

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique



République du Mali
UN PEUPLE – UN BUT – UNE FOI

UNIVERSITE DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE
BAMAKO (USTTB)

Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie

Année académique : 2014-2015

N°... /

TITRE

Evaluation des troubles de l'humeur chez les épileptiques en zone rurale du MALI *(Cas de Markacoungo).*

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 13/07/15/ à 12 Heure devant la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie (FMOS) du Mali par :
M Kissima TRAORE

pour obtenir le grade de docteur en médecine (**Diplôme d'Etat**).

Jury

Président : Pr Youssoufa MAIGA
Membre : Pr Souleymane COULIBALY
Co-Directeur : Dr Karamoko NIMAGA
Directeur : Pr Arouna TOGORA

DEDICACES

Je dédie ce travail,

A Allah,

Le Tout Puissant, le Miséricordieux par aisance et par excellence ; par ton assistance nous réussissons à nos entreprises. Nous te demandons aide et protection, guide nos pas vers le droit chemin. Assiste-nous dans ce monde d'ici-bas.

A Ras soûl Mohamad (paix et bénédiction d'Allah sur lui),

Le meilleur des hommes, par son amour pour sa communauté.

A mon père, feu **Filifin Traoré**,

Sans toi, j'aurai vu la vie sous un autre angle. Reposes en paix. Merci pour tes prières qui me couvrent partout, ce travail est le tien

A ma mère koneke DIARRA,

Je ne trouverai pas ici les mots suffisants pour te dire merci. Tu nous as aidés dans tout ce qu'on a fait, tes encouragements et ta persévérance m'ont permis de réaliser ce travail.

La bonne éducation, le sens de travail bien fait qu'on a reçu de toi nous seront utiles dans notre vie quotidienne. Que dieu te garde longtemps à côté de nous pour que tu puisses profiter pleinement des fruits de ce travail

A ma belle-mère Baro Fomba,

Je te dis merci pour tout le soutien, les conseils, les bénédictions qui m'ont aidé à surmonter beaucoup de difficultés. Trouve ici l'expression de ma profonde gratitude. Que Dieu te garde longtemps à nos côtés.

A mon épouse, AWA NOMOGO dite MAMIE,

Toi qui m'as si soutenue dans les moments de difficultés. Ta patience et ta perspicacité me laissent sans mots. Ce travail est le témoignage d'un amour sans faille pour toi.

A mes frères et sœurs, **Sabaké, Nene, Mamadou, Modibo, Dr Sékou, Dr Demba, Diouraba, N'tjidié, Binta, Kadia, Dado, Sirantou, Fatoumata, Cecile, Phulber, Appolos**

En vous reposent ma force et mon espoir. L'unité familiale n'a pas de prix ; qu'elle demeure pour nous l'objectif premier. Je la témoigne ici en vous dédiant ce travail.

A mes oncles **Issa DIARRA ET Bakary dit Guéléba DIARRA**, merci pour vos bénédictions.

A mon beau père **DEMBA NOMOGO**, à ma belle-famille, merci pour m'avoir accepté dans la famille.

A ma belle-mère **Haida SALL** merci pour ton soutien

A mes beaux frères **Dramane NOMOGO, Ibrahima NOMOGO** et **Abdoulaye NOMOGO**.

A ma belles sœur **Fatoumata NOMOGO dite Assou Bébé** et son mari **Mahamadou HAIDARA**

Au Docteur Karamoko NIMAGA et toute sa famille,

Vous m'avez accueilli et offert une famille où j'ai trouvé l'amitié et la solidarité. Merci pour l'encadrement, le soutien, les conseils durant ces moments passés ensemble.

Recevez ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur Ibrahima FOBA,

Ce travail est le vôtre, vous avez, à tout moment, fait la preuve de la plus grande disponibilité. C'est l'occasion pour moi de vous réaffirmer toutes mes considérations et mes vifs remerciements

Au Docteur Zoumana DIARRA

Les mots me manquent pour qualifier vos qualités humaines. N'eut été votre disponibilité scientifique, nous n'aurions pu réaliser ce lourd travail. Puisse ce travail vous apporter beaucoup de joie et témoigner toute ma reconnaissance.

REMERCIEMENT

A feu Bayaya KONE et toute sa famille,

Les mots me manquent pour exprimer tout ce que je ressens pour vous après tous ces moments passés ensemble pour la réalisation de ce travail.

J'ai été touché par votre humanisme, votre soutien, votre générosité et surtout votre désir pour le travail bien fait. Recevez ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde reconnaissance.

A Sériba FANE et sa famille,

Les mots ne suffiront jamais pour vous remercier. A aucun moment votre soutien n'a fait défaut. Recevez ici toute ma profonde gratitude et voyez en ce travail le vôtre.

A la famille Faraba,

Merci pour tous vos soutiens.

A tous mes amis,

**Dr Hamidou KONARE, Dr Brehima TRAORE, Dr SIDIBE Soumaila, Mamadou DIALLO
Dr Moussa DIAKITE Dr COULIBALY Abdoulaye, Diofan TRAORE et Mané TRAORE.**

Ce travail est le vôtre ; merci de votre franche collaboration.

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 merci pour vos soutiens.

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY,

PROFESSEUR YOUSOUFA MAIGA

- **Maître de conférences agrégé en Neurologie,**
- **Chef de service de neurologie du CHU du Gabriel TOURE,**
- **Formateur de l'académie Européenne de l'Epilepsie (EUREPA),**
- **Membre de la société Africaine de Neurosciences (PAANS),**
- **Secrétaire de la ligue malienne contre l'Epilepsie (LMCE),**
- **Membre de l'Académie des 1000 de la ligue internationale de lutte contre l'Epilepsie,**
- **Membre de la société Française de Neurologie.**

Cher Maître, vous nous avez fait l'honneur d'accepter d'être membre de ce jury.

Votre expérience incontestable dans la lecture critique des travaux scientifiques est gage de valeur pour ce travail.

Cher Maître, veuillez acceptez nos sincères remerciements et notre profonde gratitude

A NOTRE MAÎTRE ET JUGE,

PROFESSEUR SOULEYMANE COULIBALY,

- Maître de conférences à la FMOS,

- Psychologue clinicien au CHU du Point G.

Cher maître,

La spontanéité avec laquelle vous avez accepté de participer à ce jury malgré vos multiples occupations nous a profondément touché.

Soyez rassuré de notre respect et de notre profonde reconnaissance.

**A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE,
DOCTEUR KARAMOKO NIMAGA,**

- Médecin épidémiologiste,**
- Tête du réseau RARE (recherche action en Réseau sur l'Épilepsie),**
- Membre et formateur a l'académie européenne d'épilepsie (EUREPA)**
- Président de l'Association des Médecins de Campagne (AMC),**
- Premier vice président de la ligue malienne de lutte contre l'épilepsie (LMCE)**

Cher maître,

Nous vous appelons affectueusement le médecin du prince MAHIDOL de Thaïlande qui vous a décerné le prix d'excellence au cours du 2eme forum mondial sur les ressources humaines pour la santé tenu à Bangkok en Janvier 2011.

Vos qualités humaines et scientifiques, votre simplicité et votre sens de bien accomplir le travail nous laisse sans mots.

Nous avons été marqués par votre modestie et la qualité de votre démarche diagnostique qui font de vous un homme de qualité exceptionnelle. Apprendre à vos cotés fut un immense honneur.

Acceptez ici cher maître, toute notre reconnaissance.

A NOTRE MAÎTRE ET DIRECTEUR DE THÈSE,

PROFESSEUR AROUNA TOGORA,

- **Maître de conférences à la FMOS,**

- **Psychiatre et pédopsychiatre au CHU du Point G.**

Cher Maître,

Nous vous remercions, pour notre acceptation et la confiance que vous nous avez portée, en nous confiant ce travail et en acceptant de le diriger.

Votre dévouement à la tâche, votre disponibilité et vos immenses qualités humaines font de vous un homme respectable.

Veillez retrouver toute notre reconnaissance et l'expression de nos sentiments les plus respectueux

SIGLES ET ABBREVIATIONS

ATCD : Antécédent

AVC : Accident Vasculo-cérébral

BAAR : Bacille acido-alcalo résistant

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CSCOM : Centre de Santé Communautaire

DSM : Manuel Diagnostic et Statistique des troubles Mentaux

EEG : Electroencéphalogramme

EPR : Enfant à Paroxysmes Rolandique

IDD : Interictal Dysphorique Disorder

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

PEV : Programme Elargi pour la Vaccination

PVD : Pays en Voie de Développement

RN6 : Route National N°6

SNA : Système Nerveux Autonome

SNC : Système Nerveux Central

SSRI : Inhibiteurs Spécifiques de la Recapture de la Sérotonine

TDM : Tomodensitométrie

VIH : Virus Immuno-Humaine

SOMMAIRE

I-INTRODUCTION.....	01
II- OBJECTIFS.....	03
III-GENERALITES.....	04
IV-METHODOLOGIE.....	36
V-RESULTATS.....	40
VI-DISCUSSIONS.....	52
VII-CONCLUSION.....	56
VIII-RECOMMANDATIONS.....	57
IX-BIBLIOGRAPHIE.....	59
X-ANNEXES.....	63

I-INTRODUCTION :

L'épilepsie est une affection universelle parmi les plus anciennes que connaît l'humanité. Elle se caractérise par une tendance à des crises récurrentes qui peuvent aller de deux à plus.

Epilepsie et épileptique sont des termes d'origine grecque ayant la même racine que le verbe « epilambanein » qui signifie saisir ou prendre par surprise.

On croyait par le passé et beaucoup en sont encore convaincus, qu'une personne souffrant d'épilepsie est la proie d'une force ou d'une puissance surnaturelle.

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 pour mille, tandis que cette prévalence était de 0,4% en Allemagne, alors que les statistiques américaines l'estimaient à 0.5% (A. GASSET) [1, 2].

Selon l'OMS en 2000, l'Afrique comptait entre 3 à 10 millions d'épileptiques dont seulement 20% bénéficient de soins adéquates. Cela nous permet de conclure que l'épilepsie pose un réel problème de santé publique [3, 4].

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

Au Mali quelques études ont été réalisées, en majorité hospitalières et avaient représenté 67% des crises convulsives du nourrisson [6, 7, 8, 9].

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 [10,11].

A Bandiagara on a eu une prévalence de 4,41 pour mille. Une thèse effectuée dans le service de psychiatrie du point G en 2004 montrait 9,1% des patients hospitalisés dans le service étaient atteints d'épilepsie [12].

Les maladies mentales peuvent frapper n'importe qui, peu importe la profession, le niveau de scolarité, la catégorie socioéconomique et la culture.

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 les troubles de l'humeur que peut vivre ce dernier.

Les patients épileptiques, tous syndromes confondus, ont un risque élevé de troubles mentaux [23].

Les deux plus fréquents sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, souvent sous-estimés voire méconnus.

C'est au regard de tout ceci, que nous avons bien voulu évaluer leurs troubles de l'humeur compte tenu des discriminations dont ils sont victimes.

II-OBJECTIFS :

A. Objectif général.

Etudier les troubles de l'humeur chez les épileptiques vus en consultation ambulatoire dans la clinique médicale « DINANDOUGOU » de Markacoungo au Mali.

B. Objectifs spécifiques.

- Déterminer la fréquence des troubles de l'humeur chez les épileptiques vus en consultation ambulatoire dans la clinique médicale « DINANDOUGOU » de Markacoungo.
- Décrire les caractéristiques socio démographiques des patients.
- Evaluer l'intensité des troubles de l'humeur par rapports aux types de crises.
- Evaluer l'intensité des troubles de l'humeur en fonction de l'évolution clinique sous traitement.
- Evaluer l'intensité des troubles de l'humeur par rapports aux types de médicaments utilisés.

III.GENERALITES

A. EPILEPSIE

1- Historique

1-1. Historique de l'épilepsie

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. [13,5]

1-2. L'image africaine de l'épilepsie [14]

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 [4, 15].

2-Définitions :

Selon **Thomas et Genton [5]**

- **Les crises d'épilepsie** sont des manifestations cliniques 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 [16]**

- **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 [17] :

- **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 [15,16].
- **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 manifestées 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 aigue 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.

3-Définitions opératoires : [19, 20]

a) **L'épilepsie** proprement dite se caractérise par une tendance à la **répétition des crises**. Ces crises sont des manifestations paroxystiques (motrices, sensitives, 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 [13]** : 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 : [17, 21, 5]

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 manifester sous forme de crises. Il n'y a donc pas une épilepsie mais des épilepsies.

3-1 Classifications des crises [17] :

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'électroencéphalogramme (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 électro clinique.

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) : Paralysie de Todd.

TABLEAU DE LA SYMPTOMATOLOGIE DES CRISES PARTIELLES ET LEUR VALEUR LOCALISATRICE

Types de crises	symptomatologie caractéristique	valeur localisatrice
Crises motrices		
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"> • Vocalisation involontaire • Gêne ou impossibilité totale de parler par atteinte des muscles nécessaires à l'expression verbale 	<ul style="list-style-type: none"> • aire motrice supplémentaire • région rolandique basse (opercule rolandique)

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 pour léchages)
- 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)

1. Crises généralisés

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

2- Crises partielles (focales)

2-1 Crises partielles simples

a- Avec signes moteurs

b- Avec signes somato-sensitifs ou sensoriels

c. Avec signes végétatifs

d. Avec signes psychiques

2-2 Crises partielles complexes

a- Début partiel simple 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 [17, 16, 21]

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 crypto géniques ;

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 [17, 13]

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 [22,13]. 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 [23, 13].

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 partie 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 [22, 14, 21, 5] :

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 typiques.

-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.) [10, 5,24].

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 [11].

Le paludisme cérébral entraînerait des crises convulsives fébriles de l'enfant, des crises associées à l'encéphalopathie aigüe accès pernicieux ou des séquelles d'atteinte cérébrale palustre) [25, 5, et 26].

La neurocysticercose due à la localisation intracérébrale des larves de *Tænia solium*, est considérée comme une cause d'épilepsie tardive dans les PVD nonmusulmans [25, 5].

Certaines microfilaires (onchocercose, loase) sont à l'origine des crises tardives [22, 14, 24].

Les affections fébriles extra-cérébrales (infections virales ORL, fièvres éruptives...) peuvent entraîner des convulsions hyperthermiques [14].

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 posttraumatique, qui se caractérise par des crises focales secondairement généralisées [22,14].

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 somatomotrices ou sensorielles, des crises partielles secondairement généralisées

[11,22, 26].

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 [14, 25, 26] :

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, antidépresseurs...) 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 néoplasiques). 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 envahi.
- Une crise d'épilepsie partielle si le foyer ne parvient à exciter que les régions voisines, les manifestations seront fonction de la situation du foyer et de l'extension du tissu nerveux qu'il peut exciter.

Dans ce dernier cas, le signal symptôme initial de la crise, s'il se répète à chaque crise successive, 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 cérébrale 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 [23,19, 22, 21 et24] :

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 [23, 13, 5, 24].

Néanmoins, **Vuilleumier P et Jalon P** dans la revue de neurologie [24] 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 pharmacorésistants.

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 [23, 15, 13].

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 classent en troubles aigus et chroniques [19, 22]

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 dominant 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.

[17,22, 16]. Cet état dure de quelques minutes à plusieurs jours.

L'EEG est caractérisé par la succession ininterrompue ou quasi ininterrompue d'anomalies. Les absences prolongées sont un peu particulières dans la mesure où l'élément déficitaire est parfois assez discret et où la relation d'objet est provisoirement et fortement perturbée.

-les états crépusculaires post critiques

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

L'EEG montre des anomalies qui disparaissent progressivement.

L'élément déficitaire domine le tableau, l'élément délirant est représenté par une production onirique généralement assez pauvre.

-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 plus 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, quelles que 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. » [22]

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 exclut 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 **VonMéduna** avec le cardiozol-choc, transformées ensuite en électrochoc par **Cerlettiet Bini** [23]. 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 décors 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 [19, 16].

7-Diagnostics différentiels [22] :

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 (tétaniques) 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.

Quel que 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) phénobarbital :

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) phénytoïne (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 antiépileptiques (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.

Posologie : Enfant : 2-8mg/kg/j

Adulte : 2-6mg/kg/j

3- carbamazépine (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 alopecie 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. Benzodiazépines :

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 épileptiques 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 hépato toxicité

C) Nouveaux médicaments anti-épileptiques :

-Vigabatrin (Sabril) : Cp 500mg (2 à 4 /j) en 2 prises.

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.

-Gabapentine (neurotin) : Cp 1200 à 2400 mg /j en trois prises.

-Tiagabine (Gabitril) : Cp 30 à 50 mg/j.

-Prégabine (Lyrica) : gelule 150 à 600 mg/j en deux à trois prises.

-Topiramate (Eptomax) : Cp 15 à 200 mg/j en deux prises.

-Oxcarbazépine (Trileptal) : Cp 600 à 2400/j en deux prises.

-Lamotrigine (Lamictal) : Cp 200 à 400 mg/j en deux prises.

-lévétiracetam (keppra) : Cp 500mg en deux prise.

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 [27 et 28] ;

-Une callosotomie pour des crises atoniques et tonico-cloniques secondairement généralisées ;
Une hémisphérectomie pour les enfants ayant des crises unilatérales associées à une hémiparésie, une hémiparésie et une main inutilisable.

Des nouvelles techniques permettent d'élargir les indications de la chirurgie de l'épilepsie ce sont entre autres [16] :

- 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-Troubles psychiatriques chez des patients épileptiques et leurs traitements

Les patients qui souffrent d'une épilepsie ont une comorbidité de troubles psychiatriques plus élevée que la population générale. Cette comorbidité est encore plus élevée dans la sous-population des personnes qui ont une épilepsie du lobe temporal et/ou pharmaco résistante.

Le trouble dépressif est le trouble psychiatrique le plus représenté parmi les troubles psychiatriques.

Certains symptômes psychiatriques font partie des prodromes ou de l'aura de la crise d'épilepsie. Ils ne nécessitent pas de traitement particulier, en dehors des traitements antiépileptiques. De manière générale, les troubles psychiatriques sont cliniquement sous-estimés.

Pourtant, ils ont des répercussions non négligeables sur la qualité de vie des patients et de leur entourage.

Afin d'adapter les différents traitements, une bonne collaboration entre les psychiatres et les neurologues est plus que souhaitable.

1- Introduction

Les personnes atteintes d'un trouble neurologique ont une prévalence de trouble psychiatrique plus élevé que la population générale [32]. Ainsi, l'épilepsie peut être accompagnée de

troubles de la cognition, de troubles du comportement et peut être associé de troubles psychiatriques [33]. La comorbidité psychiatrique précède, est concomitante ou se déclare après l'épilepsie. L'incidence des troubles psychiatriques est plus élevée chez des patients atteints d'épilepsie que dans la population générale [33, 34]. Elle est aussi plus importante que dans les autres affections neurologiques. Ainsi, l'épilepsie a non seulement des répercussions sur la santé individuelle du sujet, mais a aussi des répercussions sur sa vie relationnelle.

Selon une étude scandinave, sur 713 patients adultes épileptiques, la prévalence d'un trouble mental est de 5,9 % [35]. Si l'on interroge des personnes épileptiques sur leur parcours de vie, 59 % des patients épileptiques ont présenté au moins un trouble psychiatrique dans leur vie. Parmi ces 59 %, 7 % ont présenté un épisode psychotique au moins une fois dans leur existence [36].

Une autre étude épidémiologique menée au Etats-Unis, au Minnesota, montre que 19 % des personnes avec une épilepsie de découverte récente (5-6 ans) présente des difficultés d'apprentissage et ont des problèmes psychosociaux [37]. La conséquence de l'épilepsie est donc considérable sur la qualité de vie de ces patients [32, 34, 38, 39].

Si l'on étudie l'incidence des troubles psychiatriques en fonction de la localisation du foyer épileptique, on s'aperçoit que les patients avec des crises partielles complexes présentent plus fréquemment des troubles psychiatriques aigus. Les patients atteints d'une épilepsie du lobe temporal ainsi que les autres épilepsies focales, ont une fréquence de trouble psychiatrique plus élevé que ceux qui ont une épilepsie généralisée. Selon certaines études 44 à 88% des patients atteints d'une épilepsie du lobe temporal ont un risque de présenter un trouble psychiatrique [40,41].

2- Principaux troubles psychiatriques retrouvés chez les personnes atteintes d'épilepsie

Toutes ces études convergent pour affirmer qu'une comorbidité psychiatrique n'est pas rare dans l'épilepsie.

Il devient donc important pour les médecins confrontés d'y être sensibilisé et le cas échéant de prendre des mesures adéquates. Ainsi, cet article a comme but de décrire les principaux tableaux cliniques rencontrés chez ces patients.

2-1.Troubles dépressifs

La dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquemment retrouvé chez les patients épileptiques [42].

Il se caractérise par un changement des affects ou de l'humeur vers une dépression. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité. L'incidence sur la vie entière, toutes formes d'épilepsies confondues, est estimée

selon les études entre 6 et 30 % [43,39]. Chez les patients avec une épilepsie du lobe temporal, cette incidence sur la vie entière est estimée entre 24 et 72 % [39]. Selon cette même étude, le trouble bipolaire n'est pas plus fréquent que dans la population générale. À titre de comparaison, dans la population générale, l'incidence de la dépression sur la vie est estimée entre 6 et 17 %. On observe un taux plus élevé de trouble dépressif dans les épilepsies du lobe temporal comparé aux autres types d'épilepsies. À l'heure actuelle, il n'y a pas d'explication à cette observation statistique [39].

2-1-1.Description clinique

Dans un tiers des cas, les symptômes dépressifs sont présents avant une crise d'épilepsie tonico-clonique généralisée. En général, ces prodromes sont constitués d'une thymie triste et d'une irritabilité quelques heures voir jours avant le déclenchement d'une crise.

Pendant une crise d'épilepsie, une symptomatologie dépressive d'intensité variable peut faire partie de l'aura. Certains patients décrivent des épisodes sévères et ont un sentiment fort de désespoir. Ce type d'aura existe dans environ 1 % des épilepsies, mais il est plus fréquent dans les épilepsies du lobe temporal [39].

Pendant la phase post-ictale, et particulièrement dans les épilepsies du lobe temporal, certains patients présentent une symptomatologie dépressive d'intensité variable qui peut durer quelques heures à quelques jours. Rarement mais parfois ces épisodes peuvent s'accompagner d'idée ou de geste suicidaire.

Entre les crises d'épilepsies, ces patients ont un risque plus élevé que la population générale [44], de développer un trouble dépressif. On retrouve ce trouble chez deux tiers des patients atteints d'une épilepsie sévère et ou avec des crises fréquentes [45].

D'autre part, beaucoup de patients atteints d'épilepsie du lobe temporal, développent un trouble dépressif caractérisé par une fluctuation de l'humeur. Blumer regroupe cette symptomatologie sous le terme de "interictal dysphorique disorder" (IDD). Pour cet auteur, il faut que le patient ait présenté au moins 3 épisodes de ce type pour parler d'IDD [46]. Cette symptomatologie se distingue d'un trouble dépressif classique par certaines caractéristiques (Symptômes les plus fréquemment retrouvés dans la dépression et de l'IDD [34,47,48] :Insomnie + 100 %, thymie triste + 100 % , pleur 94 %, trouble de la concentration 91 %, idéation suicidaire 82 %, fatigue 76 %, irritabilité + 76 %, ralentissement psychomoteur, perte élan vital + 76 %, anorexie 66 %, diurnal variation 64 %, perte d'espoir 51 %, trouble de la mémoire 35 %, désillusion 33 %, tentative de suicide 15 %, hallucination auditive 6 %, douleur +, anxiété +, euphorie + peur + symptômes somatoformes). Ainsi, il est

constitué par une humeur dépressive, une perte de l'élan vital (anergie), une anxiété, un sentiment de peur et des périodes d'euphorie. Dans les formes les plus sévères on retrouve les idées suicidaires voir des passages à l'acte suicidaire imprévisibles. De plus dans les formes sévères peuvent apparaître des symptômes psychotiques de type hallucination, idées délirantes. Des plaintes somatoformes ont souvent été signalées par ces patients. Cependant, il n'est pas exclu que ces symptômes puissent avoir une origine épileptique. Les IDD peuvent durer quelques heures à plusieurs jours. Il est important d'identifier une telle symptomatologie, car ce syndrome peut avoir des répercussions sur la vie sociale et relationnelle de la personne atteinte [34].

Le diagnostic de la dépression semble souvent sous-estimé par les cliniciens [42]. Pour un auteur comme **Kanner**, une des raisons principales en est la méconnaissance des troubles psychiatriques par les neurologues et inversement la méconnaissance de la neurobiologie par les psychiatres [32]. Pourtant des traitements, adéquats et faciles à manier, existent. De plus le dépistage permet de faire une prévention du risque suicidaire. Le risque suicidaire a été retrouvé plus élevé chez les patients épileptiques que dans la population générale. Selon les études, le risque de suicide est de 0 à 20 % [39].

Dans la sous-population des patients atteints d'une épilepsie du lobe temporal, ce risque suicidaire serait de 25 fois celui de la population générale [49]. Cependant, les études plus récentes semblent moins alarmistes. Ainsi, une étude portant sur 11400 patients-années, ne montre pas de différence significative des taux de suicide avec ceux de la population générale. Ces auteurs pensent que l'abandon des barbituriques et les nouveaux traitements antiépileptiques ont modifié le devenir de ces patients [50].

2-1-2.Traitement

Les épisodes dépressifs avant et pendant une crise d'épilepsie ne nécessitent pas un traitement pharmacologique antidépresseur.

Les états dépressifs postcritiques réagissent bien à de faibles posologies d'antidépresseurs [39,45]. En première intention, on privilégie la classe des antidépresseurs inhibiteurs spécifique de la recapture de la sérotonine (SSRI) en dehors de la fluoxétine [51]. Le citalopram, la paroxétine et la sertraline sont particulièrement recommandés et ont peu d'interaction avec les traitements antiépileptiques. En cas de résistance à cette classe de médicaments, on peut utiliser en deuxième intention les antidépresseurs tricycliques. Il faut cependant rester prudent, car ces molécules abaissent le seuil épileptogène. Les antidépresseurs tricycliques, mais aussi la Nefazodone et le Moclobemide sont moins commodes à utiliser à cause des interactions médicamenteuses. La prescription

d'antidépresseurs tricycliques nécessite des bilans sanguins réguliers pour éviter un surdosage qui peut avoir des conséquences somatiques graves principalement cardiaques. Les antidépresseurs imipraminiques (IMAO) sont de moins en moins utilisés par les psychiatres, mais restent une alternative possible. Ces molécules prescrites à faibles doses auraient de bons effets dans les IDD [51]. Enfin l'électroconvulsivothérapie, pour les dépressions sévères résistantes, reste une possibilité thérapeutique et n'est pas contre-indiquée en cas d'épilepsie [51]. Certains traitements anti-épileptiques ont un effet sur l'humeur et certains sont utilisés comme stabilisateur de l'humeur. La psychothérapie individuelle, de groupe ou de famille peut être envisagée devant l'échec d'un traitement pharmacologique et/ou face à une situation personnelle ou psychosociale complexe.

2-2.Troubles névrotiques

En psychiatrie, on regroupe sous le terme de trouble névrotique tous les troubles liés à des facteurs de stress. Ainsi, le groupe des phobies regroupe tous les troubles dans lesquels l'anxiété est déclenchée par des situations ou des objets bien précis (externe au sujet) mais qui sont sans danger au moment de l'exposition. À l'inverse, les troubles anxieux se caractérisent par la présence de manifestations anxieuses qui ne sont pas déclenchées exclusivement par l'exposition à une situation déterminée [47]. Les principaux symptômes sont : Sensation de dyspnée, étouffement Etourdissement, sensation d'instabilité, évanouissement Tachycardie Tremblements ou secousses musculaires Transpiration Sensation d'étranglement Nausées, gêne abdominale Dépersonnalisation Sensation d'engourdissement ou de paresthésies Bouffées de chaleur, frissons Douleur, gêne thoracique Peur de mourir Peur de devenir fou Peur de commettre un acte non contrôlé.

Ces symptômes peuvent apparaître progressivement ou subitement comme dans l'attaque de panique. Un trouble névrotique est présent chez 10 à 25 % des personnes épileptiques [52]. Ce taux est de 11 à 44 % dans les populations de patients épileptiques résistants aux traitements [40, 39,52]. Dans la population générale, ce taux est de 2,5 à 6 % [39]. Les phobies sont présentes chez 20 % des patients atteints d'une épilepsie résistante [40]. Le trouble obsessionnel compulsif, qui se caractérise essentiellement par des pensées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents, serait présent chez 4 à 10 % des personnes épileptiques [39]. Les attaques de panique seraient présentes chez près de 30 % des patients [53].

Pendant la crise d'épilepsie, on peut retrouver une sensation de nervosité, de peur et une irritabilité. La peur est signalée par 10 à 15 % des personnes présentant des crises épileptiques partielles [44]. En général, ces états anxieux durent de 30 à 120 minutes et ne sont pas causés

par l'environnement. Cette symptomatologie anxieuse fait partie de l'aura d'une crise épileptique du lobe temporal.

Dans la phase postcritique, l'anxiété n'est pas rare et est en général en relation avec la crise d'épilepsie elle-même. Entre les crises d'épilepsies, l'anxiété est en général en relation avec des événements de la vie. Cependant, on retrouve chez certains patients une anxiété anticipatoire.

Traitement

La réputation des benzodiazépines sur l'anxiété n'est plus à faire. Elles sont reconnues pour élever le seuil épiléptogène. Cependant, leurs prescriptions sur une longue durée entraînent un syndrome de dépendance et d'accoutumance. Le traitement des troubles anxieux peut se faire en psychothérapie. Les thérapies de type cognitivo-comportementales sont en général bien appropriées pour ce type de trouble.

2-3.Troubles de la personnalité

Un trouble de la personnalité représente différents états et types de comportements cliniquement significatifs qui ont tendance à persister et qui sont l'expression de la manière de vivre d'un individu, de concevoir sa propre personne et d'établir des rapports avec autrui. Ils représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celle d'un individu moyen d'une culture donnée.

Certains de ces traits de caractère apparaissent très précocement ou peuvent être acquis plus tardivement au cours de la vie.

2-3-1.Description clinique

La prévalence des troubles de la personnalité chez les patients épileptiques varie entre 0,7 et 2 %. Cependant, chez les personnes atteintes d'une épilepsie partielle ou du lobe temporal ce taux est de 13 à 35 % [54]. Dans la population générale l'incidence des troubles de la personnalité est de 6 à 13 %. Tous les types de troubles de la personnalité peuvent coexister dans une épilepsie. Toutefois, dans la littérature, on décrit un changement de la personnalité chez certains patients épileptiques sous le nom de "interictalbehavior syndrome" [34, 55,56]. Ce tableau clinique est plus spécifique dans les épilepsies et se retrouve plus spécifiquement chez les patients avec une épilepsie du lobe temporal.

Le diagnostic n'est pas aisé à poser, mais ces personnes seraient plus spécifiquement concernées par des questions philosophiques et religieuses, ils auraient des accès de colère, des fluctuations importantes de l'humeur, une viscosité relationnelle, une difficulté pour se déterminer, des troubles sexuels et une hypergraphie.

Ce trouble est souvent décrit. Cependant, il est rarement mis en évidence et est probablement plus fréquent dans les épilepsies du lobe temporal.

2-3-2. Traitement et prise en charge

Comme décrit précédemment, les troubles de la personnalité présentent souvent des difficultés relationnelles et individuelles. Ainsi, un suivi psychothérapeutique est souvent souhaitable. D'autre part, les neuroleptiques, comme la rispéridone à faible dose, peuvent améliorer le pronostic et la qualité de vie de ces personnes [57]. Les traitements antiépileptiques ont également un effet psychotrope qui peut induire sur le devenir de ces personnes.

2-4. Troubles psychotiques

Le terme de psychose désigne un ensemble de troubles et d'affections mentales ayant en commun une série de caractéristiques : la perte de contact avec la réalité et la méconnaissance de l'état morbide. Il s'agit donc d'une altération de l'expérience de la réalité du sujet et la création d'une néoréalité. Ainsi, le patient évalue mal la précision de ses perceptions et l'exactitude de sa pensée. Même quand il est confronté à l'évidence, il n'abandonne pas ses croyances erronées. Cliniquement, on retrouve souvent des hallucinations (auditive, visuelle, etc.) non reconnues comme pathologiques, des idées délirantes, un retrait social, un ralentissement idéomoteur ou une agitation anormale. Lorsque ces symptômes font partie d'une crise d'épilepsie (aura), ils sont en général brefs et stéréotypés.

Chez les patients épileptiques, on trouve une incidence de 2 à 9 % selon les études [35,36]. Pour un patient épileptique, le risque de développer une psychose est 6 à 12 fois plus important que dans la population générale [44,58]. La prévalence d'un trouble psychotique est de 10 à 19 % chez les patients présentant une épilepsie temporale et/ou réfractaire [59]. En général les premiers symptômes psychotiques apparaissent 11 à 15 ans après la première crise d'épilepsie [60].

Après une opération au niveau du lobe temporal pour une épilepsie réfractaire, certaines études rapportent que 3 à 12 % des patients développent un syndrome psychotique dans les mois qui suivent l'intervention chirurgicale [44,61]. Toutefois, dans notre série genevoise, seuls 2 patients opérés sur 100 (2 %), ont présenté une telle symptomatologie. De plus, une consultation psychiatrique pré-opératoire auprès de ces patients avait déjà révélé un tableau psychopathologique significatif.

Ces données suggèrent qu'il existe probablement un tableau psychiatrique sous-jacent pré-opératoire chez les patients présentant une décompensation post-opératoire.

2-4-1. Description clinique

Cliniquement, les patients présentent pendant la phase critique une altération de la conscience et des hallucinations. Ces symptômes durent de quelques heures à plusieurs jours. Ils ne requièrent pas un traitement psychotrope spécifique, mais simplement un traitement antiépileptique.

Pendant la phase postcritique, 25 % des patients présentent, même après une période de lucidité, des symptômes psychotiques avec des hallucinations ou des idées délirantes [60].

Entre les crises d'épilepsies, certains patients présentent des symptômes psychotiques principalement représentés par des hallucinations visuelles plutôt que des hallucinations auditives [44,60].

2-4-2. Traitement

Le traitement des troubles psychotiques chez les patients épileptiques est identifié à celui d'un patient psychotique non épileptique. Il consiste en un traitement pharmacologique neuroleptique, d'une aide psychothérapeutique et psycho-éducative, ainsi qu'un accompagnement social. Du point de vue médicamenteux, on privilégiera les neuroleptiques avec peu d'interactions médicamenteuses avec les antiépileptiques et qui ont le moins d'effet sur l'abaissement du seuil épileptogène. Ainsi, les neuroleptiques les plus faciles à manier sont l'halopéridol, le pimozide ou un sulpiride [57].

2-5. Effets des anti-épileptiques sur l'humeur

La majorité des médicaments antiépileptiques actuels ont des effets psychotropes [33]. Le phénobarbital est réputé pour diminuer les capacités cognitives. A l'opposé, la carbamazépine et le valproate ont peu d'effet délétère sur les fonctions cognitives. Les nouveaux médicaments antiépileptiques semblent également avoir peu d'effet sur les fonctions cognitives (Effets des antiépileptiques sur les fonctions cognitives, les comportements, sur la dépression et sur la manie [38,62]).

Certains médicaments antiépileptiques comme le Valproate, la Carbamazépine et la Lamotrigine sont utilisés en psychiatrie comme stabilisateur de l'humeur dans les troubles bipolaires (Effets des antiépileptiques sur les fonctions cognitives, les comportements, sur la dépression et sur la manie [38,62]) et comme "potentialisateur" des traitements antidépresseurs dans les dépressions résistantes. Ces molécules permettent aussi un certain contrôle de l'agressivité et peuvent diminuer le risque de passage à l'acte agressif.

Enfin les benzodiazépines sont largement utilisées comme anxiolytique ou inducteur du sommeil. Ces médicaments sont efficaces rapidement, mais il y a un risque important de dépendance et d'accoutumance.

D'autre part, en cas de sevrage brutal, ces molécules peuvent déclencher des crises d'épilepsie.

3 .Conclusion

A travers cette revue de la littérature, on peut constater que les patients souffrant d'une épilepsie ont une comorbidité psychiatrique importante. Cette coexistence avec un trouble psychiatrique est plus élevée que dans les autres affections neurologiques. Il n'y a pas d'évidence qu'il existe une corrélation entre la localisation d'un foyer épileptogène et un certain type de trouble psychiatrique. Cependant, il apparaît que les épilepsies du lobe temporal et les épilepsies réfractaires sont plus fréquemment associées à un trouble psychiatrique. Cette corrélation ne permet cependant pas, à l'heure actuelle, d'établir une causalité neurologique d'un trouble psychiatrique, mais elle peut suggérer une base neuronale commune entre les deux types d'affections.

Ainsi du point de vue clinique il est important de reconnaître un trouble psychiatrique et de l'inscrire anamnestiquement par rapport à la crise d'épilepsie. Ceci est important car les mesures thérapeutiques ne seront pas les mêmes. De plus, la qualité de vie des patients épileptiques est généralement altérée [63]. Par conséquent, pour des raisons de comorbidité et de qualité de vie, un travail en réseau est souhaitable. Ainsi dans un certain nombre de situations, une bonne collaboration entre psychiatre et neurologue devient hautement profitable pour le patient épileptique.

IV. 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, 80 kilomètres de Bamako sur la RN6, 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.

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 en générique permettant aux patients et à leurs familles de s'approvisionner en médicaments pour les premiers soins.
- une salle de soins infirmiers attenante au secrétariat accueil.
- 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'Emmel, 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

Anciens épileptiques consultant pour suivie ou tout patient consultant au cours de la période d'étude chez qui une épilepsie fut diagnostiquée pendant la période de l'étude allant du 1^{er} novembre 2014 au 31 mars 2015

4- Echantillonnage :

Il s'agissait d'une étude portant sur l'ensemble des patients ayant consultés parmi les quels nous avons retenu le diagnostic d'épilepsie avec trouble de l'humeur.

4.1 Les variables:

Pour notre étude nous avons retenue les variables catégoriques et numériques suivantes :

4.1.1. Les caractéristiques sociodémographiques :

- Age
- Sexe
- Statut matrimonial
- Catégorie professionnelle
- Niveau d'étude
- Antécédent

4.1.2. Les caractéristiques cliniques :

- Diagnostic
- Traitement
- Echelle d'Hamilton (Trouble de l'humeur : la dépression) :
 - *humeur anxieuse
 - *tension nerveuse

- *la crainte
- *insomnie
- *trouble de la concentration
- *humeur dépressive
- *symptômes somatiques généraux (musculaire)
- * symptômes somatiques généraux (sensoriels)
- *symptômes cardiovasculaires
- * symptômes respiratoires
- * symptômes gastro-intestinaux
- * symptômes urinaires et génitaux
- *autres symptômes du SNA
- *comportement pendant l'entretien.

5- Critères :

5-1 Critère d'inclusion

Il s'agit des épileptiques vus à la clinique Dinandougou à Markacoungo de novembre 2014 à mars 2015, qu'ils soient nouveaux ou anciens, qui expriment leurs sentiments et leurs émotions, qui répondent clairement aux questions, compte tenu du caractère subjectif de certaines réponses et enfin consentants.

5-2 Critère de non inclusion

- Patients de moins de 5 ans.
- Patients ne pouvant pas répondre clairement aux questions.
- Patients qui refusent d'adhérer au protocole
- Patients non épileptiques.
- Patients n'ayant présenté qu'une seule crise.

Au terme des cinq mois de notre étude, nous avons retenue 362 patients.

6- Période d'étude :

Elle s'étendait de novembre 2014 à mars 2015.

7- 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 trouble de l'humeur d'Hamilton portée en annexe.

8- Traitement et analyse des données :

La saisie et l'analyse des données ont été réalisées respectivement avec les logiciels Microsoft Word 2010 et Epi Info version 3.5.3, version janvier 2011. Les tests statistiques pour la comparaison sont : la différence est significative si $P < 0,05$.

9-Considérations éthiques:

Le consentement éclairé des malades a été demandé et la confidentialité des noms des malades figurant dans les fiches d'enquêtes a été respectée.

10- Difficultés rencontrées :

- Problèmes de communication (langage)
- Refus de certains patients.

V. RESULTATS

Au cours de notre étude nous avons reçu 5644 patients dont 362 épileptiques soit une proportion de 6,41% durant la période allant du 1^{er} novembre au 31 mars 2015.

Tableau 1 : Répartition des patients selon le sexe

SEXE	EFFECTIF	POURCENTAGE
MASCULIN	221	61,0
FEMININ	141	39,0
TOTAL	362	100,0

Le sexe masculin a été le plus représenté soit 61% soit un sexe de ratio de 1,57 %.

Tableau 2 : Répartition des patients selon les tranches d'âge

TRANCHE D'AGE	EFFECTIF	POURCENTAGE
6-18ANS	10	2,8
19-31ANS	208	57,5
32-44ANS	108	29,8
PLUS DE 44ANS	36	9,9
TOTAL	362	100,0

La tranche d'âge de 19 à 31 ans a été la plus représentée avec 208 patients soit 57,5%.

Tableau 3 : Répartition des patients selon la profession

PROFESSION	EFFECTIF	POURCENTAGE
FONCTIONNAIRE D'ETAT	7	1,9
CULTIVATEUR	140	38,7
ELEVES	33	9,1
COMMERCANT	33	9,1
ELEVEURS	6	1,7
MENAGERE	90	24,9
AUTRES	53	14,6
TOTAL	362	100,0

Les cultivateurs étaient les plus représentés avec un taux de 38,7%.

Tableau 4 : répartition des patients selon le statut matrimonial

STATUT MATRIMONIAL	EFFECTIF	POURCENTAGE
MARIE(E)	183	50,6
CELIBATAIRES	158	43,6
DIVORCE(E)	15	4,1
VEUF(VE)	6	1,7
TOTAL	362	100,0

Les mariés sont les plus représentés avec un taux de 50,6%.

Tableau 5 : Répartition des patients selon le statut matrimonial des parents

STATUT MATRIMONIAL DES PARENTS	EFFECTIF	POURCENTAGE
UNIS	187	51,7
DIVORCE(E)	2	0,6
VEUF(VE)	173	47,8
TOTAL	362	100,0

Les patients qui avaient des parents unis représentaient un taux de 51,7%.

Tableau 6 : Répartition des patients selon le niveau d'étude

NIVEAU D'ETUDE	EFFECTIF	POURCENTAGE
NON SCOLARISE	147	40,6
PRIMAIRE	166	45,9
SECONDAIRE	36	9,9
SUPERIEUR	13	3,6
TOTAL	362	100,0

Les patients qui avaient un niveau primaire sont les plus représentés suivi des non scolarisés soit respectivement 45,9% et 40,6%.

Tableau 7 : Répartition des patients en fonction de l'impact de la maladie sur la scolarisation.

	EFFECTIF	POURCENTAGE
OUI	109	30,1
NON	253	69,9
TOTAL	362	100,0

Sur 69,9% des cas, la cause de l'interruption des études n'était pas due à la maladie.

Tableau 8 : Répartition des patients selon des antécédents familiaux d'épilepsies.

	EFFECTIF	POURCENTAGE
OUI	43	11,9
NON	319	88,1
TOTAL	362	100,0

Les patients qui n'avaient pas d'antécédent familial d'épilepsie sont 319 soit 88,1%.

Tableau 9 : Répartition des patients selon les types de crises d'épilepsies.

TYPES DE CRISES	EFFECTIF	POURCENTAGE
CRISES GENERALISEES	284	78,5
CRISES PARTIELLES	78	21,6
TOTAL	362	100,1

Le diagnostic d'épilepsie généralisée a été retenu dans 78,5%

Tableau 10 : Répartition des patients selon la période sans crises d'épilepsies

DURE SANS CRISE	EFFECTIF	POURCENTAGE
0 A 6 MOIS	195	53,9
6 A 12 MOIS	51	14,1
AU DELA DE 12 MOIS	116	32,0
TOTAL	362	100,0

Parmi nos patients 32,0% avaient fait plus d'un an sans faire de crises.

Tableau 11 : Répartition des patients selon la durée sous traitement

DUREE SOUS TRAITEMENT	EFFECTIF	POURCENTAGE
0 A 6 MOIS	105	29,0
6 A 12 MOIS	48	13,3
AU DELA DE 12 MOIS	209	57,7
TOTAL	362	100,0

Depuis plus d'une année 57,7% de nos patients étaient sous traitement.

Tableau 12 : Répartition des patients selon l'âge de survenue de la première crise

	EFFECTIF	POURCENTAGE
1 mois-12mois	174	48 ,1
1an -5ANS	134	37
6-15ANS	45	12 ,4
PLUS DE 15ANS	9	2,5
TOTAL	362	100

Parmi nos patients 48,1% avait fait leur première crise dans l'enfance, c'est à dire 1mois à 12 mois et 2,5% survenu après 15 ans.

Tableau 13 : Répartition des épileptiques selon les degrés de troubles de l'humeur

TROUBLE DE L'HUMEUR	EFFECTIF	POURCENTAGE
LEGER	323	89,2
MODERE	30	8,3
GRAVE	9	2,5
TOTAL	362	100,0

La majorité de nos patients présentait un trouble de l'humeur léger soit 89,2%.

Tableau14 : Répartition des patients selon le sexe et les degrés de troubles de l'humeur

	LEGER		MODERE		GRAVE		TOTAL	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	Effectif	%
MASCULIN	203	62,9	13	43,3	5	55,6	221	61,0
FEMININ	120	37,1	17	56,7	4	44,4	141	39,0
TOTAL	323	100	30	100	9	100	362	100,0

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre trouble de l'humeur et le genre (KHI2=4.51, P=0.105)

Selon le sexe, 56,7% de sexe féminin et 43,3% de sexe masculin présentait un trouble de l'humeur modéré et plus de 44% de ces deux sexes présentait un trouble de l'humeur grave.

Tableau 15 : Répartition des patients selon les tranches d'Age et les degrés de troubles de l'humeur

	LEGER		MODERE		GRAVE		TOTAL	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%		
6-18ANS	10	100	0	0,0	0	0,0	10	2,8
19-31ANS	185	88,9	17	8,0	6	2,8	208	57,5
32-44ANS	94	87,0	12	11,1	2	1,9	108	29,8
PLUS DE 44ANS	34	94,4	1	2,8	1	2,8	36	9,9
TOTAL	323	89,2	30	8,3	9	2,5	362	100,0

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre trouble de l'humeur et l'âge (Test exact de Fisher= 0.744)

100% des patients de 6 à 18 ans souffraient de troubles légers de l'humeur, 11,1% dans la tranche d'âge de 32 à 44 ans a des troubles modérés et 2,8% dans les tranches d'âge de 19-31 ans et +45 ans a un trouble grave de l'humeur.

Tableau 16 : Répartition des patients selon le statut matrimonial et les degrés de troubles de l'humeur

	LEGER		MODERE		GRAVE		TOTAL	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%		
MARIE(E)	163	89,1	16	8,7	4	2,2	183	50,6
CELIBATAIRE	141	89,2	13	8,2	4	2,6	158	43,6
DIVORCE(E)	14	93,3	0	0	1	6,6	15	4,1
VEUF(VE)	5	83,3	1	16,6	0	0	6	1,7
TOTAL	323	89,2	30	8,3	9	2,5	362	100,0

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre trouble de l'humeur et statut matrimonial (Test exact de Fisher= 0,586)

Les veufs présentaient plus de troubles de l'humeur modérée soit 16,6%.

Tableau17 : Répartition des patients selon le statut matrimonial des parents et les degrés de troubles de l'humeur

	LEGER		MODERE		GRAVE		TOTAL	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
UNIS	166	88,8	16	8,6	5	2,7	187	51,7
DIVORCE(E)	1	50	1	50	0	0	2	0,6
VEUF(VE)	156	90,2	13	7,5	4	2,3	173	47,8
Total	323	89,2	30	8,3	9	2,5	362	100

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre trouble de l'humeur chez nos patients et statut matrimonial des parents (Test exact de Fisher=0,308).

Tableau18 : Répartition des patients selon la profession et les degrés de troubles de l'humeur

	LEGER		MODERE		GRAVE		TOTAL	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
FONCTIONNAIRE	6	85,7	1	14,3	0	0	7	1,9
CULTIVATEUR	125	89,3	11	7,9	4	2,9	140	38,7
ELEVE	30	90,9	3	9,1	0	0	33	9,1
COMMERCANT	31	93,9	2	6,1	0	0	33	9,1
ELEVEUR	6	100	0	0	0	0	6	1,7
MENAGERE	79	87,8	9	10	2	2,2	90	24,9
AUTRE	46	86,8	4	7,5	3	5,7	53	14,6
Total	323	89,2	30	8,3	9	2,5	362	100

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre trouble de l'humeur chez nos patients et la profession des parents (Test exact de Fisher=0,923)

Tableau 19 : Répartition des patients en fonction de l'impact de la maladie sur la scolarisation et les degrés de troubles de l'humeur.

	LEGER		MODERE		GRAVE		TOTAL	
	effectif	%	Effectif	%	effectif	%	effectif	%
OUI	93	85,3	11	11	5	4,6	109	30,1
NON	230	91	19	7,5	4	1,5	253	69,9
TOTAL	323	89,2	30	8,3	9	2,5	362	100,0

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre trouble de l'humeur et si la cause analphabète ou étude interrompue est liée à la maladie ($\text{Khi}^2 = 3.6483$ P = 0.161) correction de Yates.

Les épileptiques qui étaient non scolarisé ou étude interrompue dont la cause est liée à la maladie présentaient un trouble de l'humeur grave soit un taux de 4,6% et 1,5 % pour ceux dont la cause n'était pas liée à la maladie.

Tableau 20 : Répartition des patients en fonction des antécédents familiaux d'épilepsie et les degrés des troubles de l'humeur

	LEGER		MODERE		GRAVE		TOTAL	
	effectif	%	Effectif	%	effectif	%	effectif	%
OUI	38	88,4	4	9,3	1	2,3	43	11,9
NON	285	89,3	26	8,2	8	2,5	319	88,1
TOTAL	323	89,2	30	8,3	9	2,5	362	100,0

Entre trouble de l'humeur et antécédent familial d'épilepsie, il n'existait pas de relation Statistiquement significative (Test exact de Fischer =0.966)

Nous notons un trouble léger de l'humeur chez 89,3 % les patients qui n'ont pas d'antécédent familial d'épilepsie.

Tableau 21 : Répartition des patients selon types de crises et les degrés des troubles de l'humeur

	LEGER		MODERE		GRAVE		TOTAL	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
CRISES GENERALISEES	250	88	25	8,8	9	3,2	284	78,5
CRISES PARTIELLES	73	93,6	5	6,4	0	0	78	15,5
TOTAL	323	89,2	30	8,3	9	2,5	362	100,0

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre trouble de l'humeur et le type de crise (Test exact de Fisher=0.212)

3,2% des épileptiques qui faisaient des crises généralisées avaient un trouble de l'humeur grave, par contre aucun trouble de l'humeur grave chez les patients avec crises partielles.

Tableau 22 : Répartition des patients selon la durée sous traitement et les degrés de troubles de l'humeur

	LEGER		MODERE		GRAVE		TOTAL	
	effectif	%	Effectif	%	effectif	%	effectif	%
0 A 6 MOIS	87	82,9	14	13,3	4	3,8	105	29,0
6 A 12 MOIS	44	91,7	3	6,3	1	2,1	48	13,3
AU DELA DE 12 MOIS	192	91,9	13	6,2	4	1,9	209	57,7
TOTAL	323	89,2	30	8,3	9	2,5	362	100,0

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre trouble de l'humeur et la durée sous traitement (Test exact de Fisher=0.18)

Nous constatons que plus un patient dure sous traitement il fait moins de trouble de l'humeur modéré et de trouble de l'humeur grave :

DE 0 à 6 mois de traitement nous retrouvons respectivement des troubles modérés et graves de l'humeur chez 13,3% et 3,8% de nos patients alors qu'au delà de 12 mois de traitement nous retrouvons respectivement les troubles modérés et grave de l'humeur chez 6,2% et 1,9% de nos patients.

Tableau 23 : Répartition des patients selon la période sans crise et les degrés de troubles de l'humeur

	LEGER		MODERE		GRAVE		TOTAL	
	effectif	%	Effectif	%	effectif	%	effectif	%
0 A 6 MOIS	164	84,1	24	12,3	7	3,6	195	53,9
6 A 12 MOIS	48	94,1	3	5,9	0	0	51	14,1
AU DELA DE 12 MOIS	111	95,7	3	2,6	2	1,7	116	32,0
TOTAL	323	89,2	30	8,3	9	2,5	362	100,0

Il existait une relation statistique, mais qui n'est pas significative entre trouble de l'humeur et la période sans crise (Test exact de Fisher=0,014).

Les patients qui avaient fait six mois sans crise présentaient des troubles de l'humeur modéré et grave ; respectivement 12,3% et 3,6%.

On notait également l'absence de trouble de l'humeur grave chez les patients qui avaient fait six à douze mois sans crise.

Tableau 24 : Répartition des patients selon l'âge de survenue de la première crise et les degrés de troubles de l'humeur

	LEGER		MODERE		GRAVE		TOTAL	
	Effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
1 mois-12 mois	25	92,6	1	3,7	1	3,7	27	7,5
1an - 5ANS	45	86,5	6	11,5	1	1,9	52	14,4
6-15ANS	98	89,1	9	8,2	3	2,7	110	30,4
PLUS DE 15ANS	155	89,6	14	8,1	4	2,3	173	47,8
TOTAL	323	89,2	30	8,3	9	2,5	362	100,0

Entre le trouble de l'humeur et l'Age de la première crise, il n'existait pas de relation statistiquement significative (Test exact de Fisher=0.97)

Les épileptiques qui avaient fait leur première crise à 1an -5 ans présentaient des troubles modérés de l'humeur soit un taux de 11,5%.

Tableau 25 : Répartition des patients selon le niveau d'étude et les degrés de troubles de l'humeur.

	LEGER		MODERE		GRAVE		TOTAL	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%	effectif	%
NON SCOLARISE	130	88,4	12	8,2	5	3,4	147	40,6
PRIMAIRE	150	90,4	12	7,2	4	2,4	166	45,9
SECONDAIRE	30	83,3	6	16,7	0	0,0	36	9,9
SUPERIEUR	13	100,0	0	0,0	0	0,0	13	3,6
TOTAL	323	89,2	30	8,3	9	2,5	362	100,0

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre trouble de l'humeur et le niveau d'étude (Test exact de Fisher=0,38)

Un taux de 3,4% de nos patients qui étaient analphabète et 2,4% qui avaient le niveau d'étude primaire présentaient un trouble de l'humeur grave.

On notait également l'absence du trouble de l'humeur chez des épileptiques qui avaient le niveau d'étude secondaire et supérieur.

Tableau 26 : Répartition des patients selon les médicaments utilisés et les degrés de troubles de l'humeur.

	LEGER		MODERE		GRAVE		TOTAL	
	effectif	%	effectif	%	effectif	%		
PHENOBARBITAL	230	91,3	16	6,3	6	2,4	252	69,6
VALPROATE DE SODIUM	31	93,9	2	6,1	0	0	33	9,1
CARBAMAZEPINE	41	80,4	8	15,7	2	3,9	51	14,1
PHENOBARBITAL + CARBAMAZEPINE	16	80	3	15	1	5	20	5,5
VALPROATE DE SODIUM + CARBAMAZEPINE	5	83,3	1	16,7	0	0	6	1,7
TOTAL	323	89,2	30	8,3	9	2,5	362	100,0

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre trouble de l'humeur et selon les médicaments utilisés (Test exact de Fisher=0,336)

Peu de nos patients ont présenté des troubles graves de l'humeur au cours du traitement soit 2,5%.

Les patients présentant des troubles de l'humeur modérée au cours du traitement étaient au nombre de 30 patients soit 8,3%. La carbamazépine a été la molécule la plus prescrite pour des épileptiques qui présentaient un trouble de l'humeur modéré soit 15,7%.

VI. Discussion :

Il s'agissait d'une étude portant sur l'ensemble des patients ayant consultés pendant la période de l'étude allant du 1^{er} novembre 2014 au 31 mars 2015. Parmi les quels nous avons retenu le diagnostic d'épilepsie avec trouble de l'humeur soit une fréquence de 6,41%.

Les difficultés rencontrées ont été le problème de communication et le refus de certains patients.

Au cours de notre étude nous avons reçu 5644 patients dont 362 épileptiques soit une proportion de 6,41%. Cette proportion est conforme à celle de **FANE K.** avec un taux de 6,30% d'épileptiques en 2008 -2009 en milieu rural du Mali [30]. Par contre **FOBA I.** qui a trouvé une proportion de 22,4% d'épileptiques en 2009 – 2010 dans sa thèse en milieu rural a Markacoungo du Mali [31] ; **Mendez et Al (1986) [29 et 26], Betts en 1981 [26]** ont respectivement rapporté que 4,4 % et 5,5% des malades hospitalisés en milieu psychiatrique étaient des épileptiques.

Cette différence est significative et serait due à la durée d'étude qui était de 4 ans chez **FOBA I.** ou des fluctuations de l'échantillonnage.

En outre, 100%de nos épileptiques présentaient au moins un trouble de l'humeur dont 89,2% des troubles légers. Ce résultat est supérieur à celui **Victor off et al. 1994 ; Hermann et al. 2000** qui étaient de 40 à 60% des troubles de l'humeur. Cette différence s'explique par le biais de recrutement [20]

I. Caractéristiques sociodémographiques

1- Age

La plus représentée était celle comprise entre 19 et 31 ans soit 57,5% de cas. Ce résultat est supérieur à celui trouvé par **FANE K.** qui retrouva 36,7% des cas avec l'âge compris entre 19-32ans [30] ; mais concorde avec celui de **FOBA I.**, 58%des patients qui avaient plus 18ans [31]

2- Le sexe

Sur 362 patients, 61% étaient des hommes contre 39% des femmes avec un sex-ratio de 1,57en faveur des hommes.

Ce taux est comparable à celui obtenu par **FOBA I.** soit 61,3% de sexe masculin contre 38,7% de femmes (le sexe ratio 1,59) [31] et celui de **FANE K.** soit 63,3% de sexe masculin soit un sexe ratio de 1,72[30].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

Les cultivateurs étaient les plus représentés avec un taux de 38,7%. Ceci s'explique par le fait que l'étude a été réalisée dans un milieu rural dont la population est dominée par des paysans.

4- Le niveau d'étude

Seul 3,6% de nos patients avaient un niveau supérieur contre 40,6% de non scolarisés. En plus, la plus part d'entre eux avait arrêté leurs études au niveau du premier cycle avec un taux de 45,9%. Ces résultats peuvent se déduire à celui de **FANE K.** qui trouva que 09% qui avaient un niveau supérieur contre 46,1% de non scolarisés [30].

On pourrait expliquer cela par :

- L'absence d'activités spécifiques pour la scolarisation de l'enfant.
- L'épilepsie de types absences chez l'enfant.
- L'épilepsie qui s'accompagne souvent de tare psychique [23].

Et surtout l'insuffisance d'information sur la maladie et les préjugés quant à sa contagiosité.

5- La situation matrimoniale

Nous avons enregistré 183 épileptiques mariés avec un taux de 50,6%, malgré les stigmatisations et les préjugés sur la maladie. Nous avons également enregistré 15 épileptiques divorcés soit 4,1%, tous liés à la maladie et 43,6% célibataires.

Ces résultats montrent d'une part la conception des gens sur la maladie, ils ne divorcent pas même si l'autre souffre des stigmates de la maladie qui posent le problème dans certains foyers (épileptiques divorcés).

Ce résultat est inférieur à celui **FANE K.** qui retrouva 61,7% de célibataires [30]. Cette différence s'explique par la compréhension de la maladie par la population.

II- Caractéristiques cliniques :

a- Le type d'épilepsie et les degrés de troubles de l'humeur

Notre étude a montré que 100% de nos épileptiques présentaient des troubles de l'humeur, quel que soit le type de diagnostic soit 78,5% pour des crises généralisées et 15,5% pour les crises partielles. On note que 3,2% des épileptiques qui faisaient des crises généralisées avaient des troubles de l'humeur grave et aucun des patients ayant une épilepsie partielle n'a présenté un trouble de l'humeur grave. Ce résultat est inférieur à celui de **FANE K** qui avait

retrouvé 13,4% [30]. Cette différence s'explique par la diversité des troubles de l'humeur dans notre étude.

b- : Le sexe et les degrés de troubles de l'humeur:

Sur 221 patients de sexe masculin 203 Patients soit 91,8% ont présenté des troubles de l'humeur léger, 13 soit 5,9% des troubles de l'humeur modéré et 5 soit 2,3% des troubles de l'humeur grave.

Sur 141 patients de sexe féminin 120 Patients soit 85,1% ont présenté des troubles de l'humeur léger, 17 soit 12,1% des troubles de l'humeur modéré et 4 soit 2,8% des troubles de l'humeur grave. Nous concluons que plus d'hommes présentant des troubles de l'humeur soit 61% que de femmes soit 39%.

Ceci peut s'expliquer par le fait que l'homme est soumis à beaucoup d'épreuves difficiles afin de prendre en charge la famille. Ce résultat est comparable à celui de **FANE K.** qui a retrouvé 53,8%. [30]

C- Troubles de l'humeur par rapport à la date de la dernière crise

Notre étude a montré que, plus la date de la dernière crise était proche, plus l'épileptique présentait des troubles de l'humeur. Ainsi, nous avons trouvé des troubles de l'humeur modéré et grave respectivement chez 12,3% et 3,6% des patients qui avaient fait une crise au cours des six derniers mois. Ceci s'explique par la présence des crises, donc difficile pour l'épileptique d'améliorer ces conditions socioprofessionnelles à travers les craintes et le manque de confiance en soi engendrant la survenue de crise.

d- Troubles de l'humeur par rapport à la période sous traitement

Nous constatons que plus un patient dure sous traitement il fait moins de trouble de l'humeur modéré et de trouble de l'humeur grave :

- A 0 à 6 mois de traitement on retrouve respectivement des troubles de l'humeur modéré et des troubles de l'humeur gravé soit 13,3% et 3,8% or,
- Au delà de 12 mois de traitement on retrouve respectivement les troubles de l'humeur modéré et troubles de l'humeur gravé soit 6,2% et 1,9%.

Ces résultats concordent avec celui de **FANE K.** qui a retrouvé à 0 à 6 mois 17,6% des troubles graves et au-delà de 12 mois 6,7% [30].

e-Troubles de l'humeur par rapport aux médicaments utilisés

Peu de nos patients ont présenté des troubles de l'humeur grave au cours du traitement soit 2,5%. Les patients présentant des troubles de l'humeur modérée au cours du traitement sont 30 patients soit 8,3%.

La carbamazépine a été la molécule la plus prescrite pour des épileptiques qui présentaient un trouble de l'humeur modéré soit 15,7%.

Ceci s'explique par le fait que la carbamazépine et le valproate de sodium sont des régulateurs de l'humeur ce qui justifie leur prescription. Donc on ne peut pas incriminer ici un produit pour la survenue des troubles de l'humeur chez les épileptiques dans notre étude.

A travers ces données, pour mieux répondre à cette question une autre étude dans le futur doit être envisagée.

VII. CONCLUSIONS

Afin d'évaluer la proportion des troubles de l'humeur chez les épileptiques, une étude prospective sur les troubles de l'humeur chez 362 épileptiques à Markacoungo a été réalisée et nous a permis, d'affirmer que cette entité chez les épileptiques est très fréquente, mais à des degrés divers.

La proportion des épileptiques qui consultent à la clinique de Markacoungo est de 6,41%.

Nos épileptiques s'intègrent difficilement à cause des préjugés qui entourent cette maladie même si d'autres arrivent à les comprendre et à les supporter. Cela est illustrée par le fait que la majorité d'entre eux était mariés et 15 cas de divorce tous liés à la maladie. La plus part d'entre eux étaient aussi cultivateurs.

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

Le trouble de l'humeur est lié aux types de crises. En effet, nous retrouvons 13,3% et 3,8% respectivement des troubles de l'humeur modère et grave chez les épileptiques qui avaient fait leur crise dans les derniers mois qui ont précédés leur consultation.

On ne peut pas incriminer ici un produit pour la survenue des troubles de l'humeur chez les épileptiques dans notre étude car les produits les plus utilisés étaient des régulateurs de l'humeur. Donc à travers ces données pour mieux répondre à cette question une autre étude dans le futur doit être envisagée.

VIII. RECOMMANDATIONS

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

1- Ministère de la santé,

- Mise 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 discriminations 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 de l'humeur.
- 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 trouble de l'humeur
En tant que maladie psychiatrique.
- Renforcer la collaboration entre médecine occidentale et tradipraticiens qui, qu'on le veule ou pas sont le premier contact.

2- Parents de malades :

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

3- Malades :

- Observance du traitement

IX. BIBLIOGRAPHIE

- [1] **Esquirol** : Synthèse des rassembles entre 1812-1838 dans son service de femmes épileptiques aliénées chap. VII pp 255-265 -1831, tome I p 285
- [2] <http://www.prevention.ch/lesportbienvivreonepilepsie.htm>. Jallon P.
- [3] **Déclaration africaine contre l'épilepsie**.m.s ; lice ; bie (Bureau International pour l'Épilepsie) Dakar, le 06 Mai 2000.
- [4] http://www.who.int/mental_health/media/en/80.pdf Déclaration Africaine contre l'épilepsie.
- [5] **Thomas P., P. Genton** Abrégé d'épilepsie; 1988 Ed John Libbey p. 85-91
- [6] **Karl Mondon, Isabelle Suzanne, Bertrand de Toffol**, Service de neurologie, CHU Bretonneau, 37044 Tours cedex, France.
- [7] **Jallon P.** L'épilepsie(1) impact médecine. Hébdos numéro 170, pp IV-V.
- [8] **Karfo.** L'épilepsie. L'image africaine. Synapse, Décembre 1997, numéro 141 .Pp 55-58.
- [9] **Salamata O.** Etude épidémiologique de l'épilepsie dans l'arrondissement central de Bandiagara, Thèse de médecine numéro 7, Bamako, 1989.
- [10] **Farnarier G. Ogobara D et al** Bibliographie de l'épilepsie en milieu rural au Mali 2000.
- [11] **Farnarier G, S Diop., et al.,** Onchocercose et épilepsie : Enquête épidémiologique au Mali 2000.
- [12] **Epilepsie et troubles mentaux** : Etude épidémioclinique 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.
- [13] **Roger J.** Le risque de psychose chez l'épileptique adulte. Epilepsie et risques ; Ed. John Libbey, Montrouge, 1988, Pp 85-91
- [14] **Genon P., Remy C.** Epilepsie. Ellipses. Paris, 1996. 127p.
- [15] **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
- [16] **Semah F. et al.,** Epilepsie de la clinique aux examens complémentaires. LabCassenne, 1998. Une société de Hoechst Marrion Roussel
- [17] **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...
- [18] **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 1 juin 1982) Thèse de Médecine, Dakar, numéro 121, 1981. 142 P.

- [19]Duguay R., H. F Ellenberger et coll. Précis pratique de Psychiatrie. Maloineed Paris P. 362-66, 1981 20 Ey H et al. , Epilepsie-Epileptiques Manuel de psychiatrie 6 degré édition Masson p 273.
- [20]Victor off et al 1994, Hermann et al 2000
- [21]Semah F., M. Baulac, Epilepsie Encycl. Med. Chir. 1996 elsevier, Thérapeutique, 25-441-A a la puissance 10.
- [22]Geier S. et Hossard-Bouchaud H. Crise épileptique, épilepsie et épileptique. Encycl. Med. Chir, Psychiatrie, 37250 A puissance 10, 2-1981
- [23]De TOFFOL. B Syndromes épileptiques et troubles psychotiques. Paris Ed. John libbey 2001), Euro text P201.
- [24]Timohty A. Pedley Epilepsies CECIL : Traite de Médecine interne, Paris, première édition française Médecine-science Flammarion p 2113-2125.
- [25]Tagny M.R. Epidémiologie des épilepsies dans 2 communes du district de Bamako. Thèse de médecine, FMPOS, numéro 31, 2000.
- [26]Vuillemier P., Jallon P. Epilepsie et troubles psychiatriques : données épidémiologiques. Revue de Neurologie., Paris, 1998, 154 (4) 305-317.
- [27]A. Biraben, Les nouvelles techniques de la chirurgie de l'épilepsie. Mise au point, la lettre du neurologue numéro 2.III. Mars-Avril 1999.
- [28]Tekle-Haimanot R., Forgren L., Eksedt J. Incidence of epilepsy in rural Ethiopia. Epilepsia (Copenhagen), 38; number 5, 1997. P 541-546
- [29]Mendez M.F.Cummings J.L., Benson D. F. (1986). Depression in epilepsy: significance and phenomenology. Archives of Neurology, 43: 766-770
- [30]FANE K. Evaluation de l'anxiété chez l'épileptique en milieu rural du Mali (cas de Markacoungo) thèse de médecine2009
- [31]FOBA I. Prévalences et facteurs de risque de l'épilepsie en zone rurale du Mali : Analyse de 1102 cas. These de medecine 2010
- [32]Kanner AM. When did neurologists and psychiatrists stop talking to each other? Epilepsy Behav 2003; 4; 597-601
- [33]Kwan P, Brodie MJ. Neuropsychological effects of epilepsy and antiepileptic drugs. Lancet 2001; 357: 216-222
- [34]Swinkels WAM, Kuyk J, van Dyck R, Spinhoven P. Psychiatric comorbidity in epilepsy. Epilepsy Behav 2005; 7: 37-50
- [35]Forsgren L. Prevalence of epilepsy in adults in northern Sweden. Epilepsia 1992; 33: 450-458

- [36]Gudmundsson G. Epilepsy in Iceland. A clinical and epidemiological investigation. *ActaNeuroScand* 1966; 43: 1-124
- [37]Trostle JA, Hauser WA, Sharbrough FW. Psychologic and social adjustment to epilepsy in Rochester, Minnesota. *Neurology* 1989; 39: 633-637
- [38]Bazil CW. Comprehensive care of epilepsy patient. Control, comorbidity, and cost. *Epilepsia* 2004; 45: 3-12
- [39]Gaitatzis A, Trimble MR, Sander JW. The psychiatric comorbidity of epilepsy. *ActaNeuroScand* 2004; 110: 207-220
- [40]Victoroff J. DSM-III-R psychiatric diagnoses in candidates for epilepsy surgery: Lifetime prevalence. *Neuropsychiatry NeuropsycholBehavNeuro*1994; 7: 87-97
- [41]Altshuler L, Rausch R, Delrahim S et al. Temporal lobe epilepsy, temporal lobectomy, and major depression. *J Neuropsychiatry ClinNeurosci* 199; 11: 436-443
- [42]Kanner AM, Balabanov A. Depression and epilepsy: how closely related are they? *Neurology* 2002; 58: 27-39
- [43]Kanner AM. Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanisms and treatment. *Biol Psychiatry* 2003; 54: 388-398
- [44]Torta R, Keller R. Behavioral, psychotic, and anxiety disorders in epilepsy: etiology, clinical features, and therapeutic implications. *Epilepsia* 1999; 40: 2-20
- [45]Lambert MV, Robertson MM. Depression in epilepsy: etiology, phenomenology, and treatment. *Epilepsia* 1999; 40: 21-47
- [46]Blumer D, Montouris G, Hermann B. Psychiatric morbidity in seizure patients on a neurodiagnostic monitoring unit. *J Neuropsychiatric Clin Neurosci* 1995; 7: 445-446
- [47]Andreasen NC, Black DW. *Introductory Textbook of Psychiatry*. Second edition. London: American psychiatric press, inc., 1995: 247-292
- [48]Bulmer D. Epilepsy and disorders of mood. In: Smith D, Treiman D, Trimble M (eds): *Neurobehavioral Problems in Epilepsy*. New York: Raven Press, 1991: 85-196
- [49]Barraclough BM. The suicide rate of epilepsy. *ActaPsychiatrScand* 1987; 43: 644-651
- [50]Lhatoo SD, Johnson AL, Goodridge DM et al. Mortality in epilepsy in the first 11 to 14 years after diagnosis: multivariate analysis of a long-term,

prospective, population-based cohort. *Ann Neurol* 2001; 49: 336-344

[51]Barry JJ, Huynh N, Lembke A. Depression in individuals with epilepsy. *Curr Treat Options Neurol* 2000; 2: 571-585

[52]Jacoby A, Baker GA, Steen N et al. The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: findings from a UK. Community study. *Epilepsia*

[53]Silva W, Giagante B, Saizar R et al. Clinical features and prognosis of nonepileptic seizures in a developing country. *Epilepsia* 2001; 42: 398-401

[54]Glosser G, Zvil AS, Glosser DS et al. Psychiatric aspects of temporal lobe epilepsy before and after anterior temporal lobectomy. *J NeurolNeurosurg Psychiatry* 2000 ; 68: 53-58

[55]Gastaut H, Morin G, Leserve N. Etude du comportement des épileptiques psycho-moteur dans l'intervalle de leurs crises. *Ann Medico-Psychol* 1955; 113: 1-27

[56]Waxman SG, Geschwind N. The interictalbehaviour syndrome of temporal lobe epilepsy. *Arch Gen Psychiatry* 1975; 32: 1580-1586

[57]Koch-Stoecker S. Antipsychotic drugs and epilepsy: indications and treatment Guidelines. *Epilepsia* 2002; 43: 19-24

[58]Sachdev P. Schizophrenia-like psychosis and epilepsy: the status of the association. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 325-336

[59]Umbricht D, Degreef G, Barr WB et al. Postictal and chronic psychoses in Patients with temporal lobe epilepsy. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 224-231

[60]Trimble MR, Ring HA, Schmitz B. Epilepsy. In: Fogel BS, Schiffer RB, Rao SM (Eds): *Synopsis of Neuropsychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000: 469-489

[61]Leinonen E, Tuunainen A, Lepola U. Postoperative psychoses in epileptic patients after temporal lobectomy. *ActaNeurolScand*1994 ; 90: 394-399

[62]Aubry JM, Ferrero F, Schaad N. *Pharmacothérapie des troubles bipolaires*. Paris : Editions Médecines et hygiène, 2004 : 56-113

[63]Lehrner J, Kalchmayr R, Serles W et al. Health-related quality of life (HRQOL), activity of daily living (ADL) and depressive mood disorder in temporal lobe epilepsy patients. *Seizure* 1999 ; 8: 88-92

X. ANNEXES

ANNEXE 1

FICHE D'ENQUÊTE

Echelle d'Hamilton : Dépression

-Nom... Prénoms:

- Sexe : Masculin..... Féminin PoidsKg

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

Cultivateur élèvecommerçant 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 :

Non scolarisé 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..... secondairement généralisée.....

-Date de début du traitement :

-Age du /de la patient€lors de la première crise :

-Date de la dernière crise :

-Traitement :

Item Humeur anxieuse : cet item	Symptômes à rechercher	cotation
<p>couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible</p>	<p>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.</p>	<p>0</p>
	<p>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.</p>	<p>1</p>
	<p>Le ou la patient(e) exprime plus clairement qu'il ou elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut 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).</p>	<p>2</p>
	<p>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).</p>	<p>3</p>
	<p>Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du ou de la patient(e).</p>	<p>4</p>

<p>Tension nerveuse Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.</p>	<p>Le ou la patient(e) n'est ni plus ou tendu(e) que d'habitude.</p>	0
	<p>Le ou la patient(e) semble quelque peu plus nerveux (nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.</p>	1
	<p>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.</p>	2
	<p>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).</p>	3
	<p>Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e)</p>	4

<p> Crainte : 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.</p>	<p>Absente</p>	<p>0</p>
	<p>Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.</p>	<p>1</p>
	<p>Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.</p>	<p>2</p>
	<p>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.</p>	<p>3</p>
	<p>L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du / de la patient(e)</p>	<p>4</p>

<p>Insomnie : 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.</p>	<p>Durée et profondeur du sommeil habituelle</p>	<p>0</p>
	<p>La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légère difficulté de d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil</p>	<p>1</p>
	<p>La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.</p>	<p>2</p>
	<p>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.</p>	<p>3</p>
	<p>Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.</p>	<p>4</p>

<p>Troubles de la concentration et de la mémoire : Cet item couvre des difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.</p>	<p>Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés se concentrer que d'habitude.</p>	<p>0</p>
	<p>Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.</p>	<p>1</p>
	<p>Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.</p>	<p>2</p>
	<p>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.</p>	<p>3</p>

<p>Humeur dépressive : Cet item couvre à 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.</p>	<p>Absente</p>	<p>0</p>
	<p>Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattue ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.</p>	<p>1</p>
	<p>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.</p>	<p>2</p>
	<p>Le/la patient(e) montre des signes non verbaux clair de dépression ou de perte d'espoir.</p>	<p>3</p>
	<p>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.</p>	<p>4</p>

<p>Symptômes somatiques généraux :(musculaires) faiblesse, raideur, allodynies ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.</p>	<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.</p>	<p>0</p>
	<p>Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleur ou de raideurs musculaires qu'habituellement.</p>	<p>1</p>
	<p>Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.</p>	<p>2</p>
	<p>Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie ou le travail quotidien du/de la patient(e).</p>	<p>3</p>
	<p>Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).</p>	<p>4</p>

<p>Symptômes somatiques généraux : (Sensoriels) 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>	<p>Absente</p>	<p>0</p>
	<p>Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indique des symptômes plus prononcés qu'habituellement.</p>	<p>1</p>
	<p>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.</p>	<p>2</p>
	<p>Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).</p>	<p>3</p>

<p>Symptômes cardio-vasculaires : 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</p>	<p>Absente</p>	<p>0</p>
	<p>Leur présence n'est pas claire</p>	<p>1</p>
	<p>Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.</p>	<p>2</p>
	<p>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.</p>	<p>3</p>
	<p>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).</p>	<p>4</p>

Symptômes respiratoires : Sensation de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante.	Absence	0
	Peu claire	1
	Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.	2
	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.	3
	Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).	4

<p>Symptômes gastro-intestinaux : 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 rassasier</p>	Absents	0
	Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel	1
	Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux, mais le/la patient(e) peu rempli », la nausée, les vomissements, la diarrhée et gargouillements abdominaux. encore les contrôler	2
	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	3
	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)	4

<p>Symptômes urinaires et génitaux : 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.</p>	<p>Absents</p>	<p>0</p>
	<p>il n'est pas claire si pressent ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).</p>	<p>1</p>
	<p>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).</p>	<p>2</p>
	<p>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).</p>	<p>3</p>
	<p>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)</p>	<p>4</p>

<p>Autres symptômes du SNA : cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou les pâleurs, les bouffées de transpiration et les vertiges.</p>	<p>Absents</p>	<p>0</p>
	<p>Présence peu claire</p>	<p>1</p>
	<p>Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).</p>	<p>2</p>
	<p>Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).</p>	<p>3</p>
	<p>Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e)</p>	<p>4</p>

<p>Comportement pendant l'entretien : Le ou la patient(e) peut 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.</p>	<p>Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux (se).</p>	0
	<p>Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux (se).</p>	1
	<p>Le/la patient(e) est modérément anxieux (se)</p>	2
	<p>Le/la patient(e) est anxieux (se) de façon marquée.</p>	3
	<p>Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété ; par exemple : il/elle tremble de tous son corps.</p>	4

<17 : Léger 18 – 24 : léger à modérée 25 – 30 : modérée à grave

FICHE SIGNALITIQUE

ANNEXE 2 :

Nom : TRAORE

Prénoms : KISSIMA

TITRE : Evaluation de trouble de l'humeur chez les épileptiques en zone rurale du Mali : cas de Markacoungo.

ANNEE DE SOUTENANCE : 2014-2015

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 trouble de l'humeur chez les épileptiques.

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

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive portant sur 362 cas.

L'épilepsie représentait 6.41% de nos patients. Les épileptiques de la tranche d'âge de 19 à 32 ans étaient les plus représentés avec 57,5%.

Le sexe ratio était de 1,57 % en faveur du sexe masculin.

En outre, 89,2% de nos patients présentaient un trouble de l'humeur léger.

Nous avons trouvé un trouble de l'humeur modère et grave respectivement chez 12,3% et 3,6% de nos patients qui avaient fait une crise au cours des six derniers mois contre l'absence pour ceux qui avaient fait six à douze mois sans crise.

Mots clés : Epilepsie, 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 se 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 leur père.

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 !