

## CAS CLINIQUE

# Aptitude chez un salarié épileptique pharmacorésistant Fitness to work of a pharmaco-resistant epileptic worker

P. Krief<sup>a,b</sup>, C. Peyrethon<sup>a,\*</sup>, D. Choudat<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Service de pathologie professionnelle, hôpital Cochin Port-Royal, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

<sup>b</sup> Département universitaire de médecine du travail, université Paris-Descartes, 24, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France

Mots clés : Épilepsie ; Aptitude au travail ; Réglementation ; Risque accidentogène

Keywords: Epilepsy; Fitness to work; Legislation; Accidental risk

Monsieur X., 46 ans, présente depuis 2001 une épilepsie partielle complexe pharmacorésistante. Il dit faire des crises en moyenne une à deux fois par semaine, de type absences suivies par de petites périodes de confusion et parfois par des pertes de connaissance. Il ne présente pas d'aura permettant de sentir venir la crise. Il a été opéré en mars 2007 d'un hématorne sous-dural subaigu pariétal gauche secondaire à une chute post-comitiale dans un escalier roulant et révélé par une hémiparésie droite et une aphasie avec récupération complète. L'examen neurologique est strictement normal le jour de sa consultation. Monsieur X. est traité par Keppra<sup>®</sup> 1000, Lyrica<sup>®</sup> 300 et Epitomax<sup>®</sup>, ce dernier ayant été rajouté depuis une semaine. Il est suivi tous les quatre mois par un neurologue qui nous assure de la bonne observance thérapeutique de Monsieur X. et de son côté responsable.

Sur le plan professionnel, Monsieur X. a obtenu son diplôme d'école hôtelière et a toujours travaillé dans le milieu de l'hôtellerie : professeur, chef de brigade, maître d'hôtel banquet, réceptionniste. Il ne possède aucune autre formation professionnelle. Actuellement, il est responsable qualité et relation clientèle. Son activité est basée sur le relationnel, soit avec le personnel, soit avec la clientèle, c'est d'ailleurs cet aspect de son travail qui le passionne. Il travaille de jour, essentiellement à l'accueil des clients, contrôle le travail effectué. Il n'effectue que peu de travail administratif (qu'il n'aime pas) et il ne se voit pas travailler dans un bureau. Il est

amené à se déplacer dans l'hôtel, il n'effectue aucun déplacement professionnel en voiture. Il ne se retrouve jamais seul.

Monsieur X. nous est adressé pour avis sur son aptitude à son poste de travail compte tenu de son épilepsie pharmacorésistante.

## COMMENTAIRES

### Épilepsie

#### Définitions

Deux définitions méritent d'être rappelées [1–3].

*Crise épileptique.* La crise épileptique se définit comme « la survenue transitoire de signes et/ou de symptômes dus à une activité neuronale cérébrale excessive ou anormalement synchronisée » [1]. La localisation de cette stimulation détermine des tableaux cliniques variables : modification abrupte de l'état de conscience, phénomènes moteurs et/ou sensitifs, sensoriels, psychiques, végétatifs, altération de la réponse de l'individu à son environnement. La survenue d'une crise épileptique chez un patient ne signifie pas nécessairement l'existence d'une épilepsie, cette crise pouvant rester unique, secondaire à un processus cérébral aigu (accidentel ou infectieux par exemple) [4].

*Épilepsie.* L'épilepsie ou plutôt les épilepsies constituent un ensemble extrêmement vaste et diversifié d'affections neurologiques chroniques caractérisées par une prédisposition

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [claire.peyrethon@gmail.com](mailto:claire.peyrethon@gmail.com) (C. Peyrethon).

persistante à générer des crises épileptiques et par les conséquences neurobiologiques, cognitives, psychologiques et sociales de cet état. La caractéristique principale de l'épilepsie est l'intermittence des symptômes, l'intervalle libre entre les crises étant variable, parfois de plusieurs années.

Les patients répondant à ces critères et ayant eu au moins une crise au cours des cinq dernières années entrent dans le cadre de la définition d'une épilepsie active [2].

L'état de mal épileptique se définit par la répétition de crises à très bref délai (quelques minutes ou moins) s'accompagnant entre elles d'une perturbation intercritique de la conscience et/ou de signes neurologiques focaux, ou par une crise qui se prolonge au-delà de 30 minutes.

### Épidémiologie

Maladie fréquente, mais souvent cachée, l'épilepsie touche environ 50 millions de personnes dans le monde, plus fréquente dans les pays en voie de développement [5,6].

En France, l'épilepsie est l'affection neurologique la plus fréquente après la migraine. On considère qu'il existe près de 500 000 personnes souffrant d'épilepsie dont plus de la moitié sont des enfants. Son incidence annuelle est estimée à 25 à 55 cas pour 100 000 habitants pour tous les âges confondus, avec une courbe en U en fonction de l'âge des sujets (incidence entre 100 et 120 pour 100 000 chez le petit enfant et chez les adultes âgés de plus de 70 ans). Par an, 25 000 à 30 000 personnes entreraient dans la maladie, dont 6000 à 10 000 enfants en dessous de 15 ans. L'incidence de l'épilepsie semble plus élevée chez l'homme que chez la femme. La prévalence de l'épilepsie est de 0,5 % à 0,7 % [2,3,6–8].

### Étiologie des crises épileptiques

Les crises épileptiques surviennent souvent de façon spontanée en l'absence de toute circonstance répondant à une probable prédisposition génétique. Ces facteurs génétiques rendent compte d'environ 40 % des épilepsies, quelques unes seulement étant accessibles à un diagnostic chromosomique, les autres étant rapportées à une origine génétique par des données électrocliniques, un contexte familial et des pathologies associées.

Les crises épileptiques peuvent également être déclenchées de façon inopinée par divers facteurs et souvent par leur coexistence :

- abaissement du seuil épileptogène circonstanciel provoqué par des désordres métaboliques, toxiques, sevrage en alcool ou médicamenteux, dette de sommeil, stress physique et/ou psychique, jeûne ;
- substances chimiques en intoxications aiguës ou chroniques tels que organophosphorés, certains solvants organiques, monoxyde de carbone, cyanures, plomb, acrylamide... ;
- éclairage stroboscopique (photosensibilité), stimulation auditive brusque ;
- lésion cérébrale séquellaire d'une souffrance périnatale, d'une infection (méningo-encéphalite, abcès), de contusion cérébrale (traumatisme crânien, infarctus cérébral) ou en rapport avec une malformation cérébrale, diverses encépha-

lopathies, malformations vasculaires ou processus tumoraux [3,9].

### Diagnostic positif

Le diagnostic positif d'épilepsie est avant tout clinique, les explorations complémentaires servent à confirmer ce diagnostic et établir une cause [10,11].

*Critères cliniques.* Le diagnostic positif d'une crise d'épilepsie repose sur l'interrogatoire du patient afin de rechercher des éléments ayant pu contribuer à son émergence (antécédents personnels, antécédents familiaux d'épilepsie, facteurs étiologiques). Il impose également l'interrogatoire des témoins de cet épisode afin d'obtenir une description détaillée des événements avant, pendant et après la crise.

En pratique, il convient de préciser :

- les circonstances exactes de survenue de la crise, son caractère paroxystique ;
- le déroulement de la crise : description des premiers symptômes, de l'état de la conscience, recherche d'un déficit neurologique, existence d'automatismes, durée de l'épisode ;
- le mode de retour de la conscience : existence d'une confusion post-critique (critère le plus fiable avec des sensibilité et spécificité de 80 % respectivement), d'autant plus significative que plus prolongée.

D'autres signes sont également à évoquer, en particulier l'âge du sujet, une perte d'urine et une morsure latérale et franche de langue qui, cependant, ne sont pas spécifiques d'une crise d'épilepsie.

*Électroencéphalogramme ou EEG.* L'EEG reste un examen fondamental en épileptologie, utilisé en complément d'un faisceau d'arguments cliniques positifs. Il permet d'enregistrer des phénomènes électrophysiologiques paroxystiques évocateurs qui sous-tendent l'épilepsie (pointe, pointe onde, polypointes ou polypointes ondes). Il permet d'en préciser le type par la nature (généralisée idiopathique ou partielle) et la distribution des anomalies. L'EEG peut aussi apporter des informations non spécifiques qui contribuent à l'exploration du patient (lésion cérébrale), il permet de guider la conduite du traitement et d'établir un pronostic [3,12,13]. Si l'examen n'est pas concluant, il est parfois répété après une privation de sommeil qui rend le cerveau plus excitable. Un enregistrement prolongé en centre spécialisé peut également être envisagé.

Cependant, la constatation d'anomalies épileptiques sur un tracé n'implique pas que le patient est épileptique. En effet, certains patients, en dehors de toute manifestation clinique épileptique, ont un EEG montrant des pointes plus ou moins bien dessinées, correspondant peut-être à des antécédents familiaux d'épilepsie, aucun traitement n'est alors justifié [10]. Par ailleurs, un tracé normal ne permet pas d'éliminer le diagnostic, 15 % des patients épileptiques ont des EEG répétés normaux [14].

### Autres examens complémentaires

*Imagerie.* L'IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale est l'examen le plus sensible et le plus performant

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2694492>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2694492>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)