

Épilepsies : prescrire, opérer ou stimuler ?

Pr. François Mauguière
Service de Neurologie Fonctionnelle et d'Épileptologie.
Hôpital Neurologique Lyon

Trois évolutions ont modifié les habitudes thérapeutiques en épileptologie au cours des dix dernières années :

- 1) La mise sur le marché d'une dizaine de nouvelles molécules qui ont toutes un effet démontré dans les épilepsies partielles selon les critères utilisés dans les essais thérapeutiques, où sont classés comme « répondeurs » les patients dont la fréquence des crises est diminuée de 50% ou plus dans les essais prospectifs contrôlés. Trois d'entre elles sont reconnues actives dans les épilepsies généralisées (Lamotrigine, Topiramate, Levetiracetam).
- 2) Le bond en avant de la chirurgie des épilepsies partielles pharmacorésistantes dont les critères de définition ont fait l'objet d'un consensus en 2004, et l'utilisation de la radiochirurgie stéréotaxique dans les épilepsies de la face interne du lobe temporal.
- 3) La validation de traitements palliatifs des épilepsies non éligibles pour un traitement chirurgical, au premier rang desquels s'inscrit la stimulation intermittente du nerf vague.

Le praticien doit retenir de tout cela les informations suivantes :

- 1) Les règles de prescription d'un traitement antiépileptique restent intangibles. Seul le diagnostic positif d'épilepsie autorise la mise en route d'un traitement antiépileptique et, si possible, un diagnostic syndromique entre épilepsies partielles et généralisées où l'EEG garde un rôle clé, doit être établi avant le choix d'une molécule.
- 2) Les essais contrôlés ne permettent pas d'affirmer une meilleure efficacité des nouvelles molécules sur celles les plus couramment prescrites (Carbamazépine, Valproate de Sodium).
- 3) Les nouvelles molécules sont globalement mieux supportées et ne nécessitent pas de surveillance biologique, en sachant que, pour certaines d'entre elles, le recul n'est que de quelques années.
- 4) Les épilepsies du lobe temporal pharmacorésistantes sont a priori éligibles pour un traitement chirurgical avec un taux de guérison des crises supérieur à 80%. La radiochirurgie stéréotaxique ne s'applique qu'aux épilepsies de la face interne du lobe temporal.
- 5) La précocité de l'intervention est un facteur prédictif d'un retour à une vie normale après guérison des crises.
- 6) La stimulation vagale est une mesure palliative dans les épilepsies pharmacorésistantes non opérables, en particulier lorsque les crises comportent des chutes traumatiques.

Références :

- Anaes. Conférence de consensus sur la prise en charge des épilepsies pharmacorésistantes. Rev. Neurol. 2004, Hors série
- Montavont A, Demarquay G, Ryvlin P, Rabilloud M, Guénot M, Ostrowsky K, Isnard J, Fischer C, Mauguière F. Efficacité de la Stimulation intermittente du Nerf Vague (SNV) dans les épilepsies pharmacorésistantes non chirurgicales de l'adolescent et de l'adulte. Revue Neurologique Dec 2007 (in press)
- Régis J, Rey M, Bartolomei F, Vladyka V, Liscak R, Schrottner O, Pendl G. Gamma knife surgery in mesial temporal lobe epilepsy: a prospective multicenter study. Epilepsia. 2004 May;45(5):504-15.
- Semah F, Picot MC, Derambure P, Dupont S, Vercueil L, Chassagnon S, Marchal C, Thomas P, Ryvlin P. The choice of antiepileptic drugs in newly diagnosed epilepsy: a national French survey. Epileptic Disord. 2004 Dec;6(4):255-65.