

Les grands symptômes de la S.P. (I)

Les troubles de la marche

La Chronique Médicale publiée dans chaque numéro de La Clef doit, à mon sens, avoir plusieurs objectifs. Il s'agit d'abord de faire connaître les progrès de la recherche médicale, les nouvelles possibilités thérapeutiques, les nouvelles techniques de diagnostic et d'évaluation de l'efficacité des traitements (résonance magnétique, tests biologiques,...) Mais il me paraît aussi important de **mieux faire comprendre** la maladie à celles et à ceux qui en souffrent, ainsi qu'à leur entourage, en décrivant les symptômes majeurs, leur mode de présentation, leurs différents aspects, etc.

Les troubles de la marche constitueront le sujet de ce numéro, avant d'évoquer ultérieurement les troubles de la vue, les troubles de la sensibilité, les troubles sphinctériens par exemple.

Les troubles de la marche sont particulièrement fréquents dans la S.P.: on peut estimer que 50% des patients atteints de S.P. présenteront des troubles **permanents** de la marche après seulement 15 ans d'évolution de la maladie. Ces troubles peuvent avoir plusieurs origines, parfois associées entre elles.

1. Troubles de la marche par atteinte des voies motrices

Les voies motrices peuvent être lésées par des «plaques» au niveau de la moelle épinière, du tronc cérébral ou, en profondeur, du cerveau proprement dit. Il en résultera une faiblesse (manque de force, absence de réponse du muscle à une commande volontaire) d'une ou des deux jambes. En fait, le membre inférieur sera soit surtout faible, soit surtout raide («spastique»), soit faible *et* raide.

En cas de faiblesse, ce seront surtout les muscles qui s'opposent à la gravité qui seront touchés:

- les muscles releveurs du pied plus que les abaisseurs du pied (c'est-à-dire les muscles antérieurs de la jambe plus que ceux du mollet);
- les extenseurs de la jambe (quadriceps) plus que les fléchisseurs (face postérieure de la cuisse);
- le psoas, qui permet de lever le genou en fléchissant la cuisse sur le bassin.

La faiblesse peut être surtout distale: les releveurs du pied sont faibles, la pointe du soulier ne se relève pas assez et s'use plus rapidement, on trébuche au moindre obstacle. On parle d'un «steppage». Battre la mesure est diffi-

cile, car le pied ne peut être relevé. Par contre, il est plus facile de se mettre sur la pointe des pieds. Quand la faiblesse est proximale, les difficultés apparaissent surtout ou sont aggravées à la montée des escaliers, au passage de la position accroupie à la position debout (il faut prendre appui et pousser avec les bras). La faiblesse peut être aussi globale, proximale et distale.

La raideur ou spasticité peut être présente et gênante alors que la force musculaire est encore assez bien préservée. Le membre manquera de souplesse et le pied glissera sur le sol, en faisant un mouvement vers l'extérieur puis l'intérieur, dit «de fauchage». Cette raideur peut être douloureuse et s'accompagner de sensation de garrot (aux chevilles, à mi-mollet,...) Dans ce cas, on peut essayer de la diminuer par des anti-spastiques (Liorésal, Sirdalud, Dantrium).

Lorsque la jambe est à la fois faible et raide, la raideur doit au contraire être préservée, car c'est elle qui permet, le cas échéant, la station debout pour un transfert ou pour faire quelques pas. Diminuer la raideur, dans ce cas, fait apparaître la faiblesse qu'elle masquait en partie.

L'irritation des voies motrices est responsable de la présence de réflexes beaucoup trop vifs au niveau rotulien et achilléen, de spasmes musculaires, de clonus («tremblement» du pied quand il repose sur la pointe, disparaissant quand le pied repose bien à plat) et du fameux signe décrit par le Dr Babinski: élévation du gros orteil quand la plante du pied est légèrement griffée, alors que la réponse normale est une flexion de l'orteil.

Ces symptômes de raideur et/ou de faiblesse peuvent fluctuer d'un jour à l'autre, et au cours d'une même journée. Le principal facteur de fluctuation est l'effort de marche lui-même. Généralement, celui-ci sera mieux réalisé le matin que l'après-midi.

La faiblesse et/ou la raideur s'accroîtront en cours de marche, après 50 mètres, 500 mètres ou 1 kilomètre... La boiterie augmentera en cours de route, le pied frotera plus, ou accrochera plus vite les obstacles, la jambe se fera plus lourde. Un arrêt, un repos en position assise, même brefs, deviendront nécessaires. Il s'agit d'une véritable « claudication » de la moelle épinière. La fatigue, le stress, les fortes chaleurs qui augmentent la température corporelle, tout comme la fièvre, aggravent aussi les symptômes. L'examen neurologique réalisé au repos peut donc être fort différent de celui réalisé après un effort de marche.

2. Troubles de la marche par atteinte de l'équilibre

La marche peut être altérée non pas par un manque de force des muscles des membres inférieurs (ils répondent par exemple très bien à la commande volontaire en position couchée), mais par un manque d'équilibre, que l'on nomme « ataxie ». On en distinguera deux formes :

■ Le manque d'équilibre d'origine cérébelleuse (ataxie cérébelleuse).

Ce sont les voies nerveuses provenant du cervelet qui sont ici touchées. Le trouble d'équilibre qui en résulte est celui que toute personne ayant un jour forcé sur les boissons alcoolisées a déjà ressenti : la démarche ébrieuse (l'alcool agit préférentiellement sur les cellules du cervelet). Cette démarche se caractérise par un écartement des pieds, pour avoir une base plus large, et par des embardées, à gauche comme à droite, surtout aux changements de direction et à la volte-face. La marche sur une ligne, talons contre points, devient impossible sans prise d'appui.

■ Le manque d'équilibre d'origine sensitive (ataxie sensitive).

Dans ce cas, ce sont certaines voies sensibles qui sont touchées : celles du « sens profond », qui nous permettent de connaître la position de nos membres dans l'espace sans devoir constamment les contrôler par la vue et les regarder. Elles nous permettent aussi de nous rendre compte de la pression du pied sur la sol (ou sur une pédale d'accélérateur...) et de la résistance de ce sol (pelouse, sable ou dalle de béton).

Dans ce type d'ataxie, les jambes seront lancées trop loin, les genoux remontés trop haut, les talons heurteront le sol (marche talonnante). Surtout, cette ataxie sera aggravée dans la pénombre, l'obscurité, les yeux fermés, car il n'y aura pas de compensation par un contrôle visuel. Ces voies nerveuses sont testées par la sensibilité vibratoire (diapason) et le sens de position des orteils (reconnaître les yeux fermés, si l'orteil a été relevé ou fléchi par l'examineur).

Monolift
LA solution pour monter à l'étage

DEMANDEZ GRATUITEMENT NOTRE DOCUMENTATION

S.A. DE REUS
KALEWEG 20 • 9030 GENT-MARIAKERKE
TÉL. (09) 226.82.88 • FAX (09) 227.83.00

DEREUS

Nom :

Adresse :

C. Postal : Commune :

Tél. :

Souhaite documentation Visite

LE SAVIEZ-VOUS?

Ce n'est donc heureusement que chez moins de 10 % des patients S.P. que l'on observera une diminution globale et marquée des fonctions intellectuelles, consécutive aux troubles de mémoire, de calcul, d'attention, de raisonnement abstrait...

Comme ces troubles sont liés au volume total des lésions observées en R.M.N., il est encourageant d'observer que le traitement par interféron-bêta durant 5 ans a été capable d'arrêter la progression de ces lésions et de stabiliser ce «fardeau lésionnel».

Moins évidents et plus marqués que les troubles de la marche par exemple, les troubles cognitifs de la S.P. doivent cependant être reconnus, faire l'objet d'une recherche spécifique et être pris en compte dans les tests d'efficacité des nouveaux traitements de la S.P.

Pr. C. Sindic
Cliniques universitaires Saint-Luc
Service de Neurologie


MainsSûres™



Sandy L.,
C-6 quadriplegic

Enfin un système de soulèvement et de soins tout aussi habile que vos deux mains.

Il s'agit d'un appareil permettant:
des déplacements *autonomes*,
une aide dans votre *hygiène quotidienne*,
un support *pour se baigner*,
un soutien confortable *pour la position assise*,
une aide pour la rééducation *pour la marche ou la position debout*,
une garantie *pour votre liberté*,
un outil anti-douleur *pour le dos des soignants*,

Handi-Move

Des solutions portables et fixes pour
le domicile et le lieu de travail.

SA Handi-Move
47 Av. Léopold

9400 Minove
tél: 32 (0)54/32.27.11

Les grands symptômes de la S.P. (II)

Les troubles visuels

Les troubles visuels sont très fréquents dans la S.P. Plus d'un tiers des patients en présentent des séquelles de manière constante, et presque tous les patients en souffrent au moins transitoirement durant l'évolution de la maladie.

Ces troubles doivent être divisés en deux grandes parties :

- 1° les troubles de l'activité visuelle,
- 2° les troubles du mouvement des globes oculaires (oculomotricité).

ment précoce par des méga-doses de cortisone en baxter, durant 3 à 5 jours, accélérerait le processus de récupération et l'améliorerait.

Outre le déficit en acuité visuelle, les séquelles consistent souvent en une altération de la perception des contrastes et des couleurs. Durant la période séquellaire, un phénomène un peu particulier doit être mentionné, qui a été décrit il y a un siècle par le Dr Uhthoff : c'est la détérioration **transitoire** (10 à 30 minutes) de la vision (vue brouillée devant l'oeil qui a souffert de névrite optique) induite par un exercice physique, un repas très chaud ou un bain chaud.

1. Les troubles de l'acuité visuelle

Ils se manifestent essentiellement dans le cadre d'une **névrite optique aiguë**. Il s'agit d'une atteinte inflammatoire du nerf optique, localisée derrière le globe oculaire, le plus souvent unilatérale, qui provoque une chute de l'acuité visuelle (exprimée en dixièmes). Elle commence généralement par une gêne douloureuse autour de l'oeil, augmentée par les mouvements de l'oeil. La vision ensuite se trouble : tout devient plus gris, moins lumineux, on a l'impression de regarder à travers une vitre sale. La chute de l'acuité visuelle atteint son maximum en une semaine environ.

La vision des couleurs est précocement altérée : les couleurs sont fragmentées en de nombreux petits points, comme dans certaines peintures «pointillistes». La perception de la profondeur du champ visuel est aussi atteinte.

A l'examen ophtalmologique, l'acuité visuelle est diminuée de manière variable, mais souvent inférieure à 3/10^e. Cette perte n'est pas uniforme, et est surtout marquée au centre du champ visuel (tache aveugle centrale étendue appelée scotome). Le fond d'oeil est normal dans 50 % des cas ; dans les autres cas, il peut montrer un peu d'inflammation de l'extrémité du nerf optique au niveau de la rétine. Après un mois environ, cette extrémité devient anormalement pâle.

Entre 85 et 95 % des patients avec une névrite optique aiguë récupèrent une acuité visuelle égale ou supérieure à 7/10^e en un à trois mois, même spontanément. Toutefois, une étude récente publiée en décembre 1993 a montré qu'un traite-

Ceci est expliqué par l'extrême sensibilité de la conduction nerveuse dans des fibres partiellement dépourvues de myéline, à des changements, même minimes, de la température corporelle (par exemple de 36,6° à 37,4°).

La névrite optique peut récidiver, au même oeil ou à l'autre, chez 20 à 36 % des patients. Les séquelles peuvent alors conduire à une quasi cécité...

La névrite optique peut être le seul **symptôme initial** d'une S.P. Les risques de développer une S.P. après une névrite optique isolée sont d'environ 75 % dans nos populations ; une deuxième poussée apparaîtra généralement dans les 5 ans qui suivent (mais parfois après plus de 10 ans...), et le risque sera d'autant plus grand que la résonance magnétique et le liquide céphalo-rachidien analysé par ponction lombaire sont déjà anormaux au moment de la névrite optique initiale. D'où l'intérêt de réaliser précocement ces examens.

Très rarement, la névrite optique peut être d'emblée **bilatérale** dans la S.P. Dès lors, on recherchera d'abord d'autres causes que la S.P. dans les atteintes bilatérales.

2. Les troubles de l'oculomotricité

Ils sont eux aussi très fréquents dans la S.P., mais souvent asymptomatiques : ils sont détectés à l'examen neurologique systématique, mais n'induisent pas toujours des plaintes. Quand ils sont symptomatiques, il s'agit le plus souvent d'une vue double (diplopie) : on voit deux objets à la

3. Troubles de la marche mixtes, par atteinte des voies motrices et de l'équilibre

Il s'agit d'une association très fréquemment observée dans la S.P., et déjà associée à cette maladie par Charcot il y a plus d'un siècle. La marche sera alors décrite comme «ataxo-spasmodique» (ataxique et spastique). Elle est un peu mécanique, désarticulée, comme un robot. Cette évolution, quand elle s'installe et progresse plus ou moins lentement, mais sûrement, est évidemment très handicapante.

Le traitement rapide et énergique des poussées, les traitements immunosuppresseurs, ou immunomodulateurs dès l'installation des premières séquelles et la rééducation kinésithérapique doivent être mis en œuvre pour empêcher ou retarder au maximum un tel type d'évolution.

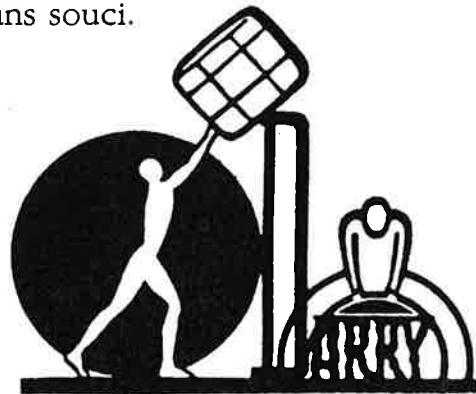
Prof. C. Sindic



- (1) NDR: Ataxie: Absence de coordination des mots, caractéristique de certaines maladies neurologiques (Larousse).
- (2) NDR: Démarche ébrieuse: Démarche titubante observée dans l'ivresse alcoolique et dans certaines affections neurologiques atteignant les systèmes de l'équilibration (appareils vestibulaires et cérébelleux) (Larousse).

PROBLEMES D'ESCALIERS
JE NE CONNAIS PAS

Mon monte-personne Dary m'élève avec ou sans voiturette
où je veux, seul et sans souci.



ATELIERS DARIMONT

Succ. G. de SPA

184 RUE DE MANGOMBROUX - 4800 VERVIERS
TELEPHONE 087/33 52 49

Les grands symptômes de la S.P. (3)

Les troubles cognitifs et de l'humeur

La cognition est la faculté de connaître. Les troubles cognitifs sont ceux qui altèrent cette capacité de connaître. Ils regroupent donc les troubles de l'attention, de la mémoire, du langage, du calcul, du raisonnement, de la reconnaissance visuelle des objets, des lieux, des physiologies, du texte écrit...

Les troubles émotionnels et affectifs, qu'ils soient de type dépressif ou, au contraire, de type agitation et/ou euphorie, peuvent induire secondairement des troubles cognitifs ou les aggraver.

Même s'il faut dissocier les troubles de l'humeur des troubles cognitifs, les premiers interfèrent tellement sur les seconds qu'il est impossible de ne pas les considérer ensemble.

1 Les troubles de l'humeur

Des changements transitoires de caractère sont la règle plutôt que l'exception chez les patients atteints de S.P. Il s'agit surtout d'une irritabilité et d'une anxiété mal contrôlées. Sur une période d'un an, deux tiers des patients présentent de telles variations de caractère et d'émotivité. Un épisode dépressif majeur surviendra chez 40 à 50 % des patients au cours de leur maladie. Durant de tels épisodes, le repli sur soi aura comme résultat une moindre attention au monde extérieur, et fera suspecter, à tort, des troubles de mémoire. A l'opposé, des phases d'excitation anormale peuvent survenir, surtout en période de poussées ou de progression rapide de la maladie, et elles sont exacerbées par les dérivés de cortisone qu'il est nécessaire d'utiliser pour le traitement de ces poussées. Il en résulte des difficultés de concentration, une fuite des idées, des difficultés de mémorisation.

L'euphorie persistante ne s'observe que chez 10 % des patients parmi les plus gravement atteints. Il s'agit d'un état d'exaltation calme et d'apparence souriante, où il n'y a plus d'inquiétude vraie sur la maladie et les handicaps qu'elle provoque. Il s'agit plus, dans ce cas, d'un changement de personnalité que d'un trouble affectif. Cet état d'euphorie est dû à des lésions étendues de la **substance blanche des lobes frontaux** et est toujours associé à de véritables troubles cognitifs.

2 Les troubles cognitifs

Il s'agit surtout d'un «affaiblissement de la mémoire» qui fut déjà décrit par Charcot en 1877, à qui il revient d'avoir reconnu et décrit la S.P. parmi toutes les autres maladies neurologiques.

Outre la mémoire, les capacités d'attention et de raisonnement abstrait peuvent être diminuées, tandis que le langage n'est que rarement atteint, même s'il existe parfois des difficultés d'**articuler** les mots.

Ces troubles sont présents à des degrés divers chez 40 % des patients S.P., mais ne sont souvent mis en évidence que par des tests spécialisés, par comparaison avec des populations contrôles de même âge et de même sexe. Ils sont tout à fait **différents** de ceux observés dans la maladie d'Alzheimer. Même s'ils sont plus subtils et plus masqués, ils peuvent induire des difficultés bien réelles dans le travail professionnel, les contacts sociaux et les activités de la vie quotidienne.

La mémorisation compte trois étapes :

- l'enregistrement des messages,
- le stockage de l'information,
- son rappel à la conscience immédiate et sa reproduction.

La mémoire nous donne donc une possibilité d'engranger de manière continue des souvenirs et de les restituer. C'est surtout le rappel à la conscience de ce qui a été entendu (mémoire auditive) qui semble le plus touché dans la S.P.

Ces troubles cognitifs peuvent être présents dès le début de la maladie, mais resteront stables dans les formes avec poussées et rémissions de bonne qualité. Il y a détérioration dans les formes chroniques progressives qui font suite aux poussées/rémissions. Cette détérioration est alors significativement liée au volume total des lésions cérébrales détectées en résonance magnétique nucléaire (R.M.N.) du cerveau («fardeau lésionnel»). Dans les formes progressives primaires, qui débutent généralement après 40 ans en l'absence de toute poussée, les troubles cognitifs sont quasiment toujours absents et la R.M.N. cérébrale ne montre que très peu de lésions, car celles-ci sont surtout localisées dans la moelle épinière.

place d'un seul, soit l'un à côté de l'autre (diplopie horizontale), soit l'un au-dessus de l'autre (diplopie verticale). Cette diplopie disparaît lorsque l'on ferme l'œil, aussi bien le droit que le gauche. La diplopie peut être présente dans tout le champ visuel, ou surtout dans la latéralité, soit droite, soit gauche.

La diplopie est due au fait que les globes oculaires ne sont plus parallèles dans leur déplacement. Il faut savoir que trois nerfs différents («oculomoteurs») règlent la mobilité de chaque œil, et que leurs noyaux sont connectés entre eux dans le tronc cérébral (qui est situé entre la moelle épinière et les hémisphères cérébraux), par des faisceaux de fibres nerveuses souvent atteints dans la S.P. La conséquence est que les mouvements des yeux ne sont plus «conjugués», ce qui entraîne la diplopie.

Indépendamment d'une atteinte des nerfs oculomoteurs, il peut exister une instabilité des globes oculaires, qui présentent des saccades involontaires, le plus souvent asymptomatiques pour le patient, mais recherchées systématiquement à l'examen neurologique. On parlera alors de «nystagmus». Ces saccades peuvent être horizontales

ou verticales, présentes dans le regard de face, mais le plus souvent dans le regard latéral. Quand elles sont très importantes, elles empêchent la fixation d'un objet : l'image pourra sauter, comme sur un écran de télévision mal réglé («oscillopsie»). La lecture sera dès lors perturbée.

Le Liorésal peut parfois diminuer ces saccades. Les lésions provoquant le nystagmus sont aussi localisées dans le tronc cérébral, sur des faisceaux nerveux provenant du cervelet.

3. En conclusion

Les troubles visuels sont fréquents dans la S.P., même s'ils ne donnent pas toujours des symptômes. Le neurologue aura souvent besoin d'un(e) collègue ophtalmologue spécialisé(e) dans ce type de problèmes (neuro-ophtalmologue).

L'ophtalmologue pourra aussi différencier les problèmes dus à la S.P. de ceux dus à un problème optique (myopie, presbytie) facilement corrigibles par le port de verres correcteurs.

Professeur C. Sindic
Université Catholique de Louvain

