

Traitements symptomatiques et sclérose en plaques

Dr. Audrey Rico-Lamy
neurologue - Service de Neurologie - Hôpital de La Timone, Marseille

Le traitement de la sclérose en plaques comporte trois axes :

- les **traitements de fond** qui réduisent l'activité de la maladie et modifient son évolution,
 - le **traitement de la poussée symptomatique** par corticoïdes à fortes doses en perfusion ou en comprimés,
 - enfin les **traitements qui agissent sur les symptômes** et que nous aborderons ici.
-

Les symptômes qui peuvent survenir au cours de la maladie sont très variés puisqu'ils dépendent de la localisation aléatoire des lésions démyélinisantes.

Ils peuvent être présents au moment d'une poussée seulement, ou s'installer durablement. Leur intensité varie au fil du temps et au cours de la journée en fonction de la fatigue, de l'activité en cours et des émotions.

Les traitements symptomatiques sont donc différents pour chaque personne en fonction du type de symptômes présents, de son intensité et de ses horaires. Ils sont réajustés à chaque consultation en fonction de leur effet positif ou négatif et de l'évolution des symptômes. L'effet de ces traitements est en général de durée limitée et nécessite leur renouvellement tant que les symptômes persistent.

La prise en charge des symptômes repose sur des médicaments, qui seront toujours instaurés progressivement pour une meilleure tolérance, mais **également sur des mesures hygiéno-diététiques, des thérapies manuelles, kinésithérapiques ou psychothérapeutiques ou encore des appareillages**. Cette prise en charge est pluridisciplinaire avec l'intervention possible de plusieurs professionnels de santé médicaux (neurologues, médecins de médecine physique et de réadaptation, urologues, gastroentérologues) et paramédicaux (infirmières, kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes ...).

Nous évoquerons ici, sans être exhaustif, les principaux traitements symptomatiques **en fonction du symptôme sur lequel ils agissent**. Nous aborderons ainsi les traitements de la spasticité, des douleurs et paresthésies, ceux des troubles urinaires et digestifs puis ceux des troubles de la sexualité et de la fatigue.



LES TRAITEMENTS DE LA SPASTICITÉ

La spasticité augmente avec la mise en tension des muscles et peut entraîner des secousses incontrôlables, notamment au cours de l'effort, lors des émotions, ou encore pendant la nuit. Elle peut être **diminuée par des étirements** réalisés le matin ou avant la rééducation, par le kinésithérapeute ou, après apprentissage par la personne elle-même (auto-étirements).

Les **douches ou les bains froids** peuvent diminuer la spasticité chez certains ou avoir l'effet contraire chez d'autres.

DÉFINITION SPASTICITÉ :

Raideur excessive des muscles extenseurs, des jambes et fléchisseurs des bras.

Il existe plusieurs médicaments **anti-spastiques**. Les plus utilisés sont le baclofène (LIORESAL®) en 3 à 4 prises ou le dantrolène (DANTRIUM®) en 2 prises par jour. Des traitements de la famille des benzodiazepines sont parfois utilisés essentiellement le soir et à petites doses du fait de leur effet sédatif (clonazépam (RIVOTRIL®) ou diazépam (VALIUM®)). Un spray sub-lingual utilisant des dérivés naturels du cannabis (SATIVEX ®) a également été développé pour la spasticité dans la sclérose en plaques mais il n'est actuellement pas disponible en France. En cas d'échec du baclofène et du dantrolène, la tizanidine (SIRDALUD®) est parfois utilisée en autorisation temporaire d'utilisation.

L'instauration de ces **traitements est toujours progressive** jusqu'à la posologie la plus adaptée. Leur arrêt doit également être progressif. Pour le baclofène, il est possible d'augmenter ou de diminuer légèrement la posologie journalière autour de la posologie d'équilibre en fonction des variations d'intensité de la spasticité.

En cas de **spasticité focale**, des injections intramusculaires de toxine botulique peuvent apporter un réel bénéfice. Elles sont à renouveler régulièrement tous les 4 à 6 mois. Quand la spasticité est importante et diffuse, le baclofène peut être administré en continu à plus fortes doses dans les espaces liquidiens entourant la moelle épinière grâce à un cathéter et une pompe implantés.

Enfin, la spasticité peut être bien tolérée et utile dans certains cas pour la marche et les verticalisations ; elle doit alors être respectée.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR ET DES TROUBLES SENSITIFS

Les douleurs rencontrées dans la sclérose en plaques sont **majoritairement des douleurs neurologiques**, c'est à dire liées à l'atteinte démyélinisante des fibres nerveuses qui véhiculent les informations sensibles. Cette atteinte entraîne des sensations anormales, spontanées ou déclenchées par la stimulation cutanée, à



type de « brûlures, échauffements, décharges électriques, ruissellements, sensations d'étau, fourmillements ou picotements ...».

Ces sensations désagréables étant liées à une atteinte du système nerveux central, seuls les **médicaments qui agissent sur le système nerveux pourront être efficaces**. Les antalgiques classiques qui ont une action périphérique comme le paracétamol ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont ainsi très peu d'effet sur ces douleurs neurologiques. Ils peuvent cependant être utiles pour des douleurs ostéo-articulaires ou musculaires qui peuvent être associées. Les antalgiques qui ont une action centrale, comme le tramadol (TOPALGIC®), peuvent avoir une action mixte sur les douleurs neurologiques et sur les douleurs périphériques.

Le **traitement** médicamenteux des **douleurs neurologiques** repose ainsi essentiellement sur les **psychotropes** en particulier les anti-épileptiques comme la gabapentine (NEURONTIN®), la prégabaline (LYRICA®), la carbamazépine (TEGRETOL®)..., et les **antidépresseurs** comme la duloxétine (CYMBALTA®) ou l'amitriptyline (LAROXYL®)...

Pour les **douleurs rebelles**, une prise en charge pluridisciplinaire dans les **centres d'évaluation et de traitement de la douleur** permettra d'optimiser le traitement, de proposer des traitements hospitaliers en perfusion (Kétamine®, Lidocaïne (Xylocaïne®)...) ou en application locale (Capsaïcine (QUTENZA®)) et de bénéficier de thérapies innovantes comme la stimulation magnétique transcrânienne répétitive ou la neuromodulation transcutanée.

Des **approches non médicamenteuses** peuvent également être **associées** comme les massages et la mobilisation par le kinésithérapeute, l'acupuncture, la relaxation, l'auto-hypnose, la méditation ou la sophrologie.

LES SYMPTÔMES URINAIRES

Les symptômes urinaires sont **liés à un trouble de la commande neurologique** de la vessie et des sphincters urétraux. Ils sont déroutants car ils associent des besoins inopinés et irrépessibles et des difficultés pour uriner.

Les premiers symptômes appelés « urgenturies » ou « impériosités » sont liés à une **hyperactivité de la vessie** qui se contracte de façon incontrôlable alors qu'elle n'est pas encore pleine. Cette hyperactivité vésicale peut être **freinée par la neuromodulation transcutanée**. Il s'agit d'une stimulation indolore d'un nerf sensitif à la cheville pendant 20 à 30 minutes par jour, à l'aide d'une électrode collante reliée à un petit appareil (UROSTIM®).

Les anticholinergiques par voie orale comme l'oxybutynine (DITROPAN®) ou plus récemment le trospium (CERIS®) et le Solifénacine (VESICARE®) freinent également la vessie mais peuvent augmenter les difficultés de vidange vésicale souvent associées. Les difficultés de vidange vésicale ou rétention d'urine sont fréquemment rencontrées en cas de vessie neurologique. Elles sont liées à un mauvais relâchement



des sphincters urétraux au moment de la miction volontaire. La miction tarde à venir et nécessite des efforts de poussée ; le débit est faible et la miction est prolongée voire incomplète avec nécessité de retourner rapidement aux toilettes. Une rétention chronique peut s'installer. Elle peut alors **augmenter la fatigue et les symptômes des membres inférieurs** (douleurs et spasticité) et **entraîner des infections urinaires** récidivantes parfois compliquées de pyélonéphrites et de sepsis.

Les alpha-bloquants (utilisés habituellement dans l'hypertrophie de la prostate) comme l'alfulosine (XATRAL®), la tamsulosine (JOSIR®), ou le silodosine (UROREC®) **peuvent diminuer ces phénomènes** chez l'homme mais aussi chez la femme.

Quand les **symptômes sont trop importants**, l'apprentissage des auto-sondages permet d'une part de restaurer une vidange vésicale facile, complète et régulière, et d'autre part de résoudre l'hyperactivité de la vessie en la freinant autant que nécessaire sans crainte de la rétention.

Les médicaments **anticholinergiques oraux** peuvent alors être utilisés sans crainte et pourront être **associés ou remplacés** par des injections intra-vésicales de **toxine botulinique** à renouveler tous les 6 à 12 mois.

LES SYMPTÔMES DIGESTIFS

Des symptômes digestifs peuvent survenir au cours de la SEP avec un **ralentissement du transit et/ou une diminution du réflexe de défécation**. Des mesures hygiéno-diététiques, comme une bonne hydratation, une activité physique régulière, une alimentation riche en fibre, la prise de pruneau ou de graines de lin ou encore des massages abdominaux, peuvent suffire à maintenir un transit régulier.

L'utilisation de suppositoires à la glycérine ou EDUCTYL® peut permettre de déclencher la défécation en stimulant le réflexe de défécation. Ce moyen simple et sans effet indésirable permet d'assurer une évacuation régulière des selles et peut être utilisé quotidiennement.

Quand les **selles sont trop dures et que l'abdomen est météorisé** (gonflé, dur et douloureux), le transit trop long peut être accéléré par des laxatifs de transit de préférence osmotiques comme le Macrogol (MOVICOL®, FORLAX®, TRANSIPEG®...) et des médicaments stimulant la motricité du tube digestif comme le trimebutine (DEBRIDAT®).

Dans des **situations de constipation très importante et résistante** aux thérapeutiques précédentes, la réalisation d'auto-lavements réguliers à l'eau tiède par le système PERISTEEN® permet une évacuation régulière et indolore des selles. Cette méthode est non irritante pour le colon. L'UROSTIM® peut également avoir un effet positif sur les troubles digestifs.

LES TROUBLES SEXUELS

Les troubles sexuels sont **complexes et multifactoriels**. Il est important d'identifier par une consultation spécialisée les facteurs affectifs, psychologiques ou médicamenteux qui peuvent avoir une influence négative. Le traitement de la douleur,

des troubles de la sensibilité et des troubles urinaires et digestifs est indispensable car ces symptômes peuvent gêner la sexualité.

Chez l'homme, quand la commande neurologique de l'érection est altérée, nous disposons de traitement par voie orale comme le sildenafil citrate (générique du VIAGRA®) et le tadalafil (CIALIS®). Dans les rares situations où ils sont inefficaces ou contre-indiqués, les auto-injections d'alprostadil-alfadex (EDEX®) dans les corps caverneux du pénis déclenchent l'érection.

Chez la femme, des lubrifiants vaginaux peuvent être bénéfiques. En cas de diminution de la sensibilité, une stimulation plus longue est parfois nécessaire.

LA FATIGUE ET LA FATIGABILITÉ

La fatigue est un **symptôme fréquent et gênant** de la SEP. Ses causes sont multiples et doivent être identifiées pour un meilleur traitement. La fatigue peut être directement secondaire à l'activité inflammatoire de la maladie et diminuera avec le traitement de la poussée et la mise en place d'un traitement de fond efficace. Elle peut également être la **conséquence indirecte** des symptômes neurologiques comme les douleurs, la spasticité ou encore les troubles urinaires qui altèrent la qualité du sommeil. Le traitement de ces symptômes diminuera la fatigue en améliorant la qualité du sommeil.

Certains **traitements**, en particulier psychotropes peuvent entraîner une somnolence et majorer la fatigue. Il conviendra alors de limiter le nombre de molécules, de débiter à faible dosage et d'augmenter très progressivement les doses en fonction de l'efficacité et de l'apparition d'effets gênants. Les symptômes dépressifs peuvent également être source de fatigue et ne doivent pas être négligés sous peine de se prolonger.

Un espace de **parole auprès d'un professionnel** est parfois suffisant. Si ce n'est pas le cas, un traitement anti-dépresseur pourra être associé : paroxétine (DEROXAT®), fluoxétine (PROZAC®), sertraline (ZOLOFT®) escitalopram (SEROPLEX®) venlafaxine (EFFEXOR®) ou duloxétine (CYMBALTA)... La fatigue et surtout la fatigabilité peuvent être liées à l'atteinte démyélinisante séquellaire qui diminue la conduction de l'information par les fibres nerveuses. L'instauration précoce d'un traitement de fond efficace permet de prévenir l'accumulation des lésions démyélinisantes et la fatigabilité associée.

Certains **traitements permettent** d'autre part d'**améliorer la conduction nerveuse** : la 3,4-diaminopyridine disponible en préparation magistrale dans le traitement de la fatigue, et un traitement assez proche, la 4-aminopyridine (FAMPYRA®) qui améliore la marche chez de nombreux patients répondeurs. Les douches et les bains froids ou la cryothérapie sèche peuvent également diminuer la fatigue chez certains.

Quand la fatigue survient **en cours d'activité physique ou intellectuelle**, il est important de fractionner ses efforts et de s'accorder des temps pause réguliers qui permettent au final une activité plus prolongée. Plus la tâche physique ou intellectuelle est difficile et plus les pauses devront être fréquentes. Enfin, il est aujourd'hui démontré

qu'une activité physique régulière et adaptée permet le plus souvent d'améliorer la fatigue et n'aggrave pas la maladie.

La prise en charge de la SEP a considérablement évolué durant les 15 dernières années grâce à une recherche fondamentale et clinique très active. Le nombre et l'efficacité des traitements de fond ont augmenté depuis 10 ans permettant réellement d'agir sur l'évolution de la maladie.

Le contrôle complet de la SEP, tant sur le plan clinique que radiologique, est devenu un objectif réaliste. Le traitement de la poussée a également évolué avec des thérapeutiques en perfusion ou en comprimés, d'action plus rapide, mieux toléré et réalisable à domicile.

Les traitements symptomatiques médicamenteux ou non se sont également enrichis avec plus d'efficacité et moins d'effets secondaires. S'ils ne modifient pas l'évolution de la maladie contrairement aux traitements de fond, ils restent importants car ils peuvent avoir un réel impact sur la qualité de vie en réduisant les symptômes gênants.



« Traitements symptomatiques et SEP » • avril 2025 • France Sclérose en Plaques
14, rue Jules Vanzuppe - 94200 Ivry-sur-Seine • 01 43 90 39 39
www.france-sclerose-en-plaques.org