



LES ACTES DU COLLOQUE

ÉPILEPSIE & ÉMOTIONS :

PRENDRE LE CONTRÔLE
DE SES CRISES

LE COLLOQUE ÉPILEPSIE & ÉMOTIONS

Le colloque « Épilepsie & Émotions : prendre le contrôle de ses crises », a eu lieu le jeudi 21 février 2019 à l'Institut du Cerveau et de la Moelle épinière (ICM) - Paris

LES ORGANISATEURS



L'établissement médical de La Teppe, un centre expert en épilepsie pour approche pluridisciplinaire pour apprendre à vivre avec sa maladie

La Teppe, au sein de son centre de lutte contre l'épilepsie et de ses établissements médico-sociaux spécialisés, assure un suivi personnalisé afin de permettre des soins et un accompagnement performant. L'approche pluridisciplinaire s'appuie sur un plateau technique et des pratiques dédiées contribuant à la prise en compte à la fois de la problématique médicale mais également psychologique et sociale, trois dimensions inhérentes aux problèmes rencontrés par les patients épileptiques. Des ateliers de travail adaptés, des ateliers thérapeutiques et des activités culturelles et sportives sont proposés afin de permettre aux personnes accueillies d'être accompagnées dans le respect du projet de vie qu'elles construisent.



La Ligue Française Contre l'Épilepsie est le chapitre français de International League Against Epilepsy (ILAE). Elle est ouverte à tous les professionnels (médecins, professions paramédicales et sociales), qui ont choisi de consacrer leur savoir et leur énergie au service des patients épileptiques.

LES PARTENAIRES



UCB est une société biopharmaceutique établie à Bruxelles (Belgique) qui se consacre à la recherche et au développement de nouveaux médicaments et de solutions innovantes destinés aux personnes atteintes de maladies graves du système immunitaire ou du système nerveux central.



BioSerenity est une entreprise à croissance rapide qui combine de l'ingénierie de haute technologie, le développement médical et l'analyse big data.

Les textes contenus dans ce document sont les retranscriptions des conférences et interventions du public lors du colloque. Par conséquent, ils ne traduisent pas au mot près les propos de chacun, mais résumant fidèlement ce qui a été dit. Les textes ont été validés par les conférenciers et la majorité des intervenant-e-s.

Vous pouvez retrouver les vidéos de cette journée sur : www.teppe.org

SOMMAIRE

INTRODUCTION

Professeur Vincent Navarro - Docteur Coraline Hingray p 5

ÉMOTIONS ET CRISES (NON) ÉPILEPTIQUES : LIAISONS DANGEREUSES ?

Docteur Coraline Hingray - Professeur Phillipe Derambure p 6

Enjeu de la prise en compte des émotions

Professeur Sophie Dupont p 6

Liens bidirectionnels Emo-Crises

Docteur Jean Arthur Micoulaud p 7

REGARDS CROISÉS

Docteur Arnaud Biraben - Professeur Wissam El-Hage p 8

Le regard neuroscientifique

Docteur Julien Biberon p 8

Le regard psychopathologique...

Marc Masson p 10

THÉRAPIES NON MÉDICAMENTEUSES

Docteur Aileen McGonigal - Docteur Jean Arthur Micoulaud p 12

Mindfulness : revue, pratique et perspectives !

Docteur Cécile Sabourdy p 12

Biofeedback

Docteur Iliana Kotwas p 12

Neurostimulation (rTMS, tDCS)

Docteur Mickael Bacconnier p 13

Nouvelles technologies

Docteur Patrick Latour p 14

Psychoéducation et self-help

Docteur Coraline Hingray p 15

TCC (Méthode LaFrance)

Professeur Wissam El-Hage p 16

Quels moyens pour des populations spécifiques ?

Aurélié Charles-Guillot p 17

CLÔTURE ET CONCLUSION PAR UN GRAND TÉMOIN

Docteur Karine Le Jeune p 19

CONCLUSION

Professeur Phillipe Derambure p 19

INTRODUCTION

Professeur Vincent Navarro, neurologue-épileptologue (Hôpital Pitié-Salpêtrière Paris)
Docteur Coraline Hingray, psychiatre en épilepsie (CHRU Nancy)

Il existe aujourd'hui un déficit de prise en charge médicale pour allier la neurologie et la psychiatrie dans la prise en charge de l'épilepsie. Les épileptologues et les psychiatres ont besoin de travailler main dans la main pour soulager les personnes qui souffrent d'épilepsie mais aussi de Crises Non Épileptiques Psychogènes (CNEP).

L'idée de réaliser ce colloque est venue suite à une présentation sur les CNEP au sein de l'Établissement médical de La Teppe en mai 2018. Les CNEP sont des crises mal connues par les professionnels de santé. Et pourtant il s'agit d'une pathologie très fréquente, la troisième cause de malaise avec perte de connaissance qui touche à 75 % les femmes et à 75 % des personnes avec des vécus de traumatisme. Le diagnostic nécessite souvent l'aide d'un enregistrement en vidéo-EEG.

Le traitement nécessite l'intervention d'un neurologue et d'un psychiatre, mais la méconnaissance de cette pathologie (75 % des psychiatres français ne sont pas formés à la prise en charge des CNEP) entraîne une prise en charge compliquée et une errance médicale avec des consultations itératives aux urgences.

Or, il existe des techniques complémentaires développées ci-dessous mises au point pour prendre en charge ces crises. Il est nécessaire d'identifier et d'agir sur les facteurs prédisposants, précipitants et perpétuants.

Il existe des facteurs communs entre crises d'épilepsie et CNEP :

- Leur déclenchement par le stress, les émotions, et parfois d'autres stimuli extérieurs
- Des antécédents de traumatisme crânien, de troubles du développement et des difficultés d'apprentissage
- Des comorbidités psychiatriques
- L'association à une fatigue
- L'anxiété (en particulier l'anxiété anticipatoire de faire une crise)
- La pharmacorésistance aux traitements antiépileptiques
- La présence d'anomalies cérébrales fonctionnelles.

Cette pathologie est extrêmement invalidante et fréquente et son coût sociétal et financier est important.



ÉMOTIONS ET CRISES (NON) ÉPILEPTIQUES : LIAISONS DANGEREUSES ?

Docteur Coraline Hingray, psychiatre (CHRU Nancy)

Professeur Philippe Derambure, neurologue, épileptologue (CHRU Lille)



Enjeux de la prise en compte des émotions

Professeur Sophie Dupont, neurologue-épileptologue (Hôpital Pitié-Salpêtrière Paris)

1 Qu'est-ce qu'une émotion ?

Une émotion est définie comme un trouble subi, une agitation passagère causée par un sentiment et provoquée par un stimulus extérieur. Les émotions sont des actions appartenant à la communication non verbales. Certaines d'entre elles vont entraîner des modifications internes isolées qui peuvent être mesurées. C'est un sentiment ou phénomène mental traduit par un phénomène somatique (Damasio). Ekman a défini les 6 émotions primaires qui peuvent s'assembler pour créer des émotions secondaires. Différentes localisations anatomiques cérébrales sont mises en jeu dans l'émotion, il s'agit d'un réseau : l'amygdale, le cortex préfrontal, le cortex cingulaire et les noyaux gris centraux.

2 Influence de l'épilepsie sur les émotions

Chez le patient épileptique, il existe un déficit de reconnaissance des émotions. Dans la littérature, cela concerne principalement les épilepsies focales temporales, frontales, et généralisées. La conséquence de ce déficit entraîne une diminution de l'empathie chez ces patients, ils ont une grande difficulté à reconnaître la tristesse, d'où l'émergence d'un manque d'empathie et de compréhension des émotions. S'en suivent des difficultés dans la cognition sociale. Celle-là même qui conditionne la vie sociale, familiale et professionnelle. Il existe également une corrélation entre l'âge de début d'épilepsie et le développement cérébral. Plus l'épilepsie est précoce, plus le déficit des cognitions sociales et de reconnaissance des émotions est marqué. De plus, le déficit de cognition sociale semble plus important si l'épilepsie touche l'hémisphère droit. Par ailleurs, la dépression est fréquente chez les patients épileptiques, sous-diagnostiquée, et cela peut majorer ces déficits. Dans la littérature, il est aussi décrit une diminution de la connectivité intracérébrale comparativement entre les patients épileptiques vs non épileptiques, et parmi les patients épileptiques l'impact diffère selon la localisation du foyer épileptique. Le reflet d'un lien direct entre épilepsie et émotions est l'épilepsie réflexe directement déclenchée par l'émotion (par action du gyrus cingulaire), à noter que c'est une forme très rare d'épilepsie réflexe.

3 Influence des émotions sur l'épilepsie

Il est posé la question de la possibilité d'une forte émotion pouvant être le facteur initiateur d'une maladie épileptique. Dans la littérature, il est retrouvé quelques cas d'épilepsie dont le bilan étiologique standard était négatif mais dont l'apparition de la maladie avait été précédée d'une émotion intense négative, principalement dans le cas d'épilepsie temporale. De plus, le stress émotionnel peut être un facteur déclenchant de crises épileptiques surtout si c'est un stress négatif. Cela peut aussi être un facteur aggravant de l'épilepsie. Dans la littérature, il est montré une corrélation entre une forte fréquence de crises épileptiques chez un patient dont l'entourage instaure un climat émotionnel négatif concernant sa maladie.

4 Émotions et CNEP

Un lien fort entre épilepsie et CNEP est l'alexithymie. Les patients présentant des CNEP rapportent plus d'émotions, d'anxiété, de frustration, et de symptômes dissociatifs. Il est établi des liens bidirectionnels entre épilepsie-émotions et CNEP-émotions.



Liens bidirectionnels Emo-Crises

Docteur Jean Arthur Micoulaud, psychiatre (CHRU Bordeaux)

La qualité de vie des patients est fortement impactée par le stress anticipatoire d'une crise pouvant survenir à tout moment. Les patients sont plus impactés par l'anxiété anticipatoire de faire une crise que par l'épilepsie elle-même. Comment éviter que les crises ne grignotent la vie des gens ? Il faut aider le patient à essayer de contrôler ses crises en étant actif face à ses crises grâce à des processus d'adaptation.

1 Le stress perçu

Quel que soit la valence émotionnelle d'un événement important pour le sujet, cela peut impacter sa qualité de vie en générant du stress. Ce qui compte c'est la façon dont le sujet vit l'évènement. Le stress est le facteur précipitant le plus fréquent pour les crises d'épilepsie.

2 Le contrôle perçu

Cela dépend de la capacité de l'individu à faire face au stress. Le sentiment de manque de contrôle de la maladie épileptique provoque un stress important devant le caractère imprévisible des crises. Le but est donc d'essayer de redonner le contrôle aux patients grâce à des stratégies face aux crises. Le patient n'est pas passif mais acteur de ses crises.

3 Les stratégies d'ajustement

- > **Concernant la régulation inter-ictale**, une stratégie émotionnelle peut permettre au patient d'apprendre à contrôler son stress.
- > **En situation pré-ictale** prodromale : il s'agit d'une stratégie cognitive d'augmentation de l'éveil et de l'attention.
- > **Pendant l'aura** : Il s'agit d'une stratégie comportementale, s'allonger pour se protéger, arrêter de conduire pour diminuer la conséquence des crises.

En conclusion, la détection de facteurs précipitants, de facteurs prodromaux et de facteurs d'aura permet de développer des techniques de contrôle des crises : émotionnelles, cognitives et comportementales car il est essentiel de donner aux patients de sentiment de contrôle de ses crises. Il faut informer le sujet dans le cadre d'une éducation thérapeutique de l'efficacité possible de ces stratégies diverses.



REGARDS CROISÉS

Docteur Arnaud Biraben, neurologue-épileptologue (CHU Rennes)
Professeur Wissam El-Hage, psychiatre (CHRU Tours)



Le regard neuroscientifique

Docteur Julien Biberon, neurologue (CHRU Tours)

Les émotions positives ou négatives sont connues comme facteurs pouvant favoriser les crises épileptiques. Un travail de Blugeot et al. a démontré qu'il existait des modifications neuroanatomiques lors de stimulation de stress chez les souris.

Un taux de BDNF pouvait prédire celles qui allaient développer une dépression après un deuxième stress. D'autres études réalisées sur les rats ont montré qu'une stimulation chronique et précoce de stress pouvait générer de l'épilepsie.

1 Émotions et Ictogénèse : qu'est-ce qui les améliorent ou les accentuent ?

- **Blugeot, J Neurosci 2011 : Vulnerability to depression : from brain neuroplasticity to identification of biomarker**

Des rats « vulnérables », c'est-à-dire avec une concentration en protéine BDNF diminuée pouvant être secondaire au vécu d'un premier événement stressant, et qui sont exposés de nouveau à une défaite sociale-un stress, avaient plus de risque de développer une dépression.

- **Becker, Ann Neurol 2015, Predicting and treating stress induced vulnerability to epilepsy and depression**

Des rats « vulnérables » (avec un taux de BDNF diminué) exposés à une défaite sociale/un stress avait un seuil épileptogène diminué et le risque de développer une maladie épileptique avec des signes dépressifs et des troubles cognitifs associés.

- **Dubé, Neurobiol Stress 2015, Hyperexcitability and epilepsy generated by chronic early life stress**

Après leur naissance, 2 groupes de rats étaient formés dans cette étude, un groupe était exposé à un stress précoce chronique et l'autre non. Les rats appartenant au groupe exposé à un stress précoce avaient des risques de développer une maladie épileptique alors que ce n'était pas le cas dans le groupe non exposé. De plus le type d'épilepsie développé était différent (soit de type temporo-mésiale ou à type de spasmes).

- **Mahmoodkhani, Epilepsy Behavior 2018 : Pregestational stress attenuated fertility rate in dams and increased seizure susceptibility in offspring**

Dans cette étude des rats ont été stressés et d'autres non, avant la période de conception. Ensuite, ils ont été accouplés soit par couple de rats stressés, non stressés ou mixtes.

Il était retrouvé que les descendants de rats stressés durant la période pré-conception avaient une susceptibilité à développer, après induction chimique, plus de crises épileptiques, plus sévères, contrairement aux descendants de rats non stressés.

La physiopathologie suspectée met en jeu différentes voies comme : des modifications neuroanatomiques, le système hypothalamo hypophysaire surrénalien, le système sympathique, les hormones sexuelles, un stress oxydatif et nitrosatif, des facteurs de croissance, la neuroinflammation, le système opioïde, le système endocannabinoïde, et les facteurs génétiques.

L'impact de la maladie épileptique sur les émotions varie selon l'âge de début, la maladie elle-même, son activité et son retentissement, la latéralisation voire la localisation de l'épilepsie et les traitements utilisés.

Dans l'étude de Ciumas et collaborateurs en 2017, il était demandé aux sujets d'effectuer des tâches de reconnaissance des émotions faciales mettant en jeu l'activation des cortex cingulaire antérieur, temporal et occipital. Il était noté une corrélation inverse entre le nombre d'erreurs et l'âge des patients, chez les enfants atteints d'une épilepsie à pointes centro-temporales. Ce qui suggère qu'un début précoce de l'épilepsie entraîne des difficultés dans le développement de la reconnaissance des émotions.

Dans l'étude de Steiger et collaborateurs, il est noté que le type d'épilepsie modifie la connectivité fonctionnelle au sein du réseau impliqué dans la reconnaissance des émotions. Cela était surtout retrouvé pour les épilepsies temporales.

L'étude de Broicher et collaborateurs en 2012 semblait montrer un retentissement différent de l'épilepsie sur ce réseau, selon la latéralisation de l'épilepsie temporale.

Le travail de Tong et collaborateurs en 2018, en IRM fonctionnelle couplée à l'EEG, montrait une corrélation temporelle entre les activités intercritiques et l'altération des réseaux limbiques et du réseau du mode par défaut, chez des patients avec épilepsie temporale.

Conclusion

La maladie épileptique a une influence sur la perception et le traitement des émotions.

De plus le stress serait un acteur potentiel dans le développement et l'évolution de la maladie épileptique et constitue probablement un axe de prise en charge supplémentaire chez les patients atteints d'épilepsie.



REGARDS CROISÉS

Docteur Arnaud Biraben, neurologue-épileptologue (CHU Rennes)
Professeur Wissam El-Hage, psychiatre (CHRU Tours)



Le regard psychopathologique...

Marc Masson, psychiatre (Clinique du Château Garches)

Il existe une hyper-réactivité et une instabilité thymique chez les patients épileptiques (en intercritique, pré- et post-ictal, péri-ictaux) ; On peut retrouver tous les symptômes psychiatriques en épilepsie et en phase précritique, en inter-ictal et péri-ictal. Les régressions des symptômes peuvent être rapides en « post-critique ».

Certains symptômes sont comorbides de l'épilepsie mais peuvent surtout être des éléments diagnostiques d'une épilepsie. Intrications neuropsychiatriques évidentes. Les crises partielles simples et celles impliquant les régions limbiques, lobe préfrontal, lobe temporal et aires associatives sont les plus touchées par cette intrication.

Certains troubles anxieux font parties du diagnostic différentiel de l'épilepsie. 20 % des patients pharmaco-résistants (dépression, troubles anxieux) ou étiquetés en tant que tel sont en réalité des patients épileptiques.

> Les crises non épileptiques :

Elles sont définies par une discordance électro clinique avec un diagnostic de certitude posé à l'aide de l'EEG. Les CNEP ont une prédominance féminine, et un caractère non reproductible, sont souvent de durée longue, avec des mouvements anormaux fluctuant. Il faut dépister chez les patientes présentant des CNEP des antécédents de traumatisme ou de choc émotionnel.

> Les comorbidités psychiatriques :

Elles sont fréquemment associées à l'épilepsie, par ordre de fréquence on retrouve : les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques et les conduites addictives.

> Le suicide :

Dans la population épileptique, le risque de suicide est 10 fois supérieur à rapport à la population générale.

> La dépression :

Le risque de dépression chez le patient épileptique est plus important en cas de pharmaco-résistance et il existe une prédominance féminine.

Il est noté 7 fois plus d'antécédents dépressifs chez des patients qui développeront plus tard une épilepsie. Les épilepsies les plus à risque sont les épilepsies focales, avec perte de connaissance, temporo mésoles.

L'impact des médicaments antiépileptiques est à connaître, en rapport avec le risque dépressogène. De plus, en post chirurgie (amygdale ou hippocampe) : il est constaté 10% de développement de dépression.

Ce diagnostic est sous-évalué et sous-traité. Il convient d'utiliser un IRSS à débiter à demi-dose et à augmenter progressivement.

> Les troubles bipolaires :

Chez les patients souffrant d'épilepsie focale il est constaté une dérégulation dans la production des émotions, si le foyer épileptique est localisé au niveau du réseau impliqué dans les émotions il peut survenir des symptômes bipolaires. Il existe chez ces patients épileptiques bipolaires des troubles dysphoriques inter-ictaux. Chez les patients bipolaires épileptiques, il est conseillé de favoriser un traitement en monothérapie. Le lithium est à éviter pour son effet proconvulsivant. L'ECT est possible. Concernant les thérapies non médicamenteuses, plusieurs techniques sont en développement : rTMS, mindfulness, TCC.

> L'anxiété :

Les troubles anxieux comme les TOC sont très fréquents en cas d'épilepsie focale. Il faut se méfier de certains antiépileptiques qui sont anxiogènes. De plus il faut prendre en compte l'anxiété qui est majorée dans un contexte pré-chirurgical.

> Les cognitions sociales :

Les patients développant une épilepsie avant l'âge de 5 ans ont des difficultés plus marquées dans le développement de la cognition sociale.

L'épilepsie est la pathologie neuropsychiatrique par excellence et nécessite un véritable dialogue entre neurologue et psychiatre.



THÉRAPIES NON MÉDICAMENTEUSES

Docteur Aileen McGonigal, neurologue (APHM Marseille)
Docteur Jean Arthur Micoulaud, psychiatre (CHRU Bordeaux)



Mindfulness : revue, pratique et perspectives !

Docteur Cécile Sabourdy, neurologue-épileptologue (CHU Grenoble)

Le terme de méditation fait référence à un grand nombre de pratiques. Ces dernières années ont vu l'émergence de programmes de méditations séculiers développés notamment en vue de favoriser la gestion de stress en lien avec des pathologies chroniques (programme MBSR pour Mindfulness-based Stress Reduction) ou en vue de prévenir les rechutes dépressives (programme MBCT pour Mindfulness-based Cognitive therapy).

En ce qui concerne l'épilepsie, une étude met en évidence un effet positif de ce type de programme sur la qualité de vie des patients avec une tendance à la diminution des crises d'épilepsie.

D'autres études sont nécessaires pour confirmer cet effet et le potentiel intérêt de ce type de pratique en particulier pour les crises non épileptiques

La pratique méditative semblerait, en effet, intéressante sur plusieurs aspects : d'une part développer une meilleure attention aux signes avant-coureurs d'une crise, d'autre part permettre une meilleure gestion de l'appréhension liée aux crises, et enfin favoriser le processus d'acceptation de soi, et de soi face à la pathologie.



Biofeedback

Docteur Iliana Kotwas, psychologue (APHM Marseille)

Dans la littérature, il est montré un effet positif du GSR biofeedback sur la diminution de la fréquence des crises et sur l'amélioration du bien-être.

Pour expliquer cet effet sur l'amélioration de l'humeur, il a été évoqué plusieurs hypothèses :

- > Une physiologique dans laquelle il existerait un effet direct du GSR biofeedback sur la régulation physiologique des émotions. Néanmoins, l'entraînement pas GSR biofeedback ne modifie pas ses réponses, l'hypothèse n'a pas été retenue.
- > Une attentionnelle, dans laquelle cette méthode agirait via un effet indirect de l'entraînement sur le contrôle de l'attention. Le biofeedback pourrait être une aide externe au mindfulness, car pour réaliser le biofeedback il faut se focaliser. Cela permet aux patients épileptiques d'orienter leur attention face à la menace, et d'induire une réorientation de l'attention en se désengageant des informations stressantes.
- > Enfin, le biofeedback pourrait augmenter le contrôle perçu, car le patient sait qu'il a des stratégies. Ceci peut permettre de diminuer le stress inter-critique et d'aider au contrôle des crises.

Mais cette méthode n'a pas fonctionné pour les CNEP, voire augmenterait leur fréquence.



Neurostimulation (rTMS, tDCS)

Docteur Mickael Bacconnier, psychiatre (Établissement médical La Teppe Tain l'Hermitage)

La rTMS est une technique non invasive consistant en l'application de champs électromagnétiques pulsés focaux transmis par des bobines induisant un courant électrique perpendiculaire à l'axe des axones. Le but est de modifier l'excitabilité des zones néocorticales concernées. Pour repérer la zone à stimuler, il est réalisé un repérage stéréotaxique permettant une localisation plus précise (neuronavigation). Les stimulations sont brèves et doivent être répétitives pour un effet plus durable dans le temps.

Elles sont réalisées à basse fréquence < 1 Hz pour un effet inhibiteur. Les principaux effets secondaires sont : céphalées, cervicalgies, bourdonnements d'oreilles, nausées, crises d'épilepsie (si fréquence de stimulation trop élevée) et sensation d'inconfort. Les contre-indications formelles sont celles de l'IRM, la grossesse, l'hypertension intra-crânienne.

La tDCS est une technique non invasive employant un courant continu ayant une action sur l'excitabilité corticale. Les données ne sont pas suffisantes concernant son efficacité.

Dans la littérature concernant l'épilepsie (en faible nombre), se dégage la tendance de l'intérêt potentiel de la rTMS basse fréquence (< 1 Hz), dans la diminution du nombre de crises chez les patients avec une épilepsie méso-temporale ou autre épilepsie focale (surtout en cas de dysplasie sous-jacente), l'importance du nombre de pulses, et la réduction des anomalies EEG inter-critiques. Dans le cadre des CNEP, les études divergent mais dans la plupart des études il est noté une absence d'augmentation des crises, et dans certaines études, une diminution de la fréquence des CNEP.

En conclusion, concernant les patients épileptiques, en particulier en cas d'épilepsie focale, la rTMS peut être utilisée chez les patients avec basse fréquence de 1 Hz en toute sécurité, assurant une bonne efficacité et une prévention optimale des effets indésirables. L'effet sur les crises et l'activité inter-critique serait positif. Dans le cadre des CNEP, les études manquent de puissance malgré des rapports de cas intéressants. Ces résultats encouragent à la réalisation de travaux de plus grande ampleur.



THÉRAPIES NON MÉDICAMENTEUSES

Docteur Aileen McGonigal, neurologue (APHM Marseille)
Docteur Jean Arthur Micoulaud, psychiatre (CHRU Bordeaux)



Nouvelles technologies

Docteur Patrick Latour, neurologue-épileptologue (Établissement médical La Teppe Tain l'Hermitage)

La qualification et surtout la quantification des crises d'épilepsie restent la pierre angulaire de la prise en charge des personnes épileptiques. En effet cette évaluation permet à court terme d'adapter les traitements et à moyen et long terme d'évaluer les comorbidités en lien direct avec les crises d'épilepsie et celles non liées à ces dernières.

Cette évaluation sur une longue période permet d'évaluer également la fluctuation « naturelle » de la maladie épileptique... Il est primordial de tenir un agenda des crises pour déterminer leur fréquence et leurs facteurs favorisants.

Il existe différents outils pour déterminer la fréquence des crises :

- Vidéo-EEG longue durée en hospitalisation (mais maximum un suivi de 15 jours)
- Agenda manuel des crises (point négatif : pas forcément le plus objectif car les patients n'ont pas souvenir de 50 % des crises d'épilepsies !)
- Holter EEG
- EEG sous cutané (technique en phase de validation)
- EEG implantable (technique invasive)
- EEG connecté (technique en phase de développement).

Des méthodes alternatives qui enregistrent des paramètres biométriques autres que l'EEG sur une longue période comme le mouvement, la fréquence cardiaque, la conductance cutanée, les pertes urinaires, ou qui associent plusieurs de ces paramètres biométriques sont commercialisées ou en développement. Mais Les données actuelles de la littérature de validation de ces systèmes reposent majoritairement sur de petits groupes de patients, sur de courte durée et il existe de rares études comparatives et en « milieu de vie ».

Le but de ces différents systèmes serait à terme la prédiction de crises avec une approche personnalisée et adaptative. Ils cherchent à trouver des configurations spécifiques qui vont pouvoir prédire l'apparition de la crise ou d'un autre malaise.

En conclusion, le but est de trouver un système qui puisse dans un premier temps identifier les crises d'épilepsie avec une bonne sensibilité et spécificité et dans l'avenir prédire les crises et ainsi pouvoir alerter les patients pour diminuer leur anxiété et améliorer le contrôle de leur maladie.



Psychoéducation et self-help

Docteur Coraline Hingray, psychiatre (CHRU Nancy)

Le traitement des CNEP se déroule en 5 grandes phases :

- Vidéo-EEG longue durée en hospitalisation (mais maximum un suivi de 15 jours)
- Agenda manuel des crises (point négatif : pas forcément le plus objectif car les patients n'ont pas souvenir de 50 % des crises d'épilepsies !)
- Holter EEG
- EEG sous cutané (technique en phase de validation)
- EEG implantable (technique invasive)
- EEG connecté (technique en phase de développement).

Les informations clés dans la phase de psychoéducation :

Dans les CNEP, les perturbations émotionnelles sont importantes avec une difficulté à gérer les émotions et une tendance à la dissociation est forte (qui a pu être favorisée par des traumatismes). Les CNEP sont classés comme des troubles dissociatifs aigus paroxystiques. La dissociation est une perte de cohésion, d'unité entre le corps, la conscience, les pensées, les émotions, la mémoire. C'est une atteinte fonctionnelle et non lésionnelle. Lors des CNEP, l'activation cérébrale est : il y aurait une hyperactivation de la zone des émotions proche de celle de la mémoire et une hypo-activation de la zone de contrôle moteur et de la conscience. La CNEP peut être utile, c'est un signal d'alarme du corps.

Nous avons développé dans le livre les crises non épileptiques psychogènes (la réponse du psy) des outils pour s'aider soi-même :

Un agenda des crises précis pour mieux identifier les déclencheurs externes et internes et commencer à identifier les émotions. L'identification des prodromes avant la crise, ceci afin de développer des techniques pour augmenter la vigilance et éviter la dissociation. La pierre angulaire de la prise en charge des CNEP sont les exercices d'ancrage « ici et maintenant » pour se réassocier : des exercices très concrets où le patient Pour se concentrer sur son environnement visuel, tactile, sonore. Des techniques de relaxation : mindfulness, hypnose... peuvent être utilisées pour diminuer le stress inter-ictal. Il faut aussi que les patients osent parler de leurs émotions. Il faut encourager les patients à conserver leur mode de vie habituel, à accepter la possibilité de récurrence de crise. La peur anticipatoire est extrêmement handicapante.

En conclusion, le but est d'aider les patients qui pour beaucoup ont des difficultés à avoir des suivis auprès de professionnels avertis à être experts de leurs crises, à les comprendre, à posséder des outils concrets pour à gagner en contrôle sur leurs crises et à accepter et gérer leurs émotions. Il est possible de guérir des CNEP.



THÉRAPIES NON MÉDICAMENTEUSES

Docteur Arnaud Biraben, neurologue-épileptologue (CHU Rennes)
Professeur Wissam El-Hage, psychiatre (CHRU Tours)



TCC (Méthode LaFrance)

Professeur Wissam El-Hage, psychiatre (CHRU Tours)

Beaucoup de psychothérapeutes sont décontenancés et pessimistes quand il s'agit de prendre en charge des patients souffrant d'épilepsie ou de crises non épileptiques psychogène (CNEP). Notre objectif est de présenter aux professionnels soignants une méthode en thérapie cognitivo-comportementale (TCC) de prise en charge des crises d'épilepsie et CNEP, la Méthode LaFrance.

Il s'agit d'une méthode validée, répliquée et reconnue efficace dans des essais cliniques randomisés par Curt LaFrance. Elle est applicable pour des patients souffrant d'épilepsie ou d'autres troubles tels que les mouvements anormaux psychogènes. Elle s'adresse aux cliniciens souhaitant mettre en place une stratégie efficace pour le traitement de ces patients. Cette méthode structurée, inspirée des TCC, a démontré une efficacité sur la fréquence des crises, la qualité de vie et les symptômes associés. Le but est d'accompagner le patient pas-à-pas, en 10 sessions, vers une prise de contrôle de ses crises et de sa vie. Il s'agit donc d'une méthode détaillée, très concrète, qui regorge d'exercices et de tâches à prescrire au patient pour l'aider dans sa prise de contrôle.

Cette méthode est maintenant disponible en langue française grâce à la traduction des deux livres de TCC, traduction coordonnée par le docteur Coraline Hingray (Nancy) et le professeur Wissam El-Hage (Tours). Ce travail de traduction et de diffusion a été soutenu et mené en collaboration avec la ligue française contre l'épilepsie (LFCE) et le collège national des universitaires de psychiatrie (CNUP).

- Le *Guide du Thérapeute* est destiné aux psychiatres, psychologues, infirmiers, neurologues, épileptologues prenant en charge les patients souffrant de CNEP et autres troubles somatoformes.
- Le *Guide du patient* est destiné aux patients souffrant de CNEP, d'épilepsie associée à des CNEP, et autres troubles somatoformes.



Quels moyens pour des populations spécifiques ?

Aurélie Charles-Guillot, psychologue (Établissement médical La Teppe Tain l'Hermitage)

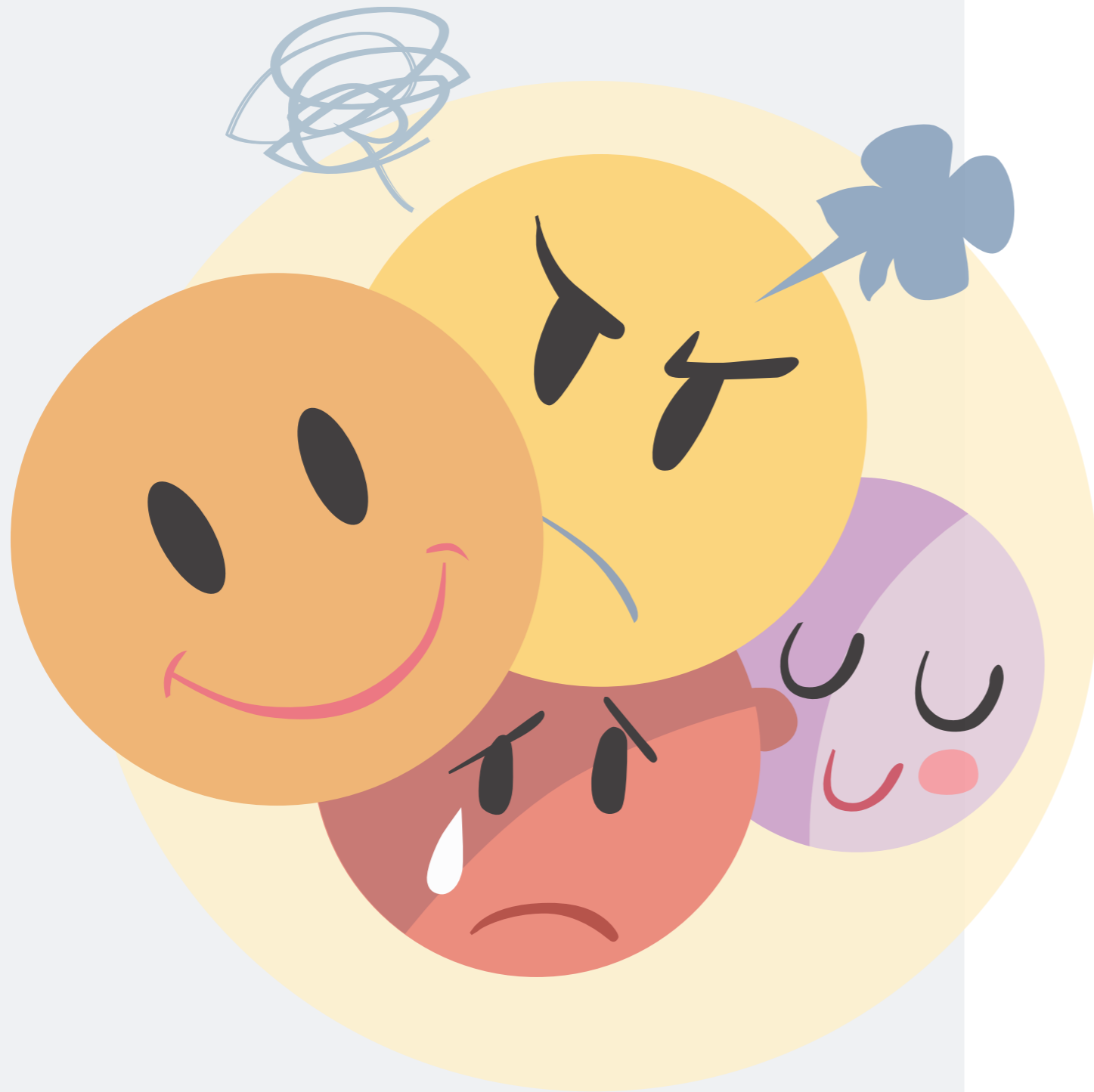
Actuellement, au sein de l'établissement médical de La Teppe, les patients présentant des CNEP ne bénéficient pas de prise en charge consensuelle spécifiquement pensée autour de ce diagnostic. S'en suivent donc des difficultés pour les professionnels dans la manière d'accompagner ces patients dont la qualité de vie est altérée par la présence de CNEP. L'établissement médical de La Teppe prend en considération ce constat par :

> Une homogénéisation des pratiques professionnelles :

- Dans la période aiguë des CNEP (exemples : limiter le risque de traumatismes inhérents aux chutes, éloignement des patients des éléments pouvant déclencher l'apparition des CNEP comme la présence des autres patients).
- Au long cours, la question des modalités de l'annonce diagnostique est aussi posée en proposant notamment une consultation psychologique spécifique dédiée dans les suites de l'annonce, tout comme un accordage entre les différents professionnels de terrain (éducateurs/psychologue/médecin).

> **En soutenant un projet de recherche** qui viendrait ainsi répondre au manque d'accompagnement psychothérapeutique spécifique aux CNEP. La Méthode LaFrance semble pertinente, mais complexe à mettre en place avec un public souffrant de déficience cognitive. C'est pourquoi un travail de recherche visant l'adaptation de la Méthode LaFrance à un public à déficience cognitive serait intéressant pour une meilleure prise en charge des patients.





CLÔTURE ET CONCLUSION PAR **UN GRAND TÉMOIN**

Karine Le Jeune, docteur en histoire de la médecine,
spécialiste de l'histoire de l'épilepsie

L'épilepsie est une maladie connue depuis l'antiquité. Sa définition, son origine et ses symptômes ont mené à de grandes discussions.

L'épilepsie, pathologie initialement prise en charge en psychiatrie, serait passée du champ de la psychiatrie à la neurologie à la fin du XIX^e siècle.

La mise au point de l'EEG dans les années 1930 a fortement contribué au diagnostic de l'épilepsie et à sa classification.

A la fin des années 1950 des classifications ont été publiées et sont régulièrement mises à jour depuis.

Au cours du XX^e siècle, il persiste une zone d'incompréhension de l'épilepsie. Cela a pu entraîner des conflits entre neurologues et psychiatres. Cependant la tendance actuelle du XXI^e siècle est à une alliance pluridisciplinaire pour une meilleure prise en charge des patients.

CONCLUSION

Professeur Phillippe Derambure, neurologue, épileptologue (CHRU Lille),
président de la LFCE

Cette journée pose les fondements d'un travail qui se poursuivra car l'épilepsie était trop réduite à ses symptômes.

L'approche globale est fondamentale et nous remercions l'établissement médical de La Teppe dont l'ADN consiste en cette approche pluridisciplinaire d'avoir posé les jalons d'un travail de collaboration qui va se poursuivre entre psychiatre et neurologue.

L'épilepsie reste une maladie encore trop mal connue du grand public, nous avons un grand travail pour améliorer la communication et la prise en charge pluridisciplinaire de cette maladie.



**Nous tenons à remercier sincèrement les intervenants pour leur prestation
lors du colloque « Épilepsie et Émotions ».**

Le comité de pilotage du colloque :

Dr Coraline Hingray, psychiatre - Dr Aileen McGonigal, neurologue
Dr Patrick Latour, neurologue - Pr Wissam El-Hage, psychiatre - Marianne Camus

Nos partenaires :

Bioserenety et UCB qui nous ont soutenus
pour la réalisation de ce colloque

Les rédacteurs et relecteurs de cette synthèse :

Dr Audrey Boissenade, neurologue - Dr Anne-Sophie Lother, psychiatre
Pr Wissam El-Hage, psychiatre - Marianne Camus, directrice développement
et mécénat de La Teppe - Isabeau Lucien, stagiaire en communication

