Journal of african clinical cases and reviews / Journal africain des cas cliniques et revues

www.jaccrafrica.com ISSN 1859-5138 Open access

Article original

Évaluation de la qualité de vie des patients atteints d'épilepsie vasculaire à l'unité de neurologie de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala / Cameroun

Assessment of the Quality of Life of Patients with Vascular Epilepsy in the Neurology Unit of the Douala Gyneco-Obstetric and Pediatric Hospital, Cameroon

E Gueumekane Bila Lamou*[1,2], M Dzobosse[1], D Massi Gams[2,3], AM Magnerou[2,4], JN Doumbe[2], SAF Bagnaka Eloumou[1,2], C Kuate Tegueu[4,5], Y Njankouo Mapoure[2,3]

Résumé

Introduction : L'épilepsie vasculaire, complication fréquente des accidents vasculaires cérébraux (AVC), constitue une cause majeure de morbidité et altère la qualité de vie des patients. Dans les pays à ressources limitées, cette problématique reste peu étudiée. L'objectif de ce travail était d'évaluer la qualité de vie des patients atteints d'épilepsie vasculaire suivis à l'unité de neurologie de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala.

Méthodologie : Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée sur une période de 12 mois. Cinquante patients présentant une épilepsie secondaire à un AVC confirmé par imagerie ont été inclus. La qualité de vie a été mesurée à l'aide du questionnaire QOLIE-31 (Quality of Life in Epilepsy Inventory), adapté au contexte local. Les données sociodémographiques, cliniques et radiologiques ont été collectées et analysées avec le logiciel SPSS version 25.0, un $P<0,05$ était considéré statistiquement significatif.

Résultats : L'âge moyen des participants était de 59 ± 11 ans, avec une prédominance masculine (60 %). Le score global moyen de qualité de vie était de 51,6 ± 12,9, traduisant une altération modérée. Les dimensions les plus affectées concernaient le bien-être émotionnel, les limitations sociales et la peur des crises. Une association significative a été retrouvée entre la sévérité des crises, l'atteinte corticale, un score NIHSS ≥ 10 à l'admission et une détérioration de la qualité de vie ($p < 0,05$).

Conclusion : L'épilepsie vasculaire impacte de manière notable la qualité de vie des patients post-AVC. Une prise en charge multidisciplinaire intégrant le soutien psychologique, la réhabilitation fonctionnelle et l'éducation thérapeutique est indispensable pour améliorer le vécu des patients. Le dépistage précoce des facteurs de risque et l'évaluation régulière de la qualité de vie devraient être intégrés dans le suivi neurologique.

Mots-clés : épilepsie vasculaire, qualité de vie, accident vasculaire cérébral, QOLIE-31.

Abstract

Introduction: Vascular epilepsy, a frequent complication of stroke, represents a major cause of morbidity and significantly impairs patients' quality of life. In resource-limited settings, this issue remains poorly investigated. The objective of this study was to assess the quality of life of patients with vascular epilepsy followed at the Neurology Unit of the Douala Gyneco-Obstetric and Pediatric Hospital.

Methodology: We conducted a descriptive cross-sectional study over 12 months. Fifty patients with epilepsy secondary to stroke confirmed by neuroimaging were included. Quality of life was assessed using the QOLIE-31 (Quality of Life in Epilepsy Inventory), adapted to the local context. Sociodemographic, clinical, and radiological data were collected and analyzed using SPSS version 25.0; a P-value below 0.05 was deemed statistically significant.

Results: The mean age of participants was 59 ± 11 years, with a male predominance (60%). The mean global quality of life score was 51.6 ± 12.9, indicating a moderate impairment. The most affected dimensions were emotional well-being, social limitations, and fear of seizures. Significant associations were found between seizure severity, cortical involvement, NIHSS score ≥ 10 at admission, and deterioration of quality of life ($p < 0.05$).

Conclusion: Vascular epilepsy has a substantial impact on the quality of life of post-stroke patients. A multidisciplinary approach integrating psychological support, functional rehabilitation, and therapeutic education is essential to improve patient outcomes. Early identification of risk factors and regular assessment of quality of life should be incorporated into neurological follow-up.

Keywords: vascular epilepsy, quality of life, stroke, QOLIE-31.

Introduction

L'épilepsie vasculaire, définie comme une épilepsie secondaire à un accident vasculaire cérébral (AVC), représente l'une des causes les plus fréquentes d'épilepsie acquise chez l'adulte [1]. Sa prévalence est estimée entre 2 et 15 % chez les survivants d'AVC selon les séries, avec une incidence plus élevée dans les AVC hémorragiques et ceux touchant le cortex cérébral [2,3]. Cette complication constitue un enjeu majeur de santé publique, car elle aggrave la morbidité, augmente le risque de dépendance fonctionnelle et compromet la réinsertion sociale et professionnelle des patients [4].

La physiopathologie de l'épilepsie post-AVC repose sur des mécanismes complexes incluant la gliose, la réorganisation synaptique, l'hyperexcitabilité neuronale et l'inflammation neurogliale, qui favorisent la constitution d'un foyer épileptogène chronique [5]. Les facteurs de risque identifiés sont l'atteinte corticale, la sévérité initiale de l'AVC (score NIHSS élevé), la présence d'hypertension artérielle et le type hémorragique de l'AVC [6,7].

Au-delà de l'impact clinique, l'épilepsie vasculaire a des répercussions importantes sur la qualité de vie des patients. Les crises récurrentes, la stigmatisation sociale, les effets secondaires des antiépileptiques et la perte d'autonomie contribuent à une altération significative du bien-être physique, psychologique et social [8]. Plusieurs études ont montré que les patients épileptiques post-AVC présentent une qualité de vie inférieure à celle des patients ayant un AVC sans épilepsie, en particulier dans les dimensions liées à la mobilité, aux activités quotidiennes et à la santé mentale [9,10].

Dans les pays à ressources limitées, et notamment en Afrique subsaharienne, la problématique de l'épilepsie vasculaire reste peu étudiée. Les contraintes liées à l'accès limité à l'imagerie cérébrale, à l'électroencéphalographie et aux traitements antiépileptiques modernes contribuent à une sous-estimation de cette complication [11]. Au Cameroun, peu de données existent sur l'impact de

l'épilepsie vasculaire sur la qualité de vie des patients, alors même que la charge des AVC est en constante augmentation [12].

L'objectif de ce travail était donc d'évaluer la qualité de vie des patients atteints d'épilepsie vasculaire suivis à l'unité de neurologie de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala, afin de mieux caractériser cette problématique dans notre contexte et d'orienter les stratégies de prise en charge adaptées.

Méthodologie

- **Type et design de l'étude**

Il s'agit d'une étude transversale descriptive et analytique, conduite sur une période de 12 mois, visant à évaluer la qualité de vie des patients présentant une épilepsie secondaire à un accident vasculaire cérébral (AVC).

- **Lieu et période de l'étude**

L'étude a été réalisée à l'unité de neurologie du service de Médecine Interne de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala (HGOPED), centre hospitalier de référence au Cameroun. La période d'inclusion s'étendait du 1er janvier au 31 décembre 2024.

- **Population d'étude**

La population cible comprenait l'ensemble des patients suivis pour AVC confirmé par imagerie (TDM ou IRM) et ayant développé une épilepsie secondaire.

- **Critères d'inclusion**
  - Patients âgés de 18 ans et plus.
  - Diagnostic d'AVC confirmé par imagerie cérébrale.
  - Présence d'au moins une crise épileptique secondaire à l'AVC, documentée dans le dossier médical.
  - Consentement éclairé du patient ou de son représentant légal pour participer à l'étude.
- **Critères d'exclusion**
  - Antécédents d'épilepsie ou de crises convulsives avant l'AVC.
  - Patients présentant des troubles cognitifs sévères ou un déficit de communication empêchant l'administration du questionnaire.
  - Refus de participation.
- **Taille et mode d'échantillonnage**

Un échantillonnage exhaustif a été réalisé. Tous les patients répondant aux critères d'éligibilité durant la période d'étude ont été inclus, soit un total de 50 patients.

- **Variables étudiées**
  - Variables sociodémographiques : âge, sexe, niveau d'instruction, statut matrimonial, profession.
  - Variables cliniques : type d'AVC (ischémique ou hémorragique), topographie lésionnelle (corticale, sous-corticale, mixte), score NIHSS à l'admission, antécédents médicaux (hypertension, diabète, cardiopathie), sévérité et fréquence des crises.
  - Variables radiologiques : localisation et étendue de la lésion cérébrale.
  - Variable principale : qualité de vie évaluée par le questionnaire QOLIE-31 (Quality of Life in Epilepsy Inventory), validé et adapté au contexte local après le pré-test. Ce questionnaire explore sept dimensions : fonctionnement émotionnel, bien-être énergétique, fonctionnement cognitif, effets des médicaments, fonctionnement social, peur des crises et qualité de vie globale.
- **Procédure de collecte des données**

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche standardisée élaborée pour l'étude. Le questionnaire QOLIE-31 a été administré en face-à-face par des enquêteurs formés, en français ou en anglais selon la préférence du patient. Les informations cliniques et radiologiques ont été extraites des dossiers médicaux et des comptes rendus d'imagerie.

- **Analyse statistique**

Les données ont été saisies et analysées avec le logiciel SPSS version 25.0.

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes ± écart-type ou en médianes avec intervalles interquartiles selon la distribution.

- Les variables qualitatives ont été présentées en effectifs et pourcentages.

- Les comparaisons entre groupes ont été réalisées à l'aide du test de Chi-carré pour les variables qualitatives, et du test t de Student pour les variables quantitatives.
- Une régression logistique multivariée a été effectuée pour identifier les facteurs indépendamment associés à une altération de la qualité de vie (score QOLIE-31 inférieur à la médiane).
- Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$.

• **Considérations éthiques**

Le consentement éclairé a été recueilli auprès de chaque participant ou de son représentant légal. Les données ont été anonymisées et traitées de manière confidentielle.

Résultats

• **Caractéristiques sociodémographiques**

Cinquante patients ont été inclus dans l'étude. L'âge moyen des participants était de 59 ± 11 ans (extrêmes : 34–78 ans). La population étudiée présentait une prédominance masculine avec 30 hommes (60 %) et 20 femmes (40 %), soit un sex-ratio de 1,5. La majorité des patients appartenaient à la tranche d'âge de 50–69 ans (52 %).

• **Caractéristiques cliniques et radiologiques**

Les accidents vasculaires cérébraux étaient majoritairement de type ischémique (n = 35 ; 70 %), contre hémorragiques (n = 15 ; 30 %). Une atteinte corticale a été retrouvée chez 36 patients (72 %), tandis que 14 patients (28 %) présentaient une atteinte sous-corticale isolée. Le score NIHSS médian à l'admission était de 9 (IQR : 6–13), et 22 patients (44 %) avaient un score ≥ 10, traduisant une sévérité neurologique initiale importante.

• **Qualité de vie globale et dimensions spécifiques**

Le score global moyen du QOLIE-31 était de 51,6 ± 12,9, indiquant une altération modérée de la qualité de vie.

- Les dimensions les plus affectées étaient :
  * Bien-être émotionnel : 48,2 ± 14,5
  * Limitations sociales : 46,7 ± 13,2
  * Peur des crises : 44,9 ± 12,1
- Les domaines les mieux préservés concernaient le fonctionnement cognitif (58,4 ± 11,7) et l'énergie/vitalité (55,6 ± 13,0).

• **Facteurs associés à la qualité de vie**

L'analyse univariée a montré une association significative entre la sévérité des crises ($p = 0,01$), l'atteinte corticale ($p = 0,02$), un score NIHSS ≥ 10 à l'admission ($p = 0,03$) et une détérioration de la qualité de vie.

En analyse multivariée par régression logistique, trois facteurs sont restés indépendamment associés à une altération du score QOLIE-31 :

- Sévérité des crises (OR ajusté = 3,9 ; IC95 % : 1,4–10,8 ; $p = 0,01$)
- Atteinte corticale (OR ajusté = 3,2 ; IC95 % : 1,1–9,5 ; $p = 0,02$)
- NIHSS ≥ 10 (OR ajusté = 4,5; IC95 %: 1,3–15,4; $p = 0,03$)

• **Synthèse**

Ces résultats montrent que la qualité de vie des patients atteints d'épilepsie vasculaire est globalement altérée, avec un impact particulièrement marqué sur les dimensions émotionnelles et sociales. Les patients présentant une atteinte corticale, une sévérité neurologique initiale élevée et des crises sévères sont les plus à risque de détérioration.

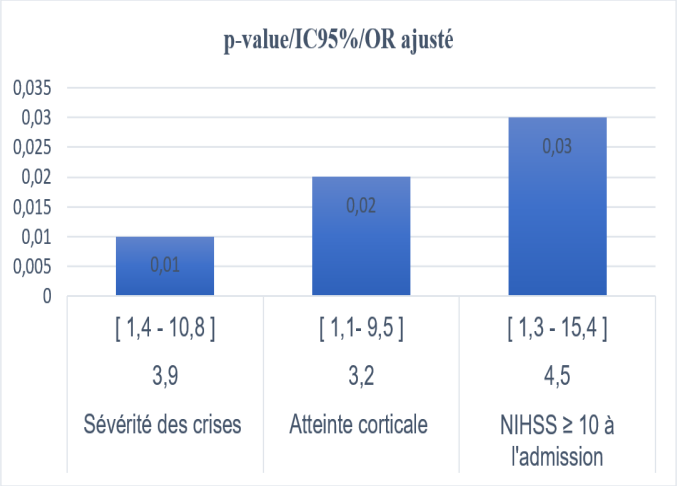

Figure 1 : Facteurs associés à la détérioration de la qualité de vie (analyse multivariée).

Tableau I : Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients (n = 50) ET = écart-type.

Variables	**Effectif (n)**	**Pourcentage (%) / Moyenne ± ET**
Sexe masculin	30	60,0 %
Sexe féminin	20	40,0 %
Âge moyen (ans)	--	59 ± 11
Tranche d'âge 30–49 ans	8	16,0 %
Tranche d'âge 50–69 ans	26	52,0 %
≥ 70 ans	16	32,0 %
Hypertension artérielle	34	68,0 %
Diabète	12	24,0 %
Antécédents cardiovasculaires	9	18,0 %

Tableau II : Caractéristiques de l'AVC et des crises épileptiques

Variables	Effectif (n)	Pourcentage (%)
AVC ischémique	35	70 %
AVC hémorragique	15	30%
Atteinte corticale	36	72%
Atteinte sous-corticale	14	28%
Crises focales	32	64%
Crises généralisées	18	36%
Crises précoces (≤ 7 jours)	20	40%
Crises tardives (> 7 jours)	30	60%

Tableau III : Scores QOLIE-31 par dimensions

Dimension évaluée	Score moyen ± ET
Qualité de vie globale	51,6 ± 12,9
Bien-être émotionnel	48,2 ± 14,5
Limitations sociales	46,7 ± 13,2
Peur des crises	44,9 ± 12,1
Fonctionnement cognitif	58,4 ± 11,7
Énergie / vitalité	55,6 ± 13,0
Effets des médicaments	53,1 ± 12,4

Discussion

Notre étude montre que la qualité de vie des patients atteints d'épilepsie vasculaire est globalement altérée, avec un score moyen du QOLIE-31 de 51,6 ± 12,9, traduisant une atteinte modérée. Les dimensions les plus affectées concernaient le bien-être émotionnel, les limitations sociales et la peur des crises. Ces résultats confirment que l'épilepsie post-AVC ne se limite pas à une complication neurologique, mais constitue un véritable problème de santé publique en raison de son impact psychosocial [9,10].

La prédominance masculine (60 %) et l'âge moyen de 59 ans sont cohérents avec les données épidémiologiques

africaines et internationales sur l'AVC, qui survient plus fréquemment chez l'homme d'âge moyen ou avancé [12,13]. La proportion élevée d'AVC ischémiques (70 %) est également en accord avec la littérature, où ils représentent environ deux tiers des cas [3].

Comparaison avec la littérature

Nos résultats rejoignent ceux de Bladin et al. [2] et de Camilo et Goldstein [4], qui rapportent que les crises post-AVC sont fréquentes et altèrent significativement la qualité de vie. L'association entre atteinte corticale et risque accru d'épilepsie post-AVC est bien documentée [14,15]. Dans notre cohorte, cette atteinte était également corrélée à une détérioration de la qualité de vie, confirmant que les lésions corticales favorisent non seulement l'épileptogenèse mais aussi l'impact fonctionnel et psychosocial.

Le score NIHSS ≥ 10 à l'admission est apparu comme un facteur prédictif indépendant de mauvaise qualité de vie. Ce résultat est en accord avec les travaux de Hesdorffer et al. [6] et Arntz et al. [7], qui soulignent que la sévérité initiale de l'AVC est un déterminant majeur du risque épileptique et du handicap fonctionnel. De même, la sévérité des crises a été associée à une altération plus marquée du QOLIE-31, ce qui corrobore les observations de Baker et al. [8] sur l'impact direct de la fréquence et de l'intensité des crises sur la qualité de vie.

Implications cliniques

Ces résultats soulignent la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire intégrant non seulement le traitement antiépileptique, mais aussi le soutien psychologique, la réhabilitation fonctionnelle et l'éducation thérapeutique. L'utilisation régulière d'outils validés comme le QOLIE-31 permettrait de mieux suivre l'évolution des patients et d'adapter les interventions. Dans les contextes à ressources limitées, l'intégration de l'évaluation de la qualité de vie dans le suivi neurologique pourrait contribuer à améliorer la prise en charge globale.

Limites de l'étude

Les principales limites résident dans le caractère transversal, qui ne permet pas d'établir de relation causale, et dans la taille relativement réduite de l'échantillon (n = 50), limitant la généralisation des résultats. De plus, l'absence de suivi longitudinal empêche d'évaluer l'évolution de la qualité de vie à long terme. Enfin, l'utilisation d'un questionnaire auto-rapporté expose à un biais de subjectivité.

Perspectives

Des études prospectives multicentriques, avec un échantillon plus large et un suivi longitudinal, sont nécessaires pour confirmer ces résultats. L'intégration de biomarqueurs neuroinflammatoires et d'outils d'imagerie avancée pourrait également améliorer la compréhension des mécanismes liant AVC, épilepsie et qualité de vie.

Conclusion

Notre étude met en évidence que l'épilepsie vasculaire constitue une complication fréquente et invalidante des accidents vasculaires cérébraux, avec un impact significatif sur la qualité de vie des patients. Le score global moyen du QOLIE-31, traduisant une altération modérée, souligne que les dimensions émotionnelles, sociales et la peur des crises sont particulièrement affectées. Les facteurs prédictifs identifiés : sévérité des crises, atteinte corticale et score NIHSS ≥ 10 à l'admission confirment le rôle déterminant de la sévérité neurologique initiale et de l'atteinte corticale dans la détérioration du vécu des patients.

Ces résultats plaident pour une prise en charge multidisciplinaire, intégrant non seulement le traitement antiépileptique mais aussi le soutien psychologique, la réhabilitation fonctionnelle et l'éducation thérapeutique.

***Correspondance**

Eric GUEUMEKANE BILA LAMOU

bilaeric307@gmail.com

Disponible en ligne : 29 Décembre 2025

1 : Service de Médecine Interne, Hôpital gynéco-obstétrique et pédiatrique de Douala
2 : Département des Sciences Cliniques, Faculté de Médecine et des Sciences Pharmaceutiques de Douala, Cameroun.
3 : Service de Neurologie, Hôpital général de Douala
4 : Service de Neurologie, Hôpital Laquintinie de Douala
5 : Département de Médecine Interne et Spécialités médicales, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales de Yaoundé, Cameroun.

© Journal of African Clinical Cases and Reviews 2025

Conflit d'intérêt : Aucun

Références

[1] Camara N, Diawara K, Keita D, Cissé FA, Cissé A. Épilepsie vasculaire : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques au service de neurologie de l'hôpital national Ignace Deen, CHU de Conakry. JACCR Africa. 2024 Aug 27.
[2] Bladin CF, Alexandrov AV, Bellavance A, et al. Seizures after stroke: a prospective multicenter study. Arch Neurol. 2000;57(11):1617–22.
[3] Arboix A, Alió J. Acute symptomatic seizures and epilepsy after ischemic stroke. Expert Rev Neurother. 2011;11(7):981–91.
[4] Camilo O, Goldstein LB. Seizures and epilepsy after ischemic stroke. Stroke. 2004;35(7):1769–75.
[5] Vezzani A, French J, Bartfai T, Baram TZ. The role of inflammation in epilepsy. Nat Rev Neurol. 2011;7(1):31–40.
[6] Hesdorffer DC, Hauser WA, Annegers JF, Cascino G. Epilepsy following cerebrovascular disease. Epilepsia. 1996;37(1):73–8.
[7] Arntz RM, Rutten-Jacobs LC, Maaijwee NA, et al. Post-stroke epilepsy in young adults: a long-term follow-up study. Neurology. 2013;81(2):144–50.
[8] Baker GA, Jacoby A, Buck D, Stalgis C, Monnet D. Quality of life of people with epilepsy: a European study. Epilepsia. 1997;38(3):353–62.
[9] Zelano J, Holtkamp M, Agarwal N, Lattanzi S. Post-stroke epilepsy: current perspectives on diagnosis and management. Ther Adv Neurol Disord. 2020;13:1756286420941678.
[10] Tanaka T, Ihara M. Post-stroke epilepsy. Neurochem Int. 2017;107:219–28.
[11] Njamnshi AK, Ongono J, Bella JH, et al. Epilepsy following stroke in a group of black African patients in Yaoundé, Cameroon. Clin Neurol Neurosurg. 2006;108(8):770–3.
[12] Owolabi MO, Akinyemi RO, Arulogun O, et al. Clinical characteristics and prognosis of stroke in West Africa: a systematic review. J Neurol Sci. 2015;357(1–2):6–13.
[13] Feigin VL, Norrving B, Mensah GA. Global burden of stroke. Circ Res. 2017;120(3):439–48.
[14] Labovitz DL, Hauser WA, Sacco RL. Prevalence and predictors of early seizures and epilepsy after first stroke. Neurology. 2001;57(2):200–6.
[15] Lamy C, Domigo V, Semah F, et al. Early and late seizures after cryptogenic ischemic stroke in young adults. Neurology. 2003;60(3):400–4.

Pour citer cet article :

E Gueumekane Bila Lamou, M Dzobosse, D Massi Gams, AM Magnerou, JN Doumbe, SAF Bagnaka Eloumou et al. Évaluation de la qualité de vie des patients atteints d'épilepsie vasculaire à l'unité de neurologie de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Douala/Cameroun. Jaccr Africa 2025; 9(4):415-421
https://doi.org/10.70065/2594.jaccrAfri.010L022912