# Troubles psychiatriques chez des patients épileptiques et leurs traitements

*Thomas Will,* **Service d'accueil, d'urgence et de liaison psychiatrique, Hôpitaux Universitaires de Genève**

## Résumé

Les patients qui souffrent d'une épilepsie ont une comorbidité de troubles psychiatriques plus élevée que la population générale. Cette comorbidité est encore plus élevée dans la sous-population des personnes qui ont une épilepsie du lobe temporal et/ou pharmacorésistante. Le trouble dépressif est le trouble psychiatrique le plus représenté parmi les troubles psychiatriques. Certains symptômes psychiatriques font partie des prodromes ou de l'aura de la crise d'épilepsie. Ils ne nécessitent pas de traitement particulier, en dehors des traitements antiépileptiques. De manière générale, les troubles psychiatriques sont cliniquement sous-estimés. Pourtant, ils ont des répercussions non négligeables sur la qualité de vie des patients et de leur entourage. Afin d'adapter les différents traitements, une bonne collaboration entre les psychiatres et les neurologues est plus que souhaitable.

**Epileptologie 2008; 25: 2 – 9**

**Mots clés :** Epilepsie, troubles psychiatriques, comorbidité, collaboration, thérapie

## Psychiatrische Störungen bei Epilepsiepatienten und ihre Behandlung

Bei Patienten mit Epilepsie besteht eine im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung höhere Rate psychiatrischer Komorbidität, insbesondere bei Patienten mit Temporallappen-Epilepsie und/oder einer pharmakoresistenten Epilepsie. Dabei ist die Depression die häufigste psychiatrische Begleiterkrankung. Psychiatrische Symptome können Teil der Vorzeichen oder Aura eines epileptischen Anfalls sein. Diese erfordern – ausser der antiepileptischen Therapie – keine besondere Therapie. Im Allgemeinen wird die Häufigkeit psychiatrischer Probleme unterschätzt. Sie haben jedoch einen nicht zu vernachlässigenden Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten und ihrer Umgebung. Eine enge Kooperation zwischen Psychiatern und Neurologen ist daher mehr als wünschenswert, um die Therapie entsprechend zu koordinieren und anzupassen.

**Schlüsselwörter:** Epilepsie, psychiatrische Probleme, Komorbidität, Kooperation, Therapie

## The Management of Psychiatric Disorders in Patients with Epilepsie

In comparison with the general population, patients with epilepsy, in particular with temporal lobe epilepsy and/or pharmacoresistant epilepsy, suffer more frequently from psychiatric co-morbidity. Depression is the most frequent concomitant psychiatric disease. Psychiatric symptoms may be part of the prodrome or aura. In this case, no particular therapy is necessary, except the antiepileptic treatment. Overall, the frequency of psychiatric diseases is underestimated. However, they have a significant influence on the quality of life of the patient and his surroundings. A close collaboration between psychiatrists and neurologists is more than desirable, in order to coordinate and optimize therapy.

**Key words:** Epilepsy, psychiatric diseases, psychiatric comorbidity, collaboration, treatment

## Introduction

Les personnes atteintes d'un trouble neurologique ont une prévalence de trouble psychiatrique plus élevé que la population générale [1]. Ainsi, l'épilepsie peut être accompagnée de troubles de la cognition, de troubles du comportement et peut être associé de troubles psychiatriques [2]. La comorbidité psychiatrique précède, est concomitante ou se déclare après l'épilepsie. L'incidence des troubles psychiatriques est plus élevée chez des patients atteints d'épilepsie que dans la population générale [2, 3]. Elle est aussi plus importante que dans les autres affections neurologiques. Ainsi, l'épilepsie a non seulement des répercussions sur la santé individuelle du sujet, mais a aussi des répercussions sur sa vie relationnelle.

Selon une étude scandinave, sur 713 patients adultes épileptiques, la prévalence d'un trouble mental est de 5,9 % [4]. Si l'on interroge des personnes épileptiques sur leur parcours de vie, 59 % des patients épileptiques ont présenté au moins un trouble psychiatrique dans leur vie. Parmi ces 59 %, 7 % ont présenté un épisode psychotique au moins une fois dans leur existence [5]. Une autre étude épidémiologique menée au Etats-Unis, au Minnesota, montre que 19 % des personnes avec une épilepsie de découverte récente (5-6 ans) présente des difficultés d'apprentissage et ont des problèmes psychosociaux [6]. La conséquence de l'épilepsie est donc considérable sur la qualité de vie de ces patients [1, 3, 7, 8].

Si l'on étudie l'incidence des troubles psychiatriques en fonction de la localisation du foyer épileptique, on s'aperçoit que les patients avec des crises partielles complexes présentent plus fréquemment des troubles psychiatriques aigus. Les patients atteints d'une épilepsie du lobe temporal ainsi que les autres épilepsies focales, ont une fréquence de trouble psychiatrique plus élevé que ceux qui ont une épilepsie généralisée. Selon certaines études 44 à 88% des patients atteints d'une épilepsie du lobe temporal ont un risque de présenter un trouble psychiatrique [9, 10].

## Principaux troubles psychiatriques retrouvés chez les personnes atteintes d'épilepsie

Toutes ces études convergent pour affirmer qu'une comorbidité psychiatrique n'est pas rare dans l'épilepsie. Il devient donc important pour les médecins confrontés d'y être sensibilisé et le cas échéant de prendre des mesures adéquates. Ainsi, cet article a comme but de décrire les principaux tableaux cliniques rencontrés chez ces patients.

## Troubles dépressifs

La dépression est le trouble psychiatrique le plus fréquemment retrouvé chez les patients épileptiques [11]. Il se caractérise par un changement des affects ou de l'humeur vers une dépression. Le changement de l'humeur est habituellement accompagné d'une modification du niveau global d'activité. L'incidence sur la vie entière, toutes formes d'épilepsies confondues, est estimée selon les études entre 6 et 30 % [12, 8]. Chez les patients avec une épilepsie du lobe temporal, cette incidence sur la vie entière est estimée entre 24 et 72 % [8]. Selon cette même étude, le trouble bipolaire n'est pas plus fréquent que dans la population générale. À titre de comparaison, dans la population générale, l'incidence de la dépression sur la vie est estimée entre 6 et 17 %.

On observe un taux plus élevé de trouble dépressif dans les épilepsies du lobe temporal comparé aux autres types d'épilepsies. À l'heure actuelle, il n'y a pas d'explication à cette observation statistique [8].

### Description clinique

Dans un tiers des cas, les symptômes dépressifs sont présents avant une crise d'épilepsie tonico-clonique généralisée. En général, ces prodromes sont constitués

**Tableau 1:**
Estimation de la prévalence des troubles psychiatriques chez des patients épileptiques [7, 8].

| | Incidence<br>Patients épileptiques | Population générale |
|---|---|---|
| **Trouble dépressif** | 4 % en dehors des crises | 2-9 % femmes – 1-3 % hommes |
| | 9-22 % pas traité ou partiellement traité pour l'épilepsie | |
| | 27-58 % résistant à un traitement pharmacologique de l'épilepsie | |
| | 3-9 % chez des patients stabilisés sous traitement antiépileptique | |
| | 20-55 % dans l'épilepsie récurrente | |
| **Trouble dépressif sévère** | 8-48 %* | 5-17 % |
| **Trouble anxieux** | 3-50 % | |
| **Trouble psychotique** | 6-10 % | 1,5-2 % |
| **Trouble bipolaire** | 1-8 % | 2 % |

* incidence sur la vie entière

d'une thymie triste et d'une irritabilité quelques heures voir jours avant le déclenchement d'une crise.

Pendant une crise d'épilepsie, une symptomatologie dépressive d'intensité variable peut faire partie de l'aura. Certains patients décrivent des épisodes sévères et ont un sentiment fort de désespoir. Ce type d'aura existe dans environ 1 % des épilepsies, mais il est plus fréquent dans les épilepsies du lobe temporal [8].

Pendant la phase post-ictale, et particulièrement dans les épilepsies du lobe temporal, certains patients présentent une symptomatologie dépressive d'intensité variable qui peut durer quelques heures à quelques jours. Rarement mais parfois ces épisodes peuvent s'accompagner d'idée ou de geste suicidaire.

Entre les crises d'épilepsies, ces patients ont un risque plus élevé que la population générale [13], de développer un trouble dépressif. On retrouve ce trouble chez deux tiers des patients atteints d'une épilepsie sévère et ou avec des crises fréquentes [14].

D'autre part, beaucoup de patients atteint d'épilepsie du lobe temporal, développent un trouble dépressif caractérisé par une fluctuation de l'humeur. Blumer regroupe cette symptomatologie sous le terme de "interictal dysphorique disorder" (IDD). Pour cet auteur, il faut que le patient ai présenté au moins 3 épisodes de ce type pour parler d'IDD [15]. Cette symptomatologie se distingue d'un trouble dépressif classique par certaines caractéristiques (**tableau 2**). Ainsi, il est constitué par une humeur dépressive, une perte de l'élan vital (anergie), une anxiété, un sentiment de peur et des périodes d'euphorie. Dans les formes les plus sévères on retrouve les idées suicidaires voir des passages à l'acte suicidaire imprévisibles. De plus dans les formes sévères peuvent apparaître des symptômes psychotiques de type hallucination, idées délirantes. Des plaintes somatoformes ont souvent été signalées par ces patients. Cependant, il n'est pas exclu que ces symptômes puissent avoir une origine épileptique. Les IDD peuvent durer quelques heures à plusieurs jours. Il est important d'identifier une telle symptomatologie, car ce syndrome peut avoir des répercussions sur la vie sociale et relationnelle de la personne atteinte [3].

Le diagnostic de la dépression semble souvent sous-estimé par les cliniciens [11]. Pour un auteur comme Kanner, une des raisons principales en est la méconnaissance des troubles psychiatriques par les neurologues

**Tableau 2:**
Symptômes les plus fréquemment retrouvés dans la dépression et de l'IDD [3, 16, 17].

| | *"Interictal dysphoric disorder" [3, 17]* | *Symptômes dépressifs et fréquence [16]* |
|---|---|---|
| Insomnie | + | 100 % |
| Thymie triste | + | 100 % |
| Pleur | | 94 % |
| Trouble de la concentration | | 91 % |
| Idéation suicidaire | | 82 % |
| Fatigue | | 76 % |
| Irritabilité | + | 76 % |
| Ralentissement psychomoteur, perte élan vital | + | 76 % |
| Anorexie | | 66 % |
| Diurnal variation | | 64 % |
| Perte d'espoir | | 51 % |
| Trouble de la mémoire | | 35 % |
| Désillusion | | 33 % |
| Tentative de suicide | | 15 % |
| Hallucination auditive | | 6 % |
| Douleur | + | |
| Anxiété | + | |
| Euphorie | + | |
| Peur | + | |
| Symptômes somatoformes | + | |

et inversement la méconnaissance de la neurobiologie par les psychiatres [1]. Pourtant des traitements, adéquats et faciles à manier, existent. De plus le dépistage permet de faire une prévention du risque suicidaire. Le risque suicidaire a été retrouvé plus élevé chez les patients épileptiques que dans la population générale. Selon les études, le risque de suicide est de 0 à 20 % [8]. Dans la sous-population des patients atteints d'une épilepsie du lobe temporal, ce risque suicidaire serait de 25 fois celui de la population générale [18]. Cependant, les études plus récentes semblent moins alarmistes. Ainsi, une étude portant sur 11400 patients-années, ne montre pas de différence significative des taux de suicide avec ceux de la population générale. Ces auteurs pensent que l'abandon des barbituriques et les nouveaux traitements antiépileptiques ont modifié le devenir de ces patients [19].

## Traitement

Les épisodes dépressifs avant et pendant une crise d'épilepsie ne nécessitent pas un traitement pharmacologique antidépresseur.

Les états dépressifs postcritiques réagissent bien à de faibles posologies d'antidépresseurs [8, 14]. En première intention, on privilégie la classe des antidépresseurs inhibiteurs spécifique de la recapture de la sérotonine (SSRI) en dehors de la fluoxetine [20]. Le citaloprame, la paroxetine et la sertraline sont particulièrement recommandés et ont peu d'interaction avec les traitements antiépileptiques. En cas de résistance à cette classe de médicaments, on peut utiliser en deuxième intention les antidépresseurs tricycliques. Il faut cependant rester prudent, car ces molécules abaissent le seuil épileptogène. Les antidépresseurs tricycliques, mais aussi la Nefazodone et le Moclobemide sont moins commodes à utiliser à cause des interactions médicamenteuses. La prescription d'antidépresseurs tricycliques nécessite des bilans sanguins réguliers pour éviter un surdosage qui peut avoir des conséquences somatiques graves principalement cardiaques. Les antidépresseurs imipraminiques (IMAO) sont de moins en moins utilisés par les psychiatres, mais restent une alternative possible. Ces molécules prescrites à faibles doses auraient de bons effets dans les IDD [20]. Enfin l'électroconvulsivothérapie, pour les dépressions sévères résistantes, reste une possibilité thérapeutique et n'est pas contre-indiquée en cas d'épilepsie [20]. Certains traitements anti-épileptiques ont un effet sur l'humeur et certains sont utilisés comme stabilisateur de l'humeur. La psychothérapie individuelle, de groupe ou de famille peut être envisagée devant l'échec d'un traitement pharmacologique et/ou face à une situation personnelle ou psychosociale complexe.

## Troubles névrotiques

En psychiatrie, on regroupe sous le terme de trouble névrotique tous les troubles liés à des facteurs de stress. Ainsi, le groupe des phobies regroupe tous les troubles dans lesquels l'anxiété est déclenchée par des situations ou des objets bien précis (externe au sujet) mais qui sont sans danger au moment de l'exposition. À l'inverse, les troubles anxieux se caractérisent par la présence de manifestations anxieuses qui ne sont pas déclenchées exclusivement par l'exposition à une situation déterminée [16]. Les principaux symptômes sont représentés dans le **tableau 3**. Ces symptômes peuvent apparaître progressivement ou subitement comme dans l'attaque de panique.

**Tableau 3:**
Principaux symptômes retrouvés dans l'anxiété.

**Sensation de dyspnée, étouffement**

**Étourdissement, sensation d'instabilité, évanouissement**

**Tachycardie**

**Tremblements ou secousses musculaires**

**Transpiration**

**Sensation d'étranglement**

**Nausées, gêne abdominale**

**Dépersonnalisation**

**Sensation d'engourdissement ou de paresthésies**

**Bouffées de chaleur, frissons**

**Douleur, gêne thoracique**

**Peur de mourir**

**Peur de devenir fou**

**Peur de commettre un acte non contrôlé**

Un trouble névrotique est présent chez 10 à 25 % des personnes épileptiques [21]. Ce taux est de 11 à 44 % dans les populations de patients épileptiques résistants aux traitements [9, 8, 21]. Dans la population générale, ce taux est de 2,5 à 6 % [8]. Les phobies sont présentes chez 20 % des patients atteints d'une épilepsie résistante [9]. Le trouble obsessionnel compulsif, qui se caractérise essentiellement par des pensées ob-

sédantes ou des comportements compulsifs récurrents, serait présent chez 4 à 10 % des personnes épileptiques [8]. Les attaques de panique seraient présentes chez près de 30 % des patients [22].

Pendant la crise d'épilepsie, on peut retrouver une sensation de nervosité, de peur et une irritabilité. La peur est signalée par 10 à 15 % des personnes présentant des crises épileptiques partielles [13]. En général, ces états anxieux durent de 30 à 120 minutes et ne sont pas causés par l'environnement. Cette symptomatologie anxieuse fait partie de l'aura d'une crise épileptique du lobe temporal.

Dans la phase postcritique, l'anxiété n'est pas rare et est en général en relation avec la crise d'épilepsie elle-même.

Entre les crises d'épilepsies, l'anxiété est en général en relation avec des événements de la vie. Cependant, on retrouve chez certains patients une anxiété anticipatoire.

### Traitement

La réputation des benzodiazépines sur l'anxiété n'est plus à faire. Elles sont reconnues pour élever le seuil épileptogène. Cependant, leurs prescriptions sur une longue durée entraînent un syndrome de dépendance et d'accoutumance. Le traitement des troubles anxieux peut se faire en psychothérapie. Les thérapies de type cognitivo-comportementales sont en général bien appropriées pour ce type de trouble.

## Troubles de la personnalité

Un trouble de la personnalité représente différents états et types de comportements cliniquement significatifs qui ont tendance à persister et qui sont l'expression de la manière de vivre d'un individu, de concevoir sa propre personne et d'établir des rapports avec autrui. Ils représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celle d'un individu moyen d'une culture donnée. Certains de ces traits de caractère apparaissent très précocement ou peuvent être acquis plus tardivement au cours de la vie.

### Description clinique

La prévalence des troubles de la personnalité chez les patients épileptiques varie entre 0,7 et 2 %. Cependant, chez les personnes atteintes d'une épilepsie partielle ou du lobe temporal ce taux est de 13 à 35 % [23]. Dans la population générale l'incidence des troubles de la personnalité est de 6 à 13 %. Tous les types de troubles de la personnalité peuvent coexister dans une épilepsie. Toutefois, dans la littérature, on décrit un changement de la personnalité chez certains patients épileptiques sous le nom de "interictal behavior syndrome" [3, 24, 25]. Ce tableau clinique est plus spécifique dans les épilepsies et se retrouve plus spécifiquement chez les patients avec une épilepsie du lobe temporal. Le diagnostic n'est pas aisé à poser, mais ces personnes seraient plus spécifiquement concernées par des questions philosophiques et religieuses, ils auraient des accès de colère, des fluctuations importantes de l'humeur, une viscosité relationnelle, une difficulté pour se déterminer, des troubles sexuels et une hypergraphie. Ce trouble est souvent décrit. Cependant, il est rarement mis en évidence et est probablement plus fréquent dans les épilepsies du lobe temporal.

### Traitement et prise en charge

Comme décrit précédemment, les troubles de la personnalité présentent souvent des difficultés relationnelles et individuelles. Ainsi, un suivi psychothérapeutique est souvent souhaitable. D'autre part, les neuroleptiques, comme la risperidone à faible dose, peuvent améliorer le pronostic et la qualité de vie de ces personnes [26]. Les traitements antiépileptiques ont également un effet psychotrope qui peut induire sur le devenir de ces personnes.

## Troubles psychotiques

Le terme de psychose désigne un ensemble de troubles et d'affections mentales ayant en commun une série de caractéristiques: la perte de contact avec la réalité et la méconnaissance de l'état morbide. Il s'agit donc d'une altération de l'expérience de la réalité du sujet et la création d'une néoréalité. Ainsi, le patient évalue mal la précision de ses perceptions et l'exactitude de sa pensée. Même quand il est confronté à l'évidence, il n'abandonne pas ses croyances erronées. Cliniquement, on retrouve souvent des hallucinations (auditive, visuelle, etc.) non reconnues comme pathologiques, des idées délirantes, un retrait social, un ralentissement idéomoteur ou une agitation anormale. Lorsque ces symptômes font partie d'une crise d'épilepsie (aura), ils sont en général brefs et stéréotypés.

Chez les patients épileptiques, on trouve une incidence de 2 à 9 % selon les études [4, 5]. Pour un patient épileptique, le risque de développer une psychose et 6 à 12 fois plus important que dans la population générale [13, 27]. La prévalence d'un trouble psychotique est de 10 à 19 % chez les patients présentant une épilepsie temporale et/ou réfractaire [28]. En général les premiers symptômes psychotiques apparaissent 11 à 15 ans après la première crise d'épilepsie [29].

Après une opération au niveau du lobe temporal pour une épilepsie réfractaire, certaines études rappor-

tent que 3 à 12 % des patients développent un syndrome psychotique dans les mois qui suivent l'intervention chirurgicale [13, 30]. Toutefois, dans notre série genevoise, seuls 2 patients opérés sur 100 (2 %), ont présenté une telle symptomatologie. De plus, une consultation psychiatrique pré-opératoire auprès de ces patients avait déjà révélé un tableau psychopathologique significatif. Ces données suggèrent qu'il existe probablement un tableau psychiatrique sous-jacent pré-opératoire chez les patients présentant une décompensation post-opératoire.

### Description clinique

Cliniquement, les patients présentent pendant la phase critique une altération de la conscience et des hallucinations. Ces symptômes durent de quelques heures à plusieurs jours. Ils ne requièrent pas un traitement psychotrope spécifique, mais simplement un traitement antiépileptique.

Pendant la phase postcritique, 25 % des patients présentent, même après une période de lucidité, des symptômes psychotiques avec des hallucinations ou des idées délirantes [29].

Entre les crises d'épilepsies, certains patients présentent des symptômes psychotiques principalement représentés par des hallucinations visuelles plutôt que des hallucinations auditives [13, 29].

### Traitement

Le traitement des troubles psychotiques chez les patients épileptiques est identique à celui d'un patient psychotique non épileptique. Il consiste en un traitement pharmacologique neuroleptique, d'une aide psychothérapeutique et psycho-éducative, ainsi qu'un accompagnement social. Du point de vue médicamenteux, on privilégiera les neuroleptiques avec peu d'interactions médicamenteuses avec les antiépileptiques et qui ont le moins d'effet sur l'abaissement du seuil épileptogène. Ainsi, les neuroleptiques les plus faciles à manier sont l'halopéridol, le pimozide ou un sulpiride [26].

## Effets des anti-épileptiques sur l'humeur

La majorité des médicaments antiépileptiques actuels ont des effets psychotropes [2]. Le phénobarbital est réputé pour diminuer les capacités cognitives. A l'opposé, la carbamazépine et le valproate ont peu d'effet délétère sur les fonctions cognitives. Les nouveaux médicaments antiépileptiques semblent également avoir peut d'effet sur les fonctions cognitives **(tableau 4)**.

Certains médicaments antiépileptiques comme le Valproate, la Carbamazépine et la Lamotrigine sont utilisés en psychiatrie comme stabilisateur de l'humeur dans les troubles bipolaires (**tableau 4**) et comme "potentialisateur" des traitements antidépresseurs dans les dépressions résistantes. Ces molécules permettent aussi un certain contrôle de l'agressivité et peuvent diminuer le risque de passage à l'acte agressif.

Enfin les benzodiazépines sont largement utilisées comme anxiolytique ou inducteur du sommeil. Ces médicaments sont efficaces rapidement, mais il y a un risque important de dépendance et d'accoutumance. D'autre part, en cas de sevrage brutal, ces molécules peuvent déclencher des crises d'épilepsie.

## Conclusion

A travers cette revue de la littérature, on peut constater que les patients souffrant d'une épilepsie ont une comorbidité psychiatrique importante. Cette coexistance avec un trouble psychiatrique est plus élevée que dans les autres affections neurologiques. Il n'y a pas d'évidence qu'il existe une corrélation entre la localisation d'un foyer épileptogène et un certain type de trouble psychiatrique. Cependant, il apparaît que les épilepsies du lobe temporal et les épilepsies réfractaires sont plus fréquemment associées à un trouble psychiatrique. Cette corrélation ne permet cependant pas, à l'heure actuelle, d'établir une causalité neurologique d'un trouble psychiatrique, mais elle peut suggérer une base neuronale commune entre les deux types d'affections.

Ainsi du point de vue clinique il est important de reconnaître un trouble psychiatrique et de l'inscrire anamnestiquement par rapport à la crise d'épilepsie. Ceci est important car les mesures thérapeutiques ne seront pas les mêmes. De plus, la qualité de vie des patients épileptiques est généralement altérée [32]. Par conséquent, pour des raisons de comorbidité et de qualité de vie, un travail en réseau et souhaitable. Ainsi dans un certain nombre de situations, une bonne collaboration entre psychiatre et neurologue devient hautement profitable pour le patient épileptique.

**Tableau 4:**
Effets des antiépileptiques sur les fonctions cognitives, les comportements, sur la dépression et sur la manie [7, 31].

| Molécule | Fonctions cognitives | Comportements | Dépression | Manie | Prévention de la rechute maniaque |
|---|---|---|---|---|---|
| Phénobarbital | -- | -- | -- | | |
| Phénytoine | - | 0 | -/+ | | |
| Carbamazépine | - | 0 | ++ | + | + |
| Valproate | - ? | 0 | ++ | ++ | ++ |
| Lamotrigine | 0 | 0 | + | + ? | + |
| Vigabatrin | + ? | - | - | | |
| Gabapentin | 0 | 0 | + ? | | |
| Topiramate | - | - ? | -? | + ? | ? |
| Tiagabine | 0 | 0 | - ? | | |
| Oxcarbazépine | + ? | 0 | +? | | |
| Zonisamide | 0 | - ? | | | |
| Levetiracetam | 0 | 0 | | | |
| Pregabalin | 0 | | + | | |

0, pas d'effet; ?, effet possible; +, faible effet bénéfique; ++, effet bénéfique; -, faible effet délétère;
--, effet délétère marqué.

## Références


1. *Kanner AM. When did neurologists and psychiatrists stop talking to each other? Epilepsy Behav 2003; 4; 597-601*
2. *Kwan P, Brodie MJ. Neuropsychological effects of epilepsy and antiepileptic drugs. Lancet 2001; 357: 216-222*
3. *Swinkels WAM, Kuyk J, van Dyck R, Spinhoven P. Psychiatric comorbidity in epilepsy. Epilepsy Behav 2005; 7: 37-50*
4. *Forsgren L. Prevalence of epilepsy in adults in northern Sweden. Epilepsia 1992; 33: 450-458*
5. *Gudmundsson G. Epilepsy in Iceland. A clinical and epidemiological investigation. Acta Neuro Scand 1966; 43: 1-124*
6. *Trostle JA, Hauser WA, Sharbrough FW. Psychologic and social adjustment to epilepsy in Rochester, Minnesota. Neurology 1989; 39: 633-637*
7. *Bazil CW. Comprehensive care of epilepsy patient. Control, comorbidity, and cost. Epilepsia 2004; 45: 3-12*
8. *Gaitatzis A, Trimple MR, Sander JW. The psychiatric comorbidity of epilepsy. Acta Neurol Scand 2004; 110: 207-220*
9. *Victoroff J. DSM-III-R psychiatric diagnoses in candidates for epilepsy surgery: lifetime prevalence. Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol 1994; 7: 87-97*
10. *Altshuler L, Rausch R, Delrahim S et al. Temporal lobe epilepsy, temporal lobectomy, and major depression. J Neuropsychiatry Clin Neurosci 199; 11: 436-443*
11. *Kanner AM, Balabanov A. Depression and epilepsy: how closely related are they? Neurology 2002; 58: 27-39*
12. *Kanner AM. Depression in epilepsy: prevalence, clinical semiology, pathogenic mechanisms, and treatment. Biol Psychiatry 2003; 54: 388-398*
13. *Torta R, Keller R. Behavioral, psychotic, and anxiety disorders in epilepsy: etiology, clinical features, and therapeutic implications. Epilepsia 1999; 40: 2-20*
14. *Lambert MV, Robertson MM. Depression in epilepsy: etiology, phenomenology, and treatment. Epilepsia 1999; 40: 21-47*
15. *Blumer D, Montouris G, Hermann B. Psychiatric morbidity in seizure patients on a neurodiagnostic monitoring unit. J Neuropsychiatric Clin Neurosci 1995; 7: 445-446*
16. *Andreasen NC, Black DW. Introductory Textbook of Psychiatry. Second edition. London: American psychiatric press, inc., 1995: 247-292*
17. *Blumer D. Epilepsy and disorders of mood. In: Smith D, Treiman D, Trimble M (eds): Neurobehavioral Problems in Epilepsy. New York: Raven Press, 1991: 85-196*
18. *Barraclough BM. The suicide rate of epilepsy. Acta Psychiatr Scand 1987; 43: 644-651*
19. *Lhatoo SD, Johnson AL, Goodridge DM et al. Mortality in epilepsy in the first 11 to 14 years after diagnosis: multivariate analysis of a long-term, prospective, population-based cohort. Ann Neurol 2001; 49: 336-344*
20. *Barry JJ, Huynh N, Lembke A. Depression in individuals with epilepsy. Curr Treat Options Neurol 2000; 2: 571-585*
21. *Jacoby A, Baker GA, Steen N et al. The clinical course of epilepsy and its psychosocial correlates: findings from a UK. Community study. Epilepsia*

*1996; 37: 148-161*

22. *Silva W, Giagante B, Saizar R et al. Clinical features and prognosis of nonepileptic seizures in a developing country. Epilepsia 2001: 42: 398-401*
23. *Glosser G, Zwil AS, Glosser DS et al. Psychiatric aspects of temporal lobe epilepsy before and after anterior temporal lobectomy. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2000; 68: 53-58*
24. *Gastaut H, Morin G, Leserve N. Etude du comportement des épileptiques psycho-moteur dans l'intervalle de leurs crises. Ann Medico-Psychol 1955; 113: 1-27*
25. *Waxman SG, Geschwind N. The interictal behaviour syndrome of temporal lobe epilepsy. Arch Gen Psychiatry 1975; 32: 1580-1586*
26. *Koch-Stoecker S. Antipsychotic drugs and epilepsy: indications and treatment guidelines. Epilepsia 2002; 43: 19-24*
27. *Sachdev P. Schizophrenia-like psychosis and epilepsy: the status of the association. Am J Psychiatry 1998; 155: 325-336*
28. *Umbright D, Degreef G, Barr WB et al. Postictal and chronic psychoses in patients with temporal lobe epilepsy. Am J Psychiatry 1995; 152: 224-231*
29. *Trimble MR, Ring HA, Schmitz B. Epilepsy. In: Fogel BS, Schiffer RB, Rao SM (eds): Synopsis of Neuropsychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2000: 469-489*
30. *Leinonen E, Tuunainen A, Lepola U. Postoperative psychoses in epileptic patients after temporal lobectomy. Acta Neurol Scand 1994; 90: 394-399*
31. *Aubry JM, Ferrero F, Schaad N. Pharmacothérapie des troubles bipolaires. Paris : Editions Médecines et hygiène, 2004 : 56-113*
32. *Lehrner J, Kalchmayr R, Serles W et al. Health-related quality of life (HRQOL), activity of daily living (ADL) and depressive mood disorder in temporal lobe epilepsy patients. Seizure 1999; 8: 88-92*

***Correspondance à:***
***Dr. Thomas Will***
***Psychiatre, psychothérapeute FMH***
***Hôpitaux Universitaires de Genève***
***Département de psychiatrie***
***Service d'accueil, d'urgence et de liaison psychiatrique***
***Rue Micheli-du-Crest 24***
***CH 1211 Genève***
***Tél. 0041 22 372 33 11 bip 6859924***
***thomas.will@hcuge.ch***