

PUBLICATION 06

[ADJIE n Kodjo Constant, GNONLONFOUN Dieu donné, AGBETOU Atokè, Mendinatou, HOUINATO Dismand]	[Types de crises et épilepsie vasculaire en milieu hospitalo- universitaire à Cotonou]	[African and Middle East Epilepsy Journal]	[6(1):10-12]	[2017]
---	---	---	--------------	--------



A PROPOS

SE CONNECTER

S'ABONNER

RECHERCHER

ARCHIVES

COMITÉ

GUIDE

Page d'accueil > Comité éditorial

UTILISATEUR

Nom
d'utilisateur
Mot de
passe
☐ Mémoriser mon mot de
passe

CONTENU DE LA REVUE

Rechercher
Étendue de la recherche
Tous

Explorer

- Par numéro
- Par auteur
- Par titre
- Autres revues

INFORMATIONS

- Pour les lecteurs
- Pour les auteurs
- Pour les bibliothécaires

TAILLE DE POLICE

Comité éditorial

RÉDACTEUR EN CHEF

Najib Kissani (Neurologist, Morocco)

RÉDACTEURS EN CHEF ADJOINTS

Abdulaziz Ashkanany (Neurologist, Kuwait)
Ahmed Baydoune (Neurologist, Lebanon)
Amal Mrabet (Neurologist, Tunisia)
Huseyin Cakse (Neurologist, Turkey)
Mohamed Fredj (Neurologist, Tunisia)
Philippe Gelisse (Epileptologist, France)
Sonia Khan ((Neurologists, KSA)
Boulanaour Mesraoua (Neurologist, Qatar)
Hamid Ouhabi (Neurologist, Morocco)
Reda Ouazzani (Neurologist, Morocco)
Chahnez Triki (Neuropediatrician, Tunisia)
Saoudi Zemrag (Neurologist, Morocco)

ASSISTANTS DE RÉDACTION

Mebrouk Yassine (Neurologist, Morocco)
Abderrahmane Chahidi (Moroccan Association Against Epilepsy)

EVALUATEURS

Abdulaziz Alsemari (Riyadh, KSA)
abdoul mutaleb alsheakhly (Baghdad, IRAQ)
Adel Misk (Jerusalem, PALESTINE)
Ahmed Ait Kaci (Alger, ALGERIA)
Ahmed baydoune (Beirut, LEBANON)
Ahmed Khalifae (Damascus, SYRIA)
Alaa Elsharkawy (Cairo, EGYPT)
Andrew Wilner (Massachusetts, USA)
Arends, Johan (Heeze, NETHERLANDS)
Awais Riaz (Utah, USA)
Boulanaour Mesraoua (Doha, Qatar)
Callixte Kuete (Yaoundé, CAMEROUN)
Chaim B. Colen (Michigan, USA)
Chahnez Triki (Sfax, TUNISIA)
Charlotte Dravet (Marseille, FRANCE)
Cheikh Oseidi (Khartoum, SUDAN)
Claude Wasterlain (Los Angeles, USA)
Dirk Deleu (Doha, Qatar)
Eduard Cupler(Jeddah, KSA)
Elinor Ben-Menachem (Goteborg, Sweden)
Halima Belaidi (Rabat, MOROCCO)
Hamid Ouhabi (Rabat, MOROCCO)
Hassan Hossny (Cairo, EGYPT)
Hind Kettani (New York, MOROCCO)
Jacqueline A. French (New York, USA)
Jihad Inshasi (Dubai, UAE)
Julien Bogousslavsky (Montreux, Sweden)
Joyce Cramer (Connecticut, USA)
Koubeissi Mohamed (Cleveland, USA)
Konstantin Volod Elisevich (Michigan, USA)
Lamine GUEYE (Dakar, SENEGAL)
Mohammed Bouskraoui (Marrakech, MOROCCO)
Mohammed Shehab (Amman, JORDAN)
Nancy Rodgers- Neame, (Tampa, USA)
Nathan B. Fountain (Charlottesville, USA)
Paul A.J.M. Boon (Ghent, BELGIUM)
Paolo M. Rossini (Roma, ITALY)
Philippe Gelisse (Montpellier, FRANCE),
Reda Ouazzani (Rabat, MOROCCO)
Sonia Khan (Riad, KSA)
Steven schachter (Boston, USA)
Thierry Grisar (Liège, BELGIUM),
Zouhayr Souirti (Fès, MOROCCO)
William H Theodore (Bethesda, USA)
Youssoufa Maiga (Bamako, MALI)

Copyright©2012-2018 IMIST

CNRST-IMIST Angle Allal Al Fassi et Avenue des FAR, Hay Ryad, BP 8027 10102 Rabat, Maroc

Tél: (+212) 05 37.56.98.00 Fax: (+212) 05 37.56.98.34

Site Web: <http://www.imist.ma>



Adjien Kodjo Constant^{1,2}, Gnonlonfon Dieu donné^{1,2}, Agbetou Atokè Mendinatou², Houinato Dismand^{1,2}

1-Unité d'Enseignement et de Recherche en Neurologie de la Faculté des Sciences de la Santé de l'Université d'Abomey-Calavi. 01 BP 188 Cotonou (Bénin)

2-Clinique Universitaire de Neurologie – Centre National Hospitalier et Universitaire H.K. Maga. BP 386 Cotonou (Bénin)

Email : adjienconstant@gmail.com

Conflits d'intérêts : aucun

Résumé

L'épilepsie est une pathologie fréquente en neurologie et ses étiologies sont variées. L'objectif de ce travail était d'étudier les types de crises épileptiques dans l'épilepsie vasculaire en milieu hospitalo-universitaire. Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive, conduite du 01 janvier 2012 au 31 décembre 2013 dans la Clinique Universitaire de Neurologie (CUN) du Centre National Hospitalier et Universitaire Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM). Elle a porté sur 35 patients colligés par échantillonnage exhaustif. La fréquence hospitalière de l'épilepsie vasculaire était de 2%. Les crises étaient partielles simples dans 74,28% de cas et l'ischémie cérébrale était notée chez 44,44% de patients.

Mots-clés: Crises - Epilepsie - Vasculaire -CNHU-Bénin.

Abstract

Epilepsy is a common disease in neurology and its causes are varied. The objective of this study was to study the types of epileptic seizures in vascular epilepsy in a teaching hospital. This was a retrospective descriptive study, conducted from 01 January 2012 to 31 December 2013 in the University Clinic of Neurology (CUN) of the University Hospital National Centre of Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM). Our study involved 35 patients collected by exhaustive sampling. Hospital frequency of vascular epilepsy was 2%. Simple partial seizures were observed in 74.28% of cases and cerebral ischemia in 44.44% of patients.

Keywords: Seizures- Vascular- Epilepsy - University Hospital-Benin.

Introduction

L'épilepsie vasculaire est la répétition de crises d'épilepsie, non provoquées, au moins vingt et un jours après la constitution de l'AVC, en relation avec celui-ci et après exclusion de toute autre cause [1]. Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) s'accompagnent d'un risque accru de crises d'épilepsie et d'état de mal épileptique. Tous les types de crises peuvent être observés et leur séméiologie dépend de la topographie

de la lésion vasculaire [2,3]. Nombre d'études ont été réalisées sur l'épilepsie en milieu hospitalo-universitaire ou en population générale au Bénin, mais peu ont porté sur l'épilepsie vasculaire. Cette étude a été conduite avec comme objectif d'étudier les caractéristiques des types de crises dans l'épilepsie vasculaire en milieu hospitalo-universitaire.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude rétrospective à visée descriptive, conduite du 01 janvier 2012 au 31 décembre 2013 dans la CUN du CNHU-HKM. Le diagnostic d'épilepsie vasculaire a été posé sur la base de la répétition de crises épileptiques au moins trois semaines (21 jours) après la constitution de l'AVC, en relation avec celui-ci avec ou sans grapho-élément épileptique à l'électroencéphalogramme (EEG). Ont été exclus les patients ayant eu un accident ischémique transitoire ou qui avaient un antécédent d'épilepsie. La taille minimale de l'échantillon a été calculée par la formule de Daniel SCHWARTZ avec une fréquence des épilepsies vasculaires à 2% [4], un risque d'erreur de 5%. Les données ont été recueillies grâce à une fiche de compilation et saisies dans le logiciel EPIDATA. Le contrôle de qualité et l'analyse des données ont été faites grâce aux logiciels STATA/IC 11.0.

Résultats

2.1 Fréquence

Au terme de l'étude, 35 cas d'épilepsie vasculaire ont été inclus parmi les 1750 patients reçus pendant la période d'étude. La fréquence hospitalière de l'épilepsie vasculaire était alors de 2%.

2.2. Caractéristiques socio-démographiques

Parmi les 35 cas d'épilepsie vasculaire inclus, 23 soit 66% étaient de sexe masculin et 12 soit 34% de sexe féminin. La sex-ratio était de 1,9. L'âge médian des sujets était de 53,49 ± 18,76 [42-85] ans. Le tableau résume les caractéristiques démographiques des sujets inclus dans l'étude.

Tableau I: Principales caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée, CUN 2014.

	Effectif	Pourcentage
Age		
40-60 ans	17	48,57
60-80 ans	14	40,00
80-100ans	4	11,43
Sexe		
Masculin	23	66,00
Féminin	12	34,00
Profession		
Travailleur du privé	7	20,00
Ouvrier	7	20,00
Ménagère	7	20,00
Retraité	6	17,14
Sans emploi	3	8,57
Commerçant	2	5,71
Artisan	2	5,71
Fonctionnaire	1	2,85
Statut marital		
Marié	26	74,29
Célibataire	4	11,43
Veuf	3	8,57
Divorcé	2	5,71
Lieu de résidence		
Urbain	21	60
Rural	14	40

2.3. Caractéristiques cliniques

La majorité de nos patients présentaient des crises de type partiel. Le nombre moyen de crise était de $5,83 \pm 3,37$ crises par mois. Les patients faisaient les crises depuis un délai médian de $21,44 \pm 27,48$ mois. Le tableau II résume les caractéristiques des crises au sein de la population d'étude.

Tableau II: Caractéristiques cliniques des crises, CUN 2014.

	Effectif	Pourcentage
Type de crise		
Partiel simple	26	74,28
Partiel secondairement généralisé	5	14,28
Partiel complexe	4	5,71
Généralisé	2	5,71
Délai de survenue de la 1ère crise		
> 1 mois	4	11,43
1-6 mois	9	25,71
6-12 mois	17	48,57
> 12 mois	5	14,28
Facteur déclenchant de crise		
Interruption du traitement anti-épileptique	16	45,71
Surmenage physique/émotionnel	13	37,14
Privation de sommeil	3	8,57
Alcool	2	5,71
Indéterminé	1	2,85
Signe neurologique associé		
Déficit moteur hémicorporel	21	60,00
Trouble de la sensibilité	13	37,14
Trouble du langage	9	25,71
Altération de la conscience	4	11,42

Discussion

Près de 10 % des patients avec accident vasculaire cérébral (AVC) vont présenter une crise d'épilepsie dans les suites soit immédiates, précoces ou plus tardives d'un AVC. L'AVC hémorragique est plus souvent en cause que l'AVC ischémique. [1]. Les crises sont d'autant plus fréquentes après AVC ischémiques que le handicap, estimé par le score de Rankin, est sévère. En revanche, dans les AVC hémorragiques, les patients avec crise(s) ont un score de Rankin plus bas [1, 3]. Les analyses multivariées montraient que la localisation corticale de l'AVC était le facteur de risque principal de survenue d'une crise épileptique, que ce soit pour les accidents ischémiques ou hémorragiques [1].

Dans notre population d'étude, les crises partielles simples 74,28% prédominaient. Pour Thiriaux, tous les types de crises partielles peuvent être rencontrés allant des crises partielles sans rupture de contact, aux crises partielles avec rupture de contact, avec ou sans généralisation secondaire. La généralisation secondaire peut être très rapide et en imposer pour une crise d'emblée généralisée [5]. Les crises partielles avec phénomène moteur avec ou sans généralisation seraient les plus souvent observées. Elles peuvent passer inaperçues chez des patients vivant seuls ou présentant des troubles de vigilance ou du langage [6,7]. Les crises partielles motrices avec ou sans généralisation secondaire seront plus facilement repérées par l'entourage ou l'équipe soignante, ce qui pourrait expliquer qu'elles puissent être plus fréquemment décrites. L'incidence et la prévalence de l'état de mal est très variable d'une étude à l'autre. Nous n'avons pas noté de cas d'état de mal épileptique chez nos patients. Cette rareté d'état de mal a été aussi rapportée par Osserman et Labovitz (1.1%) en 2001 [8,9]. A l'inverse, pour plusieurs auteurs, les AVC seraient la principale cause d'état de mal chez l'adulte [10]. Cette variabilité de fréquence est liée à la population étudiée, aux méthodes diagnostiques et aux définitions d'état de mal épileptique. La fréquence moyenne des crises d'environ 6 crises par mois et l'ancienneté d'environ 21 mois notées témoignent des difficultés liées à la prise en charge de nos malades, ces derniers étant suivis pour la plupart par des médecins généralistes ou dans des filières parallèles de soins. Les facteurs responsables de cette fréquence élevée de crise chez les patients étaient surtout l'interruption thérapeutique lorsque celui-ci existait et le surmenage physique ou émotionnel. Ceci soulève le problème de l'éducation thérapeutique de nos patients.

Conclusion

Les aspects cliniques des crises d'épilepsie au cours des AVC sont différemment appréciés selon les études. Les crises étaient plus partielles simples et l'ischémie cérébrale était plus retrouvée. Il est désormais

impérieux d'évoquer le diagnostic d'épilepsie vasculaire devant tout patient AVC qui présente des épisodes critiques d'allure convulsive. Une prise en charge globale précoce adéquate en dépend.

Références

- 1-Bladin CF, Alexandrov AV, Bellavance A, Bornstein N, Chambers B, Cote R, et al. Seizures after stroke: a prospective multicenter study. *Arch Neurol* 2000; 57:1617-22.
- 2-Camilo O, Goldstein LB. Seizures and epilepsy after ischemic stroke. *Stroke* 2004; 35:1769-1775.
- 3-Vercueil L. Crises d'épilepsie, épilepsies et accidents vasculaires cérébraux. *Presse Med* 2007 ; 36 : 176-181.
- 4-Dupont S. Déclenchement des crises. *Epilepsies* 2004 ; 16(1) :5-11
- 5-Thiriaux A. Que recouvre le concept d'épilepsie vasculaire ? *Epilepsies* 2010 ; 22 (4) : 255 -257.
- 6-Myint PK, Staufenberg EFA, Sabanathan K. Post-stroke seizure and post stroke epilepsy. *Postgrad Med J* 2006; 82 : 568-572.
- 7-De Reuck J, De Groote L, Van Maele G. Delayed transient worsening of neurological deficits after ischaemic stroke. *Cerebrovasc Dis* 2006; 22:27-32.
- 8-Ossemann M. Que recouvre le concept d'épilepsie vasculaire ? *Epilepsies* 2010 ; 22: 4.
- 9-Labovitz DL, Hauser WA, Sacco RL. Prevalence and predictors of early seizure and status epilepticus after first stroke. *Neurology* 2001; 57: 200-6.
- 10- Henny C, Despland PA, Regli F. Première crise épileptique après l'âge de 60 Ans : Etiologie, présentation clinique et EEG. *Schweiz Med Wochenschr* 1990 ; 120: 787-92.