

Courants et | avenues | La sclérose en plaques

Poussée de SP : traiter ou ne pas traiter

Par la D^{re} Sarah A. Morrow

La prise en charge de la sclérose en plaques (SP) repose sur une démarche à trois volets : stratégies thérapeutiques visant à modifier l'évolution à long terme de la maladie, maîtrise des symptômes et prise en charge des poussées.

La SP est l'une des principales causes de l'incapacité non traumatique chez les jeunes adultes dans le monde entier¹ et elle est particulièrement répandue au Canada — 240 Canadiens sur 100 000 vivent avec cette maladie neurologique chronique². Pourtant, selon les résultats d'un sondage mené dans le sud-ouest de l'Ontario, bien que 92,2 % des omnipraticiens aient traité des patients atteints de SP, seulement 43,1 % des répondants ont indiqué correctement le traitement approprié et 16 % seulement, la dose appropriée³. La situation est encore plus sombre pour ce qui est de la prise en charge des poussées de SP. Les soins spécialisés pour les poussées sont parfois inaccessibles à certains patients, car les cliniques de SP au Canada sont généralement situées dans des centres de soins tertiaires. La plupart du temps, la tâche de traiter les poussées incombe donc aux omnipraticiens des cliniques communautaires ou des services d'urgence. Cependant, les omnipraticiens connaissent souvent mal la démarche préconisée pour la prise en charge des poussées potentielles chez les patients atteints de SP. Pour combler les lacunes dans les soins aux patients atteints de SP, les lignes directrices et l'algorithme de traitement suivants ont

été élaborés pour aider les omnipraticiens à mener à bien le diagnostic et le traitement des poussées.

Récapitulation des connaissances sur les poussées

Il existe différentes formes de SP. Dans 85 % des cas, les patients sont atteints de la forme cyclique (SP rémittente)⁴, caractérisée par des périodes de poussée entraînant parfois un handicap résiduel, suivies de périodes de rémission. Quinze pour cent des cas progressent lentement dès le début (SP progressive primaire) et 50 % des cas de SP rémittente évolueront vers une forme progressive (SP progressive secondaire). Les poussées sont plus fréquentes dans la SP rémittente, bien que la forme progressive puisse en être également ponctuée^{4,5}.

Une poussée est définie comme l'apparition de nouveaux symptômes neurologiques qui durent plus de 24 heures ou l'aggravation de symptômes neurologiques existants qui avaient été stables pendant au moins 30 jours^{6,7}. L'apparition de ces symptômes peut être aiguë ou subaiguë. Les présentations courantes sont la névrite optique, les syndromes du tronc cérébral comme les syndromes oculomoteurs, et la myélite transversale partielle aiguë.

Pseudo-poussée : éliminer la possibilité

Bien qu'il soit utile de connaître la définition clinique des poussées, il est parfois difficile de faire la distinction entre les vraies et les fausses. Pour diagnostiquer une poussée, il faut d'abord écarter la possibilité d'une « pseudo-poussée ». Une pseudo-poussée est une aggravation neurologique occasionnée par une élévation de la température corporelle et déclenchée par une infection sous-jacente — qui n'est peut-être pas encore symptomatique, par une augmentation de la température ambiante attribuable à une douche chaude ou à un environnement chaud ou humide ou par un stress physique ou psychologique. En général, une fois la cause sous-jacente de la pseudo-poussée éliminée, les symptômes disparaissent.

Suite

Lisez l'article en ligne à www.parkhurstexchange.com/clinical-reviews/msrelapse.



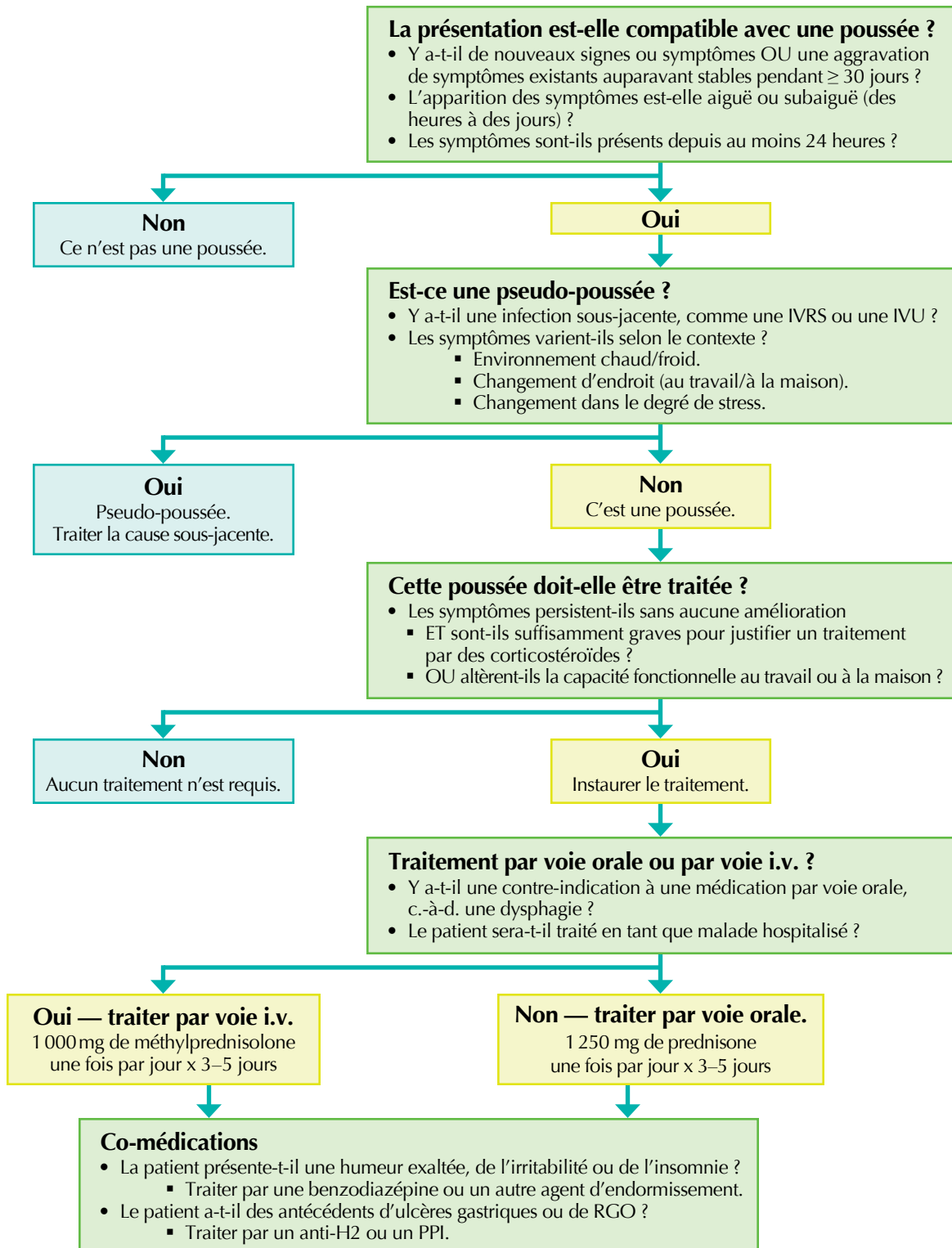
Sarah A. Morrow, M.D., FRCP(C), a obtenu son doctorat en médecine à l'Université de Calgary, puis elle a fait sa résidence en neurologie et un stage de perfectionnement (fellowship) sur la SP à l'Université de Western Ontario à London, en Ontario. Elle est actuellement professeure adjointe de recherche en neurologie à la State University of New York, à Buffalo. Ses recherches portent sur l'épidémiologie et la fonction cognitive dans la SP.

Avis de non-responsabilité

Courants et avenues est un service supplémentaire indépendant offert par *Parkhurst Exchange*, propriété de Parkhurst Publishing Ltd. Il est conçu pour fournir aux médecins et aux autres lecteurs des renseignements pratiques sur les démarches thérapeutiques. Les opinions exprimées reflètent celles des auteurs, et les déclarations ou les recommandations faites ne sont pas nécessairement soutenues ni approuvées par le Comité consultatif de rédaction de *Parkhurst Exchange*, l'éditeur et le commanditaire finançant la distribution. La distribution de ce supplément rédactionnel est rendue possible grâce à une subvention à l'éducation de Teva Neuroscience.

Parkhurst est responsable uniquement du contenu rédactionnel et n'assume aucune responsabilité pour toute erreur ou omission. Cette publication ne peut en aucun cas être reproduite, enregistrée sur un système de recherche ou retransmise de quelque façon que ce soit, en tout ou en partie, sans le consentement écrit préalable de l'éditeur. Copyright 2009.

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.