

Paris, le 07/11/ 2012

Cher(e) Collègue, Cher(e) Ami(e),

Veuillez trouver ci-joint le compte rendu de la RCP MATHEC
(Thérapie Cellulaire et Maladies Auto-immunes) du 07/11/2012.

Cas discutés :

1) Mme CP âgée de 51 ans, de Lille, aux ATCD de maladie de Basedow en 98, est suivie pour SEP 99 sur un mode purement rémittent avec un traitement initial par AVONEX et rapidement l'inclusion dans un protocole évaluant l'association AVONEX + CELLCEPT poursuivi en ouvert. Lors d'une première tentative d'arrêt du CELLCEPT, la patiente avait rapidement présenté deux poussées évolutives. Cette association était continuée 4 ans jusqu'à la survenue de nouvelles poussées ayant conduit à la prescription d'ENDOXAN mais seulement deux cures ont été réalisées en mai et juin 2007 car la patiente a présenté des poussées évolutives avec augmentation de la charge lésionnelle et nombreuses prises de Gadolinium à l'IRM qui ont fait poser l'indication de recours à la MITOXANTRONE. Elle a reçu donc six cures mensuelles jusqu'en avril 2008 avec un EDSS à 6.0 à cette époque. Le CELLCEPT per os a été repris en juillet 2008 mais la dégradation de l'état neurologique s'est poursuivie et CELLCEPT a donc été arrêté en janvier 2012 compte tenu de son échec. En Aout 2012, la patiente a présenté de nouveau une poussée inflammatoire avec diplopie et aggravation des troubles de la marche. Le contrôle des IRM le 8 septembre confirme la poursuite d'une activité inflammatoire avec plusieurs prises de contraste (Multiples hypersignaux T2 FLAIR de la substance blanche supratentorielle associées à quelques blackholls. Signe d'activité lésionnelle sur le plan radiologique avec plusieurs prises de contraste). La patiente reçoit 3 bolus de solumedrol permettant une amélioration des troubles de la marche et une disparition de la diplopie. Actuellement : EDSS entre 6 et 6.5, autonome à domicile et aide ménagère X2/semaine.

Avis RCP greffe MAI : indication à une auto greffe de CSHP bien qu'il s'agit d'une forme secondairement progressive avec 10 ans d'évolution, nécessitant néanmoins une réévaluation cardiaque (écho cardiaque + gating) et un bilan infectieux (sérologies VHB, VHC, VIH, EBV et CMV).

2) Mme BC âgée de 68 ans, aux ATCD de Une lithiasé vésiculaire, hypothyroïdie auto-immune substituée, Extrasystoles ventriculaire et auriculaire et Tuberculose rénale traitée il y a 20 ans et déclarée guérie, est suivie pour une sclérodermie, (Scl70+) depuis 2004 qui s'est aggravée depuis 2010 (début de la prise en charge dans le service) avec installation d'une fibrose pulmonaire (DLCO mesuré à 53% en 2011, syndrome restrictif sévère avec une VCL à 64%), HTAP minime (PAPS à la limite supérieure à 30 mmHg) et présence de signe de myocardite sclérodermique avec extra-systole ventriculaire et auriculaire pour lesquelles la patiente a été mise sous CORDARONE et LASILIX initialement.

Comme autres atteintes systémiques, on retrouve également une atteinte œsophagienne (oesophagite peptique stade II) pour laquelle elle est mise sous MOTILIUM, GAVISCON et INEXIUM.

La patiente a présenté plusieurs épisodes d'ulcères digitaux pour lesquels elle a reçu des cures d'ILOPROST et mise sous TRACLEER avec cicatrisation complète des ulcères initiaux et récidives peu fréquentes et peu sévères.

Décision d'introduire le Cellcept en Mars 2012

Actuellement :

- Sur la plan cutané : Rodnan à 28 (était à 24 en mars 2011) + ulcères digitaux
- Sur le plan pulmonaire : fibrose pulmonaire avec DLCO à 35%
- Sur le plan cardiaque : FEVG à 55% avec VG dilaté et VD modérément dilaté et hypo cinétique.

Avis RCP greffe MAI : atteinte pulmonaire sévère (DLCO à 35%) avec atteinte cardiaque évolutive nécessitant une réévaluation par IRM cardiaque contre indiquant une auto greffe CSHP. Donc maintien du Cellcept et pévoir PHRC CSM

En vous remerciant de votre confiance, on vous prie de croire,
Cher(e) Collègue, Cher(e) Ami(e), à l'assurance de nos salutations
les plus sincères.

Dr S.HADJ-KHELIFA

Pr D. FARGE-BANCEL

