



Par



Dr Olivier Heinzlef  
Neurologue  
HÔPITAL DE POISSY

# PHASE PRODROMALE DANS LA SCLÉROSE EN PLAQUES

Ce pan de la recherche pourra, espérons-le, envisager bientôt la possibilité de prévention de la SEP.

La Professeure Helen Tremlett de l'Université de Colombie Britannique a présenté la session plénière du Congrès de l'ECTRIMS/ACTRIMS 2020 sur la phase prodromale de la sclérose en plaques.

On appelle prodromes d'une maladie les symptômes qui surviennent avant les premiers symptômes classiques de l'apparition de cette maladie. Par exemple, les premiers symptômes habituels de la sclérose en plaques sont une névrite optique, des troubles de la sensibilité ou des troubles moteurs.

L'équipe de la Professeure Tremlett s'est intéressée aux 5 années précédant l'apparition de ce premier symptôme caractéristique de la maladie. En utilisant les données de l'assurance maladie au Canada, ils ont pu mesurer les hospitalisations, les visites chez les médecins et les prescriptions médicales de ces personnes qui allaient développer une sclérose en plaques comparativement à la population générale. Ils ont pu constater que les patients allant développer une sclérose en plaques étaient plus fréquemment hospitalisés, consultaient plus souvent leur médecin traitant et avaient plus de prescriptions médicales que les personnes de la population générale. Les principaux diagnostics conduisant à ces consultations, prescriptions ou hospitalisations étaient des douleurs, des céphalées, des migraines, des diagnostics de fibromyalgie, un syndrome du colon irritable ou des troubles du sommeil. Curieusement, ils ont trouvé plus de visites chez le dermatologue. Plus surprenant, ils ont trouvé

que les patientes développant une sclérose en plaques cinq ans plus tard avaient moins de grossesse que les femmes de la population générale et avaient plus souvent une contraception orale. Il est possible que les femmes qui diffèrent ainsi les grossesses le font parce qu'elles ressentent des

symptômes qu'elles ont du mal à expliquer et qui les inquiètent. Ils ont également trouvé que les patients allaient plus fréquemment chez les psychiatres pour des troubles psychologiques (50 % en plus). Les patients avaient d'ailleurs plus fréquemment un diagnostic d'anxiété ou de dépression.



La reconnaissance de cette phase prodromale présente plusieurs intérêts. D'une part, on se pose souvent la question de l'événement déclenchant les premiers symptômes de la SEP. Si l'on admet que le début de la maladie remonte plusieurs années avant les premiers symptômes cela signifie que les causes potentielles doivent être recherchées beaucoup plus en amont dans l'histoire des patients.

D'autre part, ceci pourrait permettre de poser le diagnostic de sclérose en plaques plus tôt avant le déclenchement classique de la maladie.

Enfin, on pourrait imaginer d'intervenir pour modifier les facteurs de risque potentiels du passage de cette phase prodromale à la phase de symptômes établis, afin de réduire le risque de développement d'une sclérose en plaques.



LES PETITS  
RAPPELS

## DÉFINITION

**Prodrome :** Signe(s) avant-coureur d'une maladie.



miers résultats, deux études cliniques, une en Amérique du Nord et une en Europe. L'objectif de ces études est de savoir si le fait de donner un médicament par voie orale proposé habituellement aux SEP débutantes (diméthylfumarate pour l'étude américaine et tériflunomide pour l'étude européenne) contre placebo à des gens qui n'ont pas la maladie diminue le risque de développer la maladie clinique pour espérer, dans quelques années, avoir le droit de traiter les RIS.

Le recrutement de ces études est terminé depuis le mois d'octobre. Nous devons attendre au moins deux pour les résultats et pour savoir si, en double aveugle, les RIS qui avaient le traitement sur deux ans, ont fait moins de poussées que les RIS qui avaient le placebo.

Il n'est vraiment pas recommandé de donner un traitement contre la SEP à une personne qui a un RIS tant que nous n'avons pas les résultats.

Ces médicaments ont prouvé leur efficacité dans des situations bien particulières, chez des personnes qui sont déjà malades et ils ne sont pas sans risque.

Beaucoup de patients RIS n'ont pas pu rentrer dans les deux études, et plusieurs pays, qui ne participent pas aux premières études, ont beaucoup de personnes RIS qui souhaitent participer. Le consortium international RIS a donc modélisé une troisième étude, qui va débiter en même temps partout dans le monde avec un nouveau médicament et qui va permettre aux personnes RIS de pouvoir participer à ce programme clinique. Nous espérons que d'ici cinq ans, nous aurons les résultats de toutes les études, nous pourrions demander de prescrire les traitements de SEP pour les RIS et ceci pour éviter qu'ils aient la maladie.

### Est-ce que les progrès et l'accès à l'imagerie amènent davantage de RIS ?

Pas vraiment. Il y a très peu de vrais RIS, moins de 1 % des hypersignaux tout venant.

Nous avons fait une étude sur tous les examens que nous recevons pour suspicion de RIS, envoyés par des radiologues experts, et moins de 5 % étaient des RIS répondant aux critères.

Cela fait maintenant dix ans que nous expliquons, communiquons sur cette question

en montrant des IRM dans des congrès ou réunions. L'expertise médicale a considérablement augmenté. Aujourd'hui, nous en recevons moins même si nous recevons encore des non RIS.

Dans un cas comme dans l'autre, nous apportons une réponse que le patient attend.

Cela évite une certaine errance diagnostique et de faire des examens inutiles.



### Et l'avenir ?

Il y a environ 100 000 SEP en France et 460 RIS. Ils sont pris en charge dans les CRC-SEP, avec la proposition de faire la prise de sang et la ponction lombaire et ensuite une IRM une fois par an. Cela permet de stratifier le risque. Au fur et à mesure que nous apprenons des choses sur le RIS, si nous pouvons les traiter, nous leur proposerons un traitement, si il y a un nouveau bio-marqueur, nous allons le rechercher chez la personne pour augmenter la prédiction du risque. C'est ce qui permet d'améliorer le service rendu et le suivi à l'échelon individuel. Notre but, en regroupant les cas, est de trouver de nouveaux marqueurs pour pouvoir revenir à l'individu et affiner son risque. La personne reste au cœur de notre travail et de nos recherches.

*Propos recueillis par V. Carrette, Rédactrice en Chef*

“ La personne reste au cœur de notre travail et de nos recherches. ”

