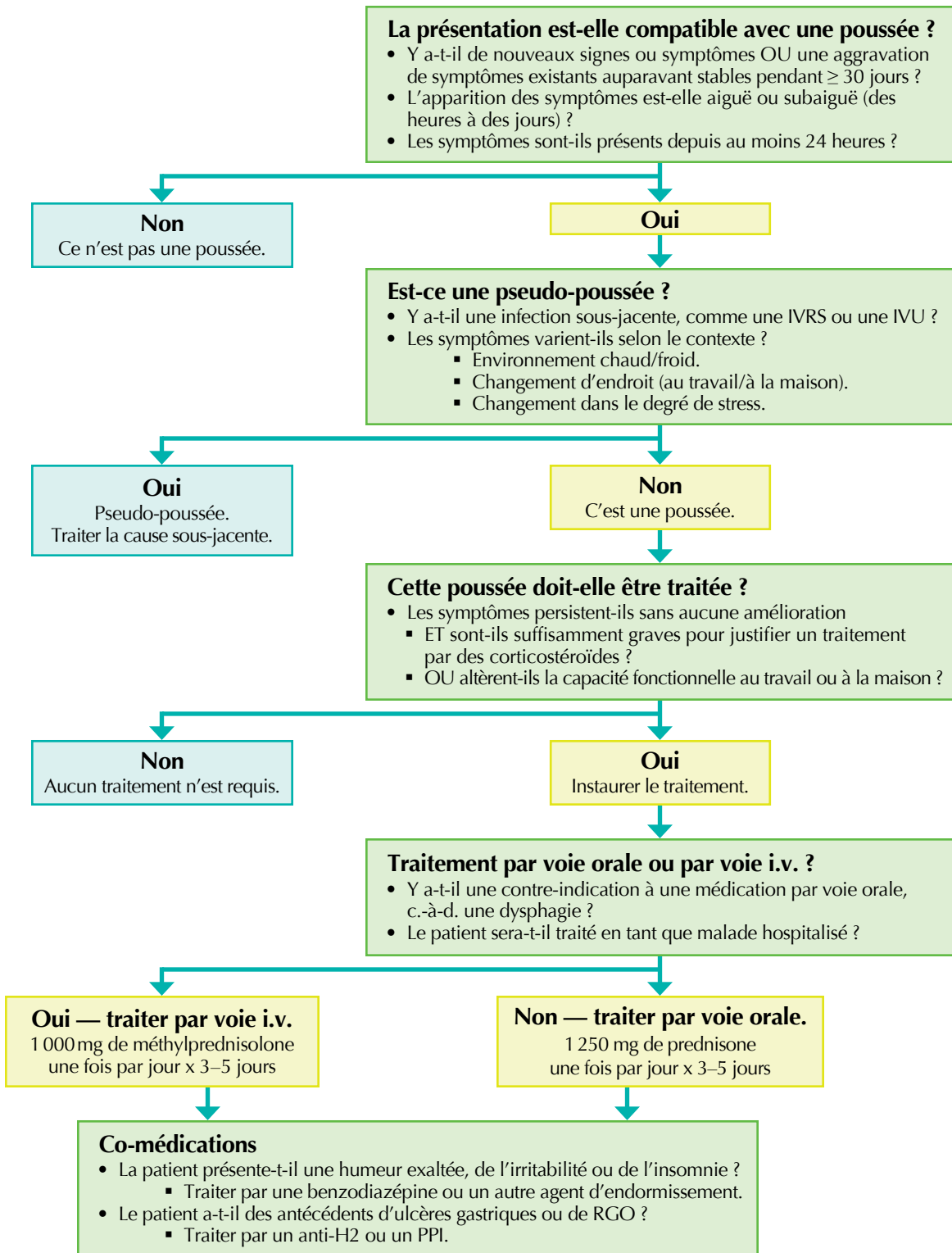


Quand traiter une poussée de SP



Courants et avenues | La sclérose en plaques

Savoir quand traiter

La norme actuelle de soin des poussées de SP est l'administration sur plusieurs jours de doses élevées de corticostéroïdes : 1 000 mg de prednisolone par voie i.v. ou 1 250 mg de prednisone par voie orale pendant 3 à 5 jours. Les deux voies d'administration sont comparables sur le plan de l'efficacité^{8,9} et elles sont utilisées autant l'une que l'autre au Canada¹⁰. Le débat se poursuit en ce qui concerne le besoin de réduire progressivement la dose de corticostéroïdes — la plupart des études sont en faveur d'une réduction de la dose chez les patients qui ont déjà subi une reprise des symptômes de la poussée à la fin du traitement^{11,12}. Cela dit, les poussées n'ont pas toutes besoin d'être traitées — les neurologues rapportent qu'ils traitent environ un quart des poussées¹³. En définitive, il faut mettre en balance les effets secondaires et les avantages des corticostéroïdes. Un traitement de courte durée provoque généralement de l'insomnie et une humeur exaltée, des effets gastro-intestinaux chez les patients ayant des antécédents de maladie gastro-intestinale et une hypertension ou une hyperglycémie transitoires chez les patients ayant des antécédents d'hypertension ou d'intolérance au glucose, respectivement^{2,14,15}. Les effets secondaires à long terme, comme la déminéralisation osseuse, ne sont observés que chez les patients traités par de multiples corticostéroïdes pulsés (3 ou plus) dans une même année^{5,14}.

Avant tout, les corticostéroïdes raccourcissent la durée de la poussée sans modifier les résultats à long terme, et seul le traitement de poussées plus graves a procuré quelque bienfait^{16,17}. Il n'existe pas de lignes directrices précises, mais en général, les poussées qui sont multifocales, graves ou qui occasionnent une incapacité sont

Recommandations sur les poussées de SP

C'est au patient et au médecin traitant que revient la décision de traiter une poussée de SP en tenant compte des facteurs clés suivants :

- Les risques et les avantages des corticostéroïdes à dose élevée ainsi que la gravité de la poussée.
- La possibilité d'une pseudo-poussée doit être écartée avant le traitement. Le médecin devrait tout particulièrement éliminer la possibilité d'une infection des voies urinaires, soit une infection fréquente dans la SP et souvent asymptomatique à ses premiers stades.
- Le traitement par 1 000 mg de prednisolone par voie i.v. ou par 1 250 mg de prednisone par voie orale pendant 3 à 5 jours est recommandé, avec la prise en charge des effets indésirables décidée au cas par cas.
- Les patients doivent être dirigés vers un spécialiste de la SP en cas de doute sur la nature des nouveaux symptômes ou si les poussées surviennent à une fréquence plus grande que prévu.

traitées. Le traitement des effets indésirables au moyen de benzodiazépines, de somnifères ou de protecteurs gastriques peut être utilisé chez les patients qui ont des antécédents médicaux importants ou qui ont déjà présenté une réaction aux corticostéroïdes. Advenant la survenue d'une poussée inhabituelle ou de deux poussées ou plus en un an, il est recommandé de rediriger le patient vers un neurologue. ■

Bibliographie

1. Rotstein Z, Hazan R, Barak Y, et al. Perspectives in multiple sclerosis health care: special focus on the costs of multiple sclerosis. *Autoimmun Rev* 2006;5:511-516.
2. Beck CA, Metz LM, Svenson LW, Patten SB. Regional variation of multiple sclerosis prevalence in Canada. *Mult Scler* 2005;11:516-519.
3. Morrow SA, Kremenchutzky M. Familiarity of family physicians with relapse evaluation and treatment in multiple sclerosis patients. In press, *International Journal of MS Care*.
4. Lublin FD, Reingold SC. Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis. *Neurology* 1996;46:907-911.
5. Sellebjerg F, Barnes D, Filippini G, et al. EFNS guideline on treatment of multiple sclerosis relapses: report of an EFNS task force on treatment of multiple sclerosis relapses. *Eur J Neurol* 2005;12:939-946.
6. Polman CH, Reingold SC, Edan G, et al. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2005 revisions to the "McDonald Criteria." *Annals of Neurology* 2005;58:840-846.
7. Thrower BW. Relapse management in multiple sclerosis. *Neurologist* 2009;15(1):1-5.
8. Morrow SA, Stoian CA, Dmitrovic J, Chan SC, Metz LM. The bioavailability of IV methylprednisolone and oral prednisone in multiple sclerosis. *Neurology* 2004;63:1079-1080.
9. Burton JM, O'Connor PW, Hohol M, Beyene J. Oral versus intravenous steroids for treatment of relapses in multiple sclerosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;CD006921.
10. Morrow SA, Kremenchutzky M, Metz LM. High dose oral corticosteroids are commonly used to treat relapses in Canadian MS clinics. *Canadian Journal of Neurological Sciences* 2009;36(2):213-5.
11. Perumal JS, Caon C, Hreha S, et al. Oral prednisone taper following intravenous steroids fails to improve disability or recovery from relapses in multiple sclerosis. *Eur J Neurol* 2008;15:677-680.
12. Levic Z, Micic D, Nikolic J, et al. Short-term high dose steroid therapy does not affect the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in relapsing multiple sclerosis patients. Clinical assessment by the insulin tolerance test. *J Endocrinol Invest* 1996;19:30-34.
13. Tremlett HL, Luscombe DK, Wiles CM. Use of corticosteroids in multiple sclerosis by consultant neurologists in the United Kingdom. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1998;65:362-365.
14. Leary SM, Porter B, Thompson AJ. Multiple sclerosis: diagnosis and the management of acute relapses. *Postgrad Med J* 2005;81:302-308.
15. Metz LM, Sabuda D, Hilsden RJ, Enns R, Meddings JB. Gastric tolerance of high-dose pulse oral prednisone in multiple sclerosis. *Neurology* 1999;53:2093-2096.
16. Nos C, Sastre-Garriga J, Borrás C, Rio J, Tintore M, Montalban X. Clinical impact of intravenous methylprednisolone in attacks of multiple sclerosis. *Mult Scler* 2004;10:413-416.
17. Beck RW, Smith CH, Gal RL, et al. Neurologic impairment 10 years after optic neuritis. *Archives of Neurology* 2004;61:1386-1389.

Courants et avenues est publié par Parkhurst Publishing Ltd. La distribution de ce supplément rédactionnel est rendue possible grâce à une subvention à l'éducation de Teva Neuroscience.

