

SCLEROSE EN PLAQUES : TROIS ANS DE TRAITEMENT A L'INTERFERON BETA

R. T. Shapiro, MD

Pour traiter efficacement la SeP dans les années 90, les médecins (et leurs patients) doivent dépasser les techniques de rééducation et se pencher sur le système immunitaire. En effet, tout qui connaît la SeP sait que c'est le système immunitaire qui est déficient. Mais on ne sait pas avec précision quelle partie du système est atteinte. Cela peut varier d'une poussée à l'autre et d'une personne à l'autre.

Ces dernières années, nos capacités à moduler le système immunitaire ont augmenté; de même, nous avons acquis une meilleure compréhension de celui-ci. Il y a trois ans, le premier traitement qui visait en fait à modifier l'évolution de la SeP était reconnu par le United States Food and Drug Administration (l'Office américain du contrôle pharmaceutique et alimentaire).

L'interféron-béta 1b (Bétaféron, Bétaséron) faisait son apparition, accompagné d'une vague de désinformation médiatique qui se répercuta négativement sur le public. Trop de gens ont cru qu'il s'agissait d'un médicament miracle, une « substance » capable de guérir les plus infirmes. Certains insistèrent plus raisonnablement sur l'aspect préventif de la recherche (diminution de la fréquence et de la gravité des poussées), mais allèrent jusqu'à dire que cette thérapie pouvait enrayer le développement de la maladie. De la même manière, la firme (Berlex, Schering AG) sous-estima les effets secondaires.

Tout cela eut pour conséquence une 'hystérie générale' aux Etats-Unis et ailleurs dans le monde. Chaque patient voulait bénéficier de ce traitement. Cela était bien sûr impossible, faute de quantité suffisante. Les attentes furent placées trop haut et cela conduisit inévitablement à une grande déception lorsque la réalité fut connue.

Cela fait trois ans maintenant que nous observons les effets de l'interféron béta. Même si le secteur pharmaceutique et les centres universitaires étudient sans doute la question, cet article n'est pas un travail académique ou sponsorisé par une firme quelconque. Il s'agit simplement d'une observation non statistique des trois années d'utilisation du Bétaséron dans notre centre. Sur +/- 2500 personnes suivies au

Fairview MS Center de Minneapolis (Minnesota, USA), 2/3 environ ont des poussées plus ou moins fréquentes, 650 d'entre elles sont sous Bétaséron depuis 2 à 3 ans. Je pense qu'il est bon de signaler que tous les spécialistes du centre ont observé un changement chez les personnes recevant le Bétaséron.

Diminution du taux d'hospitalisation pour poussées graves.

Il existe peut-être d'autres raisons expliquant cette diminution. Une d'entre elle est sans doute ce que l'on appelle le système du 'managed care' (managed finances) (càd soins contrôlés (dépenses contrôlés)), mais ce système était déjà en place dans le Minnesota avant l'apparition du Bétaséron.

Environ 2/3 des personnes actuellement sous ce traitement semblent s'être stabilisées. Le tiers restant semble connaître la même fréquence de poussées qu'auparavant. On ne sait si cela est dû à un effet neutralisant les anticorps, ou à un sous dosage ou encore à autre chose.

Il est clair aussi qu'il faut sans cesse rappeler aux gens qui suivent ce traitement que ce médicament ne va pas les guérir. La déception se fait souvent sentir après un an ou deux, même si (de mon point de vue) il a un effet positif de stabilisation. Beaucoup décident d'arrêter ce traitement, souvent sans en parler. Bien qu'une rechute ne soit pas attendue, certains recommencent à avoir des problèmes et sont alors surpris de voir que le Bétaséron agit effectivement.

Le coût du médicament semble déranger beaucoup de monde, même si l'assurance maladie intervient. Je trouve que c'est une bonne chose, il nous faut tenir compte des frais même si une troisième personne paie. Les firmes pharmaceutiques doivent clarifier les raisons du coût élevé de l'interféron bêta.

Les effets secondaires ont été importants mais ont été exagérés à l'extrême par les personnes qui ont connu les problèmes les plus graves. Il est vrai que l'interféron bêta cause des effets secondaires mais ils peuvent être gérés et diminuent généralement avec le temps. Décider de prendre l'interféron bêta ou le conseiller n'est pas une chose facile. Chez nous, nous insistons sur le fait qu'il faut au minimum un an de traitement et que nous travaillons avec les effets secondaires

pendant une année entière avant d'abandonner. Durant cette période, le taux d'abandon est bien moins élevé que prévu (environ 10%).

Nous n'effectuons pas de suivi par IRM. Alors qu'ils sont essentiels pour l'étude clinique, ils ne sont pas primordiaux pour contrôler les personnes à long terme. Nos patients sont contrôlés en moyenne tous les 4 à 6 mois et reçoivent les résultats de leur bilan neurologique. De cette manière, nous pouvons déterminer leur évolution.

Aux EU, nous avons à présent un deuxième interféron bêta, l'interféron bêta 1-a. Disponible depuis trois mois, il est encore trop tôt pour donner une première estimation clinique de son efficacité. Cependant, il s'agit d'une seconde possibilité qu'il faut tester. Pour ceux qui commencent le traitement, et qui n'ont jamais été sous interféron bêta, le choix est quelque peu plus difficile.

J'utilise en ce moment l'algorithme représenté à la figure 1. Il est basé sur les informations de l'IRM, le 'profil' des effets secondaires et est tempéré par un manque de fiabilité à propos des données de dysfonctionnement sur des personnes atteintes par la maladie sans être rendues infirmes et suivies depuis moins de deux ans.

Conclusion

Il faudra du temps pour mesurer avec exactitude les différences de ces deux médicaments. Ensuite, le copolymère 1 (Copaxone) et l'interféron bêta Ares-Serono (Rebif) viendront s'ajouter à la comparaison.

Figure 1.

SCLEROSE EN PLAQUES EVOLUANT PAR POUSSEE/REMISSION

1. stabilisée : contrôle médical
2. active (poussées) : -> traitement par interféron

BETASERON

- * Si la personne désire de l'indépendance au niveau de ses injections (sous cutanées à faire soi même)
- * Si la SP est très active (beaucoup de poussées et plusieurs nouvelles plaques visibles à l'examen IRM)
- * Si la personne veut un traitement disponible déjà depuis un certain temps et a un historique d'utilisation

AVONEX

- * Si la personne préfère des injections intra-musculaires (faites par une infirmière)
- * Si la personnes désire une seule injection par semaine
- * Si la personne voyage beaucoup
- * Si la personne ne tolère pas les effets secondaires du Bétaséron

Extrait de MS Management - Vol.3 n° 2 - novembre 1996

Traduction : Fabienne Genon - Annet