

Crises non épileptiques (Non-Epileptic Seizures)

Sans entrer dans beaucoup de détails, nous pouvons classer les crises en crises épileptiques et crises non épileptiques. Une crise épileptique est un état organique qui survient suite à un changement soudain et incontrôlé des décharges électriques dans le cerveau et qui entraîne des comportements inhabituels comme des spasmes musculaires, des convulsions, des secousses, des chutes, des pertes d'attention et des regards dans le vide.

Une crise non épileptique se manifeste également par des comportements inhabituels semblables aux comportements constatés lors d'une crise épileptique mais qui ne trouve pas son origine dans des décharges électriques anormales du cerveau. Les crises non épileptiques peuvent être causées par une chute brutale de la pression artérielle ou par un déséquilibre des fluides ou des agents chimiques de l'organisme. Quoi qu'il en soit, leur cause est souvent psychologique. Un patient sur cinq environ qu'une crise difficile fait amener à un service d'urgence est en proie, en fait, à une crise psychogénique non épileptique.

Diagnostic

Les crises non épileptiques résultent d'un état psychologique traitable. Une erreur dans le diagnostic des crises non épileptiques peut entraîner la prescription inutile de médicaments antiépileptiques, ce qui risque de faire empirer les crises non épileptiques et influencer négativement sur la capacité d'apprentissage ou de travail. Comme les schémas des crises épileptiques et non épileptiques peuvent paraître identiques même pour un médecin de famille, il est important de procéder à certains tests afin de poser le bon diagnostic. La méthode diagnostique la plus fiable est l'ÉEG vidéo en continu qui permet l'élimination de toute cause organique à la crise.

Les causes des crises non épileptiques

Des facteurs de stress ou un traumatisme sont les causes les plus fréquentes des crises non épileptiques – sans que la personne qui en souffre n'ait conscience de leur effet cumulatif. Comme les facteurs de stress peuvent éroder la sécurité du patient, les crises non épileptiques contribuent à tempérer son anxiété en lui procurant une sorte de canal d'expression. Tout changement dans la vie d'une personne peut constituer pour elle un facteur de stress cumulatif. Parmi les facteurs de stress les plus courants, nous pourrions citer la perte d'un parent ou d'un ami, celle d'un animal de compagnie, la fin d'une amitié, des difficultés relationnelles, des conflits familiaux majeurs, des changements d'école ou d'emploi, des abus divers, du harcèlement ou des difficultés d'apprentissage.

Les crises non épileptiques ne sont pas feintes et, pour les décrire, il ne faudrait pas utiliser le terme de « pseudo-crisis ». Une personne qui feint une crise doit faire l'objet d'un diagnostic psychologique différent et devra être traitée différemment.

Évaluation et traitement

Le processus d'évaluation demande un travail d'équipe, du temps et de la patience. Durant le diagnostic des crises non épileptiques, un neurologue exclut la possibilité d'une origine épileptique des crises tandis qu'un psychologue avance la possibilité de facteurs de stress, lesquels ont pu être détectés par un historique complet de l'état du patient et par des tests psychologiques. Le risque de voir coexister des crises épileptiques et des crises non épileptiques varie entre 10 et 40 %. Dans de tels cas, il est important de bien comprendre les deux états et leurs causes et de les traiter chacun de manière appropriée.

Que peut faire le médecin ?

Les patients qui font des crises non épileptiques peuvent éprouver un surcroît d'anxiété s'ils sont confrontés par des personnes qui ignorent de quoi il s'agit. Éduquer les patients et leur famille sur les maladies psychosomatiques et sur les relations existant entre les facteurs de stress psychologiques et les manifestations physiques peut contribuer à réduire les craintes. Poser un diagnostic correct et en informer le patient est déjà une demi-victoire. En faisant comprendre à leurs patients qu'un suivi par un psychologue ne signifie nullement leur abandon par leur équipe médicale ou que cette équipe ne prend pas leurs symptômes au sérieux, les médecins peuvent faciliter cette transition et motiver le patient à se soumettre au traitement.

References

1. Wylie E. et al. Psychogenic seizure and other non-epileptic paroxysmal events in children. *Epilepsy & Behavior* 2002; 3, 46-50.
2. Ho A. et al. Psychological assessment and treatment of non-epileptic seizures and related symptoms in children and adolescents. In: *Non-Epileptic Seizures*. 2nd Ed. Gates J, Rowan AJ (eds.) Butterworth Heinemann, 2000, pp 207-226.

This information was written by Audrey Ho, PhD, Clinical Psychologist,
Neuroscience Program, BC Children's Hospital, Vancouver, BC in 2005

You can join the BC Epilepsy Society as a member and receive all the program and service benefits.

#2500 – 900 West 8th Avenue, Vancouver, BC V5Z 1E5

Phone: (604) 875-6704 Fax: (604) 875-0617 info@bcepilepsy.com www.bcepilepsy.com