



Pr Farès Asselah *

Les antiépileptiques ont montré toute leur efficacité

••• Propos recueillis par Rania Hamdi

L'épilepsie est l'une des maladies neuropsychiatriques complexes. Sa prise en charge l'est autant. Même s'il est quasiment établi qu'elle est induite par une anomalie cérébrale, la science n'a pas encore exploré l'étendue de son impact, sur le comportement et ses complications potentielles. Le Professeur Farès Asselah nous en parle, dans cette interview.

Santé Mag: Il est quasiment établi que l'épilepsie a un lien avec une anomalie cérébrale. Pouvez-vous nous en dire davantage ?

Pr Farès Asselah: La question est complexe; néanmoins, il est clair qu'il y a un lien avec une anomalie cérébrale, car toute anomalie, qui perturbe le fonctionnement du cerveau, peut causer l'épilepsie, produisant, sur le plan neurophysiologique, une hyperexcitabilité des neurones dans le cerveau et d'y provoquer des décharges électriques. Ce sont ces décharges neuronales qui provoquent les crises d'épilepsie. Cette atteinte peut toucher soit une région, soit plusieurs régions du cerveau; c'est-à-dire, pouvant se propager, ainsi, aux deux hémisphères. La région à laquelle le psychiatre va être interpellé est la région temporale. Pourquoi ? Parce que bon nombre de patients vont présenter une symptomatologie où la maladie s'exprime sous forme de manifestations psychiatriques pouvant évoquer, à tort, une pathologie psychiatrique.

Mais, en réalité, c'est une forme clinique d'épilepsie. Par ailleurs, c'est l'une des formes où les patients, atteints d'épilepsie temporales, ont une comorbidité de troubles psychiatriques très importants.

Depuis quelques temps, on parle plus de maladie neurologique que psychiatrique ?

••• Il faut comprendre que l'épilepsie est une maladie purement neurologique. Elle a été, pendant longtemps, à la frontière entre la psychiatrie et la neurologie •••

Si on revient à l'histoire de l'épilepsie, elle est intimement liée à la psychiatrie. L'épilepsie était particulièrement rattachée à celle de l'hystérie; dans l'antiquité, toutes deux avaient comme explications des causes surnaturelles, voire diaboliques. Avec le temps, c'est vrai, elles vont être individualisées et reconnues comme deux pathologies distinctes, à part entière.

C'est au 19^{ème} siècle, que Charcot, neurologue et ses élèves, entre autres Freud, Bleuler, Ballet, Janet... vont, progressivement, faire la distinction entre l'épilepsie et l'hystérie.

Cette dernière présente des crises évoquant fortement une crise d'épilepsie, qui n'en est pas une, appelée troubles de conversion; l'origine étant une pathologie psychiatrique. Dans les classifications internationales, voire anglo-saxonnes, le concept d'hystérie, ou névrose hystérique, a été éclaté pour des raisons étiopathogéniques et le trouble de conversion est remplacé par le trouble à symptomatologie neurologique fonctionnelle.

Il est intéressant d'évoquer ces crises non-épileptiques, appelées pseudo-épilepsie, épilepsie psychogène, qui peuvent être traitées, à tort, par un des traitements antiépileptiques.

On parle de la chirurgie comme première indication, pour traiter la maladie ?

La chirurgie ne trouve pas son indication comme première intention, mais dans le cas de l'épilepsie présentant une pharmaco-résistance, dans le sens où la pathologie ne peut être jugulée par les traitements antiépileptiques, ou dans le cas de l'ampleur des crises, afin de les limiter. Ce type de pratique demande une précision minutieuse, car il faut faire très attention, lors de l'ablation du foyer épileptique, à ne pas toucher certaines zones corticales ayant des fonctions



essentiels. Si j'utilise le terme, on est au stade expérimental, c'est juste pour mentionner que nous n'avons pas assez de recul, car le nombre de recrutements demeure insignifiant, sur le plan international, pour montrer tout l'intérêt de cette pratique. Néanmoins, elle demeure comme une alternative, pour les formes d'épilepsies graves.

Donc, finalement, le traitement est juste symptomatique ?

Effectivement, le traitement médicamenteux de l'épilepsie est bien précis et clair. Les antiépileptiques ont montré toute leur efficacité. C'est le traitement de base de l'épilepsie. Ils ne traitent pas la maladie; toutefois, ils permettent de bloquer les crises, en diminuant leur intensité, voire les faire disparaître et atténuer leur gravité. Certaines formes cliniques nécessitent, parfois, la combinaison de plusieurs molécules.

Pour revenir sur l'épilepsie temporale, qui est une maladie exigeant l'intervention aussi bien du psychiatre, que du neurologue, j'aimerais parler d'une forme particulière: le trouble dysphorique inter-ictal. Forme où l'on observe dans l'épilepsie temporale, 24 heures après les crises d'épilepsies, s'installent des troubles psychiatriques.

Les troubles présentés prennent l'aspect d'une dépression sévère, s'accompagnant d'un sentiment fort de désespoir, de culpabilité, avec apparition des idées suicidaires et qui peuvent s'accompagner d'un état d'euphorie, de passages à l'acte imprévisibles, où le sujet peut aller jusqu'à l'acte d'homicide, meurtrier; associée, aussi, à des manifestations psychotiques de type hallucinatoires et vécus délirants, ainsi que des plaintes somatiques quasi-permanentes.

... Ce sont des troubles particuliers, qui, souvent, sont cliniquement méconnus, sous-estimés, sous-diagnostiqués, avec des répercussions non négligeables sur la qualité de vie des patients et de leur entourage ...

Une bonne collaboration entre les psychiatres et neurologues est plus que nécessaire. L'intérêt est, ainsi, de conjuguer leurs connaissances, pour traiter, le plus efficacement possible, ce trouble, qui est lourd de conséquences ■

** Professeur Farès Asselah,
chef de service psychiatrie EHS Drid
Hocine B - Alger.*

