

ARTHRITE JUVENILE IDIOPATHIQUE

Dr.AMIR

□ I. DEFINITION

- [REDACTED] AJI est définie comme atteinte inflammatoire articulaire durant au moins **6 semaines chez un sujet âgé moins de 16 ans retenu après élimination de diverse arthropathie d'étiologie définie (diagnostic d'exclusion)**

□ II. INTERET

- [REDACTED] équence: maladie rare mais non exceptionnelle
- [REDACTED] iagnostic: pas toujours facile; diagnostic d'exclusion
- [REDACTED] rise en charge : lourde, multidisciplinaire
- [REDACTED] térêt de la biothérapie

III. EPIDEMIOLOGIE:

■ 10 – 20 cas par 100.000 enfants (population européenne)

■ âge moyen de début 6 ans

■ **deux pics de fréquence :**

■ à 4 ans (sexe ratio=1)

■ à 14 ans (prédominance F)

■ les cas de moins d'un an ont été vus

IV. ETIOPATHOGENIE

Origine multifactoriel:

Facteurs environnementaux: stress psychologique, traumatiques

Infectieux : rubéole, parvovirus

Dysrégulation immunitaire :

Humorale : Une augmentation des complexes immuns circulants, présence d'Ac antinucléaire dans plus de 40% des cas surtout oligo articulaire

Cellulaire : avec prolifération lymphocytaire dans le liquide synovial, les interleukines 1, 2, 6, les récepteurs de l'IL2 et du TNF & sont augmentés

Prédisposition génétique:

- HLA B27
- HLAA2 poly articulaire séronégative

V. CLASSIFICATION

Critères de classification des AJI

1. Forme systémique
2. Forme oligoarticulaire : arthrite **d'1 à 4 articulations durant les 6 premiers mois d'évolution**
 - Forme oligoarticulaire persistante : < 4 articulations atteintes au-delà de 6 mois d'évolution
 - Forme oligoarticulaire étendue : > 4 articulations atteintes au-delà de 6 mois d'évolution
3. Forme polyarticulaire : arthrite **d'au moins 5 articulations durant les 6 premiers mois d'évolution**
 - Forme polyarticulaire FR (-)
 - Forme polyarticulaire FR (+) : présence de FR sur au moins 2 tests à 3 mois d'intervalle



4. Arthrite psoriasique

5. Enthesite en rapport avec une arthrite

6. Arthrites non classées : arthrites ne répondant pas
aux critères ainsi définis

Forme systemique

1) Fièvre: signe essentiel

- Oscillante entre 37,5-39°C au cours du nycthemere
- Réfractaire aux antipyrétiques
- Persistant depuis plus de 15 jours
- Associé à une AEG

2) Eruption cutanée: grande valeurs dgc ,90% des cas

- Érythème localisé fugace ou maculopapules
- Éruption urticarienne fugace
- Survenant au clochet thermique
- Préférentiel aux membres et tronc

3) Atteinte lymphoïdes:

■ HPM modérée

■ DP dans 30%

■ Les cas HPM rare

4) Atteinte séreuse et viscérale:

■ Myocardite

■ Atteinte pleurale parfois associée

■ Atteinte péritonéale qui se traduit par des douleurs abdominales

■ Parfois tachycardie traduisant une myocardite

2. Manifestations articulaires

- Il peut s'agir **d'arthrite vraie, parfois il s'agit de simples arthralgies.**
- Sont symétriques, touchent le poignet, genoux, le coude, les petites articulations des doigts, le rachis cervical, les hanches et les articulations temporomandibulaires peuvent être atteints
- 25% des cas l'atteinte peut être poly articulaire et dans les formes diffuses les petites articulations metacarpo phalangiennes, peuvent être touchés
- Evolue par poussées entrecoupées de rémissions



B. Biologie:

- **CRP** inflammatoire: constant non spécifique, confirme le syndrome inflammatoire et apprécie l'efficacité thérapeutique
- **Leucocytes** hyperleucocytose majeur à PN, hyperplaquettose, anémie inflammatoire
- **CRP** **ESR** accélérée atteint 3 chiffres à la 1^{ere} heure, fibrinogène élevée
- **Electrophorèse** des protéines: hypergammaglobulinemie
- **bandelette urinaire** à la recherche de protéinurie

C. Bilan immunologique :

- **AN** négatif
- **facteur rhumatoïde** négatif

D. Imagerie:

1. Radio standard:

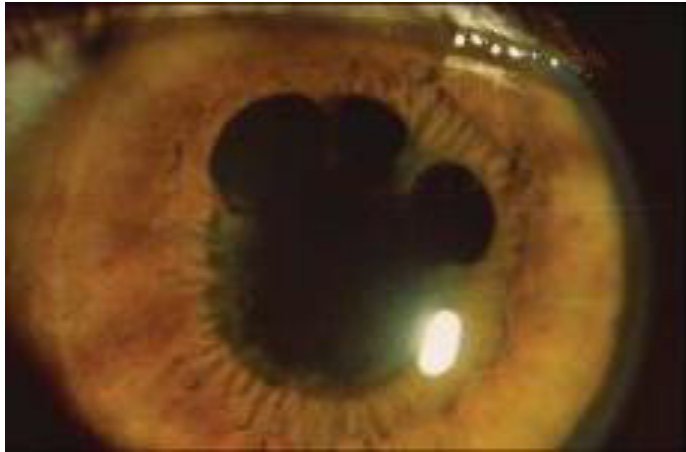
- [REDACTED] tresse les articulations symptomatiques
- [REDACTED] es lésions radiologiques sont classées en 4 stades selon **La classification de STEINBROCKER**
- [REDACTED] ade I : gonflement des parties molles, ostéopénie et opposition périostée
- [REDACTED] ade II : pincement articulaire
- [REDACTED] ade III : érosion osseuse
- [REDACTED] ade IV : ankylose articulaire



- **2. Echographie articulaire: permet d'évaluer l'activité de l'atteinte articulaire inflammatoire, montre la présence d'un épanchement articulaire ou un épaissement synovial**
- **3. IRM: est particulièrement plus efficace pour le dgc précoce des synovites même minime, exploration de l'articulation temporo maxillaire et des hanches**
- **4. Autres examens :**
- **ECG, échocardiographie : systématique : a la recherche de trouble de repolarisation péricardite, rarement une myocardite**
- **Examen ophtalmologique: à la lampe de fente à la recherche de l'uvéite antérieur même en absence de signes clinique**

Forme oligo articulaire

- Elle affectant de 1 à 4 articulations durant les 6 premier mois d'évolution
- Prédominance féminine (sexe ratio 8/1)
- Âge 2 à 4 ans
- Affection oculaire: iridocyclite chronique



Forme polyarticulaire

- Touche au moins 5 articulations pdt les 6 premiers mois d'évolution

A. Clinique :

1. Formes avec facteur rhumatoïde positif:

- prédominance féminine
- polyarthrite symétrique touchant les articulations distales des membres
- déformation et fusion osseuse sont précoces, des nodules indolores au niveau de la crête tibiale antérieure, des poignets et doigts et orteils
- lésions de vascularite au niveau de la peau et du pourtour des angles
- parfois insuffisance aortique

2. Forme avec facteur rhumatoïde négatif:

- **Âge** d'apparition variable
- **Atteinte** pauci articulaire au début
- **Les** petites articulations des mains sont les plus touchées
- **L'évolution** est lente avec moins de destruction osseuse
- **Absence** de nodule cutané ni de vascularite
- **L'atteinte** oculaire à type d'uveïte est rare 3%

VI. PRISE EN CHARGE:

□ A. But:

□ [REDACTED] arrêter le processus inflammatoire

□ [REDACTED] prévenir les déformations

□ [REDACTED] assurer à l'enfant une vie aussi normale que possible

□ B. Moyens:

1. Trt médicamenteux

- **AINS**
- **Naproxene**
- **Indometacine**
- **Diclofenac**
- **Ibuprofene**
- **Acide acétyl salicylique**

□ **CTC**

2mg/Kg/j + adjuvants jusqu'à amélioration clinique
puis dégression très lente par palier de 5 mg/sem
pour arriver à 10 mg 1 j/2 en une seule prise

□ **Anti-TNF**

Anakinra

2 mg/Kg (max : 100mg) en SC

□ **Kinésithérapie + + + +**

XI. CONCLUSION:

■ AJI est le terme générique qui regroupe les différentes formes cliniques d'inflammation articulaire chronique chez l'enfant.

■ L'objectif principal du traitement est de contrôler l'inflammation chronique afin de réduire la destruction du cartilage

■ Le TRT doit être **précoce, agressif** afin d'éviter les **séquelles orthopédiques, améliorer la qualité de vie**