

Etat de Mal focal – Salve de crises focales ou généralisées chez l'adulte ≥ 4 crises en 4h

- Voie orale possible: **CLOBAZAM** (URBANYL) = 0.5 à 1 mg/kg *
- Voie orale impossible et voie veineuse disponible: **CLONAZEPAM** (RIVOTRIL) 0,5 à 1 mg *
- Voie orale et IV non disponibles: 10 mg **MIDAZOLAM** (HYPNOVEL) par voie IM ou jugale si contre indication à IM

Arrêt des crises → Evaluation à 15 min. → Persistance de l'EM ou réapparition de crises

Evaluation à 15 min.

- CLOBAZAM** (URBANYL) 5 à 10 mg 3x/j per os ou SNG *

Traitement de fond :

- A majorer si épileptique traité: avis neurologique
- A introduire si EM de novo:
 - **LEVETIRACETAM** (KEPPRA) 1000 mg en bolus puis 500/12 heures per os/SNG ou IV
 - Ou **CARBAMAZEPINE** LP (TEGRETOL): 200 mg/12 heures per os/SNG

- Renouveler une fois benzo
- Avis neurologique et EEG dès que possible

Persistance de l'EM ou réapparition de crises dans les 24h

Réapparition de crises dans les 24h

- VALPROATE DE SODIUM** (DÉPAKINE): 30 mg/kg dans 100 cc de NaCl sur 15 minutes puis relais 1 mg/kg/heure PSE
- ATTENTION: CONTRE-INDIQUE CHEZ LA FEMME ENCEINTE**
- À remplacer par **FOSPHENYTOINE** (PRODILANTIN) 20mg/kg d'équivalent phénytoïne sur 20 min
- Si épileptique traité: maintien du traitement habituel + avis neurologique
- Si EM de novo: avis neurologique

Bilan étiologique - Bilan étiologique

Arrêt des crises → Evaluation à H 4 → Persistance de l'EM avec troubles de vigilance permanents

Evaluation à H 4

- CLOBAZAM** (URBANYL) 5 à 10 mg 3*/j per os ou SNG *
- Poursuivre **VALPROATE DE SODIUM** (DÉPAKINE) 1mg/kg/heure PSE
- Poursuivre le traitement antiépileptique de fond

Persistance de l'EM sans troubles de vigilance

- Surveillance scopée
- Arrêt **VALPROATE DE SODIUM** (DÉPAKINE)
- FOSPHENYTOINE** (PRODILANTIN):
 - 20mg/kg d'équivalent phénytoïne sur 20 min
 - Puis 20mg/kg d'équivalent phénytoïne sur 24 heures en adaptant la vitesse du PSE à la phénytoïnémie à H12
- Poursuivre le traitement antiépileptique de fond

- Situation contrôlée
- Imagerie et Hospitalisation**
 - Surveillance 24 h minimum
 - Bilan étiologique** (Cf 1^e crise + dosage antiépileptiques si patient traité)
 - EEG et Avis Neurologique**

- Persistance de crises
- Transfert en réanimation dès que possible**
 - EEG dès que possible
 - Idéalement, monitoring EEG continu

*: On recommande d'administrer les doses basses pour les patients <50kg et/ou >80ans