

Ministère de l'Education Nationale

Une Foi

Université de Bamako

FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE
et d'Odonto-Stomatologie

Année Universitaire 2004/2005

République du Mali

Un Peuple – Un But –

Thèse N°...../2004



PRÉSIDENT :

PR SIDI YAYA SIMAGA

MEMBRE :

DR CHEICK OUMAR

GUINTO

Co-directeur de thèse :

Dr Modibo SISSOKO

DIRECTEUR DE THESE :

PR BABA KOUMARE

LISTE DES ABREVIATIONS

CSTSS : Centre de Spécialisations des Techniciens Supérieurs de Santé

C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire

C.I.M 10 : Classification Internationale des troubles Mentaux et des troubles du comportement

D.E.R : Département d'Enseignement et de Recherche

D.S.M IV : Manuel de Diagnostics Statistiques des Troubles mentaux par l'American Psychiatric Association

E.E.S : **Ecole** Secondaire de la Santé

E.I.P.C : Ecole des Infirmiers du Premier Cycle

F.M.P.O.S : Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako

I.L.A.E: International League against Epilepsy

I.R.M : Imagerie par Résonance Magnétique

M.A.E : Médicaments Anti- Epileptiques

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé

P.V.D : Pays en Voie de Développement

T.D.M: Tomodensitométrie

V.I.H : Virus de l'Immunodéficience Humaine

SOMMAIRE

I-	INTRODUCTION et	
	OBJECTIF.....	1
II-	GENERALITES.....	7
	1. Historique	
	2. Définitions	
	3. Classifications	
	4. Explorations complémentaires en épileptologie	
	5. Etiologies et physiopathologie	
	6 Traitement	
	7. Les troubles psychiques	
III-	NOTRE ETUDE	44
IV-	METHODOLOGIE	48
V-	BIBLIOGRAPHIE.....	83
VI-	ANNEXES.....	92
	1- fiche d'enquête	
	2- fiche signalétique	

INTRODUCTION

I - Introduction

L'épilepsie est un terme qui s'applique à un groupe d'affections chroniques dont la manifestation clinique majeure est la survenue de crises épileptiques : crises soudaines et habituellement spontanées de phénomènes subjectifs, de troubles de la conscience, de mouvements involontaires ou de convulsions [46].

L'épilepsie par son caractère chronique et les préjugés négatifs qui l'accompagnent, constitue un sujet qui répond parfaitement à cette stratégie participative qui, de par la promotion des centres de santé communautaire, vise à offrir tous les soins curatifs, préventifs et éducatifs à l'ensemble de la population. Elle s'appuie sur la participation sociale, d'autant plus qu'environ 90% des malades seraient suivis par des tradipraticiens pour seulement 10% en médecine moderne [24, 44].

En effet, la lutte contre l'épilepsie ne peut guère se limiter au niveau des structures de soins conventionnels (hôpitaux et centres de santé). Elle requiert une action synergique de la part de tous ceux qui, à des degrés divers, sont impliqués dans le processus d'éducation et de formation : enseignants, éducateurs pour la santé, hygiénistes, médecins, etc.

Jallon et Dumas en 1998 pensent que la prévalence de cette maladie est plus élevée dans les pays en voie de développement que les pays développés [4, 30].

Lors de la conférence mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de l'an 1998, le directeur général de cette institution a estimé à 45 millions environ le nombre d'épileptiques dans le monde [44].

Les statistiques américaines estiment à 0,5% (A. GASSET 1968) la prévalence de l'épilepsie; en Allemagne cette prévalence est de 0.4%, en France, par contre le nombre d'épileptiques variait entre 250.000 et 300.000 et était de 500.000 en 2000. [14, 27].

L'épilepsie est une maladie handicapante, chronique qui peut s'aggraver, voire conduire à la mort subite (accident de route, mort subite, noyade, chute dans le feu) lorsqu'elle n'est pas traitée. L'aggravation est surtout marquée par la fréquence de crises et l'apparition des troubles psychiques et psychiatriques dont 4 fois plus de psychoses aiguës et 10 fois plus de psychoses chroniques chez les épileptiques dans la population générale [40, 46].

Les psychoses se définissent comme étant un désordre mental majeur au cours duquel sont nettement altérées les possibilités de l'individu de penser, de réagir émotionnellement, de se souvenir, de communiquer, d'interpréter la réalité et d'avoir un comportement adapté. Ce trouble est souvent caractérisé par une humeur inadéquate, une diminution du contrôle pulsionnel, un délire et des hallucinations. La prévalence globale des troubles psychiatriques chez l'épileptique peut être estimé entre 20 et 30% [15, 53].

En considérant que 3 à 10 millions d'africains sont atteints d'épilepsie et que 80% d'entre eux sont privés de soins (OMS, 2000), on peut affirmer que l'épilepsie pose un réel problème de santé publique en Afrique [8, 24]. Au Nigeria, la prévalence de l'épilepsie est estimée entre 0,5 et 0,8 % [46]. Au **Mali**, par contre, les études réalisées sur l'épilepsie sont surtout hospitalières et l'épilepsie représente 67 % des crises convulsives au cours de la première année de vie [30, 31, 33, 43]. En milieu rural (Bandiagara et pays Dogon) on a une prévalence de 4, 41‰ [16].

Les enquêtes épidémiologiques menées par Guy Farnarier et ses collaborateurs (2000) au Mali ont donné une prévalence globale de l'épilepsie à 13,35 ‰ sur 5243 habitants examinés. Quarante pour cent d'épileptiques sont sans instruction contre 66% des sujets de la population générale [16, 17].

Ce travail devrait permettre de faciliter la prise en charge de l'épilepsie par les médecins psychiatres en général et en particulier fournir les statistiques fiables sur cette affection au Mali. Aussi, nous nous sommes fixé les objectifs suivants:

- OBJECTIF GENERAL

Faire une étude épidémio-clinique de l'épilepsie au service de psychiatrie du C.H.U. du Point G.

- OBJECTIFS SPECIFIQUES

1. Déterminer la prévalence de l'épilepsie dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.
2. Rechercher les différents motifs de demandes d'hospitalisation et de consultation des malades épileptiques dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.
3. Décrire les éléments sémiologiques psychiatriques retrouvés chez les épileptiques hospitalisés en psychiatrie.
4. Déterminer les pathologies psychiatriques (des psychoses, des dépressions, et de tentatives d'autolyse) rencontrées chez les épileptiques hospitalisés en psychiatrie.
5. Déterminer les éléments de la prise en charge thérapeutique des malades épileptiques hospitalisés dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G.

GENERALITES

III- GENERALITES

1- Historique de l'épilepsie [40, 46]

Le terme "épilepsie " signifie " prendre par surprise". Dans l'histoire, on ne trouve pas la date exacte de l'apparition de l'épilepsie, cette maladie reconnue mais mal comprise pendant longtemps, a été source de nombreux préjugés et l'est encore de nos jours.

1-1 L'épilepsie à travers les civilisations et les siècles [40, 46]

Dans l'antiquité, l'épilepsie alors dénommée "maladie sacrée" était considérée comme le témoin du courroux des dieux. Elle avait déjà retenu l'attention des médecins et Hippocrate qui vécut 400 ans avant Jésus Christ; y avait consacré 3% de ses écrits, soulignait donc son caractère organique.

Au moyen âge, la maladie avait été assimilée à une possession démoniaque. Cette approche de la maladie était favorisée par la diffusion des religions monothéistes, le diable et la lune étaient incriminés comme responsable de la survenue de certaines crises. Considérés comme contagieux les épileptiques étaient mis en marge de la société.

A l'époque de la renaissance et des lumières (XVIII^e), on considérait l'épilepsie comme reliée au génie, et toute personne exceptionnelle était suspectée d'épilepsie.

La fin du XVIII^e siècle vit apparaître une approche réaliste scientifique sur l'épilepsie.

Pendant le XIX^e siècle, les progrès importants avaient été réalisés sur la terminologie et la neuropathologie des épilepsies qui furent très progressivement séparées des maladies mentales en particulier de l'hystérie.

Vers la fin de ce siècle il était clair qu'il existe différentes formes d'épilepsie ; certaines étant idiopathiques, d'autres en rapport avec une lésion cérébrale localisée opérable dans certains cas.

Au cours du XX^e siècle, grâce à l'essor des technologies médicales c'est à dire des progrès thérapeutiques et diagnostics (la classification internationale des crises et des syndromes épileptiques), des avancées nouvelles dans la connaissance des épilepsies ont été réalisées.

1-1- Image africaine de l'épilepsie [19]

En Afrique, mosaïque des peuples à cultures diverses, l'épilepsie est une maladie de l'individu mais aussi de la société. Elle a toujours existé et relèverait du mystique, du mythique et sa cause de la métaphysique : agénésie de la brousse, un sort jeté, un "travail" d'un ennemi ou encore une punition d'un ancêtre suite à une mauvaise conduite, etc. Ce cortège de préjugés transmis de génération en génération a consacré le rejet de l'épileptique, point commun à toutes les cultures africaines. En effet, l'enfant épileptique n'a pas droit à la scolarisation car très souvent caché par la famille; il est exclu des activités récréatives, ne peut pas se marier à cause du risque de contamination, il est au plan du travail un disqualifié primaire ; ce qui pose de réels défis à l'intégration sociale de l'épileptique en Afrique [24, 34].

2- Définition

Selon Thomas et Genton [45]

“**Les crises d’épilepsie**” sont des manifestations paroxystiques motrices, sensitives, sensorielles ou psychiques accompagnées ou non d’une perte de connaissance, reliée à la décharge excessive des neurones du cortex cérébral.

La sémiologie clinique des crises épileptiques dépend de l’origine topographique et de la propagation des décharges neurales.

" **La maladie épileptique**" (épilepsie au sens large) est définie par la répétition, chez un même sujet, des crises épileptiques spontanées.

Selon Franck Semah, Cathérine Chiron [41] "**la crise épileptique** est la manifestation clinique d’un dysfonctionnement cérébral et l’épilepsie se caractérise par la répétition des crises épileptiques non provoquées".

La commission de l’ILAE donne les définitions suivantes [2] :

la **Crise épileptique** est une manifestation clinique résultant des décharges anormales et excessives d’un ensemble de neurones cérébraux. Elle se caractérise par des phénomènes anormaux soudain et transitoire, à type d’altération de la conscience, d’événements moteurs, sensitifs ou physiques perçus par le patient ou par un témoin.

L’épilepsie est la récurrence des crises épileptiques (deux ou plus), non déclenchées par des causes immédiatement identifiables. Il est à noter cependant que plusieurs crises survenant en l’espace de 24 heures sont considérées comme un épisode unique, ainsi que les épisodes de mal épileptiques. Un individu n’ayant présenté que des convulsions fébriles ou des crises néonatales, est exclu de cette catégorie [34, 41].

Etat de mal épileptique d'une durée supérieur à 30 secondes ou d'une succession des crises, dont la période inter-critique n'excède pas trente minutes.

Arzimanoglou et *al.*, (1998) définissent [2] par :

Crises épileptiques : phénomènes cliniques transitoires résultant d'une activité anormale excessive et synchrone d'une population de neurones cérébraux incluant les cellules corticales. Cette activité anormale est responsable d'une désorganisation paroxystique d'une ou de plusieurs fonctions cérébrales. Elle se manifeste par des phénomènes positifs d'excitation (moteurs, sensitivo-sensoriels ou psychiques) ou par des phénomènes positifs et négatifs.

Crises occasionnelles : ce sont des crises résultant de circonstances particulières telles qu'une fièvre, une hypoglycémie, une hyponatremie ou une infection aiguë du système nerveux central (SNC).

Epilepsie : se définit comme la répétition spontanée des crises sans facteur déclenchant connu.

Etat de mal : est une crise épileptique qui persiste suffisamment longtemps (crise prolongée) ou se répète à des intervalles suffisamment brefs pour créer une condition épileptique fixe et durable.

Définitions opératoires [11, 15]

1-L'épilepsie est la répétition chez le même sujet, des crises spontanées. Ces crises sont des manifestations paroxystiques (motrices, sensitives, sensorielles ou psychiques) accompagnées ou non d'une perte de connaissance, liée à une décharge excessive des neurones du cortex cérébral.

2-Les psychoses se définissent comme étant un désordre mental majeur au cours duquel sont nettement altérées les possibilités de l'individu de penser, de réagir émotionnellement, de se souvenir, de communiquer, d'interpréter la réalité et d'avoir un comportement adapté. Ce trouble est souvent caractérisé par une humeur inadéquate, une diminution du contrôle pulsionnel, un délire et des hallucinations.

3- La personnalité épileptique [40] : se caractérise essentiellement par l'irritabilité, la colère, la violence et le fait qu'il soit soupçonneux. Il faut noter l'excitation, l'inhibition et la religiosité.

4 -La schizophrénie est une psychose délirante chronique caractérisée par la régression toujours plus hermétique dans le monde d'idées, de sentiments, de perceptions et de croyances de plus en plus impénétrable.

5- La bouffée délirante est l'éclosion soudaine d'un délire transitoire généralement polymorphe dans ses thèmes et ses mécanismes.

6- L'accès maniaque est un état de surexcitation des fonctions psychiques, caractérisé par l'exaltation de l'humeur et un déchaînement des pulsions instinctivo-affectives.

3- CLASSIFICATIONS [2, 42, 46]

L'épilepsie est une entité qui recouvre des réalités différentes en effet, des affections très variées tant sur le plan étiopathogénique que pronostic et thérapeutique vont se manifester sous forme de crises. Il n'y a donc pas une épilepsie mais des épilepsies.

3-1 Classifications des crises [2]

3-1-1 Les crises généralisées :

Elles mettent en jeu le cortex de façon diffuse, ainsi que des structures sous corticales comme le thalamus et le tronc cérébral.

3.1.1.1 Les crises généralisés tonico cloniques ou grand mal.

Elles sont faciles à distinguer, comme par un cri, une perte de connaissance et une chute. Ces cris sont suivis d'une phase de contractions toniques généralisées puis d'une phase de mouvements cloniques et enfin d'une phase de coma stertoreux. Habituellement, on observe une morsure de la langue ou de la face interne des joues avec perte d'urines. On observe une amnésie avec confusion et asthénie après la crise. Il se plaint également souvent de céphalées et de courbatures. L'électroencéphalogramme (EEG) montre une activité rapide, de bas voltage et d'amplitude croissante (phase tonique) puis des polypointes d'ondes ou des pointes d'ondes progressives ralenties (phase clonique) enfin des ondes lentes (post-critiques) qui persistent souvent pendant plusieurs jours.

3.1.1.2 Les absences

Essentiellement rencontrées chez l'enfant et l'adolescent. Elles se traduisent par une brève rupture du contact, de survenue brutale, avec reprise immédiate de l'activité interrompue, parfois associée à des discrets signes comme des clonies palpébrales, des automatismes gestuels, voire des phénomènes toniques de la tête. Par ailleurs, il existe également des absences atoniques. L'EEG identifie de façon précise et montre des pointes-ondes bilatérales, symétriques et synchrones à 3 cycles par seconde. Sa définition est donc électroclinique.

3.1.1.3 Les myoclonies

Elles font partir des crises généralisées et doivent faire l'objet d'une recherche systématique tant les patients omettent souvent d'en parler. Il s'agit de secousses d'un groupe musculaire entraînant contraction et mouvement. Elles sont explosives, brutales et se produisent souvent en salves. Elles sont responsables de la chute des membres supérieurs et inférieurs et de bris d'objet que le patient tenait lorsqu'elles affectent les membres supérieurs.

Dans les épilepsies généralisées idiopathiques, les myoclonies sont rythmées par le sommeil, survenant plus volontiers lors de la phase de réveil. Il faudra toujours les différencier des myoclonies d'endormissement qui n'ont pas de caractère pathologique. L'EEG montre les polypointes d'ondes bilatérales.

3.1.1.4 Les crises cloniques et les crises toniques.

Les crises cloniques sont constituées de secousses cloniques bilatérales, souvent asymétriques, progressivement ralenties, de durées variables.

Elles surviennent en général dans le cadre des convulsions fébriles, chez le nourrisson et le jeune enfant à l'occasion d'une forte fièvre. Dans les pays

tropicaux, le paludisme est à l'origine de nombreuses crises convulsives fébriles, le plus généralement en grandissant, l'enfant ne présentera plus de crises. L'EEG montre des décharges plus ou moins régulières de pointes ondes et de polypointes ondes.

Dans les crises toniques, on observe qu'une contraction musculaire soutenue non vibratoire, durant quelques secondes à une minute. Elles sont toujours associées à une altération de la conscience et à des troubles végétatifs. Elles sont axiales ou axorhizoméliques, se rencontrent électivement dans les encéphalopathies épileptogènes infantiles. L'EEG s'accompagne d'une décharge « recrutante » de polypointes ondes.

3.1.1.5 Les crises atoniques

Egalement rencontrées dans le cadre des encéphalopathies épileptogènes infantiles, elles sont caractérisées par une diminution ou abolition du tonus postural de faible durée, se manifestant par la chute en avant de la tête et / ou un affaiblissement du corps, le sujet demeure au sol en résolution musculaire complète. L'EEG s'accompagne d'une décharge de pointes ondes lentes et irrégulières.

3.1.2 Les crises partielles

Il existe trois types de crises partielles.

3.1.2.1 Les crises partielles simples

Elles sont caractérisées par une intégrité de la conscience :

- Les crises partielles simples avec signes moteurs : crises somato motrices avec marche Jacksonienne (crises Bravais jackson) ; crises versives, crises

posturales, crises phonatoires (impossibilité de prononcer un seul mot ou langage pathologique).

- Les crises simples avec signes sensoriels ou sensitifs : crises somato-sensitives (manifestations hallucinatoires : éclaires, pointe lumineux, scotomes, et hémianopsie)
- Les crises partielles simples avec signes végétatifs : digestifs (hyper-salivation et nausées) circulatoires ou vasomotrices (palpitations et pâleurs)
- Les crises partielles simples avec signes psychiques : manifestations dysmnésiques et cognitives, manifestations psychosensorielles (illusions et hallucinations)

3.1.2.2 Les crises partielles complexes:

Caractérisées par une altération initiale ou secondaire de la conscience, et une amnésie post critique plus ou moins prononcée. Elles s'accompagnent volontiers d'activités automatiques, de manifestations motrices involontaire eupraxiques ou dyspraxiques dont il existe plusieurs variétés :

- Automatismes oro-alimentaires (mâchonnements et purlèchages)
- Automatismes gestuels simples (mouvements des mains, frottements et grattages) ou complexes se boutonner ou encore se déboutonner)
- Automatismes verbaux : exclamation, onomatopée et/ou fragment de phrases.
- Automatismes ambulatoires.

3.1.2.3 Les crises partielles secondairement généralisées :

Nous retrouvons toutes les formes de crises partielles, simples ou complexes, pouvant se généraliser. Ces crises sont symétriques ou asymétriques, toniques, cloniques ou tonico cloniques. Parfois la généralisation survient si rapidement que les symptômes focalisés passent inaperçus. L'enregistrement EEG critique montre une disparition de l'activité fondamentale, remplacée par une décharge d'amplitude progressivement croissante de pointe, pointes ondes et ondes lentes dont la terminaison est brutale. Certaines crises partielles ont une traduction extrêmement discrète sur EEG.

3.1.3 Tableau de la classification internationale des crises épileptiques (simplifié, d'après *Epilepsia*, 1981, 22, 489-501)

1. Crises généralisées
1.1 absences
a. absences
b. absences atypiques
1.2 Crises myocloniques
1.3 Crises cloniques
1.4 Crises toniques
1.5 Crises tonico-cloniques
1.6 Crises atoniques
2. Crises partielles (focales)
2.1. Crises partielles simples
a. avec signes moteurs
b. avec signes somato-sensitifs ou sensoriels
c. avec signes végétatifs
d. avec signes psychiques
2.2. Crises partielles complexes
a. début partiel simple suivi de troubles de la conscience et/ou d'automatismes
b. avec trouble de la conscience dès le début de la crise accompagné ou non d'automatismes.
2.3. Crises partielles secondairement généralisées
a. crises partielles simples secondairement généralisées
b. crises partielles complexes secondairement généralisées
c. crises partielles simples évoluant vers une crise partielle complexe puis vers une généralisation secondaire.
3. Crises non classées

3-2 Classification des épilepsies et des syndromes épileptiques [2, 41, 42]

L'épilepsie est une maladie définie par la récurrence de crises épileptiques. La dernière classification internationale des épilepsies et des syndromes épileptiques en date a été établie en 1989 à New Delhi. Cette classification a pour but de :

- Faciliter la stratégie des examens complémentaires pour permettre ; d'établir un diagnostic aussi précis que possible afin de rationaliser le traitement et éventuellement des données pronostiques.
- Permettre une meilleure communication scientifique internationale.

Cette classification est construite a deux niveaux : le premier sépare les épilepsies généralisées dans lesquelles toutes les crises sont généralisées et les épilepsies partielles dans lesquelles les crises sont partielles avec ou sans généralisation secondaire et prenant naissance dans le cerveau. Le second permet d'approcher l'étiologie de l'épilepsie. On distingue :

3.2.1 Les épilepsies idiopathiques ; sans lésions cérébrales dont les crises sont produites par le cerveau lui-même (idios en grec = en soi) et qui sont fréquemment liées à une prédisposition héréditaire avec une expression clinique âge- dépendant

3.2.2 Des épilepsies dites symptomatiques pour lesquelles les lésions causales ont été démontrées.

3.2.3 Les épilepsies dites cryptogéniques pour lesquelles, on suspecte des lésions cérébrales causales mais que l'on ne peut actuellement démontrer.

Il existe également les syndromes spéciaux liés à des circonstances particulières (convulsions fébriles, crises isolées ou provoquées) qui doivent systématiquement être recherchées après le diagnostic positif de crise d'épilepsie pour éviter de porter à tort un diagnostic d'épilepsie.

Les éléments permettant de définir un syndrome épileptique sont cliniques et para-cliniques :

Les éléments cliniques sont le type de la sévérité des crises, les antécédents (ATCD) personnels du patient, l'examen neurologique inter-critique, l'état mental, l'âge de survenue de la première crise, les ATCD familiaux d'épilepsie, l'évolution et le pronostic. Les éléments para-cliniques sont adaptés en fonction des hypothèses cliniques et comprennent toujours un EEG et un scanner ou si possible une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) cérébrale si une lésion est suspectée.

3.3 PARTICULARITES DES EPILEPSIES DE L'ENFANT [2, 40] :

La classification syndromique a également apporté un progrès considérable dans le diagnostic, la prise en charge, le traitement et l'approche physiopathologique de l'épilepsie de l'enfant [18, 40]. La classification des crises était très insuffisante dans cette population, la sémiologie précise de crises n'étant pas encore complètement décrite chez le nourrisson, les crises pouvant simuler des crises généralisées et l'inversion à cette âge, le niveau de conscience et les phénomènes subjectifs ne pouvant être précisés par un jeune enfant, une crise de même point de départ semblant pouvoir se modifier avec l'âge et la maturation cérébrale, plusieurs types de crises étant associés dans une même épilepsie et pouvant changer l'évolution, enfin un même type de crises pouvant être présent dans des épilepsies sévères et les épilepsies bénignes.

Cette classification pose encore toutefois des problèmes qui sont : sa complexité principalement liée à la diversité des épilepsies de l'enfant alors que les épilepsies de l'adulte sont plus uniformes. Le second problème est d'y inclure les convulsions fébriles qui ne sont pas une épilepsie mais des crises occasionnelles

au même titre que les crises accompagnant une encéphalite ou des troubles ioniques et qui cessent une fois la pathologie en cause traitée.

Le troisième problème est la classification des spasmes infantiles et du syndrome de **Lennox- Gastaut** dans les épilepsies généralisées cryptogéniques alors qu'on verra que les formes cryptogéniques n'en sont qu'un sous-groupe [9, 40].

3.4 Tableau de la Classification internationale des épilepsies et syndromes épileptiques (d'après Epilepsia, 1989, 30, 389-399)

1. Epilepsies et syndromes épileptiques focaux

1.1 Idiopathiques, liés à l'âge :

Epilepsie bénigne de l'enfance à paroxysmes rolandiques

Epilepsie bénigne de l'enfance à paroxysmes occipitaux

Epilepsie primaire de la lecture

1.2 Symptomatiques :

Cette catégorie inclut des syndromes très variés en fonction de la localisation et de l'étiologie

1.3 Cryptogéniques :

Lorsque l'étiologie reste inconnue, il est préférable de parler d'épilepsie partielle cryptogéniques.

2. Epilepsies et syndromes épileptiques généralisés

2.1 Idiopathiques, liés à l'âge, avec par ordre chronologique :

Convulsions néonatales familiales bénignes

Convulsions néonatales bénignes

Epilepsie myoclonique bénigne de l'enfance

Epilepsie-absence de l'enfance

Epilepsie-absence de l'adolescence

Epilepsie myoclonique juvénile

Epilepsie à crises Grand Mal du réveil

(d'autres épilepsies peuvent être classées comme généralisées idiopathiques sans faire partie de ces syndromes)

2.2 Cryptogéniques et/ou symptomatiques, avec en particulier

Spasmes infantiles (syndrome de West)

Syndrome de Lennox-Gastaut

Epilepsie avec crises myoclonico-astatiques

Epilepsie avec absences myocloniques

2.3 Symptomatiques

2.3.1 Sans étiologie spécifique

Encéphalopathie myoclonique précoce

Encéphalopathie infantile précoce avec suppression-bursts (Sd d'Ohtahara).

Autres

2.3.2 Syndromes spécifiques :

De nombreuses étiologies métaboliques ou dégénératives peuvent entrer dans ce cadre

3. Epilepsie dont le caractère focal ou généralisé n'est pas déterminé

3.1 Avec association de crises généralisées et partielles, avec en particulier :

Epilepsie myoclonique sévère

Epilepsie avec pointes ondes continues pendant le sommeil lent

Epilepsie avec aphasie acquise (syndrome de Landau-Kleffner)

3.2 Sans caractère généralisé ou focaux certains

4. Syndromes spéciaux

4.1 Crises occasionnelles liées à une situation épileptogène transitoire:

Convulsions fébriles

Crises uniquement précipitées par un facteur toxique ou métabolique.

4.2 crise isolée, état de mal isolé.

4. EXPLORATIONS COMPLEMENTAIRES EN EPILEPTOLOGIE [18, 19, 42 et 46]

L'EEG est systématique, les explorations morphologiques et isotoniques sont surtout utiles dans le bilan pré-chirurgical.

4.1 L'électroencéphalogramme (EEG)

Il permet au clinicien de recueillir des arguments pour le diagnostic positif, pour la classification, et de surveiller le patient (en cas de modifications de la symptomatologie ou de la fréquence des crises, lorsqu'il est envisagé l'arrêt du traitement)

Les anomalies EEG sont regroupées en anomalies paroxystiques inter-critiques et critiques.

4-1-1 Paroxysmes inter critiques

Selon la distribution topographique et la répétition temporelle des anomalies élémentaires (pointes, pointes ondes, pointes lentes répétées de façon irrégulière sur une partie de scalp).

4-1-2 Paroxysmes critiques

4.1.2.1 Décharges généralisées de pointes ondes ou polypointes ondes.

- Bilatérales, synchrones et symétriques dans les absences typiques
- Bilatérales, synchrones et asymétriques dans les absences atypiques
- Précédées par des pointes, des pointes ondes et de polypointes ondes focales : décharges secondairement généralisées.

4.1.2.2 Décharges recrutantes constituées par une activité rythmique rapide

de pointes ou polypointes progressivement ralenties tandis que leur amplitude augmente, rencontrées au cours des crises généralisées, des crises partielles uni ou bilatérales synchrones ou non.

4.1.2.2 Activités lentes focales

4.1.2.3 Activités focales rythmiques de la bande thêta, se rencontrent dans certaines crises partielles du lobe temporal.

4-2. Autres explorations :

Ce sont les examens neuroradiologiques : la neuro imagerie; imagerie anatomique par scanner (TDM) ou Imagerie par résonance magnétique (IRM) qui complètent l'EEG en permettant d'identifier une pathologie cérébrale structurale pouvant être à l'origine d'une épilepsie.

L'IRM est nettement plus sensible que le TDM pour détecter les lésions cérébrales épileptogènes.

Une sclérose hippocampique, les défauts de migrations neuronales, les gangliogliomes et certains gliomes ainsi que les cavernomes, sont aisément visualisés à l'IRM mais peuvent être non vus au TDM.

La tomодensitométrie encéphalique et les examens isotopiques (tomographie à émission de positons et tomographie d'émission monophotonique).

5 -ETIOLOGIES et PHYSIOPATHOLOGIE

Etiologie

5.1-Facteurs génétiques :

Les facteurs génétiques sont indiscutablement présents dans de nombreuses épilepsies, sans qu'il soit toujours possible d'en évaluer l'importance. Un cas particulier est celui des maladies génétiquement déterminées qui comportent parmi leurs signes cardinaux des crises épileptiques (phacomatoses, etc) [18, 46, 51].

Les épilepsies idiopathiques sont fortement corrélées à une prédisposition génétique.

Dans certains pays tropicaux en voie de développement où les mariages consanguins sont importants de même que les mariages entre épileptiques favorisés par leur rejet, ces facteurs sont probablement non négligeables [46].

5.2 Facteurs acquis

5.2.1 Facteurs pré et périnataux

On compte parmi eux les malformations cérébrales, les accidents vasculaires, les infections du SNC (toxoplasmoses et cytomégalovirus) et les intoxications survenant pendant la vie intra-utérine.

Pendant la période néonatale, il s'agirait d'encéphalopathies ischémiques ou hypoxiques, de contusions ou d'hémorragies cérébrales (traumatismes obstétricaux essentiellement), d'infections cérébro-méningées (listérioses, herpès virus simplex), ou d'encéphalopathies toxiques (sevrages, par exemple après consommation de certains sédatifs par la mère pendant la grossesse). Lorsque les lésions sont sévères, les crises épileptiques s'expriment précocement, si les lésions sont plus discrètes, la survenue à l'âge adulte d'une épilepsie partielle est possible.

5.2.2 Maladies infectieuses

Les affections parenchymateuses cérébrales (encéphalites virales, méningo-encéphalites bactériennes, abcès cérébraux), sont particulièrement épileptogènes. Sont incriminées particulièrement dans les Pays en Voie de Développement (PVD) la méningite tuberculeuse, les méningites meningococciques et neurosyphilis.

Au cours de l'infection à VIH, les manifestations épileptiques rendent compte du neurotropisme du virus, ou d'une affection opportuniste favorisée par l'immunodépression (par exemple, la toxoplasmosé). Certaines parasitoses sont à l'origine des crises épileptiques notamment dans les PVD.

Le paludisme cérébral entraînerait des crises convulsives fébriles de l'enfant (quelque soit le type de plasmodium), des crises associées à l'encéphalopathie aiguë (accès perniciox ou des séquelles d'atteinte cérébrale palustre) [44, 46 et 53].

La neurocysticercose due à la localisation intracérébrale des larves de Tænia solium est considérée comme cause fréquente d'épilepsie tardive, dans les PVD non musulmans [44, 46]. Certaines microfilarieuses (onchocercose, loase) sont à l'origine des crises tardives [18, 19, 51].

Les affections fébriles extra-cérébrales (infections virales ORL, fièvres éruptives...) peuvent entraîner (sous l'influence ou non d'une prédisposition génétique) des convulsions hyperthermiques[18].

5.2.3 Traumatismes crâniens

Des crises épileptiques peuvent survenir précocement après un traumatisme crânien (dans la semaine suivant le traumatisme) et dans ce cas ne se répéteront pas obligatoirement, ou tardivement (jusqu'à deux ans après l'accident), réalisant alors l'épilepsie post-traumatique, qui se caractérise par les crises focales secondairement généralisées [18,19].

5.2.4 Tumeurs cérébrales

Très rares chez l'enfant et l'adolescent, elles peuvent être la cause d'épilepsie chez l'adulte et le sujet âgé, se manifestant surtout par des crises partielles simples somato-sensitives, somato-motrices ou sensorielles, des crises partielles secondairement généralisées [17, 18, 53].

5.2.5 Maladies cérébro-vasculaires

Les AVC, les malformations angiomateuses peuvent être à l'origine de crises épileptiques.

5.2.6 Facteurs toxiques, médicamenteux et métaboliques [19, 44, 53]

La consommation d'alcool peut entraîner : lors d'une prise excessive inhabituelle ("ivresse convulsivante"), d'un sevrage alcoolique ou au cours de la prise excessive d'alcool ("épilepsie alcoolique ") chez un alcoolique chronique.

Les médicaments psychotropes lors d'un surdosage (neuroleptiques, anti-dépresseurs ...) ou d'un sevrage à la consommation des benzodiazépines et des barbituriques sont susceptibles de déclencher des crises d'épilepsies. Certains médicaments non psychotropes (isoniazide, théophylline) ainsi que certaines drogues (cocaïnes, amphétamines) sont potentiellement épileptogènes.

Les intoxications aiguës par le plomb, le méthanol et les organophosphorés sont épileptogènes.

Parmi les modifications métaboliques épileptogènes, on retient les troubles de l'équilibre glycémique, les hyponatrémies, les hypocalcémies.

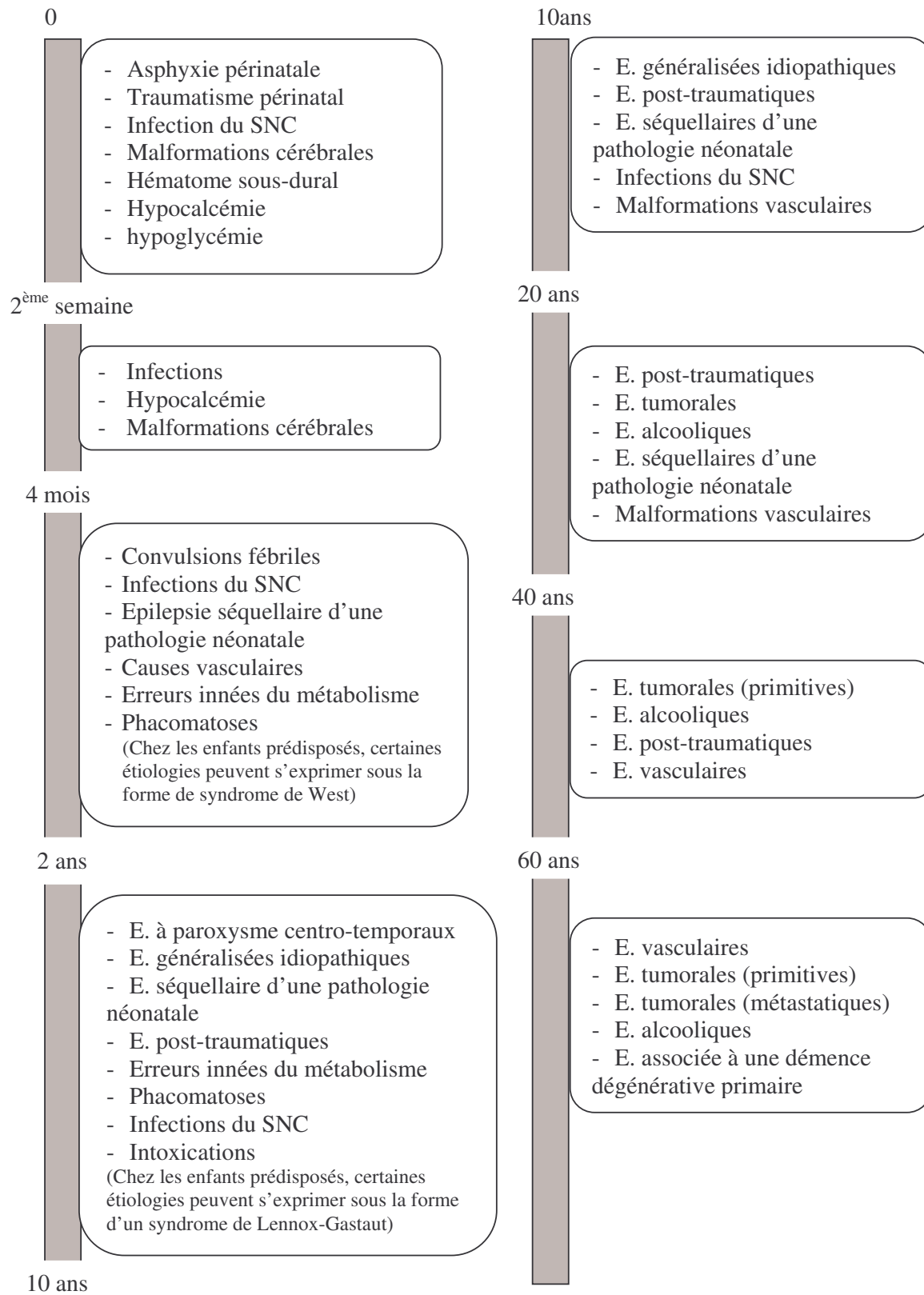


Tableau : Etiologies des épilepsies en fonction de l'âge
(d'après Niedermeyer, 1990, modifiée)

Physiopathologie de l'épilepsie [51]

Les crises résultent des interactions synchrones de grandes populations neuronales qui déchargent de manière intermittente et anormalement. Du fait du grand nombre de processus qui régulent l'excitation corticale, il est probable qu'il existe un seul mécanisme épileptogène.

Le foyer épileptogène est formé de neurones produisant par intermittence des décharges de haute fréquence. Cette hyperexcitabilité locale peut être congénitale ou être due à des processus pathologiques locaux (troubles vasculaires, métaboliques, inflammatoires, toxiques ou néoplasique). Les manifestations cliniques dépendent plus de la localisation du foyer épileptogène que de sa cause. Elles dépendent également de la manière dont les excitations du foyer épileptogène se propagent au reste du cerveau. Nous observerons donc :

- Une crise d'épilepsie généralisée avec convulsion tonique et clonique, perte de connaissance si tout le cerveau est envahi.

- Une crise d'épilepsie partielle si le foyer ne parvient à exciter que les régions voisines, les manifestations seront fonction de la situation du foyer et de l'extension du tissu nerveux qu'il peut exciter. Dans ce dernier cas, le signal-symptôme initial de la crise, s'il se répète à chaque crise successive, a une grande valeur localisatrice: Frontal ascendante pour les crises bravaïques jacksonniennes, aire pariétale pour les crises sensitives, aire occipitale pour les crises auditives, etc.

Parfois, le foyer épileptogène reste cliniquement silencieux, mais il peut provoquer à distance d'autres perturbations du cerveau, par exemple des absences ou des myoclonies.

L'activité épileptogène est entretenue pendant la crise par un mécanisme de feed-back, alors qu'un seul phénomène d'inhibition généralise de l'activité cérébrale détermine la fin de la crise et la dépression post-paroxystique.

Les épilepsies généralisées ont souvent un point de départ sous cortical alors que dans les épilepsies partielles il est souvent cortical. Les crises épileptiques peuvent être déclenchées par un stimulus extérieur (épilepsie réflexe) ou par une émotion.

6- Troubles psychiques [9, 11, 18, 42 et 51]

L'épidémiologie des psychoses épileptiques reste encore très fragmentaire. Aucun travail prospectif de grande ampleur utilisant simultanément les catégories de la classification syndromique des épileptiques et celles du DSM VI n'a été apporté pour évaluer le risque de développement d'un trouble psychotique chronique chez les épileptiques vivant dans la communauté [9, 40, 46 et 51]. Néanmoins, **Vuilleumier P.** et **Jallon P.** dans la revue de neurologie [53] ont rapporté que les troubles psychiatriques associés à l'épilepsie et leurs facteurs de risque constituent un ensemble hétérogène de données et que la prévalence globale des troubles psychiatriques chez l'épileptique peut être estimée entre 20 et 30%. Elle augmente lorsqu'il s'agit des cas pharmaco-résistants. La variabilité et l'écart des résultats témoignent des importantes difficultés méthodologiques rencontrées par l'épidémiologie, en particulier les problèmes de classification des affections épileptiques et psychiatriques, la variabilité des méthodes et des mesures, ainsi que les biais dans la sélection des échantillons. Outre la fréquence des troubles psychiatriques majeurs au sein de différentes populations neurologiques et la fréquence des troubles épileptiques au sein de la population psychiatrique, les données concernant certains facteurs de risque en particulier ceux qui sont liés au type de la maladie épileptique et de son évolution, sont aussi discutées [9, 34, 40]

La majorité d'épileptiques n'a pas plus de troubles psychiques que la population normale. A ce point de vue, les statistiques recueillies par les centres spécialisés sont fortement biaisées et non représentatives de la réalité clinique. Ainsi Rodin

ne trouve que 23% de ses malades du centre pour épilepsie du Michigan qui soient indemnes de symptômes psychiatriques. Certains auteurs les classent en troubles aigus et chroniques [11, 18].

6.1 Troubles aigus

Ils sont constitués par la combinaison de trois éléments : délirant, dépressif ou excitatif avec un quatrième déficitaire fonctionnel. Ce dernier est corrélatif des anomalies EEG, de leur proportion et surtout de leur évolution temporelle. Suivant les éléments qui dominent le tableau clinique et en fonction du pourcentage progressivement dégressif de l'élément déficitaire, on distingue :

- les états crépusculaires critiques

Ce sont des états de mal non convulsifs (vides supra, états de mal). Les états de mal ou état d'absence se présentent sous des formes cliniques diverses qui s'étendent de la légère obnubilation uniquement perceptible par le sujet jusqu'à la léthargie. Le sujet peut accomplir des actes suffisamment complexes pour sortir de chez lui, conduire sa voiture etc [2, 18, 41]. Cet état dure de quelques minutes à plusieurs jours. L'EEG est caractérisé par la succession ininterrompue ou quasi ininterrompue d'anomalies. Les absences prolongées sont un peu particulières dans la mesure où l'élément déficitaire est parfois assez discret et où la relation d'objet est provisoirement et fortement perturbée.

- Les états crépusculaires post critiques

Ils sont fréquents. Ils font suite à une ou plusieurs crises et sont dominés par la présence d'un déficit caractérisé par l'altération des fonctions intellectuelles (idéation, mémoire, association, fluidité mentale, coordination spatiale et temporelle, initiative, etc.) pouvant aller jusqu'à une extrême lenteur idéomotrice. Ces crises ont une évolution régressive plus ou moins linéaire avec

récupération des facultés antérieures. Elles durent de quelques minutes à quelques jours. L'EEG montre des anomalies qui disparaissent progressivement. L'élément déficitaire domine le tableau, l'élément délirant est représenté par une production onirique généralement assez pauvre.

L'élément dépressif peut aller jusqu'au suicide. Quant à l'élément excitatif, il est le plus spectaculaire variant de la simple modification de l'humeur jusqu'à l'agressivité marquée et même au meurtre. Lorsqu'un crime est imputable à l'épilepsie c'est dans cet état qu'il est accompli.

- *Les états crépusculaires inter critiques* sont assez fréquents

Le tableau clinique est partagé entre l'élément déficitaire qui est moins marqué et l'élément délirant. Il s'agit de production onirique de rêves plus ou moins riches, intégrés dans un contexte faiblement associatif avec désorientation temporo-spatiale. On observe parfois des délires d'interprétation et de persécution mal systématisés. Lorsque l'élément dépressif est présent il est sous la forme d'une anxiété permanente, et lorsqu'il s'agit d'élément excitatif le malade présente une agitation confuse. Les anomalies EEG sont nombreuses mais de type inter-critique c'est-à-dire sporadiques. Ces états crépusculaires délirants, dépressifs ou excitatifs sont en rapport avec une intoxication médicamenteuse. Le dosage sérique des anti-comitiaux fait la preuve de l'intoxication et la réduction des doses a généralement un effet suffisant.

- *Les états psychotiques aigus inter-critiques*

Ils sont assez fréquents. L'élément déficitaire fonctionnel est absent et l'EEG est normal ou presque, alors qu'il est habituellement perturbé. Il s'agit le plus souvent d'état délirant aigu de type divers, généralement paranoïde. La production délirante est riche, variée, significative et chargée d'émotion. L'élément dépressif est assez fréquent, il s'agit alors d'état dépressif rebelle

pouvant aller jusqu'à la mélancolie. L'état excitatif se mêle le plus souvent à l'élément délirant, il est rarement seul sous forme d'état maniaque.

6.2 Troubles permanents

Ils comprennent : la lenteur, les troubles du caractère, les syndromes déficitaires permanents (démence et débilité).

- La lenteur est un trouble psychique particulier atteignant certains sujets souffrant d'épilepsie, affectant leur fonctionnement mental dans ce qu'il peut avoir de fluide, de mobile, de diversifié, d'incertain, d'instable, de versatile et d'actif. Ce trouble est caractérisé par une lenteur touchant l'ensemble de l'activité psychique, quelque soit ses composantes. Lempérière écrit que le traitement médical peut l'améliorer. En pratique il se trouve dans toute une série d'affections qui ne sont pas épileptiques, mais est plus fréquent chez l'épileptique. Il doit être distingué du mode obsessionnel de pensée dont il peut prendre certaines apparences sans avoir pour autant l'organisation sous-jacente. Il faut enfin ne pas le confondre avec la détérioration, même si dans les cas extrêmes, il peut en avoir toutes les allures. Ce trouble apparaît dans toutes les formes d'épilepsie mais avec une prédilection dans le syndrome de **Lennox-Gastaut** et dans l'épilepsie temporale où il est associé plus souvent qu'ailleurs avec l'impulsivité.
- **Les troubles du caractère** regroupent toutes les manifestations épisodiques mineures qui ne peuvent être classées dans les psychoses et les névroses n'étant pas soutendues par une organisation névrotique et psychotique structurée. Beaucoup d'auteurs les mêlent à la lenteur pour constituer « le caractère épileptique »; or non seulement ils peuvent très bien y être associés mais ils paraissent beaucoup plus réactionnels aux crises que la lenteur qui peut, d'une certaine manière, être considérée comme faisant partie du processus épileptique lui-même. Les sujets sont d'humeurs imprévisibles et

changeante, irritable le plus généralement, irascibles, querelleurs, méfiants et revendiquants. Ils entretiennent avec le milieu une relation qui suscite l'agressivité en retour de l'entourage, mais ceci de manière épisodique et déconcertante.

Ces troubles sont généralement contemporains d'une recrudescence des crises et ils apparaissent comme une tentative comme pour échapper à deux contraintes qui se renforcent : réduction de la liberté liée à la recrudescence des crises, concentration des moyens pour les éviter.

- **Le syndrome déficitaire permanent, démence et débilité**, représente un problème en pleine mutation pas seulement dans le domaine de l'épilepsie. Déficit et lésion ont en effet été associés, le premier étant la conséquence directe de la seconde avec comme corollaire la conviction d'un état irréversible. Or la clinique a toujours montré des discordances tel que dans la conception que Lempérière pouvait écrire en 1953 : « la détérioration peut être réversible même après une longue phase d'assouplissement intellectuel. »[18]

S'il n'est actuellement plus possible de considérer le tableau clinique déficitaire des épilepsies comme lié aux lésions ou au nombre de crises, il est encore trop tôt pour aller au-delà de cette constatation trop simple. Constatation qui a par ailleurs des conséquences incalculables dans la conduite à tenir devant un épileptique déficitaire : la détérioration n'est pas un processus irréversible devant lequel toute tentative est inutile. Si on exclu du cadre des psychoses et des névroses chroniques tous les troubles aigus et permanents déjà décrits, on retrouve chez certains sujets atteints d'épilepsie les affections psychiatriques habituelles. En ce qui concerne les psychoses elles seraient plutôt moins nombreuses chez les patients souffrant d'épilepsie que dans la population générale. Ce fait a même été à la base des convulsivothérapies des schizophrènes

inventées par **Von Méduna** avec le cardiozol-choc, transformées ensuite en électrochoc par **Cerletti** et **Bini** [9]. Il semble y avoir un lien évident entre l'existence de certains types d'épisodes psychotiques et l'épilepsie temporale.

Si le foyer est situé au niveau du lobe dominant, la psychose est plus souvent schizophréniforme (**Flor-Henry**). A un degré moindre, une épilepsie du lobe non dominant est associée à une psychose affective (maniaque ou dépressive) ce qui concorde avec l'observation de **Taylor** rapportant que sur trente épileptiques temporaux, diagnostiqués par ailleurs comme souffrant de névroses dépressives et anxieuses, vingt avaient une épilepsie temporale droite.

Les troubles de l'humeur et la labilité émotionnelle sont manifestement plus marqués quand la lésion trouve son siège à droite. Les états confusionnels (obnubilation d'intensité variable, le plus souvent brève, mais pouvant durer de quelques heures à quelques semaines, avec troubles de l'orientation temporelle et spatiale) sont plus souvent liés aux épilepsies généralisées et centrencéphaliques qu'à l'épilepsie temporale. Un état de petit mal, par exemple, peut entraîner une obnubilation mineure, compatible avec un comportement général relativement préservé, obnubilation au cours de laquelle un épileptique pourra effectuer une fugue de plusieurs jours. En ce qui concerne les névroses, **Beauchesne** décrit des organisations névrotiques à côté de symptômes névrotiques. Parmi les névroses, cet auteur observe plus souvent les hystéries d'angoisse ou de conversion, fait qui explique la possibilité d'intégration de l'épilepsie dans ce type de problématique névrotique : « la crise peut ainsi être à la fois intégrée et contrôlée, mais aussi être entretenue ». En précisant, cependant, que même dans le cas où l'hystérie est au premier plan, « la crise ne peut pas être réduite à une psychogenèse sur le modèle de symptômes hystériques ». **Bouchard** partisan de la genèse psychique de l'épilepsie, insiste sur la différence entre une crise d'hystérie et une crise d'épilepsie.

Symptomatologies psychiques des crises.

Précédant, accompagnant ou suivant le trouble de la conscience une séméiologie d'une étonnante richesse s'observe chez certains épileptiques, l'épilepsie temporale offrant le plus grand polymorphisme de symptômes. Angoisse de quelques secondes pouvant aller jusqu'à la panique, brusque frustration de l'humeur, sentiment d'extase tel que celui éprouvé par Dostoïevski, illusions perceptives (macropsie, micropsie, distorsions auditives, troubles de l'image du corps). Hallucinations auditives, visuelles, gustatives, olfactives, sentiment d'étrangeté (le monde soudainement perçu comme un décor de théâtre) ou de dépersonnalisation, phénomènes de déjà vu, excitation sexuelle, inhibition brusque de la pensée, « pensée imposée » décrite par **Hughling Jackson** ou « ecmnésies » (suite de souvenir survenant de façon stéréotypée), il n'est pratiquement pas de symptôme psychique, dans la sphère affective, perceptive ou cognitive qui puisse constituer un trouble du comportement dont la nature épileptique est susceptible d'être méconnue : exhibitionnisme, fugues, impulsions diverses[11 et 41] .

7- DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS [18 et 51]

Les affections variées peuvent être confondues avec l'épilepsie telles que:

- ✓ La méningite ou l'hémorragie sous arachnoïdienne dans laquelle il y a fièvre et raideur méningée.
- ✓ La syncope est un symptôme qui résulte d'une réduction transitoire et globale de la perfusion cérébrale avec une hypoxie associée. La perte de connaissance ne dure que quelques secondes, rarement une minute ou plus et la récupération est rapide. Nous pouvons observer une brève posture tonique du tronc ou quelques secousses cloniques des bras et jambes lorsque l'hypoxie cérébrale est suffisamment sévère.

- ✓ La migraine basilaire, variante rare, rencontrée le plus souvent chez l'adolescent et le jeune adulte, peut se manifester par une léthargie, des troubles de l'humeur, une confusion et une désorientation, des vertiges, les troubles visuels bilatéraux et une altération ou une perte de la conscience.
- ✓ Les crises psychogènes sont une cause fréquente d'"épilepsie" rebelle chez l'adulte et peuvent représenter 20% des cas adressés dans une unité de surveillance. Le diagnostic se fait à l'aide de la vidéo/ EEG, bien qu'une histoire de crises atypiques et non stéréotypées, de maladies psychiatriques, d'absence complète de réponses aux anti épileptiques et des EEG inter critiques normaux de manière répétée suggérant la possibilité de crises psychogènes.
- ✓ Les crises d'hystérie qui se passent toujours devant témoins, début moins brusque, le malade a le temps de s'allonger, il n'existe pas de morsure de la langue.
- ✓ Toutes les causes de convulsions.
- ✓ Les attaques de panique et d'anxiété avec hyper ventilation. Une hyper ventilation prolongée provoque des secousses ou des spasmes musculaires (tétaniques) et les patients peuvent s'évanouir.
- ✓ Narcolepsie et apnée du sommeil.

8-TRAITEMENTS [1, 11, 18, 34 et 42]

Le traitement de l'épilepsie demande beaucoup d'attention, de rigueur surtout lorsqu'il existe des complications psychiatriques. Les médications psycho-actives abaissent tout le seuil convulsivant. Les neuroleptiques aussi bien que les antidépresseurs peuvent être utilisés à condition que le niveau plasmatique des anti-convulsivants soit maintenu à un niveau suffisant.

L'Halopéridol semble le meilleur des neuroleptiques chez les épileptiques et le lithium semble pouvoir être utilisé contre l'agressivité avec un effet plutôt favorable sur la fréquence des crises.

Traiter un malade ne dispense pas de pratiquer un bilan et ne constitue pas une solution provisoire permettant d'attendre le résultat de ce dernier. Il est nécessaire dans la mesure du possible de présenter un tableau des avantages et des inconvénients réciproques de la maladie et de ses traitements au malade ainsi qu'à sa famille sans pour autant esquiver ses responsabilités et augmenter l'angoisse du sujet.

Ainsi le traitement comportera un volet chimiothérapie ayant trait aux médicaments utilisés, un volet psychothérapie pour les épilepsies intriquées de troubles psychiques et un volet chirurgie généralement réservé aux formes résistantes au traitement médical.

8.1 Traitement médical

8.1.1 Règles générales du traitement

La mono-thérapie est la solution habituellement la plus efficace et la plus économique au point de vue des effets secondaires. La poly-thérapie n'est utilisée que secondairement, s'il n'est pas possible de faire autrement. Cette mono-thérapie est instituée progressivement avec un médicament anti-épileptique choisi en fonction du type de crise du patient ou de son syndrome épileptique (voir tableau traitement) à posologie minimale usuelle.

- Si une nouvelle crise survient, il convient d'augmenter toujours progressivement la posologie de médicament choisi jusqu'à : soit une suppression totale des crises, soit l'apparition d'effets indésirables.
- Si un échec survient après s'être interrogé sur :

+ La réalité de l'épilepsie, car certaines crises non épileptiques sont de diagnostic difficile.

+ Le type de crise et d'épilepsie, car le médicament peut ne pas être le plus adapté à la situation.

+ La bonne observance du traitement (les dosages sanguins des médicaments peuvent alors être utiles); on pourra alors changer d'anti-épileptiques en utilisant les mêmes règles de la mono-thérapie.

- Ce n'est qu'après avoir essayé successivement les produits théoriquement actifs qu'une poly thérapie pourra être envisagée.

- Malgré un traitement médical bien conduit, on estime à 25% le nombre de patients qui vont continuer à présenter des crises. Leur épilepsie est alors qualifiée de résistante ou réfractaire. Ils sont alors soumis à des poly-thérapies et très exposés aux effets indésirables et aux interactions. Si l'épilepsie reste réfractaire, le patient pourra faire l'objet d'une investigation à visée chirurgicale en cas d'épilepsie partielle ou d'un essai de nouvelles molécules anti-épileptiques, dans un centre spécialisé [42]. Il sera important d'évaluer le rapport bénéfice/risque du traitement anti épileptique car si l'efficacité du traitement est médiocre, on favorisera le traitement qui sera le mieux toléré.

Les médicaments les plus utilisés sont: la Valproate de sodium, la Carbamazépine, le Phénobarbital et la Phénytoïne .

8.1.2 Le Valproate de sodium

Il est le plus récent des quatre médicaments anti-épileptiques principaux, possède le spectre d'efficacité le plus large. Il est le médicament anti-épileptique de référence pour un grand nombre de syndrome, ou d'épilepsies généralisées. Il est le seul MAE dénué de tout effet inducteur.

Présentation: Posologie: Enfant: 20-30mg/Kg/j (2 à 3 prises /j)

Adulte: 1000-3000mg/j

8-1-3 La Carbamazépine

Elle possède une action remarquable dans les crises partielles et secondairement généralisées, en fait c'est le médicament anti-épileptique de référence dans les épilepsies partielles. Néanmoins elle est peu efficace dans d'autres types de crises (absences, myoclonies). Ses effets secondaires sont moins fréquents que ceux du phénobarbital et de la phénytoïne et surviennent chez 30-50% des patients [31].

Présentation: Posologie: Enfant: 5-20mg/Kg/j

Adulte: 600-2000mg/j en 2à3 prises

8.1.4 Le phénobarbital

Son spectre d'action est large, mais est peu efficace sur les absences typiques. Son emploi simple, une seule prise quotidienne grâce à sa longue demie-vie et son coût très faible. Il entraîne très fréquemment des effets indésirables dont les plus fréquents sont doses dépendants et touchent le SNC : sédation, altération des fonctions cognitives, syndrome dépressif, diminution de la libido; voire à fortes doses, avec un taux sanguin supérieur à 40µg/ml, une ataxie, un nystagmus et une dysarthrie.

Présentation : Posologie: Enfant: 3-4 mg/Kg/j

Adulte : 100-200 mg/j en une prise

8.1.5 La phénytoïne : Elle a les mêmes inconvénients que ceux du phénobarbital avec des effets indésirables pouvant être sévères (lymphome, lupus induit, atrophie cérébelleuse, neuropathies périphériques, ostéomalacie, hépatite, etc)

8.1.6 Autres MAE

- Ethosuximide

Particulièrement efficace sur les absences typiques et atypiques et peu sur les autres types de crises, en particulier sur les crises généralisées tonico cloniques.

Les effets secondaires sont: embarras gastrique, nausées et vomissements, anorexie, somnolence, fatigue, céphalées et modifications du comportement.

Doses: 15-40 mg/Kg/j en une prise .

- Primidone:

Métabolisée en phénobarbital, même spectre d'action, mêmes avantages, et inconvénients. Sa demi-vie est plus courte 4 à12 heures

- Benzodiazépines:

Ils sont utilisés dans le traitement des états de mal, de certaines épilepsies généralisées symptomatiques et myocloniques.

TABLEAU RECAPITULATIF DU TRAITEMENT MEDICAL

médicaments DCI	Abréviation	1/2 vie plasmatique	A= adulte E= enfant, D	nombre depuis	indication	Taux plasmatiques en μ/l
Phénobarbital	PB	40-130	2-3 (A), 3-4 (E)	1-2	toutes les formes sauf le petit mal	15-30
Primidone	PRM	6-22	10-15	2-3	-toutes les formes sauf le petit mal	5-10
Phénytoïne	PHT	13-95	3-5 (A), 5-8 (E)	1-2	toutes les formes sauf le petit mal	10-20
Ethosuximide	ESM	30-50	15-20 (A),20-25 (E)	2	petit mal	40-80
Carbamazépine	CBZ	5-16	10-12(A), 20-25 (E)	2-4	toutes les formes surtout crises partielles sauf petit mal.	5-12
Valproate	VPA	8-16	15-20 (A), 20-25(E)	1-3	toutes formes + petit mal	50-100
Progabide	PGB	3-6	20-35 (A), 35-40(E)	3		Variable
Vigabatrim	GVG	5-7	2-4 g/j	2		Inutile
Diazepam		IV, IM traitement action rapide et passagère	1-2mg/10kg		IV, IM traitement d'urgence toutes formes	0,4-0,8
Clonazepam			0,3-0,5mg pour10g		toutes formes + état de mal	

8.2 Traitement chirurgical

8.2.1 Indications

Il est indiqué dans l'épilepsie partielle (lobe temporal) pharmaco-résistante c'est-à-dire lorsque les patients continuent à présenter des crises au moins 2 ans après un traitement bien conduit en mono et en polythérapie avec les MAE habituellement efficaces sur les types de crises du patient, utilisés jusqu'à la dose maximale tolérée. Certes, la fréquence des crises est un élément important dans la décision chirurgicale, mais les répercussions de l'épilepsie sur la vie socio professionnelle du patient et l'existence des handicaps associés jouent également un rôle pour décider de la réalisation du bilan pré-chirurgical.

- EEG : délimite la zone épileptogène lorsqu'il est associé à la clinique de la crise,
- IRM : montre les anomalies de structure associées à la zone épileptogène,
- TEP : pour les conséquences métaboliques associées à une zone épileptogène en décelant un hypométabolisme régional.

Les bilans neuropsychologiques et psychiatriques déterminent les éventuels déficits préexistants et les risques liés à l'intervention.

8-2-2 Méthodes

La lobectomie temporale est susceptible d'améliorer à la fois les crises quand elles sont irréductibles par les moyens médicaux habituels et les troubles du comportement, en particulier les impulsions agressives. Les épisodes psychotiques ne semblent cependant pas influencer. Le pronostic est moins favorable pour les patients bénéficiant d'une résection extra-temporale non-lésionnelle : 45% environ ne feront plus de crises et 35% auront une amélioration intéressante [1 et 45].

La callosotomie est indiquée pour des crises atoniques et tonico cloniques secondairement généralisées, rebelles comme on en rencontre dans les encéphalopathies épileptiques sévères type syndrome de Lennox-Gastaut.

L'hémisphérectomie est une intervention efficace pour les enfants ayant des crises unilatérales très invalidantes associées à une hémiatrophie, une hémiparesie et une main inutilisable (syndrome de l'hémiplégie infantile).

Les nouvelles techniques permettent d'élargir les indications de la chirurgie de l'épilepsie. Il s'agit :

- De la stimulation vagale, assez largement répandue, qui est un traitement palliatif des épilepsies partielles ou généralisées pharmaco-résistantes.
- les trans-sections sous-piales permettent une intervention dans une région corticale hautement fonctionnelle et sont réalisées en général en complément à une résection corticale. Peu d'équipes utilisent actuellement cette technique.
- La radio chirurgie par gamma-knife est un traitement curatif des épilepsies temporales internes mis au point dans l'équipe de **J.Régis** à Marseille, où elle est réalisée presque exclusivement[41].

L'avènement de nouvelles techniques chirurgicales offre évidemment un espoir aux patients dont l'épilepsie est une contre-indication à une résection corticale "classique", pour ce qui est de la stimulation vagale et des transections sous-piales. C'est la possibilité d'un traitement moins agressif que la chirurgie "classique", pour ce qui est du traitement par gamma-knife des épilepsies temporo-limbiques. Toutefois, actuellement, des progrès restent à faire dans l'évaluation du mode d'action, des indications, ainsi que dans la réalisation technique, et une observation à moyen et long termes manque.

8.3 Pronostic de l'épilepsie

Environ 60-70% des épileptiques ont une rémission de leurs crises de 5 ans dans les 10 ans qui suivent le diagnostic. La moitié environ de ces patients finissent par ne plus avoir de crises sans traitement anti-comitial. Les facteurs qui favorisent une rémission sont: le caractère idiopathique de l'épilepsie, un examen neurologique normal et un début dans la petite et la moyenne enfance (à l'exclusion des crises néonatales).

Trente pour cent des patients surtout lorsqu'il s'agit d'une épilepsie sévère ayant commencée dans la petite enfance continuent à faire des crises et n'auront jamais de rémission.

Aux Etats-Unis, la prévalence de l'épilepsie rebelle avoisine 1 à 2%.

En bref, le traitement de l'épilepsie ne peut être efficace que si les aspects médicaux, psychologiques et environnementaux sont traités avec succès. Il faut identifier précocement les difficultés psychosociales et développer un plan approprié de prise en charge.

Le médecin a la responsabilité particulière dans l'éducation de la société ainsi que les patients et leurs familles afin de contrer les nombreux mythes, idées fausses et préjugés qui entourent l'épilepsie.

Les enjeux de l'intégration sociale

Parler de l'intégration sociale des personnes handicapées sous-entend déjà leur marginalisation ou exclusion socioprofessionnelle ; à savoir de leur reconnaissance sociale [34]. Une personne handicapée désigne « toute personne limitée dans l'accomplissement d'activités normales et qui de façon significative et persistante ; personne atteinte d'une déficience physique ou mentale ou encore qui utilise régulièrement une orthèse, une prothèse ou tout autre moyen pour pallier son handicap » [25, 54]. Etant défini comme la répétition de crises spontanées chez le même sujet, l'épilepsie est responsable de lésions cérébrales irréversibles entraînant des troubles selon leur localisation cérébrale.

C'est une maladie chronique qui impose l'adhérence à un traitement continu. Elle limite ainsi les possibilités de la personne atteinte, en particulier chez le sujet aux crises mal contrôlées. Certains métiers comme certaines pratiques sportives ou la conduite automobile, à cause du caractère imprévisible des crises, lui sont interdits. Cependant, chez le sujet discipliné et aux crises contrôlables, la conduite automobile ou d'engins motorisés peut être autorisée [34].

Imprévisibles et dramatiques, les crises effraient l'entourage qui le plus souvent n'est pas toujours sensibilisé, informé ou formé à la prise en charge de cette affection. En effet, de nombreux préjugés et tabous entourent cette pathologie et stigmatisent les sujets épileptiques en Afrique et conduisent à la mise à l'écart du sujet épileptique. C'est le phénomène de la marginalisation sociale qui cependant se veut être pour la sécurité même du sujet [6, 25, 27 et 53].

Sur le plan socioprofessionnel, les crises mettent généralement l'épileptique en situation de désarroi et de précarité émotionnelle source d'une immense souffrance. Cela peut conduire à se déprécier lui-même et à favoriser l'émergence d'une personnalité rigide, violente ou revendicatrice [34]. En effet, 20 à 70 % des sujets épileptiques ont des difficultés scolaires [12] ; 25% n'ont pas une scolarité normale ; 12 à 14% de ceux qui vont à l'école ont un QI inférieur à 70. Ces avatars psychosociaux pourraient expliquer les troubles de l'attention, de la vigilance, de la conscience et de la mémoire critique ou inter-critique reliée aux séquelles neurologiques chez l'épileptique. Ces phénomènes et leurs parcours sociaux chaotiques ou pointillés expliqueraient la faible qualification et de diplômés chez les sujets épileptiques [27].

Un autre facteur important à prendre en considération et, qui peut expliquer l'abandon de l'emploi réside dans les troubles de la concentration ; de la forte émotion source de la fatigue récurrente chez l'épileptique et de sa lenteur. Ces troubles favorisent son fréquent absentéisme et suscitent l'incompréhension de son entourage non-informé et non-sensibilisé à ses difficultés [27 et 29].

Sur le plan familial, il est le plus souvent protégé par ses parents qui lui interdisent la participation aux différents jeux organisés par ses frères ou pairs d'âge. Il a été cependant rapporté que le sport concourt à une évolution bénéfique ou équilibre de son état psychomoteur, à savoir à un certain contrôle

de ses crises favorable à sa bonne insertion sociale (24, 28, 29 et 30). La pratique du sport collectif fait partie intégrante du programme d'éducation, facteur d'intégration sociale lui permettant de prétendre à une vie normale tant cela peut jouer un rôle indiscutable dans son équilibre social [30]. L'interférence des crises dans la vie quotidienne ou intime et les effets secondaires des médicaments peuvent modifier l'apparence physique du sujet. Les limites imposées par la maladie sont autant de points pouvant contribuer à une baisse de l'estime de soi qui fragilise l'adolescent dans son parcours de vie.

Somme toute, nous pouvons recommander pour palier à ce problème d'intégration une information par l'éducation et la communication des populations en matière d'épilepsie afin de leur faire comprendre le caractère bénin de cette affection, de sa non-contagiosité et surtout de la possibilité pour l'épileptique d'avoir une vie normale sous traitement. A cet effet, dans le cadre de la campagne mondiale contre l'épilepsie s'est tenu le 6 mai 2000 à Dakar, une réunion «Epilepsie : Priorité de santé publique en Afrique ». A la suite de cette réunion, ont été proclamés que l'épilepsie est une priorité de santé publique en Afrique et que les gouvernements doivent développer un programme national de lutte spécifique permettant :

- de prendre en compte les besoins concernant l'épilepsie en matière d'accès au personnel qualifié, aux moyens diagnostiques modernes, aux médicaments anti-épileptiques et au traitement chirurgical ; d'information et de communication, prévention et insertion sociale,
- d'améliorer la compréhension par le patient, son entourage et le public, de l'épilepsie, maladie neurologique universelle, non transmissible et curable ;
- de lutter contre les préjugés néfastes et les discriminations dans tous les aspects de la vie, en particulier à l'école et au travail ;

- d'encourager les secteurs publics et privés ainsi que les partenaires au développement, à s'impliquer dans les activités locales de la campagne mondiale contre l'épilepsie
- de favoriser les échanges avec les tradithérapeutes.

NOTRE ETUDE

METHODOLOGIE

1- Lieu d'étude :

Notre étude a été réalisée au service de psychiatrie du CHU du Point G.

1.1 Historique du C.H.U

1.1.1 Présentation du Centre Hospitalier Universitaire du point G (CHU)

Le point G est une dénomination militaire coloniale de repère géodésique donnée à une colline située au Nord de Bamako dont l'hôpital porte le nom. En effet la première pierre de l'hôpital à été posée en 1906 et les travaux ont duré 6 ans et il a été fonctionnel en 1912. Depuis cette date il y a eu plusieurs extensions dont :

- La construction du pavillon des indigènes en 1913,
- La construction de l'école des Infirmiers, du Laboratoire et du Service matériel en 1950 ,
- La construction du nouveau bloc opératoire en 1953,
- La construction du service de l'Urologie, l'actuel service de cardiologie B, la Pneumo-phtisiologie entre 1956-1958,
- La construction de la clôture en barbelé en 1960.

Le style architectural qui à l'origine était un hôpital militaire est de type pavillonnaire, fut transformé en hôpital civil avec l'arrêté n°174 de février 1958 portant réforme Hospitalière et civilisation des services de santé du soudan, pour ensuite être érigé en établissement public hospitalier (EPH) avec la loi n°02-048 du 22 juillet 2002 portant réforme hospitalière. De nos jours il est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Point G.

1.1.2 Situation géographique

Le CHU du Point G est situé sur les collines du point G sur la rive gauche du fleuve Niger en Commune III du district de Bamako, il occupe une superficie de 25 hectares dont 17,30% sont bâtis.

1.1.3 Statut juridique

Compte tenu de la spécificité des hôpitaux, la loi n°02-048 du 22 juillet 2002 modifiant la loi n°94-009 du 22 mars 1994 portant principes fondamentaux de la création, de l'organisation, de la gestion et du contrôle des services publics prévoit les Etablissements Publics Hospitaliers (EPH).

La loi d'orientation sur la santé (loi n°02-049 du 22 juillet 2002) confère aux hôpitaux le statut d'Etablissements Publics Hospitaliers dotés de la personnalité morale et de l'autonomie administrative et financière.

La loi n°03-021 du 4 juillet 2003 porte la création d'un établissement public hospitalier dénommé Hôpital du Point G.

1.1.4 missions

Le Centre Hospitalier Universitaire du point G en tant que EPH à pour mission, entre autres de :

- Assurer le diagnostic, le traitement et la surveillance des malades, des blessés et des femmes enceintes en procédant, lorsque nécessaire, à leur hébergement ;
- Participer à des actions de santé publique dans la limite de ses compétences ;
- Participer à des actions de formation et de recherche dans le domaine de santé.

1.1.5 Organisation et Fonctionnement

Le DECRET n°03-337 / P-RM DU 7 AOUT 2003 fixe l'organisation et les modalités de fonctionnement du Centre Hospitalier Universitaire du point G en son article premier conformément à la loi N°02-048 du 22 juillet 2002.

Le CHU du point G est placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

Les organes d'administrations et de gestions sont :

* Le conseil d'administration : qui se compose de 19 membres, le Président du conseil d'administration est un membre élu parmi les membres avec voix délibérative, les autres membres se composent des membres avec voix délibérative et des membres avec voie consultative.

Les membres du conseil d'administration sont nommés pour une période de trois ans renouvelable par décret pris en conseil des ministres sur proposition du ministre chargé de la Santé.

❖ La Direction Générale

Le CHU du point G est dirigé par un directeur général nommé par décret pris en conseil des ministres chargé de la Santé avis du Conseil d'Administration (C.A.)

Il est assisté d'un directeur général adjoint nommé par arrêté ministériel (qui fixe ses attributions spécifiques) sur proposition du Directeur Général de l'hôpital.

Le Directeur Général exerce ses attributions dans les limites des lois et des règlements en vigueur conformément aux dispositions des articles 68, 69, et 70 de la loi n°02-050 du 22 juillet 2002 portant loi hospitalière.

❖ Le Comité de Direction

Le comité de direction est chargé d'assister le Directeur général dans ses tâches de gestion.

Le comité de direction comprend le DG (Président), le DGA, le président de la commission médicale d'établissement, le Président de la commission des soins infirmiers et obstétricaux et un représentant du comité technique d'établissement.

❖ **Les organes consultatifs**

- La commission médicale d'établissement dont l'organisation et modalité de fonctionnement sont prévus dans les articles 12, 13, 14, 15, 16, 17 du décret n°03-337 PMR du 7 AOUT 2003 fixant organisation et modalité de fonctionnement du CHU du Point G,
- La commission des soins infirmiers et obstétricaux dont l'organisation et le fonctionnement sont prévus dans les articles 18,19,20,21,22 dudit décret,
- Le comité technique d'établissement dont l'organisation et fonctionnement sont prévus dans les articles 23, 24, 25, 26, 27 dudit décret,
- Le comité technique d'hygiène et de sécurité dont l'organisation et le fonctionnement sont fixés par les articles 28, 29, 30, 31, 32, 33 dudit décret.

Les services existants au C H U du Point G sont :

➤ **L'administration générale** composée de :

- La direction
- Le secrétariat
- La comptabilité
- Le contrôle financier
- Le bureau des entrées
- Le service social

➤ **Le service de maintenance**

➤ **Les services médicaux** composés de :

-Le service d'anesthésie et de réanimation comprenant les urgences, l'anesthésie, la réanimation et la banque de sang,

Le service de cardiologie avec la cardiologie A et la cardiologie B,

Les services de chirurgie avec :la chirurgie A, la chirurgie B, la gynéco-obstétrique et l'urologie, la coelio-clinique,

- Le service d'hématologie oncologie,
- Le service de médecine interne,
- Le service des maladies infectieuses,
- Le service de néphrologie hémodialyse,
- Le service de neurologie,
- Le service de pneumo-phtisiologie,
- Le service de psychiatrie,
- Le service d'imagerie médicale avec radiologie/scanner, échographie, médecine nucléaire,
- Le laboratoire,
- La pharmacie hospitalière,
- La buanderie,
- La cuisine,
- Une cafétéria,
- Le campus (restaurant pour le personnel),
- La morgue.

2- Aperçu Général sur le service de psychiatrie

Situé au Sud Est du C.H.U. du point G, le service de psychiatrie comprend trois grands bâtiments et des salles d'hospitalisation (21 salles)en son sein :

- ❖ Un bâtiment pour les malades chroniques situé à l'entrée dudit service,
- ❖ Un bâtiment central pour les bureaux, la salle de staff et le secrétariat,

- ❖ Un dernier bâtiment comportant des salles pour les malades chroniques femmes et une annexe du bureau du psychologue.

On y compte :

- Un bureau pour le chef de service,
- Quatre bureaux pour les différents assistants chefs de clinique,
- Un bureau pour le psychologue,
- Un bureau pour le major,
- Une pharmacie,
- Deux secrétariats,
- Une salle de staff,
- Un bureau pour le technicien supérieur de Santé communautaire,
- Deux salles de garde dont une pour les étudiants faisant fonction d'interne, l'autre pour les assistants médicaux chef d'unité,
- Quatre salles d'isolement
- Une bibliothèque,
- Quatre bureaux pour les assistants médicaux chef d'unité,
- La coupole pour la psychothérapie de groupe,
- La cuisine pour l'ergothérapie,
- Le foyer (cafétéria)

Le personnel se compose de :

- Un chef de service Professeur de psychiatrie,
- Trois assistants chefs de cliniques,
- Un praticien hospitalier,
- Un psychologue,
- Six assistants médicaux sortis du Centre des Techniciens de Santé,
- Un technicien supérieur de Santé communautaire,
- Une secrétaire,
- un infirmier,
- Une aide soignante,

- Quatre techniciens de surface,
- Une fille de salle,
- Des étudiants en médecine dont quatre faisant fonction d'interne encadrant d'autres étudiants de différentes écoles de santé (CSTS, ESS et EIPC)

2.1 Activités thérapeutiques

- consultation externe du lundi au mercredi
- hospitalisation tous les jours
- visite générale le jeudi effectuée par le personnel
- le psychodrame tous les vendredis (KOTEBA)
- les psychothérapies de groupe lundi et mercredi
- ergothérapie (lundi, mardi et jeudi)

2.2 Activités pédagogiques

- Staff de discussion et d'enseignement tous les vendredis
- Exposés les vendredis également.

2- Type d'étude:

Il s'agissait d'une étude descriptive rétrospective.

3-Population d'étude:

Tout patient ayant consulté et/ou ayant été hospitalisé au service de psychiatrie au décours duquel une épilepsie fut diagnostiquée quelque soit le mode de suivi.

4-Echantillonnage :

- Critères d'inclusion :

- * Patients épileptiques reçus en consultation pendant la période d'étude.
- * Patients épileptiques ayant été hospitalisé au service de psychiatrie pendant la période d'étude pour lequel nous avons retenu le diagnostic d'épilepsie associée ou non à des troubles psychiatriques.
- * Patients sans ATCD psychiatriques avant le début des crises épileptiques.

- Critères de non inclusion :

* Tout patient consultant pour crise épileptiforme unique.

Ainsi nous avons retenu 342 patients.

5-Période d'étude :

L'étude s'étend de Janvier 1998 à Décembre 2002

6- Collecte des données :

La collecte des données a été réalisée avec différents matériels (les fiches d'hospitalisation et de consultation externe) ainsi qu'à l'aide du questionnaire porté en annexe.

7- Traitement et analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées avec les logiciels Microsoft Word 2000 et Epi Info 6, Janvier 1999.

Nos tableaux et graphiques ont été respectivement conçus avec les logiciels Epi info 6 et sur Microsoft Excel

RESULTATS

I- Prévalence

Sur 3749 consultants, 342 ont présenté une épilepsie associée ou non à des troubles mentaux, soit une prévalence de 9,1%.

II- Profil démographique

TABLEAU I : Répartition des épileptiques selon les tranches d'âge.

Tranches d'âge	Effectif absolu	%
0 à 10 ans	40	11,7
11 à 20 ans	104	30,4
21 à 30 ans	113	33,0
31 à 40 ans	50	14,6
41 à 50 ans	23	6,8
51 à 60 ans	9	2,6
61 à 70 ans	2	0,6
≥ à 71 ans	1	0,3
TOTAL	342	100

La tranche d'âge de 21 à 30 ans était la plus concernée 113 sur 342 cas, soit 33%.

TABLEAU II : Répartition des épileptiques selon le sexe et les tranches d'âge.

Tranches d'âge \ Sexe	Tranches d'âge								Total
	0-10	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	
Masculin	32	57	78	33	15	9	1	1	226
Féminin	8	47	35	17	8	0	1	0	116
Total	40	104	113	50	23	9	2	1	342

Nous avons un patient hospitalisé de plus de 70 ans, épileptique connu depuis l'âge de 17 ans.

TABLEAU III : Répartition des épileptiques selon les tranches d'âge et le mode de suivi

Mode de suivi Tranches d'âge	Hospitalisés		Externes		Total	
	Eff. absolu	%	Eff. absolu	%	Eff. absolu	%
0-10	0	0	40	13,9	40	11,7
11-20	7	13	97	33,7	104	30,4
21-30	25	46,3	88	30,5	113	33,0
31-40	12	22,2	38	13,2	50	14,6
>41	10	18,5	25	8,7	35	10,3
Total	54		288		342	100,0

En ce qui concerne le mode de suivi, les patients épileptiques vus en consultation externe appartiennent à la tranche d'âge de 11-20 ans. La tranche d'âge la plus touchée est celle de 21-30 ans 113 cas soit 33% de notre effectif.

III- Profil clinique

Eléments sémiologiques psychiatriques retrouvés chez les épileptiques hospitalisés.

TABLEAU IV : Répartition des patients selon le mode de suivi et le motif de consultation.

Mode de suivi Motifs de consultation	Hospitalisés		Externe		TOTAL	
	Effectif absolu	%	Effectif absolu	%	Effectif absolu	%
Convulsion	1	1,9	137	47,6	138	40,3
Agressivité	38	70	68	23,6	106	31
Agitation	7	13	38	13,2	45	13,2
Céphalées	3	5,6	20	6,9	23	6,8
Hallucinations	1	1,9	7	2,4	8	2,3
Autres*	4	7,6	18	6,3	22	6,4
Total	54	100,0	288	100,0	342	100,0

* Insomnie, fugue, bizarrerie, hallucinations et toxicomanie.

138 patients sur 342 avaient consulté pour des crises convulsives soit 40,3% de d'épileptiques.

L'agressivité était le second motif de consultation 106/342 cas soit 30,99 % de notre effectif.

TABLEAU V : Répartition des épileptiques hospitalisés selon le motif de demande d'hospitalisation.

motif de demande d'hospitalisation	Effectif absolu	Pourcentage %
Agressivité	38	70,4
Agitation	6	11,1
Hallucinations	6	11,1
Bizarrerie + insomnie	4	7,4
Total	54	100,0

L'agressivité a été le motif le plus fréquent de demande d'hospitalisation 38 cas soit 70,4 %.

TABLEAU VI : Répartition des épileptiques hospitalisés selon l'état de conscience à l'entrée.

Etat de conscience	Effectif absolu	Pourcentage %
Clair	40	74,1
Altéré	4	7,4
Confus	10	18,5
TOTAL	54	100.0

Chez 40 patients, la conscience était claire à l'admission soit 74,1% d'épileptiques hospitalisés.

TABLEAU VII : Répartition des épileptiques hospitalisés selon le type de délire existant.

Type de délire existant	Effectif absolu	Pourcentage %
Systématisé	2	3,7
Non systématisé	32	59,2
Absent	13	24,1
Non précisé	7	13,0
TOTAL	54	100,0

Le délire était non systématisé chez 32 de nos épileptiques soit 59,2 % d'épileptiques hospitalisés.

TABLEAU VIII : Répartition des épileptiques hospitalisés selon l'état de la psychomotricité.

Etat de la psychomotricité	Effectif absolu	Pourcentage %
Normal	12	22,2
Inhibé	4	7,4
Agité	35	64,8
Catatonique + Agité	1	1,9
Cataleptique	2	3,7
TOTAL	54	100.0

Le trouble psychomoteur le plus représenté était l'agitation 35 épileptiques hospitalisés, soit 64,8 % de notre effectif.

TABLEAU IX : Répartition des épileptiques hospitalisés selon le contenu du langage.

Contenu du langage	Effectif absolu	Pourcentage %
Cohérent	27	50
Incohérent	20	37
Non précisé	7	13
TOTAL	54	100

Chez 27 épileptiques hospitalisés soit 50 % de nos patients le langage était cohérent, pendant l'examen psychiatrique à l'arrivée.

TABLEAU X : Répartition des épileptiques hospitalisés selon le type de production pathologique.

Type de production Pathologique	Effectif absolu	Pourcentage %
Non précisé	19	35,1
Hallucinations visuelles	11	20,4
Hallucinations visuelles + acoustico-verbales	11	20,4
Absent	8	14,8
Hallucinations acoustico-verbales	4	7,4
Hallucinations visuelles + cénesthopathies + acoustiques	1	1,9
TOTAL	54	100.0

Chez 19 épileptiques hospitalisés sur 54, la production pathologique n'avait pas été précisée soit 35,1 % de cas.

TABLEAU XI : Répartition des épileptiques hospitalisés selon l'état de la mémoire

Etat de la mémoire	Effectif absolu	Pourcentage %
Conservé	34	62,9
Non conservé	15	27,8
Non précisé	5	9,3
TOTAL	54	100.0

34 épileptiques ne présentaient aucun trouble de la mémoire soit 62,9 % de cas.

TABLEAU XII : Répartition des épileptiques hospitalisés selon le type d'attention.

Type d'attention	Effectif absolu	Pourcentage %
Adapté	26	48,1
Distrain	22	40,7
réfléchi	2	3,8
Non précisé	4	7,4
TOTAL	54	100.0

Chez 26 patients hospitalisés soit 48,1 %, l'attention était adaptée.

TABLEAU XIII : Répartition des épileptiques hospitalisés selon l'état de leur hygiène corporelle à l'admission.

Etat de l'hygiène corporelle	Effectif absolu	Pourcentage %
Satisfaisant	26	48,1
Non satisfaisant	28	51,9
TOTAL	54	100.0

Une négligence corporelle était présente chez 28 épileptiques, soit 51.9 %.

TABLEAU XIV : Répartition des épileptiques hospitalisés selon le type de conduite sociale.

Type de conduite sociale	Effectif absolu	Pourcentage %
Non agressif	4	7,4
Auto-agressif	5	9,3
Hétéro-agressif	45	83,3
Total	54	100.0

Nous avons pu noter une auto-agressivité chez 5 de nos patients hospitalisés soit 9,3 % de cas.

TABLEAU XV : Répartition des patients hospitalisés selon la qualité de l'intégration socio-professionnelle et familiale.

Types d'Intégration Qualité de l'intégration	Sociale		Familiale	
	Effectif absolu	%	Effectif absolu	%
Bonne	9	16,7	10	18,5
Passable	12	22,2	12	22,2
Mauvaise	32	59,3	32	59,3
Non précisée	1	1,8	0	0
TOTAL	54	100,0	54	100,0

Nous avons noté une mauvaise intégration socio-familiale chez 32 épileptiques hospitalisés se qui correspond à 59,3 % de nos patients.

TABLEAU XVI : Répartition des épileptiques hospitalisés selon le trouble du sommeil présent.

Trouble du sommeil	Effectif absolu	Pourcentage %
Normal	2	3,7
Insomnie	48	88,9
Hypersomnie	2	3,7
Non précisé	2	3,7
TOTAL	54	100.0

L'insomnie était le trouble du sommeil le plus fréquent chez 48 patients hospitalisés soit 88,9 % de cas.

TABLEAU XVII : Répartition des épileptiques hospitalisés selon le type de conduite antisociale présente.

Types de conduite anti-social	effectif absolu	Pourcentage %
Fugue	18	33,3
Homicide	2	3,7
Incendie	3	5,5
Attentat à la pudeur	1	1,9
Absent	11	20,4
Non précisé	19	35,2
TOTAL	54	100.0

Chez 19 épileptiques soit 35,2 %, le type de conduite anti-sociale n'étaient pas précisé,

18 épileptiques hospitalisés avaient une notion de fugue ce qui correspond à 33,3 % épileptiques hospitalisés.

IV- Profil para clinique

TABLEAU XVIII : Répartition des épileptiques selon les résultats de l'EEG et le mode de suivi.

Mode de suivi	Hospitalisés		Externe	
	Eff. absolu	%	Eff. absolu	%
EEG Pathologique	42	77,8	162	56,25
Normal	12	22,2	126	43,75
TOTAL	54	100,0	288	100,0

Chez 42 patients hospitalisés sur 54, l'EEG était conforme à la clinique soit 7,8 % de nos patients.

TABLEAU XIX : Répartition des épileptiques hospitalisés selon la localisation des crises à l'EEG pratiqué.

Localisation et état de l'EEG	Effectif absolu	Pourcentage %
Normale	12	22,2
Diffuse	19	35,2
Temporale	15	27,7
Focale	7	13,0
Occipitale	1	1,9
TOTAL	54	100.0

19 épileptiques hospitalisés sur 54 soit 35,2 % de nos patients hospitalisés, nous avons noté une localisation électroencéphalographique diffuse. Aucun de nos patients n'avaient de lésions frontales à l'EEG.

TABLEAU XX : Répartition des épileptiques hospitalisés selon l'état, la localisation des crises à l'EEG pratiqué et l'état de leur mémoire.

Etat de la mémoire	Conservée		Non conservée		Non précisé	
	Eff. absolu	%	Eff. absolu	%	Eff	%
Localisation des crises						
EEG normal	6	17,6	4	26,7	2	40
Diffuse	15	44,1	3	20	1	20
Temporale	10	29,4	4	26,7	1	20
Focale	3	8,9	3	20	1	20
Occipitale	0	0	1	6,6	0	0
TOTAL	34		15		5	

La majorité de nos épileptiques pendant l'entretien ne présentait pas de troubles de la mémoire 34 patients hospitalisés sur 54, soit 63% de cas.

TABLEAU XXI : Répartition des épileptiques hospitalisés selon les motifs de demande d'hospitalisation et la localisation des crises à l'EEG pratiqué.

Localisation des crises Motifs de demande d'hospitalisation	Normale	Temporale	Occipitale	Focale	Diffuse
Agitation	3	1	1	1	0
Bizareries-insomnies	0	3	0	0	1
Hallucinations	1	4	1	0	0
Agressivité	7	7	0	9	15
TOTAL	11	15	2	10	16

L'agressivité a été le motif de demande d'hospitalisation le plus rencontré 38 sur 54 épileptiques hospitalisés soit 70,4% de cas, quelque soit la localisation des crises

TABLEAU XXII : Répartition des épileptiques hospitalisés en fonction des résultats de l'EEG pratiqué et les types de productions pathologiques.

Localisation de crises Productions pathologiques	Nor male	Temp orale	Occip itale	Focale	Diffuse	TOTAL	
						Eff. absolu	%
Hallucinations visuelles	3	3	1	1	3	11	20,4
Hallucinations visuelles et acoustico-verbales	0	5	0	2	4	11	20,4
Hallucinations acoustico-verbales	2	1	0	0	1	4	7,4
Absentes	7	7	0	4	10	28	51,8
TOTAL	12	16	1	7	18	54	100,0

Les hallucinations visuelles et acoustico-verbales étaient fréquentes chez 11 patients sur 54 soit 20,4% d'épileptiques hospitalisés.

V- Diagnostics

TABLEAU XXIII : Répartition des épileptiques hospitalisés en fonction des diagnostics psychiatriques retenus.

Diagnosics retenus	Effectif absolu	Pourcentage %
Epilepsie proprement dite	16	29,6
Psychoses chroniques schizophréniques	13	24,1
Troubles caractériels	13	24,1
Troubles Psychotiques aiguës	8	14,8
Psychoses chroniques non schizophréniques	4	7,4
Total	54	100

Les psychoses chroniques schizophréniques étaient les plus fréquentes des psychoses chroniques chez les épileptiques hospitalisés 13 patients, soit 24,1% de cas.

VI- PROFIL THERAPEUTIQUE

TABLEAU XXIV : Répartition des épileptiques hospitalisés selon le type d'antiépileptiques pris.

Type d'antiépileptiques pris	Effectif absolu	Pourcentage %
Carbamazépine	20	37,0
Phénobarbital + Carbamazépine	14	25,8
Phénobarbital	12	22,2
Absent	3	5,5
Phénytoïne	1	1,9
Acide valproïque	1	1,9
Diazépam	1	1,9
Phénobarbital + Diazépam	1	1,9
Autres*:	1	1,9
TOTAL	54	100.0

La carbamazépine était le médicament le plus utilisé chez nos patients, soit 20 épileptiques. L'association carbamazépine + phénobarbital a été nécessaire.

*: clonazepam, gabapentine

TABLEAU XXV : Répartition des épileptiques hospitalisés selon le type d'antidépresseurs pris.

Type d'antidépresseurs	Effectif absolu	Pourcentage
Amytriptiline	3	5,6
Clomipramine	2	3,7
Autres*	2	3,7
Pas d'antidépresseurs	47	87,0
TOTAL	54	100.0

Chez 47 épileptiques, il n'y avait pas d'antidépresseurs, soit 87%.

* Maprotiline et Chlorhydrate de miansérine

TABLEAU XXVI : Répartition des patients épileptiques hospitalisés selon la classe de neuroleptiques pris

Classe de Neuroleptiques	Effectif absolu	Pourcentage %
Phénothiazines	24	44,4
Phénothiazines & Butyrophénones	21	38,9
Benzamides	4	7,4
Butyrophénones	2	3,7
Phénothiazines & Benzamides	2	3,7
Phénothiazines & Butyrophénones & Benzamides	1	1,9
TOTAL	54	100.0

Chez 24 épileptiques hospitalisés sur 54 soit 44,4 % de cas, l'administration d'un neuroleptique sédatif a été nécessaire : les Phénothiazines ont été les neuroleptiques les plus utilisés.

COMMENTAIRES
ET
DISCUSSIONS

I-Méthodologie

Les dossiers ont été collectés à partir du registre de consultation externe et d'hospitalisation du service de psychiatrie du CHU du Point G et les difficultés rencontrées sont les mêmes que celles en rapport avec toutes les études rétrospectives qui sont limitées de part le manque de certaines données, nous permettant de faire une interprétation pertinente.

Le choix d'un seul diagnostic reste critiquable du fait de la possibilité que certaines co-morbidités soit souvent occultées. Face à l'absence de diagnostic dans certains dossiers, nous étions obligés de lire tous les dossiers et d'évoquer un diagnostic (en fonction de la classification des maladies mentales 10^{ème} édition). Nous avons regroupé la Manie, la dépression dans la PMD; la Confusion mentale, les psychoses puerpérales et la Bouffée délirante dans les psychoses aiguës afin de faire une analyse correcte.

Cette étude qui s'est déroulée de Janvier 1998 à Décembre 2002 a permis d'aboutir aux résultats suivant faisant l'objet des commentaires et discussions..

II- Prévalence

En ce qui concerne la prévalence des épileptiques par rapport aux autres pathologies au service de psychiatrie du CHU du Point G, elle a été estimée à 9,1%. Sur 342 cas inclus dans l'enquête seulement 54 ont été hospitalisés soit 10,1% car ils présentaient en plus de l'épilepsie des troubles mentaux. Cette proportion est conforme avec les résultats rapportés par **Lemperière** et **Al** qui ont trouvé une prévalence de 5 à 10 % d'épileptiques hospitalisés [34] et ceux de **PICAR (Pascal Gilles Patrick)** et **Al** à Dakar [38], qui ont trouvé 7,5 % d'épileptiques ayant consultés au service de psychiatrie du CHU de Dakar.

Par contre **Mendez** et **Al** (1986) [36 et 53], **Betts** en 1981 [53] ont respectivement rapporté que 4,4 % et 5,5% des malades hospitalisés en milieu psychiatrique étaient des épileptiques. Cette différence n'est pas significative, et serait due à La période d'étude ou de fluctuations de l'échantillonnage.

1- Profil démographique

La tranche d'âge la plus représentée était celle comprise entre 21 et 30 ans 33,04% de cas, un constat ressort du tableau des tranches d'âge croisées avec le mode de suivi des patients ; ici les épileptiques suivis en ambulatoire les plus nombreux, ont un âge compris entre 11 et 20 ans, soit 33,7% de cas. De ce constat peut ressortir l'hypothèse selon laquelle les troubles psychiatriques au Mali comme dans la littérature (confère supra) peuvent être l'aggravation de l'épilepsie qui elle même est une maladie de l'enfant et de l'adolescent. Ces résultats concordent avec ceux de **PICAR** au Sénégal qui rapporte que 30,5% de cas avaient un âge compris entre 11 et 20 ans.

Sur les 910 patients hospitalisés au service, l'épilepsie représente 5,9 % de cas. Ce résultat est proche de celui de **BETTS** (1981) 5,5% des 13184 hospitalisés dans la région de Birmingham aux Etats Unis [5,52]. **STANDAGE** (1973), **MENDEZ** et **AL** en 1986, ont respectivement retrouvé 2,8 % et 4,4 % d'épilepsie parmi les 1835 et 411 malades psychiatriques hospitalisés. La prévalence de l'épilepsie chez ces auteurs est nettement inférieur à la notre et confirme les données de la littérature selon la quelle cette pathologie est plus fréquente dans les pays en voies de développement par rapport aux pays développés [45].

Le sexe masculin était prédominant dans notre étude et ceci pourrait s'expliquer par le fait que :

- L'état de santé de l'homme se fait plus vite ressentir dans tous les secteurs de la vie par rapport à celui de la femme d'une part,
- D'autre part, les hommes extériorisent plus vite la maladie et enfin par le fait que l'agressivité de l'homme est difficile à gérer et nécessite l'intervention de plusieurs personnes pour maîtriser cet individu.

2- Motifs de consultation et de demande d'hospitalisation

Le motif fréquent de consultations des épileptiques était les crises convulsives 138 cas, soit 40,3% de nos épileptiques. Par contre le motif fréquent de demande d'hospitalisation des épileptiques était l'agressivité 38 patients, soit 70,4% de nos patients. Les hallucinations étaient présentes chez 6 de nos épileptiques hospitalisés ce qui correspond à 11,1% des épileptiques hospitalisés. Ce constat peut avoir comme explication les conséquences; soit du vécu socio culturelle et professionnel de l'épileptique qui fait en sorte qu'ils soient obligés de se défendre ou encore à cause de leur mise à l'écart décrite plus haut (confère Généralités).

III- Profil clinique

1- Eléments sémiologiques

1-1-Profil clinique

-Délire et Agitation

Trente deux de nos patients hospitalisés avaient à l'admission un délire non systématisé et une agitation, soit respectivement 59,3 % et 64,8 %. Ceci pourrait être le fait d'une part de la localisation des crises à l'EEG, d'autant plus que les épilepsies du lobe temporal sont le plus souvent à manifestations psychotiques; et d'autre part en rapport à une intoxication médicamenteuse en l'occurrence les anti-comitiaux ou à l'état crépusculaire inter-critique de l'épilepsie pendant lequel on observe le plus souvent un délire non systématisé [42]. Ces résultats concordent avec le chiffre élevé de l'agitation psychomotrice (64,4 % de patients hospitalisés). **LEMPERIERE** et *al.*, [34] ont rapporté que 17 à 20 % d'épileptiques avaient des troubles du comportement sans en préciser le genre et la nature de ces troubles.

MENDEZ et *Al* (1986) **BETTS** (1981) [5 et 36] et **LEMPERIERE** et *al.*, [34] ont trouvé que la majorité des admissions des épileptiques en psychiatrie, était motivée par un état confusionnel et/ou délirant chez 22 à 26 % de leurs patients. Ces résultats différents des nôtres peuvent être à cause de l'échantillonnage.

Certains auteurs tels que **DUGUAY R., H.F. ELLENBERGER** et coll. [11]; **GEIER S.** et **HOSSARD-BOUCHAUD H.** [18]; ont rapporté que pendant les états crépusculaires inter-critiques, l'élément délirant est généralement riche et correspond à un délire non systématisé généralement paranoïde.

- **Psychomotrice**

L'agitation a été le trouble psychomoteur le plus fréquent 64,8 %. Cette agitation peut être la résultante du délire et des hallucinations observés pendant les troubles aigus décrits par la littérature confère Généralités.

D'autres auteurs tel que **LEMPERIERE** et *Al.*, 1982 en France, **MENDEZ** et *Al* (1986), **BETTS** 1981, (38) trouvaient que 17 à 20 % des épileptiques avaient un trouble du comportement.

- **Contenu du langage et état de la mémoire**

Chez 34% soit 20/54 patients nous avons observé un langage incohérent avec une mémoire conservée. Nous pouvons l'expliquer par la présence du délire et d'un agitation (les éléments psychotiques dans le tableau de nos patients) et l'état de leur mémoire conservé à cause du faite que nos patients sont vus pendant la période inter-critique.

- **Production pathologique**

Sur ce plan, 20,4 % de nos patients avaient Présenté des hallucinations visuelles et acoustico verbales. Ces hallucinations peuvent être dues; soit à la localisation temporelle (hémisphère dominant) des crises (confère supra généralités) ou à l'aggravation de son épilepsie parfois par une mauvaise observance thérapeutique ou par l'effet psychotrope des anti-convulsivants [52].

- **L'attention**

Nous avons trouvé que 40,7% de nos patients étaient distraits; ceci concorde avec le pourcentage élevé de l'agitation. Car il est difficile d'attirer l'attention d'un individu qui hallucine, délire et est agité.

- Agressivité

Chez 9,3 % de nos patients nous avons noté une tentative de suicide. Il serait très difficile de dire si cette tentative c'est produite en période post critique ; tout simplement parce que l'épileptique ayant une mauvaise intégration de part le caractère chronique de sa maladie et les tabous [2, 27, 28, 30] qui l'entoure peut à un moment donné avoir marre de la vie ou encore à cause de son délire non systématisé qui le plus souvent est à mécanisme hallucinatoire.

LEMPERIERE et **AI** 1982, **STEVENS** 1988 [18,52] dans leur étude ont observé 18 à 19 % de suicide.

GEIER S. et **HOSSARD-BOUCHAUD H.** [18] écrit que l'élément dépressif de l'épileptique pendent les périodes post-critiques peu aller jusqu'au suicide.

Chez 83,3 % de nos patients nous avons trouvé une hétéro agressivité dirigée contre l'entourage avec mauvaise intégration socio familiale (59,3 %). Ceci pourrait s'expliquer par la personnalité épileptique qui est de type très caractériel (instable, impulsif et revendicateur) [34] , par la mauvaise observance thérapeutique qui pourrait être responsable d'une augmentation de la fréquence des crises. La perturbation de la maturité psycho-affective par l'attitude de l'entourage (ségrégation et hyper protection) [34], la présence de graves difficultés d'adaptation socio-professionnelle nécessitant une prise en charge institutionnelle (hôpital du jour ou atelier protégé) ou entraînant une invalidité partielle ou complète [34 et 46] sont les différents facteurs entrant en compte pour favoriser la mauvaise intégration de l'épileptique et pouvant provoquer le suicide. L'élément primordial à prendre en compte dans cette maladie chronique et handicapante est le fait que la population est sous informée et l'entoure de dogmes et de tabous [6, 8, 31 et 34].

Nos patients avaient une **mauvaise intégration socio-professionnelle et familiale** 32 cas soit 59,3 % de notre effectif. 12 épileptiques de notre échantillonnage ont une intégration passable ceci correspond à 22,2 % de cas. Les différentes observations décrites plus haut peuvent expliquer ce fait.

LEMPERIERE T. , Feline A. et al [34] trouvent que 20 % d'épileptiques adultes ont de graves difficultés d'adaptation professionnelle nécessitant une prise en charge institutionnelle (atelier protégé, hôpital du jour) ou entraînant une invalidité partielle ou complète [34]. Au vu de tout ceci nous pouvons dire que cette mauvaise intégration socio-professionnelle et familiale peut trouver comme explication, le fait que, l'épilepsie est une maladie chronique imposant un traitement continu, limitant les possibilités surtout chez le sujet aux crises mal contrôlées; certains métiers, certains sports, la conduite automobile lui sont interdits. L'entourage a le plus souvent une attitude de ségrégation et /ou d'hyper protection vis à vis de l'épileptique, utilisées aux fins des bénéfices secondaires, les crises s'intriquent alors à des manifestations névrotiques et caractérielles facteurs à leur tour d'inadaptation ou d'exclusion.

Chez 32 patients soit 59,3% d'épileptiques nous avons pu observé un arrêt de leur activité professionnelle.

- Conduite anti sociale :

Chez 33,3 % de nos patients nous avons trouvé une notion de fugue pendant leur état d'agitation.

- Etat de la mémoire et l'EEG

Chez 34 patients hospitalisés sur 54 soit 62,96% cas, aucun trouble de la mémoire n'était présent car il arrive généralement dans le service pendant la période inter critique

- Répartition selon le motif de la demande d'hospitalisation et résultats de l'EEG.

Quinze épileptiques avec les crises temporales présentaient au moins un symptôme psychiatrique motivant la demande d'hospitalisation soit 27,8%.

1-2 Profil para clinique

-Type de crises à l'EEG.

Chez 19 épileptiques hospitalisés, soit 35,2% de cas la localisation était diffuse. 27,7 % de patients avaient des crises temporales à l'EEG. Aucune localisation frontale n'a été retrouvée.

1-3 Profil diagnostic

Dans notre étude; en ce qui concerne les différents diagnostics psychiatriques retrouvés, nous avons obtenus 14,8% de troubles psychotiques aigus, 31,5% de psychoses chroniques et 24,1% de troubles caractériels. Parmi les psychoses chroniques, il y avait un cas de démence. Il serait difficile d'affirmer si cette démence est une complication de l'épilepsie ou des anti-épileptiques.

29,6% d'épileptiques de notre échantillonnage étaient indemnes de symptômes psychiatriques. Ce résultat se rapproche de celui de Rodin qui trouve 23% de cas au centre pour épileptique du Michigan [18].

2- Prise en charge thérapeutique :

- Mode de suivi

288 Patients étaient suivis à titre externe, soit 10,1 % de l'effectif total des malades externes, et 54 hospitalisés à cause des symptômes psychiatriques qu'ils présentaient, soit 5,9 % des hospitalisés pendant la période de notre étude.

- Chimiothérapie

La majorité de nos patients a reçu des antiépileptiques soit 94,5 % de notre série. La carbamazépine était l'anti-épileptique le plus administrée grâce à son double effet antiépileptique et normo-thymique. 7 épileptiques hospitalisés soit 13 % de cas ont reçu des antidépresseurs.

100% de nos patients hospitalisés avaient reçu au cours de leur séjour un neuroleptique. **Les neuroleptiques de la famille de Phénothiazine** étaient les plus utilisés, chez 24 patients soit 44 % de cas. La Phénothiazine la plus

administrée était la **chlorpromazine** ; chez 12 patients hospitalisés, soit 22,2% de cas.

Nos résultats concordent avec ceux de **Lemperière et al** en France, qui parle de la nécessité d'administrer un neuroleptique sédatif pour équilibrer les épileptiques. Dans la littérature il est décrit la possibilité d'administrer l'halopéridol chez certain patient [34].

CONCLUSION

ET

RECOMMANDATIONS

CONCLUSION

Cette étude rétrospective sur 5 ans de morbidités psychiatriques de l'épilepsie dans le service, nous permet d'affirmer que l'épilepsie est une maladie neuro-psychiatrique et doit être pris en charge dans les structures hospitalières surtout lorsqu'il y a aggravation à type de symptômes psychiatriques.

La prévalence des épileptiques qui consultent en psychiatrie est de 9,1%.

Les épileptiques de sexe masculin étaient les plus fréquents 226 patients soit 66,1% de cas avec un sexe ratio égal à 5,75 et la tranche d'âge de 21-30 ans la plus représentée avec 113 patients épileptiques soit 33% de cas.

Les éléments séméiologiques psychiatriques imposant l'hospitalisation étaient surtout : l'agressivité 38 Patients hospitalisés soit 70,4% suivi de l'agitation 6 cas soit 11,1 % et le délire était systématisé ou non chez 34 épileptiques soit 62,9% de cas.

Les différents diagnostics psychiatriques associés à l'épilepsie étaient :

- Les psychoses chroniques (schizophréniques ou non): 17 patients, soit 31,5 % de cas.

- Les psychoses aiguës : 8 patients, soit 14,8 %

- Les troubles caractériels : 13 patients, soit 24,1 %.

La localisation diffuse à l'EEG des crises était la plus fréquente des localisations (temporale, focal, occipitale), 19 patients soit 35,2 %.

Du point de vu des connaissances populaires, les crises généralisées tonico-cloniques avec chute et morsure de la langue constituent la manifestation la plus connue des malaises épileptiques

Les manifestations des crises temporales qui sont surtout psychiques ont été diagnostiquées au service pendant l'hospitalisation et sur la base des résultats de l'EEG.

La carbamazépine a été l'anti épileptique le plus utilisé 20 patients sur 54 soit 22,2 %.

Ce sont les neuroleptiques sédatifs qui ont été administrés chez les épileptiques hospitalisés.

RECOMMANDATIONS

Au terme de notre étude, les recommandations sont proposées et s'adressent au :

MINISTERE DE LA SANTE :

- Elaborer une politique nationale de santé mentale prenant en compte les problèmes relatifs aux épileptiques.
- Assurer la formation continue des agents sanitaires (médecins généralistes, techniciens de santé) dans la lecture d'EEG en psychiatrie en général, en neurologie et en épileptologie.
- Créer la Ligue Malienne contre l'Epilepsie, structure qui aura pour missions d'informer, de sensibiliser les populations sur l'épilepsie, surtout la forme à manifestations psychiques, et à définir les stratégies visant à mieux prendre en charge les épileptiques et favoriser leur réintégration sociale.
- Encourager les secteurs publics et privés, les partenaires au développement à s'impliquer davantage dans les activités locales de la campagne mondiale contre l'épilepsie.
- Lutter contre les préjugés néfastes et discriminatoires par rapport à l'épilepsie surtout à l'école et au travail.

PRESTATAIRES (Médecins hospitaliers, étudiants de fin de cycle...)

- Informer les parents sur l'épilepsie afin d'avoir une meilleure prise en charge des formes psychiques.
- Renforcer la collaboration entre les agents sanitaires (neurologue et psychiatre surtout) et la famille, non seulement pour repérer précocement

le processus morbide mais également à contribuer à l'orientation des épileptiques vers les structures adéquates de prise en charge.

- Entreprendre des recherches à l'échelle nationale pour évaluer la prévalence et l'incidence des troubles psychiatriques chez les épileptiques et leurs facteurs de risque.
- Entreprendre une étude longitudinale sur ce thème de recherche afin d'avoir des dossiers plus complets et un plus grand nombre de cas.
- Informatiser des dossiers médicaux des malades.
- Remplir de façon rigoureuse les supports de recueil de données médicales surtout les éléments sémiologiques et le diagnostic de sortie (fiches de consultation externe et d'hospitalisation, registres).
- Améliorer la compréhension par le patient, son entourage et le public, de l'épilepsie, maladie neurologique et psychiatrique universelle, non transmissible et curable.
- Renforcer la collaboration entre les agents sanitaires (neurologue et psychiatre surtout) et les tradithérapeutes pour une meilleur prise en charge des épileptiques.

PARENTS DE MALADES

Consulter précocement un agent de santé qualifié devant la survenue de crises épileptiformes et tout trouble du comportement.

MALADES

Suivre correctement le traitement prescrit.

BIBLIOGRAPHIE

1- A.Biraben,

Les nouvelles techniques de la chirurgie de l'épilepsie.

Mise au point, La Lettre du Neurologue-n°2-vol.III . mars-avril 1999.

2- Arzimanoglou A., Aicardi J. et Laplane D.

Sémiologie des crises épileptiques. – Editions techniques.

Encycl. Med. chir . (Paris- France), neurologie, 17-044-K-10, 1993 15p..

3- Aziz H. , Guvener A. ,Akhtar S. W., Hasan K. Z.

Comparative epidemiology in Pakistan and Turkey ; Population-based studies using identical protocols .

Epilepsia (Copenhagen) ,vol 38 ; n°6, 1997.pp 716-722.

4- Bellalem A., Messaoudi F.

Etude transversale de l'épilepsie en milieu scolaire.

Deuxième congrès de neurologie tropicale, Limoges, Septembre 1994, Résumé
W 11 :123

5- Betts TA (1981)

Epilepsy and the mental hospital. In E.H. Reynolds, M.R. Trimble, (eds.),

Epilepsy and psychiatry, Churchill Livingstone, New York : 175-185.

6- Bonduelle P. ; Carole L.

La lettre de la proximologie. Comprendre la relation entre la personne malade et ses proches Editeur : Hugues Joublin

7- Danesi M. a.

Patient perspective on epilepsy in developing country.

Epilepsia : 25 (2), 1984. Pp184-198.

8- DECLARATION AFRICAINE CONTRE LEPILEPSIE

O.M.S; LICE; BIE (Bureau International pour l'Epilepsie)

Dakar, le 06 Mai 2000

9- De Toffol B

Syndromes épileptiques et troubles psychotiques. Paris Ed. John libbey. (2001),
Euro text P201.

10- Dongmo L., Mbonda E., Motso J., Mbede J.

L'épilepsie infantile à Yaoundé : Analyse de 174 cas.

Deuxième congrès de Neurologie tropicale, Limognes, Septembre 1994,
Résumé W 11 : 124

11- Duguay R., H. F Ellenberger et coll.

Précis pratique de Psychiatrie.

Maloine éd Paris P. 362-66, 1981.

12- Echenne B., Cheminal R., et al.,

Are Idiopathic generalized epilepsies of childhood really benign

Epileptic disorder.vol.3n°3, 67-72, Dec. 2001

13- Endziniene M., Pauza V., Miseviciene I.

Prevalence of childhood epilepsy in Kaunas Lithuania

Brain and development, vol 19 ; n° 6, 1997. Pp 379-387

14- Esquirol

Synthèse des rassembleés entre 1812-1838 dans son service de femmes
épileptiques aliénés chap VII pp 255-265

1831, tome I p 285

15- **Ey H et al.,**

Epilepsie - Epileptiques

Manuel de psychiatrie 6° édition Masson p 273.

16- **Farnarier G. Ogobara D et al .**

Bibliographie de l'épilepsie en milieu rural au Mali 2000.

17- **Farnarier G., S Diop., et al.,**

Onchocercose et épilepsie : Enquête épidémiologique au Mali 2000.

18- **Geier S. et Hossard-Bouchaud H.**

Crise épileptique, épilepsie et épileptique.

Encycl. Med. Chir, Psychiatrie, 37250 A^{1°} ,2-1981

19- **Genton P. , Remy C.**

Epilepsie.

Ellipses. Paris, 1996. 127p.

20- **Grunitzky E. K.** Epilepsie :

Crédibilité des enquêtes dans les pays en voie de développement.

Deuxièmes congrès de Neurologie tropicale, Limoges, septembre 1994,

Résumé TR 3 : 101.

21- **Gudmundsson G.** (1966)

Epilepsy in iceland a clinical and epidemiological investigation.

Acta neurologica Scandinavica.43 :suppl 25 :1-124

22- http://www.atlce.com/congrès.2/Epilepenseignantnord_tunisien.htm

Association Tunisienne de la Lutte contre l'Epilepsie

23- <http://www.cocof.be/telecharge/DOCS/SBFPH/charteSIDA.pdf> CHARTE POUR AGIR

24- http://www.who.int/mental_health/media/en/80.pdf Déclaration Africaine contre l'épilepsie

25- http://www.handipole.org/images/appuis/appuis_conference.pdf .
Réflexions

26- <http://www.hug-ge.ch>
Epilepsie et Sport 30 septembre 2004
La conférence régionale du 3 Mars 2003.

27- <http://www.prevention.ch/lesportbienvivresonepilepsie.htm>.
Jallon P.

28- <http://164.109.63.32/pdf/épi-insertion-sociale.pdf> Bien vivre son épilepsie :
Insertion sociale.

29- <http://164.109.63.32/pdf/epi-sport.pdf>. Bien vivre son épilepsie : le sport.

30- Jallon P.

Epidémiologie de l'épilepsie.

Symposium Sanofi : Les épilepsies en Afrique. Objectif médical, numéro spécial, Mars 1990.pp13-18.

31- Jallon P.

L'épilepsie (1) impact médecin.

Hebdo n° 170, 1997.ppIV-V.

32- Jourdan-Ionescu C., serban I. et corbeil C.

Qualité de vie et déficience intellectuelle : Analyse des résultats individuels 5 ans après la désinstitution .

33- Karfo.

L'épilepsie. L'image africaine.

Synapse, Décembre 1997, Numéro 141.pp 55-58.

34- Lemperière Th., Feline A., et al.,

Les aspects psychologiques et psychiatriques de l'épilepsie.

Abrégés Psychiatrie de l'adulte 1997. Paris, Ed. MASSON P. 312-321

35- Mbella M E.,

Les épilepsies au Togo.

Thèse de Médecine, Lomé, 1991 n°10.

36- Mendez M.F. Cummings J.L., Benson D.F. (1986).

Depression in epilepsy : significance and phenomenology.

Archives of Neurology, 43 : 766-770

37- Osuntokun B. O., Adevja A. O.

Prevalence of the epilepsy in Nigerian Africans : A community based study.

Epilepsia 28 (3), 1987.p273-279.

38- Picard P.D.P.

Evaluation des activités de consultations externes du service de psychiatrie du C.H.U. de Dakar (du 1 juillet 1981 au 30 juin 1982)

Thèse de Médecine, Dakar, n° 121, 1981. 142 P.

39- **Pond D.**(1981).

Epidemiology of the psychiatric disorders of epilepsy. In EH Reynolds, MR Trimble, (eds.),

Epilepsy and psychiatry, p, 27-32. Churchill Livingstone, New York

40- **Roger J.**

Le risque de psychose chez l'épileptique adulte.

Epilepsie et risques; Ed. John libbey, Montrouge, 1988, Pp 85-91

41- **Semah F. et al..**,

Epilepsie de la clinique aux examens complémentaires.

Lab Cassenne, 1998. Une société de Hoechst Marion Roussel

42- **Semah F., M. Baulac,**

Epilepsie

Encycl. Med. Chir. 1996 Elsevier, Thérapeutique, 25-441-A^{1°}.

43- **Salamata O.**

Etude épidémiologique de l'épilepsie dans l'arrondissement central de Bandiagara, Thèse de Médecine N°7, Bamako, 1989.

44- **Tagny M. R.**

Epidémiologie des épilepsies dans 2 communes du district de Bamako.

Thèse de médecine, FMPOS, N° 31, 2000.

45- **Tekle-Haimanot R., Forsgren L ., Ekstedt J.**

Incidence of epilepsy in rural central Ethiopia.

Epilepsia (Copenhagen), vol 38 ; N°5, 1997.pp 541-546

46- **Thomas P., P. Genton**

Abrégé d'épilepsie ; 1988

Ed John Libbey p. 85-91

47- **Toone B.** (1981).

Psychoses of epilepsy in MT EH Reynold,

ED. Epilepsy and Psychiatry, p. 113-137. Churchill Livingstone, New York.

48- **Traoré M. Diallo D. Traoré J.**

Toxiques- Toxicomanie et épilepsie.

Deuxième congrès de Neurologie tropicale, Limoges, Septembre 1994, Résumé

TR 3 : 109.

49- **Traoré M., Keita M., M. Sidibé T.,**

Convulsions et épilepsies au Mali. Etude prospective de 612 cas.

Neurologie Tropicale, Edition AUPELF-UREF, 1993, pp. 53-56

50- **Traoré M., Traoré S., Diallo D., Sidibé T.,**

Etude longitudinale de 60 patients épileptiques à Bamako, Mali.

Deuxième congrès de Neurologie tropical, Limoges, Septembre 1994, Résumé

W 11 : 127

51- **Timothy A. Pedley**

Epilepsies

CECIL : Traité de Médecine interne, Paris, 1^{ère} édition française Médecine-science Flammarion p 2113-2125.

52- **Vandamme G., Beaussard M., et Beaussard-Defaye J.,** (1982)

Aspects épidémiologiques dans la région Nord-Pas-de-Calais, présenté aux journées de la Ligue Française contre l'Epilepsie, Paris.

53- **Vuillemier P., Jallon P.**

Epilepsie et troubles psychiatriques : données épidémiologiques.

Revue de Neurologie., Paris, 1998, 154 (4) 305-317.

54- www.automatic-expo.com.

La scolarisation des enfants et des adolescent en situation de handicap :

L'intégration scolaire.

ANNEXES

Annexe 1 :
FICHE D'ENQUETE

Numéro du dossier :

A- Identité : nom : _____ **prénom :** _____

1)Age _____ **2)Sexe** _____

3) Les antécédents familiaux épileptiques : père _____
mère _____
collatéraux _____
les frères _____

4) les antécédents familiaux psychiatriques : père _____
mère _____
collatéraux _____
frères _____

5) Antécédents personnels épileptiques: OUI /__/ NON /__/

6) Antécédents personnels psychiatriques: OUI /__/ NON /__/

B - Diagnostic retenu : BDA /__/ PHC /__/ SCHIZOPHRENIE /__/
PARANOIA /__/ EPILEPSIE /__/ DEMENCE /__/ TOXICOMANIE /__/
PHARMACOPSYCHOSE /__/ AUTRES A PRECISER _____

C - Motifs d'hospitalisation : Soliloquie /__/ Agitation /__/ Agressivité /__/
Convulsion /__/ Trouble du sommeil /__/ Errance /__/ Etat confusionnel /__/
Autres à préciser _____

D- Examen psychiatrique

1- Etat de la conscience : Claire / lucide /__/ Altérée /__/ Confusion /__/
DTS /__/

2- Psychomotricité : Normale /__/ Inhibée /__/ Catatonie /__/ Catalepsie /__/
Agitation /__/ Autres à préciser _____

3- Productions pathologiques : Onirismes /__/ Phobie /__/ Obsession /__/
Hallucinations visuelles /__/ Hallucinations cénesthésiques /__/
Hallucination acoustico-verbale /__/ Autres à préciser _____

- 4- Délire : systématisé /__/ Non systématisé /__/ Absent /__/
- 5- Contenu du langage : Cohérent /__/ Incohérent /__/ Autres à préciser __
- 6- Mémoire : Conservée /__/ Non conservée /__/
- 7- Attention : Adaptée /__/ Distraite /__/ Focalisée /__/ Autres à préciser ____
- 8- Hygiène corporo-vestimentaire satisfaisante : OUI /__/ NON /__/
- 9- Auto agressivité : OUI /__/ NON /__/
- 10- Hétéro agressivité : OUI /__/ NON /__/
- 11- Intégration familiale : Bonne /__/ Mauvaise /__/ Passable /__/
- 12- Intégration professionnelle : Bonne /__/ Mauvaise /__/ Passable /__/
- 13- Intégration sociale : Bonne /__/ Mauvaise /__/ Passable /__/
- 14- Qualité du sommeil : Normale /__/ Insomnie /__/ Hypersomnie /__/
Autres à préciser _____
- 15- Conduites antisociales : Fugue /__/ Viol /__/ Vol /__/ Homicide /__/
Incendie /__/ Attentat à la pudeur /__/ Absentes /__/
- 16- EEG : Non fait /__/ Crise temporale /__/ Occipitale /__/ Frontale /__/
Partielle /__/ Généralisée /__/ Autres à préciser _____

E- Eléments de la prise en charge thérapeutique :

1- Médicamenteux :

- a) Antiépileptiques : Phénobarbital /__/ Carbamazépine /__/
Phénytoïne /__/ Acide valproïque /__/
Diazépam /__/ Autres à préciser ____
- b) Neuroleptiques : Chlorpromazine /__/ Halopéridol /__/
Levomépromazine /__/ Thioridazine /__/
halopéridol Decanoate /__/ Fluphénazine /__/

Annexe 2

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : TEDONGMO TIAYO

PRENOMS : Linette hortense

TITRE : EPILEPSIE et TROUBLES MENTAUX : Etude épidémio-clinique dans le service de psychiatrie du CHU du Point G à Bamako de 1998 à 2002 à propos de 342 cas.

ANNEE DE SOUTENANCE : 2004-2005

VILLE DE SOUTENANCE : Bamako

PAYS D'origine : Cameroun

Lieu de dépôt : bibliothèque de la faculté de Médecine, Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

Secteurs d'intérêt : Psychiatrie - Neurologie - Santé Publique

Résumé

En République du Mali, et même dans la sous région peu d'études ont été consacrées dans le domaine de l'épilepsie et les troubles mentaux.

Notre travail avait pour but l'étude de la pathologie Epileptique dans le au service de psychiatrie du CHU du Point G.

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive portant sur 342 épileptiques.

L'épilepsie représentait 9,1 % de nos patients. Les épileptiques de la tranche d'age de 21-30 ans ont été les plus représentés avec 33,04 %.

Le sexe ratio a été de 5,75 en faveur du sexe masculin.

Les motifs fréquents de consultation de nos patients étaient les crises convulsives (138 patients) et l'agressivité (106 patients) soit respectivement 40,35% et 30,99% de cas.

Les résultats de l'EEG étaient pathologiques.

Les diagnostics Psychiatriques les plus retrouvés chez nos épileptiques hospitalisés étaient : Les troubles psychotiques aiguës (14,8%) ; les psychoses chroniques schizophréniques (24,1%) ; les psychoses chroniques non schizophréniques (7,4%) ; les troubles caractériels (24,1%).

La thérapeutique utilisée chez nos patients épileptiques en plus des antiépileptiques était les neuroleptiques sédatifs (22,2%).

Mots clés : Epilepsie - Psychiatrie - troubles mentaux