique, l'insuffisance rénale, la grossesse, la survenue d'un état de mal, etc. ;
- lors de la gestion d'interactions médicamenteuses,
- lors du changement de formulation ou de passage à un générique,
- si les crises persistent malgré une posologie correcte,
- quand survient un changement inexpliqué de réponse thérapeutique.

### 9.3.2 Surveillance de la tolérance clinique

En dehors de la surveillance propre à chacun des antiépileptiques, il est recommandé d'informer le patient et/ou son entourage du retentissement thymique, comportemental, et cognitif potentiel des antiépileptiques (*avis d'expert*).

## 9.4 Situations particulières

### 9.4.1 Femme en âge de procréer

On recommande dès la première consultation :

- d'informer la patiente sur les risques tératogènes, les répercussions neuropsychologiques de l'épilepsie, des crises et des antiépileptiques ;
- d'envisager la planification d'une grossesse pour pouvoir anticiper les modifications thérapeutiques éventuelles ;
- d'éviter au maximum dans la mesure du possible la prescription de **valproate de sodium** (*grade B*);
- de réaliser éventuellement un dosage de référence avant la grossesse, en cas de traitement par la **lamotrigine** ;
- débuter une supplémentation folique d'au moins 0,4 mg/j (en général 5 mg/j) deux mois avant la conception et jusqu'à la fin du premier trimestre (*grade B*).

En cas de grossesse, on recommande :

- de privilégier la dose minimale efficace sur les crises tonico-cloniques généralisées notamment pendant le premier trimestre ;
- d'essayer de maintenir des doses de **lamotrigine** au-dessous de 300 mg/jour et de **valproate de sodium** au-dessous de 750 mg/jour ;(*grade B*)
- de privilégier les formes à libération prolongée et d'essayer de fractionner les prises dans la journée afin de minimiser les pics de doses ;
- de mettre en place un suivi gynéco-obstétrical dès le début de la grossesse afin de dépister au mieux les malformations fœtales (échographie supplémentaire à 18 SA).

### 9.4.2 Contraception

Les antiépileptiques inducteurs enzymatiques tels que le phénobarbital, *la phénytoïne*, *la carbamazépine*, et dans une moindre mesure *le topiramate et l'oxcarbazépine* augmentent la clairance de la contraception orale, et augmentent ainsi le risque d'échec de la contraception.

La contraception progestative pure ainsi que les implants progestatifs ne sont pas recommandés en cas de prise d'antiépileptiques inducteurs.

Par ailleurs, les contraceptions à stéroïdes tendent à augmenter la clairance de la *lamotrigine* et donc à en réduire l'efficacité.

### 9.4.3 Sujet âgé

On recommande de raisonner plutôt en termes de types de crise que de syndrome. (avis d'expert)

Si l'on s'agit de crises partielles, on recommande (*grade A*) d'utiliser en première intention *la lamotrigine*, du fait du caractère inducteur de la *carbamazépine*, de l'absence de données spécifiques pour cette population de malgré un profil de tolérance qui semble satisfaisant pour ce dernier antiépileptique.

Si l'on s'agit de crises généralisées, on recommande d'utiliser en première intention la *lamotrigine* car la tolérance *du valproate* est un peu moins favorable (*grade C*)

## 10 Education thérapeutique

Lors de la consultation de l'annonce du diagnostic, le spécialiste a un devoir d'information.

En fonction du contexte les éléments suivants seront abordés :

- l'épilepsie en général ;
- les différents types de crise ;
- les facteurs déclenchant et leur contrôle ;
- la prise en charge d'une crise et la conduite à tenir en urgence ;
- les différentes options de traitement ;
- les médicaments et leurs effets secondaires ;
- les activités à risques (loisir, professionnelles) ;
- les orientations scolaire et ou professionnelles ;
- le pronostic ;
- le permis de conduire ;
- la grossesse.

On recommande de proposer au patient un programme d'éducation thérapeutique lui permettant d'acquérir des compétences afin de gérer au mieux sa pathologie (loi HPST juillet 2009).

## 11 Annexes

### Protocole de réalisation d'une IRM cérébrale dans le cadre du bilan d'une épilepsie nouvellement diagnostiquée

Pour les centres disposant d'une IRM 3T, l'examen est de préférence à programmer sur cet appareil pour améliorer la sensibilité de la technique au diagnostic des anomalies de migration neuronale.

#### Protocole optimal sur IRM 3T

- É 3D T1 avec reconstructions selon les 3 plans de l'espace
- É 3D FLAIR avec reconstructions selon les 3 plans de l'espace
- É Coupes axiales T2 de 4 mm d'épaisseur
- É Coupes axiales T2\* (écho de gradient) de 4 mm d'épaisseur

#### Protocole minimum requis sur IRM 1.5T

- É 3D T1 avec reconstructions selon les 3 plans de l'espace, ou, à défaut, coupes sagittales de 4 à 5 mm d'épaisseur en T1
- É En l'absence de 3D T1 : coupes coronales et axiales d'une épaisseur maximum de 4 mm avec une matrice minimale de 512x512 pour un champ d'exploration (FOV) maximal de 300 mm en séquence pondérée en T1 en inversion récupération
- É Coupes axiales en T2, T2\* et FLAIR de 4 à 5 mm d'épaisseur
- É Coupes coronales en T2 (enfant de moins de 3 ans) ou en FLAIR (patients de plus de 3 ans)

L'orientation des plans de coupes dépend de la localisation électro-clinique des crises.

Ainsi les épilepsies temporales nécessitent des coupes axiales dans le plan bi-hippocampique et des coupes coronales perpendiculaires au grand axe de l'hippocampe.

En cas d'épilepsie non temporale, les coupes axiales sont parallèles au plan bi-commissural de Talairach CA-CP, et les coupes coronales sont orthogonales à ce plan.

L'injection de produit de contraste n'est pas systématique, mais nécessaire en cas de suspicion de lésion tumorale, vasculaire ou inflammatoire. Elle est décidée en temps réel par le Neuroradiologue après analyse des premières séquences.

## Fiche descriptive

<b>Titre</b>	<b>Prise en charge d'une première crise d'épilepsie de l'adulte</b>
<b>Méthode de travail</b>	Recommandations pour la pratique clinique (RPC)
<b>Objectifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Améliorer la précision du diagnostic de l'épilepsie chez des patients ayant une première crise, afin de réduire le sur diagnostic et la prescription d'antiépileptiques inutile ;</li> <li>• Faciliter le choix du premier traitement ;</li> <li>• Favoriser l'observance du traitement ;</li> <li>• Modérer l'impact psychologique et social lié à l'annonce du diagnostic et à la mise sous traitement.</li> </ul>
<b>Patients ou usagers concernés</b>	Patients adultes, et notamment les femmes en âge de procréer ou enceintes et les sujets âgés.
<b>Professionnels concernés</b>	Médecins généralistes, urgentistes, neurologues hospitaliers, neurologues libéraux, neurophysiologistes, radiologues.
<b>Demandeur</b>	Société française de neurologie (SFN)
<b>Promoteur</b>	Société française de neurologie (SFN)
<b>Financement</b>	Avec le concours financier de la HAS
<b>Pilotage du projet</b>	Coordination : Pr Jean Perret, neurologue, Grenoble Soutien méthodologique : M. Emmanuel Nouyrigat, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence)
<b>Recherche documentaire</b>	De janvier 1990 à janvier 2013, réalisée par le Dr Cécile Sabourdy, avec le soutien de Mme Gaëlle Fanelli, documentaliste de la HAS
<b>Auteurs de l'argumentaire</b>	Dr Cécile Sabourdy, neurologue, Grenoble
<b>Participants</b>	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail (président : Pr Jean Perret), groupe de lecture et autres personnes consultées : cf. liste des participants.
<b>Conflits d'intérêts</b>	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
<b>Validation</b>	Avis de la Commission des recommandations de bonne pratique Attribution du label HAS par le Collège de la HAS en octobre 2014
<b>Actualisation</b>	L'actualisation de la recommandation sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication.
<b>Autres formats</b>	Argumentaire scientifique de la recommandation de bonne pratique, téléchargeable sur le site de la Société française de neurologie (SFN) : <a href="http://www.sf-neuro.org/">http://www.sf-neuro.org/</a>
<b>Document d'accompagnement</b>	Sans objet.