

VIVRE AVEC LA SCLÉROSE EN PLAQUES

Compas

VOL. 5, N° 2, 2004

À votre rythme

**Concevoir un programme d'exercice
juste pour vous**

PAR SANDRA BRUNHAM, M.Sc., B.Sc.Pt.

3 La part des facteurs héréditaires
D'après des études génétiques de pointe
sur la SEP

6 À l'avant-garde de la recherche
La clinique de Toronto trace le chemin
de l'amélioration des soins

Plus : Points saillants d'un récent congrès de neurologie

COMMANDITÉ PAR

biogen idec



Le mot de la rédaction

Les atouts de l'exercice

Comme d'habitude, nous abordons des sujets variés. Vous trouverez un excellent article par Sandra Brunham, de Vancouver, sur le rôle de l'exercice dans la SEP. Lisez-le attentivement — il contient de précieux conseils qui, je le souhaite, vous motiveront à faire régulièrement des activités physiques. C'est une nécessité pour tous, même (et surtout) pour les personnes handicapées.

Le D^r Stanley Hashimoto a assisté au congrès de l'American Academy of Neurology, en avril dernier, à San Francisco. Il nous résume ce qui lui a paru important. Vous verrez que les traitements combinant un immunomodulateur et un immunosuppresseur n'ont pas apporté de gain thérapeutique substantiel. Une étude mentionne que les anticorps neutralisants qui se forment contre les interférons tendent à persister lorsque les taux (de ces anticorps) sont élevés. Et dans l'étude CHAMPIONS, après un suivi moyen qui

atteint maintenant cinq années, les patients qui ont reçu Avonex[®] dès le premier épisode de la maladie évoluent mieux que ceux chez qui le traitement fut retardé.

Vous trouverez ensuite une description de la Clinique de SEP de Toronto, où 5 200 patients sont suivis. Cette clinique existe depuis 1981 et combine des activités de soins, d'enseignement et de recherche.

Et Dessa Sadovnik répond aux questions les plus courantes à propos de la génétique. Il est encore impossible de prédire qui sera atteint de SEP; la thérapie génique est présentement hors de portée.

J'espère que vous apprécierez le contenu informatif de ce numéro de *Compas*.

Pierre Duquette

D^r Pierre Duquette
Rédacteur en chef

Compas

est publié par Parkhurst, 400, rue McGill
3^e étage, Montréal (Québec) H2Y 2G1
Télécopieur: (514) 397-0228
Courriel: andrews@parkpub.com

Cette publication ne peut être reproduite en tout ou en partie, ni être archivée dans un système de recherche documentaire ou reproduite par quelque procédé que ce soit sans l'autorisation préalable de l'éditeur.

RÉDACTRICE PRINCIPALE: Emily Andrews

RÉDACTRICE CONSULTANTE: Elsie Wagner

COORDONNATRICE DE LA PRODUCTION: Lori Allen

DIRECTEUR, VENTES ET MARKETING:

Harvey C. Levine

DIRECTRICE, OPÉRATIONS D'ÉDITION:

Danielle Leblanc

DIRECTEUR ARTISTIQUE: Pierre Marc Pelletier

PRÉSIDENTE ET ÉDITRICE: Madeleine Partous

DÉNI DE RESPONSABILITÉ: Parkhurst et Biogen Idec Canada n'assument aucune obligation ou responsabilité pour le contenu de cette publication et les opinions qui y sont exprimées. Bien que toutes les précautions aient été prises pour que l'information contenue dans les articles et les publicités soit aussi précise que possible au moment d'aller sous presse, il peut quand même y avoir des divergences.

Compas a été produit grâce à une commandite de Biogen Idec Canada Inc. pour la promotion de l'éducation.

RÉDACTEUR EN CHEF

Pierre Duquette, M.D., directeur de la Clinique de SEP, Pavillon Notre-Dame, Centre hospitalier de l'Université de Montréal; professeur de neurologie à l'Université de Montréal

RÉDACTION

Douglas L. Arnold, M.D.
Directeur de recherche clinique, Institut neurologique de Montréal; professeur de neurologie à l'Université McGill

Amit Bar-Or, M.D., FRCPC
Professeur adjoint de neurologie et de neurochirurgie, Institut neurologique de Montréal; professeur agrégé de microbiologie et d'immunologie à l'Université McGill

Mark S. Freedman, M.D., FRCPC
Chef du Service de neuro-immunologie de l'Hôpital général d'Ottawa; professeur de neurologie, de microbiologie et d'immunologie à l'Université d'Ottawa

Andrew J. Gomori, M.D., FRCPC
Professeur agrégé de neurologie à l'Université du Manitoba

Colleen Harris, M.N., M.Sc., Inf.
Infirmière clinicienne et coordonnatrice à la Clinique de SEP de Calgary

Stanley Atsumu Hashimoto, M.D., FRCPC
Professeur de clinique à la division de neurologie de l'Université de la Colombie-Britannique

T.J. Jock Murray, M.D., FRCPC
Directeur de l'Unité de recherche sur la SEP de l'Université Dalhousie; professeur au Département de neurologie de l'Université Dalhousie

Paul W. O'Connor, M.D.
Chef du Service de neurologie de l'Hôpital St. Michael; professeur adjoint de neurologie à l'Université de Toronto

Joël J. Oger, M.D., FRCPC
Chef du Service de neurologie du Centre hospitalier de l'Université de la Colombie-Britannique et du Centre hospitalier et des sciences de la santé de Vancouver; professeur adjoint de neurologie à l'Université de la Colombie-Britannique

Josée Poirier, B.Sc. Inf.
Infirmière coordonnatrice, Clinique de sclérose en plaques, Pavillon Notre-Dame, CHUM, Montréal

Hyman E. Rabinovitch, M.D.
Clinique de la sclérose en plaques, Hôpital d'Ottawa; professeur adjoint de neurologie à l'Université d'Ottawa

ONT COLLABORÉ À CE NUMÉRO:

Sandra Brunham, M.Sc., B.Sc.Pt.
Sheryl Clarke, inf., B.Sc.Inf., M.Éd. (c)
Pierre Duquette, M.D., FRCPC
Stanley Atsumu Hashimoto, M.D., FRCPC
Paul O'Connor, M.D., M.Sc., FRCPC
A. Dessa Sadovnick, Ph.D.

Pour des renseignements généraux sur la SEP, composez le 1-877-MS-INFO-5

abonnement GRATUIT!

Pour recevoir *Compas* gratuitement, appelez au 1-877-MS-INFO-5, ou envoyez vos nom et adresse par courriel: fulfill@mailenniumgroup.com

La SEP et vos gènes

La recherche est en train de définir le rôle de l'hérédité

par A. Dessa Sadovnick, Ph.D.

Vers la fin du XIX^e siècle, on a remarqué que la SEP était plus répandue dans certaines familles. Depuis lors, nombre d'études ont voulu déterminer si cela s'expliquerait par des causes génétiques ou environnementales, ou les deux. Peu après 1970, les chercheurs ont cerné des régions des chromosomes humains qui semblent influencer sur le risque et(ou) l'évolution de la SEP. Ceux participant à l'Étude coopérative canadienne sur la susceptibilité génétique à la SEP, en particulier, ont beaucoup contribué à ces travaux que finance la Fondation pour la recherche scientifique sur la SEP de la Société canadienne de la SEP.

Par rapport à la population générale, le risque de SEP est plus élevé dans les familles biologiques des personnes déjà atteintes — les facteurs génétiques (hérités) pèseraient donc lourd. On ignore si ces facteurs agissent séparément ou conjointement entre eux et(ou) avec des facteurs environnementaux, ou si le hasard intervient également. La SEP n'est pas une maladie héréditaire comme la chorée de Huntington, la dystrophie musculaire ou la fibrose kystique, qui sont caractérisées par une mutation (modification) génétique précise rendant la maladie presque inévitable chez le « porteur » qui vit assez longtemps. Beaucoup d'inconnues demeurent, mais il semble que les facteurs environnementaux omniprésents, comme le climat, contribueraient plus à la SEP que les conditions variables dans les familles, comme l'alimentation, l'exposition aux

toxines (ex. : la fumée de cigarette), le nombre d'enfants par foyer, etc.

FOIRE AUX QUESTIONS

Mon enfant (ou n'importe qui d'autre) peut-il contracter la SEP par des contacts anodins comme les câlins, le partage d'une glace, etc. ? La SEP peut-elle se transmettre par contact sexuel ?

Les données montrent que la SEP n'est pas contagieuse, ni chez l'enfant ni chez l'adulte, même par contact intime :

- chez les enfants adoptés ou les frères et sœurs par alliance, dont le matériel génétique est complètement différent de celui de la personne atteinte de SEP mais qui sont élevés dans le même milieu, la SEP n'est pas plus fréquente que dans la population générale;
- chez les demi-frères et demi-sœurs (un quart du matériel génétique en commun), la fréquence de la SEP est semblable, qu'ils soient ou non élevés ensemble;
- chez les conjoints des personnes atteintes (couples de sexe différent ou non), la SEP n'est pas plus fréquente que dans la population générale.

Quel est le risque de SEP pour mes proches parents ?

Dans les familles où une seule personne est atteinte, le risque se situe entre 3 % et 5 % chez les frères, sœurs et enfants de cette personne, ce qui est assez bas quoique supérieur au risque dans la population générale (0,2 %). Chez la jumelle vraie d'une

femme atteinte de SEP, ce risque peut atteindre 30 %.

Le type de SEP est-il uniforme au sein d'une même famille ?

Non. Dans les familles où il y a plusieurs cas de SEP, on observe une grande diversité quant à l'âge au début de la maladie, à l'évolution clinique, au délai d'apparition de la forme progressive, etc.

Peut-on prévoir qui sera atteint de SEP ?

Là encore, non, mais les travaux en cours pourraient changer cela. Même si on trouvait un gène de vulnérabilité, ce gène ne renseignerait que sur le risque de SEP et ne permettrait pas d'affirmer qu'une personne donnée sera atteinte un jour.

La carte du génome humain permet-elle d'espérer un traitement génique pour bientôt ?

Il n'existe présentement aucun traitement génique (qui guérirait ou préviendrait la maladie par implantation de matériel génétique) et il n'en existera probablement pas avant longtemps. Même dans les maladies causées par une seule mutation génétique (ex. : la fibrose kystique), le traitement génique demeure très expérimental.

Votre médecin peut vous renseigner davantage sur ces questions et bien d'autres. ■

A. Dessa Sadovnick, Ph.D., enseigne au département de médecine génétique et à la division de neurologie de l'Université de la Colombie-Britannique, à Vancouver.



L'exercice et vous

À chacun son programme,
c'est possible !

par Sandra Brunham, M.Sc., B.Sc.Pt.

*Peu importe la capacité physique ou l'âge,
l'exercice est nécessaire pour garder la forme
et la santé. Les études indiquent qu'il améliore
la force, la souplesse, l'endurance,
l'humeur et la qualité de vie des
personnes atteintes de SEP.*

L'exercice peut également réduire le risque d'ostéoporose, plus élevé en présence d'incapacité physique, et prévenir des problèmes liés au déconditionnement, c.-à-d. à l'extrême détérioration de la forme physique après une longue période d'inaction, tels les troubles cardiovasculaires, les déséquilibres sanguins (taux de glucose et de lipides) et l'embonpoint. On considère maintenant l'exercice comme un important élément du traitement de la SEP.

UN PROGRAMME JUSTE POUR VOUS

Il ne faut pas oublier que la SEP s'attaque au système nerveux et non aux muscles. C'est la perte de conduction des influx nerveux vers les muscles qui fait qu'on se sent faible, lourd et lent. L'exercice excessif empire le problème de conduction nerveuse et peut aggraver temporairement les symptômes de SEP. La chaleur — même une légère élévation de la

température corporelle — peut intensifier les symptômes en ralentissant davantage la conduction nerveuse. Le programme de mise en forme classique peut donc être nuisible dans la SEP puisque les activités intenses et prolongées échauffent le corps et augmentent encore plus la fatigue et la faiblesse. Cependant, avec un peu de planification et quelques connaissances, vous pourriez vous livrer à plusieurs types d'exercices.

Si vous n'avez jamais aimé l'eau, il est peu probable que vous vous mettiez à nager parce que vous avez la SEP. Demandez-vous d'abord ce que vous avez envie de faire. Préférez-vous l'exercice en groupe dans un centre communautaire, ou seul à la maison ? Le tai-chi pratiqué en compagnie attirera un tel, tandis que tel autre préférera suivre une cassette vidéo de yoga seul dans son salon. Alors, sortir marcher avec un proche... ou s'inscrire à une classe d'aquaforme... ? Il existe un programme d'exercice pour chacun; il s'agit simplement de définir le vôtre ! Le programme idéal comprend des exercices d'étirement, de renforcement et d'aérobic.

Sandra Brunham, M.Sc., B.Sc.Pt., est physiothérapeute à la clinique de SEP de Vancouver (C.-B.) et membre de l'exécutif de l'International Organization of MS Rehabilitation Therapists.

ÉTIREMENT

Il est important d'étirer les muscles pour rester souple. L'étirement empêche les fibres musculaires de raccourcir en permanence, ce qui permet de contracter les muscles avec force et de préserver l'amplitude des mouvements. Les muscles à étirer sont les fléchisseurs et les adducteurs de la hanche (face interne de la cuisse), les jarrets (fléchisseurs du genou), les muscles du mollet, ceux du cou, des flancs et du dos. Bien des gens disent qu'à défaut de tout autre exercice, le simple fait de s'étirer leur fait du bien. On peut s'étirer n'importe où, n'importe quand et à l'intérieur d'une autre activité. Étalez vos séries d'étirements tout au long de la journée, en gardant la position de 30 à 60 secondes. Respirez lentement et visualisez votre muscle qui se relâche et se détend.

RENFORCEMENT ET CONSCIENCE DU CORPS

On sait que l'exercice rend plus fort, probablement grâce à ces deux mécanismes : d'abord, l'entraînement en force fait grossir les fibres musculaires qui reçoivent bien les influx nerveux jusqu'à ce qu'elles atteignent leur taille maximale; ensuite, l'entraînement permet aux parties du système nerveux normalement peu sollicitées de participer à la conduction des influx vers des zones affaiblies par la SEP. La « plasticité » du système nerveux permet de le remodeler et le physiothérapeute s'en sert pour « rééduquer » les muscles quand le système nerveux est endommagé, par exemple par une poussée de SEP.

Les exercices de renforcement sont particulièrement utiles après les poussées, car ils favorisent l'alignement et les mouvements normaux du corps. Divers programmes axés sur la conscience des parties du corps — exercices Feldenkrais et Pilates, yoga et tai-chi — aident à ancrer l'exécution correcte des mouvements et à maintenir une bonne posture, stimulent la connexion entre les centres moteurs du cerveau et les muscles, et renforcent les muscles antigravité permettant de s'asseoir et de se tenir debout. Les poids et haltères, les équipements d'exercice à la maison ou en salle et les élastiques ou les tuyaux souples d'exercice sont également utiles. Commencez par quelques répétitions seulement, avec des poids légers, pour éviter la fatigue. Augmentez ensuite le poids et le nombre de reprises lentement (souvent, de 5 à 10 répétitions suffisent). Visez surtout à renforcer les abdominaux, les fléchisseurs des hanches et des chevilles, et les jarrets.

AÉROBIC ET ENTRAÎNEMENT FRACTIONNÉ

L'exercice aérobic améliore la forme et l'endurance générales, et rend moins vulnérable à la fatigue. Il accélère les battements cardiaques et mobilise tout le corps. Marche, natation, aviron en salle, vélo sur piste ou stationnaire, danse, déplacements en fauteuil manuel et rotations des bras — ce sont tous de bons exemples.

Cependant, comme bien des gens atteints de SEP le savent, une activité soutenue peut fatiguer et affaiblir davantage. L'entraînement fractionné constitue une solution : de courtes périodes d'exercices aérobics alternent avec des moments de repos. Au lieu de vous défoncer durant 30 à 60 minutes jusqu'à l'épuisement, faites vos exercices pendant 5 à 10 minutes, puis reposez-vous pendant 1 ou 2 minutes. Répétez les cycles exercices-repos pendant toute la séance. À notre clinique, nous utilisons l'échelle Borg de perception de l'effort, qui permet au client d'évaluer

lui-même ses efforts entre 0 et 10. Comme les résultats correspondent bien à la fréquence cardiaque, le client apprend à doser ses efforts pour atteindre la fréquence cardiaque cible.

Pour la personne en très mauvaise forme après des années d'inaction, l'entraînement fractionné est un excellent moyen de se remettre à l'aérobie. Elle pourrait commencer par 1 ou 2 minutes d'aviron en position assise, puis se reposer pendant 30 secondes et répéter l'enchaînement 2 ou 3 fois, en allongeant peu à peu les périodes d'effort.

LA MISE AU POINT

Fondez votre programme sur l'évaluation des éléments suivants : votre état physique, votre posture, vos stratégies de mobilisation, vos zones de faiblesse et de raideur, ainsi que la fréquence cardiaque et la tension artérielle atteintes pendant l'exercice. Il faut adapter le programme à l'évolution et aux symptômes de la maladie, surtout durant les poussées. L'association ou la clinique de SEP de votre localité peut vous aider à trouver un physiothérapeute ou un entraîneur qui concevra avec vous un programme vraiment personnalisé. Votre corps vous en remerciera. ■

De quel genre êtes-vous ?

À l'égard de l'exercice, les gens atteints de SEP tombent dans 2 grandes catégories :

- ceux qui faisaient de l'exercice régulièrement, mais pour qui les anciennes activités ne conviennent plus — ils doivent les adapter à leur état actuel;
- ceux qui n'ont jamais fait d'exercice régulièrement — ils ont besoin d'un coup de pouce pour commencer.

Vous reconnaissez-vous ? Les conseils de base sont les mêmes pour ces deux groupes, mais l'intensité, le type et la durée des exercices recommandés varient.

Un foyer d'excellence

À l'hôpital St. Michael, les soins et la recherche sur la SEP sont des priorités

par Sheryl Clarke, inf., B.Sc.Inf., M.Éd.(c), et Paul O'Connor, M.D., M.Sc., FRCPC

La clinique de SEP de l'hôpital St. Michael, à Toronto, est un des 22 centres liés à la Société canadienne de la SEP. Elle a été établie en 1981, sous la direction médicale du Dr Trevor A. Gray, pour offrir une approche de soins multidisciplinaires et accroître la sensibilisation et les connaissances relativement à cette maladie. La clinique maintient une collaboration étroite avec la Société canadienne de la SEP; elle est d'ailleurs en partie financée par la section ontarienne de cette société. En outre, elle constitue l'un des trois « foyers d'excellence » du Programme de mobilité de l'hôpital.

CROISSANCE ET ÉVOLUTION

Nos services visent les patients hospitalisés, les intervenants hospitaliers ainsi que les parents et amis des personnes atteintes de SEP, qu'elles aient ou non des liens avec l'hôpital ou la Société canadienne de la SEP. Depuis 23 ans, la demande de services n'a pas cessé d'augmenter, à cause des facteurs suivants :

- hausse du nombre de clients;
- prestation de plus de services externes, avec la baisse de fréquence et de durée des hospitalisations;
- arrivée de nouveaux agents pour le traitement de fond de la SEP (interférons, acétate de glatiramère) ou le traitement ciblé de symptômes (comme le baclofène à administration intrathécale contre les spasmes vésicaux et les injections de botox);
- besoins d'enseignement de haut niveau, les personnes atteintes de SEP et leurs aidants naturels participant de plus en plus à la prise en charge;
- croissance des services communautaires, exigeant une coordination qui permette d'adapter les services pour chaque client;
- participation accrue aux essais cliniques;
- intérêt pour la médecine douce;

Sheryl Clarke, inf., B.Sc.Inf., M.Éd.(c), est infirmière coordinatrice à la clinique de SEP de l'hôpital St. Michael, à Toronto.

Paul O'Connor, M.D., M.Sc., FRCPC, est chef du service de neurologie et directeur de la clinique de SEP et de la recherche sur la SEP à l'hôpital St. Michael.

- augmentation de l'importance et de l'attention accordées aux aspects psychosociaux de la SEP.

Être orienté par un médecin est habituellement la seule condition pour être reçu à notre clinique. La première visite peut entraîner des évaluations médicale et neurologique, des tests ou procédures diagnostiques et une ordonnance de services de réadaptation ou de traitements. Nos infirmières donnent de l'information par téléphone et assurent le suivi d'urgence entre les visites médicales. Elles communiquent aussi régulièrement avec les neurologues de la clinique.

Notre personnel comprend 7 médecins, 2 infirmières et 1 membre de chacune des professions paramédicales pertinentes (diététique, physiothérapie, ergothérapie, service social et orthophonie). En outre, on peut sur demande consulter un psychiatre, un psychologue ou un urologue. Cette équipe dynamique se consacre à appliquer des démarches et des traitements fondés sur les meilleures données existantes, et à aider les clients à définir et à atteindre des objectifs qui maximisent leur autonomie et leur sécurité : traitement des poussées, contrôle des symptômes, modification de l'évolution de la SEP, soutien psychosocial, réadaptation et orientation vers les services appropriés. Comme les services offerts dans la communauté complètent ceux de la clinique, les infirmières communiquent souvent avec les intervenants du milieu, les patients et leurs proches. La SEP étant fluctuante, l'état de chaque patient est constamment réévalué pour modifier les soins au besoin.

PRÉPONDÉRANCE DE LA RECHERCHE

Notre clinique participe aux travaux portant sur tous les aspects de la SEP, notamment :

- l'innocuité et l'efficacité de nouveaux traitements contre toutes les formes de SEP et à tous les stades;
- l'étude génétique et épidémiologique de la SEP;
- les moyens d'améliorer le traitement de symptômes, comme la faiblesse des membres (ex. : 4-aminopyridine);
- des sujets relatifs à l'éducation et à l'apport de soins.

Ces projets de recherche font partie intégrante de la mission de la clinique : trouver un traitement curatif tout en améliorant la qualité de vie des personnes atteintes de SEP. ■

Points saillants

du congrès annuel de l'American Academy of Neurology, du 24 avril au 1^{er} mai 2004, à San Francisco, en Californie

par Stanley Atsumu Hashimoto, M.D., FRCPC

Une chaleur inhabituelle a frappé Vancouver durant le congrès annuel de l'American Academy of Neurology. Mais le mercure n'était pas le seul sujet brûlant, car tous les ateliers sur la SEP débordaient de participants. On a même disposé des chaises à l'extérieur des salles de réunion pour permettre à plus de gens d'assister aux exposés retransmis sur écran — ce qui augure bien pour l'avenir de la recherche sur la SEP. Voici un compte rendu des présentations portant sur les progrès thérapeutiques accomplis.

Associations et nouveaux médicaments

Selon plusieurs conférences sur l'emploi combiné d'interférons et de différents immunosuppresseurs, dont le mitoxantrone (Novantrone®), l'azathioprine (Imuran™) et le cyclophosphamide (Cytosan®, Procytox®), ces agents sont bien tolérés en doses expérimentales mais n'apportent pas d'avantages manifestes. On a décrit le cas d'un enfant atteint de SEP à évolution très rapide chez qui le natalizumab (Antegren®, non homologué au Canada) a donné de bons résultats. Un essai clé sur ce nouvel agent se terminera bientôt et fournira plus d'information.

Au chapitre des modes d'administration, on a présenté un vaporisateur nasal d'interféron bêta-1a, mais il faudra le mettre à l'essai avec une dose plus forte avant de se prononcer sur l'innocuité et l'efficacité du dispositif. Certains médicaments à prise orale sont également à l'étude; la poursuite des travaux s'impose là aussi.

Régénération du système immunitaire

On a beaucoup parlé de greffe de moelle osseuse (GMO), et surtout du programme canadien. Cette démarche très risquée consiste à détruire, puis à reconstituer le système immunitaire. Deux mois après une GMO un patient ayant développé des troubles hépatiques est décédé. On a constaté que son tissu cérébral présentait de l'inflammation

Le Dr Stanley Atsumu Hashimoto, M.D., FRCPC est professeur de clinique à la division de neurologie de la faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique, à Vancouver.

et de nouvelles lésions; les chercheurs ont conclu que l'intervention peut mettre du temps à porter fruit. Un rapport de suivi optimiste émis par le même centre de recherche d'Ottawa décrivait le rétablissement de la fonction immunitaire et l'absence de récurrence de maladie auto-immune chez les trois premiers patients traités par GMO. Au moins deux ans après la greffe, la SEP était stable chez ces patients et aucune infection (une complication fréquente de la GMO) n'était survenue. Ces résultats semblent prometteurs, mais un plus long suivi s'impose.

Effet des ACN sur les interférons

Plusieurs exposés traitaient d'essais visant à vérifier si l'efficacité des interférons diminue en présence d'anticorps neutralisants (ACN) persistants, c.-à-d. présents à toutes les mesures. La perte d'efficacité associée aux ACN apparaît habituellement autour de la 3^e année de traitement. Et règle générale, les taux élevés d'ACN ne baissent pas spontanément. Ces anticorps tendent à se former plus souvent dans le traitement à l'interféron bêta-1b (Betaseron®), moins souvent avec les injections sous-cutanées d'interféron bêta-1a (Rebif®) et encore moins avec les injections intramusculaires d'interféron bêta-1a (Avonex®). Durant un essai mené en Italie, on a détecté des ACN (la 3^e année) chez 35 %, 20 % et 3 % respectivement des patients traités par ces interférons. Les taux d'ACN ont diminué plus lentement après l'abandon de l'interféron bêta-1a que de l'interféron bêta-1b. Comme les taux élevés et persistants d'ACN font clairement baisser l'efficacité de tous les interférons, il faudra s'attaquer au problème. Malheureusement, aucune des présentations n'a porté sur les moyens de réduire les taux d'ACN.

Mieux vaut traiter tôt

D'après le suivi de longue durée mené après l'étude CHAMPS, les patients traités sans délai par injections intramusculaires d'interféron bêta-1a (Avonex®) se portaient mieux, cinq ans plus tard, que ceux qui avaient d'abord reçu un placebo. Comme la SEP est une maladie chronique, le prochain suivi, à 10 ans, permettra de vérifier les avantages du traitement précoce. ■

Des commentaires? Des questions? Envoyez-les à COMPAS

400, rue McGill, 3^e étage, Montréal (Québec) H2Y 2G1 ; courriel: andrews@parkpub.com

Back Cover
new Biogen Idec ad