



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

50^e Journées de la SOCIÉTÉ DE GÉRONTOLOGIE DE L'OUEST ET DU
CENTRE
Le 25 Mai 2018

N. GUYOT ⁽¹⁾, I. MERLET-CHICOINE ⁽²⁾, M. PACCALIN ⁽²⁾

⁽¹⁾ CHRU Tours ⁽²⁾ 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^{ère} crise si**:
 - Prédisposition 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	*Crise généralisée tonico-clonique avec témoin 15% (10) *Rupture de contact avec automatismes 12% (8) *Etat confusionnel de durée limitée de début et fin brusques 2,9% (2) *Clonies dans un territoire focal 2,9% (2) *Trouble du comportement paroxystique associé à un signe neurologique focal 4,4% (3) *Hallucinations visuelles 8,8% (6) *Trouble de conscience 26% (18) *Trouble du comportement paroxystique isolé 11,7% (8)
Signes post-critiques	*Confusion prolongée 14,7% (10) *Déficit neurologique focal prolongé ou aggravé 5,8% (4) *Morsure de langue (0) *Asthénie inhabituelle 2,9% (2)

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

Résultats (3)

Facteurs favorisants	*Hypoglycémie 1,4% (1) *Iatrogénie (notamment aux psychotropes) 48,5% (33) *Autres troubles métaboliques aigus 7,3% (5)
EEG	*Crise enregistrée 1,4% (1) *Pointes et pointes ondes 41,1% (28) *Ondes lentes focalisées 29,4% (20) *Réalisation < 72 heures 60% (40)
Imagerie	*Lésion corticale focale (séquellaire ou récente) 16,1% (11) *Tout autre type de lésion cérébrale 4,4% (3)
Traitement 55/68	*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