

# Les crises épileptiques chez les personnes âgées : évaluation et soutien par le service d'urgence

Article rédigé par Cathy Sendeki, B.Sc.inf., inf. aut., SCIG(C)

L'incidence des crises épileptiques augmente chez les personnes après l'âge de 60 ans. Selon des données obtenues en Ontario, presque 25 % des nouveaux cas d'épilepsie se produisent dans ce groupe d'âge (Epilepsy Ontario, 2012). La prévalence des crises augmente de 5,3 par 1 000 sujets âgés de 46 à 64 ans après 65 ans (Theodore, 2006). Cette augmentation, combinée avec la population croissante et vieillissante des *bébés boomers*, signifie qu'on doit s'attendre à traiter davantage de patients âgés ayant reçu ce diagnostic. Certains aspects des crises épileptiques parmi cette population demeurent les mêmes que ceux constatés chez les jeunes adultes, mais quelques enjeux spécifiques méritent notre attention en ce qui concerne les sujets âgés.

On peut classer les crises d'épilepsie survenant à tout âge comme partielles – on les appelle également « focales » ou « généralisées » –, et on les définit plus précisément comme « simples » ou « complexes ». Les crises complexes s'accompagnent d'un changement du niveau de connaissance allant de l'ignorance de l'épisode à une période postictale prolongée de somnolence ou à une altération du niveau de connaissance. Pendant une crise d'épilepsie simple, la personne reste consciente. Un autre élément à prendre en considération pour comprendre ces crises est qu'elles peuvent être provoquées ou épileptiques. Les crises provoquées ou réactionnelles font suite à des anomalies, par exemple à des anomalies métaboliques comme une hypoglycémie ou une hyponatrémie, une urémie ou une encéphalopathie hépatique, un sevrage d'alcool ou de benzodiazépines, une infection du système nerveux central (SNC) comme une encéphalite ou l'utilisation de certains médicaments. Les crises d'épilepsie provoquées peuvent être causées par une anomalie structurale comme une tumeur ou un saignement sous-dural. Le terme « épilepsie » fait généralement référence à deux ou plusieurs crises provoquées survenant à plus de 24 heures d'intervalle. Chez les personnes âgées, la majorité des nouvelles crises sont dues à un ancien accident vasculaire cérébral. L'apparition récente de crises épileptiques est également associée à une affection neurologique dégénérative comme la maladie d'Alzheimer, mais dans environ la moitié des cas, la cause demeure inconnue.

Comme pour de nombreuses maladies, les personnes âgées atteintes sont souvent atypiques. Les crises partielles sont plus fréquentes chez les sujets âgés et risquent moins de progresser vers une activité motrice généralisée, car les connexions neurales des personnes âgées ne sont pas aussi facilement stimulées

que celles des sujets plus jeunes. Chez les jeunes adultes, on peut déceler une aura. La chose est moins probable chez les sujets âgés, même si certains notent des étourdissements ou des crampes musculaires mal définies avant un épisode. Les crises peuvent se présenter sous forme de confusion épisodique, de somnolence ou de maladresse plutôt que sous forme de symptômes moteurs évidents. Un sentiment de mouvement inhabituel, particulièrement au visage, a été rapporté par des patients; certains l'ont décrit comme « si on leur pinçait le nez ». Le stade postictal est souvent prolongé, allant de plusieurs heures à deux semaines (Abdulla et Austin, 2013). La paralysie de Todd, caractérisée par une faiblesse unilatérale, est également plus fréquente chez les sujets âgés, survenant habituellement après des crises épileptiques partielles ou généralisées. Ces symptômes ressemblent à ceux d'un accident vasculaire cérébral mais rentrent dans l'ordre en l'espace de 48 heures.

L'épilepsie peut se présenter sous forme convulsive et non convulsive. On traite l'épilepsie convulsive comme celle des sujets jeunes, avec des benzodiazépines comme le lorazépam pour arrêter les crises, et une médication antiépileptique pour stabiliser le patient. Chez les sujets âgés, les maladies concomitantes influent souvent sur les résultats. Par exemple, le fonctionnement cardiaque peut être considérablement touché par l'activité d'une crise d'épilepsie prolongée, et une hypotension peut résulter de la médication administrée. L'état de mal épileptique non convulsif peut survenir chez les personnes âgées, qui peuvent présenter une confusion, une psychose, une léthargie et même un coma. Elle peut également se présenter sous forme d'un dérangement plus partiel tel une aphasia ou un manque d'intérêt. La majorité des cas d'état de mal épileptique non convulsif surviennent lors d'une affection médicale aiguë comme le dysfonctionnement d'un organe, la toxicité médicamenteuse et le sevrage d'alcool ou de benzodiazépines. Un accident vasculaire cérébral aigu ou isolé ou une démence peut également y contribuer (Boggs, 2016).

Il est manifeste que les crises épileptiques sont difficiles à déceler chez les sujets âgés. L'obnubilation est-elle causée par le délire? Les mouvements myocloniques décrits par les personnes qui accompagnaient le patient sont-ils associés à un malaise vasovagal? L'aphasie est-elle causée par un accident ischémique transitoire? Les tremblements sont-ils dus à la fièvre? Ou une crise épileptique pourrait-elle expliquer ces changements? On peut comprendre que le diagnostic de troubles épileptiques dans ce groupe de personnes soit souvent tardif et puisse même aller jusqu'à deux ans plus tard (Abdulla et Austin, 2013). Une source

mentionne que 15 % des patients chez qui on avait diagnostiqué un accident vasculaire cérébral avaient, après un examen plus approfondi, reçu un diagnostic de crises épileptiques (Huff, 2002).

Évidemment, la maladie aiguë, une fois diagnostiquée, nécessite un traitement, mais les symptômes inhabituels ou continus peuvent nécessiter un examen plus poussé. Au service d'urgence, les analyses sanguines appropriées comprennent les électrolytes, le glucose et le magnésium, de même que des tests de fonctions rénales et hépatiques. On doit demander un électrocardiogramme et surveiller les patients qui sont source de préoccupations constantes quant à leur état cardiaque. Un tomogramme de la tête aidera à déceler les changements structuraux ou les anciens accidents vasculaires cérébraux. Si l'activité d'une crise persiste, un électroencéphalogramme (EEG) aidera à en expliquer la cause, mais chez les adultes âgés, les résultats tendent à être non spécifiques, et un EEG réalisé en l'absence d'une crise active pourra rarement servir à la diagnostiquer. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) peut fournir plus de renseignements, mais n'est pas souvent disponible au moment de la crise au service d'urgence. Les antécédents médicaux sont essentiels, mais pas toujours accessibles. Y avait-il un témoin lors de l'événement? Des symptômes similaires ont-ils été observés dans le passé? Y a-t-il des signes fréquemment associés aux crises épileptiques généralisées comme de l'incontinence ou des morsures de la partie latérale de la langue ou de l'intérieur des joues?

Le traitement dépendra de la cause et de la gravité des crises, des répercussions sur la qualité de vie du patient et des effets secondaires des médicaments requis. On prescrit généralement une médication dans les cas de crises épileptiques, parce qu'elle est efficace chez environ 70 % de ces patients. Une médication antiépileptique peut être prescrite contre les crises épileptiques provoquées jusqu'à ce que l'anomalie en cause soit résolue, par exemple dans le cas d'une encéphalite infectieuse.

Comme c'est le cas pour de nombreuses maladies chez les personnes âgées, une visite au service d'urgence peut ne pas déboucher sur un diagnostic final. Certaines affections comme un saignement intracrânien pourraient être écartées; il faut procéder à d'autres examens pour éliminer ou diagnostiquer d'autres maladies, par exemple un suivi à l'aide d'un moniteur Holter pour détecter la dysrythmie. Si l'on a relevé une crise unique, mais de cause inconnue chez un patient, la médication ne sera probablement pas nécessaire. Si d'autres crises surviennent et nuisent à la qualité de vie du patient, la médication est indiquée et sera généralement efficace pour prévenir l'apparition d'autres crises.

Le choix de la médication dans le traitement de l'épilepsie chez les personnes âgées doit englober l'évaluation des effets secondaires prévus. Des doses plus faibles que celles prescrites aux jeunes adultes peuvent être efficaces pour maîtriser les crises, et, en ce sens, la dose devrait être ajustée en fonction de l'effet thérapeutique recherché plutôt que des taux sériques. La

première génération d'antiépileptiques, comme la phénytoïne et la carbamazépine, est souvent sédatrice. Chez les personnes âgées atteintes de déficit cognitif ou d'une anomalie de la démarche, ces médicaments peuvent compliquer la vie quotidienne. Ils peuvent augmenter la clairance hépatique d'autres médicaments administrés et, ce faisant, diminuer leur efficacité. La deuxième génération de médicaments, comme la gabapentine et la lamotrigine, est mieux tolérée et comporte moins d'interactions médicamenteuses, mais elle est plus coûteuse. Chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer, le lévétiracétam peut être mieux toléré, mais on ne connaît pas encore ses effets sur une longue période. L'utilisation à long terme des médicaments contre l'épilepsie est un facteur de risque pour l'ostéoporose; on recommande donc un apport adéquat en calcium et en vitamine D.

Les infirmières du service d'urgence peuvent contribuer à l'obtention des antécédents médicaux exacts et au maintien de l'indice de suspicion en matière d'activité des crises épileptiques. La comparaison des médicaments inclut-elle les benzodiazépines? Y a-t-il des préoccupations quant à l'observance du traitement et présence d'un sevrage? Y a-t-il de nouveaux médicaments comme le tramadol, l'ampicilline ou les tricycliques qui pourraient abaisser le seuil des crises?

Nous devons aider ces patients et leurs proches à assurer leur sécurité. Si ces patients ne sont pas autorisés à conduire, quelles sont les solutions de rechange offertes? Aiguiller le patient vers un ergothérapeute peut être utile, ou encore l'informer sur les modes de transport à sa disposition. Les alarmes personnelles peuvent être pratiques, car certaines sont programmées pour se déclencher si le porteur fait une chute ou s'il n'indique pas, à intervalles réguliers, qu'il se porte bien. Ces patients présentent un risque accru de chute et de noyade, ne serait-ce que dans une petite quantité d'eau et doivent recevoir une supervision appropriée pour nager ou se baigner en toute sécurité. Ils doivent éviter les chutes, par exemple d'un escabeau, parce que le risque de blessures graves augmente avec le vieillissement, et on devrait conseiller les patients sur les mesures de prévention des blessures comme les protecteurs de hanches. Des casques peuvent être conseillés pour diminuer le risque de blessure à la tête. Certains fabricants de protecteurs de hanches offrent également des casques protecteurs avec des accessoires comme un chapeau de soleil ou un bonnet pour couvrir l'appareil.

Chez la plupart des patients âgés, un nouveau diagnostic de troubles épileptiques signifie qu'ils devront, comme leurs proches, s'adapter à une autre maladie chronique. L'attention que nous portons à leurs soins physiques et émotionnels au service d'urgence ainsi que l'éducation et le soutien prodigués à mesure qu'ils avancent dans leurs soins continus peuvent améliorer réellement la façon dont ils maîtrisent leur maladie. Ces patients devront collaborer étroitement avec leurs fournisseurs de soins primaires; il pourrait être nécessaire de modifier leur médication, mais ils doivent être rassurés : ils pourront généralement s'attendre à de bons résultats, et si les effets secondaires sont

intolérables, un traitement différent pourra améliorer leur état. Malheureusement, pour de nombreuses personnes, d'autres agressions vasculaires cérébrales surviendront, et des maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer s'aggraveront, mais la prise en charge des symptômes et les mesures de sécurité pourront aider au maintien de la meilleure qualité de vie possible. 

## Au sujet de l'auteure



*Cathy Sendecky, BSN, RN, GNC(C), has worked at Burnaby Hospital Emergency Department since 1987, in the past several years as Geriatric Emergency Nurse Clinician, as part of the Older Adult Program. Particular interests include working with persons with dementia and their care partners and embracing the challenges of dealing effectively with Elder Abuse. She enjoys being a grandma.*

## RÉFÉRENCES

- Abdulla, A., et Austin, J. (2013). Identifying and managing epilepsy in older adults. *Nursing Times*, 17 janvier 2013. Extrait de [www.nursingtimes.net/clinical-subjects/neurology](http://www.nursingtimes.net/clinical-subjects/neurology)
- Boggs, J. (2016). Seizures and epilepsy in the elderly patient: Etiology, clinical presentation, and diagnosis. *UpToDate*. Extrait de [www.uptodate.com](http://www.uptodate.com)
- Epilepsy Ontario (2012). All about seizures. Extrait de [www.epilepsyont.org](http://www.epilepsyont.org)
- Fisher, R.S., et al. (2014). ILAE Official report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia*, 55(4), 475–482. Extrait de [www.ilae.org](http://www.ilae.org)
- Huff, J.S. (2002). Stroke differential diagnosis: Mimics and chameleons. Extrait de [www.uic.edu/com](http://www.uic.edu/com)
- Lavoie, J.M., et Lai, J. (2013). Is this patient seizing? New onset seizures in patients with dementia. *Geriatric Grand Rounds UBC*. Extrait de <http://www.geriatrics.med.ubc.ca/archived-rounds.php>
- Pillow, M.T., et O'Connor, R.E. (2015). *Seizure assessment in the emergency department*. Extrait de <http://emedicine.medscape.com/article/1609294>
- Theodore, W., et al. (2006). ILAE report: Epilepsy in North America. *Epilepsia*, 47(10), 1–23. Extrait de [www.ilae.org](http://www.ilae.org)
- Ur, R.H., et Qazi, S. (2013). Atypical manifestations of medical conditions in the elderly. *Canadian Geriatric Society Journal of Continuing Medical Education*, 3(1). Extrait de [www.canadiangeriatrics.ca](http://www.canadiangeriatrics.ca)

# Calling all instructors

If your students have put the work into a presentation, a case study, a disease process, research, etc., encourage them to write it up into a brief article to be published in CJEN. Our section editors will work closely with them to help in the process, and they can see their hard work in print, help to educate emergency nurses across the country and add a publication to their resume—a win/win situation!

Articles can be submitted to the Communication Officer,  
Stephanie Carlson, [communicationofficer@nena.ca](mailto:communicationofficer@nena.ca)