

# **PRÉVALENCE DE L'ÉPILEPSIE DU SUJET ÂGÉ: ÉTUDE RÉTROSPECTIVE DANS UN SERVICE DE COURT SÉJOUR GÉRIATRIQUE AU CENTRE HOSPITALIER DE SAINTES EN 2014 ET 2015**

50<sup>e</sup> Journées de la SOCIÉTÉ DE GÉRONTOLOGIE DE L'OUEST ET DU  
CENTRE  
Le 25 Mai 2018

N. GUYOT <sup>(1)</sup>, I. MERLET-CHICOINE <sup>(2)</sup>, M. PACCALIN <sup>(2)</sup>  
<sup>(1)</sup> CHRU Tours <sup>(2)</sup> CHRU Poitiers

# INTRODUCTION

## Prévalence

- En population générale: Rotterdam Study 1,2% entre 85 et 94 ans [1]
- En EHPAD: 10 à 14% de prescriptions d'anti-épileptiques [2,3]
- Consultation mémoire: 9,7% [4]

# Particularités sujet âgé

- Terrain
  - anamnèse difficile à retracer ++
- Polymorphisme clinique
- EEG: anomalies non spécifiques fréquentes...  
n'excluent pas le diagnostic si présentes, de même que sa normalité

# Actualisation recommandations SFN et HAS en 2015

- Recommandations de Bonnes Pratiques préconisent de déterminer la nature épileptique d'un épisode paroxystique sur un **faisceau d'arguments cliniques et paracliniques**, en tenant compte des spécificités du sujet âgé, et d'éliminer une **cause symptomatique**.
- Traitement recommandé **dès la 1<sup>ère</sup> crise si**:
  - Prédilection durable à la survenue d'une crise
  - Déficit neurologique ou **neuropsychologique**
  - EEG montre activité non équivoque susceptible d'expliquer le malaise
  - Il existe anomalie structurale à l'imagerie compatible avec la crise

# Objectifs - Matériel et Méthode

- Déterminer la prévalence de l'épilepsie en diagnostic principal ou secondaire dans les services de court séjour du GHT Saintonge en 2014 et 2015
- Pour les nouveaux diagnostics au CH de Saintes:
  - étudier le profil gériatrique,
  - les données relatives à l'épilepsie.
- Etude rétrospective, données anonymisées, accord CIL et présidents de CME

# Résultats (1)

- 4 939 patients hospitalisés en 2014 et 2015, 528 patients diagnostic principal ou secondaire « épilepsie », sur 3 sites  
→ **prévalence de 10,7%**
- 68 nouveaux diagnostics sur le CH de Saintes
  - Âge moyen 87 ans, 72% de femmes
  - 3,6 comorbidités / patient, 7,5 molécules
  - 75% de troubles cognitifs, 2/3 non explorés
    - Maladie d'Alzheimer connue 20%
  - 44% seuls à domicile avec troubles cognitifs
- 54 patients traités (79%) / 7 crises symptomatiques

# Résultats (2)

Signes cliniques	<ul style="list-style-type: none"><li>*Crise généralisée tonico-clonique avec témoin 15% (10)</li><li>*Rupture de contact avec automatismes 12% (8)</li><li>*Etat confusionnel de durée limitée de début et fin brusques 2,9% (2)</li><li>*Clonies dans un territoire focal 2,9% (2)</li><li>*Trouble du comportement paroxystique associé à un signe neurologique focal 4,4% (3)</li><li>*Hallucinations visuelles 8,8% (6)</li><li>*Trouble de conscience 26% (18)</li><li>*Trouble du comportement paroxystique isolé 11,7% (8)</li></ul>
Signes post-critiques	<ul style="list-style-type: none"><li>*Confusion prolongée 14,7% (10)</li><li>*Déficit neurologique focal prolongé ou aggravé 5,8% (4)</li><li>*Morsure de langue (0)</li><li>*Asthénie inhabituelle 2,9% (2)</li></ul>

Motif initial aspécifique (Chutes, malaises, AEG, dégradation cognitive) = 80%

# Résultats (3)

Facteurs favorisants	<ul style="list-style-type: none"><li>*Hypoglycémie 1,4% (1)</li><li>*Iatrogénie (notamment aux psychotropes) 48,5% (33)</li><li>*Autres troubles métaboliques aigus 7,3% (5)</li></ul>
EEG	<ul style="list-style-type: none"><li>*Crise enregistrée 1,4% (1)</li><li>*Pointes et pointes ondes 41,1% (28)</li><li>*Ondes lentes focalisées 29,4% (20)</li><li>*Réalisation &lt; 72 heures 60% (40)</li></ul>
Imagerie	<ul style="list-style-type: none"><li>*Lésion corticale focale (séquellaire ou récente) 16,1% (11)</li><li>*Tout autre type de lésion cérébrale 4,4% (3)</li></ul>
Traitement <b>55/68</b>	*LAMICTAL 46% (26) *KEPPRA 39% (21) *NEURONTIN 15% (8)



# DISCUSSION

- Prévalence globale 10,7%
  - 3 sites différents
- Peu de chiffres de prévalence en Court Séjour Gériatrique dans la littérature, proche des chiffres de prévalence en population gériatrique
- Indication à étayer le faisceau d'arguments ++
  - Eviter sur-diagnostic: Diagnostics différentiels
  - Eviter sous-diagnostic: anamnèse exhaustive (témoins), EEG le plus précoce possible, IRMc, Outils diagnostiques
- Recommandations spécifiques au sujet âgé?

# Limites

- Etude rétrospective
  - Perte d'information
  - Difficulté à retracer l'anamnèse, interrogatoire des témoins manquant

# CONCLUSION

- Prévalence de 10,7%, à confirmer de manière prospective, compatible avec les données en population gériatrique
- Étayer le faisceau d'arguments +++
- Collaboration gériatres-neurologues indispensables avec sensibilisation spécificités EEG du sujet âgé

# Merci de votre attention



ATTENDEZ LES SECOURS AVANT DE REJOINDRE LES POTES