



La prise en charge des patients souffrant d'épilepsie a évolué sur plusieurs aspects ces dernières années

PD Dr JAN NOVY et Pr MARGITTA SEECK

Articles publiés sous la direction de

JAN NOVY

Unité d'épileptologie,
Service de neurologie
CHUV, Lausanne

MARGITTA SEECK

Unité d'épileptologie,
Service de neurologie
HUG, Genève

La définition même de la maladie a été mise à jour pour permettre le traitement des patients à haut risque de récurrence, ceci directement après la première crise. La nouvelle définition garde l'aspect pragmatique de la définition originale (deux crises épileptiques non provoquées), mais les examens paracliniques (imagerie et EEG) permettent de détecter précocement les patients à risque de récurrence après une première crise. En effet, la présence d'anomalies épileptiformes à l'EEG et/ou d'une anomalie structurale (notamment dans les régions corticales) est associée avec un risque de récurrence similaire à celui observé après deux crises non traitées et pose ainsi l'indication à un traitement précoce.

L'évolution du traitement médical est marquée par la multiplication des médicaments antiépileptiques (plus de 20) que le clinicien a maintenant à sa disposition. Les médicaments de nouvelle génération (la lamotrigine et le lévétiracétam étant les plus prescrits) ont amélioré la tolérance de la thérapie, qui est aussi plus facile à utiliser avec moins d'interactions médicamenteuses. Ces traitements n'ont néanmoins pas modifié le devenir des patients sur le plan du contrôle des crises, avec une proportion de patients résistants à la thérapie qui reste stable. Certains de ces nouveaux médicaments, comme les dérivés du cannabis, ont bénéficié récemment d'une couverture médiatique importante alors que leur efficacité reste encore largement à prouver en dehors de certaines situations bien particulières. Cette multiplication des options

médicamenteuses amène également le risque de continuer à essayer inutilement de nouvelles combinaisons de médicaments chez des patients manifestement résistants aux médicaments. En effet, le recours à la chirurgie de l'épilepsie est globalement trop tardif et la présence d'autres traitements «qu'on n'a pas encore essayés» risque d'allonger encore ce délai. Le risque de mortalité subite dans l'épilepsie doit aussi être une motivation pour ne pas accepter une épilepsie non contrôlée (surtout si les crises convulsives

LE RECOURS À LA CHIRURGIE DE L'ÉPILEPSIE EST GLOBALEMENT TROP TARDIF

persistent) avant d'avoir exploré toutes les possibilités de traitement et en particulier la chirurgie. La large palette de médicaments disponibles devrait être davantage vue comme l'opportunité de personnaliser le traitement médicamenteux en fonction des besoins des patients. Il est en effet démontré qu'un traitement chirurgical effectué précocement (lorsque les deux premières lignes de traitement médicamenteux ont échoué) si une opération est possible, est associé à un meilleur pronostic que la poursuite d'un traitement médical uniquement. La conduite automobile est souvent aussi un problème épineux : un traitement efficace, médicamenteux ou chirurgical, permet de reprendre la conduite pour la plupart des véhicules – ce qui améliore incontestablement la qualité de vie de nos patients.

Ce numéro de la *Revue médicale suisse* se fait le relais de la journée de formation annuelle en neurologie qui a eu lieu à Genève en décembre dernier.