

**Ministère des Enseignements Secondaire,
Supérieur, et de la Recherche Scientifique**

République du Mali

Un Peuple – Un But – Une Foi



U.S.T.T-B



**UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTOSTOMATOLOGIE

Année universitaire 2022 – 2023

N° :

THESE

**Parcours thérapeutique des personnes vivant avec
l'épilepsie à la Polyclinique Pasteur et à la
Clinique Médicale Dinandougou (Marka coungo)**

**Présentée et soutenue publiquement le 30/11/2023 devant le jury de la
Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie**

Par : M. **TOUNKARA Cheick Oumar**

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (DIPLÔME D'ETAT)

JURY

Président : M. Youssoufa M Maiga, Professeur

Membre : M. Adama Sissoko, Maître-Assistant

Co-Directeur : Mme Salimata Diallo, Médecin

Directeur : M. Seybou H Diallo, Maître de Conférence

DEDICACES

Je dédie ce travail :

A ALLAH le tout puissant,

Merci pour la protection et la santé accordées

Merci de nous avoir permis de mener ce travail à bien

Prière de nous guider sur le bon chemin à chaque instant de notre vie

Gloire à vous, aujourd'hui et pour toujours.

Au PROPHETE MOHAMED (Paix et salut d'ALLAH sur lui)

Merci de nous avoir montré la voie à suivre

Nul doute le meilleur exemple à suivre sur cette terre.

A mon Père Demba Tounkara,

Merci pour les conseils de tous les jours me permettant de façonner ma conduite

La persévérance, l'éthique de travail et le souci du détail font de vous un bon exemple à suivre.

Par ce travail, recevez ici, cher père !

Ma reconnaissance vis-à-vis de l'effort fourni pour notre éducation et l'expression de mon affection envers vous.

A ma mère Assétou Tounkara,

Ces quelques lignes n'exprimeront pas assez tout ce que je ressens à ce jour.

Je dépose entre vos mains, le fruit de votre patience, amour et sacrifices.

Merci Maman !

J'espère vous combler de joie et de bonheur par cette réalisation.

Qu'ALLAH vous accorde santé et longévité.

A mes frères et sœurs,

Recevez par ce travail, le témoignage de nos profonds liens fraternels.

Que DIEU vous accorde du succès dans tous vos projets.

REMERCIEMENTS

A mes oncles et mes tantes,

Merci pour vos bénédictions et encouragements.

A mes camarades thésards :

Touré Salif M, Tchoumo Fadimatou, Sagara Djeneba, Nimaga Ibrahim, Coulibaly Hawa, Baradji Mohamed, Diallo Sine, Fané Korotoumou, Kanté Bintou, Diallo Sidy et Arama Hamidou

Merci pour les moments passés ensemble, votre soutien et encouragement n'ont pas fait défaut.

Qu'ALLAH nous accorde une brillante carrière.

A mes encadreurs du service de Neurologie-Gabriel Touré,

Chaque visite, staff et consultation étaient une occasion d'apprendre un peu plus.

J'espère avoir été pour vous un bon étudiant. Merci !

Au Pr Youssoufa Mamoudou MAIGA,

Plus qu'un chef, vous avez été un conseiller, un éducateur.

Merci pour la confiance en m'accordant cette thèse.

Merci pour l'enseignement réussi, votre maîtrise de la neurologie, votre pédagogie, votre volonté de transmettre, votre grand esprit de compréhension ainsi que votre culture de l'excellence sont une source d'admiration pour chacun de vos disciples. Recevez ma profonde gratitude en ce lieu.

Au Pr Seybou Hassane DIALLO,

Cher Maître, ça a été un grand privilège pour nous de vous avoir comme formateur, vous qui avez ce souci permanent de transmettre votre savoir et qui le faites à la moindre occasion. Vous nous avez enseigné la rigueur dans le travail tout en créant une atmosphère de convivialité parmi nous.

Merci !

Au Dr Salimata DIALLO,

Chère Maître, merci pour tout ce que j'ai acquis de vous, merci de votre disponibilité pour la réalisation de ce travail.

Vous qui avez le souci du travail bien fait, c'est le lieu de vous dire que cela nous pousse à nous dépasser tous les jours afin de devenir une meilleure version de nous-même.

Soyez remercié de cela !

Au Dr Awa COULIBALY,

Votre générosité et votre gentillesse font de vous une merveilleuse personne.

Merci pour tout ce que j'ai acquis de vous.

Au Dr Saliou MAHAMADOU,

Grand merci à vous pour tout ce que j'ai acquis de vous, c'est une chance pour nous de vous avoir dans le service.

Au Dr Mahamadou TOGO,

Votre soutien et encouragement m'ont beaucoup aidé au début de mon internat.

C'est le moment de vous remercier.

Au Dr Karim DAO,

Vous qui êtes si doué dans vos explications, merci pour ce que vous apportez à travers chaque visite.

Au Dr Aboudramane Bengaly,

Merci pour le temps accordé à la réalisation de ce travail, c'était un plaisir.

Au Dr Moussa Doumbia,

Merci pour le soutien apporté dans le l'élaboration de ce travail, c'était un plaisir.

Au Dr Cheick Oumar Diallo,

Merci pour l'aide apporté afin de mener ce travail à bien, c'était un plaisir.

A tous les D.E.S en Neurologie,

Merci pour votre disponibilité sans faille, vous êtes indispensable pour nous les internes.

Présents mais surtout efficaces à chaque fois que nous sollicitons votre aide.

Merci à vous pour la franche collaboration.

A tous les Externes du service,

Merci à vous, pour le soutien et la disponibilité. Vous êtes très important pour le bon fonctionnement du service.

Au major Mme BAKAYOKO Doussou,

Merci pour votre compréhension et le travail dont vous faites preuve.

Votre place est inestimable dans notre quotidien.

Aux infirmiers et G.S du Service de Neurologie du CHU Gabriel Touré,

Merci pour votre assistance de tous les jours.

A mes camarades de la 13ème promotion,

Merci pour la franche collaboration.

Au corps professoral de la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie,

Ce travail est le résultat de votre enseignement de qualité.

Soyez remercié pour cela !

HOMMAGE AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et président du jury

Professeur Youssoufa Mamoudou MAIGA

- **Neurologue, Neurobiologiste**
- **Professeur titulaire de Neurologie des Universités (FMOS/USTTB)**
- **Titulaire d'un Doctorat d'Université (PhD) en neurosciences et Médecine de la Douleur de l'Université de Nantes ;**
- **Titulaire d'un Doctorat d'Université (PhD) en Neurologie et en Neurosciences de l'USTTB de Bamako ;**
- **Formateur de l'European Epilepsy Academy ;**
- **Responsable de l'enseignement de la Neurologie à la FMOS ;**
- **Coordinateur du DES de Neurologie ;**
- **Chef de service de la Neurologie du CHU Gabriel TOURE**

Cher Maître,

Nous avons été touchés par la spontanéité avec laquelle vous nous avez confié ce travail. Votre rigueur scientifique, vos qualités humaines et votre souci du travail bien fait, font de vous un maître exemplaire.

Votre arrivée a brisé le mythe de la neurologie et nous a permis de comprendre les bonnes pratiques en matière de neurologie clinique

Ce travail est le fruit du suivi sans relâche dont vous faites preuve à notre égard. Veuillez trouver ici l'assurance de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

A notre Maître et membre du jury

Docteur Adama Seydou Sissoko

- **Spécialiste en Neurophysiologie**
- **Maitre-assistant en Neurologie à la FMOS**
- **Praticien hospitalier au CHU du Point-G**
- **Membre de la Société de Neurologie du Mali**
- **Membre de la Société Malienne de Neurosciences**

Cher Maître,

Nous sommes honorés de vous compter dans ce jury et de pouvoir bénéficier de votre apport pour l'amélioration de la qualité de ce travail.

Cher maître, veuillez trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance et de notre respect.

A notre Maître et co-directrice de thèse

Dr Salimata Diallo

- **Neurologue et praticienne hospitalière au CHU Gabriel TOURE ;**
- **Chargée de recherche ;**
- **Membre de la société malienne de neurologie et de neurosciences ;**
- **Membre de la société malienne de génétique humaine ;**
- **Membre du consortium H3Africa.**

Chère Maître, Nous avons été impressionnés par votre disponibilité, votre simplicité, votre abord facile tout au long de cette thèse.

Nous avons pu admirer au cours de la réalisation de ce travail, vos qualités de scientifique, votre sens critique, votre amour du travail bien fait, qui font de vous un exemple à suivre.

Nous sommes très fiers d'avoir appris auprès de vous et nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes. Veuillez accepter dans ce travail l'assurance de notre sincère reconnaissance.

A notre Maître et Directeur de thèse

Pr Seybou Hassane DIALLO

- **Maître de Conférences Agrégé de Neurologie à la FMOS**
- **Titulaire d'un DIU de Céphalées et en Migraine**
- **Titulaire d'un DIU en Neurophysiologie Clinique**
- **Membre de la Société Malienne de Neurologie**
- **Membre du Consortium H3Africa**

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant d'être directeur de cette thèse malgré vos multiples occupations. Vous nous faites ainsi profiter de votre rigueur scientifique, de vos immenses connaissances et de votre grande expérience.

Votre dynamisme, votre respect et votre amour du travail bien fait ont forgé en vous un chef soucieux de notre encadrement.

Nous vous prions de trouver ici, cher maître, l'expression de notre grand respect et nos vifs remerciements.

Liste des abréviations

ALAT : Alanine AminoTransférase

AMPA: Alpha-amino-3-hydroxy-Méthylsoazol-4-Propionate

AMM : Autorisation de mise sur le marché

ARV : Anti-Retro-Viraux ASAT : Aspartate AminoTransférase

ATP : Adénosine-5-Tri Phosphate

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

BAV : Bloc auriculo-ventriculaire

BB: Barbiturique

BIE : Bureau International de l'épilepsie

Ca²⁺: Ion calcium

CAE: Childhood Absence Epilepsy

CBZ : Carbamazépine

CE : Crise Epileptique

CF : fonctionnement cognitif

CGTC : Crise Généralisée Tonico-Clonique

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CF : crise focale

CPK : Créatine phosphokinase

CNEP : Crise non épileptique psychogène

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

DCI: Dénomination Commune Internationale

DIU : Diplôme Interuniversitaire

EEG: Electro-Encéphalogramme

EME: Etat de Mal Epileptique

EPU : Etude Post Universitaire

ETH : Ethosuximide

E-PHT : Equivalent-phénytoïne

FMOS : Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

FOS : Fosphénytoïne
GABA : Gamma Amino Butyrique Acide
Glu : Glutamate
GBP : Gabapentine
Gama GT : Gamma-glutamyltranspeptidase
HED : Hématome Extradural
HIC : Hypertension Intracrânienne
HSD : Hématome Sous Dural
HTA : Hypertension Artérielle
ILAE : International League Against Epilepsy
IM : Intra-Musculaire
IV : Intraveineux
IRM : Imagerie par Résonance Magnétique
JAE: Juvenile Absence Epilepsy
JME: Juvenile Myoclonic Epilepsy
LCR : Liquide Céphalo-Rachidien
LKS : Landau- Kleffener Syndrome
LICE : Ligue Internationale contre l'épilepsie
LP: Libération Prolongée
LTG : Lamotrigine
LVT : Lévétiracetam
MAE : Médicament Antiépileptique
NFS : Numération Formule Sanguine
NMDA : N-méthyl-Daspartate
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
OXC : Oxcarbazépine
PB : Phénobarbital
PED : Pays en voie de Développement
PI : Pays industrialisé

PhD : Appellation anglo-saxonne du doctorat

PHT : Phénytoïne

PO : Per Os

PSG : Partielle Secondairement Généralisée

RMN: Résonance Magnétique Nucléaire.

SAU: Service d'Accueil des Urgences

SNC : Système Nerveux Central

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TEMP : Tomographie d'Emission Monophotonique

TEP : Tomographie par Emission de Positions

TGB: Tiagabine

TP : Taux de Prothrombine

TPM : Topiramate

USTTB : Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

VPA : Valproate de sodium

Table des matières

I. Introduction.....	1
Objectifs	3
1. Objectif général :	3
2. Objectifs spécifiques :	3
II. Généralités	4
1. Définitions	4
1.1. Les crises épileptiques :	4
1.2. L'épilepsie :	6
1.3. Le syndrome épileptique :	6
2. Epidémiologie	6
3. Physiopathologie(29)	7
4. Classifications	9
4.1. Types de crise	10
4.2. Types d'épilepsie	13
4.3. Syndromes épileptiques(21)	14
5. Diagnostic(33)	18
5.1. Diagnostic positif	18
5.2. Diagnostic différentiel	18
5.3. Diagnostic étiologique	25
6. Les facteurs étiologiques :	28
7. Traitement	33
- Buts	33
-Moyens	34
-Règles générales d'utilisation	39
- Choix du traitement	41
- Situations particulières	42
- Suivi du traitement(51)	43
-En cas d'états de mal épileptiques(52)	44
III. Méthodologie	47
1. Lieux d'études	47
1.1. Polyclinique Pasteur :	47
1.2. Clinique médicale Dinandougou	48
2. Population d'étude :	49
3. Echantillonnage :	49

4. Type d'étude :	50
5. Période d'étude :	50
6. Techniques d'étude:	50
7. Critères d'inclusion :	50
8. Critères de non inclusion :	50
9. Saisie et analyse des données :	50
10. Tests statistiques :	50
10.1. Variables qualitatives	50
10.2. Variables quantitatives	50
11. Considération éthique et déontologique :	51
IV. RESULTATS	52
1. Etude descriptive	52
2. Etude analytique	60
3. Facteurs limitant l'accessibilité aux soins antiépileptiques	75
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	77
1. Difficultés de l'étude :	77
2. Les caractéristiques sociodémographiques :	77
2.1. Tranche d'âge :	77
2.2. Sexe :	77
2.3. Profession :	77
2.4. Niveau d'instruction :	77
2.5. Statut matrimonial :	78
3. Les caractéristiques de la maladie :	78
3.1. Age de survenue de la première crise :	78
3.2. Type de crise :	78
3.3. Aspects thérapeutiques :	79
Conclusion	83
Recommandations.....	84
REFERENCES	85
ANNEXES.....	93

Liste des Figures

Figure 1: Définition physiopathologique des crises d'origine focale et des crises d'origine généralisée.	8
Figure 2: Démarche de la classification des épilepsies.	10
Figure 3 : Classification des syndromes épileptiques selon l'étiologie, le type de crise et l'âge de début	15
Figure 4: Répartition des patients selon le sexe	53
Figure 5: Répartition des patients selon la religion	54

Liste des tableaux

Tableau 1: Nouvelle classification des types de crises	11
Tableau 2: Le tableau II ci-dessous reprend les éléments les plus évocateurs en termes d'antécédents, circonstances de survenue et signes cliniques pour les diagnostics de crises d'épilepsie, syncope et CNEP.....	21
Tableau 3: Effets secondaires, surveillance, contre-indication, Posologie, Avantages et inconvénients des principaux antiépileptiques.	34
Tableau 4 : Répartition des patients selon le centre de recrutement	52
Tableau 5: Répartition des patients selon la tranche d'âge	52
Tableau 6: Répartition des patients selon leur ethnie.....	53
Tableau 7 : Répartition des patients selon le lieu de résidence	54
Tableau 8: Répartition des patients selon le niveau d'instruction.....	55
Tableau 9: Répartition des patients selon le statut matrimonial.....	55
Tableau 10: Répartition des patients selon la profession	56
Tableau 11: Répartition selon l'interlocuteur.....	56
Tableau 12: Répartition des patients selon leur avis sur l'épilepsie.....	57
Tableau 13: Répartition des patients concernant la consultation dès la 1ère crise.....	57
Tableau 14: Répartition des patients selon le choix du 1er consultant	57
Tableau 15: Répartition des patients concernant la deuxième consultation.....	58
Tableau 16: Répartition selon le prix du traitement.....	58
Tableau 17: Répartition des patients concernant l'observance thérapeutique	58
Tableau 18: Répartition des patients ayant arrêtés le traitement selon la cause.....	59
Tableau 19: Croisement Résidence*Centre de recrutement	60
Tableau 20: Croisement Age de la 1ère crise * Centre de recrutement	61
Tableau 21: Croisement Type de manifestation * Centre de recrutement	62
Tableau 22: Croisement premier consultant * Centre de recrutement	63
Tableau 23: Croisement choix du 1er consultant * centre de recrutement	64
Tableau 24: Croisement pensée du 1er consultant selon la gravité * centre de recrutement	65
Tableau 25: Croisement pensée du 1er consultant selon la contagiosité * centre de recrutement	66
Tableau 26: Croisement pensée du 1er consultant selon la curabilité * centre de recrutement	67
Tableau 27: Croisement pensée du 1er consultant selon les moyens pour guérir * centre de recrutement.....	68
Tableau 28: Croisement traitement de la 1ère crise * centre de recrutement.....	69
Tableau 29: Croisement choix du 2ème consultant * centre de recrutement.....	70
Tableau 30: Croisement pensée du 2ème consultant selon la gravité * centre de recrutement.....	71
Tableau 31: Croisement pensée du 2ème consultant selon la curabilité * centre de recrutement.....	72
Tableau 32: Croisement types d'antiépileptiques * centre de recrutement	73
Tableau 33: Croisement Types d'antiépileptiques * Persistance des crises	75

I. Introduction

Selon la Ligue Internationale Contre l'Épilepsie (LICE), la crise d'épilepsie correspond à la présence transitoire de signes et /ou symptômes dus à une activité neuronale excessive ou synchrone anormale dans le cerveau(1).

L'épilepsie est une maladie cérébrale répondant à l'une des trois conditions suivantes:

- La survenue d'au moins deux crises non provoquées (ou réflexes) espacées de plus de 24 heures;
- La survenue d'une crise non provoquée (ou réflexe) et une probabilité de survenue de crises ultérieures au cours des 10 années suivantes, similaire au risque général de récurrence (au moins 60%) observé après deux crises non provoquées;
- Le diagnostic d'un syndrome épileptique(2).

En 2004, l'OMS estimait à environ 50 millions le nombre de sujets vivants avec l'épilepsie à travers le monde dont 80% se trouvent dans les pays en voie de développement(3).

De ce fait, elle constitue après les céphalées, la maladie neurologique la plus fréquente(4).

Le taux de prévalence en 2017 était estimé à 8,75 pour 1000 personnes dans les pays en voie de développement et 5,18 pour 1000 personnes dans les pays développés (5).

En Europe, en Amérique du nord et du sud, les prévalences sont respectivement entre 5,4‰ (4) , 5-10‰(6) et 12,4‰(7).

En Afrique Sub-saharienne, la prévalence moyenne est de 15,4‰(8,9).

L'Afrique sub-saharienne et l'Amérique du sud ont les prévalences globales les plus élevées par comparaison aux prévalences observées en Europe et en Amérique du Nord(10)

Au Mali, la prévalence de l'épilepsie se situe à 15,6‰ en zone rurale et à 14,6‰ en milieu urbain(11).

L'incidence de l'épilepsie, standardisée sur âge, varie de 24 à 53 pour 100 000 personnes années dans les pays développés(12)

En Europe, elle varie entre 28,8 à 49,3 pour 100 000 personnes années(9).

En Amérique du Sud, elle est de 2 à 3 fois plus élevées et peut atteindre 190 pour 100 000 personnes années.(7,10)

En Asie, elle avoisine celle de l'Europe(9).

En Afrique Subsaharienne, elle peut atteindre 190 pour 100 000 personnes années dans certaines zones africaines(7,10).

Au Mali, les études hospitalières montrent que l'épilepsie représente environ 67% de causes des crises convulsives au cours de la première année de vie(13)

Du fait de sa fréquence et de ses lourdes conséquences socio-économiques, l'épilepsie représente un problème majeur de santé publique à travers le monde, dans les pays en développement en général et au Mali en particulier(14)

En effet, l'Afrique au sud du sahara fait face à des difficultés vis-à-vis de la perception de cette affection par les patients ou leur parents, car les fausses idées rattachées à l'épilepsie, telles que la sorcellerie, le châtement divin, les mauvais esprits, la désobéissance aux ancêtres sont à l'origine de la marginalisation des personnes atteintes, qui ont alors recours, d'emblée à la médecine traditionnelle, avec un faible niveau de fréquentation des structures sanitaires.(15)

Raison pour laquelle, la prise en charge thérapeutique de l'épilepsie se fait dans un environnement dont les tradipraticiens jouent encore un rôle important, le guérisseur est le premier recours, et c'est le constat de l'échec de ce dernier qui motive la consultation à l'hôpital.(16)

Au Mali, peu d'études ont été faites sur le parcours thérapeutique des personnes vivant avec l'épilepsie avant le diagnostic et la mise en place d'un traitement antiépileptique, malgré la campagne mondiale de lutte contre l'épilepsie lancée en mai 2000 à Dakar, <<Sortir l'épilepsie de l'ombre>>, c'est le nom donné par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la Ligue Internationale Contre

l'Epilepsie (LICE) et le Bureau International de l'Epilepsie (BIE).(17). Ceci se justifie avec la réalisation de cette étude, dont les objectifs étaient :

Objectifs

1. Objectif général :

Etudier le parcours thérapeutique chez les personnes vivant avec l'épilepsie à la Polyclinique Pasteur ainsi qu'à la clinique médicale de Marka coungo (Dinandougou)

2. Objectifs spécifiques :

1. Déterminer les différentes étapes du parcours des patients épileptiques à la recherche de soins.
2. Déterminer les raisons des différents choix thérapeutiques.
3. Evaluer les facteurs limitant l'accès aux médicaments antiépileptiques.

II. Généralités

1. Définitions

1.1. Les crises épileptiques :

Une crise d'épilepsie est une apparition transitoire de signes et / ou de symptômes dus à une activité neuronale excessive ou synchrone anormale dans le cerveau.(1)

a) Les crises provoquées ou symptomatiques

Ces crises sont provoquées et se manifestent, lors ou au décours d'un dommage cérébral, quel que soit son origine (traumatisme crânien, neurochirurgie, infection du système nerveux central, méningite ou encéphalite, accident vasculaire cérébral, désordre métabolique...).

Elles cessent généralement avec la résolution de l'événement responsable et ne répondent pas ou peu à un traitement antiépileptique.

Cependant, les atteintes cérébrales initiales ayant conduit à l'apparition de crises symptomatiques aiguës peuvent entraîner l'apparition de crises d'épilepsies récurrentes non provoquées à distance (crises séquellaires).(18)

b) Les crises non provoquées

Ce sont des crises apparaissant en dehors de tout contexte de dommage ou d'altération cérébrale.

Une revue de la littérature faisant la synthèse d'études rigoureuses ayant inclus de nombreux patients a permis de déterminer que le risque de récurrence était compris entre 40 et 50%, dans les 2 années suivant l'apparition d'une première crise non provoquée.(19)

c) L'état de mal épileptique

C'est une crise épileptique qui persiste suffisamment longtemps ou qui se répète à des intervalles suffisamment brefs pour créer une condition épileptique stable et durable. Cet état résulte d'une mise en échec des mécanismes en charge de l'arrêt de la crise épileptique ou bien de l'initiation de phénomènes spécifiques responsables de l'allongement anormal de la crise habituelle.(20)

En pratique, c'est une crise épileptique de durée anormalement longue (plus de 5 min pour un état de mal convulsif ; de 10 à 30 min si non convulsif, à expression confusionnelle) ou des crises convulsives subintrantes, sans retour de la conscience intercritique.(21)

1.2. L'épilepsie :

L'épilepsie est une maladie du cerveau définie par l'une des situations suivantes :

- Au moins deux crises non provoquées (ou réflexes) survenant à >24 h d'intervalle
- Une crise non provoquée (ou réflexe) et une probabilité d'autres crises similaires au risque général de récurrence (au moins 60%) après deux crises non provoquées, survenant au cours des 10 prochaines années
- Diagnostic d'un syndrome épileptique

L'épilepsie est considérée comme résolue pour les personnes qui avaient un syndrome d'épilepsie dépendant de l'âge, mais qui ont maintenant dépassé l'âge applicable ou celles qui n'ont pas eu de crises au cours des 10 dernières années, sans médicaments contre les crises au cours des 5 dernières années.(22)

1.3. Le syndrome épileptique :

Il est défini par l'association constante et non fortuite de caractéristiques cliniques, paracliniques telles que le type de crise, l'EEG et l'imagerie, les caractéristiques dépendantes de l'âge telles que l'âge de début et de rémission, les facteurs favorisant les crises, leur survenue variable en fonction du cycle veille-sommeil et parfois le pronostic, ainsi que les comorbidités telles que la déficience intellectuelle ou une comorbidité psychiatrique.(23)

2. Epidémiologie

De nombreuses études ont été faites sur l'épilepsie mais les résultats restent toujours discutés vu l'écart qu'il y a entre les pays industrialisés (PI) et les pays en développement (PED). Comme raison, il y a un manque de précision sur les différentes formes d'épilepsie, une inclusion ou une exclusion selon les études des convulsions fébriles, des crises isolées en rémission et la méthodologie utilisée

pour l'enquête, beaucoup d'études ont été réalisées avant l'adoption de la classification internationale des crises épileptiques(24).

Depuis la mise au point d'un questionnaire d'investigation par la Ligue Internationale Contre l'Epilepsie (ILAE) et l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS), les résultats des enquêtes sont de plus en plus comparables(25)

Ainsi 80 à 85% de la population mondiale des épileptiques résident dans les PED, le manque d'éléments paracliniques comme l'EEG conduit à une erreur de classification. Certaines étiologies spécifiques aux PED expliquent l'augmentation de la fréquence d'épilepsie, ce sont les infections (bactériennes, virales et parasitaires), les fréquences élevées d'anoxie néo-natale, des traumatismes crâniens et des convulsions fébriles de l'enfance.(26,27)

Au Mali, les études épidémiologiques sur l'épilepsie sont peu nombreuses, cependant, on peut affirmer qu'il existe un taux brut de 13 à 15 pour mille dans la plupart des régions du pays, et ce taux est probablement plus élevé dans certaines zones en fonction de la présence de facteurs de risques spécifiques(28).

3. Physiopathologie(29)

Les manifestations cliniques et EEG des crises épileptiques dépendent de l'endroit où s'initient et diffusent les décharges neuronales.

Les crises généralisées (tonico-cloniques, absences, cloniques, toniques, atoniques, myocloniques), rapportées à l'origine des décharges électriques intéressants l'ensemble du cerveau sont actuellement attribuées à des décharges impliquant des réseaux neuronaux bien déterminés, distribués bilatéralement (figure 1) dans les deux hémisphères incluant des formations corticales et des formations sous corticales organisées en boucle cortico-thalamo-corticale ou cortico-réticulaire.

Les crises focales, trouvent leur origine à l'intérieur de réseaux limités à un seul hémisphère, elles peuvent évoluer secondairement en crises bilatérales.

Donc, l'origine de toute crise résulte de l'apparition simultanée et synchrone de décharges électriques au sein d'une population de neurones, ces décharges

anormales correspondent à une dépolarisation membranaire massive et prolongée qui entraîne la production de train de potentiels d'action répétitifs autoentretenus.

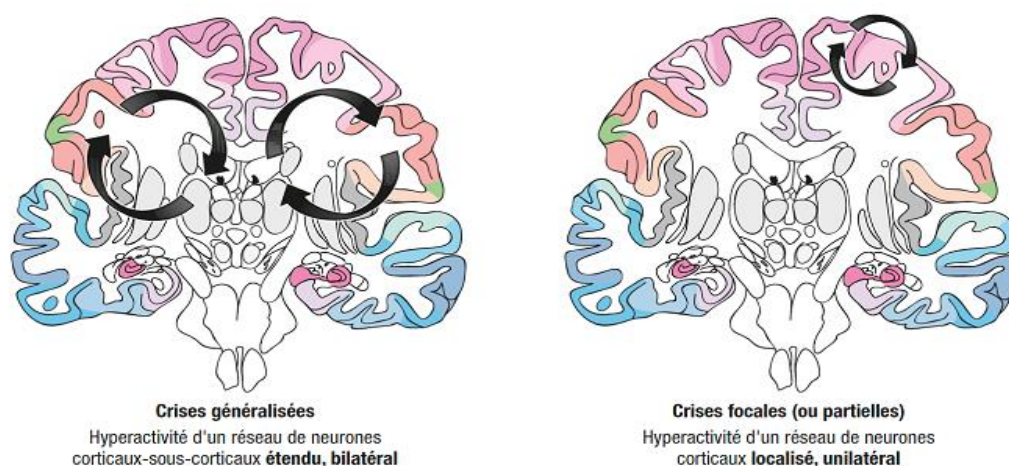


Figure 1: Définition physiopathologique des crises d'origine focale et des crises d'origine généralisée.

La décharge de pointes, de pointe-ondes ou d'ondes à front raide, observée sur l'EEG, caractéristique fondamentale de toute épilepsie est la traduction en surface de champs électriques créés par les mouvements ioniques intra et extra cellulaires. Les phénomènes de polarisation et de dépolarisation caractéristique des cellules excitables sont liés à des changements de concentration ionique à l'intérieur et à l'extérieur de la membrane cellulaire. Ces phénomènes sont dépendants d'un ensemble régulateur complexe incluant des canaux ioniques voltage sensibles, des récepteurs membranaires et les cellules gliales environnantes.

Les déterminants synaptiques impliqués dans la transmission de l'influx nerveux sont directement concernés dans les processus d'épileptogenèse, trois systèmes ont été individualisés :

- Les systèmes excitateurs avec comme neuromédiateur l'acide glutamique ou glutamate, sous le contrôle de quatre types de récepteurs (NMDA, AMPA/KA, récepteurs métaboliques et autorécepteurs).
- Les systèmes inhibiteurs avec GABA (acide gamma-aminobutyrique) comme neuromédiateurs et deux types de récepteurs : récepteurs GABA-A(canal chlore), récepteurs GABA-B(protéine G et canal potassium).

-Les systèmes neuromodulateurs avec effet sur les systèmes excitateurs ou inhibiteurs (monoamines, acétylcholine, neuropeptides, adénosine).

Les recherches sur l'épilepsie ont mis en évidence 3 possibilités de dérèglement, les deux premières sont génératrices d'hyperexcitabilité :

- Par renforcement de la transmission excitatrice (libération excessive d'acide glutamique, modification des récepteurs glutamatérgiques NMDA, AMPA/KA, métabotropiques), développement de circuits récurrents excitateurs.
- Par diminution ou perte de l'inhibition GABAérgique en relation avec une altération des différents composants du système GABA(défaut de synthèse, libération réduite, modification du récepteur GABA-A) ou encore absence d'activation des inter-neurones Gabaérgiques (théorie des neurones dormants).
- Par augmentation de l'inhibition Gabaérgique qui favorise l'hyper-synchronie des neurones, facteur épileptogène conjoint à l'hyperexcitabilité.

4. Classifications

En ce qui concerne la classification de l'épilepsie, le clinicien commence par classer les crises et en identifier le type, ensuite le type d'épilepsie du patient doit être classé et, dans certains cas, un diagnostic spécifique de syndrome d'épilepsie peut être fait.

De façon tout aussi importante, la recherche de l'étiologie sous-jacente doit être faite à chaque étape de ce diagnostic et elle est divisée en six sous-groupes, sélectionnés en raison de leurs conséquences thérapeutiques potentielles.

La classification du type de crises et du type d'épilepsie prend en compte les résultats d'examens tels que l'électroencéphalogramme (EEG), la neuro-imagerie ainsi que d'autres examens explorant l'étiologie sous-jacente de l'épilepsie, dans la mesure du possible, un diagnostic à trois niveaux doit être recherché ainsi que l'étiologie de l'épilepsie (30)

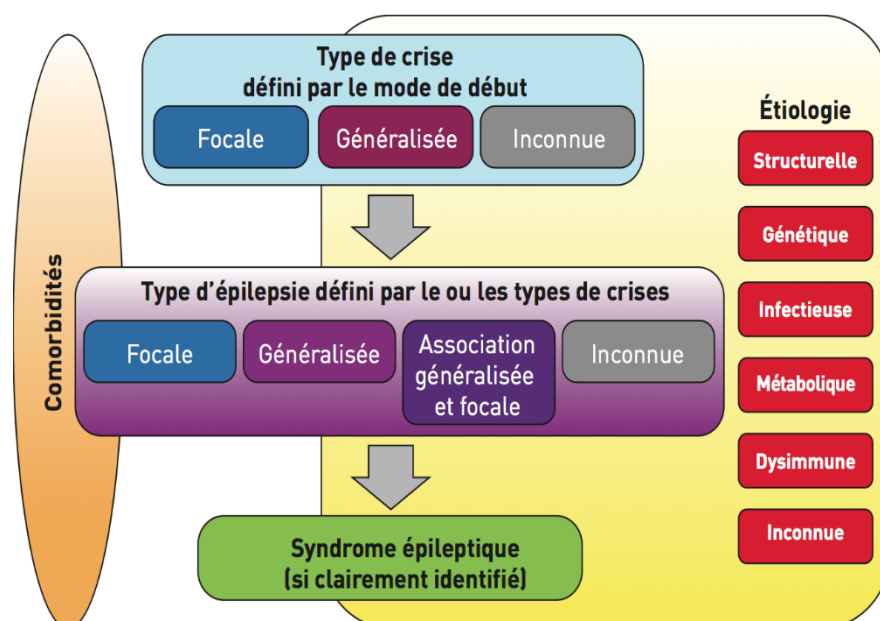


Figure 2: Démarche de la classification des épilepsies.

4.1. Types de crise

Le point de départ de la classification de l'Épilepsie est la détermination du type de crise, dans certains contextes, elle peut être le niveau maximal de la classification, car il peut n'y avoir aucun accès à l'EEG, à la vidéo et à l'imagerie cérébrale.

Selon la nouvelle nomenclature :

Les crises d'épilepsies sont divisées en trois grands groupes : les crises généralisées, les crises focales et les crises inconnues, cette dernière catégorie regroupe les crises difficiles ou impossibles à classer.(31)

a) Les crises généralisées :

Elles touchent les deux côtés du cerveau, elles ne sont pas caractérisées par un niveau de conscience donné, puisque la vaste majorité d'entre elles entraînent une altération de la conscience.

Ces types de crises se divisent en sous-catégories, en fonction de leurs symptômes moteurs ou non moteurs (absences)

b) Les crises d'épilepsie focales :

Elles sont des crises qui trouvent leur origine dans une région précise, d'un côté du cerveau. Elles peuvent être localisées ou se propager à d'autres régions. Une crise focale peut survenir sans altération de la conscience (c'est-à-dire qu'une personne peut être consciente de sa situation et de son environnement) ou avec altération de la conscience, elle peut être motrice (c'est-à-dire caractérisée par des changements de l'activité musculaire) ou non motrice (c'est-à-dire caractérisée par des changements en ce qui a trait aux sens, au comportement, aux émotions ou au processus cognitif).

Les crises tonico-cloniques focales à bilatérales sont des crises d'origine focale qui se propagent aux deux côtés du cerveau, ce type précis de crise peut entraîner une rigidité corporelle (phase tonique) suivie de mouvements saccadés (phase clonique).

c) Enfin, les crises d'origine inconnue sont des crises dont l'origine ne peut être clairement établie.(32)

Tableau 1: Nouvelle classification des types de crises

Focales	Généralisées	D'origine inconnue
Avec ou sans altération de la conscience	<ul style="list-style-type: none"> • Motrices - Tonico-cloniques - Autres motrices 	<ul style="list-style-type: none"> • Motrices - Tonico-cloniques - Autres motrices
<ul style="list-style-type: none"> • Motrices • Non motrices 	<ul style="list-style-type: none"> • Non motrices 	<ul style="list-style-type: none"> • Non motrices
Tonico-cloniques focales à bilatérales	(absences)	Non classées

➤ **Quelques Sous catégories**

-Les absences sont les crises généralisées les moins spectaculaires, elles se manifestent généralement chez l'enfant ou le sujet jeune par une altération brève de l'état de conscience révélée par une perte de contact du sujet avec son environnement.

-A l'inverse, les crises généralisées tonico-cloniques vont provoquer des manifestations spectaculaires, entraînant dans un premier temps la chute du malade suite à une perte de connaissance brutale, avec contraction musculaire généralisée et soutenue (phase tonique de 10 à 20 secondes) avec morsure de la langue, associée à des manifestations végétatives intenses (blocage respiratoire avec cyanose, tachycardie, poussée tensionnelle, sueurs, hypersalivation.

Dans un deuxième temps, vont apparaître des secousses musculaires rythmiques, bilatérales et généralisées (phase clonique de 30 secondes) dont la fréquence diminue progressivement pour aboutir, après une perte d'urine très souvent, à une période de coma post-critique (phase résolutive de quelques minutes), hypotonique au cours duquel le sujet reprend des mouvements respiratoires(respiration stertoreuse).

Le retour à la conscience claire se fait progressivement, avec une confusion post-critique pouvant durer plusieurs heures.

Le sujet ne conserve aucun souvenir de la crise, mais ressent un profond état de fatigue, des courbatures ainsi que d'importants maux de tête.

-Les myoclonies sont les seules crises généralisées sans troubles de la conscience, elles sont très brèves (< 1 seconde à quelques secondes) et comportent des secousses musculaires très brèves (< 200 ms) isolées ou répétées en courtes salves, en flexion-extension, avec lâchage ou projection de l'objet tenu (signe de la tasse de café) voire chute brutale si elles affectent les membres inférieurs.

Elles sont spontanées ou provoquées par des stimulations, en particulier une stimulation lumineuse intermittente. Fréquentes immédiatement après le réveil, elles surviennent en pleine conscience (à distinguer des myoclonies physiologiques survenant à l'endormissement)

-Les nouveaux types de crises focales comprennent les automatismes, l'arrêt comportemental, l'hyperkinétique, l'autonomie, le cognitif, l'émotionnel et la crise focale à la crise tonico-clonique bilatérale remplace la crise généralisée secondaire.

4.2. Types d'épilepsie

Le deuxième niveau est celui du type de l'épilepsie, Il suppose que le patient a un diagnostic d'épilepsie basé sur la définition proposée en 2014.

Le type d'épilepsie comprend une nouvelle catégorie : « Epilepsie Généralisée et Focale Combinée » en plus des types connus (épilepsies focales et généralisées) et une catégorie non déterminée ou inconnue.

-Le diagnostic d'épilepsie généralisée se fait sur des critères cliniques renforcés typiquement par des décharges épileptiformes intercritiques généralisées à l'EEG. Les personnes atteintes d'épilepsies généralisées peuvent avoir plusieurs types de crises : absence, crise myoclonique, atonique, tonique et tonique-clonique. Une mise en garde s'impose pour un patient présentant des crises tonico-cloniques généralisées et un EEG normal, dans ce cas, des éléments complémentaires doivent être présents pour confirmer le diagnostic d'épilepsie généralisée, tels que des secousses myocloniques ou des antécédents familiaux pertinents.

-Les épilepsies focales comprennent des crises à point de départ unifocal ou multifocal ainsi que des crises impliquant un hémisphère, les crises focales peuvent être de plusieurs types :

Crises focales avec conscience préservée, crises focales avec conscience altérée, crises focales motrices ou non motrices, et crises focales évoluant vers des crises bilatérales tonico-cloniques.

-Le nouveau groupe d'Epilepsie Généralisée et Focale Combinée correspond à des patients qui ont des crises généralisées et focales, le diagnostic est fait sur des bases cliniques, soutenues par les résultats de l'EEG inter-critique pouvant montrer des décharges épileptiformes généralisées et des décharges focales, mais ces anomalies à l'EEG ne sont pas obligatoires pour le diagnostic.

-Le terme « crise à point de départ non identifié (inconnu) » est utilisé pour indiquer que le patient a une épilepsie confirmée, mais le clinicien n'est pas en mesure de déterminer si le type d'épilepsie est focal ou généralisé parce qu'il n'y a pas suffisamment d'information disponible, si le type de crise(s) est inconnu,

alors le type de l'épilepsie peut être inconnu pour les mêmes raisons bien que les deux ne puissent pas toujours être concordants.

Par exemple, le patient peut avoir eu plusieurs crises toniques-cloniques symétriques sans aspects cliniques focaux avec EEG normaux, ainsi, le point de départ, le type de crises sont inconnus et l'épilepsie est classée inconnue.

Dans d'autres cas, la description clinique de la crise peut être inconnue et l'EEG indisponible, donc elle n'est pas classable.(30)

4.3. Syndromes épileptiques(21)

Il existe de nombreux syndrome, mais il n'y a jamais eu à ce jour de classification formelle des syndromes épileptiques par la LICE.(30)

Cependant, ils sont définis selon :

- l'âge de début des crises ;
- le(s) type(s) de crise(s) prédominants(s) ;
- l'EEG intercritique et critique ;
- l'examen neurologique et neuropsychologique intercritique (normal, ou signes de focalisation dans les formes focales, ou troubles du développement dans les encéphalopathies épileptiques) ;
- le pronostic.

Ils sont représentés dans la figure suivante selon trois axes : un axe centrifuge correspondant à l'âge de début, un axe vertical correspondant au type de crises (focales ou généralisées) et enfin un axe horizontal étiologique (idiopathique, c'est-à-dire d'origine présumée, ou non idiopathique, c'est-à-dire structurelle ou métabolique ou infectieuse ou dysimmune).

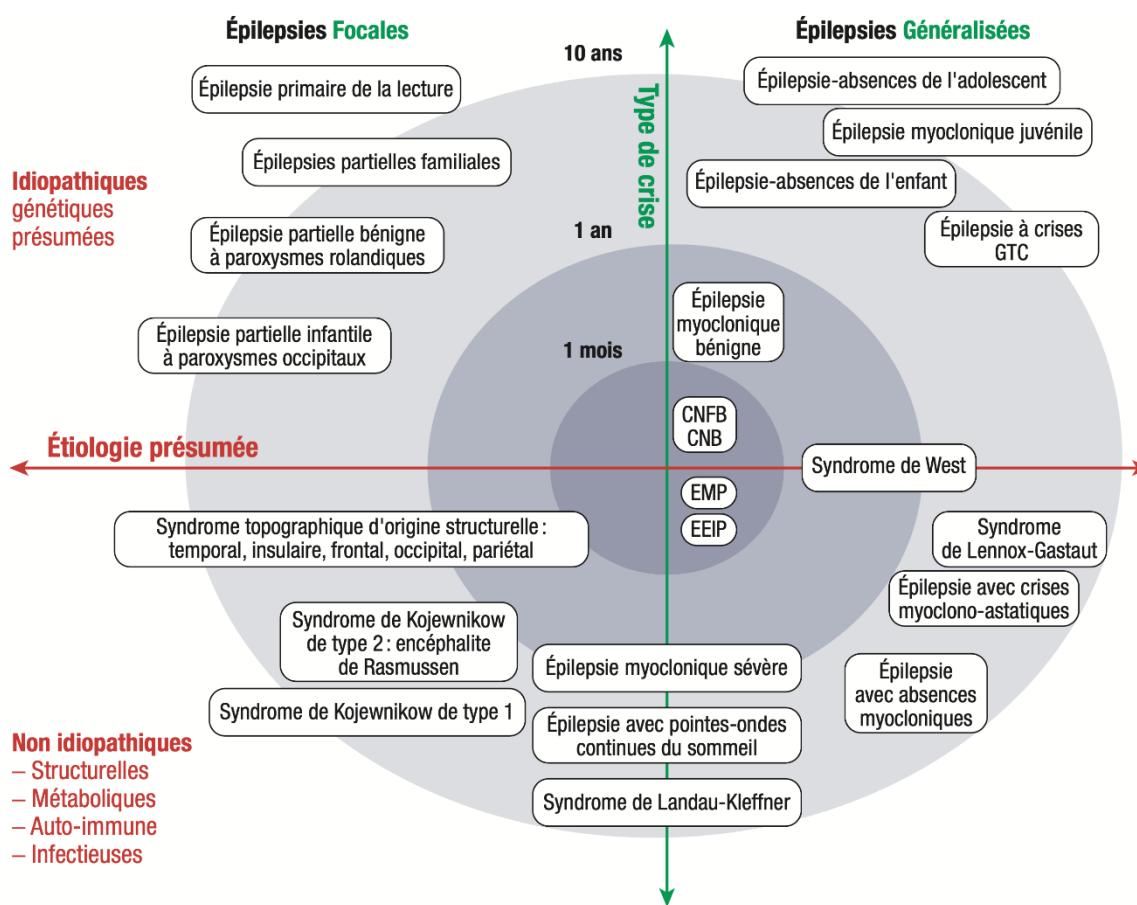


Figure 3 : Classification des syndromes épileptiques selon l'étiologie, le type de crise et l'âge de début

➤ Quelques syndromes à connaître

•Epilepsie-absence de l'enfant :

-Appartient aux épilepsies généralisées d'origine génétique présumée (= idiopathique).

-Âge de début : autour de 6 ans.

-Type de crises prédominant : absences typiques (jusqu'à 100 par jour).

-Autres types de crises associés possibles : crises généralisées tonico-cloniques, rares et tardives dans l'évolution, myoclonies.

-Pronostic : pharmacosensible dans 80 % des cas ; possibilité d'arrêter le traitement après la puberté.

-EEG : décharges de pointes-ondes généralisées synchrones à 3 cycles/s, favorisées par l'hyperpnée

•Epilepsie myoclonique juvénile :

-Appartient aux épilepsies généralisées d'origine génétique présumée (= idiopathique).

-Âge de début : adolescence.

-Type de crises prédominant : crises myocloniques matinales, souvent photosensibles.

-Autres types de crises associés possibles : crises généralisées tonico-cloniques, absences.

-Pronostic : pharmacosensibles dans 80 % des cas, mais pharmacodépendance à l'âge adulte (il est rarement possible d'arrêter le traitement antiépileptique).

-EEG : bouffées de polypointes-ondes généralisées synchrones, favorisées par la stimulation lumineuse intermittente

•Epilepsie avec crises tonico-cloniques du réveil :

-Appartient au groupe des épilepsies généralisées d'origine génétique présumée (= idiopathique).

-Âge de début : adolescence, adulte.

-Un seul type de crise : généralisée tonico-clonique, favorisée par le manque de sommeil, l'alcool.

-EEG : pointes-ondes et pointes généralisées.

-Pronostic : pharmacosensible dans 90 % des cas à condition que les règles d'hygiène concernant le sommeil et l'alcool soient bien respectées.

•Syndrome de west :

-Encéphalopathie épileptique liée à l'âge qui appartient aux groupes des épilepsies avec crises généralisées ou avec crises focales ou de début inconnu, et dont les étiologies peuvent également être divers (génétique présumée, structurale...).

-Âge de début : 6 mois.

-Un type de crise prédominant, les spasmes en flexion.

-Défini par l'association avec une régression psychomotrice et une hypersarythmie à l'EEG.

-Pronostic variable mais avec un risque élevé de pharmacorésistance et de troubles permanents du développement.

•Syndromes spéciaux : crise hyperthermique simple et crise hyperthermique compliquée

-Souvent d'origine génétique.

-Elles répondent à des critères diagnostiques très stricts.

-Âge de début après 1 an.

-Crise survenant dans un contexte de fièvre $>37,5$ °C, comportant des manifestations motrices symétriques, durant moins de 15 minutes, sans déficit post-critique, restant unique pour un épisode fébrile donné.

-Moins de trois épisodes au total.

-Si ces conditions sont remplies, il n'y a pas d'indication d'examen complémentaire, notamment pas d'EEG, et pas d'indication de traitement antiépileptique au long cours. La prévention se fait par un contrôle de l'hyperthermie.

-Lorsque l'un de ces critères n'est pas rempli, on parle de crises hyperthermiques compliquées, qui justifient alors un bilan étiologique et un traitement antiépileptique de fond.

•Epilepsie temporale médiale sur sclérose de l'hippocampe

-Antécédents de crises hyperthermiques compliquées.

-Âge de début des premières crises non fébriles : 5 à 15 ans.

-Types de crises prédominants : crises focales comportant des sensations subjectives végétatives (sensation épigastrique ascendante), émotionnelles (angoisse) et/ou mnésique (déjà vu, état de rêve), un trouble de la conscience qui est secondaire, des automatismes de mâchonnement, des automatismes gestuels élémentaires (émiettement, manipulation), une durée prolongée supérieure à 1 minute; crise focale secondairement généralisée exceptionnelle sous traitement.

-Pronostic : mauvais, avec pharmacorésistance fréquente mais accessible alors à un traitement chirurgical qui permet la guérison dans 70 % des cas.

-IRM : aspect de sclérose hippocampique unilatérale

5. Diagnostic(33)

5.1. Diagnostic positif

Le diagnostic d'épilepsie ou de crise d'épilepsie isolée est fait à la suite de l'examen clinique comportant l'anamnèse du malade et/ou de sa famille sur les caractéristiques de la crise (type de manifestation : localisation, progressions, perte de connaissance, les signes d'accompagnements ...), le contexte de survenue, l'examen physique du malade (signes de focalisation neurologique, l'état cognitif du malade et sera complété par la réalisation d'exams complémentaires (EEG, Vidéo-EEG).

➤ Un électrocardiogramme (ECG) de façon systématique

Un électroencéphalogramme (EEG) est recommandé dans les délais les plus brefs, afin d'améliorer sa sensibilité. Il sera réalisé en fonction des disponibilités locales, pas nécessairement dans le cadre de l'urgence.

5.2. Diagnostic différentiel

L'ensemble de ces informations permettront au clinicien d'éliminer les diagnostics différentiels d'épilepsie tels que d'autres pathologies neurologiques (accident ischémique transitoire, migraine, narcolepsie, syndrome des jambes sans repos), les pathologies cardiaques (syncope et autres événements cardiaques provoquant une perte de connaissance), les désordres endocriniens ou métaboliques (hyponatrémie, hypo ou hyperglycémie, hypokaliémie), les troubles du sommeil, les crises pseudo-épileptiques, les attaques de panique, les crises simulées, ainsi que les autres troubles paroxystiques du comportement.

Deux cas sont à envisager :

a. Le praticien est appelé à la phase aigüe de l'épisode

On recommande de réaliser immédiatement :

- Un rappel des consignes de sécurité (mise en sécurité du patient, Position Latérale de Sécurité...) aux personnes présentes lors de l'épisode paroxystique,
- Un recueil des coordonnées d'un témoin éventuel,
- Un recueil anamnestique le plus précis possible, comprenant notamment les antécédents médicaux familiaux et personnel du patient, les circonstances de survenue du malaise, la description la plus précise possible du malaise par les témoins et les noms et posologie des traitements éventuels pris par le patient,
- Un examen clinique à la phase initiale (déficit moteur et/ou neuropsychologique, morsure latérale de langue, confusion prolongée, pouls, tension artérielle) en cas de présence sur place,
- Une glycémie capillaire si possible,

Dans ces circonstances, il n'y a pas de justification scientifique à débiter un traitement par benzodiazépines en l'absence de récurrence immédiate ou de critère d'état de mal.

b. Les faits sont rapportés au praticien à distance lors d'une consultation

Il est recommandé de:

- Réaliser un recueil anamnestique le plus précis possible, comprenant notamment les antécédents médicaux familiaux et personnel du patient, les circonstances de survenue du malaise, la description la plus précise possible du malaise par les témoins et les noms et posologie des traitements éventuels pris par le patient, nous soulignons l'importance du recueil anamnestique auprès des témoins si besoin par téléphone

Il n'y a pas, à ce jour de justification scientifique à débiter un traitement par benzodiazépine à l'issue de cette première consultation en l'absence de récurrence

Question n°1 : cet épisode paroxystique est-il de nature épileptique ?

- Critères cliniques : Aucun signe clinique n'est pathognomonique d'une crise d'épilepsie, le diagnostic repose donc sur un faisceau d'arguments (antécédents, circonstances de survenue, signes cliniques). Les erreurs diagnostiques, sont très fréquentes, évaluées entre 19 et 26%.

Les diagnostics différentiels principaux sont :

- Les syncopes convulsivantes
- Les Crises Non Epileptiques Psychogènes ou CNEP chez l'enfant ou l'adolescent, définis comme des épisodes imitant les crises épileptiques et se caractérisant par des phénomènes paroxystiques moteurs, sensitifs ou sensoriels en relation avec un processus psychique, sans décharge neuronale paroxystique anormale associée.

Elles représentent un enjeu diagnostique et thérapeutique, car ces pseudocrises sont définies comme des évènements paroxystiques qui ressemblent cliniquement à des crises comitiales mais où l'électroencéphalogramme percritique démontre l'absence d'activité électrique épileptique. Ces patients consomment souvent à tort un traitement anticonvulsivant qui, outre les risques iatrogènes potentiels, fait écran à une prise en charge psychothérapique. Le diagnostic de pseudocrise doit être évoqué chez tout enfant et tout adolescent qui présente des crises atypiques ou une épilepsie réfractaire aux antiépileptiques. Les éléments cliniques ne permettent pas d'établir un différentiel sensible et spécifique entre crises épileptiques et psychogènes. L'électroencéphalogramme intercritique n'est pas non plus contributif car des anomalies électriques, voire des décharges épileptiformes peuvent être présentes en cas de pseudocrises. Seul l'enregistrement vidéo et électroencéphalographique concomitant d'un évènement critique fera le diagnostic positif.(34)

Cependant, nous pouvons également parler des mouvements anormaux paroxystiques non épileptiques de l'enfant :

Ils ne sont pas rares, leur fréquence est probablement sous-estimée. Ils réalisent des accès intermittents de mouvements anormaux, de durée variable et constituent des situations cliniques très variées. Leur diagnostic repose sur une analyse sémiologique minutieuse, fondée sur l'interrogatoire des parents ; la réalisation d'enregistrement vidéo (monitoring vidéo-EEG ou vidéo familiale) est souvent indispensable pour établir le diagnostic. Dans la majorité des cas, les mouvements

anormaux paroxystiques de l'enfant sont des manifestations bénignes, certains d'entre eux étant par ailleurs transitoires, puisqu'ils disparaissent spontanément en quelques années (torticolis paroxystique bénin du nourrisson, déviation tonique du regard vers le haut). La connaissance de ces manifestations doit conduire à un diagnostic adéquat, évitant parfois des investigations inutiles. Dans la grande majorité des cas, aucun traitement n'est nécessaire, et il est possible de rassurer les familles.(35)

Chez le sujet âgé il faut prendre en compte :

- Le contexte souvent poly pathologique associé à la prescription de médicaments multiples
- Une expression sémiologie critique moins spécifique que chez l'adulte : plus grande fréquence des crises focales, des confusions post épisodes, parfois prolongées et la moindre survenue d'automatisme.

Tableau 2: Le tableau II ci-dessous reprend les éléments les plus évocateurs en termes d'antécédents, circonstances de survenue et signes cliniques pour les diagnostics de crises d'épilepsie, syncope et CNEP

	En faveur d'une origine épileptique	En faveur d'une origine non épileptique	
		Syncope	CNEP
Antécédents	<ul style="list-style-type: none"> · ATCD familiaux d'épilepsie · ATCD de crise fébrile · ATCD neurologique : AVC, infection 	<ul style="list-style-type: none"> · Médicaments : antihypertenseurs, antiarythmique, diurétiques, médicaments allongeant le QT 	<ul style="list-style-type: none"> · ATCD psychiatriques

	<p>du SNC, intervention neurochirurgicale</p> <ul style="list-style-type: none"> · ATCD de TC grave : contusion avec HSD, fracture, PC ou amnésie>24h, âge >65 ans · Présence d'une pathologie neurologique dégénérative 	<ul style="list-style-type: none"> · ATCD familiaux de mort subite · ATCD familiaux d'hypotension orthostatique · ATCD familiaux de cardiopathie dysrythmique 	
<p>Circonstance de survenue</p>	<ul style="list-style-type: none"> · Lien avec le sommeil : sommeil, réveil, contexte de dette de sommeil · Consommation de toxique · Sevrage alcoolique ou benzodiazépine · Situations en lien avec des stimulations lumineuses répétitives 	<ul style="list-style-type: none"> · Circonstances de stimulations vagales : · Pendant ou après miction défécation, vomissements, quinte de toux · Lors de douleurs violente · Lors de prise de sang · Lors du maintien prolongé de l'orthostatisme 	<ul style="list-style-type: none"> · Contexte de conflit, de stress

	<ul style="list-style-type: none"> · Détente devant la télévision · Jeux sur écrans · Consommation récente de médicaments abaissant le seuil épiléptogène (antalgiques, antidépresseurs, antibiotiques...) 	<ul style="list-style-type: none"> · Lors d'un changement brutal de position (passage à l'orthostatisme) · Au cours d'une situation de confinement · Pendant une activité sportive 	
Signes cliniques	<ul style="list-style-type: none"> · Morsure de langue latérale constatée · Confusion post épisode prolongée · Posture inhabituelle avec hypertonie · Déjà vu, déjà vécu 	<ul style="list-style-type: none"> · Sueurs avant l'examen · Sensation vertigineuse · Hypotonie 	<ul style="list-style-type: none"> · Mouvement de dénégation · Mouvement de balancement du bassin · Pleurs · Bégaiements · Yeux clos pendant toute la durée de la crise · Résistance à l'ouverture des yeux · Activité motrice asynchrone et irrégulière s'arrêtant puis

			reprenant · Conscience préservée au cours d'une activité motrice bilatérale
--	--	--	--

Critères biologiques

- Aucun dosage biologique n'est recommandé pour aider à poser le diagnostic de crise d'épilepsie.
- En cas de doute clinique entre une crise généralisée et une syncope convulsivante, on pourra proposer la réalisation d'un dosage des CPK sous réserve que ce dernier soit effectué au moins 4 heures après l'épisode paroxystique

5.3. Diagnostic étiologique

Question n°2 : si l'épisode paroxystique est de nature critique, s'agit-il d'une crise symptomatique aigue ?

Quels examens faut-il réaliser ?

- On recommande la réalisation d'un bilan biologique pour rechercher des perturbations métaboliques susceptibles d'être responsables ou de favoriser la crise. Ce bilan comprendra:
 - Une glycémie capillaire à l'arrivée du patient
 - Un ionogramme sanguin
 - Le dosage de l'urée sanguine
 - Le dosage de la créatininémie
- On ne recommande pas le dosage systématique des toxiques ou médicaments sauf circonstance médicolégale.
- On ne recommande pas le dosage systématique (qualitatif ou quantitatif) de l'alcoolémie sauf en cas de contexte médico-légal. Chez le patient alcoolique chronique, on pourra proposer par contre le dosage de l'alcoolémie si la crise est survenue en dehors des critères de sevrage proposés par la Fédération Européenne de Neurologie, ceci afin de ne pas poser par excès le diagnostic de crise symptomatique aigue sur un sevrage en alcool.
- On recommande de rechercher systématiquement :

➤ La prescription de médicaments comme le tramadol, le bupropion, les antidépresseurs tricycliques ou certains antihistaminiques (diphénhydramine), chez des patients présentant une épilepsie active ou des antécédents d'épilepsie

➤ La notion de sevrage en benzodiazépine en particulier chez les sujets âgés

- Imagerie cérébrale

On recommande de réaliser une imagerie cérébrale aux urgences dans les cas suivants :

➤ Déficit focal

➤ Début focal rapporté par les témoins avant généralisation

➤ Confusion mentale ou céphalées persistante

➤ Fièvre

➤ Traumatisme crânien

➤ Antécédent néoplasique

➤ Traitement anticoagulant

➤ Immunosuppression

➤ Age >40 ans

➤ Suivi neurologique ultérieur incertain

Le type d'imagerie (IRM cérébrale ou TDM cérébrale) sera choisi en fonction des disponibilités locales et des étiologies sous-jacentes suspectées

- Sortie ou non hospitalisation du patient.

En cas d'absence de critères d'hospitalisation, on propose une sortie au patient en lui recommandant une consultation spécialisée au mieux dans les 15 jours

➤ Critères de sortie du patient :

• Retour à un état clinique basal sans symptôme neurologique,

• Normalité de toutes les investigations cliniques et paracliniques,

• Adhésion au suivi médical ultérieur préconisé,

• Transmission d'un document écrit des recommandations de sortie,

• Transmission au médecin traitant et au neurologue d'un compte rendu médical du passage aux urgences.

➤ Critères de non hospitalisation du patient :

Lors de la prise en charge immédiate du patient par un praticien en cabinet, celui-ci peut décider de ne pas l'hospitaliser selon les critères suivants :

- Retour rapide à un état clinique basal sans symptôme neurologique persistant,
- Possibilité d'organiser une consultation au cabinet pour parfaire l'examen clinique et réaliser les examens para cliniques (ECG, biologie...)
- Demande de rendez-vous d'EEG (4 semaines) et d'imagerie rapide (15 jours)
- Demande de rendez-vous auprès d'un neurologue (maximum 15 jours)

Dans ces deux cas on recommande jusqu'à la consultation spécialisée de :

- Conseiller au patient un temps de sommeil suffisant,
- Envisager un arrêt de travail en fonction de l'activité professionnelle,
- Eviter les médicaments pro-convulsivants : tramadol, bupropion, tricyclique, izoniazide, diphenhydramine
- Informer le patient des dangers potentiels de la conduite automobile,
- Eviter la consommation d'alcool,
- Eviter les activités à risque (natation, escalade, plongée sous-marine..) et préférer les douches aux bains

- Prise en charge différée : Consultation

La consultation auprès d'un neurologue est recommandée idéalement dans les 15 jours suivant l'épisode. Ses objectifs sont de :

- Confirmer ou d'infirmier la suspicion de crise d'épilepsie,
- Poser un diagnostic syndromique et étiologique,
- Evaluer le pronostic et le risque de récurrence,
- Programmer les examens complémentaires si nécessaire,
- Informer le patient sur :
 - L'épilepsie en général,
 - Les facteurs favorisant la survenue des épisodes critiques,
 - Le déroulement des examens complémentaires,

- Les possibilités thérapeutiques et/ou le choix d'une abstention thérapeutique,
- Les répercussions possibles de l'épilepsie en termes de conduite automobile (dispositions légales), de loisirs, de scolarité, de vie professionnelle et personnelle, les aspects liés à la grossesse et à la contraception chez les femmes en âge de procréer.

- Bilan para clinique différé

➤ Imagerie cérébrale

L'imagerie de référence dans le cadre de l'épilepsie est l'Imagerie par Résonance Magnétique, à défaut, la TDM

On recommande de réaliser cette dernière de manière systématique dans un délai de 4 semaines, sauf si le diagnostic d'épilepsie généralisée idiopathique est certain

➤ L'électro-encéphalogramme (EEG)

Ses objectifs sont :

- D'étayer l'hypothèse de la nature épileptique d'un malaise (après un interrogatoire et un examen orientant vers ce diagnostic)
- D'orienter vers un syndrome épileptique particulier ;
- D'apporter des éléments pronostiques en termes de récurrence.

On recommande de réaliser cet examen:

Au cours des 4 semaines ou, au mieux dans les 24-48h suivant l'épisode critique si les structures locales le permettent, de manière à favoriser la sensibilité.

En cas de suspicion de CNEP, on recommande de prendre l'avis d'une équipe réalisant des enregistrements polygraphiques de longue durée avec vidéo, examen de référence pour le diagnostic de CNEP.

6. Les facteurs étiologiques :

Les facteurs étiologiques pouvant conduire à l'apparition de crises épileptiques sont beaucoup plus importants en Afrique subsaharienne.

Ceci s'explique à la fois par la présence de maladies tropicales spécifiques essentiellement infectieuses, ainsi que par un impact plus important des affections

ubiquitaires qui en raison de retard ou d'absence de prise en charge connaissent des manifestations et des conséquences plus importantes. (36)

À partir du moment où le patient présente sa première crise d'épilepsie, le clinicien doit viser à déterminer l'étiologie de cette épilepsie.

Différents groupes étiologiques ont été reconnus en mettant l'accent sur ceux qui ont des implications thérapeutiques. Souvent, la première investigation menée implique la neuro-imagerie, idéalement l'IRM lorsque disponible.

Cela permet au clinicien de diagnostiquer une étiologie structurelle à l'origine de l'épilepsie du patient, les cinq autres groupes étiologiques sont génétique, infectieux, métabolique, immunitaire, ainsi qu'un groupe de cause inconnue (Fig. 1).

➤ Traumatismes crâniens

La fréquence d'apparition de crises d'épilepsie dans les suites immédiates et en relation directe avec un traumatisme crânien est de 1 à 10%, la probabilité d'apparition de crises d'épilepsie augmente avec la gravité de l'atteinte, notamment s'il y a fracture de la boîte crânienne, perte de connaissance initiale et une période d'amnésie de plus de 24 heures.

Ces crises peuvent apparaître dans les heures qui suivent ou dans le mois suivant un traumatisme en raison de développement d'hématome sous dural secondaire au choc.

Les séquelles neurologiques du traumatisme crânien peuvent également provoquer l'apparition de crises d'épilepsie à distance, appelées crises post-traumatiques. Les tensions politiques des pays au sud du Sahara entraînent souvent des désordres civils ou des conflits, une moindre prévention des accidents de la voie publique et en milieu professionnel entraînent un plus grand nombre de traumatismes crâniens que dans les pays industrialisés. (37)

➤ Intoxication et/ou troubles métaboliques :

La grande majorité des intoxications et troubles métaboliques rencontrées dans les pays développés sont également présentes en Afrique subsaharienne. Les

toxiques les plus fréquemment retrouvées sont l'alcool, la cocaïne, les amphétamines, le plomb, le manganèse, à celles-ci viennent s'ajouter des intoxications spécifiques au milieu tropical. Celles-ci concernent, les habitudes alimentaires telles que la consommation d'aliments potentiellement toxiques comme le manioc ou certains poissons tropicaux, les intoxications aux organophosphorés employés à large échelle dans la lutte contre les différents vecteurs, ou les émanations provenant d'industries chimiques, retrouvant dans les pays tropicaux en raison des conditions d'exploitation et de production moins contraignantes et onéreuses.(38)

Les désordres métaboliques sont également plus importants en raison de la fréquence de la malnutrition.(39)

➤ Maladies infectieuses :

Les maladies infectieuses pouvant conduire à l'apparition de manifestations épileptiques sont beaucoup plus nombreuses en Afrique subsaharienne que dans les pays industrialisés, à cause de l'absence ou de la non-généralisation de campagnes de vaccinations ainsi qu'un retard ou un défaut de prise en charge adaptée.

De nombreux virus ne se retrouvent qu'en Afrique subsaharienne en raison de la spécificité de leurs vecteurs et/ou de leurs modes de transmission, certains sont très pathogènes, comme le virus de la fièvre de Lassa, (famille des Arénavirus), les virus de l'encéphalite japonaise ou de la dengue (famille des Flavivirus).

D'autres virus ubiquitaires n'ont pas le même impact en Afrique subsaharienne que dans les pays développés comme le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et le virus de la rougeole (famille des Paramyxovirus).

Le virus de la rougeole considéré comme bénin dans les pays développés est souvent responsable de fortes fièvres, d'encéphalopathies et même de véritables épidémies en Afrique sub-saharienne. Le VIH présente ainsi une prévalence beaucoup plus élevée dans les pays d'Afrique subsaharienne en raison notamment de l'insuffisance des moyens de prévention et de traitement.(40)

Le paludisme est une parasitose provoquée par un protozoaire appartenant au genre *Plasmodium* avec comme vecteur un moustique appartenant au genre *Anophèles*.

Un lien causal avec l'espèce *plasmodium falciparum* responsable du paludisme cérébral a été démontrée dans l'apparition de crises d'épilepsies(41).

De nombreux helminthes, vers plats (*plathelminthes*) ou ronds (*némathelminthes*) sont également suspectés de provoquer des manifestations épileptiques, c'est le cas notamment de *Tænia solium*, ver plat responsable du développement de la *tænia* chez l'homme et dont l'hôte intermédiaire est habituellement le porc. On parle de *neurocysticercose* lorsqu'il y a envahissement du système nerveux central par le parasite, l'association causale avec l'épilepsie est retrouvée dans cas.(42)

Pour les *némathelminthes*, deux parasitoses sont suspectées de relations causales avec l'épilepsie, la *toxocarose* ainsi que l'*onchocercose*.

La *toxocarose*, maladie parasitaire provoquée par un ver rond du genre *Toxocara* (*T. canis* ou *T. cati*) est également suspectée de liens causals avec l'épilepsie. La contamination se fait chez l'homme par ingestion d'œufs embryonnés présents dans le sol, la larve libérée dans l'intestin rejoint les capillaires sanguins assurant sa dissémination dans l'organisme. Bien que cette parasitose soit ubiquitaire, de plus grandes concentrations d'œufs sont retrouvées sous les latitudes tropicales.(43) L'*onchocercose* ou *cécité des rivières* est une maladie parasitaire causée par l'infestation de l'organisme par une filaire, *Onchocerca volvulus* présente uniquement en Afrique sub-saharienne. Ses relations avec l'épilepsie ont longtemps fait l'objet de débat en raison d'études contradictoires. Une métaanalyse et une méta-régression ont été réalisées afin de déterminer s'il existait une relation entre l'*onchocercose* et l'épilepsie, montrant qu'une association existe mais dans les zones où l'infestation par *Onchocerca volvulus* est massive, le risque d'apparition de manifestations épileptiques augmentant avec la charge parasitaire.(44)

➤ Evénements périnataux

Les accouchements dans les pays tropicaux se déroulent majoritairement à domicile, compromettant la prise en charge de tous les événements périnataux que ce soit les anoxies cérébrales, les traumatismes, les troubles métaboliques ou les événements vasculaires cérébraux. Ce défaut de prise en charge à la fois de l'accouchement mais également de la grossesse auquel s'ajoutent les maladies infectieuses, l'état nutritionnel, expliquent les taux de mortalité élevés maternels et infantiles dans les pays tropicaux et conduisent à un risque accru de séquelles neurologiques, d'handicap et d'apparition de crises épileptiques chez les survivants.(45)

➤ Facteurs génétiques

L'existence de véritables foyers d'épilepsie, présentant des prévalences d'épilepsie élevées qui ont été retrouvés dans certaines régions d'Afrique pourrait être le fait d'une prédisposition génétique aux manifestations épileptiques. La relative fréquence des mariages consanguins étant soit le fait des coutumes ou le reflet des difficultés rencontrées par les épileptiques pour se marier pourrait expliquer ces taux de prévalence élevés.(46)

➤ Accidents vasculaires cérébraux (AVC)

Les lésions vasculaires cérébrales exposent à un risque accru de crise épileptique et d'épilepsie. Elles sont en cause dans au moins un tiers des épilepsies après 60 ans et représentent ainsi la cause la plus fréquente d'épilepsie dans cette tranche d'âge, devant les pathologies dégénératives, les tumeurs et les traumatismes crâniens. La fréquence des crises épileptiques après un accident vasculaire cérébral (AVC) est d'environ 10 % ; une minorité de ces patients développe une véritable épilepsie post-AVC. On distingue habituellement les crises précoces, survenant dans les sept à 14 jours suivant l'AVC et les crises tardives, qui surviennent en majorité dans la première année suivant l'AVC. Ces deux types de crises sont vraisemblablement sous-tendus par des mécanismes

physiopathologiques différents. De nombreux facteurs prédictifs de crises ont été identifiés, les plus significatifs d'entre eux étant le type, le siège cortical de l'AVC. Les indications thérapeutiques et les modalités du traitement restent débattues. Il est toutefois probable que la majorité des anti-épileptiques de première génération ne soient pas les plus appropriés pour le traitement de l'épilepsie post-AVC.(47)

➤ Tumeurs cérébrales

Les tumeurs cérébrales et l'épilepsie sont intimement liées. Les lésions tumorales sont fréquemment épileptogènes, la prévalence des crises dépendant du type histologique de la tumeur et des modalités de sa croissance, de sa localisation, de caractéristiques intrinsèques comme le profil « moléculaire », et de spécificités de l'encéphale au sein duquel elles se développent. Les crises épileptiques sont volontiers inaugurales, faisant découvrir la tumeur et lorsqu'elles se répètent, la maladie épileptique alors installée peut elle-même être une source de handicap. La récurrence des crises est alors spécialement dépendante de l'évolution tumorale et donc des traitements oncologiques.(48)

7. Traitement

- Buts

- ✓ Arrêter les crises ou diminuer leur fréquence
- ✓ Améliorer la qualité de vie
- Supprimer la cause par ablation d'une lésion corticale (cavernome, malformation corticale par exemple) en cas d'épilepsie focale pharmacorésistante structurelle ;
- Eviction des facteurs favorisant les crises (facteur métabolique, photosensibilité, facteur toxique),
- Prescription de médicaments antiépileptiques de fond efficaces dans 60 à 75 % des cas. Traiter un patient souffrant de crises épileptiques, c'est aussi :
- Apporter une éducation thérapeutique, car le malade peut ne connaître les crises que par le regard des autres ou par les conséquences des crises dans un

contexte dramatique ou spectaculaire. Expliquer la différence entre la crise (un symptôme) et l'épilepsie (une maladie), afin de détecter des facteurs favorisant ou déclenchant des crises ;

- Une aide psychologique car, si la menace d'une crise est permanente, sa survenue est imprévisible ;
- Un accompagnement social : essayer de prévenir les conséquences sur la scolarisation, l'emploi, la conduite d'un véhicule, les loisirs.

-Moyens

- Moyens médicamenteux

•Les antiépileptiques(49)

a) Les antiépileptiques majeurs ou classiques

Tableau 3: Effets secondaires, surveillance, contre-indication, Posologie, Avantages et inconvénients des principaux antiépileptiques.

DCI	Effets indésirables	Surveillance	Contre-indication	Avantages	Inconvénients	Posologie
Phénobarbital	- Altération des fonctions cognitives -Rash cutané -Crise de sevrage - Algodystrophie - Augmentation des Gama GT	NFS TP Bilan hépatique	Porphyrie Myasthénie	- Nette efficacité sur les crises tonico-cloniques généralisées - Prescription en monodose du fait de la demi-vie lente et de	- Long délai d'action et lenteur d'élimination - Effets indésirables sur les fonctions cognitives - Risque important de recrudescence des crises à l'arrêt du traitement.	3 à 4 mg/kg/jour chez l'enfant et de 2 à 3 mg/kg/j chez l'adulte avec une dose initiale de 50 mg puis en augmentant, tous les 3 à 4 jours répartie en une ou deux

	<ul style="list-style-type: none"> -Effet tératogène - Neuropathies périphériques rares -Passage dans le lait maternel 			<ul style="list-style-type: none"> cinétique régulière - Faible coût 		<p>prises pour atteindre 150 mg [22]. La posologie chez le sujet âgé est de 75 à 100 mg/j</p>
Carbama zépine	<ul style="list-style-type: none"> -Fatigue, ébriété, vertige - Troubles visuels -Ataxie - Troubles digestifs - Obnubilation et confusion -Plus rarement rash cutanés et accidents sanguins (leucopénie) - Cholestase, hépatite toxique 	<p>NFS Plaquettes Bilan hépatique</p>	<p>Bloc de conduction cardiaque Insuffisance cardiaque</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Efficacité dans les épilepsies partielles (crises partielles complexes en particulier) - Existence de formes galéniques à libération contrôlée 	<ul style="list-style-type: none"> - Sensation de malaise général très fréquente en début de traitement - Eruption érythémateuses et prurigineuses dans 5 à 10% des cas imposant l'arrêt du traitement - Effets inducteurs nets 	<p>La posologie est de 20 à 25 mg/kg/jour chez l'enfant, sous forme de solution buvable dosée à 100 mg pour 5 ml (soit une cuillère à café) en deux ou trois prises, ou sous forme de comprimés à effet prolongé dosés à 200 ou 400 mg en deux prises [22].</p>

						La posologie chez le sujet âgé est de 300 à 400 mg/j en deux prises en commençant par 100mg ou 200mg et en augmentant par palier de 100mg/semaine
Valproate de sodium	<ul style="list-style-type: none"> - Nausées, gastralgies - Erythèmes - Tremblements d'attitude - Hépatite aiguë rare - Thrombopénie 	Transaminases Phosphatases alcalines	Insuffisance hépatique	<ul style="list-style-type: none"> - Très large spectre (actif sur tous les types de crises) - Efficacité remarquable dans les épilepsies généralisées idiopathiques - Efficacité dans les épilepsies 	<ul style="list-style-type: none"> - Prise de poids par effet orexigène - Hépatopathie grave exceptionnelle - Hyperamoniémie modérée 	La posologie usuelle est de 30 mg/kg/jour chez l'enfant, en deux prises, sous forme de solution buvable à 200 mg par ml ou de sirop à 200 mg par cuillère mesure ou de micro granules à 500 mg à libération prolongée. La posologie

				partielle - Tolérance souvent excellente. Pas d'altération des fonctions cognitives - Absence d'effets inducteurs enzymatiques - Existence de formes galéniques à libération contrôlée		chez le sujet âgé est de 500 à 750 mg/j en 2 prises, en débutant progressivement par des doses minimales de 250 mg/5 jours.
Phénitoïne	-Vertige, troubles de la vision - Nausées, vomissements -Hépatite - Troubles	NFS Bilan hépatique	Intolérance hydantoinées	- Large spectre d'activité (crises partielles et généralisées) - Efficacité	- Pharmacocinétique non linéaire et une marge thérapeutique étroite - Effets « cosmétologique» marqués :	La posologie est de 5 à 8 mg/kg/jour chez l'enfant et 3 à 5 mg/kg chez l'adulte

	du comporte ment, etc			spectac ulaire par vole IV dans le traiteme nt des états de mal convulsi fs. - Effet sédatif peu marqué	hypertrophi e gingivale, hirsutisme, acné - Puissant effet inducteur enzymatique	[22]. La posologie chez le sujet âgé est de 150 à 200 mg/j en une ou deux prises
--	-----------------------------	--	--	---	---	--

b) Les nouveaux antiépileptiques

. Le vigabatrin (Sabril)

Il est indiqué dans toutes les épilepsies réfractaires aux autres antiépileptiques principalement dans les épilepsies partielles de l'enfant et de l'adulte mais il n'est pas efficace dans les épilepsies absences qu'il peut aggraver.

Présentation : comprimé de 100 mg et poudre orale à 500mg

Posologie : chez l'adulte 2 à 4g en prises avec possibilité d'une seule prise, Chez l'enfant : de 10 à 15kg..... 0, 5 à 1g / jour ; de 15 à 30kg..... 1 à 1, 5g / jour

. La Lamotrigine (lamictal)

Il est indiqué dans les épilepsies pharmaco résistantes partielles ou généralisées de l'adulte, ces effets antiépileptiques sont reconnus chez l'enfant.

Présentation : comprimés dispersibles ou à croquer dosés à 5, 25, 50, et 100mg.

Posologie : chez l'enfant est de 2mg / kg / jour de 2 à 12 ans Chez l'adulte la posologie varie de 50 à 700mg / jour en deux prises.

. La Gabapentine (Neurontin)

Elle concerne les épilepsies partielles en addition aux autres antiépileptiques lorsque ceux-ci sont insuffisamment efficaces.

Elle n'est pas efficace dans les absences qu'elle peut même aggraver.

Présentation : gélules dosées à 100, 300 et 400mg.

La posologie va de 600 à 2400 mg / jour selon l'efficacité.

c) Les antiépileptiques d'appoint

Les Benzodiazépines (BZD) ont un effet antiépileptique majeur et immédiat sur tous les types de crises, le Diazépam (Valium®) et le Clonazépam (Rivotril®) en intraveineuse sont utilisés dans le traitement d'urgence des crises sérielles ou des états de mal.

Le Diazépam par voie rectale est utile dans la prévention et le traitement des convulsions fébriles prolongées.

Le Clobazam (Urbanyl®) et le Nitrazépam (Mogadon®) per os sont utilisés en traitement adjuvant de certaines épilepsies rebelles ou dans d'autres indications : traitement intermittent de certaines épilepsies à recrudescence cataméniale, traitement de certaines épilepsies morphéiques.

➤ Moyens thérapeutiques non médicamenteux(50)

- Chirurgie : lésionectomie ou cortectomie, indiquée en cas d'épilepsie partielle pharmaco-résistante, unifocale, correspondant à une aire corticale non fonctionnelle (ou dont l'ablation n'aura pas de conséquence fonctionnelle grave) et accessible chirurgicalement.
- Stimulation chronique du nerf vague : de mécanisme d'action imparfaitement connu, ses indications sont les épilepsies focales pharmaco-résistantes, contre-indiquées pour la cortectomie.

-Règles générales d'utilisation

- Si et, seulement si, la maladie épileptique est avérée (pas de traitement d'épreuve !).
- Orienté selon le type de crises, le diagnostic syndromique et étiologique :

- Bien connaître les formes ne nécessitant pas de médicament (notamment l'épilepsie à paroxysmes rolandiques) ;
 - Risque d'aggravation paradoxale des absences et des myoclonies avec certains médicaments antiépileptiques (ex. : Tégrétol®, Lamictal®).
 - Orienté également selon le contexte clinique (âge, sexe, comorbidités éventuelles).
 - Toujours commencer par une monothérapie en première et en deuxième intention, puis si échec, bithérapie rationnelle.
 - Dose minimale efficace, titration progressive.
 - Privilégier une ou deux prises par jour (selon la molécule).
 - Nécessité d'une très bonne observance (pilulier).
 - Jamais d'arrêt brutal.
 - Vérifier l'absence de contre-indications:
 - Informer des effets indésirables rares mais graves et des effets indésirables fréquents :
 - Lamictal : risque d'éruption cutanée au cours des premiers mois (10 % des cas) et de l'arrêt du traitement car risque de nécrolyse épidermique toxique (syndrome de Lyell, rare < 1/1 000 mais grave) ;
 - Valproate de sodium : hépatite, thrombopénie, tératogénicité, prise de poids.
 - Expliquer la maladie, l'évolution, le traitement, les possibilités ultérieures d'arrêt après un temps suffisant sans crise de plusieurs années, au minimum 2 ou 3 ans.
- Indications
- En cas d'épilepsie généralisée idiopathique : médicaments à large spectre, lamotrigine(Lamictal®) meilleur profil efficacité/tolérance ; lévétiracétam (Keppra®), ou valproate de sodium (Dépakine®).
 - En cas d'épilepsie focale symptomatique : Keppra® ou Lamictal® ou Trileptal®.

La décision de prescrire un traitement sera prise par le spécialiste avec le patient, la discussion portera sur la maladie, les risques et les bénéfices attendus du traitement ainsi que les risques d'effets secondaires potentiels.

- Choix du traitement

Le choix de l'antiépileptique sera essentiellement guidé par le syndrome épileptique et si celui-ci ne peut être déterminé par le type de crise principal. Ce choix devra tenir compte des comorbidités, du sexe, de l'âge, du mode de vie et des préférences du patient.

Les recommandations ci-dessous synthétisent les données de la littérature et les recommandations internationales en vigueur, et intègrent à la fois l'efficacité des molécules mais également la tolérance et l'observance du traitement.

➤ Epilepsie focale

La carbamazépine, la lamotrigine, le lévétiracetam et l'oxcarbazépine sont recommandés en première intention. D'autres molécules ont par ailleurs obtenu l'AMM dans cette indication mais sont considérées comme moins efficaces et ou moins bien tolérées

➤ Epilepsie généralisée

- Epilepsie généralisée idiopathique avec crise tonico-cloniques généralisées seules:

- La lamotrigine et le valproate de sodium sont recommandés en première intention.

- Chez la femme en âge de procréer la lamotrigine est à privilégier.

- En cas de suspicion d'une épilepsie myoclonique juvénile (EMJ) :

- La lamotrigine et le valproate de sodium sont recommandés en première intention.

- Chez la femme en âge de procréer la lamotrigine est à privilégier.

- A noter que la lamotrigine peut majorer les myoclonies.

- En cas de suspicion d'épilepsie absence.

- La lamotrigine et le valproate de sodium sont recommandés en première intention
- Chez la femme en âge de procréer la lamotrigine est à privilégier.
- L'éthosuximide, médicament de référence dans les absences de l'enfant n'est pas à privilégier dans le cadre des épilepsies de l'adulte jeune car des crises généralisées associées sont possibles dans ce syndrome et peuvent être majorées par l'éthosuximide.

- **Situations particulières**

➤ Femme en âge de procréer

On recommande dès la première consultation :

- D'informer la patiente sur les risques tératogènes, les répercussions neuropsychologiques de l'épilepsie, des crises et des antiépileptiques ;
- D'envisager la planification d'une grossesse pour pouvoir anticiper les modifications thérapeutiques éventuelles ;
- D'éviter au maximum dans la mesure du possible la prescription de valproate de sodium;
- De réaliser éventuellement un dosage de référence avant la grossesse, en cas de traitement par la lamotrigine ;
- Débuter une supplémentation folique d'au moins 0,4 mg/j (en général 5 mg/j) deux mois avant la conception et jusqu'à la fin du premier trimestre.

➤ En cas de grossesse :

On recommande :

- De privilégier la dose minimale efficace sur les crises tonico-cloniques généralisées notamment pendant le premier trimestre ;
- D'essayer de maintenir des doses de lamotrigine au-dessous de 300 mg/jour et de valproate de sodium au-dessous de 750 mg/jour ;
- De privilégier les formes à libération prolongée et d'essayer de fractionner les prises dans la journée afin de minimiser les pics de doses ;

- De mettre en place un suivi gynéco-obstétrical dès le début de la grossesse afin de dépister au mieux les malformations fœtales (échographie supplémentaire à 18 SA).

➤ Contraception :

Les antiépileptiques inducteurs enzymatiques tels que le phénobarbital, la phénytoïne, la carbamazépine, et dans une moindre mesure le topiramate et l'oxcarbazépine augmentent la clairance de la contraception orale, et augmentent ainsi le risque d'échec de la contraception.

La contraception progestative pure ainsi que les implants progestatifs ne sont pas recommandés en cas de prise d'antiépileptiques inducteurs, par ailleurs, les contraceptions œstro-progestatives tendent à augmenter la clairance de la lamotrigine et donc à en réduire l'efficacité.

➤ Sujet âgé

On recommande de raisonner plutôt en termes de types de crise que de syndrome.

- S'il s'agit de crises focales, on recommande d'utiliser en première intention la lamotrigine, du fait du caractère inducteur de la carbamazépine, de l'absence de données spécifiques pour cette population malgré un profil de tolérance qui semble satisfaisant pour ce dernier antiépileptique.
- S'il s'agit de crises généralisées, on recommande d'utiliser en première intention la lamotrigine car la tolérance du valproate est un peu moins favorable

- Suivi du traitement(51)

Vérifier l'efficacité et la tolérance au premier mois, troisième mois puis tous les 6 mois (avec contrôle biologique de la tolérance selon le traitement : systématique pour Dépakine®, Trileptal®, Lamictal® par exemple, pas systématique pour Keppra®).

➤ Les crises disparaissent et le traitement est bien supporté :

- Contrôle régulier de l'EEG (pas plus d'une fois par an si épilepsie bien contrôlée) ;

- L'arrêt du traitement pourra être proposé, de manière très progressive (sauf cas particulier des syndromes épileptiques pharmacodépendants comme l'épilepsie myoclonique juvénile bénigne), après une période de 2 à 3 ans sans crise avec l'assentiment du patient si :

Lorsqu'il est décidé, l'arrêt sera toujours très progressif ;

L'EEG répété est normal ;

En absence de lésion cérébrale potentiellement épileptogène.

➤ Le traitement est mal toléré :

- Arrêt rapide en cas d'effet indésirable grave (notamment en cas d'éruption cutanée) : choisir un autre antiépileptique avec prescription temporaire d'une benzodiazépine en attendant des taux sanguins actifs ;

- Substitution progressive avec un autre antiépileptique en cas d'effets indésirables mineurs.

➤ Le traitement est bien supporté mais les crises persistent :

- Vérifier l'observance et l'hygiène de vie, (utilité des dosages sanguins des antiépileptiques);

- Augmentation progressive de la posologie en fonction de la tolérance, puis essai d'un autre antiépileptique en mono- ou bithérapie ;

- La résistance à un traitement médical bien conduit (deux lignes de traitement à posologie efficace) définit dans les deux premières années une épilepsie pharmaco-résistante : en cas d'épilepsie focale non idiopathique, une pharmaco-résistance doit conduire à une évaluation chirurgicale (EEG-vidéo, examen neuropsychologique, imagerie isotopique et fonctionnelle et, parfois, implantation intracorticale d'électrodes EEG ou stéréo-EEG).

➤ Régime cétogène : en cas de pharmaco-résistance, efficace uniquement chez l'enfant.

-En cas d'états de mal épileptiques(52)

Les états de mal épileptiques sont des urgences médicales.

Deux situations cliniques très différentes peuvent être considérées : l'état de mal épileptique convulsif et l'état de mal épileptique non convulsif.

a) **État de mal épileptique convulsif**

➤ La répétition subintrante de crises convulsives induit :

- Dans la demi-heure, des troubles neurovégétatifs, une acidose, un œdème cérébral qui auto-entretiennent et aggravent la situation clinique ;
- Dans l'heure, des lésions neuronales anoxo-ischémiques rapidement irréversibles, à l'origine de séquelles neurologiques.
- L'évolution spontanée est le décès par collapsus cardiorespiratoire dans un contexte de défaillance multiviscérale.
- La mortalité de l'état de mal épileptique convulsif traité est de 10 à 20 % des cas.

➤ Traitement de l'état de mal convulsif(53)

Mesures générales

- Assurer la perméabilité des voies aériennes (canule de Mayo) et l'oxygénation (10 L/min).
- Juger en urgence de l'opportunité d'une assistance respiratoire.
- Rechercher et traiter une hypoglycémie.
- Mettre en place deux abords veineux, l'un étant réservé à l'administration des médicaments antiépileptiques (sérum salé isotonique + 50 cm³ de sérum glucosé 30 %).
- Mettre en place une surveillance hémodynamique continue.

Interrompre l'activité épileptique

Injecter immédiatement (t0) :

- 1 ampoule à 10 mg de diazépam en 3 minutes ;
- 1 ampoule à 1 mg de clonazépam en 3 minutes ;

Si échec : répéter immédiatement une seule fois.

Mettre en place immédiatement après :

Fosphénytoïne ou phénytoïne ;

- 20 mg/kg d'équivalent-phénytoïne (E-PHT) ;
- sans dépasser 150 mg par minute pour la fosphénytoïne ;
- sans dépasser 50 mg par minute pour la phénytoïne.

Si les crises persistent après 20 minutes :

- Phénobarbital 20 mg/kg ; sans dépasser 100 mg par minute. Si les crises persistent après 40 minutes : thiopental (Nesdonal®), 5 mg/kg en bolus puis 5 mg/kg par heure.

b) État de mal épileptique non convulsif

➤ Le symptôme principal est une confusion mentale d'intensité variable (du simple ralentissement idéomoteur à la stupeur) pouvant persister des heures et des jours :

- Etat de mal épileptique-absences : association à des myoclonies périoculaires ou buccales (50 % des cas) ; il survient à tout âge, plus souvent chez les sujets âgés ;
 - Etats de mal épileptiques partiels complexes : la confusion mentale est le symptôme isolé, rarement associé à des mâchonnements, des automatismes ;
- ✓ Faire un EEG : activité paroxystique continue d'apparence généralisée ou focale.
- ✓ L'injection IV d'une benzodiazépine normalise l'EEG et fait disparaître dans les secondes qui suivent la confusion.

III. Méthodologie

1. Lieux d'études

Notre étude s'est déroulée à la polyclinique Pasteur de Bamako et à la clinique médicale de Maraka coungo (Dinandougou).

1.1. Polyclinique Pasteur :

Située à Hamdallaye ACI 2000, elle fait partie des polycliniques de référence au Mali, créée en juillet 2000 et bâtie sur 4000 m ..., c'est un ensemble de cabinets multidisciplinaires qui offrent toutes les spécialités médico chirurgicaux : Neurologie, Chirurgie générale, Médecine interne, Médecine générale, Urologie, ORL, Orthopédie, Gynécologie, Cardiologie, Néphrologie, Pneumologie, Oncologie, Ophtalmologie, Traumatologie, etc.

En 2017, elle a entamé un projet de rénovation et d'extension en trois phases pour augmenter sa capacité d'hospitalisation, développer de nouveaux pôles d'activités et la restructuration des urgences en hôpital de jour et services annexes.

Elle offre des soins 24h/24 et propose un service d'accueil et d'urgence, un service de maternité, une pharmacie, une équipe de garde mobilisable à tout moment et une flotte de deux ambulances.

A la disposition des médecins sont mis :

- Un laboratoire ouvert 24h/24
- Un service d'imagerie
- Une pharmacie
- Deux ambulances, dont une médicalisée

La polyclinique Pasteur est architecturée en 4 niveaux dont :

- Le rez-de-chaussée, composé du service d'accueil et de réception, des box de consultation, de l'unité d'imagerie, du service des urgences, de réanimation polyvalente et de 2 blocs opératoires d'urgence.

- Le niveau 1, composé de la pédiatrie, l'ophtalmologie et la réanimation néonatale.

- Le niveau 2, composé de la gynéco-obstétrique avec 2 box de consultation, 2 salles d'accouchement et un bloc opératoire.
- Le niveau 3, composé de la cardiologie avec 3 box de consultation, d'une salle d'ECG, d'échographie doppler cardiaque et du service de kinésithérapie.
- Le niveau 4, composé du service d'anesthésie-réanimation polyvalente avec 2 blocs opératoire, une salle de soins post-interventionnelle et de réanimation polyvalente.

D'une capacité de 97 lits, la polyclinique Pasteur dispose des chambres à un lit, à deux lits et des chambres VIP spacieuses qui répondent aux normes internationales de sécurité et d'hygiène.

1.2. Clinique médicale Dinandougou

Située à 84 km de Bamako, sur la route nationale N°6, dans le cercle de Dioila, région de Koulikoro. Son aire de santé est formé de 9 villages : Markacoungo, Santiguila, Korokoro, Wolodo, Fadiola, N'golobala, Dogoni, Sokouna, Nianina et Quarante cinq hameaux. Vaste de 387km² la commune est limitée au nord par la commune de Dinandougou, au sud par celle de Diouma au nord-ouest par la commune du Meguetan, au sud-est par celle de Tenindougou et respectivement à l'Est et à l'ouest par les communes de Binko et de Baguineda.

La clinique médicale Dinandougou a été créée en 1997 suite à l'initiative d'un médecin de campagne le Docteur KARAMOKO NIMAGA, ayant vu la nécessité et le besoin dans la commune, dont il est natif, d'une structure sanitaire mieux adaptée aux besoins de la population. Cette clinique comporte

- Premier bloc: Une salle de consultation contenant le bureau du médecin, un dépôt de médicaments d'urgence, une salle de soin, un magasin.
- Deuxième bloc: Comprenant 3 salles d'observation contenant chacun 4 lits, une salle de petite chirurgie, une salle de séjour, une salle pour le médecin de garde, une salle pour l'infirmier de garde, un laboratoire.
- Troisième bloc: Une salle d'accouchement contenant une table d'accouchement avec une salle d'attente et une salle de garde pour la matrone, une salle de

consultation prénatale contenant un bureau et une table de consultation, deux salles d'observation de parturiente contenant chacune 2 lits et deux berceaux, une salle d'isolement. En plus il existe la chambre du gardien et la cuisine, trois toilettes pour homme et trois pour femme. Le centre est équipé d'un système d'éclairage composé de groupe électrogène et de panneaux solaires, un système de distribution d'eau assuré par pompe à main et immergée, 5 robinets.

Le personnel de la clinique se compose :

- Un médecin
- Deux techniciens de santé
- Une secrétaire chargée aussi de la gestion
- Une matrone
- Un manoeuvre/gardien de l'unité
- Un auxiliaire de laboratoire

2. Population d'étude :

Elle est constituée de l'ensemble des patients vu en consultation à la Polyclinique Pasteur et à la clinique médicale Dinandougou durant la période d'étude.

3. Echantillonnage :

Avec une taille de l'échantillon de 36 patients au minimum à partir de la formule suivante :

$$n = [(Z \text{ à la puissance } 2) * P (1-P)] / (m \text{ à la puissance } 2)$$

Avec,

n = Taille de l'échantillon

z = Niveau de confiance selon la loi normale centrée réduite. Pour un niveau de confiance de 95%, z sera égal à 1,96

p = Proportion estimée de la population qui présente la caractéristique = 2,2

m = Marge d'erreur tolérée = 5%

Notre enquête s'est portée sur 87 patients vivant avec l'épilepsie, donnant davantage de puissances statistique à notre étude.

4. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et prospective.

5. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 21/09 au 19/10/ 2023 soit une période de 1 mois.

6. Techniques d'étude:

Les données ont été recueillies à l'aide d'une fiche d'enquête composée de deux parties, à savoir : la section 1, qui concernait les caractéristiques socio démographiques et la section 2, qui était basée sur l'itinéraire thérapeutique.

7. Critères d'inclusion :

- ont été inclus, tous les patients vus en consultation pour épilepsie, durant la période d'étude, dont les consentements étaient libres, volontaires et éclairés.

8. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus, tous les patients vus pour une autre pathologie différente de l'épilepsie, en dehors de la période d'étude, ou dont le consentement n'était pas obtenu.

9. Saisie et analyse des données :

La saisie a été faite sur Microsoft world (version 2016), l'analyse des données et la réalisation des graphiques étaient faites sur SPSS 26.

10. Tests statistiques :

10.1. Variables qualitatives

Les variables qualitatives ont été décrites en proportions et seront comparées en utilisant le test exact de Fisher.

10.2. Variables quantitatives

Les moyennes et écart types ont été utilisés pour comparer la population d'étude.

11. Considération éthique et déontologique :

Un consentement verbal libre et éclairé des patients ont été acquis avant leur inclusion à l'étude.

Le refus du patient à ne pas participer à l'étude n'empêchait en rien sa prise en charge et son suivi. Les renseignements donnés par chaque patient ont été totalement confidentiels et ne saurait être divulgués. Ils ont été uniquement utilisés à des fins de recherche. Les renseignements personnels concernant chaque patient ont été codifiés par un numéro qui ne permettra pas d'identifier le malade lors de la publication des résultats de l'étude. Les patients ont adhéré volontairement à l'étude. Aucune compensation n'est prévue.

IV. RESULTATS

Du 21 Septembre au 19 Octobre 2023, 326 patients ont consulté à la Clinique médicale Dinandougou (Marka Coungo) et 148 à la Polyclinique Pasteur, sur lesquels 87 cas d'épilepsies soit une prévalence de 18,35 %.

1. Etude descriptive

Tableau 4 : Répartition des patients selon le centre de recrutement

Centre de recrutement	Fréquence	Pourcentage
Polyclinique Pasteur	37	42,5
Clinique médicale / Marka coungo	50	57,5
Total	87	100,0

42,5% de notre recrutement avaient été fait à la polyclinique Pasteur (Bamako) contre 57,5% à la clinique médicale (Marka coungo)

Tableau 5: Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Fréquence	Pourcentage
0 à 10 ans	20	23,0
11 à 20 ans	37	42,5
21 à 30 ans	13	14,9
31 à 40 ans	10	11,5
41 à 50 ans	3	3,4
51 à 60 ans	2	2,3
> 60 ans	2	2,3
Total	87	100

La tranche d'âge allant de 11 à 20 ans était la plus représentée, soit 42,5%. L'âge moyen était de 20 ans avec des extrêmes de 1 à 71 ans et un écart type de 14,29



Figure 4: Répartition des patients selon le sexe

Le sexe masculin était majoritaire, soit 57,5% et un sexe ratio à 1,35.

Tableau 6: Répartition des patients selon leur ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage
Bamanan	28	32,2
Bobo	2	2,3
Dafing	1	1,1
Djokaramai	3	3,4
Dogon	4	4,6
Kassogué	1	1,1
Malinké	10	11,5
Mianka	3	3,4
Mossi	2	2,3
Peulh	15	17,2
Senoufo	2	2,3
Soninké	13	14,9
Sorhaï	3	3,4
Total	87	100,0

L'ethnie Bamanan était majoritaire soit 32,2%.

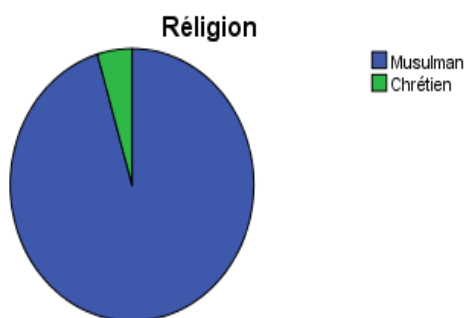


Figure 5:Répartition des patients selon la religion

La religion musulmane prédominait sur la religion chrétienne soit 95,4%.

Tableau 7 : Répartition des patients selon le lieu de résidence

Résidence	Fréquence	Pourcentage
Bamako	36	41,4
Kayes	3	3,4
Kita	2	2,3
Koulikoro	28	32,2
Marka coungo	2	2,3
Mopti	4	4,6
Ségou	6	6,9
Sikasso	6	6,9
Total	87	100,0

La majorité de nos patients résidait à Bamako soit 41,4%.

Tableau 8: Répartition des patients selon le niveau d'instruction

Niveau d'étude	Fréquence	Pourcentage
Non_instruit	35	40,2
Primaire(école maternelle y compris)	21	24,1
Secondaire	9	10,3
Supérieur	7	8,0
école_coranique	15	17,2
Total	87	100,0

Les patients non instruits, étaient majoritaires soit 40,2%.

Tableau 9: Répartition des patients selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Fréquence	Pourcentage
Marié (e)	22	25,3
Célibataire	27	31,0
Divorcé (e)	2	2,3
Veuf (ve)	3	3,4
Enfants	33	37,9
Total	87	100,0

Les enfants étaient les plus représentés soit 37,9%.

Tableau 10: Répartition des patients selon la profession

Profession	Fréquence	Pourcentage
Aucune	10	11,5
Boulangier	1	1,1
Commerce	12	13,8
Cultivateur	13	14,9
Elevage	2	2,3
Elève/Ecole	15	17,2
Elève/Jardin	5	5,7
Elève/Medersa	5	5,7
Enseignant(e)	2	2,3
Etudiant(e)	2	2,3
Gestionnaire	1	1,1
Informaticien	1	1,1
Laboratine	1	1,1
Mançon	1	1,1
Ménagère	16	18,4
Total	87	100,0

Les élèves/étudiants étaient les plus représentés soit 30,9%.

Tableau 11: Répartition selon l'interlocuteur

Interlocuteur	Fréquence	Pourcentage
Patient	37	42,5
Parent	41	47,1
Autre membre de la famille	9	10,3
Total	87	100,0

42,5% de l'échantillon avaient répondu personnellement contre 57,5% dont les réponses proviennent de l'entourage.

Tableau 12: Répartition des patients selon leur avis sur l'épilepsie

Que pensez-vous de l'épilepsie ?	Fréquence	Pourcentage
Maladie du cerveau	75	86,2
Maladie naturelle	7	8,0
Sorcellerie	5	5,7
Total	87	100,0

La majorité de nos patients, soit 86,2% pensait que l'épilepsie était une maladie du cerveau.

Tableau 13: Répartition des patients concernant la consultation dès la 1ère crise

Avez-vous consulté quelqu'un après la 1ère crise ?	Fréquence	Pourcentage
Oui	81	93,1
Non	6	6,9
Total	87	100,0

93,1% de notre échantillon avaient consulté dès la première crise.

Tableau 14: Répartition des patients selon le choix du 1er consultant

Qui avez-vous consulté la 1ère fois ?	Fréquence	Pourcentage
Un pasteur	2	2,3
Un tradipraticien	43	49,4
Un médecin	42	48,3
Total	87	100,0

Les tradithérapeutes étaient les plus consultés la 1^{ère} fois soit 49,4%

Tableau 15: Répartition des patients concernant la deuxième consultation

Avez-vous consultés une autre (d'autres) personne (s) ?	Fréquence	Pourcentage
Oui	62	71,3
Non	25	28,7
Total	87	100,0

Parmi les 87 patients qui avaient fait une 1^{ère} consultation, 71,3% ont eu recours à une deuxième consultation pour se faire traiter, et la totalité avait choisis un médecin

Tableau 16: Répartition selon le prix du traitement

Combien cette dernière prise en charge vous a-t-elle coûté comme prix des traitements acquis ?	Fréquence	Pourcentage
<7500	9	10,3
Entre 7500 FCFA et 20000 FCFA	34	39,1
>20000 FCFA	8	9,2
Ne sais pas	36	41,4
Total	87	100,0

La majorité des patients soit 41,4% ne savait pas le prix du traitement reçu. 39,1% avaient un prix compris entre 7500 et 20000 FCFA contre 10,3% où c'était <7500 FCFA et 9,2% où c'était >20000 FCFA.

Tableau 17: Répartition des patients concernant l'observance thérapeutique

Vous avez arrêté un traitement pendant un temps ?	Fréquence	Pourcentage
Oui	17	19,5
Non	70	80,5
Total	87	100,0

La non observance thérapeutique de certains patients soit 19,5%.

Tableau 18: Répartition des patients ayant arrêtés le traitement selon la cause

Si oui, la cause ?	Fréquence	Pourcentage
Oublie	2	11,7
Accessibilité géographique	5	29,5
Rémission passagère	6	35,3
Souci financier	4	23,5
Total	17	100,0

Cela pouvait être dû à une rémission passagère (35,3%), un souci d'accessibilité géographique (29,5%) ou un souci financier (23,5%),

2. Etude analytique

Tableau 19: Croisement Résidence*Centre de recrutement

		Centre_de_recrutement		
		Polyclinique Pasteur	Clinique médicale	Total
Résidence	Bamako	27	9	36
	Kayes	1	2	3
	Kita	0	2	2
	Koulikoro	6	22	28
	Marka coungo	0	2	2
	Mopti	1	3	4
	Ségou	0	6	6
	Sikasso	2	4	6
Total	37	50	87	

P=0

Il y'avait un lien entre le centre de recrutement du malade et sa résidence.
La majorité des patients recrutés à la Polyclinique Pasteur soit 72,9% venait de Bamako et la majorité des patients recrutés à la Clinique médicale Dinandougou soit 44% venait de Koulikoro.

Tableau 20: Croisement Age de la 1ère crise * Centre de recrutement

		Centre_de_recrutement		Total
		Polyclinique e Pasteur	Clinique médicale	
Age lors de la 1ère crise ?	1 à 9 ans	13	6	19
	10 à 19 ans	9	22	31
	20 à 29 ans	7	10	17
	30 à 39 ans	3	8	11
	40 à 49 ans	2	2	4
	50 à 60 ans	1	2	3
	>60 ans	2	0	2
	Total	37	50	87

P=0,058

Il n'y avait pas de lien entre le centre de recrutement du malade et l'âge de la 1ère crise.

1 à 9 ans était la tranche d'âge la plus représentée en ville soit 35% contre 44% de celle allant de 10 à 19 ans en campagne.

Tableau 21: Croisement Type de manifestation * Centre de recrutement

		Centre de recrutement		Total
		Polyclinique Pasteur	Clinique médicale	
Type de manifestation ?	Tonico- clonique	22	35	57
	Tonique	2	5	7
	Clonique	4	4	8
	Absence	3	0	3
	Autres	6	6	12
Total		37	50	87

P=0,266

Il n'y avait pas de lien entre le centre de recrutement du malade et le type de manifestation.

La crise Tonico-clonique était la plus représentée que ce soit en ville (59%) ou en campagne (70%).

Ensuite, les autres (crise procursive, vertige, manifestations gastriques, ...) soit 16,2% et 12% de part et d'autre.

Tableau 22: Croisement premier consultant * Centre de recrutement

		Centre_de_recrutement		
		Polyclinique Pasteur	Clinique médicale / Marka coungo	Total
Qui avez-vous consulté la 1ère fois ?	Un pasteur	0	2	2
	Un tradipraticien	13	30	43
	Un médecin	24	18	42
Total		37	50	87

P=0,014

Il y'avait un lien entre le centre de recrutement du malade et le 1^{er} soignant consulté.

Les tradithérapeutes étaient les plus consultés en campagne dès la première crise, soit 60% tandis que les médecins étaient les plus consultés en ville dès la première crise, soit 64,8%.

Tableau 23: Croisement choix du 1er consultant * centre de recrutement

		Centre_de_recrutement		Total
		Polyclinique e Pasteur	Clinique médicale / Marka coungo	
Quelle était la raison de ce choix ?	Vous aviez confiance en lui	9	13	22
	On vous l'avait indiqué	24	30	54
	Vous le connaissiez de réputation	2	4	6
	Vous ne saviez pas à qui vous adresser	2	3	5
Total		37	50	87

P=0,958

Il n'y avait pas de lien entre le centre de recrutement du malade et le choix du 1^{er} consultant.

La majorité des choix était motivé par l'indication de l'entourage, que ce soit en ville (64,8%) ou en campagne (60%)

- L'entretien lors de la première consultation

Tableau 24: Croisement pensée du 1er consultant selon la gravité * centre de recrutement

		Centre_de_recrutement		
		Polyclinique e Pasteur	Clinique médicale / Marka coungo	Total
Que vous a dit la personne consultée concernant la gravité?	Grave	20	33	53
	Très grave	10	2	12
	Rien	7	15	22
Total		37	50	87

P=0,08

Il n'y avait pas de lien entre le centre de recrutement du malade et la pensée du 1^{er} consultant selon la gravité.

Dans la plupart des cas, le premier consultant estimait que l'épilepsie était grave que ce soit en ville (54%) ou en campagne (66%)

Tableau 25: Croisement pensée du 1er consultant selon la contagiosité * centre de recrutement

		Centre_de_recrutement		
		Polyclinique e Pasteur	Clinique médicale / Marka coungo	Total
Que vous a dit la personne consultée concernant la contagiosité ?	Oui	0	1	1
	Non	18	20	38
	Rien	19	29	48
Total		37	50	87

P=0,722

Il n'y avait pas de lien entre le centre de recrutement du malade et la pensée du 1^{er} consultant selon la contagiosité.

La contagiosité a été affirmée dans un seul cas, en campagne et la voie de transmission était par la bave.

Tableau 26: Croisement pensée du 1er consultant selon la curabilité * centre de recrutement

		Centre de recrutement		
		Polyclinique Pasteur	Clinique médicale / Marka coungo	Total
Que vous a dit la personne consultée concernant la curabilité ?	guérissable	23	38	61
	Long à guérir	14	12	26
Total		37	50	87

P=0,236

Il n'y avait pas de lien entre le centre de recrutement du malade et la pensée du 1^{er} consultant selon la curabilité.

Dans la plupart des cas, le premier consultant estimait que l'épilepsie était guérissable que ce soit en ville (62%%) ou en campagne (76%)

Tableau 27: Croisement pensée du 1er consultant selon les moyens pour guérir
* centre de recrutement

		Centre de recrutement		
		Polyclinique e Pasteur	Clinique médicale / Marka coungo	Total
Que vous a dit la personne consultée concernant les moyens pour guérir ?	Des plantes (à boire et/ou à se laver)	13	29	42
	Des comprimés / Sirop	24	18	42
	Des prières	0	3	3
Total		37	50	87

P=0,012

Il y'avait un lien entre le centre de recrutement du malade et pensée du 1er consultant selon les moyens pour guérir.

La majorité des moyens proposés était des plantes (à boire et/ou à se laver) en campagne soit 58%, contre des comprimés / Sirop en ville soit 64,8%.

Tableau 28: Croisement traitement de la 1ère crise * centre de recrutement

		Centre_de_recrutement		Total
		Polyclinique Pasteur	Clinique médicale / Marka coungo	
Quel a été le traitement de la toute 1ère crise ?	Tradition nel	14	30	44
	Moderne	23	18	41
	Prière	0	2	2
Total		37	50	87

$P=0,026$

Il y'avait un lien entre le centre de recrutement du malade et le traitement de la 1^{ère} crise.

La majorité des patients en ville a reçu un traitement moderne soit 62% contre un traitement traditionnel en campagne soit 60%.

Tableau 29: Croisement choix du 2ème consultant * centre de recrutement

		Centre_de_recrutement		Total
		Polyclinique e Pasteur	Clinique médicale / Marka coungo	
Quelle avait été la raison de ce choix ?	Vous aviez confiance en lui (eux)	5	3	8
	On vous l'(les) avait (avaient) indiqué(s)	19	31	50
	Vous le (les) connaissiez de réputation	0	4	4
Total		24	38	62

P=0,118

Il n'y avait pas de lien entre le centre de recrutement du malade et le choix du 2ème consultant.

La majorité des choix était motivé par l'indication de l'entourage, que ce soit en ville (79%%) ou en campagne (81%)

- L'entretien lors de la deuxième consultation

Tableau 30: Croisement pensée du 2^{ème} consultant selon la gravité * centre de recrutement

		Centre_de_recrutement		Total
		Polyclinique	Clinique médicale / Marka	
		Pasteur	coungo	
Que vous a (ont) dit cette (ces) autre(s) personne(s) consultée(s) à propos de ce qui vous arrivait concernant la gravité ?	Grave	2	1	3
	Rien	22	37	59
Total		24	38	62

P=0,554

Il n'y avait pas de lien entre le centre de recrutement du malade et la pensée du 2^{ème} consultant selon la gravité.

Dans la plupart des cas, le deuxième consultant n'avait pas évoqué la gravité lors de la consultation, que ce soit en ville (91%) ou en campagne (95%), mais avait assuré la non contagiosité dans tous les cas.

Tableau 31: Croisement pensée du 2ème consultant selon la curabilité * centre de recrutement

		Centre de recrutement		
		Polyclinique Pasteur	Clinique médicale / Marka coungo	Total
Que vous a (ont) dit cette (ces) autre(s) personne(s) consultée(s) à propos de ce qui vous arrivait concernant la curabilité ?	Rapidement guérissable	0	1	1
	Long à guérir	24	37	61
	Total	24	38	62

P=1

Il n'y avait pas de lien entre le centre de recrutement du malade et la pensée du 2ème consultant selon la curabilité.

Le deuxième consultant avait insisté sur une longue durée de guérison dans presque tous les cas, 100% en ville et 97% en campagne ; les moyens proposés étaient des comprimés / Sirop dans tous les cas.

Tableau 32: Croisement types d'antiépileptiques * centre de recrutement

	Centre_de_recrutement			
	Polyclinique e Pasteur	Clinique médicale / Marka coungo	Total	
Types d'antiépileptiques ?	Gardenal(Phénobarbital)	0	8	8
	Depakine(Valproate de sodium)	12	2	14
	Tegretol(Carbamazépine)	7	37	44
	Lamictal(Lamotrigine)	8	0	8
	Bithérapie(Carbamazépine puis valproate de sodium)	4	2	6
	Bithérapie(Carbamazépine puis Levetiracetam)	2	0	2
	Bithérapie(Valproate de sodium puis Levetiracetam)	2	0	2
	Bithérapie(Valproate de sodium puis Lamotrigine)	1	0	1
	Bithérapie(Carbamazépine puis Phénobarbital)	1	1	2
Total	37	50	87	

P=0

Il y'avait un lien entre le centre de recrutement du malade et le type d'antiépileptique prescrit.

La carbamazépine était la molécule la plus prescrite en campagne soit 74% contre la valproate de sodium en ville soit 32,4%.

La monothérapie était prescrite chez la majorité des patients soit 72,9% en ville contre 94% en campagne.

Tableau 33: Croisement Types d'antiépileptiques * Persistance des crises

Types d'antiépileptiques	Persistance des crises		
	Oui	Non	Total
Gardenal(Phénobarbital)	0	8	8
Depakine(Valproate de sodium)	0	14	14
Tegretol(Carbamazépine)	0	44	44
Lamictal(Lamotrigine)	0	8	8
Bithérapie(Carbamazépine puis valproate de sodium)	6	0	6
Bithérapie(Carbamazépine puis Levetiracetam)	2	0	2
Bithérapie(Valproate de sodium puis Levetiracetam)	2	0	2
Bithérapie(Valproate de sodium puis Lamotrigine)	1	0	1
Bithérapie(Carbamazépine puis Phénobarbital)	2	0	2
Total	13	74	87

P=0

Il y'avait un lien entre le type d'antiépileptique (bi ou monothérapie) reçu par le malade et la persistance des crises.

Nous avons 15% des cas, où une persistance des crises était observée sous monothérapie, motivant alors une bithérapie.

3. Facteurs limitant l'accessibilité aux soins antiépileptiques

Plusieurs facteurs limitent l'accessibilité aux soins notamment :

- Le niveau socio-économique

• 22 patients sur 87 soit 30,9% de notre échantillon étaient des élèves/étudiants,

- 16 patientes sur 87 soit 18,4% étaient des ménagères :

Ces 2 groupes supposés sans revenu, donc dépendants d'une tierce personne

- 13 patients sur 87 soit 14,9% étaient des cultivateurs à faible revenu

Donc le souci financier peut avoir un grand impact sur l'accessibilité des soins.

- Les aspects socio-culturels

- Le vécu de la maladie

- La distance séparant le domicile du lieu de consultation

N'étaient pas des facteurs limitant l'accessibilité aux soins dans notre étude.

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Difficultés de l'étude :

La seule difficulté était au niveau des déplacements d'aller et retour, qui étaient obligatoires afin de pouvoir recruter dans les deux centres identifiés pour notre étude, l'un en ville et l'autre en campagne. Malgré cette contrainte, nous avons pu obtenir des résultats que nous allons discuter.

2. Les caractéristiques sociodémographiques :

2.1. Tranche d'âge :

La tranche d'âge allant de 11-20 ans était la plus représentée soit 42,5%, avec des extrêmes de 1 à 71 ans, l'âge moyen étant de $20,38 \pm 14,29$ ans. Ce résultat est proche à celui de Sangaré. B(54) au Mali en 2019, qui avait retrouvé 34% pour la tranche d'âge de 10 à 19 ans.

2.2. Sexe :

Nous avons retrouvé une prédominance masculine soit 57,5%.

Nos résultats sont presque similaires à ceux de Cissé. L au Mali en 2014 avec 55,17%(55) et de Fall M et al. au Sénégal en 2015 avec 52,3%(56).

Ce résultat peut s'expliquer dans notre contexte par le fait que les ressources des familles sont détenues par les hommes et ont donc plus d'accès aux structures de santé, d'autres parts les discriminations sociales face à l'épilepsie font que, chez beaucoup de femmes, surtout celles en âge de procréer, l'épilepsie est cachée le plus longtemps possible et la priorité est donnée au traitement traditionnel.

2.3. Profession :

Dans notre étude, les élèves/étudiants constituaient la profession la plus représentée avec 30,9%, ce résultat est supérieur à celui de Diallo. C(57) au Mali en 2022 où les étudiants-élèves étaient les plus représentés à 21,2%.

2.4. Niveau d'instruction :

40,2% de nos patients n'étaient pas scolarisés. Ce résultat se rapproche de celui de Koné. H(58) au Mali en 2019 avec 48,2% de patients non scolarisés.

En Afrique, plusieurs études ont rapporté que « La scolarisation d'une personne était difficile ». Nos résultats sont supérieurs à ceux retrouvés par Ngoungou et al. en Ouganda(59) où seulement 25 % des enfants vivant avec l'épilepsie continuent d'aller à l'école.

2.5. Statut matrimonial :

Les enfants n'ayant pas l'âge de se marier étaient les plus représentés dans notre étude avec 37,9%, ce qui s'explique par le jeune âge de nos patients, dont la tranche majoritaire était de 11 à 20 ans.

Ce résultat était différent de celui de Houeto. E(60) au Bénin en 2005, où les patients célibataires étaient les plus représentés avec 58,7% de cas.

3. Les caractéristiques de la maladie :

3.1. Age de survenue de la première crise :

Dans notre étude; 33,3% des crises débutaient majoritairement entre 10-19 ans. Ces données étaient différentes de celles rapportées par la littérature, l'incidence spécifique de l'épilepsie varie considérablement en fonction de l'âge : elle est maximum au cours des premières années de vie puis décroît et se stabilise entre 30-50 ans pour ensuite remonter à partir de 75 ans(61).

3.2. Type de crise :

Les crises tonico-cloniques étaient les plus fréquentes avec 65,5% de cas.

Ces résultats étaient proches de ceux obtenus par SACKO H au Mali en 2021 ; THIAM L et al. au Sénégal en 2020, qui avaient respectivement 68,3% et 72,7%(62,63).

La grande proportion des crises généralisées peut être expliquée par l'inexpérience et les difficultés de l'entourage ou des médecins à donner une description précise des premières manifestations ressenties par le patient.

3.3. Aspects thérapeutiques :

3.3.1. Selon le premier soignant consulté

La majorité de nos patients soit 93,1% ont consulté dès la première crise, cette attitude témoigne de l'importance qu'attache la famille pour la guérison du malade.

49,4% des patients avaient consulté un tradipraticien, ce comportement découle des représentations socio culturelles de cette affection dans nos sociétés africaines. L'interprétation de l'épilepsie comme manifestation surnaturelle ne peut autoriser d'emblée des méthodes médicales occidentales selon Danesi et al. (64)

3.3.2. Comparaison entre les différents types de traitements selon le premier traitement reçu

Dans notre étude, le traitement initial était traditionnel dans 49,4% des cas, ces résultats sont inférieurs à ceux de l'étude réalisée dans le département de la Donga au Bénin, qui avait trouvé 61,8% des patients sous traitement traditionnel.

Le traitement moderne concernait 48,3% de nos patients; 29,4% des patients du département de la Donga recevaient à la fois un traitement traditionnel et moderne. (65)

En République Centrafricaine ; 35,8% des épileptiques prenaient un traitement moderne ; 28,3% un traitement traditionnel et 11,2% étaient sous traitement mixte d'après Preux et al. (66)

Dans le Mifi au Cameroun selon le même auteur, 58% des épileptiques ont demandé le traitement médical seul. (67)

Coleman et al. (68) dans une étude réalisée en milieu rural en Gambie notaient que tous les patients avaient utilisé un traitement traditionnel.

3.3.3. Traitement traditionnel

a) Les moyens

Dans notre étude le traitement traditionnel consistait d'une part, à boire et à se laver par des préparations à base de plantes, d'autre part, de façon rare, à faire des prières.

Ce traitement variait selon les auteurs et les pays.

Pour Houeto E. au Bénin en 2019, il s'agissait de l'administration de potions à base de plantes et d'épices, des interdits alimentaires associés à des sacrifices et à la « désinfection » du lieu de la crise par le feu. Ce traitement variait d'un tradipraticien à un autre, le chef religieux utilisait exclusivement les prières.

Les résultats de Millogo et al (69) au Burkina Faso concernant le traitement traditionnel étaient basés sur la tisane, les racines, des infusions, les bains, les incantations, la « purification » du lieu de la crise par le feu.

Selon Preux et al (67) dans le département de Mifi au Cameroun certains patients qui ont consulté les tradipraticiens avaient des poudres végétales mélangées à de l'huile à avaler ou des potions. Certains patients avouaient inhaler de la fumée obtenue à partir d'un mélange de plantes, rarement des scarifications sur l'abdomen ont été effectuée, cette thérapie était toujours accompagnée d'interdits alimentaires comme l'œuf, la patate douce, la cannes à sucre et la viande, car selon les tradipraticiens dans l'étude de Nkwi et Ndonko (70) chez les bamilékés au Cameroun, ces aliments risqueraient d'augmenter la sécrétion de la bave chez le patient et donc de favoriser la survenue de la crise.

b) Le Coût

Dans notre étude, les patients n'avaient pas pu préciser le prix du traitement anti épileptique, mais presque la majorité; soit 47,1% l'estimaient peu cher.

De façon comparative, Preux et al (71) rapportaient dans une étude au Cameroun que le coût du traitement variait de cent mille (100.000) à cent vingt mille (120.000) francs CFA, certains tradipraticiens proposaient aux patientes

célibataires qui ne pouvaient honorer leurs dettes, d'annuler et de les épousant en retour.

Le résultat de l'étude de Millogo et al. (69) à Bobo Dioulasso notait que le paiement pouvait se faire en nature ou en espèce, en espèce le prix variait de vingt-deux mille à cinquante mille (22.000 à 50 000) francs CFA et en nature le malade peut offrir à volonté un poulet à mille (1000) francs CFA, ou un mouton à quinze mille (15 000) francs CFA.

c) L'efficacité

Au final, aucun de nos malades n'étaient satisfaits du traitement traditionnel, ce résultat était proche de celui de Houeto E. au Bénin en 2019, où la satisfaction était rare.

Ce qui justifiait l'abandon du traitement traditionnel à court et moyen terme, au détriment du traitement moderne.

3.3.4. Traitement moderne

a) Les moyens

Au cours de notre étude, la carbamazépine était la molécule la plus prescrite à 54%.

Contrairement aux études rapportées par :

- Preux et al (67) au Cameroun, le phénobarbital 100mg était le plus utilisé
- Diop et al (72) sur la filière des soins antiépileptiques en Afrique, le phénobarbital était prescrit dans 57 à 85 % en Afrique intertropicale
- Mani et al (73) en milieu rural indien, 50 % des épileptiques étaient sous phénobarbital.

b) Le coût

Dans notre étude, les patients achetaient les produits par stock de plusieurs boîtes, selon la durée du rendez-vous sinon un renouvellement s'imposait, si la quantité au départ ne couvrait pas la durée du rendez-vous.

Tous nos patients parvenaient à acheter le traitement prescrit mais de façon partielle en général, obligeant ainsi le malade à renouveler les produits avant le rendez-vous.

- Les principaux antiépileptiques et leur prix

Carbamazépine / Tegretol L.P. 400 : 1boîte = 6085 FCFA

Carbamazépine / Tegretol L.P. 200 : 1boîte = 3380 FCFA

Valproate de sodium / Depakine chrono LP 500 : 1boîte = 9725 FCFA

Phénobarbital / Gardenal 100 : 1boîte = 3000 FCFA

Lamotrigine / Lamictal 25 :1boîte = 12000 FCFA

Lamotrigine / Lamictal 50 :1boîte = 16200

Levetiracetam Biogaran 500 : 1boîte = 19230 FCFA

c) l'efficacité

La plupart de nos patients soit 85% observaient une rémission passagère des crises, mais le reste constatait la persistance de ces dernières malgré une prise régulière des médicaments.

Nos résultats étaient supérieurs à ceux de :

Danesi (64), qui rapportait dans une étude au Nigéria que 62,2 % des épileptiques étaient satisfaits du traitement moderne.

Mais proches de ceux de l'étude dans le département de Mifi au Cameroun, qui montrait que 72 % des patients affirmaient une efficacité des antiépileptiques. (67)

Les pharmaco résistances observées conduisent à un changement d'antiépileptique ou une bithérapie.

Conclusion

L'épilepsie reste encore un problème de santé publique dans les PED et surtout en Afrique subsaharienne.

C'est une pathologie fréquente avec une prévalence élevée en consultation de neurologie, elle est l'une des causes d'absentéisme au travail avec un fardeau socio-économique élevé.

Son impact négatif sur la qualité de vie des patients est une raison suffisante pour sensibiliser la population à une bonne hygiène de vie et la formation des professionnels de santé pour une bonne prise en charge.

Recommandations

Au terme de l'étude, nous formulons les recommandations suivantes :

➤ **Au Ministère de la santé**

- Doter les structures sanitaires des médicaments et outils diagnostiques dans la prise en charge des personnes vivant avec l'épilepsie à un coût moins chers.
- Réaliser des séances de communication, d'information et d'éducation sur l'épilepsie en vue de lutter contre la stigmatisation.
- Instituer une journée nationale de lutte contre l'épilepsie.

➤ **A La Ligue Malienne de Lutte Contre L'épilepsie**

- Faire des campagnes de sensibilisation sur les préjugés qui entourent cette affection dont les conséquences sociales sont parfois plus graves que la maladie elle-même en vue d'apporter un changement de comportement envers les malades souffrant d'épilepsie.
- Organiser des EPU sur l'épilepsie.

➤ **Aux Centres hospitaliers**

- Organiser les consultations d'épileptologie.
- Prodiguer les conseils aux malades, leurs parents et enfin à tout le public pour mieux comprendre cette maladie.
- Mettre en place une équipe de soutien psychosocial des personnes vivant avec l'épilepsie.

➤ **Aux Professionnels de la Santé**

- Renforcer la collaboration entre les agents sanitaires, les tradipraticiens et la famille, non seulement pour un diagnostic précoce mais également pour une éducation thérapeutique et une prise en charge adéquate.

A la Population générale

- Ne pas dramatiser l'épilepsie
- Assurer une bonne intégration sociale du malade.

Aux personnes vivant avec l'épilepsie

- Suivre et respecter les conseils prodigués par leur médecin.

REFERENCES

1. Fisher RS, Boas W van E, Blume W, Elger C, Genton P, Lee P, et al. Epileptic Seizures and Epilepsy: Definitions Proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia* 2005;46(4):470-2.
2. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 2014;55(4):475-82.
3. Leonardi M, Ustun TB. The Global Burden of Epilepsy. *Epilepsia* 2002;43(s6):21-5.
4. Forsgren L, Hauser WA, Olafsson E, Sander JW a. S, Sillanpää M, Tomson T. Mortality of Epilepsy in Developed Countries: A Review. *Epilepsia* 2005;46(s11):18-27.
5. Fiest KM, Sauro KM, Wiebe S, Patten SB, Kwon CS, Dykeman J, et al. Prevalence and incidence of epilepsy. *Neurology* 2017;88(3):296-303.
6. Theodore WH, Spencer SS, Wiebe S, Langfitt JT, Ali A, Shafer PO, et al. Epilepsy in North America: A Report Prepared under the Auspices of the Global Campaign against Epilepsy, the International Bureau for Epilepsy, the International League Against Epilepsy, and the World Health Organization. *Epilepsia* 2006;47(10):1700-22.
7. Burneo JG, Tellez-Zenteno J, Wiebe S. Understanding the burden of epilepsy in Latin America: A systematic review of its prevalence and incidence. *Epilepsy Research* 2005;66(1):63-74.
8. Ba-Diop A, Marin B, Druet-Cabanac M, Ngoungou EB, Newton CR, Preux PM. Epidemiology, causes, and treatment of epilepsy in sub-Saharan Africa. *The Lancet. Neurology* 2014;13(10):1029-44.
9. Mac TL, Tran DS, Quet F, Odermatt P, Preux PM, Tan CT. Epidemiology, aetiology, and clinical management of epilepsy in Asia: a systematic review. *The Lancet Neurology* 2007;6(6):533-43.

10. Preux PM, Druet-Cabanac M. Epidemiology and aetiology of epilepsy in sub-Saharan Africa. *The Lancet Neurology* 2005;4(1):21-31.
11. Global, regional, and national burden of epilepsy, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet. Neurology* 2019;18(4):357-75.
12. Jallon P. Epilepsy and epileptic disorders, an epidemiological marker? Contribution of descriptive epidemiology. *Epileptic Disorders* 2002;4(1):1-13.
13. Jallon P. Introduction. In Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2002. p. 3-6. (Que sais-je ?; vol. 3e éd.).
- 14.3 Djibo D 2, Kanikomo D 1, Maiga .Y 1, Albakaye .M. La dimension socioculturelle de l'épilepsie au Mali 2012;1(1).
15. Perceptions sociales et modes de gestion de l'épilepsie en contexte communautaire : Kongodékro (commune de Bouaké) Kouadio M'bra Kouakou Dieu-Donné. *International Journal of Multidisciplinary Research and Development* 2017;4(8):176-84.
16. Doumbia-Ouattara M, Kouame-Assouan AE, Kouassi L, Diakite I, Boa YF, Sonan-Douayoua T. ITINERAIRE DU PATIENT EPILEPTIQUE REÇU EN CONSULTATION D'EPILEPTOLOGIE A ABIDJAN. The therapeutic route of the epileptic route of the epileptic patient consulted in the epileptologic unit of Abidjan. *Rev Int Sc Méd* 2013;15(2):69-73.
17. OMS. Action mondiale contre l'épilepsie et les autres troubles neurologiques. 2020.
18. Beghi E, Carpio A, Forsgren L, Hesdorffer DC, Malmgren K, Sander JW, et al. Recommendation for a definition of acute symptomatic seizure. *Epilepsia* 2010;51(4):671-5.
19. Shneker BF, Fountain NB. Epilepsy. *Disease-a-Month* 2003;49(7):426-78.
20. Tyvaert L. État de mal épileptiques. *Pratique Neurologique - FMC* 2017;8(2):70-9.

21. Collège des Enseignants de Neurologie. Épilepsies de l'enfant et de l'adulte ECN. 2016.
22. Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross JH, Elger CE, et al. ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 2014;55(4):475-82.
23. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia* 2017;58(4):512-21.
24. Rafael F, Dubreuil C, Prado JA, Burbaud F, Clement J, Preux P, et al. Social and cultural representation of Epilepsy in elderly aged 65 and more, during a community survey in two French Departments (Hautevienne and Creuse). *Annals of Neurosciences* 2010;17(2):60-2.
25. Diagana M, Preux PM, Tuillas M, Ould Hamady A, Druet-Cabanac M. [Dépistage de l'épilepsie en zones tropicales: validation d'un questionnaire en Mauritanie]. *Bulletin De La Societe De Pathologie Exotique* 2006;99(2):103-7.
26. Houinato D, Ramanankandrasana B, Adjidé C, Melaku Z, Josse R, Avodé G, et al. Seroprevalence of cysticercosis in Bénin. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 1998;92(6):621-4.
27. Preux PM, Druet-Cabanac M. Epidemiology and aetiology of epilepsy in sub-Saharan Africa. *The Lancet. Neurology* 2005;4(1):21-31.
28. Dumas M, Preux PM. Épilepsie en zone tropicale. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* 2008;192(5):949-60.
29. Baldy-Moulinier M, Crespel A, Gelisse P, Lerner-Natoli M. Intérêt des recherches physiopathologiques des épilepsies. *African & Middle East Epilepsy Journal* 2012;1(5):1-7.
30. Scheffer IE, Berkovic S, Capovilla G, Connolly MB, French J, Guilhoto L, et al. ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE

- Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*. *Epilepsia* 2017;58(4):512-21.
31. Fisher RS, Cross JH, French JA, Higurashi N, Hirsch E, Jansen FE, et al. Operational classification of seizure types by the International League Against Epilepsy: Position Paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia* 2017;58(4):522-30.
32. ILAE 2017 — nouvelle classification DES TYPES DE CRISES.
33. Société française de neurologie—Epilepsy première crise adulte.
34. Auxéméry Y. Crises psychogènes non épileptiques chez l'enfant et l'adolescent. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2011;59(1):61-7.
35. Roubertie A, Leydet J, Soete S, Rivier F, Cheminal R, Echenne B. Mouvements anormaux paroxystiques non épileptiques de l'enfant. *Archives de Pédiatrie* 2007;14(2):187-93.
36. Diagana M, Millogo A, Bouteille B, Preux PM. Affections neurologiques en milieu tropical. *EMC - Neurologie* 2005;2(3):232-56.
37. Annegers JF, Hauser WA, Coan SP, Rocca WA. A Population-Based Study of Seizures after Traumatic Brain Injuries. *New England Journal of Medicine* 1998;338(1):20-4.
38. Hantson P. Convulsions d'origine toxique. *Réanimation* 2004;13(5):343-8.
39. Crepin S, Godet B, Chassain B, Preux PM, Desport JC. Malnutrition and epilepsy: A two-way relationship. *Clinical Nutrition* 2009;28(3):219-25.
40. Kellinghaus C, Engbring C, Kovac S, Möddel G, Boesebeck F, Fischera M, et al. Frequency of seizures and epilepsy in neurological HIV-infected patients. *Seizure - European Journal of Epilepsy* 2008;17(1):27-33.
41. Ngoungou EB, Niaré-Doumbo S, Preux PM, Doumbo O. Paludisme et épilepsie en zone tropicale. *Epilepsies* 2010;22(2):111-5.

42. Bugeme M, Mukuku O. Neurocysticercose révélée par une épilepsie réfractaire: à propos d'une observation. *The Pan African Medical Journal* 2015;20:104.
43. Nicoletti A, Bartoloni A, Sofia V, Mantella A, Nsengiyumva G, Frescaline G, et al. Epilepsy and Toxocariasis: A Case-Control Study in Burundi. *Epilepsia* 2007;48(5):894-9.
44. Boussinesq M, Pion SDS, Demanga-Ngangue, Kamgno J. Relationship between onchocerciasis and epilepsy: a matched case-control study in the Mbam Valley, Republic of Cameroon. *Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene* 2002;96(5):537-41.
45. Callixte KT, Charlie TH, Lysette K, Georges NT, Lazare K, Innocent T. Facteurs obstétricaux, infectieux et traumatiques associés à l'épilepsie dans la zone rurale de Bangoua (Ouest, Cameroun). *The Pan African Medical Journal* 2014;19:389.
46. Steinlein OK. Genetics and epilepsy. *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2008;10(1):29-38.
47. Lamy C. Épilepsie et accident vasculaire cérébral. *Revue Neurologique* 2008;164(10):841-5.
48. Huberfeld G, Pallud J. L'épilepsie associée aux tumeurs cérébrales. *Pratique Neurologique - FMC* 2015;6(1):19-33.
49. ficheside. Antiépileptiques. Fiches IDE.
50. Traitements non médicamenteux | ucbares.fr.
51. Novy J, Seeck M. Suivi du traitement médicamenteux de l'épilepsie : à quoi penser ? *Revue Médicale Suisse* 2019;15(648):862-5.
52. Bourg V, Laffon M, Martin F, Thomas P. États de mal épileptiques non convulsifs de l'adulte : quelles nouveautés ? *Pratique Neurologique - FMC* 2013;4(1):11-21.

53. McKenzie KC, Hahn CD, Friedman JN. La prise en charge d'urgence du patient pédiatrique en état de mal épileptique convulsif. *Paediatrics & Child Health* 2021;26(1):58-66.
54. SANGARE B. Epidémiologie dans le district sanitaire de Kolokani en 2019 [Thèse Med 2019, N°103]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako;
55. Cissé L. Facteurs déterminants l'hospitalisation des patients épileptiques dans le service de Neurologie du CHU du Point G [Thèse Med 2014, N°235]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako;
56. Kamadore T, Bouna SL, Moustapha N, Gallo DA, Mansour NM. Profil épidémiologique et prise en charge socioéconomique des patients vivant avec l'épilepsie à Dakar, sénégal. *La Tunisie Médicale* 2015;93(2):101-3.
57. Diallo CO. Evaluation de la qualité de vie des épileptiques suivis en consultation externe au service de Neurologie du CHU Gabriel TOURE [Thèse Med 2021, N°18]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako;
58. Koné H. Epidémiologie de l'épilepsie en milieu communautaire dans le district sanitaire de Sikasso [Thèse Med 2021, N°360]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako;
59. Ngoungou EB, Quet F, Dubreuil CM, Marin B, Houinato D, Nubukpo P, et al. Épidémiologie de l'épilepsie en Afrique subsaharienne : une revue de la littérature. *Epilepsies* 2006;18(1):25-40.
60. Houeto SE. ITINERAIRE THERAPEUTIQUE DES EPILEPTIQUES DANS L'ARRONDISSEMENT DE DJIDJA (DEPARTEMENT DU ZOU) AU BENIN [Thèse Med 2005, N°1236]. Université de Abomey-Calavi;
61. Hauser WA, Annegers JF, Kurland LT. Prevalence of Epilepsy in Rochester, Minnesota: 1940–1980. *Epilepsia*. 1991;32(4):429-45.

62. Sacko H. Etude clinique de l'épilepsie dans trois zones éco climatique dans le cadre d'une étude communautaire au Mali. [Thèse Med 2021, N°217]. [Bamako]: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako;
63. Thiam L, Seck N, Diouf FN, Boiro D, Coundoul A, Faye PM, et al. [Clinical and paramedical features of epilepsy in children at the Ziguinchor Peace Hospital: a documentation review]. *Pan African Medical Journal* 2020;37:387.
64. Danesi MA, Adetunji JB. Use of Alternative Medicine by Patients with Epilepsy: A Survey of 265 Epileptic Patients in a Developing Country. *Epilepsia* 1994;35(2):344-51.
65. Gnonlonfoun DD. Epilepsie en population générale dans le département de la Donga [Thèse Med 2023, N°101]. [Bénin]: Université D'Abomey-Calavi; 2003.
66. Preux PM. Contribution à la connaissance épidémiologique de l'épilepsie en Afrique subsaharienne [Thèse Med 2000, N°104]. [Limoges]: Université de Limoges;
67. Preux PM, Tiemagni F, Fodzo L, Kandem P, Ngouafong P, Ndonko F, et al. Antiepileptic Therapies in the Mifi Province in Cameroon. *Epilepsia* 2000;41(4):432-9.
68. Coleman R, Lopyy L, Walraven G. The treatment gap and primary health care for people with epilepsy in rural Gambia. *Bulletin of the World Health Organization* 2002;80(5):378-83.
69. Millogo A, Ratsimbazafy V, Nubukpo P, Barro S, Zongo I, Preux PM. Epilepsy and traditional medicine in Bobo-Dioulasso (Burkina Faso). *Acta Neurologica Scandinavica* 2004;109(4):250-4.
70. Nkwi PN, Ndonko FT. The epileptic among the Bamileke of Maham in the Nde Division, West Province of Cameroon. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1989;13(4):437-48.

71. Leger JM, Preux PM, Chaouch M, Druet–Cabanac M, Dupont J, Fanarier G. Epilepsies. Paris : Doin, 2003:80p.
72. Touré K, Ndiaye NM, Sène Diouf F, Ndiaye M, Diallo AK, Ndao AK, et al. [Evaluation of the cost of stroke management in Dakar, Senegal]. *Medecine Tropicale: Revue Du Corps De Sante Colonial* 2005;65(5):458-64.
73. Mani KS, Rangan G, Srinivas HV, Sridharan VS, Subbakrishna DK. Epilepsy control with phenobarbital or phenytoin in rural south India: the Yelandur study. *The Lancet* 2001;357(9265):1316-20.

ANNEXES

Fiche d'enquête

Veillez répondre au questionnaire suivant :

Section I : Caractéristiques socio démographiques

1. Nom :
2. Prénom :
3. Age :
4. Tranche
d'âge :
- (0 à 10 ans) = a ; (11 à 20 ans) = b ; (21 à 30 ans) = c ; (> 30 ans) = d
5. Sexe :
6. Ethnie :
7. Religion
8. Adresse actuelle :
9. Provenance :
.....
- a = Quartier : / Bamako
- b = Commune : / Cercle
de.....
- c = Cercle de / Région
de.....
10. Niveau d'étude :
- Non instruit = a ; primaire = b ; secondaire = c ; supérieur = d ; école coranique =
e
11. Statut matrimonial :
12. Profession :

Section II : Itinéraire thérapeutique

Connaissance et attitude

1. Interlocuteur :

Patient = a ; parent = b ; autre membre de la famille = c

2. Que pensez-vous de l'épilepsie :.....

Maladie du cerveau = a ; maladie naturelle = b ; maladie surnaturelle = c ; sorcellerie = d ; autres à préciser = e

3. Pour vous, s'agit-il d'une maladie comme les autres ? :

-Si non, pourquoi ? :

C'est une maladie plus grave = a ; c'est une maladie moins grave = b

4. S'agit-il d'une maladie curable ? :

-Si non, pourquoi ? :

C'est une maladie incurable = a ; le traitement calme la maladie = b

5. Le traitement approprié est ? :

Médical = a ; traditionnel = b ; prière = c ; mixte = d

6. Age lors de la 1ère crise :

7. Type de manifestation :.....

8. Avez-vous consulté quelqu'un après la 1ère crise ? :

-Si non, pourquoi ? :

Ce n'était pas grave = a ; c'est une maladie honteuse = b ; problème de transport = c ; problème d'argent pour l'honoraire = d ; problème d'argent pour le traitement = e ; autres à préciser = f

-Si oui, vous avez consulté combien de temps après la crise ? :

9. Qui avez-vous consulté la 1ère fois ? :

Un marabout = a ; un pasteur = b ; un tradipraticien = c ; un médecin = d ; un pharmacien = e ; un infirmier = f ; autres à préciser = g

10. Quelle était la raison de ce choix ? :

Vous aviez confiance en lui = a ; on vous l'avait indiqué = b ; vous le connaissiez de réputation = c ; vous ne saviez pas à qui vous adresser = d ; autres à préciser = e

11. Où se trouvait le lieu de consultation ? :

Village = a ; ville = b ; autre région = c ; à l'étranger = d

12. Que vous a dit la personne consultée à propos de ce qui vous arrivait ?

-La gravité :.....

Banale = a ; grave = b ; très grave = c

-La contagiosité :.....

Oui = a ; non = b ; ne sait pas = c

-Si oui, comment ?

La bave = a ; les selles = b ; la sueur = c ; autres = d

-La curabilité:.....

Facile à guérir = a ; guérissable = b ; difficile à guérir = c ; rapidement guérissable = d ; long à guérir = e

-les moyens d'y parvenir:

Des plantes (à boire et/ou à se laver) = a ; des comprimés = b ; des Incantations = c ; des prières = d ; un régime alimentaire précis = e ; une amulette (grigri) = f ; une scarification = g ; autres à préciser = h

-Le moment de la mise en œuvre de ces moyens

En dehors des crises = a ; pendant les crises = b ; autres à préciser = c

-La Posologie (ou fréquence) :

1 fois/j = a ; 2 fois/j = b ; 1 fois/semaine = c ; 2 fois/semaine = d ; autres à préciser = e

13. Avant la consultation, pensiez-vous qu'il

Pouvait vous guérir = a ; pouvait vous améliorer = b ; ne pouvait pas grande chose pour vous = c ; sans avis = d ; autres à préciser = e

14. Avant même de consulter, quels étaient, d'après vous, les moyens qui pouvaient vous permettre de guérir ?.....

.

Des plantes (à boire et/ou à se laver) = a ; des comprimés = b ; des incantations = c ; des prières = d ; un régime alimentaire précis = e ; une amulette (grigri) = f ; une scarification = g autres à préciser = h

15. Avant de consulter, estimiez-vous les moyens nécessaires probablement :

Très onéreux = a ; raisonnables = b ; peu chers = c ; sans avis = d

16. Quel a été le traitement de la toute première crise ? :

..... Traditionnel = a ; moderne = b ; mixte = c

17. Avez-vous consulté une autre (d'autres) personne(s) ? :

18. Si oui : qui était ce ? :

Un marabout = a ; un pasteur = b ; un autre tradipraticien = c ; un autre médecin = d ; un autre pharmacien = e ; un autre infirmier = f ; autres personne (à préciser) = g

19. Quelle avait été la raison de ce choix ? :

Vous aviez confiance en lui (eux) = a ; on vous l'(les) avait (avaient) indiqué(s) = b ; vous le(s) connaissiez de réputation = c ; vous ne saviez pas à qui vous adresser = d ; autres à préciser = e

20. Où se trouvait le lieu de consultation ? :

Village = a ; autre région = b ; ville = c ; à l'étranger = d

21. Que vous a (ont) dit cette (ces) autre(s) personne(s) consultée(s) à propos de ce qui vous arrivait ?

-La gravité :.....

Banale = a ; grave = b ; très grave = c

-La contagiosité :.....

Oui = a ; non = b ; ne sait pas = c

-Si oui, comment ?

La bave = a ; les selles = b ; la sueur = c ; autres = d

-La curabilité:.....

Facile à guérir = a ; guérissable = b ; difficile à guérir = c rapidement guérissable = d ; long à guérir = e ; ne sait pas = f

-Les moyens d'y parvenir:.....

Des plantes (à boire et/ou à se laver) = a ; des comprimés = b ; des incantations = c ; des prières = d ; un régime alimentaire précis = e ; une amulette (grigri) = f ; une scarification = g autres à préciser = h

-Le moment de la mise en œuvre de ces moyens.....

En dehors des crises = a ; pendant les crises = b ; autres à préciser = c

-La Posologie (ou fréquence) :.....

1 fois/j = a ; 2 fois/j = b ; 1 fois/semaine = c ; 2 fois/semaine = d ; autres à préciser = e

22. Avant la consultation, pensiez-vous que cette (ces) autre(s) personne(s).....

Pouvait (pouvaient) vous guérir = a ; pouvait (pouvaient) vous améliorer = b ; ne pouvait (ne pouvaient) pas grande chose pour vous = c ; sans avis = d ; autres à préciser = e

23. Avant cette (ces) autre(s) consultation(s), quels étaient, d'après vous, les moyens qui pouvaient vous permettre de guérir ? :

Des plantes (à boire et/ou à se laver) = a ; des comprimés = b ; des incantations = c ; des prières = d ; un régime alimentaire précis = e ; une amulette (grigri) = f ; une scarification = g ; autres à préciser = h

24. Avant cette (ces) autre(s) consultation(s), estimiez-vous les moyens nécessaires probablement Très onéreux = a ; raisonnables = b ; peu chers = c ; sans avis = d

25. Quel type de traitement vous a (ont) alors prescrit cette (ces) autre(s) personne(s) ? : Traditionnel = a ; moderne = b ; mixte = c

26. Trouvez-vous que ce (ces) 2ème (n si plusieurs) itinéraire(s) est (sont) plus bénéfique(s) que le 1er ? :

27. Par la(les)quelle(s) de ces personnes vous faites-vous suivre régulièrement ? : La 1ère = a ; la 2ème = b ;la nième (à préciser) = c

28. Combien avez-vous eu de consultation ces 6 derniers mois ? :

Une = a ; deux = b ; trois = c ; quatre = d ; cinq = e ; six = f ; n (à préciser) = g ; ne sait pas = h

29. A quand remonte la dernière consultation ? :

Il y a moins d'un mois = a ; entre 1 et 3 mois = b ; entre 3 et 6 mois = c ; au-delà de 6 mois = d ; ne sait pas = e

30. Qui avez-vous consulté la dernière fois ? :

La 1^{ère} personne = a ; la 2^{ème} personne = b ; la nième personne (à préciser) = c ; ne sait pas = d

31. Quel type de traitement vous a-t-il prescrit à cette dernière consultation ? :

..... Traditionnel = a ; moderne = b ; mixte = c

32. Combien cette dernière prise en charge vous a-t-elle coûté ?

Frais de transport :

Frais de restauration :

Frais d'hébergement:

Honoraire du praticien consulté :

Coût des traitements acquis :

33. Une prochaine consultation a-t-elle été prévue ? :

Si oui, quel intervalle la sépare de la précédente ? :

34. Les traitements acquis couvrent-ils toute cette période ? :

35. Si non, combien de jours couvrent-ils ? :

36. Vous avez arrêté un traitement pendant un temps ?

37. Si oui pourquoi ?

La personne consultée vous l'avait dit = a ; vous n'alliez pas mieux = b ; vous oubliez trop souvent de les prendre = c ; des effets indésirables étaient apparus = d ; accessibilité géographique = e

38. Quelle distance en km avez-vous à parcourir pour vous rendre au lieu de consultation :

39. Est-ce que cela constitue un obstacle à la poursuite du traitement ? :

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : Tounkara

Prénom : Cheick Oumar

Titre de la thèse : Parcours thérapeutique des personnes vivant avec l'épilepsie à la Polyclinique Pasteur et à la Clinique Médicale Dinandougou (Maraka coungo)

Pays : Mali

Ville de soutenance : Bamako

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS

Année universitaire : 2022-2023

Secteur d'intérêt : Neurologie, psychosocial

Téléphone : 78866373

Mail : tounkaracheickoumar@yahoo.fr

Résumé

L'épilepsie est une pathologie courante pouvant être associée à de multiples troubles, responsables à long terme de difficultés d'intégration socio-professionnelle.

L'objectif de notre étude est d'étudier le parcours thérapeutique des patients vivant avec l'épilepsie à la Polyclinique Pasteur et à la Clinique médicale Dinandougou (Maraka Coungo).

Il s'agissait d'une étude transversale, descriptive et prospective qui s'est déroulée durant une période d'un mois allant du 21 septembre au 19 octobre 2023. Les données ont été recueillies grâce à un questionnaire préétabli, l'âge moyen de nos patients était de 20 ans \pm 14,29 ans avec des extrêmes de 1 à 71 ans. Les hommes représentaient 57,5% avec un sexe ratio (homme/femme) à 1,35. La crise tonico-clonique était majoritaire à 65,5 %.

D'un point de vue thérapeutique 85,1% des patients étaient sous monothérapie et la carbamazépine était prescrite à 50,6%.

La plupart de nos patients, soit 85% observaient une rémission passagère de crise sous monothérapie contre une persistance dans 15% des cas motivant une bithérapie.

Material Safety Data Sheet:

Last Name: Tounkara

First Name: Cheick Oumar

Thesis title: Therapeutic pathway in people living with epilepsy at the Pasteur Polyclinic and at the Maraka Coungo Medical Clinic (Dinandougou)

Year : 2022-2023

Country : Mali

City of Defense: Bamako

Deposit place: Library of the Faculty of Medicine and Odonto-Stomatology.

Interest Area: Neurology, Psychosocial.

Summary:

Epilepsy is a common pathology that can be associated with multiple disorders, responsible for long-term difficulties in socio-professional integration.

The objective of our study is to study the therapeutic pathway of patients living with epilepsy at the Polyclinique Pasteur and at the Maraka Coungo Medical Clinic (Dinandougou).

This was a cross-sectional, descriptive, prospective study that took place over a one-month period from September 21 to October 19, 2023. The data was collected through a pre-set questionnaire, the average age of our patients was 20 years \pm 14.29 years with extremes of 1 to 71 years. Males accounted for 57.5% with a male/female sex ratio of 1.35. Tonic-clonic seizure was the majority at 65.5%.

From a therapeutic point of view, 85.1% of patients were on monotherapy and carbamazepine was prescribed at 50.6%. Most of our patients, i.e. 85%, observed a transient remission of the seizure on monotherapy compared to persistence in 15% of cases motivating dual therapy.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

Je le jure !