



Synthèse AAN d'un guide factuel pour les **CLINICIENS**

SELECTION D'ANTIÉPILEPTIQUES POUR SIDÉENS

Ceci est un résumé rédigé par l'académie américaine de neurologie (American Academy of Neurology—AAN) et la ligue internationale contre l'épilepsie (ILAE) relatif à la sélection d'antiépileptiques (AED) pour sidéens.

Veillez vous référer au site web AAN.com pour de plus amples informations y compris celle relatives aux classifications de preuves.

Quelle preuve démontre que l'interaction entre antirétroviraux (ARV) et AED a une incidence clinique ?

Niveau de preuve faibles	Il peut apparaître important d'éviter tout inducteur enzymatique AED (EI-AED) chez les sidéens sous ARV contenant des inhibiteurs de protease (PI) ou des inhibiteurs non nucleotidiques de la transcriptase inverse (NNRTI) car l'interaction pharmacocinétique peut induire un échec virologique avec des implications cliniques en terme de progression de la maladie et du développement d'une résistance. Si un tel traitement s'avère nécessaire pour le contrôle de patients épileptiques, des évaluations pharmacocinétiques devront être effectuées afin de s'assurer de l'efficacité des ARV (niveau C+).
---------------------------------	--

Quelles sont les preuves de l'interaction entre les AED et les ARV PI ?

Phenitoïne : impact sur lopinavir/ritonavir

Niveau de preuve faible	Des patients sous phenitoïne pourraient requérir une augmentation de 50% de la dose de lopinavir/ritonavir pour maintenir une concentration sérique constante la concentration en serum (niveau C).
--------------------------------	--

Atazanavir et atazanavir/ritonavir : impact sur lamotrigine

Niveau de preuve faible	La combinaison d'atazanavir et de lamotrigine ne nécessite pas d'ajustement de la dose de lamotrigine (niveau C).
	La combinaison du ritonavir/atazanavir avec la lamotrigine peut rendre nécessaire une augmentation de 50% de la dose de lamotrigine pour maintenir une concentration sérique constante (niveau C).

Quelle est le niveau de preuve pour l'interaction entre AED et inhibiteurs d'intergrase ?

Raltegravir : impact sur lamotrigine

Niveau de preuve faible	L'association du raltegravir et de la lamotrigine ne semble pas justifier l'ajustement de la dose de lamotrigine (niveau C).
--------------------------------	---

Raltegravir : impact sur midazolam

Niveau de preuve faible	Cette combinaison ne justifie pas d'ajustement de la dose de midazolam (niveau C).
--------------------------------	---

Quelle est le niveau de preuve d'une interaction entre AED et les ARV inhibiteurs non nucleotidiques de la transcriptase inverse (NNRTI) ?

Acide valproïque : impact sur efavirenz

Niveau de preuve faible	Cette combinaison ne justifie pas d'ajustement de la dose d'efavirenz (niveau C).
--------------------------------	--

Acide valproïque : impact sur zidovudine

Niveau de preuve faible	Cette combinaison peut requérir une réduction de la dose de zidovudine pour maintenir une concentration sérique inchangée (niveau C).
--------------------------------	--

Association d'autres AED et ARV

Niveau de preuve insuffisant	Les patients devront prendre l'avis de leur médecin, avant d'effectuer toute association entre AED et ARV (niveau U).
-------------------------------------	--

Contexte clinique

Une étude de cohorte rétrospective et plusieurs études pharmacocinétiques montrent que les EI-AED interfèrent avec les ARV. L'optimisation du traitement antiépileptique chez les patients HIV doit tenir compte du profil métabolique et enzymatique des médicaments administrés.

Les médecins qui prescrivent une combinaison d'ARV et de AED sont invités à consulter les directives du ministère Américain de la Santé sur le Sida, qui propose des recommandations spécifiques relatives aux interactions entre AED et ARV (l'information est disponible sur le lien suivant : aidsinfo.nih.gov/contentfiles/AdultandAdolescentGL.pdf). Concernant les ARV les plus récents, on ne dispose que d'informations minimales sur leur interaction avec les AED.

Ce document a été rédigé par l'académie américaine de neurologie. Il a pour but de donner à ses membres des recommandations dans la prise en charge du patient. Il repose sur plusieurs études scientifiques et observations cliniques. Son but n'est pas d'exclure quelques méthodes alternatives que ce soit. L'AAN reconnaît que la décision de recevoir des soins est du ressort du patient et de son médecin traitant exclusivement. Il est par ailleurs recommandé aux médecins de consulter les directives de AAN afin d'être en mesure d'offrir une meilleure prise en charge au patient.

† **Classification et recommandations A** = Reconnu comme effectif, inoffensif ou dangereux (ou reconnu comme utile/prédictif ou inutile/prédictif) pour la condition donnée dans la population spécifiée (Niveau A nécessite au minimum deux études consistantes de classe I) * **B** = probablement efficace, inefficace ou dangereux (ou probablement utile/prédictif ou inutile/prédictif) pour la condition donnée dans la population spécifiée (Niveau B nécessite au moins une étude de niveau classe I ou deux études consistantes de niveau classe II) **C** = efficacité possible inefficacité ou dangereux (ou utilité possible/prédictif ou inutile/prédictif) pour la condition donnée dans la population spécifiée (le Niveau C nécessite au moins une étude de niveau classe II ou deux études consistantes de niveau classe III) **U** = données inadéquates ou contradictoires, au sujet d une connaissance donnée, d'un traitement (test, prédiction) non prouvé.

*Dans les cas exceptionnels une étude convaincante de niveau classe I peut être suffisante pour l'obtention d'une recommandation « A » È si 1) tous les critères sont remplis 2) l'effet de magnitude est large (résultats améliorés par taux relatif >5 et la limite inférieure de l'intervalle de confiance est >2).

Traduction effectuée par Global Translations

Traduction vérifiée par Perrine Plouin, MD

