

## **Les enjeux auxquels font face les personnes âgées atteintes d'épilepsie (Issues for Seniors with Epilepsy)**

On constate, chez les personnes âgées (dans cet article, nous considérons comme personnes âgées celles qui ont plus de 60 ans), un accroissement des cas d'épilepsie. Dans la classe d'âge de 25 à 50 ans, le nombre annuel de nouveaux cas d'épilepsie est d'environ 25 par 100 000 individus mais, après 50 ans, ce nombre passe à 70 par 100 000 pour la classe d'âge de 55 à 60 ans et à 150 par 100 000 chez les plus de 70 ans. Dans la plupart des cas, les personnes nouvellement atteintes d'épilepsie font des crises partielles (des crises dont l'origine se situe dans une région du cerveau) avec ou sans progression en crises tonico-cloniques généralisées. La période de confusion ou de faiblesse après une crise (appelée état post-ictal) tend à être plus longue chez les personnes âgées que chez les personnes plus jeunes. Cet accroissement des cas d'épilepsie chez les personnes âgées est dû à l'augmentation des états pathologiques du cerveau tels que les accidents cérébro-vasculaires et des maladies dégénératives du cerveau telles que la maladie d'Alzheimer qui deviennent plus fréquents avec l'âge.

L'épilepsie se caractérise par une tendance à des crises répétées. Les crises sont une altération temporaire du comportement et peuvent apparaître de multiples façons. Le site web de la BC Epilepsy Society donne de nombreux renseignements sur les diverses modes d'apparition des crises. Diagnostiquer l'épilepsie chez les personnes âgées peut parfois poser des problèmes du fait que ces personnes peuvent avoir des crises ou des convulsions pour d'autres raisons. Des tests, des examens et des observations peuvent être requis afin de déterminer si ces troubles sont signes de crises d'épilepsie, d'attaques d'ischémie transitoire ou de confusion due à une maladie démentielle.

Le diagnostic de l'épilepsie est plus facile à poser si la première crise est une crise tonico-clonique généralisée (également appelée crise de grand mal) avec raidissement des membres et perte de connaissance. Les patients qui font une telle crise sont souvent transportés à un service d'urgence où les tests nécessaires peuvent s'effectuer rapidement. Une première crise peut être le signe d'un état pathologique sous-jacent du cerveau comme une hémorragie, un accident cérébro-vasculaire ou une infection qui demande un traitement immédiat. Dans tous les cas, il est important de prévenir les crises subséquentes et c'est la raison pour laquelle le patient devra commencer un traitement médicamenteux antiépileptique immédiatement. Des tests tels que tomographie par ordinateur, IRM, EEG et des analyses de sang aideront au diagnostic des causes sous-jacentes.

Si la possibilité de nouvelles crises chez le patient est élevée, le médecin prescrira un médicament antiépileptique à prendre avant de quitter l'hôpital. Cette médication permet de prévenir une activité électrique anormale du cerveau, ce qui est le facteur déclencheur des crises. Le but est de trouver un traitement médicamenteux qui préviendra l'apparition de nouvelles crises avec un minimum d'effets secondaires.

Le traitement de l'épilepsie chez les personnes âgées pose des défis bien spécifiques : les lésions causées par les crises chez les personnes âgées peuvent être plus sérieuses que chez les plus jeunes du fait d'une moindre résistance de leurs os et de leurs tissus. La confusion post-ictale peut durer suffisamment longtemps que pour empêcher le patient de boire, de manger ou de se déplacer pendant de nombreuses heures, ce qui, bien entendu, peut occasionner de graves problèmes chez une personne vivant seule. La perte du privilège de conduire un véhicule automobile après une crise porte un sérieux coup à l'indépendance de la personne qu'elle frappe et ce, quel que soit son âge, mais elle est souvent ressentie plus cruellement par les personnes âgées qui se voient forcées de commencer à utiliser les transports en commun que par les plus jeunes.

Un autre problème est celui de la tolérance de l'organisme aux médicaments antiépileptiques ou de ses réactions face à ceux-ci. Le risque d'interaction avec d'autres médicaments dont les antihypertenseurs, les médicaments anti-cholestérol ou les analgésiques est élevé. Voir ci-après les données fournies pour chaque antiépileptique. Les personnes âgées sont également plus sensibles aux effets secondaires des antiépileptiques quels qu'ils soient du fait du ralentissement de leur métabolisme et du vieillissement de leur cerveau et l'essai de plusieurs antiépileptiques devra peut-être être envisagé pour déterminer lequel agira le mieux pour une personne donnée.

Le médicament prescrit le plus souvent quel que soit l'âge du patient est le phénytoïne (Dilantin). Ce médicament présente l'avantage de pouvoir être administré dès la salle d'urgence, la salle où sont souvent emmenés les patients après leur première crise. Il peut être administré en dose d'attaque, ce qui le rend immédiatement efficace, mais il faudra toutefois attendre une dizaine de jours d'administration quotidienne selon la posologie prescrite pour que son niveau se stabilise. Ce médicament peut entraîner une diminution de l'équilibre et un ralentissement de la pensée, surtout si la posologie est élevée. Il ralentira souvent les fonctions d'un patient présentant d'autres désordres neurologiques consécutifs à une lésion du cerveau comme un accident cérébro-vasculaire ou une opération récente au cerveau. Certains patients prenant ce médicament se plaignent également d'un ralentissement de leur capacité cognitive et de dépression mais nombreux sont ceux qui n'éprouvent aucun effet fâcheux.

La voie principale du métabolisme des antiépileptiques est le système enzymatique du cytochrome hépatique P450. Les antiépileptiques communs, à savoir la phénytoïne, la carbamazépine et le phénobarbital (souvent appelés antiépileptiques anciens vu qu'ils sont utilisés depuis plus de 40 années), sont tous des inducteurs enzymatiques parce qu'ils activent tous ce système P450 dans le foie. C'est la raison pour laquelle lorsqu'un patient prend un de ces trois antiépileptiques inducteurs enzymatiques, leurs autres médicaments comme les anti-cholestérols, les pilules contraceptives ou les anticoagulants seront éliminés plus rapidement de l'organisme. L'action de ces antiépileptiques fait également s'éliminer plus rapidement la vitamine D de l'organisme, ce qui est une des raisons pour lesquelles certains patients développeront de l'ostéoporose. Lorsqu'un patient prend plusieurs médicaments, il est très important de demander au médecin ou au pharmacien quelles interactions peuvent se produire et voir ensuite si des modifications s'imposent.

Un autre problème est l'absorption dans l'estomac de plusieurs médicaments pris simultanément. Le calcium qui est pris très souvent pour prévenir l'ostéoporose va contrarier considérablement l'absorption de la phénytoïne si ces deux produits sont pris en même temps. Il faudra donc espacer de plusieurs heures la prise de ces deux produits faute de quoi les niveaux de phénytoïne varieront et seront souvent trop faibles pour prévenir les crises.

Il existe plusieurs autres antiépileptiques que les personnes âgées peuvent prendre si la phénytoïne ne donne pas les résultats escomptés ou si elle est cause d'effets secondaires particulièrement indésirables.

La carbamazépine est assez semblable à la phénytoïne, du moins en ce qui concerne les problèmes associés à ses propriétés d'induction enzymatique dans le foie. Sa posologie initiale doit être très faible vu que les patients éprouveront des vertiges si la dose entière leur est donnée soudainement en début de traitement. Certains patients semblent éprouver moins de perte d'équilibre et un ralentissement moindre de leurs capacités cognitives avec ce médicament qu'avec la phénytoïne. Il s'ensuit que si, en début de traitement, la dose est faible (ce qui n'est pas souvent le cas si le patient a été conduit au service des urgences) la prescription de cet antiépileptique pourrait se révéler un choix judicieux. En outre, les effets secondaires de ce médicament durent nettement moins longtemps que ceux de la phénytoïne vu sa moindre durée de présence dans l'organisme. Ceci peut faciliter leur diagnostic et la posologie peut être ajustée en fonction de la manière dont le patient se sent.

Le phénobarbital est également efficace dans l'arrêt des crises et, comme son action dure assez longtemps, il peut n'être pris qu'une fois par jour. Vu son effet sédatif, s'il est pris la nuit, il peut être bénéfique aux patients souffrant d'anxiété ou d'insomnie. Toutefois, il diminue l'efficacité des autres médicaments et augmente les risques d'ostéoporose. Comme, de plus, à doses élevées, il peut affecter l'équilibre et la capacité cognitive, il n'est normalement pas prescrit pour les personnes âgées. Il est le moins cher de tous les antiépileptiques et est encore largement utilisé en dehors de l'Amérique du Nord et de l'Europe, dans des régions où il peut être le seul antiépileptique dont un patient puisse se permettre l'achat.

Le valproate (Epival) est efficace également chez les personnes âgées et est habituellement bien toléré. Toutefois, son efficacité est meilleure en cas de crises généralisées qu'en cas de crises partielles, lesquelles sont moins fréquentes chez les personnes âgées. Sans être un inducteur enzymatique, il n'en entraîne pas moins certaines interactions avec d'autres médicaments du fait de liaisons protéiniques. L'effet secondaire visible principal chez les personnes âgées est une aggravation des tremblements préexistants ou une nouvelle apparition de tremblements intentionnels, effets qui disparaissent en cas de cessation du traitement.

La gabapentine (Neurotin) est un antiépileptique prescrit très fréquemment aux personnes âgées du fait qu'elle possède également des propriétés analgésiques. Elle a l'avantage d'être éliminée par les reins et non par le foie ce qui fait que l'interaction médicamenteuse est minime. Cependant, ce n'est pas un antiépileptique puissant et, à doses suffisamment fortes pour arrêter les crises, elle peut causer une somnolence excessive chez les patients âgés.

Lamotrigine (Lamictal) est un des nouveaux antiépileptiques métabolisé dans le foie par d'autres voies, d'un faible niveau d'interaction médicamenteuse et ne causant pas l'ostéoporose. Elle n'est pas sédatrice mais, au contraire, peut parfois causer des insomnies. Sa prise doit être lente au début et surveillée de très près du fait d'un risque de réactions allergiques de la peau chez près de 10 % des patients âgés. C'est la raison pour laquelle cet antiépileptique n'est pas largement utilisé bien que, dans la littérature très récente, il soit recommandé pour les personnes âgées.

Clobazam (Fresium) est un antiépileptique de faible puissance n'entraînant que peu d'interactions médicamenteuses. Toutefois, il peut occasionner de la somnolence et une diminution de l'équilibre chez certains patients. De plus, il amplifie les effets d'autres neurodépresseurs comme l'alcool.

Le topiramate (topamax), l'oxcarbazépine (Trileptal) et le lévétiracétam (Keppra) sont trois produits de la famille des nouveaux antiépileptiques qui peuvent avoir leur place dans le traitement des crises chez les personnes âgées. Ils sont très chers par rapport aux autres antiépileptiques dont il vient d'être question. Le Topamax est un inducteur enzymatique qui se montre efficace à faibles doses. L'oxcarbazépine n'induit pas la voie enzymatique commune et entraîne donc moins d'interactions médicamenteuses. Le lévétiracétam présente l'avantage d'être éliminé par les reins tout comme la gabapentine, ce qui réduit le risque d'interaction avec d'autres médicaments. Son administration initiale peut se faire rapidement et il est généralement bien toléré. Il a entraîné chez quelques patients un accroissement de l'irritabilité. Il a été observé qu'en monothérapie, son pouvoir de contrôle des crises est encore limité. La prescription de ce médicament est soumise à une approbation spéciale de BC Pharmacare, approbation qui ne peut être accordée qu'en cas d'intolérance du patient à des antiépileptiques plus communs.

En résumé, l'épilepsie chez les personnes âgées est un état pathologique commun mais délicat à traiter. Les problèmes spécifiques à cette classe d'âge sont :

1. Diagnostic : de nombreuses crises ou convulsions chez les personnes âgées ne sont pas des crises épileptiques.
2. Les crises entraînent plus de lésions chez les personnes âgées du fait que leurs os et leurs tissus sont plus faibles que ceux des personnes plus jeunes.
3. Les antiépileptiques communément prescrits entraînent des interactions avec beaucoup d'autres médicaments administrés aux personnes âgées. Ceci peut diminuer l'efficacité de ces autres médicaments et/ou accroître les effets secondaires de l'antiépileptique.
4. Le métabolisme des personnes âgées est affaibli ce qui ralentit l'action des antiépileptiques et oblige à des ajustements de posologie.
5. Le cerveau des personnes âgées présente une sensibilité accrue aux effets secondaires des antiépileptiques en cas de déficiences entraînées par d'autres états pathologiques.

Sherrill Purves, MD, PhD, FRCP, 2009

**You can join the BC Epilepsy Society as a member and receive all the program and service benefits.  
#2500-900 West 8<sup>th</sup> Avenue, Vancouver, BC V5Z 1E5  
Phone: (604) 875-6704 Fax: (604) 875-0617 [info@bcepilepsy.com](mailto:info@bcepilepsy.com) [www.bcepilepsy.com](http://www.bcepilepsy.com)**