



Poussées et sclérose en plaques

La sclérose en plaques (SEP) revêt le plus souvent la forme d'une affection rémittente dont l'évolution se fait par poussées avec des symptômes tels que perte visuelle, engourdissement ou faiblesse d'un membre. Ces symptômes sont ressentis pendant une période, et s'améliorent partiellement ou régressent complètement par la suite. C'est le mode de début le plus fréquent. La forme primaire progressive est plus rare.

COMMENT DÉFINIR UNE POUSSÉE ?

On définit la poussée comme la survenue de nouveaux symptômes ou la reviviscence d'anciens symptômes pendant **plus de 24 heures**. Lors des poussées, les symptômes s'installent habituellement assez rapidement, en quelques heures ou quelques jours.

- Ils persistent souvent pendant plusieurs semaines - en moyenne 4 à 6 - mais leur durée

peut varier entre quelques jours et plusieurs mois.

- Les poussées peuvent être légères ou sévères : certaines nécessitent un traitement hospitalier.

- La période d'amélioration : lorsque les symptômes s'atténuent ou disparaissent, c'est une rémission. Les **rémissions** peuvent être de durée très variable, pour atteindre parfois même des années.

- Les symptômes les plus fréquents d'une poussée sont une baisse d'acuité visuelle, une vision double, une faiblesse motrice, des troubles sensitifs, un déséquilibre et des troubles urinaires; ils peuvent survenir isolément ou en même temps : par exemple, baisse d'acuité visuelle et fourmillements dans les membres.

Un autre symptôme de la SEP, la **fatigue**, est plus complexe. Son début est souvent imprécis. La fatigue est difficile à quantifier, son évolution est plus capricieuse mais elle est très fréquente.

Certaines personnes évoquent des symptômes intermittents - qui viennent et s'en vont, comme par exemple, la sensation d'une décharge électrique quand elles penchent la tête. Si cette sensation se répète systématiquement au même geste au moins pendant 24 heures, on peut dire qu'il s'agit d'une poussée.

QUE SE PASSE-T-IL LORS D'UNE POUSSÉE ?

Les poussées sont causées par l'attaque de neurones du système nerveux central (cerveau et moelle épinière) par des cellules inflammatoires ; elles provoquent un **œdème** autour des neurones qui, en les comprimant, gêne ou empêche la transmission d'informations vers le cerveau ou venant du cerveau.

Quand la transmission d'informations est bloquée dans une zone spécifique, telle que le nerf optique ou des neurones moteurs ou sensitifs de la moelle épinière, des symptômes tels qu'une baisse de la vision ou

une faiblesse musculaire ou des fourmillements se manifestent.

Quand l'œdème se dissipe et que les neurones ne sont plus comprimés, il y a une rémission.

Cette inflammation peut aussi, mais pas toujours, endommager la myéline située dans la gaine qui entoure l'axone des neurones du système nerveux central. L'inflammation peut également détruire une partie des axones eux-mêmes. Des études récentes montrent que la dégradation des axones peut survenir même au tout début de la maladie.

Lorsque l'inflammation s'atténue, le système nerveux central peut réparer une partie de la myéline dégradée : **la myéline peut se reconstituer.** Il est important de savoir que la disparition des symptômes peut être complète même lorsque persiste un certain degré de démyélinisation. Et même si quelques axones restent endommagés, une récupération clinique complète peut survenir après une poussée.

EST-IL POSSIBLE DE PRÉDIRE L'ÉVOLUTION ET LES SÉQUELLES D'UNE POUSSÉE ?

L'évolution après une poussée est souvent très bonne, avec une rémission complète. Cependant, ce n'est pas toujours le cas : si la myéline est gravement endommagée, des symptômes persistent. Une amélioration plus tardive sera encore possible dans les mois qui suivent s'il y a une réelle reconstitution de la myéline.

Nous pouvons tous perdre un certain nombre d'axones sans que cela affecte le bon fonctionnement de notre corps. Cependant, il existe un « effet seuil », un point fatidique au delà duquel toute nouvelle perte aura un effet péjoratif sur le fonctionnement avec, chaque fois que de nouveaux axones seront détruits, une dégradation au niveau de fonctionnement.

Si au cours de plusieurs poussées, une **même zone spécifique** du système nerveux central est touchée, il devient moins probable que le rétablissement soit complet. C'est pour cette raison que la récupération après une succession de poussées diminue avec le temps ; c'est pourquoi la réaction aux corticoïdes sera moins évidente chez quelqu'un ayant une SEP évoluant par poussées depuis longtemps.

TOUT NOUVEAU SYMPTÔME CONSTITUE-T-IL UNE POUSSÉE ?

Les personnes atteintes de SEP appellent souvent une poussée un moment qui correspond à la manifestation spontanée de symptômes mais aussi au cours de périodes « *où elles ne se sentent pas bien* ». Quand une personne apprend qu'elle est atteinte de SEP, elle a tendance à penser que tout symptôme peut être une poussée, même quand ce symptôme ne concerne pas le système nerveux central. Il faut souvent du temps et des échanges réguliers avec l'équipe médicale traitante pour comprendre les symptômes de la SEP et leur évolution.

Certains facteurs peuvent aussi causer la réapparition des symptômes et ceci ne signifie pas forcément une nouvelle poussée: le meilleur exemple est la hausse de la température corporelle qui peut se produire soit à la suite d'une infection soit après un exercice physique : cette hausse de la température corporelle ralentit la transmission des informations à travers les neurones. Si, dans le passé, ceux-ci ont été endommagés, ce ralentissement pourrait faire réapparaître certains symptômes qui auront tendance à disparaître dès que la température redeviendra normale. Certaines personnes ont renoncé à tort à « prendre de l'exercice » parce qu'elles pensaient que, ce faisant, elles aggravait leur maladie. Ce n'est pas le cas : **l'exercice est primordial et absolument nécessaire.**

EST-CE QU'IL EXISTE DES FACTEURS QUI PROVOQUENT OU EMPÊCHENT LES POUSSÉES ?

Cette question est souvent posée, mais les réponses ne sont pas toujours clairement définies.

Il y a un manque de données disponibles et la recherche n'a pas encore établi avec certitude ce qui déclenche en premier lieu une poussée. Il faut le plus souvent se fier au bon sens.

On a souvent incriminé des facteurs tels que le traumatisme (entre autres, une intervention chirurgicale), le stress, les vaccinations, l'infection dans le déclenchement d'une poussée.

Les études menées à ce sujet sont difficiles mais n'ont pas apporté, jusqu'à maintenant, de preuves tangibles que le traumatisme ou le stress favoriseraient l'apparition d'une poussée.

Le problème de l'infection est un peu plus complexe : il semble probable que certaines infections rendent une poussée possible, en particulier les infections respiratoires et urinaires et certaines affections virales. Pour cette raison, les personnes atteintes de SEP sont incitées à traiter rapidement toute infection bactérienne.

Plusieurs études se sont penchées sur les vaccins. Par exemple, le vaccin contre la grippe a été déclaré sans danger par les scientifiques pour les personnes atteintes de SEP : il vaut mieux se prémunir contre une grippe.

Il est primordial que les personnes atteintes de SEP qui doivent voyager dans des pays à risques soient correctement protégées contre toute infection potentielle.

Enfin, il est bien démontré que la grossesse diminue le risque de l'apparition d'une poussée, surtout pendant les trois derniers mois (le risque se trouve diminué de soixante pour cent). Cependant, la probabilité de poussées est augmentée d'autant pendant les trois mois suivant la naissance. En somme, avoir un enfant ne change généralement pas l'évolution de la maladie d'une femme atteinte de SEP, mais il faut bien prendre en considération les aspects pratiques pour s'occuper d'un bébé dans la période qui suit l'accouchement.

QUAND LA FORME DE SEP ÉVOLUANT PAR POUSSÉES SE TRANSFORME-T-ELLE EN FORME SECONDAIREMENT PROGRESSIVE ?

Afin de pouvoir affirmer ce passage et dire qu'une personne atteinte de SEP passe de la forme rémittente avec poussées vers la forme secondairement progressive, il faut des preuves nettes d'une dégradation prolongée pendant une période d'au moins six mois. Ceci est parfois très difficile à déterminer. La progression résulte probablement de la perte d'axones et de l'« effet seuil » qui a déjà été évoqué.

COMMENT VIVRE AVEC LES POUSSÉES ?

• Information et éducation

On ne soulignera jamais assez l'importance des informations claires et précises. Les personnes atteintes de SEP seront amenées à prendre des décisions concernant des questions fondamentales et elles voudront s'assurer de disposer d'informations exactes.

Des informations concernant la gestion de la SEP sont disponibles auprès des équipes de soins, des associations contre la SEP.

Des questions plus générales, liées entre autres à l'emploi, aux prêts immobiliers et aux assurances, demandent également des informations précises. **Une décision ne doit jamais être prise sous la pression.** Les personnes concernées ont besoin d'informations exactes et impartiales.

• Vers une meilleure hygiène de vie : une alimentation saine et de l'exercice physique

De plus en plus, on accorde une importance particulière au bien-être dans les limites du possible. Il s'agit d'avoir une alimentation équilibrée. Une bonne condition physique est très importante. Faire de la gymnastique et de la rééducation peut être bénéfique pour des personnes atteintes de SEP. Un kinésithérapeute vous aidera à établir un programme d'exercices à suivre chez vous. Il est utile également de consulter un kinésithérapeute à la suite d'une poussée, pour évaluer et revoir le programme d'exercices.

• Prescription de médicaments

Au cours de la poussée, dans la plupart des cas, il est habituel d'envisager un traitement par corticoïdes qui réduisent la durée de la poussée en facilitant la résorption de l'œdème.

Il n'existe pas de directives précises ni de consensus concernant les modalités d'utilisation des corticoïdes. Ils peuvent être administrés par injection intraveineuse, quotidiennement pendant une courte période de 3 à 5 jours. Cette méthode nécessite souvent une hospitalisation afin de permettre une surveillance adéquate, les doses prescrites étant importantes - généralement 500 mg ou 1000 mg.

Les corticoïdes peuvent être aussi administrés sous forme de comprimés, à des doses variables : l'une des méthodes les plus répandues est un traite-

ment dégressif de *prednisolone*, commençant à 60 mg par jour et diminuant progressivement sur 3 à 6 semaines.

Il n'existe aucune preuve des bienfaits des corticoïdes à long terme et compte tenu des effets secondaires, ils ne devraient pas être administrés trop souvent ni pour de longues périodes.

Des symptômes tels que contractures, troubles sensoriels, douleurs ou troubles de la vessie nécessiteront d'autres médicaments ; dans le cas d'une faiblesse ou d'un déséquilibre résiduel il est indispensable de revoir le programme de rééducation ou de consulter un kinésithérapeute.

• **Traitements qui espacent les poussées, modifiant l'évolution de la maladie**

Il existe des preuves formelles que l'interféron bêta et l'acétate de glatiramère réduisent d'environ trente pour cent la fréquence des poussées chez des personnes ayant une SEP évoluant par poussées.

Les conditions d'application des traitements par ces produits ont été établies officiellement : les personnes ayant eu au moins 2 poussées au

cours des 2 années précédentes conservation de la marche sont éligibles pour ces médicaments. Le suivi durera plusieurs années et fournira plus de renseignements sur l'efficacité de ces médicaments dans la prévention du handicap ou du moins, dans le ralentissement de son évolution.

D'autres médicaments sont à l'étude : prometteur est le Natulizumab (*Antegren*[®]) qui agirait en empêchant les cellules actives inflammatoires de traverser la « barrière sang-cerveau » et d'attaquer le système nerveux.

La Mitoxantrone est utilisée dans certaines formes évolutives graves, sous stricte surveillance médicale.

Des neurologues utilisent depuis des années l'Azathioprine mais il n'y a jamais eu de consensus à son sujet.

Des études récentes sont en cours sur des produits plus spécifiques qui agissent uniquement sur un élément de la réaction immunitaire.

Enfin, au cours de l'année 2002 est née une nouvelle interrogation : à quel moment faire débuter des traitements qui

modifient l'évolution de la maladie ?

Il existe deux points de vue : l'un estime que, puisque il y a la possibilité d'une détérioration d'axones au tout début de l'affection, le traitement devrait commencer dès le diagnostic (certains vont même plus loin et envisagent de traiter les personnes dès les premiers symptômes avec un résultat d'IRM anormal) ; l'autre fait remarquer qu'un nombre considérable de personnes reste en très bonne santé pendant des années, même parfois des dizaines d'années, et que ces personnes ne devraient pas être obligées de subir la lourde contrainte et les effets indésirables de ces médicaments, sachant qu'ils n'entraînent qu'une diminution de trente pour cent des poussées. Une approche raisonnable se situe probablement entre ces deux opinions.

En attendant, il est **essentiel de poursuivre les recherches pour des traitements plus efficaces**. Même s'ils ont leur importance, les médicaments qui modifient la maladie ne sont qu'un des éléments de la gestion de la SEP rémittente avec poussées.