




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Communication

Attaques de panique ou crises partielles temporales ? Une discussion à propos d'un cas

Panic disorder or temporal partial seizures? A discussion about a case report

M. Masson^{*}, J. Jarry, P. Kerschen, F. Schürhoff

Clinique du Château, 11 bis, rue de la Porte-Jaune, 92380 Garches, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
 Disponible sur Internet le 12 juin 2011

Mots clés :
 Amygdale
 Attaques de panique
 Crises
 EEG
 Épilepsie

Keywords:
 Amygdala
 EEG
 Epilepsy
 Panic attacks
 Seizures

RÉSUMÉ

Nous rapportons le cas d'une patiente de 58 ans qui présente une symptomatologie anxieuse paroxystique et récurrente initialement prise pour des attaques de panique. L'analyse sémiologique et la réalisation d'un EEG ont permis de rectifier le diagnostic au profit d'une épilepsie partielle temporale. Nous présentons les signes cliniques permettant d'orienter le clinicien vers l'un ou l'autre trouble, ainsi que la place centrale de l'EEG et de l'IRM. Enfin, nous discutons le rôle de l'amygdale dans la genèse de la peur, qu'elle soit d'origine épileptique ou panique.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ABSTRACT

We report the case of a 58-year-old woman who suffers from an acute anxious and repetitive symptomatology initially mistaken for a panic disorder. The clinical analysis and the EEG finally confirm the diagnostic of temporal partial epilepsy. We present the clinical features involved in each disorder and the important place of EEG and IRM in this context. Finally, we discuss the key-role of amygdala in the genesis of fear from epileptic or panic origin.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Le chevauchement symptomatique entre les attaques de panique [2] et les crises partielles temporales [20] est connu. Nous allons illustrer cette difficulté sémiologique par la présentation et la discussion d'un cas clinique.

1. Le cas clinique

1.1. Histoire de la maladie

Madame D., 58 ans, gauchère, est divorcée et mère de deux enfants ; elle vit seule et travaille comme fonctionnaire dans une municipalité.

Parmi ses antécédents (ATCD) personnels, on note un diabète insulino-requérant, une dyslipidémie, une surcharge pondérale, une hypertension artérielle, une cholécystectomie pour lithiase, une plastie mammaire et une hystérectomie. Son traitement

médicamenteux ne comprend que des antihypertenseurs, des antidiabétiques et des fibrates.

En juillet 2008, elle est victime d'un accident de voiture sur la voie publique au cours duquel elle a peur de tuer son petit-fils présent dans le véhicule. Dans les nuits qui suivent, elle fait des cauchemars sur ce thème. À l'automne, Mme D. décrit des « crises d'angoisse » récurrentes (elle parle d'une crise par semaine).

Au cours de ces manifestations, elle ressent une anxiété très vive avec un sentiment de malaise, l'impression d'être oppressée, de perdre le contrôle et de ne plus pouvoir respirer. Elle décrit des troubles perceptuels évoquant la déréalisation – « les murs se rétrécissent, le plafond s'abaisse » –, et des interprétations erronées (peur des terroristes).

Mme D. consulte son médecin généraliste qui l'adresse aux urgences pour écarter une origine cardiorespiratoire. Le bilan réalisé étant normal, Mme D. est adressée en consultation de psychiatrie pour des attaques de panique. Elle s'y présente en janvier 2009. Soudain, alors qu'elle me décrit la symptomatologie, elle interrompt brutalement son discours, elle détourne la tête vers la droite. Après une brève rupture de contact, elle tient des propos

^{*} Auteur correspondant.

Adresse e-mail : marc.masson@clinique-garches.com (M. Masson).

incohérents pendant 15 secondes. S'ensuit une phase postcritique de quelques minutes.

J'évoque le diagnostic de crise partielle temporale et décide d'adresser Mme D. aux urgences pour la réalisation d'un électroencéphalogramme (EEG). J'appelle la sœur de Mme D. qui me précise que les « crises d'angoisse » étaient souvent suivies de phases au cours desquelles Mme D. avait des troubles du comportement. Alors qu'elle attend l'ambulance dans la salle d'attente, elle présente une nouvelle crise tout à fait similaire à la première (stéréotypée) survenue moins d'une heure auparavant.

1.2. L'électroencéphalogramme (EEG)

L'EEG réalisé le même jour retrouve une activité d'ondes lentes rythmiques, encochées de pointes, à point de départ temporal gauche qui diffuse à l'ensemble de la région et en controlatéral.

1.3. L'imagerie cérébrale

Si la tomodynamométrie cérébrale est normale, l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) retrouve un épaississement cortical temporo-insulaire gauche (hypersignal en T2, hyposignal en T1, sans prise de contraste ni anomalie de diffusion). Celui-ci sera rapporté ultérieurement à un simple œdème postcritique réversible.

Un traitement par lévétiracétam (1000 mg/jour) associé initialement à 15 mg de clobazam est mis en place. Avec un recul de deux ans, aucune crise n'a été rapportée par Mme D. ni par son entourage.

1.4. L'anamnèse familiale

Si Mme D. n'a pas d'ATCD psychiatriques notables (en dehors d'un cousin mort en hôpital psychiatrique, sans précision), elle présente une riche histoire neurologique : une grand-mère maternelle opérée d'une tumeur cérébrale, un neveu épileptique, une petite-nièce souffrant d'un syndrome de Lennox-Gastaut, et le fils d'une cousine germaine maternelle épileptique.

2. La discussion

2.1. Sur la clinique

Quand la question du diagnostic différentiel se pose, les éléments en faveur de l'attaque de panique peuvent se résumer ainsi [14,21] :

- ATCD familiaux de troubles anxieux ;
- ATCD personnels psychiatriques (anxiété de séparation) ;
- durée : plusieurs dizaines de minutes ;
- caractère diurne exclusif ;
- agoraphobie associée ;
- absence d'anomalies épileptiformes à l'EEG ;
- induction par le test au lactate de sodium ou par la caféine ;
- sensibilité aux antidépresseurs et aux anxiolytiques.

En faveur de la crise partielle temporale, on retient :

- ATCD familiaux d'épilepsie ;
- ATCD personnels de convulsions fébriles ;
- durée : quelques dizaines de secondes à deux minutes ;
- caractère diurne ou nocturne ;
- présence des signes suivants rapportés par le patient ou un témoin oculaire : rupture de contact (voire perte de conscience), automatismes oro-alimentaires ou moteurs, hallucinations, phase postcritique, chute, morsure de langue ;

- caractère stéréotypé ;
- âge de début supérieur à 45 ans ;
- présence à l'EEG d'anomalies épileptiformes ;
- sensibilité aux anticonvulsivants.

2.2. Sur la place de l'EEG

Mme D. présentait plusieurs signes évocateurs d'une crise temporale, mais l'EEG a joué un rôle déterminant dans le diagnostic différentiel, comme dans tous les cas publiés [6,10,14,18,22,24].

Il est recommandé de répéter les EEG de scalp (trois EEG permettent de détecter plus de 80 % des anomalies épileptiformes intercritiques [16,21]) ou d'avoir recours à un EEG vidéo de 24 ou 48 heures [10].

Tous les cas publiés mettent en évidence à l'EEG un foyer épileptique temporel interne (mésial, impliquant le complexe amygdalo-hippocampique). Ces structures étant profondes, Devinsky et al. [5] ont même publié un cas de crises temporales internes se manifestant par des crises d'angoisse ictales, non détectées en EEG de surface mais mises en évidence grâce à des implantations d'électrodes profondes dans le lobe temporel inféro-interne droit.

La majorité des foyers épileptiques se traduisant par des crises de peur ictales se situent à droite. Guimond et al. [8] ont retrouvé dans une série de 144 cas : 98 foyers droits (soit 68 %), et 46 gauches (soit 32 %). L'hémisphère droit dominant est celui de la latéralisation sympathique [17]. Notons simplement que notre patiente est gauchère et a un foyer temporel interne gauche et que la diffusion en temporel droit est nette à l'EEG.

2.3. Sur la place de l'imagerie

L'IRM encéphalique permet de rechercher l'étiologie de l'épilepsie temporelle. Trois types de lésions sont retrouvés :

- la sclérose hippocampique [17] ;
- les anomalies tumorales : gangliogliome [17], méningiome [6,18], astrocytome [1] ;
- les malformations vasculaires (intérêt de l'angiographie cérébrale) : hémangiome caverneux [9], malformation artérioveineuse [23].

2.4. Sur la comorbidité

Les symptômes anxieux peuvent être induits directement par la crise épileptique ; dans ce cas, ils ont un lien chronologique direct avec elle : ils sont dits ictaux ou péri-ictaux [11].

Par ailleurs, les troubles mentaux peuvent n'avoir aucun lien chronologique avec les crises épileptiques. Ils sont qualifiés d'interictaux. On se situe alors dans le cadre d'une comorbidité. Les troubles psychiatriques touchent environ 20 % à 30 % des patients épileptiques, tous syndromes confondus. Dans le cadre des épilepsies partielles pharmacorésistantes (temporales le plus souvent), ils sont beaucoup plus fréquents ; les troubles anxieux sont retrouvés dans 20 à 30 % des cas.

Enfin, on ne peut pas exclure la comorbidité entre les épilepsies temporales et le trouble panique en raison de leur relative fréquence. Cependant, leur distinction est très subtile à opérer... Souvent, seul l'EEG est discriminant.

Mitzer et al. [12] ont évalué sur le plan psychiatrique 12 épileptiques présentant des peurs ictales : quatre d'entre eux souffraient d'un trouble panique interictal associé.

Spitz [19], quant à lui, a retrouvé huit patients présentant des troubles paniques interictaux dans une population de 1086 épileptiques (soit une prévalence proche de 0,8 % similaire à celle de la population générale).

متن کامل مقاله

دریافت فوری ←

ISIArticles

مرجع مقالات تخصصی ایران

- ✓ امکان دانلود نسخه تمام متن مقالات انگلیسی
- ✓ امکان دانلود نسخه ترجمه شده مقالات
- ✓ پذیرش سفارش ترجمه تخصصی
- ✓ امکان جستجو در آرشیو جامعی از صدها موضوع و هزاران مقاله
- ✓ امکان دانلود رایگان ۲ صفحه اول هر مقاله
- ✓ امکان پرداخت اینترنتی با کلیه کارت های عضو شتاب
- ✓ دانلود فوری مقاله پس از پرداخت آنلاین
- ✓ پشتیبانی کامل خرید با بهره مندی از سیستم هوشمند رهگیری سفارشات