

# Info

## Epilepsie



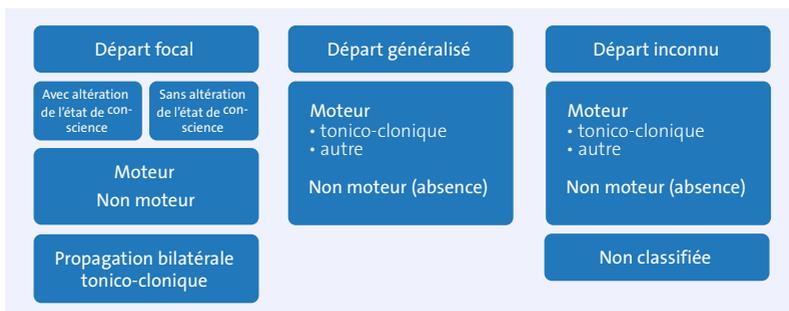
Types de crises

## CLASSIFICATION DES CRISES COMME SCHÉMA D'ORGANISATION PAR TYPE

Les crises épileptiques sont des troubles fonctionnels temporaires du cerveau lors desquels l'activité électrique ordonnée des cellules nerveuses est brièvement perturbée. Ces crises peuvent se manifester de manière très différente – parfois courtes et bénignes, elles peuvent aussi dans certains cas être dangereuses.

La crise épileptique n'est pas à mettre sur le même plan que l'épilepsie. Une crise peut être une réaction ponctuelle du cerveau à une lésion ou une maladie aiguë (dite crise symptomatique aiguë), alors que l'épilepsie pathologique se caractérise par une tendance permanente à des crises épileptiques répétées, même sans cause identifiable.

Mais pourquoi est-il donc nécessaire de distinguer les différents types de crises et de les répertorier ? Une classification des crises est pertinente à plusieurs égards. Le type de crise (outre leur fréquence) détermine grandement l'impact individuel sur la qualité de vie des personnes atteintes : les crises avec perte de conscience et les crises associées à un risque de chute sont plus susceptibles d'entraîner des accidents et des blessures que les crises sans altération de l'état de conscience et/ou qui ne présentent pas de risque de chute ; les crises qui s'accompagnent de grands mouvements et/ou d'une incontinence sont plus gênantes que celles qui ne présentent pas ces symptômes, etc. Selon le type de crises, il est ainsi possible de déduire la répercussion des événements sur la vie de la personne affectée.



Version 2017 de la classification des types de crises de la Ligue internationale contre l'épilepsie (International League Against Epilepsy, ILAE)

Par ailleurs, l'analyse des types de crises permet au médecin de tirer des conclusions sur la forme sous-jacente de l'épilepsie, voire sur sa cause : ainsi, les crises focales surviennent souvent dans les épilepsies qui sont l'expression d'une maladie cérébrale sous-jacente (épilepsies dites d'origine structurelle, voir le dépliant d'information « Causes des épilepsies »), tandis que les crises généralisées sont plus fréquentes dans les épilepsies dues à une prédisposition génétique (autrefois dites « idiopathiques »). L'affectation à un type d'épilepsie détermine ensuite le choix du médicament optimal.

La fonction la plus importante de la classification des crises est peut-être de fournir aux personnes atteintes d'épilepsie, aux accompagnants et aux soignants un langage commun pour échanger sur les crises. Tout diagnostic et tout traitement de l'épilepsie nécessitent dans un premier temps de se mettre d'accord sur ce dont on parle ! Dans cette optique, la classification des crises de la ILAE, dont la dernière mise à jour date de 2017 (voir figure), vise à faciliter cet échange de manière pratique et descriptive (c'est-à-dire axée sur la procédure). La classification ne se réfère donc pas aux causes des crises ou aux processus cérébraux sous-jacents (cette approche est réservée à la classification des *épilepsies*), mais plutôt à leurs signes observables et tangibles.

Toutefois, la distinction fondamentale entre les crises focales (c'est-à-dire limitées à un foyer) et les crises généralisées est si importante qu'elle continue à servir de premier principe d'organisation pour la classification des crises. « Focale » signifie que la crise trouve son origine dans une zone spécifique du cerveau, tandis que dans les crises généralisées, il n'y a pas de début focal, car de grandes zones des deux hémisphères cérébraux sont touchées d'emblée.

## CRISES FOCALES

Dans les **crises focales sans altération de l'état de conscience** (autrefois dites « partielles simples »), la crise reste si limitée à la zone d'origine dans le cerveau qu'il n'y a pas de perte de l'état de conscience. Selon la région du cerveau touchée, une crise peut déclencher, par exemple, des contractions musculaires ou d'autres mouvements involontaires, diverses sensations (perception d'éclairs lumineux, de sons ou de musique, d'une « sensation étrange dans la région de l'estomac », d'odeurs désagréables, etc.), ou des émotions puissantes, telles qu'une peur soudaine, ou des troubles passagers de l'élocution ou de la mémoire. Parfois, ces crises sont à peine ou pas du tout perceptibles pour les personnes extérieures.

Souvent, les crises se propagent dans tout le cerveau. Elles s'accompagnent alors d'une perte de l'état de conscience ou entraînent des crises généralisées (tonico-cloniques bilatérales, autrefois dites « tonico-cloniques secondairement généralisées »). Le début d'une crise sans perte de conscience est également appelé « aura ». Les auras sont elles-mêmes des événements épileptiques et représentent le début focal des crises d'épilepsie ; elles peuvent également survenir de manière isolée.

Les **crises focales avec altération de l'état de conscience** (autrefois dites « partielles complexes ») sont le type de crise le plus courant à l'âge adulte. Elles naissent fréquemment dans le lobe temporal ou le lobe frontal du cerveau et s'accompagnent d'une altération de l'état de conscience. Souvent, ces crises commencent sans altération de l'état de conscience (aura). Dans la phase avec perte de conscience, les mouvements involontaires peuvent se manifester sous diverses formes, allant de mouvements isolés tels que mâcher bruyamment et déglutir, tourner la tête et le corps, rouler les yeux, bouger les bras ou les jambes (bouger sans cesse les doigts, trépigner) à des successions complètes d'actions telles que se déshabiller ou déambuler. La personne en crise semble alors en transe et ne se souvient plus de rien après la crise. La désignation « crises psychomotrices » autrefois utilisée exprime bien la combinaison de l'absence mentale et des mouvements particuliers.

Les crises focales avec altération de l'état de conscience durent généralement entre 30 secondes et deux minutes. Ensuite, les personnes atteintes ont besoin d'un certain temps avant de savoir à nouveau où elles se trouvent et ce qu'elles s'apprêtaient à faire.

## CRISES GÉNÉRALISÉES

Lors de ces crises, des zones étendues du cerveau sont touchées dès le début dans les deux hémisphères (atteinte bilatérale). Les crises s'accompagnent généralement d'une perte complète de conscience (exception : les myoclonies par ex., voir ci-dessous). Les crises généralisées se manifestent de manière très différente. Cela va des absences à peine perceptibles aux crises tonico-cloniques pouvant être dangereuses.

## Crises généralisées non motrices : absences

Les **absences typiques** sont une forme de crise fréquente chez les enfants, mais elles peuvent aussi se produire à l'âge adulte et avancé. La personne qui en est victime interrompt une activité en cours, se fige et regarde dans le vide. Elle ne réagit pas lorsqu'on lui parle. Des mouvements involontaires de faible amplitude, comme de légers mouvements de rotation sur le côté, peuvent accompagner ces absences. Les absences typiques commencent et se terminent soudainement et durent rarement plus de 10 secondes. Souvent, les activités interrompues sont reprises après la fin de la crise, mais la personne ne se souvient de rien. Ces crises passent donc facilement inaperçues ou sont souvent interprétées à tort comme des « rêvasseries ».

Les **absences atypiques** sont difficiles à distinguer des crises focales avec altération de l'état de conscience. Elles durent plus longtemps que les absences typiques et s'accompagnent souvent de phénomènes moteurs involontaires plus évidents comme les contractions.

## Crises généralisées motrices : les myoclonies

Les **crises myocloniques** sont des contractions musculaires bilatérales soudaines au niveau du visage, des bras, des jambes ou des épaules. Le plus souvent, elles sont vécues en pleine conscience. Il s'agit d'une forme typique de crise chez les adolescents atteints d'épilepsie « myoclonique juvénile », mais elle survient également à d'autres âges. En particulier dans l'épilepsie myoclonique juvénile, ces crises évoluent vers une forme tonico-clonique.

## Crises tonico-cloniques

La crise tonico-clonique généralisée, autrefois appelée « grand mal », représente la forme la plus impressionnante de crise épileptique. Elle survient soit « de but en blanc » sans événement annonciateur, soit à la suite d'une crise focale qui n'est pas toujours identifiée (focale devenant tonico-clonique à propagation bilatérale), soit à la suite de myoclonies. Si tout commence par une crise focale sans altération de l'état de conscience, il est parfois possible de déduire rétrospectivement le point de départ de la crise dans le cerveau à partir des sensations décrites par la personne concernée.

Les crises tonico-cloniques sans début focal sont souvent plus fréquentes à certains moments de la journée, par exemple pendant le sommeil nocturne ou, dans la forme particulière de l'épilepsie dite de grand mal du réveil, dans les deux premières heures suivant le réveil matinal.

Une crise tonico-clonique correspond à l'image que se font la plupart des gens d'une crise d'épilepsie : la personne perd soudainement la conscience, les yeux grands ouverts, le regard fixe, et tombe au sol, souvent en poussant un grand cri au début de la crise. Le corps se contracte et se raidit, cette phase tonique dure environ 20 à 30 secondes. Lors de la phase clonique qui suit, la personne présente des secousses violentes et rythmées au niveau du visage, du tronc, des bras et des jambes. La peau pâlit et les lèvres bleuissent, car la crise ne permet pas une respiration suffisante. La personne peut également avoir la bouche écumeuse et des pertes d'urine (rarement de selles). Souvent, elle se mord la langue si bien que du sang peut également s'échapper de la bouche.

La crise entière dure rarement plus de deux minutes, maximum trois. Les proches et ceux qui y assistent ont souvent l'impression qu'elle dure bien plus longtemps. Dans la phase qui suit, la personne reprend conscience. S'il y a encore des phases transitoires de perte de conscience après la crise, la personne doit être placée en position latérale de sécurité pour garder les voies respiratoires dégagées (voir le dépliant d'information « Mesures de premiers secours en cas de crises épileptiques »). Il faut généralement un certain temps avant que la personne retrouve complètement ses esprits et puisse réagir et parler normalement. Certaines tombent dans un sommeil profond immédiatement après la crise. Les proches doivent alors vérifier si la respiration est normale. Le lendemain, beaucoup de victimes de ces crises se plaignent de courbatures.

Les crises sont aussi parfois purement **cloniques**, généralement accompagnées de secousses musculaires asymétriques et irrégulières. Elles se produisent le plus souvent chez les nouveau-nés ou les jeunes enfants. Les crises **toniques** sont également bien connues : la personne qui en souffre est crispée dans une « posture forcée », les traits du visage souvent déformés et les yeux ouverts. Ces crises surviennent fréquemment pendant le sommeil.

## ETAT DE MAL EPILEPTIQUE

On parle d'un état de mal épileptique (aussi «status epilepticus» ou statut épileptique) lorsqu'une crise tonico-clonique généralisée ne s'est pas arrêtée d'elle-même au bout de cinq minutes, ou lorsque, dans le cas d'un autre type de crise, la durée de la crise dépasse un certain temps (on évoque souvent 10-15 minutes pour les crises « mineures »). Les crises qui se succèdent rapidement sans que la personne ne puisse se rétablir complètement dans l'intervalle sont également considérées comme un état épileptique.

Il y a les états épileptiques avec ou sans manifestation motrice et ceux avec ou sans perte de conscience. La palette de manifestations est aussi large que celle des crises épileptiques elles-mêmes, car tout type de crise peut donner lieu à un état de mal épileptique. Les états engendrés par des crises « mineures » sont souvent qualifiés de manière quelque peu trompeuse d'états épileptiques « non convulsifs » (sans contraction ni secousse), bien que certaines formes puissent très bien impliquer de légères contractions ou secousses.

Un état de mal épileptique tonico-clonique généralisé constitue une urgence vitale. Il nécessite une prise en charge médicale d'urgence immédiate et adaptée. Les autres formes n'engagent pas le pronostic vital, mais sont aussi plus difficiles à détecter, car moins marquées. En cas de suspicion d'état « non convulsif », il faut toujours contacter immédiatement le médecin traitant afin de rapidement établir un diagnostic et, si nécessaire, instaurer un traitement.

## L'épilepsie peut frapper chacun de nous

5 à 10 % de la population sont atteints d'une crise d'épilepsie à un moment ou un autre de leur vie. A peu près 1 % de la population va souffrir d'épilepsie au cours de sa vie. En Suisse, environ 80 000 personnes sont concernées, dont à peu près 15 000 enfants et adolescents.

## La Ligue contre l'Epilepsie et ses nombreuses activités

La Ligue Suisse contre l'Epilepsie se consacre à la recherche, l'aide et l'information. Son but consiste à alléger la vie quotidienne des personnes atteintes d'épilepsie et à améliorer durablement leur situation au sein de la société.

### Recherche

La Ligue contribue à faire progresser les connaissances sur tous les aspects de l'épilepsie.

### Aide

Renseignements et consultations à l'attention :

- des spécialistes de tous les domaines
- des personnes atteintes d'épilepsie et de leurs proches

### Information

La Ligue contre l'Epilepsie informe et sensibilise le public et favorise ainsi l'intégration des personnes atteintes d'épilepsie.

Auteur : Prof. Dr méd. Martin Kurthen  
Rédaction : Julia Franke,  
Ligue suisse contre l'Epilepsie  
Conseil médical : Prof. Dr méd.  
Barbara Tettenborn

## Ligue Suisse contre l'Epilepsie

Seefeldstrasse 84  
8008 Zurich  
Suisse

T +41 43 488 67 77  
F +41 43 488 67 78

info@epi.ch  
[www.epi.ch](http://www.epi.ch)  
CP 80-5415-8  
IBAN CH35 0900 0000 8000 5415 8

Date des informations : janvier 2021

Réalisé avec l'aimable soutien du sponsor principal Arvelle Therapeutics International GmbH.



Autres sponsors : Desitin Pharma, Eisai Pharma, Sandoz Pharmaceuticals, UCB-Pharma.  
Les sponsors n'ont aucune influence sur le contenu.

Source de la figure, page 2 : Lebon S., Roulet-Perez E. Rev Med Suisse 2018 ; 14 : 74-5.

Image de couverture : istockphoto.com/Shidlovski