

L'électroencéphalogramme est-il nuisible à la santé ?

Is EEG bad for your health?

^aHôpitaux pédiatriques de Nice CHU-Lenval, 57, avenue de la Californie, 06200 Nice, France

^bService de neurologie et unité d'épileptologie, hôpital Pasteur, 30, Voie Romaine 06002 Nice, France

^cUniversity of South Florida & Tampa General Hospital, 2 Tampa General Circle, Tampa, FL 33606, États-Unis

S. Thümmeler^a

P. Thomas^b

S. Benbadis^c

INTRODUCTION ET POSITION DU PROBLÈME

La surinterprétation de tracés électroencéphalographiques (EEG) normaux reste un problème fréquent en neurologie. Ce travail propose une revue de ce problème et de ses conséquences, appliquée à la problématique des épilepsies.

Un certain nombre de patients reçoivent couramment un ou plusieurs traitements antiépileptiques sans que le diagnostic d'épilepsie puisse être formellement établi. Dans les services spécialisés en épileptologie, le diagnostic d'épilepsie ne peut être formellement retenu chez 20 à 40 % des patients adressés pour enregistrement vidéo-EEG de longue durée (Benbadis et al., 2004 ; Scheepers et al., 1998 ; Smith et al., 1999 ; Uldall et al., 2006). Il s'agit pourtant d'un diagnostic dont les implications sont cruciales dans la vie quotidienne. Un diagnostic d'épilepsie par excès a en fait des conséquences plus graves qu'un sous-diagnostic d'épilepsie (Engel, 1984), avec habituellement des répercussions importantes sur la vie quotidienne des patients, alors qu'un délai diagnostique supplémentaire en cas d'épilepsie authentique entraîne rarement des conséquences graves (Chadwick, 1990). Un diagnostic par excès d'épilepsie peut entraîner des conséquences médico-légales et engager la responsabilité du médecin (White, 2001).

La valeur diagnostique de l'EEG standard n'est pas parfaitement appréhendée par

un grand nombre de médecins. L'EEG est souvent demandé pour affirmer ou exclure le diagnostic d'épilepsie. Ce diagnostic repose cependant et presque exclusivement sur les données de la clinique. Un facteur majeur qui contribue aux erreurs diagnostiques est la tendance à la surinterprétation de l'EEG. Elle concerne aussi bien les examens EEG normaux que les examens EEG anormaux (Benbadis et Tatum, 2003). Le diagnostic par excès d'épilepsie repose dans certains cas uniquement sur un tracé EEG interprété comme « anormal », ce qui est source de conséquences parfois défavorables pour le patient (Chadwick, 1990). L'erreur la plus fréquente (Panayiotopoulos, 2005), est d'interpréter l'EEG en dehors de tout contexte clinique.

QUELQUES EXEMPLES PERTINENTS

Cas 1

Une adolescente de 14 ans est adressée pour deuxième avis après diagnostic d'« épilepsie avec myoclonies palpébrales » avec « pointes-ondes généralisées lors de l'hyperpnée ». Un traitement par lamotrigine est déjà instauré. En fait, lors du contrôle en vidéo-EEG brève, on observe une importante hypersynchronie lente labile lors de l'hyperpnée avec ondes lentes parfois encochées mais sans rupture de rythme et un tic oculo-palpébral enregistré à plusieurs reprises comme artefact oculo-graphique, tic

Mots clés

EEG
Surinterprétation
Épilepsie
Diagnostic

Keywords

EEG
Overinterpretation
Epilepsy
Diagnosis

Auteur correspondant.

S. Benbadis,

University of South Florida & Tampa General Hospital, 2 Tampa General Circle, Tampa, FL 33606, États-Unis.

Adresse e-mail :

sbenbadi@health.usf.edu

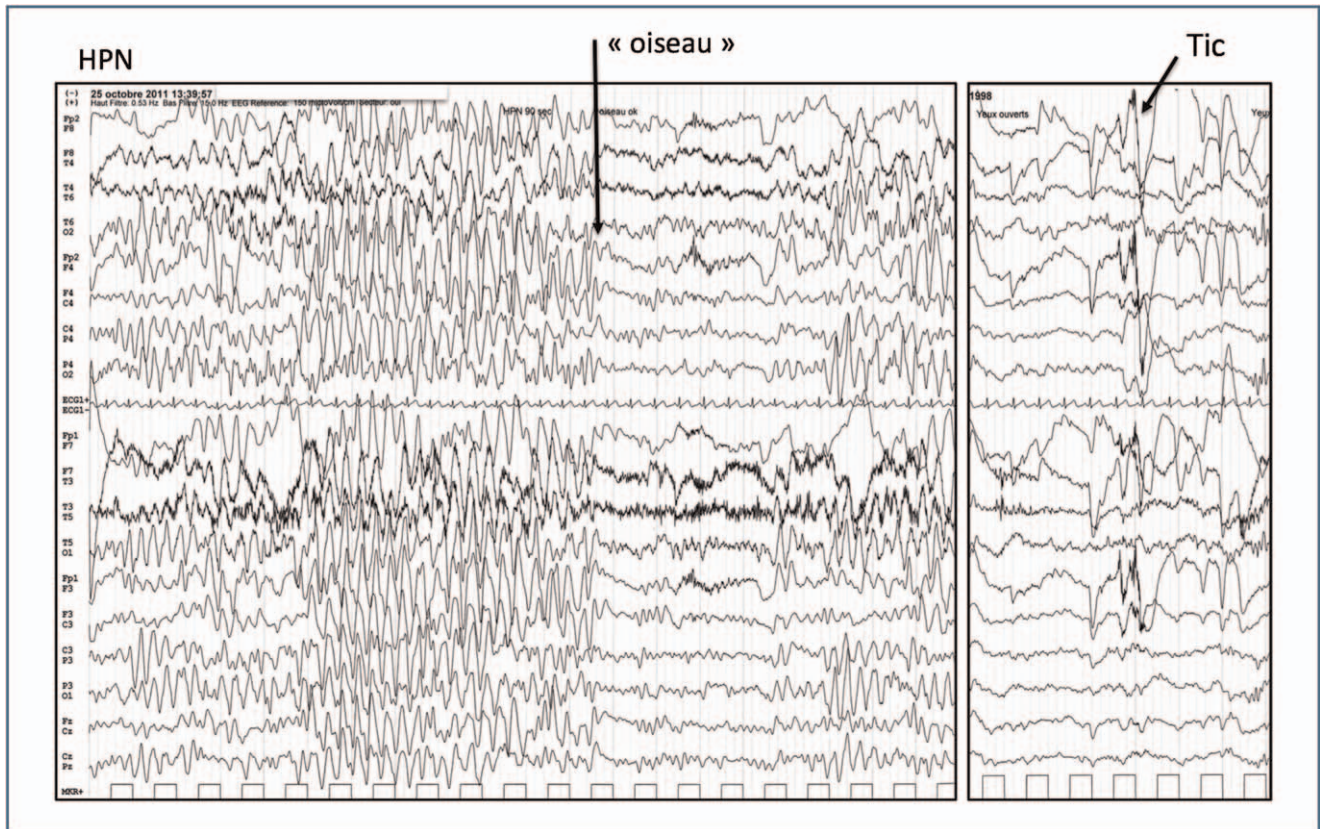


Figure 1. Adolescente de 14 ans avec diagnostic erroné d'épilepsie avec myoclonies palpébrales. L'EEG montre en fait une hypersynchronie lente labile lors de l'hyperpnée (le technicien prononce « oiseau ») et un artefact oculographique contemporain d'un tic oculo-palpébral. (P. Thomas)

formellement reconnu par l'entourage comme étant le mouvement anormal signifiant (Fig. 1). Il n'y a aucun argument en faveur d'une épilepsie.

Cas 2

Une jeune femme de 19 ans a présenté un épisode syncopal orthostatique dans un contexte d'asthénie et de dette de sommeil. L'EEG enregistre une activité rythmique bitemporale prédominant à droite. Deux IRMs sont normales. Le diagnostic d'épilepsie partielle cryptogénique temporale droite est posé. L'EEG lors des consultations ultérieures enregistre toujours les mêmes décharges, qui ne s'accompagnent d'aucun symptôme clinique. Les décharges, de longue durée, comportent des éléments rythmiques thêta régulièrement encochés, ne réagissant pas aux ouvertures oculaires, diffusant des régions temporales droites vers les régions homologues à gauche (Fig. 2). Aucun symptôme clinique n'est observé lors de ces activités, même lors de tests neuropsychologiques relativement complexes (soustractions sérielles de 7 en 7 à partir de 100). Le diagnostic de décharges rythmiques temporales

moyennes est alors retenu, activité paroxystique physiologique inhabituelle particulièrement déroutante, mais sans aucun caractère pathologique.

Cas 3

Une jeune femme de 20 ans consulte pour des épisodes convulsifs répétés survenus depuis environ deux ans. Les malaises surviennent actuellement une à deux fois par semaine. Ils s'accompagnent d'une rupture de contact qui dure 45 minutes. Le diagnostic initial a été celui de syncope, car un test d'inclinaison a été positif. Secondairement, la persistance des malaises a conduit au diagnostic d'épilepsie. La patiente est en échec thérapeutique : deux traitements antiépileptiques (lamotrigine et topiramate) ainsi qu'un traitement contre l'hypotension orthostatique (midodrine) sont inefficaces. Pendant les épisodes, la patiente est décrite comme confuse et désorientée, puis surviennent des manifestations « convulsives avec chute et hypertonie. Le diagnostic d'épilepsie a été étayé par un EEG qui enregistre une « crise temporale droite (Fig. 3 A). Finalement, un épisode typique est documenté en vidéo-EEG qui établit

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3087381>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3087381>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)