

Sclérose en plaques

La maladie

Physiopathologie

L'interaction de facteurs génétiques et environnementaux est probablement à l'origine d'une réaction auto-immune faisant intervenir des lymphocytes T CD4+ helpers activés, qui libèrent des cytokines pro-inflammatoires dans le SNC. Il en résulte une destruction de la gaine de myéline (atteinte de la conduction nerveuse) ou de l'oligodendrocyte (cellule synthétisant la myéline), puis de l'axone (atteinte irréversible conduisant au handicap neurologique). Ce processus peut toucher le nerf optique, les voies sensitives, pyramidales, cérébelleuses, vestibulaires et oculomotrices.

Epidémiologie

70 000 à 90 000 personnes sont atteintes de SEP en France. L'incidence annuelle de la maladie est de 4 à 6 pour 100 000 habitants.

Complications

La SEP est la première cause de handicap non traumatique du sujet jeune. Elle est à l'origine de déficits moteur et sensitifs, de troubles de l'équilibre, de douleurs, de troubles vésicosphinctériens et sexuels, visuels et cognitifs. Les complications les plus fréquentes sont orthopédiques, sphinctériennes (vessie neurologique) ou de décubitus (troubles circulatoires et trophiques). Le retentissement de la SEP sur la vie familiale et professionnelle est souvent majeur.

Diagnostic

- La sclérose en plaques (SEP) est une maladie chronique et évolutive du système nerveux central (SNC). Elle débute le plus souvent entre 20 et 40 ans et touche plus les femmes que les hommes (ratio 3/2). Les signes cliniques initiaux sont polymorphes : fatigue, douleurs, déficit moteur ou sensitif, baisse de l'acuité visuelle, vertiges, troubles génitosphinctériens, etc. L'IRM encéphalique et médullaire avec injection de gadolinium recherche des foyers de démyélinisation (hypersignal en T2). La ponction lombaire (à la recherche d'une inflammation du SNC) et l'étude des potentiels évoqués (à la recherche d'une atteinte des voies visuelles, auditives ou somesthésiques), complètent le bilan initial.
 - Il n'y a pas de marqueur diagnostique spécifique. Le diagnostic s'appuie sur un faisceau d'arguments cliniques et paracliniques. Trois paramètres (critères révisés de McDonald, voir Suivi et adaptation du traitement) permettent de poser le diagnostic : le nombre de poussées (dissémination temporelle), le nombre de lésions (dissémination spatiale) et l'existence d'une inflammation du SNC.
 - Il existe 3 formes de SEP. La forme récurrente-rémittente (SEP-RR), la plus fréquente (85 % des cas) se caractérise par la survenue de poussées qui régressent plus ou moins complètement. 50 % des SEP-RR évoluent après environ 10 ans vers une forme secondairement progressive (SEP-SP), avec une progression plus ou moins rapide du handicap associée ou non à des poussées surajoutées. La forme progressive primaire (SEP-PP) est caractérisée par cette évolution d'emblée. Elle concerne 15 % des patients.
-

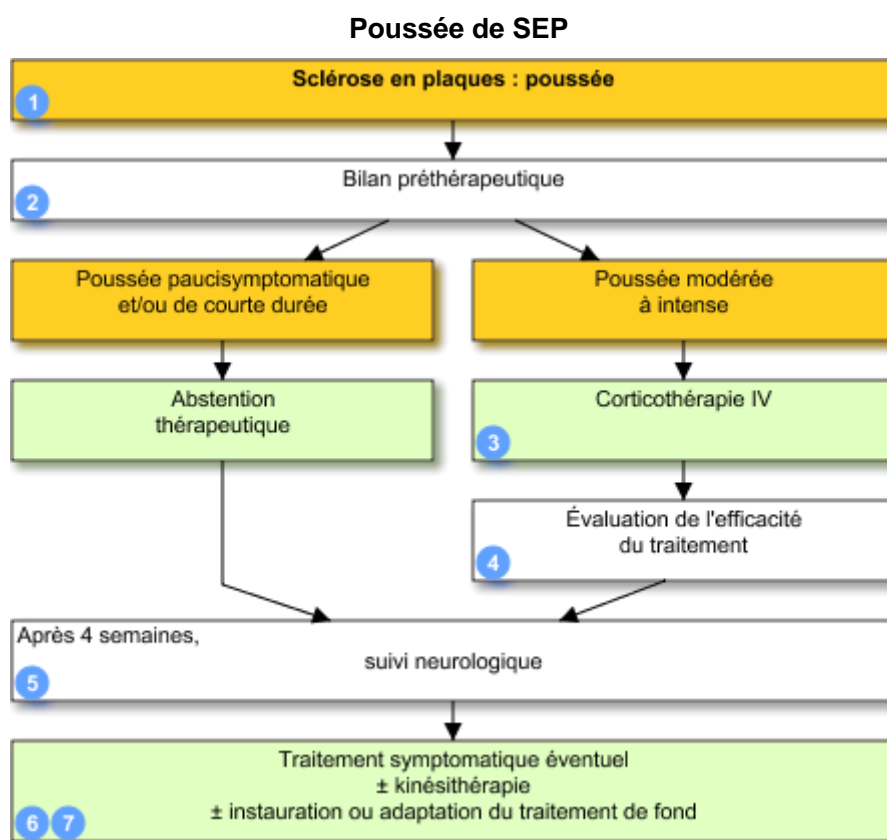
Quels patients traiter ?

Tous les patients atteints d'une SEP doivent bénéficier d'une prise en charge adaptée au stade de la maladie.

Objectifs de la prise en charge

- Réduction de la fréquence, de l'intensité et de la durée des poussées.
- Ralentissement de la progression de la maladie.
- Traitement des symptômes.
- Prévention des complications liées au handicap.
- Soutien et accompagnement social des patients et de leurs aidants.

Prise en charge



1 Poussée de SEP

Elle est définie par l'apparition, la réapparition ou l'aggravation de symptômes neurologiques ou de douleurs, persistant plus de 24 heures et distants de plus d'un mois de la dernière poussée.

2 Bilan préthérapeutique

La recherche et le traitement d'un foyer infectieux intercurrent, risquant d'aggraver la poussée et susceptible de s'aggraver avec la corticothérapie, est systématique.

3 Corticothérapie IV

- L'intérêt des glucocorticoïdes IV en bolus en cas de poussée est consensuel. La méthylprednisolone intraveineuse, à la dose de 1 g par jour pendant 3 à 5 jours, permet de réduire la durée et l'intensité des poussées. Le relais *per os* n'est pas validé par des essais cliniques.
- Les corticoïdes n'ont pas démontré leur intérêt dans la prévention des poussées, ni leur influence sur le pronostic à moyen et à long terme.

4 Évaluation du traitement

Les premiers effets du traitement par glucocorticoïdes sont classiquement ressentis après 8 à 10 jours. La récupération peut prendre plusieurs semaines.

5 Suivi neurologique

Il s'effectue habituellement à 4 semaines du traitement. Il permet d'évaluer les symptômes résiduels ou les séquelles pouvant bénéficier de traitements symptomatiques, médicamenteux ou non.

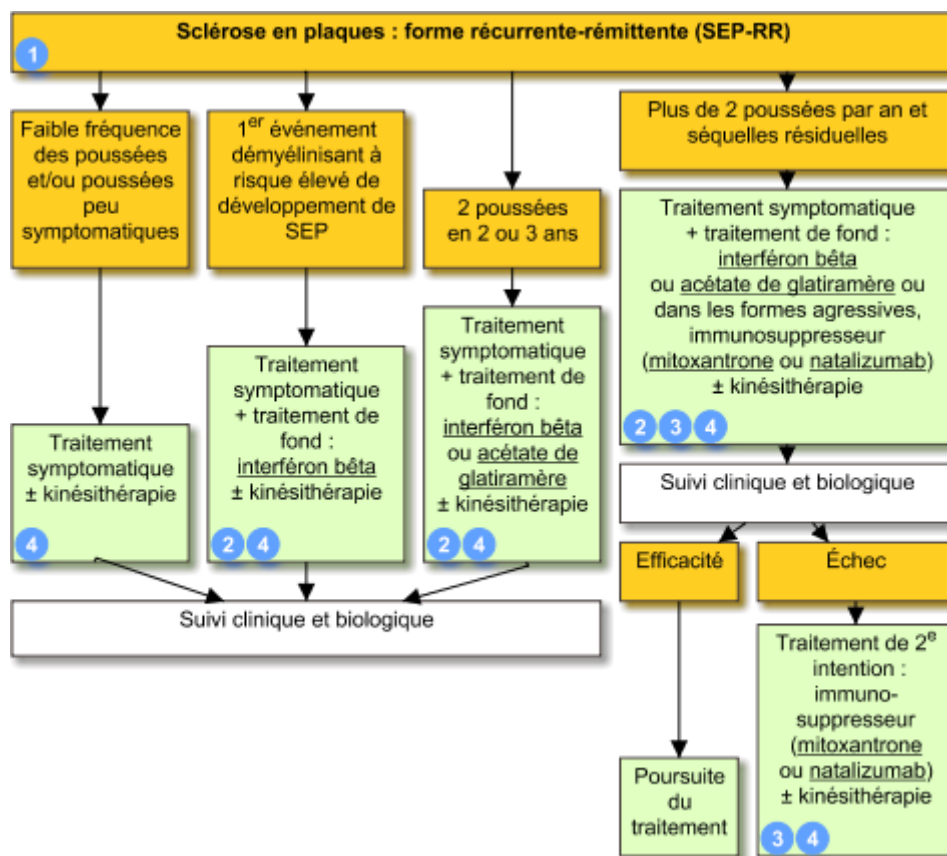
6 Kinésithérapie

Elle est passive lors de la poussée de SEP : lutte contre une éventuelle spasticité et contre les pathologies d'immobilisation.

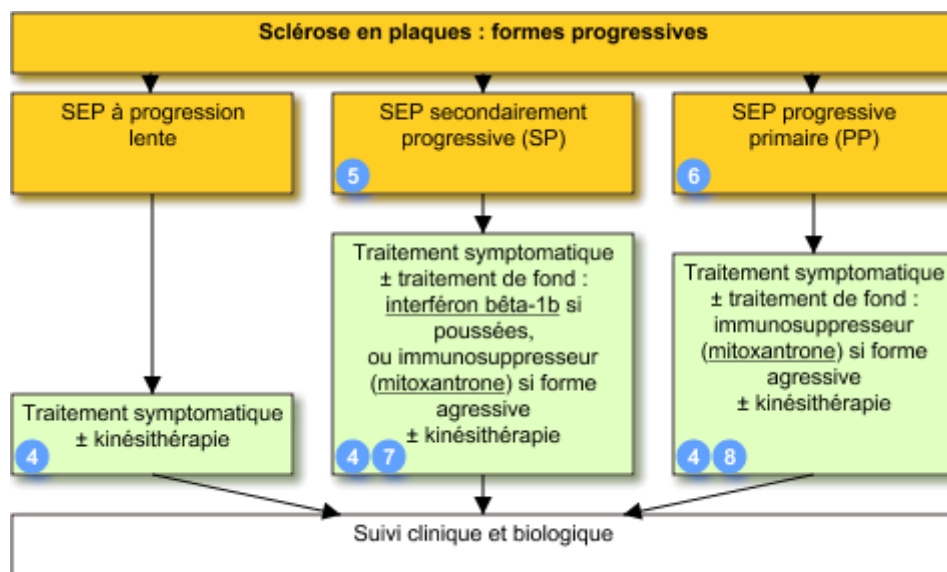
7 Traitement symptomatique

La prise en charge des différentes manifestations de la SEP est nécessaire : traitement de la fatigue, de la douleur, des troubles anxiodépressifs, des tremblements et mouvements anormaux, de la spasticité, des troubles vésicosphinctériens (voir Cas particuliers).

SEP récurrente-rémittente (SEP-RR)



Formes progressives de SEP



1 SEP récurrente-rémittente (SEP-RR)

Elle est définie par des poussées bien individualisées, avec ou sans séquelles, sans progression du handicap entre les poussées.

2 Traitement de fond de 1^{re} intention

- Deux interférons bêta et l'acétate de glatiramère ont une AMM en 1^{re} intention chez des patients ambulatoires ayant fait 2 poussées en 2 ou 3 ans. Parmi ceux-ci, deux ont l'indication après un 1^{er} événement démyélinisant considéré à haut risque de développement d'une SEP. Le choix est guidé par les modalités d'administration (IM ou SC) et les effets indésirables.
- Un changement de molécule est envisageable en cas d'intolérance, de non-diminution ou d'augmentation de la fréquence des poussées. La durée de traitement n'est pas définie. Il est poursuivi tant qu'il permet un contrôle clinique et radiologique de la maladie et qu'il est bien toléré.

3 Traitement immunosuppresseur

Il est utilisé en cas d'échec aux interférons ou à l'acétate de glatiramère, ou en 1^{re} intention dans les formes agressives d'emblée. 2 médicaments sont indiqués : mitoxantrone et natalizumab, réservés à l'usage hospitalier et ne pouvant être prescrits que par un neurologue en raison des risques liés à leur usage (toxicités hématologique et cardiaque pour la mitoxantrone, risques infectieux et allergique pour le natalizumab). Le cyclophosphamide est parfois utilisé hors AMM.

4 Kinésithérapie

Elle a pour objectifs de maintenir le plus longtemps possible l'autonomie au quotidien du patient, puis de prévenir les complications liées à l'immobilisation. En l'absence de handicap, elle permet de limiter la spasticité et ses complications (attitude vicieuse, etc.), de travailler la marche, la posture, l'équilibre, et de réaliser un renforcement musculaire doux. Lors des poussées sévères, au décours du traitement médicamenteux, elle aide à la récupération. Lors de l'installation du handicap, elle nécessite des aides techniques adaptées et un aménagement de l'environnement privé et professionnel. En cas de troubles cognitifs et de déglutition, une rééducation orthophonique peut aussi être proposée, ainsi qu'une rééducation respiratoire à un stade avancé. Une rééducation périnéale ou anale est aussi utile pour diminuer les troubles sphinctériens. Lire Rééducation : Sclérose en plaques

5 SEP secondairement progressive (SEP-SP)

Elle apparaît après une phase rémittente initiale de 5 à 20 ans chez 50 % des patients. Elle est définie par une progression, avec ou sans poussées.

6 SEP progressive primaire (SEP-PP)

Elle est d'emblée progressive chez 10 à 15 % des patients, avec ou sans poussées, souvent sous forme de myélopathie ou d'ataxie cérébelleuse d'aggravation insidieuse.

7 Traitement de fond de la SEP-SP

L'IFN bêta-1b est indiqué dans la SEP-SP avec poussées. La mitoxantrone ou le cyclophosphamide (hors AMM) peuvent être utilisés dans les formes agressives.

8 Traitement de fond de la SEP-PP

Immunosuppresseurs pour les formes évoluant rapidement : mitoxantrone ou cyclophosphamide (hors AMM).

Cas particuliers

Parallèlement au traitement des poussées et aux éventuels traitements de fond, une prise en charge symptomatique des différentes manifestations de la SEP est nécessaire à tous les stades de la maladie.

Fatigue

C'est un symptôme fréquent, très différent de la fatigue ressentie avant la maladie et indépendant de la forme clinique. Devant une fatigue aiguë, concomitante à une poussée, le traitement est celui de la poussée. La fatigue chronique ne contre-indique ni la kinésithérapie, ni l'effort physique, mais elle peut être améliorée par le fractionnement des efforts et l'adaptation du rythme de vie. Aucun traitement n'a fait actuellement la preuve de son efficacité. L'amantadine est parfois utilisée hors AMM. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine n'ont leur place qu'en cas de troubles dépressifs associés.

Douleur

Sa prise en charge dépend du mécanisme en cause (douleurs neuropathiques, algies rebelles, douleurs de type cordonnal postérieur ou spinothalamique, douleurs liées à la spasticité, aux troubles posturaux, aux escarres, etc.).

Troubles anxiodépressifs

Une psychothérapie et/ou une relaxation peuvent être proposées, en association avec un traitement antidépresseur si besoin.

Tremblements et mouvements anormaux

Différents traitements sont utilisés, hors AMM : clonazépam, primidone, isoniazide, propranolol (seules les spécialités dosées à 40 mg de propranolol disposent d'une AMM dans le tremblement).

Spasticité

Elle est à respecter si elle est discrète car elle peut en partie compenser la gêne fonctionnelle liée au déficit moteur. Plus marquée, elle peut majorer une incapacité motrice et provoquer des douleurs et une perte d'autonomie. Les traitements *per os* d'une spasticité diffuse sont le baclofène, le dantrolène et les benzodiazépines (hors AMM, pouvant entraîner une aggravation du déficit moteur), la gabapentine (hors AMM). En cas de spasticité permanente et rebelle rendant difficile la rééducation et le nursing : le baclofène peut être administré par voie intrathécale, par pompe SC. En cas de spasticité focale avec retentissement fonctionnel : la toxine botulique par voie IM est parfois utilisée.

Troubles vésicosphinctériens

En l'absence de résidu postmictionnel, différents traitements peuvent être proposés : anticholinergiques oraux (traitement de 1^{re} intention de l'hyperactivité vésicale), chlorure de trospium, flavoxate, oxybutinine, éventuellement imipraminiques (AMM pour énurésie nocturne de l'enfant). En présence d'un résidu : alphabloquants (hors AMM), toxine botulique (hors AMM) dans le sphincter strié, auto ou hétérosondage intermittent.

Suivi et adaptation du traitement

Critères diagnostiques de McDonald (révisés en 2005)

Tableau clinique	Éléments requis pour le diagnostic
2 poussées ou plus + signes cliniques en faveur de 2 lésions ou plus	Aucun autre élément
2 poussées ou plus + signes cliniques en faveur d'une lésion	- Dissémination spatiale démontrée par l'IRM, ou par 2 lésions IRM ou plus évocatrices de SEP avec LCR positif ou - Attente d'une 2 ^e poussée dans une localisation différente de la 1 ^{re} .
1 poussée + signes cliniques en faveur de 2 lésions ou plus	Dissémination temporelle démontrée par l'IRM* ou par une 2 ^e poussée.

1 poussée + signes cliniques en faveur d'une lésion	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dissémination spatiale démontrée par l'IRM ou 2 lésions IRM, ou plus évocatrices de SEP et LCR positif et ▪ Dissémination temporelle démontrée par IRM, ou une 2^e poussée.
Progression neurologique insidieuse évocatrice de SEP	Progression continue pendant 1 an + 2 des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> a) IRM cérébrale positive (9 lésions T2 ou 4 lésions T2 ou plus avec potentiels évoqués visuels positifs) ; b) IRM médullaire positive (2 lésions focales T2) ; c) LCR positif.

Selon les critères de Barkhof et coll., Tintoret et coll.

Principes de prise en charge :

- La SEP nécessite une prise en charge pluridisciplinaire bien coordonnée entre les différents intervenants.
- La prescription initiale et le renouvellement du traitement appartiennent au neurologue, qui suit également l'évolution de la maladie et évalue l'efficacité des traitements.
- Le médecin généraliste est chargé de la surveillance du traitement, du suivi des effets indésirables et du dépistage des complications (attitude vicieuse liée à la spasticité, complication d'une vessie neurologique, etc.). Il prescrit également les traitements symptomatiques, conjointement avec le neurologue.
- Le médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR), connaissant les spécificités de la maladie, prend en charge la rééducation fonctionnelle, en coordination avec le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, l'orthophoniste et le podologue. Un psychologue clinicien, spécifiquement formé, prend en charge le soutien psychologique. Des infirmiers interviennent pour la réalisation des actes de soins.

Conseils aux patients

- Le patient et son entourage doivent recevoir, dès l'annonce du diagnostic, une information claire et intelligible sur la maladie et les traitements disponibles, les effets indésirables possibles, la planification des examens de routine ou de dépistage de complications éventuelles et leurs résultats.
- Le retentissement prévisible de la maladie sur la vie personnelle, familiale et socioprofessionnelle doit être anticipé.
- Différentes techniques peuvent être enseignées : autorééducation, renforcement musculaire, injections, sondages, etc.

Traitements

Médicaments cités dans les références

Glucocorticoïdes par voie IV

Les **glucocorticoïdes par voie IV** utilisés à fortes doses pour traiter les poussées sont le plus souvent bien tolérés. Rétention hydrosodée, hypokaliémie, ulcères gastroduodénaux, euphorie, excitation, insomnie ou asthénie et rougeur du visage, sont les effets indésirables les plus fréquents. Avant chaque perfusion, un électrocardiogramme est pratiqué en raison du risque de survenue de tachycardie et, exceptionnellement, de troubles du rythme cardiaque.

méthylprednisolone

METHYLPREDNISOLONE DAKOTA PHARM 500 mg pdre p sol inj
 METHYLPREDNISOLONE MERCK 1 g pdre p sol inj IV
 METHYLPREDNISOLONE MERCK 500 mg pdre p sol inj
 SOLUMEDROL 1 g pdre/solv p sol inj
 SOLUMEDROL 500 mg pdre p sol inj

Interférons bêtas (IFN β)

Les **interférons bêtas (IFN β)** sont des molécules de la famille des cytokines, normalement présentes dans l'organisme et dont l'action consiste à moduler la réponse inflammatoire dans le système nerveux central. Des études multicentriques de bon niveau ont démontré que les interférons bêta-1a et bêta-1b diminuent de 30 % la fréquence des poussées, réduisent de 50 à 70 % le nombre de lésions à l'IRM et retardent de quelques mois la progression du handicap moteur chez les patients atteints de SEP-RR. L'IFN β -1a et l'IFN β -1b sont des traitements de fond de la SEP-RR. Ils s'administrent, selon les médicaments, par voie IM ou SC, une à plusieurs fois par semaine. Syndrome pseudo-grippal postinjection, rougeurs ou ecchymoses au point d'injection (rarement nécrose cutanée), fatigue, céphalées, leucopénie, thrombopénie ou cytolyse hépatique, peuvent survenir, souvent transitoirement, en début de traitement. La surveillance de l'hémogramme et des transaminases est nécessaire tous les mois pendant les 6 premiers mois, puis tous les 6 mois. L'initiation de ces traitements est contre-indiquée pendant la grossesse. Les autres contre-indications sont la dépression sévère avec idées suicidaires et l'hypersensibilité au médicament. Les interférons doivent être utilisés avec précaution chez les patients épileptiques. Il s'agit de médicaments d'exception qui doivent être initiés et surveillés par un neurologue.

interféron bêta-1a

AVONEX 30 μ g/0,5 ml sol inj
 REBIF 22 μ g sol inj
 REBIF 44 μ g sol inj
 REBIF 8,8 μ g/22 μ g sol inj

interféron bêta-1b

BETAFERON 250 μ g/ml pdre/solv p sol inj solv ser adap fl

Acétate de glatiramère

L'**acétate de glatiramère** est indiqué dans la réduction de la fréquence des poussées chez les patients ambulatoires (pouvant marcher seuls) atteints de SEP-RR caractérisée par au moins 2 poussées récurrentes de troubles neurologiques au cours des 2 années précédentes. Il a une efficacité paraissant comparable à celle des interférons, et une meilleure tolérance. Hormis de rares réactions allergiques, il peut exister quelques indurations aux points d'injection et des adénopathies. Ce médicament s'administre une fois par jour par voie SC. Les contre-indications sont la grossesse et l'allaitement. Il s'agit d'un médicament d'exception qui ne peut être prescrit que par un spécialiste en neurologie.

glatiramère

COPAXONE 20 mg/ml sol inj

Mitoxantrone

La **mitoxantrone** a obtenu une autorisation de mise sur le marché en octobre 2003 dans le traitement de 2^e intention des formes agressives de sclérose en plaques de type récurrente-rémittente ou secondairement progressive. Ce médicament est administré en perfusion pendant 6 mois à la dose de 12 mg/m² IV une fois par mois, sans dépasser 20 mg par perfusion par mois (soit au maximum 6 perfusions au total), avec une dose maximale cumulée limitée à 72 mg/m² et une dose totale cumulée de 120 mg. La mitoxantrone paraît réduire notablement la fréquence des poussées, la progression du handicap et le nombre des lésions à l'IRM. Son efficacité à moyen et à long terme n'est pas connue. Ce médicament ne doit être utilisé qu'après évaluation du bénéfice/risque, et notamment du risque hématologique (leucopénie, neutropénie, thrombocytopénie et à long terme leucémie myéloïde aiguë) et cardiaque (troubles du rythme auriculaires/et ou ventriculaire, myocardite et insuffisance cardiaque à long terme par altération du tissu myocardique). Avant de débiter le traitement, il est nécessaire d'éliminer un foyer infectieux, d'entreprendre une surveillance cardiaque incluant ECG et échographie cardiaque systématiques, de débiter une contraception, et de contrôler les bêta-HCG (au cours du traitement également, en cas de doute sur une grossesse). La toxicité hématologique et cardiaque impose une surveillance de l'hémogramme chaque mois pendant le traitement, puis au minimum tous les 3 mois pendant 5 ans, et une échographie systématiquement à refaire tous les ans pendant 5 ans, à compléter en cas d'anomalie par une scintigraphie cardiaque avec mesure de la fraction d'éjection systolique (FEVG) au minimum en début et fin de traitement. Les effets indésirables du traitement sont à type de nausées, alopecie, fatigue, aménorrhée, leuco-neutropénie, thrombopénie, cardiopathie et leucémie. Un cahier de surveillance avec recueil national des données de tolérance est obligatoire dans le cadre de sa prescription. Ce médicament, réservé à l'usage hospitalier, ne peut être prescrit que par un neurologue.

mitoxantrone

ELSEP 2 mg/ml sol diluer p perf

Natalizumab

Le **natalizumab** a obtenu en 2006 une AMM européenne en monothérapie limitée aux patients présentant une forme agressive malgré un traitement par interféron bêta ou dans les SEP-RR sévères d'évolution rapide, avec obligation de délivrer aux patients une carte d'alerte spéciale compte tenu des problèmes de sécurité (risque infectieux, en particulier de leucoencéphalite multifocale progressive, pouvant entraîner un handicap sévère ou le décès). En comparaison avec un placebo, le natalizumab en monothérapie réduit les poussées, le nombre de nouvelles lésions et la progression du handicap. Le natalizumab est administré en perfusion à raison d'une heure toutes les 4 semaines et surveillé pendant toute la durée de la perfusion et l'heure qui suit, en raison de la réaction allergique qu'il peut provoquer. Il est contre-indiqué en cas de grossesse, allaitement, infections opportunistes, de pathologies néoplasiques évolutives, et en association avec d'autres immunomodulateurs ou immunosuppresseurs. Son administration doit être discutée au cas par cas chez les patients ayant reçu précédemment un traitement immunosuppresseur. Ses effets indésirables sont des manifestations allergiques (urticaire ou choc anaphylactique), des céphalées, vertiges, nausées, vomissements, douleurs articulaires, fatigue, fièvre. La mise en place d'une étude (TYSEDMUS) permettra d'évaluer, en situation réelle de prescription, la sécurité d'emploi du natalizumab, l'évolution clinique des patients traités en terme de poussées et d'accumulation du handicap, et les conditions d'utilisation en France. Le natalizumab ne peut être prescrit que par un neurologue. L'Afssaps a publié, en avril 2007, une mise au point sur l'utilisation de ce médicament dans le traitement de la sclérose en plaques.

http://www.agmed.sante.gouv.fr/pdf/10/mise_au_point_tysabri.pdf

natalizumab

TYSABRI 300 mg sol diluer p perf

Antidépresseurs tricycliques

Les **antidépresseurs tricycliques** sont utilisés dans les douleurs neuropathiques ou cordinales postérieures. Ils ont montré une efficacité antalgique, y compris à de petites doses. Les effets indésirables sont surtout liés à leur action anticholinergique (sécheresse de la bouche, hypotension orthostatique).

amitriptyline

LAROXYL ROCHE 25 mg cp enr
LAROXYL ROCHE 40 mg/ml sol buv
LAROXYL ROCHE 50 mg cp enr
LAROXYL ROCHE 50 mg/2 ml sol inj

clomipramine

ANAFRANIL 10 mg cp enr **Ré**
ANAFRANIL 25 mg cp enr **Ré**
ANAFRANIL 25 mg/2 ml sol inj
ANAFRANIL 75 mg cp pellic séc **Ré**
CLOMIPRAMINE 10 mg cp **GG**
CLOMIPRAMINE 25 mg cp **GG**
CLOMIPRAMINE 75 mg cp séc **GG**

imipramine

TOFRANIL 10 mg cp enr
TOFRANIL 25 mg cp enr

Antiépileptiques

Les **antiépileptiques** agissent sur les névralgies aiguës et les douleurs chroniques neuropathiques et cordinales postérieures. Les effets indésirables (sommolence, vertige, troubles ioniques, troubles cognitifs, etc.) et les interactions médicamenteuses peuvent limiter leur utilisation.

carbamazépine

CARBAMAZEPINE 200 mg cp **GG**
CARBAMAZEPINE LP 200 mg cp séc **GG**
CARBAMAZEPINE LP 400 mg cp **GG**
TEGRETOL 20 mg/ml susp buv
TEGRETOL 200 mg cp séc **Ré**
TEGRETOL LP 200 mg cp pellic séc LP **Ré**
TEGRETOL LP 400 mg cp pellic séc LP **Ré**

prégabaline

LYRICA 100 mg gél
LYRICA 150 mg gél
LYRICA 200 mg gél
LYRICA 25 mg gél

LYRICA 300 mg gél
LYRICA 50 mg gél
LYRICA 75 mg gél

Antispastiques

Certains **antispastiques** ont une indication spécifique dans le traitement de la spasticité liée à la SEP. Il s'agit du baclofène, myorelaxant à action centrale, et du dantrolène, myorelaxant périphérique, à action directe sur les fibres musculaires striées.

baclofène

BACLOFENE 10 mg cp **GG**
LIORESAL 0,05 mg/1 ml sol inj intrathécale
LIORESAL 10 mg cp séc **Ré**
LIORESAL 10 mg/20 ml sol inj p perf intrathécale
LIORESAL 10 mg/5 ml sol inj p perf intrathécale

dantrolène

DANTRIUM 100 mg gél
DANTRIUM 25 mg gél

Médicaments non cités dans les références

Azathioprine

L'**azathioprine** n'a pas d'AMM dans la SEP. De moins en moins utilisé dans les formes rémittentes, il impose une surveillance de l'hémogramme tous les 3 à 6 mois. La poursuite de ce traitement au-delà de 10 ans n'est pas recommandée, en raison de l'augmentation du risque oncogène, avec le temps.

En l'absence d'indication d'AMM dans la pathologie concernée, les médicaments correspondants ne sont pas listés.

Cyclophosphamide

Le **cyclophosphamide** est utilisé hors AMM dans le traitement des formes agressives de SEP (rémittente ou progressive) en 1^{re} ou en 2^e intention. Les effets indésirables sont : fatigue, nausée, cystite hémorragique, stérilité, leuconéutropénie, augmentation du risque oncogène au-delà de 20 g par personne.

En l'absence d'indication d'AMM dans la pathologie concernée, les médicaments correspondants ne sont pas listés.

Glucocorticoïdes par voie orale

Les **glucocorticoïdes par voie orale** sont utilisés à fortes doses et en cures courtes dans le traitement des poussées. Une prise prolongée induit des effets indésirables supplémentaires sans bénéfice supérieur.

bétaméthasone

BETNESOL 0,5 mg cp efferv
CELESTENE 0,05 % sol buv
CELESTENE 2 mg cp dispers séc

méthylprednisolone

MEDROL 16 mg cp séc
MEDROL 32 mg cp séc
MEDROL 4 mg cp séc

prednisolone

PREDNISOLONE 20 mg cp efferv **GG**
PREDNISOLONE 20mg cp orodisp **GG**
PREDNISOLONE 5 mg cp efferv **GG**
PREDNISOLONE 5 mg cp orodisp **GG**
SOLUPRED 1 mg/ml sol buv
SOLUPRED 20 mg cp efferv **Ré**
SOLUPRED 20 mg cp orodispers **Ré**
SOLUPRED 5 mg cp efferv **Ré**
SOLUPRED 5 mg cp orodispers **Ré**

prednisone

CORTANCYL 1 mg cp **Ré**
CORTANCYL 20 mg cp séc **Ré**
CORTANCYL 5 mg cp **Ré**
PREDNISONNE 1 mg cp **GG**
PREDNISONNE 20 mg cp séc **GG**
PREDNISONNE 5 mg cp **GG**
PREDNISONNE RICHARD 5 mg cp

Traitements non médicamenteux cités dans les références

Kinésithérapie

Elle a pour objectifs de maintenir le plus longtemps possible l'autonomie au quotidien du patient, puis de prévenir les complications liées à l'immobilisation. En l'absence de handicap, elle permet de limiter la spasticité et ses complications (attitude vicieuse, etc.), de travailler la marche, la posture, l'équilibre, et de réaliser un renforcement musculaire doux. Lors des poussées sévères, au décours du traitement médicamenteux, elle aide à la récupération. Lors de l'installation du handicap, elle nécessite des aides techniques adaptées et un aménagement de l'environnement privé et professionnel. En cas de troubles cognitifs et de déglutition, une rééducation orthophonique peut aussi être proposée, ainsi qu'une rééducation respiratoire à un stade avancé. Une rééducation périnéale ou anale est aussi utile pour diminuer les troubles sphinctériens. Lire [Rééducation : Sclérose en plaques](#)

Ergothérapie

Elle est souhaitable lorsqu'une gêne apparaît aux membres supérieurs ou lorsqu'il existe un retentissement sur l'autonomie quotidienne (fonction ou adaptation).

Orthophonie

La rééducation orthophonique est souhaitable s'il existe des troubles cognitifs, des troubles de déglutition ou des difficultés à articuler.

Neurectomie et radicotomie

Elles peuvent être pratiquées dans certains cas de spasticité, ainsi qu'une chirurgie urologique dans certaines formes évoluées de troubles urinaires.

Stimulation

La stimulation pour les troubles sphinctériens, ainsi que la stimulation thalamique pour les tremblements sont en cours d'évaluation.

Références

- « Guide médecin ALD n° 25 - Sclérose en plaques », HAS, septembre 2006.
- « Consensus Conference Organized by the French Federation for Neurology », Revue Neurologique, 2001, n° 157, pp. 902-1192.
- « Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: 2005 Revisions to the "McDonald Criteria" », Polman C.H. et al., Annals of Neurology, 2005, n° 58, vol. 6, pp. 840-6.

Mise à jour de la Reco : 10/03/2008
Mise à jour des listes de médicaments : 13/11/2008