

brochure destinée au patient atteint de sclérose en plaques ou à son entourage

Pr Bruno Brochet
Service de Neurologie,
CHU Pellegrin,
Bordeaux

Actualisation du texte du Pr Jean Pelletier

Prise en charge des formes sévères de sclérose en plaques



Prise en charge des formes sévères de sclérose en plaques

Le terme de formes sévères de Sclérose en Plaques (SEP) est défini par la gravité clinique de la maladie. Celle-ci peut correspondre à plusieurs situations évolutives de l'affection.

La première forme de sclérose en plaques est représentée par l'apparition d'une poussée évolutive sévère qui, avec ou sans traitement, laisse place à distance à un handicap fonctionnel sévère (séquelles invalidantes motrices, cérébelleuses, sensitives, visuelles). Cette situation est rencontrée dans les formes rémittentes de la maladie (forme par poussées).

La seconde forme est représentée par la succession de poussées évolutives rapprochées dans le temps (forme rémittente à poussées fréquentes), qui peut s'accompagner d'une invalidité progressivement croissante (accumulation de séquelles invalidantes au décours des poussées). Cette situation est habituellement désignée sous le terme de formes rémittentes actives.

La troisième forme concerne l'apparition d'un handicap fonctionnel rapidement progressif sans notion de poussées intercurrentes. Il s'agit alors de la forme progressive primaire ou de la forme progressive secondaire, si elle fait suite à une forme rémittente.

Enfin, la quatrième forme de sclérose en plaques est en rapport avec la présence d'une invalidité importante consécutive à une évolution longue et sévère de la maladie, quelque soit le mode évolutif antérieur.

Si la notion de sévérité clinique définit le terme de formes sévères de SEP, et si le but de la prise en charge thérapeutique doit rester la prévention (et l'amélioration) de l'invalidité liée à la maladie, certains indices para-cliniques peuvent aujourd'hui apporter une aide précieuse à la décision thérapeutique.

Toutefois, ceux-ci doivent toujours être interprétés en fonction des données cliniques concernant un patient donné. C'est le cas principalement de l'apport des données de l'IRM, qui lorsqu'elles sont en faveur d'une inflammation active intense peuvent orienter la prise en charge thérapeutique, en particulier dans les formes rémittentes actives.

Poussée évolutive grave isolée

Le traitement des poussées repose sur les corticoïdes (surtout par voie intraveineuse). Dans certaines poussées sévères, ne s'étant pas améliorées sous corticoïdes, des échanges plasmatiques (filtration du plasma) peuvent être parfois proposées.

En l'absence d'évolution clinique objective après la poussée, les séquelles invalidantes constatées dans les suites d'une poussée isolée, notamment inaugurale, ou dans le cadre de la forme chronique doivent être prise en charge de façon symptomatique (voir paragraphe 4).

Forme rémittente active

Le recours aux interférons B (Bétaféron®, Avonex®, Rebif®, Extavia®) et à l'acétate de Glatiramère I (Copaxone®) est actuellement indiqué dans les formes avec poussées de la maladie. Si malgré ces traitements de fond, la fréquence des poussées reste importante, des traitements de seconde intention peuvent être proposés.

En fonction de données cliniques (fréquence ou nombre des poussées, séquelles éventuelles) et des données de l'IRM cérébrale (persistance d'une activité inflammatoire) le choix pourra se faire entre la Mitoxantrone (ELSEP®) et la Natalizumab (Tysabri®).

La Mitoxantrone se donne par cures mensuelles durant une période de 6 mois, puis doit être interrompue pour reprendre un traitement classique, afin de limiter le risque d'effets secondaires. Le Natalizumab est administré par perfusions mensuelles, mais peut être donné sur une plus grande durée. Ces deux médicaments exposent à des effets secondaires rares mais parfois sérieux.

Formes progressives

Lorsque l'évolution de la maladie, après une période initiale par poussées, devient progressive, il est encore possible de recourir à un traitement par Interféron B (Bétaféron[®], Extavia[®] et dans certains cas Rebif[®]). Dans ces formes, et dans les formes d'emblée progressives, d'autres thérapeutiques, tel que le Cyclophosphamide (Endoxan[®]) en cures intraveineuses, ou le Méthotrexate[®], en intramusculaires ou par voie orale, peuvent être utilisées. Les interférons B et le Copolymère-I (Copaxone[®]) n'ont pas démontré d'efficacité dans le cadre des formes progressives primaires. Enfin, l'utilisation de perfusions régulières de corticoïdes (Solumédrol[®]) apporte parfois un bénéfice, notamment sur la spasticité.

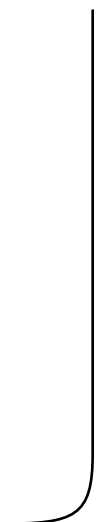
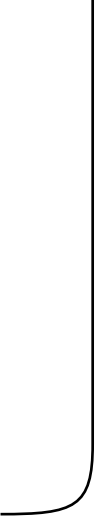
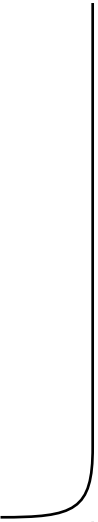
Prise en charge symptomatique

La prise en charge des formes graves de SEP doit faire intervenir une mobilisation pluridisciplinaire (neurologues, médecins rééducateurs, kinésithérapeutes, urologues, psychologues et neurochirurgiens notamment). En effet, outre la mise en place de traitements dont le but est d'influencer l'évolution naturelle de la maladie, la prise en charge des symptômes invalidants liés à l'affection ne doit pas être négligée.

En cas de séquelles neurologiques permanente, quelque soit la forme clinique de la maladie, une prise en charge symptomatique peut, en effet, être proposée.

Le rôle de la kinésithérapie et de la rééducation fonctionnelle, notamment en centre spécialisé, est, à cet égard, très important. Les troubles moteurs (paralysies) et les troubles de l'équilibre peuvent être améliorés par la kinésithérapie. L'apparition de raideurs importantes, la spasticité (raideur permanente, contractures) nécessite le recours à des traitements myorelaxants (Lioréal[®], Dantrium[®] en particulier). Lorsque la spasticité est très invalidante, notamment au niveau de la marche ou de la réalisation des transferts, la mise en place d'une pompe intrathécale de baclofène peut apporter des bénéfices certains. Un entraînement physique à l'effort, même en cas de handicap moteur, peut améliorer la fatigue.

Des traitements médicamenteux peuvent également aider pour traiter la fatigue, les douleurs, les troubles de l'humeur et les troubles vésico-sphinctériens. Des techniques locales peuvent également être utilisées pour traiter ces derniers.





Fondation pour l'aide à la recherche sur la sclérose en plaques

14 rue Jules Vanzuppe
94200 Ivry sur Seine
01 43 90 39 39 - www.arsep.org