

L'épilepsie et les facteurs déclencheurs de crises (Triggers for Epileptic Seizures)

Introduction

Leur expérience a appris aux personnes atteintes d'épilepsie que certaines situations plus que d'autres peuvent déclencher des crises. Ces facteurs déclencheurs n'entraînent normalement pas de crises dans la population en général. Il faut que la personne soit épileptique pour que ces déclencheurs abaissent suffisamment le seuil épileptique (seuil de survenance de la crise).

À titre d'exemple, une personne « normale » pourra faire des crises dans le cadre d'une maladie grave comme une double pneumonie mais, une fois guérie, n'en fera plus jamais. Une telle personne ne sera normalement pas considérée comme étant atteinte d'épilepsie.

L'épilepsie affecte chacun et chacune différemment. D'après ce que j'en ai vu, je pourrais dire que les crises épileptiques surviennent le plus souvent « sans rime ni raison ». Nous nous efforcerons d'identifier des facteurs déclencheurs de crises mais, la plupart du temps, ils sont introuvables. Certains patients ont appris empiriquement qu'il existe des circonstances ou des situations particulières qui augmentent chez eux le risque de crises et que, dès lors, de telles situations sont à éviter.

Facteurs possibles de déclenchement de crises (« possibles » ne signifiant ni probables ni certains)

Se coucher tard et manque de sommeil

L'observation qui semble la plus cohérente est que les patients gravement privés de sommeil sont plus susceptibles que les autres de faire des crises. Le meilleur exemple semble être les patients atteints d'épilepsie myoclonique juvénile. Certains de ces patients ne font quasi jamais de crises spontanées et toutes leurs crises se déclenchent après un manque de sommeil.

Je peux observer régulièrement une brève intensification du nombre de crises chez mes patients qui fréquentent l'université. Sans doute pour la première fois de leur vie, ces étudiants se sentent indépendants et, ce qui n'est pas rare dans la vie universitaire, certains feront la fête la nuit et se lèveront tôt le matin pour terminer leurs devoirs et autres travaux. En d'autres mots ils « brûlent la chandelle par les deux bouts » et on ne peut que constater que le contrôle de leurs crises qui, jusqu'alors était satisfaisant, s'est fortement dégradé ou a disparu.

Je constate souvent cette « mini-épidémie » en mai et en juin, mois au cours desquels les élèves de la dernière année du secondaire célèbrent abondamment la fin de leurs études et la remise de leur diplôme. Pour certains, c'est la première fois qu'ils passent des nuits blanches (ou presque blanches) et qu'ils consomment des quantités d'alcool aussi importantes. La combinaison à chaque printemps de ces deux facteurs entraîne généralement l'admission de deux ou trois adolescents ou adolescentes en salle d'urgence où ils seront soignés pour leur première crise tonico-clonique ou crise de grand mal.

Alcool et drogues récréatives

L'excès d'alcool et le *binge drinking* (chaos éthylique ou grande consommation d'alcool en un minimum de temps), tout comme la consommation de drogues dites « de rue », peuvent déclencher des crises même chez les personnes qui ne sont pas atteintes d'épilepsie. Je vois de temps à autre des patients admis en salle d'urgence en pleine crise de grand mal survenue suite à la consommation de cocaïne, de méthamphétamine en cristaux ou d'autres stimulants comme les amphétamines.

Pour ce qui a trait à l'épilepsie et l'alcool, les choses ne sont pas aussi évidentes. Les patients qui me signalent une aggravation de leurs crises après avoir consommé de l'alcool n'ont souvent pas beaucoup dormi durant la nuit. Ils ont fait la fête, se sont couchés tard et une crise s'est déclenchée le lendemain matin. Ceci pourrait revenir à dire que le manque de sommeil serait le facteur déclencheur principal. Les patients ne font normalement pas de crises pendant qu'ils boivent ou pendant qu'ils sont sous l'influence de l'alcool.

Stress

Mes patients me font souvent part d'une augmentation de la fréquence de leurs crises lorsqu'ils sont stressés. D'un point de vue strictement scientifique, ceci est difficile à établir. Le problème réside dans le fait que, dans leur vie de tous les jours, ces patients ont connu un grand nombre de situations stressantes qui n'ont pas entraîné la moindre crise.

Des études intéressantes effectuées en Israël durant la guerre contre l'Irak ont montré que l'exposition des patients atteints d'épilepsie au stress causé par les missiles Scud n'a pas, contrairement à ce qu'on aurait pu penser, entraîné plus de crises. C'est un bon exemple parce qu'il serait difficile d'imaginer un environnement plus stressant à l'époque.

Quoi qu'il en soit, les patients rapportent sans cesse que le stress entraîne des crises à l'occasion. Lorsqu'on les questionne, la plupart de ces patients révèlent qu'ils dorment très mal lorsqu'ils sont stressés. En d'autres mots, ils se couchent avec leur stress et, après s'être tournés et retournés dans leur lit, ne parviendront à trouver qu'un sommeil de piètre qualité, ce qui peut déclencher des crises.

Je suppose que vous voyez maintenant que le manque de sommeil semble être l'élément commun dans tout ceci. Et, de fait, le manque de sommeil, indépendamment de ce qui peut en être la cause, semble être un facteur puissant de l'abaissement du seuil épileptique.

Éclairs de lumière et clignotements lumineux

Il est bien connu que les éclairs lumineux peuvent déclencher des crises et, d'ailleurs, on remarque souvent la présence de panneaux d'avertissement en ce sens dans des endroits où les personnes atteintes d'épilepsie pourraient y être exposées.

Toutefois, l'importance qu'on y attache semble exagérée. En fait, la photosensibilité comme facteur de déclenchement de crises ne concernerait que de 3 à 5 % des personnes atteintes d'épilepsie.

Les personnes affectées par les clignotements lumineux souffrent généralement d'une forme d'épilepsie héréditaire et non d'épilepsie acquise. Leur épilepsie ne semble pas avoir de cause structurale connue. Leur intelligence et leur développement sont normaux dans presque tous les cas et leur EEG montre typiquement une anomalie durant le segment de photostimulation de l'examen.

Chez ceux et celles qui peuvent être à risque, ce risque est plus élevé durant les périodes de l'enfance et de l'adolescence et, dans la plupart des cas, le risque disparaît à l'âge adulte.

Fièvres et fièvres pseudogrippales

Il semblerait que les fièvres et les fièvres pseudogrippales soient des facteurs déclencheurs de crises mais le mécanisme n'est pas encore bien compris. Les fortes fièvres ne semblent être un facteur déclencheur de crises que chez les nouveau-nés et chez les enfants en bas âge. Cette pathologie a pour nom « crises fébriles » et n'est normalement pas considérée comme un type d'épilepsie.

Hormones or cycle menstruel

Chez les femmes, un tiers environ pourront de manière « semi-prévisible » voir une augmentation de la fréquence de leurs crises dans les jours précédant immédiatement leur cycle menstruel. Lorsqu'on sait que la moitié des personnes atteintes d'épilepsie sont des femmes, il est frustrant de constater que nous n'avons pas de traitement efficace et cohérent pour cette situation particulière. Des manipulations hormonales en tout genre ont été tentées mais sans résultats positifs constants.

Médicaments et suppléments

Très peu de médicaments sont susceptibles de déclencher des crises avec, toutefois, des exceptions notables. Le Zyban, un médicament aidant au sevrage tabagique, peut abaisser le seuil épileptique d'un patient atteint de ce désordre et devrait donc être évité. Les anciens antidépresseurs tricycliques tels que l'Elavil ou le Tofranil pris à fortes doses étaient également soupçonnés d'abaisser le seuil épileptique. Cette remarque doit être nuancée par le fait que des observations cliniques ont montré clairement que des dépressions graves restées sans traitement pouvaient entraîner plus de crises.

La nouvelle classe d'antidépresseurs ou ISRS (inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine), dont font partie entre autres le Paxil et le Prozac, sont « neutres au seuil ». Ils auraient plutôt tendance à relever légèrement le seuil épileptique, ce qui est une bonne chose.

On entend souvent dire que le café, le thé et les boissons gazeuses contenant de la caféine peuvent déclencher des

crises et doivent donc être évités. En fait, les stimulants suppriment les crises et lorsque la multithérapie était « au goût du jour » il y a 30 ou 40 ans pour traiter l'épilepsie, des amphétamines ou de la dexedrine étaient généralement inclus dans le traitement antiépileptique. Le Ritalin (un stimulant) était prescrit plus souvent à l'époque pour contrer l'effet soporifique des anciens médicaments.

Dans le même ordre d'idées, l'aspartame présente dans les boissons-diètes n'a pas très bonne presse. D'après mon expérience, Il ne semble pas que l'on puisse associer l'aspartame des boissons-diètes au cola aux crises. En fait, cette association viendrait plutôt de la quantité absorbée qui, dans certains cas, peut atteindre 10 à 12 cannettes de cola-diète par jour. En d'autres mots, la quantité excessive de liquide absorbée, que ce soit du cola ou du café, génère une surcharge aqueuse dans l'organisme et c'est cette surcharge qui peut faire diminuer le seuil épileptique.

Ceci est assez semblable – et c'est d'ailleurs un des mécanismes étudiés – aux crises menstruelles dans lesquelles certaines femmes font de la rétention de liquide avant leurs règles avec, comme conséquence, une augmentation de la fréquence de leurs crises.

Oubli de la prise des médicaments antiépileptiques

La première chose que je me dis lorsqu'une personne qui avait pu contrôler ses crises auparavant refait une crise c'est qu'elle a sans doute omis de prendre ses médicaments. Il est facile de se relâcher un peu lorsque tout va bien et de manquer une dose de temps en temps sans trop y faire attention parce que cela n'entraîne aucune conséquence néfaste. Toutefois, l'effet cumulé de l'oubli volontaire ou non de la prise de ses antiépileptiques est que leur niveau dans l'organisme peut tomber dans la zone dite sous-thérapeutique, ce qui entraînera une recrudescence des crises.

En fait, si un patient se rend compte durant la journée qu'il a oublié de prendre sa dose du matin, il devra la prendre alors. S'il ne s'en est pas rendu compte avant l'heure de la prise du soir, il devra prendre en une fois la dose du matin et la dose du soir. Il n'y a aucun danger de surdose et le patient aura eu sa dose de la journée.

En conclusion

Les éléments dont il faut tenir compte sont nombreux mais la seule chose vraiment prévisible en matière de crises, c'est qu'elles sont imprévisibles.

Approved for circulation in October 2008 (mj)

You can join the BC Epilepsy Society as a member and receive all the program and service benefits.

#2500 – 900 West 8th Avenue, Vancouver, BC V5Z 1E5

Phone: (604) 875-6704 Fax: (604) 875-0617 info@bcepilepsy.com www.bcepilepsy.com