

VIVRE AVEC LA SCLÉROSE EN PLAQUES

Compas

VOL. 4, N° 1, 2003

Les femmes et la SEP

Faut-il blâmer les hormones?

par la D^{re} SUZANNE N. CHRISTIE

3 Ces piqûres qui s'enflamment...

Le contrôle des réactions cutanées
aux sites d'injection

6 Quand la SEP frappe un enfant

Des traitements porteurs d'espoir

Plus: Les points saillants
d'un récent congrès de neurologie

Commandité par

BIOGEN
CANADA



Le mot de la rédaction

Les femmes et les enfants...

Être atteint de sclérose en plaques (SEP) n'est pas une sinécure, surtout quand elle apparaît en bas âge. Il y a plusieurs années, j'ai publié un article sur la SEP chez les enfants. J'y concluais qu'ils ne sont pas aussi gravement touchés que les adultes. Aujourd'hui, la D^{re} Brenda Banwell, neuropédiatre responsable de la clinique de SEP au Hospital for Sick Children de Toronto, qui mène plusieurs études sur la SEP en pédiatrie, estime que les enfants souffrent autant que les adultes. Elle traite dans ce numéro de la maladie chez les jeunes.

Par ailleurs, la D^{re} Suzanne Christie, neurologue à la clinique de SEP à Ottawa, discute des liens entre la SEP et le système reproducteur féminin. Vous avez probablement appris, par les médias, que les risques et bienfaits de l'hormonothérapie de remplacement (HTR) chez les femmes ménopausées ont été réévalués. Le groupe Women's Health Initiative a étudié ceux-ci chez 17 000

femmes après la ménopause. Il a conclu que l'HTR comportait plus de risques que d'avantages et qu'on avait même exagéré ses effets sur les symptômes de la ménopause, telles les bouffées de chaleur. Cela a engendré une importante controverse. On ne peut plus affirmer que l'HTR est bénéfique pour toutes. Chaque femme, atteinte ou non de SEP, doit maintenant en soupeser les avantages et les inconvénients.

Enfin, Pauline Weldon partage avec nous sa vaste expérience auprès des personnes atteintes de SEP en nous suggérant comment traiter les réactions associées aux injections sous-cutanées.

Bon été à toutes et à tous!

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: wintercom@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.

DIRECTRICE EXÉCUTIVE DE LA RÉDACTION:
Elsie Wagner

RÉDACTRICE PRINCIPALE: Lynn Wintercorn

DIRECTEUR, VENTES ET MARKETING:
Harvey C. Levine

DIRECTRICE, OPÉRATIONS D'ÉDITION:
Danielle Leblanc

DIRECTEUR ARTISTIQUE: Pierre Marc Pelletier

CONCEPT ET DESIGN: Chris A. Cant

COORDONNATRICE DE PRODUCTION: Lori Allen
PRÉSIDENTE ET ÉDITRICE: Madeleine Partous

DÉNI DE RESPONSABILITÉ: Parkhurst et Biogen 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 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.
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.
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.
Professeur agrégé de neurologie à l'Université du Manitoba

T.J. Jock Murray, M.D.
Directeur de l'Unité de recherche sur la SEP de l'Université de Dalhousie; professeur de sciences médicales à l'École de médecine de l'Université de Dalhousie, Département de neurologie

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 de 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

William Pryse-Phillips, M.D.
Professeur de neurologie à l'Université Memorial de Terre-Neuve

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:
Suzanne N. Christie, M.D.
Sheryl Clarke, B.Sc. Inf.
Pierre Duquette, M.D.
George P.A. Rice, M.D.

abonnement GRATUIT!

Votre abonnement à *Compas* est gratuit. Vous n'avez qu'à appeler au 1-877-652-7569, ou à envoyer vos nom et adresse par courriel: fulfill@mailenniumgroup.com ou par la poste au: 35, Hedgedale Road, Brampton (Ontario) L6T 5P3

Ces maudites injections

Le traitement des réactions au point d'injection

par Pauline Weldon, infirmière

Dans la vie, rien n'est jamais parfait, pas même les nouveaux traitements de la sclérose en plaques (SEP). En fait, les agents modificateurs de la maladie (AMSEP) ne sont pas vraiment nouveaux puisqu'ils sont sur le marché canadien depuis le milieu des années 1990, contribuant à améliorer la vie de bien des patients. Mais pour qu'un AMSEP fonctionne, il doit être pris tel que prescrit. Ne soyez pas tenté d'arrêter le traitement si des effets indésirables surviennent, car ils sont maîtrisables. Voici quelques conseils concernant les réactions au point d'injection.

UNE CHOSE À LA FOIS

Les AMSEP sont tous donnés par injection, chacun ayant son propre type d'injection, sa posologie et sa fréquence. Avec l'appui de leur famille et des professionnels de la santé, la plupart des patients apprennent à s'injecter eux-mêmes. Si la première injection vous rend nerveux, demandez à quelqu'un, préférablement un professionnel de la santé, de le faire pour vous. Vous verrez alors que c'est facile et que, finalement, ça ne fait pas vraiment mal. N'oubliez jamais à quel point ce traitement est important : il permet de contrôler la maladie et d'en modifier l'évolution.

RÉACTIONS AU POINT D'INJECTION

Les effets indésirables les plus courants des injections sont la douleur et les réactions cutanées. On observe rare-

ment une nécrose de la peau (une lésion ouverte douloureuse) au point d'injection.

L'injection de chacun des quatre AMSEP — les trois interférons (Avonex[®], Betaseron[®], Rebif[®]) et l'acétate de glatiramer (Copaxone[®]) — peut causer un peu de douleur. Mais elle ne dure pas longtemps et entraîne rarement l'interruption du traitement. Avant l'injection, on suggère d'attendre que le médicament soit à la température ambiante et de vérifier qu'il n'y en a pas sur la partie externe de l'aiguille. Une douleur qui persiste plus de 24 heures peut résulter de l'utilisation répétée du même point d'injection, ce qui ferait durcir quelque peu la région. Faites une rotation des points d'injection pour réduire le risque d'inconfort.

Une réaction cutanée — rougeur au point d'injection — ne survient généralement qu'avec les médicaments administrés par injection sous-cutanée (Betaseron, Copaxone, Rebif), et non avec les injections intramusculaires (Avonex). Cette réaction est plus désagréable que douloureuse et ne devrait pas vous inquiéter. Les interférons reçus aux deux jours par voie sous-cutanée (Betaseron, Rebif) causent une rougeur, de la grosseur d'un dollar, qui apparaît environ 24 heures après l'administration et se résorbe entre les injections. Pour plusieurs, le problème est esthétique : certains patients n'aiment pas voir des rougeurs sur leurs bras ou leurs jambes, surtout pendant la période

estivale. Comme ces zones irritées sont plus sensibles aux rayons solaires, gardez-les bien couvertes pendant vos activités extérieures.

Avec l'acétate de glatiramer, la rougeur apparaît en quelques minutes et ressemble à une piqûre d'abeille, parfois accompagnée de détestables démangeaisons. Mettre de la glace sur le point d'injection avant et après l'administration peut aider à prévenir ces effets. Veillez aussi à ce qu'il n'y ait pas de médicament sur la partie externe de l'aiguille avant l'injection. Bien qu'elle ne dure généralement pas longtemps, la démangeaison peut être dérangeante. Appliquez alors une crème antihistaminique sur le point d'injection ou prenez un antihistaminique sans ordonnance.

On ne souhaite jamais qu'une nécrose se produise. De fait, elle est rare et généralement associée aux interférons administrés par injection sous-cutanée. Bien qu'il soit peu probable qu'elle survienne, soyez conscient que c'est une possibilité. Si une lésion rouge, douloureuse et ouverte apparaît au point d'injection, consultez votre infirmière.

LA PRÉVENTION AVANT TOUT

Prévenir les réactions cutanées est la meilleure façon de ne pas en souffrir :

- Faites une rotation des points d'injection (c'est primordial !)
 - N'injectez qu'aux endroits recommandés
 - Utilisez des techniques stériles
- L'inconfort au point d'injection peut être maîtrisé et ne devrait que rarement justifier l'arrêt d'un traitement. ■

Pauline Weldon, B.Sc. Inf., infirmière spécialisée dans les soins de la SEP, est consultante en recherche et en éducation à la Multiple Sclerosis Clinic à Halifax, en Nouvelle-Écosse.

Les femmes et la SEP



Quel est le rôle des hormones sexuelles?

par Suzanne N. Christie, M.D.

La plupart des types de sclérose en plaques (SEP) affectent plus de femmes que d'hommes. En fait, de 70 % à 75 % des patients sont des femmes — et nous ne savons pas pourquoi. Seule la forme progressive primaire atteint autant d'hommes que de femmes. Et comme les premiers signes de SEP se manifestent généralement entre 20 et 50 ans, la maladie touche principalement des femmes en âge de procréer.

Les hormones sexuelles féminines ont déjà été soupçonnées d'être la raison de l'écart entre les deux sexes. Mais on sait maintenant que les causes de la SEP ne sont pas si simples.

LES RÈGLES ET LA SEP

En réponse aux fluctuations des hormones sexuelles, le système immunitaire subit des changements au cours du cycle menstruel. Par exemple, l'ovulation est associée à une protection immunitaire plus grande, une façon de protéger les ovules en maturation contre les infections. Une fois l'ovulation terminée, cette protection diminue afin de permettre aux spermatozoïdes d'atteindre l'ovule. Les effets de la SEP sur la réponse immunitaire sont encore méconnus.

Bien que la plupart des femmes atteintes de SEP — surtout celles ayant la forme cyclique — affirment que leurs symptômes s'aggravent juste avant leurs règles, aucune étude objective n'a démontré de lien entre la période prémenstruelle et la SEP. La recherche sur les lésions a donné des résultats contradictoires : une étude a observé des lésions plus grandes et plus nombreuses lorsque l'estradiol (une hormone) est élevé (au début du cycle menstruel), alors qu'une autre a noté le même phénomène lorsque la progestérone est élevée (à la fin du cycle, juste avant le déclenchement des règles).

Plusieurs médicaments ont un impact sur le cycle menstruel, influençant le choix thérapeutique — particulièrement si une femme veut avoir un enfant. Les stéroïdes et les interférons peuvent entraîner des cycles irréguliers. Le mitoxantrone et la cyclophosphamide préviennent les menstruations, parfois de façon permanente, alors que l'azathioprine peut entraver l'ovulation et la fertilité.

LA PILULE ET VOUS

Pouvez-vous prendre un contraceptif oral (CO) ? Eh bien, oui. Mais sachez que certains médicaments, comme le

modafinil, la carbamazépine et la gabapentine, peuvent rendre les CO moins efficaces. N'oubliez donc pas de discuter avec votre médecin de vos médicaments avant de commencer à prendre un CO. Une méthode de contraception supplémentaire pourrait s'avérer nécessaire.

Pensiez-vous que la pilule pouvait être la cause de votre SEP ? Détrompez-vous : il n'existe aucune preuve liant les CO à une augmentation du risque de SEP.

Les hormones gestationnelles en traitement de la SEP ?

L'estriol, une hormone produite par le placenta afin de nourrir le fœtus pendant la grossesse, pourrait s'ajouter à l'arsenal thérapeutique de la SEP. Lors d'un essai préliminaire, 12 femmes, dont six avaient la forme cyclique (SEPC) et six la forme progressive secondaire (SEPPS), ont reçu 8 milligrammes d'estriol en comprimé pendant six mois. Durant cette période, les patientes avec SEPC ont présenté des lésions cérébrales plus petites et moins nombreuses, moins d'inflammation au niveau du système immunitaire et une amélioration de la capacité cognitive. Après l'interruption du traitement, les lésions ont retrouvé l'aspect d'avant le traitement, mais elles diminuaient de nouveau si le traitement était repris. Malheureusement, les femmes atteintes de SEPPS n'ont montré aucun signe d'amélioration. Les chercheurs prévoient entreprendre une étude plus approfondie comptant un plus grand nombre de femmes atteintes de SEPC qui prendront de l'estriol pendant une plus longue période.

Suzanne N. Christie, M.D., est professeure adjointe de pédiatrie (médecine et neurologie) à l'Université d'Ottawa et neurologue clinicienne au Centre de santé Élisabeth-Bruyère, à Ottawa.



Grossesse, allaitement et médicaments

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

Côté bébés, les données sont plutôt positives. La SEP n'affecte pas la capacité à concevoir et n'augmente pas le risque de fausse couche, de mortalité intra-utérine ou de malformation congénitale, et le travail et l'accouchement sont habituellement sans complications.

Pendant la grossesse, le système immunitaire est en veilleuse afin de ne pas rejeter le fœtus en tant que « corps étranger ». Les femmes enceintes atteintes de SEP subissent généralement 70 % moins de poussées qu'avant la conception. Par contre, elles en subiront 70 % plus dans les trois mois suivant l'accouchement, après quoi les choses reviennent à la normale. Des chercheurs espèrent que l'étude de ces changements mènera à la mise au point de nouveaux traitements.

L'allaitement est possible et semble même protéger contre les poussées. La recherche se poursuit sur un traitement prometteur, l'injection d'immunoglobuline (IVIg), qui semble réduire le nombre de poussées après l'accouchement.

La grossesse n'aggraverait pas la SEP — elle offrirait même une certaine protection. Les femmes qui ont eu des enfants avant leur diagnostic de SEP tendent à demeurer ambulatoires plus longtemps que celles qui ont enfanté pour la première fois après l'apparition de la maladie. La grossesse comme telle ne modifie pas le risque d'émergence de la maladie. Cependant, les enfants (surtout les filles) de femmes atteintes de SEP sont de 30 à 50 fois plus à risque d'avoir la SEP que les autres. Leur risque à vie reste toutefois faible : 30–50 cas par 1 000 personnes, contre 1/1 000 dans l'ensemble de la population.

Les femmes enceintes ou qui allaitent doivent éviter certains médicaments. Discutez de vos options thérapeutiques avec votre médecin si vous désirez avoir un enfant.

MÉNOPAUSE ET HTR

Des traitements comme le mitoxantrone et la cyclophosphamide peuvent causer une ménopause prématurée. Mais les symptômes neurologiques parfois plus intenses durant la ménopause peuvent être soulagés par l'hormonothérapie de remplacement (HTR). L'étude Women's Health Initiative a cependant conclu que le risque de problèmes cardiovasculaires augmentait chez certaines femmes qui suivaient une HTR. Il vaut donc mieux discuter de ces options avec votre médecin.

EN CONCLUSION

Bien que la SEP pose des défis particuliers aux femmes en âge de procréer, elle ne les empêche pas de jouir d'une vie sexuelle active et de fonder une famille. ■

Vous voulez devenir enceinte ou allaiter ? Voici ce que vous devez savoir sur vos médicaments :

Agents modificateurs de la SEP :

acétate de glatiramer (Copaxone®)
interféron bêta-1a (Avonex®, Rebit®)
interféron bêta-1b (Betaseron®)

Ces agents n'ayant pas fait l'objet d'études chez les femmes enceintes ou qui allaitent, on devrait les éviter jusqu'à ce que leur innocuité soit démontrée.

Immunosuppresseurs :

azathioprine (Imuran®)
cyclophosphamide (Cytosan®, Procytox®)
méthotrexate
mitoxantrone (Novantrone®)

Ces agents sont extrêmement toxiques et peuvent causer des malformations. Les femmes enceintes ou qui allaitent ne doivent jamais en prendre.

Stéroïdes (traitement des poussées) :

dexaméthasone
prednisone

Un traitement court est acceptable au début de la grossesse, mais contre-indiqué plus tard durant la grossesse et pendant l'allaitement.

Vérifiez aussi avec votre médecin l'innocuité des autres agents que vous prenez. Certains ne posent aucun danger, mais ce n'est pas le cas de tous. Voici quelques agents utilisés couramment :

Douleur :

amitriptyline (Elavil®)*
carbamazépine (Tegretol®)*

Troubles de la vessie :

oxybutynine
tizanidine (Zanaflex®)

Fatigue :

amantadine (Symmetrel®)*
gabapentine (Neurontin®)
modafinil (Alertec®)

Dépression :

fluoxétine (Prozac®)*
paroxétine (Paxil®)*
sertraline (Zoloft®)*

Spasmes musculaires :

baclofen
diazépam

*Produits de marque des plus connus, bien qu'il en existe d'autres.

N'arrêtez ou ne changez jamais un médicament sans en avoir discuté avec votre médecin.

Les plus petits patients

Les défis particuliers des enfants

par Brenda L. Banwell, M.D.

Malheureusement, les enfants et les adolescents peuvent aussi souffrir de sclérose en plaques (SEP). Chez environ un patient sur 20, les premiers symptômes apparaissent avant l'âge de 16 ans, et dans un cas sur 200, avant l'âge de 10 ans. Alors que chez l'adulte on observe plus de cas de SEP parmi les femmes, chez l'enfant, les deux sexes sont également touchés.

COMMENT LA RECONNAÎTRE

Un peu plus de la moitié des enfants atteints de SEP ont souffert brièvement d'un seul symptôme initial : vision brouillée ou perte de vision dans un œil, faiblesse ou engourdissement unilatéral. Une dysfonction du tronc cérébral peut aussi survenir, entraînant par exemple une vision double ou un mauvais équilibre. Plusieurs enfants souffrent de divers symptômes — fièvre, somnolence et troubles du système nerveux. Chez certains, on pose le bon diagnostic : encéphalomyélite aiguë disséminée (EMAD). Quelques-uns subiront un deuxième épisode et répondront alors aux critères de la SEP. Ainsi, l'EMAD ou une maladie rapelant l'EMAD pourraient constituer les premiers signes de la SEP.

La plupart des enfants atteints de SEP souffrent de la forme cyclique, bien qu'on observe aussi les formes progressives primaire ou secondaire. La gravité et le pronostic de la SEP chez l'enfant sont mal connus.

Bien des adultes disent que la fatigue est le symptôme le plus invalidant de la maladie. Nous ne savons pas si les enfants sont d'accord, mais 42% d'entre eux affirment être passablement fatigués.

Brenda L. Banwell, M.D., FRCPC, est la directrice de la Clinique pédiatrique de sclérose en plaques et chercheuse associée à l'Institut de recherche du Hospital for Sick Children, à Toronto. Elle est professeure adjointe de pédiatrie (neurologie) à l'Université de Toronto.



DES OBSTACLES AU QUOTIDIEN

Les patients atteints de SEP, et surtout les enfants, ont souvent un raisonnement plus lent et de la difficulté à résoudre des problèmes, à se concentrer et à mémoriser. Les enfants qui vivent avec la maladie depuis plus longtemps tendent à avoir plus de difficulté que ceux chez qui le diagnostic est récent. Généralement en mesure de fréquenter une classe régulière, ils peuvent toutefois avoir des besoins particuliers. Ils doivent parfois travailler plus fort pour comprendre les explications orales, mémoriser de longues listes ou réussir les tâches qui requièrent de la planification et de l'organisation. Ces problèmes d'apprentissage peuvent devenir insurmontables à l'école secondaire, où la charge de travail est plus grande. Aussi est-il important d'aller chercher l'aide nécessaire auprès des professeurs.

OPTIONS THÉRAPEUTIQUES

Lors d'une poussée suffisamment grave pour entraver les activités quotidiennes, les corticostéroïdes (en injection d'abord, puis en comprimés) sont le traitement de choix. Les enfants atteints de SEP tolèrent bien les traitements courts. D'ailleurs, afin de

prévenir l'ostéoporose (un amincissement osseux) et le ralentissement de la croissance, ces agents sont administrés le moins longtemps possible. Si le traitement échoue ou qu'il n'est pas toléré, on peut administrer des immunoglobulines par voie intraveineuse.

Il existe maintenant de puissants « immunomodulateurs » ou « agents modificateurs » qui préviennent les poussées en agissant sur le système immunitaire. Ce sont les interférons (Avonex[®], Betaseron[®], Rebif[®]) et l'acétate de glatiramer (Copaxone[®]). Comme il est crucial d'amorcer ce traitement le plus tôt possible chez l'adulte, ces agents sont de plus en plus utilisés chez l'enfant. Après discussion avec le patient et sa famille, un programme personnalisé est mis sur pied. Les immunomodulateurs étant administrés par injection, les parents doivent généralement apprendre à les donner, mais certains adolescents sont capables de le faire eux-mêmes.

RESTER POSITIF

Vivre avec une maladie chronique et parfois invalidante comme la SEP est évidemment une grande source de stress. Nous n'avons pas de statistiques exactes pour l'enfant, mais près du tiers des adultes atteints de SEP souffrent aussi de dépression. Le soutien émotionnel est donc vital, peu importe l'âge.

À mesure que nos connaissances sur la SEP chez l'enfant augmenteront, nous saurons mieux répondre à tous leurs besoins physiques et émotifs et ainsi les aider à devenir des adultes heureux et actifs. ■

Points saillants

de la réunion de l'American Academy of Neurology, tenue du 29 mars au 5 avril 2003, à Honolulu (Hawaii)

par le D^r Stanley Atsumu Hashimoto

ACN ET INTERFÉRONS

Les preuves s'accroissent : les anticorps neutralisants (ACN) libérés pendant le traitement de la sclérose en plaques (SEP) réduiraient l'efficacité de la thérapie. Un groupe de recherche de l'Université de la Colombie-Britannique s'est penché sur la libération d'anticorps de fixation (ACF) à la suite de l'administration de Betaseron[®] (interféron bêta-1b) aux deux jours, et de Rebif[®] (interféron bêta-1a) trois fois par semaine. La présence d'ACF annonce souvent l'apparition d'ACN, et les concentrations élevées de ces deux types d'anticorps sont associées à une diminution des marqueurs de l'activité biologique des interférons. Ces observations suggèrent que le médicament serait moins efficace lorsque ces anticorps sont présents. Alors que Betaseron est associé à la formation de plus d'anticorps, ceux qu'on observe avec Rebif tendent à apparaître plus tard mais à perdurer plus longtemps. Avec Betaseron, les concentrations maximales ont été constatées beaucoup plus tôt après le début du traitement (de quatre à six mois) qu'avec Rebif (36 mois).


Des chercheurs danois ont observé que les ACN apparaissent en moyenne après 12 mois dans le traitement par Betaseron, et après 18 mois avec Rebif. En revanche, avec Avonex[®] (interféron bêta-1a) administré une fois par semaine, moins de 5% des patients développent des ACN, même après trois années de traitement.

Selon toutes les études portant sur les ACN présentées lors de la réunion, les anticorps peuvent nuire au traitement de la SEP. Il est à souhaiter que les tests de mesure des ACN, qui pourraient guider nos choix thérapeutiques, deviennent plus accessibles au Canada.

REPARTIR À ZÉRO

Nous ne connaissons pas encore ce qui cause la SEP, mais nous croyons que le système immunitaire s'attaque par erreur à certaines parties du cerveau et de la

Le D^r Stanley Atsumu Hashimoto est professeur de clinique au département de neurologie de la faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique, à Vancouver.



moelle épinière, tout en continuant à protéger le corps contre les envahisseurs (virus, bactéries ou cellules anormales). Dans le numéro Printemps 2002 de *Compas*, nous avons présenté une prometteuse approche thérapeutique de la SEP appelée greffe autologue de cellules souches (GACS). Cette procédure consiste à détruire le système immunitaire et à en rebâtir un nouveau en transplantant des cellules souches du patient lui-même. On pense que le nouveau système ne considérera plus le cerveau et la moelle épinière comme des corps étrangers. Le D^r Mark Freedman, d'Ottawa, a noté une amélioration ou une stabilisation de la majorité des patients prenant part à une étude canadienne sur la GACS, attestée par les tests d'imagerie par résonance magnétique (IRM), ceux du liquide céphalorachidien et l'activité clinique de la maladie. Comme prévu, la greffe a entraîné un certain nombre d'effets indésirables, tels que des infections et des troubles de la digestion et de la coagulation. Bien que ces résultats soient préliminaires, ils demeurent encourageants. Il ne faut pas oublier qu'il s'agit d'un traitement choc, porteur de risques importants. L'étude se poursuit ; nous vous tiendrons au courant des prochains développements.

UN AVENIR PROMETTEUR

Plusieurs autres médicaments sont présentement à l'étude, dont le daclizumab (Zenapax[®]), qui semble produire des résultats bénéfiques dans la SEP cyclique (SEPC) et la SEP progressive secondaire. Des mises à jour des données de deux études d'envergure sur le natalizumab (Antegren[®]) ont récemment été publiées : Antegren est toujours associé à une diminution significative des lésions contrastées au gadolinium chez les patients atteints de SEPC. Une autre bonne nouvelle ? Ces deux agents entraînent peu d'effets indésirables. On poursuit aussi la recherche sur l'effet d'autres médicaments contre la SEP, comme les statines (qui diminuent le cholestérol) et la minocycline (un antibiotique). ■

Des commentaires? Des questions?

Envoyez-les à **COMPAS**

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