

Chapitre 15 : Epilepsie de l'enfant et de l'adulte

Crise épileptique	Epilepsie
▪ Inaugurale ou unique ▪ Intervalle de 24h entre 2 crises ▪ <u>Mal épileptique</u> : - Crise focale : 2 crises répétées en 30min sans retour à état neuro normal OU crise >30min - Crise généralisée : durée > 5 min	▪ Maladie : - Au moins 1 crise - Prédisposition cérébrale à générer des crises - Conséquences neurobiologiques, neuropsychologiques, sociales, psychologiques ▪ Prévalence 0,5% ▪ Gravité liée à csq directes, retentissement social et psychologique, risque de mal épileptique

EEG

- Seul examen complémentaire utile au diagnostic
- Activités paroxystiques (pointes, polypointes, poites-ondes)
- Si absence de signes cliniques concomitants => « **intercritique** »
- Si rythmique, durée prolongée, et signes cliniques => « **critique** » (crises)
- Si crises nombreuses et/ou résistance au traitement => **EEG prolongé + enregistrement vidéo synchronisé**
- Epilepsies facilement enregistrées sur EEG avec épreuves d'activation : **absences, myoclonies généralisées**
- EEG anormal le plus souvent pour **épilepsie-absences de l'enfant**
- Epreuves d'activation supplémentaires : EEG après privation de sommeil ou enregistrement de sommeil

CRISES GENERALISEES			
▪ Hyperactivité d'un réseau de neurones d'emblée étendu, bilatérale, cortico-sous-corticale ▪ Signes moteurs : bilatéraux et symétriques : toniques, cloniques, tonico-cloniques, atoniques, myocloniques ▪ Troubles conscience : long (qq min)			
CTCG	3 phases :		EEG :
	1) Phase tonique : 10-20s, cri profond, abolition conscience, révulsion oculaire, contraction tonique soutenue axiale et des membres (flexion puis extension), apnée (cyanose), troubles végétatifs (tachycardie, augmentation TA, mydriase, rougeur du visage, hypersécrétion bronchique et salivaire) +/- morsure lat de langue		Activité de polypointes ou activité rapide
	2) Phase clonique : 20-30s, secousses bilatérales, synchrones, intenses, s'espçant progressivement		Polypointes-ondes progressivement ralenties
	3) Phase résolutive/post-critique : qq min, coma profond, hypotonique, relâchement musculaire complet +/- énurésie, stertor. Si pas d'endormissement spontané : confusion mentale, agitation, amnésie de l'épisode, oubli à mesure, céphalées, courbatures, douleurs		Ondes lentes généralisées
Myoclonies bilatérales	▪ PAS de troubles de la conscience ▪ Secousses musculaires en éclair, extension-flexion, lâchage/projection de objet tenu voire chute brutale ▪ Spontanées ou provoquées par stimulation ▪ Fréquentes immédiatement après réveil		Polypointes-ondes généralisées, bilatérales, symétriques, synchrones, typiques et fréquentes
Absences	Absences typiques	▪ Absence = rupture de contact avec arrêt de activité en cours, fixité voire plafonnement du regard pendant qq sec ▪ Absence isolée, simple sur plan clinique ▪ Caractérisent l'épilepsie-absences de l'enfant et de adolescent ▪ Peuvent s'associer à CTCG et myoclonies massives	Décharges de qq sec, généralisées, bilatérales, symétriques , synchrones de pointes-ondes 3Hz , début et fin brusques , interrompant un tracé normal Confirme le diagnostic
	Absences	▪ S'ajoutent autres symptômes	Début et fin plus progressifs,

	atypiques	- Se rencontrent dans épilepsies graves de enfant - S'associent à crises toniques, atoniques	décharges de poly-pointes ondes irrégulières bilatérales, asynchrones , <3Hz (pointes-ondes lentes)
Diagnostic différentiel : CTCG Syncope convulsive : facteurs déclenchants, lypothymies initiales, symptôme bref (qq sec), fin brutale, absence de confusion/déficit post-critique. (Si convulsions : bilatérales, brèves et peu nombreuses) Crise psychogène non épileptique			
DIAGNOSTIC SYNDROMIQUE			
Epilepsie-absence	<i>Enfant</i> : 10% des épilepsies entre 3-12ans, pic de fréquence 7 ans, prédominance féminine. Absences typiques inaugurales, très fréquentes (>100 jours) provoquées par hyperpnée. Evolution variable : 80% bon pronostic. Dans 40% des cas surviennent des CTCG. Critères moins favorables : début tardif, garçons, résistance initiale au Tt, photosensibilité <i>Adolescence</i> : absences moins nombreuses, plus espacées dans temps, pronostic moins favorable, + CTCG		
Epilepsie myoclonique juvénile bénigne	- Débute à adolescence, secousses myocloniques en pleine conscience peu après réveil, favorisées par nuits écourtées, réveils brusques, photosensibilité - Myoclonies peuvent précéder de pls mois/années la CTCG <u>EEG</u> : polypointes-ondes généralisées avec photosensibilité - Poursuite du Tt au long cours (pharmacodépendance) - Génétiquement déterminée		
Epilepsie avec crise généralisée tonicoclonique du réveil	- Débute à adolescence/adulte jeune, prédominance féminine - Facteurs déclenchant s: manque de sommeil, absorption excessive d'alcool, réveil provoqué, photosensibilité <u>EEG intercritique</u> : pointes-ondes ou pointes généralisées - Bien contrôlée par monothérapie		
Epilepsies généralisées symptomatiques	<u>Syndrome de West / maladie des spasmes en flexion :</u> - Rare, apparaît entre 4^{ème}-7^{ème} mois - Triade : - Crises : spasmes infantiles, en flexion, en salves - Régression psychomotrice : enfant indifférent, ne sourit plus, n'apprend plus, perd ses acquisitions ant - EEG : hypsarythmie (ondes très amples, très lentes, pointes sans régularité, diffuses, permanentes) interrompue par aplatissement transitoire (suppression burst) - Idiopathique 1/3. Parfois 2aire à encéphalopathie fixée, maladie métabolique, phacomatose		
	<u>Syndrome de Lennox-Gastaut :</u> - Débute < 8 ans, pic fréquence 3-5ans - Triade : - Crises toniques, atoniques, absences atypiques. Survenue quotidienne et coexistence - Troubles mentaux, retard intellectuel, troubles personnalité, troubles caractériels, +/- comportementaux autistiques/prépsychotiques <u>EEG intercritique</u> : pointes-ondes lentes en bouffées bisynchrones, très nombreuses + pendant le sommeil : décharges rapides <u>Etiologie</u> : atteinte cérébrale congénitale ou acquise. Peut faire suite à Sd de West - Pronostic sévère. Périodes cycliques d'aggravation/rémission		

CRISES FOCALES (PARTIELLES)

- Réseau de neurones localisé, peut éventuellement se propager secondairement
 - *Début* : signal symptôme (attention si zone corticale associative)
 - *Pendant crise* : succession temporelle des signes cliniques
 Si propagation : bilatérale => crise secondairement généralisée. Phase tonique puis clonique, bilatérale avec troubles de conscience
 - *Après la crise* : signes cliniques déficitaires ⇔ épuisement de la région corticale impliquée dans décharge électrique

Tableau 15.1. Différentes formes de crises partielles simples et localisation corticale de la décharge épileptique.

Symptômes et signes cliniques initiaux	Valeur localisatrice
Paresthésies unilatérales avec marche bravais-jacksonienne (progression somatotopique)	Cortex somatosensitif primaire controlatéral (berge postérieure du sillon central)
Secousses cloniques ou contraction tonique unilatérale avec marche bravais-jacksonienne (progression somatotopique)	Cortex somatomoteur primaire controlatéral (berge antérieure du sillon central)
Hallucinations visuelles élémentaires unilatérales (flashes lumineux colorés souvent mobiles)	Cortex visuel primaire controlatéral
Hallucinations auditives élémentaires unilatérales (sifflement ou bruits de moteur)	Cortex auditif primaire controlatéral (gyrus temporal transverse)
Hallucinations vestibulaires (sensation de rotation ou de tangage ou de roulis)	Cortex vestibulaire (gyrus temporal supérieur, gyrus angulaire, opercule pariétal), pas de valeur latéralisatrice
Hallucination olfactive	Cortex orbitofrontal ou noyau amygdalien ; pas de valeur latéralisatrice
Hallucination gustative	Région insulo-operculaire plutôt antérieure ; pas de valeur latéralisatrice
État de rêve (hallucination visuelle complexe de scène avec composante mnésique) et sensation de déjà-vu et déjà-vécu (illusion de familiarité)	Région temporale interne (amygdale, hippocampe) ; pas de valeur latéralisatrice

Crises partielles simples

- Pas de modification de la conscience
- Décharge épileptique prend son origine et reste confinée aux cortex primaires

EEG :

Aspects intercritiques variables : aspect normal ; présence de paroxysmes localisés ; signe de focalisation lente thêta ou delta en faveur d'un processus lésionnel)

Crises partielles complexes

- Altération de la conscience (d'emblée ou secondairement)
- Rupture de contact et/ou amnésie : initiale ou secondaire
- Modification du comportement moteur :
 - Réaction d'arrêt moteur
 - Avec ou sans automatismes oro-alimentaires (mâchonnement, déglutition, dégustation, pourléchage)
 - Ou déclenchement d'une activité motrice automatiques : simple (dirigée vers le patient ou l'entourage) ou complexe (automatismes gestuels plus élaborés : déboutonner, fouiller dans poches, ranger objets, automatismes verbaux, ambulatoires, sexuels, séquences comportementales spectaculaires nocturnes ++)

Activité rythmique prolongée, initialement localisée à qq électrodes

Diagnostic différentiel :

❖ Crise partielle simple :

- **AIT** : signes déficitaires exclusivement et durée + longue (20-30 min ou plus)
- **Migraine avec aura** : marche migraineuse plus progressive et plus lente (plusieurs dizaines de min)
- **Crises d'angoisse et attaques de panique** : durée plus longue

❖ Crise partielle complexe :

- **Crises d'agitation, de colère, crises émotives**
- **Parasomnies**

- Ictus amnésique	
DIAGNOSTIC SYNDROMIQUE : Epilepsies partielles	
Idiopathiques	- Chez enfants et adolescents, pronostic favorable, Tt non obligatoire Epilepsie à paroxysmes rolandiques (à pointes centrotemporales) : - La + frqte, 2x+ que épilepsie-absence 3-13 ans, prédominance masculine - Guérison à 16ans - Abstention thérapeutique si rareté des crises, brièveté, survenue nocturne - Si traitement, l'arrêter à 16 ans : → Enfants indemnes de toutes lésions cérébrales → Crises partielles simples région buccofaciale (clonies d'une hémiface, paresthésies de langue, des gencives, hypersalivation, impossibilité de parler, conscience pendant la crise, +/- extension au MS ou CTCG) → Très liées au sommeil → EEG intercritique : pointes centrotemporales lentes biphasiques
Symptomatiques structurelles	Epilepsie de la face interne du lobe temporal avec sclérose (ou atrophie hippocampique IRM) : - ATCD de convulsions fébriles compliquées dans enfance, début crises temporales à adolescence/adulte jeune, - Généralisation secondaire rare - Gêne épigastrique ascendante, sensation déjà-vu (voire état de rêve), arrêt psychomoteur avec fixité, mâchonnement ample et lent, attitude dystonique d'un membre controlatéral <u>Evolution vers</u> : répétition des crises (groupée ou sur pls jours) <u>Tt</u> : chirurgical, guérison 80% des cas si pharmaco-résistance

Syndromes spéciaux :

Convulsions fébriles « simples »	Convulsions fébriles « compliquées »
- Excellent pronostic, surviennent après 1 an - Liées à susceptibilité âge-dépendante à la fièvre - Crises bilatérales, cloniques/tonico-cloniques, <15 min, ne se répétant pas au cours d'une même crise, absence de localisation critique ou post-critique 24h après installation de la fièvre, lors acmé ou défervescence thermique EEG inutile - Antipyrétique si >ou= 38°C - Risque d'épilepsie : 2,4%	Critères gravité : avant 1an, ATCD familiaux épilepsie, convulsions asymétriques/unilatérales, > 15 min, en salves au cours d'un même épisode, déficit post-critique - Effectuer bilan neurologique Tt antiépileptique prophylactique pendant au – 2 ans - Risque épilepsie : 50% si 3 critères au moins - Si convulsion fébrile prolongée : diazépam intrarectal 0,5mg/kg

Etiologies :

- 40% des épilepsies sont d'origine **génétique**
- Causes tumorales** rares chez enfant et ado, 10-15% chez adulte (tumeurs supra-tentorielles, tumeurs impliquant précocement le cortex)
- Causes vasculaires** : accidents ischémiques, hémorragiques, malformations vasculaires
- Causes traumatiques** : précoce ou tardive. 70% des cas l'épilepsie s'installe dans les 2 ans
- Causes infectieuses** : infections parenchymateuses, encéphalite herpétique, neurocysticercose
- Anomalies du développement cortical** : +/- retard mental, signes neuro diffus/focaux, ATCD familiaux. Lié à erreur de migration neuronale. Dysplasie corticale focale +++
- Causes toxiques** : alcool éthylique, cocaïne, amphétamines, plomb, manganèse, organophosphorés
- Causes médicamenteuses** : psychotropes sans (imipraminiques, tramadol) /avec surdosage (lithium, antidépresseurs), sevrage (benzodiazépines, barbituriques). Eviter chez l'épileptique : théophilline, ciclosporine, isoniazide, méfloquine
- Causes métaboliques** : hypoglycémies, hypocalcémies, hyponatrémies, IR, déficits en vit B

Traitements :

- Médicaments antiépileptiques :
 - Renforcer inhibition synaptique : **gabaergique**
 - Diminuer l'excitation synaptique : **glutamatergique**
 - Stabiliser les membranes cellulaires
- Si CTCG idiopathiques : **lamotridine, Lamictal®**, **lévétiracétam (Keppra®)**, **valproate de sodium (Dépakine®)**
- Si épilepsie partielle symptomatique : **Keppra®**, **Lamictal®**, **Trileptal®**

Etats de mal épileptiques :

Etat de mal épileptique convulsif	Etat de mal épileptique non convulsif
▪ Répétition subintrante de crises convulsives induites : → Des troubles neurovégétatifs, acidoé, œdème cérébral → Lésions neuronales axono-ischémiques irréversibles => séquelles neurologiques ▪ Evolution vers DC par collapsus cardiorespiratoire ▪ Mortalité 10-20%	▪ Confusion mentale (pendant des heures/jours) : → Etat de mal épileptique-absences : association à myoclonies périoculaires ou buccales (50%) : sujets âgés ++ → Etat de mal épileptiques partiels complexes : confusion mentale +/---- mâchonnements/automatisme ▪ <u>EEG</u> : activité paroxystique continue d'apparence généralisée ou focale ▪ <u>Tt</u> : benzodiazépine IV
▪ Urgence médicale ▪ Injecter immédiatement : diazépam (10mg) ou clonazépam (1mg) en 3 min. Répéter 1 seule fois si échec ▪ Puis : fosphénytoïne (max 150mg/min)/phénytoïne (max 50mg/min) (20 mg/kg) ▪ Si crises > 20 min : phénobarbital (20mg/kg, max 100mg/min) ▪ Si > 40 min : thiopental (Nesdonal®) (5mg/kg en bolus puis 5mg/kg par heure)	