



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Spondylarthrite de l'enfant et l'adolescent

Juvenile spondyloarthritis

Chantal Job-Deslandre

Service de rhumatologie A, université Paris 5, hôpital Cochin, AP-HP, 27, rue du Faubourg-Saint-Jacques, 75014 Paris, France



INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 11 mars 2015

Disponible sur Internet le 2 avril 2015

Mots clés :

Spondylarthrite juvénile

Arthrite et enthésite

Évolution

Traitement

RÉSUMÉ

Les spondylarthropathies juvéniles font l'objet de dénominations diverses : arthrites et enthésites (plus proche de la définition des critères ILAR), spondyloarthropathies juvéniles. Elles débutent vers l'âge de 10 ans et touchent 4 fois plus de garçons que de filles. Elles sont associées à la présence de l'antigène HLA-B27. Le tableau clinique diffère de celui des formes adultes : début par des arthrites des membres inférieurs, asymétriques, parfois associées à des douleurs/ou raideur rachidienne, des fessalgies et des douleurs d'enthésites (pieds et genoux) ; les manifestations axiales sont habituellement plus tardives. Le diagnostic repose essentiellement sur les éléments cliniques ; la biologie et l'imagerie (y compris l'IRM) ne sont que des éléments secondaires. L'évolution se fait habituellement par poussées, comportant des arthrites, des enthésites et des douleurs axiales. L'ankylose rachidienne est rare, même après plusieurs années, des coxopathies peuvent être présentes, ainsi que des lésions érosives au niveau des pieds (arthrite ou enthésite). Le traitement repose sur les anti-inflammatoires non stéroïdiens. Le méthotrexate et la sulfasalazine n'ont pas réellement fait la preuve de leur efficacité. De ce fait, en cas d'évolutivité persistante (clinique et/ou biologique) et après utilisation d'au moins deux AINS, les biomédicaments anti-TNF α peuvent être proposés ; ils doivent faire l'objet d'une surveillance régulière pour évaluer l'efficacité (par les critères validés) et la tolérance.

© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société française de rhumatologie.

ABSTRACT

Juvenile spondyloarthritis, also named enthesitis-related arthritis, is defined by the ILAR criteria. Disease onset is usually about 10 years, mainly in boys (70%). Peripheral joints are involved predominantly in lower limbs, arthritis are not symmetrical and are associated with enthesitis in 30% of cases. Axial involvement (spine and/or sacro-iliac pain) is usually delayed. Diagnosis is mainly based on clinical symptoms, biological and radiological (standard x-ray and MRI) findings are secondary. During disease progression, flares and period of remission are observed; during which the patients suffer from arthritis, enthesitis and some back pain; spine ankylosis is rare in juvenile onset. Some structural changes could appear: erosive lesions at the feet, narrowing of articular space at the hip and sacro-iliac joints. First line treatment is based on non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs). Sulfasalazine and methotrexate have not really demonstrated their efficacy. Thus, in refractory cases (after failure of more than two NSAIDs), anti-TNF α biodrugs must be proposed; their efficiency and tolerance need to be evaluated after 3 months and then after each three to six months.

© 2015 Published by Elsevier Masson SAS on behalf of the Société française de rhumatologie.

Les spondylarthrites de l'enfant et de l'adolescent que l'on peut regrouper sous le terme de spondyloarthropathies juvéniles (SPAJ) représentent environ 10 à 20% de l'ensemble des arthrites juvéniles idiopathiques (AJI). Dans la classification internationale de

l'ILAR [1], elles sont dénommées arthrite avec enthésite (ERA) et sont définies par la présence d'arthrite et d'enthésite ou d'arthrite et au moins deux des critères suivants : douleurs sacro-iliaques et/ou rachialgies inflammatoires, uvéite antérieure aiguë, présence de l'antigène HLA-B27, antécédents familiaux d'uvéite, de spondylarthropathie ou de sacro-iliite avec entéropathie inflammatoire chez un parent du premier degré ; les critères d'exclusion étant :

Adresse e-mail : chantal.deslandre@cch.aphp.fr
<http://dx.doi.org/10.1016/j.monrhu.2015.03.005>

1878-6227/© 2015 Publié par Elsevier Masson SAS pour la Société française de rhumatologie.

psoriasis ou antécédent de psoriasis chez un parent du premier degré, présence de facteur rhumatoïde, arthrite systémique.

1. Épidémiologie et génétique

Les données concernant l'incidence et la prévalence des AJI en général et des SPAJ en particulier, sont extrêmement variables, selon la méthode d'étude et la région géographique. La prévalence de l'AJI est de 7 à 400/100 000 enfants, avec 3 à 11 % de SPAJ [2]. Cependant les études épidémiologiques chez l'adulte considèrent qu'environ 8,6 à 11 % des spondylarthrites ont un début juvénile, ce qui conduit à une prévalence des SPAJ de 11 à 86/100 000 enfants [3]. Ces discordances reflètent vraisemblablement les difficultés diagnostiques et/ou la méconnaissance du diagnostic dans les formes de SPA à début juvéniles.

Comme chez l'adulte, la liaison avec l'antigène HLA-B27 est présente chez environ 70 % des patients [4]. Récemment a été mise en évidence une association chez les patients présentant une ERA avec le gène *ERAP1* [5].

2. Présentation clinique

Le sex-ratio est d'environ 4 garçons pour 1 fille. L'âge moyen de début est de 11 ans (avec des extrêmes de 2 à 16 ans). Les antécédents familiaux de spondylarthropathie, d'uvéite ou d'entéropathie inflammatoire sont retrouvés dans environ 30 % des cas [6].

La maladie débute dans 80 % des cas par des arthrites des membres [7]. Ces arthrites sont mono-articulaires dans 40 à 45 % des cas, oligoarticulaires dans 45 à 50 % des cas, polyarticulaires dans 5 à 10 % des cas. Elles prédominent largement aux membres inférieurs (80 % des localisations) : genoux (50 % des cas), pieds (de 30 à 35 % des cas) et hanches (de 10 à 15 % des patients), parfois inaugurales. Aux membres supérieurs, les arthrites intéressent rarement l'épaule et le coude, un peu plus fréquemment le poignet et les doigts.

La séméiologie de ces arthrites n'a pas de particularité notable : douleurs, gonflement ou boiterie d'esquive en sont les signes habituels. Un aspect particulier aux spondylarthrites est celui d'orteil ou de doigt en « saucisse » : conséquence d'une arthrite interphalangienne et/ou d'une ténosynovite du fléchisseur. Au niveau des orteils et plus particulièrement du gros orteil, cet aspect peut prêter à confusion avec une crise de goutte, bien que cette pathologie soit exceptionnelle chez l'enfant en dehors d'un contexte particulier (hémopathie, anomalie enzymatique).

L'atteinte du squelette axial est rare au stade initial et durant les cinq premières années [8]. Elle doit être recherchée par un interrogatoire soigneux, d'autant que l'horaire inflammatoire des douleurs n'est pas constant et que les douleurs touchant le rachis dorsal ou lombaire ou la région fessière (symptomatique d'une atteinte sacro-iliaque) peuvent être attribuées à un traumatisme ou à un surmenage physique. Cette atteinte axiale est le plus souvent associée à des arthrites périphériques ; elle n'est isolée que dans 5 à 10 % des cas. L'examen du squelette axial recherchera une atteinte des sacro-iliaques par la palpation et par les manœuvres d'écartement et de rapprochement des ailes iliaques et vérifiera la mobilité de la charnière dorso-lombaire, par la rotation du thorax en maintenant le bassin immobile ainsi que la mobilité du rachis lombaire (indice de Schober).

Les enthésiopathies sont présentes au début chez environ la moitié des patients. Les localisations les plus fréquentes sont l'insertion de l'aponévrose plantaire au niveau du calcanéum, l'insertion du tendon d'Achille au niveau du calcanéum (à différencier de l'épiphysite de croissance ou maladie de Sever fréquente sur le même terrain) l'insertion du tendon rotulien au pôle inférieur de

la rotule (à différencier de l'épiphysite de croissance de la tubérosité tibiale antérieure, maladie d'Osgood Schlatter). Les enthésites sont volontiers symétriques, et le risque d'avoir des enthésites après six mois d'évolution augmente avec la présence d'enthésites inaugurales [9].

Les manifestations générales sont peu fréquentes au début ; des épisodes fébriles peuvent survenir, essentiellement dans les formes polyarticulaires, faisant alors discuter un éventuel rhumatisme articulaire aigu. La recherche d'une uvéite doit être systématique par l'interrogatoire, et l'examen ophtalmologique doit être réalisé au moindre doute. Il s'agit d'uvéites aiguës (à œil rouge), différentes des uvéites (à œil blanc) compliquant les oligoarthrites. Comparativement aux formes de l'adulte, elles sont moins fréquentes dans les formes juvéniles (de 10 à 20 % des cas) ; chez quelques patients, l'inflammation peut concerner le segment postérieur, consécutivement à l'atteinte du segment antérieur [10].

3. Signes biologiques

La pratique d'un hémogramme, d'une vitesse de sédimentation et le dosage de la C-réactive protéine doit être systématique pour objectiver un syndrome inflammatoire présent dans seulement 50 % des cas. La recherche de l'antigène HLA-B27 peut, lorsqu'elle est positive, apporter un argument diagnostique en sachant que ce test est un argument, parmi d'autres, qui isolément ne permet pas d'affirmer le diagnostic. L'analyse du liquide articulaire n'est réalisée qu'en cas de doute diagnostique avec une arthrite septique (en cas de monoarthrite) ou lors d'une geste d'infiltration. La cytologie confirme la nature inflammatoire (plus de 1000 éléments/mm³) ; la formule, à prédominance polynucléaire ou lymphocytaire, ne semble pas comporter d'incidence diagnostique ni pronostique particulière.

4. Imagerie

Les radiographies bilatérales et comparatives des articulations sièges d'arthrite clinique, et la radiographie de bassin seront systématiquement effectuées, bien que la sacro-iliite radiologique soit tout à fait exceptionnelle au début et traduise alors une évolution antérieure passée inaperçue. L'analyse des sacro-iliaques est par ailleurs difficile chez l'enfant de 10 à 14 ans, en raison de la présence de cartilages de conjugaison. Les radiographies, normales au début, sont avant tout des documents utiles pour juger de l'évolution ultérieure, et pour éliminer chez les patients avec enthésite, le diagnostic d'épiphysite (maladies d'Osgood Schlatter et de Sever).

L'IRM des articulations sacro-iliaques permet de détecter précocement la sacro-iliite : les érosions sont les lésions les plus fréquentes, de même que l'œdème osseux ; les lésions sclérosantes et le pincement articulaire sont peu spécifiques [11]. Dans l'étude de Bollow [12], l'atteinte sacro-iliaque radiographique est présente respectivement dans 7,5 % et 31 % des formes indifférenciées et différenciées de spondylarthrite juvénile, comparativement à 34 % et 46,7 % pour la sacro-iliite vue en IRM, soit une différence significative $p < 0,001$. L'IRM du bassin permet également de préciser, en cas de douleur de la hanche, la présence d'une synovite inflammatoire et d'un épanchement. Au niveau du rachis, les images IRM comportent [13] une synovite des articulations apophysaires postérieures et un signal inflammatoire du ligament inter-épineux (Fig. 1) ; le plus souvent ces lésions sont associées à la présence d'anomalies IRM des sacro-iliaques.

L'échographie se révèle utile et peut remplacer l'IRM pour affirmer la présence d'un épanchement et/ou d'un épaississement synovial inflammatoire au niveau de la hanche. Elle rend également de grands services dans le cas d'atteinte du pied pour préciser la topographie des lésions inflammatoires. Des études en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3389759>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3389759>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)