

La maladie survient généralement entre 18 et 40 ans.

Les aphtes buccaux ne peuvent être différenciés de l'aphtose buccale banale.

Diagnostic clinique sur la triade aphtose buccale récidivante, aphtose génitale et uvéite.

Mortalité accrue en cas d'atteinte artérielle, morbidité importante liée aux séquelles potentielles des atteintes oculaires et/ou neurologiques.

Traitement : colchicine ; corticothérapie et immunosuppresseurs dans les formes sévères.

TRAITEMENT

Comme pour les autres vascularites, il repose sur la corticothérapie et les immunosuppresseurs dans les formes sévères.⁹

L'atteinte oculaire, lorsqu'elle touche le segment postérieur, justifie la mise sous azathioprine (2,5 mg/kg/j) et sous corticoïdes.^{2,3} En cas d'échec, on peut utiliser le cyclophosphamide (en bolus IV mensuels : 750 mg à 1 g). L'interféron (alpha 2a ou 2b) a montré son intérêt, notamment dans des uvéites réfractaires. Les doses sont de 3 à 6 millions, 3 fois par semaine. Plus récemment, l'infliximab aux doses de 5 mg/kg en perfusion s'est révélé efficace. Comme l'interféron alpha, il est très actif dans les formes sévères.

L'atteinte vasculaire relève également des corticoïdes et des immunosuppresseurs, indispensables si lésion artérielle ou gros troncs veineux. Le traitement anticoagulant reste discuté.¹⁰

L'atteinte articulaire relève prioritairement de la colchicine.

L'atteinte neurologique nécessite un immunosuppresseur. Des bolus de méthylprednisolone (1 g en IV/jour pendant 3 jours) sont particulièrement utiles en initiation. Quelques publications font état de l'efficacité des anti-TNF.

L'atteinte cutanée ne pose des problèmes que lorsqu'elle est isolée. Sinon, elle est contrôlée par le traitement systémique. Elle répond en règle à la colchicine et aux traitements locaux (encadré 3). Dans notre expérience, la prescription continue de colchicine aux doses de 1 à 2 mg/24 heures et d'antiagrégant plaquettaire (aspirine) est active dans les formes articulaires et sur les lésions cutanéomuqueuses en diminuant leur nombre, importance et répétition. Elle pourrait avoir un rôle préventif

sur les poussées, d'autant que celles-ci peuvent survenir en cas d'arrêt intempestif. La pentoxifylline ou le thalidomide, sous réserve d'une surveillance électromyographique et d'une contraception tant féminine que masculine peuvent être parfois utiles. ●

RÉFÉRENCES

1. Criteria for diagnosis of Behçet's disease. International Study Group for Behçet's Disease. Lancet 1990;335:1078-80.
2. Saadoun D, Cassoux N, Wechsler B, et al. Ocular manifestations of Behçet's disease. Rev Med Interne 2010;31:545-50.
3. Saadoun D, Wechsler B, Terrada C, et al. Azathioprine in severe uveitis of Behçet's disease. Arthritis Care Res (Hoboken)2010;62:1733-8.
4. Wechsler B, Sbaï A, Du-Boutin LT, Duhaut P, Dormont D, Piette JC. Neurological manifestations of Behçet's disease. Rev Neurol (Paris) 2002;158:926-33.
5. Saadoun D, Wechsler B, Resche-Rigon M, et al. Cerebral venous thrombosis in Behçet's disease. Arthritis Rheum 2009;61:518-26.
6. Wechsler B, Du LT, Kieffer E. Cardiovascular manifestations of Behçet's disease. Ann Med Interne (Paris) 1999; 150:542-54.
7. Cheon JH, Kim ES, Shin SJ, et al. Development and validation of novel diagnostic criteria for intestinal Behçet's disease in Korean patients with ileocolonic ulcers. Am J Gastroenterol 2009;104:2492-9.
8. Saadoun D, Wechsler B, Desseaux K, et al. Mortality in Behçet's disease. Arthritis Rheum 2010;62:2806-12.
9. Hatemi G, Silman A, Bang D, et al. EULAR Expert Committee. EULAR recommendations for the management of Behçet disease. Ann Rheum Dis 2008;67:1656-62.
10. Wechsler B, Lê Thi Huong DB, Saadoun D. EULAR recommendations for the management of Behçet's disease: evidence-based or experience-based medicine. Rev Med Interne 2009;30:939-41.

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Livres

LA SANTÉ PUBLIQUE AU SERVICE DU BIEN COMMUN ? Didier Jourdan. Éditions de santé, 2012, 358 pages, 18 euros.

S'il a jamais existé, le temps est révolu où la santé publique était d'abord l'affaire des médecins. Elle est devenue un « bien commun » qui engage à la fois des individus et des collectifs. Sa mise en œuvre pose immanquablement des problèmes éthiques dont la résolution peut s'avérer difficile, d'autant qu'il faut renoncer à prendre comme repère une philosophie morale intangible comme elle a pu être rêvée à partir

du XVIII^e siècle. Nous naviguons entre des valeurs qui peuvent être contradictoires et dont la mise en application se heurte à des réalités très prosaïques. Le grand mérite du livre de Didier Jourdan est de proposer une démarche méthodique qui, tout en suivant le fil directeur de l'éducation pour la santé, fait appel aux disciplines les plus diverses (philosophie, anthropologie, sociologie, sciences politiques, etc.),

toujours présentées, de façon très claire, dans le souci de donner leur contribution au problème posé. L'auteur considère son livre comme faisant partie des prémices d'un « travail conjoint qui progresse significativement ». Sa modestie est louable, car son ouvrage est en fait une pièce maîtresse dans la compréhension des enjeux contemporains de la santé publique.

Serge Cannasse

