



Tremblement et sclérose en plaques

QU'EST-CE QU'UN TREMBLEMENT ?

Le tremblement se définit comme un mouvement involontaire répété, frappant une ou plusieurs parties du corps. Le plus souvent, le tremblement atteint les membres supérieurs, parfois aussi les membres inférieurs ou la tête. Il peut être intermittent ou permanent.

Il y a plusieurs sortes de tremblements, selon le rythme, l'amplitude, le siège, les circonstances de l'apparition :

- Le tremblement de repos ne s'observe pas dans la SEP.
- Le tremblement d'attitude, survient dans le maintien d'une attitude.
- Le tremblement d'action, survient lors d'une activité, provoquant aux membres supérieurs le dérèglement du geste, avec perturbation de la direction et de la trajectoire qui est discontinue,

et aux membres inférieurs une difficulté dans la marche.

DANS LA SCLÉROSE EN PLAQUES

- Il s'agit d'un tremblement d'action et d'attitude. Ce symptôme n'est pas constant : il peut apparaître lors d'une poussée, régresser par la suite, mais, peut aussi devenir permanent.
- Il frappe essentiellement les membres supérieurs ; il peut être uni ou bilatéral, son intensité est variable ; il gêne l'écriture, empêche plus ou moins l'usage des bras et de la main.
- S'il atteint les membres inférieurs, il perturbe la marche et l'équilibre.
- Dans de rares cas, la voix ou la tête peuvent être concernées.
- Il peut être variable d'un moment à l'autre, aggravé par la tension, l'énerve-

ment, l'émotion ; de même lorsque le patient essaie d'effectuer un geste avec précision.

- La position du corps peut favoriser son apparition, ce sont les muscles de la racine des membres ou les muscles du cou qui tremblent, lors de leur contraction ou de leur mise en tension.
- Il est souvent associé à un syndrome cérébelleux plus diffus, dont il fait partie.
- Il est rarement isolé au cours de la sclérose en plaques qui se manifeste le plus souvent par plusieurs autres atteintes du système nerveux : paralysie ou parésie, névrite optique, troubles de la sensibilité, vertiges...

Les résultats de cet ensemble de phénomènes sont :

- Une grande difficulté à contrôler les mouvements

des bras et des mains, entraînant le lâchage d'objets, une gêne à l'écriture et dans les mouvements fins des doigts.

- Si l'incoordination et le tremblement atteignent les membres inférieurs, cela provoque des troubles de la marche avec embardées, impossibilité de descendre un escalier, de tenir debout sans appui.

TRAITEMENT DU TREMBLEMENT

Le traitement médical, la rééducation, le traitement chirurgical peuvent améliorer le tremblement.

Il n'existe pas aujourd'hui de traitement pouvant effacer totalement le tremblement. Le principe de traitement réside seulement dans l'essai de la diminution de son amplitude, dans l'éducation du patient pour s'y adapter, et des tentatives à le faire disparaître.

LE TRAITEMENT MÉDICAL

Il fait appel à plusieurs médicaments, utilisés dans d'autres maladies, qui pour la plupart ont des résultats partiels, mais des effets secondaires, qui limitent leur emploi. Citons en exemple :

Les β bloquants

Le propranolol (avlocardyl), à doses suffisantes, un des plus anciens, agissant sur le rythme du cœur et la tension artérielle, il nécessite une surveillance cardiovasculaire.

Les anti-épileptiques

- L'acide valproïque de Sodium (Depakine), à doses suffisantes, peut entraîner une somnolence ou des troubles digestifs
- Le primidone (mysoline) peut provoquer aussi somnolence et vertiges

Les neuro transmetteurs

L'Oxtripan (lévotonine) utilisé dans les myoclonies postanorexiques est contre-indiqué dans les cas d'insuffisance rénale et cardiaque et en association avec certains antidépresseurs.

Les antituberculeux

Le Rimifon®, médicament antituberculeux, dont l'effet est médiocre et a des risques de toxicité, a été abandonné.

La liste n'est pas exhaustive, seul le neurologue traitant peut juger de l'effet du traitement et de sa poursuite.

L'apparition du tremblement pouvant être liée à une poussée évolutive, il pourra diminuer ou disparaître, soit spontanément, soit par un traitement par corticoïde, à la régression de la poussée.

LA RÉÉDUCATION

Il n'y a pas de rééducation véritable. Il peut s'agir d'un apprentissage postural du patient pour trouver des attitudes anti-tremblements :

Bloquer le bras contre le thorax tout en fléchissant l'avant-bras ; effectuer ce mouvement en deux phases : atteindre le plan de la table, décontracter les muscles avant d'écrire, caler le tronc et la tête au dos d'une chaise.

Dans les centres de rééducation, on s'aide de petits moyens : lester par un bracelet le bras ou l'avant-bras et limiter ainsi l'amplitude du tremblement, lester la canne pour qu'elle tienne davantage, faire marcher le sujet avec un déambulateur ou entre deux barres fixes.

Pour tout cela, un kinésithérapeute peut aider, le patient doit s'exercer ensuite par lui-même.

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL

- Dans les années 80, la **thalamotomie** a été tentée chez des patients atteints d'un grand tremblement d'attitude et d'action au cours d'une SEP. Les complications ont été fréquentes, elle a donc été abandonnée.

A l'heure actuelle, dans certains centres spécialisés, le chirurgien pratique la **stimulation thalamique** par voie stéréotaxique. On introduit une électrode dans la partie concernée du thalamus ; cette électrode est reliée à un stimulateur situé sous la peau. Le patient a la possibilité de déclencher son stimulateur à l'aide d'un aimant lorsqu'il ressent le besoin de contrôler son tremblement.

Cette intervention diminue son amplitude. C'est une technique réservée aux tremblements très sévères, mais il est encore trop tôt pour évaluer son efficacité prolongée.

*Docteur Hélène de Saxcé
Membre du Comité Médical
et Scientifique*