



Lexique : Petit glossaire de terminologie épileptique et neurologique

Asthénie : fatigue

Céphalée : mal de tête

Comitialité : épilepsie

Co-morbidité : association de deux maladies

Cortex : partie du cerveau située en périphérie, correspond à la substance grise contenant les corps cellulaires des neurones

Crise partielle simple : crise d'épilepsie ayant un point de départ focal (crise partielle) et ne s'accompagnant pas d'une rupture de contact (crise « simple »)

Crise partielle complexe : crise d'épilepsie ayant un point de départ focal (crise partielle) et s'accompagnant d'une rupture de contact (crise « complexe »)

Diplopie : vision double

Étiologie : cause d'une maladie

GABA : principal neuromédiateur inhibiteur

Glutamate : principal neuromédiateur excitateur

Grand mal : crise d'épilepsie généralisée, encore appelée crise tonico-clonique (« convulsive »), le terme grand mal est à proscrire car en soit très péjoratif

Ictal : pendant la crise, on dit aussi critique

Idiopathique : sans cause lésionnelle, témoigne d'un terrain génétique prédisposé à l'épilepsie (cf. question 9)

Interictal : entre les crises, on dit aussi intercritique

Neurone : cellule cérébrale dont l'activité anormale est le point de départ de la crise d'épilepsie, possède un corps cellulaire et des prolongements (dendrites et axones)

Métabolique : ensemble des réactions se produisant dans les cellules de l'organisme, exemples : métabolisme énergétique qui fournit l'énergie aux cellules, métabolisme glucidique qui fournit du sucre aux cellules nécessaire à leur bon fonctionnement... Un défaut du métabolisme peut entraîner un mauvais fonctionnement de toutes les cellules de l'organisme et donc des neurones et être ainsi à l'origine de crises d'épilepsie

Petit mal : crise d'épilepsie généralisée, encore appelée absence, le terme petit mal est à proscrire car en soit très péjoratif par rapport à l'épilepsie

Postictal : après les crises, on dit aussi postcritique

Prodrome : sensation précédant la survenue de la crise, parfois de plusieurs minutes à plusieurs heures

Structural : lésion cérébrale retrouvée à l'imagerie

Symptomatique : se dit d'une épilepsie avec cause retrouvée, synonyme : métabolique-structurel

Stéréotypé : manifestations toujours identiques d'une crise à l'autre

Système nerveux central : ensemble constitué par le cerveau et la moelle spinale (ou moelle épinière)

Qu'est-ce qu'une crise d'épilepsie ?

1

Les crises d'épilepsie sont la traduction d'un fonctionnement excessif des cellules du cerveau appelées neurones. Pour que les signes cliniques de la crise apparaissent, il faut qu'un nombre important de neurones se mette à dysfonctionner (mal fonctionner) au même moment. En fonction de la localisation et du nombre de neurones qui vont dysfonctionner, les signes cliniques de la crise pourront différer : signes psychiques (fausse impression de déjà-vu, angoisse, peur...), végétatifs (palpitations, chaleur, froid, sueurs...), sensitifs (fourmillements d'un bras ou d'une jambe...), moteurs (contractions saccadiques d'un bras ou d'une jambe...)... (cf. question 23).

La crise d'épilepsie est toujours de début et fin brutaux et de durée brève (une à deux minutes en moyenne) et est ensuite suivie d'un retour à l'état normal, cependant certains patients peuvent garder une gêne longtemps après la crise (dans les minutes, les heures voire les jours suivant une crise) : désorientation, maux de tête, fatigue inhabituelle, courbatures...

Définitions



2 Qu'est-ce que l'épilepsie ?

L'épilepsie est classiquement définie par la répétition d'au moins deux crises d'épilepsie spontanées, à plus de 24 heures d'intervalle. Spontané signifie que les crises ne sont pas provoquées et ne surviennent pas dans un contexte particulier déclenchant comme un trouble métabolique (par exemple un taux excessivement bas ou haut de sucre dans le sang), une hyperthermie (c'est-à-dire une fièvre), ou encore une agression brutale du cerveau (par exemple un accident vasculaire cérébral ou un grave traumatisme crânien).

Néanmoins, il existe des cas où on peut porter le diagnostic d'épilepsie en présence d'une crise unique spontanée, à condition qu'il y ait alors, lors du bilan, des signes sur l'électroencéphalogramme ou l'IRM laissant présager à court terme une deuxième crise.

Derrière cette définition généraliste, se cachent en fait des situations cliniques et pronostiques très diverses.

Une épilepsie comporte par définition des crises d'épilepsie qui peuvent être soit généralisées (les deux parties du cerveau ou hémisphères sont impliqués d'emblée) ou partielles (il existe un point de départ focal c'est-à-dire unique et identifiable dans une région du cerveau avec une éventuelle extension secondaire à d'autres régions cérébrales). Même si les chiffres varient selon les sources, on estime qu'il existe environ 60 % d'épilepsies partielles et 30 % d'épilepsies généralisées et 10 % d'épilepsies indéterminées. Les causes, on le verra (question 10) peuvent être très variées de même que le pronostic. Mais, on retiendra tout de même que dans la grande majorité des cas, le pronostic est bon voire excellent.

Existe-t-il des crises d'épilepsie en dehors de l'épilepsie ?

3

Lorsque les crises d'épilepsies sont dites provoquées ou aiguës, on ne parle alors pas d'épilepsie et on considère que la crise d'épilepsie est occasionnelle et réactionnelle soit au facteur provoquant, soit à l'agression du cerveau.

Les principaux facteurs provoquant retenus à l'origine de crises d'épilepsie provoquées occasionnelles (n'entrant donc pas dans la définition d'une maladie épileptique) sont :

- le sevrage en alcool ou l'alcoolisation massive ;
- des facteurs dits métaboliques, à savoir principalement : un taux anormalement bas ou élevé de sodium (sel), calcium, ou sucre dans le sang. Ces troubles métaboliques peuvent se rencontrer dans diverses situations : déshydratation, hyperhydratation... ou révéler une autre maladie comme par exemple un diabète ;
- la fièvre chez le nourrisson qui peut provoquer des convulsions dites fébriles qui ne présagent en rien d'une épilepsie ultérieure.

Les crises dites aiguës surviennent par définition dans les sept jours qui suivent une agression brutale du cerveau, c'est-à-dire essentiellement un accident vasculaire cérébral ou un grave traumatisme crânien.

Ces crises dites provoquées ou aiguës n'imposent pas la mise en route d'un traitement anti-épileptique de fond mais bien entendu la correction ou l'éviction ou la stabilisation des facteurs considérés comme ayant provoqué la crise.



4 L'épilepsie est-elle une maladie fréquente ?

L'épilepsie est l'une des affections neurologiques les plus fréquentes.

L'incidence moyenne de l'épilepsie (c'est-à-dire le nombre de nouveaux cas d'épilepsie observés sur une période donnée, ici un an) est de 50 pour 100 000 habitants par an : cela signifie que tous les ans pour chaque tranche de 100 000 habitants, on recense 50 nouveaux cas d'épilepsie. Les chiffres d'incidence varient en fait entre 20 et 130 nouveaux cas pour 100 000 habitants par an, le chiffre le plus haut de 130 cas d'épilepsie pour 100 000 habitants correspondant aux âges plus extrêmes de la vie (avant un an et après 65 ans) plus à risque d'épilepsie).

La prévalence de l'épilepsie (c'est-à-dire le nombre de patients recensés comme souffrant d'épilepsie à un moment donné) oscille entre 0,5 et 0,8 % de la population. Ainsi, en France, près de 500 000 personnes sont affectées par cette maladie.

Dans le monde, on estime qu'il y a cinquante millions d'épileptiques. L'épilepsie est plus fréquente dans les pays en voie de développement que dans les pays industrialisés du fait d'une plus forte fréquence de maladies infectieuses responsables d'épilepsie dans ces pays (exemple : paludisme, cysticercose) mais aussi de taux élevés de malnutrition et d'un système sanitaire moins développé d'où de plus fréquentes complications à l'accouchement (complications dites obstétricales) pourvoyeuses d'épilepsie.

Une crise isolée (provoquée ou aiguë) peut se produire au cours de toute la vie chez une personne sur vingt. On estime ainsi en France que près de trois millions de personnes sont susceptibles de faire une crise isolée de ce type (qui ne constituera pas en soit une épilepsie, cf. question 3).

L'épilepsie est-elle une maladie psychiatrique ?

5

Non, l'épilepsie est une maladie neurologique liée à un dysfonctionnement transitoire du cerveau. Sa prise en charge est du ressort du neurologue et non du psychiatre.

Les signes rencontrés au cours des crises d'épilepsie ont pu parfois faire évoquer des maladies mentales, notamment en cas d'hallucinations ou d'agitation ou par exemple de phénomènes de déjà vu-déjà vécu. Mais contrairement aux maladies psychiatriques ces phénomènes hallucinatoires ou d'agitation sont très brefs (n'existent que le temps de la crise, c'est-à-dire au maximum une à deux minutes), n'influencent pas le comportement du sujet épileptique en dehors des crises et sont reconnus comme anormaux (pathologiques) par la personne épileptique qui en souffre.

Il peut cependant parfois y avoir une co-existence entre l'épilepsie et une pathologie psychiatrique : soit lorsque l'épilepsie rentre dans le cadre d'une maladie plus globale et plus grave donnant à la fois des troubles épileptiques et psychiatriques (situation clinique rare), soit parce que le vécu douloureux de sa maladie par le patient épileptique va entraîner des répercussions psychiatriques à type essentiellement d'anxiété ou de dépression, situation malheureusement beaucoup plus fréquente. Pour optimiser la prise en charge de son patient épileptique et améliorer sa qualité de vie, le neurologue sera alors amené à proposer au patient un suivi conjoint et momentané avec un psychiatre et/ou un psychologue.



6

L'épilepsie est-elle une maladie grave ?

Oui et non

Oui car certaines crises peuvent parfois avoir des conséquences graves voire catastrophiques : chutes (avec traumatismes, fractures, hématomes...), brûlures, accidents imprévus si la personne épileptique manipulait un objet dangereux au moment de la crise (scie électrique, couteau...) ou se trouvait dans une situation ou une position potentiellement dangereuses (sur une échelle, en train de nager, de prendre un bain, sur le bord d'un quai de métro...), le risque ultime étant le décès au cours d'une crise (cf. question 78).

Non, car dans l'immense majorité des cas, l'épilepsie va être bien équilibrée par le traitement antiépileptique et le patient n'aura alors plus de crises et donc plus à redouter les conséquences potentiellement fâcheuses des crises.

Non, car même en cas d'épilepsie non équilibrée, dans certains cas (épilepsies partielles), le patient sent arriver ses crises et peut se mettre en sécurité ou reste conscient pendant toute sa crise qui s'avère alors désagréable mais pas dangereuse.