



https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/BE_FR/intro

Spondylarthrite Juvénile/Arhrite Associée À Une Enthésite (SpA-ERA)

Version de 2016

2. DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

2.1 Comment diagnostiquer cette maladie ?

Les médecins considèrent qu'il s'agit d'une SpA-ERA juvénile si elle apparaît avant l'âge de 16 ans, si l'arthrite dure plus de 6 semaines et si les signes correspondent au tableau clinique décrit ci-dessus (voir définition et symptômes). Le diagnostic d'un type précis de SpA-ERA juvénile (par ex. spondylarthrite ankylosante, arthrite réactionnelle, etc.) est basé sur des signes cliniques et des résultats radiographiques précis. Il est nécessaire que ces patients soient traités par un rhumatologue pédiatre ou un rhumatologue pour adultes ayant l'expérience des maladies rhumatismales pédiatriques.

2.2 En quoi les examens de laboratoire sont-ils importants ?

La présence de l'Antigène HLA-B27 est utile pour diagnostiquer la SpA-ERA juvénile, notamment chez les enfants monosymptomatiques. Mais, il est très important de garder à l'esprit que moins de 1 % des personnes porteuses de ce marqueur développent une spondylarthrite et que la prévalence du HLA-B27 dans la population générale peut aller jusqu'à 12 % selon la région du monde. Il convient également de souligner que la plupart des enfants et des adolescents pratiquent un sport et que ces activités peuvent être à l'origine de douleurs plus ou moins similaires aux premiers symptômes de la SpA-ERA juvénile. Par conséquent, ce n'est pas tellement la présence du HLA-B27 elle-même, mais son association à des signes et symptômes typiques de cette

maladie qui est pertinente.

La mesure de la vitesse de sédimentation globulaire (VSG) et de la protéine C réactive (CRP) fournissent des informations sur l'état inflammatoire général et donc, indirectement, sur l'activité de la maladie ; elles sont utiles dans la prise en charge de la maladie, qui est cependant plus basée sur les signes cliniques que sur les résultats des examens de laboratoire. Les examens de laboratoire permettent également de surveiller les effets secondaires potentiels du traitement (numération formule sanguine, évaluation de la fonction hépatique et rénale).

Les radiographies peuvent être utiles dans le cadre du suivi de la maladie et de l'évaluation des lésions articulaires. Cependant, la valeur ajoutée des radiographies est limitée, étant donné qu'elles peuvent se révéler normales chez la plupart des enfants. Les échographies et/ou imageries à résonance magnétiques (IRM) des articulations et des enthèses sont plus pertinentes, pour détecter les signes inflammatoires initiaux. L'IRM permet, sans irradiation, de déceler une inflammation des articulations sacro-iliaques et/ou de la colonne vertébrale.

L'échographie des articulations permet, grâce à l'effet Doppler, de visualiser la présence et le caractère inflammatoire d'une arthrite ou d'une enthésite périphériques (membres).

2.3 Peut-on traiter/guérir cette maladie ?

Malheureusement, il n'existe toujours pas de traitement curatif de la SpA-ERA juvénile, car nous n'en connaissons pas les causes.

Néanmoins, les traitements actuels permettent de contrôler l'activité de la maladie et probablement de prévenir les lésions destructrices.

2.4 Quels traitements existe-t-il ?

Le traitement est principalement basé sur des médicaments et des mesures kinésithérapie/rééducation préservant les fonctions articulaires et contribuant à la prévention des déformations. Il convient de garder à l'esprit que l'utilisation de médicaments est soumise à l'approbation préalable des agences de régulation nationales.

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)

Ces médicaments sont des anti-inflammatoires et antipyrétiques

symptomatiques. Le terme symptomatique signifie qu'ils servent à contrôler les symptômes inflammatoires. Les médicaments les plus utilisés chez l'enfant sont le naproxène, le diclofénac et l'ibuprofène. Ils sont généralement bien tolérés et leur effet indésirable le plus fréquent, à savoir les douleurs gastriques, sont rares chez l'enfant. Il n'est pas recommandé d'associer plusieurs anti-inflammatoires non stéroïdiens, bien qu'il puisse être nécessaire de changer d'anti-inflammatoire non stéroïdien en raison de son inefficacité ou de ses effets secondaires.

Corticostéroïdes

Ces médicaments peuvent être utilisés à court terme chez les patients présentant des symptômes très sévères. Les corticostéroïdes topiques (collyres) sont utilisés pour traiter l'uvéite antérieure aiguë. Dans les cas plus graves, il peut être nécessaire d'administrer des corticostéroïdes par injections péribulbaires (dans le globe oculaire) ou systémiques. Lors de la prise de corticostéroïdes en cas d'arthrite et d'enthésite, il convient de garder à l'esprit qu'aucune étude n'a prouvé leur efficacité et leur innocuité chez les enfants souffrant de SpA-ERA ; leur prescription doit être faite par un spécialiste.

Autres médicaments (médicaments modificateurs de la maladie)

Sulfasalazine

Ce médicament est indiqué chez l'enfant présentant des symptômes articulaires périphériques persistant malgré un traitement adéquat à base d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et/ou d'injections de corticostéroïdes intra-articulaires. La sulfasalazine s'ajoute au traitement préexistant à base d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (qu'il convient de poursuivre) ; on ne note ses effets qu'après plusieurs semaines voire plusieurs mois de traitement. Toutefois, les preuves de l'efficacité de la sulfasalazine chez ces enfants sont faibles. De même, bien qu'ils soient largement prescrits, il n'existe pas de preuve que le méthotrexate, le léflunomide ou les médicaments antipaludiques soient efficaces en cas de SpA-ERA juvénile.

Agents biologiques

Les médicaments anti- TNF alpha sont recommandés au début de la maladie, car ils sont particulièrement efficaces contre les symptômes inflammatoires. Des études ont prouvé l'efficacité et l'innocuité de ces

molécules chez les patients souffrant de SpA-ERA juvénile. Ces études ont été soumises aux autorités de santé, qui n'ont pas encore autorisé leur utilisation dans le cadre de cette maladie. Des médicaments anti-TNF alpha sont actuellement autorisés chez l'enfant (notamment dans les AJI à évolution polyarticulaire) par la plupart des pays européens.

Injections articulaires

Des injections articulaires sont réalisées lorsqu'une seule ou peu d'articulations sont touchées et qu'il existe un risque de déformation en raison de la persistance d'un enraidissement articulaire. On injecte généralement des préparations à base de corticostéroïdes à action prolongée. Il est recommandé d'utiliser une sédation ou une anesthésie pour réaliser cette procédure dans les meilleures conditions.

Chirurgie orthopédique

La pose de prothèses en cas de lésion sévère d'une articulation, notamment de la hanche, constitue la principale indication d'une opération de chirurgie orthopédique. Grâce à l'amélioration des traitements médicamenteux, cette opération est de moins en moins nécessaire.

Kinésithérapie

La kinésithérapie est un élément essentiel du traitement. Elle doit être mise en place précocement et poursuivie régulièrement pour conserver la mobilité articulaire, la trophicité musculaire et la force, et prévenir, limiter voire corriger les déformations articulaires. De plus, si la maladie est principalement axiale, il convient de prévenir la raideur de la colonne vertébrale et d'effectuer des exercices respiratoires.

2.5 Quels sont les effets secondaires des traitements médicamenteux ?

Les médicaments utilisés dans le cadre du traitement de la SpA-ERA juvénile sont généralement bien tolérés.

Une intolérance gastrique, effet secondaire principal des anti-inflammatoires non stéroïdiens (qui doivent donc être pris lors des repas) est moins fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Les AINS (autres que l'aspirine) peuvent provoquer une augmentation du taux de certaines enzymes hépatiques dans le sang, bien que cela soit très rare.

La sulfasalazine est plutôt bien tolérée ; les effets indésirables les plus fréquents sont des douleurs d'estomac, une augmentation des enzymes hépatiques, une diminution du taux de globules blancs ainsi que des réactions cutanées. Il est nécessaire de réaliser des examens de laboratoire régulièrement afin de contrôler toute toxicité éventuelle. L'administration de corticostéroïdes à long terme est associée à des effets secondaires modérés à graves, dont un retard de croissance et l'ostéoporose. La prise de corticostéroïdes à haute dose provoque une augmentation significative de l'appétit pouvant provoquer une obésité. Il est donc important d'inciter les enfants à manger des aliments pouvant satisfaire leur appétit sans augmenter leurs apports caloriques. La biothérapie (médicaments anti-TNF) est associée à une augmentation du risque infectieux. Un dépistage préventif de la tuberculose (latente) est obligatoire. À ce jour, rien ne prouve un risque accru de cancer (à l'exception de certaines formes de cancers de la peau chez l'adulte).

2.6 Quelle est la durée du traitement ?

Il convient de poursuivre le traitement symptomatique tant que la maladie est active. On ne peut pas prévoir la durée de la maladie. Chez certains patients, les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont particulièrement efficaces. Dans ce cas, il est possible d'interrompre le traitement rapidement, après quelques mois. Chez d'autres patients souffrant d'une maladie à évolution plus longue ou plus agressive, la sulfasalazine ainsi que les autres médicaments sont nécessaires pendant de nombreuses années. Un arrêt complet des médicaments peut être envisagé lorsque la maladie est en rémission totale et prolongée.

2.7 Qu'en est-il des traitements non conventionnels/complémentaires ?

De nombreux traitements complémentaires et alternatifs sont disponibles, ce qui peut créer des confusions chez les patients et leurs familles. Il convient de réfléchir mûrement aux risques et aux bénéfices de ces traitements, étant donné que les bénéfices connus sont faibles et qu'ils sont coûteux en termes de temps, d'efforts imposés à l'enfant et d'argent. Si vous envisagez ce type de traitements, parlez des

différentes options avec le rhumatologue de votre enfant. Certains traitements peuvent interagir avec les médicaments conventionnels. La plupart des médecins n'y sont pas opposés à condition que vous suiviez leurs recommandations. Il est très important de ne pas arrêter de prendre les médicaments qui vous ont été prescrits. Lorsque des médicaments vous ont été prescrits pour maîtriser la maladie, il peut être très dangereux de ne plus les prendre alors que la maladie est toujours active. En cas de questions quant à la médication, parlez-en au médecin de votre enfant.

2.8 Combien de temps cette maladie dure-t-elle ? Quel est le pronostic à long terme de cette maladie ?

L'évolution de la maladie diffère d'un patient à l'autre. Chez certains patients, l'arthrite disparaît rapidement grâce au traitement. D'autres présentent des périodes de rémission et de rechutes. Enfin, d'autres patients souffriront d'arthrite sans rémission. Dans la grande majorité des cas, les symptômes se limitent aux articulations et aux enthèses périphériques au début de la maladie. Au cours de la maladie, certains enfants et adolescents développent des atteintes des articulations sacro-iliaques et de la colonne vertébrale. Les patients souffrant d'arthrite périphérique et axiale persistante ont un risque accru de souffrir de lésions articulaires à l'âge adulte. Néanmoins, au début de la maladie, il est impossible de prévoir le pronostic à long terme de la maladie. En revanche, un traitement adéquat peut influencer favorablement l'évolution et le pronostic de la maladie.