

Arthrite juvénile idiopathique

Z. FITOURI et A. BEN MANSOUR

Service de Pédiatrie, Urgences et Consultations Externes, Hôpital d'Enfants Béchir Hamza de Tunis

Les articles lus pour vous sont écrits par :

C. Deslandres. Arthrite juvénile idiopathique : définition et classification. Archives de Pédiatrie 23 (2016) : 437- 441

Eli M Eistein et Yackov Berkun. Diagnosis and classification of Juvenile idiopathic arthritis. Journal of autoimmunity 48-49 (2014) : 31-33

Les deux articles se rejoignent pour conclure qu'une nouvelle classification de l'arthrite juvénile idiopathique (AJI) ne tarde pas à venir.

Eli et Yackov se basent sur la pathogénie et les anomalies cytokiniques. C Deslandres rappelle les caractéristiques cliniques, para-cliniques et évolutives des différentes formes pour conclure que des groupes plus homogènes d'arthrite juvénile idiopathique doivent être distingués par une nouvelle classification.

L'arthrite juvénile idiopathique est un groupe d'affections définies par la présence d'arthrite de durée supérieure à 6 semaines, débutant avant l'âge de 16 ans et sans cause identifiée. Le synonyme d'AJI est l'arthrite rhumatoïde juvénile pour les nord américains. La classification internationale de l'AJI a été modifiée à plusieurs reprises : Durban 1997 puis Edmonton 2001. Cette dernière classe l'AJI en 6 formes : AJI systémique, oligoarthritis (extensive et non extensive), polyarthrite avec facteur rhumatoïde et à facteur rhumatoïde négatif, arthrite en rapport avec une enthésite (synonyme de spondylarthropathies pour la dénomination française), arthrite psoriasique et les arthrites non classées en se basant sur des critères d'inclusion et d'exclusion.

Cette classification a l'avantage de pouvoir classer 92% des AJI. Cependant des études de plus en plus nombreuses amènent à repenser cette classification pour les raisons suivantes :

- Les auteurs des deux articles rappellent que l'AJI systémique se distingue des autres formes par l'absence de prédominance féminine, l'absence d'auto-anticorps, d'associations auto-immunes ni d'antigènes HLA spécifiques.

En plus sur le plan clinique : l'AJI systémique peut ne pas répondre aux critères de classification ILAR car l'arthrite peut manquer initialement, ou même au cours de l'évolution rendant ainsi les critères diagnostiques inadaptés pour les formes systémiques pures. Il est à rappeler que l'arthrite n'est pas un critère obligatoire chez l'adulte (classification Yamaguchi).

Par ailleurs, il est démontré une surexpression des gènes exprimés à la surface des monocytes circulants et incriminés dans l'immunité innée ainsi qu'une réduction de l'expression des gènes des cellules N.K.

De plus, il a été démontré un rôle prédominant des cytokines IL1 et IL6 dans la pathogénie de l'AJI systémique confirmé par l'efficacité des biothérapies ciblant ces 2 cytokines. Tous ces éléments suggèrent que l'AJI systémique est une maladie plutôt auto-inflammatoire et donc très différente des autres formes qui correspondent à des anomalies de l'immunité adaptative.

- Concernant les formes oligo-articulaires et poly-articulaires à facteur rhumatoïde négatif : Les AJI oligoarticulaires représentent 50% des AJI. On y distingue les formes oligo-articulaires persistantes et les formes oligo-articulaires étendues.

Les AJI poly-articulaires sans facteur rhumatoïde sont hétérogènes : le sous groupe comportant des AAN + a des grandes similitudes avec les formes oligo-articulaires à AAN positifs concernant la prédominance féminine, le début précoce avant l'âge de 6 ans, la présence d'uvéite chronique (30% des formes oligo, et 4 fois plus dans les formes poly-articulaires AAN positifs comparativement aux formes poly-articulaires à ANN négatifs), l'asymétrie de l'atteinte articulaire, la rareté de l'atteinte des métacarpo-phalangiennes et de la hanche) et un pronostic meilleur que les formes polyarticulaires sans anticorps anti-nucléaires ou avec facteur rhumatoïde positif.

De ce fait, l'AJI oligo-articulaire et l'AJI polyarticulaire FR(-) AAN (+) devraient être classées dans une même rubrique.

- Concernant le groupe des arthrites psoriasiques, l'effet limitant le plus important de la classification de l'ILAR est d'imposer le diagnostic d'arthrites psoriasiques chez un enfant ayant un antécédent familial de psoriasis chez un parent de 1er degré alors qu'il peut être classé AJI oligo-articulaire.

En effet, les oligoarthritis avec ou sans antécédents familiaux de psoriasis ont la même présentation clinique et le même profil évolutif.

Le groupe des arthrites psoriasiques à révélation tardive, à prédominance masculine est plus proche des AJI à type enthésites et arthrites. De ce fait il devient illusoire d'individualiser les arthrites psoriasiques et il convient de les classer selon la présentation soit en AJI oligo-articulaire pour les formes précoces féminines soit en spondylarthropathies pour les formes tardives de l'adolescent.

- Concernant le groupe les spondylarthropathies juvéniles, la classification de l'ILAR ne permet pas d'inclure l'ensemble des spondylarthropathies à savoir les formes indifférenciées, celles associées aux MICI, les arthrites réactionnelles et les spondylarthrites psoriasiques.

Pour conclure, les auteurs des deux articles pensent que tenant compte des avancées considérables dans le domaine des maladies auto-inflammatoires, l'expérience acquise en matière de caractéristiques cytokiniques et de la biothérapie dans les différentes formes d'AJI doivent amener à une nouvelle classification de l'AJI.