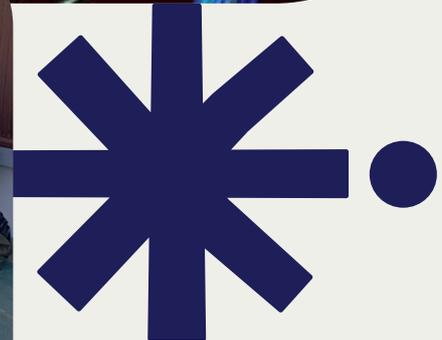
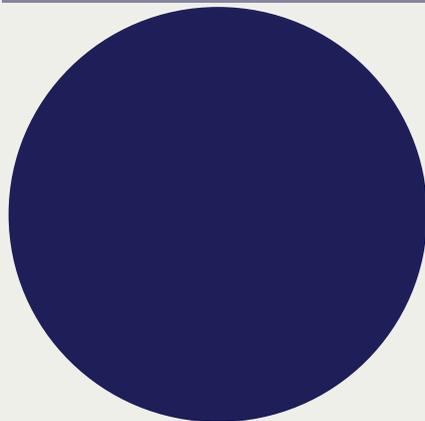
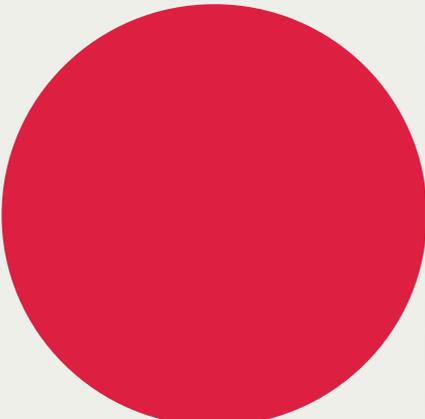
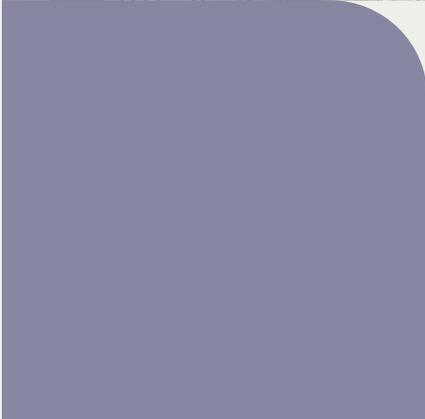




MAI 2023

FOCUS EPILEPSIE

Compte-rendu



LES DIFFÉRENTES FORMES DE CRISES

Il n'y a pas UNE épilepsie mais DES épilepsies

Épilepsie focale ou partielle

Elle touche des réseaux de neurones limités au cortex. Les symptômes vont être très différents selon le réseau impliqué (ex : des secousses d'une jambe). Les crises focales proviennent fréquemment d'une lésion dans le cerveau, 20% à 40% d'entre elles sont invisibles à l'IRM. Les épilepsies focales sont souvent résistantes aux traitements. Le patient atteint de crises focales va quasiment toujours manifester ses crises de la même façon : elles sont stéréotypées. Une crise focale peut évoluer vers une crise généralisée en se propageant à des réseaux plus vastes au cours de son déroulement.

Deux grands types

Épilepsie sévère
=
L'épilepsie résiste aux traitements
+
L'épilepsie entraîne un handicap à cause de la fréquence et de l'intensité des crises
+
La conséquence d'une atteinte au cerveau

Epilepsie généralisée

Le réseau de neurones impliqués dans la décharge est vaste, étendu et bilatéral. Il existe plusieurs types de crises généralisées. La plus impressionnante est la crise tonico-clonique, laissant bien souvent le patient inconscient plusieurs minutes après la crise. Les absences (rupture de contact isolée) et les myoclonies (secousses brutales brèves) sont moins impressionnantes et moins dangereuses. Plusieurs types de crises peuvent coexister chez un même patient selon le syndrome épileptique.



Crise frontale

Lors d'une crise frontale, les symptômes sont plus souvent moteurs mais peuvent être variés dans leurs localisations et leurs intensités. La conscience est le plus souvent préservée.

Une crise frontale peut plus fréquemment évoluer vers une crise tonico-clonique (phase de raideur, puis secousses, puis coma).

Les crises frontales sont plus souvent nocturnes.

Crise temporelle

C'est la forme de crise focale la plus courante chez l'adulte. Elle entraîne souvent une altération de conscience, voir des hallucinations ou des amnésies. Le patient peut présenter des automatismes au niveau de la bouche (mâchonnements, déglutition) ou gestuels (manipulation d'objets). Il peut y avoir des troubles du langage qui peuvent se prolonger après la fin de la crise. Elles peuvent également évoluer vers une phase généralisée mais cela est moins fréquent.

Ses caractéristiques sont une aura, des automatismes comme mâcher, avaler ou jouer avec ses vêtements et de la confusion ou de la difficulté à parler après la crise.



Crise tonique

La crise tonique est caractérisée par une augmentation du tonus musculaire, une raideur brusque pendant plusieurs secondes.

La personne peut donc chuter. Une perte d'urine est possible.

Elles se produisent plus souvent pendant le sommeil.

Crise atonique

Cette crise est typique du syndrome Lennox Gastaut.

Elle se manifeste par une réduction de tonus entraînant un affaissement voire une chute.

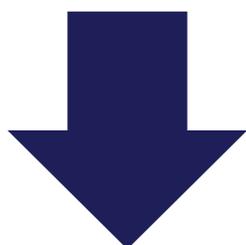
ex : chute de la tête, personne qui lâche son bol puis reprend très vite sa tâche (cela dépend des personnes)

Crise tonico-clonique généralisée

Généralement, elle se manifeste par : un cri inaugural (mécanique, pas de souffrance car altération complète de la conscience), une raideur des membres bien visibles, puis des clonies*. La personne est ensuite comateuse, avec une période de confusion qui dure quelques minutes ou plus. Les crises cèdent dans la très grande majorité des cas sans intervention extérieure. Elles durent généralement moins de deux minutes, rarement plus de cinq.

Bien qu'impressionnantes, il y a une altération de la conscience, donc aucune douleur. Le temps de récupération peut parfois être long et s'étendre durant plusieurs jours.

**Clonies : secousses musculaires brèves involontaires et répétées.*



Ces deux types de crises généralisées peuvent se rencontrer dans des syndromes rares et les patients ont souvent d'autres troubles neurologiques (déficience intellectuelle, troubles du comportement) et une autonomie limitée.



LE TRAITEMENT DE LA CRISE

1

PROTÉGER LE PATIENT

Sécuriser les lieux en éloignant les meubles/objets sur lesquels le patient pourrait se blesser.

Positionner si possible le patient en PLS (une fois que les clonies se sont arrêtées). Dégager les voies respiratoires, certains patients peuvent vomir après une crise.

Il n'y a aucun risque que le patient avale sa langue, ne surtout rien mettre dans la bouche de la personne qui convulse.

2

PRiSE DES CONSTANTES

Possible oxygénothérapie si le patient se trouve à l'hôpital et désature.

3

CHRONOMETRER

Au delà de 5 minutes il y a un risque d'état de mal, il faut donc administrer le traitement d'urgence s'il est indiqué dans le protocole. Il ne faut par contre surtout pas l'administrer avant le temps imposé par le protocole car cela risquerait au contraire de prolonger le coma et la confusion en post-crise.

4

APPELER LES SECOURS

Si la crise dépasse les 5 minutes.

(La crise se termine quand les clonies cessent.)

5

FILMER LE PATIENT

La vidéo permettra au neurologue de mieux comprendre comment les crises se manifestent, d'en comprendre la gravité. Elle permettra également de préciser la conduite à tenir la plus adaptée au patient en cas de crise et donc d'ajuster au mieux le traitement, voir d'affiner le diagnostic.

Après la crise

Lorsque la personne récupère après une crise, elle est souvent désorientée. Il est important de la rassurer, de lui expliquer qu'elle vient de faire une crise d'épilepsie et de la re-situer dans le temps et dans l'espace. Un temps de repos peut être nécessaire, d'une durée variable.





VERBATIM PATIENT EXPERT

**“Ce qui est difficile :
la fatigue
le regard des autres
la stigmatisation
l'imprévisibilité.”**

**“Le parcours est
long et difficile
avant d'avoir le
diagnostic, il faut
parfois se battre
pour être crû.”**

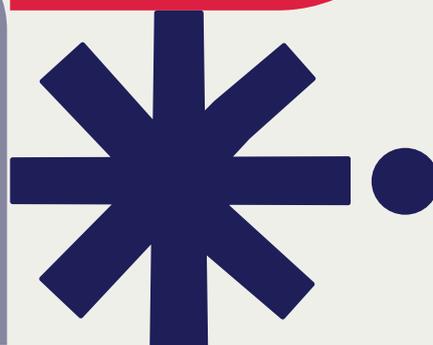
**“C'est une maladie
méconnue,
le ciel m'est tombé
sur la tête.”**

**“L'épilepsie,
c'est un
handicap
invisible.”**

**“On vit
différemment
mais
on vit
quand même.”**

**“Il m'a fallu
mieux connaître
la maladie
pour
l'appivoiser.”**

**“Après une crise il
me faut quelques
minutes pour me
rappeler où je suis et
où j'en suis de ma
journée.”**





L'ERHR CVL remercie pour leur participation :

**Le Dr BIBERON, neurologue au CHRU de Tours,
Charlotte SILVERT, déléguée 36 de l'association Épilepsie France,
patiente experte,
Philippe MOREAU, délégué 45 de l'association Épilepsie France.**



Contact

ERHR Centre Val de Loire

75A avenue du Capitaine Jean

45800 SAINT JEAN DE BRAYE

02.19.05.19.97

centrevaldeloire@erhr.fr