

Info

Epilepsie



L'épilepsie chez les enfants

L'ÉPILEPSIE CHEZ LES ENFANTS

Les crises d'épilepsie traduisent une hyperactivité passagère et simultanée des cellules nerveuses du cerveau. L'épilepsie est la prédisposition à présenter de telles crises à long terme. Elle se manifeste souvent dès l'enfance. En moyenne, un enfant sur 140 (0,7 %) est atteint d'épilepsie ; plus d'un tiers des épilepsies commencent dans l'enfance. Les causes, les types de crises et l'évolution peuvent être très différents.

De manière générale, il est important **d'aborder ouvertement le sujet en famille**. En utilisant des mots adaptés, il est possible d'expliquer à un enfant ce qu'est sa maladie dès l'âge de 2 ou 3 ans. Les parents, amis et connaissances ainsi que les personnes qui s'occupent des enfants doivent également en être informés.

PRINCIPAUX TYPES DE CRISES CHEZ LES ENFANTS

On distingue deux types principaux de crises d'épilepsie : la crise généralisée et la crise focale. Une crise généralisée se produit lorsque tout le cerveau est dès le départ affecté par des décharges nerveuses. Pour en savoir plus sur les différentes formes de crises rencontrées selon l'âge, consultez le dépliant d'information « Types de crises ».

Crises du nouveau-né

Les crises sont un peu plus fréquentes chez les nouveau-nés que plus tard dans l'enfance. Elles surviennent le plus souvent chez les enfants atteints d'une encéphalopathie hypoxique-ischémique à la suite d'un manque d'oxygène à la naissance. Plus tard, celle-ci ne conduit cependant que dans 15 % des cas à une épilepsie nécessitant un traitement au long cours. Néanmoins, les crises en phase aiguë doivent être traitées correctement pour ne pas aggraver les dommages au cerveau. D'autres causes sont possibles. Il existe par ailleurs des formes d'épilepsie d'origine génétique qui commencent chez le nouveau-né.

Spasmes infantiles

Ces crises surviennent généralement à l'âge de 3 à 8 mois et ne sont pas faciles à identifier : les enfants affectés, souvent des garçons, lèvent soudainement leurs bras pliés tout en penchant la tête et le tronc vers l'avant. Cette posture pourrait faire penser que l'enfant prend peur. Ces spasmes se produisent le plus souvent en série, mais peuvent aussi être beaucoup plus discrets que des sursauts. De nombreux enfants souffrant de spasmes infantiles présentent un trouble du développement (**syndrome de West**) en plus des altérations typiques des ondes cérébrales (EEG).

Convulsions fébriles

Une crise convulsive fébrile est une crise déclenchée par la fièvre (généralement une crise tonico-clonique, voir ci-dessous). Elle ne représente que rarement le début d'une épilepsie ; le plus souvent les enfants concernés ont un développement normal et sont par ailleurs en bonne santé. Elle se manifeste chez environ 3 à 5 % des enfants âgés de 6 mois à 5 ans. Les cas de convulsions fébriles peuvent s'accumuler au sein d'une même famille. Ces crises se manifestent généralement lors d'une fièvre dépassant rapidement 38,5 °C. Une crise convulsive fébrile sans complication ne dure que quelques minutes, sans séquelles au cerveau, et l'enfant se remet en principe rapidement. Après une telle crise, il est recommandé aux parents de contacter un médecin. Dans l'immense majorité des cas, les convulsions fébriles disparaissent au plus tard lorsque l'enfant atteint l'âge d'aller à l'école.

Absences

La forme d'épilepsie généralisée de loin la plus fréquente chez les enfants peut facilement passer inaperçue : les enfants sont comme « absents » pendant un court moment, généralement entre 5 et 10 secondes, sans tomber ni tressaillir, leurs yeux sont ouverts ou clignent et leur regard semble « vide ». On dit fréquemment de ces enfants qu'ils sont rêveurs, car ils ne remarquent plus rien pendant une absence. Souvent, ils ne sont eux-mêmes pas conscients d'avoir eu une crise.

Crises tonico-cloniques

Les grandes crises d'épilepsie (également appelées « grand mal ») surviennent à tout âge : la personne affectée perd conscience, son corps se contracte (phase tonique). Elle tombe alors généralement au sol, un bref arrêt respiratoire peut survenir. Ensuite, la personne est prise de secousses musculaires (phase clonique). Le plus souvent, la crise se termine au bout de deux à trois minutes.

Dans de rares cas, les crises durent plus de 3 minutes. Lorsqu'aucun médicament d'urgence n'est à disposition, il faut appeler un médecin ou les secours (tél. 144).

DIAGNOSTIC

Après une première crise sans fièvre, il est recommandé aux parents de consulter un neuropédiatre spécialisé. Il est alors important qu'ils observent le plus précisément possible la crise, qu'ils notent leurs observations, voire qu'ils filment la crise. Les antécédents médicaux de l'enfant et de ses parents proches peuvent également jouer un rôle. L'électroencéphalographie, ou EEG, mesure le courant cérébral et fournit des informations importantes sur l'activité épileptique dans le cerveau. Une EEG standard enregistre l'activité électrique du cerveau pendant 25 minutes. Il existe cependant aussi des formes d'épilepsie qui ne sont pas visibles à l'EEG entre les crises.

Dans de nombreux cas, en particulier lors de crises focales, une imagerie par résonance magnétique (IRM) est également nécessaire pour exclure des modifications structurelles du cerveau conduisant à une épilepsie. Chez les enfants en bas âge ou agités, cet examen nécessite une sédation. Il est préférable que l'IRM soit effectuée dans un hôpital spécialisé où l'on dispose d'un équipement moderne et des compétences adéquates.

Un examen neuropsychologique précoce aide à identifier et, si nécessaire, traiter suffisamment tôt toute difficulté ultérieure d'apprentissage, de concentration ou de la vie quotidienne liée à l'épilepsie ou à son traitement.

Examen génétique

Les épilepsies de l'enfance ont souvent une origine génétique. Cela ne signifie pas forcément que la maladie est héréditaire : les mutations génétiques surviennent souvent « de novo », c'est-à-dire sont d'apparition nouvelle. Il n'y a pas de « gène de l'épilepsie », mais une grande diversité d'altérations génétiques possibles, chacune étant rare.

Un examen génétique concluant permet de mieux évaluer dans quelle direction la maladie va évoluer. L'enfant n'a alors pas à subir d'autres examens et, parfois, les médecins savent également sur cette base quels médicaments ou méthodes thérapeutiques peuvent être ou non utiles.

PRINCIPAUX SYNDROMES ÉPILEPTIQUES

Epilepsie rolandique (épilepsie bénigne à pointes centrotemporales)

L'épilepsie rolandique est l'épilepsie focale la plus fréquente chez les enfants. Elle est d'origine génétique et peut être héréditaire, bien que les gènes responsables soient encore largement inconnus. Les crises focales vécues en pleine conscience surviennent le plus souvent la nuit entre l'âge de 3 et 11 ans et se manifestent par des bruits forts émanant de la gorge et des tressaillements rythmiques au coin de la bouche. La plupart des crises sont très courtes et s'arrêtent d'elles-mêmes. Presque toujours, les symptômes disparaissent spontanément durant la puberté ou l'adolescence. Cette forme d'épilepsie était autrefois qualifiée de « bénigne », on la dit aujourd'hui « autolimitée ».

Syndrome de Landau-Kleffner

Ce syndrome est beaucoup plus rare. Ce sont ici les lobes temporaux, où se trouve une partie de notre centre du langage, qui sont touchés. Les enfants, âgés pour la plupart de 3 à 7 ans au début des symptômes, ont de plus en plus de difficultés à comprendre la langue et à reconnaître ce qui est dit (agnosie verbale). Dans certains cas, le syndrome conduit à la perte totale du langage (aphasie).

Environ 70 % des enfants touchés présentent des crises d'épilepsie de différentes formes, le plus souvent liées au sommeil. Celles-ci ne figurent cependant pas au premier plan ; le trouble du langage est provoqué par la décharge focale permanente pendant le sommeil, visible uniquement en réalisant une EEG pendant le sommeil. Même si cette forme d'épilepsie régresse souvent beaucoup à la puberté et à l'adolescence, elle doit faire l'objet d'un traitement antiépileptique correct. Souvent, des troubles demeurent malgré tout.

Absence épileptique

Il s'agit de l'épilepsie généralisée la plus fréquente dans l'enfance. Elle peut provoquer bien plus de 100 absences par jour. Chez les enfants, la maladie commence le plus souvent entre 5 et 8 ans, mais il existe aussi des absences épileptiques chez les jeunes enfants et les adolescents. La cause est généralement génétique, parfois héréditaire. La forme infantile classique de l'absence épileptique peut généralement être traitée sans difficulté.

Syndrome de Doose

Le syndrome de Doose se manifeste entre l'âge de 1 an et demi et 5 ans par des crises accompagnées de secousses musculaires et un risque élevé de chute en raison d'une perte soudaine de la tension musculaire. Chez certains enfants, les crises peuvent être traitées avec succès et le développement peut être normal. Chez d'autres, les crises sont difficiles à contrôler ; les enfants présentent des troubles du développement et ont souvent besoin de plusieurs médicaments.

Syndrome de Dravet

Ce syndrome est plutôt rare. Les premières crises surviennent à l'âge de 3 à 9 mois et sont souvent associées à de la fièvre. Ce syndrome est provoqué dans la plupart des cas par une mutation génétique et les médicaments ne permettent souvent qu'un contrôle partiel des crises. Cependant, un certain nombre de médicaments, fréquemment administrés en association, peuvent généralement aider l'enfant et stabiliser la situation. Malgré tout, l'enfant présente presque toujours un trouble du développement.

Syndrome de Lennox-Gastaut

Ici, les crises apparaissent pour la première fois entre l'âge de 1 à 6 ans et prennent des formes très diverses. Elles ne sont que rarement traitées avec succès et sont souvent accompagnées de troubles du développement à tous les niveaux. Cette forme d'épilepsie est rare et le plus souvent due à des troubles cérébraux ou des modifications génétiques.

TRAITEMENT

Le traitement de l'épilepsie a toujours pour objectif de contrôler le mieux possible les crises et même, idéalement, de les supprimer totalement sans anomalie à l'EEG et sans effets indésirables. Cet objectif peut être atteint dans un peu plus de deux tiers des cas, même si le chemin est parfois long. Une bonne coopération entre les neuropédiatres traitants et les parents joue un rôle important à cet égard, car les médicaments ne sont efficaces que s'ils sont pris régulièrement. Le neuropédiatre traitant doit être informé de tout effet indésirable médicamenteux.

Il n'y a que peu de cas où il peut être pertinent de renoncer aux médicaments. Dans certaines situations, d'autres traitements non médicamenteux (régime cétogène,

stimulation du nerf vague) peuvent également être utiles. Des traitements complémentaires avec des substances actives non encore autorisées (par ex. le cannabidiol, à base de chanvre) ne doivent être instaurés qu'en concertation étroite avec les médecins.

Lorsque les deux premiers médicaments n'arrêtent pas les crises, il faut vérifier dans les meilleurs délais, pour les épilepsies focales, si une opération dans un centre spécialisé en épilepsie est possible et pertinente. S'il est vrai que l'idée d'opérer le crâne peut être effrayante de prime abord, l'expérience montre que plus le foyer épileptique est retiré tôt du cerveau d'un enfant, plus le bénéfice est grand.

Tant que le risque de crises est présent, il convient d'avoir toujours à portée de main un **médicament d'urgence**. Les enseignants et toutes les personnes s'occupant de l'enfant doivent être informés en conséquence. Un formulaire élaboré à cet effet facilite la communication entre neuropédiatres, parents et enseignants : www.epi.ch/ecole.

Vaccinations

En principe, les enfants atteints d'épilepsie doivent bénéficier de la même protection vaccinale que les autres enfants. Certains vaccins provoquent de la fièvre, c'est pourquoi une tendance déjà présente aux crises d'épilepsie peut se révéler pour la première fois après une vaccination. Si un enfant est sujet à des poussées de fièvre, les parents doivent demander au pédiatre s'il recommande la prise préventive d'un médicament contre la fièvre avant certains vaccins (contre la coqueluche par ex.). Les vaccins ne sont cependant pas la cause des épilepsies.

Conseil social

L'organisation de patients Epi-Suisse propose un conseil social et permet d'échanger avec d'autres familles concernées. Plus d'informations sont disponibles sur www.epi-suisse.ch.

L'épilepsie peut frapper chacun de nous

5 à 10 % de la population sont atteints d'une crise d'épilepsie à un moment ou un autre de leur vie. A peu près 1 % de la population va souffrir d'épilepsie au cours de sa vie. En Suisse, environ 80 000 personnes sont concernées, dont à peu près 15 000 enfants et adolescents.

La Ligue contre l'Épilepsie et ses nombreuses activités

La Ligue Suisse contre l'Épilepsie se consacre à la recherche, l'aide et l'information. Son but consiste à alléger la vie quotidienne des personnes atteintes d'épilepsie et à améliorer durablement leur situation au sein de la société.

Recherche

La Ligue contribue à faire progresser les connaissances sur tous les aspects de l'épilepsie.

Aide

Renseignements et consultations à l'attention :

- des spécialistes de tous les domaines
- des personnes atteintes d'épilepsie et de leurs proches

Information

La Ligue contre l'Épilepsie informe et sensibilise le public et favorise ainsi l'intégration des personnes atteintes d'épilepsie.

Rédaction : Julia Franke

Conseil médical : PD Dr Alexandre Datta

Ligue Suisse contre l'Épilepsie

Seefeldstrasse 84

8008 Zurich

Suisse

T +41 43 488 67 77

F +41 43 488 67 78

info@epi.ch

www.epi.ch

CP 80-5415-8

IBAN CH35 0900 0000 8000 5415 8

Mise à jour de l'information : octobre 2020

Réalisé avec l'aimable soutien des sponsors principaux UCB-Pharma, Eisai Pharma.



Autres sponsors : Arvelle Therapeutics, Desitin Pharma, Sandoz Pharmaceuticals.
Les sponsors n'ont pas d'influence sur le contenu.

Image de couverture : www.istockphoto.com, kieferpix