



Société  
canadienne  
de la sclérose  
en plaques

**SP**  
MD

Division du Québec



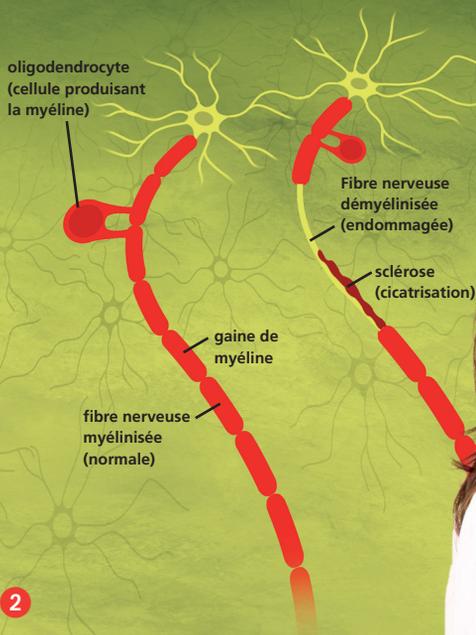
# À PROPOS DU SYNDROME CLINIQUE ISOLÉ (SCI)

**TEVA**  
NEUROSCIENCE

## Qu'est-ce que le syndrome clinique isolé (SCI)?

Le syndrome clinique isolé est un premier épisode de démyélinisation d'origine inflammatoire touchant le système nerveux, autrement dit une poussée que l'on observe pour la première fois et qui représente pour la personne atteinte un risque accru de sclérose en plaques (SP). La définition d'une poussée est l'apparition d'un nouveau symptôme pour une période minimale de 24 heures en l'absence de fièvre. La plupart du temps, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) révèle des lésions (plaques) typiques de la maladie, mais à l'occasion, l'IRM est normale.

Pour que l'on puisse poser un diagnostic de SCI, les symptômes de la personne atteinte doivent être caractéristiques d'une poussée de SP – qu'il s'agisse d'une névrite optique, de symptômes révélateurs d'une atteinte du tronc cérébral ou du cervelet, ou d'une myélite – et le neurologue doit constater des signes tout aussi caractéristiques d'une poussée à l'examen neurologique. Au cours de cet épisode, la personne atteinte peut présenter un seul trouble neurologique (atteinte monofocale), par exemple, une névrite optique causée par l'inflammation



du nerf optique. Elle peut aussi présenter plus d'un trouble neurologique à la fois (atteinte multifocale), par exemple, une névrite optique et une sensation d'engourdissement sur un côté du visage (symptôme révélateur d'une atteinte du tronc cérébral).

Les résultats d'une IRM peuvent démontrer un certain nombre de lésions de la myéline qui sont localisées à des endroits précis du système nerveux central (cerveau, cervelet, moelle épinière et nerfs optiques). Si c'est le cas, et que la personne présente une deuxième poussée ou une augmentation du nombre de lésions à l'IRM plus de trente jours après l'épisode de SCI, un diagnostic définitif de SP peut être posé.

**Les personnes qui reçoivent un diagnostic de SCI peuvent avoir ultérieurement ou non la sclérose en plaques.** Les études ont démontré que lorsque le SCI est accompagné de lésions visibles à l'IRM qui sont semblables à celles que l'on observe en SP, le risque d'avoir un second épisode et d'en arriver à un diagnostic de SP est plus élevé (environ 80 % en 10 ans). Lorsque le SCI n'est pas accompagné de lésions typiques de la SP, le risque d'être atteint de la maladie demeure relativement faible (environ 20 % en 10 ans).

Les symptômes du syndrome clinique isolé et ceux que l'on observe durant une poussée de sclérose en plaques diffèrent d'une personne à l'autre, car ils dépendent de l'endroit où sont situées les lésions dans le système nerveux central. De plus, les symptômes sont fluctuants et communs à plusieurs problèmes de santé, ce qui complique le diagnostic.

## Fréquence des symptômes à la première manifestation de la SP

Engourdissement des membres	30-50 %
Fatigue	20 %
Troubles de l'équilibre ou de la démarche	18 %
Vision dédoublée (diplopie)	17 %
Diminution de la vision d'un œil	16 %
Vertiges	14 %
Paralysie des membres inférieurs	10 %
Troubles urinaires	10 %



## Fréquence des symptômes mentionnés au cours de l'évolution de la maladie

Engourdissements	90 %
Faiblesse des deux jambes	90 %
Fatigue	80 %
Troubles urinaires	80 %
Troubles de l'équilibre	50-80 %
Diminution de la vision d'un œil	65 %
Faiblesse d'un membre	52 %
Difficultés sexuelles	50 % chez les femmes 75 % chez les hommes
Troubles de la mémoire	50 %
Troubles de la coordination	45 %
Vision dédoublée (diplopie)	40 %
Sensations anormales	40 %
Douleur	40 %
Signe de Lhermitte	30 %
Paralysie du visage	15 %
Douleur au visage (tic douloureux)	10 %
Épilepsie	5 %
Diminution de l'audition	4 %

## Critères diagnostiques du SCI

Pour diagnostiquer le SCI, il n'existe pas d'examen unique. Le neurologue doit baser son diagnostic essentiellement sur les antécédents médicaux et sur l'examen neurologique. Grâce à une meilleure compréhension de l'IRM, de nouveaux critères sont maintenant utilisés par les radiologistes dans l'interprétation des résultats de cet examen. Ces critères permettent au neurologue d'identifier plus clairement les personnes qui présentent un risque élevé de sclérose en plaques. Il s'agit d'un examen important, mais peu spécifique, dans le sens où ce qui semble anormal et évoque le SCI à l'IRM, peut n'être qu'une variante de la normale. Cet examen ne peut donc servir seul au diagnostic du SCI. Le neurologue doit donc être prudent et il peut aussi être aidé par d'autres examens comme la ponction lombaire ou encore les potentiels évoqués.

## Processus diagnostique

- **Antécédents médicaux** : questionnaire médical qui permet d'établir l'ensemble des antécédents reliés au trouble dont la personne est atteinte et d'identifier, s'il y a lieu, les manifestations neurologiques du passé.
- **Examen physique** : consiste en l'évaluation de la vision, de l'état des nerfs crâniens, de la force musculaire, du tonus musculaire, des réflexes, de la coordination, des fonctions sensorielles, de l'équilibre et de la capacité ambulatoire.
- **Ponction lombaire** : prélèvement de liquide céphalo-rachidien (LCR) effectué dans la région lombaire. Ce procédé permet de vérifier si le LCR – qui circule autour du cerveau et de la moelle épinière – présente une augmentation de certaines protéines et contient des bandes oligoclonales qui témoignent d'une production anormale d'anticorps.
- **Potentiel évoqué visuel** : procédé qui permet de mesurer le temps que prend une information visuelle pour se rendre au cerveau.
- **Imagerie par résonance magnétique (IRM)** : permet d'obtenir des images des lésions dans la substance blanche (myéline) du cerveau, du cervelet et de la moelle épinière.

## Critères diagnostiques de la sclérose en plaques

Pour établir un diagnostic définitif de SP, le neurologue doit être convaincu qu'il y a une atteinte de la myéline à deux endroits différents (critère de dissémination dans l'espace) qui ne peut être expliquée par d'autres maladies. Par ailleurs, il doit aussi démontrer que ces atteintes sont survenues à deux périodes différentes (critère de dissémination dans le temps). Le questionnaire médical est donc crucial pour que l'on puisse bien connaître les symptômes et vérifier dans les antécédents médicaux s'il y a eu des manifestations d'ordre neurologique dans le passé.



## Quoi faire lorsque l'on a un diagnostic de SCI?

Une personne qui a reçu un diagnostic de SCI peut continuer de vivre normalement tout en étant attentive aux nouveaux symptômes neurologiques qui pourraient survenir. En cas de symptômes neurologiques, que ceux-ci aient déjà été observés ou non, la personne devrait consulter son neurologue, car il pourrait s'agir d'un nouvel épisode.

## Options thérapeutiques

Après avoir reçu un diagnostic de SCI, vous devriez discuter des options thérapeutiques avec votre neurologue. Il y a un consensus parmi les neurologues spécialisés en SP pour dire qu'il est souvent préférable de traiter le plus tôt possible dans le cours de la maladie, surtout lorsque le risque de SP est élevé.

Au Québec, les quatre traitements par injection utilisés en cas de sclérose en plaques peuvent l'être également pour le SCI. Pour ce faire, le neurologue doit s'appuyer sur les résultats d'un examen par résonance magnétique démontrant un certain nombre de lésions localisées à des endroits précis du système nerveux central. Le patient est souvent encouragé à participer au choix de son traitement, qui se fait en collaboration avec le neurologue.

### Les traitements immunomodulateurs utilisés pour le SCI sont les suivants :

#### Interférons bêta :

- 1 **Avonex<sup>MD</sup>** 30 µg, injection intramusculaire, une fois par semaine;
- 2 **Betaseron<sup>MD</sup>** 250 µg, injection sous-cutanée, tous les deux jours;
- 3 **Rebif<sup>MD</sup>** 22 µg, injection sous-cutanée, une fois par semaine;

#### Acétate de glatiramère :

- 4 **Copaxone<sup>MD</sup>** 20 µg, injection sous-cutanée, chaque jour.

Ces traitements sont offerts depuis plus d'une décennie et ont démontré leur innocuité et leur efficacité à long terme. Comme tout traitement pharmacologique, ils peuvent avoir des effets secondaires. Les plus fréquents pour les interférons bêta sont des symptômes semblables à ceux de la grippe (fièvre, céphalées, migraines, frissons et courbatures). L'intensité de ces effets secondaires est variable et la plupart ont tendance à s'estomper avec le temps (après environ trois mois). Les traitements peuvent par ailleurs entraîner des perturbations concernant certaines données biochimiques (troubles des fonctions hématologique, hépatique et thyroïdienne) ainsi que l'exacerbation de l'état dépressif. On remarque aussi parfois des rougeurs ou de la douleur aux points d'injection.

L'acétate de glatiramère présente aussi des effets secondaires, dont les rougeurs et la douleur au point d'injection. Il y aussi une faible possibilité (10 %) d'un épisode d'oppression thoracique et de difficulté respiratoire, qui survient immédiatement après l'administration, et qui dure environ 15 minutes (arrive rarement plus d'une fois au cours de la prise du traitement). Toutefois, ces effets secondaires ne présentent aucun danger et l'oppression thoracique, qui n'est pas toujours présente, ne signifie pas que le patient souffre d'une défaillance cardiaque. Il existe en outre un risque de lipoatrophie (formation de creux sous la peau) évalué entre 10 et 15 %.



Il existe des façons d'atténuer les effets secondaires des traitements par injection; parlez-en à votre médecin ou à votre neurologue.



## Objectifs thérapeutiques

La prise d'un traitement immunomodulateur peut retarder l'arrivée de la deuxième poussée et donc le diagnostic définitif de sclérose en plaques. Le traitement peut également diminuer la gravité des poussées ainsi que le nombre et le volume des lésions à l'IRM.

En cas de nouvelle poussée, et selon le type et la gravité de celle-ci, il se peut que l'on vous prescrive des corticostéroïdes qui ont pour but de diminuer l'inflammation. Ils sont utilisés par voie orale ou intraveineuse (en clinique externe ou en CLSC) pour traiter des poussées qui sont invalidantes (ex. : poussées motrices, névrite optique grave) ou qui sont accompagnées d'une douleur à l'œil. Ils permettent de réduire la durée de la poussée, mais l'efficacité varie d'une personne à l'autre et d'une utilisation à l'autre chez une même personne. Ce traitement peut causer des effets secondaires et ne réduit pas le risque de faire d'autres poussées.

## Aspects psychologiques

La période suivant le diagnostic de SCI peut s'avérer difficile : la persistance des symptômes, les examens médicaux et l'attente des résultats sont des moments de grande incertitude.

Il est primordial de comprendre ce que sont le SCI et la SP afin de prendre des décisions éclairées. Vous informer sur la maladie est la meilleure démarche à entreprendre pour calmer vos appréhensions et reprendre le contrôle de votre vie. Assurez-vous toutefois que l'information obtenue repose sur une base scientifique solide. N'hésitez pas à joindre la section locale de la Société de la SP la plus près de chez vous pour vous renseigner ou pour en parler.

A high-angle photograph of a woman with voluminous, curly brown hair. She is wearing a black long-sleeved top and is sitting at a desk. Her right hand is on a laptop keyboard, and her left hand is resting near her chin, with her index finger pointing upwards. She has a thoughtful or concerned expression. The background is a light-colored, textured surface, possibly a desk or wall. A teal semi-transparent banner is overlaid at the bottom of the image, containing white text.

**Vous pouvez obtenir les coordonnées de votre section locale en composant le 1-800-268-7582 ou en visitant notre site Web au [www.scleroseenplaques.ca/qc](http://www.scleroseenplaques.ca/qc).**

Production : Directions des communications et des services de la Société canadienne de la sclérose en plaques, Division du Québec

Rédaction : Dr François Grand'Maison et Nadine Prévost

Révision et correction d'épreuve : Dr J. Marc Girard, Dr François Grand'Maison, Robert Morin, Nadine Prévost et Diane Rivard

Conception graphique : Kaki Design inc.

Impression : Impression BT

ISBN : 2-921910-22-5

Société canadienne de la sclérose en plaques, Division du Québec 2009  
Dépôt légal – 3<sup>e</sup> trimestre 2009  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada

© Société canadienne de la sclérose en plaques, Division du Québec 2009





550, rue Sherbrooke Ouest, Tour Est, bureau 1010 Montréal (Québec) H3A 1B9  
Téléphone : 514-849-7591 ou 1-800-268-7582 (sans frais)  
Télécopie : 514-849-8914 ou 1-877-387-7767 (sans frais)  
info.qc@scleroseenplaques.ca www.scleroseenplaques.ca/qc

## Notre Mission

Être un chef de file dans la recherche sur le remède de la sclérose en plaques et permettre aux personnes aux prises avec cette maladie d'améliorer leur qualité de vie.

Cette publication a été réalisée grâce à une subvention inconditionnelle de



TEVA et sa conception graphique sont des marques déposées de Teva Pharmaceutical Industries Ltd. et sont utilisés sous licence.