

# Pédiatrie

## Nouvelle classification des crises épileptiques et des épilepsies

Dr SÉBASTIEN LEBON<sup>a</sup> et Pr ÉLIANE ROULET-PEREZ<sup>a</sup>

Rev Med Suisse 2018; 14: 74-5

**En 2017, la Ligue internationale contre l'épilepsie a publié une nouvelle classification des crises épileptiques et des épilepsies. Elle est devenue plus accessible et des notions comme les étiologies et les comorbidités ont été introduites.**

### Pediatrics: new classification of seizures and epilepsies

*The International League Against Epilepsy published a new classification of epileptic seizures and epilepsies. It is more transparent and important notions like etiologies and comorbidities have been added. The identification of seizures, epilepsies then epilepsy syndromes constitutes the three steps of this classification.*

### INTRODUCTION

L'épilepsie, la maladie neurologique chronique la plus fréquente de l'enfant, revêt des aspects très divers. Le diagnostic et la prise en charge reposaient jusqu'à présent principalement sur une classification établie en 1981 qui a permis une approche méthodique en trois étapes abordant l'analyse du type de crise, du type d'épilepsie et si possible la détermination d'un syndrome épileptique.<sup>1</sup>

La Ligue internationale contre l'épilepsie (LICE) a publié, en 2017, une nouvelle classification des crises épileptiques et des épilepsies comportant toujours ces trois niveaux d'approche. Elle apporte les dimensions étiologiques et de comorbidités en s'appuyant sur les avancées scientifiques majeures de ces dernières années, notamment en imagerie et en génétique, en restant basée sur la clinique et l'électrophysiologie. Elle se veut plus accessible en supprimant les termes ambigus, ainsi qu'opérationnelle et pratique, facilement applicable quelles que soient les ressources médicales disponibles.<sup>2-4</sup>

### CLASSIFICATION

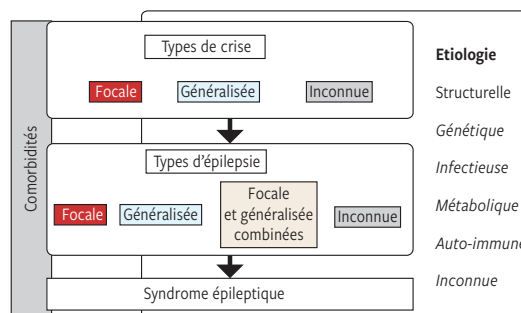
Le schéma principal de la classification des épilepsies (figures 1 et 2) montre ces trois étapes (on peut s'arrêter à chacune d'elle selon la situation) et la nécessité de rechercher une étiologie et une comorbidité à tous les niveaux. Une épilepsie peut être classée dans plusieurs sous-groupes étiologiques: un patient avec une sclérose tubéreuse de Bour-

neville aura à la fois une étiologie structurelle et génétique. L'aspect structurel est important pour une éventuelle chirurgie, l'aspect génétique pour des aspects de conseil et de recherche familiale. Les comorbidités peuvent par exemple être une paralysie cérébrale ou une déficience intellectuelle.

L'observation des crises et l'EEG restent fondamentaux. C'est le mode de début, focal ou généralisé, qui est pris en compte, en sachant que les crises se modifient selon leur propagation. Le terme généralisé est réservé aux crises engageant rapidement les deux hémisphères cérébraux, avec ou sans manifestations motrices. Pour les crises focales, l'altération de l'état de conscience (à n'importe quel moment de la crise) et la présence ou non de manifestations motrices (au début de la crise) sont des éléments importants.

**FIG 1** Schéma de classification des crises et des épilepsies selon la LICE 2017

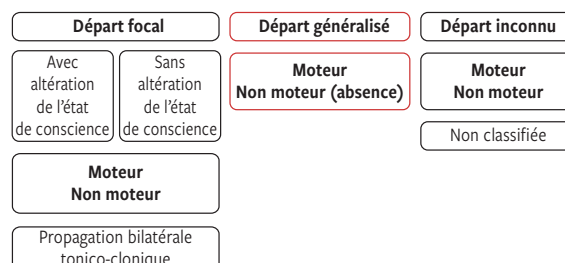
LICE: Ligue internationale contre l'épilepsie.



(Adaptée de réf. 2).

**FIG 2** Classification des types de crise version abrégée selon la LICE 2017

LICE: Ligue internationale contre l'épilepsie.



(Adaptée de réf. 3).

<sup>a</sup> Unité de neuropédiatrie et neuroréhabilitation pédiatrique, Département femme- mère-enfant, CHUV, 1011 Lausanne  
sebastien.lebon@chuv.ch | eliane.roulet-perez@chuv.ch

## CHANGEMENTS DE LA CLASSIFICATION 2017 IMPORTANTS POUR LE PÉDIATRE

- *Partiel* devient *focal*.
- La présence ou non d'une *altération de l'état de conscience* dans une crise focale remplace respectivement les termes *complexe* et *simple*. Une altération de l'état de conscience définit un patient «déconnecté» de son sentiment de soi et de son environnement à des degrés divers.
- Le terme «absence» est réservé à un type de crise où le patient est «déconnecté» de son entourage, mais dans le cadre d'une crise généralisée, engageant les deux hémisphères. L'absence est à distinguer d'une crise focale avec altération de l'état de conscience, qui peut lui ressembler mais dont le traitement, l'étiologie et le pronostic diffèrent. Cette distinction nécessite un EEG et un avis spécialisé.
- Le terme *secondairement généralisé* a été remplacé par *propagation bilatérale* (souvent tonique-clonique).
- La notion d'épilepsie à la fois focale et généralisée a été introduite pour certaines situations particulières de même que celle de crises à point de départ inconnu (faute de moyens ou de témoin) et d'épilepsie non classifiable.

## EXEMPLES

- A. Un enfant de 9 ans connu pour une hémiparésie congénitale gauche présente des secousses hémicorporelles gauches

durant 3 minutes tout en restant capable de parler. Il s'agit d'une crise focale motrice sans altération de l'état de conscience. L'EEG montre un foyer épileptique frontal droit. Un diagnostic d'épilepsie focale motrice d'étiologie structurelle est posé.

- B. Un enfant de 6 ans, sans antécédent, présente des ruptures de contact brèves pluriquotidiennes. Le diagnostic différentiel se fait entre des crises focales avec altération de l'état de conscience et arrêt de l'activité versus des absences. L'EEG révèle des décharges de pointes-ondes généralisées lors de l'hyperventilation, faisant poser le diagnostic d'épilepsie généralisée de type absence. Le terme «épilepsie petit mal», encore utilisé parfois, doit absolument être abandonné.

**Conflit d'intérêts:** Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

1 Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. From the Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. *Epilepsia* 1981;22:489-501.

2 \* Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, et al. ILAE classification of the epilepsies: position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia* 2017;58:512-21.

3 \* Fisher RS, Cross JH, French JA, et

al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy position paper of the ILAE commission and terminology. *Epilepsia* 2017;58:522-30.

4 \* Fisher RS, Cross JH, D'Souza C, et al. Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia* 2017;58:531-42.

\* à lire

\*\* à lire absolument



## TRIUMEQ is my treatment DOLUTEGRAVIR IS MY CORE

TRIUMEQ – powered by dolutegravir, offering your patients all of the following:



### CONFIDENCE

A potent regimen with **SUPERIOR EFFICACY** in treatment-naïve patients vs EFV/TDF/FTC and atazanavir/r (in women)<sup>1,2</sup>



### REASSURANCE

A convenient booster-free regimen with **FEW SIGNIFICANT DRUG-DRUG INTERACTIONS**<sup>3</sup>



### DURABILITY

A dependable regimen with a **HIGH BARRIER TO RESISTANCE**<sup>1,3</sup>

**Triumeq**  
dolutegravir/abacavir/lamivudine

Before initiating treatment with abacavir-containing products, HLA-B\*5701 status must always be documented. Abacavir should not be used in patients known to carry the HLA-B\*5701 allele due to the risk of hypersensitivity reaction.<sup>3</sup>

#### Brief Product Information

**Triumeq® film coated tablets AI:** Dolutegravir 50 mg, abacavir 600 mg, lamivudine 300 mg. **I:** Treatment of HIV infection in adults and adolescents from 12 years of age who are antiretroviral treatment-naïve or are infected with HIV without documented or clinically suspected resistance to any of the three antiretroviral agents in Triumeq®. **D:** one tablet once daily (with or without food) in adults and adolescents weighing at least 40 kg. Triumeq® is a fixed-dose tablet and should not be prescribed to patients requiring dose adjustments (e.g. with a creatinine clearance below 50 ml/min). **CI:** Hypersensitivity to the active ingredients or to any of the excipients. Co-administration with dofetilide or pilsicainide. Moderate to severe hepatic impairment. **WP:** Hypersensitivity reactions: Both abacavir and dolutegravir are associated with a risk of hypersensitivity reactions. A significantly increased risk for the occurrence of an abacavir hypersensitivity reaction is associated with carrying the HLA-B\*5701 allele. A reaction is also possible without HLA-B\*5701. HLA-B\*5701 status should be tested before starting treatment with abacavir. Patients known to carry HLA-B\*5701 should not use Triumeq®. Triumeq® must be discontinued immediately in the case of a suspected hypersensitivity reaction and must never be re-initiated (this also applies to any other medicinal product containing abacavir or dolutegravir). Monitor liver biochemistries in patients with hepatitis B and/or C co-infection. Careful monitoring required with concomitant metformin, consider metformin dose adjustment. Available data are inconclusive about a causal relationship between myocardial infarction and abacavir treatment. **IA:** Avoid co-administration

of emtricitabine, zalcitabine, and medicinal products that reduce dolutegravir exposure (efavirenz, nevirapine, tipranavir/ritonavir, rifampicin and other enzyme-inducing medicinal products (St. John's wort, certain anti-epileptic drugs)). Administer dolutegravir 2 hours before or 6 hours after antacids containing polyvalent cations (e.g. Mg, Al) or supplements containing calcium or iron. Co-administration with etravirine only in combination with lopinavir/ritonavir, darunavir/ritonavir or atazanavir/ritonavir. **PL:** Triumeq® should be used during pregnancy only if the expected benefit justifies the potential risk to the foetus. Avoid breast-feeding. **AE:** Very common: Headache, diarrhoea, nausea, insomnia, fatigue. Common: Hypersensitivity reaction, anorexia, hypertriglyceridaemia, hyperglycaemia, sleep disorders, abnormal dreams, depression, dizziness, cough, nasal symptoms, vomiting, upper abdominal pain or cramps, abdominal pain, abdominal discomfort, gastroesophageal reflux disease, dyspepsia, flatulence, skin rash, pruritus, alopecia, joint pain, muscle disorders, fever, lethargy, malaise. Uncommon: Neutropenia, anaemia, thrombocytopenia, immune reconstitution syndrome, suicidal ideation or suicide attempt, hepatitis, transient hepatic enzyme elevation, myalgia. Rare: Pancreatitis, rhabdomyolysis. Very rare: Erythema multiforme, Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis. **Sales category:** A. **Date of information:** March 2017. ViiV Healthcare GmbH. For more detailed information see www.swissmedinfo.ch. To report adverse drug events please contact pv.swiss@gsk.com.

**References:** 1. Walmsley S et al. Dolutegravir Plus Abacavir/Lamivudine for the Treatment of HIV-1 Infection in Antiretroviral Therapy-Naïve Patients: Week 96 and Week 144 Results From the SINGLE Randomized Clinical Trial. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015;70(5):515-9. 2. ORELL, C. et al. Fixed-dose combination dolutegravir, abacavir, and lamivudine versus ritonavir-boosted atazanavir plus tenofovir disoproxil fumarate and emtricitabine in previously untreated women with HIV-1 infection (ARIA): week 48 results from a randomised, open-label, non-inferiority, phase 3b study. *Lancet* 2017; 4(12):e536-e546. 3. TRIUMEQ Swiss prescribing information, www.swissmedinfo.ch.