

La sclérose en plaques ne conduit plus forcément au fauteuil roulant

Des années durant, le diagnostic de sclérose en plaques a fait planer une épée de Damoclès au-dessus de la tête des patients. Si cette maladie demeure une épreuve de taille pour les malades, les avancées thérapeutiques ont considérablement modifié l'évolution de leur pathologie.

PAULINE MARTIAL

Pas moins de 15.000 personnes sont touchées par la sclérose en plaques (SEP) en Belgique. Cette pathologie inflammatoire auto-immune affecte le système nerveux central, autrement dit le cerveau, mais aussi la moelle épinière. Si la recherche scientifique a longtemps considéré que cette maladie portait exclusivement atteinte à la myéline, la gaine cellulaire qui protège les fibres nerveuses, on sait aujourd'hui qu'elle s'attaque aussi aux fibres nerveuses en elles-mêmes.

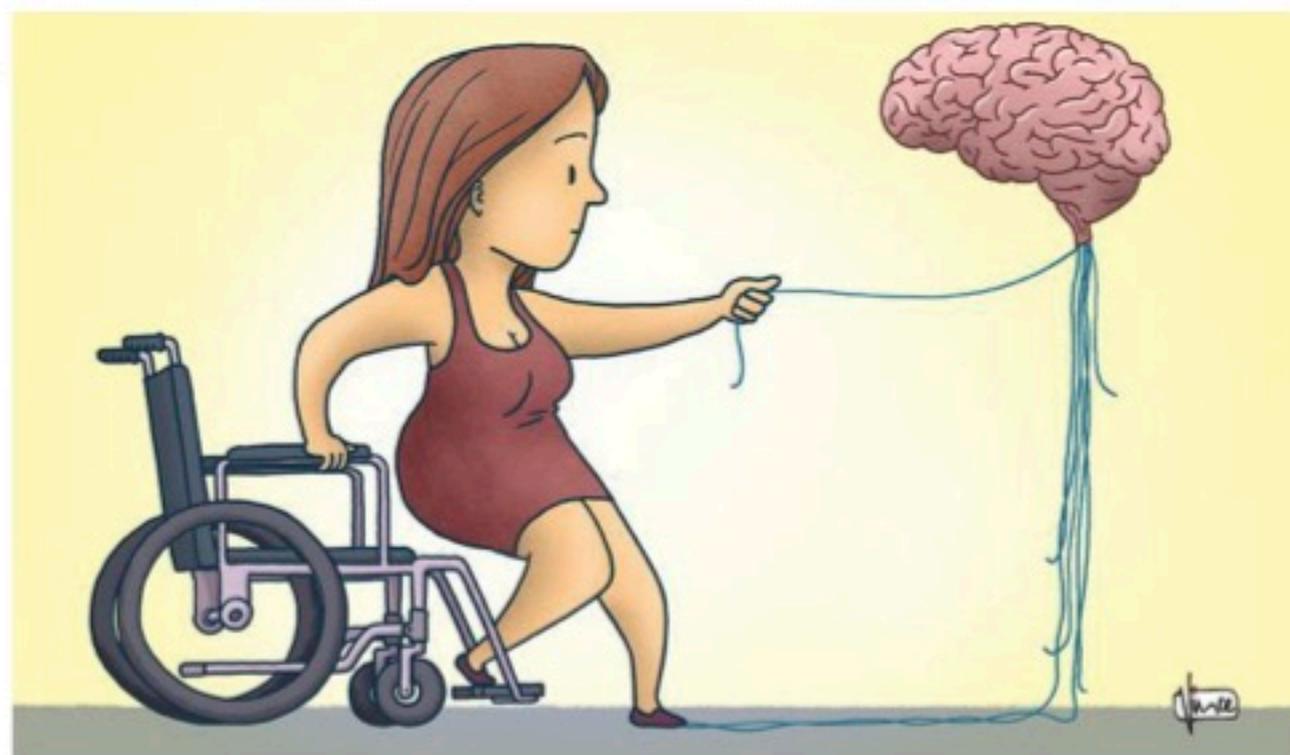
Cette maladie n'a pas encore livré tous ses secrets, mais écrire qu'on n'en connaît pas la cause serait toutefois erroné. « Il n'y a pas une cause derrière la sclérose en plaques, mais bien une association d'éléments susceptibles d'en provoquer le déclenchement. Cette maladie n'est pas héréditaire, cependant, des recherches ont permis d'identifier un terrain génétique favorable à son développement, pour peu qu'il soit combiné à certains facteurs environnementaux. Pour l'heure, on

Rééduquer au cas par cas

En matière de rééducation, il n'y a pas de règle pour la prise en charge de la SEP. « On fonctionne au cas par cas », explique Dominique Dive ; « Certains patients pris en charge dès le début de la maladie n'en auront pas, ou peu besoin. D'autres conservent des séquelles et sont alors suivis de manière précise pour augmenter ce qu'on appelle leur réserve fonctionnelle, une réserve dans laquelle ils pourront puiser si un nouveau déficit devait survenir. L'idée est d'agir en prévention, car lorsque le handicap est installé, c'est plus compliqué de faire machine arrière. »

Des jeux de mémoire sont ainsi proposés en présence de troubles cognitifs, tandis que des séances de kiné ou de rééducation sont prescrites en cas de manifestations de troubles moteurs, de l'élocution ou encore de la déglutition. « Dans la mesure du possible, on essaie de recommander à nos patients des choses qui ne les mettent pas en dépendance d'un milieu médical. En cas de déficit moteur, on va par exemple conseiller une activité sportive adaptée », précise toutefois Benoît Maertens, responsable du Centre neurologique et de réadaptation fonctionnelle CHU-CNRF.

PAJML



sait qu'une carence en vitamine D, l'obésité ainsi que le tabagisme figurent parmi ces facteurs de risque. Des données plus récentes ont également démontré que le microbiote, la population bactérienne présente dans notre intestin, pouvait aussi jouer un rôle dans la manifestation de cette pathologie », développe le professeur Dominique Dive, neurologue et chef de clinique au CHU de Liège.

Un pic de fréquence entre 20 et 40 ans

Dans 90 % des cas, les patients développent une forme rémittente de la maladie. La SEP se manifeste alors par poussées, entrecoupées de périodes de rémission plus ou moins longues durant lesquelles la récupération est partielle ou totale. « Cela concerne trois femmes pour un homme et touche le plus souvent des individus âgés entre 20 à 40 ans. Une autre forme plus insidieuse de la maladie est observée plus rarement chez des individus plus âgés et s'accompagne généralement d'un déficit moteur progressif plus important », détaille le professeur Dive.

Des troubles visuels soudains, des picotements douloureux, une sensation

anormale lors de la flexion de la nuque ou encore des troubles urinaires inexplicables sont autant de signes qui doivent conduire à explorer l'hypothèse d'une sclérose en plaques. Des manifestations moins significatives viennent toutefois brouiller les pistes de ce tableau clinique habituel, compliquant le diagnostic. « Des recherches récentes ont par exemple démontré que des manifestations anxio-dépressives pouvaient parfois précéder le déclenchement de la maladie de plusieurs années. En ce sens, la SEP est peut-être sous-diagnostiquée. Mais d'un autre côté, les progrès technologiques, en particulier l'usage de l'IRM, ont révolutionné sa prise en charge, tant du point de vue du diagnostic que du suivi des patients », estime Dominique Dive.

Des traitements en progrès

Sur le plan des traitements, les avancées sont également considérables. Aux interférons et à la Copaxone, des médicaments injectables apparus dans les années 90 qui ont largement fait leurs preuves dans la diminution de la fréquence des poussées de la SEP, sont venus s'ajouter les immunosuppres-

seurs administrés précocement. « La majorité de ces traitements sont continus, mais certains sont utilisés de manière séquentielle, seulement sur une courte période. Leur principe est de provoquer un "reset" du système immunitaire, un peu comme on ferait le "reboot" d'un ordinateur. Ils ne permettent toujours pas de guérir la sclérose en plaques, mais modifient considérablement la manière dont la maladie s'exprime. Il y a 20 ans de cela, une grande majorité des patients devaient se préparer à finir dans une chaise roulante. Aujourd'hui, ce n'est absolument plus une fatalité, même si malheureusement des cas difficiles existent toujours », affirme le neurologue.

Des techniques d'hématologie via une autogreffe de moelle osseuse ont également fait leur apparition pour traiter les formes graves et agressives de la maladie. À l'heure actuelle, elles demeurent cependant encore marginales et ne permettent pas de balayer d'un revers de la main le volet rééducationnel contraignant qui accompagne souvent aussi la prise en charge des patients atteints par la sclérose en plaques.