

Récupération partielle d'une paraplégie T 7 sensitivomotrice complète sous étanercept : à propos d'un cas.

M. Dinomais¹, G. Egor², I. Richard¹, Ph. Menei³

1 Département de médecine physique et réadaptation adulte : CHU-C3RF Angers, rue des capucins, BP40103 Angers cedex 02, France
2 Centre de rééducation de l'Arche, 72650 Saint Saturnin, France
3 Département de neurochirurgie, CHU Angers, 4 rue Larrey, 49933 Angers cedex 09, France

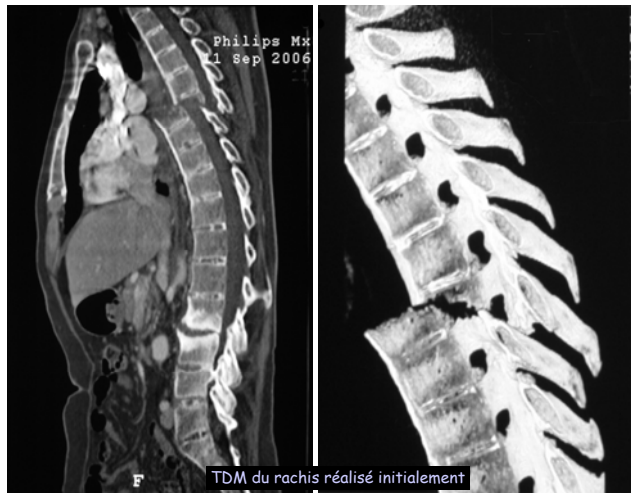
Mots clés: TNF alpha, blessés médullaires, étanercept, récupération fonctionnelle

● Introduction

Les lésions traumatiques de la moelle épinière peuvent être primaires ou secondaires. Les lésions primaires ou initiales sont dues au caractère mécanique du traumatisme lui-même (commotion, contusion, lacération, voire section de la moelle). Le statut neurologique initial du blessé médullaire peut s'aggraver secondairement à ces lésions initiales. Ainsi de nombreuses études essayant d'expliquer ce phénomène ont abouti au concept de « lésions secondaires ». Certains de ces mécanismes physiopathologiques commencent à être connus et deviennent donc potentiellement accessibles à certaines thérapeutiques. Plusieurs essais thérapeutiques, chez l'homme en phase aiguë de la blessure médullaire, ont été réalisés mais sans grande efficacité clinique. Par contre, certaines molécules, dans des études animales, ont montré leur efficacité sur la réduction des lésions secondaires. C'est le cas de l'étanercept [1], immunosuppresseur, indiqué, notamment, dans le traitement de la spondylarthrite ankylosante.

● Cas clinique

Patiente de 41 ans, traitée depuis 2004 par étanercept (50 mg par semaine puis 25 mg par semaine depuis l'été 2006), pour une spondylarthrite ankylosante (diagnostiquée en 1992), victime, en septembre 2006 d'un accident de la voie publique avec choc par l'arrière (patiente conductrice d'une voiture à l'arrêt se faisant percuter par l'arrière par une autre voiture). Dernière prise de l'étanercept 25 mg le jour même de l'accident. Prise en charge, sur place, par les pompiers qui la transfèrent aux urgences du C.H.U d'Angers où l'on constate, après un intervalle libre de 2 heures, l'installation d'une paraplégie complète sensitivo-motrice de niveau T10 [American spinal Injury association impairment Scale (AIS) A]. L'imagerie réalisée en urgence objective une fracture de T7 avec propulsion antérieure du corps vertébral et une très importante luxation T6-T7 avec cisaillement du canal médullaire sur une colonne « bambou ». (déformation en « baïonnette » du rachis dorsal).



La réalisation d'une pince lamo-lamaire avec matériel LDS et laminectomie T6-T7-T8 est pratiquée à 5 heures de l'accident. La réduction est difficile du fait de la rigidité de la colonne vertébrale. Celle-ci n'est pas totale, il persiste une minime « marche d'escalier ».



L'étanercept n'est pas poursuivi après l'accident. Dans les suites opératoires, on note un retard de la cicatrisation avec une désunion cutanée à J10 avec infection nécessitant une reprise chirurgicale à 1,5 mois de l'accident et une mise sous bi-antibiothérapie. Les suites seront simples sur le plan de cette infection. La prise en charge en centre de rééducation a débuté à J18.

A J1, la paraplégie est complète motrice et incomplète sensitive de niveau T7 AIS B. A J15, le niveau neurologique est inchangé, score ASIA moteur : 50/100, score ASIA toucher : 72/112, score ASIA piqûre 70/112, AIS B. A 6 mois, récupération sensitivo-motrice avec un score ASIA moteur : 78/100, score ASIA toucher : 84/112, score ASIA piqûre 79/112, AIS D. L'amélioration perdure à 12 mois (score AIS D), La patiente réalise 50 mètres avec des cannes anglaises.

	AIS	ASIA moteur	ASIA piqûre	ASIA toucher
J0	A	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné
J1	B	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné
J15	B	50	70	72
6 mois	D	78	79	84
12 mois	D	89	79	84

Tableau montrant l'évolution neurologique spontanée à 12 mois de l'accident

● Discussion

La lésion médullaire initiale, conséquence directe du traumatisme mécanique, déclenche, directement après le traumatisme, une cascade de réactions moléculaires et cellulaires aggravant la lésion initiale (« lésion secondaire »). Ces réactions sont multiples et complexes. Cependant, il n'est plus à démontrer le rôle clé du TNF alpha dans l'initiation et la maintenance de la réaction inflammatoire faisant suite à une agression du système nerveux [2]. Cette augmentation de production du TNF alpha a pour conséquence une induction de l'apoptose des cellules du système nerveux central. L'étanercept, récepteur soluble humain recombinant du TNF α , a montré son effet immunomodulateur chez un modèle animal expérimental de blessure médullaire aiguë post-traumatique. Il a, significativement, diminué le degré de l'inflammation médullaire et a réduit l'étendue de la zone de destruction tissulaire péri-lésionnelle. Cette étude a aussi montré que l'inhibition du TNF α en phase aiguë améliorait significativement le pronostic de récupération fonctionnelle. Par ailleurs, une étude américaine, chez les blessés médullaires, a montré que pour les patients initialement AIS A, 10% devenaient à un an AIS B, 10% devenaient AIS C et 80% restaient AIS A [3]. Ainsi, on peut se demander si l'étanercept n'a pas favorisé la spectaculaire récupération fonctionnelle de cette patiente. Cette molécule aurait, en bloquant la production de TNF alpha, diminué les effets délétères de la cascade de l'inflammation de la lésion secondaire.

1-Genovese T et al. Immunomodulatory effects of etanercept in an experimental model of spinal cord injury. J Pharmacol Exp Ther 2006 Mar; 316 (3): 106-116
2-Taye Y. Et al. Increased production of tumor necrosis factor- α induces apoptosis after traumatic spinal cord injury in rats. J of Neurotrauma 2003; 20 (2): 207-219
3-Fawcett JW et al. Guidelines for the conduct of clinical trials for spinal cord injury as developed by the ICCP panel: spontaneous recovery after spinal cord injury and statistical power needed for therapeutic clinical trials. Spinal cord 2007 Mar; 45 (3): 190-205