

Le diagnostic

5 personnes sur 100 000 présentent des C (incidence similaire à celle de la SEP).

La plupart des patients ont été diagnostiqués et traités comme épileptiques pendant plusieurs années.



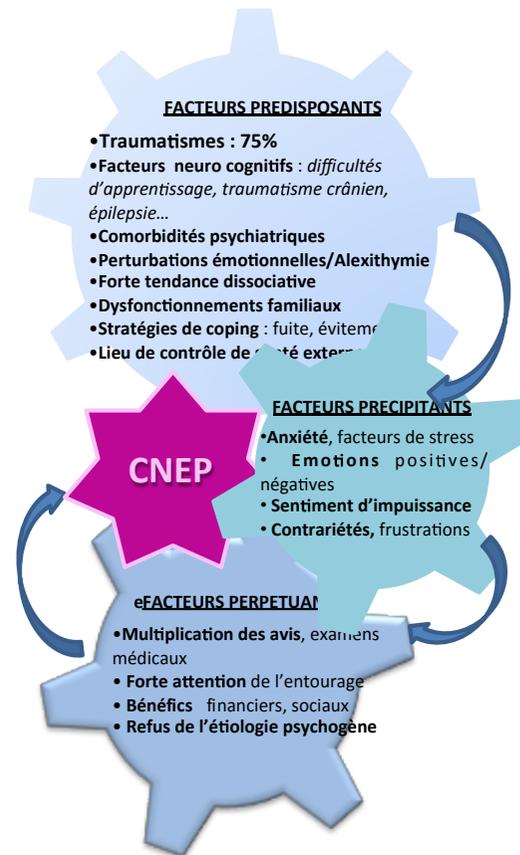
Un traitement antiépileptique depuis plusieurs années ne valide pas le diagnostic d'épilepsie.

Toujours penser aux CNEP en cas d'épilepsie pharmaco-résistante, d'atypicité ou de comorbidités psychiatriques.

L'enregistrement d'une crise en vidéo EEG permet de poser le diagnostic.

Le diagnostic est confirmé dans le cadre de consultation pluridisciplinaire neurologique et psychiatrique.

Etiopathogénie



Les causes

Traumatiques

75% des patients ont des antécédents traumatiques (abus sexuels, physiques, émotionnels, décès brutal, maladie grave...).

Neurobiologiques

20% des patients ont des antécédents de traumatisme crânien, de difficultés d'apprentissage ou alors une comorbidité épileptique.

Le traitement « psy »

L'objectif du traitement psychiatrique est de **stopper ou de réduire l'apparition des crises**. Sans cette prise en charge les crises risquent de perdurer.

Le psychologue ou le psychiatre va aider le patient à identifier les 3 types de facteurs :prédisposants, précipitants, perpétuants

Le travail porte aussi sur l'**identification des émotions et la gestion émotionnelle**.

Les thérapies comme les TCC, l'EMDR, l'hypnose, la relaxation peuvent être employées.

Les antidépresseurs sont utiles en cas de comorbidités.

Il est important que le patient et son entourage comprennent bien qu'il « n'est pas fou ni simulateur ».

Ses crises sont réelles avec une véritable incidence sur la qualité de vie.

Votre mission est d'orienter et d'encourager le patient à entreprendre un suivi avec un psychiatre ou un psychologue.