



Arthrites Juvéniles

Enfant > 6 ans

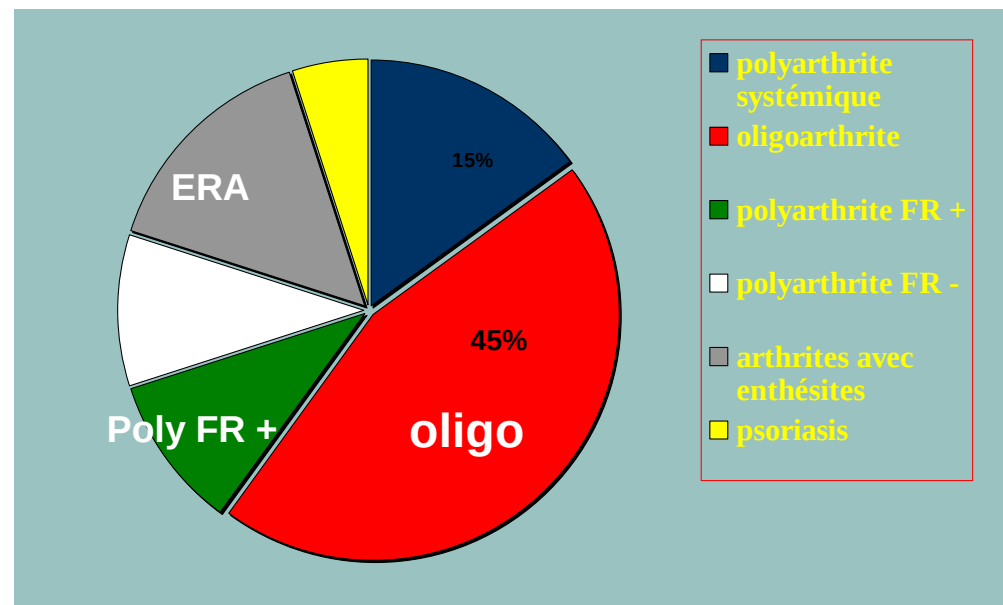
C. Deslandre

DU Maladies Systémiques novembre 2018

Arthrites Juvéniles : épidémiologie

- Incidence AJI : 1,6 à 23/100.000 enfants
- Prévalence AJI : 3,8 à 400/100.000 enfants

- Début <6 ans
 - AJI systémiques
 - Oligoarthrites
 - Poly FR négatif
 - Arthrite Psoriasique
- Début > 6 ans
 - Poly FR +
 - ERA (SpoA)
 - Poly FR négatif
 - Arthrite psoriasis



POLYARTHRITE FACTEUR RHUMATOÏDE POSITIF

- Arthrites ≥ 5 articulations dans les 6 premiers mois
- Facteur Rhumatoïde positif à 2 tests à 3 mois d' intervalle
- *Exclusion :*
 - Psoriasis (patient ou ascendant de 1^{er} degré)
 - HLA B 27
 - Antécédent (ascendant de 1^{er} degré) :
spondyloarthropathie, uvéite, entéropathie
 - Signes systémiques

Polyarthrite FR positif

Age 8 - 12 ans.

Filles : 70 %

Ag HLA DR 4

- Atteinte polyarticulaire distale bilatérale et symétrique puis atteinte des grosses articulations



Donc « modèle réduit » de la Polyarthrite rhumatoïde

POLYARTHRITE FACTEUR RHUMATOÏDE POSITIF

Particularités liées au début juvénile : atteinte fréquente de

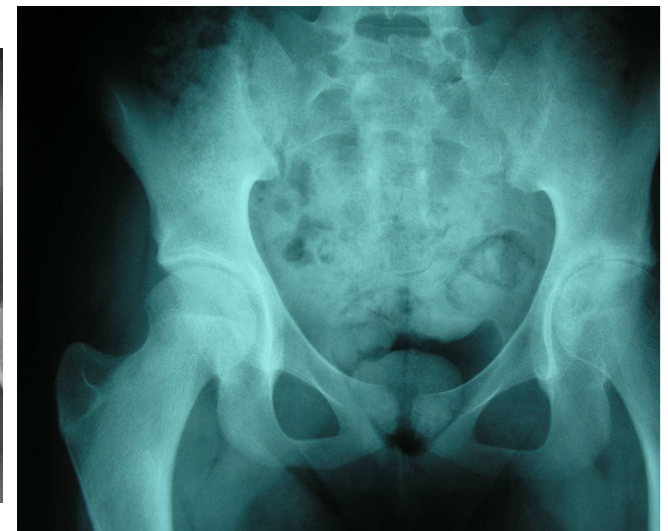
- Branche montante du maxillaire inférieur



- Rachis cervical : 66% des cas
 - Latente 50% cas



- Fréquence des coxites : 30% des cas
 - Bilatérale 81% cas



POLYARTHRITE F.R. POSITIF

- **Signes biologiques**

- Syndrome inflammatoire
- F.R. Positif
- Anticorps anti CCP
- A.A.N. Possible

- **Radios**





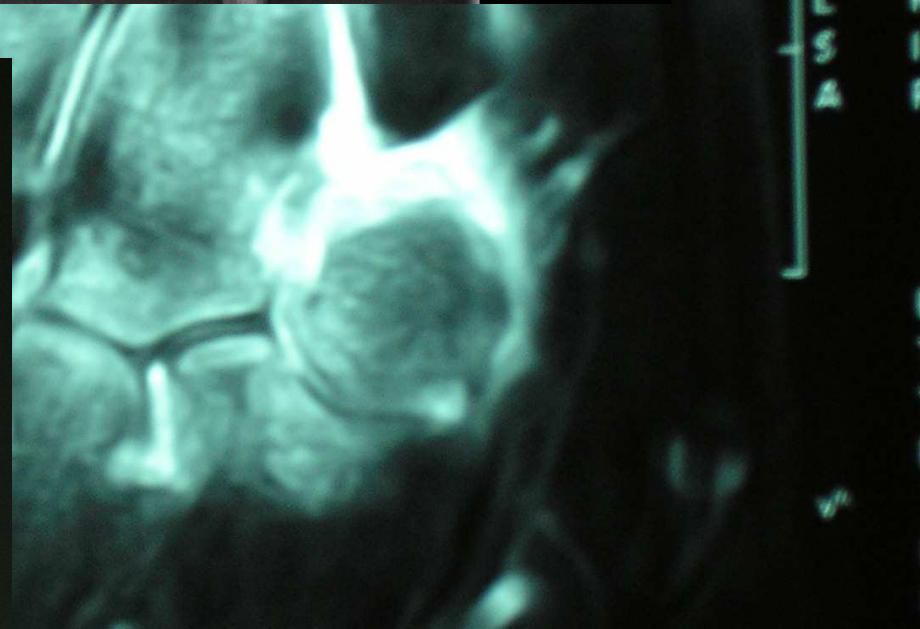
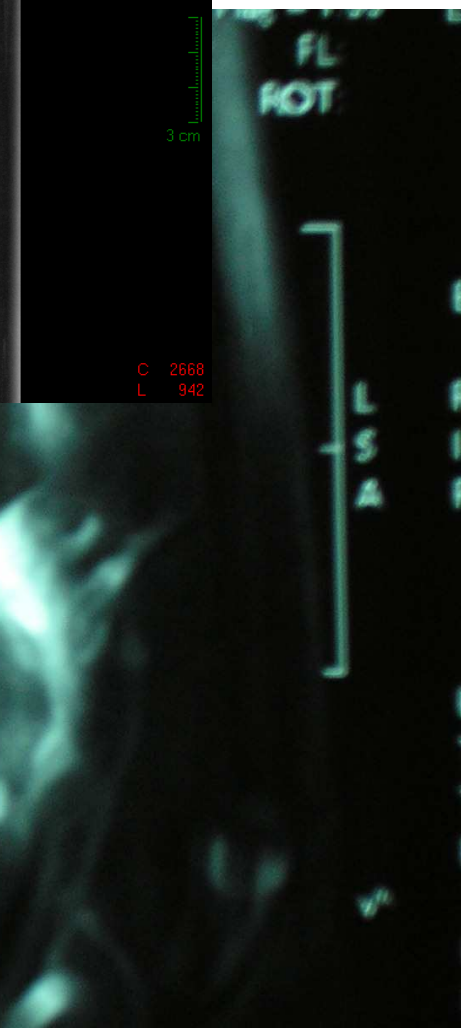
TELLIER CLAIRE
140 4M.F.2309005569
Pos. visualis. : AP
Desc. série : MAIN
<2-2 (TOUT)>

HP COCHIN
Agfa ADC Compact Plus
NX2COCH/manip
[19/03/2012,15:15:45]
29% Pixel

Exp. rayons X rel. : 217

D

C 2668
L 942



Evolution

- Rémission : 10% cas
- Chronique avec extension et risque de destruction articulaire





ARTHRITE AVEC ENTHÉSITES : SPONDYLARTHROPATHIE

- **Arthrites et enthésites**

- Ou **Arthrites ou Enthésite et 2 parmi**

- Douleur sacro-iliaque ou lombo sacrée
- Présence de l' Ag HLA B 27
- Début chez un garçon > 6 ans
- Antécédent (ascendant de 1er degré) : spondyloarthropathie, uvéite, entéropathie

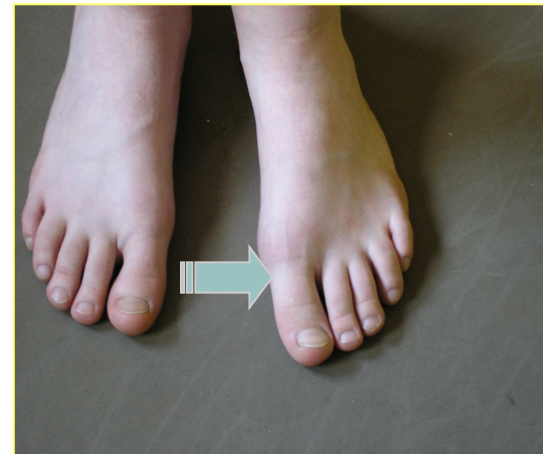
- **Exclusion :**

- *Antécédent de psoriasis (patient ou ascendant de 1^{er} degré)*
- *Présence de facteur Rhumatoïde*
- *Signes systémiques*

Spondyloarthropathies

Age 8 - 12 ans. Garçons : 70 %

- Antécédents familiaux dans 33% cas
 - de SPA, uvéite, entéropathie
- **Clinique**
 - Oligoarthrite asymétrique 80%cas
 - Douleur rachis et sacro-iliaques 20% cas
 - Enthésopathies 33% cas



Spondylarthropathie

■ Signes biologiques

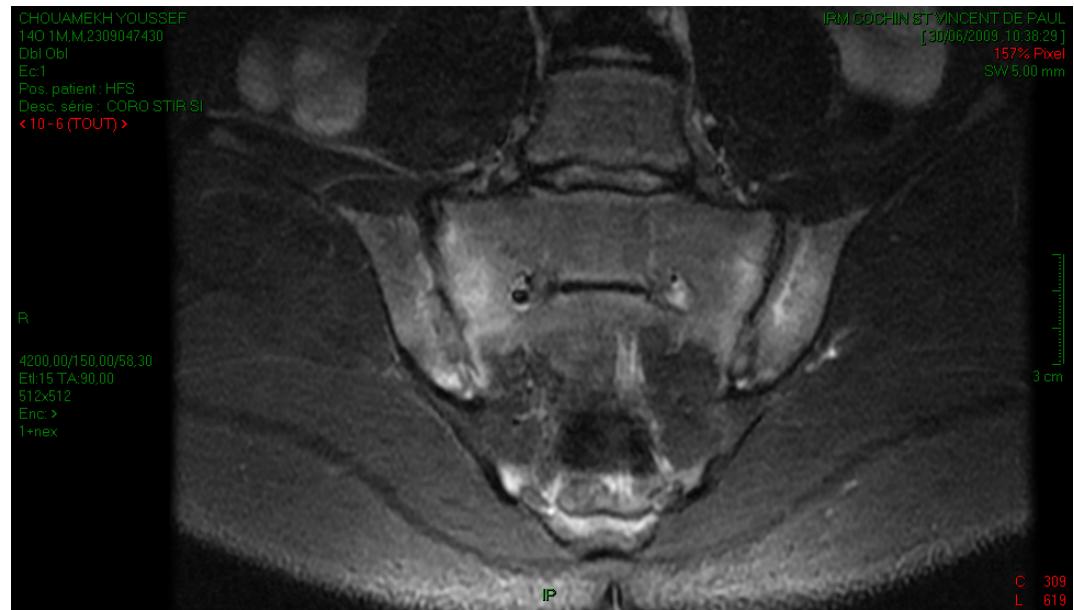
- Syndrome inflammatoire : 50 % cas
- Typage HLA A et B : présence de l'Ag HLAB 27 75 % cas

■ Radiographies

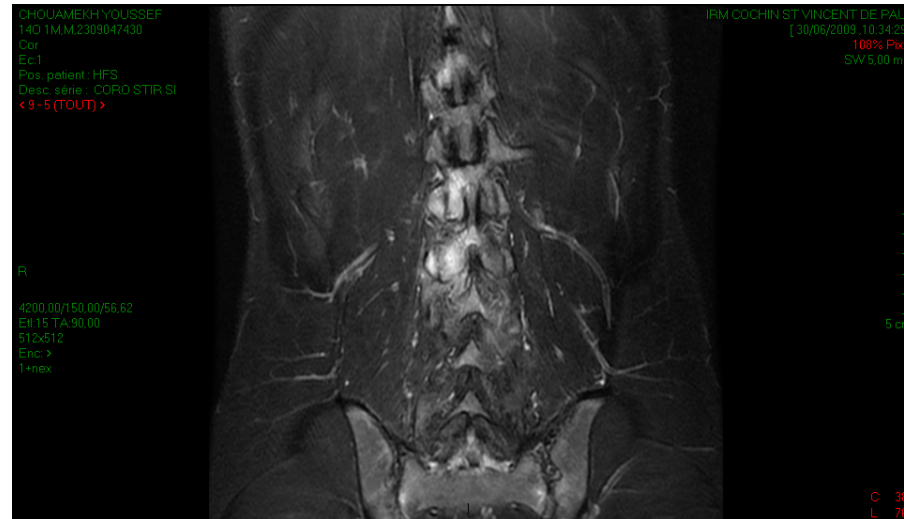
- non nécessaires au diagnostic
 - IRM bassin : pas de « gold standard »

■ ~~TDM~~





- IRM rachis



Le diagnostic de Spondylarthropathie

- Est difficile en l'absence d'arthrite
- L'IRM pelvienne avec séquence STIR peut aider au diagnostic, mais après 1 à 2 ans d'évolution
- Se méfier de l'Ag HLAB27
- Avoir des antécédents familiaux de SPA n'est pas synonyme du diagnostic de SPA chez l'adolescent
- L'horaire des douleurs n'est pas fiable à 100%
- En l'absence d'arguments de certitude
 - Savoir évaluer le contexte psychologique
 - Savoir remettre le diagnostic en question à chaque consultation
 - Savoir s'abstenir de traitement « de fond » en l'absence de diagnostic certain

Ulysse 27/01/1999

- **Consultation Août 2014**

- Douleurs fessières droites depuis mai 2014
 - 3 semaines après une chute et une gastro-entérite

- **En mai 2014**

- diagnostic de scoliose lombaire (Cobb 20°)
- IRM des sacro-iliaques : « oedème inflammatoire »
- Biologie
 - Pas de syndrome inflammatoire
 - HLAB 27 négatif
- Traitement : Kétoprofen puis Méthotrexate 10mg/sem
- Douleurs nocturnes, raideur matinale 20mn
- Examen
 - Gibbosité lombaire gauche, Schober 10+2 cm
 - Douleur sacro-iliaque droite
- Traitement
 - Augmenter le MTX 15mg/sem, Indocid®, rééducation pour la scoliose

- **Février 2015**

- Arrêt du MTX et des AINS fin 2014, avec diminution transitoire des douleurs
- Ne porte pas le corset
- Douleurs toujours présentes avec absentéisme scolaire
- Examen
 - Scoliose inchangée
 - Douleurs à la mobilisation hanche droite

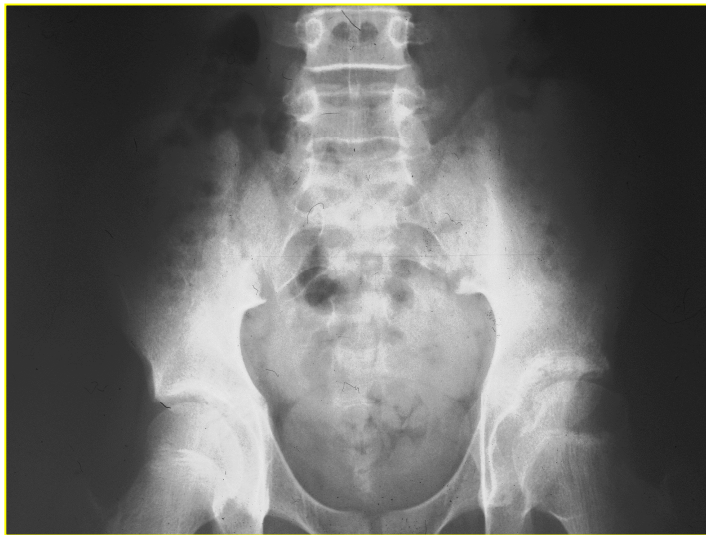
- **IRM sacro-iliaques**

- Absence d'anomalie significative

- **Pas d'argument formel pour le diagnostic de SPAJ**

■ Evolution

- Rémission 40% cas
- Risque d'atteinte de hanche



- **D'arthrite érosive des orteils**



- **Enthésopathie du calcanéum**



ARTHRITE PSORIASIQUE critères diagnostiques

- **Arthrites et psoriasis**
- **ou arthrites et deux** parmi
 - **dactylite**
 - **Atteinte unguéale**
 - **Psoriasis chez un parent du 1^{er} degré**
- *Exclusion :*
 - *HLA B 27*
 - *Antécédent (ascendant de 1^{er} degré) : spondyloarthropathie, uvéite, entéropathie*
 - *Présence de facteur Rhumatoïde*
 - *Signes systémiques*

5 à 10 % des AJI



Deux formes

- Filles 4 - 6 ans : ressemble aux oligoarthrites
 - Présence d' AAN
 - Risque d' uvéite
- Garçons 8 - 10 ans : ressemble aux arthrites avec enthésites



Doigts et Orteils en saucisse



Traitement des Polyarthrites avec FR Spondylo-arthropathies

Les moyens thérapeutiques

- **Anti-inflammatoires**
 - AINS
 - Corticoïdes
- **Corticoïdes intra articulaires**
- **Traitements de fond**
 - Méthotrexate et Leflunomide
 - Biothérapies
- **Physiothérapie**
- **Surveillance de la croissance**
- **Prise en charge sociale/Problèmes scolaires...**

Les traitements AINS

- Ils sont utilisés en 1^{ère} ligne
- Quelques AINS ont une AMM pédiatrique,
- Le PNDS précise les AINS et les dosages recommandés dans le traitement de l'AJI

Traitement	Dose Initiale	Modalités de prescription
Indométacine	2-3 mg/kg/j en 2-3 prises po dose max 150 mg/j	Hors AMM avant 15 ans
Naproxène	20-30 mg/kg/j en 2 prises dose maximale 2 400 mg/j	Hors AMM pour les doses préconisées
Ibuprofène	30-40 mg/kg/j en 3-4 prises dose maximale 2 400 mg/j	Hors AMM pour les doses préconisées
Diclofénac	3 mg/kg/j en 2 prises dose maximale 225 mg/j	AMM

- Voltarene et Ibuprofène > 6 ans
- Naproxène > 25kg

Les corticoïdes

- Les corticoïdes par voie générale sont utilisés au minimum en raison de leurs effets secondaires
- Les recommandations de l' ACR considèrent qu' il n' y a pas un niveau de preuve suffisante sauf dans les AJI systémiques

Les corticoïdes intra articulaires

- **Hexacétonide de triamcinolone**
 - Prednisolone
 - Bétaméthasone
 - Triamcinolone
- **Hexatrione®**
 - Hydrocortancyl®
 - Diprostène®
 - Kénacort®
- Sous échographie pour les articulations sauf genoux
 - Sous sédation par MEOPA suivis d'une immobilisation de 48h



Comparison of the intra articular effectiveness of triamcinolone and triamcinolone hexacetonide in treatment of juvenile arthritis

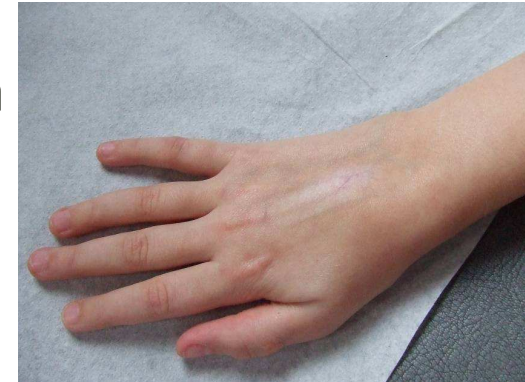
Eberhad BA et al J Rheumatol 2004

- **Étude rétrospective de 85 AJI**
 - 114 articulations injectées avec Hexacétonide de Triamcinolone
 - 113 articulations injectées avec Triamcinolone
 - Recul de 15 mois
- **Délai de rechute quelque soit le rang de l' injection**
 - $7,8 \pm 0,5$ mois avec Triamcinolone
 - $10,1 \pm 0,5$ mois avec Hexacétonide de Triamcinolone

$p < 0,0001$
- Pas de corrélation avec
 - Sexe
 - Durée d' évolution
 - Type d' AJI

Tolérance des injections locales d'Hexatrione

- **Atrophie sous-cutanée avec dépigmentation**
 - 0,01% à 8,3 %
 - 53% après injection sous talienne



- **Calcifications intra articulaires**
 - 0,02% cas



Méthotrexate

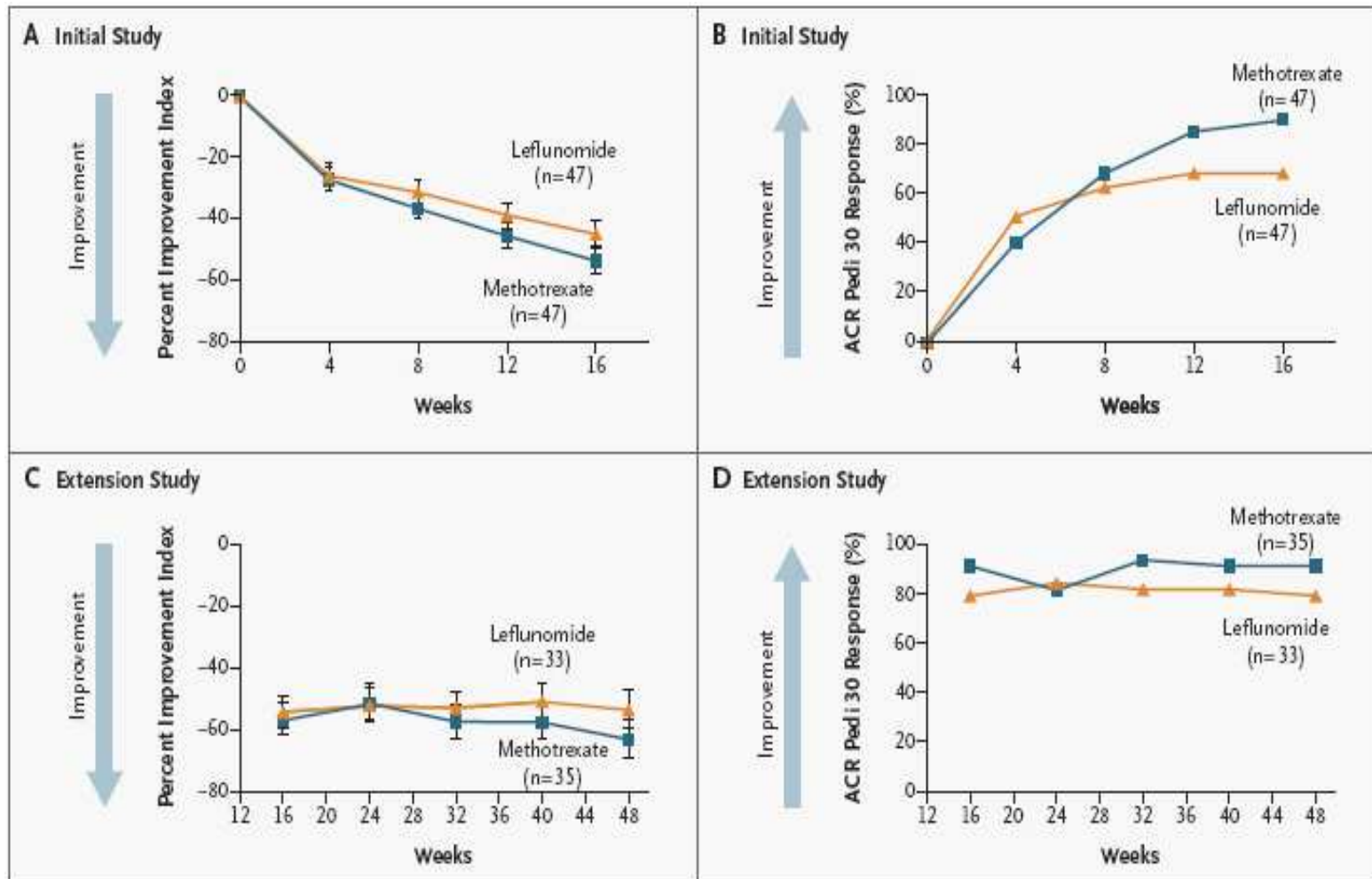
traitement de fond de 1^{ère} intention

- **Efficacité prouvée par des études randomisées**
- **Dose**
 - Étude 15 mg/m² /sem (0,5 mg/kg/sem)
 - Pas d'intérêt à utiliser de fortes doses
- **Voie d'administration**
 - Amélioration possible de la tolérance et efficacité en utilisant la voie sous-cutanée
- **Arrêt possible en cas de rémission**
 - Chez les patients en rémission arrêt du MTX après 6 mois
 - Rechute 55% cas après un délai moyen de 22 mois
- **Association à l'acide folique**

Leflunomide

Etude contrôlée MTX/Leflunomide

Silverman E, Mouy R, Spiegel L et col NEJM 2005;352:19-30



- **Le Léflunomide est correctement toléré chez l' enfant**
- **L'efficacité est superposable mais un peu inférieure à celle du Méthotrexate**

Surveillance :

Transaminases / 15 jours pendant 2 mois puis tous les mois

NFS tous les mois

Contraception

Biothérapies

- **Anti TNF α**
- **Abatacept**
- **Tocilizumab**
- Rituximab

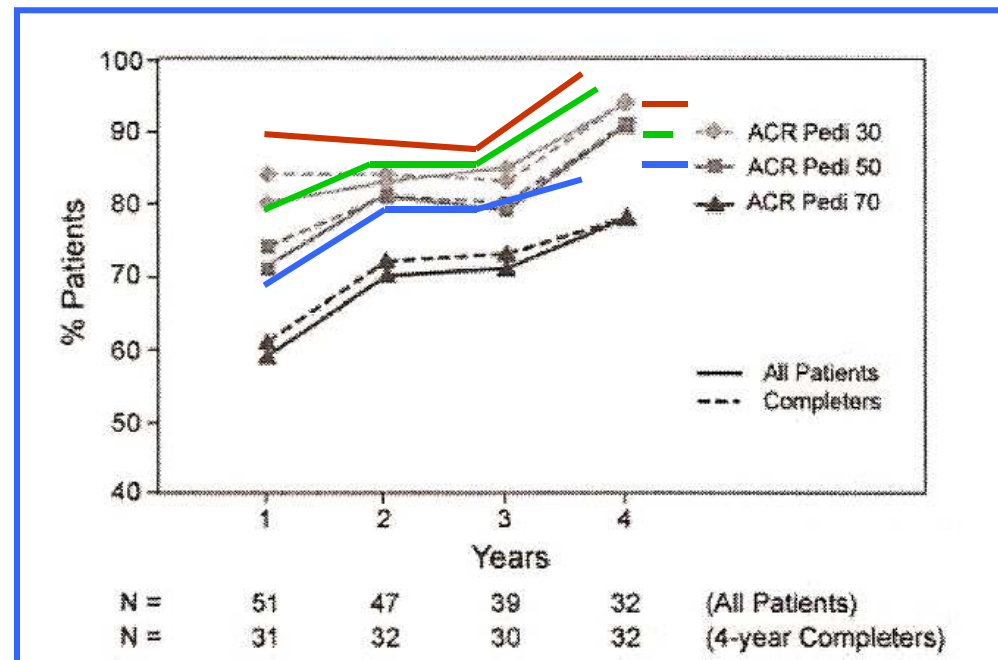
Anti TNF α trois molécules ont une AMM pédiatrique, en échec du Méthotrexate

- **Etanercept (Enbrel®)**
 - AJI d' évolution polyarticulaire, en échec du MTX (> 2 ans)
 - 0,8mg/kg/ sem en SC
- **Adalimumab (Humira®)**
 - AJI d' évolution polyarticulaire, en échec du MTX (>2ans)
 - En association on non au méthotrexate
 - 24 mg/m²/2 sem
 - dose max 20mg de 2 à 4 ans et 40mg de 5 à 12 ans
- **Golimumab (Simponi®)**
 - AJI d' évolution polyarticulaire, en échec du MTX (>40kg)
 - En association au MTX
 - 50mg / mois

Tolérance et efficacité à 4 ans de l' Etanercept dans les AJI

D.Lovell et coll Arthritis Rheum june 2006

- 34 patients de l' étude initiale ont été traités pendant >4ans
- Efficacité
 - ACR ped 30 : 94%
 - ACR ped 70 : 78%
- Tolérance (225 patients/années)
 - Effets secondaires graves
 - 0.13 patient/année
 - Infection grave (8cas)
 - 0.04 patient/année



Effets secondaires

- réactions locales
 - céphalées
 - infections des voies aériennes
 - **9 effets secondaires graves : 3 varicelles**
- Pas de phénomènes auto-immuns, ni d'atteinte neurologique, pas de tuberculose

Globalement : tolérance très satisfaisante, pas d'infection majeure à long terme.

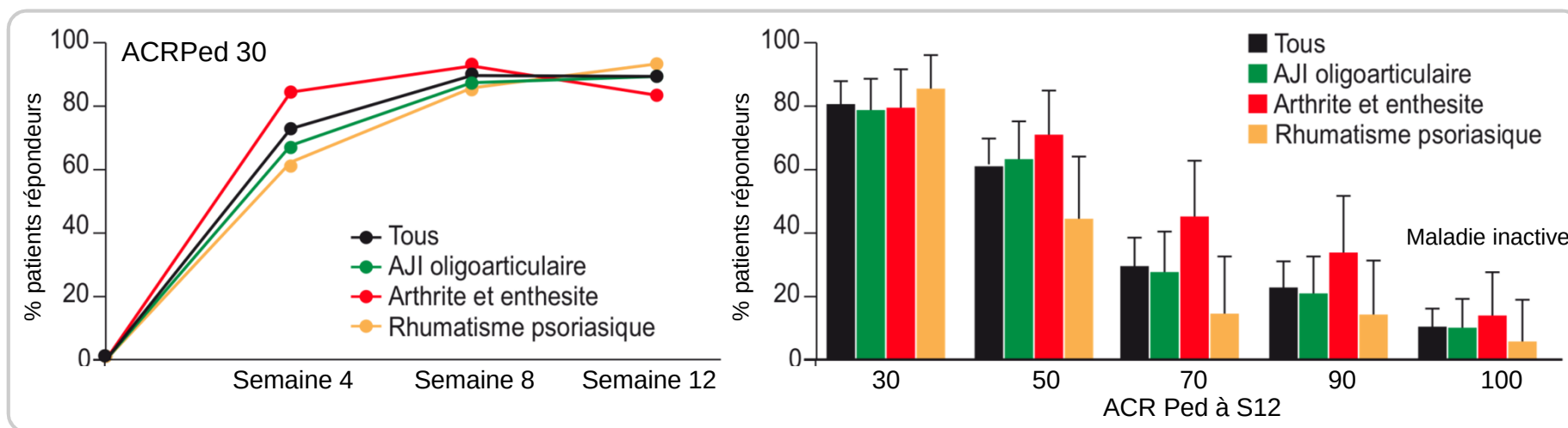
Étude CLIPPER : efficacité de l'etanercept dans les différentes AJI

EULAR 2012

- Étude ouverte de l'ETN 0,8mg/kg/sem (96 sem.) chez des AJI
 - Oligoarticulaire
 - ERA
 - Arthrite psoriasique
- Critères d'inclusion
 - ≥ 2 articulations actives
 - Échec d'un DMARD (oligo et arthrite psoriasique)
 - Échec d'un DMARD ou d'un AINS pour les ERA

- Critère d'efficacité

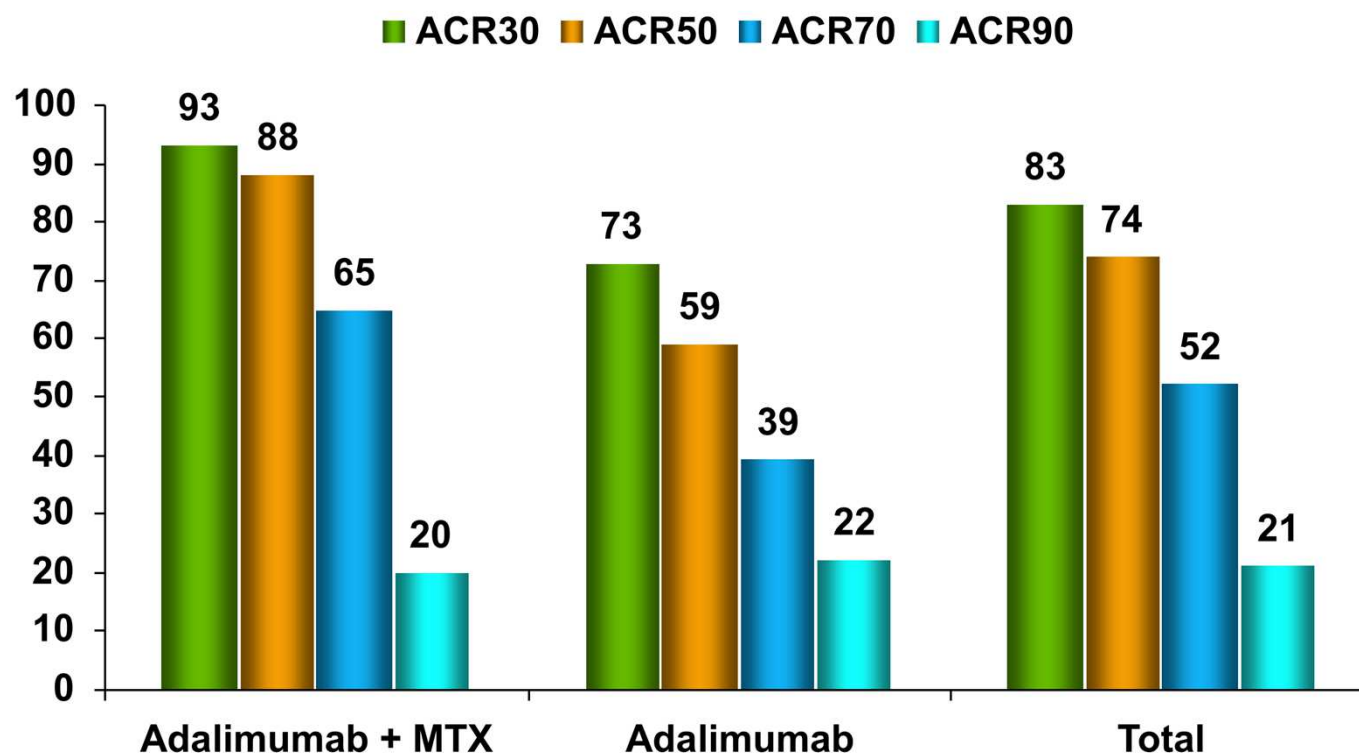
- % patients répondeurs ACR Pedi 30/50/70 à S12



■ Tolérance : 35 % des patients ont un EI

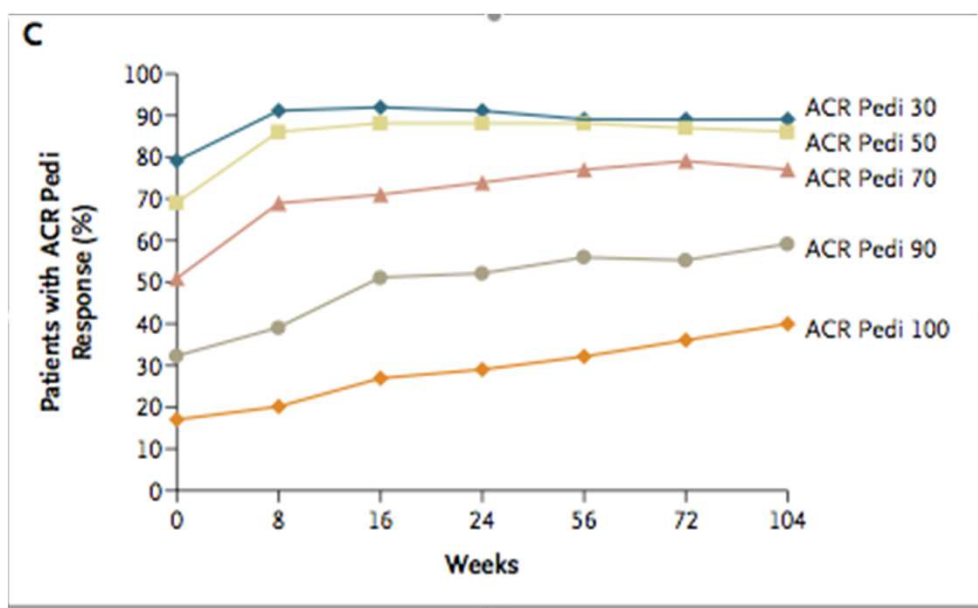
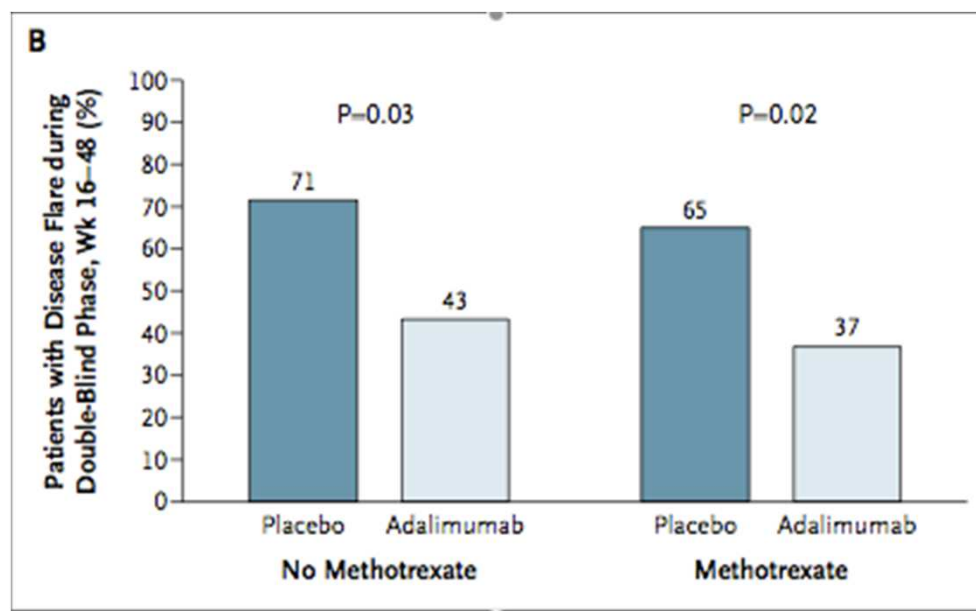
Adalimumab

Réponses ACR selon l'utilisation de MTX à la semaine 16 : Fin de la phase initiale en ouvert



Les patients sortis de l'étude ou ayant des données manquantes sont considérés comme non-répondeurs

Rechute pendant la phase en double aveugle



Evolution des scores ACR Pédic pendant les 104 semaines (extension)

- Réaction locale au site d'injection : 40% cas
- Infection : 45 à 60%

➔ Pas de différence significative selon les groupes avec ou sans MTX

- **Événements indésirables graves : 14 cas**
 - neutropénie,
 - infections)

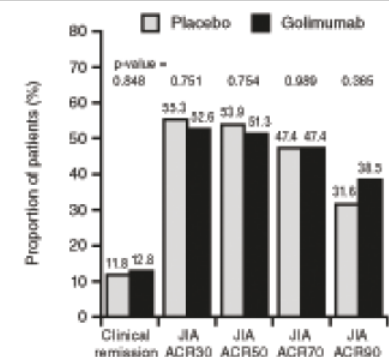
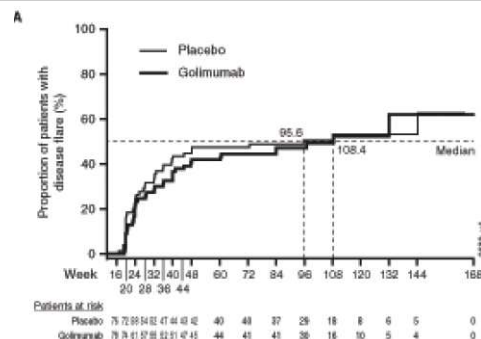
• Il n'y a pas eu de cas d'infections opportunistes, de cancer ou de décès pendant l'étude.

Golimumab : étude randomisée

Brunner HI et coll Ann Rheum Dis 2018, 77:21-29

- Étude randomisée contrôlée de 173 AJI
 - 16 semaines en ouvert puis randomisation des répondeurs ACR 30
 - 32 semaines : objectif principal survenue d'une rechute
 - À S48 Golimumab en ouvert

- Cette étude montre que le Golimumab est efficace
 - 89% réponse Ped ACR 30 à S16
 - 79%/ 66% / 36% réponse Ped ACR 50/ 70 et 90
- Mais l'objectif principal n'est pas atteint : rechute à S48 41% Goli / 47% P
- AJI peu inflammatoires à S0 VS $13,3 \pm 12,4$ et CRP $1,0 \pm 2,2$ mg/l,
- Mais nombre de synovites $14,9 \pm 9,9$



Abatacept

- **AMM**

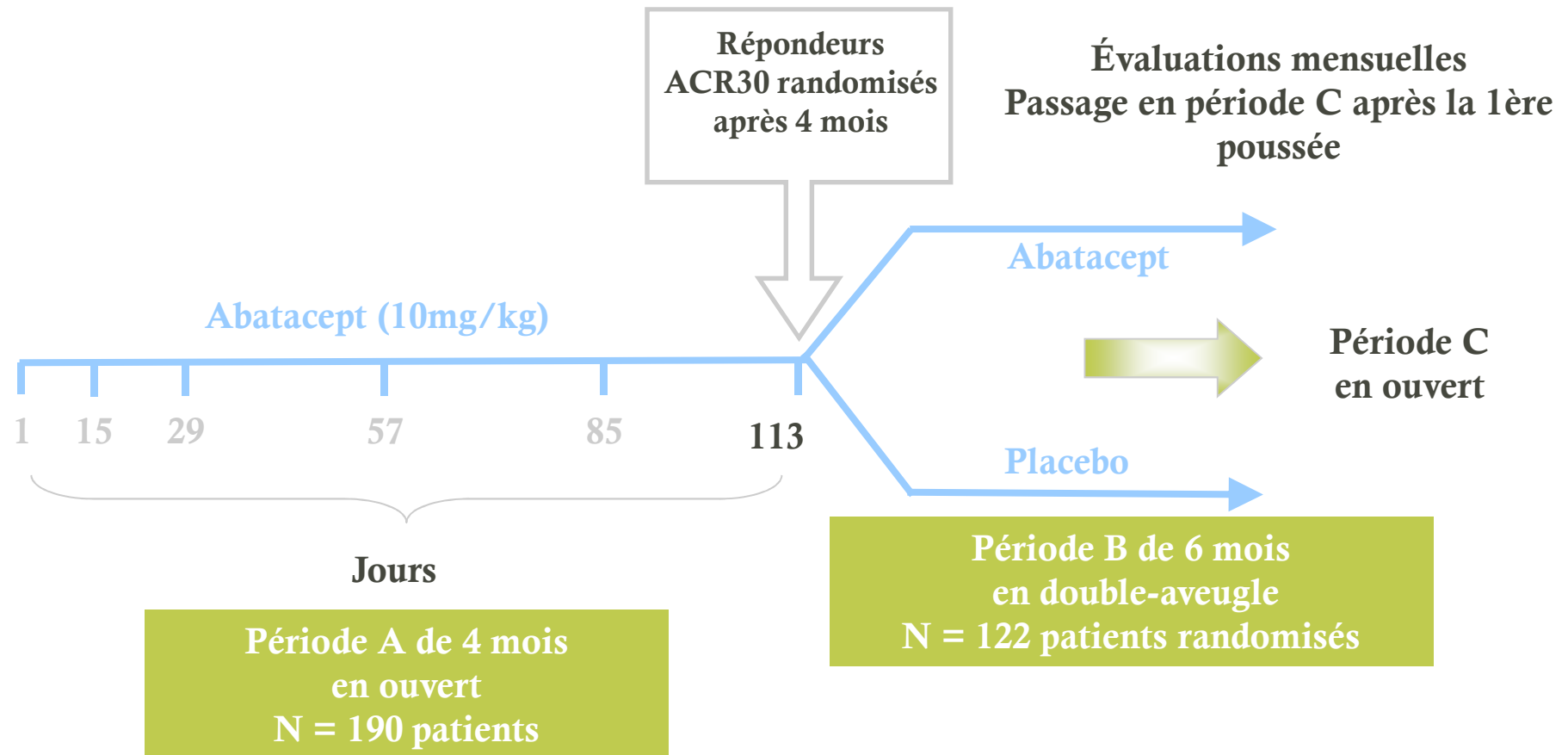
- AJI à évolution polyarticulaire
- > 6 ans sans uvéite ni signe systémique réfractaires au méthotrexate
- En monothérapie ou associé au MTX
- IV : 10mg/kg J1, J15 puis / 4 semaines

- **Forme sous-cutanée**

- Étude de phase III publiée

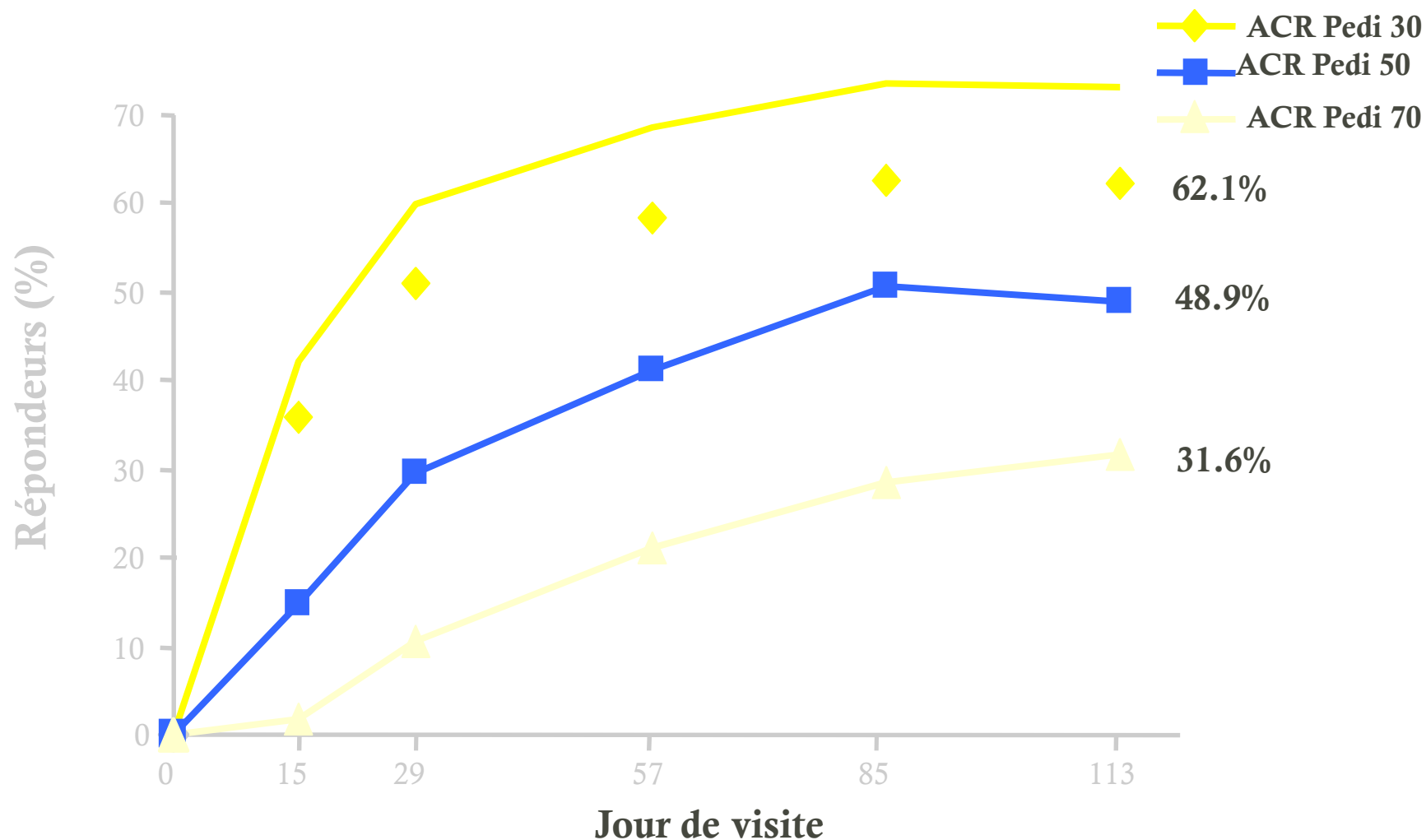
Etude randomisée contrôlée versus placebo de l' abatacept

Ruperto N, Lovell D, PRINTO et PRCSSG Lancet Jul 2008



- Perfusions intraveineuses d' abatacept à la dose de 10 mg/kg (maximum 1000 mg) à J1, J15, J28 puis toutes les 4 semaines
- Maintien à dose stable du Méthotrexate en périodes A et B chez les patients sous MTX à l' inclusion, autres DMARDs et biologiques non autorisés en cours d' étude

Evolution des scores ACR30, 50 et 70 période A en ouvert*



*Analyse en per protocol, Résultats de l'analyse en ITT : ACR30 = 64.7%; ACR50 = 49.5% et ACR70 = 28.4%

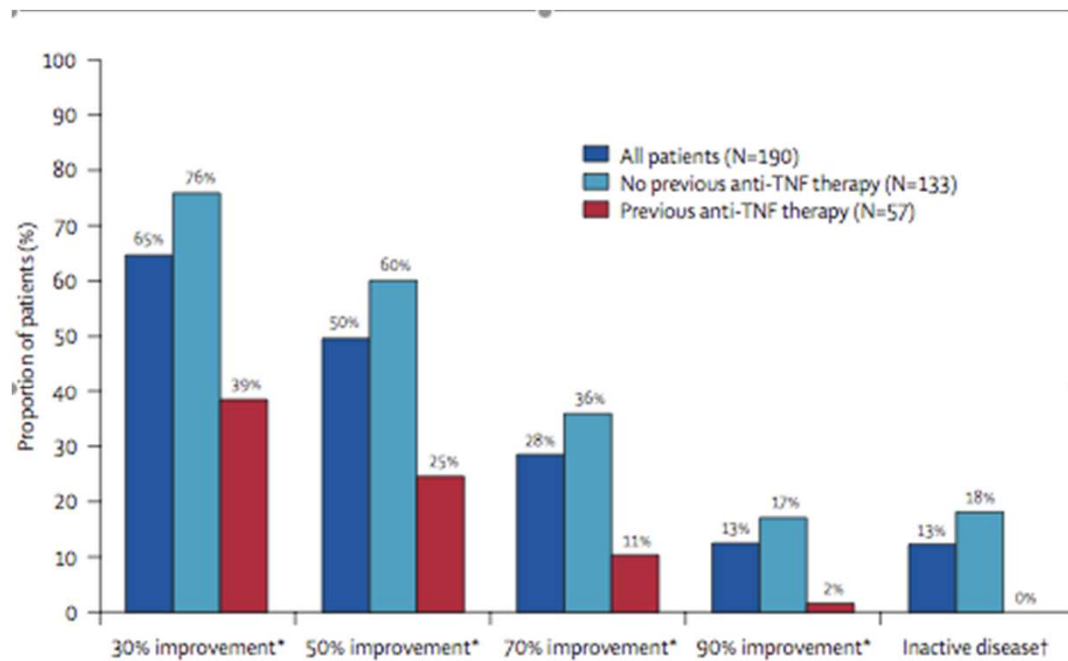


Figure 2: Proportion of patients who had response rates of 30%, 50%, 70%, and 90%* after 4 months of open-label treatment in the lead-in period

ACR 30 à J113

Sous type d' AJI	Taux de répondeurs n/N (%)
Oligoarticulaire extensive	16/27 (59%)
Polyarticulaire FR+	26/38 (68%)
Polyarticulaire FR-	54/84 (64%)
Systémique	22/35 (63%)

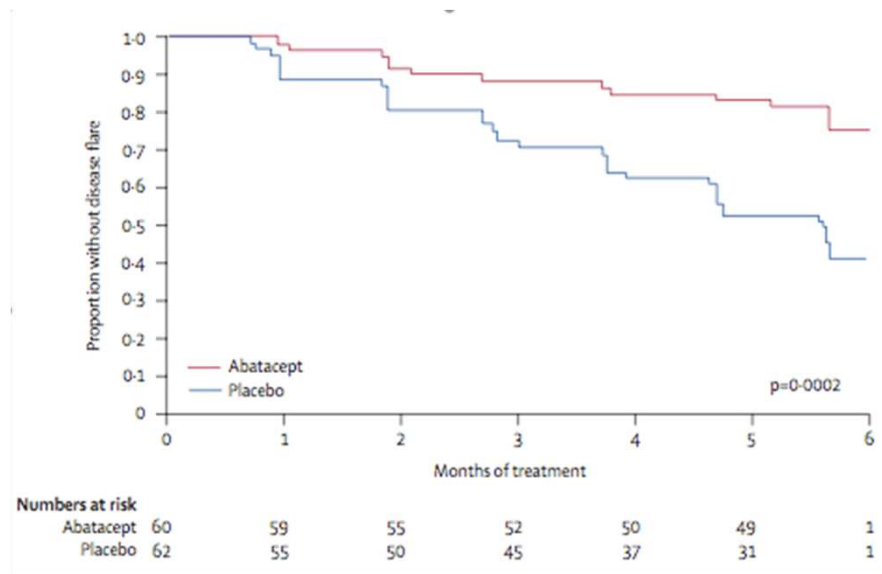


Figure 4: Proportion of patients without disease flare during the 6-month double-blind period

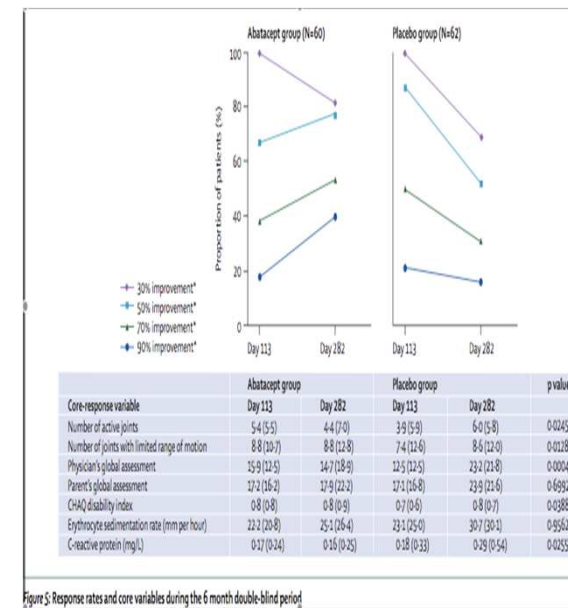


Figure 5: Response rates and core variables during the 6-month double-blind period

•L' abatacept a généralement été bien toléré, en période A comme en période B

- Pas de risque particulier identifié
- EI graves peu fréquents

- 153/190 AJI de l' étude DB à J 589

	ACR Pedi 30	ACR Pedi 50	ACR Pedi 70	ACR Pedi 90	ACR Pedi 100
Tous	90%	88%	75%	57%	39%
36 non répondeurs ACR 30	73%	64%	46%	18%	5%

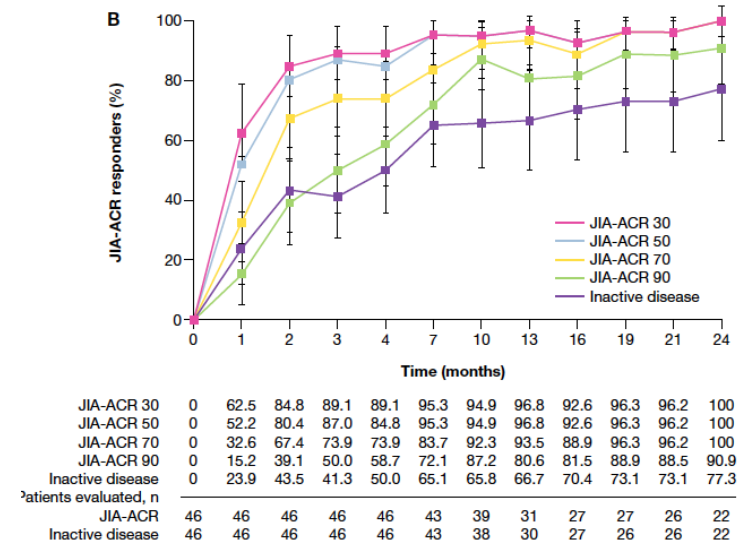
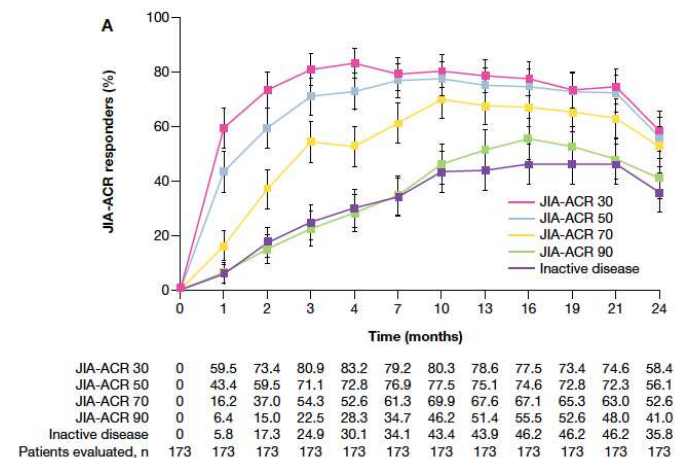
Pas de de tuberculose ni de cancer
 La réponse se maintient à moyen terme
 Réponse tardive possible après 4 mois

Subcutaneous Abatacept in patients with polyarticular course JIA results of a phase III open label study

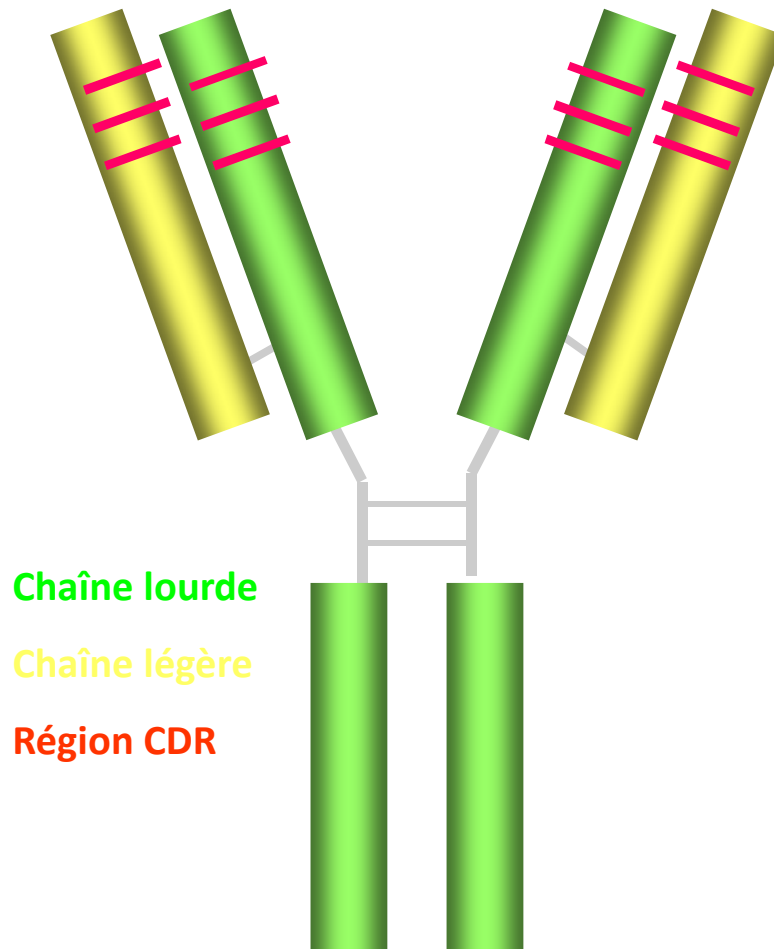
HL Brunner and coll Arthritis and Rheum 2018;70:1144-54

- 219 AJI
 - Cohorte 1 6–17 ans n=173
 - Cohorte 2 2-5 ans n=46
- Abatacept
 - 50mg/sem < 25kg
 - 87,5mg/sem 25-50kg
 - 125mg/sem > 50kg

• Résultats



Tocilizumab



- Anticorps monoclonal humanisé IgG1

Demi-Vie (concentration-dépendante):

- 1.8 – 11.4 jours à 4 mg/kg
- 3.8 -12.9 jours à 8 mg/kg

Métabolisme

- Catabolisé dans le système réticuloendothélial comme les IgG endogènes

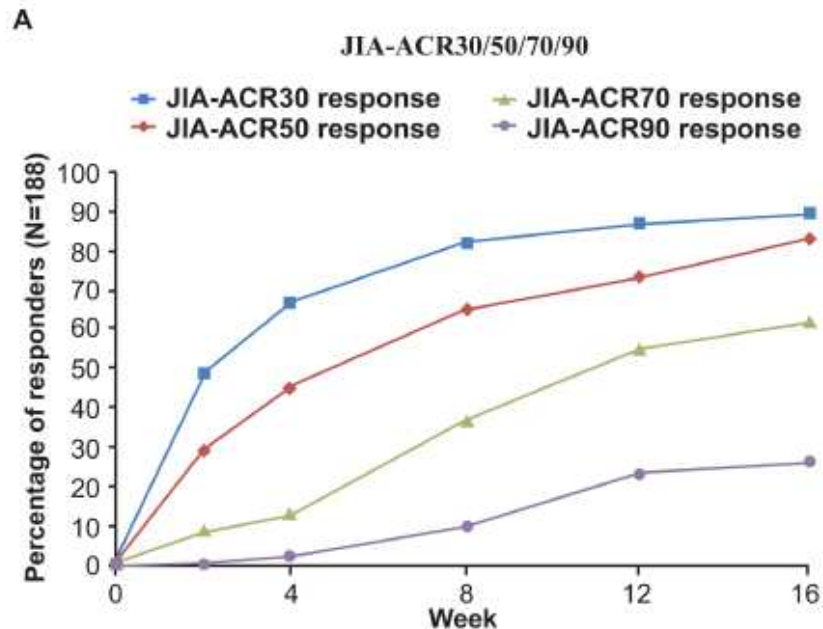
Etude phase III AJI polyarticulaires CHERISH

Ann Rheum Dis 2015, 74: 1110-17

- 188 AJI évolution polyarticulaire en échec au MTX ≥ 6 mois

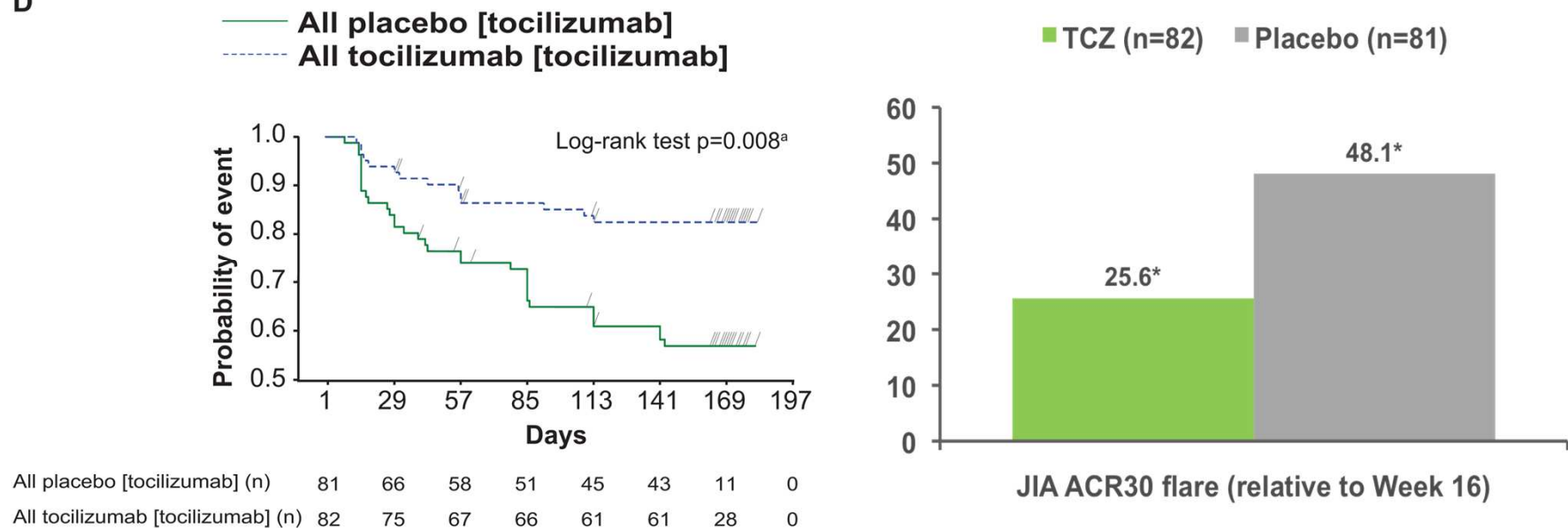
Sexe F	Âge	Durée AJI	Nb Synovites	CRP	MTX	Corticoides
77%	11,0 (4,01)	4,2 (3,6)	20,3 (14,3)	23,3 (36,6)	79%	46%

- Phase ouverte 16 semaines
 - > 30kg TCZ 8mg/kg /4 semaines
 - <30Kg. TCZ 8 ou 10mg/kg /4 sem. Randomisation 1:1



- Randomisation à S16 des patients répondeurs ACR 30
 - Critère principal taux de rechute à S40 (J169)
 - 48,1% P / 25,6% TCZ

D



- Tolérance
 - AES 480/100 PY, SAEs 12,5/100PY

Indication dans les AJI polyarticulaires

- **AINS et traitement de fond d'emblée MTX**
 - Corticoïdes uniquement si très évolutif et stade pubertaire >3
- **Surveillance de la croissance**
- **Évaluation à 2-3 mois**
 - Si amélioration : poursuivre le traitement
 - Si 1 ou 2 articulations actives : injection HT
 - Si amélioration < ACR Pedi 50 : ajout d' un biologique

Table 2. Features of poor prognosis and disease activity for a history of arthritis of 5 or more joints

FEATURES OF POOR PROGNOSIS (must satisfy 1)

- Arthritis of the hip (23-25) or cervical spine
- Positive rheumatoid factor (5,23,28,30,32,33) OR anti-cyclic citrullinated peptide (33,34) antibodies
- Radiographic damage (erosions or joint space narrowing by radiograph) (31)

DISEASE ACTIVITY LEVELS

Low disease activity (must satisfy all)

- 4 or fewer active joints
- Erythrocyte sedimentation rate or C-reactive protein level normal
- Physician global assessment of overall disease activity <4 of 10
- Patient/parent global assessment of overall well-being <2 of 10

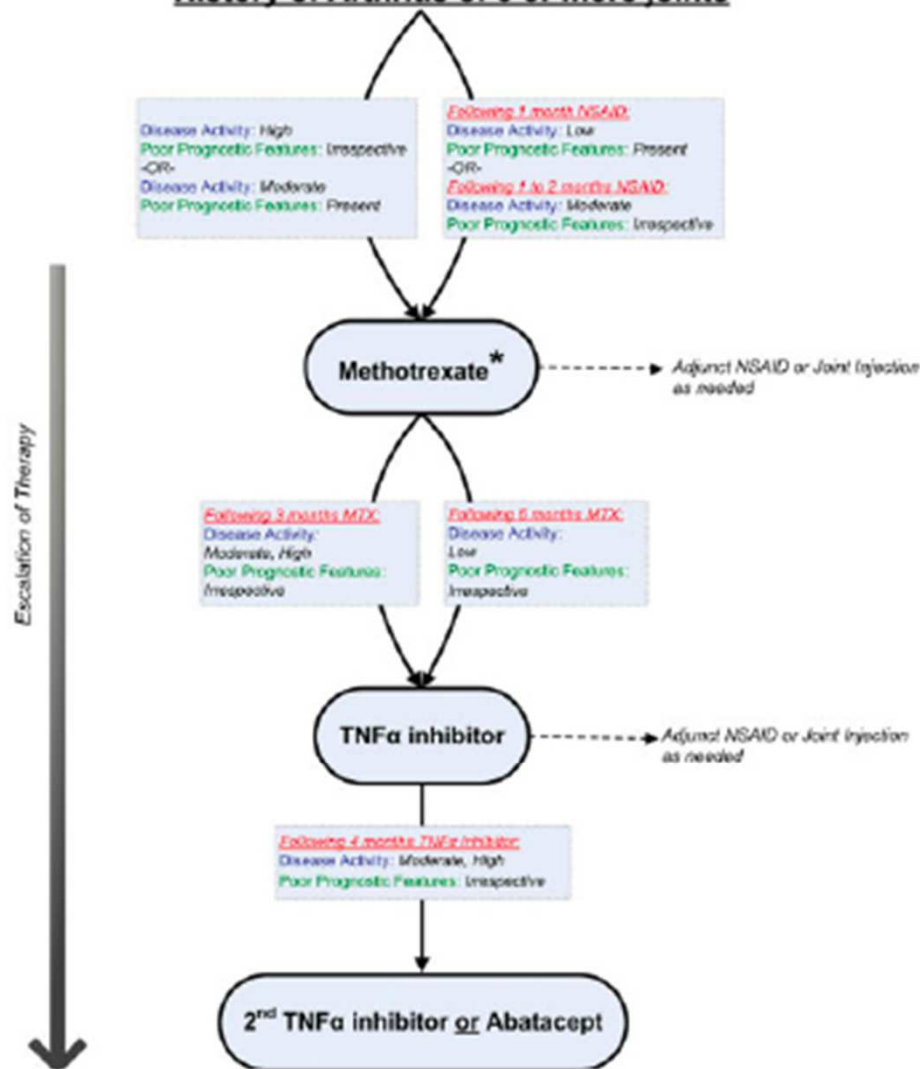
Moderate disease activity (does not satisfy criteria for low or high activity)

- 1 or more features greater than low disease activity level AND fewer than 3 features of high disease activity

High disease activity (must satisfy at least 3)

- 6 or more active joints
- Erythrocyte sedimentation rate or C-reactive protein level greater than twice upper limit of normal
- Physician global assessment of overall disease activity ≥ 7 of 10
- Patient/parent global assessment of overall well-being ≥ 5 of 10

History of Arthritis of 5 or more joints



Indications dans les Spondylo-Arthropathies

- AINS
- Si échec à 3 - 8 semaines
 - Essai d'un autre AINS
 - Ou Injection intra articulaire Hexatrione (si monoarthrite)
- Évaluation à 2 mois
 - Clinique
 - VS, CRP, NFS
 - Si évolutivité persistante : anti TNF α

Dans tous les cas :
une fois la rémission clinique obtenue

Décroissance progressive du traitement

- Arrêt des CS puis
- Réduction / Arrêt des AINS
- Durée minimale du traitement de fond ? Environ 12 mois.

Ne pas oublier que

- L' enfant est un organisme en croissance, donc surveillance de la **croissance staturo-pondérale** et dans les formes graves de la minéralisation osseuse.
- Peu de traitement ont une **AMM pédiatrique** :
 - **AINS** :
 - Diclofénac > 6 ans
 - Naproxen > 25kg
 - Ibuprofen (>15kg)
 - **Traitement de fond**
 - Méthotrexate
 - Etanercept, Adalimumab, Golimumab (> 40kg)
 - Abatacept > 4 ans
 - Tocilizumab > 2 ans

- 
- Toujours essayer dès l'obtention d'une rémission de **réduire les traitements** dans le but d'un sevrage progressif.
 - Développer les « **consultations de transition** » pour assurer la prise en charge lors de l'adolescence et âge adulte

L' AJI retentit sur la vie familiale

- Nécessité d'expliquer aux parents la maladie et ses traitements



About ▾ Projects ▾ Publications ▾ News ▾ Contacts ▾ Member Area ▾ Q Search ▾

Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO)



The Paediatric Rheumatology International Trials Organisation (PRINTO) is a not for profit, non governmental, international research network founded by Alberto Martini and Nicolino Ruperto in 1996. PRINTO initially included 14 European countries (about 89 countries, 645 centres worldwide with 1340 members today), with the goal to foster, facilitate and co-ordinate the development, conduct, analysis, and reporting of multi-centres, international clinical trials and/or outcome standardisation studies in children with paediatric rheumatic diseases (PRD).

The coordinating centre is based in Genoa.
To learn more about PRINTO [click here](#)
To download the PRINTO brochure [click here](#)



**INFORMATION ON
PAEDIATRIC RHEUMATIC DISEASES**

**PRINTO
MEMBERSHIP**

Apply
for
membership

Information on Paediatric Rheumatic Diseases

**INFORMATION ON
PAEDIATRIC RHEUMATIC DISEASES**

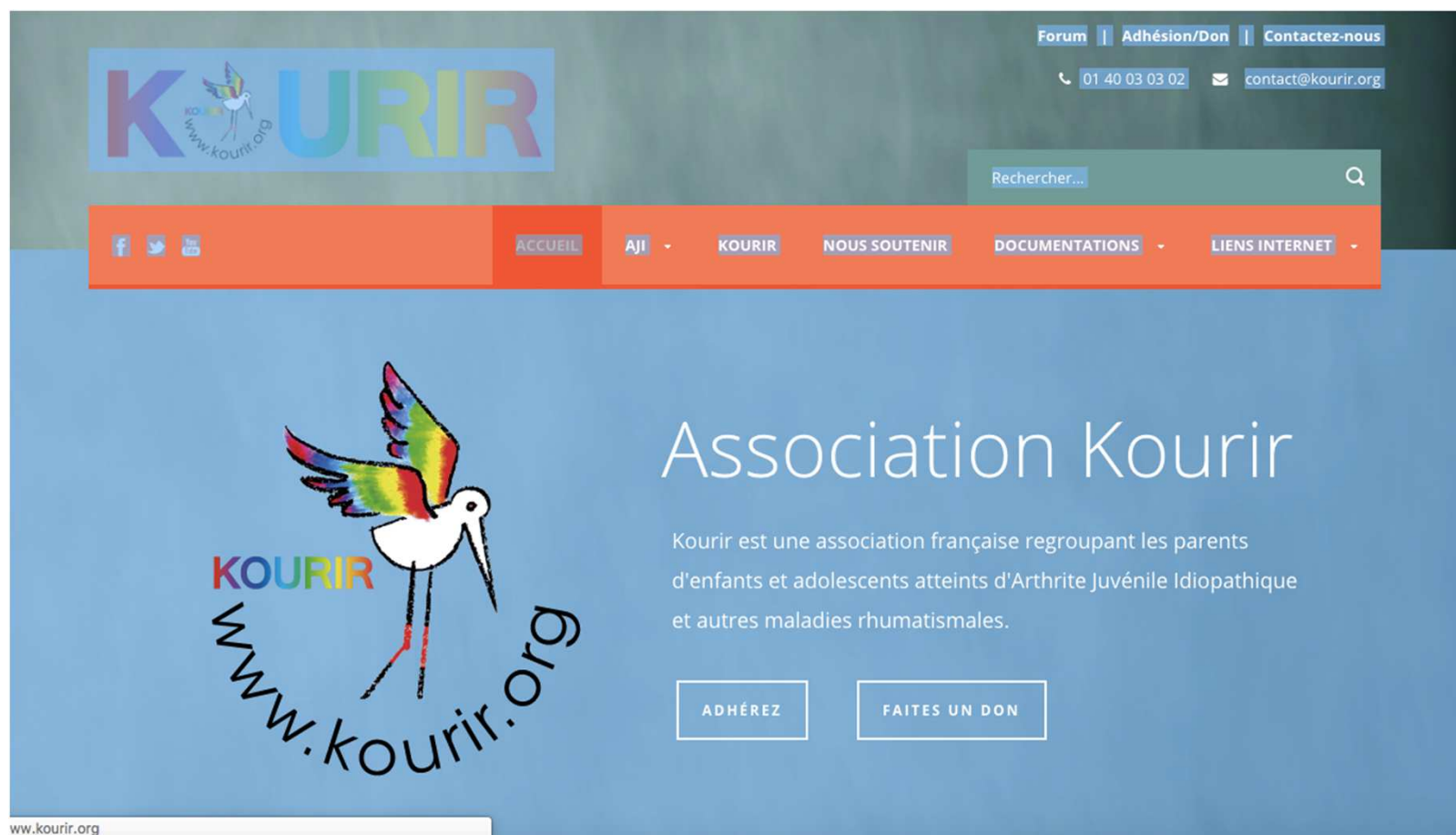
выб́рать **seleziona** בחר sélectionner επιλέξετε **SELECCIONA**
選択する **selecionar** auswählen seçmek selecta
vāj

SELECT

VERSION OF 2016

 الجزائر Algeria	 Argentina Argentina	 Österreich Austria	 دولة البحرين Bahrain	 বাংলাদেশ Bangladesh	 België Belgium	 Bosna i Hercegovina Bosnia	 Brasil Brazil	 България Bulgaria
 Chile Chile	 中国 China	 Κύπρος Cyprus	 Hrvatska Croatia	 Česká republika Czech R.	 Danmark Denmark	 Ecuador Ecuador	 مصر Egypt	 Suomi Finland

- Association de parents : KOURIR



Le site d'information pour les ados et jeunes adultes



Edito

L'AJI touche environ 4000 enfants en France et environ la moitié ont encore des symptômes à l'adolescence et à l'âge adulte. Ce nouveau site internet, spécifiquement dédié aux adolescents et jeunes adultes qui souffrent depuis l'enfance d'une AJI (arthrite juvénile idiopathique), a pour objectif au travers de ses différentes rubriques d'apporter des informations sur la maladie, les traitements, d'essayer de répondre aux différents problèmes que pose l'AJI dans la vie quotidienne lycéenne, étudiante et professionnelle et d'informer les jeunes sur les dernières nouveautés scientifiques.



Site du Centre de Référence



CERHUMIP
Centre de référence pour les maladies rhumatologiques et inflammatoires pédiatriques

Accueil
Contact



Accueil

Présentation

Pathologies concernées

Les centres de compétence

Ressources documentaires

Essais cliniques du centre

Réunions et congrès

Associations de patients

Les sites utiles

Rapports d'activité

Coordinateur : Pr. Pierre QUARTIER-DIT-MAIRE
Service de Rhumatologie, Immunologie et Hématologie Pédiatrique
Hôpital Necker, 149 rue de Sevres, 75015 Paris

Le centre de référence regroupe l'ensemble des pathologies comportant une atteinte inflammatoire des articulations chez l'enfant.

Il a participé à la filière des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires rares (FAI2R)

Site Necker :

- ▶ Pr Pierre Quartier-dit-Maire, Coordinateur
- ▶ Dr Brigitte Bader-Meunier, Co-coordinatrice
- ▶ Pr Carine Wouters
- ▶ Dr Richard Mouy
- ▶ Dr Chantal Job-Deslandre
- ▶ Dr Florence Uetwiller
- ▶ Dr Isabelle Meiki

Site Cochin :

- ▶ Professeur Corinne MICELI
- ▶ Dr Julien Wipff

▶ Fiches d'information pour les patients

 [Corticoïdes](#)

 [AINS](#)

 [Méthotrexate](#)

 [Kineret](#)

 [Enbrel](#)

 [Humira](#)

 [Orencia](#)

 [Lupus](#)