

Arthrite chronique juvenile

- Affection rare
- Cause pluri factorielle : génétique, environnementales, immunitaires
- 2 pic de fréq. de la maladie : 1-4 ans et 9-14 ans
- s. articulaires rarement isolés = maladie de système

- 3 grandes formes cliniques :
 - **la maladie de Still** : (50%)
 - jeune enfant, s. généraux très marqués, s. articulaires. au second plan, peut évoluer ensuite vers une forme polyarticulaire
 - **forme polyarticulaire** : (20%)
 - = polyarthrite rhumatoïde de l'adulte
 - **forme oligo articulaire** : (30%)
- évolution souvent favorable

Physiopathologie de l'arthropathie

- Epaissement de la synoviale + sécrétion abondante de liquide synovial = douleur, rougeur, chaleur = pannus synovial
- Si persistance ou récurrence : altération de la capsule et des ligaments péri articulaire = perte des propriétés élastiques = rétractions (enraidissement), ou distention (instabilité)
- Le pannus érode le cartilage = destruction des surfaces articulaires = fusion = ankylose
- Douleur + impotence = atrophie muscles péri-articulaires

articulations concernées

- poignets
- Genoux
- Chevilles

Moins fréquemment :

- les doigts, le coude, l'épaule, la hanche, la mâchoire
- le rachis cervical(C1 et C2), les orteils

Douleurs de types inflammatoires :

dérouillage matinal,
améliorées par le mouvement

- **Explorations complémentaires :**
-
- Radio = 4 stades de Steinbrocker
- **IRM = visualise synoviale, cartilage, épanchement**

Principes et buts des traitements

Ttt doit être précoce

1°) lutter contre l'inflammation et la douleur :

- ttt par voie général : aspirine, AINS, corticoïdes, immunosuppresseurs
- ttt médicaux locaux pour les formes oligo articulaire : inj. intra articulaire de corticoïdes, acide osmique (synoviorthèse)
- la physiothérapie +++

2°) prévenir et traiter l'atteinte articulaire, préserver la fonction

- la rééducation : kiné + ergo
 - prévenir les attitudes vicieuses
 - prévenir l'atrophie musculaire
 - faciliter les gestes de la vie quotidienne
- la chirurgie : formes évoluées = synovectomie, ténotomie, ostéotomie, arthroplastie hanche, genou

- **3°) préserver l'autonomie de l'enfant pour les AVQ**
- **4°) éducation thérapeutique et informations de l'enfant et de la famille**
 - **Éducation gestuelle**
 - **Gestion attelles de repos et de fonctions**

A la phase inflammatoire

Physiothérapie :

- chaleur : bains, paraffine, parafango
- froid : compresses humides, vessie de glace, cold pack

Immobilisation : rôle antalgique, non prolongée, retirée au moins 4 fois par jour pour des mobilisations

Entretien articulaire et musculaire :

- Mobilisations articulaires passives douces
- Entretien musculaire = contractions isométriques (auto exercices)
- balnéothérapie

Lorsque les signes inflammatoires régressent

- Exercices actifs aidés puis actifs simples, en insistant sur le travail des extenseurs. Travail actif contre résistance à distance de la poussée. Conseil d'exercice de dérouillage matinal
- Immobilisation nocturne seulement
- ergothérapie
- Conseils d'économie articulaire
- Conseils et adaptation pour les gestes de la vie quotidienne : habillage, toilette, repas, scolarité, loisirs
- Confections des orthèses de fonction main si besoin

Après la disparition des signes inflammatoires

- kiné jusqu'à récupération des amplitudes
- si perte d'amplitude = postures de correction
- Arrêt appareillage
- Poursuite des auto exercices,
reconditionnement à l'effort, pratiques
activités sportives