

# Prise en charge du chikungunya subaigu et chronique

## Fiche de synthèse

Dix mois après l'émergence du chikungunya aux Antilles, alors que le pic épidémique de formes aiguës est passé, le nombre de personnes souffrant de formes persistantes ne cesse de croître. En attendant la parution de recommandations nationales détaillées (coordinateur : Pr F. Simon, Service de Santé des Armées), ce document a pour objectif de guider les praticiens pour le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge des personnes souffrant de chikungunya subaigu ou chronique.

### Les différentes phases du chikungunya

L'infection par le virus du chikungunya est le plus souvent symptomatique. Cette infection se déroule selon trois phases : phase aiguë (de J1 à J21), phase subaiguë (de J21 à la fin du 3<sup>e</sup> mois) et phase chronique (au delà du 3<sup>e</sup> mois). Les deux dernières phases ne sont pas observées chez tous les patients.

Le diagnostic et la prise en charge du chikungunya à la phase aiguë ont déjà fait l'objet de recommandations (<http://www.ars.martinique.sante.fr/DENGUE-ET-CHIKUNGUNYA-Meme-c.170972.0.html>).

La prise en charge des formes subaiguës et chroniques doit être initiée et coordonnée par le médecin traitant.

### La phase subaiguë (de la quatrième semaine à la fin du troisième mois)

Elle concerne plus de la moitié des patients, avec une incidence accrue après 40 ans. L'évolution peut être continue depuis le début des symptômes ou se faire par poussées entrecoupées de périodes sans symptôme.

### Manifestations cliniques

L'expression clinique est très polymorphe, et différents types de manifestations sont souvent associés. Les principales manifestations sont indiquées dans le tableau ci-dessous :

Atteintes intra-articulaires inflammatoires	Atteintes périarticulaires inflammatoires	Complications liées à l'inflammation locale	Complications post-infectieuses
<ul style="list-style-type: none"><li>• Arthrites</li><li>• Synovites</li><li>• Arthralgies inflammatoires</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ténosynovites</li><li>• Tendinites</li><li>• Enthésites</li><li>• Capsulites</li><li>• Bursites</li><li>• Périostites</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Réveil douloureux de zones préalablement lésées</li><li>• Arthralgies mécaniques</li><li>• Raideurs</li><li>• Oedèmes des tissus mous (extrémités)</li><li>• Syndromes canaux</li><li>• Neuropathie des petites fibres</li><li>• Troubles vasculaires périphériques</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Asthénie</li><li>• Dyschromie cutanée, alopecie</li><li>• Décompensation métabolique ou endocrinienne</li><li>• Décompensation de maladies chroniques</li><li>• Syndrome anxio-dépressif, ralentissement idéatoire, troubles mnésiques</li></ul>

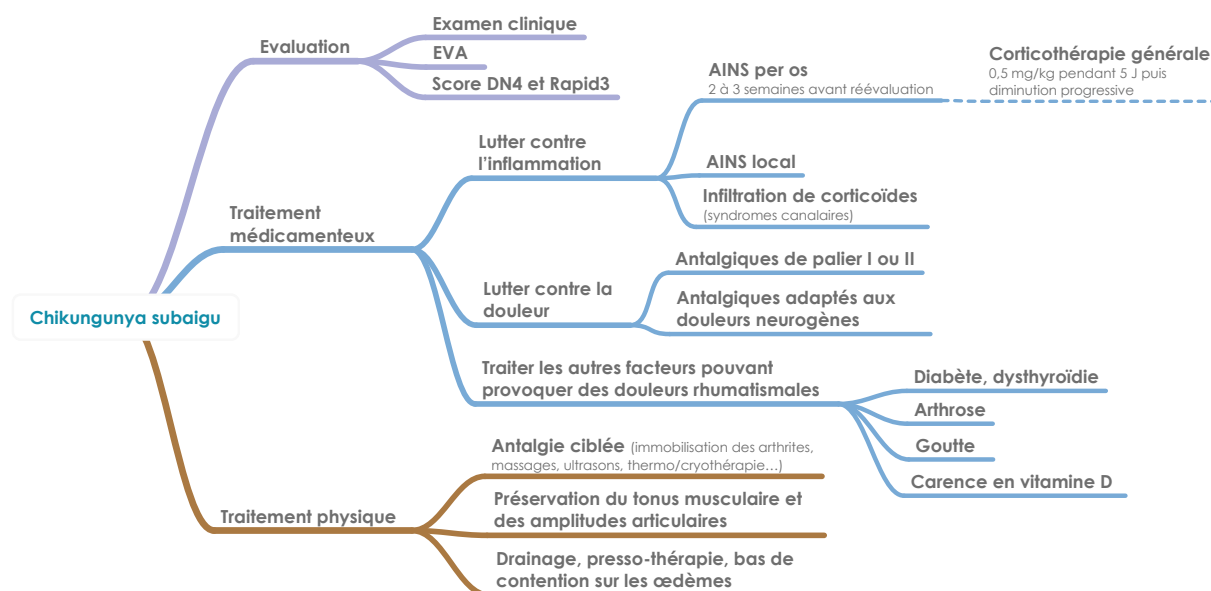
### Diagnostic et bilan paraclinique

A ce stade, il est indispensable de confirmer le diagnostic de chikungunya par examen sérologique (recherche d'IgM spécifique). Les autres examens biologiques permettront de rechercher d'autres causes aux symptômes observés (hépatite chronique, dysthyroïdie...) et de réaliser un bilan préthérapeutique. Le bilan immunologique n'est pas nécessaire à cette phase, sauf s'il existait des symptômes articulaires inflammatoires avant le chikungunya. Aucun examen d'imagerie (radiographie, échographie) n'est systématique de première intention, sauf en cas de doute diagnostique pouvant modifier les choix thérapeutiques.

Confirmation du diagnostic de chikungunya	Recherche d'autre cause de morbidité ostéo-articulaire	Bilan préthérapeutique
Sérologie chikungunya	Hémogramme, vitesse de sédimentation, CRP, CPK, uricémie, transaminases, glycémie à jeun, calcémie corrigée, TSH, vitamine D	Ionogramme sanguin, créatininémie avec évaluation du débit de filtration glomérulaire, cholestérol, triglycérides, taux de prothrombine

## Prise en charge thérapeutique

Elle repose sur une évaluation initiale rigoureuse, des traitements médicamenteux, et des traitements physiques (kinésithérapie, soins locaux, rééducation). L'efficacité des AINS doit être réévaluée (doses, horaires) dans la première semaine ; une réponse insuffisante au 10<sup>ème</sup> jour doit faire proposer un changement de classe d'AINS. Le recours à une corticothérapie systémique (0,5 mg/kg/j) doit être réservé aux formes polyarticulaires très inflammatoires, notamment associées à des ténosynovites hypertrophiques, ou en cas de contre-indication aux AINS ; dans tous les cas, la durée doit être limitée à moins de trois semaines, avec dégression des doses et, si possible, relais par un AINS pour éviter le rebond clinique.



## La phase chronique (au delà du troisième mois)

Elle est définie par l'absence de retour à l'état de santé antérieur plus de trois mois après le début du chikungunya.

### Manifestations cliniques

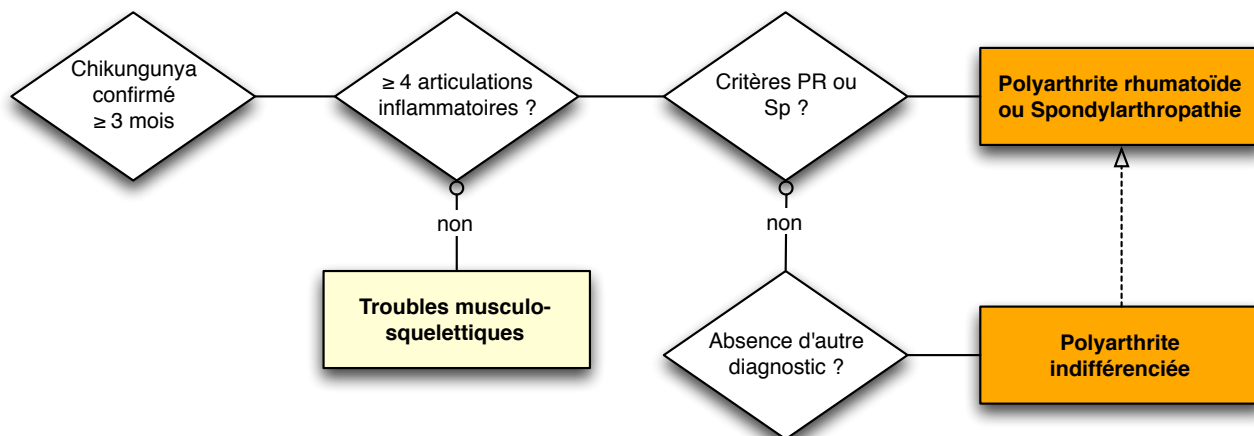
Les entités cliniques observées sont les mêmes qu'à la phase subaiguë, surtout s'il n'y a pas eu de prise en charge thérapeutique. Au cours de la phase chronique, l'approche diagnostique vise à séparer les deux grands cadres nosologiques : troubles musculo-squelettiques et rhumatismes inflammatoires chroniques en fonction de la présence ou non de signes inflammatoires (synovite, arthrite, enthésite, ténosynovite, arthralgies inflammatoires), et du nombre d'articulations atteintes (polyarticulaires si  $\geq 4$  articulations).

Troubles musculo-squelettiques (mêmes entités qu'en phase subaiguë)	Rhumatismes inflammatoires chroniques (au moins quatre articulations inflammatoires)
<b>Localisés</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Atteinte mono ou oligo-articulaire inflammatoire</li> <li>Complications liées à l'inflammation locale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Polyarthrite rhumatoïde [PR]</li> <li>Spondylarthropathie [Sp] (psoriasique notamment)</li> <li>Polyarthrite indifférenciée (après élimination d'une goutte, d'une polyarthrite rhumatoïde et d'une spondylarthropathie)</li> </ul>
<b>Diffus</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Polyarthralgie distale œdémateuse</li> <li>Polyalgie et fatigabilité d'effort</li> </ul>	

### Diagnostic et bilan

Comme à la phase subaiguë, il est indispensable de confirmer le diagnostic de chikungunya par examen sérologique si non réalisé avant. Les autres examens biologiques permettront de rechercher d'autres causes aux symptômes observés et de réaliser un bilan préthérapeutique (cf phase subaiguë). Le bilan immunologique n'est effectué qu'en cas de suspicion de rhumatisme inflammatoire chronique.

Des examens d'imagerie (radiographie, échographie, IRM) seront effectués en fonction de l'orientation diagnostique. En cas de suspicion de rhumatisme inflammatoire chronique, une échographie articulaire pourra être pratiquée en prolongement de l'examen clinique afin de préciser et évaluer la sévérité de l'atteinte articulaire inflammatoire.



### Prise en charge thérapeutique

La prise en charge des troubles musculo-squelettiques repose sur les mêmes principes que la prise en charge des formes subaiguës : lutter contre l'inflammation, lutter contre la douleur, traiter les facteurs associés. Les moyens à utiliser sont les traitements médicamenteux, les traitements locaux (infiltration) et les traitements physiques à associer systématiquement.

La prise en charge d'un rhumatisme inflammatoire chronique, qu'il réponde aux critères ou non, qu'il y ait destruction articulaire ou non, nécessite systématiquement l'avis d'un rhumatologue, au mieux dans le cadre de réunion de concertation pluridisciplinaire.

La prise en charge doit être rapide, idéalement dans les premiers mois de la phase chronique pour limiter l'évolution potentiellement destructrice de ces rhumatismes inflammatoires chroniques. Elle repose sur l'utilisation des AINS, des corticoïdes et la mise en route d'un traitement de fond qui s'appuie surtout sur le méthotrexate en première ligne. L'efficacité de l'hydroxychloroquine n'est actuellement pas établie pour les rhumatismes post-chikungunya ; son usage doit être discuté au cas par cas en service spécialisé.

Un suivi régulier de la tolérance et de l'efficacité de ces traitements de fond est indispensable, avec réévaluation du rapport bénéfice/risque. Pour les patients en rémission, l'arrêt du traitement de fond doit être envisagé après une réponse complète soutenue pendant plusieurs mois. Pour les patients avec un rhumatisme inflammatoire chronique ne répondant pas à une première ligne de traitement, il convient de se conformer aux recommandations internationales pour choisir la molécule de deuxième intention (biothérapie ? autre ?).

### Principaux traitements utilisables au cours du chikungunya

		Phase aiguë	Phase subaiguë	Phase chronique
<b>Antalgiques</b>	Paracétamol	+	+	+
	Antalgiques palier II	+	+	+
	Antalgiques contre douleurs neurogènes	+	+	+
	Antalgiques palier III (Avis spécialisé d'un algologue)	+	+	+
<b>Anti-inflammatoires</b>	AINS	-	+	+
	Corticothérapie ( <i>per os</i> )	-	± <sup>1</sup>	± <sup>1</sup>
	Corticothérapie (infiltration)	-	+	+
<b>Traitement de fond</b> (après avis spécialisé)	Méthotrexate	-	-	+
	Hydroxychloroquine	-	-	+
<b>Traitements physiques</b>		+	+	+

1- En cas d'échec des AINS, surtout si persistance de synovites, téno-synovites actives (guidé par l'échographie articulaire)