

Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



COMPTE-RENDU de la Réunion de Concertation SEP Jeudi 4 juillet 2013

Présents : Dr Géraldine ANDRODIAS – Dr Amandine BENOIT – Dr Ourida CHEBAH - Dr Françoise DURAND DUBIEF - Dr Laurence GIGNOUX -- Dr Guillemette JOUSSERAND – Dr Dominique LATOMBE - Dr Romain MARIGNIER -

Dossiers médicaux des neurologues absents : Pr Caroline TILIKETE - Marie Hélène Dr FOURNIER – Dr Eric CREISSON –

Dossiers médicaux présentés en visio-conférence : Dr Emmanuelle LANDRAULT –

Excusés : Dr Laurent GUILLOTON - Dr Iuliana IONESCU- Pr Sandra VUKUSIC – Dr Jean Philippe CAMDESSANCHE -

DATE de la PROCHAINE REUNION de CONCERTATION SEP

Mercredi 25 septembre 2013

19h00

Réunion de concertation de dossiers SEP

Groupement Hospitalier Est – Hôpital neurologique – Salle DEVIC – Entrée B – 1^{er} 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 (medecins@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.

☞ **Retrouvez toutes ces informations sur le site 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 SEK

Date de naissance (ou âge) :

Patiente du

Présenté le :

Par le :

Prénom : FET

24/11/1989

Dr Laurence GIGNOUX

4 juillet 2013

Dr Laurence GIGNOUX

Histoire de la maladie :

- Patiente de 23 ans qui pose le problème d'une lésion unique, cérébrale, d'allure typique en arrière du carrefour ventriculaire gauche.
- Elle présente comme antécédent une paralysie faciale périphérique il y a deux ans qui a duré 2 mois et qui a bien récupéré.
- Mi-avril, elle a présenté un épisode de vertige pendant une semaine avec nausées plutôt d'allure périphérique.
- Par ailleurs, il est à noter que cette patiente est migraineuse avec des migraines plutôt rares et peu invalidantes.
- La première IRM montrait une lésion unique, le 16 avril 2013 non rehaussée par l'injection du produit de contraste, en hyper signal Flair.
- Contrôle de cette IRM le 26 juin 2013 avec une spectroscopie et une diffusion. On retrouve la lésion au niveau de la substance blanche avec un aspect plutôt en doigt de gant en arrière du carrefour ventriculaire gauche toujours en hyper signal Flair et hypo signal T1, non rehaussée par l'injection de Gadolinium. Il existe une petite augmentation du coefficient de diffusion. Il n'y a pas de défaut de perfusion. Il n'y a pas d'effet de masse, pas d'œdème. L'étude spectroscopique est sub normale avec un petit pic de choline associé à un pic de myo-inositol qui peut coller pour une lésion dominante inflammatoire ou une lésion de bas grade infiltrative.
- Lors des deux consultations, examen normal hormis un Babinski droit isolé, non déficitaire.

Questions posées :

1. Conduite à tenir ?

Discussion/Propositions :

Après discussion, la première hypothèse semble être tout de même une lésion inflammatoire de découverte plutôt fortuite. On préconise la réalisation d'une IRM médullaire afin de chercher d'autres lésions inflammatoires, la réalisation d'une ponction lombaire et de Potentiels Evoqués Visuels.

Mme SEK sera donc hospitalisée pour une ponction lombaire sans urgence dans le service du Pr Confavreux.

Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



SYNTHESE DE DOSSIER

NOM : Mme SAV

Date de naissance (ou âge) :

Patiente du

Présenté le :

Par le :

Prénom : CEL

04/12/1977

Dr Laurence GIGNOUX

04 juillet 2013

Dr Laurence GIGNOUX

Histoire de la maladie :

- Patiente présentant une sclérose en plaques rémittente avec, en avril 2010, une diplopie pendant plusieurs semaines avec une atteinte de VI droit qui a permis le diagnostic avec une IRM montrant une charge lésionnelle importante et 7 prises de Gadolinium et une ponction lombaire inflammatoire.
- IRM, 3 mois après, a confirmé le diagnostic de sclérose en plaques et compte tenu de l'activité importante IRM, un traitement de fond a été entrepris dès la première poussée avec du REBIF®, pendant 2 mois, au mois d'août 2010 mais qui a été très mal supporté et donc stoppé.
- Elle a alors commencé un protocole en double aveugle FINGOLIMOD contre placebo pour lequel nous n'avons toujours pas le lever de l'aveugle. Elle a pris un produit x entre le 30 novembre 2010 et 24 février 2011 puis elle a participé à l'extension de l'essai du 17 mars 2011 au 8 décembre 2011.
- Elle a arrêté le protocole fin 2011 pour désir de grossesse.
- Elle a présenté lors de la phase de l'extension une petite poussée en septembre 2011 avec asthénie et vertiges pour laquelle elle a eu un flash de SOLUMEDROL® à domicile.
- Troisième poussée en mars 2012 juste avant le début de sa grossesse avec des paresthésies de la main droite qui ont duré un mois et pour laquelle elle a eu, à nouveau, un flash à domicile.
- La grossesse s'est bien passée. Elle a accouché le 4 décembre 2012.
- A chaque fois, ses poussées ont bien récupéré.
- Le 31 mai 2013, consultation pour une quatrième poussée avec des paresthésies de la jambe droite et une hyperpathie pour laquelle j'ai fait réaliser un flash de SOLUMEDROL® à domicile au mois de juin 2013.
- Cette patiente a donc une activité clinique avec des poussées plutôt modérées qui récupèrent bien mais surtout une activité IRM très importante avec, à nouveau, sur l'IRM réalisée le 6.6.2013, une charge lésionnelle importante et surtout de multiples prises de contraste des lésions.
- Elle a fait deux poussées sensibles en 14 mois sans traitement.

Question posée :

1. Conduite à tenir ?

Discussion/Propositions :

Le cas est difficile car il est vrai qu'en voyant l'IRM on note une importante activité. Cependant nous sommes hors AMM et nous décidons finalement de lui prescrire un traitement par COPAXONE® en sous cutané tous les jours avec une surveillance clinique rapprochée.

S'il survenait une nouvelle poussée, nous partirions directement sur un traitement de 2^{ème} ligne et dans ce cadre, nous allons faire réaliser la sérologie JC virus lors de la prochaine consultation.

Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



SYNTHESE DE DOSSIER

NOM :	Mme VIN	Prénom :	SAN
Date de naissance (ou âge) :		30/04/1971	
Patiente du		Dr Emmanuelle LANDRAULT	
Présenté le :		04/07/2013 en VISIO	
Par le		Dr Emmanuelle LANDRAULT	

- Patiente qui présente une sclérose en plaques rémittente diagnostiquée en 2005 avec une première poussée sensitive puis une 2^{ème} poussée en 2011 avec des troubles de la marche, des troubles moteurs et une poussée plus sévère dont elle a gardé quelques séquelles.
- Instauration de REBIF® 44 qu'elle prend maintenant depuis 2011.
- Poussée médullaire en mars 2013 avec une récupération qui a pris 2 mois avec un tableau sensitif et des troubles sphinctériens.
- IRM de 2005 montrait des hyper signaux multiples avec une prise de Gadolinium.
- IRM de 2011 montrait là encore une lésion qui prenait le Gadolinium dans un autre territoire.
- En 2013, il n'y a pas d'augmentation de la charge lésionnelle, pas de prise de contraste mais l'IRM médullaire qui a été faite pour la première fois montre une lésion T11 ne prenant pas le contraste en juin 2013 soit 2 mois après le flash de corticoïdes.

Question posée :

1. Conduite à tenir ?

Discussion/Propositions :

Cette patiente a donc fait une poussée sous traitement de première ligne bien conduit et nous sommes donc tout à fait d'accord pour une indication de traitement de 2^{ème} ligne, plutôt pour le GILENYA® si la patiente ne présente pas de contre-indication.

Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



SYNTHESE DE DOSSIER

NOM : Mme RAU

Date de naissance (ou âge) :

Patiente du

Présenté le :

Par le :

Prénom : PAT

16/02/1970

Dr Loic RIBOUILLARD

07/07/2013

Dr Laurence GIGNOUX

Histoire de la maladie :

- Patiente qui présente une sclérose en plaques rémittente évoluant depuis février 2004 qui était placée sous AVONEX® en 2004.
- Elle a continué à faire des poussées en 2005, 2009 et elle a fait une dernière poussée en mai 2013 avec des paresthésies et un EDSS à 2.5.
- Sur l'IRM : deux prises de contraste.

Question posée :

1. Conduite à tenir ?

Discussion/Propositions :

Il s'agit d'une poussée certaine en mai 2013 alors qu'un traitement de première ligne est bien conduit et il existe une activité radiologique certaine donc nous sommes tout à fait d'accord pour un passage à un traitement de 2^{ème} ligne plutôt de type GILENYA®.

Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



SYNTHESE DE DOSSIER

NOM : Mme MAT

Date de naissance (ou âge) :

Patiente du :

Présenté le :

Par

Prénom : CEN

23/05/1970

Dr M. Hélène FOUNIER

04/07/2013

Dr Laurence GIGNOUX

Histoire de la maladie :

- Patiente âgée de 43 ans.
- Elle présente comme antécédent familial un accident vasculaire cérébral à 51 ans chez son père, hypertendu et un DID chez sa mère.
- Elle est même porteuse d'un pseudo xanthome élastique avec une rétinopathie au niveau oculaire et l'absence de complication cardio vasculaire jusqu'à présent.
- Elle a trois enfants.
- En mai 2013, se sont installés très rapidement des troubles sensitifs hémis corporels gauches ayant débuté au niveau de la main puis se sont étendus au bras, à l'hémi thorax et à la jambe et jusqu'à la face.
- A l'examen, il existe une hypoesthésie subjective superficielle de tout l'hémicorps gauche sans autre anomalie.
- Cette patiente est donc porteuse d'une maladie du tissu élastique.
- L'IRM cérébrale pratiquée le 16 juin à Chambéry est tout fait atypique. Effectivement, nous constatons au niveau de la protubérance des hyper signaux en T2 correspondant à des lésions vasculaires ou à des espaces de Virchow Robin dilatés. Il existe juste au-dessus un petit cavernome en T2*.

Questions posées :

1. Conduite à tenir ?

Discussion/Propositions :

Il existe des lésions en T2 et Flair d'aspect tout à fait atypique avec un centre cavitaire surtout pour la lésion à côté de la corne frontale gauche étendues sur 3 cm et également au niveau d'une lésion au niveau du centre semi ovale droit là encore avec un centre d'allure nécrotique. L'IRM a été faite 3 semaines après le début des symptômes. L'aspect nous apparaît, ce jour, plutôt vasculaire. Il n'y a pas de prise de contraste. L'hypothèse d'une lésion démyélinisante n'est pas retenue ce jour.

Nous proposons une hospitalisation dans le service du Pr Confavreux avec la réalisation d'une ponction lombaire, d'une consultation neuro ophtalmologique, d'une angio IRM cérébrale et d'un bilan cardiologique avec une ETO.

Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



SYNTHESE DE DOSSIER

NOM : Mme HER

Date de naissance (ou âge) :

Patiente du

Présenté le :

Par le

Prénom : COL

05/09/1952

Pr Alain VIGHETTO

04 juillet 2013

Dr Amandine BENOIT

- Patiente présentant une sclérose en plaques rémittente ayant débuté en 2000 avec un début de traitement en 2000 par IMUREL® jusqu'au 1^{er} août 2006. Arrêté pour intolérance biologique.
- Antécédents d'hypertension pulmonaire, de syndrome d'apnée du sommeil et d'obésité.
- Pendant cette période, 3 poussées sous IMUREL® dont une poussée plus sévère en 2006 qui a conduit à un EDSS à 6 encore jusqu'à maintenant.
- Relais par AVONEX® de septembre 2006 à juin 2008 arrêté là également pour inefficacité avec une poussée en 2007 et une poussée en 2008.
- Juin 2008, passage sous TYSABRI® avec une bonne tolérance et une bonne efficacité puisqu'il n'y a pas eu de poussée.
- Eté 2012, anémie hémolytique qui après expertise auprès des internistes, a été retenue comme possiblement liée au traitement par TYSABRI® avec 3 cas décrits au niveau national.
- Une corticothérapie et un arrêt du TYSABRI® ont permis en six semaines de remonter à 12 g d'hémoglobine.
- Essai de réintroduction du TYSABRI® qui s'est soldé à 3 mois par une reprise de l'anémie hémolytique.

Questions posées :

1. Conduite à tenir.

Discussion/Propositions :

Cette patiente est JC négative et le TYSABRI® a permis de ne plus avoir de poussées depuis 2008 mais c'est une patiente qui a un handicap sévère et chez qui on peut suspecter éventuellement un passage en forme secondairement progressive.

Il faut arrêter le TYSABRI® compte tenu de l'anémie hémolytique prouvée sous ce traitement.

Effet secondaire déclaré en pharmacovigilance.

Compte tenu des risques cardiovasculaires chez la patiente, un traitement par GILENYA® ne nous paraît pas prudent.

Décision d'un relais par CELLCEPT®.

On demande à ce que soit réalisé une nouvelle IRM cervicale car celle de 2008 montrait un canal cervical très étroit.

Un essai par FAMPYRA® est en cours chez cette patiente.

Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



SYNTHESE DE DOSSIER

NOM : Mme MEL

Prénom BEA

Date de naissance (ou âge) :

01/09/1971

Patiente du

Dr Florence ROBERT

Présenté le :

04 juillet 2013

Par le

Dr Guillemette JOUSSERAND

- Décembre 2012, survenue d'une NORB droite avec une acuité visuelle diminuée à 6-7/10^{ème}, d'évolution favorable.
- En avril 2013 : survenue d'une NORB gauche sévère avec une acuité visuelle inférieure à 1/20^{ème} et encore une bonne récupération.
- Examens complémentaires déjà réalisés :
 - IRM encéphalique initiale montre une seule lésion du corps calleux, sans évolution à six mois.
 - IRM médullaire
 - Analyse du LCR ne montre pas d'anomalie, notamment pas de synthèse intrathécale.
 - Les anticorps antiaquaporine 4 sont négatifs.

Questions posées :

1. Diagnostic ? Traitement ?

Discussion/Propositions :

Les critères de dissémination spatiale ne sont pas présents pour porter le diagnostic de sclérose en plaques.

On se trouve dans le cadre d'une neuropathie optique à répétition, d'évolution favorable, sans corticodépendance.

Il est possible que nous nous trouvions dans le spectre de la maladie de DEVIC ou dans le cadre d'une pathologie systémique autre tel que la sarcoïdose.

On propose de réaliser une IRM centrée sur les nerfs optiques pour préciser notamment si possible le caractère inflammatoire de l'affection.

On propose de compléter le bilan si cela n'a pas déjà été fait dans le sens d'une sarcoïdose avec notamment réalisation d'un PET SCAN.

Nous serions assez favorables à l'idée d'introduire un traitement de fond devant la survenue rapprochée de 2 épisodes avec une baisse d'acuité visuelle assez sévère en particulier pour le 2^{ème}, en l'occurrence un traitement immunosuppresseur per os. Il faudra, au préalable, vérifier l'absence de projet de grossesse à court ou au moyen terme. Le cas échéant, un traitement par IMUREL® pourrait être éventuellement proposé malgré tout.

Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



SYNTHESE DE DOSSIER

NOM : Mme LAU

Prénom : SOP

Date de naissance (ou âge) :

25/05/1977

Patiente du

Dr Ourida CHEBAH

Présenté le :

04 juillet 2013

Par le

Dr Ourida CHEBAH

- Patiente jusqu'alors très sportive, exerçant la profession de gendarme.
- En octobre 2011, elle remarque des paresthésies des membres inférieurs survenant électivement à la course. Il existe un syndrome pyramidal non déficitaire à l'examen.
- Nette amélioration après flash de corticoïdes.
- Examens complémentaires déjà réalisé :
 - IRM encéphalique, quelques lésions, d'allure inflammatoire, charge lésionnelle modérée, absence de rehaussement après injection.
 - IRM médullaire, doute sur une lésion médullaire dorsale, non rehaussée après injection. En outre, canal cervical étroit en C6 C7 mais sans hyper signal en regard.

Questions posées :

1. Forme évolutive ? Prise en charge ?

Discussion/Propositions :

Les critères de dissémination spatiale sont présents pour évoquer le diagnostic de sclérose en plaques, le LCR est inflammatoire mais la dissémination temporelle n'est pas très évidente puisqu'il s'agit d'une symptomatologie survenant électivement à l'effort. On peut se poser la question d'une forme progressive d'emblée mais sans certitude d'autant plus que la symptomatologie semble s'être nettement améliorée après la réalisation d'un flash de corticoïdes.

A notre avis, il n'y a de responsabilité dans la symptomatologie du rétrécissement canalaire au niveau cervical.

On propose une surveillance essentiellement clinique, éventuellement de l'IRM en fonction de la demande de la patiente.

Pas d'indication à un traitement de fond pour l'instant bien entendu.

Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



SYNTHESE DE DOSSIER

NOM : M. ALO

Date de naissance (ou âge) :

Patiente du

Présenté le :

Par le

Prénom : NAB

27/11/1979

Dr Ourida CHEBAH

04 juillet 2013

Dr Ourida CHEBAH

- Patient présentant un retard psychomoteur depuis l'enfance, considéré par son entourage comme post-traumatique (chute dans un puits).
- Il est un peu difficile de faire préciser le motif de la consultation neurologique auprès du Dr CHEBAH. Peut-être une majoration des troubles de l'élocution ?
- IRM encéphalique : quelques lésions compatibles avec une origine inflammatoire.

Questions posées :

1. Diagnostic ? Investigations supplémentaires ?

Discussion/Propositions :

Il est vrai que les lésions encéphaliques sont compatibles avec une origine inflammatoire mais celles-ci n'expliquent pas, à notre sens, le tableau présenté par ce patient.

Nous nous trouvons donc possiblement dans le cadre d'une découverte fortuite (syndrome radiologiquement isolé).

Nous ne proposons pas d'investigations particulières pour l'instant en l'absence de conséquence thérapeutique.

A rediscuter si la symptomatologie se modifiait franchement.

Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



SYNTHESE DE DOSSIER

NOM : M. WIAR

Prénom : BAS

Date de naissance (ou âge) :

19/11/1981

Patiente du

Dr CREISSON

Présenté le :

04 juillet 2013

Par le

Dr Géraldine ANDRODIAS

- Dossier présenté une première fois en mars 2013.
- Patient de 31 ans qui a présenté 4 épisodes neurologiques, tous compatibles avec une origine médullaire en mai 2006, octobre 2006, 2007 et 2008. Il s'agissait à chaque fois d'une symptomatologie sensitive d'évolution favorable spontanée ou après réalisation d'un flash de corticoïdes.
- En termes de traitement, le patient a reçu de l'AVONEX® de juillet 2007 à mars 2008, remplacé par du TYSABRI® en raison de la survenue d'une nouvelle poussée.
- Sous TYSABRI®, il n'y a pas eu de nouvel épisode neurologique. En revanche, devant la présence d'une sérologie positive pour le virus JC et compte tenu du fait que le TYSABRI était poursuivi depuis 5 ans, il a été préconisé lors d'une précédente concertation de l'arrêter.
- La question qui se pose est celle du traitement de fond proposé en remplacement.
- Examens complémentaires déjà réalisés :
 - Ponction lombaire en 2006 dans le Pays Basque : cytochimie normale, pas d'iso focalisation réalisée.
 - Lors de la précédente concertation, nous étions surpris de l'absence de lésion médullaire évidente sur l'IRM la plus récente et de la présence de 2 à 3 lésions pariétales droites de très petites tailles à la limite de la significativité.
 - En reprenant l'ensemble du dossier radiologique reçu à postéri, il ressort qu'en 2006 et 2007, l'IRM montrait une ou plusieurs lésions médullaires cervicales, rehaussées après injection de Gadolinium, assez étendues sans pour autant remplir les critères de myélite extensive.
 - En 2007, présence d'une lésion bulbaire.

Questions posées :

1. Traitement ?

Discussion/Propositions :

L'histoire clinique avec des tableaux exclusivement médullaires à priori et l'évolution radiologique un peu atypique avec, en particulier, en l'absence de lésion encéphalique bien significative, en dehors d'une lésion bulbaire, nous conduit à évoquer de principe, le diagnostic de maladie de DEVIC ou syndrome apparenté. Dans ce contexte, il nous paraît licite de doser (ou de contrôler) les anticorps aquaporine 4, de réaliser des Potentiels Evoqués Visuels et, idéalement si le patient est d'accord, de contrôler la ponction lombaire avec, cette fois-ci iso focalisation.

En termes de traitement, accord de principe pour un traitement de 2^{ème} ligne par du GILENYA® compte tenu de l'évolutivité clinique et radiologique avant la mise sous TYSABRI®. En cas de doute sur une maladie de DEVIC ou syndrome apparenté, on pourra aussi discuter la mise en place d'un traitement immunosuppresseur « classique » per os.

Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



SYNTHESE DE DOSSIER

NOM : M. FER

Prénom : DAV

Date de naissance (ou âge) :

26/06/1985

Patiente du

Pr Caroline TILIKETE

Présenté le :

04 juillet 2013

Par le

Dr Géraldine ANDRODIAS

- Patient de 28 ans qui présente une sclérose en plaques rémittente avec :
 - 1^{ère} poussée en mars 2011 de type vestibulaire centrale,
 - 2^{ème} poussée en février 2012 à type de troubles sensitifs du membre supérieur gauche
 - Début d'un traitement par AVONEX® en août 2012
 - 3^{ème} poussée en février 2013, plutôt médullaire avec troubles sensitifs en raquette de la cuisse gauche et déficit moteur du membre inférieur gauche.
 - Actuellement, le patient est asymptomatique.
- Examens complémentaires déjà réalisés :
 - L'IRM de juin 2013 comparée à celle de mai 2012 montre l'apparition d'une lésion en hyper signal de la vallée sylvienne gauche non rehaussée après injection.
 - L'IRM médullaire de juin 2013 comparée à celle de mai 2011 montre l'apparition de 2 hyper signaux, l'un cervical et l'autre au niveau du cône médullaire, sans prise de contraste.

Questions posées :

1. Changement de traitement pour un traitement de 2^{ème} ligne ?

Discussion/Propositions :

Nous nous trouvons donc dans le cadre de la survenue d'une poussée à 6 mois d'un traitement immunomodulateur, c'est-à-dire en dehors du cadre défini par l'AMM pour le passage à un traitement de 2^{ème} ligne (un an de traitement immunomodulateur bien conduit). En l'absence de signe de gravité clinique ou IRM, nous aurions plutôt tendance à temporiser pour l'instant et à maintenir le traitement par AVONEX® à condition, bien sûr, que celui-ci soit bien toléré.

Réunion Régionale de Concertation sur la Sclérose en Plaques



SYNTHESE DE DOSSIER

NOM : Mme GON

Prénom : EVE

Date de naissance (ou âge) :

30/09/1953

Patiente du

Dr Géraldine ANDRODIAS

Présenté le :

04 juillet 2013

Par le

Dr Géraldine ANDRODIAS

- Patiente de 60 ans qui présente comme principal antécédent médical un hirsutisme.
- Pas de facteur de risque cardiovasculaire connu en dehors d'un tabagisme estimé aujourd'hui à 10 paquets/année.
- Premier épisode neurologique en juillet 2002 (alors que la patiente avait 49 ans) : survenue d'une hémianopsie latérale homonyme à droite dont il est difficile de faire préciser le mode d'installation. Initialement, la patiente n'avait bénéficié, en hospitalisation, que d'un scanner cérébral sans injection qui montrait une hypodensité du carrefour gauche considéré comme compatible avec une lésion ischémique. Ce n'est que dans un deuxième temps que la patiente a bénéficié d'une IRM encéphalique qui montrait plusieurs lésions d'allure inflammatoire. La nature de la lésion du carrefour gauche restant un peu difficile à préciser. Un traitement anti agrégant plaquettaire est introduit.
- 2^{ème} épisode en juin 2006 : troubles sensitifs du membre inférieur droit spontanément régressif en quelques jours
- 3^{ème} épisode en décembre 2009 : diplopie verticale régressive en quelques jours.
- Juin 2012 : syndrome vertigineux.
- Examens complémentaires déjà réalisés :
 - Ponction lombaire : présence de bandes oligoclonales
 - Bilan biologique systémique sans particularité, notamment sans anticorps anti phospholipides. Pas de dyslipidémie, ni de diabète.

Questions posées :

1. Nature du 1^{er} épisode ? Poursuite ou non du traitement anti agrégant plaquettaire ? d'autant que la patiente souhaiterait reprendre un traitement contre son hirsutisme, contre indiqué de principe depuis 2002.

Discussion/Propositions :

Le diagnostic de SEP rémittente est certain devant l'aspect des lésions encéphaliques et la présence d'une dissémination spatiale et temporelle associée à un LCR inflammatoire. Concernant la lésion initiale responsable de l'hémianopsie latérale homonyme droite, il est vrai qu'il s'agit d'un symptôme inhabituel dans la SEP, néanmoins, nous aurions plutôt tendance à être uniciste et à retenir également une origine inflammatoire à ce premier épisode et à le considérer comme une première poussée plutôt que comme un accident vasculaire cérébral ischémique.

Dans ces conditions, nous sommes d'accord avec l'arrêt de l'anti agrégant plaquettaire. La seule réserve vient de la reprise possible d'un traitement hormonal contre son hirsutisme, potentiellement prothrombogène et qui nous inciterait, dans le doute, à poursuivre le traitement anti agrégant du moins pendant la durée du traitement hormonal.

**Dr Géraldine ANDRODIAS
Dr Laurence GIGNOUX
Neurologues coordonnateurs.**