

**LE TRAITEMENT DE LA SP PAR OXYGENE HYPERBARE**

De nombreux malades ont demandé de faire le point concernant le traitement de la sclérose en plaque (SP) par oxygène hyperbare (OHB).

Deux hypothèses sont à la base de ces essais thérapeutiques : d'abord et surtout le fait que l'OHB est capable de prévenir l'encéphalite allergique expérimentale (EAE) chez l'animal ; ensuite, et dans une moindre mesure, la théorie de l'origine microembolique, graisseuse en particulier, de la SP.

En 1978, un travail rapportait la possibilité de prévenir l'apparition de l'EAE chez les cobayes en les exposant à de l'oxygène pur à deux atmosphères à raison de 6 heures par jour pendant au moins 10 jours. Il faut retenir de cette publication que cet effet est transitoire, l'EAE reprenant après arrêt du traitement, et qu'il n'est pas sans danger, notamment sur le plan pulmonaire. Son mode d'action reste inconnu. Deux hypothèses ont été émises : une action directe de l'oxygène sur le système immunitaire, ou une action indirecte par libération de cortisone résultant du stress lié à l'OHB. Ces auteurs concluent que leurs observations ne justifient pas l'application de cette technique chez l'homme, notamment dans la SP.

La deuxième justification est basée sur l'aspect des lésions du système nerveux observées chez les plongeurs décédés d'une maladie des caissons. Ces lésions sont dues à des embolies gazeuses et ressemblent à celles de la SP. L'hypothèse que la SP résulterait de thromboses veineuses multiples a été émise dès 1882 et a été défendue à nouveau par certains chercheurs tout récemment. Dans ce cas, l'OHB agirait de manière aspécifique, en augmentant l'oxygénation tissulaire et en réduisant l'œdème au niveau des plaques.

Les premières publications concernant l'application de l'OHB dans la SP remontent à 1970 et font état d'une amélioration transitoire chez 16 des 26 malades traités. Depuis lors, la publicité la plus tapageuse concerne 1.740 malades traités en Floride, avec 82,75% de succès.

Pour faire la part des choses, un essai clinique en aveugle a été réalisé par Fischer et coll. à New York. Un groupe de 20 malades fut traité par une séance quotidienne de 90 minutes d'oxygène pur à deux atmosphères pendant 20 jours. Le groupe témoin recevait un mélange de 10% d'oxygène et 90% d'azote à deux atmosphères également. Après un an, 55% des malades appartenant au groupe témoin s'étaient aggravés, contre 12% seulement parmi ceux réellement traités par oxygène. Cette étude faite dans des conditions expérimentales apparemment correctes semblait donc indiquer un effet favorable de l'OHB dans la SP.

Malgré cela, devant l'engouement des patients pour cette technique, le «Comité Américain de l'Oxygène Hyperbare» mettait en garde l'opinion publique en insistant sur le peu de résultats positifs évidents par rapport au coût considérable du traitement.

Une étude anglaise, réalisée par le Dr. BATES, doit paraître prochainement dans la littérature scientifique et semble apporter une réponse à la question de l'utilité ou de l'inutilité de l'OHB dans la SP.

Cette étude porte sur 120 patients dont 60 traités par oxygène pur pendant 90 minutes à deux atmosphères et 60 malades recevant de l'air ambiant, **sous pression atmosphérique normale**. Dans ces conditions, aucune différence significative n'a été observée entre les deux groupes de malades.

L'explication la plus vraisemblable est que le groupe de malades témoins de la première étude américaine ne se trouvait pas dans des conditions normales puisqu'il respirait de l'air **sous pression**. On peut imaginer en effet que l'administration d'air ambiant sous pression est nocive, et que cette nocivité est compensée lorsqu'on administre de l'oxygène pur.

En d'autres termes, le groupe témoin a évolué de façon défavorable parce que placé dans des conditions anormales, et le groupe oxygéné a continué son évolution spontanée parce qu'une oxygénation à 100% corrige l'effet de l'augmentation de pression.

Par contre, si l'on compare un groupe de malades traités à l'OHB à un groupe de malades placés dans un caisson avec de l'air ambiant sous pression normale, on n'observe plus aucune différence.

En conclusion, l'opinion actuelle est que l'OHB **N'EXERCE AUCUNE INFLUENCE SUR L'EVOLUTION DE LA SP**. De plus, il ne faut pas sous-estimer les effets secondaires possibles (troubles de l'audition et de la vue, fatigabilité, état dépressif) dont certains ont été observés dans près de 15% des cas. Enfin, le coût élevé d'un tel traitement n'est pas justifié par les améliorations discrètes et temporaires observées chez quelques malades.

Dr. R.E. GONSETTE  
 Centre National de la SP  
 1910 Melsbroek