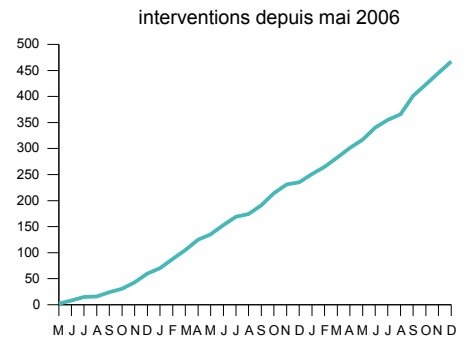




Quelques chiffres au 1er janvier 2009 :

- 404 patients pris en charge depuis la création du Réseau.
- 611 adhérents au Réseau.



Bonne année 2009 !

Le Bureau, les Conseils Techniques et l'Equipe de Coordination du Réseau sont heureux de vous présenter leurs meilleurs voeux pour 2009.

Caroline Renaux, psychologue au sein de l'équipe de coordination du Réseau, est en congés maternité jusqu'en juin 2009. Nous avons recruté une remplaçante pour cette période, pour poursuivre les évaluations psychologiques et orientations. Il s'agit de Marie-Aude DE MENOUE.

Clémence BAUGE, ergothérapeute, a également rejoint l'équipe, en ce début d'année.

Compte-rendu du 19^e congrès mondial sur la SLA

Birmingham, novembre 2008, par le Dr P. Corcia.

Thérapeutique et SLA :

Plusieurs résultats d'essais cliniques ont été rapportés lors de ce congrès. M Weber de St Gallen a fait état des résultats de son étude concernant l'effet du cannabis (Delta-9-tetrahydrocannabinol) en prise orale sur les crampes. Cette étude a été conduite en raison d'un effet positif sur la souris dans des modèles animal de souris et du retrait par la FDA de l'autorisation de prescription de l'Hexaquine® pour les crampes.

Le cannabis était prescrit oralement à la posologie de 5 mgx2/J. L'évaluation portait sur 3 paramètres : l'effet sur les crampes, l'effet sur les fasciculations et à partir d'une échelle visuelle analogique (VAS).

27 patients étaient inclus dans cet essai en cross-over (tous les patients recevaient le traitement ou le placebo pendant une période de 2 semaines puis ne prenaient aucun traitement pendant les 2 semaines suivantes (période de wash-out) avant de recevoir l'autre molécule (le placebo ou le cannabinoïde).

Cette étude a montré la bonne tolérance clinique et biologique du cannabis à cette posologie. Il faut enfin signaler que 3/4 des patients pensaient pouvoir déterminer la période pendant laquelle ils avaient pris le cannabis en raison d'une diminution des crampes. Une analyse statistique n'objectivait aucune différence significative. Il est possible que l'effet du cannabis ait été retardé chez certains patients qui en ressentaient l'effet bien après l'arrêt de la prescription (M Weber, St Gallen, Suisse).

IGF1 dans la SLA :

Un nouvel essai en double aveugle contre placebo a été mené aux USA sur l'efficacité de l'IGF1. Ceci a été proposé à la suite des divergences de résultats dans les deux principales études sur l'IGF1 dans la SLA : si l'étude américaine avait objectivé une tendance statistique en faveur du traitement, en revanche l'étude européenne ne concluait pas à l'existence d'un effet thérapeutique. Une nouvelle étude a donc été coordonnée par DJ Sorenson (Mayo Clinic, Rochester, USA) dans une population de 330 SLA traités par placebo ou bien IGF1 à la posologie de 0.05 mg/kg deux fois/jour en sous-cutané pendant une période de 2 ans.

Dans le groupe traité, la vitesse de progression du déficit était de 0.44 point/mois contre 0.39 dans le groupe placebo (p=0.716). Il n'y avait aucune différence sur la survie (p=0.41) ni sur la vitesse de progression du handicap mesurée par l'ALSFRSr (p=0.31).

Une nouvelle fois, il n'a pas été montré d'effet de l'IGF1 dans la SLA tant sur la survie que sur l'état fonctionnel évalué par le testing MMT (Manual Muscle Testing) et l'ALSFRSr (ALS Functional rating Scale revisited). Il faut noter une plus grande fréquence d'hypoglycémie dans le groupe IGF1 ainsi qu'une plus grande incidence d'évènements thrombotiques qui n'atteignait pas le seuil statistique de significativité entre les deux groupes (Sorenson et al, Mayo Clinic, Rochester).

Lithium et SLA :

C Bendotti a présenté lors de la réunion du groupe européen les résultats de ses travaux sur l'animale concernant l'effet du lithium. L'objectif fixé par C Bendotti était de confirmer les résultats publiés par l'équipe de Fornai sur l'effet chez l'animal du lithium. Bien qu'elle ait respecté la même méthodologie sur deux souches de souris SOD1 G93A traitées par 1 mEq/kg de lithium dès le 75^e jour (c'est-à-dire avant l'apparition des premiers symptômes), C Bendotti n'a pu confirmer les résultats précédents. L'hypothèse d'un biais entre les deux études lié au sexe différent des souris étudiées est soulevée (C Bendotti, Milan, Italie).

Thalidomide et SLA :

Une étude ouverte de phase II a été réalisée chez 33 patients SLA examinés tous les trimestres pendant 9 mois. Le critère d'évaluation primaire était l'ALSFRS et les critères secondaires l'état fonctionnel respiratoire et la survie. Cet essai n'a pas confirmé chez l'homme les résultats des travaux in vitro et chez l'animal (E Stommel, Lebanon, USA).

SLA et lipides :

A Calvo a mené une étude dans la population italienne de SLA afin de déterminer s'il existait un effet pronostique de l'hyperlipémie comme cela avait été montré dans la population française : un effet, l'équipe du Pr Meininger a montré que les patients SLA qui avaient un ratio LDL/HDL > 2.99 avaient une durée d'évolution plus longue de 12 mois environ (Dupuis et al, 2008).

573 patients ont été inclus dans cette étude. Il s'agissait de patients présentant une SLA définie ou certaine qui ne prenait pas de médicaments hypo-lipémiants. Deux éléments doivent être soulignés :

- Les concentrations en cholestérol et en triglycérides étaient plus faibles dans la population SLA italienne (2.2 ± 0.4 g/L et 1.2 ± 0.6 g/L) que dans la population SLA française (2.5 ± 0.5 g/L et 1.3 ± 0.9 g/L);
- Il n'existait pas dans cette population de relation entre le ratio LDL/HDL et la survie

Deux hypothèses peuvent être avancées pour expliquer cette discordance dans les résultats : un patrimoine génétique différent ou bien des habitudes alimentaires différentes entre ces deux populations (A Calvo, Turin, Italie).

K Okamoto a cherché à montrer l'existence d'une relation entre les habitudes alimentaires et la survenue d'une SLA en s'intéressant à la consommation de fruits et de légumes riches en anti-oxydants. Les habitudes alimentaires de 156 patients atteints de SLA ont été comparées à celles de 306 contrôles appariés sur l'âge, le sexe notamment. Tous ont répondu à un auto-questionnaire évaluant la consommation alimentaire en fruits et légumes. Ce travail suggère qu'une alimentation "équilibrée" pourrait avoir un effet protecteur sur la survenue d'une SLA (K Okamoto, Nagoya, Japon).

Extrait de l'article rédigé par le Dr CORCIA (neurologue au CHRU de Tours), disponible dans son intégralité sur le site internet du réseau : www.reseauneurocentre.fr

Retrouvez toute l'actualité du Réseau sur son site internet : www.reseauneurocentre.fr

Le Réseau Neuro Centre vous informe

- **lundi 09 mars 2009** : Information sur « les traitements de fond dans la SEP », destinée aux infirmiers(ères) libéraux(ales) du Loir-et-Cher. Cette réunion sera animée par le Dr LECHE Josette, neurologue à Vendôme, et Mlle TOURNEAUD Véronique, infirmière du Réseau Neuro Centre.

Public concerné : Professionnels, sur invitation.