

Epidémiologie des épilepsies en Afrique Noire

Kokou Mensah Guinhouya^a, Kodjo Eric Grunitzky^{a, b}

^a Service de neurologie, CHU de Tokoin, Lomé, Togo

^b Service de neurologie, CHU du Campus, Lomé, Togo

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

L'étude des épilepsies en Afrique Noire revêt à la fois un intérêt épidémiologique, étiologique, sémiologique et thérapeutique. La multiplication des enquêtes de population [1–3] ces trente dernières années traduit la nécessité, dans ce secteur encore inexploré, d'évaluer en ce qui concerne l'épilepsie, la prévalence et l'incidence afin de mettre en place des programmes de prévention et de contrôle des crises. Cependant, il est difficile d'avoir une interprétation cohérente des résultats de ces enquêtes du fait d'une grande variabilité des indices épidémiologiques. En Afrique, la prévalence brute de l'épilepsie varie ainsi de 3,7% à 37% au Nigéria [1] et de 19% à 20% en Tanzanie [2]. Ces taux de prévalence observés en Afrique contrastent avec les taux rapportés dans les pays industrialisés (2,7–8 [4]) et suggèreraient l'existence de certaines particularités propres au continent africain. Ces enquêtes, descriptives pour la plupart, montrent que les crises généralisées sont majoritaires et surviennent dans la première décennie de la vie [1–5]. En effet, l'étude de la pyramide des âges en Afrique Noire montre les traits d'une population à fécondité très élevée, à mortalité très importante et à espérance de vie relativement courte (44–54 ans). Les moins de 15 ans représentent 50–60% de la population. Le poids démographique de ce groupe d'âge sur les indices épidémiologiques a été souligné par plusieurs auteurs [1, 5]. En outre, en l'absence d'EEG, la classification suivant le type de crises favorise les crises les mieux connues et les plus faciles à identifier par les enquêteurs ou les enquêtés, c'est-à-dire les crises «grand mal», ce qui en explique la prédominance. Cependant, l'exclusion sur la base du questionnaire de l'OMS, des crises symptomatiques d'une atteinte cérébrale, systémique aigu ou des crises convulsives fébriles, sur le seul interrogatoire, dans un continent où entre autres sévissent fortement les infections respiratoires aiguës et le paludisme reste ambigu et subjectif et peut affecter les indices épidémiologiques. Même si certains types de crises sont bien connus et définis en Afrique, la multitude des dialectes et les variations à l'intérieur d'un même dialecte rendent aléatoire la traduction homogène du «Questionnaire OMS» [1]. Ceci explique en partie l'absence d'enquête nationale et le choix de population monoethnique dans les enquêtes en Afrique Noire [1–3]. L'architecture de certains villages où les cases sont enchevêtrées est peu propice à la technique d'échantillonnage aléatoire à plusieurs niveaux. La progression des enquêteurs de proche en proche suivant une direction choisie au hasard est biaisée. Les résultats des enquêtes exhaustives

dans ces aires géographiques bien délimitées ne peuvent donc être transposés à l'ensemble de la population du pays concerné et ne sont donc pas représentatifs de la population nationale. Enfin, la taille de l'échantillon dans les différentes études varie énormément en fonction des objectifs poursuivis, des ressources financières et des équipes de neurologues. Toutefois, tous les auteurs, sont unanimes sur le rôle des facteurs périnataux et des maladies infectieuses dans la genèse de l'épilepsie. La neurocysticercose apparaît dans plusieurs pays d'Afrique, comme une des principales causes d'épilepsie [3]. La toxoplasmose cérébrale, au cours du SIDA, y constitue aussi une des affections les plus épileptogènes [3]. Le neurotropisme et la neurovirulence d'autres parasitoses, très fréquentes en Afrique, ne sont pas encore bien cernés [3]. Certaines études suggèrent l'existence de facteurs génétiques [3].

Collomb au Sénégal [5] rapporte que l'apparente tolérance vis-à-vis de l'épileptique au sud du Sahara cache en fait la peur inspirée par l'épilepsie et le sujet qui en est porteur. Ceci en raison d'une perception sacrée et de l'interprétation surnaturelle de l'épilepsie, à travers les âges et les civilisations. Ce phénomène se traduit par une tendance à la dissimulation au cours du dépistage. Cette crainte entraîne de nombreux interdits (alimentaires, sexuels, sociaux). La perception magique et traditionnelle de l'épilepsie conduit également à des pratiques irrationnelles parfois dégradantes et déshumanisantes. Mais, les scarifications peuvent revêtir un intérêt diagnostique, thérapeutique et épidémiologique. Ces scarifications sont observées chez environ 80% des épileptiques. Dans le système de pensée traditionnelle en Afrique, la peau constitue une mémoire où est gravée l'appartenance ethnique, les événements marquants de la vie et surtout les antécédents morbides. En l'absence de dossier médical, la «mémoire peau» [3] peut aider à déchiffrer par les caractéristiques des scarifications (ancienneté, nature, siège, etc.) l'histoire et l'évolution naturelle de l'épilepsie. Malgré le fait que les coûts du traitement soient en majorité sous-estimés et biaisés en raison de l'utilisation du phénobarbital comme molécule de référence [2, 3], tous les auteurs rapportent que les coûts indirects sont plus élevés que les coûts directs.

Références

- 1 Osuntokun BO, Adeuja AO, Nottidge VA, Bademosi O, Olumide A, Ige O, Yaria F, et al. Prevalence of the epilepsies in Nigerian Africans: a community-based study. *Epilepsia*. 1987;28(3):272–9.
- 2 Jilek WG, Jilek-Aall LM. The problem of epilepsy in a rural Tanzanian tribe. *Afr J Med Sci*. 1970;1(3):305–7.
- 3 Grunitzky KE, Dumas M, Belo M, Mbella EM. Les épilepsies au Togo. *Epilepsies*. 1991;3:295–303.
- 4 Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Prevalence of epilepsy in Rochester, Minnesota: 1940–1980. *Epilepsia*. 1991;32(4):429–45.
- 5 Collomb H, Dumas M, Ayats H, Virieu R, Simon M, Roger J. Epidemiology of epilepsy in Senegal. *Afr J Med Sci*. 1970;1(2):125–48.

Correspondance:

Kokou Mensah Guinhouya, MD
Clinique neurologique, CHU de Tokoin
BP 57, Lomé
TG-Togo
herve_guinhouya[at]yahoo.fr