

LA LEUCOENCÉPHALOPATHIE MULTIFOCALE PROGRESSIVE (LMP)

Sommaire

La LMP est une infection virale du cerveau. Elle peut atteindre entre 2 et 6 % des personnes vivant avec le VIH, notamment celles ayant moins de 100 cellules CD4+. Les symptômes varient selon le site de l'infection, mais peuvent comprendre troubles de la parole, paralysie d'un côté du corps et perte d'une partie du champ visuel. Il n'existe aucun traitement satisfaisant de la LMP, mais il semble que les multithérapies antivirales soient utiles.

Qu'est-ce que la leucoencéphalopathie multifocale progressive?

La leucoencéphalopathie multifocale progressive (LMP) est une infection du cerveau plutôt rare, et habituellement mortelle. La LMP est causée par le virus JC (nommé d'après la première personne chez qui on a décelé le virus). Elle infecte les cellules cérébrales (oligodendrocytes) qui produisent la couche protectrice (myéline) des cellules nerveuses.

Le virus JC se trouve couramment dans l'environnement; environ 80 % de la population a été exposée au virus avant d'atteindre l'âge moyen. Le virus ne provoque pas de maladie chez les personnes ayant un système immunitaire sain. Pourtant, le virus demeure à l'état dormant dans les reins, la moelle osseuse et les ganglions lymphatiques pendant des années. D'ordinaire, le virus n'est réactivé que chez 2 % à 6 % des personnes atteintes du sida, notamment celles ayant moins de 100 cellules CD4+. Les chercheurs sont d'avis qu'une fois réactivé, le virus JC est transporté au cerveau par des cellules B circulantes. Comme les termes « progressive » et « multifocale » l'indiquent, la LMP peut progresser très rapidement et elle n'est pas confinée à une seule partie du cerveau.

Symptômes

La LMP provoque des lésions cérébrales, dont la dimension et la situation sont directement liées aux symptômes éprouvés. Parmi les symptômes les plus souvent signalés, mentionnons un manque de coordination dans un bras ou une jambe, une paralysie partielle affectant un côté du corps, une perte

FEUILLET
D'INFORMATION

Publié en
1998

COMMUNIQUEZ AVEC NOUS

par téléphone

1.800.263.1638

416.203.7122

par télécopieur

416.203.8284

par courriel

info@catie.ca

par la poste

555, rue Richmond Ouest
Bureau 505, boîte 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1



La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C

visuelle, des troubles de la pensée, de la parole et de la mémoire, une difficulté à se tenir debout ou à marcher et la démence. Tous les patients atteints de LMP ne présentent pas les mêmes symptômes, et l'intensité de ces derniers varie selon l'individu.

Diagnostic

La LMP peut être difficile à diagnostiquer, car elle provoque des symptômes qui sont propres à d'autres infections associées au VIH, dont la toxoplasmose, la méningite et la démence.

La façon la plus fiable de diagnostiquer la LMP consiste à effectuer une biopsie cérébrale. Cette dernière consiste à ouvrir le crâne pour prélever un fragment de lésion sur le cerveau. Une biopsie cérébrale est extrêmement invasive et comporte tant de risques qu'il est préférable de n'y avoir recours que lorsque c'est absolument nécessaire.

L'imagerie par résonance magnétique (IRM) peut détecter des lésions cérébrales, mais elle ne peut déterminer si les lésions sont attribuables à la LMP ou à une autre affection neurologique. En effet, plusieurs autres infections peuvent causer des lésions cérébrales qui, faute d'une biopsie, risquent d'être mal diagnostiquées.

La scanographie (tomodensitométrie) peut découvrir des anomalies dans la myéline du système nerveux central, mais elle est moins sensible qu'une IRM.

Une technique faisant appel à la réaction en chaîne de la polymérase (qui figure dans le test de la charge virale) peut mesurer le taux de virus JC dans le liquide céphalo-rachidien.

Traitement

Il n'existe aucun traitement satisfaisant de la LMP à l'heure actuelle. Cependant, les médicaments anti-VIH semblent être utiles pour contrôler l'infection. Depuis l'introduction des trithérapies, quelques rapports sont apparus qui faisaient état de patients atteints de LMP chez qui on a amorcé une trithérapie antirétrovirale. Chez certains patients, on a constaté une amélioration des symptômes et les scanographies ont donné de meilleurs résultats. Toutefois, il faut noter que pour avoir le meilleur effet possible, tous les médicaments faisant partie

de la trithérapie devraient se prendre pour la première fois.

À la conférence d'ICAAC de 1997, Albrecht et collègues ont revu les dossiers médicaux de patients chez qui on avait diagnostiqué une LMP entre 1988 et 1996. Les chercheurs se fiaient aux diagnostics en question, lesquels s'étaient posés sur la base de symptômes cliniques, d'examen radiologiques (scanographies ou IRM) et histologiques (biopsie cérébrale) ou d'une technique conçue (réaction en chaîne de la polymérase) pour confirmer la présence du virus JC dans le liquide céphalo-rachidien.

Les données portaient sur 29 patients (25 hommes, 4 femmes) dont la numération CD4+ médiane était de 40 au moment du diagnostic (la moyenne étant de 106). L'analyse de la durée médiane de survie des patients a mené aux conclusions suivantes :

1. La médiane de survie des 14 patients qui n'avaient jamais pris d'antirétroviraux ou qui avaient abandonné leur traitement après être diagnostiqués était de 127 jours;
2. La médiane de survie des 10 patients qui ont poursuivi un traitement par analogues nucléosidiques était de 123 jours;
3. La médiane de survie des 5 patients qui ont amorcé une trithérapie au moment du diagnostic dépassait 500 jours.

Le cidofovir

Dans une autre étude présentée à l'ICAAC 97, Brosgart et collègues ont fait état de 2 hommes traités au cidofovir par intraveineuse, un traitement habituellement utilisé pour combattre la rétinite à CMV. Les 2 patients étaient atteints d'une LMP qui avait progressé rapidement, les laissant incapables de marcher dans le mois suivant le diagnostic. Une trithérapie antirétrovirale avait été amorcée 4 mois avant le diagnostic de LMP par le patient A et 5 mois avant le diagnostic par le patient B. Après 2 mois de traitement (5 mg/kg de poids corporel par semaine pendant 2 semaines, suivi de la même dose aux 2 semaines), les deux hommes pouvaient marcher et vivre indépendamment. Les IRM effectuées auprès des 2 hommes ont révélé une amélioration des lésions cérébrales. De plus,

l'état clinique des 2 patients était encore stable
7 et 9 mois après le diagnostic de LMP.

Références

- Aksamit AJ. Progressive multifocal leukoencephalopathy: a review of the pathology and pathogenesis. *Microscopy Research and Technique*, 1995; 32:302-311.
- Al-Shahi R, Sadler M, Davies E, et al. Progressive multifocal leukoencephalopathy (PML) treatment with cidofovir. [Abstract 32193] *12th World AIDS Conference*, Geneva, 1998.
- Albrecht H, Hoffmann C, Degen O, et al. HAART significantly improves the prognosis of patients with HIV-associated PML. [Abstract I-34] *37th ICAAC*, 1997.
- Brink NS, Miler RF. Clinical presentation, diagnosis, and therapy of progressive multifocal leukoencephalopathy. *Journal of Infection* 1996;32:97-102.
- Brosgart C, Roberts T, Safrin S, et al. Cidofovir therapy for PML in two AIDS patients. [Abstract I-5] *37th ICAAC*, 1997.
- deTruchis P, Flament-Saillour M, Urtizbera JA, et al. Inefficacy of cytarabine in progressive multifocal leukoencephalopathy in AIDS. *Lancet* 1993;342:622-3.
- Ferrante P, Caldarelli-Stefano R, Omodeo-Zorini E, et al. Molecular characterization of JCV strains detected in CSF, PBMCs, and urine of AIDS patients with and without PML. [Abstract Mo.B.311] *XIth International Conference on AIDS*, 1996 Vancouver.
- Hall C, Timpone J, Dafni I, et al. Ara-C treatment of PML in AIDS patients. [Abstract 505] *4th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, 1997 January 22-26, Washington, DC.
- Huang S, Skolasky R et al. Survival prolongation and symptom palliation in HIV - seropositive patients with PML treated with alpha-interferon. [Abstract 658] *4th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, 1997 January 22-26, Washington, DC.
- Nicoli F, Chave B, Peragut JC, et al. Efficacy of cytarabine in progressive multifocal leukoencephalopathy in AIDS. *Lancet* 1992;339:306.
- Portegies P, Algra PR, Hollak CE, et al. Response to cytarabine in progressive multifocal leukoencephalopathy in AIDS. *Lancet*, 1991;337:680-1.

Auteur : Deirdre Maclean, J. Strickland

Traducteur : Alain Boutilier

Déni de responsabilité

Toute décision concernant un traitement médical particulier devrait toujours se prendre en consultation avec un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) qui a une expérience des maladies liées au VIH et à l'hépatite C et des traitements en question.

CATIE fournit des ressources d'information aux personnes vivant avec le VIH et/ou l'hépatite C qui, en collaboration avec leurs prestataires de soins, désirent prendre en mains leurs soins de santé. Les renseignements publiés ou fournis par CATIE ou auxquels CATIE permet l'accès ne doivent toutefois pas être considérés comme des conseils médicaux. Nous ne recommandons ni n'appuyons aucun traitement en particulier et nous encourageons nos utilisateurs à consulter autant de ressources que possible. Nous encourageons vivement nos utilisateurs à consulter un professionnel ou une professionnelle de la santé qualifié(e) avant de prendre toute décision d'ordre médical ou d'utiliser un traitement, quel qu'il soit.

CATIE s'efforce d'offrir l'information la plus à jour et la plus précise au moment de mettre sous presse. Cependant, l'information change et nous encourageons nos utilisateurs à consulter autant de ressources que possible. Toute personne mettant en application seulement ces renseignements le fait à ses propres risques. Ni CATIE ni aucun de ses partenaires ou bailleurs de fonds, ni leurs personnels, directeurs, agents ou bénévoles n'assument aucune responsabilité des dommages susceptibles de résulter de l'usage de ces renseignements. Les opinions exprimées dans le présent document ou dans tout document publié ou diffusé par CATIE, ou auquel CATIE permet l'accès, ne reflètent pas nécessairement les politiques ou les opinions de CATIE ni de ses partenaires ou bailleurs de fonds.

La reproduction de ce document

Ce document est protégé par le droit d'auteur. Il peut être réimprimé et distribué à des fins non commerciales sans permission, mais toute modification de son contenu doit être autorisée. Le message suivant doit apparaître sur toute réimpression de ce document : *Ces renseignements ont été fournis par le Réseau canadien d'info-traitements sida (CATIE). Pour plus d'information, appelez CATIE au 1.800.263.1638.*

Le présent document a été produit grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

Les feuillets d'information de CATIE sont disponibles gratuitement à l'adresse www.catie.ca

COMMUNIQUEZ AVEC NOUS

par téléphone

1.800.263.1638
416.203.7122

par télécopieur

416.203.8284

par courriel

info@catie.ca

par la poste

555, rue Richmond Ouest
Bureau 505, boîte 1104
Toronto (Ontario) M5V 3B1



La source canadienne
de renseignements sur
le VIH et l'hépatite C