

hippocampique, EEG concordant avec les décharges épileptiques, SPECT interictal montrant une hypo-activité métabolique du côté affecté, et l'étude neuropsychologique (dominance du langage et de la mémoire verbale ou visuelle). Target radiochirurgical : amygdalo-hippocampectomie sélective. Dose prescrite : 18 Gy avec le collimateur micro-multilames (Novalis, Brain-Lab), moyenne de volume cible : 8,2 cm<sup>3</sup> (5,5-13,2 cm<sup>3</sup>). Le nombre de crises a été contrôlé dans le suivi. Tous les patients ont continué les médicaments anti-épileptiques.

**Résultats ou Cas rapporté.** Le suivi à 12 mois après traitement a montré un taux de réduction des crises de 93 % (84-100) : 1 patient sans crises et sans aura, 1 patient sans crises et avec auras occasionnelles, et 3 cas avec réduction très marquée du nombre de crises. Le lobe temporale gauche (dominant) a été traité dans 4/5 cas. Aucun trouble mnésique ou aphasique n'a été observé. Une période d'aggravation du nombre des crises est à prévoir entre le 4<sup>e</sup> et le 8<sup>e</sup> mois, suivie d'une amélioration progressive, jusqu'à la disparition des crises vers le 12<sup>e</sup> mois. L'EEG s'est normalisé dans un cas, et le SPECT dans un autre cas. Un patient a montré un hypersignal en T2.

**Conclusion.** Les résultats préliminaires à 1 an de suivi nous montrent une effet radio-chirurgical curatif ou d'amélioration très important du nombre de crises. Une période d'observation plus longue est nécessaire pour en tirer des conclusions.

### Neuromodulation antalgique pour douleur chronique pariétale après cure chirurgicale d'éventration

Fransen P., Deltell A.

Services de Neurochirurgie et d'Anesthésie, Centre Hospitalier Iris-Sud, Etterbeek/Ixelles, Bruxelles, Belgique.

**Introduction.** La chirurgie des hernies inguinales ou des éventrations peut être compliquée par des douleurs post-opératoires chroniques, souvent contrôlées par des antalgiques simples, mais parfois réfractaires. La neuromodulation étant efficace dans d'autres douleurs neuropathiques, nous avons postulé qu'elle pourrait servir dans ces indications et rapportons le premier cas de neurostimulation épidurale antalgique pour douleur chronique sur cure d'éventration.

**Matériel-Méthode.** Un patient de 33 ans opéré 5 ans auparavant d'éventration (mise en place de filet) a présenté des douleurs pariétales croissantes, puis permanentes, avec hyperesthésie à distance de la cicatrice. Les traitements oraux ont été inefficaces. Seule la neurostimulation transépidermique (NSTE) locale soulageait les douleurs. Une électrode épidurale temporaire a été placée en D7-D8, permettant une amélioration du mal de 70 %. Après 6 semaines-test, l'internalisation définitive a été décidée. Les 70 % de soulagement restent acquis après plus de 6 mois. Le patient ne prend plus d'antalgiques.

**Résultats ou Cas rapporté.** La chirurgie des hernies inguinales est compliquée par 5 à 30 % de douleurs pariétales chroniques (lésions per-opératoires des nerfs pariétaux ?). Ici, une douleur neuropathique a été envisagée devant l'inefficacité des traitements conventionnels, en l'absence de complication post-opératoire. Nous avons postulé qu'un essai thérapeutique par NSTE pouvait être prédictif. La stimulation épidurale médullaire antalgique a été également choisie, à la suite de publications de douleur abdominale contrôlée par neurostimulation et par analogie avec d'autres douleurs neuropathiques.

**Conclusion.** Nous rapportons un cas de cure d'éventration compliquée de douleurs pariétales abdominales réfractaires. Seule la neurostimulation épidurale antalgique a permis de contrôler les douleurs. Nous suggérons que, pour des patients sélectionnés, après élimination de complications locales, en cas d'échec des antalgiques conventionnels, si l'évaluation psychiatrique est satisfaisante et si la NSTE est efficace, la neurostimulation épidurale pourrait constituer un traitement antalgique intéressant. Il s'agit du premier rapport de neurostimulation pour douleurs chroniques après chirurgie de la paroi abdominale.

### Stimulation cérébrale profonde et déplacement d'électrode : évaluation à moyen terme

Caire F., Coste J., Gabrillargues J., Chabert E., Claise B., Derost P., Durif F., Lemaire J.J.

Hôpital Gabriel-Montpied, Clermont-Ferrand, France.

**Introduction.** Un éventuel déplacement des électrodes de stimulation cérébrale profonde (DBS), à distance de l'implantation, est évoqué pour expliquer certaines discordances entre effets bénéfiques per-opératoires et en stimulation chronique. Nous avons évalué ce déplacement en nous appuyant sur des données d'IRM post-opératoires tardives.

**Matériel-Méthode.** Neuf patients ayant bénéficié de la mise en place bilatérale d'électrodes DBS pour maladie de Parkinson idiopathique sévère avec de bons résultats cliniques (amélioration motrice > 60 %) ont été inclus. Nous nous sommes intéressés aux contacts utilisés en stimulation chronique (contacts effectifs, stimulation monopolaire). Les positions initiales de ces contacts (n = 18) ainsi que des électrodes (n = 18) ont été déterminées à partir de clichés téléradiographiques de fin de procédure (électrodes fixées, cadre en place) et projetées (correspondance stéréotaxique) sur l'IRM pré-opératoire stéréotaxique (pondération T2, cadre en place). Une IRM réalisée à distance (pondération T1, délai de 6 à 12 mois) a été mise en correspondance avec l'IRM pré-opératoire (algorithme d'optimisation de voxel à voxel). Pour chacun des contacts effectifs, nous avons mesuré la distance entre le centre du contact identifié en radiographie et projeté sur l'IRM pré-opératoire et celui déterminé à partir de l'artefact sur l'IRM à distance (dc).

**Résultats ou Cas rapporté.** Dans tous les cas, la position de l'électrode, relevée sur les clichés téléradiographiques, était située dans les limites de l'artefact de l'électrode sur l'IRM tardive. La distance moyenne entre les positions initiales et tardives des centres des contacts (dc) était de 1,3 mm (± 0,5 mm).

**Conclusion.** En prenant en compte les différentes incertitudes liées aux modes de recueil des coordonnées (téléradiographie et IRM), nos résultats ne semblent pas montrer de différence significative entre la position initiale des contacts effectifs et celle mesurée tardivement. Ces résultats sont discutés en fonction des données de la littérature.