**Monsieur 1965** a été hospitalisé dans l’Unité de Court Séjour d’Urgence du 04/04 au 05/04.

**MOTIFS D’HOSPITALISATION :**

Etat de mal épileptique avec confusion post critique persistante,

**ATCD :**

* Epilepsie séquellaire (dernière crise en 2018).
* Angiome pariétal droit opéré en 1988.
* Pas d’intoxication alcoolique.
* Pas d’allergie connue.

**MODE DE VIE :**

Patient autonome à domicile, vivant avec son épouse.

**HISTOIRE DE LA MALADIE :**

Patient de 55 ans, épileptique connu sur cicatrice cérébrale, retrouvé au sol par son épouse au domicile avec station au sol prolongée hier soir.

A son admission aux Urgences, patient hémodynamiquement stable, apyrétique, dextro à 1,31 g/l, persistance d’un état confusionnel avec mouvements stéréotypés.

Le scanner cérébral demandé en urgence ne montre pas de lésion récente.

Il a reçu Rivotril et Dépakine puis Prodilantin 1g et Keppra 1,5 g.

Persistance malgré ces traitements d’une confusion post critique avec un EEG ne montrant plus de signe d’état de mal épileptique en fin de matinée ce jour.

Dans ce contexte, le patient est transféré à l’UCSU pour surveillance neurologique.

**EXAMEN CLINIQUE ET STATUT FONCTIONNEL :**

**A l’examen du 05 avril.**

* TA = 86/57 mm Hg.
* Fréquence cardiaque = 82 bpm.
* Température = 37°5 C.
* SAT = 96 % en air ambiant.
* Glycémie capillaire à 0,88 g/l.
* EVA = 0.
* Glasgow 14.

Patient toujours confus, pas de déficit sensitivomoteur, pupilles normo symétriques, réactives bilatérales, pas de mouvement clonique ni de mouvement stéréotypé.

Bruits du cœur réguliers, pas de souffle audible, pas de signe de phlébite ni d’insuffisance ventriculaire droite, pas de douleur thoracique.

Eupnée, murmure vésiculaire bilatéral et symétrique, sans bruit surajouté.

Abdomen souple, dépressible, indolore.

**EVOLUTION DANS LE SERVICE :**

Persistance d’une confusion post critique pendant sa courte hospitalisation à l’UCSU, en effet le patient ne restera que quelques heures avant d’être transféré en Neurologie pour poursuite de la prise en charge.

**ACTES TECHNIQUES, EXAMENS COMPLEMENTAIRES ET BIOLOGIQUES :**

**Scanner cérébral du 04 avril :**

Pas de signe d’hémorragie cérébro-méningée.

Structures médianes en place.

Plage hypodense séquellaire pariéto-temporale droite avec stigmates de craniectomie en regard.

Intégrité du cadre osseux.

Epaississement muqueux du sinus maxillaire droit.

**Au plan biologique :**

* Rhabdomyolyse (CPK à 2 870 U/l) avec ascension de Troponine associée à la crise épileptique.
* CRP = 31 mg/l.
* Pas de trouble ionique.
* Pas d’insuffisance rénale aigue.

**L’ECG** est normal, avec un rythme sinusal régulier.

**EEG :**

Tracé très artefacté par les activités motrices du patient qui est confus, agité et mutique, montrant un foyer lent non spécifique postérieur droit dépourvu de grapho-élément paroxystique.

Pas d’argument pour un état de mal partiel.

**SYNTHESE MEDICALE DU SEJOUR :**

**Au total, état de mal épileptique suivi de confusion post critique, chez un épileptique connu, aux antécédents d’angiome pariétal droit opéré en 1988.**

Patient porteur de BMR ou BHRe : NON

Patient transfusé au cours du séjour : NON

Evènement indésirable : NON

**TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Médicaments habituels avant l’admission (traitement personnel du patient) | Médicaments prescrits à la sortie | Commentaires |
| Dépakine chrono 500 mg = 2 cp x 2 /jour  Notion de prise de Gardénal à 100 mg le soir arrêté depuis environ 4 mois et demi avec dégression progressive sur un mois et demi |  |  |

**SUITES A DONNER :**

**Le patient est transféré en Neurologie pour surveillance et équilibration de son traitement antiépileptique.**