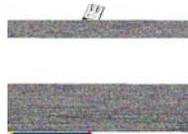


Ministère des Enseignements  
Secondaire, Supérieur et de la  
Recherche Scientifique



République du Mali

Un Peuple - Un But - Une Foi



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTO-  
STOMATOLOGIE

Année universitaire 2008- 2009

N°/.....

*THÈSE:*

EVALUATION DE L'ANXIÉTÉ CHEZ LES  
ÉPILEPTIQUES EN ZONE RURALE AU MALI  
(CAS DE MARKACOUNGO)

Présentée et soutenue publiquement le ..... devant la Faculté de Médecine, de  
Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie

*Par Mr Karim FANE*

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

(DIPLÔME D'ÉTAT)

*JURY*

**Président :** Pr Baba KOUMARE

**Membre :** Dr Arouna TOGORA

**Co-directeur :** Dr Karamoko NIMAGA

**Directeur de thèse :** Pr Bou DIAKITE

DEDICACES  
ET  
REMERCIEMENTS

## **DEDICACES**

### **A Dieu**

#### **Le Tout Puissant, le Tout Miséricordieux, le Très**

#### **Miséricordieux.**

Maintenant que je vois le bout du tunnel, c'est l'occasion pour moi, de te réitérer ma conviction quant à ton unicité.

Allah, à l'écoute de mes prières, même pendant mes moments de faiblesse et de désespoir, tu n'as jamais failli.

Merci pour tout ce que tu as fais et feras pour moi, ma famille ainsi que tous les musulmans.

Je te prie de me donner assez de force, de courage, dans mes entreprises à venir.

A mon très cher père **DRISSA FANE**

Papa, le destin avait choisi avant que je naisse. C'est ce que Dieu a bien voulu que je devienne. Bref, aucun mot de la langue de Molière ne peut exprimer toute ma reconnaissance et ma gratitude. Que Dieu te donne une longue vie afin que tu puisses récolter les fruits de l'arbre que tu as semé.

A ma très chère tendre et attentionnée mère **ADJARATOU BALLO,**

N'na, je suis fière d'être ton fils et surtout de te remettre le fruit de tes prières, de tes encouragements, de ta situation de femme soumise. Fasse Dieu que tu puisses rester auprès de nous afin que nous puissions te rendre la monnaie de toutes ces années. Merci encore, maman.

A ma très chère épouse **SALIMATOU DOUMBIA,**

Merci pour ton soutien.

A mon frère **Aly** et mes sœurs **Salimenta, Rokia, Chata, Nabiba, Ba dite Khadidia,** et aux jumelles **Sétou et Bintou,**

Merci pour vos encouragements, que Dieu fasse que notre lien de fraternité se renforce d'avantage.

A mes oncles, **Yaya, Salif, Basseyni, Zoumana, Feu Moussa, Bourama, Souleymane,**

Je vous remercie de m'avoir donné la chance d'essayer, car comme on le dit si bien « qui ne risque rien n'a jamais rien ». Encore une fois merci à tous.

A mes tantes **Bintou, Bissata,**

Je vous dis merci infiniment.

A mes cousins **Abou, Chaka, Adama, Mamoutou, Sékou,**

Merci pour votre soutien.

Au grand guide, **Cheick Cherif Ousmane Madani HAIDARA** et à tous les **membres du mouvement ANCAR-DINE,**

Merci, de m'avoir ramené parmi les musulmans à travers vos prêches. Recevez ici toute ma profonde reconnaissance. Que Dieu nous pardonne et nous accepte dans son paradis.

## REMERCIEMENT

A monsieur **Sangaré** et ses épouses **Minata** et **Sama** à Kalaban-coura

Je vous suis infiniment reconnaissant pour m'avoir facilité l'intégration, ici à Bamako. Que Dieu vous donne longue vie.

A **Ousmane DEM** et parents à l'ADEKEN,

Cher ami, c'est l'occasion pour moi de te remercier pour tout le soutien que tu m'as apporté que ce soit moral ou, matériel. Encore une fois merci à tous.

A monsieur **Drissa Fomba** et son épouse **Massitan**,

C'est vous qui, m'avez guidés vers cette faculté ; ce travail est d'abord le votre et merci à vous.

A mes amis et collègues de la faculté, **Lamissa, Issa, Interne Bakayoko, Ballo**,

Merci pour vos soutiens durant toutes ces années.

A **Aissata TOURE** à Koulouba,

Merci, pour tout ce que tu as fais pour ma famille et moi.

A mes amis: **Issouf** l'ingénieur, **Djak, Diarry, Filifing, Issa, Badra, Habiboulaye, Boubou**,

Vous m'avez permis de me sentir malien et m'avez aidé à dissiper la nostalgie de la Côte d'Ivoire. Soyez en remercier énormément.

A tous le personnel de la clinique médicale DINANDOUGOU de Markacoungo (**Sidibé, Awa, Adama, Djanguinè, Araba, Batoma et Siriki**) sur la route de Ségou, notre lieu d'étude :

Vous avez rendu mon séjour agréable au sein de votre structure, que Dieu vous récompense.

Aux **Docteurs Thiéro, Kouyaté** et tous les médecins de garde et tout le personnel du Centre de Sante Communautaire de Sabalibougou Secteur 1.

Merci pour l'accueil et votre soutien, je vous en serai reconnaissant.

Et enfin à tout le personnel du CHU du point-G, plus particulièrement celui de la psychiatrie.

HOMMAGES  
AUX  
MEMBRES  
DU JURY

**A notre maitre et président du jury**

**Professeur Baba KOUMARE,**

Professeur de psychiatrie,

Chef du D.E.R. de médecine et spécialités médicales à la FMPOS,

Chef du service psychiatrie du CHU du Point G,

Chef du programme national de Santé Mentale,

Votre abord facile, votre franc parlé et votre grande expérience ont forcé notre estime et notre admiration.

Votre dévouement pour l'enseignement fait de vous un maitre respecté.

C'est un immense honneur que vous nous accordez en acceptant de présider ce jury.

Soyez assuré de notre reconnaissance et notre profonde admiration.

**A notre Maitre et juge**

**Dr TOGORA Arouna**

**Psychiatre au CHU du point-G**

Cher maître, la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail montre votre simplicité et votre disponibilité.

Nous avons été impressionné par votre accueil chaleureux.

Recevez ici nos remerciements et l'expression de notre grande admiration.

Soyez en remercié infiniment.

A notre Maître et co-directeur de thèse

**Dr NIMAGA KARAMOKO**

Promoteur de la clinique médicale *DINANDOUGOU* sise à Markacoungo

Président de l'Association des Médecins de Campagne du Mali,

Responsable du Réseau Action Recherche sur l'épilepsie au Mali,

Nous avons apprécié vos qualités pédagogiques et humaines lors de notre séjour au sein de votre structure.

Nous avons été séduit par votre simplicité, votre disponibilité et votre amour du travail bien fait.

Veillez accepter nos sincères remerciements et laissez nous vous témoigner notre profond respect.

**A notre maître et directeur de thèse :**

**Professeur Bou DIAKITE**

**Maitre de conférences**

**Chevalier de l'ordre national**

**Psychiatre au CHU du point-G**

Cher maître, nous vous remercions pour la confiance que vous avez placée en nous, en nous acceptant dans votre service et surtout en nous confiant ce travail.

Votre immense expérience, la clarté et la qualité exceptionnelle de votre enseignement font de vous un grand maître dans l'art médical et une source d'inspiration.

Nous vous prions, cher maitre, d'accepter le témoignage de notre profonde gratitude et de notre très grande reconnaissance en espérant être à la hauteur de vos attentes.

# SOMMAIRE

I- INTRODUCTION et OBJECTIFS .....	1
II- GENERALITES.....	5
A- Epilepsie	
1- Historique	
2- Définitions	
3- Classifications	
4- Explorations complémentaires en épileptologie	
5-Etiologies et Physiopathologie	
6- Troubles psychiques	
7- Diagnostic différentiel	
8- Traitement	
B- Anxiété	
III- METHODOLOGIE.....	63
IV- RESULTATS.....	68
VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS.....	85
VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS.....	91
VIII- BIBLIOGRAPHIE.....	96
IX- ANNEXES.....	107
1- Fiche d'enquête	
2- Fiche signalétique	

# INTRODUCTION

# Introduction

L'épilepsie est une maladie universelle c'est-à-dire qu'elle peut toucher tout le monde, ubiquitaire mais certainement pas égalitaire. Il ya des spécificités selon les pays et selon d'autres facteurs. Elle occupe par ailleurs, une place à part, parmi les maladies connues du grand public. Il n'y a certainement pas d'affection qui souffre d'autant de mythes et de préjugés aussi faux que tenace.

Epilepsie et épileptique sont des termes d'origine grecque ayant la même racine que le verbe *epilambanein* qui signifie saisir où prendre par surprise. D'ailleurs, si la crise épileptique surprend le sujet dans son activité, il faut reconnaître qu'elle surprend aussi ceux qui en sont témoins. Pendant longtemps, l'épilepsie se limitait à la crise du grand mal et représentait la maladie sacrée, la maladie divine, le mal funestes...

Le triple arrière plan de :

**Possession :** on a longtemps attribué à un démon agissant à la place du sujet, l'activité extrême qu'on pouvait difficilement imputer à l'individu inconscient pendant la crise tonico-clonique ; et le récit BIBLIQUE relaté par Saint –Marc dans le nouveau testament va contribuer particulièrement à voir dans les épileptiques comme des *possédés* rien d'autres que du démoniaque ;

**Tare psychique :** des crises épileptiques peuvent coexister avec des altérations mentales, toutes deux étant consécutives à des lésions pré, post, ou périnatales ;

**Mort :** « j'ai cru mon enfant mort » disent encore aujourd'hui des mères décrivant pour la première fois le post critique du grand mal.

Ce triple plan s'est tout naturellement étendu de la crise tonico clonique à l'ensemble des formes d'épilepsies, puisqu'elles sont réunies sous le même

vocable. On peut même ajouter que l'Electroencéphalogramme, EEG, a plutôt contribué, à ses débuts du moins, à affermir l'unité de concept d'épilepsie.

Ainsi au XXe siècle, les épileptiques demeurent encore victimes d'opinions péjoratives. Il est très difficile pour un épileptique d'assumer sa condition au sein d'une société encore soumise à ces préjugés et tendant à l'exclure sans discernement de l'école, de l'armée, de nombreuses carrières... A défaut de rejet, c'est au mieux l'indifférence entretenue par le manque d'information [1].

Lors de sa conférence mondiale, l'OMS estimait en 1998 à 45 millions le nombre d'épileptiques à travers le monde.

En 2000, la France comptait 500 mille, tandis que cette prévalence était de 0,4% en Allemagne, alors que les statistiques américaines l'estimaient à 0.5% (A. GASSET) [14, 27].

Selon l'OMS en 2000, l'Afrique comptait entre 3 à 10 millions d'épileptiques dont seulement 20% bénéficient de soins. Cela nous permet de conclure que l'épilepsie pose un réel problème de santé publique [8, 24].

Au Nigeria cette prévalence est comprise entre 0,5 et 0,8 pour cent [46].

Chez nous au Mali quelques études ont été réalisées, en majorité hospitalière et ont représenté 67% des crises convulsives du nourrisson [30, 31, 33, 43].

Encore en 2000, Guy Farnarier et ses collaborateurs (notamment le Dr Nimaga) ont trouvé une prévalence globale de 13,35 pour mille sur 5243 habitants examinés [16,17].

Cependant, une thèse effectuée dans le service de psychiatrie du point G en 2004 montrait que 9,1% des patients hospitalisés dans le service étaient atteints d'épilepsie [60].

La conception Africaine de l'épilepsie peut en effet s'extrapoler à celle des Maliens.

En fait, cette conception met à nu un véritable problème d'intégration et d'insertion dans la société. Ce problème peut influencer d'une manière ou d'une autre la psychologie du malade particulièrement l'anxiété permanente que peut vivre ce dernier.

C'est au regard de tout ceci, que nous avons bien voulu évaluer leur anxiété au regard des discriminations dont ils sont victimes.

Aussi la qualité de vie et moral des épileptiques sont liés à ces représentations. La fréquence de l'anxiété et de la dépression est multipliée par 5 à 7 chez les épileptiques par rapport à des non épileptiques au Togo et au Bénin. Le score de qualité de vie est également diminué de près de 40% dans ces deux pays [59].

Le second trouble mental le plus fréquemment rapporté dans l'épilepsie est l'anxiété après la dépression (Torta et Keller, 1999 ; Robertson *et al.* 1987).

Le terme d'anxiété regroupe un vaste ensemble de troubles hétérogènes.

Ainsi, le chapitre « trouble anxieux » du DSM IV regroupe des pathologies aussi différentes que le trouble panique avec ou sans agoraphobie, les phobies spécifiques, les phobies sociales, les troubles obsessionnels compulsifs, les états de stress post-traumatiques, les états de stress aigus, l'anxiété généralisée ou les troubles anxieux induits.

La survenue d'épisodes anxieux peut être classée selon la chronologie de survenue par rapport aux crises (troubles anxieux ictaux, pré et post-ictaux, inter ictaux) [30].

Dans une étude américaine présentée par Jana Jones, Madison, Etats-Unis, effectuée sur 174 patients épileptiques âgés de 40 ans en moyenne, l'anxiété touchait pratiquement un patient sur deux. Et chez un tiers d'entre eux plusieurs troubles étaient associés.

Chez l'enfant, l'évaluation des troubles anxieux dans quelques études donne également des résultats variant de 16 à 50%, dont 20 à 75% présentent une comorbidité anxiété et dépression.

En, ces études suggèrent que, comme la dépression, l'anxiété est un facteur indépendant de la qualité de vie altérée [58].

# OBJECTIFS

# OBJECTIFS

## 1- Objectif général.

- Etudier l'anxiété chez les épileptiques en zone rurale.

## 2- Objectifs spécifiques.

- Evaluer la fréquence des troubles anxieux chez les épileptiques en consultation ambulatoire.
- Décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients.
- Décrire les signes cliniques observés.

# GENERALITES

# GENERALITES

## A- Généralités sur l'épilepsie

### 1- Historique

#### **1-1. Historique de l'épilepsie [40,46]**

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

#### **1-2. L'épilepsie à travers les civilisations [40,46]**

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

Au moyen âge, la maladie avait été assimilée à une possession démoniaque.

Cette approche de la maladie était favorisée par la diffusion des religions monothéistes, le diable et la lune étaient incriminés comme responsables 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<sup>e</sup>), on considérait l'épilepsie comme reliée aux génies, et toute personne exceptionnelle était suspectée d'épilepsie.

La fin du XVIII<sup>e</sup> vit apparaître une approche réaliste scientifique sur l'épilepsie.

Pendant le XIX<sup>e</sup> siècle, des 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'épilepsies ; certaines étaient idiopathiques, d'autres en rapport avec une lésion cérébrale localisée, opérable dans certains cas.

Au cours du XX<sup>e</sup> 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.

### **1-3. L'image africaine de l'épilepsie [19]**

En Afrique, mosaïque des peuples à cultures diverses, l'épilepsie est considérée comme 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 : génie 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 contribué au 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 sur le plan du travail un disqualifié primaire ; ce qui pose de réels défis à l'intégration sociale de l'épileptique en Afrique [24, 34].

## **2-Définitions :**

Selon Thomas et Genton [46]

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

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

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

Selon Franck Semah, Catherine Chiron [41] “**La crise épileptique**” est une manifestation clinique d'un dysfonctionnement cérébral et l'épilepsie se caractérise par la répétition des crises épileptiques non provoquées”.

La commission de l'IAE donne les définitions suivantes [2] :

**La crise épileptique** est une manifestation clinique résultant des décharges anormales et excessives d'un ensemble de neurones cérébraux. Elle se caractérise par des phénomènes anormaux soudains et transitoires, à type d'altération de la conscience d'événements moteurs, sensitifs ou psychiques perçus par le patient ou par un témoin.

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

**L'Etat de mal épileptique** à une durée supérieure à 30 minutes ou d'une succession de crises, dont la période inter critique n'excède pas 30 secondes.

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

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

**Crises occasionnelles :** Ce sont des crises résultant de circonstances particulières telles qu'une fièvre, une hypoglycémie, hyponatrémie, ou une infection aigüe du système nerveux central (SNC).

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

**Etat de mal :** Est une crise épileptique qui persiste suffisamment longtemps (crise prolongée supérieure à 30 min) ou se répète à des intervalles suffisamment brefs (30 secondes) pour créer une condition épileptique fixe et durable.

### **Définitions opératoires : [11, 15]**

- a) **L'épilepsie** proprement dite se caractérise par une tendance à la **répétition des crises**. Ces crises sont des manifestations paroxystiques (motrices, sensibles, sensoriels ou psychiques) accompagnées ou non de perte de connaissance, liées à une décharge excessive des neurones du cortex cérébral.
- b) **Les psychoses** se définissent comme étant un désordre mental majeur au cours duquel sont nettement altérées les possibilités de l'individu de penser, de réagir émotionnellement, de se souvenir, de communiquer, d'interpréter la réalité et d'avoir un comportement adapté. Ce trouble est

souvent caractérisé par une humeur inadéquate, une diminution du contrôle pulsionnel, un délire et des hallucinations.

- c) **La personnalité épileptique** [40] : Se caractérise essentiellement par l'irritabilité, la colère, la violence, et le fait qu'il soit soupçonneux. A cela, il faut ajouter l'excitation, l'inhibition, et la religiosité.
- d) **La schizophrénie** est une psychose délirante chronique caractérisée par la régression, toujours plus hermétique dans le monde d'idées, de sentiments, de perceptions, et de croyances de plus en plus impénétrable.
- e) **La bouffée délirante** est l'éclosion soudaine d'un délire transitoire généralement polymorphe dans ses thèmes et ses mécaniques.
- f) **L'accès maniaque** est un état de surexcitation des fonctions psychiques caractérisées par l'exaltation de l'humeur et un déchaînement des pulsions instinctivo affectives.

### **3- CLASSIFICATION : [2, 42, 46]**

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

#### **3-1 Classifications des crises [2] :**

##### **3-1-1 Les crises généralisées :**

- ❖ le cortex est d'emblée le siège d'anomalies paroxystiques bilatérales symétriques et synchrones ;

- ❖ il existe presque toujours une altération de la conscience (sauf crises myocloniques).
- ❖ Principaux types de crises d'épilepsie généralisées :
  - Crises tonico-cloniques ou grand mal ;
  - Crises myocloniques ;
  - Absences ou petit mal
  - Crises toniques ;
  - Crises cloniques ;
  - Crises atoniques

#### **3-1-1-1 Les crises généralisées tonico-cloniques ou grand mal :**

- Début par une **perte de connaissance brutale**,
- Déroulement en trois phases :
  - **Phase tonique** 10 à 20 secondes environ avec contraction musculaire généralisée et soutenue accompagnée de troubles végétatifs : blocage respiratoire avec cyanose, tachycardie, poussée tensionnelle, sueur, hypersalivation ; Habituellement, on observe une morsure latérale de la langue ou de la face interne de la joue avec perte d'urines.
  - **Phase clonique** avec secousses musculaires rythmiques bilatérales et généralisées durant environ 30 secondes ;
  - **Phase résolutive** (ou post critique), souvent précédée d'une perte d'urines, avec coma hypotonique et respiration stertoreuse, durant quelques minutes.

L'electoencephalogramme (EEG) montre une activité rapide de bas voltage et amplitude croissante (phase tonique) puis des poly pointes ondes ou pointes ondes progressives ralenties (phase clonique) enfin des ondes lentes (post critiques) qui persistent souvent pendant plusieurs jours.

.Le retour à une conscience claire se fait progressivement, avec une **confusion post- critique** qui peut parfois durer plusieurs heures.

Le principal diagnostic différentiel de la crise généralisée de type tonico-clonique est la **syncope de début brutal**.

### **3-1-1-2 les absences :**

Essentiellement rencontrées chez l'enfant et l'adolescent et se traduisent par une suspension brève de la conscience, entraînant une rupture de contact : le sujet a le regard vide et ne répond plus.

- Parfois, la crise s'accompagne de phénomènes cloniques (clonies des paupières), toniques (inclinaison du tronc vers l'arrière) atoniques (chute de la tête ou du corps) d'une activité automatique (se lécher les lèvres) ou d'une activité végétative (perte d'urines)

L'EEG identifie de façon précise et montre des pointes ondes bilatérales, symétriques et synchrones à trois cycles par seconde. Sa définition est donc électroclinique.

### **3-1-1-3 les myoclonies :**

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 lâchage (bris) d'objet que le patient tenait lorsqu'elles affectent les membres supérieurs.

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

**3-1-1-4 les crises cloniques et crises toniques:** 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 convulsives fébriles, le plus généralement en grandissant, l'enfant ne présentera plus de crises. L'EEG montre des décharges plus ou moins régulières de pointes ondes et de poly pointes ondes.

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

**3-1-1-5 Les crises atoniques :**

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

### 3-1-2 Les crises partielles

Il existe trois types de crises partielles.

#### 3-1-2-1 Les crises partielles simples

- Symptomatologie :
  - Les crises partielles se manifestent initialement par des signes cliniques focaux brefs (5 à 10 minutes en moyenne) et stéréotypés.
  - déficit post-critique dans le même territoire (quelques minutes à quelques jours) : Paralyse de Todd.

### **TABLEAU DE LA SYMPTOMATOLOGIE DES CRISES PARTIELLES ET LEUR VALEUR LOCALISATRICE**

Types de crises	symptomatologie caractéristique	valeur localisatrice
<b>Crises motrices</b>		
Focales	contraction musculaire tonique ou clonique localisée de siège fixe	cortex frontal pré-rolandique controlatéral
Bravais-Jacksonienne	contraction musculaire tonique ou clonique localisée d'extension rapide (en quelques secondes) ex : début à la main puis extension rapide au bras puis à la face.	cortex frontal pré-rolandique controlatéral (frontal ascendante)
Versive	Déviations conjuguées de la tête et des yeux et parfois du tronc parfois élévation du bras associée	cortex pré moteur aire motrice supplémentaire, cortex frontal antérieur, cortex occipital (généralement controlatéral au côté de la déviation)
Phonatoire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vocalisation involontaire</li> <li>• Gêne ou impossibilité totale de parler par atteinte des muscles nécessaires à l'expression verbale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• aire motrice supplémentaire</li> <li>• région rolandique basse (opercule rolandique)</li> </ul>

### **3-1-2-2 Les crises partielles complexes**

Caractérisées par une altération initiale ou secondaire de la conscience et une amnésie postcritique plus ou moins prononcée. Elle s'accompagne volontiers d'activités automatiques, des manifestations motrices involontaires eupraxiques ou dyspraxiques dont il existe plusieurs variétés :

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

### **3.1.2.3 les crises partielles secondairement généralisées;**

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

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

<b>1. Crises généralisés</b>
------------------------------

**1.1 Absences**

a- Typiques

b- Atypiques

**1-2 Crises myoclonies**

**1-3 Crises cloniques**

**1-4 Crises toniques**

**1-5 Crises tonicocloniques**

**1-6 Crises atoniques**

<b>2- Crises partielles (focales)</b>
---------------------------------------

**2-1 Crises partielles simples**

a- Avec signes moteurs

b- Avec signes somato-sensitifs ou sensoriels

c. Avec signes végétatifs

d. Avec signes psychiques

**2-2 Crises partielles complexes**

a- Début partiel simple suivie de trouble de la conscience et/ou d'automatismes

b- Avec trouble de la conscience dès le début de la crise accompagnée ou non d'automatisme.

### **2-3 Crises partielles secondairement généralisées**

a- Crises partielles simples secondairement généralisées

b- Crises partielles complexes secondairement généralisées

c- Crises partielles simples évoluant vers une crise partielle complexe, puis vers une crise généralisée secondaire.

## **3- Crises non classées**

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

L'épilepsie est une maladie définie par la récurrence des crises épileptiques. La dernière classification internationale des épilepsies et des syndromes épileptiques en date, a été établie en 1989 en 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 les données pronostics.
- Permettre une meilleure communication scientifique internationale.

Cette classification est construite à deux niveaux : Le premier sépare les épilepsies généralisées dans lesquelles toutes les crises sont généralisées et les épilepsies partielles dans lesquelles les crises sont focales 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 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 pas actuellement démontrer.

Il existe également des syndromes spéciaux liés à des circonstances particulières (convulsion fébrile, crises isolées ou provoquées) qui doivent systématiquement être recherchés après le diagnostic positif de crises 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, la sévérité des crises, les antécédents (ATCD) personnels du patient, l'examen neurologique inter critique, l'état mental, l'âge de survenu 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, un scanner ou si possible une Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) cérébrale si une lésion est suspectée.

### **3-3 Particularités des épilepsies de l'enfant [2, 40]**

La classification syndromique a également apporté un progrès considérable dans le diagnostic, la prise en charge, le traitement et l'approche physiopathologique de l'enfant [18,40]. La classification des crises étaient insuffisantes dans cette population ; la sémiologie précise de crises n'étant pas encore complètement

décrite chez le nourrisson, les crises pouvant simuler des crises généralisées et l'inversion à 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 associées dans une même épilepsie et pouvant changer l'évolution, enfin un même type de crise pouvant être présent dans les épilepsies sévères et les épilepsies bénignes.

Cette classification pose encore toute fois 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 Lennox- Gastaut** dans les épilepsies généralisées cryptogéniques alors qu'on verra que les formes cryptogéniques n'en sont qu'un sous groupe [9, 40].

### **3-4 Tableau de la classification internationale des épilepsies et syndromes épileptiques (d'après *Epilepsia*, 1989,30, 389- 399).**

#### **1 Epilepsies et syndromes épileptiques focaux**

##### **1-1 Idiopathiques, liés à l'âge :**

Epilepsie bénigne de l'enfant à paroxysme rolandiques ;

Epilepsie bénigne de l'enfant à paroxysmes occipitaux ;

Epilepsie primaire de la lecture ;

### **1-2 Symptomatique :**

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

### **1-3 Cryptogénique :**

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

## **2- Epilepsie et syndromes épileptiques généralisés :**

### **2-1 Idiopathique lié 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 parti de ces syndromes.

### **2-2 Cryptogéniques et \ou symptomatique, avec en particulier :**

Spasmes infantiles (syndrome de WEST)

Syndrome de Lennox-Gastaut

Epilepsies avec crises myoclonico-astatiques

Epilepsies avec absence myoclonique

## **2-3 Symptomatiques :**

### **2-3-1 Sans étiologie spécifique :**

Encéphalopathie myoclonique précoce

### **2-3-2 Syndromes spécifiques :**

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

## **3- Epilepsie dont le caractère focal ou généralisé n'est pas déterminé**

### **3-1 Avec association de crises généralisées et partielles avec en particulier :**

Epilepsie myoclonique sévère ;

Epilepsie avec pointes ondes continues pendant le sommeil long ;

Epilepsie avec aphasie acquise (syndrome de Landeau-kleffner).

### **3-2 Sans caractères généralisés ou focaux certains.**

## **4- Syndromes spéciaux :**

### **4-1 Crises occasionnelles liées à une situation épileptogène transitoire :**

Convulsions fébriles ;

Crises uniquement précipitées par un facteur métabolique et toxique.

### **4-2 Crises isolées, état de mal isolé.**

#### **4. EXPLORATIONS COMPLEMENTAIRES EN EPILEPTOLOGIE [18, 19, 42, 46] :**

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

##### **4.1 L'électro-encéphalogramme (EEG) :**

Il permet au clinicien de recueillir des arguments pour le diagnostic positif, pour la classification et de surveiller le patient (en cas modification de 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.

##### **4.1.1 Paroxysmes inter critiques :**

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

##### **4.1.2 Paroxysmes critiques :**

###### **4.1.2.1 Décharges généralisées de pointes ondes ou poly pointes ondes :**

-Bilatérales, synchrones et symétriques dans les absences typiques.

-Bilatérales, synchrones et asymétriques dans les absences atypiques.

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

**4.1.2.2 Décharges recrutantes constituées par une activité rythmique rapide**, de pointes ou poly pointes progressivement ralenties tandis que leur

amplitude augmente, rencontrées au court des crises généralisées, partielles uni ou bilatérales synchrones ou non.

#### **4.1.2.3 Activités lentes focales**

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

### **4.2. Autres explorations :**

- **Scanographie**, encore appelée Tomodensitométrie céphalique, fournit **sans risque de désagréments**, les renseignements qui étaient autrefois apportés, avec beaucoup plus de peine, de frais et d'insuccès, sinon de dangers, par la neuroradiologie. A tel point que de nos jours, le bilan d'une épilepsie devrait  **systématiquement**  comporter, outre l'interrogatoire et l'enregistrement EEG indispensable pour établir le diagnostic positif et situer chaque cas dans une catégorie de la classification des épilepsies, un examen scanographique est nécessaire pour préciser le diagnostic étiologique et éventuellement le pronostic.

Cependant, il existe des difficultés d'accès au scanographe, encore beaucoup plus rare dans notre pays. Il faut aussi noter que cet examen est pratiquement sans intérêt dans trois types d'épilepsies :

- **Les épilepsies généralisées primaires,**
- **Les Epilepsies bénignes de l'enfant à Paroxysmes Rolandiques (EPR)**
- **Dans les épilepsies partielles de l'enfant** (éventuellement de l'adulte) que les antécédents ante-, péri- ou post-nataux permettent de rattacher indiscutablement à une lésion atrophique non évolutive.

**Imagerie par Résonance Magnétique (IRM).** Nettement plus sensible que la TDM, elle permet d'identifier les lésions cérébrales épileptogènes notamment une sclérose hippocampique, les défauts de migration neuronales, les ganglions et certains gliomes ainsi que les cavernômes.

## **5- ETIOLOGIES ET PHYSIOPATHOLOGIE**

### **✓ ETIOLOGIE**

#### **a) Les facteurs génétiques**

Les épilepsies idiopathiques sont en rapport avec une prédisposition génétique. Ces facteurs sont indiscutablement présents dans de nombreuses épilepsies. Un cas particulier est celui des maladies génétiquement déterminées qui comportent parmi leurs signes cardinaux des crises épileptiques (phacomatoses, etc.) [16, 46,51].

#### **b). Les facteurs acquis**

##### **b.1 Facteurs pré ou périnataux**

Certaines épilepsies sont dues à des lésions cérébrales acquises pendant un accouchement difficile ou une période néonatale compliquée, en particulier d'anoxie et\ ou de collapsus, consécutif à une souffrance fœtale, d'encéphalopathie ischémique ou toxique.

En prénatal on peut citer les malformations, les accidents vasculaires, les infections du SNC (toxoplasmose et cytomégalovirus). Ici il s'agit le plus souvent d'épilepsies associées à des anomalies neurologiques, en particulier des tableaux cliniques d'infirmité motrice cérébrale fréquemment compliquée d'un retard mental.

##### **b.2 Facteurs infectieux :**

Nombreuses sont les maladies infectieuses qui sont incriminées dans la genèse d'une épilepsie via une atteinte parenchymateuse cérébrale (encéphalites virales, méningo-encéphalites bactériennes, abcès cérébraux. Il faut ajouter que d'autres affections telles la neurosyphilis, les méningites tuberculeuses et

meningococciques sont pourvoyeuses dans les Pays en Voie de Développement (PVD)

Il a été rapporté des crises épileptiques au cours de l'infection à VIH ; ceci rend compte du neurotropisme du virus, ou d'une affection opportuniste favorisée par l'immunodépression. Il faut ajouter que certaines parasitoses sont à l'origine de crises épileptiques particulièrement dans les PVD [17].

Le paludisme cérébral entraînerait des crises convulsives fébriles de l'enfant, des crises associées à l'encéphalopathie aigue accès pernicieux ou des séquelles d'atteinte cérébrale palustre) [44, 46, et 53].

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

Les affections fébriles extra-cérébrales (infections virales ORL, fièvres éruptives...) peuvent entraîner des convulsions hyperthermiques [19].

### **b.3 Traumatismes crâniens :**

Ils peuvent entraîner des crises précocement dans ce cas, elles ne se répéteront pas obligatoirement. Elles peuvent être tardives, réalisant alors l'épilepsie post-traumatique, qui se caractérise par des crises focales secondairement généralisées [18,19].

### **b.4 Tumeurs cérébrales :**

Surtout fréquentes chez l'adulte et rare chez l'enfant, elles peuvent être la cause d'épilepsies se manifestant surtout par des crises partielles simples somato-motrices ou sensorielles, des crises partielles secondairement généralisées [17,18, 53].

### **b.5 Maladies cérébro-vasculaires :**

Des malformations angiomateuses et les AVC peuvent être à l'origine de crises épileptiques.

### **b.6 Facteurs toxiques, médicamenteux, métaboliques [19, 44, 53] :**

La consommation d'alcool peut entraîner lors :

-D'une prise excessive inhabituelle « ivresse convulsivante » ;

-D'un sevrage alcoolique ;

Et au cours de la prise excessive d'alcool « épilepsie alcoolique » chez un alcoolique chronique.

Par ailleurs les médicaments psychotropes, lors d'un surdosage (neuroleptiques, anti-dépresseurs...) ou d'un sevrage à la consommation des benzodiazépines et des barbituriques sont susceptibles de déclencher des crises d'épilepsies.

Aussi certains médicaments non psychotropes (isoniazides, théophylline) ainsi que certaines drogues (cocaïnes, amphétamines) sont potentiellement épileptogènes.

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

Les hypocalcémies, les hyponatrémies ainsi que les troubles de l'équilibre glycémique peuvent être causes de modifications métaboliques épileptogènes.

✓

### **Physiologie**

Le foyer épileptogène est formé de neurones produisant de façon intermittente des décharges de hautes fréquences. Cette hyperexcitabilité locale peut être congénitale ou être due à des processus pathologiques locaux (troubles vasculaires, métaboliques, inflammatoires, toxiques ou néoplasique). Les

manifestations cliniques dépendent plus de la localisation du foyer épileptogène que de sa cause. Elles dépendent de la manière dont les excitations du foyer épileptogène se propagent au reste du cerveau. Nous observons 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 seront fonction de la situation du foyer et de l'extension du tissu nerveux qu'il peut exciter.

Dans ce dernier cas, le signal symptôme initial de la crise, s'il se répète à chaque crise successive, à une grande valeur localisatrice :

**a-** Frontal ascendante pour les crises Bravais Jacksonienne, aire pariétale pour les crises sensitives, aire occipitale pour les phénomènes visuels, etc.

**b-** Parfois, le foyer épileptogène reste cliniquement silencieux, mais il peut provoquer à distance d'autres perturbations du cerveau comme les absences ou des myoclonies.

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

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

L'épilepsie peut s'accompagner, en fonction du type de crise et/ou de la localisation du foyer épileptogène, de différents sortes de troubles psychiques.

## **6. Troubles psychiques [9,11, 18, 42 et51] :**

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

La majorité d'épileptique n'a pas plus de trouble psychique que la population normale. A ce point de vu, les statistiques recueillies par les centres spécialisés sont fortement biaisées et non représentatives de la réalité clinique. Ainsi Rodin ne trouve que 23% de ses malades du centre pour épilepsie du Michigan qui soient indemnes de symptômes psychiatriques.

Certains auteurs les classes en troubles aigus et chroniques [11, 18]

## **6-1 Les troubles aigus :**

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

### ***- Les états crépusculaires critiques***

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

### ***-les états crépusculaires post critiques***

Ils sont fréquents, ils font suite à une ou plusieurs crises et sont dominés par la présence d'un déficit caractérisé par l'altération des fonctions intellectuelles (idéation, mémoire, association, fluidité mentale, coordination spatiale et temporelle, initiative, etc.) pouvant aller jusqu'à une extrême lenteur idéomotrice. Ces crises ont une évolution régressive plus ou moins linéaire avec récupération des facultés antérieures. Elles durent de quelques minutes à quelques jours. L'EEG montre des anomalies qui disparaissent progressivement. L'élément déficitaire domine le tableau, l'élément délirant est représenté par une production onirique généralement assez pauvre.

***-les états crépusculaires inter- critiques sont assez fréquents***

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

***-les états psychotiques aigus inter critiques***

Ils sont assez fréquents. L'élément déficitaire fonctionnel est absent et l'EEG est normal ou presque, alors qu'il est habituellement perturbé. Il s'agit le plus souvent d'état délirant aigu de type divers, généralement paranoïde. La production délirante est riche, variée, significative et chargée d'émotion. L'élément dépressif est assez fréquent, il s'agit alors d'état dépressif rebelle pouvant aller jusqu'à la mélancolie. L'état excitatif se mêle le plus souvent à l'élément délirant, il est rarement seul sous forme d'état maniaque.

**6.2 Troubles permanents :**

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

**La lenteur** est un trouble psychique particulier atteignant certains sujets souffrant d'épilepsie, affectant leur fonctionnement mental dans ce qu'ils

peuvent avoir de fluide, de mobile, de diversifié, d'incertain, d'instable, de versatile et d'actif. Ce trouble se caractérise par une lenteur touchant l'ensemble de l'activité psychique, quelque soit ses composantes. **Lempérière** écrit que le traitement médical peut l'améliorer. En pratique il se trouve dans toute une série d'affections qui ne sont pas épileptiques, mais est plus fréquent chez l'épileptique. Il doit être distingué du mode obsessionnel de pensée dont il peut prendre certaines apparences sans pour autant affecter l'organisation sous jacente. Il faut enfin ne pas confondre avec la détérioration, même si dans les cas extrêmes, il faut en avoir toutes les allures. Ce trouble apparaît dans toutes les formes d'épilepsies mais avec une prédilection dans le syndrome de **Lennox Gastaut** et dans l'épilepsie temporale où il est associé plus souvent qu'ailleurs avec l'impulsivité.

**Les troubles du caractère** regroupent toutes les manifestations épisodiques mineures qui ne peuvent être classées dans les psychoses et les névroses n'étant pas soutenues par une organisation névrotique et psychotique structurée. Beaucoup d'auteurs les mêlent à la lenteur pour constituer « le caractère épileptique » ; or non seulement ils peuvent être très bien y être associés mais il est beaucoup plus réactionnels aux crises que la lenteur qui peut, d'une certaine manière, être considérée comme faisant partie du processus épileptique lui-même. Les sujets sont d'humeurs imprévisibles et changeantes, irritables le plus généralement, irascibles, querelleurs, méfiant et revendiquant. Ils entretiennent avec le milieu une relation qui suscite l'agressivité en retour de l'entourage, mais ceci de manière épisodique et déconcertante. Ces troubles sont généralement contemporains d'une recrudescence des crises et ils apparaissent comme une tentative pour échapper à deux contraintes qui se renforcent : réduction de la liberté liée à la recrudescence de crises, concentration de moyens pour les éviter.

**Le syndrome déficitaire permanent, démence et débilité**, représente un problème en pleine mutation pas seulement dans le domaine de l'épilepsie.

Déficit et lésion ont été associés, le premier étant la conséquence directe de la seconde avec comme corollaire la conviction d'un état irréversible. Or la clinique a toujours montré des discordances telles que dans la conception que Lempérière pouvait écrire en 1953 : « La détérioration peut être réversible même après une longue phase d'assouplissement intellectuel. »[18]

S'il n'est actuellement plus possible de considérer le tableau clinique déficitaire des épilepsies comme liés aux lésions ou au nombre de crises, il est trop tôt pour aller au delà de cette constatation trop simple. Constatation qui a par ailleurs des conséquences incalculables dans la conduite à tenir devant un épileptique déficitaire : la détérioration n'est pas un processus irréversible devant lequel toutes tentatives est inutile. Si on exclu du cadre de psychoses et de névroses chroniques tous les troubles aigus et permanents déjà décrits, on retrouve chez certains sujets atteints d'épilepsie, les affections psychiatriques habituelles. En ce qui concerne les psychoses, elles seraient plutôt moins nombreuses chez les patients souffrant d'épilepsie que dans la population générale. Ce fait a même été à la base des convulsivothérapies des schizophrènes inventées par **Von Méduna** avec le cardiozol-choc, transformées ensuite en électrochoc par **Cerletti** et **Bini** [9]. Il semble y avoir un lien évident entre l'existence de certains types d'épisodes psychotiques et l'épilepsie temporale.

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

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

### **Symptomatologie psychique des crises :**

Précédant, accompagnant ou suivant le trouble de la conscience, une sémiologie d'une étonnante richesse s'observe chez certains épileptiques, l'épilepsie temporale offrant le plus grand polymorphisme de symptômes. Angoisse de quelques secondes pouvant aller jusqu'à la panique, brusque frustration de l'humeur, sentiment d'extase tel que celui éprouvé par Dostoïevski, illusions perceptives (macropsie, micropsie, distorsions auditives, troubles de l'image du corps). Hallucinations auditives, visuelles, gustatives, olfactives, sentiment d'étrangeté (le monde soudainement perçu comme un décor de théâtre) ou de dépersonnalisation, phénomènes de déjà vu, excitations sexuelles, inhibition

brusque de la pensée, « pensée imposée » décrite par Hugh Ling Jackson ou « ecmnésies » (suite de souvenir survenant de façon stéréotypée). Il n'est pratiquement pas de symptôme psychique, dans la sphère affective, perceptive ou cognitive qui puisse constituer un trouble du comportement dont la nature épileptique est susceptible d'être méconnue : exhibitionnisme, fugue, impulsions diverses [11, 41].

## **7-Diagnostics différentiels [18]:**

Plusieurs pathologies prêtent confusion avec l'épilepsie notamment :

**-L'hystérie** dont les crises sont moins brusques, le malade a le temps de s'allonger, sans morsure de la langue et cette crise se passe toujours devant quelqu'un.

**- Tout autre cause de convulsions.**

**-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 attaques de panique et d'anxiété avec hyperventilation.** Alors qu'une hyperventilation prolongée provoque des secousses ou des spasmes musculaires (tétanies) et les patients peuvent s'évanouir.

**-Narcolepsie et apnée du sommeil.**

**-La méningite ou hémorragie sous arachnoïdienne** dans laquelle il y a la fièvre et une raideur méningée.

**-La syncope** est un symptôme qui résulte d'une réduction transitoire et globale de la perfusion cérébrale avec hypoxie associée. Absence de Pâleur

- durée prolongée de la perte de connaissance : 5 à 10 minutes ;
- caractère progressif du retour à la conscience : somnolence et confusion post-critique ;
- hypertonie généralisée initiale ;
- morsure latérale de la langue : spécifique mais inconstante ;

- perte d'urines : beaucoup plus fréquente lors de la crise épileptique que lors de la syncope

**-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 types et non stéréotypées, de maladies psychiatriques, d'absence de réponse aux antiépileptiques et des EEG inter critiques normaux de manière répétée suggérant la possibilité de crises psychogènes.

Quelque soit le type d'épilepsie, il existe des molécules susceptibles de faire disparaître les crises ou à défaut, les réduire.

## **9. TRAITEMENT :**

### 9.1 Traitement médical :

#### A) Anciennes molécules.

##### **1) PHENOBARBITAL:**

Il est actif sur toutes les formes d'épilepsie à l'exception des absences typiques.

- **Ses avantages:**

- Son efficacité (crises tonico-cloniques généralisées surtout),
- Sa demi-vie très longue et sa cinétique régulière qui permet une prescription en mono dose,
- Son faible coût.

- **Ses inconvénients:**

- Son délai d'action et sa lenteur d'élimination,
- Ses effets indésirables sur les fonctions cognitives,
- Ses effets indésirables rhumatologiques (algodystrophie, maladie de Dupuytren),
- Ses effets inducteurs enzymatiques très puissants modifiant profondément la pharmacocinétique des médicaments associés (phénytoïne, valproate, carbamazépine, mais aussi anti-vitamine K, contraceptifs oraux),
- Le risque important de recrudescence des crises à l'arrêt du traitement.

- **Posologie : Enfant 3 à 4 mg/kg /j**

**Adulte 100 à 200 mg/jour**

## **2) PHENYTOINE (DIHYDAN. DILANTIN):**

La phénytoïne est active dans toutes les formes d'épilepsie à l'exception des absences typiques.

- **Ses avantages:**

- Son large spectre d'activités anti-épileptiques (crises partielles et crises généralisées)
- L'efficacité spectaculaire par voie intraveineuse dans le traitement des états de mal convulsif,
- Les effets sédatifs peu marqués.

- **Ses inconvénients:**

- Une pharmacocinétique non linéaire et une marge thérapeutique étroite, d'où un ajustement clinique délicat,
- Des effets "cosmétologiques": hypertrophie gingivale, hirsutisme.
- De puissants effets inducteurs enzymatiques,
- Des effets à long terme sur la fonction cérébelleuse et sur les facultés cognitives.

## **3- CARBAMAZEPINE (TEGRETOL):**

La carbamazépine est active contre tous les types de crises à l'exception des absences typiques.

- **Ses avantages:**

- L'efficacité dans les épilepsies partielles,

- Sa bonne tolérance clinique sur le plan cognitif en particulier,
- Des formes à libération prolongée permettant de limiter le nombre de prises à 1 ou 2.

- **Ses inconvénients:**

- Une sensation de malaise général avec lassitude, difficultés de concentration, fréquente en début de traitement, surtout lorsque celui-ci a été instauré trop vite,
- Une éruption érythémateuse survient dans 5 à 10 % des cas et impose l'arrêt du traitement,
- Un effet inducteur enzymatique net.
  - Posologie: Enfant : 5-20 mg/kg/j

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

-Contres indications: Epilepsie myoclonique juvénile.

#### **4- VALPROATE (DEPAKINE)**

Le valproate est actif sur tous les types de crises.

- **Ses avantages:**

- Une efficacité remarquable dans les épilepsies généralisées idiopathiques,
- Son efficacité dans les épilepsies partielles est comparable à la carbamazépine et à la phénytoïne,
- Sa tolérance le plus souvent excellente avec une altération des fonctions cognitives nulle ou très minime,

- Une absence d'effet inducteur enzymatique,
- Des formes à libération prolongée autorisant une seule prise quotidienne.

#### **Ses inconvénients:**

- Une prise de poids par effet orexygène, un tremblement d'attitude dose-dépendant et une alopécie inconstante et réversible,
  - Des hépatopathies graves exceptionnelles dont le diagnostic précoce est possible (troubles digestifs, recrudescence des crises),
  - On a constaté récemment un taux élevé de polykystose ovarienne et d'hyperandrogénisme chez les femmes épileptiques traitées par le valproate avant l'âge de 20 ans ; l'évaluation de ce risque est en cours.
- Posologie: enfant : 20 à 30 mg/kg/j en 2 à 3 prises par jour

Adulte : 1000-3000 mg/j

#### **5. LES BENZODIAZEPINES :**

Elles ont un effet antiépileptique majeur et immédiat sur tous les types de crises.

Malheureusement, il existe des phénomènes de tolérance avec l'épuisement de l'effet antiépileptique après quelques semaines, qui survient environ dans la moitié des cas.

#### **Les benzodiazépines les plus utilisées sont:**

- **Le diazépam et le clonazépam** par voie intraveineuse dans le traitement d'urgence des crises en série ou des états de mal. Le diazépam par voie

rectale est utile dans la prévention et le traitement des convulsions fébriles prolongées.

- **Le clobazam** (URBANYL) ou le **clonazepam** (RIVOTRIL) per os sont utilisés parfois en traitement adjuvant ou de façon isolée dans les épilepsies cataméniales, les épilepsies liées au stress ou au manque de sommeil, voire quelques épilepsies à crises rares lors de la grossesse.

## **B) ANTI EPILEPTIQUES D'APPOINT**

**1) ETHOSUXIMIDE (ZARONTIN) ;** Il est spécifiquement actif dans les absences typiques; il n'a pas d'intérêt en dehors de cette indication.

- Posologie 15-40 mg/kg/j en une seule prise.

**2) PRIMIDONE (MYSOLINE) :** Il se transforme dans l'organisme en phénobarbital; ses effets sont donc difficiles à distinguer de ceux de ce médicament

**3) PROGABIDE (GABRENE):**

Il possède théoriquement un large spectre d'activités antiépileptiques, mais son usage est très limité par son hépatotoxicité

## **C) NOUVEAUX MEDICAMENTS ANTI-EPILEPTIQUES :**

**-VIGABATRIN (SABRIL):**

Il est utilisé comme adjuvant dans les épilepsies partielles rebelles avec une efficacité parfois spectaculaire. Il a été signalé la possibilité de troubles du comportement voire psychiatrique sans que cet effet secondaire ait pu être rapporté à la dose, ni à l'instauration trop rapide du traitement. A éviter en cas d'antécédent psychiatrique.

## **9.2 Traitement chirurgical**

Il est indiqué dans l'épilepsie partielle (lobe temporale) pharmaco-résistante.

Elle consiste soit à:

-Une lobectomie temporale qui est susceptible d'améliorer la fréquence des crises et les troubles du comportement [1 et 45];

-Une callosotomie pour des crises atoniques et tonico-cloniques secondairement généralisées ;

Une hémisphérectomie pour les enfants ayant des crises unilatérales associées à une héli-atrophie, une hémiparésie et une main inutilisable.

Des nouvelles techniques permettent d'élargir les indications de la chirurgie de l'épilepsie ce sont entre autres [41]:

-La stimulation vagale ;

-les trans-sections sous piales ;

-La radio chirurgie par gamma-knife.

## **9.3 Pronostic de l'épilepsie**

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

Dans tous les cas, 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, et préjugés qui entourent l'épilepsie.

Les patients épileptiques, tous syndromes confondus, ont un risque élevé de troubles mentaux. Les deux plus fréquents sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, souvent sous-estimés voire méconnus.

## **B- Généralités sur l'anxiété**

### **1-Définition [55]**

Trouble psychique se caractérisant par la crainte de survenue d'un danger réel ou imaginaire. La prévalence à vie du trouble panique dans la population générale varie entre 3 et 4% selon les études épidémiologiques les plus rigoureuses et les plus représentatives de la population, tandis que l'on estime que près de 10% de la population adulte aurait vécu au moins quelques attaques de panique occasionnelles.

En effet dès le début il faut différencier l'anxiété « normale » développementale sans laquelle le développement de tout enfant est inconcevable, et s'il existait, il se trouverait être franchement pathologique, de l'anxiété « pathologique » « clinique ».

Si les études à propos de cette dernière, sont devenues de plus en plus nombreuses ces dernières années, leurs résultats sont souvent discordants, ceci est très probablement dû à la variabilité des critères et des instruments diagnostiques, des sources d'information et des méthodes d'enquête.

Une deuxième distinction se fait au sein de ce sujet : l'anxiété-état et l'anxiété-trait :

-L'anxiété-état se rapporte à l'anxiété ressentie à un moment particulier et qui peut inclure : les troubles anxieux.

-L'anxiété-trait est l'estimation de la tendance habituelle du sujet à être anxieux.

Les termes anxiété et état de stress sont relativement synonymes et on peut aussi bien dire « je vis de l'anxiété par rapport à telle situation » que « telle situation me cause du stress ». L'usage spécialisé tend toutefois à réserver le

mot anxiété pour parler de l'état mental d'une personne généralement inquiète, qu'il y ait un agent de stress ou non. Si, d'un côté, le stress répété peut dégénérer en anxiété permanente, les anxieux sont généralement plus susceptibles aux agents de stress et leurs réactions physiologiques de stress durent plus longtemps.

L'anxiété est quelques fois confondue avec l'angoisse. Alors que l'anxiété est plus une crainte à propos de quelque chose d'irréel.

**L'angoisse** est une impression d'appréhension, de grande inquiétude s'accompagnant d'un sentiment d'anxiété et de symptômes physiques. L'angoisse est le plus souvent déclenchée par des états, des situations et des événements comparables. Ce peut être la foule, l'émotion, le trac, la solitude, une inquiétude quelconque (métaphysique ou autres). Autrement dit, il s'agit d'un trouble émotionnel qui se traduit à la suite d'un sentiment que l'on a du mal à définir, se caractérisant essentiellement par une sorte d'insécurité. Tout le problème est de quantifier cette insécurité qui quand elle n'est pas d'une intensité importante, à la limite, permet l'apprentissage et des performances intellectuelles voire physiques. Par contre, au-delà du supportable, l'anxiété devient pathologique et confine l'individu dans un conditionnement tel qu'il ne peut plus contrôler son angoisse.

**Le vertige mental de Lasègue** appelé également vertige névropathie est une forme d'angoisse survenant au niveau du thorax d'apparition subite, consciente contre laquelle le patient ne peut pas combattre et qui s'accompagne d'une sensation de collapsus (chute de la tension artérielle avec impossibilité pour les principaux organes d'assurer leur fonction vitale). Le patient présente par ailleurs une pâleur et se plaint de brouillard devant les yeux. Le vertige mental est le résultat de la vue d'un objet qui se répète chaque fois dans des conditions similaires. Certains auteurs spécialisés en neuropsychologie considèrent le vertige mental très proche de la phobie.

- Sensation de resserrement de l'estomac.
- Accélération du pouls.
- Accélération du rythme cardiaque (tachycardie) avec quelquefois troubles cardiaques.
- Transpiration quelquefois importante.
- Difficultés respiratoires.
- Malaise général.
- Resserrement de la gorge.
- Impression d'étau dans la tête ou/et dans le thorax.
- Accélération de la respiration avec gêne respiratoire

Il repose avant tout sur des méthodes, de psychothérapeutique (hypno thérapie). Dans certains cas, il est nécessaire d'avoir recours aux psychotropes (anxiolytiques, neuroleptiques si nécessaires). Il faut savoir qu'un excès de psychotropes est susceptible d'induire une anxiété majeure.

### **Définitions opératoires**

Au sujet de l'anxiété, le monde médical a identifié six types de problèmes que l'on regroupe sous les termes « troubles anxieux », parce qu'ils ont des composantes biologiques semblables et que leurs traitements sont similaires. Il faut noter que la stabilité des troubles anxieux varie énormément. Ils peuvent être constants ou aller et venir sans raison apparente; chez plusieurs personnes, ils se manifestent de façon plus intense dans les périodes chargées en événements stressants. Ils peuvent aussi entrer en rémission spontanée et réapparaître des années plus tard, parfois jamais.

### **a-Anxiété chronique ou généralisée.**

C'est l'état mental d'une personne appréhensive avec excès, c'est-à-dire souvent inquiète de ce qui risque de se produire : que le rôti soit trop cuit, que la maison ne soit pas assez propre, que le bébé tombe malade, que le conjoint ait un accident, etc. Les sujets d'inquiétude ne se limitent pas à un secteur d'activité. Les mécanismes physiologiques sont les mêmes que pendant la phase de résistance du stress, alors que l'organisme mobilise certaines ressources pour faire face à une tâche « cruciale ».

Symptômes : Tension musculaire, irritabilité, palpitations, fatigue, difficulté de concentration ou de mémoire, perturbation du sommeil.

### **b- Trouble panique.**

Se caractérise par des attaques de terreur soudaine qui durent plusieurs minutes, quelquefois davantage, et se répètent de façon aléatoire sans que l'on puisse identifier un déclencheur principal. Ce trouble apparaît généralement au début de l'âge adulte et génère souvent des comportements phobiques d'évitement (par peur, éviter les endroits où l'on a déjà vécu une attaque de panique ou éviter l'activité que l'on pratiquait lorsqu'une attaque s'est produite). Symptômes: Serrement dans la poitrine, accélération du rythme cardiaque, transpiration, tremblements, étourdissements, crainte de perdre le contrôle, etc.; les symptômes d'une attaque de panique sont tellement intenses que les gens pensent souffrir d'une crise cardiaque et craignent de mourir.

### **c- Phobie.**

C'est une peur intense et irrationnelle provoquée par un objet (couteau, araignée, etc.) ou une situation (être en avion ou chez le dentiste) qui, objectivement, ne présente pas vraiment de danger. Si les phobies

déclenchent des crises de panique, elles se différencient du trouble panique parce que ces crises sont toujours reliées à une même cause (bien que l'on puisse souffrir de plus d'une phobie). La claustrophobie est la peur des endroits clos alors que l'agoraphobie est celle des places publiques à découvert ; tout, ou à peu près, peut devenir objet de phobie. Cette maladie entraîne un comportement d'évitement. Symptômes: Similaires à ceux d'une attaque de panique, d'intensité variable.

#### **d- Phobie sociale**

Cette peur irraisonnée de se retrouver en groupe ou en public, ou d'être exposé à l'observation d'autrui, présente un ensemble de caractères particuliers et constitue une catégorie en soi. Plus qu'une simple timidité, ce type de phobie peut rendre incapable de rencontrer de nouvelles personnes et mène à l'isolement. Symptômes: Similaires à ceux d'une attaque de panique, d'intensité variable.

#### **e- Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)**

Certaines pensées s'imposent sans cesse à l'esprit - des obsessions et la personne n'arrive pas à s'en libérer; elle a alors tendance à développer des habitudes compulsives (qu'elle ne peut pas s'empêcher de faire), comme se laver très fréquemment les mains.

Symptômes: Les pensées obsessionnelles sont désagréables, effrayantes ou violentes. Les comportements compulsifs n'ont aucune justification logique.

#### **f- Trouble de stress post-traumatique (TSPT)**

Le malaise affecte les gens ayant vécu un événement violent, que ce soit comme victimes ou observateurs, qui a suscité une peur intense et un sentiment d'impuissance. Dans la moitié des cas, les symptômes disparaissent en deçà de trois mois; lorsqu'ils persistent plusieurs mois, le problème risque

d'être permanent à moins d'être soigné. Plus l'intervention thérapeutique est rapide après l'événement, meilleures sont les chances d'empêcher l'apparition du TSPT. Symptômes: Souvenirs envahissants, rêves répétitifs, détachement affectif, notamment, ainsi que des manifestations physiologiques de stress qu'on attribue à une hyperactivité du système nerveux (irritabilité, réactions de sursaut exagérées, etc.).

## **2- Classification**

Il faut nécessairement différencier les anxiétés d'origine psychologique nécessitant un traitement ou plutôt une prise en charge psychothérapeutique, des anxiétés organiques liées à une lésion de l'organisme quelle qu'elle soit et nécessitant une prise en charge médicale. Cela n'empêche pas que le patient soit également pris en charge sur le plan psychothérapeutique. Liste (non exhaustive) des anxiétés d'origine organique : La maladie d'Alzheimer. Chez les personnes âgées, en plus des autres symptômes, l'anxiété fait partie du tableau clinique de cette pathologie. L'anxiété paroxystique pure de Brissaud, étudiée en 1890. Il s'agit d'une angoisse essentielle attribuée à une perturbation passagère de la vascularisation (irrigation sanguine) du bulbe rachidien (partie de la moelle épinière située au dessous du cerveau). Cette affection à une recrudescence nocturne et s'accompagne de sueurs froides, de tremblements, de pâleur. Elle est quelquefois confondue avec l'angor (angine de poitrine) et plus rarement avec l'asthme. L'anxiété vestibulaire correspond à une autre sorte d'anxiété survenant chez les patients présentant une altération du vestibule (organe de l'oreille interne). La vagotonie d'Eppinger et Hess (en anglais vagotonia) appelée également parasymphaticotonie correspond à une anomalie se caractérisant par une sensibilité particulière du système nerveux autonome (automatique) sous le contrôle du nerf vague. Au cours de ce dérèglement neurovégétatif survient les symptômes suivants:

- Une bradycardie ;
  - Une tendance syncope;
  - Une anxiété ;
  - Un myosis (agrandissement du diamètre de la pupille) ;
  - Un élargissement de la fente palpébrale (espace situé entre les deux paupières) ;
  - Une transpiration plus importante touchant essentiellement les extrémités ;
  - Un excès de sécrétion de salive ;
  - Une constipation parfois ;
  - Une acidité plus importante au niveau de l'estomac (hyperchlorhydrie) ;
  - Des spasmes ;
  - La survenue de diarrhée;
  - Un dérèglement de l'appareil respiratoire à type de dyspnée (essoufflement entre autres) ;
- **Le syndrome amotivationnel** de Henri Lôo et Pierre Deniker étudié en 1979 correspond à une association de symptômes comprenant une anxiété, une irritabilité, des troubles de l'humeur à type d'indifférence affective, une diminution de la baisse des capacités intellectuelles et une dépression plus ou moins importante. Ce type de pathologie s'observe essentiellement chez les toxicomanes chroniques utilisant des opiacés et le cannabis.
- Le coma azotémique** (en anglais uraemic coma) correspond à la phase finale de l'insuffisance de fonctionnement de la filtration rénale et réalise un coma vigile. Durant cette pathologie les patients souffrent de douleurs

diffuses, d'hypothermie, de myosis (agrandissement du calibre des pupilles) de difficultés respiratoires de type Cheyne-Stokes, de vomissements, de diarrhée, d'une augmentation de l'urée dans le sang et d'anxiété.

**-Le coma vigile** (en anglais light coma) appelé également coma réactif, coma stade 1 est un coma moins profond que le coma carus, s'accompagnant de phases de délire au cours desquelles le patient est agité, s'exprime en dormant mais ouvre les yeux en cas de stimulation.

**-La dysphorie** est un état se caractérisant par une instabilité de l'humeur accompagnée d'anxiété, parfois de malaise et même de réactions coléreuses (caractère atrabilaire). La dysthymia (terme issu du grec dus : difficulté et thumos : âme), en anglais dysthymia, correspond à un regroupement de symptômes traduisant des perturbations de l'humeur à type d'anxiété, de dépression, d'excitation parfois .L'hyperémotivité (en anglais hyperemotivity) correspond à la manière qu'ont certains individus à réagir excessivement et de façon inadaptée aux impressions qu'ils perçoivent. L'hyperémotivité est source d'obsessions, d'anxiété et d'hypochondre (impression de présenter toutes les maladies à type de préoccupation obsessionnelle).

**-La méthémoglobine** est un pigment de coloration brune issu de l'hémoglobine, qui est elle-même un pigment de coloration rouge contenu dans les hématies (globules rouges) et permettant de transporter l'oxygène des alvéoles pulmonaires vers les tissus. On parle de méthémoglobinémie quand les globules rouges contiennent des quantités anormalement élevées de méthémoglobine. Les symptômes de méthémoglobinémie sont:

-Une asphyxie par insuffisance d'apport en oxygène vers les organes et les tissus, se traduisant par une cyanose intense de la peau et des muqueuses (couche de cellules recouvrant l'intérieur des organes creux) c'est-à-dire par une coloration bleue-violette.

-Une anxiété,

-Une dyspnée (difficulté à respirer) le plus souvent modérée.

-Le syndrome de Münzer-Rosenthal, (en anglais Münzer-Rosenthal syndrome) correspond à un ensemble de symptômes se caractérisant par la présence d'hallucinations, de catalepsie et d'anxiété.

-La catalepsie est un état physique transitoire, caractérisé par une rigidité des muscles du visage, du tronc, des membres qui restent figés dans leur attitude d'origine.

-La polioencéphalite (en anglais polioencephalitis) correspond à l'inflammation de la substance grise contenue dans l'encéphale et les noyaux gris centraux. La polioencéphalite est une maladie infectieuse due à un virus neurotrope de la poliomyélite ou à une bactérie de la diphtérie, de la scarlatine. Parfois elle est le résultat d'une intoxication par le plomb, l'alcool ou d'autres toxiques. On distingue la polioencéphalite chronique associant une paralysie évoluant lentement due à la syphilis ou un virus neurotrope, la polioencéphalite inférieure aiguë de Leiden et la polioencéphalite inférieure chronique.

-Le poumon de choc, correspondant à une insuffisance de fonctionnement de l'appareil respiratoire le plus souvent d'origine infectieuse et survenant de façon aiguë au cours ou au décours d'un choc hypovolémique, s'accompagne en plus des autres symptômes, d'une anxiété.

La crise temporale ou épilepsie temporale correspond à une variété de crises d'épilepsies à type d'absence provoquée par une tumeur, une cicatrice, une lésion de la partie temporale du cerveau. Cette pathologie neurologique commence par une hallucination et des perturbations végétatives (perturbation du système nerveux autonome). Elle se caractérise, en dehors

de la présence de troubles psychiques spéciaux comme une altération de la mémoire, une dissolution de la conscience ou un état de rêve, d'une anxiété associée à des mouvements très coordonnés. Pour certaines équipes médicales en neurologie, ce type de crise d'épilepsie porte également le nom de crises psychomotrices.

Le syndrome prémenstruel, qui s'observe seulement chez certaines femmes pendant la période qui précède les règles, se caractérise par une prise de poids, d'autres symptômes (douleurs des seins, maux de tête, troubles du comportement) et une anxiété.

La thyrotoxicose de Kocher (en anglais thyrotoxicosis) appelée également thyrotoxicose, correspond à un ensemble de symptômes dû à un excès d'hormones thyroïdiennes dans l'organisme. Elle entraîne des tremblements fins des extrémités, une nervosité, une émotivité et une anxiété très importante associée à une intolérance à la chaleur s'accompagnant d'un excès de sueur, de troubles digestifs, d'agitation, d'amaigrissement alors que l'appétit est conservé. D'autre part les patients observent l'entourage avec une fixité du regard. À l'examen, ils présentent une accélération du rythme cardiaque, un trouble du rythme cardiaque, un goitre (augmentation du volume de la gorge). Cette pathologie s'observe au cours de la maladie de Basedow, de l'adénome toxique du corps thyroïde et du goitre multinodulaire toxique. La thyrotoxicose est quelquefois le résultat d'une absorption trop importante d'hormones thyroïdiennes et plus rarement d'une tumeur de l'hypophyse qui sécrète l'hormone thyroïdienne.

### **3- Physiologie**

L'anxiété de séparation qui touche à peu près 4 % de l'ensemble des enfants et des adolescents, est une anxiété trop intense survenant quand un enfant est séparé de ses parents. L'âge de survenue du début de ce type de pathologie se situe aux alentours de six à neuf ans. Quelquefois l'anxiété de séparation survient à la suite d'un événement de type psychoaffectif (décès, déménagement, hospitalisation, maladie etc.). Au cours de cette affection psychologique centrée par le refus de voir partir ses parents l'enfant se plaint de :

Détresse se caractérisant par des pleurs, des crises de colère, un état de panique avec céphalées (maux de tête) et quelquefois des troubles digestifs à type de nausées voire des vomissements associées ou pas des palpitations, des vertiges etc.. D'autres symptômes sont également possibles :

- Angoisse exagérée avec crainte de survenue de certains accidents ou de maladies pour l'enfant lui-même ou peur de survenue d'agression, de viols etc.

- Un désir très important de se retrouver au sein de la famille associé, avec une tristesse intense, le désir de ne rien faire et un trouble de la concentration, voire de la mémoire et d'autres perturbations psychologiques.

L'évolution est émaillée de crises et de périodes d'accalmie. Celles-ci ont lieu sur plusieurs années. Les échecs scolaires, l'agressivité, les troubles du comportement, sont des complications susceptibles de survenir à la suite d'une anxiété de séparation. Des complications plus sérieuses peuvent se voir. Il s'agit entre autres de perturbations psychologiques graves se traduisant par l'apparition de phobies, de dépression voir de toxicomanie.

Parmi les troubles psychiatriques de l'épileptique, on connaît bien les syndromes spécifiques comme la psychose post-ictale et les troubles de l'humeur liés aux crises. L'intérêt tout nouveau pour l'anxiété, sous toutes ses

formes, bien identifiées dans le DSM IV (agoraphobie, troubles paniques, anxiété généralisée) est curieusement le résultat du bilan pré-chirurgical de l'épilepsie et de ses évaluations neuropsychiatriques très complètes. Ces données ont montré l'ampleur du problème.

Une base neurobiologique commence à être discutée. Le rôle de l'amygdale, structure clé dans le développement sur les troubles anxieux, est rare et généralement non contrôlé. Marco Mula, Pise, Italie, en a présenté une revue. Pour lui, les effets sont prometteurs mais encore trop peu évalués. On attend les études contrôlées sur de gros effectifs permettant d'affiner les effets des antiépileptiques sur les différents troubles anxieux. Pour Marco Mula, les antiépileptiques devraient toujours être choisis à la fois comme psychotropes et comme anticonvulsivants quand cela est justifié.

#### **4- Traitement**

##### *Stratégie thérapeutique*

Compte tenu de l'extrême diversité des troubles anxieux, il ne saurait être proposé de schéma univoque de traitement. Quelques règles générales sont cependant utiles à connaître : un éventuel syndrome dépressif doit être traité avant d'envisager un traitement spécifique du trouble anxieux ; le recours aux anxiolytiques doit être prudent : les anxiolytiques non benzodiazépiniques n'ont pas été évalués spécifiquement dans l'épilepsie. Les benzodiazépines posent d'importants problèmes de sevrage. Les méthodes non médicamenteuses (méthodes de relaxation, thérapies cognitivo-comportementales, psychothérapies de soutien...) sont intéressantes [30]. Le valproate et la prégabaline semblent les plus efficaces dans les attaques de panique et l'anxiété généralisée. La lamotrigine s'est révélée utile dans le stress post-traumatique.

# METHODOLOGIE

## **1-Site de l'étude.**

### **1-1 Le village de Markacoungo**

Cette étude s'est déroulée en zone rurale, dans la clinique médicale « DINANDOUGOU » de Markacoungo, commune rurale Zan Coulibaly, district sanitaire de Fana, région de Koulikoro.

L'aire de santé de Markacoungo compte une population de 12672 habitants composée essentiellement de bambaras, soninkés, peulhs, malinkés, dogons, avec comme activités principales l'agriculture, l'élevage, l'artisanat et le commerce. La superficie de la commune est d'environ 200 kilomètres carrés. La terre y est très fertile avec une saison de pluies qui va de Mai à Octobre et des précipitations entre 800 et 1200mm par an.

L'étude s'est portée sur les patients épileptiques vus en consultation curative dans la Clinique Médicale « *Dinandougou* » de Markacoungo.

### **1-2 La clinique *DINANDOUGOU***

#### **Description de la clinique « Dinandougou »**

Cette clinique comprend:

- un cabinet de consultation ouvert tous les jours 24h/24 et assurant les visites à domicile
- un dépôt de médicaments d'urgence permettant aux patients et à leurs familles de s'approvisionner en médicaments pour les premiers soins à des prix abordables
- une salle de soins infirmiers attenante au cabinet de consultation
- un laboratoire permettant notamment la lecture de la goutte épaisse, la parasitologie des selles et des urines, le taux d'hémoglobine, test de

- grossesse, test d'émel, glycémie, sérologie HIV, la recherche de BAAR etc., tenu par un auxiliaire de laboratoire.
- une salle pour l'infirmier chef, lequel est avec l'infirmier du CSCOM responsable de la stratégie avancée du PEV et du DOTS et, dans ses activités de santé publique, il est en contact direct avec les communautés lors de ses tournées dans les villages éloignés.
  - Une salle de petites chirurgies
  - trois salles d'observations pour hommes et femmes
  - une salle d'accouchement avec sa salle d'attente
  - Une salle de consultation prénatale
  - Trois salles de repos pour les parturientes
  - Un bureau pour la matrone avec sa salle de garde
  - Deux blocs de toilettes pour hommes et femmes
  - Un bloc annexe avec les salles de garde pour Médecin, infirmier, la maison du gardien et la cuisine.

Le personnel de la clinique est composé d'un médecin directeur, un infirmier/vaccinateur, un auxiliaire de laboratoire, une secrétaire/ gestionnaire de dépôt, une matrone, un manoeuvre/gardien et des stagiaires non inclus dans le personnel.

Cette enquête s'est déroulée sous la supervision du promoteur de la clinique, le Dr NIMAGA Karamoko. : Il est le président de l'Association des Médecins de Campagne du Mali et la ''tête'' du Réseau Action Recherche sur l'Epilepsie au Mali.

## **2- Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive prospective.

## **3- Population d'étude**

Ancien patient consultant pour suivie ou tout patient ayant consulté au cours de la période d'étude, au décours de laquelle une épilepsie fut diagnostiquée.

## **4- Echantillonnage :**

### **4-1 Critère d'inclusion**

Il s'agit des épileptiques vus à la clinique *Dinandougou* à Markacoungo de Septembre 2008 à Février 2009, qu'il soit nouveau ou ancien malade c'est-à-dire sous traitement ou non, qu'il soit à même d'exprimer verbalement ses sentiments et ses émotions et enfin, qu'il puisse répondre clairement aux questions, compte tenue du caractère subjectif de certaines réponses.

### **4-2 Critère de non inclusion**

- ❖ Enfant de moins de 5 ans.
- ❖ Enfant de moins de 10 ans ou plus ne pouvant pas répondre aux questions.
- ❖ Malades non épileptiques.
- ❖ Malades n'ayant présenté qu'une seule crise convulsive.

Ainsi nous avons retenue 332 patients.

### **5- Période d'étude :**

Elle s'étendait de septembre 2008 à février 2009.

### **6- Collecte des données :**

La collecte des données a été réalisée à partir des fiches de consultation externe ainsi qu'à l'aide de l'échelle d'évaluation de l'anxiété d'Hamilton portée en annexe.

### **7- Traitement et analyse des données :**

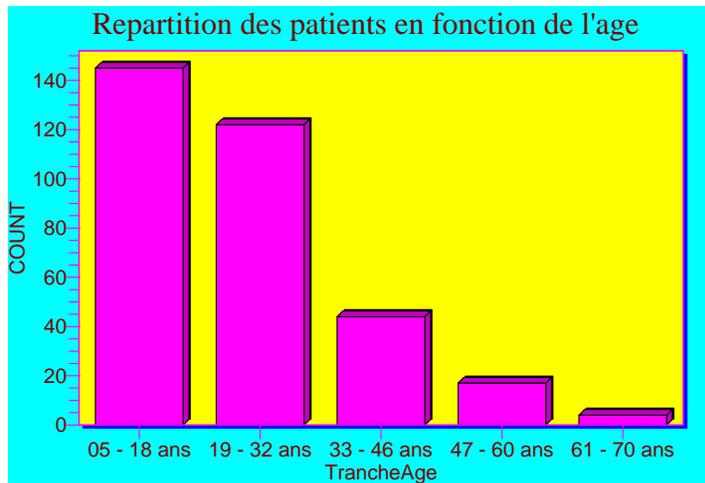
La saisie et l'analyse des données ont été réalisées respectivement avec les logiciels Microsoft Word 2007 et Epi Info version 3.5.1, version Aout 2008.

# RESULTATS

## RESULTATS

Au cours de notre étude nous avons reçu 5264 patients dont 332 épileptiques soit une prévalence de 6,30%.

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



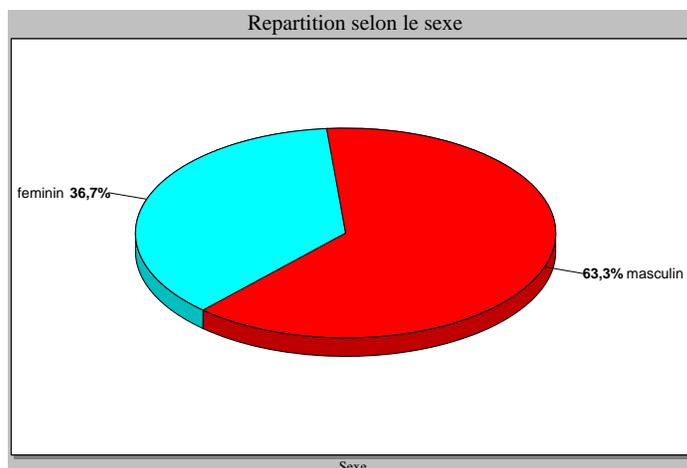
La tranche d'âge de 5-18 a été la plus représentée avec 145 patients soit 43,7%.

**Tableau I : Répartition des épileptiques selon le niveau d'étude :**

Niveau d'étude	Fréquence	Pourcentage
Analphabète	153	46,1%
<b>Primaire</b>	<b>156</b>	<b>47,0%</b>
Secondaire	20	6,0%
Supérieur	3	0,9%
<b>Total</b>	<b>332</b>	<b>100,0%</b>

156 de nos patients étaient du niveau primaire et seulement 3 étaient du niveau supérieur

**Graphique II: Répartition des épileptiques selon le sexe :**



La majorité de nos patient(e)s étaient de sexe masculin soit environ 63%.

**Tableau II : Répartition des épileptiques selon la profession :**

<b>Profession</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Autres	52	15,7%
Commerçant	20	6,0%
Cultivateur	88	26,5%
Elève	64	19,3%
Eleveur	12	3,6%
Fonctionnaire de l'état	4	1,2%
<b>Ménagère</b>	<b>92</b>	<b>27,7%</b>
<b>Total</b>	<b>332</b>	<b>100,0%</b>

La profession ménagère était la plus fréquente avec un taux de 27%.

**Tableau III : Répartition des épileptiques selon leur situation matrimoniale :**

<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>Célibataire</b>	<b>205</b>	<b>61,7%</b>
Divorce	10	3,0%
Marié	109	32,8%
Veuf(ve)f	8	2,4%
<b>Total</b>	<b>332</b>	<b>100,0%</b>

Plus de la moitié de nos patients étaient célibataires, soit environ 61,7%  
Nous avons eu 10 cas de divorce dont tous liés aux stigmates et aux préjugés de la maladie.

**Tableau IV : Répartition des épileptiques selon la cause de l'interruption des études :**

	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>non</b>	<b>152</b>	<b>55,1%</b>
oui	124	44,9%
<b>Total</b>	<b>276</b>	<b>100,0%</b>

Dans 55,1% des cas, la cause de l'interruption des études n'était pas due à la maladie.

**Tableau V : Répartition des épileptiques selon la situation matrimoniale des parents :**

<b>Situation matrimoniale des parents</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
Deux décédés	12	3,6%
Divorcé	12	3,6%
<b>Unis</b>	<b>281</b>	<b>84,6%</b>
Veuf(ve)f	27	8,1%
<b>Total</b>	<b>332</b>	<b>100,0%</b>

La majorité de nos patient(e)s avaient des parents unis.

**Tableau VI : Répartition des épileptiques selon l'antécédent familial d'épilepsie :**

<b>Antécédent familial d'épilepsie</b>	<b>Fréquence</b>	<b>pourcentage</b>
<b>non</b>	<b>274</b>	<b>82,5%</b>
oui	58	17,5%
<b>Total</b>	<b>332</b>	<b>100,0%</b>

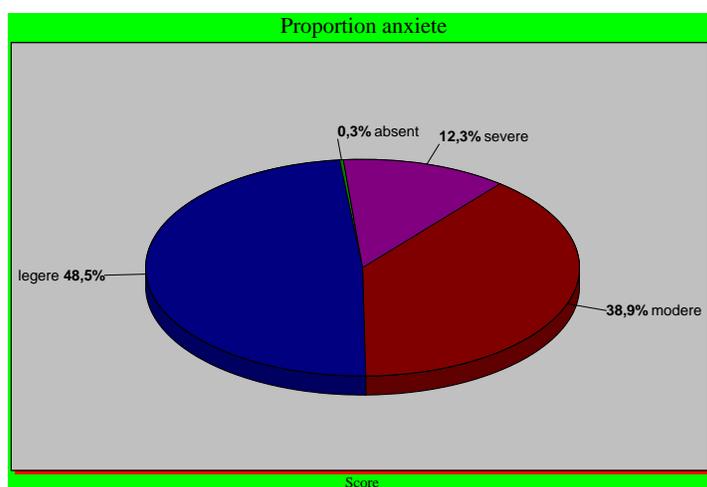
Près 4/5 des épileptiques n'avaient pas d'antécédent familial d'épilepsie soit un taux de 82,5%.

**Tableau VII : Répartition des épileptiques selon le diagnostic d'épilepsie :**

Diagnostic d'épilepsie	Fréquence	Pourcentage
Généralisée	298	89,8%
Partielle	34	10,2%
<b>Total</b>	332	100,0%

Le diagnostic d'épilepsie généralisée ou partielle secondairement généralisée a été retenu pour plus de 89% de nos patients.

**Graphique III : Répartition des épileptiques selon le type d'anxiété :**



Près de la moitié de nos patients présentait une anxiété légère soit environ 48,6%.

**Tableau VIII : Répartition des épileptiques selon le sexe et le type d'anxiété :**

<b>ANXIETE</b>					
<b>Sexe</b>	<b>absent</b>	<b>légère</b>	<b>modéré</b>	<b>sévère</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Féminin</b>	0	48	<b>53</b>	21	122
%	0,0	39,3	<b>43,4</b>	17,2	100,0
<b>Masculin</b>	1`	<b>113</b>	76	20	210
%	0,5	<b>53,8</b>	36,2	9,5	100,0

43,4% des patientes présentaient une anxiété modérée tandis qu'elle était légère pour le sexe masculin avec 53,8%.

**Tableau IX : Répartition des épileptiques selon l'anxiété et la situation matrimoniale des parents :**

Situation matrimoniale des parents	Anxiété				TOTAL
	absente	légère	modéré	sévère	
<b>deux décédés</b>	0	4	3	5	12
%	0,0%	33,3%	25,0%	<b>41,7%</b>	100,0%
<b>divorce</b>	0	5	7	0	12
%	0,0%	41,7%	<b>58,3%</b>	0,0%	100,0%
<b>unis</b>	1	135	110	35	281
%	0,4	<b>48,0</b>	39,1	12,5	100,0
<b>veuf(ve)</b>	0	17	9	1	27
%	0,0	<b>63,0</b>	33,3	3,7	100,0

41,7% des épileptiques qui étaient orphelin(e)s des deux parents, présentaient une anxiété sévère et dans 58,3% cas nous avons une anxiété modérée pour ceux qui ont des parents divorcés.

**Tableau X : Répartition des épileptiques selon l'anxiété et le niveau d'étude :**

<b>Anxiété</b>					
<b>Niveau d'étude</b>	<b>absent</b>	<b>légère</b>	<b>modéré</b>	<b>sévère</b>	<b>TOTAL</b>
<b>analphabète</b>	0	<b>71</b>	59	23	153
Pourcentage	0,0	<b>46,4</b>	38,6	15,0	100,0%
<b>primaire</b>	1	<b>80</b>	59	16	156
Pourcentage	0,6	<b>51,3</b>	37,8	10,3	100,0%
<b>secondaire</b>	0	<b>9</b>	<b>9</b>	2	20
Pourcentage	0,0	<b>45,0</b>	<b>45,0</b>	10,0	100,0%
<b>supérieur</b>	0	1	<b>2</b>	0	3
Pourcentage	0,0	33,3	<b>66,7</b>	0,0	100,0%

Seul trois de nos patients avaient le niveau supérieur avec une majorité modérément anxieux.

**Tableau XI : Répartition des épileptiques selon l'antécédent familial d'épilepsie et l'anxiété :**

<b>Anxiété</b>					
	<b>absent</b>	<b>légère</b>	<b>modér</b>	<b>sévère</b>	<b>TOTAL</b>
	<b>e</b>		<b>ée</b>		
<b>non</b>	1	<b>133</b>	109	31	274
<b>%</b>	0,4	<b>48,5</b>	39,8	11,3	100,0
<b>oui</b>	0	<b>28</b>	20	10	58
<b>%</b>	0,0	<b>48,3</b>	34,5	17,2	100,0

Que le /la patient(e) ait un antécédent ou non, plus de 48% présentaient une anxiété légère.

**Tableau XII : Répartition des épileptiques selon le diagnostic d'épilepsie et l'anxiété :**

<b>Anxiété</b>					
<b>Diagnostic d'épilepsie</b>	<b>absente</b>	<b>légère</b>	<b>modérée</b>	<b>sévère</b>	<b>TOTAL</b>
<b>généralisée</b>	1	144	113	<b>40</b>	298
<b>%</b>	0,3	48,3	37,9	<b>13,4</b>	100,0
<b>partielle</b>	0	17	16	<b>1</b>	34
<b>%</b>	0,0	50,0	47,1	<b>2,9</b>	100,0

13,4% des épileptiques qui faisaient des crises généralisées avaient une anxiété sévère contre 2,9% pour les épilepsies partielles.

**Tableau XIII : Répartition des épileptiques selon la date de la dernière crise :**

<b>Durée Sans Crise</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>0 - 6 mois</b>	<b>234</b>	<b>70,5%</b>
07 - 12 mois	36	10,8%
13 - 18 mois	14	4,2%
19 - 24 mois	19	5,7%
Plus de 24 mois	29	8,7%
<b>Total</b>	<b>332</b>	<b>100,0%</b>

La majorité de nos patients avaient fait une crise datant de moins 6 mois soit 70,5% contre 8,7% de plus de 24 mois.

**Tableau XIV: Répartition des épileptiques selon la durée sous traitement :**

<b>Tranche Durée Traitement</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>0 - 06 mois</b>	<b>136</b>	<b>41,0%</b>
07 - 12 mois	47	14,2%
13 - 18 mois	15	4,5%
19 - 24 mois	24	7,2%
Plus de 24 mois	110	33,1%
<b>Total</b>	<b>332</b>	<b>100,0%</b>

41% nos patients avaient débuté le traitement au cours des 6 derniers mois qui ont précédés leur date de consultation.

**Tableau XV :** Répartition des patients selon l'anxiété et les tranches d'âge :

<b>Anxiété</b>					
<b>Tranche Age</b>	<b>absent</b>	<b>légère</b>	<b>modérée</b>	<b>sévère</b>	<b>TOTAL</b>
<b>05 - 18 ans</b> %	1 0,7	73 50,3	62 42,8	9 6,2	145 100,0
<b>19 - 32 ans</b> %	0 0,0	60 49,2	43 35,2	19 15,6	122 100,0
<b>33 - 46 ans</b> %	0 0,0	22 50,0	18 40,9	4 9,1	44 100,0
<b>47 - 60 ans</b> %	0 0,0	5 29,4	4 23,5	<b>8</b> <b>47,1</b>	17 100,0
<b>61 - 70 ans</b> %	0 0,0	1 25,0	2 50,0	1 25,0	4 100,0

L'intervalle 47-60 ans représentait la tranche d'âge la plus touchée par une anxiété sévère avec un taux de 47,1%.

**Tableau XVI Répartition des patients selon la date de la dernière crise:**

<b>Tranche Durée Sans Crise</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>
<b>0 - 6 mois</b>	<b>234</b>	<b>70,5%</b>
<b>06- 12 mois</b>	36	10,8%
<b>12 - 18 mois</b>	14	4,2%
<b>18 - 24 mois</b>	19	5,7%
<b>Plus de 24 mois</b>	29	8,7%
<b>Total</b>	<b>332</b>	<b>100,0%</b>

70,5% de nos patients avaient fait leur crise au cours des 6 derniers mois qui ont précédés leur consultation.

**Tableau XVII: Répartition des patients selon la durée sous traitement et l'anxiété :**

Anxiété					
Durée Traitement	absent	légère	modérée	sévère	TOTAL
<b>0 - 6 mois</b> %	0 0,0	49 36,0	<b>63</b> <b>46,3</b>	<b>24</b> <b>17,6</b>	136 100,0
<b>07 - 12 mois</b> %	0 0,0	21 44,7	19 40,4	7 14,9	47 100,0
<b>13 - 18 mois</b> %	0 0,0	8 53,3	6 40,0	1 6,7	15 100,0
<b>19 - 24 mois</b> %	0 0,0	14 58,3	9 37,5	1 4,2	24 100,0
<b>Plus de 24 mois</b> %	<b>1</b> <b>0,9</b>	69 62,7	32 29,1	8 7,3	110 100,0

Les patients qui avaient débuté le traitement pendant les six derniers mois, présentaient des anxiétés sévères et modérées avec respectivement 17,6% et 46,3%.

**Tableau XVIII: Répartition des patients selon la date de la dernière crise et l'anxiété :**

<b>Anxiété</b>					
<b>Durée Sans Crise</b>	<b>absent</b>	<b>légère</b>	<b>modérée</b>	<b>sévère</b>	<b>TOTAL</b>
<b>0 - 6 mois</b> %	0 0,0	91 38,9	105 44,9	<b>38</b> <b>16,2</b>	
<b>06- 12 mois</b> %	1 2,8	23 63,9	10 27,8	2 5,6	36 100,0
<b>12 - 18 mois</b> %	0 0,0	9 64,3	5 35,7	0 0,0	14 100,0
<b>18 - 24 mois</b> %	0 0,0	12 63,2	6 31,6	1 5,3	19 100,0
<b>Plus de 24 mois</b> %	0 0,0	26 89,7	3 10,3	<b>0</b> <b>0,0</b>	29 100,0

Chez 16,2% des épileptiques, qui avaient fait une crise au cours des six derniers mois qui ont précédés leur date de consultation, avaient une anxiété sévère.

On notait également l'absence d'anxiété sévère chez ceux ou celles qui avaient fait plus de 24 mois sans crise.

# COMMENTAIRES ET DISCUSSIONS

## **I- Prévalence**

Au cours de notre étude nous avons reçu 5264 patients dont 332 épileptiques soit une prévalence de 6,30%.

Ce chiffre est conforme avec les résultats rapportés par l'Empérière et *Al* qui avaient trouvé une prévalence de 5 à 10% d'épileptiques hospitalisés [34] et ceux de PICAR (Pascal Gilles Patrick) et *Al* à Dakar [38], qui avaient trouvés 7,5% d'épileptiques ayant consulté au service de psychiatrie du CHU de Dakar.

Par ailleurs, Mendez et *Al* (1986) [36 et 53] avaient respectivement rapporté que 4,4% et 5,5% des malades hospitalisés en milieu psychiatrique étaient épileptique.

Aussi est-il nécessaire de signaler que nos chiffres sont en conformité avec ces chiffres suscités.

En outre, 51,2% de nos patients présentaient une anxiété modérée à sévère ; chiffre comparable à celui retrouvé au Laos qui était de 45,66% [56].

Cette différence peu significative, est due au fait que celui-ci à utilisé une échelle différente de la notre.

## **II- Caractéristiques sociodémographiques**

**1- La tranche d'âge** la plus représentée était celle comprise entre 05 et 18 ans soit 43,7% de cas. Ces résultats concordent avec ceux de PICAR au Sénégal qui a rapporté que 30,5% avaient un âge compris entre 11 et 20 ans.

**2- Le sexe masculin** était prédominant dans notre étude avec 63,3% soit un ratio de 1,72. Résultat comparable à celui de J. P Clément au Benin qui a également eu 1,28 comme ratio [57]. Ceci s'explique par le fait que :

- les hommes ont plus de facilité pour se déplacer et accéder aux structures de soins ;
- l'état de santé de l'homme se fait plus vite ressentir dans tous les secteurs de la vie par rapport à celui de la femme ;
- les hommes extériorisent plus vite la maladie que la femme ;
- le jeune garçon est considéré comme l'espoir de la famille (ce qui est une vérité relative de nos jours) donc ses problèmes de santé sont priorisés par rapport à ceux des femmes.

### **3- La profession**

La majorité de nos épileptiques étaient des ménagères. Ceci s'explique par le fait que l'épilepsie étant une maladie couverte de nombreux de préjugés, ils sont en majorité stigmatisés par la société, et donc s'intègrent difficilement et restent en général au foyer pour éviter de faire des crises en public.

#### **4- Le niveau d'étude**

Seul 0,9% de nos patients avaient un niveau supérieur contre 46,1% d'analphabète. En plus, la plus part d'entre eux avait arrêté leurs études au niveau du premier cycle. Ces résultats peuvent s'extrapoler à ceux de P. Jallon qui trouva que 25% qui n'avaient pas une scolarité normale et que 12 à 14% avaient un QI inférieur 70 [27].

Par ailleurs Echenne B., et Cheminal R ont montré que 20 à 70% des épileptiques ont des difficultés scolaires [12].

On pourrait expliquer cela par le fait que l'épilepsie s'accompagne souvent de tare psychique [9] et surtout l'insuffisance d'information sur la maladie et les préjugés quant à sa contagiosité.

#### **5- La situation matrimoniale**

Nous avons enregistré 10 cas de divorce, tous liés à la maladie. Nous avons également eu 61,7% de célibataire dû aux stigmates de la maladie. Ces résultats posent le problème d'insertion sociale de l'épileptique.

### **III- Profil clinique**

#### **a- Le type d'épilepsie et l'anxiété**

Notre étude a montré que 13,4% des épileptiques qui faisaient des crises généralisées ou partielles secondairement généralisées avaient une anxiété sévère contre 2,9% pour les épilepsies partielles.

Par contre, 47,1% de nos patients qui faisaient une épilepsie partielle étaient modérément anxieux alors que seulement 37,9% l'étaient pour les cas d'épilepsies généralisées.

Ces chiffres sont comparables à ceux de Duc si TRAN au LAOS qui trouva 45,66 % de troubles anxieux chez des épileptiques en générale [56].

#### **b- : Le sexe et le type d'anxiété :**

43,4% de nos patientes présentaient une anxiété modérée tandis qu'elle était légère pour le sexe masculin avec 53,8%. Ceci peut s'expliquer par le fait que la femme est moins dotée en moyens de défense naturelle que l'homme et du fait de la place qui lui est réservée dans la société africaine.

#### **c- la situation matrimoniale des parents et l'anxiété des épileptiques:**

45,4% des épileptiques qui étaient orphelin(e) s des deux parents ou avaient des parents séparés, présentaient une anxiété sévère. Ce chiffre est supérieur à la moyenne d'anxiété sévère que nous avons retrouvée chez l'ensemble de nos épileptiques.

Ceci peut être dû au "vide" créé par l'absence d'un des deux parents.

### **b- L'anxiété par rapport à la date de la dernière crise**

Notre étude a montré que, plus la date de la dernière crise était éloignée, moins l'épileptique est anxieux. Ainsi, nous avons trouvé une anxiété sévère chez 16,2% des patients qui avaient fait une crise au cours des six derniers mois. Ceci s'explique par l'absence de crise, donc l'amélioration des conditions socioprofessionnelles à travers la lucidité de la conscience et la confiance en soi même par ce que ne craignant plus la survenue de crise.

### **c- Anxiété par rapport à la période sous traitement.**

L'hypothèse selon laquelle l'anxiété est liée aux crises se confirme à travers ces chiffres. En effet, nous retrouvons 17,6% d'anxiété sévère chez les épileptiques qui avaient fait leur crise dans les derniers mois qui ont précédés leur consultation. Ceci concorde avec la remarque faite par Duc Si TRAN sur les résultats de son étude sur le Phénobarbital distribué à grande échelle en République Démocratique du Laos [56].

### **d- Anxiété en fonction du diagnostic d'épilepsie retenue.**

Il faut dire que la majorité de nos patients faisaient des crises généralisées d'emblée ou secondairement généralisées soit un taux de 89,8% avec une prévalence d'anxiété sévère de 13,4% contre 2,9% pour les crises partielles.

# CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

## CONCLUSION

Afin d'évaluer la prévalence de l'anxiété chez les épileptiques, une étude prospective sur l'anxiété chez 332 patients épileptiques à Markacoungo a été réalisée et nous a permis, d'affirmer que cette entité chez les épileptiques est très fréquente dans la mesure où elle est quasi présente, mais à des degrés divers.

La prévalence des épileptiques qui consultent à la clinique de Markacoungo est de 6,30%.

Nos épileptiques s'intègrent difficilement à cause des préjugés qui entourent cette maladie cela est illustrée par le fait que la majorité d'entre eux était célibataire. La plus part d'entre eux étaient aussi ménagères. Par ailleurs nous avons enregistré 10 cas de divorce tous liés à la maladie.

Les crises sont un facteur d'aggravation de l'anxiété, c'est-à-dire que moins de crise entraîne dans la majorité des cas, moins d'anxiété.

## **RECOMMANDATIONS**

Au terme de notre étude, des recommandations sont proposées et s'adressent au(x):

### **Ministère de la santé,**

- Mis en œuvre effective de la politique de santé mentale qui prendra en compte les problèmes relatifs aux épileptiques.
- Assurer la formation et l'information des professionnels de la santé (médecins généralistes, techniciens de santé) et du public pour améliorer la prise en charge de l'épilepsie
- Rendre dynamique et plus performante la ligue malienne de lutte contre l'épilepsie afin qu'elle puisse sensibiliser les populations et surtout à définir une stratégie visant à mieux prendre en charge les épileptiques et faciliter ainsi leur insertion socioprofessionnelle.
- Instituer un cours d'épileptologie à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie prenant en compte le versant de la psychiatrie qui permettra aux étudiants en fin de cycle de se familiariser avec un domaine aussi vaste qu'est l'épileptologie.
- Lutter contre toutes les formes de discrimination et de préjugés néfastes dont les épileptiques sont victimes sur les lieux de travail et à l'école.
- Considérer l'épilepsie comme une maladie sociale et rendre disponible les médicaments gratuitement.
- Renforcer la mobilisation médiatique autour de l'épilepsie.

**Prestataires (Médecins, étudiants de fin de cycle...) :**

- Informer et sensibiliser les parents sur l'épilepsie afin d'obtenir une meilleure prise en charge des troubles anxieux.
- Renforcer la collaboration entre les agents sanitaires (neurologues, psychiatres et médecin de campagne) et la famille, non seulement pour repérer le processus morbide, mais également à contribuer à l'orientation vers les structures adéquates de prise en charge.
- Améliorer la compréhension par le patient, son entourage, et le public, de l'épilepsie, maladie neurologique universelle, non contagieuse, curable et l'anxiété maladie psychiatrique.

**Parents de malades :**

- Consulter précocement un agent de santé qualifié devant la survenue de crises épileptiformes.
- Eviter la survenue de crise par une observance rigoureuse du traitement surtout quand il s'agit des enfants.

**Malades :**

- Observance du traitement.

# BIBLIOGRAPHIE

**1- A. Biraben,**

Les nouvelles techniques de la chirurgie de l'épilepsie.

Mise au point, la lettre du neurologue numéro 2-vol.III. Mars-Avril 1999.

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

Sémiologie des crises épileptiques.-Editons techniques.

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

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

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

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

**4-Bellalem A., Messaoudi F.**

Etude transversal de l'épilepsie en milieu scolaire.

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

W 11:123

**5-Betts TA (1981)**

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

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

**6-Bonduelle P. ; Carole L.**

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

**7- Danesi M. a.**

Patient perspective on epilepsy in developing country.

Epilepsia; 25 (2), 1984. Pp11 84-198.

**8-DECLARATION AFRICAINE CONTRE L'EPILEPSIE**

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

Dakar, le 06 Mai 2000.

**9- De TOFFOL. B**

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

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

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

Deuxième congrès de Neurologie tropicale, Limognes, Septembre 1994,

Résumé W 11 : 124

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

Précis pratique de Psychiatrie.

Maloine ed Paris P. 362-66, 1981.

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

Are Idiopathic generalized epilepsies of childhood really benign?

Epilepsitic disorder. Vol. 3 numéro 3, 67-72, Dec. 2001

**13- Endziienne M., Pauza V., Miseviciene I.**

Prevalence of childhood epilepsy in Kaunas Lithuania

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

**14- Esquirol**

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

1831, tome I p 285

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

Epilepsie-Epileptiques

Manuel de psychiatrie 6 degré édition Masson p 273.

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

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

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

Onchocercose et épilepsie : Enquête épidémiologique au Mali 2000.

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

Crise épileptique, épilepsie et épileptique. *Encycl. Med. Chir, Psychiatrie*, 37250  
A puissance 10, 2-1981

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

Epilepsie.

Ellipses. Paris, 1996. 127p.

**20- Grunitzky E. K**

**Epilepsie:** Crédibilité des enquêtes dans les pays en voie de développement.

Deuxième congrès de neurologie tropicale, Limoges, septembre 1994, Résumé  
TR 3:101.

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

Epilepsy in iceland a clinical and epidemiological investigation.

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

**22- [http : //www.atlce.com/congres.2/epilepenseignantnord tunisien.htm](http://www.atlce.com/congres.2/epilepenseignantnord_tunisien.htm)**

Association tunisienne de la lutte contre l'épilepsie.

**23- <http://www.cocof.be/telecharge/docs/sbfph/chartesida.pdf> CHARTÉ  
POUR AGIR**

**24- [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/80.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/80.pdf)**

Déclaration Africaine contre l'épilepsie.

**25- [http://www.handipole.org/image/appuis/appuis\\_conference.pdf](http://www.handipole.org/image/appuis/appuis_conference.pdf)**

Réflexions

**26- <http://www.hug-ge.ch>**

Epilepsie et Sport 30 septembre 2004

La conférence régionale du 3 Mars 2003.

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

Jallon P.

**28-** <http://www.164.109.63.32/pdf,epi-insertion-sociale.pdf> Bien vivre son épilepsie : Insertion sociale.

29 [http : // www. -164.109.63.32/pdf,epi-sport.pdf](http://www.-164.109.63.32/pdf,epi-sport.pdf). Bien vivre son épilepsie: le sport.

**30- Karl Mondon, Isabelle Suzanne, Bertrand de Toffol,** Service de neurologie, CHU Bretonneau, 37044 Tours Cedex, France..

**31- Jallon P.**

L'épilepsie (1) impact médecine.

Héβδο numéro 170, ppIV-V.

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

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

**33- Karfo.**

L'épilepsie. L'image africaine.

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

**34- Lempérière Th., Feine A., et al.,**

Les aspects psychologiques et psychiatriques de l'épilepsie.

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

**35- Mbella M E.,**

Les épilepsies au Togo.

Thèse de Médecine, Lomé, 1991 numéros 10.

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

Depression in epilepsy: significance and phenomenology.

Archives of Neurology, 43: 766-770

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

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

Epilepsia 28 (3), 1987. P273-279.

**38- Picard P.D.P.**

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

Thèse de Médecine, Dakar, numéro 121, 1981. 142 P.

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

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

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

**40- Roger J.**

Le risque de psychose chez l'épileptique adulte.

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

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

Epilepsie de la clinique aux examens complémentaires.

Lab Cassenne, 1998. Une société de Hoechst Marrion Roussel

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

Epilepsie

Encycl. Med. Chir. 1996 elsevier, Thérapeutique, 25-441-A a la puissance 10.

**43- Salamata O.**

Eude épidémiologique de l'épilepsie dans l'arrondissement central de Bandiagara, Thèse de Médecine numéro 7, Bamako, 1989.

**44- Tagny M.R.**

Epidémiologie des épilepsies dans 2 communes du district de Bamako.

Thèse de médecine, FMPOS, numéro 31, 2000.

**45- Tekle-Haimanot R., Forgren L., Eksedt J.**

Incidence of epilepsy in rural Ethiopia.

Epilepsia (Copenhagen), vol 38 ; number 5, 1997. Pp 541-546

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

Abrégé d'épilepsie; 1988

Ed john libbey p. 85-91

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

Psychoses of epilepsy in MT EH Reynold,

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

**48- Traoré M. Diallo D. Traore J.**

Toxiques-Toxicomanie et épilepsie.

Deuxième congrès de Neurologie tropicale, Limoges, Septembre 1994, Résumé  
TR 3 : 109.

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

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

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

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

Etude longitudinale de 60 patients épileptique à Bamako, Mali.

Deuxième congrès de Neurologie tropicale, Limoges, Septembre 1994, Résumé  
11 : 127

**51- Timohty A. Pedley**

Epilepsies

CECIL : Traite de Médecine interne, Paris, première édition française  
Médecine-science Flammarion p 2113-2125.

**52- Vandamme G., Beaussard-Defae J., (1982)**

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

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

Epilepsie et troubles psychiatriques : données épidémiologiques.

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

**54-** WWW. Automatic-expo. Com.

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

L'intégration scolaire.

**55-** [www.arabpsynet.com/these/consthesedetail.asp](http://www.arabpsynet.com/these/consthesedetail.asp)

Référence =33 - 18k –

**56-Duc si TRAN:** Epilepsie en République Démocratique Populaire du Laos : études originales sur l'épidémiologie, les étiologies, les aspects socioculturels et la prise en charge des patients atteints d'épilepsie.

**57-** [www.em-consulte.com/article/83260](http://www.em-consulte.com/article/83260) - 43k

J.P. Clément - Anxiété et dépression chez les épileptiques en population générale au Bénin (Afrique de l'Ouest).

**58-** <http://www.medical-congress.com/index>

**59- Pr .P.M .Preux, E.Ngoungou, F.Quet, B. Martin, Druet-Cabarrac, P. Nubukpo.**

Epilepsie : Avancée médicales et sociales Edition John Libary Eurotext, 2006.

**60- Epilepsie et troubles mentaux :** Etude épidémio-clinique dans le service de psychiatrie du CHU du point-G à Bamako à propos de 342 cas. Page 57.

Thèse de médecine de Mlle TEDONGMO TIAYO Linette Hortense .

# ANNEXES

## ANNEXE 1

### FICHE D'ENQUÊTE

(Echelle d'*Hamilton*)

**-Nom:**

**Prénoms:**

**- Sexe:** Masculin  Féminin  Poids :.....

**-Profession :**  fonctionnaire de l'état

Cultivateur  élève  commerçant  éleveur   
ménagère

Autres :.....

**-Situation matrimoniale :**

Marié(e)  célibataire  divorcé(e)  Veuf (ve)

Si divorcé(e), la cause est-elle liée à la maladie **oui**  **non**

**-Age:**

**-Situation matrimoniale des parents:**

Unis  Divorcé(e) s  Veuf (ve)

**-Niveau d'étude :**

Analphabète  Primaire  secondaire  supérieur

Si analphabète ou étude interrompue, la cause est-elle liée à la maladie **oui**   
**non**

**-Antécédent familial d'épilepsie:**

Oui  non

Si oui père  mère  frère/sœur

**-Diagnostic d'épilepsie (forme clinique) :**

Crise généralisée  crise partielle

**-Date de début du traitement :**

**-Age du/de la patient(e) lors de la première crise :**

**-Date de la dernière crise :**

**-Date de la consultation**

Item	Symptômes à rechercher	cotation
<b><u>Humeur anxieuse</u></b> : cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible	Le ou la patient(e) ne se sent ni plus ou moins sur(e) de lui/d'elle et n'est ni moins irritable que d'habitude.	<b>0</b>
	Que le ou la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sur(e) de lui /d'elle que d'habitude est plus clair.	<b>1</b>
	Le ou la patient(e) exprime plus clairement qu'il ou elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peu lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du ou de la patient(e).	<b>2</b>
	Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du ou de la patient(e).	<b>3</b>
	Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du ou de la patient(e).	<b>4</b>
<b><u>Tension nerveuse</u></b> Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.	Le ou la patient(e) n'est ni plus ou tendu(e) que d'habitude.	<b>0</b>
	Le ou la patient(e) semble quelque peu plus nerveux (nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.	<b>1</b>

	Le ou la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est empli(e) d'agitation intérieure qu'il /elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur la vie quotidienne.	<b>2</b>
	L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent avec le travail et la vie quotidienne du / de la patient(e).	<b>3</b>
	Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e)	<b>4</b>
<b><u>Crainte</u></b> : cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des publics, d'être seule, de la circulation, des inconnues, du noir etc. il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.	Absentes	<b>0</b>
	Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.	<b>1</b>
	Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.	<b>2</b>
	Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.	<b>3</b>
	L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du / de la patient(e)	<b>4</b>
<b><u>Insomnie</u></b> : cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.	Durée et profondeur du sommeil habituelle	<b>0</b>
	La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés de d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.	<b>1</b>
	La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.	<b>2</b>

	La durée du sommeil ainsi que sa profondeur sont altérées de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24 heures.	<b>3</b>
	Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.	<b>4</b>
<b>Troubles de la concentration et de la mémoire :</b> Cet item couvre des difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.	Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés se concentrer que d'habitude.	<b>0</b>
	Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.	<b>1</b>
	Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.	<b>2</b>
	Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décision ; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.	<b>3</b>
	Pendant l'entretien le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou a la prise de décision.	<b>4</b>
<b>Humeur dépressive :</b> Cet item couvre a la fois la communication non verbale de la tristesse, de la déprime de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.	Absente	<b>0</b>
	Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattue ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.	<b>1</b>
	Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.	<b>2</b>
	Le/la patient(e) montre des signes non verbaux clair de dépression ou de perte d'espoir.	<b>3</b>

	Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état.	<b>4</b>
<p><b>Symptômes somatiques généraux</b> : (musculaires) faiblesse, raideur, allodynies ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou a la nuque.</p>	Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux (se) ni n'éprouve plus de raideur dans les muscles que d'habitude.	<b>0</b>
	Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleur ou de raideurs musculaires qu'habituellement.	<b>1</b>
	Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.	<b>2</b>
	Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie ou le travail quotidien du/de la patient(e).	<b>3</b>
	Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).	<b>4</b>
<p><b>Symptômes somatiques généraux : (Sensoriels)</b> Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène la vision floue, des bouffées de chaleur ou. /de froid, et des sensations de fourmillements</p>	Absente	<b>0</b>
	Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.	<b>1</b>
	Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillement de la peau.	<b>2</b>
	Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).	<b>3</b>
	Les symptômes sensoriels en sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la	<b>4</b>

	patient(e).	
<b>Symptômes cardio-vasculaires:</b> Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de <<cognement>> dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.	Absents	<b>0</b>
	Leur présence n'est pas claire	<b>1</b>
	Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.	<b>2</b>
	Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.	<b>3</b>
	Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).	<b>4</b>
<b>Symptômes respiratoires :</b> Sensation de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante.	Absents	<b>0</b>
	Présence peu claire	<b>1</b>
	Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.	<b>2</b>
	Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.	<b>3</b>
	Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).	<b>4</b>
<b>Symptômes gastro-intestinaux :</b> Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de descente brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'œsophage ou dans l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être «	Absents	
	Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel	<b>1</b>
	Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux, mais le/la patient(e) peu	<b>2</b>

rempli », la nausée, les vomissements, la diarrhée et gargouillements abdominaux.	encore les contrôler	
	Le/ la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail	<b>3</b>
	Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/ de la patient(e)	<b>4</b>
<b>Symptômes urinaires et génitaux :</b> Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du cycle menstruel, l'anorgasmie, douleur au cours des rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.	Absents.	<b>0</b>
	il n'est pas claire si pressent ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).	<b>1</b>
	Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents, mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).	<b>2</b>
	Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/ de la patient(e).	<b>3</b>
	Les symptômes ou génitaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e)	<b>4</b>
<b>Autres symptômes du SNA :</b> cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou les pâleurs, les bouffées de transpiration et les vertiges.	Absents	<b>0</b>
	Présence peu claire	<b>1</b>
	Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).	<b>2</b>
	Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne	<b>3</b>

	et le travail du/de la patient(e).	
	Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e)	<b>4</b>
<b>Comportement pendant l'entretien</b> : Le ou la patient(e) peu paraître tendu(e), nerveux(e), agité(e), inquiète(e), tremblant(e), pale, en hyperventilation ou en sueur pendant l'entretien. Une observation globale est faite sur la base de ces observations.	Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux (se).	<b>0</b>
	Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux (se).	<b>1</b>
	Le/la patient(e) est modérément anxieux (se)	<b>2</b>
	Le/la patient(e) est anxieux (se) de façon marquée.	<b>3</b>
	Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété ; par exemple: il/elle tremble de tous son corps.	<b>4</b>

**<17: Légère 18 – 24: légère à modérée 25 – 30: modérée à grave**

## **FICHE SIGNALITIQUE**

**Nom : FANE**

**Prénoms : Karim**

**TITRE :** Evaluation de l'anxiété chez les épileptiques en zone rurale au Mali: cas de Markacoungo.

**ANNEE DE SOUTENANCE :** 2008-2009

**VILLE DE SOUTENANCE :** Bamako

**PAYS D'ORIGINE :** MALI

**LIEU DE DEPOT :** Bibliothèque de la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie.

**SECTEURS D'INTERET :** Psychiatrie, Neurologie, Santé Publique

### **Résumé**

En république du Mali, et même dans la sous région, peu d'études ont été consacrées à la particularité de l'anxiété chez les épileptiques.

Notre étude avait pour but l'évaluation de l'anxiété chez les épileptiques en zone rurale.

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive portant sur 332 cas.

L'épilepsie représentait 6.3% de nos patients. Les épileptiques de la tranche d'âge de 05 à 18 ans étaient les plus représentés avec 43,7%.

Le sexe ratio était de 1,72 % en faveur du sexe masculin.

En outre, 51,2% de nos patients présentaient une anxiété modérée à sévère.

Nous avons trouvé une anxiété sévère chez 16,2% de nos patients qui avaient fait une crise au cours des six derniers mois contre 7,3% pour ceux qui avaient fait plus de 24 mois sans crise.

Mots clés : épilepsie, psychiatrie

### **SERMENT D'HIPPOCRATE**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Je le jure**