



INTRODUCTION

Les crises épileptiques d'origine mésiotemporale et frontale peuvent se traduire cliniquement par une sensation d'angoisse avec des palpitations et tachycardie. Ces crises peuvent parfois être difficiles à distinguer d'épisodes d'attaques de panique, sur la base de leur description par les patients ou leur entourage, d'autant plus que dans les deux cas ces manifestations sont répétitives et que l'EEG de routine est souvent normal. Souvent, seul un monitoring vidéo-EEG est discriminant. Nous rapportons dans ce travail les caractéristiques électro-cliniques de 3 patients dont le diagnostic a été redressé vers une épilepsie chez 2 et vers un trouble panique chez l'autre.

DESCRIPTION DU CAS

1^{er} cas: M.A, 34 ans, souffrant d'épisodes brefs de peur et d'une sensation d'étouffement depuis son enfance et traitée pour des attaques de panique sans succès. Ultérieurement, elle a développé des paresthésies des membres inférieurs en tant que prodromes. Lors d'un épisode évoquant une crise généralisée, un EEG a révélé des anomalies paroxystiques bitemporales. Par conséquent, elle a été mise sous traitement par lamotrigine avec une bonne réponse thérapeutique.

2^{ème} cas: M.W, âgée de 23 ans, sans antécédents médicaux particuliers, elle a commencé à présenter à l'âge de 16 ans, des épisodes caractérisés par des palpitations, une sensation d'étouffement, une gêne thoracique, associées à une possible perte de conscience et une amnésie post-critique, souvent déclenchés par des situations de contrariété ou de stress. Malgré un traitement par ISRS, les épisodes ont persisté, justifiant ainsi la réalisation d'un EEG qui a révélé des anomalies épileptiques paroxystiques généralisées.

3^{ème} cas: C.S, âgé de 38 ans, pilote de profession, a commencé à présenter des épisodes de terreurs nocturnes et d'oppression thoracique à l'âge de 34 ans, initialement considérés comme des crises épileptiques frontales et traitées en conséquence. Cependant, en raison de l'absence d'amélioration sous traitement antiépileptique, un EEG et une IRM cérébrale ont été réalisés et sont revenus normaux. Une vidéo EEG a enregistré des épisodes authentiques sans anomalies épileptiques concomitantes, entraînant ainsi un réajustement du diagnostic vers des attaques de panique ou des troubles du sommeil. Une polysomnographie et une consultation psychiatrique sont prévues.

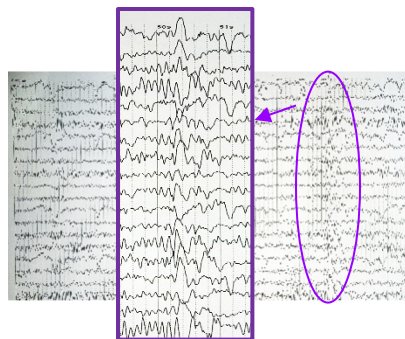


Figure 1: Tracé EEG du cas N°2 montrant des anomalies paroxystiques généralisées type PO sur un rythme de fond normal

RÉFÉRENCES

1. American Psychiatric Association, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed, Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425996.744053>.
2. Kanner AM. Ictal panic and interictal panic attacks: Diagnostic and therapeutic principles. *NeuroClin* 2011; 29:160-75. <https://doi.org/10.1016/j.neuclin.2010.11.002>.
3. Tobias M, Redeker, Huang Jiang-Muawse, Christian Brandt. Panic disorder in epilepsy. *Epilepsy & Behavior Reports* 25 (2024) 106646.
4. Kulkarni, K. O., Schneider, J. R., Rahmo, R., Pranam, R., Cheng, D., & Brodsky, J. A. (2018). Lesional Temporal Lobe Epilepsy: Beware the Decaf! "Panic Attack". *World Neurosurgery*, 111, 197-200. [doi:10.1016/j.wneu.2017.12.124](https://doi.org/10.1016/j.wneu.2017.12.124).
5. Mounss, M., Jarry, J., Kersch, P., & Schürhoff, F. (2011). *Attaques de panique ou crises partielles temporales ? Une discussion à propos d'un cas.* *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 119(6), 392-397. [doi:10.1016/j.amp.2011.05.003](https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.05.003).
6. Devinsky O, Sato S, Theodore WH, Porter RJ. Fear episodes due to limbic seizures with normal ictal scalp EEG: a subdural electrographic study. *J Clin Psychiatry* 1989;50:28-34.
7. Johnson AL, McLach AC, Shear PK, Privitera M. Panic and epilepsy in adults: A systematic review. *Epilepsy Behav* 2018;85:115-9. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2018.06.001>.

DISCUSSION

Le DSM-V définit l'attaque de panique comme une période bien délimitée de crainte ou de malaise intense, au cours de laquelle au moins 4 des 13 symptômes se manifestent de manière brutale et atteignent leur pic en moins de 10 minutes. (Figure 2) (1) Ces symptômes peuvent être les seuls signes de certaines crises, telles que les crises épileptiques focales temporales ou frontales, parfois mal diagnostiquées avant l'apparition de crises généralisées, comme chez notre première patiente.

Lorsque le diagnostic différentiel entre les crises épileptiques et les attaques de panique est posé, des éléments de l'anamnèse peuvent orienter le diagnostic. (Tableau 1) (1,2,3)

Il est important de noter que jusqu'à 20 % des patients, en particulier dans le cas de l'épilepsie temporelle, ont un EEG normal, ce qui souligne l'importance de répéter les EEG de surface ou de recourir à un EEG vidéo de 24H ou 48H. (4) Devinsky et al. ont rapporté 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 temporal inféro-interne droit. (5,6)

Les cas rapportés dans la littérature mettent en évidence le lien anatomique et fonctionnel entre les crises temporales internes et le trouble panique. Le complexe amygdalo-hippocampique joue un rôle central dans les deux situations cliniques, bien qu'elles soient dues à des processus physiopathologiques distincts. (5)

Enfin, il est important de noter que la comorbidité entre les épilepsies temporales et le trouble panique ne peut être exclue en raison de leur fréquence relative. Les personnes atteintes d'épilepsie (PAE) présentent une prévalence significativement plus élevée de troubles anxieux (20,2%). (3)

Comme l'a montré la revue de Johnson et al. (7) les taux de prévalence du trouble panique étaient 2 à 3 fois plus élevés parmi les PAE par rapport aux témoins. Ces résultats soulignent l'importance d'un diagnostic et d'une prise en charge attentifs du trouble panique et de l'épilepsie.

- Palpitations, pounding heart, or accelerated heart rate.
- Sweating.
- Trembling or shaking.
- Sensations of shortness of breath or smothering.
- Feelings of choking.
- Chest pain or discomfort.
- Nausea or abdominal distress.
- Feeling dizzy, unsteady, light-headed, or faint.
- Chills or heat sensations.
- Paresthesia.
- Derealization/depersonalization.
- Fear of losing control or "going crazy."
- Fear of dying.

Figure 2: Diagnostic criteria of panic disorder in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5) (1)

	Les attaques de panique	La panique ictale
Intensité de l'épisode	Peur de catastrophe imminente	Intensité plus légère
Durée	Jusqu'à 30 minutes	Courte : de 0,5 à 2 minutes
Moment de survenue au cours de la journée	Caractère diurne exclusif	Caractère diurne ou nocturne
Sensibilité aux traitements	Réponse aux antidépresseurs et aux anxiolytiques	Réponse aux anticonvulsifs

Tableau 1: Eléments distinctifs par l'anamnèse entre les attaques de panique et les crises épileptiques (1,2,3)

CONCLUSION

On ne peut pas exclure la comorbidité entre l'épilepsie et le trouble panique. Cependant, leur distinction est très subtile à opérer. Souvent, seul un monitoring EEG est discriminant. Ainsi, la persistance de troubles paniques en dépit d'un traitement adéquat ou de présentations atypiques souligne l'importance cruciale de recourir à l'enregistrement vidéo-EEG des crises, afin de permettre une distinction précise entre les deux entités et ainsi guider efficacement le choix thérapeutique.