

Neuroréanimation (infectieux, épilepsie)

ID: 113

Profil étiologique et facteurs pronostiques des états de malépileptiques en réanimation au CHU de Fès. Maroc

I. Daoudi*(1), B.Bechri(1), A.Derkaoui(1), A.Shimi(1), M.Khatouf(1)

(1) Réanimation Polyvalente A1, CHU Hassan II, Fès, Morocco

**Auteur présenté comme orateur*

Position du problème et objectif(s) de l'étude:

L'état de mal épileptique (EME) est une urgence neurologique qui se caractérise par une crise prolongée ou répétée sans retour à la conscience. La prise en charge de l'EME représente un défi majeur dans les pays en voie de développement (PVD), où les ressources médicales sont limitées et les facteurs de risque sont nombreux. Dans cette étude, nous allons présenter le profil étiologique des cas d'EME hospitalisés dans notre service, et identifier les facteurs pronostiques.

Matériel et méthodes:

Étude longitudinale, descriptive et analytique, à recrutement rétrospectif incluant tous les patients hospitalisés pour EME au service de réanimation A1 du CHU Hassan II de Fès, sur une période de 4 ans (de janvier 2019 à décembre 2022).

Les données cliniques, paracliniques et thérapeutiques ont été répertoriées dans une fiche d'exploitation électronique (Microsoft Forms) à partir des dossiers médicaux des malades. L'analyse statistique a été réalisée par le logiciel IBM SPSS 25. Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et les variables qualitatives en pourcentage. Une analyse univariée a été ensuite réalisée par le test de Student et le test de khi-2. Toute valeur p inférieure à 0,05 a été considérée comme statistiquement significative.

Résultats & Discussion:

Nous avons recueillis 82 patients. L'âge moyen était de 40 ans (extrêmes 16-95 ans) avec une prédominance masculine (60%). Le délai moyen de consultation était moins de 12 heures chez 85% des cas. L'EME tonico-clinique généralisé était la forme la plus représentée (89% des cas). Ces résultats épidémiologiques sont proches à ceux retrouvés dans la littérature.

Une étiologie a été retrouvée dans 82% des cas (cf. figure 1). Notre profil étiologique ressemble à celui décrit dans la littérature.

Notre protocole thérapeutique était basé sur les directives des recommandations françaises et américaines (1,2). (cf. figure 2).

Le taux de mortalité était de 35%, proche à celui décrit dans les études réalisées dans les PVD. Les principaux facteurs de mortalité étaient un âge supérieur à 50 ans ($p=0.001$), un retard d'admission de plus de 12 heures ($p=0.005$), un score d'APACHE II supérieur ou égal à 10 à l'admission ($p=0.0001$), une durée de ventilation mécanique de plus de 48 heures ($p=0.0001$).

Conclusion:

L'EME est une pathologie potentiellement mortelle et dont le traitement doit être rapide et adapté. La prise en charge de l'EME dans un pays en voie de développement représente un défi majeur. Les moyens diagnostiques et thérapeutiques sont souvent limités, ce qui entraîne des retards de prise en charge, des complications et une mortalité plus élevée. Il est donc essentiel de former le personnel soignant, d'élaborer des protocoles de prise en charge standardisés, de sensibiliser la population et de promouvoir la recherche sur l'épilepsie dans ce contexte spécifique.

Références bibliographiques:

1. Outin H, et al. Prise en charge des états de mal épileptiques en préhospitalier, en structure d'urgence et en réanimation dans les 48 premières heures. RFE Etats de mal épileptiques – SRLF/SFMU/GFRUP.

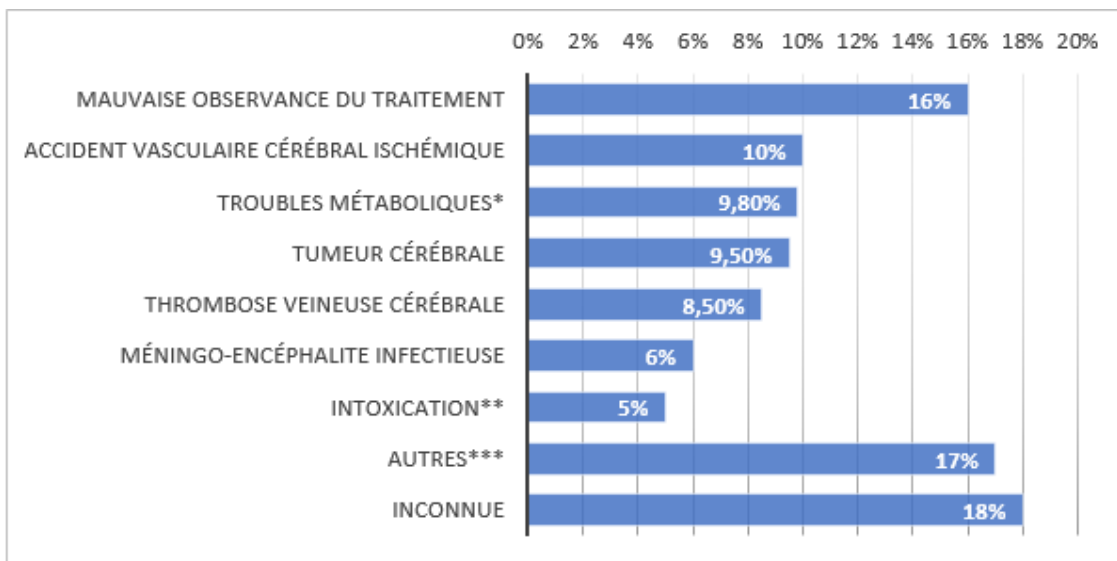


Figure 1. Le profil étiologique retrouvé chez les malades hospitalisés pour EME inclus dans l'étude

* Troubles métaboliques : La moitié des cas étaient des épisodes d'hypoglycémie.

** Intoxication : Principalement l'intoxication à l'alphachloralose et l'alcool.

*** Autres : Traumatisme crânien grave, encéphalite auto-immune, AVC hémorragique, PRES syndrome.

Malade admis en crise épileptique

Alerte et stabilisation des fonctions vitales

(libération des voies aériennes, monitoring, oxygénothérapie...)

Administration de traitement antiépileptique de première ligne* :

Midazolam intraveineux (2 à 5 mg) ou intramusculaire (10 mg)
(Le midazolam était administré chez plus de 90% des malades)
Ou Diazépam intraveineux (10 mg)

Si échec, administration de traitement antiépileptique de deuxième ligne :

Phénobarbital intraveineux : bolus de 15 mg/kg sur 15 minutes suivi d'une dose de 5 mg/kg/j.

Si échec = EME réfractaire, administration de traitement antiépileptique de troisième ligne**

Sédation par du midazolam et propofol pendant 24 heures à 48 heures.
(L'EME était réfractaire chez 80% des cas)

Si échec* = EME super-réfractaire**

Prolongement de la sédation pendant plus de 48 heures.
Ajout de kétamine : bolus de 2 à 4 mg/kg puis dose d'entretien de 0.5 à 2 mg/kg/h.
(L'EME était super-réfractaire chez 23% des cas).

Figure 2. Le protocole de prise en charge des EME de notre service de réanimation

* On réadministre le traitement de 1^{ère} ligne après 5 à 10 minutes en cas de non sédation des crises.

** L'échec du traitement de 2^{ème} ligne se définit par la non sédation des crises 30 à 45 minutes après l'administration du traitement.

*** L'échec du traitement de 3^{ème} ligne se définit par la persistance de crises après 24 heures de sédation bien menée

Les auteurs déclarent ne pas avoir toute relation financière impliquant l'auteur ou ses proches (salaires, honoraires, soutien financier éducationnel) et susceptible d'affecter l'impartialité de la présentation.