



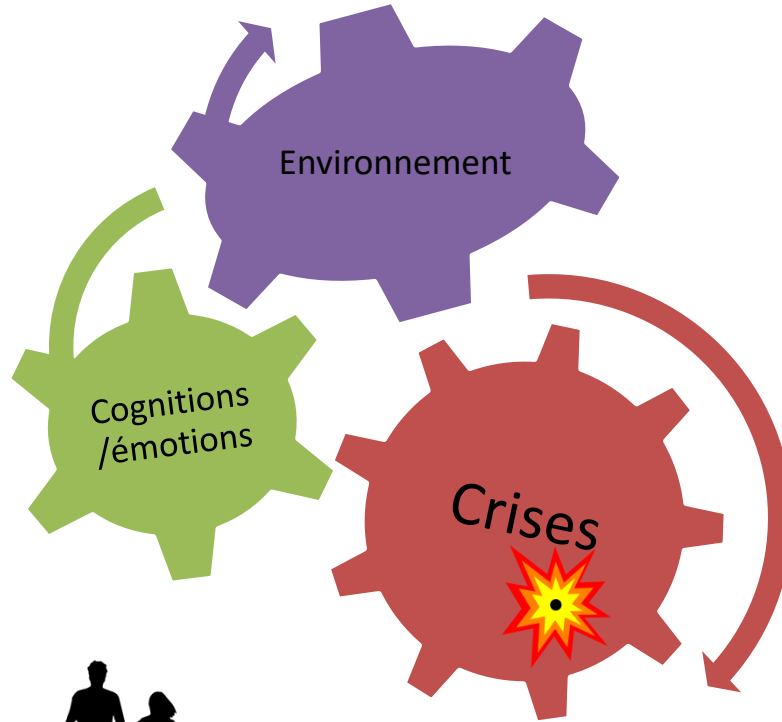
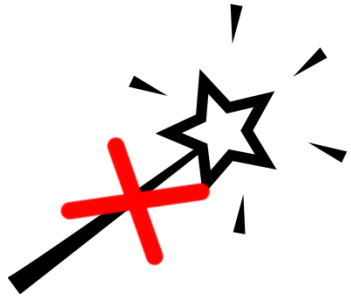
TOULAR
C'HOAT

Grandir, s'épanouir, rebondir

EpilepsieS
et troubles du comportement
COP 2024

Dr Nathalie de Grissac-Moriez
Neurologue - Châteaulin

Introduction: Comportements problématiques



Plan

- Introduction
- Quelques ressources ou recommandations
- De quoi parlons nous?
- Comment l'épilepsie peut perturber le comportement?
- Quelques pistes?

Vaste sujet!

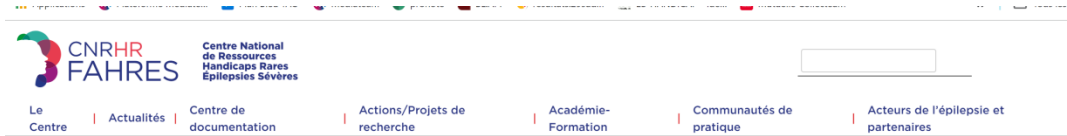
FARHES - ANESM
HAS 2020 2023

Etre précis!

Un peu de neuro

Analyse d'équipe

Quelques ressources



CNRHR FAHRES
Centre national de ressources handicaps rares - Epilepsies sévères

INFOS PRATIQUES
CNRHR FAHRES
25 avenue de la Bouterne - CS 9721
26602 Tain l'Hermitage
Tél : 09 69 36 86 46
Email : contact@fahres.fr

Horaires du secrétariat
Tous les jours : de 9h00 à 12h30 et de 13h30 à 17h00.

PLAN DU SITE
LE CENTRE
A propos de nous
Handicaps rares et épilepsies sévères
Historique et cadre légal
Nos missions
Notre équipe de professionnels

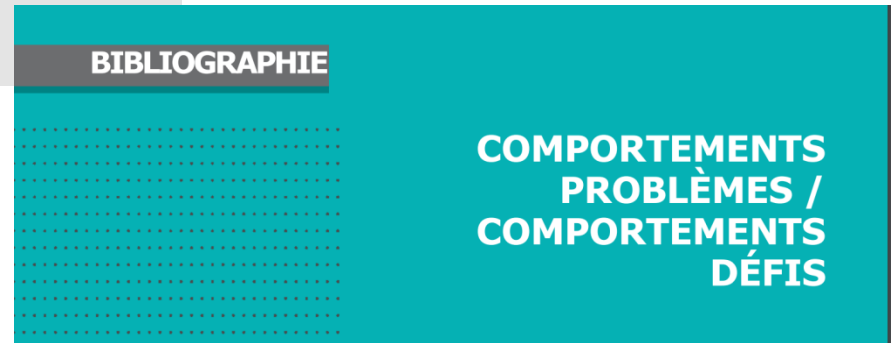
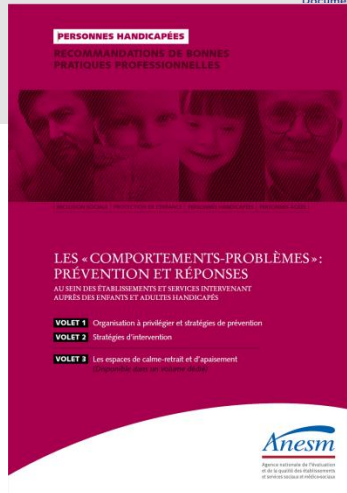
ACTUALITÉS
CENTRE DE DOCUMENTATION
Les ressources documentaires
Portail documentaire
Documentation de référence
Matérielles
Thématiques et dossiers
Bibliographies
Thématiques
Presse
Services de Fahres

Les webinaires produits par FAHRES
ACTIONS/PROJETS DE RECHERCHE
NEXTEP - la fonction ressources dans le médico-social
REPEHRES - l'épilepsie dans les ESMS
Souffrance psychique surajoutée

ACADÉMIE-FORMATION
COMMUNAUTÉS DE PRATIQUE
Une vision partagée
Des membres qui s'impliquent

ACTEURS DE L'ÉPILEPSIE ET PARTENAIRES
Collectif CNDEE

NOUS SUIVRE
in





Différents types de comportements

- Automutilation
- Hétéro-agressivité
- Autostimulation
- Destruction
- Conduites sociales inadaptées
- Troubles alimentaires

Domaines / catégories	Manifestations possibles du comportement
Automutilation	Se mordre, s'arracher les cheveux, se frapper la tête, se mettre le doigt dans l'œil, etc.
Hétéro agressivité	Taper, pousser, donner des coups de poings, de pieds, des claques, tirer les cheveux, etc.
Conduites d'autostimulation faisant obstacle – stéréotypies verbales et motrices excessives	Balancements, agiter une ficelle, répéter les mêmes mots, faire du bruit de manière incessante, arpenter, mouvements des mains, etc.
Destruction de l'environnement matériel	Jeter et casser des objets, déchirer les vêtements, casser les vitres, de la vaisselle, renverser des meubles, etc.
Conduites sociales inadaptées	Crier, fuguer, se déshabiller en public, s'enfuir, s'opposer de manière permanente, inhibition ou désinhibition massive, etc.
Troubles alimentaires	Hyper sélectivité, Pica (ingestion durable de substances non nutritives), obsessions alimentaires, vomissements, recherche permanente de nourriture, potomanie (besoin irrésistible de boire de l'eau), etc.

Facteurs de risque et de protection



Facteurs

- **Personnels**
- Environnementaux
 - Proche
 - Social
- Liés à l'organisation

Analyser le comportement:

- Facteurs personnels
 - Le comportement répond aux besoins de la personne
 - d'évitement?
 - de recherche d'attention?
 - de recherche d'objet?

Et la réponse peut provoquer du plaisir

- Facteurs liés à l'environnement/ contexte
 - Changement récent?

- Une communication perturbée

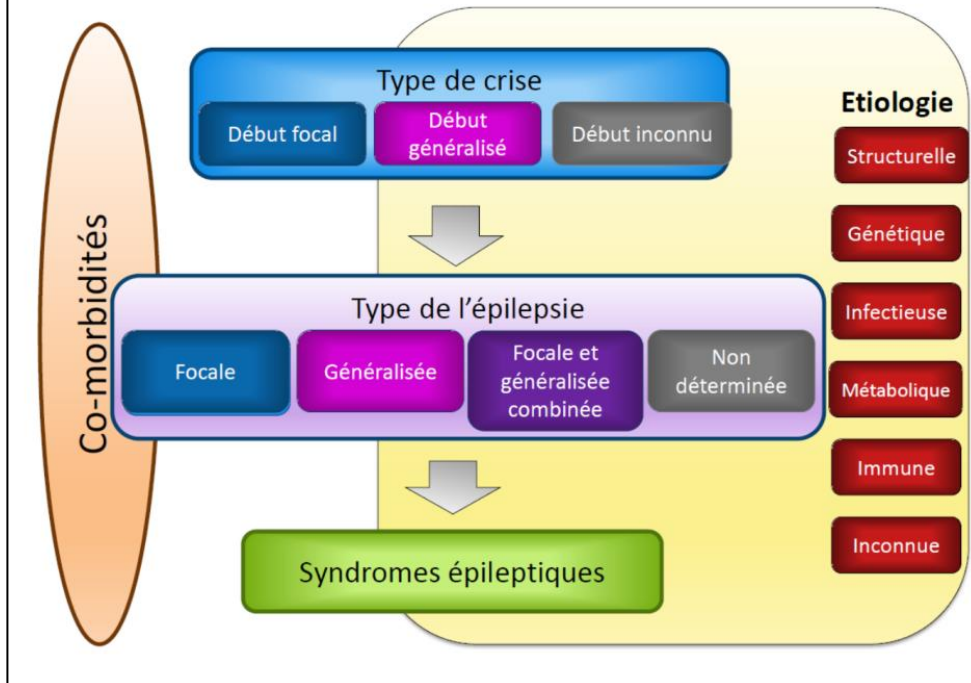


Epilepsie: maladie complexe

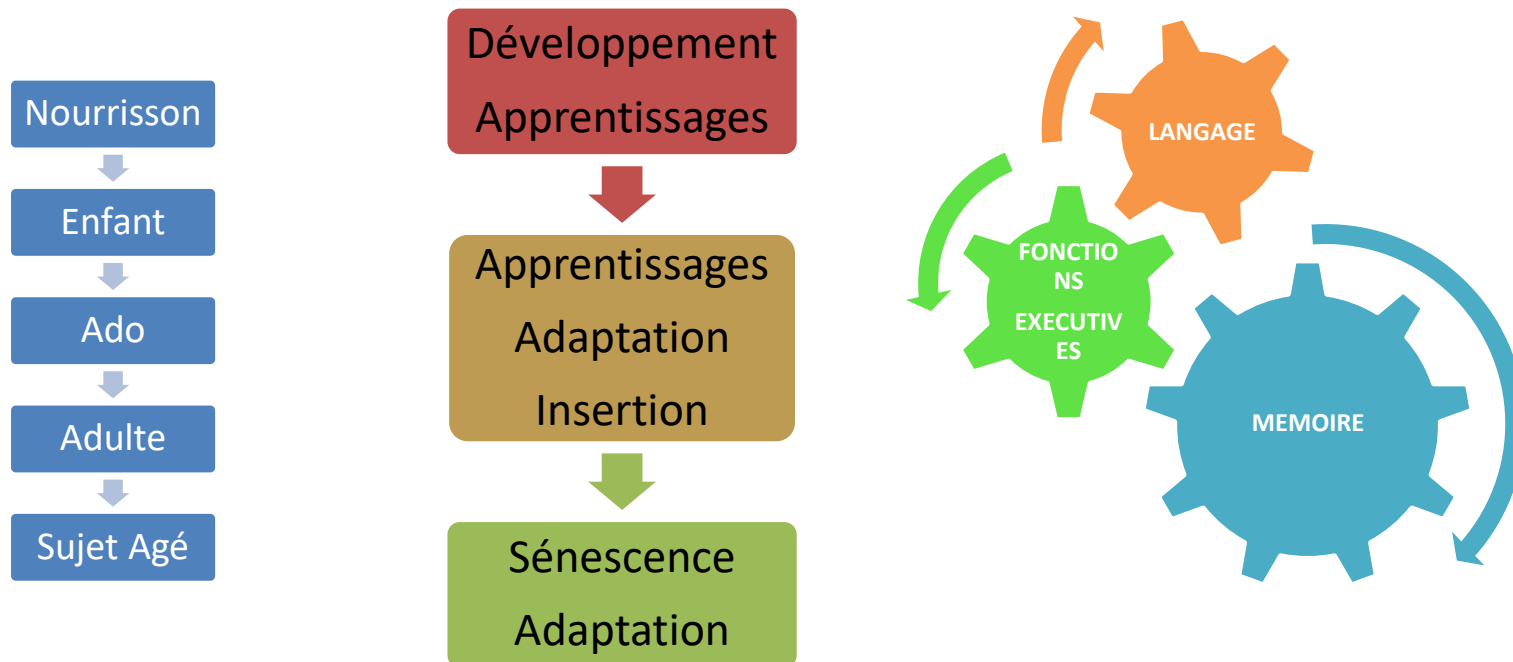
- Les crises mais aussi des comorbidités:

- Tr. cognitifs (perturbe la fluidité du fonctionnement intellectuel)
- et des symptômes psychiques qui peuvent être aussi invalidants voir plus invalidants que les crises elles même

La figure ci-dessous représente la classification des épilepsies de l'*International League Against Epilepsy*, 2017 (46).



Epilepsie : à tous les âges



L'enfant et le développement du langage

Adolescence et adaptation sociale

Les adultes: enjeu de l'insertion sociale

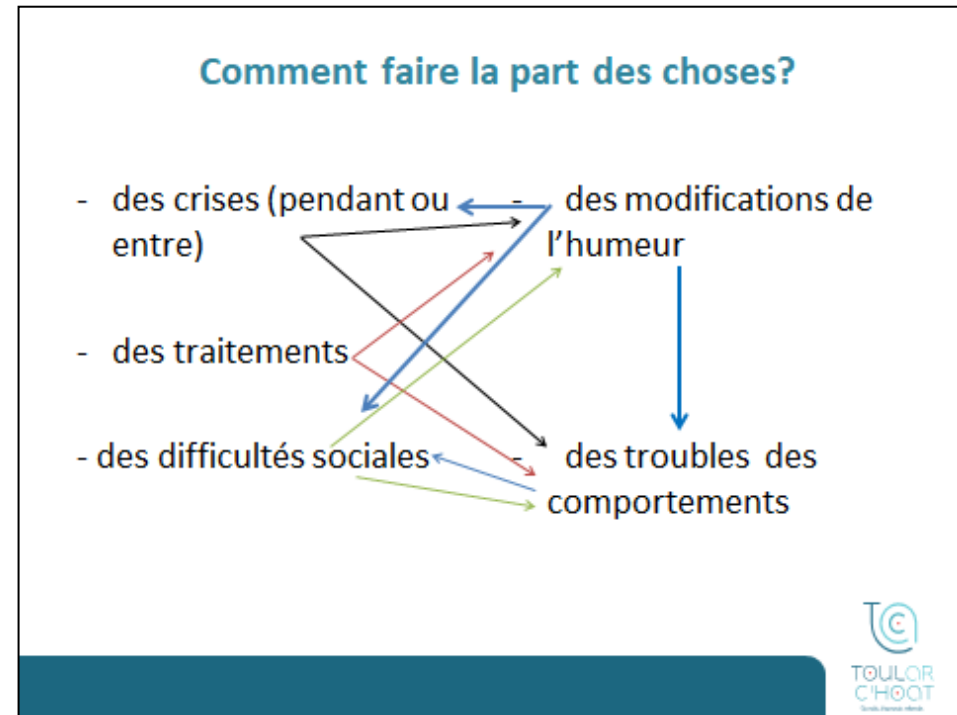
Le sujet âgé qui oublie et se désadapte

et aussi le sujet en situation de handicap



Comment l'épilepsie peut altérer le comportement?

- Les troubles cognitifs
- Les troubles psychiques
- Les crises
- Les traitements antiépileptiques

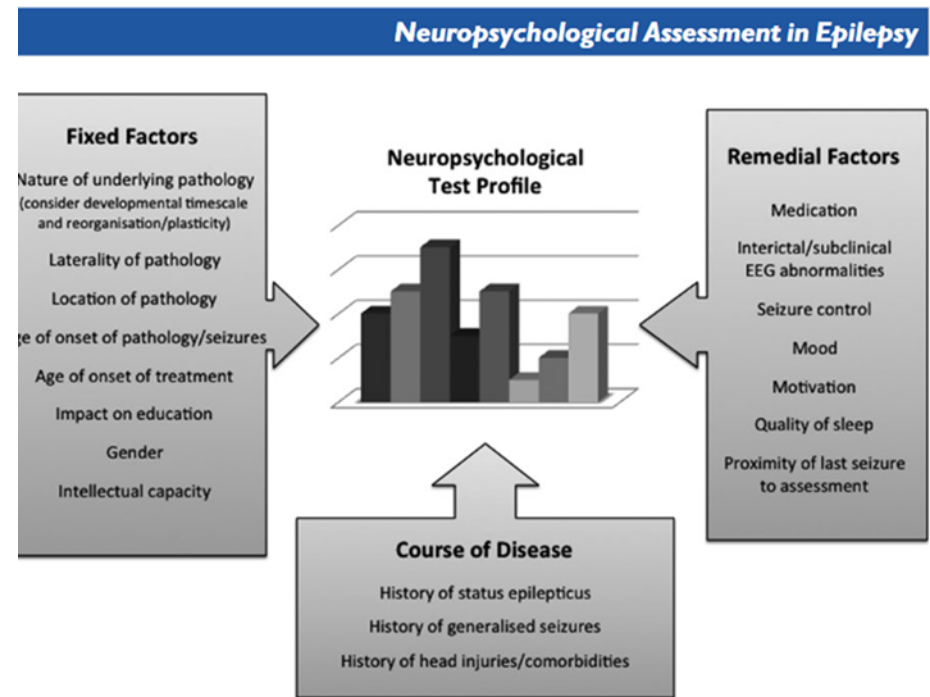


Reconnaitre, dépister les comorbidités

- Symptômes cognitifs: lenteur d'exécution- capables de raisonnements mais besoin d'appui pour soulager des capacités d'attention fragiles.
 - D'autres difficultés sont possibles selon la localisation des décharges épileptiques (mémoire, langage...)
 - Ne pas les prendre en compte fait courir un **risque d'échec scolaire, d'épuisement professionnel.**
- Symptômes psychiques : anxiété pathologique, état dépressif s'associent à part entière **dégradent la qualité de vie** parfois de façon plus importante.
 - un dysfonctionnement plus complexe que les seules décharges épileptiques

Les troubles cognitifs: à évaluer

- Difficultés de concentration
- Défaut de compréhension
- Perte d'information
- Difficultés de régulations émotionnelles
 - Cognition sociale
- Fatigabilité
- Fluctuations



Quelques exemples

- L'impulsivité
 - Ne permet pas d'attendre avant d'agir
- Le manque de flexibilité mentale
 - Ne permet pas de changer de comportement spontanément
 - Un ordre négatif ne permet pas de changer d'action – « Ne tape pas » « ne court pas »
- Les troubles de la cognition sociale
 - Ne permet d'identifier les émotions de l'aidant

Quelques exemples

- Les troubles de la mémoire
 - Pas de maintien des consignes apprises
- Les troubles du langage
 - Difficultés de consignes orales
- Les troubles neurovisuels
 - Difficultés de repérages dans les espaces de vie, de reconnaissance des personnes



Les troubles psychiques: à dépister

- Anxiété
- Dépression
- Troubles psychotiques

Atteinte birectionnelle

ÉCHELLE DE DEPISTAGE DU TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ
ÉCHELLE GAD-7

Date de passation :
... / ... / 20 ...

0 : jamais
1 : plusieurs jours
2 : plus de la moitié du temps
3 : presque tous les jours

Selon quelle fréquence

1. Un sentiment de nervosité, d'anxiété
2. Une incapacité à arrêter de s'inquiéter
3. Une inquiétude excessive à propos de choses
4. Des difficultés à se détendre
5. Une agitation telle qu'il est difficile de se concentrer
6. Une tendance à être facilement irrité(e)
7. Un sentiment de peur comme si quelque chose de mauvais allait se produire

ÉCHELLE DE DEPISTAGE DE LA DÉPRESSION DANS L'ÉPILEPSIE
ÉCHELLE NDDLE

Date de passation :
... / ... / 20 ...

Etiquette patient
Nom :
Prénom :

1 : jamais
2 : rarement
3 : parfois
4 : toujours ou souvent

Durant les 2 semaines écoulées :
(Mettez une réponse pour chaque item)

Tout est une lutte	1	2	3	4
Rien de ce que je fais n'est bien	1	2	3	4
Je me sens coupable	1	2	3	4
Je ferais mieux d'être mort(e)	1	2	3	4
Je me sens frustré(e)	1	2	3	4
J'ai des difficultés à trouver du plaisir	1	2	3	4

Est-ce que vos yeux ou vos oreilles vous jouent parfois des tours?
Est-ce qu'il se passe parfois des choses bizarres difficiles à expliquer ?
Est-ce qu'il vous arrive parfois des choses que les autres auraient du mal à croire?
Est-ce que certaines personnes peuvent lire dans vos pensées?
Est-ce que certaines personnes veulent vous faire du mal?



Troubles psychiques

- Précèdent, accompagnent ou compliquent la situation
- Impact souffrance
- Risque d'échec des tt AE et d'une intolérance
- Souvent sous estimés car tableaux atypiques
 - En lien avec les crises
 - Sans lien
 - iatrogènes



Quelques exemples

- La peur de faire une crise
 - Peut expliquer un refus d'activité
- La perte de l'élan vital
 - Peut expliquer les difficultés de se lever, de manger ...
- La perte des notions de la réalité

Psychose

Basic treatment principles for psychotic disorders in patients with epilepsy

Naoto Adachi ✉, Kousuke Kanemoto, Bertrand de Toffol, Nozomi Akanuma, Tomohiro Oshima, Adith Mohan, Perminder Sachdev

First published: 04 March 2013 | <https://doi.org/10.1111/epi.12102> | Citations: 37

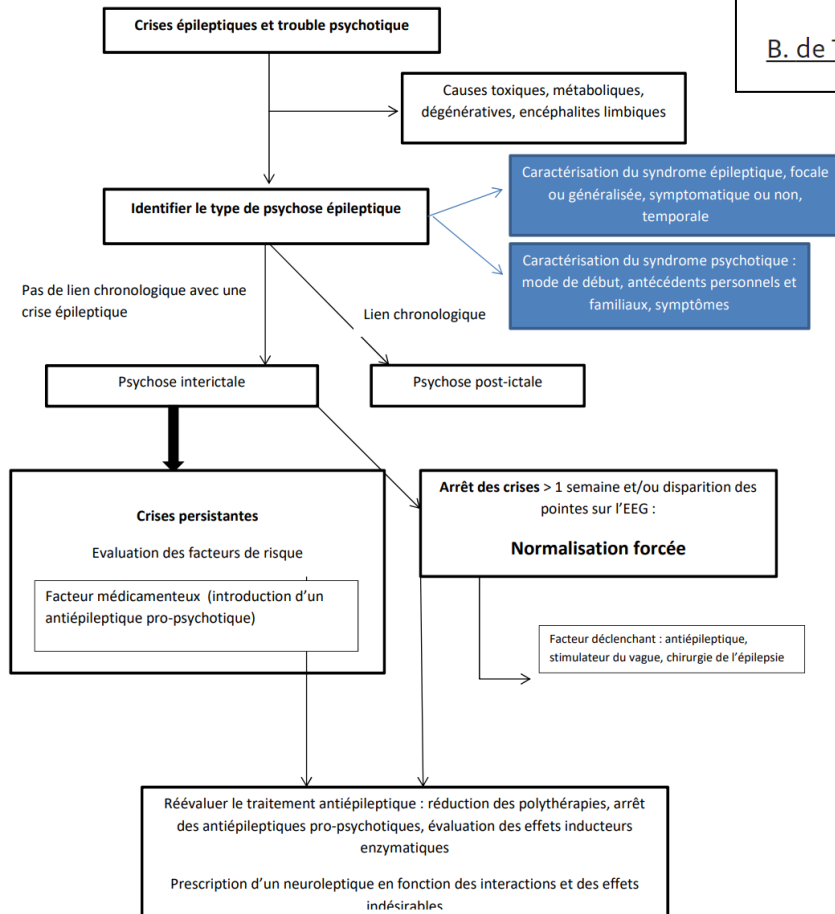
- Augmentation du risque en cas d'épilepsie
- Retentissement variable:
 - Léger – Modéré - Sévère
 - Des questions à poser
- Optimiser le traitement des crises
- Psychose Interictale
 - Tt prolongé
- Psychose post ictale
 - Mesure immédiate
 - Prévention des récurrences: améliorer le contrôle des crises



Les psychoses épileptiques interictales

Interictal psychosis of epilepsy

B. de Toffol^{a b}  , N. Adachi^c, K. Kanemoto^d, W. El-Hage^e, C. Hingray^{f g}

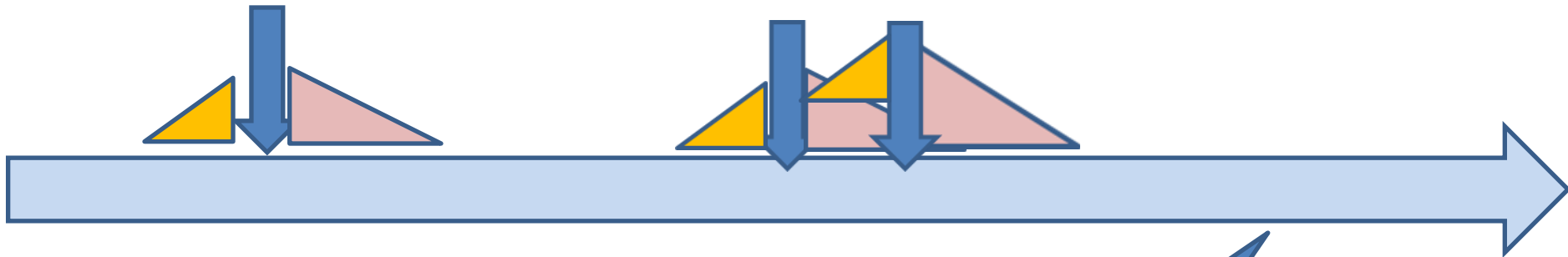
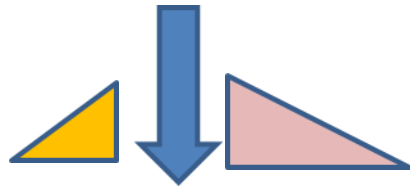


Algorithme de prise en charge d'une psychose interictale

Catégories de Facteurs de risque	Facteurs de risque de psychose interictale
➤ Liés au syndrome épileptique	- Épilepsie temporale > épilepsie généralisée - Foyer gauche
➤ Liés à la sévérité de l'épilepsie	- Épilepsie réfractaire - Age de début précoce avant 10 ans - État de mal épileptique (souvent non convulsivant) - Fréquence des crises/somme élevée de crises antérieures - Crises fébriles compliquées
➤ Liés au traitement de l'épilepsie	- Antiépileptique de seconde génération > première
➤ Liés à la cause de l'épilepsie	- Sclérose hippocampique uni ou bilatérale - Anomalie structurale de l'encéphale - Perte de cellule dans la région CA1 hippocampique
➤ Liés à l'histoire du patient	- Antécédent d'épisode psychotique personnel - Retard intellectuel
➤ Liés aux antécédents familiaux	- Antécédents familiaux de troubles psychotiques - Antécédents familiaux de troubles de l'humeur

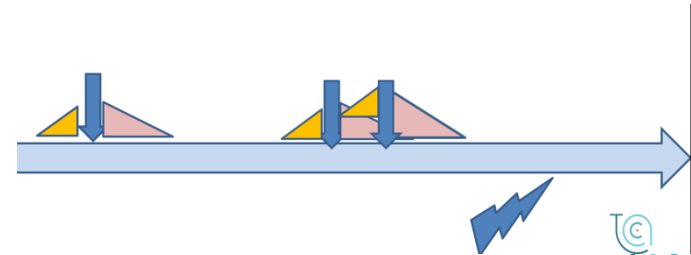
Tableau 1 : Facteurs de risque de psychose interictale

Les Crises: avant, pendant et après



L'impact des crises sur le comportement

- **Pendant la crise**
 - Perte de contact
 - Discours incohérents
 - Automatismes gestuels
 - Chutes de différents types
 - Des sensations désagréables
 - Peur, Envie de vomir, d'uriner
 - Sensation d'étouffer
- Intervenir pendant la crise?
 - Risque d'incompréhension avec réaction d'opposition, de défense

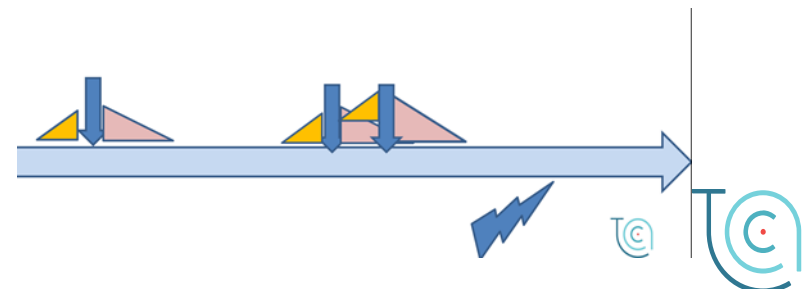


L'impact des crises sur le comportement

- **Avant la Crise de qq min à qq heures**

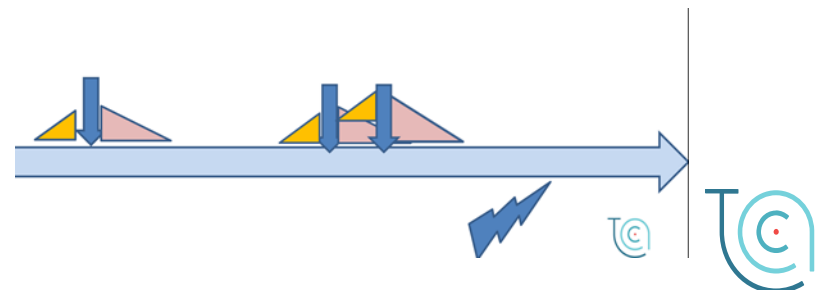
- Aucune alerte
- Excitation
- Apathie
- ...
-

- Connaitre les facteurs favorisants
- Notion de météo des crises (rythmicité des épisodes)
- Projet de recherche



L'impact des crises sur le comportement

- **Après la crise**
 - Fatigue
 - Douleurs, céphalées
 - Tristesse
 - Colère
 - Aggravation des troubles moteurs ou cognitifs
 - Déficit
 - Désinhibitions
- Respecter la récupération
- Connaitre la durée habituelle de récupération



Aggravation/dégradation d'une situation

- Aggravation des crises?
- Rôle des tt ?
- Autres facteurs somatiques ou psychiques?

Différentes aggravations

- Surtout liées aux crises:
 - Fréquence des crises
 - Intensité des crises (généralisations, cyanose, état de mal)
 - Horaires des crises (jour/nuit)
 - Longues récupérations
- Mais aussi à l'état intercritique:
 - Intolérance aux traitements avec incapacité cognitive ou psychique- encéphalopathie-...

Deux pièges

- Aggravation « exagérée »

- Aggravation insidieuse

Surestimer l'aggravation

- Une crise la veille de la cs et une humeur labile...
 - La dysphorie interictale
 - Le témoin de la crise pour la 1ere fois choqué qui n'imaginait pas « ça »
 - Un entourage vulnérable
 - Un patient gêné par des auras mais qui auparavant était amnésique des épisodes
 - Sémiologie dépendant
 - Le « biais de surveillance »
- ➔ RECUEILLIR DES ELEMENTS OBJECTIFS DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE**

Des pièges: sous estimer l'aggravation

- Désinvestissement progressif du compte des crises, fatalisme
 - Dépression
 - lenteur, apathie
 - Atteinte cognitive
 - Amnésie des crises, crises nocturnes
 - Sémiologie dépendant
- ➔ RECUEILIR DES ELEMENTS OBJECTIFS DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE**

L'impact des traitements antiépileptiques

- Certains antiépileptiques augmentent
 - Le risque de dépression, de psychose , parfois d'anxiété
 - Les difficultés cognitives (attention, langage)
- Des antiépileptiques peuvent contribuer à réguler l'humeur

Comportements agressifs



Review Article

Mechanisms Underlying Aggressive Behavior Induced by Antiepileptic Drugs: Focus on Topiramate, Levetiracetam, and Perampanel

Cerine C. Hansen,¹ Hanna Ljung,^{2,3} Eylert Brodtkorb,^{4,5} and Arne Reimers^{6,7}

¹Faculty of Medicine and Health Sciences, Norwegian Univer

Behavioural Neurology

13

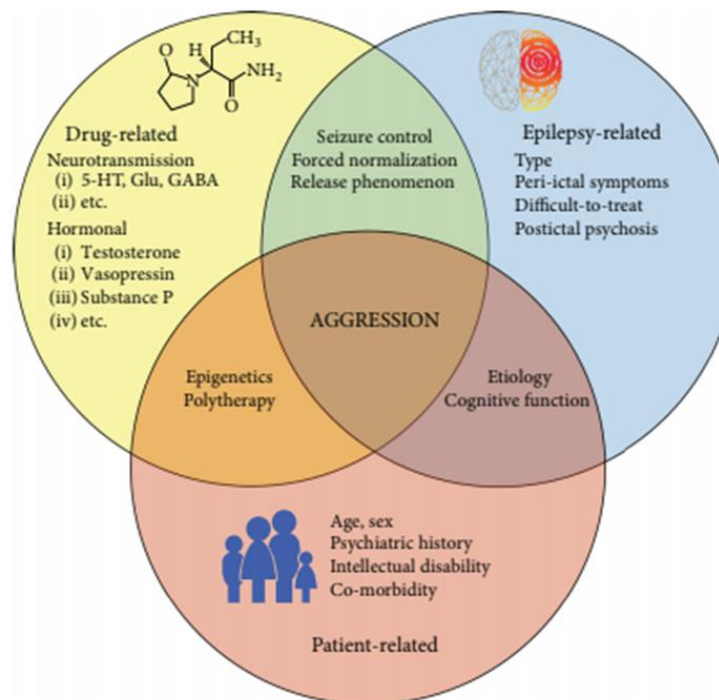


FIGURE 1: Summary of factors involved in aggressive behavior associated with antiepileptic drug treatment of epilepsy.

Amélioration des crises suivie d'une amélioration de la vigilance avec comportements plus exigeants (\neq toxicité)

Format: Abstract \vee

Send to \vee

[Epileptic Disord.](#) 2016 May 16. [Epub ahead of print]

Psychiatric and Behavioural Disorders in Children with Epilepsy (ILAE Task Force Report): Behavioural and psychiatric disorders associated with childhood epilepsy syndromes.

[Besag F](#)¹, [Gobbi G](#)², [Aldenkamp A](#)³, [Caplan R](#)⁴, [Dunn DW](#)⁵, [Sillanpää M](#)⁶.

⊕ Author information

Abstract

The categorisation of the childhood epilepsies into a number of different syndromes has allowed greater insight into the prognosis, not only with regard to seizure control but also in relation to cognitive and behavioural outcome. The role of genetics in determining both the syndrome and the behavioural outcome remains promising, although the promise is still largely unfulfilled. The behavioural/psychiatric outcome of a selection of the large number of childhood epilepsy syndromes is presented. The rate of autism in West syndrome, particularly in children who have tuberous sclerosis with temporal tubers, is high. In Dravet syndrome there is a loss of skills, with an associated increase in behavioural problems. The frequency of both subtle and overt seizures in the Lennox-Gastaut syndrome almost certainly accounts for the apparent poor motivation; however, a marked improvement in seizure control with treatment can also result in behavioural problems, probably as a result of the "release phenomenon". A number of cognitive problems can arise in the so-called "benign" syndrome of epilepsy with centrotemporal spikes (BECTS) and the rate of ADHD is high. Autistic features and ADHD have been described in the Landau-Kleffner syndrome and other syndromes associated with electrical status epilepticus of slow-wave sleep (ESES). Early effective treatment may reverse some of these features. There is clear evidence for a behavioural syndrome in relation to juvenile myoclonic epilepsy (JME), in which both clinical descriptions and functional neuroimaging indicate frontal lobe deficits.



En pratique

- La situation avant l'épilepsie
- Etablir une chronologie des faits
- Eviter les interprétations rapides

Qui/quoi peut changer?

Demander au patient de s'adapter est complexe et nécessite un apprentissage de sa part. Cela est long et parfois impossible.

- Le rythme
 - Respecter la fatigue
- L'environnement
 - Respecter le besoin de bouger
- Les exigences

En résumé

- Des interactions entre
 - Le type d'épilepsie
 - La fréquence des crises
 - Le niveau de développement
 - Le psychisme
 - Les traitements antiépileptiques
 - L'environnement
- En pratique
 - Agenda des crises
 - Evaluer les troubles cognitifs
 - Traiter les troubles psychiques
 - Ajuster l'environnement en prévention des risques