

GREFFES DE MOELLE ET SCLEROSE EN PLAQUES

Aucun de ces traitements n'est capable de guérir la maladie de manière définitive et la SEP étant une maladie chronique, ceci implique de traiter les malades pendant toute leur vie.

Le système immunitaire se développe à partir du système "hématopoiétique" constitué de cellules souches qui donneront naissance à la moelle osseuse et aux globules rouges et blancs. Parmi ces derniers, le système immunitaire utilise certaines cellules, les lymphocytes. Dans la SEP, le système immunitaire fonctionne mal, soit à cause d'une prédisposition génétique, soit à cause d'un facteur extérieur (virus ?), vraisemblablement même à cause des deux.

Un problème crucial est de savoir à partir de quand, au cours du développement d'un individu, le système immunitaire devient anormal. On ne peut répondre avec certitude à cette question mais nous avons des raisons de croire que cet événement se situe dans l'enfance. Il n'est pas exclu cependant que l'origine en soit beaucoup plus lointaine et inscrite dans certains gènes. Dans ce cas, les cellules souches seraient déjà anormales.

La solution théorique est de "supprimer" totalement le système immunitaire déficient d'un patient et de le remplacer par un neuf, normal en principe. La reconstitution d'un système immunitaire peut se faire à partir des cellules souches dont le développement va donner les systèmes sanguin et immunitaire. L'idéal serait de prendre ces cellules chez une personne bien portante (heterogreffe) mais cette technique peut entraîner une mortalité de plus de 30 % liée à l'incompatibilité tissulaire et des phénomènes de rejet encore mal maîtrisés. La seconde solution est d'utiliser les cellules du patient lui-même (homogreffe)

ce qui réduit la mortalité à 3 % ou moins.

Malgré les risques importants associés à ces techniques, on constate pour l'instant un intérêt marqué de la part de certains chercheurs, des sociétés nationales de SEP et même des malades. Pour justifier ce traitement radical (dont on peut espérer théoriquement qu'il guérira définitivement la maladie) certains se basent sur des chiffres de mortalité spontanée dans la SEP qui ne correspondent pas à la réalité. Ils affirment notamment qu'à partir du moment où les patients se trouvent en chaise roulante, 50 à 70 % d'entre eux seront morts endéans les dix ans, ce qui fort heureusement n'est pas le cas. Contrairement à d'autres affections immunitaires, la SEP ne met qu'exceptionnellement en péril la survie des malades. Appliquer un traitement qui risque de tuer 1 à 3% des patients en quelques mois ne se justifie que dans des cas extrêmement rares.

En pratique, on commence par "détruire" le système immunitaire en irradiant le patient, puis en lui administrant successivement ou simultanément des immunosuppresseurs à fortes doses. Au début, ce traitement stimule les cellules souches qui tentent de reconstituer le système hématopoiétique. On peut amplifier ce processus par l'administration de certains facteurs de croissance (colony stimulating factors). Les cellules souches sont alors prélevées à partir du sang ou de la moelle osseuse dont elles ne constituent que 1%. Stockées à très basse température, elles seront réinjectées lorsque une immunosuppression complète aura été obtenue. Le malade doit séjourner en chambre stérile pendant toute la procédure car il devient très sensible aux infections.

A ce jour, plusieurs dizaines de malades souffrant de SEP ont été traités suivant cette technique dans des services hautement spécialisés, mais leur suivi ne dépasse guère plus d'un an. Il est donc impossible de juger d'une efficacité quelconque, d'autant plus que les patients subissent une immunosuppression radicale qui, à elle seule, doit déjà influencer favorablement l'évolution de la maladie. En d'autres termes, si la maladie est stabilisée, on ne peut savoir ce qui en est responsable, le remplacement du système immunitaire ou l'immunosuppression sévère préparatoire à la greffe.

L'efficacité à long terme de ce traitement est loin d'être certaine. Si le système immunitaire du patient est constitutionnellement, génétiquement anormal, celui qui se reconstituera le sera également puisque la greffe provient du patient lui-même. Une gué-

raison définitive ne serait donc possible que si l'anomalie du système immunitaire était "acquise" dans l'enfance. D'autre part, dans ce cas, malgré une immunosuppression quasi totale, il peut persister quelques lymphocytes anormaux qui, ultérieurement, deviendront agressifs vis-à-vis de la myéline.

Si l'hypothèse est séduisante, elle est donc loin d'être prouvée. Cette technique est appliquée dans d'autres maladies immunitaires et dans certains cancers chez des malades condamnés de toute manière et où rien d'autre ne s'avèrerait efficace.

Des recherches sont en cours pour réduire les effets secondaires et la mortalité, avec un certain succès. Sauf cas rarissimes, il semble donc préférable d'attendre que ce traitement radical ait fait ses preuves dans d'autres maladies mortelles et que le risque devienne acceptable pour la SEP qui, elle, ne l'est pas.

*extr. Bulletin Fondation Charcot,
n°3 - 6/98.*