
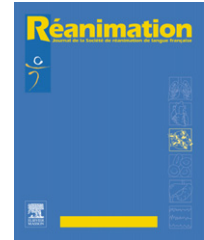




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



ÉDITORIAL

Recommandations formalisées d'experts sur la prise en charge en situation d'urgence et en réanimation des états de mal épileptiques : l'éphémère triomphe d'émules de Sisyphe ?[☆]

Emergency and intensive care unit management of status epilepticus *Société de réanimation de langue française* Experts Recommendations: The transient triumph of the followers of Sisyphus?

MOTS CLÉS

État de mal épileptique ;
 Antiépileptiques ;
 EEG ;
 Recommandations ;
 Urgences ;
 Soins intensifs

Les états de mal épileptiques (EME) répondent à des présentations cliniques et électriques protéiformes et à des étiologies très diverses. Les EME ont fait l'objet d'ouvrages passionnants et particulièrement documentés [1,2], mais d'abord difficile pour les médecins dont la formation en épileptologie est restreinte. Plusieurs consensus, conférences d'experts, recommandations, ont été élaborés depuis une quinzaine d'années pour permettre aux cliniciens directement confrontés à l'EME, en particulier dans le cadre de l'urgence et en réanimation, d'optimiser la prise en charge

des patients [3–8]. Nombre de ces travaux restent de façon surprenante peu diffusés en tout cas par des journaux indexés dans *PubMed* (recommandations françaises, suisses, canadiennes, écossaises. . .) ou ne sont aisément disponibles que sur Internet (*National Institute for Clinical Excellence* www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG020fullguideline.pdf). En France, la conférence de consensus de la Société de réanimation de langue française en 1995 avait semble-t-il abouti à un schéma thérapeutique simple et acceptable [9], mais plusieurs enquêtes ont montré sa médiocre mise en œuvre dans la pratique. Cela tient à des raisons diverses, dont la principale en est vraisemblablement l'absence d'appropriation par de nombreux médecins issus de spécialités diverses, et amenés à donner leur avis sur la prise en charge de ces patients. Ainsi parmi les contempteurs les plus acharnés de cette conférence, d'éminents épileptologues ont estimé que son caractère dogmatique et trop systématiquement maximaliste aboutissait à surtraiter de nombreux patients. Bien des neurologues ont adopté ce point de vue, tandis que les médecins spécialistes de l'urgence et les réanimateurs, influés par les recommandations citées plus haut et par d'innombrables mises au point aussi brillantes – que volontiers divergentes – se ralliaient à des

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

prises en charges variées, parfois sans suivre de protocoles précis.

Certes, il n'y a pas vraiment de médecine basée sur des preuves en matière d'EME [10]. Ce point de vue a été d'ailleurs solidement étayé par une revue *Cochrane* récente [11]. Toutefois, il est possible d'extraire du corpus considérable des connaissances accumulées depuis des décennies des points d'accord forts. De plus, il est indispensable d'inclure dans la réflexion les données fournies par deux grands essais thérapeutiques qui, s'ils ont paru amener une certaine clarification, doivent être soigneusement considérés dans leur contexte. Le travail mené aux États-Unis sur les EME convulsifs francs et larvés par le *Veterans Affairs Status Epilepticus Cooperative Study Group* [12] présente de nombreux problèmes méthodologiques : il inclut notamment de nombreux patients victimes d'anoxie cérébrale, les délais de prise en charge sont très longs (trois à six heures), et surtout aucun réanimateur ne semble réellement y avoir pris part. L'autre essai thérapeutique, mené dans le contexte préhospitalier très particulier propre aux États-Unis, confirme s'il en était l'intérêt de l'utilisation précoce de benzodiazépines même si des doses très faibles sont prescrites [13].

Devant la diversité des pratiques, l'abondance de la littérature, ces deux grands essais, et plus de dix ans après la conférence de consensus de la Société de réanimation de langue française en 1995, une mise au point a donc paru indispensable à la Commission des référentiels et de l'évaluation de la Société de réanimation de langue française. La méthodologie retenue, celle d'une recommandation formalisée d'experts (RFE), est bien différente de celle d'une conférence de consensus. En effet, les experts chargés de rédiger une partie des recommandations livrent leur argumentaire et leurs conclusions à tous les autres à l'avance, ce qui conduit lors des réunions où tous sont rassemblés à des échanges fructueux. Le texte des recommandations a ainsi mûri au fil des mois, a été maintes fois remanié, en tentant de prendre le temps et toujours l'avis de tous. C'est sans doute la force d'une telle démarche : tous les acteurs de la RFE se sont appropriés dans une grande mesure les recommandations malgré leurs horizons très divers : médecins exerçants en préhospitalier, urgentistes, réanimateurs, neurologues « généralistes » et épiléptologues, électroencéphalographistes, pédiatres. Le lecteur est invité à lire et relire les exposés des experts, à la fois très documentés et didactiques, qui éclairent le texte parfois aride et abrupt des RFE.

L'ensemble de la démarche a été guidée par un certain nombre de principes : ne pas sacrifier à la tentation simplificatrice, toujours s'assurer du caractère réalisable des actions suggérées, donc rester pragmatique, permettre aux différents acteurs de dialoguer entre eux afin que chacun comprenne les difficultés rencontrées par les autres. Tous ont dû et su déployer beaucoup de lucidité, de profonde honnêteté, de rigueur scientifique, de remise en question de leurs éventuelles convictions.

Bien entendu, ces recommandations, centrées sur l'EME convulsif généralisé, laissent la discussion ouverte pour de multiples travaux : l'encéphalopathie anoxique – ou plutôt anoxo-ischémique – reste difficile à cerner, les schémas thérapeutiques pourraient sans doute être adaptés de manière plus subtile à certains contextes, en particulier en fonction

de l'étiologie. Certains lecteurs trouveront injuste la place accordée à certains médicaments injectables réputés bien tolérés et utilisés par un certain nombre de praticiens malheureusement sans niveau de preuve avéré comme l'acide valproïque [14] ou même le lévétiracétam. Enfin, les modalités de la surveillance électroencéphalographique n'ont pas été parfaitement codifiées, et la formulation sur lesquels certains accords ont été obtenus pourrait être meilleure. Le problème très délicat des aspects électroencéphalographiques rencontrés chez des malades comateux n'a pu être approfondi ; toutefois, et particulièrement dans cette situation, il faut garder présent à l'esprit le fait que le contexte clinique est fondamental. Pour l'exprimer de façon un peu triviale, on traite avant tout un malade, et jamais seulement un EEG.

Les échanges ont été riches et animés. Les acteurs de cette RFE ont décidé d'un commun accord de poursuivre les réflexions initiées à cette occasion au sein d'un réseau ad hoc qu'il faudra élargir à d'autres équipes, notamment francophones. Aucun travail clinique décisif sur la prise en charge de l'EME ne semble pouvoir être mené valablement sous l'angle d'une seule spécialité, encore moins par une seule équipe. Cela nécessite une grande humilité pour ceux qui participeront à ces travaux. L'objet visé doit être la progression du savoir qui piétine depuis des décennies faute de coordination entre les médecins concernés et du fait d'initiatives isolées peu productives. Nul doute que la constitution d'une telle *task force*, à l'instar de la démarche initiée dans de nombreux autres domaines [15–18], permettra la planification d'études à grande échelle pour permettre la progression rigoureuse et loyale des connaissances sur ce sujet éminemment complexe et riche que sont les EME. Cette tâche est très lourde, implique un presque éternel recommencement, une permanente remise en question de ses connaissances. Cela pourrait inciter à la mélancolie. Mais, comme l'écrivait Albert Camus, il faut imaginer Sisyphe heureux.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] Shorvon S. Status Epilepticus. Its clinical features and treatment in children and adults. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
- [2] Wasterlain CG, Treiman DM. Status epilepticus: mechanisms and management. Cambridge, Massachusetts: The MIT press; 2006.
- [3] Kalviainen R. Status epilepticus treatment guidelines. *Epilepsia* 2007;48:99–102.
- [4] Meierkord H, Boon P, Engelsens B, Gocke K, Shorvon S, Tinuper P, et al. EFNS guideline on the management of status epilepticus. *Eur J Neurol* 2006;13:445–50.
- [5] Minicucci F, Muscas G, Perucca E, Capovilla G, Vigeveno F, Tinuper P. Treatment of status epilepticus in adults: guidelines of the Italian League Against Epilepsy. *Epilepsia* 2006;47:9–15.
- [6] Treatment of convulsive status epilepticus. Recommendations of the Epilepsy Foundation of America's Working Group on Status Epilepticus. *JAMA* 1993;270:854–859.

- [7] van Rijckevorsel K, Boon P, Hauman H, Legros B, Ossemann M, Sadzot B, et al. Standards of care for non-convulsive status epilepticus: Belgian consensus recommendations. *Acta Neurol Belg* 2006;106:117–24.
- [8] van Rijckevorsel K, Boon P, Hauman H, Legros B, Ossemann M, Sadzot B, et al. Standards of care for adults with convulsive status epilepticus: Belgian consensus recommendations. *Acta Neurol Belg* 2005;105:111–8.
- [9] Conférence de consensus en réanimation et médecine d'urgence: prise en charge de l'état de mal épileptique (Enfants–Adultes). *Rean Urg* 1995;4:387–396.
- [10] Walker M. Status epilepticus: an evidence based guide. *BMJ* 2005;331:673–7.
- [11] Prasad K, Al-Roomi K, Krishnan PR, Sequeira R. Anticonvulsant therapy for status epilepticus. *Cochrane Database Syst Rev* 2005:CD003723.
- [12] Veterans Affairs Status Epilepticus Cooperative Study Group-Treiman DM, Meyers PD, Walton NY, Collins JF, Colling C, Rowan AJ, et al. A comparison of four treatments for generalized convulsive status epilepticus. *N Engl J Med* 1998;339:792–8.
- [13] Alldredge BK, Gelb AM, Isaacs SM, Corry MD, Allen F, Ulrich S, et al. A comparison of lorazepam, diazepam, and placebo for the treatment of out-of-hospital status epilepticus. *N Engl J Med* 2001;345:631–7.
- [14] Kanner AM. Intravenous valproate for status epilepticus... An effective, yet still merely empirical alternative! *Epilepsy Curr* 2008;8:66–7.
- [15] VA/NIH Acute Renal Failure Trial Network, Palevsky PM, Zhang JH, O'Connor TZ, Chertow GM, Crowley ST, et al. Intensity of renal support in critically ill patients with acute kidney injury. *N Engl J Med* 2008;359:7–20.
- [16] Medical aspects of the persistent vegetative state (1). The Multi-Society Task Force on PVS. *N Engl J Med* 1994;330:1499–1508.
- [17] Plasma exchange in Guillain-Barre syndrome: one-year follow-up. French Cooperative Group on Plasma Exchange in Guillain-Barre Syndrome. *Ann Neurol* 1994;32:94–97.
- [18] The Acute Respiratory Distress Syndrome Network. Ventilation with lower tidal volumes as compared with traditional tidal volumes for acute lung injury and the acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2000;342:1301–1308.

H. Outin

Service de réanimation médicochirurgicale, centre hospitalier de Poissy/Saint-Germain-en-Laye, 10, rue du Champ-Gaillard, 78303 Poissy cedex, France
Adresse e-mail : outin@chi-poissy-st-germain.fr.

Disponible sur Internet le 7 octobre 2008