



Cas clinique

L'épilepsie abdominale, une cause inhabituelle de douleur abdominale chez l'enfant : A propos d'un cas clinique et revue de la littérature

Abdominal epilepsy, an unusual cause of abdominal pain in child: About a clinical case and literature review

M Fall^{1,3*}, JBN Diouf², NM Gaye³, AD Sow³, M Ndiaye³

Résumé

L'épilepsie abdominale est une variante de l'épilepsie du lobe temporal et elle est rarement observée en pratique pédiatrique et neurologique. Les symptômes gastro-intestinaux chroniques et récurrents avec une ou plusieurs manifestations neuropsychiatriques sont souvent le tableau de présentation classique. De tels patients sont donc plus susceptibles de consulter chez un médecin généraliste, un pédiatre ou un gastro-entérologue que de consulter chez un psychiatre ou un neurologue. Nous rapportons ici un cas d'épilepsie abdominale chez un garçon âgé de 6 ans, longtemps suivi en pédiatrie pour des accès douloureux abdominaux chroniques.

Mots clés: douleur abdominale, épilepsie temporale, Dakar

Abstract

Abdominal epilepsy is a variant of temporal lobe epilepsy and is rarely observed in paediatric and neurological practice. The chronic and recurrent gastrointestinal symptoms with one or more neuropsychiatric manifestations are often the classic presentation chart. Such patients are

therefore more likely to consult with a general practitioner, paediatrician or gastroenterologist than to see a psychiatrist or neurologist. We report here a case of abdominal epilepsy in a boy of 6 years old, long time followed in pediatrics for chronic abdominal pain.

Keywords: abdominal pain, temporal epilepsy, Dakar

Introduction

La douleur abdominale est une plainte très fréquente chez l'enfant avec plusieurs étiologies possibles. Mais parfois, malgré plusieurs tests diagnostics aucune cause ne peut être retrouvée.

L'épilepsie abdominale est une cause rare de douleur abdominale mais facilement traitable. Nous rapportons l'histoire d'un garçon de 6 ans suivi pendant plusieurs mois pour des douleurs abdominales paroxystiques révélant finalement une épilepsie abdominale.

Cas clinique

L'enfant B M âgé de 6 ans était référé par son pédiatre à la consultation de neurologie pour avis et complément d'explorations.

Il n'a pas d'antécédents particuliers médicaux ni chirurgicaux. Il est issu d'un mariage non consanguin dont il est le deuxième sur une fratrie de 3 enfants tous vivant bien portant.

En effet, l'enfant M B était suivi en pédiatrie depuis un an pour des douleurs abdominales parfois péri ombilicales parfois diffuses, d'intensité modérée à sévère, paroxystiques, de durée assez brève (10 à 20 minutes) avec parfois des vomissements qui peuvent survenir en même temps ou suivre immédiatement les douleurs.

La maman de l'enfant signalait qu'il peut présenter 3 à 5 épisodes douloureux par semaine.

En consultation pédiatrique, plusieurs explorations ont été effectuées sans grand apport. Le bilan standard, répété à plusieurs reprises entre 3 et 6 mois d'intervalles, était normal (NFS, CRP, Glycémie à jeun, Créatinémie, Urée, Transaminases, ionogramme sanguin). L'ECBU et les selles KAOP, réalisés trois fois dans l'année, étaient normaux. L'électrophorèse de l'hémoglobine montrait un profil AA. L'antigène HbS était négatif. Plusieurs échographies abdominales et abdomino-pelviennes étaient sans particularité. L'électrocardiogramme et la radiographie des poumons étaient aussi normaux. L'examen neurologique de l'enfant B M était normal et il avait un bon développement psychomoteur. L'examen digestif et cardio-vasculaire était normal.

Devant le caractère récurrent et paroxystique des douleurs abdominales, nous avons réalisé un électroencéphalogramme de veille et de sommeil qui a montré une activité irritative bi-temporale

(figure 1 et 2). Une IRM encéphalique a été réalisée et est revenue normale.

Un traitement à base de Carbamazépine à raison de 15 mg/Kg/Jour a été débuté en deux prises quotidiennes. L'évolution a été favorable avec une très nette diminution des crises douloureuses abdominales en raison de 2 à 3 épisodes, de durée très brève, lors des six premiers mois. Avec un recul de 1 an de traitement, sans crises douloureuses, nous avons retenu le diagnostic d'épilepsie abdominale.

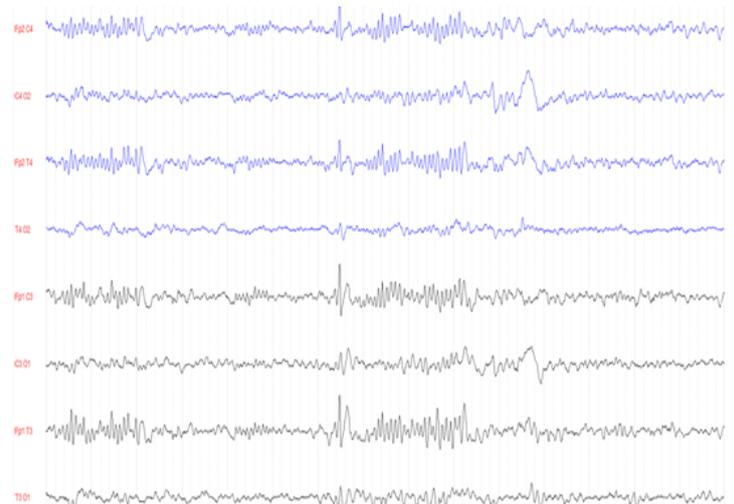


Figure 1: Tracé EEG de veille; bouffée de pointe-onde centro-temporale bilatérale (montage ENF3)

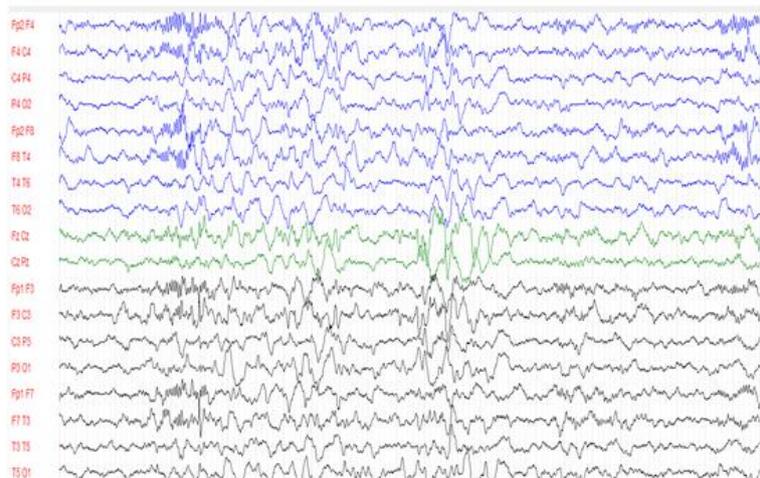


Figure 2: Tracé EEG de sommeil avec fuseaux, complexes K et pointes centro-temporales gauches (montage longitudinal)

Discussion

Les douleurs abdominales paroxystiques récurrentes peuvent souvent être un problème diagnostique chez l'enfant. On ne saurait trop insister sur l'importance d'une histoire et d'un examen attentifs susceptibles de donner des indications utiles sur l'étiologie. L'épilepsie abdominale est une cause facilement traitable de douleurs abdominales paroxystiques. Les critères retenus pour son diagnostic sont [1]:

- douleur abdominale paroxystique,
- exclusion d'une pathologie viscérale abdominale,
- altération de l'état de conscience lors de certaines attaques,
- tracé électro-encéphalographique définitivement anormal,
- réponse favorable au traitement anticonvulsivant

Tous les critères ne doivent pas nécessairement être présents dans chaque cas. A l'instar de cette observation où l'on retrouvait quatre sur cinq critères chez l'enfant.

La topographie de la douleur peut être diffuse à tout l'abdomen, épigastrique, localisée à un cadran de l'abdomen, difficile à préciser par l'enfant qui montre fréquemment l'ombilic. Leur durée est généralement brève, mais certains accès peuvent durer quelques heures [2].

Les symptômes prédominants sont des douleurs abdominales récurrentes, des vomissements, de la nausée, des palpitations et du bégaiement. Certains signes d'atteinte du système nerveux central, comme une altération de l'état mental, des maux de tête, des étourdissements et des convulsions, peuvent accompagner ces symptômes dans au moins quelques épisodes [3].

Après l'exclusion des étiologies plus courantes, l'examen neurologique et l'EEG doivent être effectués chez les patients suspects.

Des anomalies de l'EEG ont été rapportées chez la plupart des patients présentant une épilepsie focale et une douleur abdominale ictale [4]. Peu de rapports ont décrit des EEG critiques: au cours de la crise, l'EEG montre souvent des séries d'ondes lentes à haute tension et des décharges généralisées de pointes et d'ondes [1]. Chez notre patient, un EEG de veille et de sommeil suggérait un début focal centro-temporal gauche comme dans deux observations où on notait des changements focaux hémisphériques gauches à l'EEG au cours d'un épisode de douleur abdominale [5, 6].

La physiopathologie de l'épilepsie abdominale reste inconnue. Les sensations abdominales reproduites en stimulant l'insula et la fissure sylvienne suggèrent que ces zones peuvent avoir un rôle important dans l'explication de l'origine de l'épilepsie focale avec douleur abdominale ictale [7].

En général, sous monothérapie (Carbamazépine, Valproate Sodique) l'évolution est généralement favorable [2] dans 80 %. Chez notre patient un traitement à base de Carbamazépine a permis de contrôler les douleurs avec un recul d'un an. Si avec une monothérapie les accès douloureux ne sont pas contrôlés, une association avec une benzodiazépine pourrait être envisagée [2].

Conclusion

L'épilepsie abdominale est l'une des causes les plus faciles à traiter de la douleur abdominale paroxystique. L'épilepsie abdominale doit être suspectée chez les enfants présentant des douleurs abdominales paroxystiques récurrentes, en particulier chez ceux présentant des données historiques suggestives, et un EEG doit être réalisé. Une approche vigilante peut sauver un enfant de beaucoup de souffrances injustifiées.

***Correspondance**

Maouly Fall
(fall.maouly@gmail.com)

Reçu: 13 Mai, 2018; **Accepté :** 07 Sept, 2018; **Publié :** 26 Sept, 2018

¹Service de Neurologie, CHN de Pikine, Dakar, Sénégal

²Service de Pédiatrie EPS Roi Baudouin, Dakar, Sénégal

³Service de Neurologie, CHUN Fann, Dakar, Sénégal

© Journal of african clinical cases and reviews 2018

Conflits d'intérêt : Aucun

Références

- [1] Franzon RC, Lopes CF, Schmutzler KM, Morais MI, Guerreiro MM: Recurrent abdominal pain: when should an epileptic seizure be suspected? *Arq Neuropsiquiatr* 2002; 60 (3): 628-630.
- [2] Bayoudh F, Joulak M, Barrak S et coll: L'épilepsie abdominale chez l'enfant a propos de 3 observations. *Médecine du Maghreb* 1999; 75 (1): 19-22.
- [3] Yilmaz Y, Ustebay S, Ulker UD, Ozanli I, Ehi Y: Abdominal epilepsy as an unusual cause of abdominal pain: a case report. *African Health Sciences* 2016; 16 (3): 877-879.
- [4] Zdraveska N, Kostovski A: Epilepsy presenting only with severe abdominal pain. *J Pediatr Neurosci* 2010; 5 (2): 169-170.
- [5] Mitchell WG, Greenwood RS, Messenheimer JA: Abdominal epilepsy. Cyclic vomiting as the major symptom of simple partial seizures. *Arch Neurol* 1983; 40 (4): 251-252.
- [6] Douglas EF, White PT: Abdominal epilepsy-a reappraisal. *J Pediatr* 1971; 78 (1): 59-67.
- [7] García-Herrero D, Fernández-Torre JL, Barrasa J, Calleja J, Pascual J: Abdominal epilepsy in an adolescent with bilateral perisylvian polymicrogyria. *Epilepsia* 1998; 39 (12): 1370-1374.

Pour citer cet article:

Fall M, Diouf JBN, Gaye NM et al. L'épilepsie abdominale, une cause inhabituelle de douleur abdominale chez l'enfant : A propos d'un cas clinique et revue de la littérature. *Jaccr Africa* 2018; 2(3): 401-404.