



Les Epilepsies temporales au service de neurologie du CHU Fann de Dakar (Sénégal) Temporal lobe epilepsy in neurological department of Fann Hospital, Dakar (Senegal)



Seck Lala Bouna¹, Fall Maouly¹, Sarr Mamadou Moustapha², Sow Adjaratou Djeynabou¹, Dadah Samy Mohamed Lemine¹, Ndao Amadou Koura³, Diagne Ngor Side¹, Ndiaye Moustapha¹, Gueye Lamine⁴, Diop Amadou Gallo¹, Ndiaye Mouhamadou Mansour¹

1-Service de Neurologie, Centre Hospitalier National Universitaire de Fann, Dakar, (Sénégal)

2-UFR Santé - Université de Thiès - Thiès, (Sénégal)

3-Centre National d'Appareillage Orthopédique, Dakar, (Sénégal)

4-UFR Sciences - Université Gaston Berger - Saint Louis, (Sénégal).

Email : lalasec@yahoo.fr

Conflit d'intérêt : Aucun

Résumé

Introduction : L'épilepsie temporale constitue la plus fréquente des épilepsies partielles, sa sémiologie étant polymorphe. Notre objectif est d'illustrer la sémiologie électro-clinique d'une série de patients souffrant d'une épilepsie temporale.

Participants et méthode : Nous avons réalisé une étude prospective descriptive à la Clinique Neurologique du CHU Fann de Dakar, portant sur des patients ayant présenté un foyer épileptique temporal sur l'électroencéphalogramme. Nous avons recueilli les données cliniques, électroencéphalographiques, de l'imagerie cérébrale, du traitement et de l'évolution de l'épilepsie sous traitement.

Résultats : Notre série comportait 46 patients âgés de 2 ans ½ à 53 ans. Les antécédents familiaux d'épilepsie ont été retrouvés chez 18.84% des patients et les convulsions fébriles chez 8.69%. La majorité des patients ont présenté leur première crise avant l'âge de 10 ans. Un facteur déclenchant était rapporté par 28.26% des patients. Les manifestations cliniques les plus constamment rencontrées étaient les signes moteurs secondaires, qui dominaient parmi les indications de l'électroencéphalographie. La sémiologie temporale comportait le plus souvent des manifestations psychiques (67.39% des patients) mais également des automatismes (52.17%), des phénomènes d'altération de la conscience, des troubles phasiques et des manifestations végétatives. L'imagerie cérébrale était rarement disponible. Les traitements utilisés étaient : le Phénobarbital (Gardénal), le Valproate de sodium (Dépakine), la Carbamazépine (Tégréto), le Clonazépam (Rivotril). L'évolution a été favorable chez la majorité.

Conclusion : Le polymorphisme clinique de l'épilepsie temporale peut faire errer le diagnostic. Il faut y penser devant toute manifestation psychique ou sensorielle évoluant par accès.

Mots-clés: Epilepsie- Temporale- Fann- Neurologie- Dakar.

Summary

Introduction: Temporal epilepsy is the most frequent partial epilepsy, with a polymorphous semiology. Our aim

is to illustrate electrical and clinical features of temporal epilepsy in a sample of patients.

Participants and methods: We conducted a prospective and descriptive study in neurological department of Fann teaching hospital in Dakar, including patients with temporal epileptic abnormalities on electroencephalogram. We collected semiological, electroencephalographic, brain imaging, and therapeutic data, and the disease evolution under treatment.

Results: There were 46 patients aged from 2 years and half to 53 years. Familial history of epilepsy was found in 18.84% and febrile seizures in 8.69%. Most of the patients have had first fit before the age of 10 years. A triggering factor was reported in 28.26% of cases. The most constant clinical signs were secondary motor disorders, which were predominant among electroencephalographic motives. Temporal semiology was most of the time consisting in psychical signs (67.39% of patients) but also automatic activities (52.17%), conscience obnubilation, aphasic disorders, and vegetative manifestations. Brain imaging was rarely available. 32.61% of subjects had stopped their medication because of several reasons. The medications we used were Phenobarbital (Gardénal), sodium Valproate (Dépakine), Carbamazepine (Tégréto) and Clonazepam (Rivotril). Evolution was favourable for the majority.

Conclusion: Clinical polymorphism of temporal epilepsy can lead to ignoring the diagnosis, which has to be mentioned each time we face psychical or sensorial troubles, particularly if evolving by fits.

Keywords: Epilepsy- Temporal- Fann- Neurological- Dakar.

Introduction

L'épilepsie temporale constitue la forme d'épilepsie partielle la plus fréquente, sa sémiologie étant polymorphe [1,2]. Son diagnostic doit être envisagé devant toute manifestation neurologique fugace inexpliquée, en particulier d'allure psychique ou sensorielle, et justifier un interrogatoire minutieux du patient et de l'entourage. L'objectif de cette étude est d'illustrer la sémiologie électro-clinique dans une série de patients souffrant d'épilepsie temporale.

Patients et méthode

Nous avons réalisé une étude prospective descriptive à la Clinique Neurologique du Centre Hospitalier National Universitaire de Fann de Dakar au Sénégal. Nous avons convoqué des patients reçus à la consultation électroencéphalographiques (EEG), et ayant présenté un foyer épileptique temporal, sur la période allant du 01 janvier 2010 au 07 janvier 2012, en vue de recueillir les données cliniques. Tous les patients ou parents d'enfants épileptiques ont émis un consentement éclairé. Nous avons précisé les données de l'état civil du patient, ses antécédents pathologiques, les caractéristiques sémiologiques des crises, les données EEG et de l'imagerie cérébrale, le traitement dont a bénéficié le patient et l'évolution de l'épilepsie sous traitement. Nous avons par la suite procédé à une analyse descriptive des données.

Résultats

Notre série était constituée de 46 patients, avec un sexe ratio de 1. L'âge des patients variait entre 2 ans ½ et 53 ans avec un âge moyen de 15.20 ans. Le pic de fréquence se situait dans la tranche d'âge de 0 à 9 ans (47.83%), suivi de celle de 10 à 19 ans (21.74%). Les antécédents familiaux d'épilepsie ont été retrouvés chez 18.84% des patients et les convulsions fébriles chez 8.69%. Les autres antécédents pathologiques étaient : la souffrance périnatale (8.69%) la méningite (5.78%) le traumatisme crânien (4.35%). La majorité des patients (69.57%) ont présenté leur première crise avant l'âge de 10 ans. Un facteur déclenchant était rapporté par 28.26% des patients, les plus fréquemment retrouvés étant la lumière (8.7%), la dette de sommeil (6.52%) puis le bruit (4.35%). On retrouvait par ailleurs le stress, la concentration, les menstruations, l'alternance chaleur-froid. Les crises survenaient exclusivement au cours de la veille chez 43.48% des patients, du sommeil chez 28.26%, indifféremment dans la veille ou le sommeil chez 28.26%. Les manifestations cliniques (tableau I) étaient dominées par les signes moteurs (76.08%) souvent associés à d'autres signes, suivis des manifestations psychiques (67.39%) des automatismes (52.17%) des phénomènes d'altération de la conscience (39.13) des troubles phasiques (28.26%) et des manifestations végétatives (28.26%). Les indications de l'EEG comportaient le plus souvent des événements moteurs (45.65%, avec aura auditive chez 2 patients). Les autres indications étaient : la rupture de contact (4 patients, dont 2 étaient cliniquement diagnostiqués épilepsie absence) des signes encéphalopathiques (3 patients) la crise psychogène (1 patient) la perte de connaissance (1 patient) les troubles du comportement (1 patient). Seuls 2 patients ont été adressés avec une indication évoquant explicitement une épilepsie temporale. Par contre chez 28.26% des patients, l'indication n'a pas été précisée. Chez 36.96% des patients, le tracé EEG a mis en évidence des anomalies focales temporales uni- ou bilatérales. Le foyer avait une diffusion locorégionale vers la région pariétale chez 21.74% des patients et frontale chez 15.22%. Pour le reste, il était généralisé

à prédominance temporo-frontale (13.04%), temporo-pariétale (6.52%) ou temporale (6.52%). Sept sujets avaient bénéficié d'un scanner cérébral qui était normal chez 5, montrait une atrophie temporo-pariétale chez un, et un kyste arachnoïdien de la fosse cérébrale droite que l'Imagerie par Résonance Magnétique a confirmé. Cette dernière, réalisée chez cinq patients, était normale chez 3 et a montré chez un autre patient une ectasie de la terminaison de la carotide interne gauche. Un traitement médicamenteux était en cours chez 67.40% des patients, tandis que 32.61% l'avaient interrompu pour des raisons diverses (avis médical, refus du patient, effet secondaire, difficultés financières, amélioration du tableau clinique, inefficacité du traitement). Certains patients avaient adjoint un traitement traditionnel (69.57%). Le Phénobarbital a été le traitement le plus fréquemment utilisé (41.17% des patients) suivi du valproate de sodium (30.88%) de la carbamazépine (23.53%) puis du clonazépam (4.41%). L'évolution était marquée par la diminution des crises chez 71.74%, l'arrêt des crises chez 19.56%, l'aggravation chez 4.35%, tandis que l'état était stationnaire chez 4.35%.

Tableau I : Les différentes manifestations sémiologiques.

Manifestations cliniques	Fréquence	Pourcentage	
Manifestations psychiques	Rires immotivés	15	32.60
	Accès de colère	14	30.43
	Sensation de peur	12	26.08
	Sensation de tristesse	9	19.56
	Crises innées	8	17.39
	Sensations agréables	5	10.86
	Etat de rêve	4	8.69
	Reviviscence du passé, déjà vu déjà vécu	4	8.69
	Sensation d'étrangeté	3	6.52
	Aggressivité	0	0
Hallucinations	Visuelles	9	19.56
	Olfactives	8	17.39
	Auditives	6	13.04
	Gustatives	3	6.52
Manifestations végétatives	Striction abdominale	9	19.56
	Striction thoracique	4	8.69
	Striction laryngée	0	0
Manifestations automatiques	Oro-alimentaires	25	54.34
	Ambulatoires	10	21.73
Crises avec signes moteurs	Gestuels	8	17.39
	Crises tonico-cloniques généralisées	24	52.16
	Crises tonico-cloniques hémicorps	8	17.39
	Crises bravais-jacksoniennes	3	6.52
	Altération de conscience	18	39.13
Manifestations aphasiques	13	28.26	

Discussions

La plupart des études [3,4] retrouvent une prévalence à prédominance nettement masculine. Nous avons retrouvé un sexe ratio de 1, mais il s'agit d'une étude hospitalière ne reflétant pas nécessairement l'état de la population générale. L'intervalle de variation de l'âge des patients est très large, mais nous avons une population essentiellement d'enfants. Les différentes données de la littérature montrent des moyennes d'âge très variables [5-7]. Les antécédents familiaux d'épilepsie (18.84%) sont retrouvés à un taux voisin de celui de certaines études [8], mais est nettement inférieur à celui retrouvé dans une étude faite à Dakar, mais portant sur les épilepsies partielles [9] où il tournait autour de 35.33% ainsi qu'une étude Ivoirienne sur les épilepsies de l'enfant : 39.7%

[3]. On pourrait penser que le caractère le plus souvent lésionnel de l'épilepsie temporale justifie que le facteur génétique y soit moins fréquemment retrouvé. La fréquence des convulsions fébriles dans notre population est faible (8.69%) comparée aux données de certaines études : 33.33% [7] et 60% [6]. Cette grande discordance est difficile à justifier, mais l'on peut retenir que dans le contexte médical africain, les données médicales sont peu documentées, et que beaucoup de patients sont très peu informés sur leur dossier médical. Le contexte de survenue des crises chez nos patients répond aux données classiques, avec un début des crises dans l'enfance [3,6], les facteurs déclenchants classiques de l'épilepsie [10]. Sur le plan sémiologique, la fréquence des hallucinations est faible (11.71%) comparée aux autres études [5,9] avec respectivement 40.91% et 71.43% des patients. Cette différence pourrait éventuellement s'expliquer par l'existence de très jeunes enfants dans notre série, incapables d'exprimer un certain nombre de manifestations subjectives. Il en est de même de la majorité des manifestations psychiques que nous avons retrouvées à de faibles fréquences dans notre série, tandis que les différents auteurs rapportent des taux élevés [5,7]. Certaines manifestations de l'épilepsie temporale passent inaperçues, car de nature psychique, avec un vécu non extériorisé. Ainsi, si les formes avec diffusion secondaire du foyer vers les aires motrices facilitent le diagnostic d'épilepsie, les formes psychiques sont déroutantes, souvent non diagnostiquées (surtout chez l'enfant) ou considérées comme pathologie psychiatrique et traitées à tort comme telle. Il en est de même des formes à symptomatologie digestive. Ainsi 45.65% des patients (63.63% de ceux dont l'indication de l'EEG était précisée) avaient été adressés pour une épilepsie motrice, malgré une symptomatologie qui comportait souvent des signes psychiques. Cette prépondérance des signes moteurs est fréquemment reportée [3,9,11]. Chez l'enfant, il est nécessaire pour les parents de savoir déceler les modifications d'apparence ou du contact afin de ne pas occulter une crise épileptique non motrice. La plus grande accessibilité financière du phénobarbital explique probablement son usage préférentiel par les praticiens, même si d'autres privilégient malgré tout le valproate de sodium [5].

Conclusion

L'épilepsie temporale, la plus fréquente des épilepsies partielles, comporte des symptômes polymorphes, dont certains peuvent faire errer le diagnostic. Devant toute manifestation psychique ou changement de comportement, en particulier évoluant par accès, la hantise de méconnaître une épilepsie temporale doit primer.

Références

- 1-Dupont S. Epilepsies partielles symptomatiques. EMC Neurologie 2004; 17-044-O-10: 345-56.
- 2-Giovanni B. Troubles psychiques et épilepsies. Rev Med Suisse 2010; 6:921-4.

- 3-Kouame-Assouan AE, Akan-Diarra E, Amonchyepo A, Berthe A, François A, Sonan T, et al. Caractéristiques épidémiologiques des épilepsies de l'enfant à Abidjan. Epilepsies 2003; 15(2) : 91-5.
- 4-Ndiaye M, Seck LB, Sow AD, Sarr MM, Touré K, Diagne NS, Sène MS, Ndoeye NF, Diop AG, Guèye L, Ndiaye MM. Evaluation du traitement antiépileptique : une série sénégalaise de 232 enfants. Dakar Med. 2012; 57(1): 41-8.
- 5-Halayem-Dhouib S, Abbès Z, Bouden A, Othman S, Halayem M. Le diagnostic d'épilepsie temporale en pédopsychiatrie : A propos de 7 cas. La Tunisie Médicale 2009; 87(12) : 880-3.
- 6-Zix C, Billard C, Motte J. L'épilepsie liée à une sclérose mésiotemporale chez l'enfant : dix observations. Arch pediatr. 1999; 6: 398-405.
- 7-Nasri A, Hizem Y, Ben Djebara M, Abdelkefi I, Kacem I, Gargouri A et al. Epilepsie symptomatique du lobe temporal : étude descriptive, à propos de 30 cas. Rev Neurol. 2013; 169(2) : 66.
- 8-Bourrous M, Elibrahimi I, Draiss G, Safini F, Amine M, Bouskraoui M. Caractéristiques des enfants ayant une épilepsie suivis au CHU de Marrakech. Rev neurol. 2010; 166(11) : 921-6.
- 9-Epilepsies partielles à Dakar : aspects électro-encéphalographiques. Sarr MM, Ndiaye M, Diop AG, Gueye L, Seck LB, Ndiaye MM. Dakar Med. 2011; 56(1): 268-73.
- 10-Couffignal B, Bocquet S, Verre S, Maurin C, Gélisse P, Crespel A. Les crises ont des réseaux que la raison ne connaît pas : distribution nyctémérale des crises temporales internes et des crises frontales. Epilepsies 2005; 17(3): 165-7.
- 11-Milligo A, Siranyan S, Diagana M, Preux PM. Syndromes épileptiques de l'adulte au Centre Hospitalier de Bobo-Dioulasso. Médecine d'Afrique noire 2004; 51(4): 239-42.