



JOURNEE RENNAISE DE L'ÉPILEPSIE
de l'enfant et de l'adolescent

17 juin 2022

Epilepsie et crises non épileptiques

Diagnostic et prise en charge

Dr C. Gomes
E.F.N. CHU Rennes



un peu d'histoire ...

Antiquité

Hippocrate en - 400 av. JC : “le mal sacré”

Galien en ~ 100 ap. JC : “ l’
étouffement de l’ utérus ”

Arétée ~ 200 ap. JC



XIX^e siècle

Charcot ~ 1870 : “hystero - épilepsie “

Von Hartmann 1877 : philosophie de l'inconscient

Freud ~ 1890 : la psychanalytique



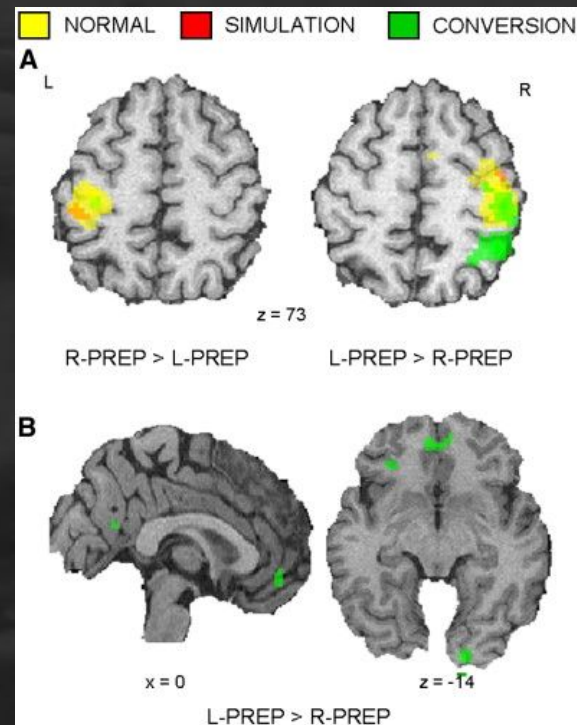
Extrait d'une “chronophotographie”, Albert Londe, 1878



“Arc de cercle”, Paul Richer, Études cliniques sur l’hystéro-épilepsie ou grand hystérie (Paris, 1885).

XXI^e siècle

IRM fonctionnelle





Données générales

Epidémiologie

Délai diagnostique de ~ 7 ans

prévalence difficile à estimer ~ 3,5 / 1000 adultes

20% à 30% des patients vus en centre d'épileptologie

pseudo - état de mal épileptique dans 30%

Age moyen 25 ans [5 - 70 ans]

Ratio H / F : 1 / 3

10% de patients associent épilepsie et pseudo - crises

Caractéristiques communes

résistance aux anti - épileptiques *

symptômes atypiques pendant les crises *

EEG normaux *

vidéo EEG normales pendant les manifestations

contexte psychopathologique *

(*) tout ce qui peut être pris au dépourvu !

Symptômes évocateurs

sélectivité du lieu de survenu des manifestations ++

rarement nocturne

variété des manifestations ++

durée trop longue pour une crise (pseudo - état de mal)

récupération post - malaise anormalement rapide

absence de blessures / traumatismes malgré une chute

fermeture des yeux en début de crise

cris après la crise

Facteurs de risque CNEp

Obésité

Faible niveau socio - éducatif

Antécédents familiaux de tentatives de suicides

Antécédents personnels de conversion

Antécédents d'abus sexuels (~ 50% selon les études)



Particularités pédiatriques

Particularités épidémiologiques

début des manifestations le plus souvent après l'âge de 10 ans

ration H / F : 1 / 1 avant l'adolescence

tremblements chez les garçons, chutes chez les filles

troubles de l'attention et parasomnies fréquents

15 - 20% de co - morbidité psychiatrique (tbl de l'estime, tbl humeur, anxiété)

Particularités cliniques

Myoclonies

Stéréotypies

Mouvements oculaires paroxystiques ++

Trouble de la posture

Particularités diagnostiques

Association avec une épilepsie fréquente ~30 %

Plus fréquente en cas d'épilepsie frontale ?

Paroxysmes EEG "fonctionnels" assez fréquents en pédiatrie

Fréquence des captures vidéo avec smartphone ++

! Pièges

manifestations psychogène d'une épilepsie *

manifestations motrices atypiques*

perte d'urine ?

facteurs émotionnels et épilepsie ++

amélioration sous anti-épileptique !

manifestations paroxystiques non épileptiques non psychogènes **

- accès dystoniques, accès hypertoniques, crises oculogyres
- dyskinésies, accès d'hypersudation, trouble du sommeil

(*) Cortex cingulaire par exemple

(**) ex. trouble de la synthèse en neuromédiateur : déficit en sepiaptérine réductase

(**) ex. anomalie du récepteur à la glycine médullaire : hyperreflexia



Vidéos



L'annonce diagnostique

Les points clés

⇒ Etablir une relation de confiance ++

⇒ Si possible une entrevue avec les parents seuls / lieu adapté

⇒ Vocabulaire ++ à adapter milieu socio - culturel de la famille

“blocage inconscient”, “ce n’est pas de la simulation”, “cerveau siège le l’esprit et des emotions”, “c’est aussi invalidant qu’une épilepsie”, “trouble fonctionnel”

Les points clés

- ⇒ Insister sur la dimension non verbale : “tout va toujours bien”
- ⇒ Insister d'emblée sur la difficulté de prise en charge et sur l'inefficacité des anti-épileptiques. Citer des exemples de traumatismes déclencheurs
- ⇒ Effet bénéfique “d'une prise de conscience”



La prise en charge



...

L'annonce diagnostique contribue au traitement

Thérapie cognitivo - comportementale

Hypnose

Médecines “parallèles” ?