

Item103-Épilepsie de l'enfant et de l'adulte.

Objectifs CNCI

- Diagnostiquer les principales formes d'épilepsie de l'enfant et de l'adulte.
- Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.
- Décrire les principes de la prise en charge au long cours.

Recommandations	Mots-clés / Tiroirs	NPO / A savoir !
<ul style="list-style-type: none"> - Guide: Epilepsie / ALD / 2007 - Prise en charge en situation d'urgence et en réanimation des états de mal épileptiques de l'adulte et de l'enfant - SRLF 09 - Polycopié national: Épilepsie de l'enfant et de l'adulte 	<ul style="list-style-type: none"> - Crise généralisée: TC / MC / absence - Crise partielle: simple/ complexe - Sd: symptomatique / idiopathique - Confusion post-critique - Rechercher une HTIC - EEG à distance systématique - Glycémie / iono / IRM cérébrale - EME: BZD / AE lent / switch / AG - Traitement de fond si ≥ 2 crises confirmées - MonoT adaptée / \uparrow progressive - Prise en charge à 100% - Echec = contrôler l'observance 	<ul style="list-style-type: none"> - NPC crise et épilepsie - Facteur déclenchant - Glycémie capillaire - PL/hémoC si crise fébrile - EME = transfert en REA - Education du patient - Permis de conduire

Généralités

Définitions

- **Crise épileptique (= crise comitiale)**
 - Tout symptôme secondaire à une décharge synchrone d'un ensemble de neurones
 - La symptomatologie dépend donc de la localisation et de l'étendue de cet ensemble
- **Epilepsie**
 - = tendance à la répétition des crises épileptiques (« épilepsie-maladie »)
 - S'intègre ou non dans un syndrome épileptique. On distingue les épilepsies:
 - **Idiopathiques**: sans lésion cérébrale
 - **Cryptogéniques**: lésion probable mais non identifiable
 - **Symptomatiques**: secondaire à une lésion cérébrale (focale ou diffuse)
- **Etat de mal épileptique (CC SRLF 09)**
 - = persistance ou répétition de crises sans retour à la conscience pendant $\geq 30\text{min}$
 - **Cas particuliers**
 - **EME tonico-clonique**: crise tonico-clonique persistant pendant $\geq 5\text{min}$
 - **EME larvé**: EME persistant à l'EEG avec disparition des signes moteurs

Epidémiologie

- !! 1 personne sur 10 aura une crise épileptique un jour au cours de sa vie
- NPC avec épilepsie: concerne 2% de la population. âge: < 10 et > 60ans ++

Physiopathologie

- **3 facteurs nécessaires pour faire une crise**
 - Population +/- étendue de neurones corticaux hyperactivables
 - **Facteur déclenchant** une hyperactivité paroxystique du foyer épileptogène
 - Propagation et auto-entretien de la décharge aux neurones voisins

Classification

Classification des crises épileptiques

- **Crises généralisées**
 - = Les anomalies électriques concernent l'ensemble du cortex
 - → crises avec altération transitoire de la conscience d'emblée (sauf myocloniques)
 - **Crises tonico-cloniques**: hypertonie généralisée +/- secousses musculaires rythmiques
 - **Crises myocloniques**: contractions musculaires violentes et brèves de m. antagonistes
 - **Absences**: suspension transitoire de la conscience sans symptôme moteur
- **Crises partielles**
 - = Les anomalies électriques sont circonscrites à une partie du cortex
 - → crises avec manifestations focales motrices / sensitives / végétatives / sensorielles
 - **Crises partielles simples**: signes focaux sans troubles de la conscience
 - **Crises partielles complexes**: signes focaux avec altération de la conscience
 - **Crises partielles secondairement généralisées**: signes focaux puis crise généralisée

Classification des syndromes épileptiques

- **Epilepsie avec crises généralisées**
 - **Idiopathiques ++**
 - Epilepsie-absence de l'enfant / adolescent
 - Epilepsie myoclonique juvénile
 - Epilepsie généralisée tonico-clonique de l'adulte
 - **Symptomatiques / cryptogéniques**
 - Syndrome de West
 - Syndrome de Lennox-Gastaut
- **Epilepsie avec crises partielles**
 - **Idiopathiques**
 - Epilepsie partielle à paroxysme rolandique de l'enfant
 - **Symptomatiques / cryptogéniques ++**
 - Epilepsies lobaires (temporale / frontale / occipitale / pariétale)

Etiologies des crises symptomatiques

Etiologies générales

- **Toxiques**
 - **Alcool +++** : sur intoxication éthylique aiguë / sur sevrage / « épilepsie alcoolique »
 - **Autres**: drogues (cocaïne) / intoxication au monoxyde de carbone (CO)
- **Métaboliques**
 - **Hypoglycémie**: DEXTRO en urgence devant toute crise comitiale (**A savoir !**)
 - Troubles électrolytiques: hypo ou hypercalcémie - hypo ou hypernatrémie
 - Insuffisances: IRC ou IHC sévères (encéphalopathie hépatique/urémique)
- **Iatrogéniques**
 - Par surdosage: tricycliques / neuroleptiques / lithium / isoniazide
 - Par sevrage: benzodiazépine / barbituriques

Etiologies cérébrales

- **Infectieuses**
 - Méningites et méningo-encéphalites (cf **Méningites, méningoencéphalites chez l'adulte et l'enfant.**)
 - Abscès cérébral / Toxoplasmose
- **Vasculaires**
 - Infarctus ou hémorragie / thrombose veineuse cérébrale (cf **Accidents vasculaires cérébraux (AVC).**)
 - Hémorragie méningée / hématomes traumatiques (HED / HSD)
- **Tumorales** (cf **Tumeurs intracrâniennes.**)
 - Tumeur hémisphériques: gliales / méningiome / métastases..
- **Traumatiques** (cf **Polytraumatisme.**)
 - Traumatismes crâniens graves: crises à la phase aiguë ou séquellaire

Idiopathiques +++

- !! Toujours rechercher un facteur déclenchant / syndrome épileptique

Diagnostic positif = crises épileptiques

Examen clinique

- **Interrogatoire**
 - **Terrain**: atcd perso et familiaux de crises / co-morbidités
 - **Anamnèse**: circonstances / déroulement / durée / s. post-critiques
 - **Rechercher un facteur déclenchant +++**

- Prise **médicamenteuse** / toxique (**alcool**) / sevrage
- Glycémie capillaire systématique: **DEXTRO** (**A savoir !**)
- Traumatisme crânien / FdR CV (AVC)
- **A ajouter si épileptique connu :**
 - observance médicamenteuse
 - contrôle de la maladie (nombre de crise par an, exacerbation récente, ATCD d'état de mal, séjour en réanimation, crise similaire aux précédentes)
- **Signes critiques**
 - **Crises généralisées**
 - **Crise tonico-clonique**
 - Perte de connaissance brutale inaugurale (= chute)
 - Phase tonique (10-20s) = contraction musculaire généralisée + s. végétatifs
 - Phase clonique (30s) = contractions musculaires rythmiques bilatérales
 - Phase résolutive = post-critique (quelques minutes) = hypotonie + respiration stertoreuse
 - **Crise myoclonique**
 - Contractions brèves / bilatérales / synchrones de muscles antagonistes
 - En général, seulement MSup ou MInf
 - !! pas d'altération de la conscience
 - **Absences**
 - Abolition transitoire de la conscience: rupture de contact (regard vide)
 - +/- s. moteurs: clonies des paupières, chute de la tête, perte d'urines..
 - !! Absences atypiques: s. moteurs marqués / durée prolongée / chute
 - **Crises partielles**
 - !! Toujours préciser si c'est une crise simple ou complexe (conscience) (**A savoir !**)
 - **Crises partielles motrices**
 - Focale : contraction tonique/clonique localisée (cortex frontal controlatéral)
 - Bravais-Jacksonienne: contraction localisée puis extension de proche en proche +++
 - Versive: déviation conjuguée de la tête et des yeux
 - Phonatoire: vocalisation involontaire ou incapacité à parler
 - **Crises partielles sensorielles**
 - Visuelle: phosphènes / scotome / hémianopsie latérale homonyme
 - Auditive: acouphènes / sifflements / bruits rythmiques
 - Olfactive: odeur (désagréable le plus souvent)
 - Gustative: gout (métallique ou acide le plus souvent)
 - **Crises partielles sensitives**
 - Paresthésies d'un hémicorps +/- localisées (marche jacksonienne possible)
 - **Crises partielles psychiques**
 - Dysmnésique: impression de déjà-vu / déjà-vécu
 - Cognitive: sensation de rêve éveillé / pensée forcée
 - Affective: peur / panique / colère
 - Illusionnelle: métamorphopsie / micro ou macropsie / relief
 - **Crises partielles avec automatismes**
 - Mâchonnement / pourléchage / onomatopées..
 - **Signes post-critiques**
 - **Après une crise généralisée**
 - Retour progressif à la conscience: **confusion post-critique** +++
 - Stertor: respiration bruyante (cf sécrétions muqueuses pdt phase tonique)
 - Morsure latérale de la langue pendant la phase clonique (!! non spécifique)
 - **Après une crise partielle**
 - Déficit post-critique focal dans le même territoire (minutes à jours)
 - **Signes inter-critiques**
 - !! Typiquement patient **asymptomatique** en dehors des crises
 - Sinon: recherche une étiologie organique +++ (tumeur, etc)

Examens complémentaires

- **Pour diagnostic positif**
 - **Electro-encéphalogramme (EEG)**
 - **Indications**
 - **Systématique** après tout **1er** épisode de crise épileptique (**A savoir !**)
 - !! La seule indication d'EEG en urgence est l'état de mal épileptique
 - → Dans tous les autres cas: EEG à distance de la crise +++
 - **Signes positifs**
 - Anomalies paroxystiques: pointes / ondes / polypointes-ondes
 - !! Si normal en inter-critique: n'exclut pas le diagnostic

- Pour diagnostic étiologique: rechercher une épilepsie secondaire +++
 - !! On ne retiendra une épilepsie-maladie que si le bilan est négatif
 - Imagerie cérébrale = IRM avec injection
 - Systématique devant toute 1ère crise d'épilepsie et/ou si chute
 - Recherche une étiologie locale et/ou une complication (HED)
 - Bilan biologique métabolique
 - **Glycémie** veineuse (A savoir !)
 - **Ionogramme** sanguin et **calcémie** / créatinine
 - Toxiques: alcoolémie / médicaments
 - Si fièvre: hémocultures / PL indispensable +++
 - **Éliminer un diagnostic différentiel**
 - Syncope: **ECG** +/- Holter-**ECG** des 24h (cf **Malaise, perte de connaissance, crise comitiale chez l'adulte.**)

Diagnostics différentiels

- Des crises généralisées
 - **Syncope +++ / distinction syncope et crise comitiale** (cf **Malaise, perte de connaissance, crise comitiale chez l'adulte.**)

syncope	crise comitiale
<ul style="list-style-type: none"> ▪ durée brève (< 1min) ▪ retour rapide à la conscience ▪ atonie / pas de mouvements 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ durée prolongée (> 5min) ▪ confusion post-critique ▪ hypertonie / mouvements anormaux
!! morsure de langue et perte d'urine ne sont pas spécifiques	

- **Crises pseudo-épileptiques psychogènes**
 - Clinique atypique et EEG normal (si doute: vidéo)
- Des crises partielles
 - **Crises motrices/sensitives/sensorielles: AIT** / migraine avec aura
 - **Crises psychiques:** hystérie / crises d'angoisse / psychose
 - **Crises végétatives:** hypoglycémie +++ / DT
 - **Crises partielles complexes:** tout syndrome confusionnel

Diagnostic syndromique = syndromes épileptiques

Syndromes épileptiques du nourrisson (< 2ans)

- !! Remarque
 - Les convulsions fébriles du nourrisson sont des crises épileptiques
 - Mais pas une épilepsie (sauf si c'est la cause sous-jacente; cf **Convulsions chez le nourrisson et chez l'enfant.**)
- **Syndrome de West**
 - = Encéphalopathie avec crises épileptiques survenant entre **4 et 7 mois**
 - **Triade diagnostique +++**
 - [spasmes en flexion + régression psychomotrice + hypersarythmie]
 - **Etiologies**
 - **Symptomatique (2/3):** sclérose tubéreuse de Bourneville, anoxie, T21, CMV..
 - **Cryptogénique (1/3):** aucune lésion mise en évidence
 - **Examen clinique**
 - Crises généralisées toniques / brèves et en salves
 - → spasmes en flexion des 4 membres, tronc et nuque
 - Régression psychomotrice constante (souvent précoce)
 - **EEG inter-critique**
 - EEG inter-critique caractéristique anarchique: **hypersarythmie**
 - = succession continue et diffuse: ondes lentes / pointes de grande amplitude
 - **Ponction lombaire : doser lactate dans le lcr**
 - **Pronostic = mauvais**
 - Séquelles neurologiques sévères le plus souvent (retard mental +++)
 - **Traitement spécifique**
 - Urgence thérapeutique
 - HÂ° dans un service de neuropédiatrie
 - Information des parents sur le diagnostique et le pronostic
 - Traitements médicamenteux :
 - AE = vigabatrin (Sabril®) en 1ère intention + vitaminothérapie : B1 et B6
 - corticoïdes + mesures associées si échec
 - **Surveillance**

- Clinique : spasme, éveil
- Paraclinique : bilans biologiques préthérapeutiques, EEG

Syndromes épileptiques de l'enfant (2-10 ans)

- **Syndrome de Lennox-Gastaut**
 - **Généralités**
 - Encéphalopathie avec crises généralisées apparaissant entre **3 et 5 ans**
 - Etiologies: symptomatique ++ / parfois secondaire à un syndrome de West
 - **Examen clinique**
 - Crises de types variable: toniques / atoniques / absences atypiques
 - **Régression psycho-motrice** sévère
 - **EEG inter-critique**
 - Aspect typique très perturbé avec pointes-ondes lentes diffuses
 - **Pronostic = très mauvais**
 - Crises **résistantes** au traitement / retard mental / troubles psychiatriques (psychose)
- **Epilepsie-absence de l'enfance**
 - **Généralités**
 - Epilepsie généralisée idiopathique apparaissant entre **4 et 8 ans**
 - !! Fréquent: 10% des épilepsies de l'enfant
 - **Examen clinique**
 - Antécédents familiaux fréquents / examen neurologique normal
 - Crises = **absences typiques** répétées (entre 10 et 100x/j !)
 - **EEG inter-critique**
 - Pointes-ondes bilatérales (3/s) / symétriques / synchrones
 - Début et fin brusque / tracé de fond normal
 - **Pronostic = bon**
 - Réponse au traitement médicamenteux et disparition des absences vers l'adolescence
 - Mais future épilepsie tonico-clonique dans 40% des cas
 - **Traitement spécifique**
 - Valproate pendant 12-18M / éducation des parents ++ : agenda des crises
- **Epilepsie partielle à paroxysme rolandique (++)**
 - **Généralités**
 - = La plus fréquente des épilepsies partielles idiopathiques. Entre **5 et 10 ans**
 - !! Fréquent: 15-20% des épilepsies de l'enfant vers 10ans
 - **Examen clinique**
 - Crises partielles simples touchant de façon spécifique la région **bucco-faciale**
 - Exemples: contraction tonico-clonique d'une hémiface / paresthésie langue..
 - Survient à l'endormissement/réveil +++ / crises brèves / arrêt spontané
 - **EEG inter-critique**
 - Pointes-ondes localisée au niveau de l'opercule rolandique sur fond normal
 - **Pronostic = excellent**
 - Disparition systématique des crises au cours de l'adolescence. Pas de séquelle

Syndromes épileptiques de l'adolescent/adulte

- **Epilepsie myoclonique juvénile**
 - **Généralités**
 - Epilepsie généralisée idiopathique fréquente et bénigne
 - Débute à l'adolescence (**12-18ans**)
 - **Examen clinique**
 - Crises myocloniques survenant au réveil +++
 - Souvent associées à des crises tonico-cloniques. Atcd familiaux fréquents
 - **EEG inter-critique**
 - En inter-critique: polypointes-ondes généralisées sur tracé de fond normal
 - Photosensibilité: déclenchée par stimulations lumineuses (jeux vidéos)
 - **Pronostic = bon**
 - Bonne réponse au traitement mais rechute si arrêt
- **Epilepsies partielles lobaires**
 - **Etiologies**
 - Symptomatique: tumeur / AVC / MAV
 - Cryptogénique: évoquer **sclérose** hippocampique
 - **Examen clinique**
 - Syndrome d'épilepsie temporale: fréquent +++
 - Crises simples ou complexes (troubles de la conscience)
 - Crises variables: crises visuelles / auditives / cognitives, etc.
 - **Examens complémentaires**

- **EEG inter-critique**: diagnostic difficile si temporal: EEG+Vidéo
- **IRM**: recherche sclérose hippocampique
- **Epilepsie généralisée tonico-clonique idiopathique**
 - **Généralités**
 - La plus fréquente des épilepsies de l'adulte
 - Débute chez adolescent ou adulte jeune
 - **Examen clinique**
 - Antécédents familiaux fréquents / rechercher facteur déclenchant +++
 - Crises tonico-cloniques généralisée **d'emblée** (sinon rechercher lésion)
 - +/- associées à absences typiques / crises myocloniques
 - **EEG inter-critique**
 - Anomalies paroxystiques bilatérales / symétriques sur tracé de fond normal
 - !! Peut être normal (renouveler avec privation de sommeil / lumières, etc)
 - **Pronostic**
 - Réponse au traitement mais rechute fréquente si arrêt ou mauvaise observance

Traitement

CAT devant toute crise épileptique

- **CAT pré-hospitalière (schéma P.A.S)**
 - **Protéger**: mettre le patient en lieu sûr / baliser la chaussée
 - **Alerter**: appeler SAMU (15) / Pompiers (18)
 - **Secourir**: PLS / ne pas déplacer / vêtement sous la tête (cf récidence)
- **CAT si milieu hospitalier (5)**
 - Urgence thérapeutique / libération des **VAS (A savoir !)** (canule de Guédel)
 - Mise en position latérale de sécurité (**PLS**) / éloigner les objets dangereux
 - Pose d'une **VVP / DEXTRO** immédiatement (**A savoir !**) / scope-monitoring
 - Oxygénothérapie pour SaO₂ > 95%

Traitement de la crise

- **Deux principes généraux +++ (A savoir !)**
 - Traitement anti-épileptique **pas** systématique: si et seulement si EME ou alcoolique
 - Toujours rechercher un **facteur déclenchant** quel que soit le contexte
- **Traitement d'une crise non compliquée (aux urgences)**
 - **Si c'est un 1ère crise**
 - Bilan étiologique (cf supra): clinique + biologie (glycémie) + IRM/TDM
 - EEG pour diagnostic de certitude + prévoir Cs avec neurologue au décours
 - **Si crise chez un épileptique connu**
 - Hospitalisation pour observation + rééquilibration sauf si crise « habituelle »
 - LVAS, dextro, O₂
 - Protection des objets
 - Antiépileptique de courte durée d'action
 - ex : diazepam 10mg IVL, à renouveler si besoin à 3-5 min
 - Surveillance
 - Programmer une Cs avec neurologue: reprendre traitement de fond + éducation
 - **Cas particulier: crise épileptique chez un alcoolique**
 - **Recherche de complication**: TDM cérébrale (trauma) / plaie du scalp (SAT-VAT)
 - **Prévention du syndrome de sevrage**: NaCl + B1-B6-PP + diazepam (10mg x3/j)
 - **Anti-épileptique systématique**: valproate IVL (cf risque de récidence élevé)
- **Traitement d'un état de mal épileptique (en REA) (!! CC SRLF 09)= URGENCE**
 - !! Dans le cadre d'une crise généralisée tonico-clonique: EME dès **5min** de crise
 - **1. Si prise en charge entre 5 et 30min après la 1ère crise**
 - BZD seule en 1ère intention: **clonazépam** (Rivotril®) **1mg IVL sur 2min**
 - **2. Si persistance à 5min malgré BZD (ou crises depuis > 30min)**
 - **Répéter BZD (ou 1ère dose si EME pris en charge après 30min)**
 - **Clonazépam** (Rivotril®) 1mg (0.015mg/kg) en IVL sur 2min
 - **Simultanément: anti-épileptique d'action prolongée pour relais**
 - !! systématique même si disparition de la crise / **scope-USI**
 - **Fosphénytoïne** (Pro-Dilantin®) **20mg/kg** en **IVSE** (++)
 - ou phénobarbital (Gardenal®) 15mg/kg IVSE
 - **3. Si persistance après 30min (fosphénytoïne) ou 20min (phénobarbital)**
 - **switch**: utiliser l'AE d'AP non initialement choisi
 - Ex: Pro-Dilantin® → Gardenal® en IVSE

- 4. Si persistance après 50min = AG et IOT pour ventilation mécanique
 - AG non barbiturique: midazolam (Hypnovel®) ou propofol (Diprivan®)
 - ou anesthésie barbiturique par Thiopental (Nesdonal®)
 - PEC défaillance d'organe
- !! NPO dans tous les cas
- Lutte contre les ASCOS: contrôle des facteurs d'agression
 - Lutte contre HTIC / oedème cérébral: 1/2 assis + discuter mannitol
 - O2 / Contrôle strict de la glycémie / de la tension / de l'hyperthermie
- Traitement étiologique
 - Rechercher et traiter le **facteur déclenchant** +++ (A savoir !)
 - Exemples: G30 si hypoglycémie / traitement d'un DT / RHE...

Traitement de fond

- Indications
 - Tout patient ayant fait **≥ 2 crises spontanées** avec diagnostic de certitude (**EEG**)
 - !! **Pas** de traitement au long cours pour une 1ère crise (sauf si étiologie non réversible)
- Molécules
 - Anti-épileptiques de 1ère génération (spectre d'action)
 - Valproate (acide valproïque): Dépakine® (toutes crises)
 - Phénytoïne: Di-Hydan® (toutes crises sauf myoclonies et absences)
 - Phénobarbital (barbiturique): Gardéнал® (toutes crises sauf absences)
 - Carbamazépine: Tégrétol® (toutes crises sauf myoclonies et absences)
 - Anti-épileptiques de 2nde génération (spectre d'action)
 - Lamotrigine: Lamictal® (toutes crises)
 - Anti-épileptiques de 3ème génération
 - Lévétiracétam: Kepra® (toutes crises)
 - BZD à action anti-convulsivante (pour couverture)
 - Clonazéпам (Rivotril®) / clobazam (Urbanyl®) / diazéпам (Valium®)
 - !! Ne sont prescrits que pour une courte durée: cf perte d'efficacité ++
- Modalités
 - Objectif = suppression des crises et qualité de vie optimale (traitement sympto et non curatif)
 - Débuter par **monothérapie / adaptée** au type de crise / ↑ posologique **progressive**
 - Prescription d'une **BZD de couverture** jusqu'à dose efficace (clonazéпам ++)
 - Ex. en 1ère intention: valproate si crises généralisées / carbamazépine si partielles
 - Si échec: changement puis bithérapie après dosage plasmatique (contrôle observance)
 - Arrêt: possible si pas de crise depuis 2-5ans / progressif +++ / EEG de contrôle

Cas particuliers

- Epilepsies pharmaco-résistantes
 - Définition: persistance de crises malgré traitement bien conduit (observance) depuis **≥ 2ans**
 - Bilan exhaustif: IRM (+/- IRMf) + bilan neuropsychiatrique +/- stéréo-EEG
 - Traitement chirurgical
 - Indications: épilepsie pharmacorésistante sévère avec foyer épileptogène limité
 - Modalités: exérèse du foyer par chirurgie conventionnelle ou Gamma-Knife
- Contraception et grossesse
 - Contraception
 - Contraception orale: seulement si AE de 2nde génération (non inducteur ε)
 - Si AE de 1ère génération: recommander une contraception mécanique (DIU)
 - Grossesse
 - Possible mais **informer** la patiente: risque de T° / de crise / **malformatif**
 - Supplémentation en **folates** (pour spina bifida) + Vit K (si AE de 1èreG ++)
 - Surveillance **échographique** rapprochée (1x/M) / allaitement déconseillé

Mesures associées (4x2) +++

- Education et mesures hygiéno-diététiques (A savoir !)
 - Eviction des **facteurs déclenchants** (alcool, manque de sommeil, etc.)
 - Education du patient et de l'entourage / importance de l'**observance**
 - **CAT** en situations d'urgence (éducation de l'entourage)
 - Port de **carte** / à avoir toujours sur soi (CAT si crise dessus)
- Prise en charge sociale et professionnelle
 - Proposer adhésion à une association de malades / soutien psychologique
 - Aménagement socio-professionnel: reclassement pour chauffeurs, policiers, etc.
 - Orientation vers commission médicale du **permis de conduire** (A savoir !)
 - Prise en charge à **100%** au titre des ALD

Surveillance

- Clinique +++

- Observance / tolérance / efficacité du traitement: recherche récidives de crises + + +
- Si le patient ne fait plus de crises
 - Maintenir le traitement à la dose efficace / surveiller observance et tolérance
- Si le patient a encore des crises
 - Vérifier l'observance / ↑ la posologie jusqu'à la dose maximale tolérée
 - Si échec à la dose max tolérée: substitution progressive par un autre AE
 - !! Pas de bIT tant que toutes les monothérapies possibles n'ont pas échoué
- Arrêt du traitement
 - Seulement si pas de crises pendant plusieurs années / après consentement
 - Diminution posologique lentement progressive + contrôle EEG
- Paraclinique
 - Dosage plasmatique possible si AE de 1ère génération: surveillance observance
 - EEG à répéter si arrêt du traitement envisagé

Synthèse pour questions fermées

Quelle est la triade diagnostique du syndrome de West ?

- Spasme en flexion
- Régression psychomotrice
- Hipsarythmie à l'EEG

Quel est le traitement médicamenteux de 1ère intention du syndrome de West ?

- Vigabatrin (Sabril®)

Quelle est la forme clinique d'épilepsie partielle la plus fréquente qui touche les enfants entre 5 et 10 ans ? Quel est le pronostic ?

- L'épilepsie partielle à paroxysme rolandique (15-20%)
- Pronostic excellent / pas de séquelle