Arthrite juvénile idiopathique : expérience d'un service de pédiatrie

Juvenile idiopatic arthritis : experience of a pediatric center

Safi. F [1,2], Moalla .I [1,2], Kamoun. D [1,2], Hsairi. M [1,2], Gargouri. L [1,2], Mahfoudh. A [1,2]

[1] Université de Sfax , Faculté de médecine de Sfax, Sfax, Tunisie
[2] Hopital Hédi Chaker, Service de pédiatrie urgences et réanimation pédiatriques, Sfax, Tunisie

RESUMÉ

L'arthrite juvénile idiopathique (AJI) est le rhumatisme inflammatoire le plus fréquent chez l'enfant. Le diagnostic repose sur les critères de classification de Durban édités en 1997 et révisés en 2001 en Edmonton.
Nous avons colligé 26 cas d'AJI. L'incidence était estimée à 60 cas/100 000 admissions/année.
Le sex ratio (F/M) était de 1,6. L'âge moyen de début de la maladie était de 7 ans et demi, toutes formes confondues. Cinq formes d'AJI ont été individualisées : la forme systémique (11%), la forme oligoarticulaire (46%), la forme polyarticulaire avec FR (11%), la forme polyarticulaire sans FR (26%) et l'enthésite en rapport avec une arthrite (4%).
Les arthralgies et les arthrites représentaient le mode de début le plus fréquent avec respectivement 19 cas (73%) et 14 cas (53%) dans notre série. La localisation articulaire était variable selon la forme clinique. Sur le plan thérapeutique, l'acide acétyl salicylique a été utilisé chez tous les malades. Neuf malades ont reçu le Méthotrexate. Deux patientes ont bénéficié d'une infiltration locale par Hexacétonide de Triancinalone. Une rémission complète a été obtenue chez 15 malades. Trois malades ont présenté des poussées. L'évolution a été marquée par la persistance des arthralgies chez 7 malades et l'apparition d'uvéite et glaucome bilatéraux chez une fille ayant la forme oligoarticulaire. Une meilleure connaissance des différentes formes cliniques de l'AJI est le meilleur garant d'une prise en charge précoce et adaptée.

Mots clés : arthrite juvénile idiopathique, enfant, épidémiologie

SUMMARY

Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA) is the most common inflammatory rheumatism in children. The diagnosis is based on the Durban classification criteria published in 1997 and revised in 2001 in Edmonton.
We have collected 26 cases of JIA. The incidence was estimated at 60 cases / 100,000 admissions / year. The sex ratio (F / M). was 1.6 The average age of onset of the disease was 7.5 years for all forms. Five forms of JIA were individualized: systemic arthritis (11%), oligoarthritis (46%), rheumatoid factor positive polyarthritis (11%), rheumatoid factor negative polyarthritis (26%) and enthesitis-related arthritis enthesitis (4%). Arthralgia and arthritis represented the most frequent mode of onset with 19 cases (73%) and 14 cases (53%) respectively in our series. Joint localization was variable depending on the clinical form. Therapeutically, acetyl salicylic acid has been used in all patients. Nine patients received Methotrexate. Two patients underwent local infiltration with Triancinalone Hexacetonide. Complete remission was obtained in 15 patients. Three patients presented with relapses. The course was marked by the persistence of arthralgia in 7 patients and the appearance of bilateral uveitis and glaucoma in a girl presentinig the oligoarticular form. A better knowledge of the different clinical forms of JIA is the best guarantee of early and appropriate management.

Key words: juvenile idiopathic arthritis, child, epidemiology

Auteur correspondant :
Dr Imen Moalla
Mail : imenemoalla@gmail.com

INTRODUCTION

L'AJI est une pathologie rare, mais non exceptionnelle. Elle représente le rhumatisme inflammatoire le plus fréquent chez l'enfant (1). Retenir cette maladie nécessite l'élimination de toutes les pathologies pouvant comporter une atteinte articulaire, qu'elles soient inflammatoires, infectieuses, tumorales ou autres (2).
L'AJI constitue un groupe hétérogène d'affections ayant fait l'objet de classifications successives. La classification la plus récente est celle proposée à Durban en 1997 et révisée en Edmonton en 2001. Elle permet de distinguer 7 formes différentes:
Arthrite systémique, oligoarthrite, polyarthrite avec facteurs rhumatoïdes (FR), polyarthrite sans FR, arthrite psoriasique, enthésite en rapport avec une arthrite (ERA), arthrite n'entrant dans aucune des catégories ci-dessus ou entrant dans au moins 2.
Nous nous proposons dans ce travail de déterminer les caractéristiques cliniques et paracliniques, d'étudier le profil évolutif et de décrire les modalités thérapeutiques d'AJI.

PATIENTS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude de type cohorte rétrospective, colligeant tous les patients hospitalisés pour AJI au service de pédiatrie urgences et réanimation pédiatriques de Sfax durant une période de 14 ans allant du 1-1-2005 au 31-12-2018.
Nous avons inclus tous les enfants âgés de moins de 16 ans présentant une arthrite de durée supérieure à 6 semaines et sans cause identifiée. Nous avons utilisé la classification d'Edmonton permettant de distinguer 7 formes:
Arthrite systémique, oligoarthrite, polyarthrite avec facteurs rhumatoïdes, polyarthrite sans facteurs rhumatoïdes, arthrite psoriasique, ERA, arthrite n'entrant dans aucune des catégories ci-dessus ou entrant dans au moins 2.
Une fiche d'exploitation préétablie a permis le recueil des données épidémiologiques, cliniques, paracliniques, thérapeutiques et évolutives.
Ces paramètres ont été par la suite recueillis et analysés sur un logiciel de statistiques SPSS 20.

RESULTATS

Nous avons colligé 26 cas d'AJI. Une prédominance féminine a été observée avec un sexe ratio (F/M) de 1,6. L'âge de début était compris entre 1 an 2 mois et 12 ans avec une moyenne de 7 ans et demi. L'âge de début était variable selon les formes cliniques (tableau I).

Tableau 1 : Répartition des formes d'AJI selon l'âge

FORMES D'AJI	Age moyen	Extrêmes
OLIGOARTHRITE	8 ans	1 an 7 mois - 12 ans
POLYARTHRITE AVEC FR	6 ans et demi	1 an 2 mois - 6 ans et demi
POLYARTHRITE SANS FR	8 ans	4 ans - 12 ans
ARTHRITE SYSTEMIQUE	5 ans	3 ans - 6 ans et demi
ERA	9 ans	

Les 26 cas se répartissaient selon les critères d'Edmonton, en 10 cas de forme polyarticulaire (38%) dont 3 cas avec FR soit 11% et 7 cas sans FR soit 26%, 12 cas de forme oligoarticulaire (46%), 3 cas de forme systémique (11%) et 1 cas d'ERA (4%) (Figure 1).

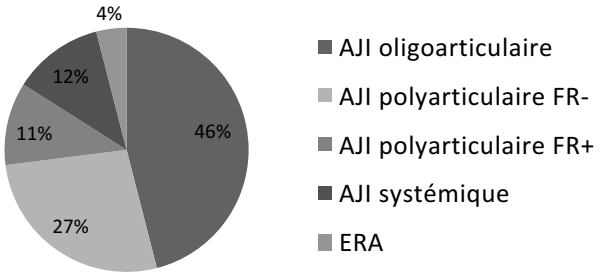

Figure 1 : Répartition des patients selon la forme clinique de l'AJI

Les arthralgies et les arthrites représentaient le mode de début le plus fréquent dans toutes les formes d'AJI. Les arthralgies étaient présentes dans 19 cas (73%) et les arthrites dans 14 cas (53%). Les myalgies ont été rapportées dans 2 cas. Aucun cas d'atteinte ophtalmologique ni cutanée n'a été objectivé à l'admission. Les signes cliniques étaient variables selon la forme de l'AJI (tableau II).

Tableau 2 : Présentation clinique selon la forme d'AJI

FORMES D'AJI	Signes articulaires	Signes généraux
OLIGOARTHRITE	Monoarticulaire : 10 cas Nombre moyen d'articulations touchées par malade : 3 Localisation de l'arthrite: genou: 10 cas / cheville : 2 cas	
POLYARTHRITE AVEC FR	Nombre moyen d'articulations atteintes par malade : 8 Arthrites symétriques : 2 cas	AEG : 1 cas Adénopathie axillaire : 1 cas
POLYARTHRITE SANS FR	Nombre moyen d'articulations atteinte par malade : 8 Arthrites symétriques : 3 cas Déformation du pouce en col de cygne : 1 cas	Fièvre prolongée (20 jours) : 1 cas AEG : 1 cas
ARTHRITE SYSTEMIQUE	Nombre moyen d'articulations atteintes par malade : 4 Localisation de l'arthrite : genou, poignet et l'articulation sacro iliaque Arthrite bilatérale : 2 cas	Fièvre : 100% des cas AEG : 2 cas Adénopathies sous maxillaires : 1 cas SMG : 1 cas
ERA	Localisation de l'arthrite : IPP Atteinte enthésique : talalgies bilatérales	

AEG : altération de l'état général
SMG : splénomégalie
IPP : interphalangienne proximale
ERA : enthésite en rappaort avec une arthrite

Sur le plan biologique, la vitesse moyenne de sédimentation (VS) moyenne était de 67mm à la première heure et de 85 mm à la deuxième heure toutes formes confondues. Une anémie hypochrome microcytaire a été observée dans 7 cas, une hyperleucocytose dans 7 cas et une hyperplaquettose dans 11 cas. Le dosage du FR ne s'est révélé positif que chez les 3 enfants présentant la forme polyarticulaire avec FR. Les anticorps anti nucléaires (AAN) étaient positifs chez trois malades présentant la forme oligoarticulaire, 1 ayant la forme polyarticulaire avec FR et 1 patient atteint de la forme polyarticulaire sans FR. La recherche d'anticorps anti-CCP était effectuée chez deux malades présentant la forme oligoarticulaire, elle s'est révélée positive dans un cas. Sur le plan radiologique, 17 radiographies standards ont été réalisées dont 2 se sont révélées pathologiques montrant un Stade I et II de Steinbrocker. L'échographie articulaire réalisée dans 9 cas, s'est révélée sans anomalies dans 3 cas et a montré un épanchement intra articulaire dans les autres cas, une ténosynovite bilatérale dans un cas et une myosite dans un autre cas. L'IRM articulaire faite dans 3 cas, a montré un épanchement intra articulaire dans tous les cas, une ténosynovite bilatérale dans un cas et un chondromatose secondaire dans un cas (Figure 2).

Figure 2 : Coupe sagittale du genou en pondération T2 montrant un épanchement intra articulaire, une infiltration des parties molles et des ostéochondromes multiples.

Concernant la prise en charge thérapeutique, plusieurs traitements médicaux ont été utilisés toutes formes confondues d'AJI (Tableau III).

Tableau 3 : Les traitements médicaux utilisés selon les différentes formes cliniques

FORME	Traitement	Nombre de cas
OLIGOARTHRITE	**AAS**	**12**
	Corticoides + AINS	**2**
	MTX	**3**
	Infiltration locale	**2**
POLYARTHRITE AVEC FR	**AAS**	**3**
	diclofénac	**1**
	corticoide	**1**
	MTX	**1**
POLYARTHRITE SANS FR	**AAS**	**7**
	diclofénac	**1**
	corticoide	**1**
	MTX	**4**
SYSTEMIQUE	**AAS**	**3**
	diclofénac + salazopyrine	**1**
	MTX	**1**
ERA	**AAS**	**1**

AAS : acide acétyl salicylique
AINS : anti inflammatoire non stéroidien
MTX : méthotrexate

La dose d'acide acétyl salicylique était de 80-100 mg/kg/jour. Le méthotrexate était utilisé à la dose de10 -15 mg/m2/semaine.
Vingt cinq enfants ont été régulièrement suivis à notre consultation. Le malade présentant une ERA a été perdu de vue. Une patiente a présenté comme complication une uvéite qui a évolué par poussées indépendamment de l'atteinte articulaire et s'est compliquée de glaucome bilatéral. Cette complication était réfractaire au traitement. Le Tableau IV résume l'évolution chez les différents malades, avec un recul moyen de 2 ans 7 mois.

Tableau 4 : L'évolution selon les différentes formes cliniques

FORMES d'AJI	Favorables sans poussés	Poussés	Complications
OLIGOARTHRITE	11 patients	Une poussée à 1 an 3 mois après le disgnostic : un patient	uvéite antérieure bilatérale chronique et un glaucome bilatéral : un patient
POLYARTHRITE AVEC FR	3 patients		
POLYARTHRITE SANS FR	5 patients	deux poussées à 2 ans et à 4 ans après le diagnostic : un patient	déformations au niveau des poignets et des pouces : un patient
ARYHRITE SYSTEMIQUE	3 patients		

DISCUSSION

L'AJI est une pathologie rare, mais non exceptionnelle de l'enfant. L'incidence et la prévalence sont respectivement estimées à 1,6 et 23/ 100 000 enfants et 3,8 et 400/100 000 enfants (3).
L'âge moyen de début de la maladie varie selon les études de 3,1 à 7,8 ans (4,5). Dans notre travail, l'âge de début était compris entre 1 an 2 mois et 12 ans avec une moyenne de 7 ans et demi.

L'AJI touche préférentiellement les filles. Ceci a été approuvé par plusieurs études (6). De même dans notre travail l'AJI a concerné 16 filles versus 10 garçons avec un sexe ratio de 1,6. La forme oligoarticulaire est la forme prédominante, son taux varie selon les séries de 40 à 60% des cas (7–10). Elle représente 46% de l'ensemble des AJI dans notre série. La forme polyarticulaire sans FR présente la deuxième forme la plus fréquente, avec une fréquence variant de 20 à 30 % selon les séries (9,11,12). C'est le cas pour notre série où la forme polyarticulaire sans FR a occupé la 2ème place avec une fréquence de 27% de l'ensemble des cas. L'AJI systémique représente 10 à 15% de l'ensemble des cas d'AJI (13). Dans notre travail, cette forme a représenté 12% des cas. Quant à la forme polyarticulaire avec FR est une forme rare chez l'enfant. Sa fréquence est inférieure à 5% de l'ensemble des AJI selon les différentes séries (8,14,15). Dans notre série, elle représente 11% des cas. L'ERA représente 5–10 % des cas de l'ensemble des AJI (20). Elle a concerné un garçon dans notre étude et aucun cas d'arthrite psoriasique n'a été objectivé. Le tableau clinique de l'AJI varie selon la forme clinique. Dans la forme oligoarticulaire, les arthrites prédominent aux membres inférieurs ; elles sont plutôt asymétriques. Le motif de consultation est souvent une augmentation du volume de l'articulation ou une boiterie. Dans notre série, le début était monoarticulaire chez 10 malades. Les arthrites ont touché le genou chez 10 patients et la cheville dans 2 cas. Tous les patients ont gardé une forme oligoarticulaire non extensive. L'iridocyclite étant un signe caractéristique de la forme oligoarticulaire, touche environ 30 % des patients. Elle peut précéder l'arthrite dans moins de 10% des cas. Cette atteinte peut engager le pronostic fonctionnel visuel. Ainsi un examen ophtalmologique à la lampe à fente doit être pratiqué dès le diagnostic et renouvelé tous les 3 mois. L'iridocyclite est d'autant plus fréquente qu'il existe des AAN. Son évolution se fait par poussées indépendamment de l'atteinte articulaire (16). Dans ce travail, la forme monoarticulaire d'AJI a été compliquée d'une sclérite dans un cas et d'une uvéite chronique antérieure bilatérale chez une patiente ayant des AAN (+). Cette uvéite était asymptomatique et découverte après 4 ans d'évolution lors d'un examen ophtalmologique systématique. Elle a évolué par poussées indépendamment de l'atteinte articulaire et s'est compliquée de glaucome bilatéral. Concernant la forme polyarticulaire avec FR, la présentation typique est une polyarthrite symétrique atteignant les petites articulations des mains et des pieds. Par ailleurs les grosses articulations peuvent également être touchées comme dans notre étude. Les atteintes extra-articulaires sévères sont très rares telle que l'insuffisance aortique (17).

La forme polyarticulaire sans FR est hétérogène. En effet, elle regroupe d'authentiques polyarthrites de type rhumatoïde mais sans FR et des AJI comparables aux AJI oligoarticulaires extensives avec AAN (début précoce, atteinte asymétrique, présence d'uvéite), ainsi que de très rares formes enraidissantes (18). Dans notre travail, les arthrites étaient symétriques chez 7 malades. Concernant la forme systémique, plusieurs observations montrent que cette forme d'AJI résulte de mécanismes différents de ceux des autres formes d'AJI et la classent parmi les maladies auto-inflammatoires. La fièvre est le signe clinique initial le plus fréquent. Il est quasi constant au début. C'est une fièvre prolongée d'au moins 15 jours. Elle est oscillante au cours de la journée, la courbe thermique typique est caractérisée par un pic par jour habituellement à plus de 39 °C, à peu près à la même heure surtout au cours du nycthémère (19). C'est une fièvre qui est peu sensible aux antipyrétiques à doses habituelles (20). Dans notre série, la fièvre était présente chez tous les malades. Elle était oscillante au cours de la journée avec un pic nocturne. La durée moyenne était de 35 jours (3-6 semaines). Dans cette forme systémique, l'atteinte des organes lymphoïdes se voit surtout dans les formes à évolution prolongée et très inflammatoires. Les adénopathies sont retrouvées dans 30 à 40% des cas et peuvent se voir dans les divers territoires sans relation avec les localisations articulaires (21). Une splénomégalie modérée, souvent tardive, peut survenir dans plus de 50% des cas. L'hépatomégalie est moins fréquente, elle est observée dans 10 à 16 % des cas. Dans notre série, un seul malade a présenté des adénopathies cervicales. Elles étaient indolores, mobiles et de consistance élastique. Un patient a présenté une splénomégalie à 2 travers de doigts. Aucun cas d'hépatomégalie n'a été objectivé. Quant aux signes articulaires, ils ne sont présents dès le début de l'affection que dans 75% des cas. Les arthrites sont le plus souvent symétriques et touchent par ordre de fréquence : les poignets, les genoux, puis les chevilles. L'atteinte des hanches et des coudes est plus tardive (22). L'atteinte du rachis cervical est assez fréquente pouvant être à l'origine d'un torticolis invalidant. L'atteinte temporo-mandibulaire survient tardivement, elle peut être extrêmement douloureuse et menant même à une dénutrition sévère. En général, les symptômes systémiques de fièvre et d'éruption cutanée disparaissent après l'apparition de la polyarthrite, ce qui rend difficile sa distinction de l'AJI polyarticulaire (3).

Dans notre étude, les signes articulaires étaient présents dès le début de l'affection chez tous les patients. La symétrie était présente dans la plupart des cas (2/3 patients). Elles ont intéressé le genou, le poignet et la hanche ce qui concorde avec la littérature. Aucun cas d'atteinte viscérale n'a été objectivé.

Concernant la prise en charge thérapeutique, le traitement symptomatique repose sur les anti- inflammatoires. L'Acide acétylsalicylique (AAS) est l'anti inflammatoire non stéroïdien le plus utilisé ayant plusieurs formes galéniques facilitant ainsi son adaptation thérapeutique. La dose recommandée est 80 à 100 mg/kg/jour pouvant aller jusqu'à 120 mg/kg/jour. Les corticoïdes ont un effet anti-inflammatoire puissant mais l'importance de leurs effets secondaires incite une prescription réfléchie (1).

Ils gardent surtout une place dans l'AJI systémique avec atteinte viscérale, dans l'AJI polyarticulaire dans l'attente de l'efficacité d'un traitement de fond et dans les uvéites. Dans notre étude, tous les malades ont bénéficié d'un traitement par l'AAS. Nous avons eu recours à la prednisone chez 5 malades ayant la forme oligoarticulaire, 1 ayant la forme polyarticulaire avec FR et 1 ayant la forme polyarticulaire sans FR.
Les injections articulaires de glucocorticoïdes sont souvent recommandées dans le traitement de l'arthrite active dans le cadre de l'AJI oligo-articulaire, en première ligne ou en seconde ligne après avoir essayé les AINS (2). Les corticostéroïdes à action prolongée sont utilisés pour les injections intra-articulaires et l'hexacétonide de triamcinolone s'est avéré plus efficace que l'acétonide de triamcinolone (4). Dans notre série, 2 patientes ayant la forme oligoarticulaire ont eu 3 injections en intra articulaire de la cheville d'hexacétonide de triamcinolone chacune à 4 mois d'intervalle. Concernant les traitements de fond, actuellement, le méthotrexate (MTX) est le traitement le plus fréquemment prescrit en 1ère ligne dans les AJI toutes formes confondues. Dans notre étude, le MTX était le traitement de fond de 1ère intention. Il a été prescrit chez 9 malades. La posologie était de 10-15mg/m2 par voie orale en association avec l'acide folique. Aucun cas d'intolérance ou effet indésirable au MTX n'a été observé. Les biothérapies ont révolutionné le traitement de l'AJI et d'autres maladies auto-immunes chez les enfants. Elles résultent d'une meilleure compréhension des mécanismes physiopathologiques de l'inflammation. Elles ciblent le réseau cytokinique pro-inflammatoire. Elles peuvent être utilisées seules ou en association avec le MTX. Les anti-TNF-alpha représentent la 1ère biothérapie utilisée dans l'AJI. Cependant, il s'agit d'un traitement d'introduction récente avec un recul encore court chez l'enfant. Cinq anti-TNF sont disponibles sur le marché, dont l'étanercept et l'adalimumab qui ont été largement utilisés chez les enfants atteints d'AJI. Pour les patients intolérants ou non répondeurs au MTX, les thérapies biologiques représentent une bonne alternative. Parmi les anti-TNFα, les traitements approuvés pour la population pédiatrique comprennent l'Infliximab, l'Etanercept et l'Adalimumab. Bien qu'ils présentent un mécanisme d'action similaire, ces molécules ont montré une efficacité différente dans le traitement de l'uvéite.
Néanmoins, en Tunisie, l'absence de couverture sociale pour certains malades, le coût cher de ces médicaments ainsi que la non disponibilité de la plupart, sont à l'origine de la rareté d'utilisation de ces traitements dans notre pays. Dans notre étude, l'Adalimumab (Humira ®) a été prescrit pendant 2 ans chez une patiente présentant la forme oligoarticulaire compliquée d'uvéite antérieure bilatérale chronique résistante au MTX. Mais, l'uvéite a continué à évoluer et s'est compliquée de glaucome bilatéral. D'ailleurs, l'uvéite chez l'enfant est caractérisée par un mauvais pronostic et un risque plus élevé de complications secondaires, avec un fardeau socioéconomique considérable (14). Même si la rémission de l'uvéite peut atteindre 70-80%, l'uvéite représente la troisième cause de cécité dans les pays développés. Les complications les plus courantes incluent : cataracte (19-81% des patients), glaucome (8-38%), kératite (7-10%), synéchies (8-75%), œdème maculaire (8-42%), hypotonie oculaire (19%), décollement de la rétine, ischémie rétinienne et atrophie optique. Jusqu'à 30% des patients présentent une baisse l'acuité visuelle et jusqu'à 10% développent une cécité. Une corticothérapie locale associée aux mydriatiques est proposée pour les affections légères à modérées, surtout en cas d'atteinte antérieure. Une inflammation oculaire grave peut nécessiter un traitement systémique par corticoïdes par voie orale ou intraveineuse. Dans les cas de cortico-résistance ou de cortico-dépendance, des immunomodulateurs systémiques devraient être envisagés. Une méta-analyse récente a mis en évidence une efficacité supérieure de l'Adalimumab et de l'Infliximab par rapport à l'Etanercept (9). Bien que pas encore approuvé, le Golimumab a été décrit comme une nouvelle option thérapeutique prometteuse d'uvéite sévère chez les patients n'ayant pas répondu à d'autres agents biologiques.
L'Adalimumab est l'agent biologique anti-TNFα relatif le plus récent utilisé dans l'AJI. Ila été utilisé pour la première fois chez les patients présentant une uvéite liée à l'AJI avec de bons résultats. Son efficacité dans l'AJI a été rapportée par Lovell et al particulièrement dans les formes polyarticulaires (5,7,12).
Selon les recommandations de l'ACR de 2011, l'Adalimumab est suggéré après l'échec d'un premier médicament anti-TNFα, généralement de l'Etanercept, ou comme premier traitement en cas de présence d'uvéite (12). L'évolution de l'AJI varie selon les études. La plupart des séries ont montré que 40 à 60 % des patients avaient une maladie inactive dans le suivi. Les études récentes ont montré que le pronostic s'est globalement amélioré ces dix dernières années. Les facteurs de mauvais pronostic sont la sévérité, l'extension de l'atteinte initiale, l'atteinte symétrique, l'atteinte précoce du poignet ou de la hanche, la présence de FR, l'activité persistante de la maladie et l'atteinte érosive précoce sur les radiographies. Une surveillance ophtalmologique avec examen par lampe à fente systématique est recommandée. L'AJI systémique a une évolution variable. Dans la moitié des cas, la maladie évolue par poussées suivies de périodes de rémission. Dans l'autre moitié, la maladie évolue de façon chronique. Souvent, les signes systémiques disparaissent mais le patient a une arthrite chronique destructrice. Cette forme est certainement la forme la plus sévère des AJI. Le syndrome d'activation macrophagique peut mettre en jeu le pronostic vital s'il n'est pas diagnostiqué et traité précocement. Les patients présentant la forme oligoarticulaire ont généralement le meilleur pronostic. Néanmoins, certains auteurs ont rapporté un taux de rémission après six à dix ans d'évolution de seulement 23 à 47 % des cas. L'atteinte érosive est plus fréquente dans les formes polyarticulaires. L'irido-

cyclite non traitée précocement peut laisser des séquelles (synéchies, glaucome, cataracte). La forme polyarticulaire avec FR évolue comme la polyarthrite rhumatoide de l'adulte vers une atteinte déformante et destructrice. Le pronostic de la forme polyarticulaire sans facteur rhumatoide et l'ERA est variable. L'amylose viscérale secondaire est une complication très rare mais redoutable de formes ayant une activité inflammatoire prolongée elle complique 1 à 2 % des formes systémiques. La recherche d'une protéinurie régulière est nécessaire.Le retard de croissance est fréquemment observé au cours de l'AJI et peut constituer une séquelle grave. Il se constitue le plus souvent lors des premières années de la maladie et s'accentue au cours des poussées. La GH recombinante a révolutionné le traitement des enfants et des adolescents présentant ces troubles de croissance.

CONCLUSION

Une meilleure connaissance des différentes formes cliniques de l'AJI est le meilleur garant d'une prise en charge précoce et adaptée visant à améliorer le pronostic vital pour les formes systémiques et le pronostic fonctionnel pour les autres formes.

BIBLIOGRAPHIE

[1] Thierry S, Fautrel B, Lemelle I, Guillemin F. Prevalence and incidence of juvenile idiopathic arthritis: Review of the literature. Rev du Rhum (Edition Fr. 2014;81(2):123–30.

[2] Deslandre C. Arthrite juvénile idiopathique : Définition et classification. Arch Pediatr. 2016;23(4):437–41.

[3] Martini A, Ravelli A, Avcin T, Beresford MW, Burgos-Vargas R, Cuttica R, et al. Toward new classification criteria for juvenile idiopathic arthritis: First steps, pediatric rheumatology international trials organization international consensus. J Rheumatol. 2019;46(2):190–7.

[4] Lovell DJ, Brunner HI, Ringold S, Weiss PF, Martin N, Consolaro A, et al. The American English version of the Juvenile Arthritis Multidimensional Assessment Report (JAMAR). Rheumatol Int [Internet]. 2018;38(1):35–42.

[5] Jamar AR, Quartier P, Hofer M, Wouters C, Thanh T, Truong T, et al. The French version of the Juvenile Arthritis Multidimensional. Rheumatol Int. 2018;38(1):195–201.

[6] Job-Deslandre C. Arthrites juvéniles idiopathiques. EMC - Appar locomoteur. 2007;2(2):1–16.

[7] Jamar AR, Orbán I, Constantin T, Dérfalvi B, Sevcic K, Garan D, et al. The Hungarian version of the Juvenile Arthritis Multidimensional. Rheumatol Int. 2018;38(1):243–50.

[8] Jamar AR, Wulffraat N, Kamphuis S, Swart JF, Vastert S, Dijkhuizen P Van. The Dutch version of the Juvenile Arthritis Multidimensional. Rheumatol Int. 2018;38(1):139–46.

[9] Consolaro A, Bovis F, Pistorio A, Cimaz R, Benedetti F De, Miniaci A, et al. The Italian version of the Juvenile Arthritis Multidimensional Assessment Report (JAMAR). Rheumatol Int. 2018;38(1):251–8.

[10] Hofer M, Scheven A Von, Matthieu G, Pierre S, Carine Q, Vanoni F, et al. The Swiss French version of the Juvenile Arthritis Multidimensional Assessment Report (JAMAR). Rheumatol Int. 2018;38(1):379–86.

[11] El Y, Dalia M, Mikkawy ME El, Youssef SS, El M, Nagwa G, et al. The Egyptian Arabic version of the Juvenile Arthritis Multidimensional Assessment Report (JAMAR). Rheumatol Int. 2018;38(1):155–61.

[12] Assessment M, Jamar R, Pedrosa TA, Claudia F, Magalhães S, Knupp S, et al. The Brazilian Portuguese version of the Juvenile Arthritis. Rheumatol Int. 2018;38(1):59–66.

[13] Quartier P. Maladie de Still (forme systémique d'arthrite juvénile idiopathique). Arch Pediatr. 2008;15(5):865–6.

[14] Jamar AR, Harjacek M, Lamot L, Lamot M, Vidovic M, Paleka E, et al. The Croatian version of the Juvenile Arthritis Multidimensional. Rheumatol Int. 2018;38(1):115–22.

[15] Jamar AR, Nikishina I, Alexeeva E, Arsenyeva S, Salugina S, Kaleda M. The Russian version of the Juvenile Arthritis Multidimensional. Rheumatol Int. 2018;38(1):339–46.

[16] Nirmala N, Brachat A, Feist E, Blank N, Specker C, Witt M, et al. Gene-expression analysis of adult-onset Still ' s disease and systemic juvenile idiopathic arthritis is consistent with a continuum of a single disease entity. Pediatr Rheumatol. 2015;1–6.

[17] Kumar S, Kunhiraman DS, Rajam L. Application of the Yamaguchi criteria for classification of " suspected " systemic juvenile idiopathic arthritis (sJIA) Application of the Yamaguchi criteria for classification of " suspected " systemic juvenile idiopathic arthritis (sJIA). 2012;

[18] El Maghraoui A. Arthrite juvénile idiopathique. Press Medicale. 2014;43(1):27–33.

[19] Belot A. Nouvelle classification des arthrites juvéniles idiopathiques : vers la fin de la tour de Babel ? Rev du Rhum (Edition Fr. 2018;85(1):4–6.

[20] Prieur AM. Arthrite juvénile idiopathique: Classification et nosologie. Rev du Rhum (Edition Fr. 2003;70(6):482–7.

[21] Job-deslandre C. Comment faire le diagnostic d ' arthrite juvénile Juvenile idiopathic arthritis : diagnostic procedure. 2013;1997(3):26–9.

[22] Solau-Gervais E, Robin C, Gambert C, Troller S, Danner S, Gombert B, et al. Prévalence et distribution des arthrites juvéniles idiopathiques dans une région de l'Ouest de la France. Rev du Rhum (Edition Fr. 2010;77(1):55–8.