

RECH & RECHES

ET PERSPECTIVES

LA LETTRE D'INFORMATION DE LA FONDATION FRANÇAISE POUR LA RECHERCHE SUR L'ÉPILEPSIE

EDITORIAL

Comment pourrait-on ignorer l'attente des personnes souffrant d'épilepsie de nouvelles découvertes dans la compréhension et le traitement de leur maladie ?

Pourtant nous ne pouvons boudier notre joie devant les nombreux événements positifs de cette année, même, et nous le savons bien, s'il reste encore beaucoup à faire.

Parmi ceux-ci :

> **Une conférence de consensus sur la prise en charge des EPPR***, s'est tenue du 3 au 4 mars à l'UNESCO à Paris. Elle avait pour promoteur la Fédération Française de Neurologie et la Ligue Française contre l'épilepsie. Elle s'est déroulée selon les méthodes de l'ANAES**, de nombreuses sociétés savantes et associations de patients dont la FFRE y étaient associées. 29 experts ont éclairé ce travail à la lumière de leur expérience professionnelle.

> L'inauguration de l'**Institut de neurologie de la Méditerranée (INMED)**. Centre de recherche et de formation de l'INSERM, a eu lieu en septembre. Il regroupe les multiples facettes du métier de chercheurs.

Il est tout particulièrement dédié, sous la houlette du Professeur Yézékiel Ben Ari, à la recherche sur l'épilepsie. Les travaux de Christophe Bernard, Directeur de Recherche à l'INMED et de ses collaborateurs, ont été publiés dans la prestigieuse revue américaine "*Sciences*". Ils ouvrent de nouvelles voies de recherche sur l'épilepsie.

> **Une étude des troubles cognitifs** chez l'enfant de 3 ans à 16 ans atteints d'épilepsie et de leurs conséquences en terme de qualité de vie a été retenue par la Direction Générale de la Santé qui lui attribue une subvention partielle. Cette étude est coordonnée par les Docteurs Georges Dellatolas et Christine Bulteau.

> Pour tous enfin, malades et familles à côté des médecins et des chercheurs, les **Journées Nationales de l'Epilepsie**, en octobre, organisées par toutes les associations concernées, permettront pour la 3^{ème} année, de rappeler que si l'épilepsie est multiforme, ses conséquences sur la vie de ceux qui en sont atteints le sont aussi.

Claire Cachera, Secrétaire Général

*EPPR : Epilepsies Partielles Pharmacorésistantes

** ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé



DOSSIER

Quelles indications chirurgicales chez l'enfant ?

Une interview du Dr Olivier Delalande, Fondation Rothschild



Dans le domaine des épilepsies de l'enfant, quelles sont celles qui nécessitent un geste chirurgical et à quel âge? Comment les repérer et avec quels moyens d'investigation ? Quelles sont les techniques employées ? Sont-elles curatives ou palliatives ? Quels en sont les risques, les bénéfices ? Autant de questions auxquelles répond le docteur Olivier Delalande, neurochirurgien à la Fondation Rothschild, spécialiste en la matière.

FFRE : Il semble que la chirurgie soit une discipline assez récente en matière de traitement des épilepsies, surtout chez l'enfant ?

O. Delalande : La pratique chirurgicale dans le domaine de l'épilepsie pédiatrique a commencé dans les années 80, alors que chez les adultes elle remonte aux années 50.

La particularité de la chirurgie de l'enfant, comparativement à celle de l'adulte, est le rôle joué par la maturation cérébrale. Il existe des interférences évidentes entre les fonctions cognitives et d'apprentissage de l'enfant d'une part et, l'épilepsie quelle

Suite page 2

Nouvelle adresse de la FFRE :

9, avenue Percier, 75008 PARIS - Tél. : 01.47.83.65.36

que soit la forme sous laquelle elle s'exprime, d'autre part. On sait, par exemple, qu'une épilepsie qui investit les régions cérébrales dévolues au langage va entraîner soit un retard ou une absence de développement du langage si l'épilepsie est précoce, soit une dégradation de celui-ci si elle est plus tardive. On peut supposer qu'il existe des interférences analogues avec les autres fonctions cognitives.

FFRE : Il est bien connu désormais qu'il existe de multiples formes d'épilepsie, y compris chez l'enfant. Mais toutes ne relèvent pas de la chirurgie ?

O. Delalande : Certainement pas ! Seuls 20% des cas environ sont susceptibles d'une intervention chirurgicale. Ce sont pratiquement toujours des épilepsies partielles. Et, dans ce nombre, il faut distinguer la chirurgie à but curatif de celle à but palliatif, la première étant beaucoup plus fréquente que la seconde. En outre, sans rentrer dans le jargon médical des spécialistes, il faut savoir qu'il existe plusieurs techniques et que chacune d'entre elles est adaptée à un type d'épilepsie, à une localisation. La décision doit être prise au cas par cas après toutes sortes d'examen préalable et au sein d'une équipe pluridisciplinaire capable d'évaluer toutes les implications du geste opératoire. C'est le cas de notre équipe qui comprend des neuropédiatres, des neuropsychologues et des neuroradiologues, un électrophysiologiste et des neurochirurgiens.

FFRE : En quoi consistent ces examens ?

O. Delalande : En très bref, dès que l'on sort des épilepsies qui appartiennent à un syndrome typique bien connu et purement médical, et qu'une épilepsie focale n'est pas facilement traitée par voie médicamenteuse, on doit commencer à chercher un lien entre une éventuelle lésion et les crises. Ce lien est plus ou moins facile à mettre en évidence. Certaines lésions sont indétectables. La démarche consiste toujours dans un premier temps, après les habituels examens neurologiques, neuropsychologiques et par imagerie, à faire un enregistrement électroencéphalographique-video de longue durée, une semaine environ. On

filme et on visualise ainsi l'état de l'enfant avant, pendant et après les crises. On obtient ainsi un déroulement de la crise à la fois clinique et électro-encéphalographique qu'on va relier ou non à l'existence d'une lésion cérébrale vue à la résonance magnétique.

FFRE : Les crises sont-elles forcément dues à une lésion ? Et d'où viennent ces lésions ?

O. Delalande : Le risque de l'apparition d'une épilepsie est maximum aux deux extrémités de la vie, donc dans les premières années. La plupart du temps elle est la conséquence d'une lésion. Il peut arriver, dans le cas d'une épilepsie partielle venant d'une région précise du cerveau, qu'il n'y ait pas de lésion visible à la résonance magnétique. Ce sont des cas peu courants. Chez les tout petits, les cas les plus fréquents sont des malformations du cerveau. Ensuite, plus on avance en âge, plus on rencontre d'autres causes d'épilepsies qui peuvent être des séquelles d'accidents ischémiques ou vasculaires, des tumeurs peu ou pas évolutives. Chez les adolescents on voit apparaître souvent des épilepsies temporales comme celles qu'on voit chez l'adulte.

FFRE : Quand y a-t-il indication d'opérer ?

O. Delalande : Certaines épilepsies de l'enfant réagissent très bien aux médicaments. On peut se poser la question de l'opération lorsqu'on rencontre une résistance aux antiépileptiques, que les crises sont sévères et qu'il y a un risque de retentissement sur le développement de l'enfant. C'est le premier critère. Mais il faut aussi prendre en compte la faisabilité du geste qui dépend de la zone épileptogène, de sa localisation et de son étendue. Et peser soigneusement les risques encourus par rapport au bénéfice attendu. Dans la plupart des cas l'opération n'entraîne aucun déficit supplémen-

taire à celui existant. Il arrive mais c'est assez rare qu'on parvienne à réparer le dommage déjà créé par la maladie : le fait, par exemple, de supprimer le foyer épileptogène chez un enfant présentant une épilepsie du lobe temporal dominant, permet de rétablir le processus de développement du langage stoppé ou ralenti par les crises.

Dans des cas très ponctuels, on peut considérer certains déficits causés par l'opération comme acceptables, si le jeu en vaut la chandelle au regard de la sévérité de la maladie. C'est ainsi que, confronté à une épilepsie lourde, dans une zone située non loin de la région motrice et provoquant des états de mal nécessitant des hospitalisations répétées en réanimation, on peut décider de prendre un risque au niveau moteur pour supprimer l'épilepsie. Parfois, on est obligé de renoncer. Prenons le cas d'une épilepsie motrice, pas forcément très lourde sur le plan du développement : l'indication est difficile à poser car on peut provoquer un dommage moteur important sur le membre en question, la main par exemple, trop important par rapport au bénéfice escompté.

FFRE : Faut-il opérer le plus tôt possible ?

O. Delalande : En règle générale en cas d'épilepsie sévère on a maintenant des preuves que plus on opère tôt, meilleur sera le résultat. Plus on arrive à faire cesser rapidement les crises, plus on optimise les chances de développement de l'enfant. Un enfant opéré, sans crises et n'ayant plus besoin de médicaments va mener une vie sociale, scolaire et familiale le plus proche possible de la normale. Cela aura bien entendu des répercussions positives sur ses capacités d'acquisition et d'intégration et sur son état psychologique. A titre d'exemple, une étude menée sur une population de 70 enfants, opérés d'une hémisphérotomie¹, montre que les capacités de socialisation et de développement des fonctions cérébrales sont inversement proportionnelles à l'âge de l'enfant au moment de l'intervention. Ce qui veut dire que le facteur temps et le facteur âge sont des données importantes de la décision d'opérer.

FFRE : A partir de quel âge peut-on intervenir ?

O. Delalande : Il n'y a pas d'âge. Il faut tout de même se donner le temps des examens nécessaires dont nous venons de parler. Le plus jeune bébé que j'ai opéré avait trois mois. Dans notre service, nous intervenons jusqu'à 15 ans seulement. Ensuite on tombe souvent dans des problèmes similaires à ceux des adultes. De plus, nous sommes malheureusement trop peu d'équipes spécialisées dans ce domaine et, à la Fondation, nous avons du mal à suffire à la demande. En particulier, nous n'avons qu'un électrophysiologiste, ce qui est nettement insuffisant, et qui explique le délai d'attente, souvent un an, pour les candidats à la chirurgie.

FFRE : Quels sont les taux de réussite ?

O. Delalande : Globalement si on tient compte des variations selon les maladies, on est aux alentours de 70 % de guérison en chirurgie curative. Mais il faut deux ans de délai pour se prononcer vraiment et pour arrêter complètement tout traitement médicamenteux. En général on continue celui-ci pendant trois mois et ensuite on le diminue progressivement. Il y a malheureusement quelques rares cas de récurrence.

FFRE : Ces interventions sont-elles sans risques ?

O. Delalande : Oui, dans la majorité des cas. Il s'agit en effet d'une chirurgie mûrement réfléchie, jamais pratiquée dans l'urgence et dont on pèse soigneusement les conséquences positives ou négatives. A cet égard, le rôle de l'EEG vidéo est extrêmement important car il permet de déterminer très clairement les cas non opérables, ceux sur lesquels une intervention sera forcément efficace, et, entre les deux, ceux qui nécessitent une exploration invasive plus approfondie.

FFRE : En quoi consiste cette exploration approfondie ?

O. Delalande : On procède à une implantation d'électrodes intra-cérébrales qui permettent une investigation ciblée de la zone suspecte. On peut ainsi affiner le geste opératoire et respecter les zones à risques.

FFRE : Jusqu'ici vous n'avez apparemment parlé que de chirurgie curative ?

O. Delalande : Effectivement selon les épilepsies, on pratique soit une chirurgie curative, soit une chirurgie palliative. Et pour chacune d'elles il existe aussi diverses formes d'intervention selon la nature du foyer épileptogène. Les chirurgies curatives sont de loin les plus fréquentes et, la plupart du temps, s'accompagnent de progrès sur tous les plans que ce soit social, scolaire ou psychologique et d'une reprise de vie normale. Il n'en est pas de même dans le second cas.

FFRE : En quoi la chirurgie palliative consiste-t-elle ?

O. Delalande : La chirurgie palliative a essentiellement pour but, non de guérir, mais de limiter l'importance des décharges épileptiques dans des cas lourds où il n'y a pas d'autre solution à proposer. On peut ainsi décider de pratiquer une chirurgie volontairement incomplète sur un foyer techniquement impossible à supprimer complètement. On sait que le résultat ne sera pas parfait, pourra même créer un déficit. Mais celui-ci est à mettre en balance avec une amélioration substantielle de la maladie.

La callosotomie, palliative elle aussi, est spécifique à certaines épilepsies secondairement généralisées. Elle consiste à couper le corps calleux pour séparer les deux hémisphères dans le but de limiter la généralisation des crises en interrompant certaines connexions. Cela ne les guérit

pas mais on réduit ainsi leur sévérité, surtout pour celles qui entraînent des chutes. Il est exceptionnel que l'on propose ce type d'intervention avant trois ans. On veut d'abord être bien sûr qu'il n'y ait pas de possibilité de chirurgie focale.

FFRE : Votre conclusion ?

O. Delalande : Une étude que j'ai présentée récemment, faite sur une population de 148 enfants âgés de 3 mois à dix ans montre, avec un recul de 47 mois, que la disparition des crises est effective dans 67% des cas, toutes techniques confondues. On peut donc en déduire que la chirurgie de l'épilepsie du nourrisson et de l'enfant est une chirurgie techniquement fiable, présentant peu de risques et un taux d'échecs acceptables. En revanche elle demande une compréhension parfaite de chaque cas, et cette compréhension peut demander plus ou moins de temps et plus ou moins d'examen pour établir la faisabilité du geste, et évaluer au préalable les risques encourus par rapport au bénéfice attendu. Elle doit obligatoirement être pratiquée au sein d'une équipe pluridisciplinaire capable d'assumer le suivi post opératoire et d'évaluer, par des études prospectives, le retentissement sur le développement des fonctions cognitives. Elle se pratique presque essentiellement de manière curative sur des épilepsies partielles pharmacorésistantes. Mais certaines formes d'épilepsies généralisées peuvent aussi faire l'objet d'une approche chirurgicale le plus souvent palliative.

D'autre part on commence à opérer des enfants présentant une épilepsie partielle réagissant aux antiépileptiques, dans le but de les libérer de la contrainte médicamenteuse. C'est un débat d'avenir.

Propos recueillis par Mme M.N Du Peyrat

1. L'hémisphérotomie est une technique curative qui consiste à déconnecter un hémisphère entier tout en laissant en place sa vascularisation. Elle s'applique à une épilepsie concernant la totalité d'un hémisphère qui n'est plus fonctionnel.

JOURNEES NATIONALES DE L'EPILEPSIE

Du 18 au 24 octobre 2004

Leur épilepsie les fait souffrir, Faut-il en plus les exclure ?

La crise d'épilepsie fait peur, elle effraye celui qui la voit et isole celui qui la vit.

De la méconnaissance de la maladie vient le rejet : la personne souffrant d'épilepsie est parfois perçue comme "folle", elle souffre d'incompréhension et de préjugés qui s'ajoutent à sa propre souffrance et l'excluent encore plus. La Ligue Française contre l'Epilepsie (LFCE), la Fondation Française pour la Recherche sur l'Epilepsie (FFRE) et les associations (AISPACE, ARPEIJE, BFE, EOLE) se sont rassemblées en Comité National Pour l'Epilepsie et organisent les Journées Nationales de l'Epilepsie 2004 (JNE).

Le but de cette campagne*, qui a reçu le label "campagne d'intérêt général" accordé par Monsieur le Premier Ministre, le 18 février 2004, est de :

- **Sensibiliser l'opinion** au problème douloureux de l'exclusion
- **Rompre le silence** de l'incompréhension
- **Dissiper les préjugés** et comprendre pour vivre ensemble
- **Répondre à toutes les questions** qui peuvent surgir afin de lutter contre l'exclusion sociale dont souffrent les personnes atteintes d'épilepsie, écouter leur courage et retrouver une tolérance mutuelle digne.

Cette campagne se déroulera sur une semaine, du 18 au 24 octobre 2004 à travers toute la France, avec des rencontres, des conférences, des débats...

*qui s'intègre à la campagne mondiale "Sortir de l'ombre"

Leur épilepsie les fait souffrir.
Faut-il en plus les exclure ?

Pour des informations complémentaires et actualisées, consultez le site consacré à ces Journées :
www.epilepsie-comite.fr

Journées Nationales de l'Epilepsie

500 000 oubliés, aidez-nous à agir !

www.epilepsie-comite.fr

Comité National Pour l'Epilepsie

18-24 octobre 2004

Logo of the French Republic (2004) and logos of partner organizations: AISPACE, ARPEIJE, BFE, EOLE, LFCE, FFRE.

RENDEZ-VOUS

La Fondation remercie tous les membres des différentes associations faisant partie du Comité National pour l'Épilepsie qui donnent de leur temps pour que les Journées Nationales de l'Épilepsie soient une réussite.

N'hésitez pas à les contacter pour obtenir des informations sur les actions prévues dans les différents départements.

Départements	Personnes à contacter	Siège de l'association	E-mail	Téléphone
Alpes Maritimes	Marie-Noëlle PETIT	Nice	petit.marie-noelle@wanadoo.fr	04 93 22 92 99
Alpes Maritimes	Suzanne BARBIER	Cannes	cote-azur@bfe.asso.fr	04 93 46 64 50
Ardennes	Aline HAPLIK	Tournes	haplik-aline@wanadoo.fr	03 24 52 92 66
Bas-Rhin	Jean-Nicolas BOYER	Hoenheim	jeannicolas.boyer@free.fr	03 88 83 27 60
Bas-Rhin	Joseph RAPP	Achenheim		03 88 96 02 25
Bouches-du Rhône	Docteur Charlotte DRAVET	Marseille	charlotte.dravet@free.fr	04 91 40 93 24
Charente-Maritime	Marie-Christine VIGNAC	Loix-en-Ré	atelier@quillet.fr	05 46 41 18 15
Côte-d'Or	M.A. DURAND FONVIELLE	St Martin du Mont	madurandfonvi001@rss.fr	03 80 35 06 56
Côtes d'Armor	Rozenn MORICE	Yvygnac la Tour	morice.rozenn@wanadoo.fr	02 96 86 06 23
Eure	Hervé GILLES	Evreux	gilles-herve@wanadoo.fr	02 32 67 06 69
Finistère	Solveig DUSART	Brest	bretagne@bfe.asso.fr	02 98 45 76 60
Finistère	Aude GUILLERMIT	Lanildut	guildut@wanadoo.fr	02 98 04 30 45
Gironde	Christiane PAVAN	Pessac		05 56 46 26 01 05 57 88 13 49
Haute-Garonne	Michel DEZES	Toulouse	midipyr@bfe.asso.fr / mde@bfe.asso.fr	05 61 62 77 20
Hautes-Alpes	Annie CONSTANT	La Rochette	alpes-sud@bfe.asso.fr	06 71 26 34 86
Haute-Savoie	Geneviève MAZIERE	Metz-Tessy	genevieve.maziere@wanadoo.fr	06 75 72 80 56
Haute-Vienne	Nicole BRICHE	Limoges	nicole.briche@laposte.net	05 55 30 30 08
Hérault	Bernard SICRE	Montpellier	b.sic@wanadoo.fr	04 67 07 55 51
Hérault	Florence DIZY	Béziers	jean-michel.dizy@wanadoo.fr	04 67 01 54 06
Isère	Jean-Paul GOUTTENOIRE	Lans en Vercors	gouttenoire@handicap38.org	06 86 89 46 55
Loire	Arnold ZAPLATA	Saint Etienne	arnold.zaplata@9online.fr	04 77 54 85 33
Loire Atlantique	Mikaël BERTAUD	Nantes	bertaudmi@wanadoo.fr	02 40 85 47 08
Maine et Loire	Stéphanie Banchereau	Cholet		02 41 58 86 12
Manche	Myriam BREHIER	Octeville	mrbrrr@wanadoo.fr	02 33 78 99 16
Marne	Pascale GORY	Reims		03 26 49 87 73
Martinique	Christian de GOUVILLE	Saint Joseph	christian.de-gouville@wanadoo.fr	05 96 57 70 16
Meurthe-et- Moselle	Jean-Claude KULINICZ	Nancy	lorraine@bfe.asso.fr	03 83 51 15 18
Nord	Françoise Stien	Lille	lille.aispace@wanadoo.fr	03 20 57 19 41
Nord	Docteur Simone FORTIER	Valenciennes	fortier-s@ch-valenciennes.fr	03 27 14 35 50
Orne	Guy PETIT	Mortagne	normandie@bfe.asso.fr	02 33 85 85 85
Paris	Laila AHDDAR	Paris	laila.ahddar@bfe.asso.fr	01 46 38 56 79
Paris	Docteur Elizabeth LANDRE	Paris	landre@chsa.broca.inserm.fr	01 45 65 82 26
Paris	Sophie LAURENT	Paris	slaurent@fondation-epilepsie.fr	01 47 83 65 43
Rhône	Jocelyne GINESTET	Lyon	rhone-alpes@bfe.asso.fr	04 78 01 92 70
Sarthe	Sandra LEROUX	Le Mans	loumikala.co@wanadoo.fr	02 43 76 83 74
Tarn	Patrick REY	Albi		05 63 53 93 80

Des travaux récemment publiés dans *Sciences* ouvrent des nouvelles voies de recherche sur l'épilepsie

Il existe de nombreux types d'épilepsies qui peuvent impliquer des régions du cerveau très différentes. Un type d'épilepsie particulièrement grave est l'épilepsie du lobe temporal (ELT), la forme d'épilepsie partielle la plus fréquente chez l'adulte. Elle est souvent résistante aux traitements pharmacologiques. Une intervention chirurgicale est alors nécessaire afin d'enlever la région du cerveau responsable des crises d'épilepsie.

Les mécanismes responsables de la constitution de régions cérébrales épileptiques et de la genèse des crises ne sont pas connus, ce qui rend très difficile l'élaboration de traitements pharmacologiques efficaces et ciblés. Les recherches en épilepsie se font suivant deux axes complémentaires : analyser les causes de l'épilepsie et proposer des solutions thérapeutiques après avoir identifié des déficits fonctionnels dans le tissu épileptique. Comment aborder ces questions ? Chaque région du cerveau est constituée de millions de cellules nerveuses (neurones) organisées en réseaux. Les neurones sont connectés les uns aux autres afin de pouvoir échanger des informations. Les neurones sont capables d'émettre des signaux électriques d'une durée très brève ; on dit qu'ils déchargent un potentiel d'action. Ce signal est l'élément de base de la transmission de l'information. Lors d'une crise, les neurones se mettent à décharger tous ensemble à très haute fréquence. Plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer ce comportement du réseau de neurones pendant les crises. L'une d'entre elles propose que les neurones sont plus excitables, c'est à dire qu'ils ont une plus grande propension à émettre des potentiels d'action.

Dans un article publié dans la revue *Science* (23/08/2004), Christophe Bernard* et son équipe ont montré que l'excitabilité des neurones est augmentée dans un modèle animal d'ELT. Cette hyperexcitabilité est due à une perte de fonction de protéines spécialisées dont le rôle est de contrôler l'excitabilité des neurones. Ces protéines sont des canaux qui laissent passer spécifiquement les ions K⁺ entre l'intérieur et l'extérieur des neurones. Cette perte de fonction a une double origine : une diminution du nombre de canaux fabriqués par le neurone et une modification du fonctionnement de ceux qui subsistent. Dans le tissu épileptique, les neurones produisent une plus grande quantité de protéines spéciales (protéines kinases) qui vont empêcher les canaux K⁺ de fonctionner correctement. En utilisant une drogue à très large spectre qui permet d'éviter l'interaction entre les protéines kinase et les canaux K⁺, leur fonction est restaurée et l'excitabilité neuronale est presque rétablie. Cette étude montre qu'une canalopathie (maladie des canaux) acquise peut contribuer à la constitution d'un réseau épileptique ; et surtout propose une nouvelle stratégie thérapeutique ciblée.

* Docteur Christophe Bernard, INMED-INSERM U 29 Marseille

MERCI À NOS DONATEURS

Vous avez été nombreux à répondre à notre appel pour le financement de la recherche sur l'épilepsie de l'enfant. La Fondation et tous les membres de son conseil scientifique vous remercient pour votre générosité (*voir le prochain numéro*). Nous avons bien sûr encore besoin de vos dons, même modestes, pour continuer à financer les équipes de jeunes chercheurs qui travaillent sur l'épilepsie dans son ensemble.

RAPPEL : VOUS BÉNÉFICIEZ DE 60 % DE RÉDUCTION D'IMPÔT PAR RAPPORT AU MONTANT DE VOTRE DON. UN DON DE 75 EUROS EN FAVEUR DE LA FONDATION NE VOUS REVIENDRA QU'À 30 EUROS.

Avantages fiscaux antérieurs		Nouveaux avantages fiscaux	
Montant du don	revient à	Montant du don	revient à
30 €	15 €	40 €	16 €
60 €	30 €	75 €	30 €
95 €	47,50 €	120 €	48 €
155 €	77,50 €	195 €	78 €