



Dr Nathalie Charbonnier,
journaliste, Paris



Poussées et SEP

Plus de 20 personnes sur 100 atteintes de SEP ont des poussées au cours de leur maladie. Elles se manifestent par l'apparition ou la réapparition de symptômes neurologiques, parfois très importants, pendant une durée limitée, généralement quelques semaines, et disparaissent complètement. Elles traduisent le développement de foyers d'inflammation localisés provoquant des lésions de démyélinisation au sein du système nerveux central, c'est-à-dire dans le cerveau et/ou la moelle épinière, lésions parfois visibles à l'IRM.

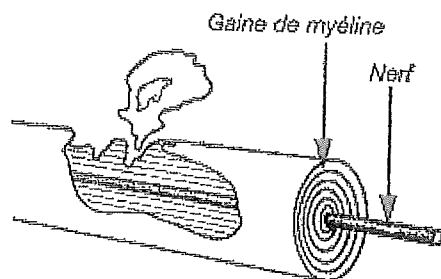
Les symptômes les plus fréquemment observés lors des poussées sont les troubles visuels, les troubles de la marche ou encore les troubles de la sensibilité :

Qu'est-ce qu'une poussée ?

Une poussée est définie par l'apparition, la réapparition ou l'aggravation progressive de signes neurologiques (troubles moteurs, troubles de la sensibilité ou troubles visuels le plus souvent) pendant plus de 24 heures.

Généralement, les symptômes durent plusieurs jours voire plusieurs semaines et disparaissent ensuite plus ou moins complètement.

Les poussées traduisent le développement de foyers d'inflam-



Processus de démyélinisation au niveau d'un nerf lors d'une poussée

ation localisés provoquant des lésions de démyélinisation au sein du système nerveux central, c'est-à-dire dans le cerveau et/ou la moelle épinière, lésions parfois visibles à l'IRM.

Les symptômes observés au cours des poussées

Les troubles présentés au cours des poussées sont variables car ils dépendent de la localisation des lésions. Parfois, il peut s'agir d'un symptôme isolé tandis que dans d'autres cas, plusieurs symptômes sont associés.

Les symptômes les plus fréquemment observés lors des poussées sont les troubles visuels, les troubles de la marche ou encore les troubles de la sensibilité :

■ **Les troubles visuels** (touchant le plus souvent un seul œil) sont fréquents au cours de la SEP et révélateurs de la maladie lors d'une première poussée, dans un tiers des cas. Baisse d'acuité visuelle (diffi-

ficulté à lire par exemple), flou visuel, douleur oculaire, diminution de la vision des couleurs, vision double (diplopie), ces différents troubles visuels peuvent s'installer en quelques heures et traduisent le plus souvent, des lésions associées à l'inflammation situées au niveau du nerf optique : on parle de névrite optique.

■ **Les troubles de la sensibilité** les plus souvent décrits par les patients ayant une SEP sont des picotements ou des fourmillements au niveau des extrémités des mains ou des pieds, l'impression de marcher sur du coton, une sensation d'engourdissement, des sensations de chaud ou de froid, un ressenti désagréable lors du toucher de certaines régions, des décharges électriques dans la colonne vertébrale... Ces troubles de la sensibilité aussi appelés troubles sensitifs concernent le plus souvent les membres supérieurs et/ou inférieurs et plus rarement le visage ou le tronc.

■ **Les troubles de la motricité** sont caractérisés par une diminution de la force musculaire (faiblesse musculaire) parfois localisée à un membre (main moins forte lors d'un effort prolongé, pied qui accroche après une longue distance de marche, difficultés à porter des charges lourdes) ou au contraire plus étendue avec l'atteinte par exemple d'un hémicorps (droit ou gauche). Des troubles de la coordination et/ou de l'équilibre peuvent être associés à ces troubles de la motricité.

■ Une fréquence des poussées variable

Chez les personnes ayant une SEP rémittente, les poussées sont peu prévisibles et peuvent survenir à des rythmes variables. Globalement, on estime le rythme des poussées à 1 par an en moyenne, certaines personnes pouvant présenter plusieurs poussées au cours d'une même année et d'autres au contraire, très peu de poussées pendant des années.

Ceci a conduit à définir des SEP bénignes, SEP caractérisées par l'absence de survenue de poussées et de progression du handicap pendant 10 ou 15 ans. La fréquence des SEP bénignes est estimée

à environ 20% (deux personnes sur 10 qui ont une SEP rémittente), mais il n'est pas encore possible de les identifier au début de la maladie.

■ La fréquence des poussées, plus élevée au début de la maladie, diminue ensuite au fur et à mesure de l'évolution de la maladie.

■ Dans les cas des formes plus actives, notamment dans les SEP progressives d'emblée (formes primaires progressives) ou après une phase rémittente de la maladie (formes secondairement progressives), les poussées sont plus espacées, parfois même absentes.

■ Même s'il semble que les infections de la sphère ORL (angines, rhinopharyngites, otites...) et/ou le stress puissent favoriser la survenue d'une poussée, aucun facteur déclenchant de poussée n'a été identifié avec certitude à ce jour.

■ Toutes les poussées doivent-elles être traitées ?

La prise en charge des poussées et leur traitement dépend du type de symptôme(s), de sa (leur) sévérité et de la gêne qu'il(s) occasionne(nt) chez la personne concernée. Tandis que certaines poussées peuvent passer presque inaperçues (par exemple, trouble de la sensibilité très localisé et isolé), d'autres beaucoup plus présentes et invalidantes (par exemple, diplopie, faiblesse musculaire d'un hémicorps) sont considérées comme des poussées sévères.

En dehors du recours au repos, toutes les poussées ne nécessitent pas un traitement médical systématique : l'objectif du traitement est de réduire l'intensité et la durée des symptômes et ainsi d'accélérer la récupération et il est **indiqué uniquement en cas de poussée sévère**.

Le traitement de référence des poussées consiste en l'administration de fortes doses de corticoïdes au moyen de perfusions intraveineuses délivrées sur une période de 3 à 5 jours. Classiquement, ce traitement est administré à l'hôpital et nécessite que la personne soit hospitalisée pendant quelques jours. Récemment, certains centres en France ont mis au point des procédures permettant un traitement à domicile.

Traitement des poussées à domicile

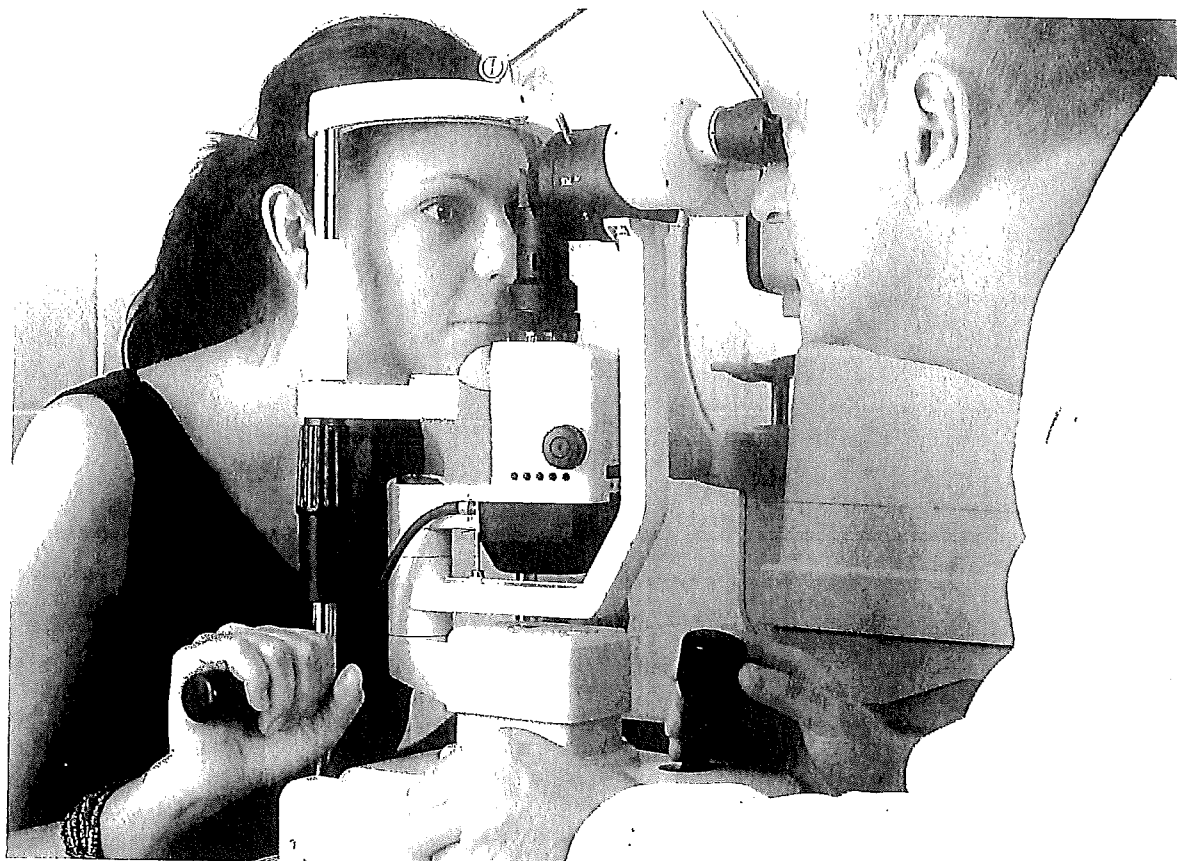
En France, l'existence de réseaux de soins spécialisés dans la SEP a favorisé le fait d'essayer de proposer dans certaines régions, un traitement des poussées à domicile, avec une prescription faite par le neurologue et les perfusions réalisées à la maison par une infirmière. Le suivi et la tolérance de ce traitement à domicile semblent très satisfaisants et une très grande majorité des personnes ainsi traitées, plus de 9 personnes sur 10, apprécient cette nouvelle organisation et déclarent souhaiter réitérer un traitement à domicile en cas de nouvelle poussée. Par ailleurs, le coût estimé d'une prise en charge à domicile paraît moins élevé que celui d'un traitement administré à l'hôpital (transferts, hospitalisation...).

Pour l'instant, cette pratique n'est pas généralisée ; elle ne concerne pas tous les patients et nécessite la mise en place d'une organisation spécifique.

■ Une poussée qui apparaît sous traitement de fond signifie-t-elle que le traitement n'est pas efficace ? Faut-il changer de traitement ?

Au vu des résultats de grandes études réalisées avec les traitements de fond, interférons β et acétate de glatiramère, les traitements de fond permettent, en réduisant les réactions inflammatoires dans le système nerveux central, de diminuer la fréquence des poussées de l'ordre de 30%. Ceci signifie globalement qu'au lieu de faire en moyenne une poussée tous les ans, un patient sous traitement (interféron β / acétate de glatiramère) fera plutôt une poussée tous les deux ans. Ainsi, les personnes recevant l'un ou l'autre de ces traitements de fond vont présenter moins de poussées (en comparaison de celles qui ne sont pas traitées) mais cela ne signifie pas une disparition totale des poussées.

Présenter une poussée sous interféron β ou acétate de glatiramère n'implique donc pas de changer systématiquement de traitement ; les



poussées constituent une opportunité pour réévaluer le traitement de fond et son observance ainsi que le retentissement de la maladie sur la vie quotidienne du patient. C'est le neurologue qui évaluera avec son patient, l'intérêt d'un nouveau traitement en fonction de différents critères, par exemple, le niveau de récupération des poussées, le niveau de handicap, les données de l'IRM.

Comment évoluent les symptômes observés lors des poussées, au cours du temps ?

La durée des troubles associés aux poussées varie généralement de quelques semaines à plusieurs mois.

Le processus de démyélinisation qui se produit dans certaines zones du système nerveux central au moment des poussées est suivi dans un deuxième

temps d'une phase de réparation de la myéline qui peut être complète ou partielle, appelée aussi remyélinisation. Ainsi au décours ¹ d'une poussée, on assiste à une régression des symptômes plus ou moins lente et plus ou moins complète, associée aux processus de remyélinisation.

Alors que les symptômes observés lors d'une première poussée régressent presque toujours, la récupération devient souvent moins complète au fur et à mesure de l'évolution de la maladie avec l'installation de séquelles qui s'accumulent au cours du temps et qui constituent le handicap.

SEP, grossesse et allaitement

- Toutes les études le montrent, il existe une diminution significative de la fréquence des poussées pendant la grossesse ; en revanche, les trois mois qui suivent l'accouchement sont une période à risque d'exacerbation des poussées.
- L'allaitement maternel exclusif pourrait jouer un rôle protecteur dans les poussées suivant l'accouchement.

SEP et vaccination

La réalisation d'une vaccination (vaccin contre le tétanos, l'hépatite B la grippe ou autres) ne semble pas augmenter le risque de survenue d'une nouvelle poussée

¹ Décours : période de déclin de la poussée

Erratum du n°125 d'octobre 2010

Dans le dossier du n°125 consacré aux Réseaux SEP, un certain nombre d'informations étaient manquantes ou incomplètes. Nous vous prions de bien vouloir nous en excuser et de tenir compte des compléments suivants :

Page 19
Réseau SEP-Bourgogne
Rajouter :
Contact : Madame Inthavong Nadine
Mail : nadine.inthavong@chu-dijon.fr
Tél : 03.80.29.53.97
Fax : 03.80.29.55.69

Page 20
Réseau MIPSEP, Midi-Pyrénées :
Rajouter :
Dr Claude MEKIES, comme cofondateur
M. Michel BENALET, Président

Page 20
Réseau SINDEFISEP :
Rajouter :
Tél : N° AZUR : 0810 810 981