Réanimation (2009) **18**, 13—20

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

Champ 1-états de mal épileptiques : épidémiologie, définitions et classifications☆

Status epilepticus: Epidemiology, definitions and classifications

S. Dupont[a,*], **A. Crespel**[b]

[a] *Unité d'épileptologie, clinique neurologique, hôpital Pitiè-Salpêtrière, AP—HP, université Pierre-et-Marie-Curie, 41—83, boulevard de l'Hôpital, 75013 Paris, France*
[b] *Service d'explorations neurologiques et épileptologie, hôpital Gui-de-Chauliac, 80, avenue Fliche, 34295 Montpellier cedex 05, France*

Disponible sur Internet le 9 octobre 2008

MOTS CLÉS
État de mal épileptique ;
Épidémiologie ;
Incidence ;
Durée ;
Définition opérationnelle ;
État de mal larvé ;
Classification opérationnelle ;
Pronostic ;
Stratégie thérapeutique

Résumé L'incidence annuelle des états de mal épileptiques (EME), définis selon les recommandations de 1993 est de 10,3 à 41 pour 100 000 habitants. L'incidence est plus élevée chez les patients épileptiques, les jeunes enfants et les sujets âgés, près de la moitié des EME survenant chez un patient épileptique. Les trois étiologies les plus fréquentes sont une concentration basse de médicaments antiépileptiques, un antécédent de lésion cérébrale et un accident vasculaire cérébral aigu. Les crises observées sont le plus souvent partielles évoluant secondairement vers des crises généralisées. La mortalité varie de 7,6 à 39 % et est influencée par la prise en compte ou non des encéphalopathies anoxiques et par la qualité de la prise en charge initiale. Cette mortalité implique une stratégie thérapeutique codifiée qui peut dépendre de la définition et de la classification de l'EME. Par définition, un EME est une crise d'épilepsie qui perdure ou se répète à intervalles brefs sans reprise de conscience. La durée requise pour parler d'EME, face à une crise qui ne s'arrête pas, est débattue. Un consensus émerge de la littérature pour distinguer deux définitions suivant le type clinique et la gravité potentielle. D'une part, l'EME est défini, de façon générale, par des crises continues ou par la succession de crises sans amélioration de la conscience sur une période de 30 minutes, d'autre part, du fait de sa gravité, l'EME tonicoclonique généralisé requiert une définition spécifique impliquant une prise en charge plus précoce. Cette définition « opérationnelle » fait référence à des crises continues ou subintrantes pendant au moins cinq minutes. Les classifications des EME répondent à différentes problématiques : clinique, pronostique, thérapeutique, épidémiologique et physiopathologique. Actuellement, les classifications les plus utilisées dérivent soit de la classification syndromique des épilepsies, soit de la classification des crises, soit de la classification « opératoire » issue de la dernière conférence de consensus sur la prise en charge des EME. La réalité clinique pratique suggère

☆ Conférence formalisée d'experts : état de mal épileptique.

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : sophie.dupont@psl.aphp.fr (S. Dupont).

1624-0693/$ - see front matter © 2008 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.
doi:10.1016/j.reaurg.2008.09.019

l'adoption de la classification la plus opérationnelle, impliquant une stratégie thérapeutique, toujours urgente mais adaptée au pronostic avec trois stratifications de stratégies : EME avec pronostic vital engagé à court terme, EME avec pronostic vital et/ou fonctionnel engagé à moyen terme, EME n'engageant pas le pronostic vital.
© 2008 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS
Status epilepticus;
Epidemiology;
Incidence;
Duration;
Operational definition;
Subtle status epilepticus;
Classification;
Prognosis;
Therapeutic strategy

Summary The annual incidence of status epilepticus (SE) based on the definition of the International Ligue Against Epilepsy (1993) ranges from 10.3 to 41 per 100,000 inhabitants. Half of the SE occur in epileptic patients. In all published studies, SE incidence is higher in epileptic patients, young children, and the elderly. SE recurrence is estimated at 13% during the first two years. The three main etiologies include a low concentration of anticonvulsive drugs, a past cerebral injury, and an acute stroke. Seizures are generalized in 9 to 33% and focal in 25 to 75% of the cases. Secondary generalized seizures may be observed in 19 to 66% of the cases. Mortality ranges from 7.6 to 39% according to the inclusion or not of postanoxic encephalopathies as well as differences in initial patient management. Mortality rate is influenced by the SE definition and classification. SE definition is based on the existence of a prolonged seizure or a series of seizures during which the patient has no or incomplete recuperation of consciousness. The duration parameter to distinguish between a SE and a seizure remains controversial. To date, a consensus in the literature distinguishes two definitions based on different durations according to the SE clinical type and potential severity. Firstly, SE is defined as a seizure lasting more than 30 minutes or recurrent seizures without recovering of consciousness over a period of 30 minutes. Secondly, considering its severity, tonic-clonic SE requires a specific definition that results in a more rapid patient management. This operational definition is one continuous, generalized, convulsive seizure lasting more than five minutes or two or more seizures during which the patient does not return to baseline consciousness. SE classification may be based on different backgrounds, including clinical, prognostic, therapeutic, epidemiological as well as physiopathological bases. To date, the most common SE classifications derive from the syndromic epileptic classification, the seizure classification or the classification proposed by the French consensus conference. For clinical practice, an operational classification focused on therapeutic strategies adapted to prognosis should be preferred.
© 2008 Société de réanimation de langue française. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Épidémiologie des états de mal épileptiques (EME)

L'épidémiologie des EME permet principalement de déterminer l'incidence annuelle, les différentes caractéristiques cliniques et le taux de mortalité. Le problème principal de l'épidémiologie des EME est le manque d'études prospectives utilisant une définition standardisée des EME. En effet, bien souvent, dans les études les plus anciennes sont incluent les états postanoxiques et les problèmes métaboliques, majorant l'incidence et la mortalité des EME. De plus, les EME partiels sans généralisation des crises ainsi que les EME non convulsifs sont sous-inclus ou non inclus.

Incidence des EME

Dans les études épidémiologiques les plus anciennes datant d'avant 1990, on retrouve une variation de l'incidence des EME en fonction de la structure d'accueil (Tableau 1). En effet, celle-ci augmente avec la spécialisation de la structure allant de 0,013 % des admissions en hôpital général [1] à 0,13 % dans un hôpital universitaire [2] et jusqu'à 3,5 % dans une unité de soins intensifs [3]. La fréquence des EME est aussi plus importante chez les patients épileptiques (2,3 à 10 %) et chez les enfants (13 à 24 %) [4] comparée au reste de la population. Sur les 12 études épidémiologiques recensées dans la littérature entre 1970 et 1983 par Shorvon en 1994 [5], l'incidence annuelle des EME se situe entre 44,1 à 66,6 pour 100 000 habitants. Cette incidence prend en compte les EME convulsifs et non convulsifs incluant les EME absences, confusionnels, partiels, néonataux et autres.

En 1993, des recommandations pour les études épidémiologiques en épileptologie ont été établies par la ligue internationale contre l'épilepsie [6]. Dans ces recommandations, la définition retenue d'un EME est « une crise durant plus de 30 minutes ou des crises répétées sans reprise d'un état de conscience normal sur une période de 30 minutes ». On ne dispose que de six études épidémiologiques réalisées en population générale, utilisant ces recommandations de 1993. Il s'agit de deux études rétrospectives : la première est celle de Rochester de la Mayo Clinic avec les données de 1965 à 1984 [7] et la seconde est une étude réalisée en Californie qui ne répertorie que les EME [8]. Les incidences annuelles respectives sont de 17,3 et 6,2 pour 100 000 habitants. Les autres études sont des études prospectives réalisées à Richmond en Virginie par De Lorenzo et al. en 1996 [9] (enfants et adultes, 204 cas entre le 1er juillet 1989 et le 30 juin 1991), à Hessen en Allemagne par Knake et al. en 2001 [10] (adultes, 150 cas entre le 1er juillet 1997 et le 30 juin 1999), dans les six cantons

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/2613661

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/2613661

Daneshyari.com