

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE CHEZ L'ENFANT

Chez les enfants atteints d'épilepsie, il importe avant tout d'identifier le type de crise ainsi que le syndrome épileptique afin d'orienter au mieux le choix du traitement. Chez la plupart des enfants, les crises pourront être contrôlées avec un seul antiépileptique. Pour de nombreux syndromes épileptiques, mais pas pour tous, la carbamazépine (surtout en cas d'épilepsie partielle) et l'acide valproïque sont les traitements de premier choix. Grâce aux antiépileptiques plus récents, davantage d'enfants voient leurs crises contrôlées et peuvent être traités par un médicament qui soit bien supporté. Chez de nombreux enfants ne présentant plus de crise pendant 2 à 3 ans, le traitement peut être diminué et arrêté.

L'épilepsie est un tableau clinique difficile qui comporte, certainement chez les enfants, de nombreux types et syndromes différents.

On peut distinguer les types suivants.

- Les crises partielles peuvent être sensorielles, motrices, ou sensori-motrices; elles sont « simples » (avec maintien de l'état de conscience) ou « complexes » (avec diminution de l'état de conscience), et peuvent évoluer vers une généralisation secondaire.
- Les crises généralisées primaires (avec perte de conscience immédiate) comportent les crises toniques, cloniques, tonico-cloniques, atoniques ou myocloniques, et les absences.

Sur base du type de crise, de l'âge de l'enfant au moment de la 1^{ère} crise, des antécédents familiaux et de l'électroencéphalogramme, on essaiera dans la mesure du possible de définir le syndrome épileptique, ce qui est important pour déterminer le choix de l'antiépileptique le mieux adapté. Les quatre syndromes les plus fréquents sont: (1) l'épilepsie bénigne rolandique de l'enfant (« *Benign Rolandic epilepsy of childhood* » ou BREC), (2) l'épilepsie cryptogénique symptomatique localisée (« *cryptogenic/symptomatic, localisation-related epilepsy* »), (3) l'épilepsie myoclonique juvénile (JVE) et (4) le petit mal absence de l'enfance (« *childhood-onset typical absence epilepsy* »).

Choix de l'antiépileptique

Lorsque le syndrome épileptique ne peut être identifié, le choix dépendra du type de crise le plus fréquemment rencontré.

- En cas d'épilepsie partielle avec ou sans généralisation secondaire, la carbamazépine est habituellement le premier choix.
- En cas d'épilepsie généralisée primaire, l'acide valproïque est habituellement le premier choix.

Même lorsque le syndrome épileptique a pu être identifié, la carbamazépine et l'acide valproïque restent souvent le premier choix.

Si les effets indésirables de ces médicaments sont inacceptables, ou que, même aux doses maximales acceptées chez l'enfant, ils ne sont pas suffisamment efficaces, d'autres médicaments peuvent être nécessaires dans certains syndromes, soit en monothérapie, soit comme traitement adjuvant. Tous les antiépileptiques plus récents (lamotrigine, gabapentine, topiramate, tiagabine, vigabatrine) paraissent efficaces comme traitement adjuvant dans l'épilepsie partielle.

Outre le type de crise et le syndrome épileptique, le profil de sécurité du médicament et l'existence d'une forme galénique permettant son utilisation chez l'enfant déterminent également le choix de l'antiépileptique (ou des antiépileptiques). En général, une monothérapie permettra d'éviter l'apparition de crises pendant au moins 1 à 2 ans chez 65 à 70% des enfants.

Effets indésirables

- Les effets indésirables les plus fréquents de la *carbamazépine* sont: vertiges, nausées, céphalées, somnolence et rash; un syndrome de Stevens-Johnson, une dermatite exfoliative, une hépatite [n.d.l.r.: et des troubles hématologiques tels anémie aplastique et leucopénie] sont des effets indésirables rares mais graves.
- Les principaux effets indésirables de l'*acide valproïque* sont: prise de poids, amincissement des cheveux, et à doses élevées, tremblements. Chez les adolescentes, les cycles menstruels peuvent devenir irréguliers. Des effets indésirables rares mais graves sont des troubles hépatiques (surtout chez les très jeunes enfants), une thrombopénie et une pancréatite.
- La *lamotrigine* provoque un rash maculopapuleux chez environ 5% des enfants; des réactions cutanées graves telles un syndrome de Stevens-Johnson sont plus rares. Le risque de réactions cutanées est surtout élevé lorsque la dose initiale est trop élevée, en cas d'augmentation trop rapide de la dose et de prise concomitante d'acide valproïque [n.d.l.r.: la lamotrigine peut aussi provoquer des céphalées, des nausées et vomissements, des troubles visuels, des vertiges, de l'ataxie et de la somnolence, voir Folia de mars 1998].
- La *gabapentine* peut entraîner de la somnolence, des vertiges et de l'ataxie.
- Le *topiramate* peut être à l'origine d'anorexie, d'une perte de poids, de somnolence, de troubles cognitifs, et rarement, de troubles graves du comportement et de l'humeur (y compris de dépression et de psychose).
- La *vigabatrine* peut entraîner une perte visuelle irréversible, et ne peut être utilisée qu'après échec des autres médicaments [n.d.l.r.: et à condition qu'un suivi ophtalmologique soit effectué régulièrement, voir Folia de décembre 2000 et de juin 1998. La vigabatrine peut aussi provoquer de la somnolence, une dépression, une prise de poids, et dans de rares cas, des troubles neuropsychiatriques].

L'utilisation d'antiépileptiques pendant la grossesse est associée à un risque accru de spina bifida et d'autres malformations. Ce risque tératogène, ainsi

que la nécessité d'une contraception efficace (et de suppléments éventuels en acide folique) doivent être discutés avec les adolescentes sous traitement antiépileptique.

Suivi

Le traitement doit être suivi par un spécialiste en la matière, mais les prestataires de soins de première ligne sont aussi souvent impliqués dans le suivi continu et l'encadrement de l'enfant et de sa famille. Le médecin traitant doit veiller par exemple à ce que le traitement soit correctement pris. Il doit être attentif à l'apparition d'effets indésirables et d'interactions avec d'autres médicaments, et il doit prendre contact avec le spécialiste en cas d'aggravation de la situation clinique. La détermination des taux plasmatiques des antiépileptiques ne doit pas être effectuée systématiquement, mais elle peut être utile, par ex. en cas de doute quant à l'observance du traitement, ou lorsque l'enfant n'est pas en mesure de décrire d'éventuels effets indésirables.

La décision d'interrompre un traitement antiépileptique, et du moment pour le faire, doit être prise par le spécialiste, en concertation avec l'enfant (ou l'adolescent) et sa famille. Cette décision dépendra de plusieurs facteurs parmi lesquels la nature du syndrome épileptique et la durée de la période sans crise. Il ressort d'une étude américaine que 77% des enfants avec un développement neurologique par ailleurs normal, et qui, sous traitement, n'ont plus fait de crise pendant au moins 2 ans, n'en présentent pas non plus 2 ans après l'arrêt progressif (sur 2 à 3 mois) du traitement. Les enfants atteints d'épilepsie myoclonique juvénile requièrent toutefois souvent un traitement à vie étant donné le taux élevé de récurrences à l'arrêt du traitement.

D'après: Managing childhood epilepsy. *Drug and Therapeutics Bulletin* 39, 12- 16 (2001)

EN BREF

- Il a été suggéré sur base de cas isolés que l'administration de **thyroxine** pouvait être bénéfique à des patients présentant des **symptômes d'hypothyroïdie avec des tests thyroïdiens normaux**. Les résultats d'une étude récente, randomisée, croisée et contrôlée en double aveugle avec placebo montrent que la thyroxine n'est pas plus efficace qu'un placebo sur le bien-être psychique et physique de ces patients [*Brit. Med. J.* 323, 891-895 (2001)].