

TRAITEMENT MEDICAMENTEUX DES ARTHRITES IDIOPATHIQUES JUVENILES

Cet article discute dans les grandes lignes des médicaments utilisés dans le traitement des arthrites idiopathiques juvéniles. A l'image de la polyarthrite rhumatoïde chez l'adulte, il consiste généralement en un traitement anti-inflammatoire et un traitement de fond par un inducteur de rémission.

Les arthrites idiopathiques juvéniles (*Juvenile Idiopathic Arthritis* ou *JIA*), bien que rares, représentent les maladies rhumatismales les plus fréquemment rencontrées chez l'enfant. On distingue généralement les formes mono- ou oligoarticulaires (moins de 5 articulations atteintes; les plus fréquentes), les formes poly-articulaires (plus de 5 articulations atteintes), les formes systémiques (maladie de Still) et les spondylarthropathies juvéniles. A l'image de la polyarthrite rhumatoïde chez l'adulte [voir Folia de mars 2005], la prise en charge de l'arthrite idiopathique juvénile consiste généralement en un traitement anti-inflammatoire, éventuellement associé à un traitement de fond par un inducteur de rémission. Une prise en charge en kinésithérapie et réadaptation reste indispensable.

- *L'acide acétylsalicylique*, qui a été pendant longtemps le traitement de premier choix, n'est plus recommandé en raison de ses effets indésirables, entre autres en raison du risque de syndrome de Reye [voir Folia de mars et de septembre 2003].
- *Les anti-inflammatoires non stéroïdiens* (AINS) représentent généralement le traitement initial, mais dans la plupart des cas, ils ne sont pas suffisamment efficaces en monothérapie et sont utilisés comme traitement adjuvant.
- *Des corticostéroïdes en injection intra-articulaire*, p. ex. l'acétonide de triamcinolone, peuvent être proposés dans les formes

mono- ou oligoarticulaires.

- *Les corticostéroïdes par voie systémique* sont à éviter chez l'enfant en raison du risque accru d'effets indésirables, notamment sur la croissance. L'administration de faibles doses de corticostéroïdes par voie orale peut toutefois être utile dans les formes polyarticulaires ou systémiques, p. ex. en attendant l'effet d'un inducteur de rémission ou en cas de poussée aiguë.
- Un traitement par un inducteur de rémission s'avère souvent nécessaire; le *méthotrexate* est ici le premier choix. La prise concomitante d'acide folique permet de contrecarrer certains effets indésirables, p. ex. hématologiques [voir aussi Folia d'avril 2006]. Le *léflunomide*, l'*hydroxychloroquine*, la *sulfasalazine*, l'*azathioprine* et la *ciclosporine* sont parfois utilisés comme alternative au méthotrexate, mais leur efficacité dans l'arthrite idiopathique juvénile est moins bien étayée. [N.d.l.r. : pour la plupart de ces inducteurs de rémission, l'indication « arthrite idiopathique juvénile » ne figure cependant pas dans la notice.]
- *Les inhibiteurs du TNF* (*Tumor Necrosis Factor*) peuvent être envisagés en cas de réponse insuffisante ou d'intolérance au méthotrexate. Parmi ceux-ci, seul l'*éta-nercept* est enregistré pour le traitement de l'arthrite idiopathique juvénile poly-articulaire active chez l'enfant (de 4 à 17 ans) [situation au 1^{er} novembre 2006].

L'étanercept paraît efficace à court terme, mais son efficacité et son innocuité à long terme ne sont pas encore bien connues. Il convient d'être attentif au risque d'effets indésirables parfois graves tels des infections opportunistes et des troubles hématologiques [voir Folia de septembre 2005].

- Dans les cas réfractaires, des traitements d'exception tels la *thalidomide* ou la *transplantation de cellules souches autologues* sont parfois considérés, mais la plus grande prudence est de rigueur vu leurs effets indésirables redoutables.

- De *nouveaux agents biologiques*, tels l'anticorps monoclonal humanisé anti-IL6-receptor, sont en cours d'évaluation et ont montré des résultats très prometteurs dans la maladie de Still.

D'après

Hashkes PJ. et Laxer RM. Medical treatment of juvenile idiopathic arthritis. *JAMA* 2005; 294: 1671-84

NICE. Guidance on the use of etanercept for the treatment of juvenile idiopathic arthritis.

Via <http://www.nice.org.uk>

Informations récentes

JANVIER - FEVRIER 2007

Il nous paraît intéressant de signaler les nouvelles spécialités suivantes.

- Chapitre 9.1.1.2. Un **vaccin contre le choléra (Dukoral®)** a été récemment commercialisé en Belgique. Ce vaccin, constitué de vibrions cholériques du séro-groupe O1 et de la toxine sous-unité B biogénétique, offre une protection partielle et temporaire contre le *V. Cholerae* du séro-groupe O1, mais pas contre le *V. Cholerae* du séro-groupe O139 ou d'autres espèces de vibrio. La place de ce vaccin est limitée et la vaccination n'est en principe à envisager que chez les personnes travaillant dans des camps de réfugiés où règne un risque d'épidémie de choléra.

- Chapitre 14.12. Le **lanthane (Fosrenol®)** est, comme le sevelamer, un chélateur du phosphate utilisé pour combattre l'hyperphosphatémie chez les patients souffrant d'insuffisance rénale chronique traités en dialyse. Les effets indésirables consistent

surtout en des troubles gastro-intestinaux et une hypocalcémie.

Il nous paraît aussi utile de signaler le **retrait du marché** de la seule spécialité à base de **trétinoïne à usage local (Retinova®)**. La trétinoïne à usage local est surtout utilisée dans le traitement de l'acné légère à modérée avec des comédons [en ce qui concerne le traitement de l'acné, voir Folia de juillet 2005], et dans le traitement des photodermatoses provoquées par l'exposition chronique au soleil. La trétinoïne à usage local peut être prescrite en magistrale, par exemple sous forme de crème à 0,05%

R/ Trétinoïne 25 mg

Antioxydant q.s.

Crème hydrophile anionique q.s. ad 50 g
La trétinoïne étant tératogène, elle ne peut être utilisée, ni manipulée, par une femme enceinte ou envisageant une grossesse, ou pendant la période d'allaitement.