

**MINISTERE DE L'EDUCATION
NATIONALE**

UNIVERSITE DE BAMAKO

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE

UN BUT

UNE FOI

**FACULTE DE MEDECNE, DE PHARMACIE ET
D'ODONTO-STOMATOLOGIE**

ANNEE UNIVERSITAIRE : 2007-2008

N°

THESE

**ETUDE DE LA PERCEPTION
COMMUNAUTAIRE DE LA POPULATION SUR
L'EPILEPSIE : CONNAISSANCE, ATTITUDE ET
PRATIQUE DES PARENTS D'ENFANTS
EPILEPTIQUES DANS LE SERVICE DE
PEDIATRIE DU CHU GABRIEL TOURE**

*Présentée et soutenue publiquement le _____ 2008
devant la faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie*

Par Mr TIDIANE FOFANA

Pour obtention du grade de Docteur en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

JURY

Président : Pr. Baba KOUMARE

Membre : Dr. Youssoufa Maiga

Codirecteur de thèse : Dr Broulaye TRAORE

Directeur de thèse : Prof. Mamadou M. KEITA

ADMINISTRATION

Doyen : **ANATOLE TOUNKARA** –PROFESSEUR

1er ASSESSEUR : **DRISSA DIALLO** – MAITRE DE
CONFERENCES AGREGE

2ème ASSESSEUR : **SEKOU SIDIBE** - MAITRE DE
CONFERENCES

SECRETAIRE PRINCIPAL : **YENIMEGUE ALBERT DEMBELE** –
PROFESSEUR

AGENT COMPTABLE : **MADAME COULIBALY FATOUMATA TALL**
– CONTROLEUR DES FINANCES

LES PROFESSEURS HONORAIRES

Mr Alou BA	Ophtalmologie
Mr Bocar Sall	Orthopédie Traumatologie – Secourisme
Mr Souleymane SANGARE	Pneumo – phtisiologie
Mr Yaya FOFANA	Hématologie
Mr Mamadou L TRAORE	Chirurgie Générale
Mr Balla COULIBALY	Pédiatrie
Mr Mamadou DEMBELE	Chirurgie Générale
Mr Mamadou KOUMARE	Pharmacognosie
Mr Ali Nouhoum DIALLO	Médecine interne
Mr Aly GUINDO	Gastro – Entérologie
Mr Mamadou Marouf KEITA	Pédiatrie
Mr Siné BAYO	Anatomie-Pathologie-Hystoembriologie
Mr Sidi Yaya SEMEGA	Santé Publique
Mr Abdoulaye AH RHALY	Médecine interne
Mr Boukassoum HAIDARA	Législation

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR D.E.R. & PAR GRADE

D.E.R. CHIRURGIE ET SPECIALISTES CHIRURGICALES

1. PROFESSEURS

Mr Abdel Karim KOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Sambou SOUMARE	Chirurgie Générale
Mr Abdou Alassane TOURE	Orthopédie – Traumatologie, Chef de D.E.R.
Mr Kalilou OUATTARA	Urologie
Mr Amadou DOLO	Gynéco Obstétrique
Mr Alhousseini Ag MOHAMED	O.R.L.
Mme SY Assitan SOW	Gynéco – Obstétrique
Mr Salif D IAKITE	Gynéco – Obstétrique
Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie – Réanimation
Mr Djibril SANGARE	Chirurgie Générale
Mr Abdel Kader TRAORE dit DIOP	Chirurgie Générale

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Abdoulaye DIALLO	Ophtalmologie
Mr Gangaly DIALLO	Chirurgie Viscérale
Mr Mamadou TRAORE	Gynéco – Obstétrique
Mr Filifing SISSOKO	Chirurgie Générale
Mr Sékou SIDIBE	Orthopédie Traumatologie

Mr Abdoulaye DIALLO	Anesthésie Réanimation
Mr Tiéman COULIBALY	Orthopédie Traumatologie
Mme TRAORE J. THOMAS	Ophtalmologie
Mr Mamadou L DIOMBANA	Stomatologie
Mme DIALLO Fatimata S DIABATE	Gynéco – Obstétrique
Mr Sadio YENA	Chirurgie Générale et Thoracique
Mr Nouhoum ONGOIBA	Anatomie & Chirurgie Générale
Mr Youssouf COULIBALY	Anesthésie – Réanimation

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Issa DIARRA	Gynéco – Obstétrique
Mr Samba Karim TIMBO	ORL
Mme TOGOLA Fanta KONIPO	ORL
Mr Zimogo Zié SANOGO	Chirurgie Générale
Mme Diéneba DOUMBIA	Anesthésie/ Réanimation
Mr Zanafon OUATTARA	Urologie
Mr Adama SANGARE	Orthopédie – Traumatologie
Mr Sanoussi BAMANI	Ophtalmologie
Mr Doulaye SACKO	Ophtalmologie
Mr Ibrahim ALWATA	Orthopédie – Traumatologie
Mr Lamine TRAORE	Ophtalmologie
Mr Mady MAKALOU	Orthopédie – Traumatologie
Mr Aly TEMBELY	Urologie
Mr Niani MOUNKORO	Gynécologie – Obstétrique
Mr Tiemoko D COULIBALY	Odontologie
Mr Souleymane TOGORA	Odontologie
Mr Mohamed KEITA	ORL
Mr Bouraima MAIGA	Gynéco-Obstétrique

D.E.R DE SCIENCES FONDAMENTALES

1. PROFESSEURS

Mr Daouda DIALLO	Chimie Générale & Minérale
Mr Amadou DIALLO	Biologie
Mr Moussa HARAMA	Chimie Organique
Mr Ogobara DOUMBO	Parasitologie – Mycologie
Mr Yénimégué Albert DEMBELE	Chimie Organique
Mr Anatole TOUNKARA	Immunologie Chef de D.E.R
Mr Bakary M CISSE	Biochimie
Mr Abdourahamane S MAIGA	Parasitologie
Mr Adama DIARRA	Physiologie
Mr Massa SANOGO	Chimie Analytique
Mr Mamadou KONE	Physiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mr Amadou TOURE	Histoembryologie
Mr Flabou BOUGOUDOU	Bactériologie – Virologie
Mr Amagana DOLO	Parasitologie
Mr Mahamadou CISSE	Biologie
Mr Sékou F M TRAORE	Entomologie médicale
Mr Abdoulaye DABO	Malacologie, Biologie Animale
Mr Ibrahim I. MAIGA	Bactériologie – Virologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Abdourahamane TOUNKARA	Biochimie
Mr Moussa Issa DIARRA	Biophysique
Mr Kaourou DOUCOURE	Biologie
Mr Bouréma KOURIBA	Immunologie
Mr Souleymane DIALLO	Bactériologie – Virologie
Mr Cheik Bougadari TRAORE	Anatomie – Pathologie
Mr Lassana DOUMBIA	Chimie Organique
Mr Mounirou BABY	Hématologie
Mr Mahamadou A. THERA	Parasitologie

4. ASSISTANTS

Mr Mangara M BAGAYOGO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Guimogo DOLO	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Abdoulaye TOURE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Djibril SANGARE	Entomologie Moléculaire Médicale
Mr Mouctar DIALLO	Biologie Parasitologie
Mr Boubacar TRAORE	Immunologie
Mr Bokary Y SACKO	Biochimie
Mamadou BA	Biologie Parasitologie Entomologie Médicale
Moussa FANE	Parasitologie Entomologie

D.E.R. DE MEDECINE ET SPECIALITES MEDICALES

1. PROFESSEURS

Mr Mamadou K TOURE	Cardiologie
Mr Mahamane MAIGA	Néphrologie
Mr Baba KOUMARE	Psychiatrie, Chef de D.E.R
Mr Moussa TRAORE	Neurologie
Mr Issa TRAORE	Radiologie
Mr Hamar A TRAORE	Médecine Interne
Mr Dapa Aly DIALLO	Hématologie
Mr Moussa Y MAIGA	Gastro – entérologie – Hépatologie
Mr Somita KEITA	Dermato – Leprologie
Mr Toumani SIDIBE	Pédiatrie
Mr Boubacar DIALLO	Cardiologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Bah KEITA	Pneumo – Phtisiologie
Mr Abdel Kader TRAORE	Médecine Interne
Mr Siaka SIDIBE	Radiologie
Mr Mamadou DEMBELE	Médecine Interne
Mr Mamady KANE	Radiologie
Mr Saharé FONGORO	Néphrologie
Mr Bakoroba COULIBALY	Psychiatrie
Mr Bou DIAKITE	Psychiatrie
Mr Bougouzié SANOGO	Gastro – entérologie
Mr Adama D KEITA	Radiologie

Mme SIDIBE Assa TRAORE

Endocrinologie

2. MAITRES ASSISTANTS

Mme TRAORE Mariam SYLLA

Pédiatrie

Mme Habibatou DIAWARA

Dermatologie

Mr Daouda K. MINTA

Maladies Infectieuses

Mr Kassoum SANOGO

Cardiologie

Mr Seydou DIAKITE

Cardiologie

Mr Arouna TOGORA

Psychiatrie

Mme DIARRA Assétou SOUCKO

Médecine Interne

Mr Boubacar TOGO

Pédiatrie

Mr Mahamadou TOURE

Radiologie

Mr Idrissa A CISSE

Dermatologie

Mr Mamadou B DIARRA

Cardiologie

Mr Anselme KONATE

Hépatogastro – Entérologie

Mr Moussa T DIARRA

Hépatogastro – Entérologie

Mr Souleymane DIALLO

Pneumologie

Mr Souleymane COULIBALY

Psychologie

Mr Sounkalo DAO

Maladies Infectieuses

Mr Cheick Oumar GUINTO

Neurologie

D.E.R DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES

1. PROFESSEURS

Mr Boubacar Sidiki CISSE	Toxicologie
Mr Gaoussou KANOUTE	Chimie analytique, Chef de D.E.R.
Mr Ousmane DOUMBIA	Pharmacie Chimique
Mr Elimane MARIKO	Pharmacologie

2. MAITRES DE CONFERENCES

Mr Drissa DIALLO	Matières Médicales
Mr Alou KEITA	Galénique
Mr Benoît KOUMARE	Chimie Analytique
Mr Ababacar I MAIGA	Toxicologie

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Yaya KANE	Galénique
Mme Rokia SANOGO	Pharmacognosie

4. ASSISTANTS

Mr Saïbou MAIGA	Législation
Mr Ousmane KOITA	Parasitologie Moléculaire

D.E.R DE SANTE PUBLIQUE

1. PROFESSEURS

Mr Sanoussi KONATE Santé Publique, **Chef de D.E.R.**

2. MAITRE DE CONFERENCES

Mr Moussa A MAIGA Santé Publique

3. MAITRES ASSISTANTS

Mr Bocar G TOURE Santé Publique

Mr Adama DIAWARA Santé Publique

Mr Hamadoun SANGHO Santé Publique

Mr Massambou SACKO Santé Publique

Mr Alassane A DICKO Santé Publique

Mamadou Souncalo TRAORE Santé Publique

Hammadoun SANGO Santé Publique

4. ASSISTANTS

Mr Samba DIOP Anthropologie Médicale

Mr Seydou DOUMBIA Epidémiologie

Mr Oumar THIERO Biostatistique

Seydou DIARRA Anthropologie Médicale

CHARGES DE COURS & ENSEIGNANTS VACATAIRES

Mr N'Golo DIARRA	Botanique
Mr Boubou DIARRA	Bactériologie
Mr Salikou SANOGO	Physique
Mr Boubacar KANTE	Galénique
Mr Souleymane GUINDO	Gestion
Mme DEMBELE Sira DIARRA	Mathématiques
Mr Modibo DIARRA	Nutrition
Mme MAIGA Fatoumata SOKONA	Hygiène du Milieu
Mr Mahamadou TRAORE	Génétique
Mr Yaya COULIBALY	Législation
Mr Lassine SIDIBE	Chimie Organique

ENSEIGNANTS EN MISSION

Pr. Doudou BA	Bromatologie
Pr. Babacar FAYE	Pharmacodynamie
Pr. Mounirou CISS	Hydrologie
Pr. Amadou Papa DIOP	Biochimie
Pr. Lamine GAYE	Chimie Générale

**HOMMAGE
AUX
MEMBRES DU JURY**

A notre maître et président du jury

Professeur Baba KOUMARE

Professeur titulaire de psychiatrie

Chef de service de psychiatrie du CHU DU POINT G

Chef de DER de médecine et de spécialité médical de la FMPOS

Responsable du programme national de santé mentale

Charge de cour à la FMPOS

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos multiples occupations.

Votre simplicité, vos qualités pédagogiques, votre grande culture scientifique font de vous un maître incontestable, admirable et un exemple à suivre.

Recevez ici cher maître l'expression de notre profonde gratitude.

A notre maître et juge

Docteur Youssoufa MAIGA

Neurologue

Praticien hospitalier

Chef du service de neurologie du CHU-GABRIEL TOURE

Secrétaire général de la ligue malienne de lutte contre l'épilepsie

Formateur de l'académie européenne d'épilepsie (EUROPA TRAINER)

Membre de l'académie des 1000 de la ligue internationale de lutte contre l'épilepsie

Membre de la société Française de neurologie

Cher maître, vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury.

Nous avons été profondément touchés par votre simplicité, votre abord facile, votre rigueur scientifique et par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à ce jury malgré vos multiples occupations.

Trouvez ici cher maître toute notre gratitude et nos sincères remerciements.

A notre maître et co-directeur de thèse

Docteur : TRAORE Broulaye

Chef du service de pédiatre du CHU-GABRIEL TOURE

Médecin Pédiatre

Pédiatre conseil de l'AMALDEME

Chargé de cours dans les écoles socio- sanitaire

Cher Maître, nous sommes très affectés par la gentillesse avec laquelle Vous nous avez toujours reçu, la clarté de votre enseignement, votre simplicité, vos qualités humaine et intellectuelle et votre disponibilité font de vous un vrai pédiatre. Trouvez ici cher maître notre profond respect.

A notre maître et directeur de thèse

Professeur Mamadou Marouf KEITA

Professeur honoraire de pédiatrie
Président l'association Malienne de pédiatrie
Président du comité d'éthique de la FMPOS
Médaille du mérite national de la santé
Ancien chef de service de pédiatrie du CHU-GARIEL TOURE

Cher maître, nous remercions le ciel d'avoir croiser votre chemin, tout en vous glorifiant d'avoir bénéficier de votre savoir. vous forcer l'admiration de tous par votre grande expérience dans la recherche, votre rigueur scientifique, la clarté de votre enseignement, votre sympathie, votre sens de l'humour font de vous une personnalité internationale et un maître admiré des étudiant, de vos collaborateurs et de vos petit malades. Trouvez ici cher maître notre profonde.

DEDICACES

Je dédie ce travail

A ALLAH le Tout Puissant, le Miséricordieux, le Clément, pour m'avoir accordé la vie, la santé et permis la réalisation de cette étude.

A toi je remets toute mon existence.

Et à son Prophète Mohamed (Salut et Paix sur Lui)

A mon père Feu Babachi Fofana

Tes sens de responsabilité, d'éducation ont marqué à jamais tes enfants.

Ce travail est le fruit de ton dévouement pour la réussite de tes enfants.

Je te remercie de m'avoir mis à l'école.

Trouves ici cher père, par ce présent travail ma reconnaissance et l'expression de mon affection envers toi.

Qu'ALLAH notre Seigneur t'accorde dans son paradis. Amen !

A ma mère Kadidia Kone

Mère irréprochable, ton grand courage, ta sagesse, ton souci pour le bien être de tout le monde font de toi une femme admirée et respectée de tous.

Connue par ton grand amour pour le travail, que tu as su inculquer en moi beaucoup aide dans la réalisation de ce document. Tes innombrables sacrifices ont été une véritable preuve d'amour pour tes enfants et il va de soit que tu en récoltes des fruits. Ce travail en est un, qu'il réjouisse ton cœur.

Puisse ALLAH t'accorder meilleure santé et longue vie à côté de tes enfants. Amen !

A mon grand frère feu Bamassa Fofana

Tu as toujours été présent au moment où j'avais besoin de toi, j'aurais aimé partager ce moment avec toi, Dieu en a conclu ainsi.

BAH dort en paix que Dieu t'accorde sa grâce.

A la mémoire de mon collègue et ami Tidiane Diaby

Arraché à notre affection ce samedi 10 février 2007, tu nous as beaucoup séduit par ta combativité, ta générosité et ton sens élevé de l'humanisme.

Dors en paix cher collègue.

A mes frères et sœurs

KARIM

YOUSOUF

ASSETOU

FATOUMATA

BAIDI

DJENEBOU

DJELIKA

CHEICKINA

Ma vie n'aura de sens sans vous ; votre amour, votre tendresse, votre assistance morale et Trouvez dans ce modeste travail l'expression de mon indéfectible attachement fraternel.

A ma fiancée Kadidiatou Kone

Pour ta patience ta grande compréhension et les sacrifices consentis. Ce travail est le fruit de notre amour.

REMERCIEMENTS

REMERCIEMENT

A mes oncles et tontons :

Votre sympathie, votre soutien tant financier que matériel et vos encouragements m'ont été d'un appui inestimable pour la réalisation de ce travail.

Trouvez ici, l'expression de ma reconnaissance et de ma profonde admiration.

A mes cousins et cousines

Vous m'aimez autant que je vous aime. Puisse ce travail renforcer les liens sacrés qui nous unissent.

A mes grands-parents

Je n'ai pas eu la chance de vous connaître tous, mais je suis très fière de vous.

✓ **A la famille DEMBELE au point G,**

Pour votre soutien.

Acceptez ce travail en témoignage de ma très grande reconnaissance.

A mes cadets internes du service,

Pour votre sympathie et votre respect à mon égard.

A mes aînés, camarades et collègues du service de Pédiatrie :

En souvenir des moments passés ensemble en pédiatrie.

✓ **A mon équipe de garde :** Pour tout le temps passé ensemble, je m'en souviendrai toujours.

A mes chefs de la pédiatrie :

Grâce à vous j'ai eu l'occasion d'améliorer et de mettre en pratique ma connaissance dans votre domaine d'exercice professionnel.

Merci pour la qualité de la formation reçue

Aux médecins inscrits au CES,

Pour votre assistance et votre disponibilité.

Sincères remerciements.

A tout le personnel de la pédiatrie particulièrement la pédiatrie

III,

Pour votre courtoisie.

A TOUS LE PERSONNEL ET STAGIAIRE DE L'ASACOMSI

Votre sympathie et votre collaboration franche ont permis la réalisation de ce travail.

Sincères remerciements.

**A TOUT LE PERSONNEL ET GRIN DU CABINET YAMADOU
SIDIBE**

CE TRAVAIL EST LA VOTRE

✓ **Au DR DAOU ADAMA,**

Pour votre soutien morale, physique et financier durant les pénibles moments.

Mes sincères remerciements.

✓ **A mes amis**

Pour le grand intérêt que vous portez à l'amitié, acceptez ce travail en témoignage de cette amitié.

✓ **A mes camarades de classes.**

Pour les moments d'études passés ensemble.

A tous mes maîtres de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

Aux professeurs du Lycée Boullagui Fadiga, du second cycle de Mekin sikoroni.

Aux enseignants de l'école primaire d'Abidjan (attekoubé)

Pour l'amour de la transmission de votre savoir.

A tous les membres de l'amical des anciens élèves de l'école fondamentale de mékin sikoro

En souvenir des années passées ensemble, merci pour votre complicité, votre étroite et franche collaboration.

✓ **A tous ce qui, de loin ou de près m'ont aidé d'une façon ou d'une autre, encore merci.**

A toute la famille CISSOUMA en particulier DRAMANE CISSOUMA pour l'amitié que nous avons sur préservés malgré les années et la distance.

Abréviations

AVC : accident vasculo-cerebrale

EEG : electro-encephalogramme

ILAE : International League Against Epilepsie

OMS : organisation mondiale de la santé

PVD : pays en voie de développement

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

SNC : système nerveux centrale

ORL : oto-rhino-laryngologie

IRM : imagerie par résonance magnétique

PIB : produit intérieur brute

CHU : centre hospitalier universitaire

DEAP : département épidémiologie des affections parasitaires

CVD : centre pour le développement des vaccins

MEG : magnétoencéphalographie

T1 : Temps de relaxation transversal

T2 : Temps de relaxation longitudinal

SOMMAIRE

	Pages
INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	3
GENERALITES	4
1- Aspects culturels de l'épilepsie	4
1-1 historique de l'épilepsie	4
1-1-1 l'épilepsie a travers les civilisations et les siècles	4
1-2 Image africaine de l'épilepsie	5
2- définition	6
3- Classification des crises	6
3-1-1 les crise généralisées	6
3-1-1-1 les absences	6
3-1-1-2 les crises myocloniques	7
3-1-1-3 crises cloniques	7
3-1-1-4 crises toniques	8
3-1-1-5 crises atoniques	8
3-1-1-7 crises tonico- cloniques	9
3-1-2 crises partielles	10
3-1-2-1 crises partielles simples	10
3-1-2-2 crises partielles complexes	11
3-1-2-3 les crises partielles secondairement généralisées	11
3-2. classification des épilepsies et des syndromes épileptiques	14
3-2-1 les épilepsies idiopathiques	14
3-2-2 les épilepsies dites symptomatiques	14
3-2-3 les épilepsies dite cryptogéniques	15
3-3 particularités des épilepsies de l'enfant	15
4- physiopathologie et étiologies	19
5-Exploration complémentaire en épilèptologie	25
6-diagnostic différentiels	32
7- traitement	33
METHODOLOGIE	44
RESULTATS	51
1 résultats globaux	51
2 Données socio-demographique	51
COMMENTAIRES – DISCUSSION	66
CONCLUSIONS	71
RECOMMANDATIONS	73
ANNEXES	

INTRODUCTION

INTRODUCTION

L'épilepsie se définit comme une affection chronique, d'étiologies diverses caractérisée par la répétition des crises épileptiques. Ces crises sont des manifestations d'une décharge excessive et synchrones de neurones cérébraux [35]. Elle est la première affection neurologique chronique de par son incidence elle touche 50 millions de personnes dont 10 millions en Afrique. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à 50 Millions environ le nombre d'épileptique dans le monde en 1998 [10].

Aux États-Unis d'Amérique on estime à 0,5% (A Gasset 1968) la prévalence de l'épilepsie. En Allemagne cette prévalence est de 0,4 %. En France par exemple le nombre d'épileptiques variait entre 300 000 et 500 000 en 2000 [12, 20].

On considère que 3 à 10 Millions d'Africain sont atteints d'épilepsie et que 80% d'entre eux sont privés de soins (OMS 2000). L'épilepsie constitue 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 les études hospitalières montrent que l'épilepsie représente environ 67% des crises convulsives au cours de la première année de vie [21, 22, 27, 32]. Une enquête de masse en milieu rural au Mali montre une prévalence de 4,41% [13].

Les enquêtes épidémiologiques menées en 2000 au Mali ont donné une prévalence globale de l'épilepsie à 13,35% sur 5243 habitants examinés (13).

À Bamako Une étude menée en 1999 dans deux communes (II et IV) nota une prévalence de 11,7 pour 1000 Habitants dont l'âge moyen était situé entre 8,24 ± 3,9ans [10].

Plusieurs facteurs expliquent cette prévalence de l'épilepsie par rapport aux régions occidentales. Les facteurs socioculturels semblent jouer un rôle déterminant. La tradition africaine considère l'épilepsie comme une maladie causée par un « esprit », une malédiction ou un mauvais sort jeté. Le sujet atteint est souvent l'objet d'un isolement et de rejet [35].

L'importance de ces facteurs socio-culturels a un effet négatif sur la prise en charge, rendant difficile une campagne de lutte contre cette maladie.

En dépit de l'importance de ces facteurs notre étude a pour but : étudier la perception communautaire de la population, connaissance et l'attitude des parents d'enfants épileptique.

OBJECTIF

Objectifs :

Objectif général :

Etudier la perception communautaire de la population sur l'épilepsie, connaissance et attitude des parents, d'enfants épileptiques.

2. Objectifs spécifiques :

1. Déterminer la perception communautaire de l'épilepsie;
2. Evaluer les connaissances de la population sur l'épilepsie ;
3. recueillir les connaissances sur le type de crises épileptiques ;
4. recueillir les connaissances des parents sur la prise en charge de l'épilepsie ;
5. Recenser les pratiques traditionnelles des parents face crises épileptiques ;
6. Recenser les motifs d'abandon du traitement chez les épileptiques antérieurement sous traitement ;

GENERALITES

1- ASPECT CULTURELS DE L'EPILEPSIE

1.1 HISTORIQUE DE L'EPILEPSIE [25, 29]

Le terme « Epilepsie » 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 est encore de nos jours.

1.1.1 L'épilepsie à travers les civilisations et les siècles [25, 29]

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 ; qui 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 certain 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.

1.2. Image africaine de l'épilepsie [16]

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 : les génies 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 sérieux problème quant à l'intégration sociale de l'épileptique en Afrique [19–33].

2. DEFINITION

« Les crises épileptiques » sont des manifestations paroxystiques motrices sensibles, sensorielles ou psychiques accompagnés ou non d'une perte de connaissance reliée à la décharge excessive et synchrone 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 » (l'épilepsie au sens large) est définie par la répétition ; chez un même sujet, des crises épileptiques spontanées [28].

3- CLASSIFICATIONS des crises [1, 35, 29, 26]

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.

La classification des crises repose sur leur sémiologie électroclinique. Elle sépare les crises en deux grandes catégories : les crises généralisées, soit environ 40% des crises, et des crises partielles, soit environ 60% des crises (39).

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 absences

Essentiellement rencontrées chez l'enfant et l'adolescent, les absences 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 électro-clinique.

3.1.1.2. Les crises myocloniques

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 débris 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 poly pointes d'ondes bilatérales.

3.1.1.3. Crises cloniques

Les crises cloniques sont constituées de secousses cloniques bilatérales, souvent asymétriques progressivement ralenties, de durée variable. 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 de convulsion fébrile). Le plus généralement, en grandissant, l'enfant ne présentera plus de crise.

L'enregistrement EEG montre des décharges plus ou moins régulières de pointe – ondes et de poly pointes – ondes.

3.1.1.4. Crises toniques

Elles sont caractérisées par une contraction musculaire soutenue, non vibratoire, durant quelques secondes à une minute, toujours associées à une altération de la conscience et à des troubles végétatifs. Elles sont axiales ou axorhizoméliques, et se rencontrent électivement dans les encéphalopathies épileptogène infantiles.

L'EEG s'accompagne d'une décharge « recrutant » de polypointe-onde.

Dans la voie de propagation de ce foyer, on peut observer une grande variété de crises. La décharge peut rester localisée, ou embraser une partie ou la totalité d'un hémisphère, voire l'ensemble des deux hémisphères, provoquant alors une généralisation secondaire de la crise. Le tout premier signe auquel il faut attribuer une importance particulière est d'une grande valeur localisatrice.

3.1.1.5. Crises atoniques

Egalement rencontrées dans le cadre des encéphalopathies épileptogène infantiles, elles sont caractérisées par une

diminution ou abolition du tonus postural de faible durée se manifestant par une chute en avant de la tête et ou un affaissement du corps. Le sujet demeure au sol en résolution musculaire complète.

3.1.1.6. Crises tonico- cloniques

Encore appelées « grand mal » elles se déroulent en trois phases :

Phase tonique (10 à 20 secondes) : contraction de l'ensemble de la musculature squelettique d'abord en flexion puis en extension, accompagnée d'une abolition de la conscience, de troubles végétatifs (tachycardie, mydriase, hypersécrétion bronchique.....), parfois d'une morsure de la langue. Puis tétanisation progressive des muscles.

Phase clonique (30 secondes) : relâchement intermittent de la contraction musculaire tonique. Entraînant des secousses bilatérales brusques et intenses.

Phase post – critique ou résolutive (quelques minutes à quelques heures) : hypotonie obnubilation profonde de la conscience, relâchement musculaire complet, éventuellement perte d'urine, reprise, de la respiration, alors ample et bruyante, gênée par l'hypersécrétion bronchique et salivaire. Amélioration progressive de l'état de conscience, laissant parfois place à une confusion mentale transitoire.

Au décours de la crise, le patient se plaint souvent de céphalées et de myalgies.

Sur le plan électroencéphalographie, on note une activité rapide, de bas voltage et d'amplitude croissante (phase tonique), puis des poly pointes ou des pointes – ondes progressivement ralenties

(phase clonique), puis des ondes lentes (phase post – critique) pouvant persister plusieurs jours.

3.1.2. Crises partielles

Dans les crises partielles ou focales, la décharge paroxystique intéresse initialement un secteur limité des structures corticales : le foyer épileptique. Selon la localisation initiale et les propagations de ce foyer ; on peut observer une grande variété de crises. La décharge peut rester localisée, ou embrasser une partie ou la totalité d'un hémisphère, voir l'ensemble des deux hémisphères, provoquant alors une généralisation de la crise. Le tout premier signe auquel il faut attribuer une importance particulière est d'une grande valeur localisatrice.

Les crises partielles sont classées en :

- Crises partielles simples (sans altération de la conscience)
- Crises partielles complexes (avec altération de la conscience)
- Crises partielles secondairement généralisées.

3.1.2.1. Crises partielles simples

Les crises partielles simples sont par définition caractérisées par une intégrité de la conscience. On distingue :

a.) 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).

- b.) Crises partielles simples avec signes sensoriels ou sensitifs : crises somatosensitives (manifestations hallucinatoires : éclairs, points lumineux, scotomes, hémianopsie...).
- c.) Crises partielles simples avec signes végétatifs : digestifs (hypersalivation, nausée...), circulatoires ou vasomotrices (palpitations, pâleur...).
- d.) Crises partielles simples avec signes psychiques ; manifestations dysmnésiques et cognitives, manifestations psycho - sensorielles (illusions, hallucinations...).

3.1.2.2. Crises partielles complexes

Elles sont 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 involontaires eupraxiques ou dyspraxiques dont il existe plusieurs variétés :

- Automatismes oro- alimentaire (mâchonnement et purlèchages
- Automatismes gestuels simples (mouvement 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 inaperçu. 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 I : classification internationale des crises épileptiques (simplifié, d'après Epilepsia, 1981, 22, 489-501).

<p>1. Crises Généralisées</p>
<p>1.1. Absences</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Absences typiques b. absences atypiques <p>1.2. Crises myoclonique</p> <p>1.3. Crises cloniques</p> <p>1.4. Crises toniques</p> <p>1.5. Crises tonico cloniques</p> <p>1.6. Crises atoniques.</p>
<p>2. Crises partielles (focales)</p>
<p>2.1. Crises partielles simples</p> <ul style="list-style-type: none"> a. avec signe moteurs b. avec signes somato-sensitifs ou sensoriels c. avec signes végétatifs d. avec signes psychiques <p>2.2. Crises partielles complexes</p> <ul style="list-style-type: none"> 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. <p>2.3. Crises partielles secondairement généralisées</p> <ul style="list-style-type: none"> 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.
<p>3. Crises non classées</p>

3.2. Classification des épilepsies et des syndromes épileptiques [1, 26, 35].

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 et de Permettre une meilleure communication scientifique internationale.

Cette classification est construite à deux niveaux : le premier sépare les épilepsies généralisées 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. Les 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 et la sévérité des crises. Les antécédents (ATCD) personnels du patient. L'examen neurologique intercritique. 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 Particularités des Epilepsies de l'enfant [12, 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 [15, 25]. La classification des crises était très insuffisante dans cette population, la sémiologie précise des crises n'étant pas encore complètement décrites chez le nourrisson, les crises pouvant déclencher des crises généralisées et l'inversion à cet 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 [7, 25].

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

3.4.1. Epilepsies et syndromes épileptiques focaux

3.4.1.1. Idiopathiques, liés à l'âge

Epilepsie bénigne de l'enfance à paroxysmes rolandiques

Epilepsie primaire de la lecture.

3.4.1.2. Symptomatiques

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

3.4.1.3. Cryptogéniques

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

3.4.2. Epilepsies et syndromes épileptiques généralisés

3.4.2.1. 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 partir de ces syndromes)

3.4.2.2 Cryptogéniques et /ou symptomatiques, avec en particulier

Spasmes infantiles (syndrome de West)

Syndrome de Lennox- Gastaut

Epilepsie avec crises myoclonos - astatiques

Epilepsie avec absences myoclonique

3.4.2.3. Symptomatiques

3.4.2.3.1. Sans étiologie spécifique

Encéphalopathie myoclonique précoce

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

Autres.

3.4.2.3.2. Avec étiologie spécifiques :

De nombreuses étiologies métaboliques ou dégénératives peuvent entrer dans ce cadre.

3.4.3. Epilepsie dont le caractère focal ou dégénératif n'est pas déterminé

3.4.3.1. 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)

3.4.3.2. Sans caractère généralisé ou focal certain

3.4.4. Syndromes spéciaux

3.4.4.1. Crises occasionnelles liées à une situation épileptogène transitoire :

Convulsions fébriles

Crises uniquement précipitées par un facteur toxique ou métabolique.

3.4.4.2. Crises isolée, état de mal isolée.

5. PHYSIOPATHOLOGIE et ETIOLOGIES

5-1. Physiopathologie de l'épilepsie [30]

Les crises résultent des interactions synchrones de grandes populations neuronales qui se 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, métabolique, 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 envahit.

Une crise d'épilepsie partielle si le foyer ne parvient à exciter que les régions voisines, les manifestations sera fonction de la situation du foyer et de l'extension du tissu nerveux qu'il peut exciter. Dans ce dernier cas, le signal symptôme initiale de la crise, s'il se répète à chaque crise successive, a une grande valeur localisatrice : Frontal ascendante pour les crises bravais jacksonienne, 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 généralisé de l'activité cérébrale détermine la fin de la crise et la dépression post- paroxystique.

Les épilepsies généralisé ont souvent un point de départ sous cortical alors que dans l'épilepsie partielles il est souvent cortical les crises Epileptiques peuvent être déclenchée par un stimulus extérieur (épilepsie réflexe).ou par une émotion.

5-2. Etiologie

5-2-1. Facteurs génétiques : [30, 32], Sont indiscutablement présents dans de nombreuses épilepsies, sans qu'il soit toujours possible d'en évaluer l'importance.

L'identification des gènes responsables de certains syndromes épileptiques est une étape essentielle de la compréhension des mécanismes physiopathologiques de ces affections et permet d'envisager une amélioration de la prise en charge des patients.

D'un point de vue génétique les épilepsies sont des maladies complexes et ce, pour plusieurs raisons :

❖ Origine polygénique et multifactorielle le plus souvent : dans ces cas l'épilepsie est sous la dépendance de facteurs génétiques et environnementaux. On peut citer dans ce cas :

- La photosensibilité : le sujet ne fait une crise que lorsqu'il est soumis à une stimulation lumineuse intermittente.

- Les convulsions fébriles : s'il n'avait eu aucun épisode fébrile, un enfant portant la susceptibilité n'aurait pas de crise de ce type.

❖ Epilepsie monogénique plus rare : Elles sont plus rares mais plus facile à étudier. On peut citer :

- Les convulsions néonatales familiales bénignes

- Certaines convulsions fébriles (notamment dans le cadre du syndrome GEFS+)

- Certaines épilepsies du lobe temporal externe (avec phénomène auditif)

- Epilepsies nocturnes frontales autosomiques dominantes.

L'épilepsie peut être associée à des maladies se traduisant par des anomalies chromosomiques :

- La trisomie 21
- Syndrome de l'X fragile
- Syndrome d'Angelman
- Maladie d'Unverricht-Lundborg
- Maladie de Lafora
- Epilepsie nordique
- Céroïde lipofuchinose

5-2-2. Facteurs acquis

5-2-2-1. 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 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.

5-2-2-2. Maladies infectieuses

Les affections parenchymateuses cérébrales (encéphalites virales, méningo-encéphalites bactériennes, abcès cérébraux), sont particulièrement épileptogène. Sont incriminées particulièrement dans les pays en Voie de Développement (PVD) la méningite, la tuberculeuse, les méningites meningococciques et neuro syphilis. 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 toxoplasmose). Certaines parasitoses sont à l'origine des crises épileptiques notamment dans les PV D.

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 pernicieux ou des séquelles d'atteinte cérébrale palustre) [10, 29, 31].

La neurocysticercose due à la localisation intracérébrale des larves de Taenia solium est considérée comme cause fréquente d'épilepsie tardive, dans les PVD non musulmans [10, 29], Certaines microfilariennes (onchocercose, loase) sont à l'origine des crises tardives [15, 16, 30].

Les affections fébriles extra- cérébrales (infections virales ORL, fièvres éruptives...) peuvent entraîner (sous l'influence ou non d'une prédisposition génétique) des convulsions hyperthermiques [15].

5-2-2.3. 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), et réalisant alors l'épilepsie post- traumatique. Se caractérise par les crises focales secondairement généralisées [15, 16].

5-2-24. 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 secondairement généralisées [14, 15, 31].

5-2-2.5. Maladies cérébro- vasculaires

Les AV C. Les malformations angiomateuses peuvent être à l'origine de crises épileptiques.

5-2-2-6. Facteurs toxiques, médicamenteux et métaboliques [16, 10, 31]

La consommation d'alcool peut entraîner : lors d'une prise excessive inhabituelle (« ivresse convulsivante ») 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'épilepsie. Certains médicaments non psychotropes (isoniazide, théophylline) ainsi

que certaines drogues (cocaïnes, amphétamines) sont potentiellement épileptogène.

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

Parmi les modifications métaboliques épileptogène, on retient les troubles de l'équilibre glycémique, les hypo natrémies, les Hypocalcémies.

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

0	10ans
<p>2 Semaine</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asphyxie périnatale - Traumatisme périnatal - Infection du SNC - Malformations cérébrales - Hématome sous – dural - Hypocalcémie - Hypoglycémie 	<ul style="list-style-type: none"> - E. généralités idiopathiques - E. post-traumatiques - E. séquellaires d'une pathologie néonatale - Infections du SNC - Malformations vasculaires
<p>4 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> - infections - Hypocalcémie - Malformation cérébrales 	<p>20 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - E. post-traumatiques - E. tumorales - E. alcooliques - E. séquellaires d'une pathologie néonatale - Malformations vasculaires
<p>2 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - Convulsions fébriles - Infections du SNC - Epilepsie séquellaire d'une pathologie néonatale - Causes vasculaires - Erreurs innées du métabolisme - Phacomatoses (chez les 	<p>40ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - E. tumorales (primitives) - E. alcooliques - E.post-traumatiques - E. vasculaires
<ul style="list-style-type: none"> - E. à paroxysme centro-temporaux - E. généralisées idiopathiques - E. séquellaire d'une pathologie néonatale - E. post-traumatiques - Erreurs innées du métabolisme - Phacomatoses - Infections du SNC - Intoxications <p>(Chez les enfants prédisposés, certaines étiologies peuvent s'exprimer sous la forme d'un syndrome de Lennox-Gastaut)</p>	<p>60 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> - E. vasculaires - E. tumorales (primitives) - E. tumorales (métastatiques) - E. alcooliques - E. associée à une démence dégénérative primaire

5. Explorations complémentaires en épilèptologie

[15.16.35.et29]

L'EEG est systématique. Les explorations morphologiques sont surtout utiles dans le bilan pré- chirurgical.

5-1. 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 inters- critiques et critiques.

5-1-1. 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).

5-1-2. Paroxysmes critiques

❖ 5-1-2-1. Décharges généralisées de pointes ondes ou polypointes ondes.

❖ Bilatérales, synchrones et symétriques dans les absences typiques

❖ Bilatérales, synchrones et asymétriques dans les absences typiques

Précédées par des pointes, des pointes ondes et poly pointes ondes Focales : décharges secondairement généralisées.

5-1-2-2. Décharges recrutantes constituées par une activité rythmique rapide

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

5-1-2-3. Activités lentes focales

5-1-2-4. Activités focales rythmiques de la bande thêta, se rencontrent dans certaines crises partielles du lobe temporal.

5-2. Autres explorations :

5-2-1 Magnétoencéphalographie (MEG)

Elle est apparue 40 ans après la découverte de l'EEG chez l'homme. Le MEG (Magnétoencéphalogramme) est étroitement lié à l'EEG, les courants électriques à l'origine de ces signaux étant les mêmes (même si ces deux techniques enregistrent des composantes différentes de ces courants). Le champ magnétique est orienté 90° par rapport au courant qui le crée.

Le principal avantage du MEG sur l'EEG est de traverser la boîte crânienne et ses différentes enveloppes pratiquement sans déformation. La transparence du crâne au MEG fait que le signal recueilli sur le scalp est plus "ramassé" (étroitement limité dans l'espace) que sa contrepartie EEG qui subit un étalement lié aux inhomogénéités de conduction. La transparence au MEG donne également l'avantage de supprimer le délicat problème de la modélisation de la boîte crânienne pour la localisation de sources.

La MEG n'est sensible qu'aux sources superficielles de sources tangentielles et radiales et capte des activités plus profondément que la EEG. En réalité, la situation en MEG n'est pas aussi simple : une source quasi radiale avec une faible composante tangentielle mais très superficielle est autant prise en compte qu'une source tangentielle de même taille mais un peu plus profonde.

Un autre atout du MEG est d'être calculé sans référence et donc de supprimer l'éternel problème de la localisation de l'électrode de référence que l'on connaît pour l'EEG.

Des données MEG récentes dans les épilepsies du lobe temporal font état d'une meilleure localisation des sources (moins dispersées, mieux localisées au niveau du lobe temporal et respectant mieux les localisations anatomiques a priori) que celle par l'EEG. Trois localisations de sources MEG semblent se dégager selon des travaux en cours et permettraient de différencier les épilepsies médiales et néocorticales au sein du lobe temporal.

5-2-2 APPORT DU SCANNER DANS LES ÉPILEPSIES (40)

Les indications du scanner en épilèptologie ont largement diminué depuis la diffusion des examens en imagerie par résonance magnétique. En effet, la sensibilité du scanner pour détecter des lésions associées à une épilepsie est assez faible, de l'ordre de 15 à 35%, et dépend principalement du type d'épilepsie, de l'âge de début de la maladie et de la présence de signes neurologiques associés.

Il persiste néanmoins des circonstances dans lesquelles le scanner reste utile. En premier lieu, lorsque l'on est confronté au bilan d'une épilepsie nouvellement diagnostiquée, le scanner, dont les délais d'obtention sont en général très courts, peut constituer l'examen de première intention. Il est tout particulièrement indiqué en cas de première crise, partielle ou secondairement généralisée, associée à des signes neurologiques focaux. Il permet d'éliminer rapidement une lésion cérébrale expansive, mais également de faire le diagnostic de lésion cérébrale congénitale ou acquise. De même, lorsque le patient présente des

Contre indications à l'IRM, le scanner devient alors le seul examen d'imagerie anatomique disponible.

Lorsque les caractéristiques électrocliniques de l'épilepsie ont pu être clairement établies, le choix des examens d'imagerie est simplifié : lors du bilan d'une épilepsie partielle nouvellement diagnostiquée, dont la première crise remonte à plusieurs années, on peut demander de première intention une IRM, alors qu'à l'opposé, lorsque tous les critères d'une épilepsie généralisée idiopathique sont réunis, la réalisation d'un examen d'imagerie n'est en général pas indiquée.

Le scanner peut être également utile chez un patient chez lequel l'IRM a montré une lésion, car il permet de mieux mettre en évidence certaines anomalies, comme des calcifications. certaines indications classiques du scanner en neurologie, comme la mise en évidence d'un accident vasculaire ischémique ou hémorragique, le suivi d'une lésion tumorale, restent bien évidemment légitimes chez l'épileptique. Certaines équipes utilisent le scanner pour contrôler la position d'électrodes profondes implantées dans le cadre d'un bilan préchirurgical, mais l'IRM semble apporter des informations plus fiables malgré la présence d'artefacts, liés à la nature des électrodes, plus importants sur l'IRM que sur le scanner. Les électrodes utilisées doivent alors être compatibles avec l'IRM.

Particularité chez l'enfant

Il n'existe actuellement pratiquement plus d'indication du scanner dans les épilepsies de l'enfant, comme c'est aussi le cas chez l'adulte. Toutefois, le scanner reste l'examen d'urgence

devant, par exemple, une aggravation neurologique brutale d'une épilepsie, une hypertension intracrânienne, un traumatisme crânien, etc. il est aussi souvent privilégié chez le nouveau-né pour des raisons techniques. Enfin, dans deux autres indications, le scanner est encore plus informatif que l'IRM :

Pour rechercher des calcifications, par exemple dans une suspicion de maladie de Bourneville, ou pour préciser la nature calcifiée ou non d'une lésion, par exemple dans la maladie de Sturge-Weber ; l'IRM peut en effet méconnaître des petites calcifications et ne montre pas forcément un hyposignal en T1 et en T2 dans des calcifications plus étendues.

Entre 6 mois et 1 an, quand la myéline est encore immature, et que le contraste blanc-gris est presque impossible à voir. Tout nourrisson qui présente des crises épileptiques d'apparition récente doit avoir un scanner. Dans la majorité des cas, il s'agit de convulsions occasionnelles et pas d'épilepsie. S'il s'avère que c'est une épilepsie débutante, le mieux est de programmer l'IRM après l'âge de 12-18 mois.

5-2-3 APPORT DE L'IRM DANS LES ÉPILEPSIES (41-42)

En épilèptologie, comme dans la plupart des pathologies neurologiques, l'IRM représente à l'heure actuelle le seul examen morphologique à réaliser. Ainsi, un examen IRM doit être demandé devant toute crise d'épilepsie partielle, ou même indéterminée, nouvellement diagnostiquée. Le but de l'examen IRM est de détecter une éventuelle lésion épileptogène : tumeur, malformation vasculaire, zone de gliose corticale localisée, anomalie de la migration neuronale ou sclérose de l'hippocampe.

La sensibilité de l'IRM pour la détection d'anomalies en rapport avec une épilepsie est estimée à environ 90%, bien supérieure à celle du scanner cérébral.

6- DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS [15, 30]

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 antiépileptiques et des EEG inters 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 des secousses ou des spasmes musculaires (tétanies) et les patients peuvent s'évanouir.
- Narcolepsie et apnée du sommeil.

7. TRAITEMENT [4, 9, 15,33, 35]

Le traitement de l'épilepsie demande beaucoup d'attention, de rigueur surtout lorsqu'il existe des complications psychiatriques. Les médicaments psycho actifs abaissent tous les seuils 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 de 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 des 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, une psychothérapie pour les épilepsies intriquées et un volet chirurgie généralement réservé aux formes résistantes aux traitements médicaux.

7.1. Traitement médical

7.1.1. Règles générales du traitement

Le choix d'un antiépileptique repose essentiellement sur l'identification directe du syndrome, tenant compte de l'aggravation possible de certain syndrome par des antiépileptiques **(38)**.

La monothérapie 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 monothérapie est instituée progressivement avec un médicament anti-épileptique (voir tableau traitement) à posologie minimale usuelle.

Si une nouvelle crise survient, il convient d'augmenter toujours progressivement la posologie du 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 monothérapie.

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 [35]. Il sera important d'évaluer le rapport bénéfice par rapport au 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.

7.1.2. Les antiépileptiques majeurs

7.1.2.1 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 – 30 mg/kg/j (2 à 3 prises/j)

Adulte : 1000 – 3000 mg/j.

7.1.2.2 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 à 50 % des patients [22].

Présentation : Posologie : Enfant : 5 – 20 mg/kg/j

Adulte : 600 – 2000 mg/j en 2 à 3 prises.

7.1.2.3 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 demi-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 40 ug/ml, une ataxie, un nystagmus et une dysarthrie.

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

Adulte : 100-200mg/j en une prise

7.1.2.4 La phénytoïne :

Elle a les mêmes inconvénients que ceux du phénobarbital avec des effets indésirables pouvant être sévères (lymphome, ostéomalacie, hépatite, etc.)

Les nouveaux antiépileptiques (43)

Le vigabatrin (Sabril)

Il est indiqué dans toutes les épilepsies réfractaires aux autres antiépileptiques principalement dans les épilepsies partielles de l'enfant et de l'adulte.

N'est pas efficace dans les épilepsies absences qu'il peut aggraver.

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

Posologie : chez l'adulte 2 à 4g en 2 prises avec possibilité d'une seule prise,

Chez l'enfant : de 10 à 15 kg.....0,5 à 1g/jour

de 15 à 30 kg.....1 à 1,5g/jour

lamotrigine (lamictal)

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

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

Posologie : chez l'enfant est de 2 mg/kg/jour de 2 à 12 ans

Chez l'adulte la posologie varie de 50 à 700 mg/ jour en deux prises.

Gabapentine (Neurontin)

Elle concerne les épilepsies partielles en addition aux autres antiépileptiques lorsque ceux-ci sont insuffisamment efficaces. Elle n'est pas efficace dans les absences qu'elle peut même aggraver.

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

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

Felbamate (Taloxa) : comprimés (400 et 600 mg) et de suspension buvable (600mg/5ml).

Autres médicaments antiépileptiques

- 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 céphalées et modifications du comportement, fatigue, Doses : 15 à 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 à 12 heures.

- Benzodiazépines

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

Tableau III : recapilatif du traitement médical antiépileptique

Médicaments DCI	Abréviation	½ vie Plasmatique	A= adulte E= enfant	Nombre de prise	Indication	Taux plasmatique en
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
Phénytoïde	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	VGB	5-7	2-4g/jr	2		Inutile
Diazépam		IV, I M traitement action rapide passagère	1 – 2mg / 10kg		IV,I M traitement d'urgence toutes formes	0.4 - 0.8
Clonazépam			0.3 – 0.5mg pour 10kg		Toutes formes + état de mal	
Lamotrigine	LTG	1	2 mg/kg/jour (E)	1-2	épilepsie pharmaco-resistante	
Gabapentine	GBP	5-7	600 à 2400 mg/jour 50 à 700 mg/jour (A)	2-3	Epilepsie partielle	

ETUDE SUR LA CONNAISSANCE DE L'EPILEPSIE, ATTITUDE ET PRATIQUE DE LA POPULATION

GBP	5-7	600 à 2400 mg/jour	2-3	Epilepsie partielle	

7.2. Traitement Chirurgical

7.2.1. 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 deux ans après un traitement bien conduit en mono et en poly-thérapie 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 hypo métabolisme régional.

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

7.2.2. 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 [4, 28].

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 utilisable (syndrome de l'hémiplégie infantile). Les nouvelles techniques permettent d'élargir les indications de la chirurgie de l'épilepsie. Il s'agit :

- la stimulation vagale assez largement répandue, 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 (26).

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 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 gramma-knife des épilepsies temporaux- 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 terme manque.

7.3. 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 Etat- 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.

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.

METHODOLOGIE

Le Mali est un pays situé en Afrique de l'Ouest. Il est limité par l'Algérie, Mauritanie, le Niger, le Burkina Faso, la Guinée Conakry, le Sénégal, et la Côte d'Ivoire. Il a une superficie totale de 1 240 000 km² dont 20 000 km² d'eau, sa population est estimée à 11 millions d'habitants, pour une densité de 8,14 habitants/km² , dont environ 1 016 167 résideraient à Bamako : la capitale, selon une estimation démographique faite en 2003. Le climat malien se caractérise par trois saisons :

- ° Une saison sèche qui dure de Mars à Juin,
- ° Une saison humide (hivernage) de Juin à Septembre.
- ° Une intersaison caractérisée par sa fraîcheur, d'Octobre à Février.

L'influence saharienne se manifeste par l'invasion d'air sec, l'harmattan.

Le Mali a un PIB de 8 milliards de dollars US, un PIB par personne de 790 dollars US . Le taux d'inflation est de 5% avec plus de 69% de la population vivant en dessous du seuil de la pauvreté.

L'économie malienne est basée sur l'agriculture, l'élevage, et l'extraction de produits miniers tels que l'or et le marbre. Le sous sol malien renferme des réserves de fer et de bauxite inexploitées [36].

BAMAKO : la capitale du Mali, couvre une superficie de 252 km avec une population estimée à 1 016 167 habitants . Le district de Bamako se divise administrativement en six communes comprenant chacune à son sein des centres de

santé communautaire constituant le premier niveau de la pyramide sanitaire .

Dans ces centres de santé sont effectués les soins de santé primaire à des prix abordables afin de satisfaire au maximum la population.

La population des enfants de 0 à 16 ans est importante et à Bamako elle se répartit comme suit :

°Commune I : 113 410

°Commune II : 65 000

°Commune III: 47 122

°Commune IV : 99 630

°Commune V : 108 724

°Commune VI : 151 184.

Sur le plan socio sanitaire , malgré les efforts consentis par la population et les autorisées sanitaires le Mali reste confronté à des difficultés majeures en matière de santé primaire. Le taux de natalité est estimée à 47,79 pour 1000 avec une mortalité infantile qui reste très élevée 119,2 pour 1000. Un ratio de médecin estimé à 0,02 pour 1000 en 2003 et espérance de vie 46 ans. La tranche d'âge prédominante est celle de 0 à 15 ans comportant 47,2% de la population soit pratiquement la moitié de la population.

Notre étude a été réalisée au centre hospitalier universitaire GABRIEL TOURE situé en commune III du district de Bamako.

Le C.H.U. GABRIEL TOURE constitue avec les C.H.U. du Point G, de KATI, et le centre d'Odontostomatologie le sommet

de la pyramide sanitaire du Mali . Il a en son sein un service de pédiatrie :

* **PEDIATRIE** : elle même divisée en deux parties :

• **La PEDIATRIE A :**

- **La Pédiatrie III** : comportant 5 grandes salles de 4 Lits et 2 petites salles individuelles. Cette unité est réservée à l'hospitalisation des enfants âgés de 8 à 15 ans.

- **La Pédiatrie IV** : comportant 4 grandes salles de 4 lits. Cette unité est réservée à l'hospitalisation des enfants âgés de 4 à 8 ans.

- **Unité de réanimation et de néonatalogie** : comprend 4 quatre salles d'hospitalisation :

° Une salle contenant 6 lits réservée aux grands enfants dont l'état impose une surveillance régulière.

° Trois autres salles pour : les prématurés, les nouveau-nés, et les nourrissons contenant au total 8 grands berceaux , 15 petits berceaux, et de 5 couveuses dont 2 sont fonctionnelles.

* **La PEDIATRIE B :**

Elle occupe le rez-de-chaussée des deux bâtiments et comporte :

- **La Pédiatrie I** : comportant 4 grandes salles de 4 lits et 3 salles individuelles.

- **La Pédiatrie II** : comportant 3 grandes salles de 4 lits.

Ces deux unités sont réservées à l'hospitalisation des enfants âgés de 2 mois à 4 ans.

- ***L'Unité de consultation externe*** : qui comprend :
- *Un hall d'accueil des malades,*
- *Quatre boxes de consultation,*
- *Une salle de trois pour l'observation des malades,*
- *Un mini laboratoire et une salle d'hospitalisation d'appui à la recherche sur le paludisme occupé par le D.E.A.P.*
- *Un bureau pour le centre des vaccins en développement (C.V.D.)*
- *Un bureau pour le protocole de suivi des drépanocytaires.*

Le PERSONNEL :

Il est constitué :

- *Un Professeur titulaire de Pédiatrie, chef de service.*
- *Un Maître de conférence agrégé, chef de service.*
- *Un Maître assistant*
- *Un Assistant chef de clinique,*
- *Deux médecins Pédiatres,*
- *Deux médecins généralistes*
- *Vingt sept médecins en cours de spécialisation,*
- *Dix huit techniciens de santé,*
- *Neuf agents techniques de santé,*
- *Douze aides-soignantes,*
- *Six manœuvres,*
- *Les étudiants médecine en fin de cycle(thésards) et des écoles de formation socio sanitaire .*
- *Le Personnel du D.E.A.P. et du C.V.D.*

Le fonctionnement de service dépend du point logistique et financier de l'hôpital Gabriel Touré.

*** Les activités du service :**

Elles sont constituées par :

➤ La formation théorique et pratique des médecins en spécialisation, des étudiants en médecine, et des élèves des écoles socio sanitaires à la prise en charge des malades.

Celle-ci est constituée par :

➤ La Consultation externe : Elle est payante et la majorité des malades viennent d'eux-mêmes en consultation. D'autres par contre sont référés par les centre de santé périphériques , les cliniques médicales du district et de l'intérieur du pays.

➤ L'hospitalisation, elle est gratuite en salle commune et payante en salle individuelle et réanimation néonatalogie .

La visite quotidienne des malades hospitalisés est effectuée par une équipe composée des médecins pédiatres , les médecins en cours de spécialisation , et des étudiants.

➤ Les gardes : elles sont assurées par le personnel paramédical, les étudiants, les médecins en cours de spécialisation , supervisées par un médecin pédiatre. Un staff est tenu tous les matins en vue d'apprécier les prestations de la garde.

Dans le cadre de la formation continue, un staff (exposé de cas clinique) est tenu une fois par semaine (les vendredi).

2. Type d'étude et période d'étude :

C'était une étude prospective qui s'est déroulée sur 12 mois de janvier à décembre 2006.

3. Population d'étude :

Elle concernait les parents d'enfants vus en consultation externe ou hospitalisés dans les services de pédiatrie.

4. échantillonnage :

La taille de l'échantillon a été calculée avec la formule suivante

$$N = n \times DE = \frac{NZ^2 P (1 - P)}{d^2 (N - 1) + Z^2 P(1 - P)}$$

N= total de la population (43542)

Z= valeur z, correspondant au niveau de confiance (99,9 %)

d= précision absolue (0,1 %)

p= proposition attendue dans la population (1,5 %)

DE= effet de grappe (1)

Ne= échantillon effectif : n x effet de grappe (Taille minimale= 397)

5. Critères d'inclusion :

Ont été inclus, les parents d'enfants vus en consultation en Pédiatrie ayant accepté l'interview.

6. Critères de non inclusion :

N'ont pas été inclus, les parents n'ayant pas accepté l'interview et ceux n'ayant pas consulté en Pédiatrie.

7. Déroulement de l'enquête : !

Le recrutement a été fait à l'aide d'une fiche d'enquête individuelle, et en fonction de la taille de l'échantillon.

8. Saisie et Analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été faites sur les logiciels Epi info 6.04 dfr ; World version 2003 et Excel version 2003.

RESULTATS

Résultats globaux

Sur une période de 12 mois nous avons réalisés une étude prospective portant sur 423 parents d'enfants ayants consultés dans le service de pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE.

2- Données socio-demographiques :

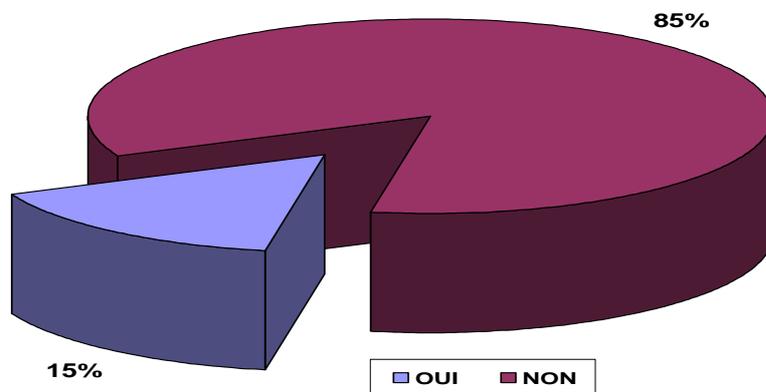


Figure1 : Répartition selon les parents d'enfants épileptiques

85 % des sujets n'avaient pas d'enfant épileptique.

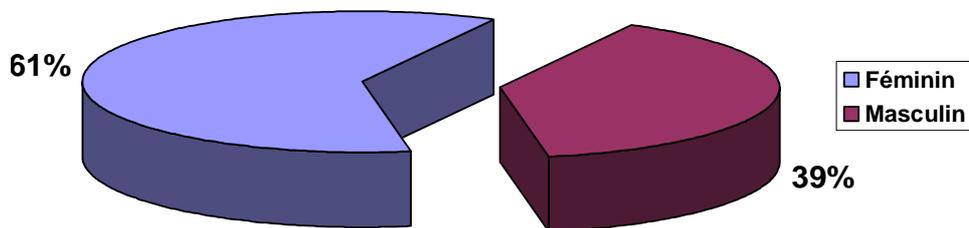


Figure2 : Répartition des sujets selon le sexe

La majorité des sujets interrogés était de sexe féminin soit **61%** avec un sexe ratio de **1.5**.

Tableau IV : Répartition des sujets selon l'âge.

Age	Fréquence	Pourcentage %
< 20 ans	28	6,61
20 - 30 ans	48	11,3
31 - 40 ans	105	25
41 - 50 ans	68	16
51 - 60 ans	84	20
61 ans et plus	44	10,4
Total	423	100%

La tranche d'âge la plus représentée était celle de 31-40 ans ; l'âge moyen était **34ans ± 9, 3** (écart -type) avec les extrêmes allant de 18 à 63 ans.

Tableau V : Répartition des sujets selon l'ethnie

Ethnie	Fréquence	Pourcentage %
Bambara	89	21
Sarakolé	69	15,8
Peulh	61	14,8
Malinké	41	9,7
Dogon	31	7,3
Sonrhaï	27	6,4
Mianka	20	4,7
Bobo	19	4,5
Senoufo	18	4,3
Kasonké	9	2,1
Maure	8	1,9
Autres	33	7,8
Total	423	100

La majorité des sujets interrogés était de l'ethnie bambara avec **21%**, suivie par les Sarakolés **15,8%**.

Tableau VI : Répartition des sujets selon la religion

Religion	Fréquence	Pourcentage %
Musulmane	373	88,2
Chrétienne	50	11,8
Total	423	100

La majorité des sujets interrogés était des musulmans soit **88,2%**.

Tableau VII : Répartition des sujets selon la commune de résidence.

Commune	Fréquence	Pourcentage %
I	76	17,9
II	53	12,6
III	85	20,1
IV	51	12,1
V	62	14,7
VI	64	15,1
Hors Bamako*	32	7,6
Total	423	100%

20,1% des sujets venaient de la commune III.

* = La région de Koulikoro (Kati, moribabougou, yirimadio) et la région de Sikasso (selingué).

Tableau VIII : Répartition des sujets selon la profession.

Profession	Fréquence	Pourcentage %
Ménagère	114	26,9
Ouvrier	123	22,8
Fonctionnaire	82	9,5
Commerçant	58	13,7
Etudiant	44	10,4
Total	423	100

26,9% des sujets interrogés étaient des ménagères.

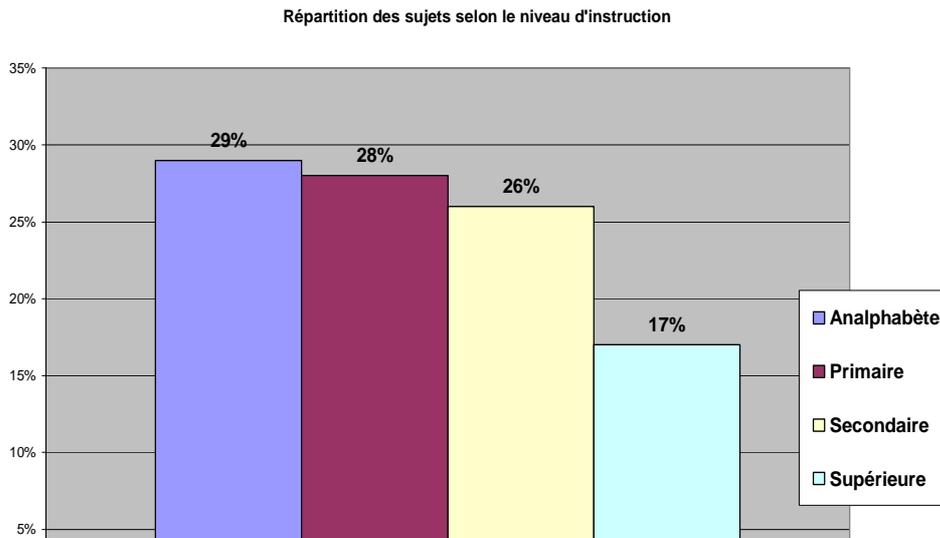


Figure3 : Répartition des sujets selon le niveau d'instruction.
29% des sujets interrogés étaient analphabètes.

Tableau IX : Répartition des sujets selon le lieu d'information.

Lieu d'information	Fréquence	Pourcentage %
Ecole	66	15,6
Journaux	26	6,1
Télévision	34	34
Radio	78	18,4
Personnel de santé	49	11,6
Guérisseur	86	20,3
Marché	11	2,5
Amis	34	8
Famille	101	26,2
Jamais	6	1,4

26,2% des sujets interrogés étaient informés en famille.

Tableau X : Répartition des sujets selon leur avis par rapport à la meilleure aide.

Type d'aide	Fréquence	Pourcentage %
Agents de santé	264	62,3
Guérisseur	103	24,3
Famille	132	31,2
Soi-même	26	6,1
Personne	28	6,6

62,3% des sujets interrogés pensent que l'épileptique est mieux aidé par les agents de santé.

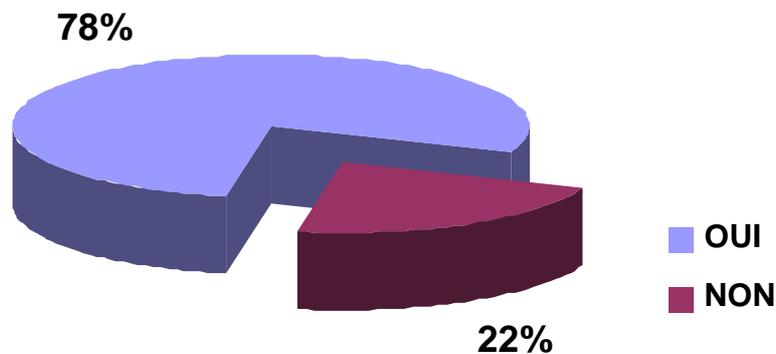


Figure 4 : Répartition selon qu'il est assisté ou non à une crise

78% des sujets interrogés avaient assisté à une crise épileptique

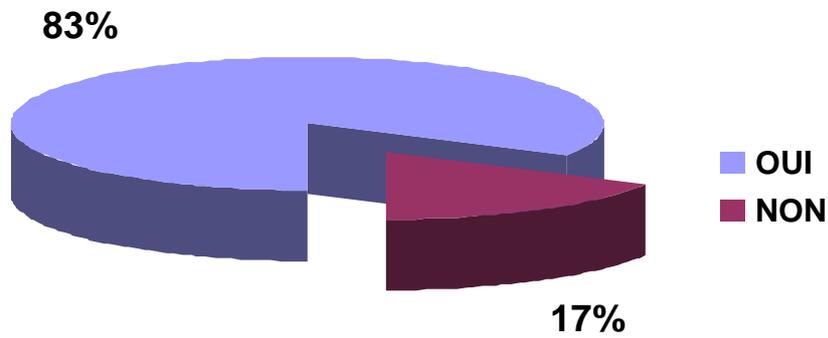


Fig
l'épilepsie est une maladie ordinaire ou non.

83% des sujets interrogés pensent que l'épilepsie est une maladie ordinaire

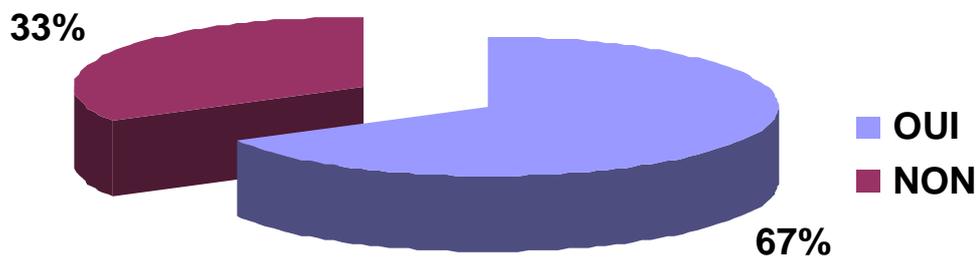


Figure 6 : Répartitions selon la période de début de l'épilepsie.

67% des sujets interrogés affirmaient que l'épilepsie peut débuter à tout age.

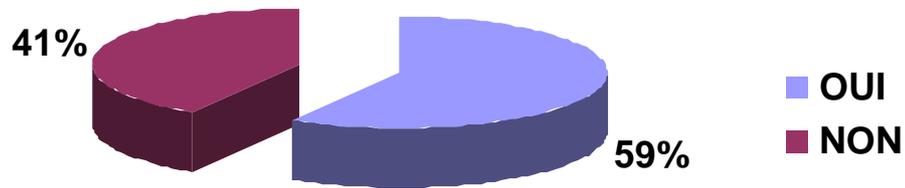


Figure7 : Répartition des sujets selon la contagiosité de l'épilepsie.

59% des sujets interrogés disent que l'épilepsie est contagieuse.

Tableau XI : Répartition des sujets selon le risque de complication en cas de non traitement.

Complication	Fréquence	Pourcentage %
Aggravation	31	7,1
Folie	38	9
Ne sait pas	60	19,8
Pas de risque	40	9,5
Mort	80	18,9
Asthme	4	0,9
Déficiences intellectuelles	170	41,6
Total	423	100

41,6% des sujets interrogés citent la déficience intellectuelle comme complication de l'épilepsie.

Tableau XII : Répartition des sujets selon les facteurs déclenchant.

Facteurs	Fréquence	Pourcentage %
Emotion	255	60,3
Arrêt du traitement épileptique	239	56,5
Prise de médicament	154	36,4
Alcool	132	31,2
Manque de sommeil	102	24,1
Sommeil	65	15,1
Au réveil	41	9,4
Pleine lune	36	8,25
Fièvre	18	4,1
Verser l'eau sur lui	22	4,6
Pas de facteurs	34	8,05

60,3% des sujets interrogés affirment que l'épilepsie est déclenchée par l'émotion.

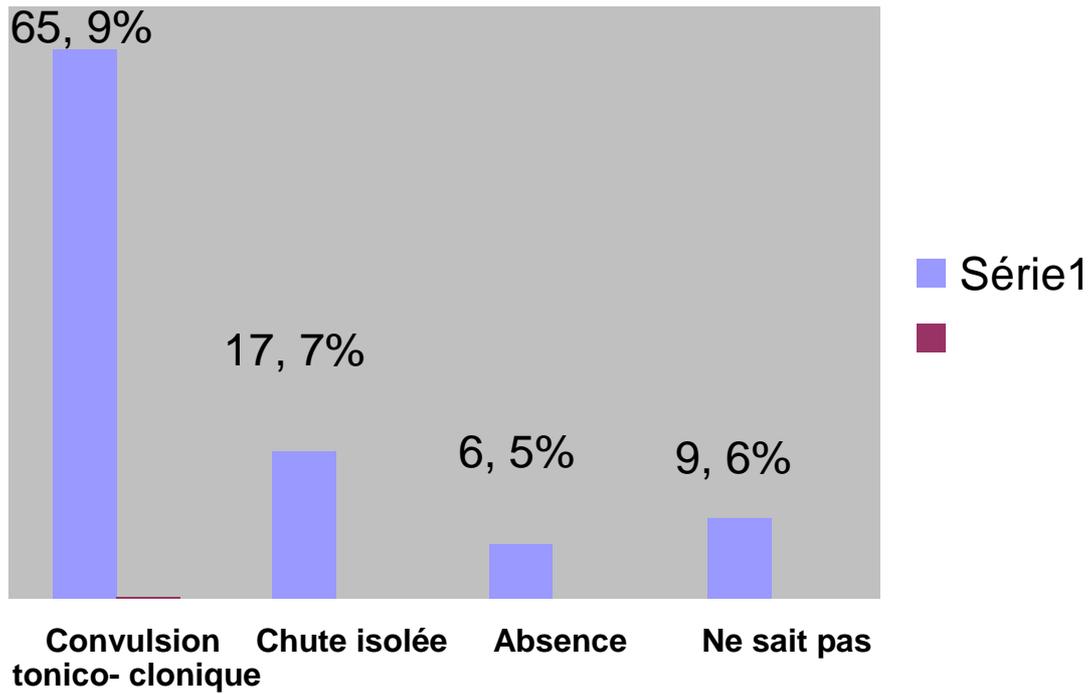


Figure 8 : Répartition des sujets selon le type de crise.

65,9% des sujets interrogés décrivent la crise comme des convulsions tonico clonique.

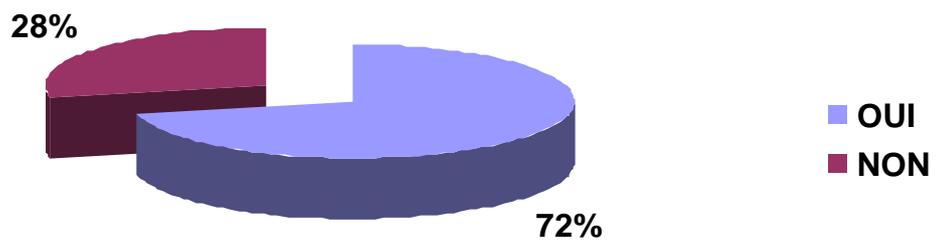


Figure 9 : Répartition selon la possibilité de traitement de l'épilepsie.

72 % des sujets interrogés disent que l'épilepsie est traitable.

Tableau XIII : Répartition selon la cause.

Causes	Fréquence	Pourcentage %
Affection du cerveau	214	50,7
Coups sur la tête	188	44,4
Problème durant l'accouchement	170	40,2
Mauvais génie	169	40
Mauvaises pensée	118	27,9
Fièvre élevée	92	21,7
Hérédité	59	13,9
Pas de causes	22	5,2
Ne sait pas	20	4,5

50 ,6% des sujets interrogés disent que l'épilepsie est due à une affection du cerveau.

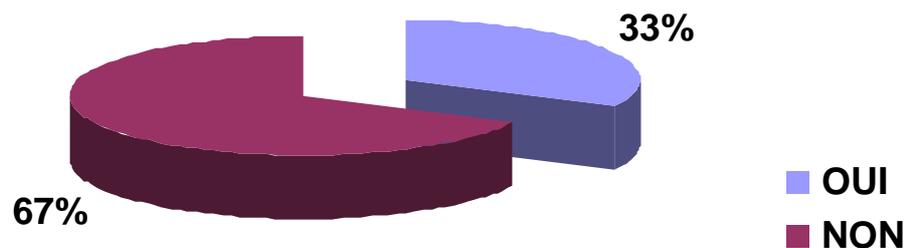


Figure 10 : Répartition des sujets selon l'accomplissement du premier geste de

67 % des sujets interrogés n'ont pas accompli les premiers gestes de secours pgremier secours.

Tableau XIV : Répartition des sujets selon la raison du non accomplissement du premier geste de secours.

Raisons	Fréquence	Pourcentage %
Contagieux	153	36,1
Incompétent	46	10,9
Interdit	79	18,6
Pas vu de cas	7	1,9

36,1% des sujets n'ont pas accomplis les gestes de premier secours parce qu'ils pensaient que l'épilepsie est contagieuse.

Tableau XV : Répartition des sujets interrogés selon la conduite pratique devant une crise épileptique.

Conduite pratique	Fréquence	Pourcentage %
Lui verser de l'eau fraîche au visage	93	22
Essayer de réveiller la personne en le secouant	41	9,7
Mettre sur le coté jusqu'à ce qu'il se réveille	140	33,1
Lui faire les trois gestes précédents	5	1,2
Conduire à l'hôpital	8	1,9
Ne rien faire	148	34,9

34,9% des sujets interrogés déclarent qu'il resteront à distance et ne toucheront pas le malade.

Tableau XVI : Répartitions selon l'avis de la population sur l'efficacité du traitement.

Efficacité du traitement	du Fréquences	Pourcentage %
Médicament épileptique	256	61,2
Traitement des guérisseurs	140	33,1
Prière	12	2,8
Rien	17	4
Pas de traitement	5	1,1
Ne sait pas	14	13 ,3

Plus de la moitié des sujets interrogés affirmaient que le traitement médical était le plus efficace pour maîtriser les crises épileptiques soient **61,2%**.

Tableau XVII : Répartition selon les différents techniques de traitement traditionnel utiliser selon la population.

Type de traitement	Fréquence	Pourcentage %
Bouillon de plante	243	57,4
Nassi	121	28,6
Prière	38	9
Ne sait pas	55	13

57,4% des sujets interrogés utilisaient des bouillons de plante.

Tableau XVIII : Répartition selon le motif d'abandon du traitement médical.

Motif	Fréquence	Pourcentage %
Coût très élevé	183	43,3
Disparition des crises	169	40
Produits toxiques	23	5,4
Ne sait pas	75	17,7

43,3% sujets interrogés affirmaient que le motif d'abandon du traitement médical est le coût très élevé des médicaments.

Tableau XIX : Répartition des sujets selon l'avis de la population sur la durée du traitement.

Période d'arrêt	Fréquence	Pourcentage %
A vie	133	31,4
Après guérison	125	29,4
Disparition des crises	73	17,2
Lorsque décide le médecin	52	12,1
Lorsque décide le guérisseur	6	1,3
Ne sait pas	34	8,2
Total	423	100

31,4% des sujets interrogés affirmaient que la durée du traitement épileptique est à vie.

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Peu d'études ont été réalisées sur les connaissances et attitude de la population sur l'épilepsie au Mali. Notre étude a donc intérêt de documenter ce vide sur l'épilepsie au Mali.

Au cours de notre étude, 423 personnes ont été interrogées dans le service de pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE ; provenant des différentes communes de Bamako, de la région de Koulikoro (Yirimadio, Kati) et de Sikasso (Selingué).

Les parents ayant des enfants épileptiques ne représentaient que 15%.

1- Caractéristiques socio-démographiques des sujets enquêtés.

L'âge : dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée était celle de 31-40ans ; l'âge moyen était de 34 ans, avec des extrêmes de 18 à 60 ans. Par ailleurs dans une étude réalisée à Dakar (34) trouvait une moyenne d'âge de 32 ans.

Résidence : la majorité des sujets interrogés provenaient de la commune III avec 20,1%, ceci s'explique par le fait que notre structure est située dans cette commune.

Ethnie : dans notre étude les Bambara ont été les plus représentés avec 21%, suivis des Sarakolé 15,8%. Cette prédominance des Bambaras pourrait s'expliquer par leur fort pourcentage dans la population Malienne en général.

Sexe : on note une prédominance féminine avec 61% ceci s'explique par le fait que culturellement ce sont les mamans qui accompagnent les enfants en consultation le plus souvent au Mali.

Niveau d'instruction et profession : 29,3% des sujets interrogés étaient des analphabètes, ceci est comparable avec les résultats de l'étude réalisée à Dakar (34) qui trouve 34,8% d'analphabète, 16,5% seulement ont fait une étude supérieure.

- Dans notre étude nous avons retrouvé 26,9% des ménagères, 9,5% des fonctionnaires.

2-Connaissance des sujets enquêtés sur l'épilepsie

Notre étude nous a permis de constater que 83% connaissent l'épilepsie comme une maladie ordinaire tan disque 17% pensent que l'épilepsie n'est pas une maladie comme les autres.

L'épilepsie est considérée comme un sort jeté par les ancêtres ou par un mauvais

CONCLUSION

COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS :

Peu d'études ont été réalisées sur les connaissances et attitude de la population sur l'épilepsie au Mali. Notre étude a donc intérêt de documenter ce vide sur l'épilepsie au Mali.

Au cours de notre étude, 423 personnes ont été interrogées dans le service de pédiatrie du CHU GABRIEL TOURE ; provenant des différentes communes de Bamako, de la région de Koulikoro (Yirimadio, Kati) et de Sikasso (Selingué).

Les parents ayant des enfants épileptiques ne représentaient que 15%.

1- Caractéristiques socio-démographiques des sujets enquêtés.

L'âge : dans notre étude la tranche d'âge la plus représentée était celle de 31-40ans ; l'âge moyenne était de 34 ans, avec des extrêmes de 18 à 60 ans. Par ailleurs dans une étude réalisée à Dakar (34) trouvait une moyenne d'âge de 32 ans.

Résidence : la majorité des sujets interrogés provenaient de la commune III avec 20,1%, ceci s'explique par le fait que notre structure est située dans cette commune.

Ethnie : dans notre étude les bambara ont été les plus représentés avec 21%, suivis des Sarakolé 15,8%. Cette prédominance des bambaras pourrait s'expliquer par leur fort pourcentage dans la population Malienne en général.

Sexe : on note une prédominance féminine avec 61% ceci s'explique par le fait que culturellement ce sont les mamans qui accompagnent les enfants en consultation le plus souvent au Mali.

Niveau d'instruction et profession : 29,3% des sujets interrogés étaient des analphabètes, ceci est comparable avec les résultats de l'étude réalisée à Dakar (34) qui trouve 34,8% d'analphabète, 16,5% seulement ont fait une étude supérieure.

- Dans notre étude nous avons retrouvé 26,9% des ménagères, 9,5% des fonctionnaires.

2- Connaissance des sujets enquêtés sur l'épilepsie

Notre étude nous a permis de constater que 83% connaissent l'épilepsie comme une maladie ordinaire tan disque 17% pensent que l'épilepsie n'est pas une maladie comme les autres. L'épilepsie est considérée comme un sort jeté par les ancêtres ou par un mauvais génie.

- 65,9% des sujets interrogés reconnaissent l'épilepsie par des crises convulsives,

- Dans notre étude la majorité de nos enquêtés on entendu parler de l'épilepsie,

- 26,2% ont été informé par la famille,

- 20,3% par les guérisseurs,

- 11,6% par les agents de santé par contre 1,4% des sujets seulement n'on jamais entendu parler de l'épilepsie.

- 78% des sujets interrogés ont assistés à une crise épileptique, toute fois seulement 33% aurait accompli les

gestes de premier secours, par contre à Dakar (34) ils ont trouvé dans leur étude 66,1% des sujets qui ont assistés à une crise et que 35,8% aurait accompli les gestes de premiers secours.

Des sujets n'ayant pas accompli les gestes de premier secours (36,1%) pensaient que l'épilepsie était contagieuse. Ceux-ci concorde avec les résultats de **uchoa et al** (33) qui ont trouvé dans leur étude en 1993 que 40,6% des personnes n'ont pas accompli les gestes de premiers secours parce qu'ils pensaient que l'épilepsie était contagieuse.

- 62,3% des enquêtés pensent que l'épileptique est mieux aidé par le milieu médical alors que 24,3% font confiance aux guérisseurs, par contre à DAKAR (34) trouve 38,3% des enquêtés qui pensent que l'épileptique est mieux aidé par le milieu médical et que 13,2% font plus confiance aux guérisseurs.

Causes :

- 50,7% pensent que l'épilepsie est due pathologie du cerveau.
- 5,2% prétendent que l'épilepsie est idiopathique.
- 4,5% des sujets interrogés ne connaissent pas de cause à l'épilepsie,

Types de crises d'épilepsie

Le type d'épilepsie le plus fréquemment rencontré est la crise tonico clonique avec 65,9% des cas, 6,5% pour les absences.

Ce pourcentage élevé des crises généralisées et en particulier tonico clonique s'explique par différentes raisons.

- Aspect spectaculaire des crises généralisées tonico cloniques qui ne passent pas inaperçues,

- Mauvaise connaissance par la population des autres manifestations épileptiques,
- Les crises généralisées tonico cloniques préoccupent plus la population du faite des manifestations motrices et le mythe qui l'entoure.

Ceci concorde avec les données de CAMARA O (18) qui trouve 69,1% pour les crises généralisées et 6,9% pour les absences, sont aussi concordant avec ceux FARNARIER GUY et coll (13) trouve 78,5% des crises généralisées.

Complications

Dans notre étude parmi les complications citées sont les déficiences intellectuelles (40%), le décès (18,9%), la folie 9%. Cependant 9,5% affirmaient qu'il n'y a pas de complications en absence de traitement et 19,8% ne connaissait pas de complication. Ceci pourrait s'expliquer par le manque d'information sur la maladie.

Attitude :

Notre étude nous a permis de constater que pour la conduite pratique devant une crise épileptique :

- 33,1% pensent qu'il faut mettre l'épileptique sur le coté jusqu'à la reprise de la conscience contre 34,7% à Dakar (34),
- 22% sont d'avis de lui verser de l'eau fraîche sur le visage,
- 34,9% resteront sans rien faire, ceci concorde avec les résultats de Uchoa et al (33) qui trouvent 33,5%.
- 61,2% des sujets interrogés pensent que les médicaments anti_épileptiques sont mieux pour contrôler les crises épileptiques

tandis que 33,1% ont confiance aux guérisseurs. Ceci s'explique par le fait que notre société considère l'épilepsie comme un sort jeté par des génies, ou les ancêtres.

Parmi les méthodes utilisées par les tradi-therapeutes 57,4% citent les bouillons de plantes.

45,3% pensent que le coût très élevé est la raison du motif d'abandon du traitement médical.

Quant à la période d'arrêt du traitement 31,4% pensent que c'est un traitement à vie donc incurable.

RECOMMENDATIONS

➤ **RECOMMANDATIONS**

Au terme de cette étude, les recommandations proposées s'adressent:

AU MINISTRE DE LA SANTE

- ✓ Considérer l'épilepsie comme maladie sociale prioritaire et l'intégrer dans les « paquets minimums d'activités » des centres de santé, au même titre que les grandes pathologies faisant partie des endémies majeures, comme la lèpre, la tuberculose, l'onchocercose ou la dracunculose ... pour lesquelles des programmes nationaux de lutte existent.
- ✓ Prendre en compte les besoins concernant l'épilepsie en matière de personnel qualifié, d'accès aux moyens diagnostique modernes, d'informations, de communication, de médicaments anti-épileptiques de traitement chirurgical de prévention et d'insertion sociale.
- ✓ Assurer la formation continue des agents sanitaires (médecins, techniciens de santé) en matière d'épilepsie.
- ✓ Encourager les secteurs publics et privés, les partenaires au développement à s'impliquer d'avantage 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.
- ✓ Instituer une journée nationale contre l'épilepsie.
- ✓ Assurer la régularité de l'approvisionnement en médicaments anti-épileptiques.

PRESTATAIRES (Médecins, Etudiants de fin de cycle ...)

- ✓ Améliorer la compréhension par le patient, son entourage et le public, de l'épilepsie, maladie neurologique universelle, non transmissible et curable.
- ✓ Favoriser les échanges avec les tradithérapeutes.
- ✓ Créer la Ligue Malienne contre l'épilepsie, structure qui aura pour mission d'informer, de sensibiliser la population sur l'épilepsie et à définir les stratégies visant à mieux prendre en charge les épileptiques et favoriser leur intégration sociale.
- ✓ Encourager la recherche fondamentale et appliquée sur l'épilepsie.
- ✓ Renforcer la collaboration entre les Neurologues, les infectiologies, les Pédiatres, les Obstétriciens, les Parasitologues, les Psychiatres et la famille, non seulement pour récupérer précocement le processus morbide mais également contribuer à l'orientation des épileptiques vers les structures adéquates de prise en charge.

A LA POPULATIONS

- ✓ Secourir l'épileptique en période de crise en l'écartant du danger.
- ✓ Consulter précocement un agent de santé qualifié devant la survenue de crises épileptiformes et des troubles du comportement.
- ✓ Prendre régulièrement les médicaments selon la prescription et aussi longtemps que cela s'avère nécessaire.
- ✓ Assurer une bonne intégration sociale du patient.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1- Arzimanoglou A., Aiardi J. et Laplane D.

Sémiologie des crises épileptiques. Editions techniques Encycl. Med. Chir. (Paris France), neurologie 17-044-K-10, 1993 15p.

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

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

Epilepsia (Copenhagen), Vol 38 ; no 6, 1997, pp 716- 722

3- Bellalem A.,Messaoudi F.

Etude transversale de l'épilepsie en milieu scolaire.

Deuxième congrès de neurologie tropical, limoge, septembre 1994, résumé W 11 :123

4- A.Biraben,

Les nouvelles techniques de la chirurgie de l'épilepsie.

Mise au point, La lettre du Neurologue no 2 vol.III. Mars, avril 1999

5- Betts TA (1981)

Epilepsie and the mental hospital. In E.H. Reynolds, M R. Trimble,(eds.), epilepsy and psychiatry, Churchill Livingstone, New York :175-185.

6- Déclaration africaine contre l'épilepsie

O.M.S : LICE : BIE (bureau international pour l'épilepsie)

Dakar, le 06 mai 2000

7- De Toffol B

Syndrome épileptiques et trouble psychotiques. Paris Ed. John Libbey.(2001), Euro text P201.

8- Domgmo L., Mbonda E., Motsoj., mbede j ;

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

Deuxième congrès de neurologie tropicale, limoge, septembre 1994, Résumé W 11 : 124

9- Duguay R.H. F Ellenberger et coll.

Précis pratique de psychiatrie.

Maloine éd Paris P. 362-66, 1981.

10- Tagny M.R.

Epidémiologie des épilepsies dans 2 communes du district de bamako.

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

11- Echenne B., Cheminal R., et Al.

Are Idiopathic generalized epilepsies of childhood really benign
Epileptic disorder. Vol.3n° 3, 67-72, Dec.2001

12- Esquirol

Synthèse des rassemblees entre 1812-1838 dans son service de femmes

Epileptiques alienes chap VII pp-255-265 1831, tome I p 285

13- Farnarier G. Ogobara D et al.

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

14- Farnarier G., S Diop., al.

Onchocercose et épilepsie : Enquête épidémiologie au Mali 2000.

15- Geier S. et Hossard-Bouchaud H.

Crise épileptique, épilepsie et épileptique.

Encycl, Med.Chir, Psychiatrie, 37250 A° ,2-1981

16- Pierre Genton., Remy C.

Epilepsie.

Epilepsie. Paris, 1996. 127p.

17- Tedmongmo Tiayor Linette Hortense

Etude epidemio-clinique dans le service de psychiatrie du CHU du point G.

These de medecine, Bamako, 2005 :n°16.

18- Camara O

Prise en charge et recherche de facteurs parasitaires d'épilepsie dans le cadre d'une Recherche action en réseau sur l'épilepsie à Markacoungo.

Thèse de médecine, Bamako, FMPOS, 2006 : n° 251.

19- http://www.who.int/mental_health/medica/en/80.pdf

Déclaration Africaine Contre l'épilepsie

20- <http://www.prevention.ch/lesportbienvivresonepilepsie.htm>.

Jallon P.

21- Jallon P.

Epidémiologie de l'épilepsie.

Symposium Sanofi : Les épilepsies en Afrique. Objectif médical, numéro spécial, Mars 1990. PP13-18.

22- Jallon P.

L'épilepsie (1) impact médecin.

Hebdo n° 170, 1997. ppIV-V.

23- Karfo.

L'épilepsie. L'image africaine.

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

24- 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

25- Roger J

Le risque de psychose chez l'épileptique adulte.

Epilepsie et risque ; Ed. John Libbey, Montrouge, 1988, Pp 85-91

26- Semah F. et al.,

Epilepsie de la clinique aux examens complémentaires.

Lab Cassenne, 1998. Une société de Hoeschst Marion Roussel

27- Salamata O.

Etude épidémiologie de l'épilepsie dans l'arrondissement centrale de Bandiagara, Thèse de Médecine N°7, 1989.

28- Tekle-Haimanot R., Forsgren L., Ekstedt J.

Incidence of epilepsy in rural central Ethiopia.

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

29- Pierre Thomas , Pierre Gentond

Abrégé d'épilepsie; 1988

Ed John libbey p.85-91

30- Timothy A. Pedley

Epilepsies

CECIL : traite de médecine interne, Paris, 1 édition française

Medecine-science Flammarion P 2113-2125.

31- Vuillemier P., Jallon P.

Epilepsie et trouble psychiatriques, données épidémiologiques.

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

32- Diallo F, Sarr MM, Genton P, Szepetowski P, Diarra A, Sarr NG, SALL ND, Toure M, N'diaye IP, Farnarier G, Gueye L.

Epilepsie au Sénégal : mise en place d'une étude génétique.

Epilepsies, 2004, 16(3): 153-159.

33-Uchoa et al.,

Représentation culturelles et disqualification sociale. L'épilepsie dans trois groupes ethniques au Mali.

Psychopathol. Afr., 1993, 25 (1) : 33-57.

34-Anonyme.

Deuxième réunion inter pays pour le lancement de la campagne mondiale contre l'épilepsie dans les pays francophone de la région Africaine

Lomé, les 19, 20 et 21 mars 2002.

35- KONATE NIAGNA

Contribution à l'étude des remèdes traditionnels utilisés dans le traitement de l'épilepsie au Mali.

These de phar. BAMAKO : 1986 : n°1.

36- Mali breaking news [en ligne]. The world fact book

Disponible: <http://.einnews.com/mali/frames/country>.

37- Déclaration africaine contre l'épilepsie:Dakar 2006

38-revue neurologique (Paris) 2006; 162:11, 1125-1127

39- commission on classification and terminology of the international league against. Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizures. *Epilepsia*, 1981; 22:489-501

40- Duncan J.-S. Imaging and epilepsy. Brain 1997; 120:339-377.

41- Jackson GD. New techniques in magnetic resonance and epilepsy.

Epilepsia 1994; 35 (suppl 6):S2-13.

42- Ducan JS. Imaging and epilepsy. Brain 1997 ; 120: 339-377.

43- John Libbey Eurotext.

Epilepsies en questions paris, 1997

ANNEXES

1.5 L'épilepsie peut –elle débiter à tout âge ?

a) Oui Oui 1 Non 2 /___/

b) Non

1.6 Est-ce que l'épilepsie est contagieuse ?

a) Oui Oui 1 Non 2 /___/

b) Non

1.7 Si l'épilepsie n'est pas traitée tôt chez les enfants, quel est le risque majeur ?

.....
.....

SECTION II : DESCRIPTION DE L'ÉPILEPSIE

2.1 Fréquence des crises : /___/

Une crise unique = 1

Crises multiples = 2

Incomptables car trop fréquentes = 3

Ne sait pas = 9

2.2 Les convulsions sont – elles des manifestations de l'épilepsie ?

a) Oui Oui 1 Non 2 /___/

b) Non

2.3 Quels sont les facteurs déclenchant les crises selon-vous?

oui = 1	non = 2	ne sait pas = 9
- émotion		/___/
- alcool		/___/
- sommeil		/___/
- manque de sommeil		/___/
- arrêt du traitement anti-épileptique		/___/
- prise de médicament ou drogue		/___/
- au réveil ou dans l'heure qui suit		/___/
- autres (préciser)		
.....		
.....		

2.4 Comment la crise épileptique se manifeste-t-elle ?

.....

.....

2.5 Quelles sont les causes de l'épilepsies ?

CAUSES	Oui	Non
A. Des coups sur la tête	/___/	/___/
B. Mauvaise pensées	/___/	/___/
C. Affection du cerveau	/___/	/___/
D. Fièvre élevée (hyperthermie)	/___/	/___/
E. Mauvais génie (esprit malin)	/___/	/___/
F. Des problèmes durant l'accouchement	/___/	/___/
Pas de causes	/___/	/___/

SECTION III : TRAITEMENT

3.1 Est-ce qu'on peut traiter l'épilepsie ?

- a. Oui Oui 1 Non 2 /___/
- b. Non

3.2 Avez-vous jamais accompli les premiers soins de secours pour une crise épileptique ? /___/

Oui = 1 Non = 2

Si non pourquoi ?

.....

.....

Si oui comment ?

.....

.....

3.3 Que feriez vous si un épileptique perd connaissance lors d'une crise ? (Entourez SVP une seule réponse)

- a. Lui verser de l'eau fraîche au visage /___/
- b. Essayer de réveiller la personne en la secouant /___/
- c. Le mettre sur la côte jusqu'à ce qu'il se réveille /___/
- d. Aucune de ces réponses ci dessus /___/
- e. Toutes les réponses ci dessus /___/
- f. Autres. /___/

3.4 Quel est le meilleur traitement pour contrôler l'épilepsie ?

- a. Médicament anti-épileptique /___/
- b. Prière /___/
- c. Traitement des guérisseurs /___/
- d. Rien /___/
- e. Autres /___/

3.5 Quelle méthode est la plus utilisée par le tradithérapeute. (Cocher la réponse)

- a. NASSI /___/
- b. Prière /___/
- c. Se laver avec les préparations de plante. /___/
- d. Ne sait pas /___/

3.6 Selon vous quelle peut être la cause d'abandon du traitement anti-épileptique

- a. Coût très élevé /___/
- b. Produit toxique /___/
- c. Disparition des crises /___/
- d. Ne sait pas /___/

3.7 Quand le traitement devrait être arrêtés ?

.....
.....

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : **FOFANA**

Prénom : **Tidiane**

Titre de la thèse :

ETUDE DE LA PERCEPTION COMMUNAUTAIRE DE LA POPULATION SUR L'ÉPILEPSIE : CONNAISSANCE, ATTITUDE ET PRATIQUE : DES PARENTS D'ENFANTS ÉPILEPTIQUES DANS LE SERVICE DE PÉDIATRIE DU CHU GABRIEL TOURE

Année : **2007 – 2008**

Ville de Soutenance : **Bamako**

Pays d'origine : **Mali**

Lieu de dépôt : **Bibliothèque FMPOS**

Secteur d'intérêt : **Pédiatrie, Neurologie, Psychiatrie, Santé Publique**

Résumé :

Notre étude avait pour objectif d'étudier la perception communautaire de la population sur l'épilepsie, connaissance et attitude des parents, d'enfants épileptiques.

Au cours de cette étude 423 sujets ont été interrogés dont 15% des sujets ayant des enfants épileptiques.

Le sexe féminin était le plus représenté avec 60%.

26, 2% des sujets interrogés ont entendus parler de l'épilepsie par l'entourage.

59% pensaient que l'épilepsie était contagieuse.

65, 9% reconnaissent l'épilepsie par les convulsions tonico-cliniques.

Les affections du cerveau ont été citées par 50, 7% des sujets comme cause.

78% des sujets ont assisté à une crise épileptique, mais 33% ont effectués un geste de premier secours.

31,1% pensaient qu'il faut mettre l'épileptique sur le côté jusqu'à la reprise de la conscience.

22% pensaient lui verser de l'eau fraîche sur le visage.

61, 2% des sujets pensent que la médecine conventionnelle est mieux indiquée pour maîtriser l'épilepsie.

Le bouillon de plante a été cité par 57, 4% des sujets comme méthode la plus utilisée par les tradi-thérapeutes.

Le coût élevé des produits a été cité par 43, 3% des sujets comme motif d'abandon du traitement médical.

31,4% des sujets pensaient que le traitement de l'épilepsie est un traitement à vie.

Mots clés : Epilepsie, Connaissance, Population, Parents d'enfants épileptiques, pédiatrie.