



LA CHIRURGIE DE L'ÉPILEPSIE

Dans certains cas d'épilepsie sévère, un traitement chirurgical peut être proposé. Il s'agit d'enlever la zone du cerveau à l'origine des crises. On peut alors espérer la diminution voire la disparition des crises.

> Pour qui ?

Tous les patients avec épilepsie ne sont pas candidats à la chirurgie. Il faut que l'épilepsie soit suffisamment gênante au quotidien, que le patient soit bien informé et motivé par la chirurgie, et que la zone à l'origine des crises soit opérable. Seules les épilepsies focales (c'est à dire quand les crises naissent dans une partie précise du cerveau) et pharmaco-résistantes (c'est à dire quand les crises persistent malgré le traitement médicamenteux) sont susceptibles d'être opérées. Il est cependant important de ne pas trop attendre notamment quand une solution chirurgicale semble facilement accessible.

> Quel bilan ?

Un bilan complet est nécessaire pour savoir si l'épilepsie est opérable. Le chirurgien a en effet besoin de savoir précisément où est située la zone du cerveau qu'il doit enlever et quel est son rôle dans le fonctionnement cérébral.

Le bilan comporte différents examens :

- l'enregistrement des crises en VidéoEEG,
- des examens d'imagerie par IRM cérébrale et PET Scan,
- un bilan neuropsychologique.

D'autres examens peuvent être réalisés (MagnétoEncéphalographie, EEG Haute Résolution, scintigraphie cérébrale...).

Dans certains cas difficiles, il peut être nécessaire, pour avoir des informations

plus précises, de réaliser un enregistrement des crises avec des électrodes implantées directement dans le cerveau : c'est l'exploration intracérébrale en SEEG.

A l'issue du bilan, l'ensemble du dossier est revu par les neurologues et les neurochirurgiens et il est alors décidé si une opération est envisageable ou non.

> Quelle opération ?

Différents gestes opératoires peuvent être réalisés pour enlever la zone à l'origine des crises :

- Une lésionectomie : cela consiste à enlever une éventuelle lésion observée aux examens d'imagerie et à l'origine des crises
- Une chirurgie standardisée par lobectomie temporale antérieure : il s'agit d'une opération classique où on enlève la partie antérieure du lobe temporal dans l'épilepsie temporelle
- Une chirurgie à façon : il s'agit d'une chirurgie sur mesure, individuelle à chaque patient, définie selon les données du bilan
- Lorsque une chirurgie est envisagée dans une région fonctionnelle importante, une chirurgie en condition éveillée pourra être proposée, c'est-à-dire que le patient sera réveillé pendant l'opération pour tester une fonction qui pourrait être touchée par l'opération. Par exemple, si la zone à enlever est proche de la région du langage, on peut être amené à réveiller le patient pendant l'opération pour le faire parler pour être sûr de ne pas abîmer cette fonction. Puis le patient est rendormi et la chirurgie se termine comme habituellement.
- Dans certains cas, il sera possible de proposer une chirurgie par laser guidée par l'imagerie (Voir fiche correspondante).



1 La décision finale

Les patients sont vus en consultation avant l'opération par le neurologue, le chirurgien et l'anesthésiste. Il est souhaitable que le patient soit accompagné d'une personne de confiance pendant les consultations. Les conclusions du bilan sont alors rapportées, la proposition de chirurgie est faite en expliquant comment se déroule l'opération, quelles sont les attentes et les risques. Dans certains centres, les patients sont accompagnés dans leur bilan, avant et après la chirurgie par des infirmières d'éducation thérapeutique spécialisée en épilepsie, pour les aider à bien se préparer à la chirurgie et à l'après-chirurgie.

Qu'attendre de la chirurgie ?

> Les chances d'arrêt des crises après l'opération

La guérison n'est pas certaine à 100%. En effet il n'est pas possible d'assurer de manière certaine que l'épilepsie sera guérie après l'opération et dans certains cas les crises peuvent persister malgré la chirurgie. En général, selon les situations, une guérison peut être envisagé dans 50 à 90% des cas

> Que devient le traitement antiépileptique ?

Il est bien précisé que le traitement antiépileptique devra être poursuivi à l'identique après l'opération et au moins jusqu'à la consultation de suivi avec le

neurologue. Il sera éventuellement diminué après plusieurs mois si les crises disparaissent mais toujours après l'avis du neurologue.

> Quels sont les risques ?

Les risques sont abordés lors de ces consultations car toute opération du cerveau peut comporter des risques. Les complications sont rares (environ 5%) mais peuvent être graves, comporter des séquelles, voire de manière exceptionnelle aboutir à un décès. Parfois le risque de complications est trop important et la chirurgie n'est alors pas possible.

- Risques liés à l'anesthésie
- Risque liés à une complication inattendue : une infection (méningite), une hémorragie, un accident vasculaire...
- Risques liés à la zone à opérer : si cette zone est proche d'une aire fonctionnelle, comme le langage, la motricité, la mémoire... la résection de cette zone peut être dangereuse et peut entraîner un déficit au réveil. Cela est alors expliqué au patient.

Après avoir recueilli toutes ses informations, le patient donnera éventuellement son consentement à l'opération. Il peut prendre tout le temps de réflexion nécessaire. C'est bien évidemment le patient seul qui décidera s'il souhaite être opéré et il peut tout à fait refuser l'opération.

2 En pratique

Le patient est hospitalisé la veille de l'opération en neurochirurgie ou parfois le matin même. L'intervention se fait sous anesthésie générale et dure plusieurs heures. Après le réveil, le patient est hospitalisé quelques heures aux soins continus ou directement en service de neurochirurgie ou de neurologie. La douleur est prise en charge et il est réalisé quotidiennement une surveillance de l'état général, de la température, de la cicatrice.

Le traitement antiépileptique devra être poursuivi à l'identique après l'opération et au moins jusqu'à la consultation de suivi avec le neurologue. L'hospitalisation dure une dizaine de jours. La sortie se fait après l'ablation des fils de la cicatrice, le plus souvent avec retour à domicile et arrêt de travail de plusieurs mois. Le suivi ultérieur est ensuite organisé avec consultations, EEG et IRM de contrôle dans les mois suivants.

