



Maladies neuroimmuno- logiques: traiter vite et taper fort

Pr PATRICE H. LALIVE et Pr RENAUD DU PASQUIER

Rev Med Suisse 2024; 20: 819-20 | DOI : 10.53738/REVMED.2024.20.871.819

Articles publiés
sous la direction de

PATRICE H. LALIVE

Médecin adjoint
agrégé
Unité de
neuroimmunologie
Service de
neurologie
Département des
neurosciences
cliniques
Hôpitaux
universitaires de
Genève

**RENAUD DU
PASQUIER**

Médecin chef de
service
Service de
neurologie
Département des
neurosciences
cliniques
Centre hospitalier
universitaire vaudois
Lausanne

La neuroimmunologie est le domaine le plus récent de la neurologie ayant justifié la création d'unités spécialisées dans les centres universitaires. Cette spécialité s'intéresse à toutes les atteintes auto-immunes, inflammatoires et infectieuses pouvant toucher le système nerveux central, périphérique, la jonction neuromusculaire et le muscle. Si la maladie phare reste la sclérose en plaques (SEP), cette discipline s'adresse à bien d'autres pathologies, incluant des maladies démyélinisantes autres que la SEP, mais également des atteintes inflammatoires comme les vasculites, les granulomatoses et les atteintes neurologiques inflammatoires associées à des maladies auto-immunes systémiques. Plus récemment, le développement du domaine des encéphalites auto-immunes a été un réel bouleversement de la neuroimmunologie, avec la découverte de plus d'une dizaine d'autoanticorps délimitant des syndromes auto-immuns primaires ou paranéoplasiques touchant le système nerveux. On considère aujourd'hui que, chez près de 50% des patients admis aux urgences pour une encéphalite, celle-ci est d'origine dysimmune et non pas infectieuse. La modification de la prise en charge est telle qu'il est aujourd'hui recommandé d'instaurer un traitement immunosuppresseur lors de suspicion d'une probable encéphalite auto-immune, une fois l'infection écartée, avant même que le diagnostic puisse être confirmé par la présence d'auto-anticorps.

Dans ce numéro, nous discutons des derniers traitements immunosuppresseurs disponibles pour la SEP, en portant l'attention sur la dernière génération de traitements à haute

efficacité, initiés de plus en plus tôt dans la maladie, mais également sur les problématiques de surveillance que cela impose, notamment concernant les risques infectieux. Cette thématique est particulièrement importante car elle souligne que le traitement de la SEP est véritablement devenu l'affaire de spécialistes. Devant une SEP active, il est

désormais inopportun de traiter le patient avec une thérapie dite «de première ligne», au seul prétexte que celle-ci comporte peu d'effets secondaires et donc peu de risques de complications pour le patient... et pour le médecin prescripteur. Une attitude trop prudente de la part du thérapeute pourrait s'avérer

délétère pour le patient car elle l'empêcherait d'avoir accès à des thérapies véritablement impactantes, changeant drastiquement le pronostic de sa maladie en retardant la survenue d'un éventuel handicap. Dans cette ère de révolution thérapeutique, il nous paraît donc justifié que tout patient souffrant d'une SEP puisse bénéficier d'un avis d'un neurologue spécialisé dans le domaine de la SEP. À ce titre, des deuxièmes avis ponctuels en milieu universitaire présentent une plus-value pour le patient, étant entendu que la consultation spécialisée universitaire n'a pas vocation de retenir le patient, mais seulement de guider le médecin non spécialiste de la SEP dans ses choix thérapeutiques. Nous voyons encore malheureusement trop de patients qui arrivent à notre consultation avec un handicap neurologique établi et, lors de l'anamnèse médicamenteuse, nous constatons que la thérapeutique aurait pu être plus efficace au cours des années passées. À l'inverse, rappelons qu'il est futile de débiter

**S'IL EST UTILE DE
TAPER VITE ET
FORT, IL EST
TOUT AUSSI
INDIQUÉ DE
SAVOIR QUAND
S'ARRÊTER**

une thérapie, fut-elle agressive, lorsque le patient est dans la phase progressive de la maladie. En effet, à ce stade, le mal est fait.

Ce qui introduit une autre notion importante dans la SEP: si, comme on l'a bien vu, il est utile de taper vite et fort, il est tout aussi indiqué de savoir quand s'arrêter. En effet, une fois la phase inflammatoire de poussée révolue et le patient entré dans la phase secondairement progressive, il devient souvent inutile de poursuivre un traitement qui, cette fois, n'apporterait pas de bénéfice significatif

mais ferait courir des risques inutiles. Cette problématique de l'arrêt des traitements immunosuppresseurs dans la SEP est abordée elle aussi dans ce numéro. Il s'agit d'un sujet qui a été largement négligé dans les études cliniques jusqu'à présent et qui doit prendre en considération l'avancée en âge des patients et la sénescence du système immunitaire, qui inclut d'une part la diminution du risque d'activité de la maladie et d'autre part l'augmentation des risques cumulés d'effets secondaires des traitements.