

Préambule: Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles. Les diapositives de l'orateur sont normalement disponibles sur le site Internet <http://dea.hug-ge.ch/enseignement/formcontinue.html> le nom d'utilisateur est "formationcontinue" et le mot de passe est "pediatrie", en minuscules et sans accents.

Présentation de cas en pédiatrie, Genève le 28 février 2012

Fièvre, inflammation et douleurs articulaires en 3 cas

Dr. V. Genoud, S. Guinand, et F. Vanoni et discutés par le Dr M. Hofer

Une fille de 13 ans présentant une polyarthralgie depuis 1 an, des grandes articulations, avec absence de rougeur, et une réponse partielle aux AINS. L'anamnèse familiale est négative pour les maladies rhumatismales, elle pèse 48 kg pour 171 cm, présente une hyperlaxité des articulations (évaluable par le test de Beighton, positif si supérieure à 4) Un diagnostic différentiel se pose entre arthrite juvénile, Lyme, infection. Le bilan sanguin n'objective pas d'inflammation, le FAN est négatif, le HLAB27 négatif ainsi que la sérologie de Lyme. Revue à 2 mois, il y a persistance des douleurs sans inflammation.

Ce cas est représentatif d'un syndrome douloureux chronique. Il y a des douleurs sans évidence de maladie inflammatoire ni orthopédique, en particulier dans ce cas ni arthrite ni enthésite: le status est sans signe évocateur d'inflammation.

L'imagerie n'est pas utile.

Il s'agit d'un diagnostic d'exclusion. Le suivi de l'évolution est important, l'absence d'aggravation parle contre un rhumatisme.

Les douleurs de croissance (douleurs nocturnes bénignes de l'enfant) sont souvent évoquées. Elles touchent 10 à 20% des enfants, qui se plaignent de crampes, surtout dans les mollets, surtout le soir et la nuit, mais pas le matin. Les douleurs cèdent au massage, l'examen est normal.

Attention à la possibilité d'un rhumatisme ou d'une maladie oncologique

L'hyperlaxité ligamentaire est fréquente, surtout au pouce, à l'extension des MCP, coudes genoux, paumes au sol.

L'algo neuro dystrophie se voit plus souvent chez le patient anxieux. Les douleurs surviennent dans un membre, avec dysesthésie, fluctuent dans le temps. La température cutanée peut être diminuée. Il peut y avoir hyper ou hypo captation à la scintigraphie. La physiothérapie est utile, le traitement par calcitonine reste discuté, le bloc sympathique est une mesure héroïque rarement utilisée.

Un garçon de 5 ans en bonne santé habituelle, aux antécédents de torsion testiculaire, d'arthrite réactionnelle, consulte pour un EF prolongé entre 38 et 40° avec douleurs diffuses et boiterie. Il a été mis sous amoxicilline en Italie. A l'examen, on relève un exanthème en cocarde, un examen ORL normal, cardiorespiratoire normal, un abdomen souple sans organo-mégalie, un refus de marche. Le bilan pratiqué à Genève objective un syndrome inflammatoire avec CRP à 192, VS à 43, des CK normales et il est hospitalisé pour investigations.

Un état fébrile de plus d'une semaine, avec éruption et douleurs articulaires pose le diagnostic différentiel entre

- maladie de Still (diagnostic d'exclusion)
- infection (virale, bactérienne, mycobactérie)
- onco-hématologique (lymphome, leucémie, neuroblastome) (la ponction biopsie de moelle est utile)

Dans le cas particulier, la maladie de Still est évoquée et l'enfant mis sous cortisone.

S'il s'agit d'une forme monocyclique, la cortisone peut souvent être arrêtée. Dans les autres cas, on poursuit avec un traitement de methotrexate puis anti TNF ou anti IL.

Pour que le diagnostic d'arthrite juvénile idiopathique soit retenu il faut que la maladie dure plus de 6 semaines (parfois dans les formes systémiques on n'attend pas 6 semaines), le début est avant l'âge de 16 ans et il faut exclure les autres maladies (par ex aussi le lupus).

Il y a différentes formes: systémiques, mono articulaire, oligoarticulaires,...

La fièvre peut fluctuer rapidement entre 40° et 37°

Une éruption cutanée existe généralement saumonée, mais parfois urticarienne.

Il y a une polyadénopathie, parfois une sérosite et un syndrome inflammatoire.

Le traitement est: AINS à haute dose, les stéroïdes, le methotrexate, les anti IL1 et IL6

La transplantation de cellules souches autologues est envisageable, mais le traitement est lourd et les rechutes possibles.

Traitement anti interleukine:

Anakrina (Kineret) (contre les récepteurs à interleukine) IL 1RA

Canakinumab (Ilaris) anti IL1 (actuellement en test, une injection par mois, mais coût très important, 18000 CHF par injection)

Tocilizumab (Actemra) anti IL6, injection iv toutes les deux semaines

(commentaire du Prof Belli: le Crohn est souvent associé à l'AJI, penser à doser la calprotectine fécale et faire un US Doppler digestif)

Avant de débiter un traitement, exclure une tuberculose (Mantoux ou TB spot, Rx Thorax)

Une fille de 12 ans se plaint de dorsalgies surtout matinales, avec raideur durant une dizaine de minutes. Elle a également des douleurs des talons, mais peut faire du ballet et du cirque. En raison d'une aggravation des douleurs, des AINS à haute dose sont introduits.

L'anamnèse familiale ne révèle pas de maladie rhumatismale.

A l'examen on note des douleurs diffuses des MCP, inter phalangiennes, poignets coudes, cervicales, lombaires.

Un diagnostic différentiel est posé entre AJI (arthrite juvénile idiopathique) de forme spondylarthritis, une origine infectieuse ou para infectieuse (Lyme, post streptococcique, etc.), des douleurs fonctionnelles

Le bilan sanguin est négatif pour HLA B27, FAN, facteur rhumatoïde.

Le diagnostic retenu est celui d'AJI HLA B27 négatif.

Par la suite la jeune fille présentera une uvéite, répondant à un traitement topique de cortisone, ce qui soutiendra le diagnostic.

Un traitement de Voltaren est introduit.

Les douleurs s'aggravent, une IRM reste normale; un traitement de salazopyrine apporte une bonne réponse. Dans ce cas, il n'y a pas d'arthrite, mais une raideur articulaire.

Il existe une spondylarthropathie et une atteinte de forme enthésique (inflammation des tendons sur l'attache osseuse).

Le diagnostic est retenu en cas d'arthrite et enthésopathie concomitantes, ou s'il y a arthrite ou enthésopathie associée à au moins deux signes: uvéite, HLAB27 positif, garçon de plus de 8 ans, anamnèse familiale positive, FR et FAN négatif, atteinte des sacro-iliaques ou rachidiennes

Traitement: essai avec salazopyrine, AINS, physiothérapie, stéroïdes, anti interleukine

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch