

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique

Université Constantine3



Faculté de Médecine
Département de Médecine

Classification et sémiologies des crises épileptiques

Dr A.Boulefkhad

Année universitaire 2016-2017

Les objectifs :

- Définir une crise épileptique et l' épilepsie.
- Préciser les données épidémiologiques des épilepsies.
- Préciser la classification des crises épileptiques.
- Connaitre la sémiologie des crises épileptiques.

Plan

I/Introduction.

II/ Epidémiologie

III/ Classification des crises épileptiques.

IV/ Sémiologie électro cliniques des crises épileptiques.

A. Crises généralisées.

B. Crises partielles.

I/ Introduction :

L'épilepsie, une des affections neurologiques chroniques les plus fréquentes, constitue un problème majeur de santé publique, en effet dans la majorité de cas, elle peut être diagnostiquée et traitée par des moyens relativement simples.

Les crises d'épilepsie sont des manifestations cliniques, paroxystiques, motrices, sensitives, sensorielles ou psychiques, accompagnées ou non d'une perte de conscience, liées à une décharge anormale, excessive et hyper synchrone d'une population plus ou moins étendue de neurones du

- L'épilepsie, affection chronique d'étiologie diverse, caractérisées par la répétition, chez un même sujet, de crises épileptiques spontanées

II) Epidémiologie :

- Une des maladies chroniques les plus répandues.
- Environ 1 individu sur 200 est épileptique.
- La prévalence dans le monde est 0,5 à 0,8% Incidence globale variable 17,3/100000/an à 136/100000/an personnes le monde et 80% se trouvent dans les pays en développement
- En Algérie, l'une des maladies neurologiques les plus fréquentes. L'incidence : **56** nouveaux cas/100.000h/an, prévalence : 8, 32
- La mortalité dans la population épileptique est 2 à 3 fois plus élevée que dans la population générale, elle est attribuée à la maladie causale, à l'EME ou ses conséquences (TC , noyade ...) parfois, inexplicée (SUDEP : Sudden Unexplained Death Epileptic Patients).

III) Classification des crises épileptiques

A) Classification et diagnostic des crises épileptiques

Comporte 3 catégories de crises épileptiques

Crises généralisées :

La décharge paroxystique est d'emblée propagées aux deux hémisphères, les caractéristiques cliniques de ces crises ne comportent aucun signe pouvant les rattacher à un système anatomo-clinique particulier., de même les manifestations électriques critiques sont caractérisées par des décharges de pointes, poly pointes, pointes ondes bilatérales, synchrones et symétriques sur les deux hémisphères

Crises partielles ou focales :

Dans ces crises, la décharge paroxystique intéresse initialement un secteur limité des structures corticales : la zone épileptogène. La sémiologie des crises partielles dépend directement des caractéristiques anatomo-fonctionnelles de réseaux épileptogènes

Classification internationale des crises épileptiques (1981)

Crises généralisées :

- Absences

 Absences typiques

Absences atypiques

- Crises myocloniques

- Crises cloniques

- Crises toniques

- Crises tonico-cloniques

- Crises atoniques

Crises partielles

- Crises partielles simples

* Avec signes moteurs

* Avec signes somatosensitifs ou sensoriels

* Avec signes végétatifs

* Avec signes psychiques

- Crises partielles complexes

. Début partiel simple, suivi de trouble de la conscience et/ou d'automatismes

. Avec troubles de la conscience dès le début de la crise, accompagnée ou non d'automatismes

-Crises partielles secondairement généralisées

Crises non classées :

IV/Sémiologie électrochimique des crises épileptiques :

A/Crises généralisées

1/Absences : sont des crises de brève durée, caractérisées par une altération (atténuation ou suspension) de la conscience avec amnésie post critique., On distingue :

Absences simples et des **absences complexes**

Absences typiques et des **absences atypiques**

Absences simples : absences pures

Absences complexes : absences accompagnées d'autres manifestations épileptiques : myoclonies, crise atonique, perte des urines, crise giratoire...

Absences typiques : Absences Petit Mal :

- se traduisent par une rupture brutale et totale du contact et de la conscience durant de **quelques secondes à 20 secondes** ou plus, mais moins de 1 minute.
- **De début et de fin brusque.**
- Classiquement isolée, ou accompagnée de myoclonies discrètes du visage durant les 1^{re} secondes, et d'automatismes simples (automatismes gestuels simples ou de persévération motrice de l'activité en cours), en particulier en cas d'absence longue.
- EEG: une longue bouffée (10 à 20 s) de P.O à (3 à 3,5c/S), bilatérales, synchrones et symétriques avec ne prédominance antérieure sur une activité de fond normale

Absences atypiques : Petit Mal variant

Début et fin plus progressifs, de durée généralement plus longue avec altération de la conscience moins marqués. Des éléments toniques, atoniques, myocloniques sont plus prononcés et moins symétriques sont présents. Elles sont rencontrées surtout dans les encéphalopathies épileptogènes de l'enfant .

EEG: Décharges de pointes ondes bilatérales, irrégulières, parfois asynchrones, de fréquence lentes inférieure à 2,5 Hz . Ces décharges surviennent sur activité de fond anormale

2/ Crises myocloniques : Contraction simultanée de muscles agonistes et antagonistes provoquant une secousse musculaire soudaine et brève dont la topographie et l'intensité sont variables. Elles sont bilatérales et symétriques ou asymétriques ou perçues comme unilatérales proximales ou distales ces crises surviennent en l'absence d'altération perceptible de la conscience.

EEG : Décharge de polypointes-ondes bilatérales, symétriques et synchrones.

3/ Crises cloniques : ce sont des secousses cloniques bilatérales, progressivement ralenties, de durée variable. Elles s'accompagnent d'une altération de la conscience et d'une obnubilation post-critique et surviennent électivement chez le jeune enfant (convulsions fébriles)

4/Crises toniques : Contraction musculaire soutenue, durant quelques secondes, en salves qui s'associent à une altération de la conscience, une apnée, ou à d'autres troubles végétatifs (hypersudation, rougeur), . Elles entraînent des chutes brutales traumatique et se rencontrent électivement dans les encéphalopathies épileptogènes de l'enfant

5/ Crises atoniques : Dissolution du tonus postural entraînant une chute brutale et traumatique, parfois limitée à une simple chute de la tête en avant.

On distingue :

- Les crises atoniques brèves : localisées ou généralisée
- Les crises atoniques prolongées : qui se manifestent par une chute avec perte de la connaissance sans convulsion.

5/ Crises tonico cloniques généralisées "crises grand mal:

Son déroulement est habituellement stéréotypé : le Début brutal, Parfois inaugurée par un long cri rauque, unique. Si le sujet est debout: chute brutale sur place, avec parfois des blessures plus ou moins graves. **Elles se déroulent en 3 phases** :

1. Phase tonique : dure de 10-20 secondes, comprenant une contraction tonique soutenue intéresse l'ensemble de la musculature squelettique d'abord en flexion puis en extension. Une apnée, des troubles neurovégétatifs importants surviennent : tachycardie, augmentation de la PA, mydriase, hypersécrétion bronchique et salivaire. une morsure latérale de la langue est possible (qui peut survenir aussi pendant la phase clonique).

2. Phase clonique : dure **30 S.** le relâchement intermittent de la contracture musculaire tonique

Entraine des secousses bilatérales, synchrones, intenses, s'espçant progressivement pour s'interrompre brutalement

3. Phase résolutive : de durée de quelques minutes à quelques dizaines de minutes immédiatement après la phase clonique, le sujet devient hypotonique, immobile, présente une obnubilation profonde et un relâchement musculaire complet : une perte d'urines peut survenir à cette phase le patient reprend sa respiration qui est ample et bruyante et qualifiée de « *stertoreuse* ». La reprise de la conscience progressivement avec une phase de confusion d'intensité et de durée variable.

B/Crises partielles

1/crises partielles simples : Caractérisées par une intégrité de la conscience

A /crises partielles simples avec signes moteurs

a/ Crise motrice focale : contraction musculaire tonique ou clonique localisée de siège fixe intéressant une partie ou tout l'hémicorps opposé.

b/ Crise somato motrice avec marche Bravais Jacksonienne: débute au niveau de l'extrémité d'un membre (pouce, gros orteil) par une contraction tonique suivie de secousses cloniques pouvant affecter successivement chaque segment de l'hémicorps controlatéral

c/ Crise versive : brusque déviation tonique de la tête et des yeux avec parfois rotation du tronc associé parfois à une élévation en abduction du membre supérieur homolatéral, arrêt de langage ou une vocalisation

d/ Crise phonatoire : caractérisée par une impossibilité de prononcer un seul mot ou une vocalisation : palilalie .

2/ crises partielles simples avec signes sensitifs ou sensoriels :

Crises somato-sensitives : Les manifestations sensitives controlatérales à type de paresthésie intéressant tout ou une portion de l'hémicorps avec ou sans marche jacksonienne

Crises visuelles : sont caractérisées par des manifestations hallucinatoires (perceptions sans objet) : point lumineux, éclairs, scènes, personnages etcou. illusionnelles (perception déformé) : macropsie , micropsie etc....

Crises auditives : caractérisées par des manifestations illusionnelles (déformation des voix....) ou hallucinatoire (bruit, bourdonnement, musique, voix...)

Crises olfactives : sont toujours d'ordre hallucinatoire à type de perception d'odeurs souvent désagréables

Crises gustatives : Il s'agit d'hallucinations gustatives (goût amer ou acide, rarement salé...)

Crises vertigineuses : très rare peuvent soulever des grandes difficultés diagnostiques, en absence d'autres manifestations associées à type d'une sensation vertigineuse

(Impression de déplacement rotatoire) ou pseudo-vertigineuse avec impression de déplacement mal systématisé.

III/ Crises partielles simples avec signes végétatifs :

Les signes végétatifs sont très fréquents dans les crises partielles, c'est l'association de ces signes à d'autres manifestations cliniques permis d'orienter le diagnostic. Peuvent intéresser :

- **Sphère digestive** : Sensations de pesanteur, striction, douleur, chaleur, nausées, vomissements, éructation, hypersialorrhée.

- **Tractus urogénital** : urination, érection

- **Système cardiovasculaire** : palpitation, pâleur, tachycardie ou bradycardie.

- **Système respiratoire** : impression d'étouffement, toux, gêne respiratoire..

-**Thermorégulation** : frissons, sudation, bouffées de chaleur, sudation.

-**Musculature oculaire intrinsèque** : mydriase, myosis.

IV/crises partielles simples avec signes psychiques: sont caractérisées par une perturbation sélective des fonctions corticales supérieures sans altération de l'état de conscience à type état de rêve, impression de déjà vu, déjà vécu, jamais vu, jamais vécu , vision panoramique du passé, sensation d'anxiété, de peur, de rire...

2/crises partielles complexes :

L'existence d'un trouble de la conscience inaugural ou secondaire définit les crises partielles complexes.

Ces crises s'accompagnent volontiers d'activités automatiques qui sont des manifestations motrices involontaires plus ou moins élaborées qui peuvent être oro-alimentaires (mâchonnement, mastication, déglutition), gestuelles simples.

(Grattage, frottement) complexes (fouiller les poches, déboutonner les vêtements) et/ou ambulatoires (déplacement, fugue).