

Les crises d'épilepsies revêtent des aspects cliniques très divers et sont définies comme : « la survenue transitoire de signes ou de symptômes dues à une activité neuronale cérébrale excessive ou anormalement synchrone » [35]. L'épilepsie se définit comme une affection neurologique universelle caractérisée par la récurrence chez le même sujet de manifestations cliniques paroxystiques, motrices, sensitives, sensorielles ou psychiques accompagnées ou non d'une perte de connaissance . Ces manifestations sont en rapport avec une décharge anormale excessive et synchrone d'une population plus ou moins étendue de neurones du cortex cérébral. Les conséquences de cette maladie sont graves car elles entraînent chez les patients des handicaps physiques, mentaux et comportementaux mais aussi un poids socio-économique important. Elle est considérée comme une des maladies les plus répandues dans le monde avec une prévalence de 0,5 à 1% dans la population générale [47].

Il s'agit d'une pathologie dont la prise en charge nécessite un traitement médical de longue durée, qui est souvent associé à un dysfonctionnement endothélial caractérisé par l'apparition de réactions adverses pouvant accélérer la survenue d'athérosclérose [45].

Le polymorphisme fonctionnel des gènes codant pour certains gènes et/ou protéines peut jouer un rôle particulièrement important dans l'explication des différences de susceptibilité chez les patients atteints d'épilepsie de phénotypes différents.

Dans ce contexte, l'haptoglobine, une protéine plasmatique codée par deux allèles notés 1 et 2 ; présente un pouvoir anti oxydant qui est phénotype dépendant [3]. De plus, l'impact du polymorphisme de l'haptoglobine sur les maladies cardiovasculaires a été rapporté par plusieurs auteurs [38].

L'objectif de notre travail est d'étudier les variations des paramètres lipidiques obtenues au cours de la prise en charge de l'épilepsie, et l'influence du polymorphisme de l'Haptoglobine chez 38 patients épileptiques suivis au CHU de FANN.

PREMIERE PARTIE : GENERALITES

CHAPITRE I : GENERALITES SUR L'EPILEPSIE

I. HISTORIQUE

L'épilepsie a été inscrite à travers les siècles, dans la mémoire collective des populations à travers des représentations qui, selon les cultures et sociétés, sont différentes. Le terme épilepsie trouve son origine dans le mot « Epilepsia » qui vient de la racine du verbe « Epilambenein » qui signifie « saisir » ou « prendre par surprise » en grec. La conception que l'on surnomme « maladie sacrée » dont on trouve la description dans le célèbre traité d'Hippocrate portant ce titre. Ce pendant, Hippocrate ne croyait pas que l'épilepsie était une maladie sacrée mais plutôt la liait à un dérèglement cérébral. D'autres noms lui ont été donnés « mal de chute » « mal d'hercule » ou « mal divin ». Le récit de Saint Marc dans la bible va particulièrement contribuer à voir dans l'épilepsie, comme dans « possédés », rien d'autre que le démon.

Vingt siècles avant Jésus Christ le code d'Hammourabi interdisait la vente d'esclaves épileptiques sur la place Babylone [69].

Du fait de la socialisation de la maladie, les écrits seront très prudents sur le sujet à cette époque et c'est à Gallien, au IIème siècle, que l'on doit la description de l'aura et des complications mentales durables de l'épilepsie. Entre le XIIIème et le XVIème siècle, les théories d'Hippocrate se répandent à travers le monde et dès lors, les épileptiques seront reconnues comme des malades mais pas des malades mentaux. Certains actes médicaux-légaux seront imputables directement à l'atteinte par la maladie épileptique. Ainsi, Trousseau en 1889 dit « lorsqu'un individu, sans motif, commet un homicide on peut dire qu'il a agit sous l'influence de l'épilepsie ». Morel pense que l'épilepsie est une névrose qui forme une entité distincte et déterminée.

Les progrès de la science et de la technologie ont permis en 1920, la découverte de l'électroencéphalographie par Hans Berger. Cette découverte révolutionnera la compréhension de l'épilepsie en ce qu'elle révèle l'existence de diverses ondes électriques qui décriront l'activité cérébrale lors de différentes crises. Elle a contribué à affermir l'unité du concept de l'épilepsie. Aujourd'hui cette technique d'exploration (EEG) du cerveau se perfectionne et de nouvelles techniques (scanner, IRM), de même que la recherche en neuroscience aident de façon conjuguée à mieux cerner la maladie dans ces mécanismes et ses étiologies [69].

II. DEFINITION

Les crises d'épilepsies ou crises épileptiques sont définies comme « la survenue transitoire de signes et/ou de symptômes dus à une activité neuronale cérébrale excessive ou anormalement synchrone [35]. L'épilepsie correspond à une affection neurologique chronique, qui se caractérise par la répétition de crises d'épilepsie. La crise d'épilepsie est en générale brève, durant de quelques secondes à quelques minutes. Son expression clinique dépend de l'origine et de la diffusion de la décharge neuronale. Les manifestations les plus fréquentes sont des troubles transitoires de la conscience et/ou des phénomènes moteurs tels que des secousses musculaires rythmiques désignées sous le nom de myoclonies, des spasmes toniques, des automatismes moteurs élaborés... Des troubles sensitifs, sensoriels végétatifs, affectifs sont également possibles. Lorsque les phénomènes tonico-cloniques sont au premier plan, les crises sont désignées sous le nom de convulsions ou de crises convulsives. Une maladie épileptique est une pathologie chronique due à la répétition des crises d'épilepsie. L'âge est un des facteurs déterminants dans la survenue, l'expression clinique, électrique et dans le pronostic de la maladie épileptique. La survenue de séquelles est plus fréquente chez l'enfant de moins de 2-3 ans que chez l'enfant plus âgé.

La maladie épileptique a pour conséquence, outre un handicap momentané lié à la manifestation épileptique elle-même, une modification plus ou moins importante de la qualité de vie : on peut en donner un exemple en rappelant à quel point il peut être difficile, pour des parents, d'éduquer leur enfant lorsqu'ils vivent dans la terreur du retour de ses crises.

On parle d'état de mal épileptique, chaque fois qu'une crise persiste suffisamment longtemps (crise prolongée) ou se répète à des intervalles suffisamment brefs (sans reprise de la conscience) pour créer une condition épilepsie fixe et durable. Il existe autant de variétés d'état de mal que de variétés de crises épileptiques. Elle constitue une véritable urgence médicale [1].

III. EPIDEMIOLOGIE

Les résultats des diverses enquêtes épidémiologiques sur l'épilepsie dans le monde notent des disparités selon les continents, le niveau de développement des pays, entre la ville et le milieu rural. Les données épidémiologiques permettent d'affirmer que l'épilepsie est un problème de santé publique. L'épidémiologie descriptive des épilepsies permet d'évaluer la fréquence et la répartition en fonction de différents indicateurs que sont : l'incidence, la prévalence, et la mortalité. Dans les pays en voie de développement, la prévalence, est beaucoup plus élevée que dans les pays industrialisés [81].

III.1. Prévalence

Elle affecte environ 50 millions de personnes dans le monde dont 80 à 85% dans les pays en voie de développement [25, 71, 98]. La prévalence moyenne mondiale de l'affection se situe entre 4 et 10‰ des habitants avec des extrêmes de 2,1 à 5,8‰ en Afrique [25, 51,90]. Au Sénégal la prévalence de l'épilepsie se situe entre 3,1‰ et 14,2‰ selon le type ou le lieu de l'étude [20,81, 83,105]. Selon deux enquêtes effectuées en 1986 par NDIAYE et coll. et 1989 par

THIAM, la prévalence est de 8 à 12‰ avec des disparités entre les zones urbaines, suburbaines et rurales [80, 105].

III.2. Incidence

L'incidence globale de l'épilepsie, standardisée pour l'âge varie de 24 à 53 pour cent mille (100 000) personnes-années dans les pays développés [50]. Les résultats en Asie sont semblables à ceux de l'Europe variant entre 28,8 à 49,3 pour cent mille (100 000) personnes-années [71]. Par contre, en Afrique subsaharienne et en Amérique latine, les taux d'incidence sont 2 à 3 fois plus élevés [13, 90] et peuvent atteindre 190 pour 100 000 personnes dans certaines zones africaines.

III.3. Mortalité

Le ratio standardisé de mortalité (RSM) : rapport entre le nombre de décès observé et nombre de décès attendu, chez les patients vivants avec l'épilepsie est 2 à 3 fois supérieur que celui de la population générale. La proportion de décès qui est liée à l'épilepsie est beaucoup plus élevée en Afrique que dans d'autres régions du monde [24]. Le décès peut être en relation directe avec l'étiologie de l'épilepsie (alcoolisme, tumeur, affection dégénérative) ou survenir accidentellement au cours d'une crise : état de mal épileptique inhalation, asphyxie, traumatisme crânien secondaire, noyade... [24].

Les morts soudaines inattendues dans l'épilepsie (acronyme anglais de Sudden unexposed death in epilepsy : SUDEP) représentent une des causes principales de décès en rapport direct avec la survenue d'une crise d'épilepsie. L'incidence est d'environ 0,35 cas pour 1000 personnes années dans une cohorte de patients vivant de l'épilepsie. L'incidence est considérablement élevée chez les patients présentant une épilepsie sévère réfractaire : 3-9 /1000 [111]. Les patients présentant des crises convulsives nocturnes, des crises généralisées

tonico-cloniques et une mauvaise observance sont les plus exposées [109]. Les mécanismes physiopathologiques des SUDEP restent incertains. Cependant on évoque des causes préférentiellement cardiogéniques : arrêt sinusal, arythmie cardiaque avec tachycardie aigue précritique et tachycardie supra ventriculaire paroxystique [109]. Un arrêt respiratoire et une asphyxie « mécanique » survenant pendant la période postcritique immédiate ont également été envisagés. Par ailleurs, le taux de suicide est significativement plus élevé chez les personnes vivant avec l'épilepsie que dans la population générale.

III.4. Facteurs de risque

L'âge de survenue des premières crises se situe dans la plus part des travaux dans les deux premières décades de la vie. La répétition des crises d'épilepsies est sous la dépendance des facteurs génétiques et acquis. Toute agression cérébrale, qu'elle soit directe (lésions microscopiques ou macroscopiques) ou indirecte (par l'intermédiaire d'un trouble systémique) peut contribuer au développement d'une épilepsie [12].

Les épilepsies acquises représentent 60 à 70 % des cas. Bien qu'aucun facteur étiologique ne soit vraiment spécifique d'un âge donné, on peut, en pratique, classer les causes des épilepsies acquises en fonction de l'âge où agit le facteur causal de l'épilepsie [12, 109]. Si dans les pays développés les principaux facteurs de risques sont dominés par accidents vasculaires cérébraux et les tumeurs, dans les pays en voie de développement, il s'agit du traumatisme crânien et les convulsions fébriles, les carences sanitaires au niveau pré, péri et postnatale, les infections du système nerveux central (méningites, paludisme VIH, neurocystercose ...), la malnutrition et le faible pouvoir économique [25,84].

IV. CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES DE L'ÉPILEPSIE [17]

a) Moteur

Cela concerne la musculature sur toutes ses formes.

- Moteur élémentaire
 - Tonique
 - Myoclonique
 - Tonico-clonique

- Crise Clonico-tonique généralisée :
 - Atonique
 - Statique
 - Synchrones (Asynchrones)

- Automatisme
 - Oro-alimentaire
 - Mimétique
 - Manuel ou pédestre
 - Gestuel
 - Hyper cinétique
 - Hypo cinétique
 - Dysphasique
 - Gelastique
 - Dacrystique

b) Non-moteur

- Aura
- Sensoriel
 - Élémentaire
 - Expérimental
 - Dyscognitif

c) Événement autonome

- Aura autonome
- Crise autonome

d) Modificateurs somatotopiques

- Latéralité
 - Unilatéral
 - Hémi
 - Généralisé
- Partie du corps
- Centralité
 - Axial
 - Membre proximal
 - Membre distal

e) Modificateurs et descripteurs du séquençage des crises

➤ Incidence

- Régulier, (irrégulier)
- Densité
- Facteur provocateur
 - Réactif
 - Reflexe

➤ Etat dépendant

➤ Cataménial

f) Durée

g) Gravité

h) Prodrome

i) Phénomène post ictus

- Phénomène de latéralisation
- Phénomène de non latéralisation
 - Cognition altérée
 - Amnésie antérograde
 - Amnésie rétrograde
 - Psychose