



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Traitement anti-épileptique: à vie?

Colloque des jeudis matin de MIG – Sion - 25.11.2021

Prof Vincent Alvarez
Service de Neurologie
Hôpital du Valais



Hôpital du Valais
Spital Wallis





Hôpital du Valais
Spital Wallis

Cas 1

- **Patiente de 28 ans sous carbamazépine depuis l'âge de 16 ans suite une crise convulsive unique survenue en classe. Elle aimerait planifier une grossesse**
 - Seul et unique épisode
 - Se lève, se sent mal, vertige, transpire, tombe et convulse. Elle réveille rapidement fatiguée





Hôpital du Valais
Spital Wallis

Cas 1

- **A)** Changement pour lamotrigine en vue grossesse
- **B)** Stop CBZ car elle n'a fait qu'une seule crise d'épilepsie et le risque de récurrence est très faible
- **C)** pas de changement
- **D)** stop CBZ car elle n'a jamais fait de crise d'épilepsie





Hôpital du Valais
Spital Wallis

Cas 1

- **A)** Changement pour lamotrigine en vue grossesse
- **B)** Stop CBZ car elle n'a fait qu'une seule crise d'épilepsie et le risque de récurrence est très faible
- **C)** pas de changement
- **D)** stop CBZ car elle n'a jamais fait de crise d'épilepsie





Crises d'épilepsie : DD

Hôpital du Valais
Spital Wallis

Box 1 Mimics of epilepsy

- ▶ Syncope
- ▶ Reflex
 - Vasovagal, micturition, swallow, carotid sinus, orgasmic and laughing
- ▶ Cardiac
 - Arrhythmogenic
 - Elderly: scar-related ventricular tachycardia
 - Young: long QT syndrome, short QT syndrome, arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy
 - Structural, aortic stenosis, hypertrophic cardiomyopathy
- ▶ Orthostatic
 - Autonomic failure
- ▶ Psychogenic non-epileptic attack disorder
 - Panic disorder (especially in people with epilepsy)
 - Dissociative
 - Factitious and malingering
- ▶ Sleep disorders
 - Narcolepsy syndrome and cataplexy
 - Parasomnias (see Borderland of epilepsy section)

- ▶ Paroxysmal symptoms of structural brain disease
 - Multiple sclerosis
 - Tumour, eg, brainstem glioma
- ▶ Vascular
 - Migraine (hemiparetic, occipital, 'basilar artery')
 - Shaking transient ischaemic attack (critical bilateral stenosis)
 - Subclavian steal syndrome
 - Moyamoya (combination of TIA and seizures)
 - *Not* vertebrobasilar insufficiency
- ▶ Hypoglycaemia
 - Behaviour disturbance
 - Hemiparesis
- ▶ Movement disorder
 - Paroxysmal kinesigenic dystonia/dyskinesia
 - Myoclonus following hypoxia
- ▶ Hydrocephalus
 - Colloid cyst
 - Chiari malformation
- ▶ Drop attacks
 - Postural instability
 - Psychogenic



Syncope convulsivante VS crise généralisée tonco-clonique

Hôpital du Valais
Spital Wallis



Crise d'épilepsie vs Syncope convulsivante

Table 88-1. Distinguishing features of syncope and seizure based on history

	Situation	Prodrome/aura	Event	Recovery
Syncope				
Neurally mediated	Standing Micturition Coughing Fear, stress	~75% have aura Lightheadedness Sweating Fainting	LOC Collapse	
Cardiogenic	Exercise induced Supine Nocturnal	Palpitations ~ 50%, no aura [Del Rosso et al. (2008)]	Usually brief and subtle tonic or myoclonic movements	Within seconds
Seizure				
Typical	Random occurrence	<i>Specific sensation</i> Olfactory Epigastric rising Déjà or jamais vu	Staring, unresponsive Automatism Tonic-clonic (½–1 min)	Within minutes Confusion Todd, aphasia
Rare	<i>Reflex epilepsy</i>	<i>Autonomic aura</i> Tachycardia Bradycardia	<i>Loss of tone</i> Atonic seizure Ictal asystole <i>Falls</i> Mostly due to generalized tonic clonic seizure	



PNES VS crise tonico-clonique généralisée

Hôpital du Valais
Spital Wallis



Hôpital du Valais
Spital Wallis

PNES VS épilepsie : Quelques pistes

- **PNES = Psychogenic Non Epileptic Seizure**
- **NEA = Non Epileptic Attack**
- **Caractéristiques « ictales »:**
 - Non stéréotypée
 - Yeux fermés (spec. 92%, mais faible sensibilité) *Chung Neurology 2006, Syed Epilepsia 2008*
 - Waxing/waning, non coordonnée *LaFrance Curr Opin Neurol 2008*
 - Peut être induit par la suggestion (sensibilité 84%) *Benbadis Neurology 2004*
- **Caractéristiques «post-ictales »:**
 - respiration rapide et superficielle *Azar Epilepsia 2008*
 - Fuite du contact visuel *Rossetti Eur Neurol 2010*
- **Blessure non spécifique!** *Reuber Ann Neurol 2003*



Crises VS PNES *Lafrance Curr opin Neurol 2008*

Hôpital du Valais
Spital Wallis

Behavior	Psychogenic nonepileptic seizures	Epileptic seizures
Eye movement	Eyes closed during seizure onset for approximately 20s; geotropic eye movements may be observed	Eyes open during seizure onset; may close for approximately 2s
Weeping	May be present	Not present
Postictal nose rubbing and cough	Not present	May be present
Stertorous breathing postictally	Not present	May be present
Ictal stuttering and postictal whispering	May be present	Not present
Body movements	Pelvic thrusting; out-of-phase or side-to-side oscillatory movements; chaotic and disorganized thrashing	Pelvic thrusting; quick, tonic posturing; vocalization
Self-injury	May be present	May be present
Tongue laceration	May be present	May be present
Incontinence	May be present	May be present



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Est-ce vraiment une crise?

- **“Tips”**

- Prodromes
 - Lipothymie? VS Aura (trouble neurologique focale transitoire?)
- Mouvements
- Phase post-critique
- Morçure de langue **LATERALE** (spécifique pour crise)
- CAVE perte d'urine/selle → ASPECIFIQUE

- HETROANAMNESE!!!
 - Appeler les témoins



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Cas 2

- **Patient de 58 ans mis sous Keppra 2x1000mg il y a 6 mois au décours d'une crise d'épilepsie convulsive. Se sent très nerveux et irritable depuis le début du traitement**
 - Cirrhose Child A d'origine toxique
 - En insistant à l'anamnèse, le veille de la crise il avait décidé d'arrêter l'alcool.
 - CT et EEG normaux





Cas 2

- **A)** Changement du LEV pour LTG en raison de l'irritabilité
- **B)** Stop LEV car il a souffert d'une crise provoquée et n'a donc pas d'épilepsie
- **C)** Pas de changement car LEV permet de diminuer le risque de récurrence en cas de sevrage





Cas 2

- **A)** Changement du LEV pour LTG en raison de l'irritabilité
- **B)** Stop LEV car il a souffert d'une crise provoquée et n'a donc pas d'épilepsie
- **C)** Pas de changement car LEV permet de diminuer le risque de récurrence en cas de sevrage





Crise d'épilepsie ≠ Epilepsie

Table 1. Conceptual definition of seizure and epilepsy – 2005 report

An epileptic seizure is a transient occurrence of signs and/or symptoms due to abnormal excessive or synchronous neuronal activity in the brain.

Epilepsy is a disorder of the brain characterized by an enduring predisposition to generate epileptic seizures, and by the neurobiologic, cognitive, psychological, and social consequences of this condition. The definition of epilepsy requires the occurrence of at least one epileptic seizure.



PAS de traitement



TRAITEMENT

Table 2. Operational (practical) clinical definition of epilepsy

Epilepsy is a disease of the brain defined by any of the following conditions

1. At least two unprovoked (or reflex) seizures occurring >24 h apart
2. One unprovoked (or reflex) seizure and a probability of further seizures similar to the general recurrence risk (at least 60%) after two unprovoked seizures, occurring over the next 10 years
3. Diagnosis of an epilepsy syndrome

Epilepsy is considered to be *resolved* for individuals who had an age-dependent epilepsy syndrome but are now past the applicable age or those who have remained seizure-free for the last 10 years, with no seizure medicines for the last 5 years.



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Face à une crise – bilan?

- **Est-ce la première crise?**

- Si oui bilan à la recherche de facteur provoquant ou d'une lésion cérébrale sous-jacente / épilepsie encore inconnue
- IMPORTANT de différencier:
 1. Une crise **provoquée** (peu de récurrence, si facteur provoquant traité)
 2. D'une crise **inaugurale** (risque de récurrence?)

- **Dans le cas d'une épilepsie connue?**

- Recherche de facteurs favorisants
- Si pas de retour à la normale après la crise ou si nouveau déficit → rechercher nouvelle lésion.



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Crise provoquée (sans épilepsie) **Beleza Neurologist 2012**

TABLE 1. Risk Factors for Acute Symptomatic Seizures According to Different Insults

Insults	Risk Factors	Study
Subarachnoid hemorrhage	High blood volume in basal cisterns	Butzkueven et al ¹⁹
Intracerebral hemorrhage	Temporal or parietal cortex; aneurysm, angioma, or neoplasm	Faught et al ²³ Weisberg et al ²⁴
Ischemic stroke	Clinically severe strokes, cortical involvement	Bladin et al ²⁵
Cerebral vein thrombosis	Aphasia or motor deficit; superior sagittal sinus and cortical vein; parenchymal lesions	Ferro et al ^{26,27}
CNS infections	Encephalitis; herpes simplex or neurocysticercosis; impairment of consciousness (GCS ≤ 12 at admission)	Kim et al ²⁸
Traumatic brain injury	Children, loss of consciousness or amnesia >30 min, acute intracerebral hematomas or subdural hemorrhages	Bruns and Hauser ²⁹



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Crise provoquée (sans épilepsie) **Beleza Neurologist 2012**

- **Sevrage ou intoxication OH**
- **Sevrage benzodiazepine**
- **Autres toxiques:**

Medication	Chlorpromazine, clozapine, maprotiline, clomipramine, bupropion, meperidine, flumazenil, cyclic antidepressants, theophylline, isoniazid, alkylating antineoplastic agents, and cyclosporine; overdose of medication, intravenous administration; brain lesions; and renal or hepatic dysfunction	Starkey and Lawson ³⁰ Devinsky et al ³¹ Delanty et al ⁸
Illicit drugs	Amphetamine-like agents overdose; cocaine, mostly in women, if smoked	Pascual-Leone et al ³² Dhuna et al ³³ Alldredge et al ³⁴



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Crise provoquée par des troubles métaboliques

Table 1. Proposed cutoff values for acute symptomatic seizures in common metabolic disorders

Biochemical parameter	Value
Serum glucose	<36 mg/dl (2.0 mM) or >450 mg/dl (25 mM) associated with ketoacidosis (whether or not there is long-standing diabetes)
Serum sodium	<115 mg/dl (<5 mM)
Serum calcium	<5.0 mg/dl (<1.2 mM)
Serum magnesium	<0.8 mg/dl (<0.3 mM)
Urea nitrogen	<100 mg/dl (>35.7 mM)
Creatinine	>10.0 mg/dl (>884 μ M)



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Cas 3

- **Une patiente de 33 ans sous lamotrigine 2x100mg pour une épilepsie débutée à 12 par des myoclonies matinales, de rares absences et à 16 ans après une fête, une première crise convulsive.**
- **Une récurrence à 25 ans sur mauvaise compliance et sommeil.**
- **Aimerait avoir un enfant...**



pixtastock.com - 63151816



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Cas 3

- **A)** Grossesse ou pas, cela fait 8 ans qu'elle n'a pas de crise, on peut arrêter son traitement
- **B)** Elle a une épilepsie à haut risque de récurrence, donc on ne change rien et elle repousse son projet de grossesse
- **C)** On change son traitement pour la Dépakine, car plus efficace et la grossesse est une période à risque
- **D)** On peut tenter une baisse prudente de la lamotrigine pour débuter une grossesse avec le moins de médicament possible



pixtastock.com - 63151816



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Cas 3

- **A)** Grossesse ou pas, cela fait 8 ans qu'elle n'a pas de crise, on peut arrêter son traitement
- **B)** Elle a une épilepsie à haut risque de récurrence, donc on ne change rien et elle repousse son projet de grossesse
- **C)** On change son traitement pour la Dépakine, car plus efficace et la grossesse est une période à risque
- **D)** On peut tenter une baisse prudente de la lamotrigine pour débuter une grossesse avec le moins de médicament possible



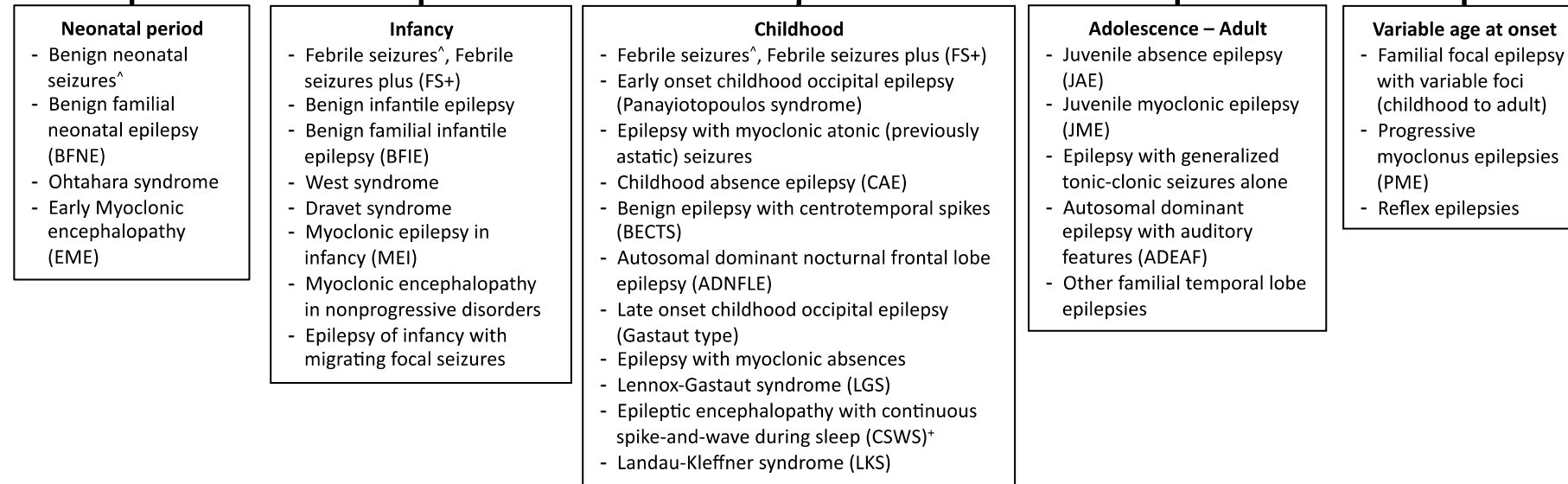
pixtastock.com - 63151816



Electroclinical Syndromes and Other Epilepsies Grouped by Specificity of Diagnosis

Electroclinical syndromes

One example of how syndromes can be organized:
Arranged by typical age at onset*



Distinctive constellations/surgical syndromes

Distinctive constellations/Surgical syndromes

- Mesial temporal lobe epilepsy with hippocampal sclerosis (MTLE with HS)
- Rasmussen syndrome
- Gelastic seizures with hypothalamic hamartoma
- Hemiconvulsion-hemiplegia-epilepsy

Nonsyndromic epilepsies**

Epilepsies attributed to and organized by structural-metabolic causes

- Malformations of cortical development (hemimegalencephaly, heterotopias, etc.)
- Neurocutaneous syndromes (tuberous sclerosis complex, Sturge-Weber, etc.)
- Tumor, infection, trauma, angioma, antenatal and perinatal insults, stroke, etc

Epilepsies of unknown cause

This Proposal is 'a' work 'in' progress....."

We welcome your thoughts on this proposal. Please visit our Classification & Terminology Discussion Group at: <http://community.ilae-epilepsy.org/home/> to login and register your comments.

* The arrangement of electroclinical syndromes does not reflect etiology,

[^] Not traditionally diagnosed as epilepsy

⁺ Sometimes referred to as Electrical Status Epilepticus during Slow Sleep (ESES)

** Forms of epilepsies not meeting criteria for specific syndromes or constellations



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Arrêt traitement dans l'épilepsie myoclonique juvénile

- **Etude rétrospective monocentrique sur 36 JAE (Juvenile Absence Epilepsy) et 145 JME (Juvenile myoclonic epilepsy)** Healy et al **Seizure** 2018
 - JAE:
 - 39% était sans crise durant au moins 2 ans
 - sur les 6 qui ont tenté un sevrage, TOUS ont refait des crises
 - JME:
 - 22% étant sans crise durant au moins 2 ans
 - Sur 10 essai d'arrêt, 8 patients ont refait des crises



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Epilepsie myoclonique juvénile – outcome à long terme

- **Etude rétrospective monocentrique sur 175 JME (Juvenile myoclonic epilepsy) suivis au moins 2 ans** Höfler et al *Epilepsy Res* 2014
 - Âge du début médian 15 ans (3 – 46)
 - Follow-up médian de 8 ans (2 – 38)
 - 62% (109/175) sont libre de crises convulsives, myoclonique et absence pour > 1 an
 - 53% > 2 ans (dont 16 patients sans traitement)
 - 8% > 10 ans
 - On peut espérer un arrêt des traitement mais pour une minorité de patient



Cas 4

Hôpital du Valais
Spital Wallis

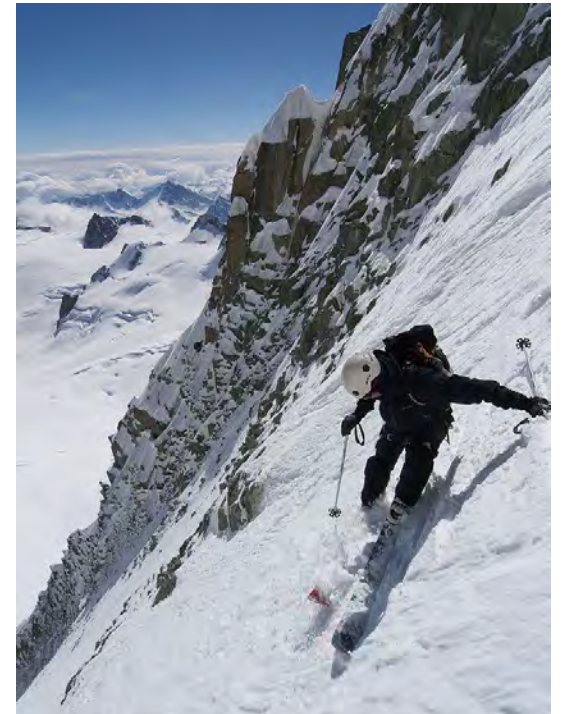
- **Jeune de 34 ans en BSH – comptable – a besoin de sa voiture pour se rendre au travail et pratique bcp de ski de rando.**
 - A 19 ans, crise focale avec clonie main gauche, puis coude, puis secondairement généralisée
 - IRM: dysplasie frontal droite
 - 1 récurrence 2nd généralisée à 20 ans sous LTG 2x50mg
 - 1 récurrence focale à 23 ans sous LTG 2x100mg
- **LTG 2x50mg + VPA 2x500mg**
 - Traitement bien toléré > 10 ans
- **Se pose la question de continuer...?**





Cas 4

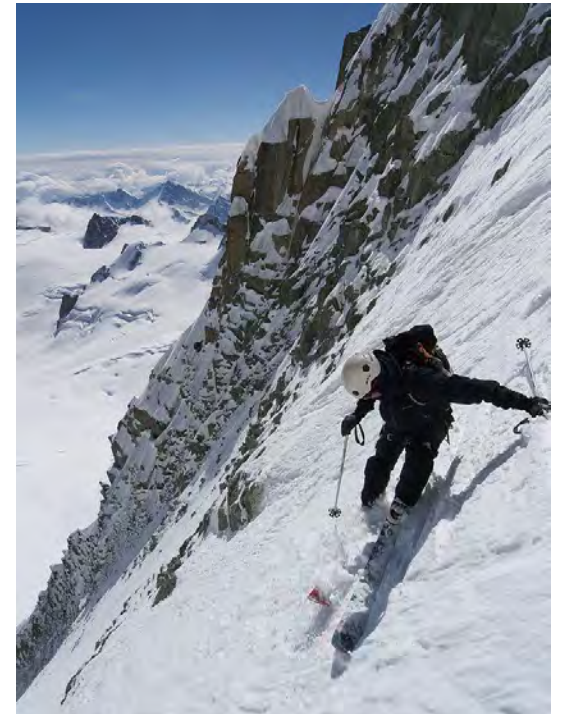
- **A)** Stable depuis > 10 ans = Rémission = stop tt
- **B)** 3 crises + dysplasie = haut risque de récurrence = on ne change rien
- **C)** entre 2... On arrête le VPA





Cas 4

- **A)** Stable depuis > 10 ans = Rémission = stop tt
- **B)** 3 crises + dysplasie = haut risque de récidence = on ne change rien
- **C)** entre 2... On arrête le VPA





Arrêt traitement...

Hôpital du Valais
Spital Wallis

THE LANCET

Vol 337

Saturday 18 May 1991

No 8751

ORIGINAL ARTICLES

**Randomised study of antiepileptic drug withdrawal
in patients in remission**

MEDICAL RESEARCH COUNCIL ANTIEPILEPTIC DRUG WITHDRAWAL
STUDY GROUP



Arrêt traitement...

- **Etude randomisée sur 1013 patients souffrant d'épilepsie libre de crise depuis > 2 ans**
 - Pas de changement médicamenteux
 - Arrêt progressif du traitement antiépileptique

TABLE I—DEMOGRAPHIC AND CLINICAL CHARACTERISTICS

—	Randomised		Non-randomised (n=776)
	No (n=503)	Slow (n=510)	
Males (%)	49	49	53
Delayed development (%)	15	15	3
Special schooling (%)	16	17	3
Neurological deficit (%)*	24	22	18
Psychiatric history (%)	10	11	6
Epilepsy in first-degree relatives (%)	15	16	14
Neonatal seizures (%)	3	3	1
Febrile seizures (%)	10	10	8
Nocturnal/early morning seizures only (%)	27	36	31
Age at entry to trial†	26 (16, 39)	27 (17, 42)	31 (19, 45)
Age at onset†	13 (6, 21)	14 (7, 24)	16 (9, 27)
Duration of epilepsy†	5.0 (1.3, 11.7)	4.4 (0.8, 11.7)	3.9 (0.8, 11.0)
Period seizure free†	3.2 (2.4, 5.8)	3.4 (2.3, 5.7)	3.2 (2.2, 5.7)
Duration of AED treatment	7.9 (3.5, 16.6)	7.1 (3.3, 15.4)	6.4 (3.0, 15.7)

*Neurological deficit, birth trauma, intracranial surgery, head injury with post-traumatic amnesia > 24 h, meningitis, encephalitis, or other specified neurological disorder

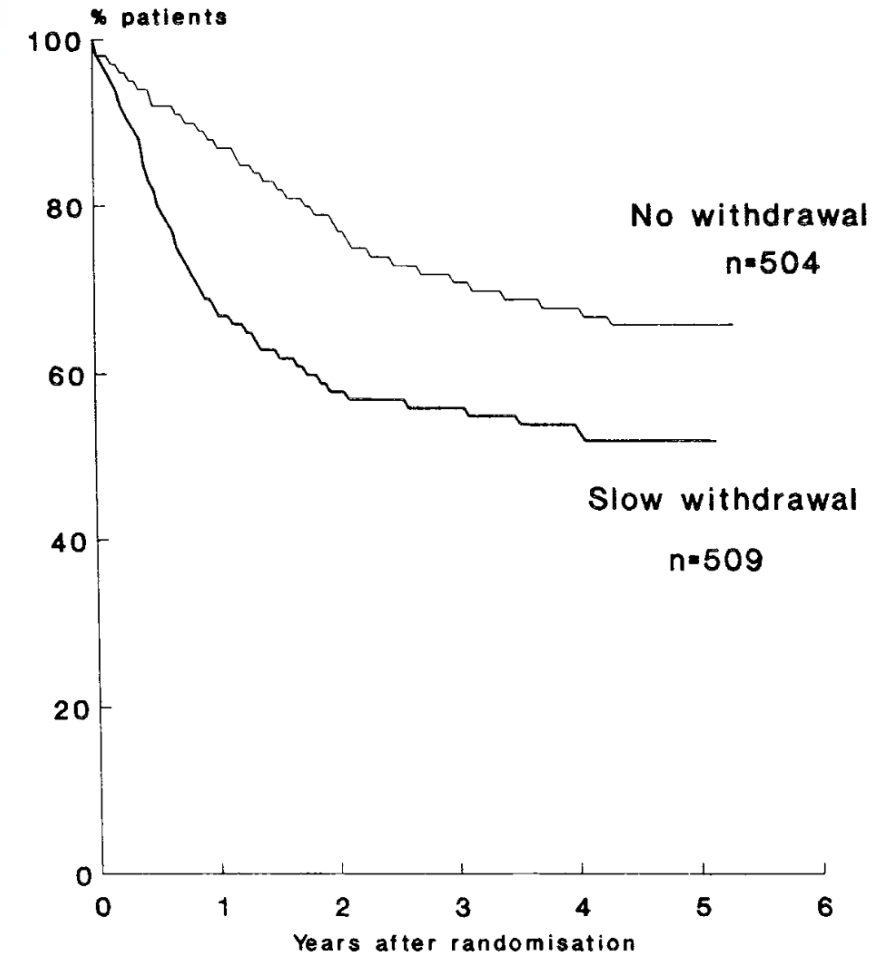
†Median in years, 25th and 75th centiles in parentheses



Arrêt traitement...

Hôpital du Valais
Spital Wallis

- **A 2 ans:**
 - 78% de ceux qui sont resté sous traitement restaient libre de crise contre 59% de ceux qui ont arrêtés
- **Risque associés à récidence**
 - Durée de la période sans crises avant d'entrer dans l'étude (plus courte = risque augmente)
 - Nombre de tt (plus grand = risque augmente)
 - Crises tonico-cloniques augmentent le risque



Actuarial percentage seizure-free among randomised groups



Individualised prediction model of seizure recurrence and long-term outcomes after withdrawal of antiepileptic drugs in seizure-free patients: a systematic review and individual participant data meta-analysis



Herm J Lamberink, Willem M Otte, Ada T Geerts, Milen Pavlovic, Julio Ramos-Lizana, Anthony G Marson, Jan Overweg, Letícia Sauma, Luigi M Specchio, Michael Tennison, Tania M O Cardoso, Shlomo Shinnar, Dieter Schmidt, Karin Geleijns, Kees P J Braun

Summary

Background People with epilepsy who became seizure-free while taking antiepileptic drugs might consider discontinuing their medication, with the possibility of increased quality of life because of the elimination of adverse events. The risk with this action, however, is seizure recurrence. The objectives of our study were to identify predictors of seizure recurrence and long-term seizure outcomes and to produce nomograms for estimation of individualised outcomes.

Lancet Neurol 2017; 16: 523-31

Published Online

May 5, 2017

[http://dx.doi.org/10.1016/](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30114-X)

[S1474-4422\(17\)30114-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1474-4422(17)30114-X)



Hôpital du Valais
Spital Wallis

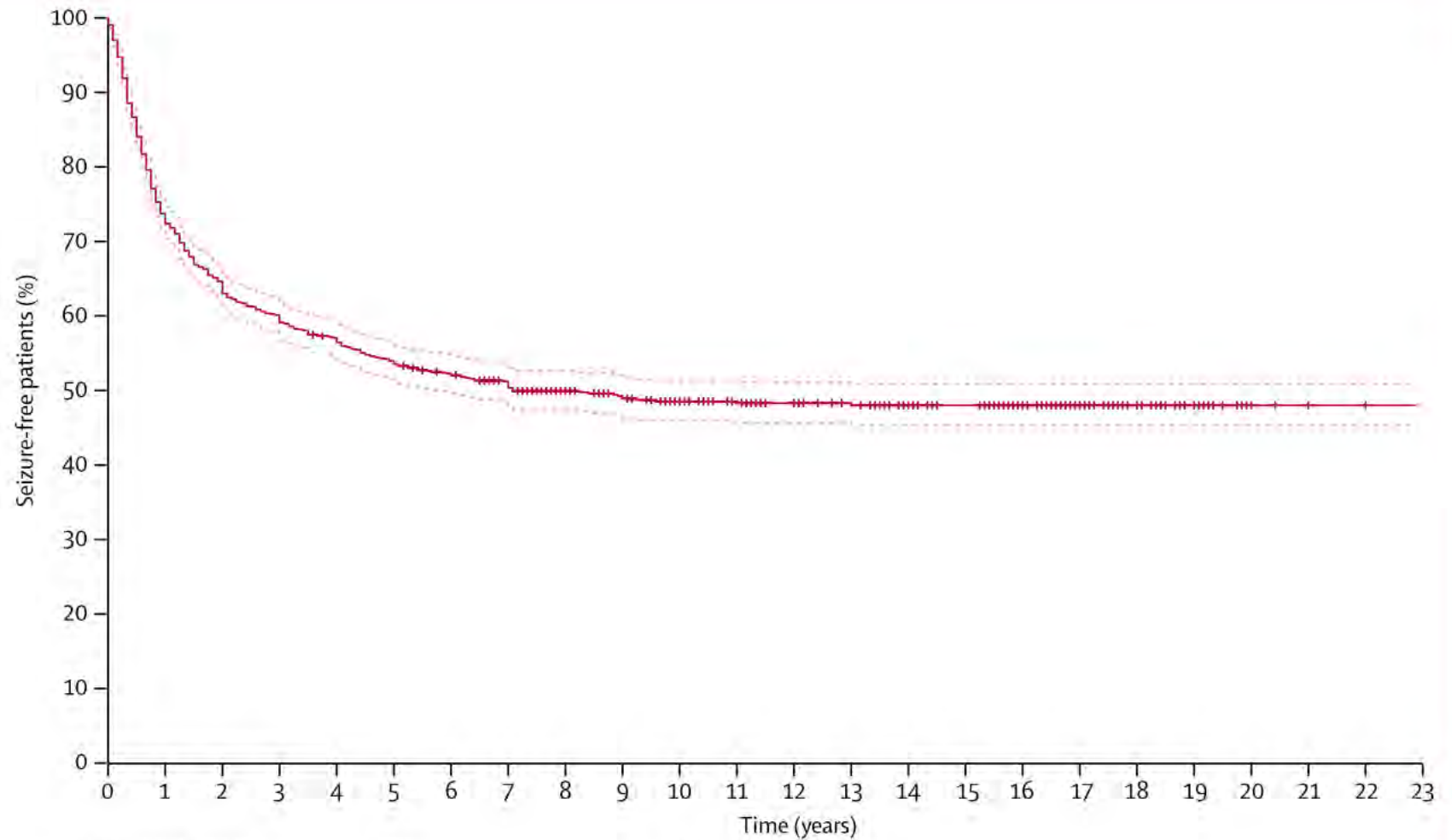
Arrêt traitement...

- **Revue et méta-analyse**

- Patients souffrant d'épilepsie, libre de crise sous traitement et ayant entamé un sevrage (cohorte avec chirurgie épilepsie exclues)

- 45 études  10 études
- 7082 patients  1769 patients

- Evaluer la récurrence et les facteurs de risque



Number at risk	1769	1274	1059	578	262	163
Cumulative number of events	0	484	641	771	809	811
Kaplan-Meier estimate (95% CI)	1.00	0.72	0.63	0.53	0.49	0.48
		(0.70-0.74)	(0.61-0.65)	(0.51-0.56)	(0.46-0.51)	(0.45-0.51)

Figure 1: Seizure-free patients after initiation of antiepileptic drug withdrawal

Survival curve of seizure-free patients over time with Kaplan-Meier estimates at 1, 2, 5, 10, and 13 years (time of last event in this dataset), with seizure recurrence taken as event. Time 0 equals the start of antiepileptic drug withdrawal.



Arrêt traitement...

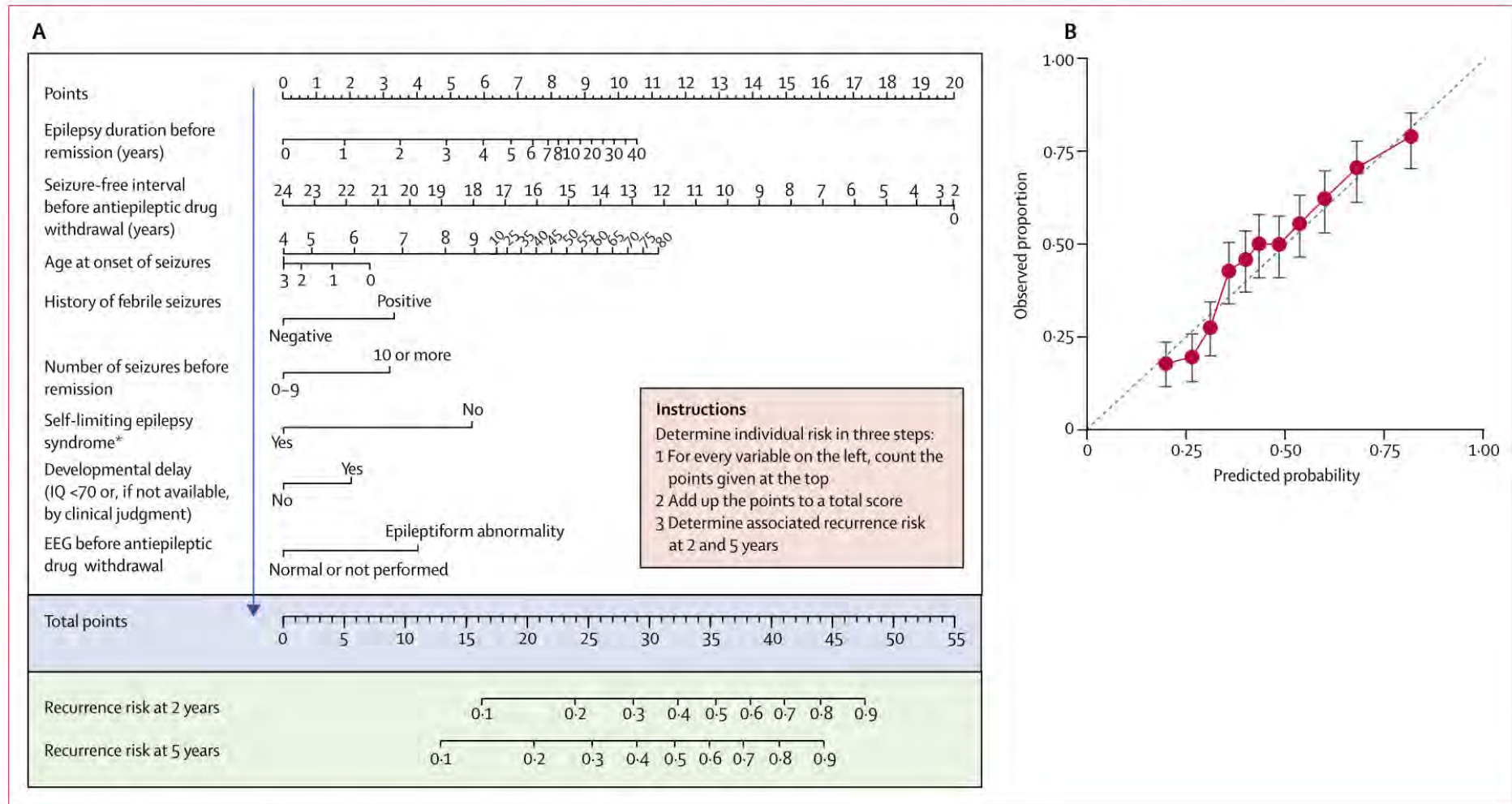


Figure 2: Prediction of seizure recurrence after antiepileptic drug withdrawal



AED withdrawal risk retrieval

This tool does not apply after epilepsy surgery. For more information, click on the information button at the top right.

Fill in the fields below and press *look up*.

Duration of epilepsy before remission (first to last seizure, range 0-40 years)

4 years

Time since last seizure (seizure free interval, range 0-24 years)

11 years

Number of AEDs (range 1-9)

4

Age at onset of epilepsy (range 0-80)

19 years old

Sex

Male Female

AED withdrawal risk retrieval

2-year seizure
recurrence risk

36%

5-year seizure
recurrence risk

45%

10-year chance of
seizure-freedom
(seizure-free for at
least 1 year)

98%



Arrêt traitement...

- **Autre facteurs à considérer:**
 - Activités professionnelles
 - Conduite automobile
 - Activités de loisirs
 - Effets secondaire
 - Perception du patient

CS173860



"It's from our 'One Size Fits None' line."



Mais si j'arrête...

- **Retour au Cas 4:**

- Décide malgré le risque d'arrêter.
- Lent sevrage sur 3 mois avec arrêt successif et EEG
- RAS durant 14 mois, puis récurrence d'une crise focale secondairement généralisée

- A) Vous reprenez le même traitement qu'avant (LTG + VPA) et dites au patient au patient que le traitement va fonctionner comme avant

- B) Vous reprenez le même traitement qu'avant (LTG + VPA) et dites au patient au patient que le traitement ne pas peut-être pas fonctionner comme avant

- C) Vous ne reprenez que la LTG car il était très stable et qu'il voulait arrêter (+/- compromis)



Mais si j'arrête...

- **Retour au Cas 4:**

- Décide malgré le risque d'arrêter.
- Lent sevrage sur 3 mois avec arrêt successif et EEG
- RAS durant 14 mois, puis récurrence d'une crise focale secondairement généralisée

- A) Vous reprenez le même traitement qu'avant (LTG + VPA) et dites au patient au patient que le traitement va fonctionner comme avant

- B) Vous reprenez le même traitement qu'avant (LTG + VPA) et dites au patient au patient que le traitement ne pas peut-être pas fonctionner comme avant

- C) Vous ne reprenez que la LTG car il était très stable et qu'il voulait arrêter (+/- compromis)



Impact psycho-social d'un arrêt / récurrence

- **Questionnaire envoyé aux patient de l'étude Lancet 91 (85% de réponse)** Jacoby *Epilepsia* 2019

TABLE 3. *Influence on patients' scores on the NHP of randomization to slow discontinuation, seizure recurrence since randomization and receiving AEDs 2 years after randomization*

Domain	% patients with positive scores on NHP ^a	Randomization to slow discontinuation	Seizure recurrence ^b	Receiving AEDs ^b
		Relative risk (95% CIs)	Relative risk (95% CIs)	Relative risk (95% CIs)
Energy	30 (436)	0.98 (0.65, 1.48)	1.53 (0.97, 2.39)	1.61 (0.97, 2.74)
Pain	8 (427)	0.76 (0.38, 1.54)	1.00 (0.45, 2.20)	1.84 (0.68, 1.65)
Emotional reaction	40 (421)	0.73 (0.49, 1.07)	1.43 (0.93, 2.22)	1.57 (0.97, 2.53)
Sleep	28 (431)	0.97 (0.64, 1.48)	0.90 (0.56, 1.45)	0.74 (0.44, 1.22)
Social isolation	16 (431)	0.97 (0.58, 1.63)	1.52 (0.87, 2.66)	1.73 (0.90, 3.31)
Physical mobility	11 (428)	0.67 (0.36, 1.25)	0.74 (0.36, 1.54)	0.67 (0.32, 1.42)

NHP, Nottingham Health Profile; AEDs, antiepileptic drugs; CIs, confidence intervals.

^a Numbers in brackets are the numbers of patients overall for whom percentages were calculated and exclude those for whom information is incomplete.

^b Adjusted for randomized treatment.



Impact psycho-social d'un arrêt / récurrence

- **Questionnaire envoyé aux patient de l'étude Lancet 91 (85% de réponse)**

TABLE 4. *Influence on patients' feelings about epilepsy of randomization to slow discontinuation, seizure recurrence since randomization, and receiving AEDs 2 years after randomization*

Patient's view	% patients ^a	Randomization to slow discontinuation	Seizure recurrence ^b	Receiving AEDs ^b
		Relative risk (95% CIs)	Relative risk (95% CIs)	Relative risk (95% CIs)
Worried about epilepsy a lot/some	25 (457)	0.83 (0.54, 1.28)	2.36 (1.49, 3.76) ^c	2.80 (1.58, 4.97) ^c
Described health as excellent/good	81 (466)	1.26 (0.79, 2.00)	0.75 (0.45, 1.25)	0.94 (0.54, 1.66)
Thought social activities were restricted by epilepsy	13 (454)	1.00 (0.58, 1.74)	3.51 (1.95, 6.33) ^c	4.32 (1.89, 9.86) ^c
Did not do certain things because of epilepsy	20 (447)	0.76 (0.48, 1.21)	3.04 (1.84, 5.02) ^c	5.74 (2.74, 11.97) ^c
Thought stigmatized by epilepsy	14 (441)	0.74 (0.43, 1.27)	1.64 (0.92, 2.94)	1.61 (0.81, 3.20)

Abbreviations as in Table 3.

^a Numbers in brackets are the numbers of patients overall for whom percentages were calculated and exclude those for whom information is incomplete.

^b Adjusted for randomized treatment.

^c Likelihood ratio test; $p < 0.001$.



Hôpital du Valais
Spital Wallis

« Re-contrôle » de l'épilepsie après récurrence

- **33 patients d'une étude de 90 patients on récidivé après l'arrêt**

Sillanpää *Epilepsy Behav* 2017

- La reprise du traitement précédant ne control pas l'épilepsie dans 25% des cas
- Uniquement 8 patients on atteint 5 ans sans crise

- **Revue de 14 publications** Schmidt & Löscher *Acta Neurol Scand* 2005

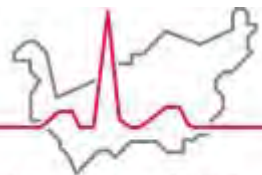
- Reprise du traitement efficace dans 80% (64-91)
- 1 an ½ pour atteindre un control des crise (parfois jusqu'à 12 ans)
- 19% (14-24%) → épilepsie non controlée comme avant
- Sur 5 ans 23% des patients on développé une épilepsie pharmaco-résistant



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Résumé

- **Toujours revoir l'indication d'un traitement anti-épileptique!**
- **Comprendre le type d'épilepsie pour mieux définir l'outcome**
- **Décisions individualisées en fonction style de vie / épilepsie**



Hôpital du Valais
Spital Wallis



Merci pour votre attention!

vincent.alvarez@hopitalvs.ch