Les critères diagnostiques de SEP: POLMAN 2010

RESEAU RHONE-ALPES SEP

Dr Laurence GIGNOUX

Hôpital Saint Joseph Saint Luc, Lyon - Mardi 18 juin 2013

DIAGNOSTIC DE SEP

Diagnostic de probabilité

Pas de test diagnostique

Quatre notions fondamentales

Dissémination dans le temps

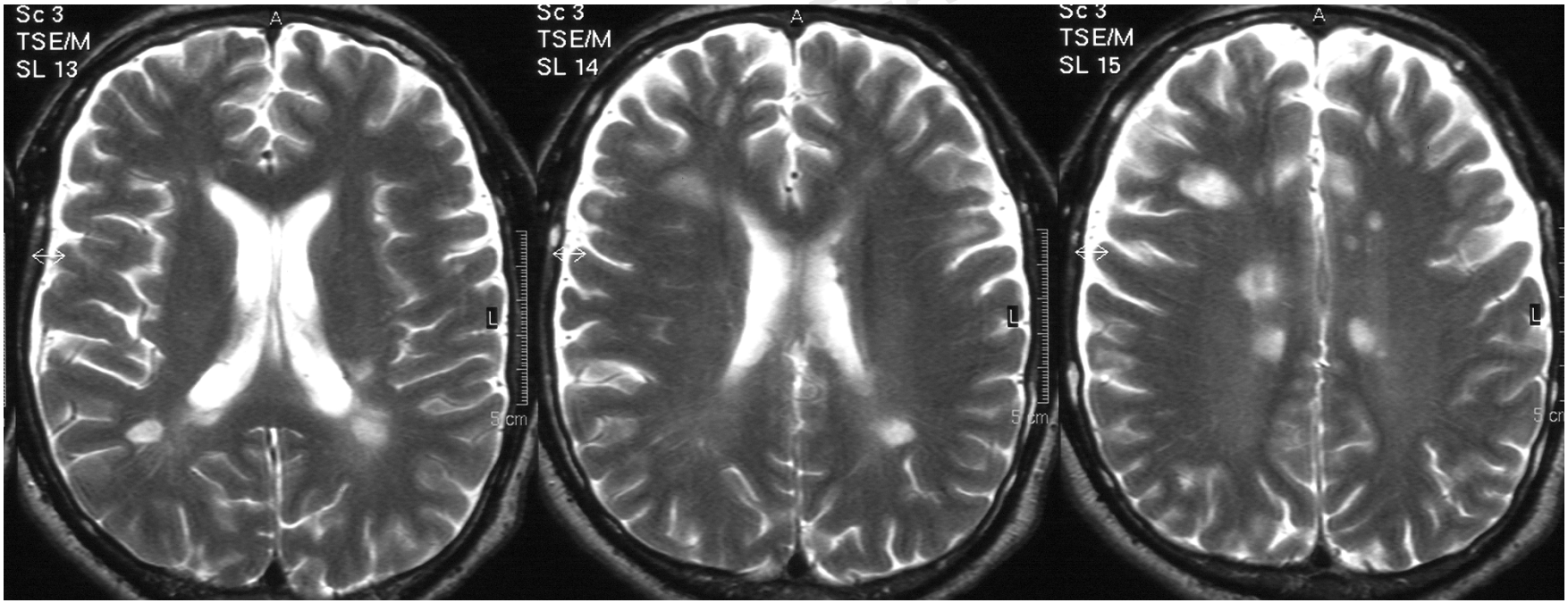
Dissémination dans l'espace

Inflammation limitée au SNC

Absence de meilleure explication

RESEAU PHONE-ALPES SEP

Aspect typique en IRM conventionnelle



Hypersignal en T2 périventriculaire.

Lésions ovoïdes, > 3 mm, grand axe perpendiculaire à l'axe des ventricules.

Lésions juxta-corticales.

Atteinte du corps calleux

Aspects atypiques: drapeaux rouges

Taille des lésions < 3 mm ou pseudo-tumorale

Localisation **Corticale/juxta-corticale** préférentielle, NGC, Territoire artériel

Prise de contraste > 3 mois pour une même lésion, Synchrone, méningée

Echo de gradient ou T2* +++ : *microbleeds*

Diffusion / ADC Diffusion ↑

ADC ↓ : oedème cytotoxique (ischémie aigue)

ADC ↑ : oedème vasogénique (inflammation)

RESEAU RHONE-ALPES SEP

Lésions médullaires : MT extensive ≥ 3 segments

Critères de Mc Donald révisés par Polman

Diagnostic Criteria for Multiple Sclerosis: 2010 Revisions to the McDonald Criteria

Chris H. Polman, MD, PhD,[1] Stephen C. Reingold, PhD,[2] Brenda Banwell, MD,[3] Michel Clanet, MD,[4] Jeffrey A. Cohen, MD,[5] Massimo Filippi, MD,[6] Kazuo Fujihara, MD,[7] Eva Havrdova, MD, PhD,[8] Michael Hutchinson, MD,[9] Ludwig Kappos, MD,[10] Fred D. Lublin, MD,[11] Xavier Montalban, MD,[12] Paul O'Connor, MD,[13] Magnhild Sandberg-Wollheim, MD, PhD,[14] Alan J. Thompson, MD,[15] Emmanuelle Waubant, MD, PhD,[16] Brian Weinshenker, MD,[17] and Jerry S. Wolinsky, MD[18]

New evidence and consensus has led to further revision of the McDonald Criteria for diagnosis of multiple sclerosis. The use of imaging for demonstration of dissemination of central nervous system lesions in space and time has been simplified, and in some circumstances dissemination in space and time can be established by a single scan. These revisions simplify the Criteria, preserve their diagnostic sensitivity and specificity, address their applicability across populations, and may allow earlier diagnosis and more uniform and widespread use.

ANN NEUROL 2011;69:292–302

Révision des critères diagnostiques IRM de Mc Donald de 2005

Critères non validés dans différents cas:

-Forme pédiatrique

-Présentation clinique ou IRM évocatrices de NMO

-Population asiatique et Amérique Latine

RESEAU RHONE-ALPES SEP

Dissémination dans l'espace (DIS)

Critères de McDonald 2005

→ **3 des 4 critères suivants:**

(Barkhoff 1997)

- 1 lésion Gd+ ou 9 lésions T2
- 1 lésion sous-tentorielle
- 1 lésion juxtacorticale
- 3 lésions périventriculaires

Critères de McDonald révisés POLMAN 2010

→**1 lésion T2 dans au moins 2 des 4 territoires suivants**:

(Swanton 2005)*

- sous-tentoriel
- juxtacortical
- périventriculaire
- médullaire

RESEAU RHONE-ALPES

* **Lésions médullaire ou du tronc non comptées si symptomatiques**

Dissémination dans le temps (DIT)

Critères de McDonald 2005

→1 lésion Gd+ dans un territoire différent de celui à l'origine de la 1ère poussée

sur une IRM ≥ 3 mois après la 1ère poussée

OU

→1 nouvelle lésion T2

sur l'IRM de suivi effectuée à distance de l'IRM de référence (sans délai prérequis entre ces examens)

NB: l'IRM de référence doit être effectuée dans les 30 jours après la 1ère poussée

Critères de McDonald révisés POLMAN 2010

→La présence simultanée de lésions asymptomatiques gado + et d'autres gado -

à n'importe quel moment

OU

→1 nouvelle lésion T2 et/ou 1 lésion Gd+

sur une IRM de suivi quel que soit le moment de l'IRM de référence

RESEAU RHONE-ALPES SEP

Une poussée : CIS

DIS		DIT
→**1 lésion T2 dans au moins 2 des 4 territoires suivants**: • sous-tentoriel • juxtacortical • périventriculaire • médullaire **OU** →**Une 2ème poussée témoignant d'une lésion dans un site différent**	ET	→ **Présence simultanée de lésions asymptomatiques Gd+ et d'autres non** à n'importe quel moment **OU** →**1 nouvelle lésion T2 et/ou lésions Gd+** sur une IRM de suivi quel que soit le moment de l'IRM de référence **OU** →**Une 2ème poussée**

RESEAU RHONE-ALPES SEP

ATTENTION :

UNE POUSSEE TYPIQUE ET UNE IRM GADO + SUFFISENT

POUR LE DIAGNOSTIC DE SEP CLINIQUEMENT CERTAINE …..

En l’absence de meilleure explication ……

PL ???

RESEAU RHONE-ALPES SEP

QUE DIRE AU PATIENT ?

Si une poussée certaine et DIT+ et DIS + = SEP CLINIQUEMENT CERTAINE

Si une poussée certaine et DIT+ = SEP radiologiquement certaine ??

Si une poussée certaine et DIS += Premier épisode fortement évocateur de SEP ??

RESEAU RHONE ALPES SEP

2 poussées ou +
Données cliniques témoignant d'une seule lésion

RESEAU RHONE-ALPES SEP

DIS
→**1 lésion T2 dans au moins 2 des 4 territoires suivants**: • sous-tentoriel • juxtacortical • périventriculaire • médullaire **OU** →**Une 2ème poussée témoignant d'une lésion dans un site différent**

Une poussée
Données cliniques témoignant d'au moins 2 lésions

DIT
→**Présence simultanée de lésions asymptomatiques Gd+ et d'autres non** à n'importe quel moment **OU** →**1 nouvelle lésion T2 et/ou lésions Gd+** sur une IRM de suivi quel que soit le moment de l'IRM de référence **OU** →**Une 2ème poussée**

RESEAU RHONE-ALPES SEP

SEP progressive d'emblée

PROGRESSION		2 DES 3 CRITERES SUIVANTS
→Un an de progression de la maladie	ET	→**1 lésion T2 sur un des sites typiques** : • sous-tentoriel • juxtacortical • infratentoriel →**≥ 2 T2 médullaires** →**LCR +**

RESEAU RHONE-ALPES SEP

CIS : diagnostic rapide , trop ?

SEP BENIGNE

Critères diagnostiques : PLUS SENSIBLE
MOINS SPECIFIQUE
annonce trop précoce ? Risque d'erreur ?
Danger de remplacer la dissémination temporelle clinique
par la dissémination temporelle IRM

Quand traiter un CIS ? SI
POUSSEE SEVERE et
IRM DIS et DIT donc on
traite une SEP
cliniquement certaine
selon polman ?

Place de la PL ??

RESEAU RHONE-ALPES SEP