

« L'épilepsie, c'est la perte du contrôle de soi. »

*Subitement, quelque chose sembla s'ouvrir devant lui.
Une extraordinaire lumière intérieure lui illumina l'âme.
Cette sensation dura peut-être une demi-seconde, et
pourtant il garda un souvenir net et conscient du
commencement, du premier son du cri atroce qui s'échappa
de sa poitrine et qu'aucun effort de sa part n'aurait pu
arrêter. Puis aussitôt, la conscience s'éteignit
instantanément en lui, et ce fut la nuit totale.*

Fédor Dostoïevski, *L'Idiot*, 1868

Rapport de police concernant M. K. Bernard, 21 ans : «... était en train de régler sa note à la caissière du magasin Migros, rue de Carouge, quand subitement a présenté des grimaces du visage, avec des bruits de bouche accompagnés de mâchonnements. Son regard semblait dans le vide. Il ne pouvait pas répondre aux questions. Par la suite, il s'est mis à gesticuler d'une manière anormale avec ses mains, déboutonna sa chemise, puis commença à enlever son pantalon en tirant sur sa ceinture et en se grattant ostensiblement les parties génitales. Brutalement, il tourna sur lui-même, ce qui entraîna une chute violente, suivie rapidement de tremblements de tout le corps. (...) Le jeune homme s'est réveillé progressivement dans la cellule de dégrisement de notre commissariat, les vêtements souillés d'urine et nous informe alors qu'il est épileptique et suivi régulièrement à la policlinique de neurologie de l'hôpital cantonal de Genève. »

Cette histoire dramatique est celle de l'un de nos patients : elle illustre le déroulement d'une crise dite « partielle » ou « focale », ayant débuté dans le lobe temporal. À l'opposé des crises généralisées*, les premières manifestations cliniques des crises focales* indiquent l'activation d'un système anatomique et/ou fonctionnel, limitée à une partie circonscrite d'un hémisphère cérébral. Les signes et symptômes dépendent donc de l'origine et surtout de la propagation de la décharge. Cette dernière reste localisée à l'intérieur d'un seul hémisphère, ou s'étend dans une ou plusieurs directions. Elle gagne quelquefois l'hémisphère controlatéral, voire embrase l'ensemble des deux hémisphères, provoquant alors une généralisation secondaire avec manifestations convulsives de type Grand Mal*, bilatérales. C'est exactement ce qui est arrivé à Bernard. Leur expression EEG – quelquefois discrète – se manifeste par des éléments paroxystiques*, de topographie et de morphologie étroitement dépendante, du siège de la décharge épileptique.

Les épileptologues distinguent deux grands types de crises partielles : les crises simples et les crises partielles complexes.

1. Crises partielles simples

La caractéristique de ces crises, outre le point de départ de la décharge épileptique dans une zone précise du cortex* cérébral, est qu'il n'y a jamais de trouble de la conscience pendant leur déroulement. Le patient est donc parfaitement capable de rapporter ce qu'il ressent ou observe pendant sa crise.

Nous décrivons ici les plus fréquentes.

Les crises partielles motrices : n'importe quelle partie du corps peut être concernée par ces manifestations motrices, secousses plus ou moins régulières

d'une partie ou segment de membre. Le siège de ces manifestations est étroitement dépendant de la décharge dans la zone du cerveau responsable de la motricité, dite aire de Rolando. Ces crises se limitent à une partie du corps comme la face, un membre supérieur ou inférieur, ou concernent un hémicorps (crises unilatérales). Dans certains cas, la décharge épileptique emprunte les différentes voies de la région motrice, et touche ainsi successivement plusieurs centres, en « tache d'huile ». Ainsi, une crise débutera par des secousses du pouce puis de la main, touchera progressivement les muscles de l'avant-bras et du bras, puis de la face, et enfin du membre inférieur du même côté. D'autres crises motrices se manifestent par une modification du sens des attitudes : version de la tête et des yeux, giration. Elles concernent aussi parfois le tonus (crises posturales). Lorsqu'elles affectent les centres du langage, elles sont à l'origine de troubles de la parole (arrêt de la parole, ou au contraire, vocalisation). Dans les suites d'une crise motrice, on constate une paralysie localisée dans la région où les convulsions sont survenues. Connue sous le nom de paralysie de Todd, elle disparaît en quelques heures ou quelques jours.

Les crises avec signes sensitifs sont en rapport avec une décharge dans la région postérieure de la zone motrice, c'est-à-dire la zone de réception de la sensibilité. Elles se manifestent par des phénomènes sensitifs (picotements, fourmillements, engourdissements) plus ou moins pénibles, rarement douloureux.

Lorsque la décharge concerne **les zones sensorielles**, les crises se traduisent par des hallucinations visuelles, auditives, olfactives ou gustatives. Ces hallucinations, suivant le siège de la décharge, seront relativement simples (lumière scintillante, par exemple) ou beaucoup

plus complexes (personnages, scènes, etc.). Les sensations olfactives sont habituellement désagréables, de même que les sensations gustatives.

Les crises avec symptômes végétatifs sont rarement isolées et se manifestent par des vomissements, une pâleur du visage, une dilatation des pupilles, des borborygmes, plus rarement par une incontinence urinaire ou fécale, ou des modifications du rythme cardiaque. Lorsque la région du langage est concernée par la décharge, les crises se traduisent par un trouble aigu du langage, tel un arrêt de la parole ou au contraire une vocalisation.

Les crises dysmnésiques font appel aux processus de mémorisation, et se manifestent par un décalage entre la réalité et les souvenirs. Le patient rapporte une impression que le moment présent a été déjà vu, entendu ou, le plus souvent, déjà vécu. Il s'agit parfois d'une impression de désorientation passagère, d'étrangeté, de jamais vu ou de jamais vécu. Enfin, plus rarement, le sujet rapporte une vision panoramique se rapportant à des épisodes plus ou moins étendus de sa vie passée, et des hallucinations où il se souvient des expériences antérieurement vécues.

Certaines crises se manifestent par un trouble de la perception de la réalité, comportant, par exemple, un état de rêve, dû soit à une altération des perceptions réelles, soit à une adhérence à des hallucinations du fait d'une baisse de la vigilance. Il s'agit parfois d'une pensée forcée (idée parasite qui s'impose au patient et qu'il ne peut chasser), plus rarement d'une sensation d'irréalité ou de dépersonnalisation.

Les crises affectives sont caractérisées par une modification brutale de l'humeur, le plus souvent déplaisante telles une peur, une anxiété, une panique,

plus rarement une fureur ; elles peuvent avoir une tonalité agréable tels un contentement, une euphorie ou une extase. Les crises affectives débutent souvent brutalement, sans élément déclenchant et aboutissent, du fait de l'adhérence aux hallucinations, à des conduites automatiques.

2. Les crises partielles complexes

À l'opposé des précédentes, ces crises peuvent avoir le même contenu que les crises partielles simples, et s'accompagnent au début, au cours de leur déroulement ou à la fin, d'un trouble de la conscience. Le plus fréquemment, la crise débute par les troubles de la conscience, et peut même se limiter à ce signe. Ces crises ont été longtemps appelées « crises psychomotrices », car s'associaient aux troubles de la conscience, des **automatismes***. C'est exactement ce qui est rapporté dans la crise de Bernard.

Ces automatismes réalisent une activité motrice involontaire, plus ou moins adaptée, plus ou moins bien coordonnée. Ils représentent par exemple la simple poursuite de l'activité en cours, par exemple le patient continue à marcher normalement dans la rue, sans toujours faire attention aux différentes embûches qu'il rencontre.

On décrit des automatismes oro-alimentaires, les plus fréquents, consistant souvent en mouvements rythmiques de mâchonnements, purléchages, lèpements, activités de dégustation, mouvements de déglutition. Les automatismes gestuels sont simples (se gratter, bouger les mains, taper des mains) ou plus complexes (prendre un objet, déplacer un meuble, faire des rangements) ; ils sont dirigés vers le sujet (se boutonner, lisser ses vêtements, fouiller dans ses poches). Les automatismes verbaux sont extrêmement variables dans leur séméiologie, mais habituellement

stéréotypés chez un même malade. Les automatismes ambulatoires sont de durée brève, de quelques minutes. Ils consistent en une persévération de l'acte en cours, comme marcher, rouler à bicyclette, voire conduire une automobile.

Ces crises avec automatismes sont issues du lobe temporal ou du lobe frontal.

Il faut bien saisir l'aspect « dynamique » d'une crise, correspondant à la propagation de la décharge au sein de plusieurs structures cérébrales. Les signes que nous venons de décrire sont quelquefois observés, associés ou successivement au cours d'une même crise. C'est l'intérêt, dans certains laboratoires équipés de système vidéo, d'analyser rétrospectivement les différents symptômes d'une crise, et de les rattacher à une structure anatomique ou fonctionnelle.

Les crises partielles ne sont souvent que l'expression déformée d'une fonction cérébrale, et l'épilepsie a souvent été considérée comme « une fenêtre ouverte sur le cerveau ». L'altération plus ou moins profonde de la conscience, la rupture de contact avec l'environnement s'expriment bien souvent par une perte de contrôle de soi, de la situation et rendent souvent difficile l'analyse des symptômes.