

République Algérienne Démocratique et Populaire  
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique



UNIVERSITÉ ABOU BEKR BELKAID DE TLEMCE  
FACULTÉ DE MEDECINE  
DÉPARTEMENT DE MEDECINE  
DR.B.BENZERDJEB-TLEMCE

*Mémoire de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine*

**Thème :**

**Troubles psychiatriques et comorbidité  
épileptique  
Étude transversale descriptive rétrospective**

Présenté par :  
BELISSIR Yahia  
BELLAHOUEL Fatima

Encadré par :

Dr . RAHOUI.A  
Dr. SAIDI .S

Année universitaire  
2016-2017



# **Remerciements**

## **A NOTRE DIRECTEUR**

Monsieur BOUCIF

Docteur en médecine

Maitre assistant en psychiatrie

Enseignant à la faculté de médecine département

De médecine de TLEMCEN

Praticien hospitalier CHU de TLEMCEN

## **A NOTRE MEDCIN CHEF**

Madame Rahoui

Docteur en médecine

Maitre assistante en psychiatrie

Enseignante à la faculté de médecine département

De médecine de TLEMCEN

Praticien hospitalier CHU de TLEMCEN

## **Dédicace**

Nous dédions ce travail à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à sa réalisation.

Nous tenons d'abord à exprimer nos sincères remerciements à nos encadreurs, Dr RAHOUI et Dr SAIDI pour nous avoir confié ce travail et de nous avoir guidé durant la période de l'étude et ma période de stage.

Nous adressons un remerciement particulier à notre chef de service pour les efforts déployés en vue d'améliorer la formation.

Nous avons pu travailler dans un cadre particulièrement agréable grâce l'ensemble des membres du service : les assistants, les résidents ; Merci pour votre bonne humeur.

Au personnel du service un grand merci pour votre gentillesse et votre patience.

Nos profonds remerciements à nos amis et à toutes les personnes que nous avons pu côtoyés durant notre formation.

Nos dernières pensées iront à nos familles, surtout nos parents, qui ont toujours été là pour nous et qui nous ont soutenue dans les moment difficiles.

## **Tables des matières**

Résumé

Remerciements

Table des matières

### **Partie théorique**

#### **Introduction générale**

#### **Chapitre 01 : EPILEPSIES**

- 1- Résumé
- 2- Introduction
- 3- Définition
- 4- Anatomie des crises épileptiques
- 5- Mécanismes électro-physiologique et biochimique de l'épilepsie
- 6- Classification et diagnostic des crises épileptiques
  - a- Définition
  - b- Classification des crises épileptiques
  - c- Classification sémiologiques des crises épileptiques
  - d- Sémiologie
- 7- Sémiologie clinique des épilepsies généralisées cryptogéniques
- 8- Etiologies des épilepsies
- 9- Explorations complémentaires
- 10- Complications des épilepsies
- 11- Traitement des épilepsies

#### **Chapitre 02 : Les troubles mentales**

- 1- Schizophrénie
- 2- Etat dépressif
- 3- Trouble bipolaire
- 4- PTSD
- 5- Psychose aiguë
- 6- Troubles de la personnalité
- 7- Trouble du comportement
- 8- Trouble du sommeil
- 9- Retard mental

#### **Chapitre 03 : Comorbidités**

#### **Partie pratique : Etude épidémiologique.**

1. Introduction
2. Objectif
3. Méthodologie
  - 3.1. Type de l'étude
  - 3.2. Recrutement des patients
  - 3.3. Information et consentement
4. Résultats
5. Discussions

### **Conclusion**

### **Références bibliographiques**

# Partie

# Théorique

## **Introduction et historique**

Les liens entre épilepsie et santé mentale sont anciens. En effet, au XIXe siècle et pendant une bonne partie du XXe siècle, l'épilepsie était prise en charge en France par les médecins aliénistes. « La personnalité épileptique », caractérisée par la violence et la criminalité, était en continuité avec la « démence épileptique ». Plus tard, les efforts de classification des aliénistes et l'essor de la neurologie feront sortir l'épilepsie du champ des maladies mentales. Maladie universelle, l'épilepsie se pose encore de nos jours comme un véritable problème en santé mentale, car si la plupart des épilepsies sont curables, les conséquences psychopathologiques et sociales demeurent, hélas, encore assez souvent importantes. Les études contemporaines sur les conséquences mentales des épilepsies sont nombreuses, mais leurs résultats demeurent contradictoires. Dans son récent rapport, De Toffol situe la comorbidité épilepsie/maladie mentale à environ 60 % en ce qui concerne les troubles anxieux et 20 % pour les troubles dépressifs. Cependant, Stefansson et al. , dans une étude cas-témoin, montrent qu'il n'existe pas de différence significative entre les épileptiques et les autres patients en ce qui concerne la morbidité psychiatrique et que, lorsqu'il existe un trouble psychopathologique, c'est le plus souvent une psychose. À partir de l'analyse d'une dizaine d'observations cliniques mettant en relief la comorbidité épilepsie/santé mentale, une revue bibliographique a été réalisée concernant les rapports d'une part entre l'épilepsie et les troubles de la personnalité et, d'autre part, avec la dépression, les psychoses, l'alcoolisme et enfin la qualité de vie.

# Chapitre 01

# Epilepsie

# **EPILEPSIES**

## **Histoire Naturelle Des Epilepsies**

En France, il y aurait environ 400000 épileptiques. Globalement, une rémission sous traitement dans 70 à 80% des cas .

L'influence précoce du traitement pourrait, non seulement contrôler les crises, mais aussi prévenir une aggravation ultérieure.

Il faut savoir que 20 à 30 % des épileptiques présentent une épilepsie pharmaco-résistante.

## **Anatomie des crises épileptiques**

Il est admis depuis longtemps que les crises focales prennent naissance au niveau d'une région limitée du cortex cérébral : « la zone épileptogène » La sémiologie clinique des crises épileptiques est liée à leur propagation anatomique dans le cerveau.

Chaque type de crise, qu'elle soit focale ou généralisée, pourrait en fait être générée au sein d'un circuit neuronal qui lui est propre.

L'hyperactivité des circuits d'initiation entraîne la diffusion de la crise vers des structures distantes par le biais des circuits de propagation.

### **- Crises partielles :**

Les Crises partielles simples restent limitées au cortex cérébral.

Les Crises partielles complexes intéressent habituellement à un moment de leur propagation les structures thalamiques.

Lorsqu'une crise partielle se généralise secondairement, il y a implication du tronc cérébral et/ou dans des structures mésencéphalo-diencephaliques.

### **- Les crises généralisées :**

Les crises généralisées d'emblée sont plus difficiles à appréhender. Pour certains, le cortex cérébral est nécessaire et suffisant à leur élaboration.

Pour d'autres, les décharges généralisées serait liées à une réverbération (réflexion) entre le cortex et les structures sous corticales (thalamus en particulier).

## **Mécanismes électrophysiologiques et biochimiques de l'Epilepsie**

La survenue d'une décharge épileptique suppose l'existence d'un trouble constitutionnel ou acquis de l'excitabilité neuronale.

Le neurotransmetteur excitateur principal au sein du système nerveux central est le Glutamate, qui agit sur trois types de récepteurs (Le N-méthyl-D-aspartate , Kaïnate/AMPA et métabotropique . )

Le neurotransmetteur inhibiteur principal est le GABA qui agit sur deux types de récepteurs. Les neurones épileptiques présentent plusieurs caractéristiques électrophysiologiques communes:

- Capacité de générer des décharges paroxystiques autonomes et prolongées pouvant être modulées par les afférences synaptiques.
- Capacité à initialiser des décharges de très haute fréquence par le changement du potentiel de repos.
- Anomalie de la conductance potassique et/ou sodique.
- Déficit des canaux calciques voltage dépendants.
- Déficit des ATPases membranaires responsables du transport ionique.
- Déficit de la neurotransmission inhibitrice modulée par l'acide gamma- amino-butérique (GABA) lié à une diminution quantitative ou qualitative (désensibilisation des récepteurs GABA /Benzodiazépines)
- Augmentation relative ou absolue de la neurotransmission excitatrice liée surtout aux aminés excitateurs (glutamate, N- méthyl-D-aspartate).

### **Epidémiologie**

L'épilepsie une des affections neurologiques chroniques les plus fréquentes, constitue un problème majeur de santé publique.

- **Prévalences** =Nombre de cas d'une maladie donnée à un moment donnée dans la population exprimée sur 1000 habitants entre 0,5 et 0,8 % (minimum 1 sujet 7200 habitants présente une épilepsie active)
- **Incidence** = nombre de nouveaux cas d'une maladie survenant d'une population donnée dans une période données (ex : 1 an) (Ex : 100000 habitants)  
17,3/100000 à 136/100000 (1 nouveau cas /2000 habitants).
- **Mortalité** : Le ratio standardisé de mortalité chez les patients épileptiques est 2 à 3 fois supérieur à celui de la population générale.  
Le décès peut être en relation directe avec l'étiologie de l'épilepsie (alcoolisme, tumeur, affection dégénérative) ou survenir accidentellement au cours d'une crise :état de mal épileptique, inhalation , asphyxie , trauma crânien , noyade...

### **Classification et diagnostic des crises épileptiques**

#### **Définitions :**

Les crises d'épilepsie sont des manifestations cliniques paroxystiques motrices , sensibles , sensorielles ou psychiques accompagnées ou non d'une perte de connaissance , liée à une

décharge anormale, excessive, et hyper synchrone d'une population plus ou moins étendue de neurones du cortex cérébral.(OMS)

La Maladie épileptique est définie par la répétition spontanée des crises d'épilepsie chez un même sujet.

Une crise épileptique unique ou sa répétition dans le cadre d'une affection cérébrale aiguë, ne constitue, donc pas une maladie épileptique : il s'agit simplement de crise accidentelle.

Bien que les données EEG soient d'importance capitale dans le diagnostic des crises épileptiques, en aucun cas, le diagnostic ne sera porté sur ces seules données : il n'y a pas d'épilepsie sans crise clinique .

La sémiologie clinique des crises épileptiques dépend de l'origine topographique et de la propagation des décharges neuronales.

## **Classification Des Crises Epileptiques**

### **Epilepsies et syndromes épileptiques focaux**

Dans cette classe on trouve l'idiopathique lié à l'âge que comporte l'épilepsie bénigne de l'enfance à paroxysmes Rolandiques (pointes Centro-temporales), l'épilepsie bénigne de l'enfance à paroxysmes occipitaux, l'épilepsie primaire de la lecture .

Aussi on trouve la symptomatique que comporte le Syndrome de KOJEWNIKOW (épilepsie partielle continue) myoclonies localisées intermittentes ou permanentes mais prolongées, crises provoquées par des modes de déclenchement spécifiques(Epilepsie sursaut, Epilepsie du mouvement) et l'épilepsie lobaire ( des différents lobes du cerveau )

Dans la même classe se trouve la cryptogénique : présumée symptomatique mais, lorsque l'étiologie reste inconnue (épilepsie partielle cryptogénique )

### **Epilepsies et Syndromes épileptiques généralisés**

Comme la classe précédente il y'a l'idiopathique liée 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 crise grand mal du réveil, Epilepsie à crise précipitée par certaines modalités spécifiques )

D'autres épilepsies peuvent être classées comme épilepsie généralisées idiopathiques sans faire partie de ces syndromes.

De même on a les cryptogéniques, avec en particulier : Spasme infantile : Syndrome de WEST, Syndrome de LENNOX- GASTAUT, Epilepsies avec crises myoclonico-astatiques, Epilepsie avec absences myocloniques (surtout les garçons 07 ans, rebelle au traitement, pronostic variable)

En outre il y'en a les épilepsies symptomatiques : Sans étiologie spécifique tel que l'encéphalopathie myoclonique précoce, l'encéphalopathie infantile précoce, syndrome

d'OHTAHARA . Il y a aussi les syndromes spécifiques : de nombreuses étiologies métaboliques ou dégénératives peuvent les entraîner dans ce cadre.

#### **Epilepsies dont le caractère focal ou généralisé n'est pas déterminé**

Dans ce cas soit il y'a une association de crise généralisée ou partielle avec en particulier (Crise néonatale , Epilepsie myoclonique sévère , Epilepsie avec pointe- onde continue pendant le sommeil lent , Epilepsie avec aphasia acquise = syndrome de Landau kleffner ) , soit elle est sans caractères généralisés ou focaux certains .

#### **syndromes spéciaux :**

À savoir les crises occasionnelles liées à une situation épileptogène transitoire (convulsions fébriles, crises uniquement précipitées par un facteur toxique ou métabolique (alcool, stress, sevrage médicamenteux, hypoglycémie, hyperglycémie....)) et les crises isolées ou l'état de mal isolé.

### **Classification Sémiologique des Crises Epileptiques (1981)**

#### **Crises généralisées**

- Absences
- Crises myocloniques
- Crises cloniques
- Crises toniques
- Crises tonico-cloniques
- Crises atoniques

#### **Crises partielles**

##### **Crises partielles simples**

- *Avec signes moteurs*
- *Avec signe somato-sensitifs ou sensoriels*
- *Avec signes végétatif*
- *Avec signes psychiques*

##### **Crises partielles complexes**

- Début partiel suivi des troubles de conscience et/ou d'automatisme.
- Avec troubles de la conscience dès le début de la crise, accompagnés ou non d'automatisme

##### **Crises partielles secondairement généralisées**

- *Crise partielle simple secondairement généralisée*
- *Crise partielle complexe secondairement généralisée*

- *Crises partielles simples évoluant vers une crise partielle complexe puis généralisation secondaire.*

### Crises non classées

#### SEMILOGIE

##### Crises généralisées

Absence : (petit mal) apanage de l'enfant ; se manifeste par des crises de brève durée, se définissant par une altération brève de la conscience, l'enfant arrête toute activité (Durée = 10" -20"secondes)

L'enfant reprend son activité en cours marqué par un petit sourire + amnésie.

Diagnostic : EEG pointes- ondes bilatérales, synchrones, symétriques de 2 à 3 cycles/sec, à début et fin brusque pouvant exister entre les crises.

Crise tonico-clonique (grand mal ): débute sans prodromes, se déroule en 3 phases

- phase- tonique : = 10 - 20 sec : une contraction tonique soutenue intéresse l'ensemble de la musculature squelettique, d'abord en flexion puis en extension La conscience est abolie d'emblée.

Des troubles végétatifs important (tachycardie, augmentation de la tension artérielle, mydriase, rougeur du visage, hypersécrétion bronchique)

Morsure de langue est possible (après fermeture brutale de la bouche) Progressivement, la téτανisation des muscles se fragmente conduisant à la phase clonique

- phase clonique = 30 - 40 sec le relâchement intermittent de la contracture tonique entraîne des secousses bilatérales brusques intenses s'espacant progressivement pour s'interrompre brutalement. -La respiration est abolie dès le début de la crise et le visage est cyanosé.
- phase résolutive = phase post- critique = quelques minutes - quelques heures. Immédiatement après la phase clonique, le sujet est hypotonique immobile présentant une obnubilation profonde de la conscience.

Un relâchement musculaire complet, une perte d'urines inconstante peut alors être constatée. La respiration reprend alors : ample, très bruyante, gênée par l'hypersécrétion bronchique et salivaire, le niveau de la conscience s'améliore progressivement.

L'obnubilation faisant place à une confusion mentale d'intensité et de durée variable, parfois accompagnée d'automatisme.

L'amnésie post critique est totale.

##### CAT:

- éviter une blessure lors de la chute
- libérer les voies aériennes (concile)

- ne pas s'opposer au malade en phase post critique
- prévenir d'autres crises (10mg Diazépam - 5mg ou 1mg clonazépam)
- rechercher un déficit post critique
- rechercher une hypoglycémie

### **Diagnostic différentiel :**

Elle doit être différenciée d'une Lipothymie (malaise général, faux vertiges, sueurs, pâleur, obnubilation (2- 5 min), syncope, perte de connaissance avec abolition du tonus et chute) , d'une Hypoglycémie fonctionnelle, d'un AIT (Accident ischémique transitoire) , d'une crise hystérique ( crises nevropathiques qui durent beaucoup plus longtemps, anarchiques = crise de simulation )

### **2- crises partielles ou focales :**

Décharge d'une population de neurones cérébraux ou même d'un seul hémisphère

Crises partielles simples : (Décharge au niveau des aires corticales Spécifiques sans troubles de la Conscience) avec signes moteurs , signe somato-sensitifs ou sensoriels , signes végétatifs , signes psychiques.

#### Crises partielles complexes :

Début partiel suivi des troubles de conscience et/ou d'automatisme.

Avec troubles de la conscience dès le début de la crise, accompagnés ou non d'automatisme. (Décharges au niveau des aires corticales associatives avec trouble de la conscience → amnésie post-critique)

Crises partielles secondairement généralisées : où on peut trouver la crise partielle simple secondairement généralisée , la crise partielle complexe secondairement généralisée , la crises partielles simples évoluant vers une crise partielle complexe puis généralisation secondaire.

### **3)crises non classées**

### **Sémiologie clinique des épilepsies généralisées cryptogéniques ou symptomatiques :**

Regroupe 4 syndromes épileptiques rares et de pronostic sévère : syndrome de WEST , syndrome de LENNOX – GASTAUT , épilepsie à crise myoclonico-astatique et l'épilepsie avec absence myoclonique .

(Lorsque ces syndromes sont en rapport avec une anomalie cérébrale du Système Nerveux Central ou avec une affection neurologique, ils sont dits symptomatiques, lorsqu'ils surviennent en dehors de toute étiologie reconnue, ils sont dits cryptogénétiques. )

**Syndrome de WEST** : (Incidence : 1 cas/5000) Syndrome des spasmes infantiles est défini par la survenue chez un nourrisson (âge inférieur à 1 an), d'une triade, présence d'antécédents d'encéphalopathie. La triade comporte des Spasmes infantiles : le plus souvent répétés en salves et surviennent surtout à l'endormissement ou au réveil ; ils peuvent être en flexion intéressant de cou, le tronc ou les membres en abduction ou en adduction pliant l'enfant en deux. Une Régression psychomotrice (débilité) et une Hypsarythmie : retrouvée à l'EEG : tracé désorganisé comportant des ondes lentes, des pointes et des ondes aiguës de grande amplitude et dont la répétition temporelle et spatiale est anarchique.

Les étiologies peuvent être une encéphalopathie anoxique, des lésions séquellaires d'une infection à CMV (cytomégalovirus) ou d'un trouble circulatoire, une malformation cérébrale (Agénésie du corps calleux, Dysplasie corticale) ou une sclérose tubéreuse de Bourneville (Phacomatose)

**Sd de Lennox-Gastaut** : C'est la forme la plus sévère des épilepsies infantiles. Il est défini sur le plan clinique par l'association de : Crise tonique, Crise atonique et Absence atypique. Sur le plan électrique ce sont des décharges généralisées inter-critiques de pointes-ondes associées à des activités rapides de recrutement.

Détérioration intellectuelle.

Age de début : Age préscolaire avant 8 ans .Le pronostic est sévère.

### **Etiologie des épilepsies**

Il y'a beaucoup de facteurs qui peuvent causer la survenue de l'épilepsie dont : les Facteurs génétiques (Anomalies chromosomiques : trisomie 21, Facteur familial), les Facteurs acquis tel l'anomalie de développement cortical, infection du Système Végétatif Central, intoxication médicamenteuse materno-fœtale, encéphalopathie ischémique et hypoxique => retard psychomoteur, contusion cérébrale, hémorragie intracrânienne (HIC), infections cérébro-méningées bactériennes ou virales, Encéphalopathie toxique (sédatifs pris par la mère), anomalies du développement cortical, lésions cicatricielles, maladies infectieuses (touchent les enfants moins de 5 ans, généralement se sont des infections fébriles tels que les infections virales des voies aéro-digestives (otites, sinusites, rhinites, ...)) Tumeurs cérébrales : très lentement progressive (Oligodendrogliome, Astrocytome de bas grade, Méningiome, Métastases, Glioblastome) Traumatisme crânien, Maladies cérébrales (séquelles d'Accident Vasculaire Cérébral), Facteurs toxiques (toxicomanie, excès de boissons alcoolisées), Médicaments (Théophylline Isoniazide, Pénicilline en IV, Psychotropes, Antidépresseurs) dernièrement les facteurs métaboliques : hyponatrémie, hypocalcémie et hypoglycémie.

## **Explorations complémentaires en épileptologie**

- **L'EEG :**

Enregistre l'activité électrique cérébrale aux moyens d'électrodes de surface posées sur le scalp de façon standardisée qui dure 20 minutes .

La réactivité des activités électroencéphalographiques est mise en évidence par des moyens simples

- ouverture des yeux
- serrement des points
- hyperpnée pendant 3-5 min provoquant une hypocapnie avec alcalose respiratoire
- SLI : ce sont des points lumineux intermittents brefs et intenses

- **Radio du crâne :**

- à la recherche des calcifications pathologiques (Tumeurs, phacomatose, parasitose)
- à la recherche de séquelles crâniennes post traumatiques

- **Monitoring vidéo avec EEG prolongée** : consiste à enregistrer en continu le comportement du patient et l'activité électrique dans le but d'analyser l'état inter critique et de préciser les corrélations électrochimiques au cours des crises.

- **Scanner encéphalique** à la recherche d'une Tumeur d'un hématorne sous- dural .

- **IRM cérébrale et angio IRM**

- **Explorations isotopiques**

- *tomographie à émission de positrons*, (positon émission tomography PET) c'est la mesure absolue de la consommation locale de glucose.
- *tomographie d'émission monophotonique* : SPECT (single photon émission computerized T) .

- **Autres explorations**

- *Magnéto-encéphalographie* : mesure l'activité magnétique générée par l'activité électrique cérébrale
- *explorations neuropsychologiques*, évalue le retentissement de l'épilepsie chez l'enfant sur son développement et sa maturation.
- *Examen du FO ( fod d'œil )* avec angiofluorographie rétinienne
- *Prélèvement biopsique* : Biopsie de la peau (maladie de Lafora)  
Biopsie du muscle (encéphalomyopathie mitochondriale)

- **Bilan biologique :**

NFS, enzymologie hépatique, ionogramme sanguin, bilan inflammatoire, glycémie.

## **Complications de l'épilepsie**

### **Etat de mal épileptique (EME)**

C'est l'expression optimale de l'épilepsie et des Syndromes électro- cliniques. Ce sont des syndromes définis par la répétition à bref délais de crises épileptiques récurrentes avec persistance , pendant la phase inter critique d'une altération de la conscience et/ou des Symptômes neurologiques traduisant un épuisement neuronal des aires corticales impliquées dans les décharges épileptiques.

L'état de mal épileptique est un état caractérisé par une crise épileptique qui persiste suffisamment longtemps ou se répète à des intervalles assez brefs pour créer une condition épileptique fixe et durable.

C'est une urgence neurologique où le traitement anti-convulsivant doit être instauré le plus rapidement possible : les troubles neurovégétatifs sévères s'associant à l'œdème cérébral sont responsables d'une altération de la conscience entraînant des lésions neuronales anoxo-ischémiques irréversibles provoquées par la répétition des crises et qui apparaissent à partir de la 60<sup>ème</sup> minute d'activité critique. L'évolution sans traitement est mortelle sinon, on a de graves séquelles neurologiques.

### **Etiologies de l'état de mal convulsif**

- Arrêt thérapeutique d'un épileptique connu.
- Accident vasculaire cérébral (hématome intra cérébral, embolie à point de départ cardiaque)
- Tumeur cérébrale.
- Traumatisme crânien.
- Syndrome infectieux sévère avec Hyperthermie > 39°C (abcès, méningite, encéphalite)
- Perturbations biologiques (hyponatrémie, hyper natrémie, hypocalcémie, hypoglycémie, hyperglycémie, anoxie insuffisance rénale, insuffisance hépatocellulaire)
- Intoxication alcoolique aiguë ou sevrage alcoolique.
- Surdosage en antidépresseurs, en théophylline, isoniazide, produits de contraste iodés (métrizamide), cocaïne.
- Enfin dans 15 à 20 % des cas, on ne retrouve aucune étiologie satisfaisante.

### **Traitement :**

- ❖ Diazépam = Valium, enfant: IV 0,2 - 0,5 mg/Kg  
Intrarectale 0,3 - 0,5 mg/Kg  
Adulte : 10-20mg

- ❖ Clonazepam Rivotril enfant : 0,02-0,05 mg/Kg IV  
0,01 mg/Kg intrarectale  
Adulte : 1-2 mg

Phénobartibal = Gardéнал : Ampoule dosées à 40 mg

Enfant: 20 mg/Kg

Adulte 50mg 2 fois/j

Si échec : Thiopental=Nédonal 3-5 mg/Kg en flash puis 10 mg/mn

- En plus :
  - les antioedémateux cérébraux (CTC , Mannitol)
  - libération des voies aériennes sup
  - ..... équilibration hydro-électrolytiques
  - ..... oxygénothérapie

## VIII/ TRAITEMENT DES EPILEPSIES :

### VIII.1 Médical

- Ne jamais traiter qu'une seule crise

Si 2 crises et plus → traitement (augmentation en fonction du poids)

- Monothérapie : à une dose efficace thérapeutique en fonction du poids corporel

Si échec => changement de la monothérapie (diminuer progressivement le premier et introduire le deuxième médicament progressivement)

Si échec => bithérapie, si échec => polythérapie

- Si Grossesse : Gardéнал, c'est le seul médicament toléré.

Dés l'accouchement : Gardéнал CI (Car rapport lait maternel / Bébé =1/4)

- Arrêt thérapeutique : Trt de 5 ans + Absence de crise + Preuve électrique
- Mesures d'urgence devant une crise convulsive :
  - ✓ Ne rien faire sauf protection contre les chocs pendant la chute
  - ✓ Position latérale pour libérer les voies aériennes
- Que dire au patient ? Dédramatisation
- Surveillance de l'efficacité thérapeutique :
  - Dosage plasmatique des antiépileptiques
  - EEG
  - Surveillance biologique (TGO, TGP PAL...)
- Quand arrêter le TRT ? Après 2 à 5 ans sans crise, une réduction puis un arrêt complet du TRT peuvent être envisagés

### VIII.2 Chirurgical

20 % des malades peuvent être concernés

- Interventions palliatives : Callosotomie des 2/3 antérieures est indiquée chez certaines épilepsies partielles bi frontales ou épilepsies généralisées symptomatiques graves comportant des chutes brutales et traumatisantes
- Interventions curatrices : Cortectomies , s'adresse aux épilepsies partielles rebelles au TRT médical évoluant depuis au moins deux ans , dont la zone épileptogène siège dans une région cérébrale dont l'exérèse ne provoquera pas de déficit neurologique ou neuropsychologique.

| DCI              | NOM COMMERCIAL       | FORME GALENIQUE         | PRESENTATION                             | POSOLOGIE MG/KG/J                        | EFFETS SECONDAIRES   | INDICATIONS  |
|------------------|----------------------|-------------------------|--|--|--|--|
| phenobarbital    | Gardéнал             | Comprimé ampoule        | 10-50-100 40-200                         | A 2-3                                    | Eruption cutanée grave<br>Sédation<br>Bradypsychie<br>Excitation<br>tachypsychie<br>Algodystrophie Sd Gardénalique | Toutes les formes de crises (sauf petit mal absence) |
|                  | Alepsal              | Cp suppo                | 15-50-100-150 15-50-100                  | E 3-4                                    |  |  |
|                  | Kaneuron             | Sol. buvable            | 1mg/ goutte                              |  |  |  |
| Phenotoïne       | Dihydantoin Dilantin | Cp Amp                  | 100mg 250mg                              | A3-5<br>E 5-8                            | Eruption cutanée grave<br>Anémie arégénérative<br>obnubilation avec confusion<br>Hypertrophie gingivale Atteinte   | Crise partielle généralisée                          |
| primidone        | Mysoline             | Cp                      | 250 mg                                   | 10-15                                    |  | Tout type de   |
| ethosuximide     | Zarontin             | Capsules Sirop          | 250 mg<br>250mg/mesure                   | A15-20<br>E 20-25                        | Aplasia médullaire<br>Eosinophilie,<br>neutropénie,<br>Troubles digestifs<br>Troubles psychiatriques Chez          | Absence myoclonies                                   |
| carbamazépine    | Tégrétol             | Cp Sol buvable          | 200 mg<br>100mg/5 ml                     | A10-12<br>E 20-25                        | Eruption cutanée grave (rash cutané)<br>vertiges<br>Leucopénie,<br>asthénie Diplopie,                              | Epilepsies partielles                                |
|                  | Tégrétol LP          | CP                      | 400 mg                                   |  |  |  |
| valproate de Na+ | Dépakine             | Sol buvable<br>Sirop Cp | 200 mg / ml<br>200mg/mesure<br>200-500mg | A 15-20<br>E 20-30                       | Hépatite cytolitique (bilan hépatique)<br>Pancréatite<br>Thrombopénie,<br>asthénie Alopecie                        | Tout type de crise (bonne tolérance)                 |
|                  | Dépakine chrono      | Cp                      | 500mg                                    | Sécable<br>Monoprise                     |  |  |
|                  | Dépakine Inj         | Amp                     | 400mg                                    |  |  |  |
| Gabapentine      | Neurontin            | Géllule                 | 100-300-400                              | A15-35                                   | Troubles digestifs,<br>prise de poids<br>psychose aiguë  | Crise partielle A&E > 12 an.                         |
| Vigabatrin       | Sabril               | Cp Poudre à l'usage     | 500mg<br>500mg                           | A 20-55<br>E 40-80                       | Psychose aiguë réversible<br>asthénie  | Spasmes infantiles                                   |
| Lamotrigine      | Lamictal             | Cp dispersibles<br>Cp   | 5-25-100mg<br>25-50 mg                   | A 3-7<br>E 5-15<br>Posologie progressive | Eruption cutanée grave   | Epilepsies généralisées ou partielles A & E > 12 an  |

|               |          |    |                 |                                 |  |   |
|---------------|----------|----|-----------------|---------------------------------|--|---|
| Topiramate    | Epitomax | Cp | 50 -100- 200 mg | A 3-15<br>Posologie progressive | Contre indiqué chez les malades avec ATCD de coliques néphrétiques (risque de lithiases rénales) | Crises partielle et crises secondairement généralisées<br>Généralement associé à d'autres |
| levetiracetam | Kepra    | CP | 250 mg          | A 2000-4000mg/j                 |  | Crise partielle<br>Epilepsies généralisées<br>Epilepsies myocloniques                     |

# Chapitre 02

## Troubles mentales

# **SCHIZOPHRENIE**

## **HISTORIQUE DE LA SCHIZOPHRENIE**

Esquirol distinguait les déficits de l'intelligence d'apparition tardive et les états d'arriération d'apparition précoce. Une connotation organique devenait évidente par la découverte de la paralysie générale, démence d'origine syphilitique. Entre ces deux catégories, on décrivait des malades jeunes qui évoluaient vers un déficit avec une présentation bizarre, étrange.

Kraepelin décrit la « démence précoce » qui, au delà de l'intelligence, altère l'affectivité et transforme ce concept en « démence affective ».

En France, on reste assez descriptif, tout en essayant de comprendre cette évolution.

Morel (1860) s'intéresse à la démence précoce ou en cherche en vain l'étiologie organique. Morel évoquera le concept de dégénérescence. Chaslin insiste sur la discordance, une incoordination, une dysharmonie intra-psychique et il décrit la folie discordante qui évolue vers une démence vésanique. Ces malades sont bizarres, incohérents, contradictoires.

En Allemagne, Hecker décrit l'hébéphrénie et Kahlbaum décrit la catatonie, aspect psychomoteur de cette maladie. En 1911, Bleuler affirme un concept

psychopathologique : la maladie est due à la dissociation intra-psychique et crée le néologisme de schizophrénie. Selon lui la dissociation (Spaltung) entraîne donc :

Des signes directs ou primaires (qui naissent directement du processus pathologique) : discordance, troubles du cours de la pensée, ambivalence.

Des signes secondaires (issus de la réaction du psychisme du malade) : l'autisme, le rationalisme morbide, le délire paranoïde qui est un essai de reconstruction psychique.

## **DEFINITION :**

C'est une psychose chronique grave handicapante qui réalise plusieurs tableaux cliniques mais qui ont en commun une désorganisation appelé autrefois dissociation de la personnalité.

Son pronostic est classiquement mauvais, mais il a été amélioré grâce aux neuroleptiques.

## **ETIOLOGIES :**

restent inconnues, plusieurs hypothèses sont évoquées : Facteurs génétiques , Facteurs environnementaux , Rôle des médiateurs chimiques (surtout la dopamine )

## **Epidémiologie :**

la plus fréquente des psychoses chroniques. Elle touche surtout l'adolescent et l'adulte, l'âge est plus tardif chez la femme, la même fréquence chez les 2 sexes

il y'a un terrain prédisposant lié à plusieurs facteurs dont : facteur génétique (Le risque de schizophrénie est plus élevé chez les apparentés avec un schizophrène de même le risque est plus élevé chez les jumeaux monozygotes ) , Facteurs biotypologiques ( 47% biotype longiligne ou leptosome ) , Facteurs caractériels ( 50% des schizophrènes avaient avant de développer la maladie un caractère schizoïde ) , Facteurs biochimiques ( l'efficacité des neuroleptiques (antipsychotiques), probablement il s'agit d'un excès de la dopamine qui serait responsable de la symptomatologie schizophrénique ) , Altérations encéphaliques ( Hypofonctionnement des lobes frontaux :par l'utilisation du glucose radioactif, Augmentation des récepteurs de la dopamine et Diminution du corps calleux ) , Facteurs psycho-dynamiques ( théorie de FREUD ) , Facteurs socio-culturels (événement de la vie joue un rôle favorisant , l'accumulation de stress sur un terrain favorisé, l'isolement et le repliement sur une cellule familiale ) et Théorie .

### FORMES DE DEBUT :

Le début peut être brutal avec une Bouffée délirante (schizophrénie aigüe) , une Manie atypique ( le tableau type de l'agitation, excitation et exaltation de l'humeur ) ou une mélancolie délirante .

Ou elle débute progressivement marquée par la diminution du rendement scolaire, universitaire ou du travail , Engouement à la religion ou autre ,Perturbation progressive du comportement alimentaire ( Anorexie mentale chez la jeune fille, n'est pas très retrouvée chez l'homme ) , Troubles anxieux ( Phobie, obsession proche du délire) , Préoccupation par rapport au corps , Conduite addictive ( prise de drogue ) .

### PERIODE D'ETAT :

**Désorganisation (discordance, dissociation) :** « signes productifs » où beaucoup de facultés sont atteintes à savoir :

La Pensée où se manifeste un relâchement des associations , Différence de la pensée ( pensée sans axe thématique ) , Pensée tangentielle (pensée qui est débordée par le détail sans but précis , Passage du coq à l'âne , Réponse à côté , Rationalisme morbide (raisonnement abstrait, illogique et pseudo-rationnel ) Le barrage /fading ( Le cours de la pensée est perturbé, Arrêt brutal du cours de la pensée (barrage), Evanouissement progressif de la pensée jusqu'à son arrêt complet (fading)) .

Le Langage où on trouve : le Néologisme (création de nouveaux mots ) , le Paralogisme ( le malade donne un autre sens à un mot existant ) , l'Agrammatisme (non respect des règles syntaxiques) et la Schizophasie : (au maximum) langage complètement incompréhensible « langage qui est détournée de sa fonction de communication).

L'Affectivité : Ambivalence affective ( sentiment contradictoire), Discordance idéo-affective ( pas de concordance entre l'idée et l'affectivité, absence d'adéquation entre l'affection et le discours ) , Réaction émotionnelle brutale ( colère violente qui ne semble pas justifier, éclats de rire, des pleurs immotivés ) , Réaction affective paradoxale ( par ex apparition d'une angoisse intense en vue d'un nourrisson ) , Vie sexuelle perturbée ( homosexualité, viole ) .

De même le comportement Moteur peut être atteint : Parakinésie ( mouvement involontaire qui parasite l'activité motrice normale ) , Stéréotypie gestuelle ( répétition

rythmé d'un mouvement) , Maniérisme , Signe catatonique ( cette forme est rare depuis l'introduction des neuroleptiques , Suspension de tout mouvement avec une catalepsie (rigidité plastique), avec stupeur et opposition ) , Maintien des attitudes (oreiller psychique) , Parfois obéissance automatique aux ordres et aux imitations (echopraxie) ou bien imite la mimique (echomimie) .

**Délires :**

Dans la schizophrénie c'est le délire paranoïde poly thématique où tous les thèmes peuvent se voir : Mystique (religion), persécution (sentiment qu'on lui veut du mal), mégalomanie (grandeur), hypocondrie (relation avec le corps), érotomanie (conviction d'être aimé), revendication...

Le Mécanisme de ce délire peut être hallucinatoire+++ , interprétatif, imaginatif, intuitif... Concernant la systématisation on dit que le délire est mal systématisé (flou, bizarre), il est détaché de la réalité.

On peut avoir une juxtaposition de plusieurs thèmes en même temps .

Ce Délire est dit à froid (participation émotionnelle est très faible). Il ne cherche pas à convaincre les autres mais il est fortement convaincu.

Le Mode d'installation peut être Brutal par bouffée délirante ou Progressif où le malade a l'impression que l'ambiance est entrain de changer et devenir hostile avec modification corporelle, elle se vit de manière angoissante « angoisse de morcellement » le malade a l'impression d'avoir perdu une partie de sa pensée (vol de pensée, transmission de la pensée), elle s'accompagne souvent du thème délirant d'influence.

**Syndrome déficitaire :**

replis sur soi et retrait : Perte de l'élan vitale (athymhormie) , Froideur affective, indifférence, l'émoussement affectif , Vie sexuelle profondément affecté (sexualité qui est pauvre ) Apragmatisme ( ne fait absolument rien, clinophilie ) , Discours qui est pauvre , Voie monotone ( parle avec la même tonalité) , Mimique rare, peu de geste , L'humeur peu varié d'un moment a l'autre (schizo-affective) .

**FORMES CLINIQUES :**

Formes paranoïdes : avec prédominance des signes productifs surtout les idées délirantes entre coupées de périodes de rémissions.

Formes désorganisées : symptôme de désorganisation qui prédomine

Formes catatoniques : prédominance des signes de catatonie

Type indifférencié

Formes déficitaires : prédominance des signes déficitaires

Formes atténuées

**EVOLUTION ET PRONOSTIC :**

Le pronostic est variable amélioré par les neuroleptiques et dépend des formes cliniques :

**Eléments de bon pronostic :** à savoir un début brutal, le sexe féminin, l'âge tardif , la présence des facteurs déclenchant , l'association du délire et des troubles de l'humeur,

l'absence de troubles de la personnalité , la bonne réponse aux neuroleptiques et la  
Présence de rémission.

**TRAITEMENT :**

les neuroleptiques atypiques peuvent être efficaces sur la forme déficitaire , de même la psychothérapie de soutien joue aussi un rôle dans la prise en charge , l'électrochoc ( indiqués d'emblée dans la schizophrénie catatonique, dans la schizophrénie déficitaire et résistante aux neuroleptiques ) . la Psychothérapie institutionnelle , la Psychothérapie familiale , l'Ergothérapie : centres d'aide par le travail et la Sociothérapie ( faciliter le travail, l'accès a un logement, trouver un/ une partenaire ) sont intégrés dans la thérapie de cette maladie .

---

## ***Etats dépressifs***

### **Définition :**

Disposition affective de base qui nous fait osciller de la joie la plus extrême à la tristesse la plus profonde en fonction des émotions qui commande nos réponses .

La dépression est l'ensemble de troubles de l'humeur marquée par l'existence d'une tristesse et d'un ralentissement psychomoteur, cette tristesse est profonde : elle empêche le sujet à avoir une vie normale .

### **Clinique :**

L'humeur dépressive qui dure toute la journée tous les jours avec diminution marqué de l'intérêt pour le plaisir , une perte ou prise du poids , une insomnie ou hypersomnie , une agitation ou ralentissement psychomoteur , une fatigue et perte d'énergie , un sentiment de dévalorisation ou de culpabilité , une diminution de l'aptitude de penser, des idées de mort récurrentes jusqu'aux intentions suicidaires .

### **Description clinique :**

Le malade porte une tenue et coiffure négligée , ces traits du visage caractérisés par une commissure labiale tournée vers le bas avec des plis verticaux au ½ du front , le temps de clignement des paupières diminué , l'épaule affaissé et tête inclinée vers le bas avec un regard plongeant et gestes réduit .

Une Humeur triste ou tristesse morbide caractérise le malade qui se manifeste par une nuage noire qui envahit toute l'activité mentale durable et ne s'améliore pas à l'annonce d'une bonne nouvelle ou la présence d'une personne agréable (anesthésie mental) , plus intense le matin et s'améliore un peu le soir , elle altère le fonctionnement quotidien de la personne .

Hors l'humeur le malade a une cognition dite dépressive se manifestant par des troubles de mémoire , de concentration et des troubles de l'attention .

En outre , le patient présente un ralentissement psychomoteur qui peut être remplacée par l'agitation due à l'anxiété constituant un réel danger de passage à l'acte suicidaire .

De même le malade se présente avec une anxiété qui accompagne souvent la tristesse , marqué par l'irritation, l'insomnie et parfois l'agitation . Elle est un signe de gravité(masque la dépression)

Le patient ne montre aucun enthousiasme et incapacité de ressentir le plaisir appelée autrement l'Anhédonie . il ressent aussi une culpabilité avec reproche excessive, passé catastrophique et qu'il mérite tout ce qui lui arrive avec opposition aux tentatives de traitement et idées d'incurabilité, de damnation, et d'immortalité (tentative de suicide) . il

ressent un sentiment de dévalorisation d'où l'autodépréciation (autocritique) et mésestime du soi .

Il y'a aussi une manifestation physique avec des plaintes somatiques divers le plus souvent des douleurs pouvant cacher la dépression , des troubles de conduite alimentaire (anoxie) , une perte pondérale , troubles sexuels et asthénie.

l'intensité de tristesse peut conduire au suicide qui est précédée par des veuillets suicidaires souvent verbalisées .

### **Neuroimagerie :**

Elle montre un dysfonctionnement d'un réseau de structures limbiques, impliqué dans la genèse, l'expression ou le contrôle des réponses émotionnelles , et une atrophie des neurones et diminution de leurs connexions synaptiques ainsi qu'une perte d'astrocytes (perte de la plasticité neuronale) .

### **Diagnostic différentiel :**

Elle doit être différée des symptômes négatives de la schizophrénie , d'hyperthyroïdie , des tumeurs cérébrales (frontal) ou d'sevrage de toxique

### **Evolution\_:**

Son évolution a beaucoup de directions soit vers la récidence ou rechutes , soit vers un virage maniaque dans les troubles bipolaires soit vers la guérison .

### **Traitement\_:**

La dépression se traite par les antidépresseurs, une psychothérapie de soutien.  
L'hospitalisation est de règle s'il y a des idées suicidaires, une anxiété importante, une activité délirante.

## **Etats de stress post-traumatiques (PTSD-ESPT)**

### **Définitions :**

Les troubles psychiques post-traumatiques sont l'ensemble des manifestations cliniques spécifiques, exprimées immédiatement et/ou à distance d'un évènement traumatique marquant, qu'il soit physique et/ou psychologique, qui est un évènement hors commun, dépassant le domaine des expériences habituelles (deuils, maladies,...), vécu avec terreur et qui prend le sens d'une rencontre manquée avec la mort.

Le traumatisme psychique ou trauma est une expérience de terreur extrême, de débordement des défenses, d'impuissance, de décontenancement total.

Il y en a beaucoup d'exemples des évènements potentiellement traumatisants tels : le combat militaire, les agressions personnelles violentes (sexuelle, attaque, physique, vol), le fait d'être kidnappé ou d'être pris en otage, les attaques terroristes, la torture, l'incarcération (prisonnier de guerre), les catastrophes naturelles ou humaines, les accidents de voiture grave, le diagnostic d'une maladie mettant en jeu le pronostic vital.

### **Epidémiologie :**

La prévalence de l'ESPT est d'environ 1% dans la population générale avec une nette prédominance féminine. C'est un trouble souvent chronique : 50% ont des symptômes au-delà de 12 mois, 30% au-delà de 36 mois et 60% des sujets souffrant d'ESPT ont présenté des antécédents psychiatriques.

### Critères cliniques DSM-IV TR

- A. le sujet a été exposé à un évènement traumatique dans lequel deux éléments suivants étaient présents : le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un ou des évènements durant lesquels des individus ont pu mourir ou bien être gravement blessés ou menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée ; la réaction du sujet à l'évènement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur.
- B. l'évènement est constamment revécu, de l'une ou de plusieurs des façons suivantes : souvenirs répétitifs et envahissants (pensées, images perceptions) de l'évènement provoquant un sentiment de détresse ; cauchemars de répétition : rêves répétitifs de l'évènement provoquant un sentiment de détresse ; flash-back : impression ou agissement soudains comme si l'évènement traumatique allait se reproduire ; sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique en cause ; réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices évoquant ou ressemblant à un aspect de l'évènement traumatique en cause.

- C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatisme et émoussement de la réactivité générale, comme : Efforts pour éviter les pensées, les sentiments, ou les conversations associés au traumatisme ; Efforts pour éviter les activités, les endroits ou les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme , Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme ; Réduction nette de l'intérêt pour ou de la participation à des activités importantes ; Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres ; Restriction des affects ; Sentiment d'avenir bouché .
- D. Présence des symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative comme : Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ; Irritabilité ou accès de colère ; Difficultés de concentration ; Hypervigilance ; Réaction de sursaut exagérée .
- E. tous ces symptômes durent plus d'un mois .
- F. tous ces symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou altération du fonctionnement social , professionnel ou dans d'autres domaines importants .

Aigu : si la durée des symptômes est moins de 3mois

Chronique : si la durée des symptômes est de 3mois ou plus

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress

### **Evolution :**

Elle est variable en fonction des traumatismes et des populations étudiées : favorable dans la majorité des cas ( Complète dans 50%des cas à 3mois , 60-80% des cas à 1an ) , défavorable chez 20% des patients à 5ans ; les symptômes s'amendent lentement .

### **Prise en charge**

Doit être le plus tôt possible après l'évènement traumatisant, pour tenter de prévenir l'apparition des troubles , elle est soit individuel en ambulatoire, le plus souvent soit par l'hospitalisation ( indication à poser avec parcimonie )

### **LE TRAITEMENT PREVENTIF :**

Il s'agit de débriefing , idéalement juste après l'évènement traumatisant pour le soustraire du sujet du lieu du traumatisme , instaurer une écoute, rassurer , verbaliser

l'expérience peut éviter l'apparition des symptômes , en cas d'angoisse réactionnelle importante il faut un traitement par des anxiolytiques .

### **LE TRAITEMENT CURATIF :**

Une fois les symptômes apparus :

La remémoration et verbalisation par le patient de l'évènement lui fait revivre le traumatisme et le libère de l'angoisse qui lui est rattachée (effet cathartique) .

Désensibilisation par exposition (imaginaire ou réelle) à des stimuli avec contrôle de la réaction émotionnelle .

Psychothérapie d'inspiration psychanalytique, soutien, relaxation, hypnose, thérapie de groupe, familiale,

Traitement chimiothérapie d'appoint : Traitement des reviviscences (antidépresseurs) ; lors des manifestations anxieuses ou insomnies gênantes ; traitement d'une dépression associée .

L'hospitalisation est réservée pour les états suicidaires et les répercussions invalidantes ; avec une durée la plus courte possible .

Il y'a une grande importance du soutien familial, du quartier, des assistantes sociales, des employeurs (réparation financière) c'est la réinsertion socioprofessionnelle et familiale .

## **TROUBLES ANXIEUX**

Definition :

Les troubles anxieux constituent un ensemble de troubles psychologiques dont les symptômes sont notamment une anxiété excessive, un sentiment de peur, des inquiétudes et des comportements d'évitement. L'anxiété est une émotion courante qui peut être vécue par tous dans certains contextes qui suscitent du stress. Il est normal de ressentir de l'anxiété à un moment ou à un autre; en général, ce sentiment se dissipe assez rapidement. Les personnes ayant trouble anxieux manifestent des symptômes cognitifs, physiques et comportementaux de l'angoisse qui sont intenses, fréquents, persistants et graves et pour qui l'angoisse provoque une détresse qui nuit à leurs capacités sur différents plans (vie sociale, affective, professionnelle, etc.).

- Classification :

Manifestations d'une angoisse primaire : attaque de panique ( angoisse paroxystique ) , anxiété extériorisée ( traduite par des symptômes organiques ) , anxiété déplacée sur un objet ou une situation ( anxiété phobique )

Conséquences d'un traumatisme et apparait en retard .

Anxiété au cours des TOC ( troubles obsessionnels compulsifs ) .

Toutes les névroses ont des facteurs communs :la conscience des troubles et non altération du système de réalité , l'organisation conflictuelle de la personnalité (conflits inconscients autour du complexe d'Œdipe) et les facteurs psychologiques au cours de l'enfance jouent un rôle primordial .

### **I- ANXIETE GENERALISEE :**

La personne atteinte manifeste des inquiétudes excessives difficiles à contrôler présentes la plupart des jours, pendant une période d'au moins six mois et qui portent sur divers événements ou activités. Ces inquiétudes nuisent à son fonctionnement et lui occasionnent une détresse importante. Les angoisses sont accompagnées de symptômes physiques importants. Les inquiétudes se distinguent en deux catégories : - les inquiétudes centrées sur des problèmes réels et actuels et pour lesquelles il est possible d'utiliser une technique de résolution de problème; - les inquiétudes de type éventuel où, par définition, il n'y a pas encore de problème (ils sont anticipés, imaginés) et donc, pour lesquelles la résolution de problèmes est non applicable .

Elle se traite par les benzodiazépines et les anxiolytiques en association avec la psychothérapie analytique et congitivo-comportementale .

### **III- ATTAQUE DE PANIQUE :**

Le trouble panique se traduit par des attaques de panique (ex. : palpitations, transpiration, tremblements, sensation de « souffle coupé », sensation de vertige, impression d'évanouissement, peur de mourir) récurrentes et inattendues suivies d'une période au cours de laquelle la personne craint constamment d'avoir une autre crise de panique; se préoccupe des implications, des conséquences (ex. : devenir fou, crise cardiaque); vit des changements

de comportements importants suite aux attaques. Les crises de panique peuvent s'accompagner ou pas d'agoraphobie, c'est-à-dire, une anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquels on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'attaque de panique.

Elle se traite par les benzodiazépines injectables et les antidépresseurs tricycliques avec une psychothérapie de soutien .

## ***PSYCHOSES NO SCHIZOPHRENIQUE (troubles délirants )***

### **Introduction – Généralités – Psychopathologie**

Ce sont des troubles psychotiques caractérisés par leur durée supérieure à 6 mois, l'absence de syndrome dissociatif ou de désorganisation et leur apparition en générale après 30 ans.

Rappelons que la névrose est un réaménagement intrapsychique et que le délire est un aménagement des relations extérieures avec l'utilisation de défenses psychiques pathologiques comme le déni et la projection.

Le délire est une pensée dominante qui se distingue de l'erreur (reconnue comme telle par celui qui la commet) et du génie qui innove et qui, à plus ou moins long terme, modifie le consensus. Le délire est l'expression psychopathologique d'un désordre, soit de la conscience (comme dans le délirium tremens), soit dans le cas qui nous intéresse, de la personnalité. Toute l'importance de la psychopathologie est de comprendre l'éclosion du délire en fonction de la personnalité, de l'histoire singulière du sujet, des circonstances familiales, socio-économiques.

La personnalité paranoïaque qui fait le lit de nombreux délires est marquée par des mécanismes de défense tels que le déni de la réalité, la projection et une homosexualité latente sur laquelle Freud a beaucoup insisté dans le président Schreiber. Déçu par sa femme qui ne lui a pas donné d'enfant, Schreiber aime un homme, ce qui est interdit, et il dénie ce sentiment. Cet homme devient par mécanisme de projection l'amant de sa femme, ce qui nourrit des idées délirantes de jalousie.

### **Caractéristiques générales d'un délire :**

#### **Le ou les thèmes :**

Ce sont des thèmes divers : persécution, jalousie, amour, grandeur, mystique, ...

Ils peuvent être multiples et s'enchaîner plus ou moins logiquement comme dans les délires paranoïaques. Par exemple l'évolution d'un délire peut passer par le thème d'auto-accusation au thème de persécution puis au thème de grandeur (délire de Lasègue-Falret).

#### **Les mécanismes :**

Ils sont le support de l'idée délirante .

l'intuition délirante : idée sans support réel

l'interprétation : signification erronée « délirante » donnée à un postula de base anodin réel. Par exemple un cheveu (perception visuelle réelle) sur l'épaule de l'épouse d'un paranoïaque jaloux représentera pour ce dernier la preuve de son infidélité.

L'imagination et les hallucinations représentent une véritable création d'une néo-perception.

### **La structure**

S'il est systématisé, le délire peut s'organiser soit de manière cohérente, voire même convaincante pour l'entourage (délire à deux ou collectifs), contrairement aux délires non systématisés de la schizophrénie qui manquent d'organisation par rapport à la logique .

### **La réactivité**

Elle étudie l'impact de la pensée délirante sur le comportement du malade et donc, peut éventuellement évaluer une dangerosité potentielle

## **Clinique des délires chroniques non schizophréniques**

### **Les paranoïas**

Elles se subdivisent en délires passionnels, délire d'interprétation systématisé et délire de relation des sensitifs. La personnalité pathologique prédisposante est la personnalité paranoïaque marquée par la psychorigidité, la fausseté du jugement, la méfiance, l'orgueil. Ces délires chroniques sont sensibles au traitement neuroleptique, mais on n'obtient rarement une totale disparition des phénomènes pathologiques (facteurs de personnalité).

### **Les délires passionnels**

Le délire est centré sur un postulat que pose le malade. Ces délires sont marqués par l'excitation et l'exaltation qui apparaissent surtout quand le malade aborde le sujet de son délire. Ils se développent en secteur, respectant le reste de la personnalité et les relations avec le monde extérieur en dehors du secteur passionnel sont normales. On décrit 4 grands thèmes :

l'érotomanie : c'est l'illusion d'être aimé, le sujet pose comme postulat qu'il aime et qu'il est aimé d'une personne en général d'un niveau social plus haut que lui. La pensée va évoluer suivant trois phases : l'espoir et la réussite de cet amour, puis le dépit de cet amour quand il s'apercevra que celui-ci est impossible, et enfin la haine ou la rancune avec son risque de passage à l'acte.

Le délire de jalousie : le malade affirme l'infidélité de son conjoint. La difficulté est de différencier la jalousie pathologique de la jalousie normale, l'une n'éliminant pas forcément l'autre. « Plût au ciel monsieur qu'il suffise d'être cocu pour n'être point malade » (De Clerambault).

Les idéalistes passionnés décrits par Dide : c'est un combat mené pour une idéologie généreuse mais utopique.

Le délire de revendication : ici le préjudice est réel mais d'importance minime, le sujet pose le postulat d'un préjudice très important, d'où une revendication démesurée qui devient source de combat incessant pour faire valoir son bon droit.

***Le délire d'interprétation systématisé de Sérieux et Capgras ou folie raisonnante***

Le malade donne une signification erronée aux perceptions normales et toutes les perceptions sont sujettes à interprétations congruentes aux thèmes délirants. L'évolution se fait souvent vers un enkystement avec une stéréotypie de l'expression des idées délirantes.

***Le délire de relation des sensitifs de Kretschmer (ou paranoïa sensitive)***

Il survient chez des sujets hyperémotifs, timides, sensitifs. Le malade se sent épié, surveillé, deviné, jugé, dénoncé et ceci, malgré les hautes exigences éthiques, il se sent coupable, anxieux et fuit. On évoque aussi le terme de « délire de pallier ». Ce type de délire est à rapprocher des délires des masturbateurs, culpabilisés par leur activité de masturbation et qui se sentent devinés, regardés et condamnés par la foule qui les entoure. La personnalité prémorbide est davantage obsessionnelle que paranoïaque (personnalité psychasthénique de Janet).

Ce délire, au niveau thérapeutique est sensible aux antidépresseurs sérotoninergiques (IRS)

## Troubles de la personnalité

### Introduction :

La personnalité s'organise autour des différentes composantes de l'individu (affective, comportementale, intellectuelle, physiologique, morphologique...), et est la résultante de facteurs innés et acquis. Les troubles de la personnalité désignent des modes prédominant de fonctionnement à l'origine de comportements inadaptés et rigides, au cours desquels l'individu répète les mêmes attitudes et les mêmes conflits. Ces troubles apparaissent au cours de l'adolescence et persiste pendant toute la vie. Ils entraînent une souffrance de l'individu et/ou de l'entourage et une plus grande vulnérabilité dans les relations sociales et face aux difficultés de l'existence. Le DSM IV, définit les troubles de la personnalité par des « comportements ou traits caractéristiques à la fois d'un comportement récent et du comportement au long cours depuis l'âge adulte. L'ensemble de ces comportements, ou de ces traits, est responsable soit d'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel, soit d'une souffrance subjective ». Ces manifestations sont à différencier d'épisodes psychopathologiques. Le diagnostic de personnalité ne peut être porté qu'en dehors d'épisodes psychopathologiques ou alors de manière anamnétique. Certaines organisations de la personnalité, prédisposent à une pathologie psychiatrique (exemple : personnalité schizoïde -> schizophrénie), sans que cela soit systématique. Un individu peut présenter plusieurs types de troubles de la personnalité (exemple : personnalité paranoïaque et schizoïde) On parle alors de troubles mixtes de la personnalité.

On distingue selon le DSM IV trois grandes catégories (clusters) de troubles de la personnalité :

- Clusters A : Personnalités « psychotiques » (paranoïaque, schizoïde, schizotypique)
- Clusters B : Personnalités « extraverties » (histrionique, antisociale, état-limite ou borderline, narcissique)
- Clusters C : Personnalités « introverties » (obsessionnelle, dépendante, évitante)

#### A- Cluster A :

##### **1- Personnalité paranoïaque :**

Ce type de personnalité est plus souvent retrouvé chez l'homme et se caractérise par : Hypertrophie du moi : autoritarisme, orgueil, égocentrisme, intolérance ; Fausseté du jugement : absence d'autocritique ; Méfiance et susceptibilité ; Psychorigidité ; Troubles des relations sociales : Souffrance de l'entourage socioprofessionnel face à son agressivité.

##### **2- Personnalité schizoïde :**

Cette personnalité est plus souvent retrouvée chez l'homme. Les principaux traits la composant sont : la Pauvreté du contact où le sujet est solitaire, introverti. Il évite les relations et reste secret. Il a un désintérêt pour le monde extérieur ; richesse habituelle de la vie imaginaire et une pauvreté des émotions, froideur affective .

##### **3- Personnalité schizotypique :**

Rerait social avec tendance à la rêverie et à l'abstraction avec superstition. Des idées de références sans conviction délirante . Parfois idées de persécution et émoussement

affectif ou affect inapproprié ,des difficultés relationnelles et interpersonnelles et trouble de comportement teinté de bizarreries tels que soliloque et manérisme gestuel.

## **B- Cluster B :**

### **1- Personnalité histrionique :**

Ce type de personnalité est principalement retrouvé chez la femme. Les principaux traits de personnalité sont :

**Histrionisme :** La personnalité hystérique cherche à attirer l'attention, à plaire, à séduire (érotisation des rapports sociaux). Théâtralisme, elle captive l'attention par son attitude et ses récits embellissent ou dramatisent la réalité (mythomanie). Elle est souvent « hyper conforme » au stéréotype féminin de l'époque.

Avidité affective et dépendance affective

**Egocentrisme :** A l'origine de difficultés à tolérer les frustrations.

**Hyperréactivité émotionnelle :** hyperémotivité et labilité émotionnelle, caprices, colères, impulsivité (impulsions suicidaires) comportements manipulateurs

**Facticité des affects :** Les sentiments exprimés sont exagérés, les relations affectives sont superficielles.

**Troubles sexuels :** Soit évitement de leur propre sexualité soit Hypersexualité apparente masquant de profondes inhibitions (Frigidité ou rejet ou dégoût).

Chez l'homme (moins bonne tolérance sociale) : Attitudes de donjuanisme masquant ses inhibitions sexuelles

### **2- Personnalité narcissique :**

Surestime de soi avec confiance en soi sans limites et en besoin excessif d'être admiré et de se mettre en avant , il existe un amour du commandement et de la domination , avec ambitions démesurées , le sujet voulant réussir à tous prix . il présente un contact hautain avec intolérance à la critique et manque d'empathie ; troubles sexuels à type d'abstinence d'échec dans les relations hétérosexuelles avec tendance à l'homosexualité .

### **3- Personnalité borderline :**

Ce trouble, plus fréquent chez la femme, est caractérisé par un polymorphisme clinique. L'histoire relationnelle du sujet borderline est marquée par des ruptures affectives à l'origine d'un sentiment d'abandon. La relation à l'autre alterne entre des positions d'idéalisation et de dévalorisation, de dépendance et de rejet, sans pouvoir se stabiliser. La personne recherche des relations d'étayages et repère avec difficultés ses propres limites et celle de l'autre. Les traits de personnalités les plus souvent retrouvés sont : instabilité affective , sentiment de vide et d'ennui , angoisse diffuse , états dépressifs centrés sur le sentiment d'abandon , impulsivité, agressivité à l'origine de passage à l'acte auto agressifs , symptômes névrotiques variables (phobies, troubles obsessionnels, symptômes hystériques) , ces sujets sont souvent bien adaptés socialement.

### **4 - Personnalité antisociale :**

Elle est plus souvent rencontrée chez l'homme. Les troubles du comportement débutent souvent dans l'enfance avec des problèmes d'agressivité, de fugue, puis de délinquance. Les traits composant cette personnalité sont : l'impulsivité, intolérance aux frustrations ( Il n'existe pas de mentalisation et les passages à l'acte auto ou hétéro agressifs sont fréquents) , mauvaise adaptation sociale , absence d'anxiété et de culpabilité , inaffectivité apparente , labilité de l'humeur, dysphorie avec conduites toxicomaniaques .

### *C- Cluster C :*

#### **1- Personnalité obsessionnelle compulsive :**

On la retrouve plus souvent chez l'homme. Elle est caractérisée par : Souci de l'ordre et de la propreté, sens du devoir, obéissance, fidélité aux engagements ; Sens de l'économie jusqu'à l'avarice. Collectionnisme ; Obstination (peu influençable, tendance à l'autoritarisme) ; Froideur affective (incapacité d'expression de leurs sentiments) ; sérieux, formalistes, perfectionnistes, conventionnels.

#### **2- Personnalité évitante :**

Trouble de l'estime de soi : absence de valeur , mauvaise perception de soi .  
Hypersensibilité à la critique et au rejet : les remarques les plus innocentes sont interprétées de façon péjorative et ressenties comme de profondes humiliations  
Evitement et restriction comportementale : timide , solitaire et inhibé  
Au niveau affectif : souhaite d'être aimé et accepté mais il se retrouve avec peu d'amis

#### **3- Personnalité dépendante :**

Il sont dépendants et soumis , incapables de prendre des décisions seuls  
Souvent du même avis que les gens , ils délèguent aux autres les décisions les concernant .  
Ils ont besoins , pour démarrer un projet d'être secondés , ils ne supportent pas la rupture de la préoccupation permanente d'être abandonné .

## ***Troubles du sommeil***

### **Introduction :**

Le sommeil fait partie des fonctions instinctuelles de base , les troubles du sommeil sont fréquents 10% de la population , 50% des troubles du sommeil ont pour origine une cause psychiatrique .

### **Classification**

#### **1) Insomnie**

Elle est quantitative significative du temps de sommeil avec répercussions négatives sur l'activité diurne , c'est le trouble du sommeil le plus fréquent .

ces étiologies peuvent être dues à une prise d'excitants (thé, café ) ; ou organiques ( hyperthyroïdie, diabète, infection ) ou psychiatriques ou de même psychogènes ( réactionnelles à un deuil ) .

elle a plusieurs formes cliniques citant : l'insomnie d'endormissement ( anxiété qui empêche de dormir ) , l'insomnie du milieu de la nuit (souvent problème organique ) , l'insomnie du petit matin ( risque de suicide ) et l'insomnie totale ( accès manique)

la conduite à tenir devant cet état sert à : éliminer ce qui n'est pas une insomnie : petit dormeur, mauvaise qualité de sommeil ; déterminer la forme clinique de l'insomnie ; faire un diagnostic étiologique et instaurer un traitement symptomatique ( hypnotiques type benzodiazépines )

#### **2) Hypersomnie**

elle est aussi quantitative significative du temps de sommeil

Ces étiologies : soit psychiatrique : dépression, psychose soit neurologique : trauma crânien .

Les formes cliniques :

Hypersomnie paroxystique ; accès de sommeil brutal survenant à n'importe quel moment de la journée ; affection familiale, touche surtout les jeunes hommes de 12-30 ans ; souvent accompagnée d'une cataplexie : accès d'atonie musculaire à déterminisme émotionnel .

Syndrome de Klein Levin : hypersomnie + goinfrerie + troubles du comportement (irritabilité) + hyperactivité sexuelle + parfois troubles cognitifs

L'accès peut se répéter plusieurs fois par semaine

Sd de Pick Wick : sommeil agité avec accès d'endormissement diurne (sommeil non réparateur), la cause est l'apnée du sommeil (ronflement pharyngé) , c'est l'apanage du sujet âgé , obèse , hypertendu .

#### **3) Parasomnie :**

Elle est se manifeste par :

Somniloquie : sujet qui parle dans son sommeil

Somnambulisme : automatisme moteur pendant le sommeil lent

Cauchemars : cauchemar pendant le sommeil paradoxal => réveil brutal terrorisant avec

souvenir de mauvais rêve .

Terreurs nocturnes : cauchemar pendant le sommeil lent => réveil brutal terrorisant sans aucun souvenir de mauvais rêve .

Paralysie du sommeil : réveil alors que le tonus musculaire est nul => TRT sismothérapie .

# **RETARD MENTAL**

## **DEFINITION**

Le retard mental (terme retenu par l'OMS) est un trouble généralisé perçu avant l'âge adulte, caractérisé par un dysfonctionnement cognitif dans deux ou plusieurs fonctionnements adaptatifs. L'organisation mondiale de la santé, dans sa Classification Internationale des Maladies (CIM-10), définit le retard intellectuel comme un arrêt du développement mental ou un développement mental incomplet, caractérisé par une insuffisance des facultés et du niveau global d'intelligence, notamment au niveau des fonctions cognitives, du langage, de la motricité et des performances sociales. Il est historiquement défini sous le score de 70 de quotient intellectuel (QI). Un individu possédant un quotient intellectuel sous-évalué ne peut être considéré comme « retardé mental ».

NB : Définition (d'après le DSM-IV-TR)

Le retard mental est caractérisé d'après la classification du DSM-IV selon les critères suivants :

- Critère A : Fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne : niveau de QI de 70 ou au-dessous, mesuré par un test de QI passé de façon individuelle (pour les enfants très jeunes, on se fonde sur un jugement clinique de fonctionnement intellectuel significativement inférieur à la moyenne).
- Critère B : Déficiences concomitantes ou altération du fonctionnement adaptatif actuel (c'est-à-dire de la capacité du sujet à se conformer aux normes escomptées à son âge dans son milieu culturel) concernant au moins deux des secteurs suivants : communication, autonomie, vie domestique, aptitudes sociales et interpersonnelles, mise à profit des ressources de l'environnement, responsabilité individuelle, utilisation des acquis scolaires, travail, loisirs, santé et sécurité.
- Critère C : Début avant l'âge de 18 ans.

## **Epidemiologie**

Le taux de prévalence du retard mental se situe approximativement autour de 1 à 3%. Ce chiffre varie beaucoup selon les études compte tenu des différentes définitions utilisées, des méthodes d'évaluation ainsi que des différentes populations étudiées. D'après une étude de McLaren et Bryson en 1987, notons que 85% de la population ayant une déficience intellectuelle présente une déficience intellectuelle légère, 10% une déficience moyenne, 3 à 4 % une déficience grave et 1 à 4 % une déficience profonde. Ils notent également une prédominance masculine avec un sex ratio de : 1,6 / 1. Concernant le retard mental léger, on parle de 2 à 5 garçons pour 1 fille et pour le retard mental sévère, 1,5-1,8 garçon pour 1 fille.

## **2° CLINIQUE ET ELEMENTS DE DIAGNOSTIC**

selon la DSM 4 On peut spécifier 4 degrés de sévérité reflétant le niveau de déficit intellectuel : léger, moyen, grave, profond.

**Retard mental léger** : niveau de QI de 50-55 à 70 environ

**Retard mental moyen** : niveau de QI de 35-40 à 50-55

**Retard mental grave** : niveau de QI de 20-25 à 35-40

**Retard mental profond** : niveau de QI inférieur à 20-25

**Retard mental, sévérité non spécifiée** : peut être utilisé lorsqu'il existe une forte présomption de retard mental mais que l'intelligence du sujet ne peut être mesurée par des tests standardisés (par exemple, avec des sujets trop perturbés ou avec des nourrissons).

### **3°DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE**

La plupart du temps, la cause restera inconnue. Sa recherche nécessitera souvent plusieurs consultations pour suivre l'évolution de l'enfant et pratiquer les examens en fonction des constatations cliniques.

Environ 30 à 50 % des cas de retard sont attribuables à des facteurs prénataux (infections de type rougeole, rubéole, consommation d'alcool ou médicaments par la mère) et troubles chromosomiques. Dans les désordres génétiques, on retrouve des aberrations chromosomiques (ex : trisomie 21), des micro-délétions (ex : syndrome d'Angelman, de Prader-Willi), des mutations 5 | P a g e monogéniques ou facteurs environnementaux et biologiques/génétiques associés. On peut aussi assister à des malformations du système nerveux central de type microcéphalie, lissencéphalie, anomalie du tube neural et à des accouchements prématurés. 20 % des cas sont quant à eux liés à des facteurs environnementaux (Ex : milieu de vie, nutrition, stimulation physique et sensorielle).

15 % sont expliqués par des troubles périnataux (anoxie et hémorragies cérébrales) et postnataux (infections cérébrales type encéphalite, traumatisme).

L'hérédité est reconnue dans environ 5 % des cas.

Toutefois, environ 30 % des cas de retard mental sévère et 50 % des cas de retard léger demeurent de cause inconnue.

### **4°PRISE EN CHARGE**

Bilan systémique étiologique

Prévention primaire et secondaire voir même tertiaire :

- Prévention primaire :
  - l'ajout de l'iode à l'alimentation favorise le développement sain du cerveau
  - L'augmentation de l'acide folique lors de la grossesse peut aider à prévenir certaines malformations
  - Lutter contre la consommation d'alcool pendant la grossesse
- Prévention secondaire :
  - Réduire les effets néfastes de certains facteurs de risques par des programmes de stimulation appropriée
- Prévention tertiaire :
  - Améliorer le fonctionnement et la qualité de vie pour empêcher l'aggravation de la déficience

Assurer les aides : médicales , psychothérapie , guidance parentale et éducatives ( scolarité spécialisé visant de développer l'autonomie sociale

Structures de soins , médico-éducatives , d'accueil d'âge adulte

Traiter une comorbidité





## **Comorbidités**

À partir de l'analyse, au regard des données de la littérature, d'une dizaine d'observations cliniques mettant en relief la comorbidité épilepsie/santé mentale, ont pu être constatées la fréquence des troubles de la personnalité au cours des épilepsies et la quasi-constance des troubles du comportement. Cependant, les résultats des travaux concernant ces troubles de la personnalité sont souvent contradictoires. L'association au retard mental pose un problème d'imputabilité. Les troubles dépressifs, souvent concomitants des troubles anxieux, représentent la comorbidité psychiatrique la plus fréquemment associée à l'épilepsie ; des travaux actuels évaluent les facteurs de gravité de cette dépression. À propos des liens entre la psychose et l'épilepsie, le terme de « psychose épileptique » désigne aujourd'hui une entité spécifique, les patients psychotiques qui font des crises d'épilepsie sortant du cadre de ce concept.

# Partie Pratique

## **I- PHASE METHODOLOGIQUE :**

La comorbidité psychiatrique dans l'épilepsie peut être abordée de deux manières. La première consiste à rechercher, chez des patients épileptiques, un trouble mental caractérisé . Une seconde approche consiste à considérer un groupe de malades mentaux et à y évaluer l'existence d'une épilepsie.cette dernière fut la méthode utilisée . nous avons donc ciblé une population « l'échantillon de l'étude », après nous avons discuté les problèmes rencontrés pendant cette étude, et finalement l'achèvement par une analyse et interprétation de la récoltes des données.

### **I.1 Type de l'étude :**

Notre étude est de type transversale descriptive rétrospective ; permettant la description de la fréquence de l'épilepsie chez les patients atteint de pathologie mentale , ainsi que la fréquence de chacune des affections psychiatriques répertoriées dans le DSM-IV et enfin décrire les caractéristiques de la population cible (le sexe, l'âge )

### **I.2 Choix de l'outil :**

- Le support utilisé pour recueillir les informations a été un questionnaire qualitatif à réponses uniques , un exemplaire de celui-ci se trouve en Annexe.
- Ce type de questionnaire nous a paru le plus simple et le plus rapide. Il permet une récolte précise et claire des informations nécessaires à notre étude.

### **I.3 Temps et lieu d'étude:**

- Notre étude a été réalisée au service de psychiatrie CHU de Tlemcen sur une période allant du 01-01- 2014 au 31-12- 2016.
- Nous avons choisi ce service car c'est le premier service pour notre stage d'internat en médecine .

### **I.4 Choix et description de la population ciblée:**

- La population cible concernée par notre étude est les patients qui ont consulté à titre externe au niveau du service de psychiatrie depuis l'an 2014 jusqu'à la fin d'année 2016.
- Echantillon est faite de l'ensemble des patient présentant une comorbidité entre les troubles mentaux et l'épilepsie.

## **I.6 Critères d'inclusion :**

Parmi les 506 dossiers des patients suivi pour affection psychiatrique quelconque ayant consulté durant les années 2014 , 2015 et 2016 , on a accepté que les patients qui présentaient une maladie épileptique quelle soit apparus avant ou après le trouble psychiatrique , alors que tout le reste était exclu de l'étude.

## **I.8 Limites et contraintes :**

Malgré l'étude a pu atteindre l'objectif dessiné à son début , nous avons rencontré quelques obstacles que nous étions obligé de travailler avec :

\*La pauvreté des informations médicales spécialement celles concernant l'ancienneté et le début de la maladie épileptique ainsi que la forme clinique de celle-ci.

\*I 'idéal aurait été de s'adresser directement aux patients inclus dans l'étude pour une meilleur saisie des données.

\* Le facteur temps insuffisant, la non disponibilité vu la fréquence des gardes, être pris par de multiples thèmes relatifs à d'autres spécialités.

## **II. PHASE PRATIQUE :**

L'analyse de l'étude s'est déroulée selon les étapes citées ci-dessous :

- Conception de la méthodologie ;
- Elaboration de l'outil de recherche ;
- Collecte de données ;
- Analyse de données ;
- Interprétation et rédaction ;
- Communication des résultats.

Les résultats sont analysés à l'aide du logiciel *Microsoft office Excel*, et sont présentés sous forme de tableaux, et de graphiques suivis d'interprétation concernant l'analyse du questionnaire.

Chaque question a été traitée et analysée à part, puis on a confectionné une synthèse générale de tout le questionnaire.

## II.1 ANALYSE ET INTERPRETATION DU QUESTIONNAIRE :

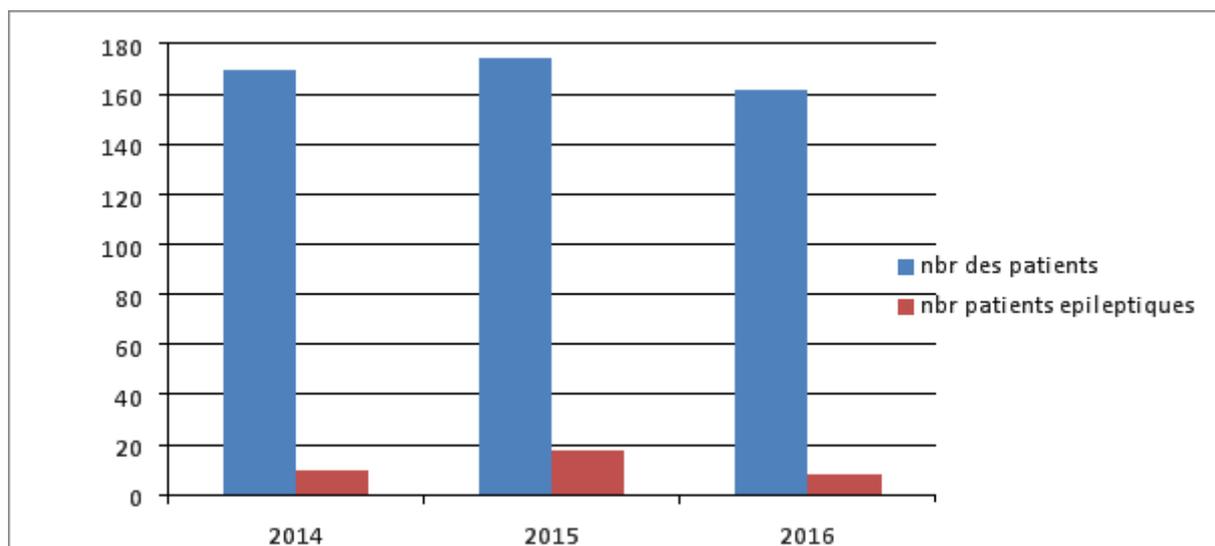
Dans cette partie, Nous avons listé l'ensemble des résultats, suivi d'une représentation graphique avec l'analyse et l'interprétation.

### Identification

tableau 01 : pourcentage des patients épileptiques chaque année

| Année | nbr des patients | nbr patients epileptiques | %       |
|-------|------------------|---------------------------|---------|
| 2014  | 170              | 10                        | 5,88235 |
| 2015  | 174              | 18                        | 10,3448 |
| 2016  | 162              | 8                         | 4,93827 |

Graphe 1



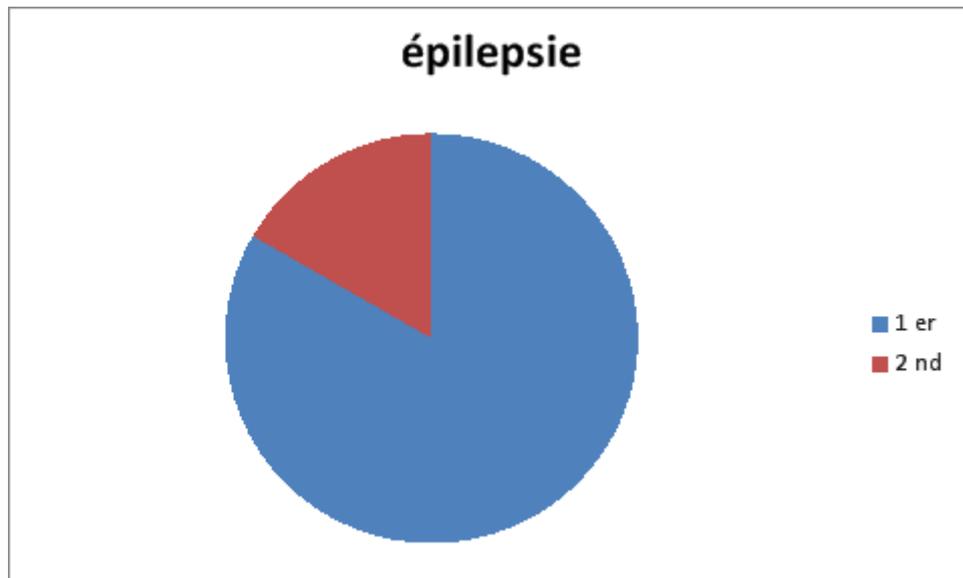
Interprétation :

D'après les données Sur 506 patients de la population cible ; un échantillon de 36 patients présentent une maladie épileptique dont la majorité a consulté pendant l'année 2015 ( graphe 1 )



Tableau 03 : l'épilepsie est apparus avant ou après le trouble mental ?

|           | Avant le trouble mental | Après le trouble mental |
|-----------|-------------------------|-------------------------|
| Epilepsie | 30                      | 6                       |



Grappe 2

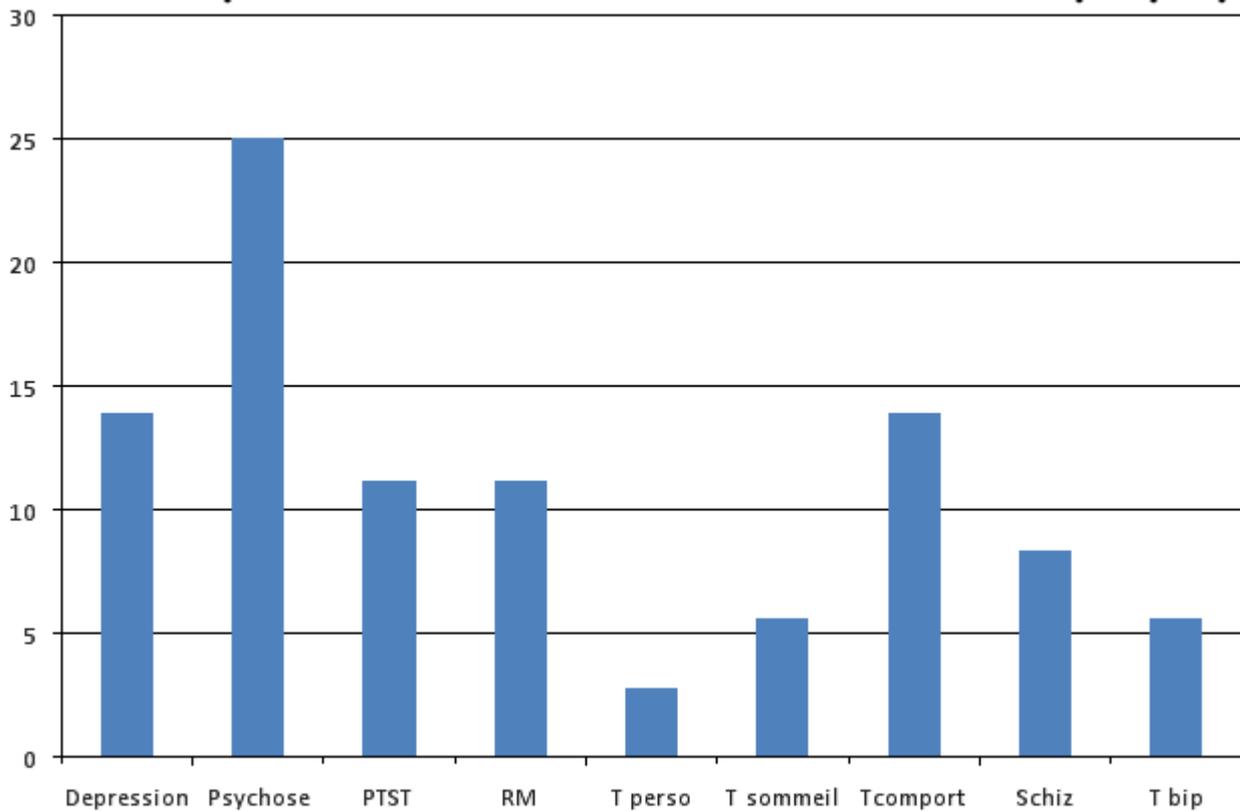
Interprétation :

Selon les données statistiques que nous avons obtenus, la majorité (83 %) de notre échantillon la maladie épileptique précède l'apparition de la maladie mentale (grappe 2) .

Tableau 04 : Frequences des troubles

|       | DEPRESSION  | PSYCHOSE | PTST       | RETARD MENTAL | TRB D<br>PERSONALIT |
|-------|-------------|----------|------------|---------------|---------------------|
| 2014  | 2           | 3        | 1          | 1             |                     |
| 2015  | 1           | 5        | 2          | 2             |                     |
| 2016  | 2           | 1        | 1          | 1             |                     |
| TOTAL | 5           | 9        | 4          | 4             |                     |
| FRQ % | 13,88888889 | 25       | 11,1111111 | 11,1111111    | 2,77777777          |

### Frequences % des troubles mentales chez les épileptiques



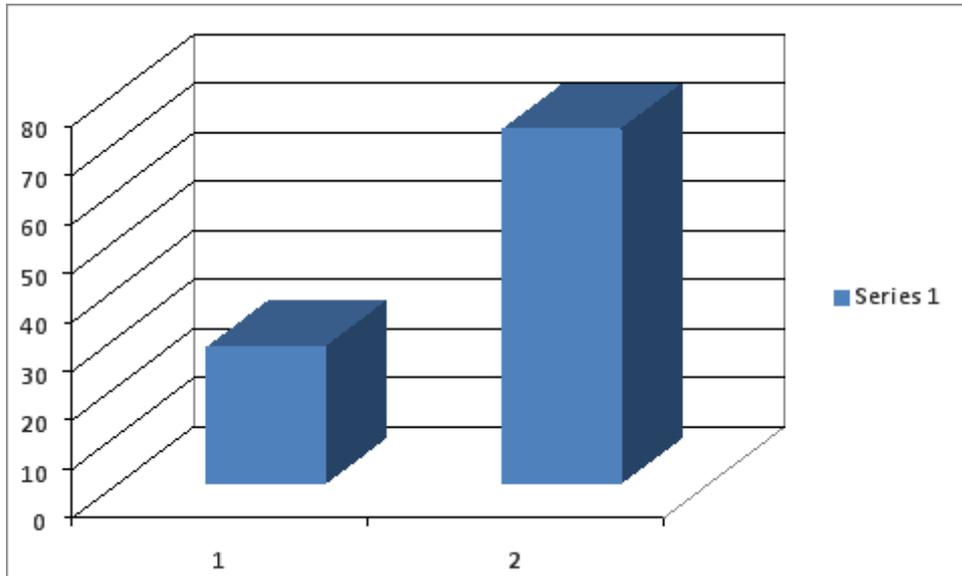
Graphe 03

Interprétation :

Dans cette étude statistique , par ordre décroissant de fréquence des troubles mentaux décelables chez les épileptiques on a trouvé : psychose (25 % ) , dépression et trb du comportement ( 13,88 % ) , PTST et retard mental ( 11,11 % ) , schizophrénie ( 8 ,33 % ) , trb bipolaire et trb du sommeil ( 5 ,55 % ) et en dernier trb de personnalité ( 2,77 % ) .

Tableau 05 répartition des patients selon le sexe

|             | nbr de femmes (1) | nbr des hommes (2) |
|-------------|-------------------|--------------------|
| 2014        | 5                 | 5                  |
| 2015        | 4                 | 14                 |
| 2016        | 1                 | 7                  |
| Total       | 10                | 26                 |
| frequence % | 27,77777778       | 72,22222222        |



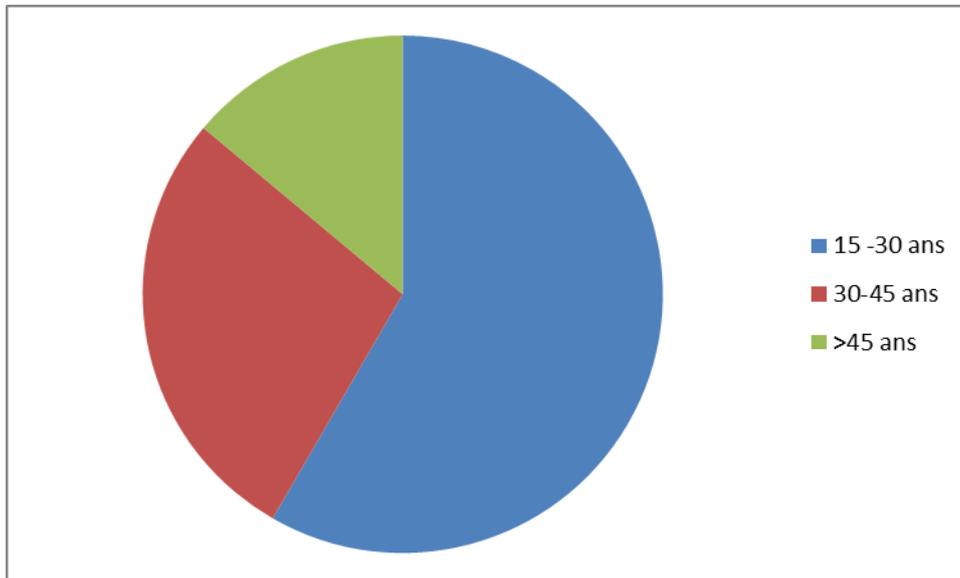
Graphe 04

Interprétation :

D'après les résultats obtenus, on a trouvé une prédominance des hommes par rapport aux femmes atteints de la maladie épileptique et de troubles psychiatriques par une fréquence de 72,22 % contre 27,78 %.

Tableau 6 : répartition des de la population cible seelon l'age

| age    | 15 -30 ans | 30-45 ans | >45 ans   |
|--------|------------|-----------|-----------|
| nombre | 21         | 10        | 5         |
| %      | 58,333333  | 27,777778 | 13,888889 |



Graphe 05

Intepretation :

D'après les données, la majorité de notre échantillon représentée par 58,33 % est jeune ayant un âge moins de 30 ans et 27,77 % ayant un âge compris entre 30 et 45 ans .

**SYNTHESE DE L'ANALYSE:**

Notre thème de recherche vise à décrire la fréquence de la maladie épileptique chez les patients atteints de trouble mental et déterminer la nature du trouble présenté en comorbidité avec l'épilepsie, les caractéristiques de l'échantillon étudié « le sexe et l'âge » et de vérifier à la lumière des données de la littérature si l'épilepsie a été le lit de la pathologie psychiatrique chez notre population étudiée.

les résultats retenus de notre étude stipulent un chiffre non sous-estimable de la fréquence d'épilepsie chez la population cible qui est de 7.11% en moyenne par année, avec une fréquence plus élevée de comorbidité des troubles mentaux avec l'épilepsie dans la population jeune ayant un âge moins de 30 ans touchant avec prédilection du sexe masculin .

Et on a constaté que dans la majorité de l'échantillon, l'épilepsie est survenue bien avant le trouble mental ce qui concorde avec les données théoriques. La psychose (schizophrénique et non schizophrénique) fut la plus fréquente chez la population étudiée suivi par la pathologie thymique dépressive , les troubles du comportement, PTSD et le retard mental, la schizophrénie, les troubles bipolaires , troubles du sommeil et trouble de la personnalité .

Une étude réalisée (Vuilleumier et Jallon, 1998) observe que 4,7 à 9,7 % des patients hospitalisés en psychiatrie sont épileptiques et que 1,9 à 9,7 % des admissions psychiatriques aiguës concernent des épileptiques (Betts, 1981 ; Lempérière et al., 1982 ; Mendez et al., 1986) avec la répartition suivante : états confusionnels ou délirants (22 à 26 %), troubles du comportement (17 à 21 %), tentatives de suicide (18 à 19 %). Par rapport à d'autres maladies somatiques chroniques et invalidantes, l'épilepsie semble présenter un risque additionnel de troubles mentaux, mais il n'est pas démontré que les troubles mentaux soient plus fréquents chez les épileptiques quand ils sont comparés à des groupes de patients cérébrolésés non épileptiques (AVC, SEP, maladie de Parkinson)

**Conclusion :**

La recherche des comorbidités somatiques dans troubles psychiatriques toute pathologie confondue a toujours été considéré l'énigme mystérieux des psychiatres qui se heurtent à de nombreuses difficultés diagnostiques et prise en charge thérapeutique. Nous proposons une mise au point sur la comorbidité épileptique dans les troubles mentaux, à partir de l'estimation de la prévalence de l'épilepsie chez des patients atteints de troubles psychiatriques à l'aide d'une enquête transversale descriptive rétrospective.

Notre population étudiée concerne les patients suivis en ambulatoires par notre établissement ; service de psychiatrie CHU Tlemcen depuis l'an 2014 jusqu'à fin de l'année 2016. Chez qui la prévalence de l'épilepsie est estimée en moyenne à 7.11% qui constitue un chiffre élevé.

Il s'agit d'une population jeune , un âge compris entre 15 et 30 ans à dominance masculine.

Dans la majorité de notre échantillon (83 %) l'épilepsie est survenue avant le trouble mental.

Les troubles mentaux rencontrés chez cette population sont très variés par ordre décroissant de fréquence des troubles mentaux décelables chez les épileptiques on a trouvé : psychose (25 %) , dépression et trouble (trb) du comportement ( 13,88 % ) , PTST et retard mental ( 11,11 % ) , schizophrénie ( 8 ,33 % ) , trb bipolaire et trb du sommeil ( 5 ,55 % ) et en dernier trb de personnalité ( 2,77 %).

Ce modeste travail illustre la variété des troubles mentaux pouvant être rencontrés en comorbidité avec l'épilepsie. Deux points sont à souligner : la nécessité d'une description précise des troubles mentaux, d'une part, et de l'épilepsie, d'autre part, pour espérer mieux comprendre la comorbidité complexe qui réunit ces deux groupes d'affections ; le besoin pour un épileptologue ou un neurologue dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques et épilepsie.

## Annexe

TABLEAU DES TROUBLES MENTALES CHEZ LES PATIENS EPILEPTIQUES

| Année | N du dossier | femme | homme | patient | Age    | DEPRESSION | PSYCHOSE |
|-------|--------------|-------|-------|---------|--------|------------|----------|
| 2014  | 567          | +     | ****  | A M     | 40ans  | *****      | *****    |
| 2014  | 264          | +     | ****  | C A     | 39ans  | *****      | +        |
| 2014  | 855          | +     | ****  | M Z     | 22ans  | *****      | *****    |
| 2014  | 505          | +     | ****  | K N     | 60ans  | *****      | *****    |
| 2014  | 207          | +     | ****  | C K     | 45ans  | +          | *****    |
| 2014  | 864          | ****  | +     | M A     | 20ans  | *****      | *****    |
| 2014  | 855          | ****  | +     | M Y     | 22 ans | *****      | +        |
| 2014  | 860          | ****  | +     | M L     | 22ans  | *****      | +        |
| 2014  | 509          | ****  | +     | K M     | 33ans  | +          | *****    |
| 2014  | 863          | ****  | +     | M A     | 22ans  | *****      | *****    |
| 2015  | 269          | +     | ****  | C Z     | 18 ans | *****      | +        |
| 2015  | 404          | +     | ****  | D M     | 20 ans | *****      | *****    |
| 2015  | 959          | +     | ****  | B H     | 24 ans | *****      | *****    |
| 2015  | 1855         | ****  | +     | B D     | 22 ans | *****      | +        |
| 2015  | 1840         | ****  | +     | B M     | 23 ans | *****      | *****    |
| 2015  | 573          | ****  | +     | A M     | 34 ans | *****      | *****    |
| 2015  | 1826         | ****  | +     | B A     | 20 ans | *****      | *****    |
| 2015  | 882          | ****  | +     | M A     | 20 ans | *****      | +        |
| 2015  | 403          | ****  | +     | D M     | 19 ans | *****      | +        |
| 2015  | 395          | ****  | +     | D B     | 18 ans | +          | *****    |
| 2015  | 105          | ****  | +     | Y A     | 25 ans | *****      | *****    |
| 2015  | 1837         | ****  | +     | B M     | 49 ans | *****      | *****    |
| 2015  | 1865         | ****  | +     | B A     | 52 ans | *****      | *****    |
| 2015  | 1856         | ****  | +     | B I     | 18 ans | *****      | *****    |
| 2015  | 1864         | ****  | +     | B A     | 31 ans | *****      | *****    |
| 2015  | 1828         | ****  | +     | B Y     | 28 ans | *****      | *****    |
| 2015  | 510          | ****  | +     | S M     | 17 ans | *****      | *****    |
| 2015  | 269          | +     | ****  | C Z     | 18 ans | *****      | +        |
| 2016  | 266          | ****  | +     | Z S     | 54 ans | +          | *****    |
| 2016  | 889          | ****  | +     | M M     | 20 ans | *****      | *****    |
| 2016  | 586          | ****  | +     | A D     | 38 ans | *****      | *****    |
| 2016  | 1916         | ****  | +     | B A     | 34 ans | *****      | *****    |
| 2016  | 296          | +     | ****  | B A     | 38 ans | *****      | *****    |
| 2016  | 890          | ****  | +     | M A     | 18 ans | *****      | *****    |
| 2016  | 528          | ****  | +     | K N     | 47 ans | +          | *****    |
| 2016  | 898          | ****  | +     | M D     | 34 ans | *****      | +        |





questionnaire

**Bibliographie et références**

- Epilepsies – cours de Pr Bouchnak faculté de médecine Tlemcen
- Epilepsie et dépression - Pr Philippe Ryvlin , Service de neurologie fonctionnelle et d'épileptologie .
- Epilepsie et troubles mentaux : comorbidité dépressive et anxieuse - Karl Mondon, Isabelle Suzanne, Bertrand de Toffol , Service de neurologie, CHU Bretonneau, 37044 Tours Cedex, France .
- La dépression - Dr Alan Lowe, service de neuropsychiatrie et d'épilepsie à l'hôpital de Toronto, division ouest .
- PSYCHOSES ET DELIRES CHRONIQUES - Dr N. Lafay, Dr Nathalie Papet, Dr Cyril Manzanera, Pr Jean Louis Senon .
- Troubles anxieux et phobiques - Dr Gilbert Riquier (psychiatre, Hôpital Simone Veil) et Aude Caria (directrice, Psycom) .
- Les psychoses de l'épileptique - Nada Charfi, Dorsaf Trigui , Jihène Ben Thabet, Nasreddine Zouari, Lobna Zouari , Mohamed Maalej
- Les troubles psychiatriques dans l'épilepsie - Bertrand de Toffol Clinique Neurologique, CHU Bretonneau, Tours, France
- Conséquences psychopathologiques de l'épilepsie - M. Masson , M.L. Bourgeois .
- ÉPILEPSIE(S) ET COMORBIDITÉS PSYCHIATRIQUES - Bernard Esambert , Emmanuelle Allonneau-Roubertie .
- Les psychoses – Guy Besançon , Paris Dunod .
- Le retard mental de l'enfant - Dr Zix Christian .
- Troubles psychiatriques chez des patients épileptiques et leurs traitements - Thomas Will, Service d'accueil, d'urgence et de liaison psychiatrique, Hôpitaux Universitaires de Genève .
- Troubles de la personnalité - L'Institut universitaire en santé mentale de Québec (<http://www.institutsmq.qc.ca> )