



# Troubles psychiques et épilepsies



Rev Med Suisse 2010; 6: 921-4

**G. B. Foletti**  
**M. Maeder-Ingvar**

Drs Giovanni B. Foletti  
et Malin Maeder-Ingvar  
Service de neurologie  
CHUV, 1011 Lausanne  
giovanni.foletti@chuv.ch  
malin.maeder-ingvar@chuv.ch

## Mental disorders and epilepsies

Mental disorders in patients having difficulties to treat their epilepsy are without a doubt more frequent than those presented by patients with controlled epilepsies or within a general population. These problems are especially affective disorders; clinical presentations of these troubles are often particular and difficult to classify through the current admitted classification guidelines. We speak generally about an interictal dysphoric disorder. The relationship between observed troubles in seizures is in some cases very particular: postictal depressions and psychosis are very peculiar disorders, self limited, difficult to detect and to treat.

Some considerations are made about certain topics related to severe epilepsies: suicide, pseudo seizures and therapeutic attitude.

Les troubles psychiques chez des patients présentant des épilepsies difficiles à traiter sont certainement plus fréquents que chez des patients souffrant d'une épilepsie bien contrôlée. Ces problèmes sont avant tout des troubles de l'humeur (affectif). Il s'agit cependant de troubles dont la présentation clinique est particulière et difficile à classer selon les critères habituellement utilisés: nous parlons de troubles dysphoriques. La relation entre les troubles observés et les crises elles-mêmes est parfois très particulière, nous distinguons les dépressions et les psychoses postictales. Il s'agit de manifestations spécifiques autolimitées dans le temps, difficiles à diagnostiquer et à traiter.

Quelques mots sont dits à propos de la suicidalité, les pseudo-crisis et l'attitude thérapeutique en relation avec les épilepsies pharmaco-résistantes.

## INTRODUCTION

Une personne dont l'épilepsie est contrôlée et traitée d'une façon adéquate, dont l'examen clinique est par ailleurs normal, ne souffre pas de troubles psychiques plus fréquents que ceux rencontrés dans une population générale.<sup>1</sup> Ce bref exposé concerne donc le patient souffrant d'une épilepsie difficile à traiter.

Une grande étude récente à caractère épidémiologique, conduite sur une population de patients souffrant d'épilepsies actives et bien contrôlées confondues, distingue deux catégories de troubles mentaux significativement plus fréquents chez ces malades que dans une population générale: premièrement les troubles anxieux et, deuxièmement, une suicidalité augmentée.<sup>2</sup>

Sur une sélection de malades souffrant d'une épilepsie sévère,<sup>3</sup> en général partielle, chez lesquels on envisage un traitement chirurgical, nous avons constaté que quatre patients sur dix souffrent de troubles mentaux. Presque la moitié d'entre eux (44%) ont un trouble de l'humeur à caractère dépressif et des troubles de la personnalité. Viennent ensuite des troubles anxieux (40%), psychotiques (12%) et, enfin, des troubles variés.

L'épilepsie, dont le paroxysme clinique est le symptôme cardinal, s'accompagne de troubles psychiques dont une des caractéristiques fondamentales est le caractère fluctuant, en quelque sorte aussi paroxystique, souvent difficile à diagnostiquer et donc à traiter.

Dans le cadre d'une épilepsie active, il est utile de distinguer les troubles interictaux qui surviennent sans aucun rapport temporel avec les manifestations paroxystiques épileptiques et les troubles postictaux dont la relation temporelle avec l'accès épileptique est évidente.

A la fin de l'article, en quelques mots, seront abordés quelques thèmes particuliers: suicidalité, médicaments antiépileptiques et événements non épileptiques.

## TROUBLES PSYCHIQUES INTERICTAUX

Un trouble de l'humeur est certainement la souffrance psychique la plus fré-



quement retrouvée parmi ces malades : 30 à 60% des patients en souffrent.<sup>4</sup>

Ces troubles sont avant tout des épisodes à caractère dépressif et/ou anxieux. Les altérations de l'humeur à caractère maniaque sont rares.

La majorité des auteurs note que cette souffrance a le plus souvent des caractéristiques particulières : la fluctuation des troubles au fil des heures, l'importante anxiété et l'irritabilité des patients, les plaintes à caractère somatique, amènent certains auteurs à parler d'un «trouble dysphorique interictal».<sup>5</sup> La présentation clinique de ces troubles s'écarte souvent des critères syndromiques habituels (par exemple du DSM-IV ou CIM-10) qui apparaissent peu adaptés à décrire la souffrance psychique des patients épileptiques.

Le traitement de ces troubles fait appel aux antidépresseurs modernes, dans le cadre de la relation thérapeutique. Ces derniers, utilisés à posologie thérapeutique, ne sont en général pas proconvulsivants (tableau 1).

Les psychoses interictales sont certainement plus rares mais leur prévalence chez une population de patients souffrant d'épilepsie partielle reste importante. Nous avons vu<sup>3</sup> qu'environ 10% des personnes avec épilepsie partielle pharmaco-résistante en souffrent. Retenons ici, comme critère diagnostique, une «altération profonde des rapports du sujet avec soi-même et le monde qui l'entoure». Il s'agit le plus souvent de troubles à caractère schizophrénique qui peuvent avoir un élément déclenchant particulier : les épisodes psychotiques postictaux. Des troubles de l'humeur y sont fréquemment associés. Rarement, les auteurs mettent une relation entre une aura à caractère psychique et le développement de ces troubles.<sup>6</sup> Le traitement pharmacologique de ces malades se fait à l'aide de substances peu ou pas proconvulsivantes à posologie thérapeutique : rispéridone et quétiapine.

## TROUBLES PSYCHIQUES EN RELATION CHRONOLOGIQUE AVEC LES CRISES

Les neurologues connaissent et décrivent les états de mal

à expression purement psychique le plus souvent confusionnels qu'on doit distinguer des troubles psychiques postictaux.<sup>7</sup> Ces derniers surviennent avec une conscience claire. Ils représentent une souffrance mentale particulière souvent sous-diagnostiquée : en effet, ces manifestations peuvent être confondues avec un état postcritique prolongé ou être considérées comme les conséquences psychosociales naturelles de l'accès.

Il s'agit d'épisodes à caractère dépressif ou psychotique,<sup>8</sup> d'une durée de quelques heures à quelques jours, qui se résolvent spontanément. L'autre aspect particulier est leur survenue avec une latence libre de tout symptôme entre l'accès épileptique et l'apparition de l'épisode. Cette latence peut atteindre 120 heures.

Une étude, portant sur 114 patients souffrant d'épilepsie partielle pharmaco-résistante, met en évidence des épisodes dépressifs et anxieux postictaux chez 45 patients, des épisodes à caractère maniaque chez 22 patients et psychotiques chez 7 d'entre eux.<sup>9</sup>

## QUESTIONS PARTICULIÈRES

### Suicidalité

Le risque suicidaire concerne certaines catégories de patients. Pour un auteur déjà cité,<sup>8</sup> une épilepsie partielle pharmaco-résistante accompagnée de troubles dépressifs et d'épisodes psychotiques interictaux graves est le facteur de risque principal de suicide. Pour d'autres auteurs, les patients qui viennent de subir une lobectomie temporale et qui souffrent d'une comorbidité psychiatrique intercritique grave sont tout aussi à risque.<sup>10</sup>

### Médicaments antiépileptiques et effets secondaires

Il importe d'être attentif aux effets secondaires des médicaments utilisés couramment dans le traitement de l'épilepsie. Parmi les antiépileptiques de la dernière génération : le tableau 2 donne quelques indications à propos des effets psychiques qui peuvent être induits chez certains patients. L'incidence de ces effets secondaires est certaine-

**Tableau 1. Incidence des crises induites par les antidépresseurs**

	Produits	Incidences
1	Amitriptyline	< 0,1-0,3
2	Bupropion	0,6-1,4
3	Bupropion (225-450 mg/j) (patients boulimiques)	5,8
4	Citalopram	0,1-0,3
5	Citalopram (600-1900 mg/j)	18
6	Fluoxétine	< 0,1-0,2
7	Sertraline	< 0,1
8	Antidépresseurs tricycliques	0,1-4
9	Antidépresseurs tricycliques (overdose)	3-41

Librement modifié d'après Barry JJ, et al. Affective disorders in epilepsy. Psychiatric disorders in epilepsy. Ed. Ettinger AB, Kanner AM. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2007;Chap. 13:229-30.

**Tableau 2. Modifications du psychisme**

Modifications du psychisme parfois rencontré lors de l'introduction des antiépileptiques de la nouvelle génération
<b>Lamotrigine</b> Insomnie, agitation, augmentation de l'anxiété
<b>Felbamate</b> Insomnie, anorexie et agitation
<b>Topiramate</b> Ralentissement, aggravation de troubles cognitifs, troubles (langagiers) de l'humeur
<b>Lévétiracétam</b> Irritabilité, agressivité, fatigue
<b>Zonisamide</b> Anorexie, somnolence et, à l'opposé, agitation
<b>Vigabatrine</b> Psychoses
En général, <b>tout médicament</b> doit être introduit avec <b>prudence</b>



ment variable en fonction du terrain, de la posologie, etc. Il y a lieu de tenir compte de ces éventuels effets secondaires particulièrement dans certaines catégories de patients, notamment ceux qui souffrent d'un handicap mental.<sup>11</sup>

### Événements non épileptiques

Ce sont des troubles souvent associés à une épilepsie difficile à traiter: dans notre expérience, 10% des malades avec épilepsie sévère souffrent de troubles de cette nature; pour d'autres auteurs leur fréquence peut atteindre 50% des patients souffrant d'épilepsie partielle pharmaco-résistante.<sup>12</sup> Leur survenue dans ces contextes nous amène à faire appel à des notions,<sup>13</sup> critères et points de vue étrangers à la clinique neurologique: par exemple la notion de pathologie psychotraumatique.<sup>14</sup>

### Déterminisme, causes et questions

Y a-t-il un déterminisme commun entre une épilepsie et un trouble dépressif? Les arguments cliniques ne manquent pas. Nous venons d'en exposer quelques-uns. La recherche neurobiologique<sup>15</sup> sur des modèles animaux, (rongeurs), suggère une relation entre la neurotransmission gabaergique et épileptogénèse d'une part, dépression et anxiété d'autre part. Chez l'homme, certains travaux récents en neuro-imagerie suggèrent une altération des récepteurs centraux au 5-hydroxy-triptophane chez des patients souffrant d'épilepsie et de dépression.<sup>16</sup>

D'ailleurs, il ne semble pas qu'une épilepsie temporale versus une épilepsie extra-temporale soit en relation avec une psychopathologie ou un trouble particulier de la personnalité.<sup>17</sup> Selon notre expérience,<sup>3</sup> les patients dont le foyer épileptique se trouve sur l'hémisphère non dominant seront plus à risque de troubles mentaux.

### CONCLUSION

Les épilepsies difficiles à traiter et particulièrement les épilepsies partielles sont certainement des affections qui

prédisposent à des troubles psychiques variés: la présentation clinique de ces manifestations peut s'écarter des critères syndromiques habituels. Particulièrement les troubles psychiques postictaux sont souvent sous-diagnostiqués et donc négligés.

La prise en charge pharmacologique de ces troubles nécessite la prescription de médicaments. Cependant, une approche thérapeutique qui se contenterait de cela serait réductrice et faussement rassurante. La relation thérapeutique «singulière» médecin – patient,<sup>18</sup> bien qu'elle ne se soit labellisée «evidence based»,<sup>19</sup> ne se résume pas à la prescription des médicaments! Enfin, confrontée à des troubles déroutants ou mal compris comme les événements non épileptiques, la collaboration entre psychiatre et neurologue serait hautement souhaitable.<sup>13</sup>

De manière plus générale, la médecine de demain, et plus particulièrement dans le domaine des neurosciences et l'épistémologie, devra faire appel à des nouveaux modèles nécessairement transdisciplinaires.<sup>20</sup> ■

### Implications pratiques

- Les troubles psychiques sont en général plus fréquents chez les patients souffrant d'une épilepsie difficile à traiter que chez ceux dont l'épilepsie est contrôlée
- Ces troubles sont souvent difficiles à détecter et à classer: les psychoses et troubles dépressifs postictaux sont le plus souvent ignorés
- Leur étiologie est certainement complexe. Il faut se garder d'une attitude thérapeutique réductionniste et comportementale

### Bibliographie

- 1 Fiordelli E, Beghi E, Boglium G, Crespi V. Epilepsy and psychiatric disturbance. A cross-sectional study. *Br J Psychiatry* 1993;163:446-50.
- 2 \*\* Tellez-Zenteno JF, Patten SB, Jetté N, et al. Psychiatric comorbidity in epilepsy: A population-based analysis. *Epilepsia* 2007;48:2236-44.
- 3 Sperli F, Rentsch D, Despland PA, et al. Psychiatric comorbidity in patients evaluated for chronic epilepsy: A different role of the right hemisphere. *Eur Neurol* 2009;61:350-7.
- 4 \*\* Kanner AM. Depression and epilepsy: A review of multiple facets of their close relation. *Neurol Clin* 2009; 27:864-80.
- 5 Blumer D, Montouris G, Davies K. The interictal dysphoric disorder: Recognition, pathogenesis, and treatment of the major psychiatric disorder of epilepsy. *Epilepsy Behav* 2004;5:826-40.
- 6 Herman BP, Dikmen S, Schwartz MS, Kames WE. Interictal psychopathology in patients with ictal fear: A quantitative investigation. *Neurology* 1982;32:7-11.
- 7 Brent E, Joyce E, Shorvon S. Delusions, illusions and hallucinations in epilepsy: I. Elementary phenomena. *Epilepsy Res* 2009;85:162-271.
- 8 \*\* De Toffol B. Psychose postictale. *Rev Neurol* 2009;165:760-73.
- 9 \* Kanner AM, Soto A, Gross-Kanner H. Prevalence and clinical characteristics of postictal psychiatric symptoms in partial epilepsy. *Neurology* 2004;2:708-13.
- 10 Bell GS, Gaitatzis A, Bell CL, et al. Suicide in people with epilepsy: How great is the risk? *Epilepsia* 2009;50:1933-42.
- 11 Brodtkorb E. Management of epilepsy in people with learning disabilities. The treatment of epilepsy, 3rd ed. Edited by Shorvon S, Perucca E. and Engel J. Oxford: Blackwell, 2009.
- 12 Marchetti RL, Kurcgant D, Gallucci N, et al. Evaluating patients with suspected nonepileptic psychogenic seizures. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2009;21:292-8.
- 13 \* Stone J, Vuilleumier P, Friedman JH. Conversion disorder separating «how» from «why». *Neurology* 2010;74:190-1.
- 14 Quinn M, Schofield M, Middleton W. Conceptualization and treatment of psychogenic non-epileptic seizures. *J Trauma Dissociation* 2008;0:63-84.
- 15 Megevand P. Physiopathologie in épilepsies. Coordonateur Jallon P. Paris: Ed. Doin, 2007
- 16 \* Lothe A, Didelot A, Hammers A, et al. Comorbidity between temporal lobe epilepsy and depression: A (18F) MPPF PET study. *Brain* 2008;131:2765-82.
- 17 Swinkels WA, Van Emde Boas W, Kuyk J, et al. Interictal depression, anxiety, personality traits, and psychological dissociation in patients with temporal lobe epilepsy (TLE) and extra-TLE. *Epilepsia* 2006;47:2092-103.
- 18 \*\* Soulayrol R. L'épilepsie entre l'avoir et l'être. *Epilepsies* 2002;14:10-3.
- 19 Caplan LR. Evidence and the effective clinical neurologist. Presidential Plenary Session. Seattle: American neurology society annual meeting, 2009.
- 20 \*\* Dominicé P, Waldvogel F. Dialogue sur la médecine de demain. Ed. Science, histoire et société. Paris: PUF, 2009.

\* à lire

\*\* à lire absolument