

Recommandations nationales sur la prise en charge du chikungunya (Formes aiguës, formes persistantes)

Novembre 2014

Réponse à la saisine de la Direction Générale de la Santé du 18/07/2014



Le chikungunya (CHIK) est à la fois une arbovirose transmise par les moustiques du genre *Aedes* et une alphavirus arthrotrope dont les conséquences cliniques ont été révélées en France avec l'épidémie du sud-ouest de l'océan Indien (Mayotte, Réunion) en 2005-2006. La diffusion épidémique récente du CHIK dans les départements et collectivités français d'Amérique et dans le Pacifique conduit à une augmentation croissante des sujets infectés, confrontant les professionnels de santé locaux et de France hexagonale aux difficultés de la prise en charge médicale de cette maladie émergente biphasique (infection aiguë suivie de symptômes persistants). La relative indigence de la littérature scientifique sur les prises en charge pratiques a conduit la Direction Générale de la Santé à solliciter le 18/07/2014 la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) pour élaborer des recommandations nationales de prise en charge qui ont pour objectifs de guider les praticiens dans le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge des personnes souffrant de CHIK au cours de ses trois stades successifs : aigu, post-aigu, chronique. Ces recommandations ont été réalisées en quatre mois sous l'égide de la SPILF, en partenariat avec les sociétés savantes de rhumatologie (SFR), médecine physique et rééducation (SOFMER), médecine générale (CNGE) et le centre national de référence pour les arboviroses pour l'Institut de Veille Sanitaire (InVS).

Méthodes.

Le processus d'élaboration de ces recommandations a comporté les étapes suivantes : cadrage, constitution des groupes de travail et de lecture, revue systématique des littératures francophone et anglophone sur les aspects cliniques du CHIK (recherche systématique, sélection des articles, analyse critique selon les principes de la médecine fondée par les preuves), cotation des avis d'experts (échelles de Likert), rédaction des recommandations, lecture externe, finalisation.

L'argumentaire et les recommandations ont été établis selon la méthodologie de la Haute Autorité de Santé pour l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques. Les grades (A, B, C) sont attribués aux recommandations en fonction du niveau de preuve scientifique (1 à 4) attribué aux études sur lesquelles elles reposent; lorsque les données de la littérature sont insuffisantes ou incomplètes, les recommandations sont basées sur un accord d'experts (AE). La méthode utilisée pour l'élaboration de ces recommandations a été la méthode de consensus d'experts en raison de l'absence de données de la littérature ou de données d'un niveau de preuve faible. Elle a l'avantage de synthétiser l'information dans le but de définir le degré de l'accord au sein du groupe d'experts sélectionnés. Elle permet également de formaliser le degré d'accord entre experts et d'identifier et sélectionner les points d'indécision. Les recommandations ont donc été rédigées et classées selon la littérature disponible et après l'accord des experts.

Pour la prise en charge des patients au stade aigu, le texte rédigé par les experts s'appuie essentiellement sur le dossier spécial chikungunya édité en 2008 par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) (<http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1126.pdf>) ; ce document avait été élaboré en 2006 par un groupe de professionnels de santé de La Réunion, en collaboration avec la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales, la cellule interrégionale d'épidémiologie et l'Union régionale des médecins libéraux de La Réunion, le Ministère de la Santé, l'AFSSAPS, l'Institut de veille sanitaire et l'INPES, et avait été actualisé en 2008 par le même groupe,

enrichi notamment d'experts des régions concernées. Une actualisation a été menée à partir des travaux scientifiques parus depuis 2008 et avec l'accord des experts.

Experts.

Le groupe d'experts a été sélectionné d'après l'expérience clinique sur le CHIK et/ou l'expertise dans une des disciplines suivantes : infectiologie, rhumatologie, médecine physique et rééducation, médecine générale, diagnostic biologique des arboviroses. Aucun conflit d'intérêt majeur n'a été déclaré par les experts sélectionnés.

Société savante/institution	Membre	Fonction	Groupe de travail	Groupe de lecture
Infectiologie, SPILF <i>Présidente : Pr France ROBLOT</i> 	Pr Fabrice SIMON HIA Laveran - Marseille	Chef de projet	.	
	Dr Emilie JAVELLE HIA Laveran - Marseille	Chargée de projet	.	
	Pr Eric CAUMES CHU Pitié-Salpêtrière, Paris	Expert		.
	Pr Denis MALVY CHU Pellegrin, Bordeaux	Expert	.	
	Pr André CABIÉ CHU Fort-de-France	Expert	.	
	Pr Bruno HOEN CHU Pointe-à-Pitre	Expert		.
	Dr Félix DJOSSOU CH Cayenne, Guyane	Expert		.
Rhumatologie, SFR <i>Président : Pr Daniel WENDLING</i> 	Pr Daniel WENDLING CHU Besançon	Expert		.
	Pr Bernard COMBE CHU Montpellier	Expert	.	
	Pr Thierry SCHAEVERBEKE CHU Pellegrin, Bordeaux	Expert		.
	Dr Eric BOUQUILLARD CHU Saint-Pierre, Réunion	Expert	.	
	Dr Frédérique GANDJBAKHCH CHU Pitié Salpêtrière	Expert	.	
Médecine physique & réadaptation, SOFMER <i>Président : Pr Gilles RODE</i> 	Dr Patrick RENE-CORAIL CHU Fort-de-France	Expert	.	
	Dr Odile TROISGROS CHU Fort-de-France	Expert	.	
	Pr Serge POIRAUDEAU CHU Cochin, Paris	Expert		.
Médecine générale, CNGE <i>Président : Pr Vincent RENARD</i> 	Dr Franciane GANE-TROPLENT DUMG, Pointe-à-Pitre	Expert	.	
	Dr Anne CRIQUET-HAYOT DUMG, Fort-de-France	Expert	.	
	Dr Philippe CARRERE DUMG, Pointe-à-Pitre	Expert		.
	Dr Patrick GAILLARD DUMG, Saint-Paul, Réunion	Expert		.
	Dr Gaétan GENTILE DUMG, Marseille	Expert		.
InVS - CNR Arboviroses  	Dr Isabelle LEPARC-GOFFART IRBA-HIA Laveran, Marseille	Expert	.	

Histoire naturelle du chikungunya

La transmission du CHIK se fait d'homme à homme par l'intermédiaire de moustiques du genre *Aedes* (*Aedes albopictus*, *Ae. aegypti*), également vecteurs potentiels de la dengue. Lors de la piqûre pour son repas hématophage, le moustique prélève le virus sur une personne infectée (virémie durant 5-7 après le début des signes cliniques). Le virus se multiplie alors dans le moustique pendant quelques jours (phase extrinsèque), puis ce même moustique peut transmettre le virus à une autre personne, à l'occasion d'une nouvelle piqûre. Chez l'homme, la transmission mère-enfant est possible lors de l'accouchement, mais pas lors de l'allaitement.

Chez le sujet infecté, la virémie induit une réaction immunitaire aiguë qui détermine l'apparition des principales manifestations cliniques inflammatoires générales et locales, notamment articulaires et tendineuses. Le processus inflammatoire général initial s'estompe spontanément en deux à quatre semaines, mais l'inflammation des différentes articulations peut durer des mois (sans virémie associée), voire des années quand l'évolution se fait sur un mode continu vers un authentique rhumatisme inflammatoire chronique.

L'infection par le virus du CHIK est le plus souvent ($\approx 80\%$ des cas) symptomatique, ces symptômes durant de quelques jours à plusieurs années selon les cas. **Les experts ont défini trois stades cliniques successifs : stade aigu (de J1 à J21), stade post-aigu (de J21 à la fin du 3^{ème} mois) et stade chronique (au-delà de 3 mois); ce découpage temporel prend en compte les différences pathogéniques, cliniques et thérapeutiques à mesure du temps.** Le stade post-aigu et *a fortiori* le stade chronique ne sont pas observés chez tous les patients. L'immunité acquise paraît durable. Le taux de mortalité du CHIK est comparable à celui de la grippe saisonnière ($\approx 0,01-0,1\%$), essentiellement en lien avec le décès de personnes âgées de plus de 75 ans et/ou en raison de comorbidités chroniques.

Le stade aigu (les trois premières semaines)

La prise en charge des patients présumés infectés par le CHIK au stade aigu comporte l'approche diagnostique, l'évaluation de la gravité et l'orientation, le traitement symptomatique médicamenteux et physique ainsi que les mesures propres à limiter la dissémination du CHIK dans l'entourage du patient. Son organisation peut être modulée par les autorités sanitaires en fonction du contexte épidémiologique (région indemne, premiers cas, épidémie déclarée). Du fait de la connaissance du patient et de son environnement, le médecin généraliste est l'acteur de santé privilégié, notamment en contexte épidémique (risque de saturation des services hospitaliers, en particulier des services d'urgence).

Manifestations cliniques

Après une incubation silencieuse de 4 à 7 jours en moyenne (extrêmes : 1-12 jours), le stade aigu dure en général de 5 à 10 jours (période virémique). Les infections asymptomatiques sont possibles (13% à La Réunion en 2005-2006). Dans la forme commune, une fièvre élevée apparaît brutalement, accompagnée d'arthrites et d'arthralgies inflammatoires pouvant être intenses, touchant principalement les extrémités (poignets, chevilles et phalanges) ; ce tableau peut se prolonger deux à trois semaines chez certains sujets. D'autres signes peuvent également être présents : myalgies, céphalées, rachialgies, exanthème maculeux à maculo-papuleux, parfois accompagné de prurit cutané (voûte plantaire) et d'œdème facial et des extrémités, polyadénopathies. Des hémorragies

bénignes (gingivorragies, épistaxis) sont possibles chez les enfants, rares chez les adultes. Une asthénie, parfois intense, et une anorexie sont communes après régression des signes aigus.

Des formes atypiques (non communes) sont observées avec une incidence d'environ 0,5 % des cas, principalement chez des sujets vulnérables (jeunes enfants, personnes âgées, éthyliques chroniques, porteurs de pathologies médicales chroniques, notamment lupus systémique). Il s'agit de formes hyperalgiques, de manifestations digestives (diarrhée, vomissements, douleur abdominale) ou neurologiques (confusion, névrite optique), d'atteintes muqueuses (aphtose buccale ou génitale, conjonctivite), de malaises (hypotension artérielle, dysautonomie). Le CHIK peut induire directement des formes atypiques graves (rhabdomyolyse, dermatose bulleuse, hépatite fulminante, méningo-encéphalite ou polyradiculonévrite, myocardite...). Plus souvent, il provoque la décompensation de pathologies chroniques cardiaques, respiratoires, rénales, systémiques (lupus) ou métaboliques (diabète), ou des complications générales (déshydratation, accident thromboembolique, perte d'autonomie). Le risque de toxicité médicamenteuse par surdosage (automédication) ou par interaction médicamenteuse est élevé, tant pour le paracétamol et autres antalgiques, les anti-inflammatoires et les traitements au long cours que par les remèdes de la pharmacopée traditionnelle populaire utilisés en automédication.

Le CHIK n'augmente pas le risque de fausse-couche, de mort foetale *in utero* et de malformation congénitale, mais une transmission materno-néonatale peut survenir chez les femmes virémiques au moment de l'accouchement (césarienne non protectrice). Les nouveau-nés sont infectés une fois sur deux lorsqu'ils naissent dans les 5 jours qui suivent, ou le jour qui précède les premiers signes cliniques de la mère. Que le CHIK soit congénital ou néonatal (par piqure de moustique après la naissance), les nouveau-nés infectés présentent un tableau clinique univoque, constant, survenant après une incubation médiane de 4 jours [3-7 j]: triade caractéristique fièvre/difficultés à téter/douleur, thrombopénie, lymphopénie, cytolysé hépatique modérée. Des formes graves, stéréotypées, surviennent une fois sur quatre : encéphalopathie avec oedème cérébral évolutif et/ou troubles hémodynamiques réalisant un tableau de sepsis sévère ; complications hémorragiques dues à une coagulation intra-vasculaire ; mycardiopathie. Le taux de mortalité des formes graves est de l'ordre de 50 %, le risque des séquelles psychomotrices post-encéphalopathie est important.

Chez les nourrissons (après 28 jours et jusqu'à 2 ans) et l'enfant, le tableau est souvent proche de celui de l'adulte, mais des formes atypiques ou compliquées ont été rapportées : hyperalgie réfractaire au traitement antalgique, éruption bulleuse extensive, troubles hémodynamiques, déshydratation, intolérance alimentaire, convulsions, syndrome méningé.

Evaluation clinique et morphologique

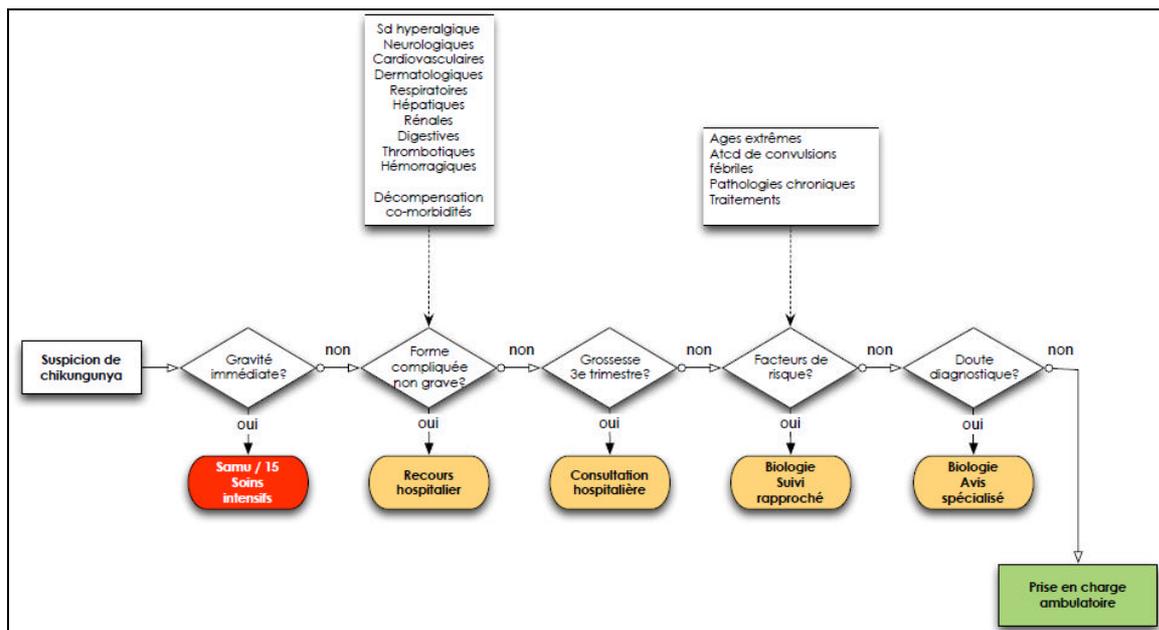
Le premier temps consiste à évoquer le CHIK chez un patient présentant un tableau clinique de survenue brutale. Un cas suspect de CHIK aigu est défini par l'association d'une fièvre > 38,5 °C d'apparition brutale et de douleurs articulaires invalidantes en l'absence de tout autre point d'appel infectieux, mais des formes atypiques ont été décrites. La prudence diagnostique est recommandée dans les zones tropicales où co-circulent la dengue, les méningites, le paludisme et la leptospirose. L'absence d'atteinte articulaire, la prééminence des myalgies, une tendance hypotensive ou hémorragique, une douleur abdominale, une fièvre durant plus de 5 jours sont autant de signes justifiant une discussion diagnostique.

L'étape clinique permet d'identifier la présence de signes cliniques de gravité avérée, de formes atypiques et/ou compliquées et l'existence d'un terrain à risque de formes graves (maladies

chroniques, âges extrêmes, grossesse) guidant ainsi l'orientation du patient (admission ou consultation à l'hôpital, gestion ambulatoire).

Les formes atypiques ou compliquées de l'enfant (hyperalgie malgré un traitement antalgique, éruption bulleuse extensive, troubles hémodynamiques, déshydratation, intolérance alimentaire, convulsions, syndrome méningé) existent et doivent être orientées vers les urgences hospitalières.

Chez une femme enceinte, toute suspicion de CHIK impose la recherche des signes de gravité : hyperthermie > 39°C, troubles neurologiques, hémorragie, contractions utérines, impossibilité de s'alimenter, altération de l'état général, altération de l'enregistrement du rythme cardiaque foetal (ERCF) après 28 SA. Tout signe de gravité justifie un transfert urgent en secteur hospitalier, au mieux avec un service d'obstétrique et de réanimation néonatale. Une consultation hospitalière est recommandée pour toute suspicion de CHIK au 3^{ème} trimestre pour une prise en charge adaptée (*cf infra*). Pour une forme commune, il convient de confirmer le CHIK, d'éliminer une autre cause de fièvre potentiellement grave (selon le contexte clinique : listeria, pyélonéphrite, toxoplasmose, rubéole, paludisme, dengue...) et de faire réaliser un ERCF en cas de contractions pour définir la stratégie obstétricale. Par ailleurs, en période épidémique, il est licite d'interroger toute parturiente sur l'existence de symptômes dès sa présentation en salle d'accouchement afin d'identifier toute situation à risque de transmission du CHIK à l'enfant à naître.



L'isolement social est également pris en compte pour organiser les soins, en raison du risque élevé et rapide de perte rapide d'autonomie chez les sujets les plus fragiles.

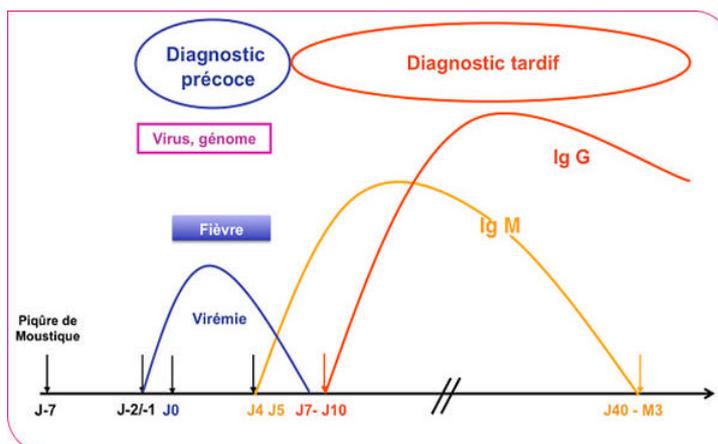
Au stade aigu, l'analyse clinique suffit pour procéder à une évaluation lésionnelle du retentissement locomoteur, en identifiant le siège et l'intensité des arthralgies, arthrites et ténosynovites. Il n'y a aucune indication à pratiquer des radiographies ou échographies des articulations à ce stade, en dehors d'un éventuel diagnostic différentiel.

Examens biologiques

Le recours aux examens biologiques (hors sérologie) dépend de la situation clinique. Il n'est pas indispensable pour les formes typiques non compliquées du sujet sans pathologie chronique, ni terrain à risque. L'exploration de l'hémogramme, des fonctions rénales et hépatiques, de la glycémie, de l'état hydro-électrolytique et du niveau d'inflammation est donc décidée au cas par cas. La recherche d'un diagnostic différentiel peut justifier la réalisation d'examens biologiques complémentaires lors de présentation clinique atypique, compliquée ou d'évolution anormale (durée > 7 j). Les principaux diagnostics différentiels sont les sepsis, la dengue (co-infection possible), le paludisme, la leptospirose, les réactions post-streptococciques, les autres primo-infections virales.

La nécessité d'une confirmation diagnostique du CHIK dépend du niveau de certitude clinique, du terrain à risque et du contexte épidémique. La preuve diagnostique est biologique : mise en évidence du virus et/ou de la réaction des anticorps spécifiques. L'indication des analyses dépend du moment où le prélèvement est réalisé par rapport à la date de début des signes ; l'interprétation de ces examens s'appuie sur le contexte épidémiologique et les informations cliniques dûment fournies par le clinicien (indispensable date de début des signes). Le prélèvement sanguin (5 mL de sang total sur tube EDTA) est effectué par un laboratoire d'analyses et de biologie médicale qui adresse l'échantillon à un laboratoire d'analyses spécialisés sur les arbovirus, en y joignant la fiche de renseignements cliniques.

La séquence d'apparition des marqueurs biologiques guide la conduite diagnostique : les IgM anti-CHIK sont identifiées en moyenne à partir du 5^{ème} jour après l'apparition des signes cliniques, les IgG anti-CHIK se positivent entre le 7^{ème} et le 10^{ème} jour et atteignent un maximum vers le 15^{ème} jour. Un diagnostic plus précoce peut aussi être obtenu par amplification génique (RT-PCR) de l'ARN du virus CHIK, la culture virale peut être réalisée par des laboratoires spécialisés dans les arboviroses pour des indications particulières (premiers cas autochtones...). En pratique, les examens sont réalisés comme suit : RT-PCR entre J0 et J5, RT-PCR et sérologie entre J5 et J7, sérologie seule au delà de J7 ; la culture virale n'est pas réalisée en routine.



Source : InVs. <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-transmission-vectorielle/Chikungunya/Points-sur-les-connaissances>.

Les modalités de recours aux examens diagnostiques et leur remboursement sont définies par les autorités sanitaires nationales. Le diagnostic biologique du CHIK (RT-PCR pour la détection du

génomique virale, sérologie pour la détection des IgM et des IgG anti-CHIK) est remboursé par la Sécurité sociale selon le contexte épidémique¹.

En zone épidémique, la confirmation diagnostique au stade aigu n'est pas recommandée en période épidémique pour les cas typiques (critères diagnostiques cliniques) sans terrain à risques de forme grave. Elle peut être réservée aux formes aiguës atypiques et/ou compliquées, aux personnes à risques (dont les très jeunes enfants), aux femmes enceintes (risque d'infection néonatale) ou en cas de diagnostic différentiel délicat, ainsi que pour des raisons de santé publique (étude des souches, suspicion de nouveau foyer, cas suspect post-épidémique).

En France hexagonale, la procédure de diagnostic du CHIK s'inscrit dans le cadre du plan anti-dissémination du CHIK et de la dengue². Dans les 18 départements métropolitains déclarés colonisés par *Ae. albopictus* en 2014, de mai à novembre, tout cas suspect de CHIK importé (fièvre > 38,5°C d'apparition brutale et douleurs articulaires invalidantes en l'absence de tout autre point d'appel infectieux, chez une personne ayant séjourné dans une zone de transmission connue de ce virus dans les 15 jours précédant la date de début des symptômes) doit être signalé immédiatement à l'Agence Régionale de Santé (ARS), et ceci sans attendre la confirmation biologique. Ce signalement permet d'évaluer le risque de dissémination autour du cas (enquête entomologique) et de mettre en place rapidement des actions anti-vectorielles. Le signalement des cas suspects autochtones de CHIK n'est pas demandé, sauf dans le cadre d'une investigation autour de cas autochtone(s) confirmé(s). Tout cas confirmé de CHIK, qu'il soit importé ou autochtone, doit être notifié à la plateforme de l'ARS (fiche de déclaration obligatoire³).

Prise en charge thérapeutique

Situation générale

En l'absence de traitement antiviral efficace, le traitement reste symptomatique. Adapté à la situation clinique et au terrain médical (groupes à risques), il a pour buts de contrôler la fièvre et la douleur, corriger la déshydratation, traiter les éventuelles défaillances d'organes, limiter le risque iatrogène et le retentissement fonctionnel. La prévention de la diffusion à l'entourage complète cette prise en charge.

Le traitement antalgique s'appuie sur le paracétamol (palier 1) en première intention. Le risque d'hépatite, parfois fulminante, est accru au stade aigu du CHIK par la conjonction de l'atteinte virale, de doses supratherapeutiques (dose maximale chez un sujet sain 60mg/kg/j sans dépasser 4 g/j), d'interactions (médicaments, alcool, pharmacopée traditionnelle) et de comorbidités (hépatopathie, dénutrition...). Du fait du risque de complication hémorragique lié à la dengue et du syndrome de Reye induit par l'aspirine, **l'usage des AINS et des salicylés est déconseillé** dans les 14 jours suivant le début de la maladie en l'absence d'élimination formelle de ces diagnostics. Le recours aux antalgiques de palier 2 (morphiniques faibles) est nécessaire en cas d'inefficacité du paracétamol: tramadol seul ou associé au paracétamol (forme adulte, forme pédiatrique après l'âge de 3 ans) ; codéine associée au paracétamol (forme adulte en association fixe (hors allaitement), adjonction de

¹ Décision du 27 mai 2014 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie, parue au JO du 14/08/2014, NOR : AFSU1400129S.

² Ministère des affaires sociales et de la santé. Guide relatif aux modalités de mise en œuvre du Plan anti-dissémination du chikungunya et de la dengue en métropole. Mise à jour 2014.

³ <http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-infectieuses/Maladies-a-declaration-obligatoire/Dengue/Dispositifs-de-surveillance-et-partenaires>

codéine au paracétamol chez l'enfant uniquement après l'âge de 12 ans, à la plus faible dose et pour la plus courte durée) ; la vigilance est de mise sur la tolérance clinique. Le recours aux morphiniques *per os* (formes retard, immédiate) ou sous-cutané se discute au cas par cas, le plus souvent à l'hôpital et après étude stricte de la balance bénéfique/risque du fait des risques respiratoires, digestifs, neurologiques et urinaires (respect des contre-indications).

N'apportant aucun bénéfice à moyen-long terme, **la prescription d'une corticothérapie générale est déconseillée quelle qu'en soit la voie d'administration** (danger de la forme retard), car elle favorise un rebond clinique sévère des arthrites et ténosynovites. Son intérêt se discute uniquement en milieu spécialisé en cas d'encéphalopathie ou de névrite.

Dans tous les cas, il est recommandé de **lutter contre la déshydratation** (apports liquidiens oraux, voire parentéraux, arrêt des diurétiques...). La prise en charge comporte la recherche d'éléments pathologiques nouveaux liés au CHIK (fièvre élevée, évolution cutanée bulleuse, atteinte d'organe) et la surveillance accrue des co-morbidités cardiaques, hépatiques, rénales, systémiques et métaboliques. S'y ajoute la **prévention du risque iatrogène** avec l'évaluation des traitements de fond (notamment les anti-hypertenseurs), le respect des doses maximales prescrites et des associations à proscrire, ainsi que l'information du patient sur les dangers de l'automédication (interactions, toxicité), y compris la phytothérapie.

Les **mesures physiques** complètent la prise en charge : arrêt de travail ou adaptation temporaire de l'emploi si besoin pour éviter l'épuisement et l'hyper sollicitation des articulations inflammatoires, retrait des bagues et autres garrots lors des œdèmes, glaçage et/ou immobilisation relative des arthrites (orthèse nocturne), prévention des complications du décubitus selon les cas. En cas d'évolution défavorable au delà d'une semaine, il convient de discuter la prescription d'actes de kinésithérapie (mobilisation activo-passive) s'il y a un risque de perte fonctionnelle et de physiothérapie antalgique pour les douleurs réfractaires aux antalgiques (*cf infra*). Chez les patients fragiles susceptibles de s'aggraver ou de perdre leur autonomie, un renfort social peut s'avérer nécessaire sous forme d'octroi d'une aide ménagère, de passages rapprochés d'infirmier ou de proches ; l'avis d'un spécialiste en rééducation fonctionnelle peut être utile dans certains cas.

Formes graves

La gestion des formes graves est strictement hospitalière et s'appuie sur les mesures conventionnelles de réanimation médicale. Le recours aux immunoglobulines polyvalentes est indiqué en cas de polyradiculonévrite due au CHIK.

Femmes enceintes

Le traitement symptomatique recommandé est le paracétamol, sans dépasser la dose maximale de 1g x 4 / jour. Tous les AINS, (y compris l'aspirine et les topiques) sont contre-indiqués à partir de 24 SA (risque d'insuffisance rénale foetale et de fermeture du canal artériel, avec comme possible conséquence, la mort foetale *in utero*). Une éducation sur les risques d'automédication et de l'aromathérapie (induction enzymatique hépatique) doit être faite à la mère et à son entourage. En cas de fièvre supérieure à 38,5°C, l'enquête diagnostique guide la décision thérapeutique et l'éventuelle prescription d'amoxicilline.

Dans le cas particulier de la mère infectée au terme de sa grossesse, un avis spécialisé en obstétrique s'impose en urgence pour le diagnostic, l'évaluation du retentissement sur l'enfant à naître ainsi que pour une éventuelle décision obstétricale. Il n'y a pas d'efficacité prouvée de la césarienne sur la transmission du CHIK à l'enfant ; son indication de la césarienne reste valide en cas d'anomalie à l'ERCF, comme pour toute souffrance foetale menaçante. Une tocolyse efficace permet de retarder l'accouchement au delà de la phase virémique, et de diminuer le risque de transmission néonatale ;

son indication est également valide en cas d'arguments en faveur d'un sepsis maternel associé pouvant compromettre le pronostic maternel ou foetal. L'essai clinique CHIKVIG-01 est en cours dans les départements français des Amériques pour évaluer l'innocuité et l'efficacité d'immunoglobulines intraveineuses hyperimmunes anti-CHIKV dans la prévention de l'infection néonatale à virus CHIK chez les nouveau-nés de mères virémiques (N° ClinicalTrial.gov NCT02230163).

Nouveau-nés, enfants

Chez le nouveau-né, une surveillance néonatale prolongée de sept jours est mise en place lorsque la mère accouche dans un contexte évocateur. En cas de virémie positive confirmée chez la mère, le nouveau-né naît avec une virémie indétectable et doit bénéficier d'une surveillance d'au moins 5 jours en maternité. Les éléments cliniques à surveiller chez le nouveau-né sont la température corporelle, la qualité de la tétée, la douleur, l'état cutané (exanthème, oedème des extrémités), l'état d'hydratation.

Les formes classiques de l'enfant sont traitées symptomatiquement comme chez l'adulte, sans utilisation d'AINS chez les nourrissons de moins de 3 mois, ni avant 10 jours d'évolution ; on rappelle que la codéine est déconseillée avant 12 ans, et réservée aux cas réfractaires au paracétamol au delà.

Prévention de la dissémination à l'entourage

Pour tout cas suspect de CHIK au stade aigu en région où il y a circulation d'*Aedes*, l'application de **mesures de protection anti-vectorielles individuelles**⁴ (moustiquaires, répulsif adapté au patient [bas âge, grossesse], climatisation) est recommandée afin d'interrompre la chaîne de transmission, en complément des actions dirigées contre les gîtes larvaires des moustiques et d'une éventuelle dispersion péri-domiciliaire d'insecticides.

On rappelle qu'il est possible d'être infecté par le CHIK à l'occasion d'un accident d'exposition au sang d'un sujet virémique ; les précautions universelles sont recommandées et efficaces.

Le stade post-aigu (de la 4^{ème} semaine à la fin du troisième mois)

Dominé par la persistance de douleurs articulaires, ce stade concerne plus de la moitié des patients, avec une incidence accrue après 40 ans et chez les femmes. Les autres paramètres associés à la persistance des symptômes articulaires sont principalement : l'intensité du stade aigu (fièvre élevée, polyarthrite sur = 6 articulations, réaction dépressive, virémie élevée), l'absence de repos au stade aigu et la préexistence de co-morbidités ostéo-articulaires. L'évolution peut être continue depuis le début des symptômes ou par poussées entrecoupées de périodes sans symptôme.

Manifestations cliniques

Le stade post-aigu se caractérise par des atteintes polymorphes et associées. Elles sont dominées par la persistance des manifestations inflammatoires initiales, notamment arthralgies inflammatoires, arthrites (synovites sans ou avec épanchement), ténosynovites, bursites, lentement régressives. L'évolution se fait sur un mode continu ou par poussées inflammatoires, volontiers favorisées par le froid. S'y associent souvent la décompensation d'arthropathies dégénératives ou traumatiques

⁴ http://www.invs.sante.fr/beh/2014/reco/pdf/2014_reco.pdf

préexistantes (parfois méconnues) telles que l'arthrose ou les tendinopathies parfois calcifiantes, et diverses manifestations locales comme des œdèmes réactionnels, des syndromes canaux, un enraidissement articulaire ou des douleurs neuropathiques. L'absence de traitement anti-inflammatoire, une sollicitation physique excessive inopportune et de même, un repos articulaire complet et prolongé, peuvent avoir un effet délétère sur la récupération clinique. Ce stade post-aigu peut aussi comporter une asthénie intense et des troubles neuropsychologiques, surtout si la douleur est au premier plan.

Atteintes articulaires inflammatoires	Atteintes périarticulaires inflammatoires	Autres atteintes locorégionales	Manifestations générales
<ul style="list-style-type: none"> • Arthrite • Arthralgies inflammatoires 	<ul style="list-style-type: none"> • Ténosynovites • Tendinites avec risque de rupture • Enthésites • Bursites • Capsulites • Périostite 	<ul style="list-style-type: none"> • Arthralgies mécaniques • Raideur • Récidive de douleur en zone préalablement lésées • Œdème des tissus mous (extrémités) • Syndromes canaux • Neuropathie des petites fibres • Troubles vasculaires périphériques (Raynaud) 	<ul style="list-style-type: none"> • Asthénie • Dyschromie cutanée, alopecie • Décompensation métabolique ou endocrinienne • Décompensation de maladies chroniques • Syndrome anxio-dépressif, ralentissement idéatoire, troubles mnésiques

Evaluation clinique et morphologique

Une approche sémiologique fine permet de qualifier le cadre diagnostique qui conditionne l'optimisation du traitement. Il convient notamment de distinguer les douleurs (EVA) et gênes fonctionnelles dues au processus inflammatoire persistant, de celles liées aux décompensations d'articulations déjà altérées par l'arthrose ou un autre processus, car les choix thérapeutiques et leur efficacité dépendent de ce bilan lésionnel précis. L'évaluation initiale puis régulière de l'activité inflammatoire (nombre de réveils nocturnes, dérouillage matinal, nombres d'articulations douloureuses et d'articulations gonflées, CRP ou VS) et celle du retentissement fonctionnel (échelle de type DAS28 ou RAPID3) guident les décisions thérapeutiques.

La réalisation d'un examen d'imagerie n'est pas systématique à ce stade, sauf en cas de doute diagnostique ou d'atteintes sévères au delà de 6 semaines susceptibles de modifier les choix thérapeutiques (suspicion de rhumatisme pré-existant, de rupture tendineuse...). Les radiographies simples et l'échographie des articulations symptomatiques sont alors à privilégier quand l'examen clinique n'est pas assez contributif. Un avis spécialisé en rhumatologie s'avère nécessaire devant un tableau clinique inflammatoire avec polyarthrite douloureuse et invalidante persistant au delà de 6 semaines d'évolution ou en cas de découverte d'érosions osseuses.

Evaluation biologique

A ce stade, il est indispensable de confirmer le diagnostic de CHIK par examen sérologique (coexistence fréquente d'IgM et d'IgG anti-CHIK). Les autres examens biologiques permettent de préciser le niveau d'inflammation et, selon les cas, de réaliser un bilan pré-thérapeutique et de chercher une co-morbidité également source de maladie rhumatismale (goutte, hépatite chronique, dysthyroïdie...). Un bilan immunitaire n'est pas nécessaire à ce stade, sauf s'il existait des symptômes

ou signes articulaires inflammatoires avant le CHIK ou dans les formes très inflammatoires réfractaires au traitement au delà de 6-8 semaines d'évolution.

Confirmation du chikungunya	Evaluation de l'inflammation	Bilan pré-thérapeutique	Recherche d'une co-morbidité associée
Sérologie chikungunya	Hémogramme, VS, protéine-C-réactive	Ionogramme sanguin, créatinine, transaminases, glycémie à jeun (HbA1C si diabète connu) ± bandelette urinaire	± acide urique, sérologies VHB/VHC/VIH, TSH, CPK

Prise en charge thérapeutique

Elle a pour but de soulager le patient en luttant contre la douleur et l'inflammation et de limiter les conséquences du processus inflammatoire : enraidissement articulaire, perte du tonus musculaire, déconditionnement. Le traitement est mis en place par le médecin généraliste qui prend en compte la situation clinique, les co-morbidités et le statut socio-économique du patient.



L'approche thérapeutique repose en premier lieu sur des traitements antalgiques (paliers 1 ou 2, anti-neuropathiques) et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS). Le patient doit être éduqué sur les risques de surdosage en cas d'automédication et sur les effets indésirables potentiels. L'antalgie doit être optimisée en associant un antalgique de palier 1 ou 2 en fonction de la douleur, une molécule ciblant la composante douloureuse neuropathique (ex. : nefopam, prégabaline, gabapentine...) si nécessaire (DN4 = 4 /10) et des mesures physiques actives sur les zones douloureuses réfractaires. Le recours au palier III ne se conçoit qu'en cas d'échec du traitement antalgique de palier II couplé à un traitement anti-inflammatoire bien conduit ; le recours à l'avis spécialisé d'un algologue est alors conseillé.

Le choix du traitement AINS dépend du tableau clinique, du terrain du patient et de l'expérience du praticien. Aucune classe d'AINS n'a de supériorité d'efficacité démontrée sur les manifestations post-

CHIK. Ce traitement est prescrit à pleine dose en l'absence de contre-indication (indispensable respect des précautions d'emploi), en prenant soin de couvrir la nuit par une prise vespérale et/ou une forme à libération prolongée. L'efficacité des AINS doit être réévaluée (doses, horaires) au cours de la première semaine ; une réponse insuffisante au 10^{ème} jour doit faire proposer un changement de classe d'AINS. Il est important de poursuivre ce traitement pendant plusieurs semaines sous réserve d'une bonne tolérance, puis d'effectuer un sevrage progressif (une prise un jour sur deux pendant au moins une à deux semaines avant l'arrêt).

Le recours à une corticothérapie systémique doit être réservé aux formes polyarticulaires très inflammatoires, notamment associées à des ténosynovites, des synovites actives, ou en cas de résistance ou contre-indication aux AINS. La posologie de 10 mg/j de prednisone pendant 5 jours avec dégression en 10 jours suffit le plus souvent pour les formes modérées réfractaires aux AINS. La dose de 0,5 mg/kg/j de prednisone pendant 5 jours avec sevrage progressif en 10 jours est réservée aux formes les plus sévères. Dans tous les cas, la durée totale de la corticothérapie doit être limitée à moins de quatre semaines ; le relais par AINS est recommandé afin d'éviter un rebond clinique. Les mesures adjuvantes classiques et la surveillance de cette corticothérapie sont mises en place en fonction du terrain.

En cas de ténosynovite, bursite, syndrome canalaire, capsulite, ou synovite insuffisamment contrôlée par le traitement oral, la prescription d'un traitement anti-inflammatoire local (topique, voire infiltration) est recommandée pour limiter l'inflation thérapeutique. En revanche, il est déconseillé de proposer un geste de décompression chirurgicale d'un syndrome canalaire dans un contexte inflammatoire en raison du risque de cicatrisation médiocre et d'algodystrophie.

Au stade post-aigu, il n'y a pas d'indication de débiter avant 8 semaines un traitement de fond par une molécule anti-rhumatismale spécifique de type DMARD (*disease-modifying antirheumatic drug*) telle que le méthotrexate. L'instauration d'un tel traitement ne se conçoit que chez des patients atteints de polyarthrite persistante, après avis spécialisé en rhumatologie et recherche d'éléments en faveur d'un rhumatisme inflammatoire. L'efficacité de l'hydroxychloroquine n'est actuellement pas établie dans cette indication ; son usage doit être discuté au cas par cas en service spécialisé, au mieux dans le cadre d'un essai thérapeutique.

L'intérêt d'un recours à la médecine physique est évalué en fonction du bilan lésionnel et du retentissement général (douleur, autonomie, emploi, qualité de vie). Un bénéfice clinique est attendu en termes d'antalgie, de préservation des amplitudes articulaires et du tonus musculaire. Un avis spécialisé en médecine physique peut se discuter chez des patients en déconditionnement physique ou perte d'autonomie (personnes handicapées et/ou âgées, sportifs) afin d'établir un programme de rééducation spécifique. Différentes techniques sont à disposition, mais n'ont pas le même niveau de preuve d'efficacité. Les méthodes dynamiques ont acquis un bon niveau de preuve pour les atteintes inflammatoires telles qu'observées dans les manifestations persistantes post-CHIK. Une prise en charge par des professionnels (kinésithérapeutes) est souvent nécessaire, relayée par une auto-rééducation d'entretien (efficacité moindre).

Pathologies		Traitement physique et local
ARTICULAIRE	Arthrite	Patch d'anti-inflammatoire non stéroïdiens en tissu gel ; ponction/évacuation de liquide articulaire + infiltrations ; mise au repos relatif des arthrites par orthèse (la nuit, durée brève); mobilisation activo-passive douce et non douloureuse ; contractions musculaires isométriques, puis isotoniques et isocinétiques légers ; postures en correction générale des attitudes vicieuses ; massage décontractant des grandes masses musculaires proches des articulations atteintes ; drainage des zones atteintes ; physiothérapie antalgique (douleur réfractaire au traitement antalgique/AINS)
	Synovite	
	Arthralgie	
	Arthrose (exacerbation)	
	Bursite	Ne pas s'étendre sur le côté douloureux, marcher ou courir excessivement ; ponction ; infiltration de corticoïdes ; bandage compressif ; mobilisation activo-passive douce ; physiothérapie antalgique (douleur réfractaire aux antalgiques et AINS)
MUSCULO-TENDINEUX	Tendinopathie	Repos relatif ; massage transverse profond, crochetage ; travail musculaire en excentrique des tendinopathies ; étirements tendineux progressifs ; stimulation vibratoire transcutanée ; physiothérapie antalgique (douleur réfractaire aux antalgiques et AINS)
	Enthésite	
	Ténosynovite	Immobilisation par orthèses ; infiltrations
LOCO-REGIONAL	Oedèmes	Pressothérapie, drainage postural, contention élastique ; retrait des bagues et garrots vestimentaires ; éviction des positions orthostatiques prolongées et sources de chaleur
	Syndrome canalaire	Immobilisation par orthèses ; infiltrations si syndrome canalaire complet , patch de lidocaine ; physiothérapie antalgique (douleur réfractaire aux antalgiques, comprenant un antineuropathique, et AINS)
	Douleur neurogène	
	Raideur	Mobilisation passive puis active et apprentissage de l'auto-rééducation d'assouplissement ; renforcement musculaire ; travail proprioceptif ; réentrainement à l'effort
GENERAL	Déconditionnement à l'effort	Réentrainement à l'effort
	Malaises orthostatiques	Bas de contention ; passage de la position couchée à debout en marquant un temps d'arrêt en position assise
	Troubles de l'humeur	Relaxation, sophrologie ; soutien psychologique

Les techniques figurant en gras bénéficient d'un consensus professionnel fort ou d'un niveau de preuve d'efficacité robuste (grade B). Les techniques de physiothérapie ont un niveau d'efficacité thérapeutique d'un niveau de preuve de grade C.

Les techniques de physiothérapie antalgique ont un niveau de preuve faible à nul dans les maladies musculo-squelettiques, même si un bénéfice modeste peut être apporté par certaines techniques (ultrasons avec gel d'hydrocortisone sur bursite, bain écossais sur œdème, cryothérapie sur poussée douloureuse inflammatoire, électrothérapie de type TENS sur douleur neuropathique).

PRINCIPES	TECHNIQUES
PHYSIOTHERAPIE ANTALGIQUE <i>Utilisation d'agents physiques pour traiter la douleur</i>	Thermothérapie de contact (boue et/ou paraffine), de diathermie (rayonnement infrarouge, ondes électromagnétiques, laser, ultrasons)
	Cryothérapie : glace, sprays réfrigérants, cold packs avec substance cryopexique
	Electrothérapie : courant continu unidirectionnel (ionisation) ; courants alternatifs basse fréquence de type TENS (<i>Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation</i>) ou antalgique morphinique
	Balnéothérapie (dans l'eau à 34-36°C)
	Bains écossais par alternance froid (10-15°C) / chaud (35.5-45°C) ; commencer et finir par le froid, durée immersion globale: 6-24min, durée froid : 1min / chaud : 1-3min, nombre de sessions : 1 à 4 (24h d'intervalle)

L'évaluation du retentissement psychique et social complète la prise en charge des patients souffrant de manifestations persistantes. A ce titre, l'évaluation régulière de la douleur (EVA, DN4 pour rechercher une composante neuropathique) est pertinente. Le recours à des traitements

psychotropes, un aménagement professionnel ou la demande d'une aide sociale est décidé au cas par cas.

Le stade chronique (à partir du 4^{ème} mois)

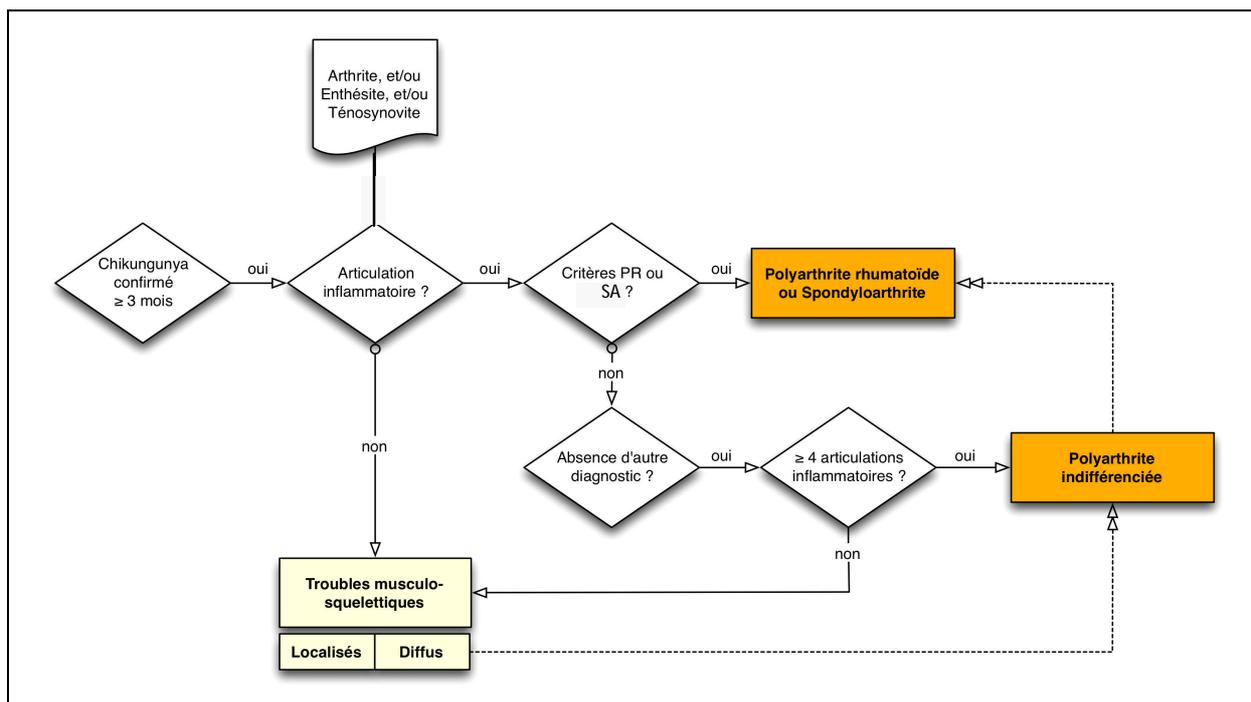
Il est défini par l'absence de retour à l'état de santé antérieur plus de trois mois après le début du CHIK. Le stade chronique peut durer quelques mois à plusieurs années (plus de 6 ans pour un petit contingent de patients infectés à la Réunion en 2005-2006). Schématiquement, l'évolution se fait vers la guérison sans séquelle spontanément ou après traitement, vers la persistance prolongée de symptômes articulaires et/ou généraux ou vers l'aggravation consécutive à un processus inflammatoire ou dégénératif ; une altération de la qualité de vie est signalée par la plupart des patients chroniques dans les premières années qui suivent le CHIK.

Manifestations cliniques

Les entités cliniques observées sont les mêmes qu'au stade post-aigu. Il est fréquent d'observer des rebonds douloureux sur des articulations trop sollicitées par rapport à leur état inflammatoire post-CHIK.

Comme au stade post-aigu, l'analyse sémiologique précise le type de lésions par site. L'approche diagnostique vise à qualifier le cadre nosologique de chaque patient en fonction de la présence ou non de signes inflammatoires (arthrite, enthésite, ténosynovite, arthralgies inflammatoires) et du nombre d'articulations atteintes (polyarticulaires si = 4 articulations). Le niveau d'activité inflammatoire clinique (nombres de réveils nocturnes, d'articulations douloureuses et d'articulations gonflées, durée du dérouillage matinal) et l'impact fonctionnel sont aussi pris en compte.

On distingue les rhumatismes inflammatoires chroniques (RIC) et les troubles musculo-squelettiques (TMS). Les premiers ont le pronostic fonctionnel le plus grave, les seconds sont de loin les plus fréquents (95%).



Evaluation clinique et morphologique

La prescription d'examens d'imagerie (radiographies, échographie, IRM) est guidée par les constatations cliniques et l'hypothèse diagnostique qui en découle.

<p>En cas de suspicion de polyarthrite rhumatoïde, compléter par</p> <p>Radiographies des mains et poignets de face, des pieds de face et trois-quarts Eventuellement, échographie pour recherche de synovite, ténosynovite ou érosions.</p> <p>En cas de suspicion de spondylo-arthrite, compléter par</p> <p>Radiographies des sacro-iliaques, du bassin de face, du rachis dorso-lombaire face et profil IRM des sacro-iliaques et du rachis dorso-lombaire si aspect normal à la radiographie</p> <p>Radiographie de toute autre articulation symptomatique</p> <p>Place de l'échographie articulaire ou tendineuse</p> <p>Confirmation de rupture tendineuse, distinction œdème sous-cutané vs synovite</p>
--

Evaluation biologique

Comme au stade post-aigu, il est indispensable de confirmer le diagnostic de CHIK par une sérologie si cet examen n'a pas été réalisé auparavant. Les autres examens biologiques visent à : évaluer le niveau d'inflammation, rechercher des arguments biologiques en faveur d'un rhumatisme inflammatoire si le tableau clinique est évocateur (au moins une arthrite chronique), réaliser un bilan pré-thérapeutique et de rechercher une co-morbidité (cf stade post-aigu).

Confirmation du chikungunya	Evaluation de l'inflammation Bilan auto-immun	Bilan pré-thérapeutique	Recherche d'une co-morbidité associée
Sérologie chikungunya (IgG)	Hémogramme, VS, protéine-C-réactive ; Anti-CCP2, facteurs rhumatoïdes (Elisa ou néphélobimétrie), AC anti-nucléaires, complément C3 C4 CH50 ; HLA B27 si suspicion de SA	Ionogramme sanguin, créatinine, transaminases, glycémie à jeun (HbA1C si diabète connu) ± bandelette urinaire	± acide urique, sérologies VHB/VHC/VIH, TSH, CPK

La ponction d'un épanchement articulaire d'articulation de grosse ou moyenne taille est nécessaire pour affirmer le caractère inflammatoire ou mécanique du liquide articulaire et rechercher les diagnostics différentiels (goutte, arthrite septique...).

Cadre diagnostique

Le bilan lésionnel précédent détermine le cadre clinique des manifestations post-CHIK propres à chaque patient.

Pour tout patient présentant au moins une synovite chronique réfractaire à un traitement bien conduit au stade post-aigu (au-delà de 6 semaines), il est indispensable de confronter les données cliniques, biologiques (surtout facteurs rhumatoïdes, AC anti-CCP, HLA B27) et d'imagerie aux critères actuels de polyarthrite rhumatoïde (PR) et de spondylo-arthrite (SA). La PR représente le RIC post-CHIK le plus fréquent, devant la forme périphérique de SA. Sinon, on parle de polyarthrite indifférenciée (PI) pour une polyarthrite non destructrice ne répondant pas aux critères de PR ou de

SA, quel que soit l'âge, et seulement après élimination des autres causes de polyarthrite (microcristalline, auto-immune, granulomateuse, secondaire à une hépatite virale chronique ...). A l'échelon individuel, la causalité du CHIK dans le RIC s'appuie sur l'absence de signes rhumatismaux avant l'infection, le continuum symptomatique de l'infection aiguë vers le RIC, la séropositivité CHIK et l'élimination des diagnostics différentiels. Les patients ne répondant pas aux définitions des RIC post-CHIK sont classés comme autres TMS.

POLYARTHRITE RHUMATOÏDE Critères ACR/EULAR 2010 ⁽¹⁾	SPONDYLOARTHRITE Critères ASAS 2011 spondyloarthrite périphérique ⁽²⁾	
Au moins 1 synovite articulaire inexplicée + score = 6/10	Chez l'adulte < 45 ans Arthrite ou enthésite ou dactylite ET	
A. Atteinte articulaire*	= 1 autre signe parmi : <ul style="list-style-type: none"> • Psoriasis • Maladie inflammatoire intestinale chronique • Antécédent récent d'infection • HLA-B27 positif • Uvéite • Sacro-iliite à la radiographie ou à l'IRM OU = 2 autres signes parmi : <ul style="list-style-type: none"> • Arthrite • Dactylite • Enthésite • Rachialgie inflammatoire • Antécédent familial de SA 	
1 grosse articulation		0
2-10 grosses articulations		1
1-3 petites articulations (± atteinte des grosses articulations)		2
4-10 petites articulations (± atteinte des grosses articulations)		3
>10 articulations (dont au moins une petite articulation)**		5
B. Sérologie (tester au moins un)***		
FR négatifs et anti-CCP négatifs		0
FR faiblement positifs ou anti-CCP faiblement positifs		2
FR fortement positifs ou anti-CCP fortement positifs		3
C. Biologie inflammatoire (tester au moins un)****		
CRP normale et VS normale	0	
CRP anormale ou VS anormale	1	
D. Durée des symptômes		
<6 semaines	0	
=6 semaines	1	
IMAGERIE		
Erosions typiques de PR	Sacro-iliite radiographique suivant les critères de New-York modifiés ⁽³⁾ ou sacro-illite à l'IRM selon les critères ASAS	

* IPD, premières articulations CMC et MTP : exclues. « Grosses articulations » : épaules, coudes, hanches, genoux, chevilles. « Petites articulations » : MCP, IPP, 2^{ème} à 5^{ème} MTP, IP du pouce, poignets. ** Toute combinaison de grosses et petites articulations ou autre site articulaire (temporomandibulaire, acromioclaviculaire, sternoclaviculaire...). *** Négatif si = valeur normale du laboratoire ; faiblement positif si = 3 fois la norme ; fortement positif > 3 fois la norme. Si FR uniquement rendus positif or négatif, un résultat positif est considéré faiblement positif. **** Normal/anormal. 1 : Aletaha D, *et al.* Arthritis Rheum 2010;62(9):2569-81. ; 2 : Rudwaleit M, *et al.* Ann Rheum Dis. 2011;70(1):25-31. ; 3 : Van der Linden S, *et al.* Arthritis Rheum. 1984;27(4):361-8.

Ainsi, au terme de cette étape diagnostique, le praticien peut qualifier le type de manifestations persistantes post-CHIK et proposer un traitement individualisé en fonction du diagnostic, du pronostic fonctionnel et du terrain du patient.

Rhumatismes inflammatoires chroniques	Autres troubles musculo-squelettiques
Polyarthrite rhumatoïde	Localisés Atteinte mono- ou oligo-articulaire Autres complications locales
Spondyloarthrite (psoriasique notamment)	Diffus Polyarthralgie distale œdémateuse (l'absence d'arthrite la distinguant du RS3PE) Polyalgie et fatigabilité d'effort
Polyarthrite indifférenciée (diagnostic d'élimination)	

Prise en charge thérapeutique des rhumatismes inflammatoires chroniques

La prise en charge d'un RIC post-CHIK, avec ou sans destruction articulaire, nécessite systématiquement l'avis d'un rhumatologue, au mieux dans le cadre de réunion de concertation pluridisciplinaire. Pour une meilleure efficacité (rémission, voire guérison). Cette prise en charge doit débiter au cours des premiers mois du stade chronique. Les objectifs des traitements sont de limiter l'évolution potentiellement destructrice, de réduire le retentissement fonctionnel et psycho-social, et d'améliorer la qualité de vie. L'induction du RIC par le CHIK ne saurait justifier un quelconque report du traitement de fond. Celui-ci doit être conforme aux recommandations nationales de la société française de rhumatologie, actualisées en 2014 pour la PR et la SA. Les modalités thérapeutiques sont bien définies pour ces deux maladies, avec une place privilégiée pour le méthotrexate.

PR post-CHIK ⁽¹⁾

Prise en charge selon les recommandations de la SFR (2014)

Méthotrexate (MTX) précoce en première intention surtout si anti-CCP positifs ; autres DMARDs (leflunomide, sulfasalazine) en alternative

Biothérapies si réponse insuffisante au DMARD de première ligne et facteurs de mauvais pronostic

Suivi par score d'activité spécifique DAS 28

SA post-CHIK ⁽²⁾

Prise en charge selon les recommandations de la SFR (2014)

AINS en première intention

MTX ou sulfasalazine en deuxième intention si arthrites périphériques

Biothérapie si réponse insuffisante ou intolérance aux AINS/DMARDs

PI post-CHIK ⁽³⁾

AINS en première intention

Corticothérapie en deuxième intention

MTX en troisième intention ou à visée d'épargne cortisonique ; alternative par hydroxychloroquine (non validée dans cette indication)

1 : Gaujoux-Viala C, Joint Bone Spine 2014;81(4):287-97. ; 2 : Wendling D, et al. Joint Bone Spine 2014;81(1):6-14. ; 3: Ribéra A, et al. Méd Trop 2012;72 Spec No:83-5.

Un suivi régulier de la tolérance et de l'efficacité de ces traitements de fond avec réévaluation du rapport bénéfice/risque est indispensable. Il est effectué au mieux conjointement par le rhumatologue et le médecin généraliste. Pour les patients en rémission, l'arrêt du traitement de fond doit être envisagé et évalué après une réponse complète soutenue pendant plusieurs mois. Pour les patients avec un RIC ne répondant pas à une première ligne de traitement, le spécialiste s'appuie sur les recommandations nationales pour choisir le traitement de deuxième intention (switch ou association ? recours à une biothérapie ?...).

La PR évolutive et la SA grave étant deux affections de longue durée exonérante, le médecin traitant peut établir un protocole de soins pour faire ouvrir les droits de prise en charge des soins et traitements à 100% par l'assurance-maladie. La prise en charge associe aussi la correction des comorbidités identifiées, le traitement du retentissement psychique (anxiété, dépression) et social (aménagement d'emploi).

Prise en charge thérapeutique des autres troubles musculo-squelettiques (non RIC)

La prise en charge des TMS persistant au delà de 3 mois d'évolution repose sur les mêmes principes que la prise en charge des formes post-aiguës : lutte contre l'inflammation persistante, contre la

douleur, traitement des facteurs associés. Il convient toujours d'optimiser le traitement en associant un antalgique, un AINS, un traitement anti-inflammatoire local sur les zones réfractaires (infiltration articulaire ou péri-tendineuse notamment) et des traitements physiques (*cf supra*). L'efficacité thérapeutique se juge à moyen terme, sur plusieurs semaines.

Le recours à une corticothérapie générale brève (schémas thérapeutiques identiques à ceux proposés pour le stade post-aigu) doit rester d'indication limitée aux TMS multiples non contrôlés par cette première ligne de traitement, tels que les ténosynovites hypertrophiques multiples ou la polyarthralgie distale oedémateuse. Un relais par AINS est recommandé pour limiter le rebond clinique lors du sevrage de la corticothérapie. Un avis spécialisé en rhumatologie et, si besoin en médecine physique, est recommandé pour toute situation réfractaire ou dépendante à la corticothérapie générale (sevrage impossible ou rechutes imposant des cures successives). Le spécialiste sollicité peut être amené à requalifier le diagnostic le cas échéant et doit trouver une alternative thérapeutique générale ou locale (ex.: infiltration) à visée d'épargne cortisonique, notamment chez les patients à haut risque d'effets secondaires (ostéoporose et autres ostéopathies fragilisantes, diabète, hypertension...).

Une réponse insuffisante au traitement comportant une infiltration d'une arthrite isolée justifie une réévaluation diagnostique régulière, pour ne pas méconnaître une évolution vers un RIC, notamment une SA.

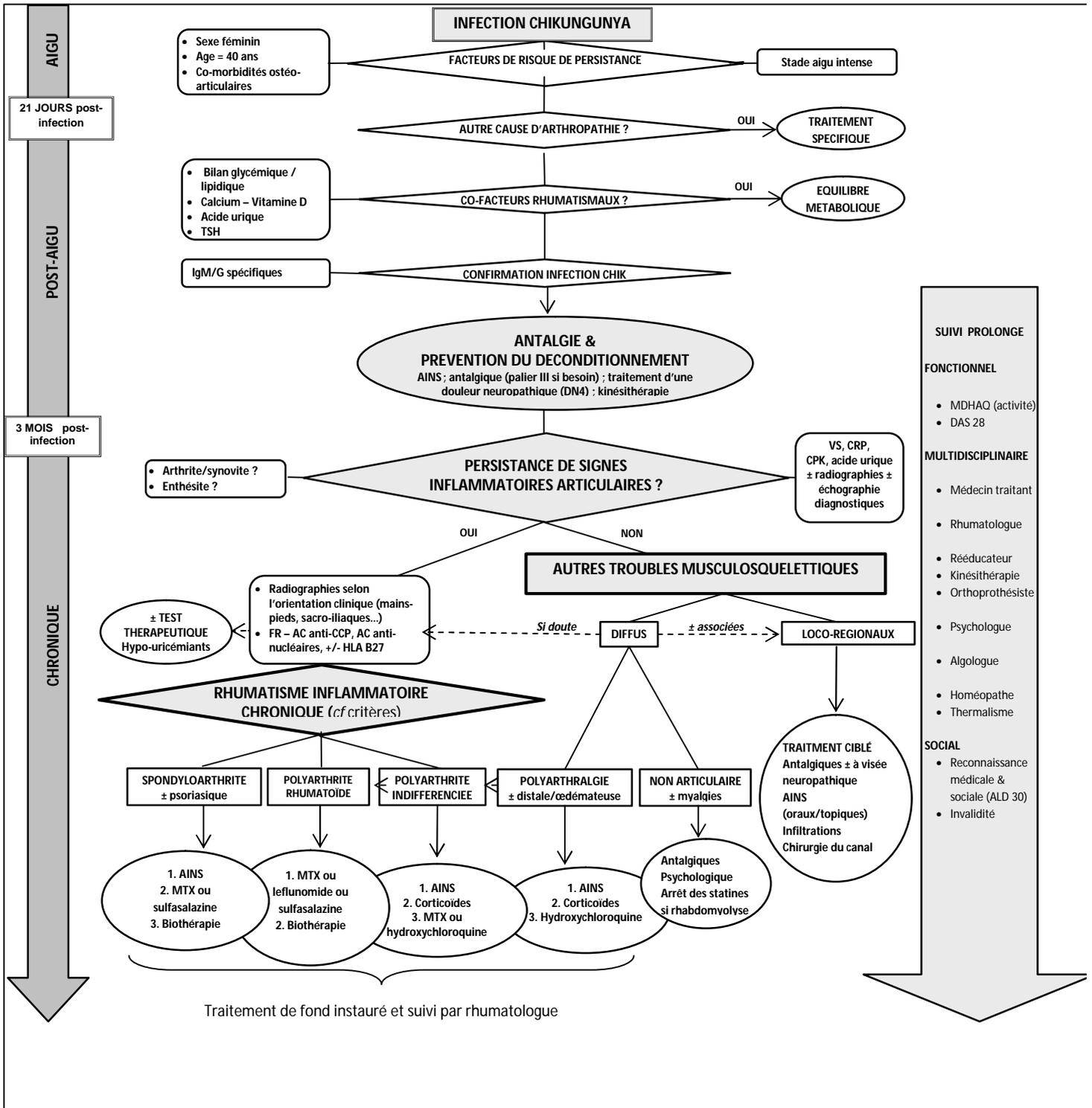
Comme pour les RIC, la prise en charge comporte aussi la correction des co-morbidités identifiées, le traitement du retentissement psychique et social, en complément de la prise en charge de l'appareil locomoteur.

Tableau synoptique des traitements selon les stades cliniques

		Stade aigu (J1-J21)	Stade post-aigu (S4-S12)	Stade chronique (M4-...)
Antalgiques	Paracétamol (<4 g/j adulte)	+	+	+
	Antalgiques de palier 2 (codéine déconseillée chez l'enfant)	+	+	+
	Antalgiques ciblant les douleurs neurogènes	-	±	+
	Antalgiques de palier 3 (avis d'algologue si besoin)	+	+	+
Anti-inflammatoires	AINS oral, dont aspirine	- avant J14 (si risque de dengue) + après J14	+	+
	AINS en topique	-	+	+
	Corticothérapie orale	-	± ¹	+ ¹
	Corticothérapie infiltration	-	+	+ ¹
Traitement de fond Sur avis spécialisé Jamais avant 8 semaines d'évolution	Méthotrexate	-	± ^{1,2}	+ ²
	Hydroxychloroquine	-	± ^{1,2}	± ²
	Sulfasalazine	-	± ^{1,2}	+ ²
	Leflunomide	-	± ^{1,2}	+ ²
	Biothérapie	-	-	+ ^{2,3}
Traitements physiques		+	+	+

- : non indiquée; ± : indication restreinte; + : possible; 1 : échec des AINS; 2 : en cas de rhumatisme inflammatoire chronique avéré et sur avis spécialisé ; 3 : en 2^{ème} ou 3^{ème} ligne thérapeutique

Algorithme synthétique de prise en charge



1. En première intention ; 2. En deuxième intention ; 3. En troisième intention.