

ARTÉRITE DES JAMBES UNE THÉRAPIE CELLULAIRE CONTRE LES RÉCIDIVES



Le **Dr Jean-Marc Alsac**, chirurgien vasculaire à l'hôpital Georges-Pompidou, explique ce nouveau traitement préventif par greffe de cellules.

Paris Match. Quand parle-t-on d'artérite des jambes ?

Dr Jean-Marc Alsac. On pose le diagnostic de cette pathologie vasculaire (artériosclérose) quand les artères des jambes sont obstruées par des plaques d'athérome. Cette maladie s'installe progressivement, sur plusieurs années, et touche en France 10 % des plus de 60 ans, environ 2 millions de personnes, dont la plupart sont des hommes. On connaît les facteurs de risque : âge, tabac, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, diabète...

Quels sont les symptômes ?

Au premier stade, l'artérite des jambes évolue sans symptôme. Au deuxième stade, l'obstruction de l'artère commence à limiter l'irrigation du membre ; le malade, à la marche, souffre de crampes au mollet ou à la cuisse. Au troisième, où les lésions se sont étendues sur le réseau artériel, les douleurs apparaissent au repos. Sans traitement, l'artériosclérose risque d'entraîner une gangrène pouvant conduire à l'amputation.

Une artérite des jambes peut-elle faire craindre d'autres atteintes ?

Elle doit faire systématiquement rechercher d'autres lésions cardio-vasculaires (des coronaires et des carotides) car, dans 50 % des cas, la maladie a envahi d'autres territoires artériels.

Actuellement, quels sont les traitements conventionnels ?

Aux stades 1 et 2, on prescrit au malade un traitement médical par voie orale (antiagrégants plaquettaires, statines, etc.), associé bien sûr à une nouvelle hygiène de vie, dont l'arrêt du tabac et une activité physique régulière. A partir du stade 3, où les douleurs apparaissent au repos, une intervention s'impose. Chez 60 % des malades, on pose un stent (sorte de petit ressort métallique qui maintient l'ouverture du vaisseau) par voie endoscopique. Dans les autres cas plus sévères, on effectue un pontage chirurgical. Avec la pose de stents, les résultats immédiats sont très bons mais, dans 40 % des cas, on observe, un an après, une réocclusion partielle ou totale de l'artère qui va nécessiter une nouvelle pose de stent ou un pontage.

Quelle est la cause de ces récidives ?

Le stent, en agressant la paroi

vasculaire, génère un processus de cicatrisation inflammatoire, une réaction où les cellules réparatrices (dans la paroi du vaisseau) se multiplient de façon excessive, jusqu'à obstruer progressivement à nouveau l'artère. En fait, si ces cellules "s'emballent", c'est qu'elles ne sont pas bien contrôlées par d'autres (les endothéliales) qui, à cause de la maladie, sont en nombre insuffisant.

Quel est ce nouveau traitement destiné à éviter ces récidives ?

Le but est de maintenir en permanence l'ouverture de l'artère traitée en bloquant le processus inflammatoire à l'origine de la récidive. Le procédé consiste, après la pose du stent, à injecter autour du vaisseau des cellules vasculaires endothéliales provenant d'un donneur sain. Ces dernières, cultivées en laboratoire de thérapie cellulaire à l'hôpital Saint-Louis, sont encapsulées dans une enveloppe de gélatine.

Quelle va être l'action de ces cellules injectées ?

Elles vont renforcer le déficit des propres cellules endothéliales du patient, cette fois sans réaction inflammatoire excessive grâce aux facteurs que ces cellules sécrètent. L'enveloppe de gélatine protège ces cellules "étrangères" greffées contre le phénomène de rejet durant de un à deux mois. Après ce délai, elles sont rejetées par l'organisme sans effet secondaire.

Quelles études ont démontré les bénéfices de ce traitement ?

Des études chez l'homme ont été réalisées aux États-Unis sur 60 patients. Les résultats ont révélé une très bonne tolérance et une efficacité très satisfaisante après un recul de deux ans. En France, nous avons mis en route une étude il y a six mois, avec trois équipes, dont la nôtre à l'hôpital européen Georges-Pompidou. Nous aurons les résultats fin 2011. ■