

# Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques

---



## COMPTE-RENDU de la Réunion de Concertation SEP Mercredi 15 mai 2013

**Présents :** Dr Géraldine ANDRODIAS – Dr Amandine BENOIT - Dr Laurence GIGNOUX – Dr Iuliana IONESCU - Dr Romain MARIGNIER - Dr Stéphane PEYSSON – Dr Maria Carmelita SCHEIBER NOGUEIRA — Pr Sandra VUKUSIC

Dossiers médicaux des neurologues absents : Dr Paul GARASSUS -

Dossiers médicaux présentés en visio-conférence : Dr J. Philippe CAMDESSANCHE - Dr Olivier CASEZ - Dr Pascale HOMEYER – Dr Laure MAZZOLA - Dr Gianina PENCU – Dr Elodie PETIT-PERDRIZET

Excusés : Dr Laurent GUILLOTON – Dr Françoise DURAND DUBIEF

---

***DATE des PROCHAINES REUNIONS de CONCERTATION SEP – 1<sup>er</sup> Semestre 2013 :***

**Jeudi 4 juillet 2013**

**19h00**

***Réunion de concertation de dossiers SEP***

Groupement Hospitalier Est – Hôpital neurologique – Salle DEVIC – Entrée B – 1<sup>er</sup> étage –  
entre l'unité 101 et l'unité 102.

ou

En visioconférence

**S'il vous est impossible d'assister à la réunion, les dossiers pourront être adressés à la Cellule de Coordination du Réseau par mail ([coordination@rhone-alpes-sep.org](mailto:coordination@rhone-alpes-sep.org)) ou par fax au 04.27.86.92.50 et présentés par l'un des médecins coordonnateurs.**

Chaque fois que cela est possible, il est recommandé d'apporter les images IRM plutôt que les comptes rendus.

Si vous êtes équipé d'un système de visioconférence et que vous souhaitez participer à cette réunion en visioconférence, merci de nous le signaler afin que nous vous transmettions les informations nécessaires à la connexion.

Si vous n'êtes pas encore équipé d'un système de visioconférence et que vous souhaitez le devenir, nous vous invitons à prendre contact avec le Réseau.

☛ **Retrouvez toutes ces informations sur le site [www.rhone-alpes-sep.org](http://www.rhone-alpes-sep.org), ainsi que les comptes rendus des réunions.**

# Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



## SYNTHESE DE DOSSIER

**NOM :** Mme BOU                      **Prénom :** AU  
**Date de naissance (ou âge) :** 01/09/1974  
**Patiente du**                                      **Dr Laurence GIGNOUX**  
**Présenté le :**                                      **15 mai 2013**  
**Par le :**                                              **Dr Laurence GIGNOUX**

## Histoire de la maladie :

- Cette patiente n'a pas d'antécédent familial, ni personnel.
- Elle a présenté **en août 2011** une diplopie avec une probable paralysie du III droit apparue deux semaines après un rappel de vaccin de l'hépatite B.
- A cette époque, une IRM que je n'ai pas eue en main aurait montré une lésion mésencéphalique prenant le contraste et une ponction lombaire montrant 7 éléments blancs sans bande oligoclonale.
- Cette diplopie a récupéré mais en **décembre 2011** est apparu un trouble sensitivomoteur des deux membres inférieurs pendant une semaine qui a, également, bien récupéré. Cette IRM de décembre 2011 montrait deux lésions temporales, une à droite et une à gauche dont une au niveau du lobe temporal droit en contact de la dure mère et on peut hésiter sur une prise de contraste sur une autre lésion au niveau du pôle temporal droit. Il n'y a pas de micro bleeds, ni d'autre lésion.
- **En janvier 2012**, consultation auprès du Pr Clanet, un bilan large à la recherche d'une vascularite a été réalisé à nouveau :
  - ✓ Réalisation d'un scanner abdomino pelvien : normal.
  - ✓ Biopsie des glandes salivaires : normale.
  - ✓ Ponction lombaire (seconde) : complètement normale.
  - ✓ Potentiels Evoqués Somesthésiques : montrait un ralentissement bilatéral au niveau médullaire.
  - ✓ Potentiels Evoqués Visuels : normaux.
- Depuis, pas de nouvel évènement bien individualisable.
- Elle se plaint de céphalées plutôt chroniques et de troubles sensitifs fluctuants mais durant moins de 24 heures. Il existe quelques mictions impérieuses.
- **A l'examen**, je retiens une ophtalmoplégie internucléaire droite et une hypoesthésie du membre inférieur gauche.
- Réalisation d'une nouvelle **IRM en avril 2013** : aucune anomalie en Flair, ni prise de contraste anormale notamment au niveau méningé. A noter un comblement du sinus pour lequel j'ai demandé un scanner ciblé sur le sinus maxillaire.

## Questions posées :

### 1. Diagnostic ?

## Discussion/Propositions :

L'histoire clinique est compatible avec une maladie inflammatoire démyélinisante avec deux poussées certaines en août et en décembre 2011. Les IRM sont atypiques mais le reste du bilan est négatif et nous restons donc sur une sclérose en plaques rémittente probable pour laquelle il n'y a pas d'indication de traitement de fond compte tenu du peu d'activité clinique. Suivi clinique régulier nécessaire.

En attente des résultats de la PL et des IRM de 2011.

# Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



## **SYNTHESE DE DOSSIER**

**NOM : Mme HEN**

**Prénom : VIR**

**Date de naissance (ou âge) :15/01/1976**

**Patiente du**

**Dr Stéphane PEYSSON**

**Présenté le :**

**15/05/2013**

**Par le :**

**Dr Stéphane PEYSSON**

## **Histoire de la maladie :**

- Patiente de 37 ans qui avait fait des poussées subintraantes en septembre 2010 avec un trouble de la marche qui s'était installé alors qu'elle était sous AVONEX.
- Elle marchait 200 mètres avant le TYSABRI.
- A été placée en décembre 2011 sous TYSABRI.
- Elle a continué avec une évolution secondairement progressive, ne marchant que quelques mètres et avec une vessie imposant des autosondages.
- Le 15 mars, elle a présenté un coma sur détresse respiratoire avec un poumon blanc. Un problème infectieux ou l'hypothèse d'une tentative de suicide aux Benzodiazépines s'est posé.
- L'IRM est stable.
- Patiente institutrice qui continue à travailler en fauteuil roulant.
- Patiente JC négative en 2011.

## **Question posée :**

### **1. Conduite à tenir ?**

## **Discussion/Propositions :**

**On préconise l'arrêt du TYSABRI compte tenu de l'évolution secondairement progressive.**

**Il faut essayer d'élucider l'histoire pulmonaire pour éliminer un point infectieux avant un éventuel traitement immunosuppresseur comme le CELLCEPT ou l'ENDOXAN qui peut être proposé.**

**On irait plutôt vers l'ENDOXAN compte tenu de l'aggravation clinique (2 points d'EDSS en 1 1/2 ans).**

# Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques

---



## **SYNTHESE DE DOSSIER**

<b>NOM :</b>	<b>Mme VAR</b>	<b>Prénom :</b>	<b>CH</b>
<b>Date de naissance (ou âge) :</b>	<b>15/04/1996</b>		
<b>Patiente du</b>		<b>Dr PEYSSON Stéphane</b>	
<b>Présenté le :</b>		<b>15/05/2013</b>	
<b>Par le</b>		<b>Dr PEYSSON Stéphane</b>	

- Patiente qui a présenté une monoplégie du membre inférieur gauche avec une plaque C1.
- Sous REBIF depuis 2 ans.
- Elle présente quelques « poussettes » sous REBIF®.
- En février 2013 : troubles sensitifs et sphinctériens.
- Il existe une mauvaise tolérance cutanée.
- Bonne récupération de sa poussée.
- JC négative
- IRM actuelle : 3 lésions médullaires dont une prenant le Gadolinium.

## **Question posée :**

### **1. Conduite à tenir ?**

## **Discussion/Propositions :**

**Il existe une poussée en février 2013 alors qu'elle a un traitement par INTERFERON® depuis deux ans qui est, par ailleurs, mal supporté. La patiente étant JC négative, nous sommes d'accord pour un traitement de 2<sup>ème</sup> ligne avec plutôt du TYSABRI®.**

# Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



## **SYNTHESE DE DOSSIER**

**NOM : M. FAU**

**Prénom : GRE**

**Date de naissance (ou âge) : 01/04/1984**

**Patient(e) du**

**Dr PETIT PERDRIZET**

**Présenté le :**

**15/05/2013**

**Par le :**

**Dr PETIT PERDRIZET Elodie (visioconférence).**

## **Histoire de la maladie :**

Sclérose en plaques de découverte « fortuite » sur l'examen clinique avec une découverte d'un signe de Babinski en mai 2012.

IRM au niveau médullaire : substance blanche plutôt « sale ».

A l'interrogatoire : à postériori, un trouble visuel en 2010.

Septembre 2012 : seconde poussée.

Traité alors par COPAXONE®.

A 3 mois du traitement par COPAXONE®, il a présenté une poussée en janvier 2013.

IRM avril 2013 : 3 nouvelles lésions médullaires ne prenant pas le Gadolinium et un doute sur une lésion prenant le Gadolinium au niveau cérébral, non retenues ce jour.

Cliniquement, le patient présente une fatigabilité à la marche et une hypopallesthésie des deux membres inférieurs.

## **Question posée :**

### **1. Conduite à tenir ?**

## **Discussion/Propositions :**

Poussée survenue alors que le patient était à moins de six mois de traitement par COPAXONE®.

Nous ne sommes pas dans une indication d'un traitement de 2<sup>ème</sup> ligne au niveau de l'AMM.

Il faut donc attendre et continuer le traitement par COPAXONE® pour l'instant.

# Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques

---



## **SYNTHESE DE DOSSIER**

**NOM : Mme AMM**

**Prénom : LIL**

**Date de naissance (ou âge) : 20/07/1960**

**Patiente du :**

**Dr PENCU Gianina**

**Présenté le :**

**15/05/2013**

**Par**

**Dr PENCU Gianina (en visioconférence)**

## **Histoire de la maladie :**

Patiente âgée de 52 ans qui a présenté en 2001 une première poussée avec diplopie et troubles sensitifs.

Depuis 2002 : traitée par REBIF® 44.

Elle a présenté des poussées régulières, une par an ou une tous les deux ans malgré ce traitement mais garde un périmètre de marche illimité. Les poussées étaient surtout faites de douleurs et de troubles de l'équilibre.

Elle garde des troubles sensitifs comme séquelles.

IRM 2012 : charge lésionnelle considérée comme inchangée mais elle présente une charge lésionnelle importante dans la fosse cérébrale postérieure.

## **Questions posées :**

**1. Conduite à tenir ?**

## **Discussion/Propositions :**

Devant la répétition des poussées malgré un traitement par REBIF® bien conduit, nous sommes d'accord pour un traitement de 2<sup>ème</sup> ligne, la patiente étant JC positif, on s'oriente plutôt vers un traitement par GILENYA®.

# Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



## **SYNTHESE DE DOSSIER**

**NOM : Mme TAH**

**Prénom :**

**Date de naissance (ou âge) : 1975**

**Patiente du**

**Dr SCHEIBER NOGUEIRA M. Carmelita**

**Présenté le :**

**15/05/2013**

**Par le**

**Dr SCHEIBER NOGUEIRA M. Carmelita**

- Patiente qui a présenté en **2004** une névrite optique, en **2009**, une hypoesthésie faciale et du membre supérieur gauche avec une troisième poussée en **avril 2009** avec des paresthésies de la face postérieure du dos de la cuisse droite et **juin 2010**, un doute sur un flou visuel pendant 24 heures.
- Depuis fin 2010 : asthénie très importante.
- Pas de traitement de fond.
- EDSS à zéro.
- Elle accepte le **25 octobre 2010** un traitement par AVONEX®.
- **4 janvier 2013** : flash de SOLUMEDROL® devant une poussée qui évolue depuis Noël avec des troubles sensitifs ascendants dont elle récupère bien.
- **12 février 2013**, un mois après la fin de la corticothérapie, devant des troubles digestifs, un bilan hépatique est réalisé qui montre des transaminases à 300 et l'AVONEX® est donc arrêté. Les transaminases continuent à augmenter à 450 jusqu'à 680 en mars.
- **23 mars 2013** : transaminases à 850.
- **26 mars 2013** : biopsie hépatique qui montre une hépatite cytolitique avec un infiltrat éosinophile en faveur d'une hépatite médicamenteuse.
- **En avril 2013** : bilan hépatique revenu à la normale.
- EDSS à 1.

## **Questions posées :**

- 1. Quel médicament a provoqué cette hépatite médicamenteuse ?**
- 2. Quel traitement de fond prescrire à la patiente ?**

## **Discussion/Propositions :**

1.

On peut se poser la question d'une hépatite même retardée après un flash de corticoïdes. Le Dr Roggerone a eu un cas authentifié avec une hépatite sur flash de corticothérapie retardée alors que le Dr Camdessanche a eu des hépatites sévères mais plus précoces après le flash. La responsabilité de l'AVONEX® est discutable devant cette hépatite qui a continué à s'aggraver alors que l'AVONEX® a été arrêté le 12 février et s'est aggravée jusqu'au 23 mars. Il est donc difficile de statuer sur l'imputabilité d'un médicament sur cette hépatite. Il faudrait signaler le cas à la pharmacovigilance nationale comme le suggère le Dr Casez.

2.

Concernant le traitement de fond, la meilleure solution serait la COPAXONE mais il semble que la patiente refuse l'idée des injections quotidiennes. Proposition d'une reprise à quart de dose de l'AVONEX® car il était efficace chez la patiente et que la cinétique ne semble pas correspondre à la toxicité habituelle de l'AVONEX®. On peut enfin discuter l'abstention thérapeutique si on considère qu'elle est peu active. En tout cas, elle ne rentre pas dans l'indication d'un traitement de 2<sup>ème</sup> ligne.

# Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



## SYNTHESE DE DOSSIER

**NOM : M. SAR**

**Date de naissance (ou âge) :**

**Patiente du**

**Présenté le**

**Par le**

**Prénom : FA**

**19/06/1974**

**Dr PETIT PERDRIZET Elodie**

**15/05/2013**

**Dr PETIT PERDRIZET Elodie (en visioconférence)**

## Histoire de la maladie :

-Patient de 39 ans qui présente une sclérose en plaques rémittente ayant débuté **en avril 2010** par une diplopie et des troubles sensitifs de l'hémicorps gauche.

-Deuxième poussée en **juillet 2006** avec des troubles sensitifs de la main gauche

-Troisième poussée en **décembre 2006** avec une névrite rétrobulbaire droite qui a entraîné le début de la COPAXONE®.

-Quatrième poussée en **mars 2009** avec un syndrome cérébelleux et à l'IRM une augmentation de la charge lésionnelle mais sans prise de contraste.

-Cinquième poussée en **septembre 2011** avec des troubles sensitifs de l'hémicorps gauche et là encore une augmentation de la charge lésionnelle sur l'IRM de **septembre 2011** avec au niveau médullaire en **octobre 2011** un hyper signal T2 et une plaque en Stir au niveau D1-D2 très discrètement rehaussée par le Gadolinium.

-Lors de la concertation de **novembre 2011**, il a été conseillé soit un traitement de 2<sup>ème</sup> ligne, type GILENYA®, soit un switch pour l'INTERFERON®. Il avait été décidé par le Dr PENCU un traitement par GILENYA que le patient prend depuis **mars 2012**. Il a présenté une poussée sous GILENYA® avec une dysarthrie et une paralysie faciale gauche en **novembre 2012** et l'IRM faite 4 semaines après le flash montre une nouvelle lésion du tronc cérébral mais ne prenant pas le Gadolinium.

On ne connaît pas le statut JC du patient qui est en cours.

## Question posée :

### **1. Conduite thérapeutique à tenir ?**

## Discussion/Propositions :

Si le patient est JC négatif, on peut lui proposer un passage au TYSABRI®

Si le patient est JC positif, on pourrait proposer du TYSABRI® pour 12 mois à 18 mois puis relayer le TYSABRI® par le FUMARATE® quand il sortira.

On signale d'ailleurs à cette occasion que deux cas de LEMP sous FUMARATE® encore mal expertisés viennent de paraître dans le NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDECINE.

# Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques

---



## **SYNTHESE DE DOSSIER**

**NOM : M. BER**

**Prénom : JP**

**Date de naissance (ou âge) : 05/07/1953**

**Patiente du**

**Dr PENCU Gianina**

**Présenté le :**

**15/05/2013**

**Par le**

**Dr PENCU Gianina (visioconférence)**

## **Histoire de la maladie :**

Patient présentant une sclérose en plaques probablement d'emblée progressive qui avait été vu dans le service du Pr Confavreux par le Dr Durand Dubief en janvier 2010. Le patient a un frère et un père porteur d'une rétinite pigmentaire. Forme progressive d'emblée sans poussée surajoutée. Paraparésie spastique et troubles sphinctériens importants, Il a plus de 55 ans et ne peut pas être inclus dans un essai.

## **Question posée :**

### **1. Conduite à tenir ?**

## **Discussion/Propositions :**

Il a plus de 55 ans donc n'aurait pas pu être inclus dans un essai. On pourrait proposer un traitement par CELLCEPT® ou une abstention thérapeutique car l'évolution ne semble pas très rapide. Par ailleurs, il rentre dans l'indication d'un traitement par FAMPYRA® qui mérite d'être essayé.

# Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



## SYNTHESE DE DOSSIER

**NOM : Mme BOU**

**Prénom : IL**

**Date de naissance (ou âge) : 38 ans**

**Patiente du**

**Dr MAZZOLA Laure**

**Présenté le :**

**15/05/2013**

**Par le**

**Dr MAZZOLA Laure (en visioconférence)**

## Histoire de la maladie :

Patiente de 16 ans.

A l'âge de 14 ans, a présenté une hémiparésie droite avec des troubles sensitivomoteurs. Une première IRM avec des hyper signaux Flair temporaux et surtout médullaires au niveau cervical ne prenant pas le Gadolinium.

Avril 2011, ponction lombaire avec 2 globules blancs et des bandes oligoclonales. PEV normaux.

Flash de corticoïdes mais malgré ce flash il y a eu une bascule au bout d'un mois et 1 semaine du déficit moteur vers la gauche et la patiente a eu un nouveau flash.

Traitement ensuite par AVONEX® avec une mauvaise tolérance et un syndrome pseudo grippal important.

Relais par REBIF® à la dose de 22 microgrammes.

L'IRM à trois mois montrait une nouvelle plaque au niveau pariétal postérieur gauche et l'IRM à six mois une stabilité des lésions toujours sous REBIF 22 microgrammes.

En novembre 2012 : **deuxième poussée** avec des paresthésies ou **troisième poussée** si l'on considère qu'il y a eu effectivement un peu plus d'un mois d'écart entre les deux premiers épisodes.

Ce nouvel épisode de novembre 2012 a conduit à un nouveau bolus de corticoïdes et à l'augmentation du REBIF® à 44 microgrammes.

L'IRM de **début 2013** montre alors une augmentation très nette de la charge lésionnelle en T2 notamment au niveau du tronc et au niveau supra tentorial avec des prises de Gadolinium et une nouvelle lésion médullaire dorsale. Cette IRM a été réalisée 2 ½ mois après le flash.

**Troisième poussée** avec des paresthésies de l'hémicorps gauche et une parésie des deux membres inférieurs, là encore en deux temps avec une amélioration avec le premier flash puis une réaggravation dans le mois suivant.

La patiente est JC négative.

A noter depuis un an, une éruption nodulaire des doigts qui a été biopsiée : diagnostic de vascularite lymphocytaire.

Le bilan auto-immun a été repris négatif et on se pose la question du rôle de l'INTERFERON dans cette vascularite lymphocytaire possible.

On en reste donc au diagnostic de sclérose en plaques rémittente ayant présenté deux poussées sous traitement par INTERFERON, une en novembre 2012 et une en début 2013 et une augmentation de sa charge lésionnelle au niveau de l'IRM avec une lésion rehaussée par le Gadolinium.

## **Question posée :**

### **1. Conduite à tenir ?**

## Discussion/Propositions :

Elle rentre donc dans l'indication d'un traitement de 2<sup>ème</sup> ligne compte tenu de l'échec de l'INTERFERON. Ici plutôt TYSABRI car JC négative.

La patiente étant mineure, nous nous situons hors du cadre de l'AMM et l'avis de la concertation sera à faire figurer dans son dossier.

# Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



## **SYNTHESE DE DOSSIER**

**NOM : M. BAU**

**Prénom : GER**

**Date de naissance (ou âge) : 19/05/1978**

**Patient du**

**Dr HOMEYER Pascale**

**Présenté le :**

**15/05/2013**

**Par le**

**Dr HOMEYER Pascale (visioconférence).**

## **Histoire de la maladie :**

Patient de 34 ans.

Ce patient est migraineux et tabagique.

- **Juin 2010** : paresthésies des deux membres inférieurs évoluant favorablement en 3 à 4 jours.
- **Avril 2011** : troubles sensitifs de la main gauche et des deux jambes ainsi que des troubles de la marche et de l'élocution. Il existait à l'examen une ataxie hémicorporelle gauche ainsi qu'une parésie hémicorporelle gauche associée à une dysarthrie.
- L'IRM cérébrale et médullaire a alors montré de nombreux hyper signaux en T2, hypo signaux en T1 et surtout de multiples prises de contraste multifocales faisant évoquer **un aspect d'ADEM** (Encéphalomyélite aiguë disséminée). Etaient notées également des anomalies au niveau médullaire cervical.
- La ponction lombaire montrait 3 éléments blancs et une **sécrétion intrathécale de l'immunoglobuline** et il a eu un flash de Solumédrol®.
- **Mai 2011 : REBIF® 44** après cette poussée compte tenu de l'importance des prises de contraste.
- IRM de fin 2011 : petite prise de contraste unique cérébelleuse.
- Le patient allait bien jusqu'en **décembre 2012** où il a présenté une nouvelle poussée avec un déficit du membre inférieur gauche et des paresthésies des deux membres inférieurs. Il a eu un flash de Solumédrol®.
- **IRM de Janvier 2013** : discrète prise de contraste annulaire du centre ovale droit qui est discutable et l'absence d'anomalie d'IRM médullaire.

## **Question posée :**

### **1. Conduite à tenir ?**

## **Discussion/Propositions :**

Effectivement la première IRM d'avril 2011 est évocatrice d'un aspect d'ADEM mais l'évolution par la suite clinique et radiologique est en faveur d'une sclérose en plaques rémittente. La survenue d'une poussée sous REBIF® 44 qui est bien pris depuis 1 ½ ans fait partie de l'indication d'un traitement de 2<sup>ème</sup> ligne. La charge lésionnelle est cependant peu importante. Faire réaliser la sérologie JC Virus et le bilan pré GILENYA®. D'accord pour l'un ou l'autre de ces traitements de 2<sup>ème</sup> ligne, à discuter avec le patient.

# Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques

---



## **SYNTHESE DE DOSSIER**

**NOM : Mme ROU**                      **Prénom : CLO**  
**Date de naissance (ou âge) : 09/02/1953**  
**Patient du**                              **Dr HOMEYER Pascale**  
**Présenté le :**                          **15/05/2013**  
**Par le :**                                  **Dr HOMEYER Pascale (visioconférence)**

## **Histoire de la maladie :**

Patiente de 59 ans.

- **En 1998** : première poussée de névrite optique rétrobulbaire.
- **En 2002** : paresthésies du membre inférieur droit rapidement régressives.
- Bilan IRM et ponction lombaire permettant le diagnostic de SEP avec notamment une lésion médullaire en D7.
- **En 2003** : troisième poussée avec un déficit sensitivomoteur du membre inférieur gauche.
- Début d'un traitement par AVONEX®.
- Depuis, environ une poussée par an ou tous les deux ans
- Semble garder quelques séquelles cognitives et sphinctériennes depuis 2003 et 2005.
- Nous sommes étonnés par la relative discordance clinico-radiologique avec finalement peu de handicap en dehors de troubles attentionnels alors que la patiente fait tout de même des poussées régulières.

## **Question posée :**

### **1. Conduite à tenir ?**

## **Discussion/Propositions :**

**Proposition d'un traitement de 2<sup>ème</sup> ligne puisqu'elle rentre dans l'indication.  
Il pourrait également se discuter un switch pour de la COPAXONE®.**

# Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



## SYNTHESE DE DOSSIER

<b>NOM :</b> Enfant MEN	<b>Prénom :</b> NA
<b>Date de naissance (ou âge) :</b>	23/01/2001
<b>Patient du</b>	Pr Sandra VUKUSIC
<b>Présenté le :</b>	15/05/2013
<b>Présenté par le :</b>	Pr Sandra VUKUSIC

## Histoire de la maladie :

Des antécédents d'eczéma et d'otites récidivantes.

Il existe une sclérose en plaques dans la famille chez un cousin germain et sa fille du côté maternelle ainsi qu'une cousine germaine du côté de la maman.

Ses parents sont séparés et vit avec sa maman la plupart du temps. Une sœur de 16 ans en bonne santé.

- Histoire clinique difficile à retracer.
- En **décembre 2011** : baisse de l'acuité visuelle de l'œil gauche qui a récupéré.
- Pendant les **vacances de ski de 2012** : chutes inexplicables et il a été alors constaté des troubles de la marche avec une instabilité et des douleurs des deux membres inférieurs.
- Avril 2012 : IRM cérébrale et médullaire avec de multiples lésions pluri étagées au niveau médullaire avec des rehaussements multiples pluri focaux ; des lésions multiples également supra tentorielles nombreuses et perpendiculaires au ventricule quasiment toutes rehaussées après injection de Gadolinium en cocarde de façon homogène.
- La ponction lombaire a montré 11 éléments blancs avec des bandes oligoclonales et un index augmenté.
- Le bilan auto immun et viral était normal.
- Flash de SOLUMEDROL pendant 3 jours avec une diminution du syndrome cérébelleux et du syndrome pyramidal puis une réaggravation des troubles de la marche dans un contexte viral sans que l'on puisse parler d'un deuxième épisode.
- A noter que les PEV montraient une latence augmentée pour les deux yeux.
- Traitement par REBIF® proposé.
- Le Pr Vukusic a donc vu les parents en **août 2012**. Confirmation du diagnostic de sclérose en plaques avec trois épisodes retenus comme certains : en décembre 2011 ; en février 2012, un deuxième épisode avec des troubles de la marche et des chutes et plutôt une symptomatologie médullaire ; et une nouvelle poussée, fin juin 2012, avec fatigue et ataxie ainsi que troubles sensitifs ayant à nouveau régressé sous flash de corticoïdes.
- Il y a donc maintenant les critères de dissémination dans le temps, dans l'espace et d'inflammation du LCR et l'absence d'alternative diagnostique permettant de dire que le diagnostic de SEP est certain.
- IRM du mois de juin montre une quinzaine de nouvelles lésions avec 4 prises de contraste dans la moelle et une quinzaine de prises de contraste au niveau encéphalique signant l'activité inflammatoire extrêmement importante de la maladie.
- Décembre 2012, début du traitement par REBIF® 22.
- Novembre 2012 : quatrième poussée avec des troubles de la marche.
- Décembre 2012 : cinquième poussée avec des troubles oculomoteurs
- 30 mars 2013 : dernière poussée avec des troubles de la marche et de l'équilibre notamment déficit moteur du membre inférieur.

# Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques

---



- En cours de poussée, EDSS à 5 et a bien récupéré par la suite.
- Actuellement, toujours sous REBIF® et se discute un passage en traitement de 2<sup>ème</sup> ligne en sachant que le patient est JC négatif (prélèvement 10/05/2013).
- La dernière IRM toute récente montre à nouveau une maladie très active malgré le REBIF® avec de multiples prises de contraste, ce qui correspond également à l'activité clinique décrite ci-dessus.

**Question posée :**

**1. Conduite à tenir ?**

## Discussion/Propositions

**Le patient a donc fait 5 poussées en un an dont certaines sous REBIF. Actuellement il ne peut pas courir et semble présenter des troubles cognitifs qui sont d'ailleurs à mettre en rapport avec un certain degré d'atrophie au niveau de l'IRM.**

**L'indication de TYSABRI est retenue de manière collégiale malgré l'âge du patient d'autant plus que la sérologie JC est négative.**

**Le problème est que le père du patient qui a mis du temps à accepter le traitement par REBIF refuse pour l'instant une telle proposition.**

**Un deuxième avis est prévu auprès du Dr DEIVA Kuraman, neuropédiatre du Centre expert des maladies pédiatriques inflammatoires.**

# Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques

---



## **SYNTHESE DE DOSSIER**

**NOM : Mme SER**

**Prénom : NOE**

**Date de naissance (ou âge) : 10/03/2000**

**Patient du**

**Dr CASEZ Olivier**

**Présenté le :**

**15/05/2013**

**Par le**

**Dr CASEZ Olivier (visioconférence)**

## **Histoire de la maladie :**

Novembre 2012 : asthénie et troubles de l'équilibre, dans un contexte de possible syndrome pseudo-grippal

L'IRM montre des lésions nombreuses dont deux lésions médullaires, l'une d'entre elles prenant le Gadolinium.

La ponction lombaire montre des bandes oligoclonales et moins de 2 blancs.

Réalisation d'une corticothérapie intraveineuse et relais per os.

Peut-être petite récurrence de troubles sensitifs proprioceptifs à l'arrêt de la corticothérapie, rapidement régressifs.

Février 2013 : asthénie importante et nouveaux troubles sensitifs.

## **Question posée :**

- 1. Diagnostic SEP ou ADEM ?**
- 2. Conduite à tenir ?**

## **Discussion/Propositions :**

**Pour le diagnostic d'ADEM, on tolère quelques fluctuations des symptômes dans les trois mois après le début de l'épisode. Il est donc un peu tôt pour affirmer le diagnostic de la SEP d'autant plus qu'il n'y a pas de nouvelle lésion sur l'IRM. Surveillance.**

# Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



## **SYNTHESE DE DOSSIER**

**NOM :** Mme COL

**Prénom :** CHR

**Date de naissance (ou âge) :** 20/01/1972

**Patient du**

**Dr GARASSUS Paul**

**Présenté le :**

**15/05/2013**

**Par le**

**Dr GIGNOUX Laurence**

## **Histoire de la maladie :**

Cette patiente présente une sclérose en plaques rémittente depuis 1993 avec de multiples poussées principalement sensitives avec peu de séquelles.

- Traitée d'abord par IMUREL® puis REBIF® 22 à partir de 2000 puis TYSABRI® de mai 2008 à mars 2012 qui a été arrêté compte tenu de sa sérologie JC positive après la 50<sup>ème</sup> perfusion.
- Sous COPAXONE® depuis l'arrêt du TYSABRI® après un court passage par du CELLCEPT® qui a été mal supporté.
- Il n'y a pas de poussée déclarée mais une certaine fatigue et une certaine fluctuation de troubles sensitifs séquellaires.
- Après 20 ans de maladie et de nombreuses poussées malgré les différents traitements essayés, la patiente garde un EDSS à 2.

## **Question posée :**

### **1. Conduite à tenir ?**

## **Discussion/Propositions :**

A l'heure actuelle, nous n'avons pas de possibilité thérapeutique alternative d'autant plus qu'elle ne fait pas de poussée sous COPAXONE®.

Ne rentre pas dans l'indication du FAMPYRA®.

Aucun traitement de fond ne pourra améliorer ses symptômes séquellaires sensitifs et sa fatigue à l'heure actuelle.

**Dr Géraldine ANDRODIAS  
Dr Laurence GIGNOUX**

**Neurologues coordonnateurs.**