

# **Purpura rhumatoïde chez l'enfant**



## **Propositions de suivi**

Véronique Desvignes

# Pourquoi?



- ⌘ Aspect clinique initial impressionnant
- ⌘ Mais pronostic souvent rapidement favorable.
- ⌘ Urgentistes, pédiatres, médecins et parents vite rassurés

- 
- ⌘ Protocoles de suivi nombreux, souvent propres à chaque équipe.
  - ⌘ Explications données dans l'urgence.

# Constat:



- ⌘ Suivi clinique/ BU parfois ( souvent) mal fait par les parents ... et les médecins
- ⌘ Complications rénales parfois découvertes tardivement.

# Proposition d'un protocole de suivi

## Suivi

- ☒ **pendant la période active** (présence du purpura) .
- ☒ **après la période active** ( purpura disparu)

Site [afpa.org](http://afpa.org)



# Le purpura rhumatoïde

## **UN DIAGNOSTIC CLINIQUE**

Purpura palpable  
non fébrile  
MI +/- MS

+/- Arthralgies, arthrites  
+/- douleurs abdominales

TA  
Poids  
BU (protéines, sang)

NFS, plaquettes  
CRP  
Créatinine



# 2 objectifs

## Diagnostics différentiels

- ⌘ PTI
- ⌘ Purpura méningococcique
- ⌘ Eruptions infectieuses:  
(parvovirus B19,  
mycoplasme...)
- ⌘ Maladies inflammatoires :  
PAN, LED...

## Bilan rénal initial



Suivi pendant la phase active

**Lésions purpuriques présentes**



Selon l'état clinique, l'enfant peut rester à domicile ou être hospitalisé.

Le suivi se fait sur

- la clinique
- les BU **tous les jours**

# Atteinte cutanée (100%)

- ⌘ Indolore
- ⌘ Quelques jours à 3 semaines.
- ⌘ Guérison sans séquelles
- ⌘ Récidives fréquentes
- ⌘ **Pas de traitement**

# Activité physique et sport

- ⌘ **Pas de repos strict.**
- ⌘ Limitation des activités physiques.
- ⌘ Contre-indication du sport en phase de poussée.

# Atteinte articulaire (75%)

- ⌘ Quelques jours à une semaine.
- ⌘ Guérison sans séquelles
- ⌘ Récidives rares
- ⌘ **Antalgiques.**
- ⌘ AINS si nécessité.

# Atteinte digestive (66%)

- ⌘ Quelques jours à quelques semaines
- ⌘ Guérison sans séquelles
- ⌘ Récidives possibles
- ⌘ **Antispasmodiques**

MAIS attention si



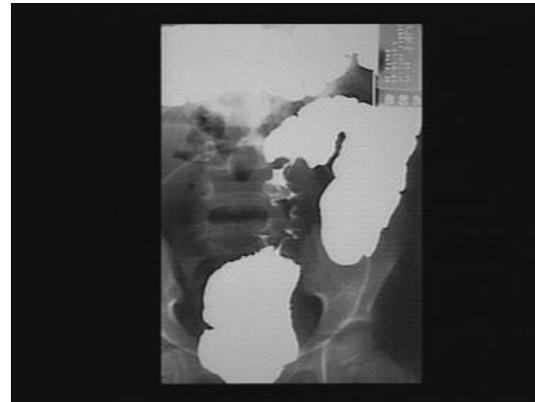
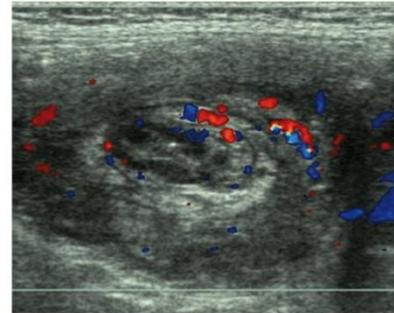
Douleurs intenses  
Vomissements  
Hémorragie digestive  
haute ou basse  
Anorexie.



**Complication?**

# Complications

- ⌘ IIA
- ⌘ Hématome de paroi
- ⌘ Hémorragie digestive
- ⌘ Péritonite
- ⌘ Pancréatite
- ⌘ Entéropathie



# Atteinte rénale (25%)

⌘ Indolore

⌘ Survenue dans

☒ 80% le 1<sup>o</sup> mois

☒ 98% < 2<sup>o</sup> mois

⌘ Séquelles possibles

⌘ Traitements spécifiques

- ⌘ Protéinurie
- ⌘ Hématurie  
macroscopique
- ⌘ Céphalées
- ⌘ Oedèmes
- ⌘ Prise de poids

### ⌘ Syndrome néphritique

- HTA
- protéinurie
- hématurie
- IRA

### ⌘ Syndrome néphrotique:

- Oedèmes
- ProtU/créatU > 200mg/mmol
- Albuminémie < 30gr/l

**Avis néphrologique urgent**

# Décisions thérapeutiques rapides

⌘ IEC

⌘ corticothérapie en bolus +/- PO

⌘ échanges plasmatiques

⌘ immunosuppresseurs...

# Autres atteintes possibles :



## ⌘ Orchite

⌘ myocardite

⌘ hémorragie pulmonaire

⌘ hémorragie cérébrale, AVC

⌘ myosite...



# Suivi après la phase active

**Lésions purpuriques disparues**

# Vie quotidienne



⌘ Reprise de la scolarité si

- bon état général

- disparition des douleurs articulaires et abdominales.

⌘ Mise en place de SAPAD et/ou de PAI si hospitalisation prolongée ou répétée.

# Surveillance rénale



## Suivi médical

- Examen clinique
- TA

## BU: protéines et sang

- **1 fois/semaine les 3<sup>o</sup> mois**
- **1 fois/mois de 4 à 12 mois**

# Les bandelettes urinaires

## Différentes BU

- 1 bande réactive: Hémostix et Albustix
- 5 zones réactives : URITOP 5, MULTISTIX 5, COMBISTIX 5...

## Conditionnement

Boîtes de 50 bandelettes. Conservation de 18 à 24 mois selon le fabricant.

# Les BU ne sont pas remboursées SS

## Coûts indicatifs

⌘ Hémostix: 14,20 €, Albustix: 15 €

⌘ Uritop 5: 20,06 €

⌘ Multistix 5: 12,27€

⌘ Héma-Combistix: 19,90€

## Interprétation

Traces : 0,1-0,2 g/L.

+ : 0,3 g/L

++ : 1 g/L.

+++ : 3 g/L

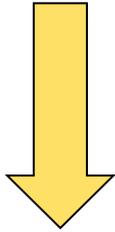
++++ : > 3 g/L.

# BU TOUJOURS NEGATIVES

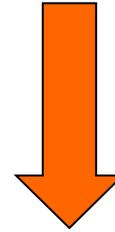


- ⌘ Suivi médical +TA
- ⌘ **1, 3 et 12° mois**
- ⌘ **Pas de bilan sanguin**
- ⌘ **Arrêt de la surveillance à M12**
- ⌘ **Reprise du protocole si rechute.**

# BU positives



Protéines –  
Sang +



Protéines +  
Sang + ou  
–

# Protéines – Sang +



⌘ Pas de bilan sanguin

⌘ Surveillance

☑ médicale

☑ BU

# Protéines – Sang +



## Suivi médical

- **1-3 et 12 mois**
- 2,3,4 et 5 ans si sang +
- Grossesses

## BU:

- **1 /semaine 3<sup>o</sup> mois**
- **1/mois 4-12 mois**
- **1/an jusqu'à 5 ans si sang +**

# Protéines – sang+

⌘ Attention si

☑ **HTA**

☑ **Hématurie macroscopique**

☑ **Protéinurie**

☑ **Hématurie microscopique  $\geq 5$  ans**



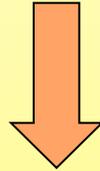
**Avis néphrologique pédiatrique**

# Protéines + Sang +/-

**Prot U/créat U**

mg/mol

sur échantillon d'urines



Evaluation du risque rénal

< 20 mg/mmol

20 à 70 mg/mmol

70-200 mg/mmol

> 200 mg/mmol

Protéinurie  
Physiologique

Risque rénal  
faible

Risque rénal  
intermédiaire

Risque rénal  
élevé

Surveillance  
clinique +BU

Persistance  
> 1 mois

Avis néphro

IEC, ARA II?

Avis **rapide**

Avis **urgent**

**PBR?**  
**Traitement**



**Même protocole si rechute  
cutanée, digestive ou  
articulaire**

# Messages

Pathologie souvent bénigne mais

**TOUS les enfants** doivent être surveillés

⌘ la première année

⌘ l'année suivant les rechutes éventuelles

⌘ pendant la phase active: formes sévères

⌘ après la phase active: complications  
rénales

# Protéinurie: Attention!

⌘ Dosage Prot U/Créat U sur échantillon.

⌘ Evaluation du risque rénal

⌘ Avis néphrologique +/- urgent.

# Hématurie: Prudence.

- ⌘ Hématurie macroscopique:  
avis néphrologique.
- ⌘ Hématurie microscopique isolée:
  - risque rénal très faible.
  - surveillance espacée **mais** prolongée.







Merci