

Arthrites Juvéniles Idiopathiques (AJI)

I-Introduction :

A-Définitions:

- Une atteinte articulaire inflammatoire survenant avant l'âge de 16 ans et évoluant depuis au moins 6 semaines et retenue après élimination des diverses arthropathies d'étiologie définies.
- Les arthrites juvéniles idiopathiques (AJI) représentent un ensemble hétérogène d'affections dont les caractéristiques communes sont :
 - ✓ un début de la maladie avant l'âge de 16 ans
 - ✓ Inflammation articulaire
 - ✓ Ayant durée au moins 06 semaines
 - ✓ la nécessité d'exclure toutes les arthrites survenant dans le cadre de maladies définies notamment celles d'origine infectieuse, inflammatoire, auto-immune et hémato- oncologique (diagnostic d'élimination)

B-Etiopathogénie :

- La physiopathologie de ces atteintes est inconnue mais semble associer une susceptibilité génétique à des facteurs environnementaux
- Apparaissent comme une localisation articulaire d'une maladie générale traduisant un dérèglement immunitaire
- Très fréquente chez les sujets HLA B27,HLA A2 ,HLA DRB1,HLA DQA1,HLA DQB1,ainsi que des gènes des cytokines (IL1,IL6,TNF)
- La prévalence des AJI varie de 3,8 à 400/100 000 enfants

C-Epidémiologie: Selon la classification de l'International League of Associations for Rheumatology (ILAR) à Edmonton en 2001; les AJI comportent sept entités cliniques :

- la forme systémique d'AJI (FS-AJI), dite maladie de Still (4-17 % des cas)
- la forme oligoarticulaire (27-56 % des cas)
- la forme polyarticulaire sans facteur rhumatoïde dite séronégative (11-28 %)
- l'arthrite avec enthésite =Enthésite en rapport avec une arthrite (Spondylarthropathie Juvénile)(3-11 %)
- l'arthrite psoriasique=Rhumatisme psoriasique (2-11 %)
- la rare AJI polyarticulaire avec FR (polyarthrite rhumatoïde juvénile) (2-7 %)
- les arthrites inclassables

II -Classification:

Critère d'exclusion ++++

- a : Psoriasis ou histoire de psoriasis chez le patient ou chez un parent du 1^{er} degré
- b : Arthrite chez un garçon HLA B27 (+) ayant débuté après 6 ans
- c: Histoire pathologique associée HLA B27: spondylarthrite ankylosante, arthrite et enthésite, sacroiliite avec entérocolopathie inflammatoire (MICI) , uvéite antérieure aiguë chez un parent du 1^{er} degré
- d : Présence de facteur rhumatoïde de type IgM à 2 reprises à 3 mois d'intervalle
- e : Présence d'une arthrite systémique chez le patient

A -La forme à début systémiques (Forme systémique) FS-AJI : (Maladie de Still)

1- Signes Cliniques

- Début entre : 1-5 ans
- **Le diagnostic** de cette forme systémique nécessite la présence :
- ✓ **D'une fièvre quotidienne pendant au moins 15 jours** ; on documente le caractère typique de la courbe thermique (**oscillante**) sur au moins 3 jours consécutifs; idéalement, la température est prise et notée toutes les 4 heures et comporte un à deux pics > 39 °C quotidiens, avec retour rapide à une température normale ou basse (typiquement < 37 °C entre les pics)
- ✓ **D'une ou plusieurs arthrites** : qui peuvent cependant parfois n'apparaître qu'après plusieurs mois ou années; souvent des arthralgies/myalgies sont associées.
- ✓ Et au moins de l'un des éléments suivants :
 - **Éruption cutanée** : typiquement macules transitoires survenant lors des pics fébriles; sa présence associée à celle d'arthrite(s) est particulièrement évocatrice du diagnostic ; un dermographisme ou un aspect urticarien sont plus rares
 - **Hépatomégalie, splénomégalie et/ou adénomégalies**
 - **Sérite** (péricardite, épanchement pleural, épanchement péritonéal)

2-Signes articulaires:

- Peuvent être contemporains de l'atteinte systémique ou apparaître secondairement au cours de l'évolution ;il peut s'agir d'arthralgies ou d'arthrites :
- Atteinte est souvent bilatérale et symétrique
- Siège : genoux, chevilles, poignets, épaules, coudes et hanches , petites articulations des doigts, rachis cervical
- Au niveau des mains :l'atteinte prédomine au niveau des articulations métacarpophalangiennes (MCP) et les interphalangiennes proximales (IPP) :aspect fusiforme (doigts en fuseau)
- Poignet :gonflement dorsal avec limitation de la mobilité du poignet
- Genoux :très fréquemment atteints
- Chevilles: comblement rétro-malléolaire externe et interne
- Au niveau de la hanche : douleur /limitation de la mobilité (flession et extension à long terme)
- Au niveau du rachis cervical :cervicalgies avec limitation de la mobilité du cou
- Atteinte des articulations temporo-mandibulaires possible

3-Le diagnostic des formes systémiques est basé sur

- La présence d'une fièvre quotidienne durant au moins 2 semaines, d'une ou plusieurs arthrites et accompagnée d'au moins un des signes suivants :
- ✓ Eruption fugace (Rash cutané)
- ✓ Hépatomégalie, splénomégalie et/ou adénomégalies
- ✓ Épanchements séreux (péricardite, épanchement pleural ou péritonéal)
- Exclusions : a, b, c, d
- Avec une évolution des symptômes sur au moins 6 semaines

Des critères de diagnostic présomptif de FS-AJI sont en cours d'élaboration afin de permettre d'évoquer

Plus précocement le diagnostic et de proposer dans certains cas un traitement ciblé (biologiques) plus précoce :

- Un diagnostic présomptif pourrait être porté après 2 à 3 semaines d'évolution sur une présentation clinique évocatrice (en particulier une fièvre typique associée à des arthralgies et d'autres signes de la maladie) même en l'absence d'arthrite,
- Après avoir éliminé les principaux diagnostics différentiels
- Le risque d'erreur de diagnostic étant plus élevé en cas de diagnostic présomptif précoce

4- Signes biologiques : aucun bilan n'est spécifique, ils ont une valeur d'orientation

a-Signes inflammatoires

- ✓ La vitesse de sédimentation est très accélérée, souvent à plus de 100 mm à la première heure
- ✓ La CRP est augmentée
- ✓ Une élévation du fibrinogène
- ✓ Une hyperleucocytose pouvant atteindre 50 000/mm³ avec élévation des polynucléaires neutrophiles
- ✓ Une thrombocytose pouvant atteindre 800 000 à 1 000 000/mm³ sans risque de thrombose vasculaire
- ✓ L'anémie se constitue après quelques semaines; elle est de nature inflammatoire, hypochrome
- ✓ Ferritinémie est augmentée
- ✓ Une hypergammaglobulinémie polyclonale se constitue progressivement.

b-Tests immunologiques

- ✓ Les facteurs anti nucléaires (FAN=ANA:IFI) : négatifs
- ✓ Facteur rhumatoïde (FR): néphélométrie ou turbidimétrie, ELISA : négatif dans la forme systémique
- ✓ Anti peptides Citrullinés (ACPA =Anti -CCP) : négatifs
- ✓ Le complément CH50,C3,C4 normaux ou élevés

c-Examens paracliniques (SAM)

- ✓ Bilan hépatique, lipidique ,protidique
- ✓ Ionogramme
- ✓ Fibrinogène ,LDH

5-Signes radiologiques : atteinte osseuse se manifeste par :

- Ostéoporose localisée : précoce(métaphyses et épiphyses)
 - Périostite ou apposition périostée : irréversible après quelques mois d'évolution(métacarpes , phalanges, métaphyses des os longs)
 - Avance de certains points osseux
 - Lignes d'arrêt de croissance :lignes de Harris :lignes compactes transversales siégeant dans la métaphyse et parallèles à la plaque épiphysaire
- NB** : Association ostéoporose+périostite très caractéristique

- les lésions radiologiques peuvent être classées en 4 stades(Steinbrocker) :
 - I -Ostéopénie ,apposition périostée
 - II -Stade I+pincement articulaire
 - III-Stade II +érosion sous chondrales
 - IV-Stade III+fusion

6- Diagnostic différentiel

- Une infection bactérienne, virale ou parasitaire (leishmaniose viscérale)
- Une arthrite réactionnelle
- Une affection maligne : leucémie aiguë, lymphome, neuroblastome...
- Une maladie systémique : maladie de Kawasaki dans sa forme incomplète (surtout avant l'âge de 2 ans), autres vascularites pédiatriques (Takayasu, périartérite noueuse...), maladie inflammatoire chronique intestinale (MIC) en particulier une maladie de Crohn, lupus systémique, hépatite auto-immune, maladie de Castleman
- Un syndrome auto-inflammatoire d'origine génétique
- Un syndrome d'activation macrophagique non lié à une FS-AJI, notamment déficits immunitaires héréditaires (lymphohistiocytoses familiales)
- Une allergie médicamenteuse de type DRESS (Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms)

7-Complications

- Le syndrome d'activation macrophagique (SAM) : urgence vitale
Fièvre+Ferritine > 684 ng/ml avec 2 critères parmi les critères suivants :
 - ✓ Plaquettes ≤ 181 miles/l
 - ✓ ASAT > 48 u/l
 - ✓ Triglycérides > 1,56 g/l
 - ✓ Fibrinogène $\leq 3,6$ g/l
- Retard de croissance *et de la puberté*
- Polyarthrite destructrice
- Micro-rétrognathie
- Ostéoporose *généralisée*
- Amylose secondaire

8-Evolution

- Formes monocycliques : Une seule grande poussée, rémission complète définitive après quelques mois
10-40% des patients
- Formes polycycliques : Plusieurs poussées avec rémission complète entre deux poussées 2 à 35%
- Formes persistantes :
 - ✓ Activité de la maladie durable sur plusieurs années
 - ✓ Classiquement > 50% des FSAJI, pronostic réservé: systémique /polyarticulaire
 - ✓ Profil évolutif modifié par traitements récents (biologiques)

9-Facteurs de mauvais pronostic

- Formes polyarticulaires d'emblée
- Atteintes de hanche ,de poignet
- Intensité du syndrome inflammatoire et de la thrombocytose initialement ou au 3^{ème} et 6^{ème} mois
- Corticodépendance à 6 mois ou même à 3 mois \Rightarrow consensus pour introduire une biothérapie
- Mauvaise réponse à une première biothérapie

B-Arthrites à début oligo-articulaires ou AJI oligoarticulaire :

1-Diagnostic :

- Arthrite affectant 1 à 4 articulations durant les 6 premiers mois de la maladie.
- Selon l'évolution après 6 mois, on distingue deux sous-groupes : l'oligoarthrite persistante (≤ 4 articulations) et l'oligoarthrite étendue (≥ 5 articulations).
- Exclusions : a, b, c, d, e

2-Caractéristiques :

- L'atteinte initiale prédomine aux membres inférieurs et touche les grosses articulations, en particulier le genou, suivi de la cheville, du coude et du poignet.
- Les petites articulations des doigts et orteils, le rachis cervical et les articulations temporo-mandibulaires peuvent être atteintes.
- La douleur est variable, les symptômes généraux sont absents.
- La présence d'un syndrome inflammatoire est inconstante.
- les facteurs antinucléaires (FAN) sont présents dans 65 %
- la gravité de cette forme est liée à l'atteinte oculaire (1/3 cas) : FAN ↑ → atteinte oculaire ↑
- Examen ophtalmologique systématique (LAF) +++ à la recherche d'uvéite antérieure (à œil blanc) répété tous les 3 mois pendant les 5 premières années d'évolution pour éviter les complications potentiellement irréversibles comme les synéchies, le glaucome et la cataracte.
- Pronostic lié à l'atteinte oculaire

3-Diagnostic différentiel :

- En cas d'atteinte monoarticulaire, le premier diagnostic à envisager est celui d'une infection bactérienne si l'atteinte est récente : arthrite infectieuse non spécifique ou spécifique (tuberculeuse)
- Les autres diagnostics possibles sont les suivants :
un traumatisme, une malformation synoviale, une dystrophie synoviale, un angiome synovial, une tumeur synoviale, un ostéochondrome, un épanchement hémorragique secondaire à un trouble de l'hémostase hémophile
- Les diagnostics différentiels d'une forme comportant au moins deux atteintes articulaires rejoignent ceux des formes polyarticulaires

C-Arthrites à début polyarticulaire ou AJI polyarticulaire :

- ✓ Il s'agit de polyarthrites se manifestant par l'atteinte de 5 articulations ou plus dès les six premiers mois d'évolution.
- ✓ Potentiellement toutes les articulations peuvent être touchées (dont notamment les temporo-mandibulaires)
- ✓ La fièvre peut être présente, mais ne décrit pas de grandes oscillations et est souvent modérée
- ✓ L'âge de début est variable
- ✓ Une prédominance féminine est signalée
- ✓ Deux formes peuvent être distinguées :
 - l'arthrite juvénile idiopathique à début polyarticulaire sans facteur rhumatoïde, la plus fréquente,
 - Et l'arthrite juvénile idiopathique à début polyarticulaire avec facteur rhumatoïde, qui est très rare chez l'enfant

1-Arthrites à début polyarticulaire sans facteur rhumatoïde (Séronégative)

1-1 Diagnostic :

- L'atteinte touche 5 articulations ou plus au cours des premiers 6 mois de la maladie
- Exclusions : a, b, c, d, e
- FR et /ou anti CCP négatifs

1-2 Caractéristiques :

- L'âge de début est variable et une prédominance féminine est retrouvée.
- Dans la forme classique, l'atteinte articulaire est symétrique et à prédominance distale.
- Cliniquement : ^{Tardive}
- ✓ une première forme (classique) est caractérisée par une atteinte articulaire symétrique et un syndrome inflammatoire, elle concerne les filles comme les garçons d'âge moyen de 8 à 10 ans.
- ✓ Une deuxième présentation clinique, ^(P. éros) débutant en général avant 6 ans, se rapproche des formes oligo-articulaires touchant de préférence les filles, avec des facteurs antinucléaires et une uvéite. Le risque d'uvéite à œil blanc impose l'examen ophtalmologique à la lampe à fente tous les 3 mois pendant 5 ans comme dans les oligoarthritis.
- ✓ Enfin, une forme difficile à reconnaître est caractérisée par peu ou pas de synovite « polyarthrite sèche » et une raideur articulaire diffuse.
- Il faut rappeler que l'atteinte des articulations temporo-mandibulaires est fréquente avec risque de microrétrognathie.

2-Arthrites à début polyarticulaire avec facteur rhumatoïde (Séropositive)

2-1 Diagnostic :

- L'atteinte touche 5 articulations ou plus au cours des premiers 6 mois de la maladie
- Exclusions : a, b, c, e
- FR et /ou anti CCP positifs

2-2 Caractéristiques :

- Elle touche surtout les filles après la puberté
- Formes sévères ressemblant à la polyarthrite rhumatoïde de l'adulte
- L'atteinte articulaire est en général symétrique, souvent distale et très douloureuse
- Au cours de l'évolution, les atteintes articulaires se diffusent aux genoux, épaules et hanches
- lésions cutanées dont l'histologie est celle des nodules rhumatoïdes
- Les lésions radiologiques articulaires apparaissent assez rapidement, aboutissant souvent à des érosions
- Le syndrome inflammatoire biologique est souvent important.
- la présence de facteur rhumatoïde (FR) y est obligatoire, et les anticorps anti-peptides cycliques citrullinés (Anti CCP) sont présents dans 50 à 70 % des cas.
- Il s'agit du début précoce de la polyarthrite rhumatoïde de l'adulte : le HLA-DR4 y est retrouvé avec la même fréquence.
- Le pronostic est sévère en l'absence de prise en charge optimale.

3- Diagnostic différentiel

- Arthrites post-infectieuses et infectieuses : rhumatisme articulaire aigu, arthrite post-streptococcique, borréliose de Lyme, rickettsioses, mycobactéries, brucellose, salmonellose, maladie des griffes du chat, infections virales.
- MICI
- Sarcoïdose
- Maladies auto-immunes : lupus systémique, connectivite mixte (syndrome de Sharp), connectivite de chevauchement, poly-ou dermatomyosite, sclérodermie, un syndrome de Sjögren.
- Vascularites (périartérite noueuse, maladie de Wegener).
- Affection maligne : leucémie aiguë, lymphome.

4- Facteurs de mauvais pronostic

- Facteur rhumatoïde et ou anti CCP positifs
- Atteinte de la hanche
- Atteinte cervicale
- Atteinte distale et symétrique
- Rx: Pincement /érosions

D-Enthésite en rapport avec une arthrite (ERA) : définie par la présence :

- 1-Diagnostic :** le diagnostic d'ERA est retenu en présence :
- Arthrite + Enthésite (au point d'insertion du tendon à l'os)
 - Ou arthrite et au moins 2 critères suivants:
 - ✓ Douleurs sacro-iliaques et/ou rachialgies inflammatoires
 - ✓ Uvéite antérieure aigue
 - ✓ Présence de l'antigène HLA B27
 - ✓ Maladie HLA B27 associée chez un parent du premier degré : spondylarthropathie ou sacro-iliite avec entéropathie inflammatoire ,uvéite antérieure aigue
 - Exclusions : a, d, e

2- Caractéristiques :

- L'âge de début est en moyenne de 10 ans, la grande majorité des patients débutant la maladie après l'âge de 6 ans
- Une nette prédominance masculine
- Formes : périphérique +++ , axiale , enthésitique
- L'atteinte articulaire est classiquement limitée à 4 articulations, avec une nette prédominance aux **membres inférieurs** (genoux, pieds, hanches), en général asymétrique.
- Les articulations sièges d'arthrite sont gonflées, plus ou moins douloureuses et limitées
- L'atteinte du **squelette axial** : douleur du rachis dorsal ou lombaire, des articulations sacro-iliaques est rare au début
- la sacroiliite est recherchée par l'IRM
- Les douleurs d'enthésites (au niveau des zones d'insertion des tendons) sont présentes dans un tiers des cas au début et sont habituellement localisées au niveau du pied (insertion de l'aponévrose plantaire et du tendon d'Achille) et du genou (insertion du tendon rotulien sur la tubérosité tibiale antérieure).
- Un syndrome inflammatoire biologique est retrouvé dans 50 % des cas
- Il existe une forte association avec l'antigène **HLA-B27**
- **Uvéite antérieure symptomatique** qui se manifeste par des douleurs, une photophobie, et une **rougeur oculaire**

3-Diagnostic différentiel

- Arthrite infectieuse
- Arthrites réactionnelles post infection à Streptococque, Yersinia, Salmonelle, Shigella
- Les maladies systémiques auto-immunes
- MICI
- Artérite de Takayasu
- Les affections malignes (leucémie aiguë, lymphome)

E-Arthrite psoriasique : psoriasis+atteinte articulaire

1-Diagnostic

Arthrite et psoriasis ou arthrite et deux des critères suivants :

1. Dactylite (doigts ou orteils en saucisse)
2. Piqueté unguéal ou onycholyse
3. Antécédent familial de psoriasis chez un parent du premier degré
4. Exclusion : b, c, d, e

2- Caractéristiques :

- Atteinte articulaire asymétrique
- Elle touche les petites et les grosses articulations, ainsi que les tendons (ténosynovites), pouvant mener à un aspect de doigt ou orteil en « saucisse » (dactylite)
- Le tableau initial est souvent mono- ou oligoarticulaire et peut précéder l'atteinte cutanée.
- Psoriasis : avant, après, au même moment que l'arthrite

- L'uvéite à œil blanc peut être retrouvée dans les formes se rapprochant des oligoarthritis à début précoce avec facteurs antinucléaires (FAN positifs)
- La présence d'un syndrome inflammatoire est inconstante.

F-Formes inclassables = Indifférenciées

ne correspondent à aucune forme ; ou rassemblent des manifestations de 2 ou de plusieurs formes

III-Evolution : Elle évolue par poussées/rémissions de durées imprévisibles :

1°Forme systémique : signes systémiques régressent progressivement au cours de l'évolution ; les altérations radiologiques se majorent progressivement

2°Formes poly articulaires : ankylose (FR +)

3°Formes oligoarticulaires : Pronostic fonctionnel articulaire est bon ; la gravité est liée à l'atteinte oculaire.

IV-Rémission (ACR) : Critères de Wallace

- Aucune articulation inflammatoire
- Aucun signe clinique d'activité extra articulaire (fièvre, éruption cutanée, atteinte des séreuses, splénomégalie, adénopathies ou adénolymphites)
- Aucune élévation significative de la VS ni de la CRP
- EVA < 10/ 100 (échelle analogique visuelle) de l'activité de la maladie par le médecin
- Pas d'uvéite active
- Dérouillage matinal < 15 minutes

A-Maladie inactive en présence de tous les critères de Wallace

B-Rémission sous traitement : maladie inactive sous traitement depuis 6 mois

C-Rémission en dehors d'un traitement (sans traitement) : maladie inactive en l'absence d'un traitement depuis 12 mois

V-Séquelles et complications :

A-Fonction articulaire : classification de Steinbrocker :

1°Stade I : capacité fonctionnelle complète

2°Stade II : capacité fonctionnelle normale malgré : douleur, raideur

3°Stade III : capacité limitée

4°Stade IV : infirmité importante (alitement)

B-Croissance :

- Déficit statural global
- Inégalité de longueur des membres

C-Complications :

- SD d'activation macrophagique (maladie, traitement)
- Atteinte oculaire : en présence de FAN
- Infections
- Les accidents cardiaques
- Rénale : amylose rénale (F .systémique)

VI-PEC :

A-Buts :

- ✓ Obtenir une rémission la plus rapide possible
- ✓ Guetter et traiter des complications de la maladie
- ✓ Adapter un traitement d'entretien en fonction de l'évolution
- ✓ Prévenir les effets délétères du traitement
- ✓ Assurer une bonne qualité de vie et un bon développement psychosocial de l'enfant

VI-A Traitement médicamenteux :

A-Forme systémique :

1-AINS:

- ✓ Ibuprofène : 30-40 mg/kg/j : 3-4 prises
- ✓ Indométhacine : 2-3 mg/kg/j en 2-3 prises
- ✓ Naproxène : 20-30 mg/kg/j : 2 prises
- ✓ kétoprofène : 2,5-3 mg/kg/j
- ✓ Diclofénac : 3 mg/kg/j : 2 prises

surveillance des effets secondaires : toxicité digestive, hépatique, rénale, hématologique, neurologiques, SAM.

2-Corticoïdes :

- ✓ En cas d'échec des AINS
- ✓ Ou si péricardite ou complication
- ✓ La corticothérapie générale par voie orale est administrée initialement en 2 prises à une dose de 1 ou 2 mg/kg/jour (maximum 60 mg/jour) de prednisone ou équivalent puis en une prise matinale avec dégression progressive afin d'éviter les effets secondaires (retard de croissance, syndrome cushingoïde, amyotrophie, ostéoporose, tassement vertébral, nécrose aseptique de la tête fémorale, HTA, diabète, troubles comportementaux, dépression)
- ✓ Lorsqu'on a recours à des bolus de corticoïdes, la méthylprednisolone est généralement utilisée à la posologie de 15-30 mg/kg, sans dépasser 1 gramme/jour pour 3 jours consécutifs (SAM)

3-Immunosuppresseurs:

Méthotrexate : 10 -15 mg/m²/semaine en association à l'acide folique ou folinique per os ou en sous cutanée

ES: toxicité hépatique, gastro-intestinale, médullaire, pneumonie interstitielle

4 -Biothérapie: a révolutionné la PEC des AJI

.. les antagonistes de l'IL-1 :

Anakinra: 2 mg/kg/j en S/C + surveillance clinique et biologique (NFS/bilan hépatique)

Canakinumab : 4 mg/kg en S/C toutes les 4 semaines

.. les Antagonistes de l'IL-6 : Tocilizumab

B-Forme oligoarticulaire :

1. AINS
2. Traitement local : injection intra articulaire de corticoïdes (Héxacétone de triamcinolone)
3. MTX
4. Biothérapie :
Anti TNF alpha ++: Etanercept, Adalimumab, Infliximab
Anti IL 6

C-Forme polyarticulaire

1. AINS
2. Méthotrexate
3. Biothérapie
Anti TNF alpha ++: Etanercept, Adalimumab, Infliximab
Anti IL 6
4. CTC : rarement prescrits (courte durée en cas de poussée)

D-Enthésite en rapport avec une arthrite et Rhumatisme psoriasique

1. AINS

2. Traitement local : Injection intra articulaire de corticoïdes (Héxacétonide de triamcinolone)

3. MTX

4. Anti TNF alpha: Etanercept, Adalimumab, Infliximab

E-Les localisations oculaires : Ophtalmologiste : collyre de CTC +dilatateurs pupillaires

F-GMO : utilisée dans les formes résistantes d'AJI

VI-B-Rééducation fonctionnelle :

- Pierre angulaire dans la prise en charge multidisciplinaire spécialisée
- Intensive et intégrée dans la vie quotidienne de l'enfant

elle conditionne le pronostic fonctionnel à long terme : doit être : précoce, quotidienne, indolore

a-Phase aiguë (inflammatoire) :

-Repos

-Eviter les positions vicieuses

-Mouvements passifs indolores

-Orthèses de repos

b_Phase subaiguë et chronique :

-Lutter contre les rétractions musculaires

-Orthèse de fonction et de redressement

-Mobilisation passive et active (piscine et cyclisme)

c-Phase de rémission : Activité sportive de fond

VI-C-Traitement chirurgical :

Indication tardive : correction des attitudes vicieuses

VI-D-Psychothérapie :

La PEC psychologique des parents et de l'enfant nécessaire et fait partie des mesures thérapeutiques

CONCLUSION

- ❖ L'AJI est une affection souvent longue et chronique , l'étiopathogénie reste encore obscure
 - ❖ Diagnostic et la PEC doivent être précoces
- ❖ La qualité de la rémission et par la suite de la vie quotidienne et professionnelle de ces enfants est largement tributaire de la précocité et de la valeur de la PEC
 - ❖ La biothérapie a révolutionné la PEC.