

# PLACE ACTUELLE DE LA MPR DANS LA PRISE EN CHARGE DES ARTHRITES JUVENILES IDIOPATHIQUES

Gavillot C\*, Krasny-Pacini A\*, Chastang MC\*, Bill S\*, Rumeau F\*, Lemelle I\*\*, Journeau P\*\*\*.

\*Service de Médecine Physique et de Réadaptation, Institut Régional de Réadaptation, \*\*Service de Médecine Infantile, \*\*\*Service de Chirurgie Orthopédique Hôpital d'enfants, CHU de Nancy

## Liste des abréviations

- AJI = arthrite juvénile idiopathique
- PA = forme polyarticulaire
- OP = forme oligoarticulaire persistante (4 articulations maximum touchées au cours des 6 premiers mois d'évolution)
- OE = forme oligoarticulaire étendue (initialement oligoarticulaire s'étendant à 5 articulations et plus après 6 mois d'évolution)
- ERA = enthésite en rapport avec une arthropathie
- FS = forme systémique (Maladie de Still)
- Pso = arthrite associée au psoriasis
- AVS = Auxiliaire de Vie Scolaire
- PPS = Projet Personnalisé de Scolarisation
- PAI = Projet d'Accueil Individualisé

## Introduction

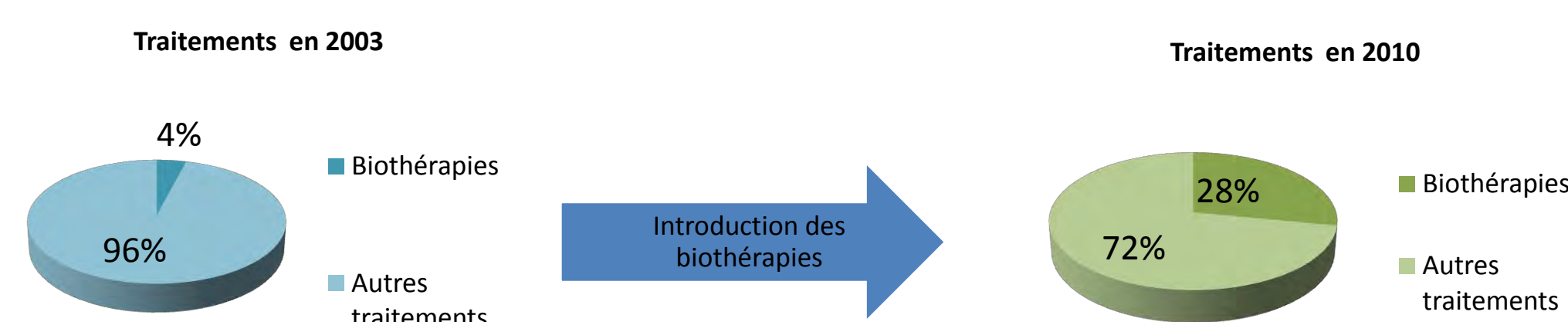
Les arthrites juvéniles idiopathiques (AJI), groupe hétérogène d'affections rhumatismales d'étiologie inconnue, d'évolution chronique et imprévisible, peuvent entraîner des destructions articulaires ou ankyloses et conduire à un handicap.

La prise en charge de ces patients est multidisciplinaire :

- rhumatologie: introduction récente des biothérapies (anti-TNF $\alpha$  et les anti-IL)
- médecine physique et de réadaptation: prévention des conséquences en retardant l'évolution de la détérioration articulaire afin de préserver le potentiel fonctionnel
- chirurgie orthopédique: synovectomies et traitement des séquelles.

Le but de cette étude est de décrire la prise en charge rééducative d'enfants atteints d'AJI, suivis au CHU de Nancy, et d'évaluer le retentissement de la maladie sur la fonction et la scolarité. Ces données sont comparées à l'étude (4), portant sur 62 enfants, réalisée par la même équipe en 2003, date à laquelle les biothérapies étaient encore peu utilisées.

## Introduction des biothérapies en France en 2000



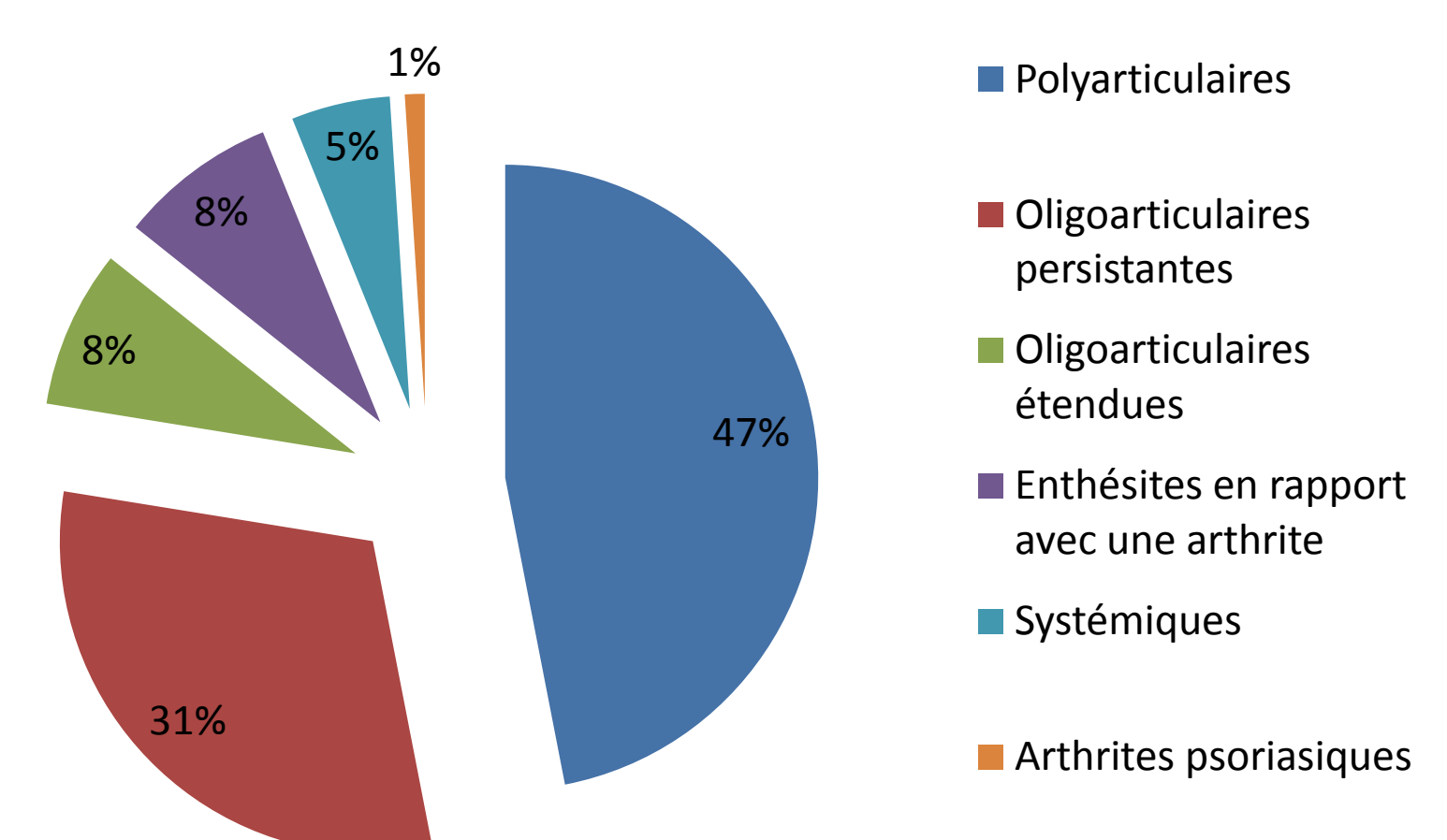
## Méthode

Sur 187 enfants suivis pour AJI en rhumatologie pédiatrique en 2008-2009, l'étude concerne 107 enfants suivis en consultation multidisciplinaire au CHU de Nancy. Nous avons analysé les données suivantes: traitements rééducatifs, infiltrations réalisées au cours des deux dernières années, interventions chirurgicales et séjours en centre de MPR depuis le début de leur maladie.

Des questionnaires ont été envoyés aux parents en février 2010 comportant le Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) et des questions sur la scolarité. 74 familles ont répondu au questionnaire (70%). Les données pour les formes systémiques et psoriasiques n'ont pas été analysées (nombre insuffisant de patients ou très faible taux de réponse au questionnaire).

Caractéristiques de la population						
	PA	OP	OE	ERA	FS	Pso
Nombre d'enfants	50	33	9	9	5	1
% filles	78	84	100	55	20	100
Durée d'évolution (années)	5,7	4,5	9,9	4,1	10	10
Age moyen	12,2	9,8	13,4	14,6	14,4	19,5

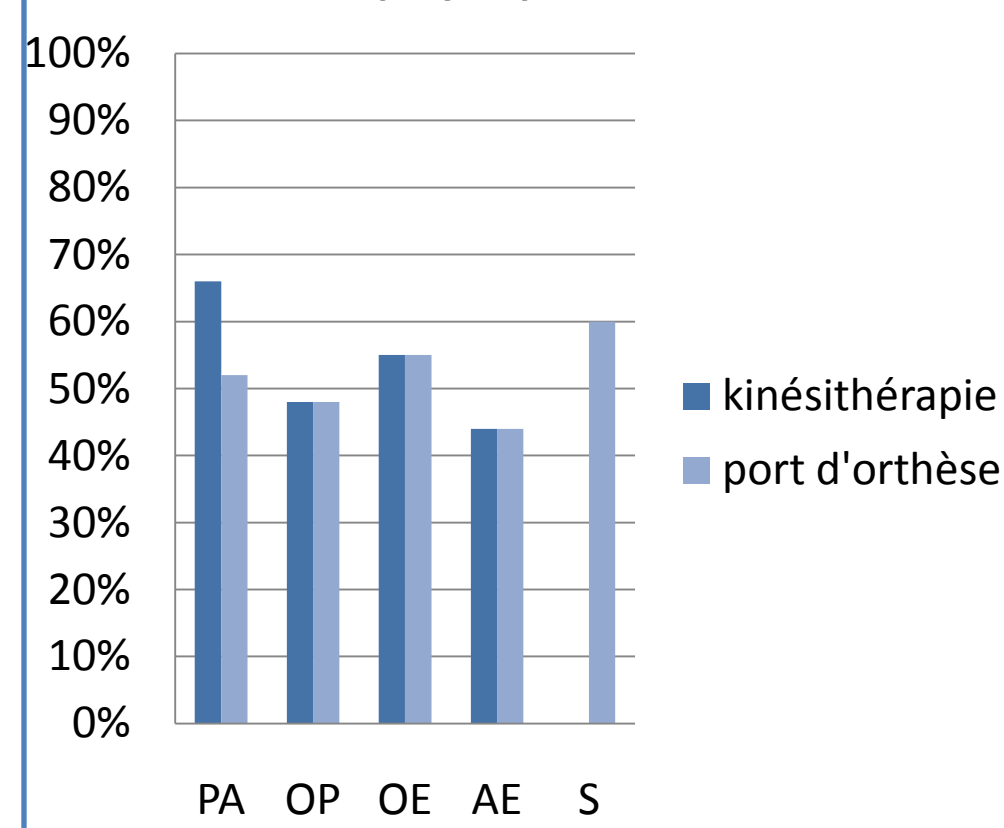
## Répartition selon les formes d'AJI



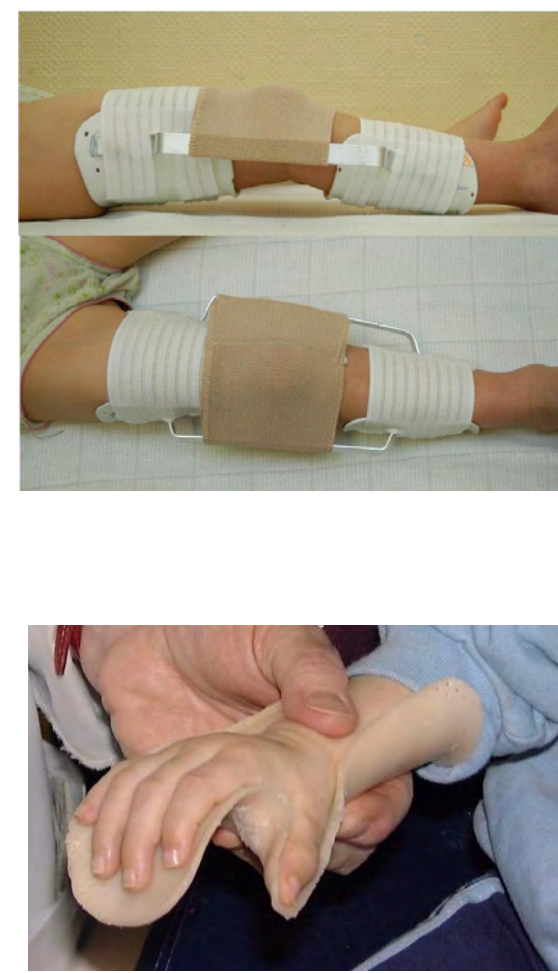
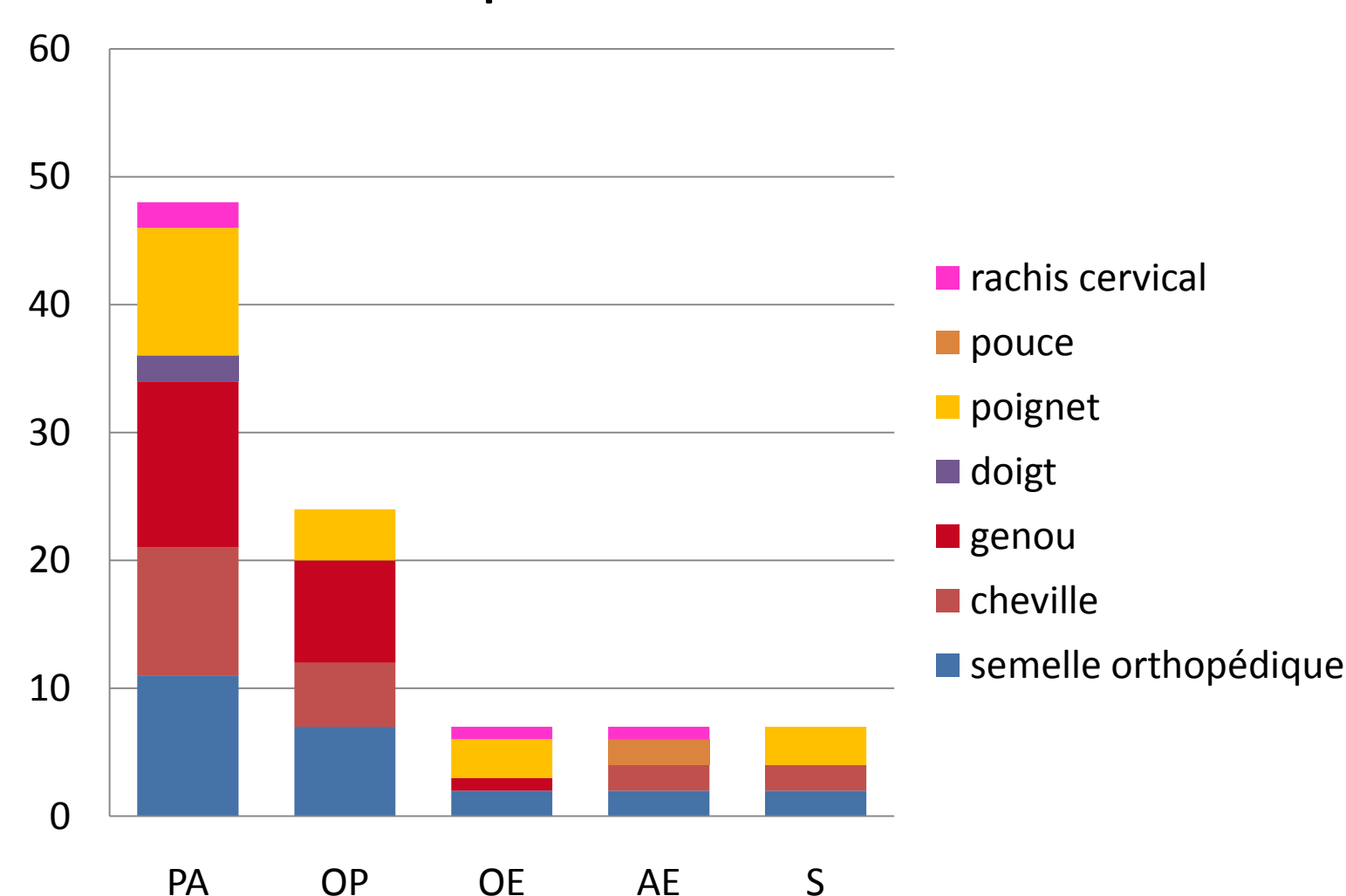
## Résultats

### 1. Traitements

#### Pourcentage d'enfants nécessitant des traitements physiques



#### Répartition des orthèses

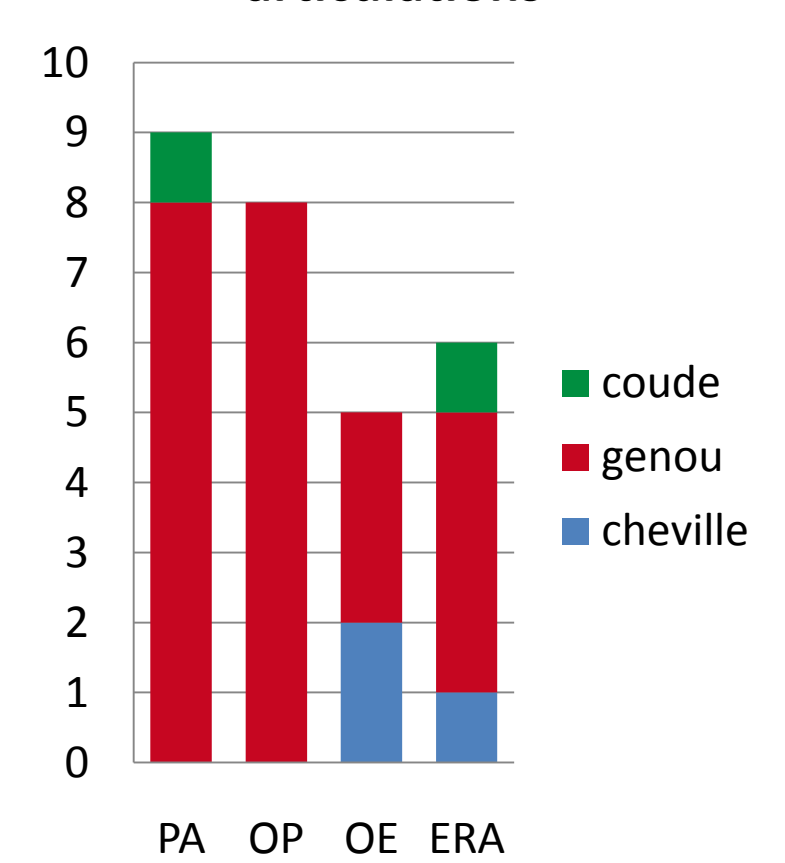


**-Ergothérapie (18 dont 15 PA):** prise en charge dans le service d'ergothérapie pour évaluation, éducation gestuelle, choix d'aides techniques et adaptations de l'environnement.

**-Chirurgie (11):** concerne les formes PA, OE et FS: 3 arthroplasties de hanche, 1 de genou, 1 de cheville, 2 synovectomies de poignet, 1 arthrodèse de cheville, 1 correction d'hallux valgus, 1 correction de cols de cygne et 1 chirurgie de genou (ablation corps étranger).

**-Séjours en centre de rééducation (6):** 3 à 6 mois pour tractions de hanches, genoux, arthroplasties et 2 à 3 ans pour scolarisation.

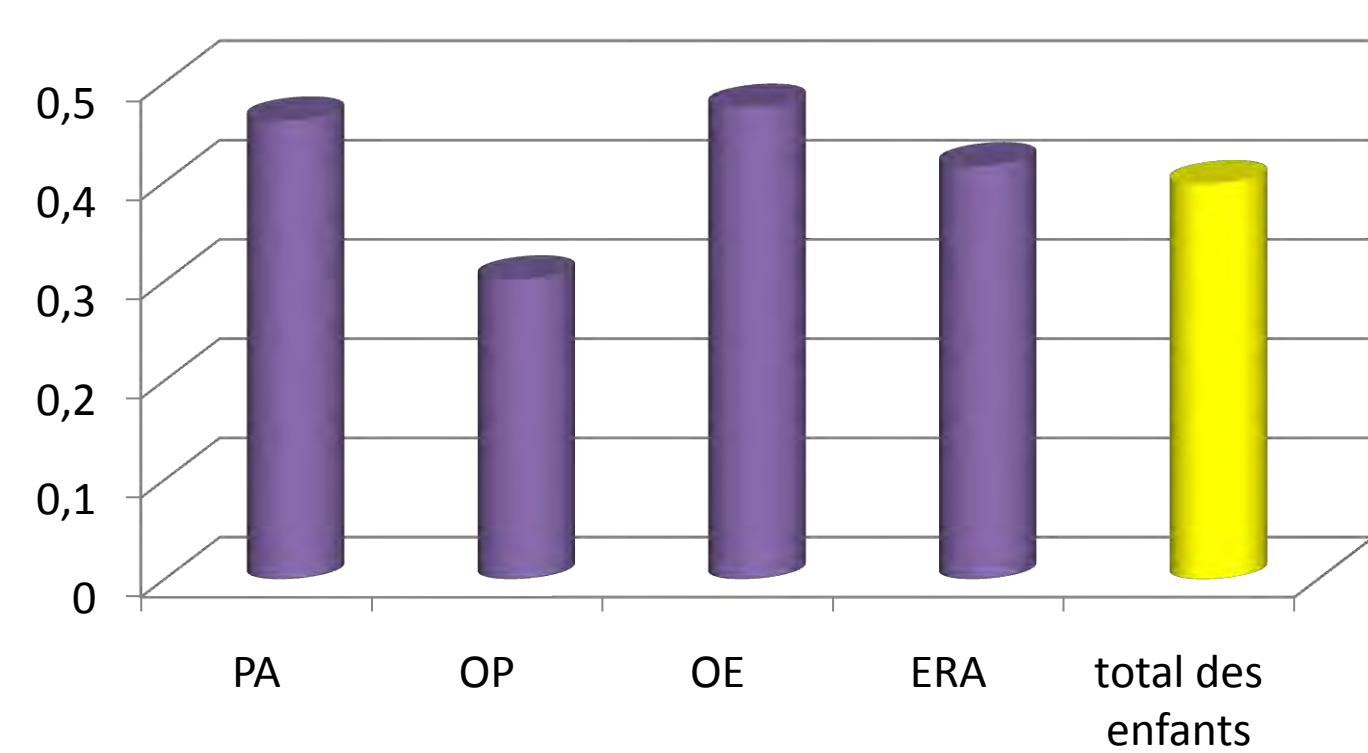
#### Répartition des sites d'infiltrations par articulations



### 2. Fonction, retentissement global et douleur

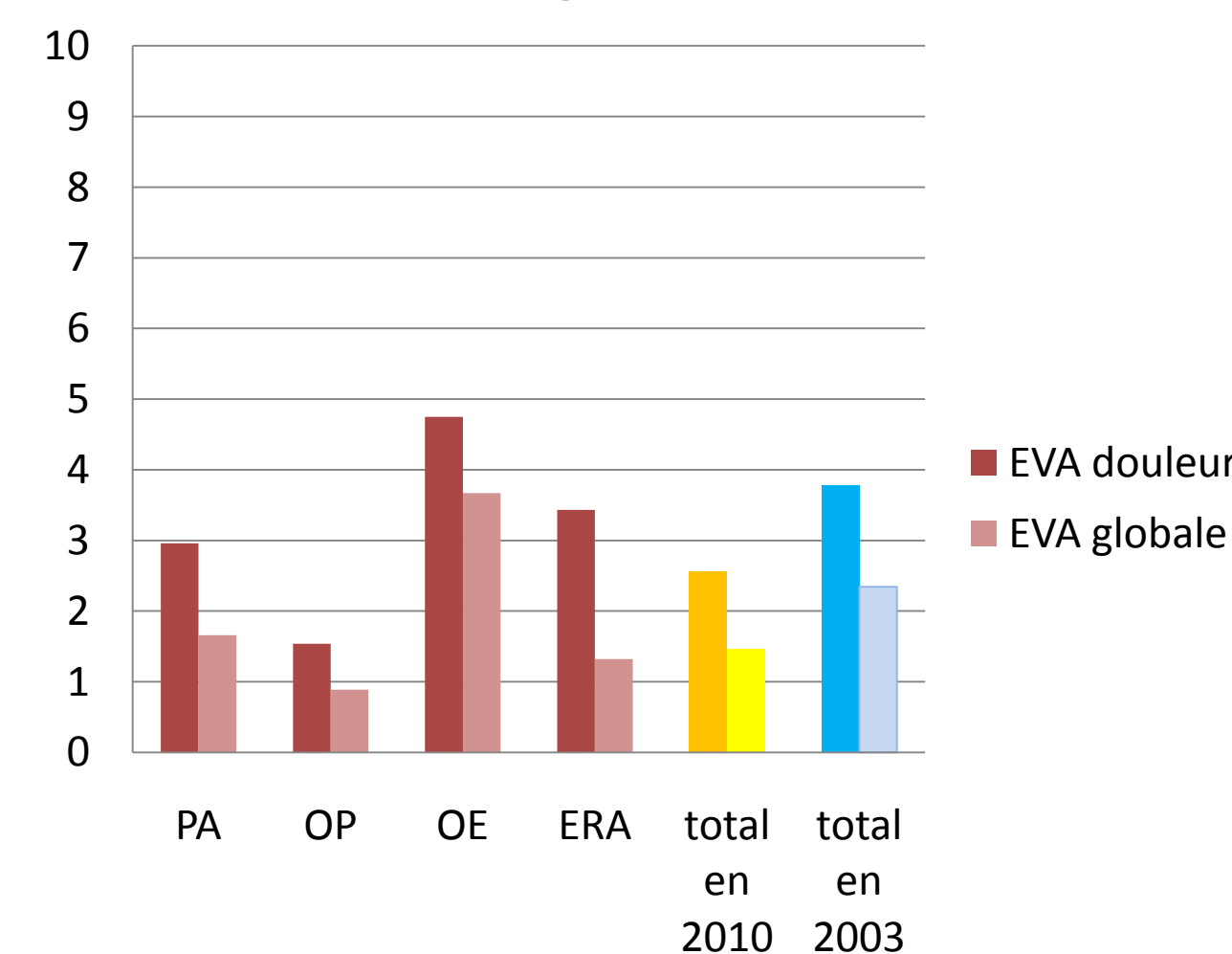
#### CHAQ

Le score varie de 0 à 3 (incapacité maximale).



Le Childhood Health Assessment Questionnaire (1,2) est une échelle d'évaluation de la fonction et de la qualité de vie des enfants atteints d'AJI. Le CHAQ comporte 30 items explorant 8 domaines d'activité (s'habiller et se préparer, se lever, manger, marcher, hygiène, atteindre, saisir et tenir, autres activités). Dans chaque domaine au moins un item est pertinent quelque soit l'âge de l'enfant. Le questionnaire comporte en plus 2 EVA pour évaluer l'intensité de la douleur et le retentissement global de la maladie.

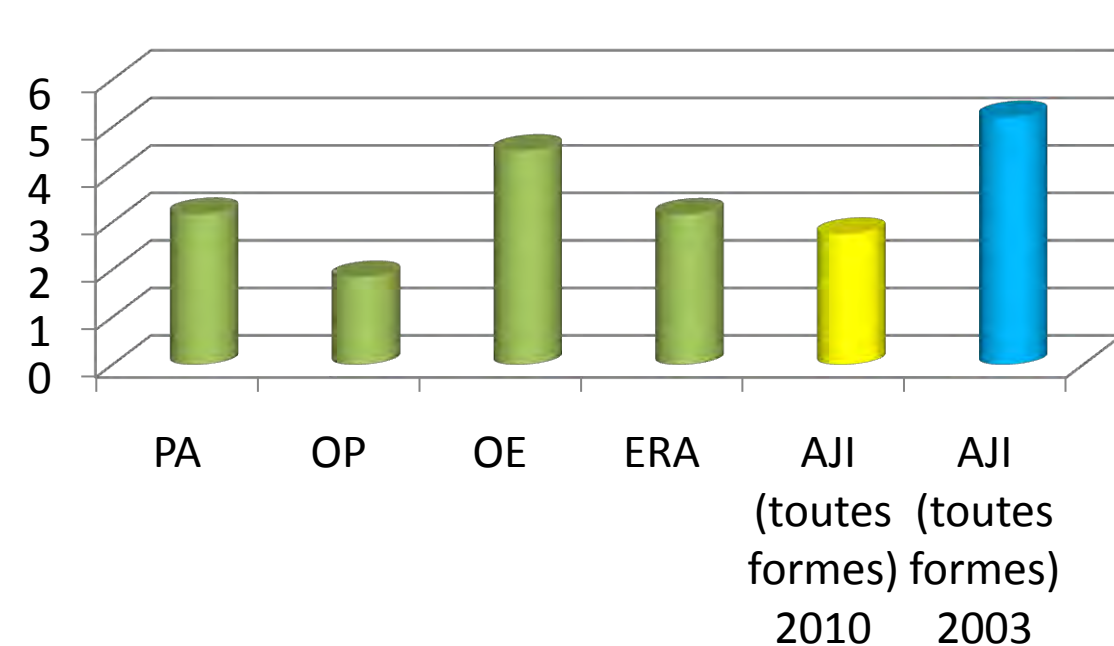
#### Retentissement global et douleurs sur EVA



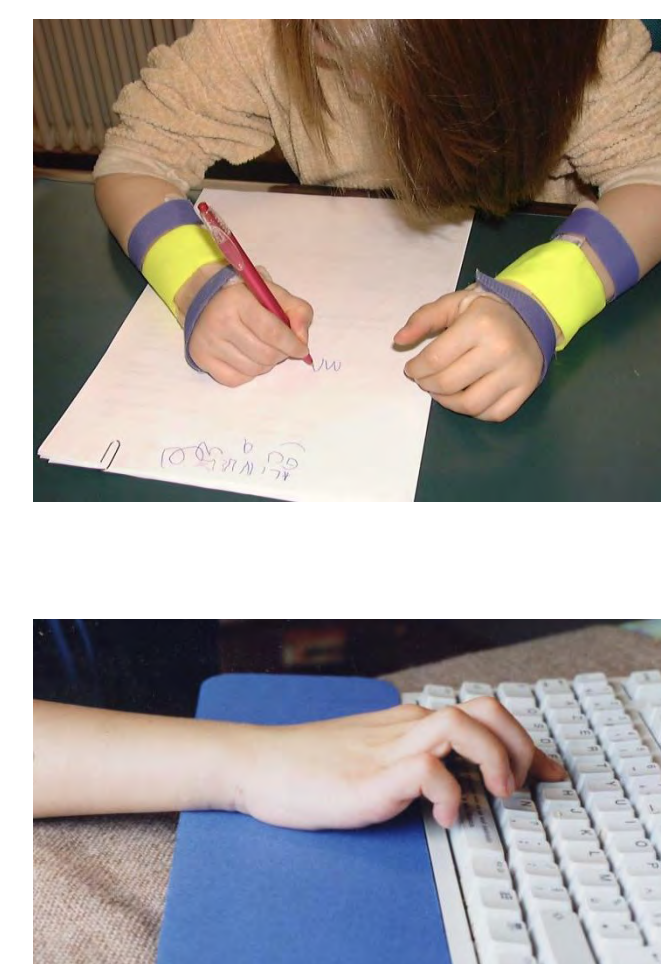
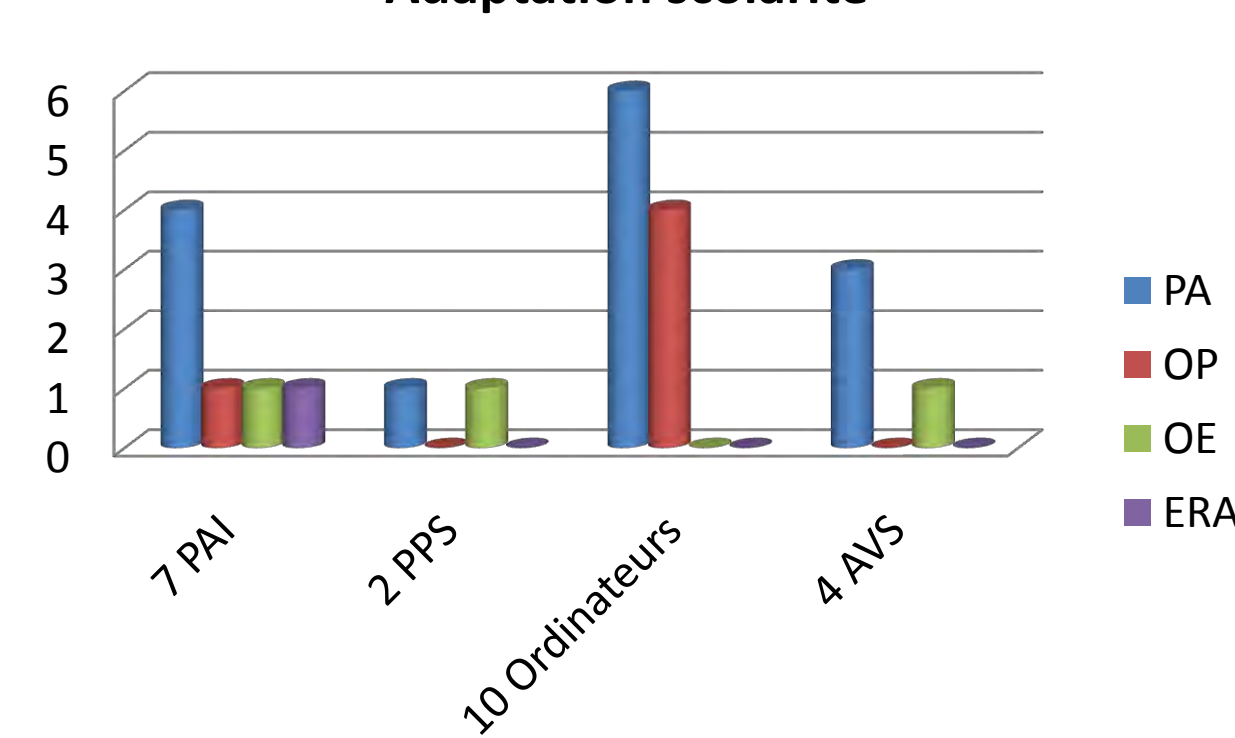
### 3. Scolarité

#### Absentéisme scolaire

(moyenne du nombre de jours sur 6 mois)



#### Adaptation scolarité



### 4. Comparaison entre 2003 et 2010

Tableau 4

	2003	2010
% enfants ayant séjourné en centre de MPR	16% (8)	6% (6)
Durée moyenne en centre de MPR	25,7 mois	13,2 mois
Sport scolaire		
Oui	51%	67%
Dispense	12%	10%
Déplacements difficiles	33%	9,3%
7 VSL Taxi		1 VSL
Difficultés d'écriture	35%	14,6%
Ordinateur portable à l'école	4	11

## Discussion

- Le retentissement fonctionnel pour l'ensemble des enfants en 2010 est moins important qu'en 2003 (4) où seulement 2 enfants étaient sous biothérapies (cf. tableau 4).
- La comparaison de nos résultats de CHAQ de 2010 avec ceux de l'étude multicentrique PRINTO de 2002 (2) portant sur 306 patients, parmi lesquels très peu bénéficiaient de biothérapie, montre également une amélioration de la fonction: l'étude PRINTO retrouvait des scores CHAQ à 0,8 dans les formes PA et ERA (vs 0,462 et 0,416 dans notre étude) et à 0,4 dans les formes OP (vs 0,302).
- L'étude très récente de Boiu et al (5) confirme nos résultats: les scores CHAQ et EVA globales sont nettement améliorés depuis l'arrivée des biothérapies.

## Conclusion

L'ère des biothérapies a modifié l'évolution des formes sévères d'AJI permettant d'alléger le programme de rééducation.

La prise en charge en MPR est essentielle surtout au stade précoce mais également au stade tardif. Elle permet de conserver une meilleure qualité de vie pour l'enfant.

Pendant le traitement souvent contraignant doit être compatible avec la vie familiale, la scolarité, le développement psychique et physique de l'enfant.

Les consultations multidisciplinaires et la présence du plateau technique de MPR sur un même site permettent d'adapter au mieux la stratégie de traitement.

## Bibliographie:

1. G Singh, Athreya B H, Fries JF, Goldsmith DP. Measurement of health status in children with juvenile rheumatoid arthritis. Arthritis and Rheumatism 1994; 37 (12): 1761-1769
2. Pouchot J, Larbre JP, Lemelle I, Sommelet D, Grouteau E, Daviid L et al- PRINTO et le groupe Qualité de vie en rhumatologie. Validation de la version française du Childhood Health Assessment Questionnaire (CHAQ) dans les arthrites juvéniles idiopathiques. Rev Rhum 2002; 69: 898-914
3. Protocole National de Diagnostic et de Soins - ALD 31 Arthrite juvénile idiopathique. HAS 2009
4. Gavillot C, Beltramo F, Lemelle I, Sommelet D. Insertion socio-scolaire de l'enfant atteint de maladie rhumatismale chronique. Communication orale du 21 mai 2003 au Congrès de la Société Française de Pédiatrie à Nancy.
5. Boiu S, Marniga E, Bader-Meunier B, Mouy R, Quartier P, Wouters C. L'évaluation de l'état fonctionnel des patients avec arthrite juvénile idiopathique (AJI) suivis dans un centre de référence. Poster présenté au 8<sup>e</sup> congrès SOFREMIP le 7-8 mai 2010 à Nancy.