



Arthrites Juvéniles Idiopathiques

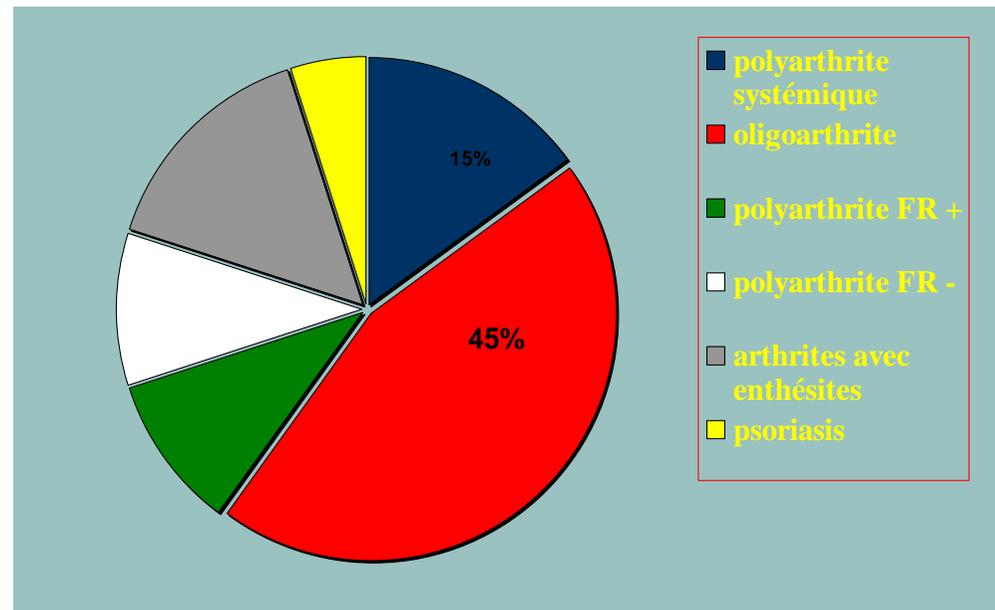
OLIGO ET POLYARTHRITES
UVÉITES ASSOCIÉES AUX AJI
SPONDYLARTHROPATHIES
AINS, MÉTHOTREXATE ET BIOTHÉRAPIE

C. Deslandre

DU Maladies Systémiques mars 2017

ÉPIDEMIOLOGIE

- Incidence AJI : 1,6 à 23 / 100.000 enfants
- Prévalence AJI : 3,8 à 400 / 100.000 enfants
- L'AJI comprend 6 maladies (Classification ILAR 2001)
 - Oligoarthritites
 - Polyarthrites sans FR
 - Polyarthrites avec FR
 - ERA (Spondylarthropathie)
 - Arthrites psoriasiques
 - Arthrites systémiques



OLIGOARTHRITE : critères diagnostiques

- Arthrites \leq 4 articulations durant les 6 premiers mois
- Deux sous-groupes
 - Oligoarthrites persistantes
 - Oligoarthrites extensives

- Exclusion :
 - Psoriasis (patient ou ascendant de 1^{er} degré)
 - HLA B 27
 - Antécédent (ascendant de 1^{er} degré) : spondyloarthropathie, uvéite, entéropathie
 - Présence de facteur Rhumatoïde
 - Signes systémiques

Oligoarthrite

Age 2 - 4 ans. Filles : 70 %

Ag HLA DR 8 - DR 11 et DR 13.

Arthrites : 1 à 4 articulations



Nombre d'articulations atteintes

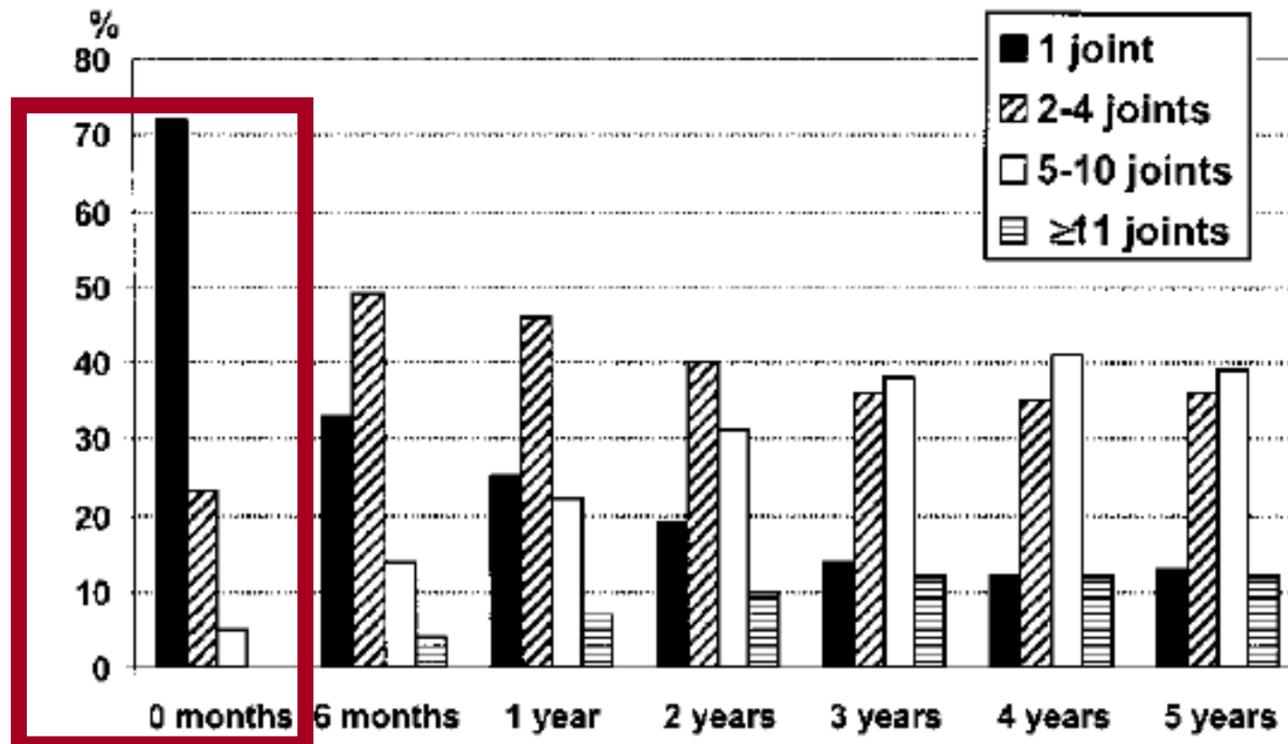


Figure 2. Frequency of the 4 different patterns of joint disease at each study timepoint.

Localisation des atteintes articulaires dans les 6 premiers mois d'évolution

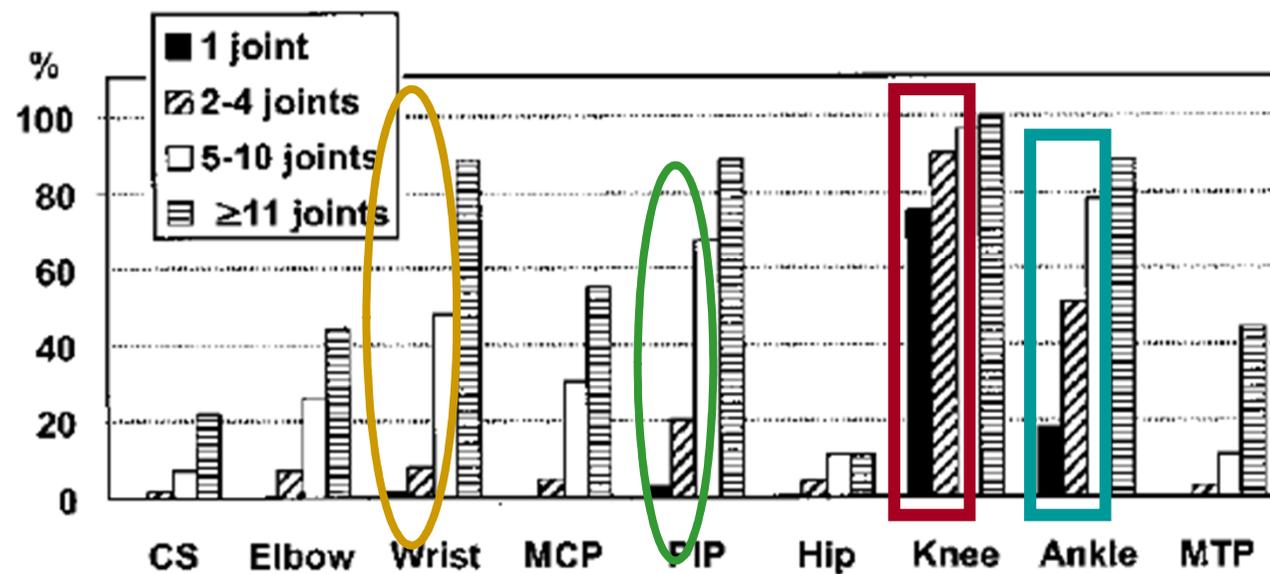
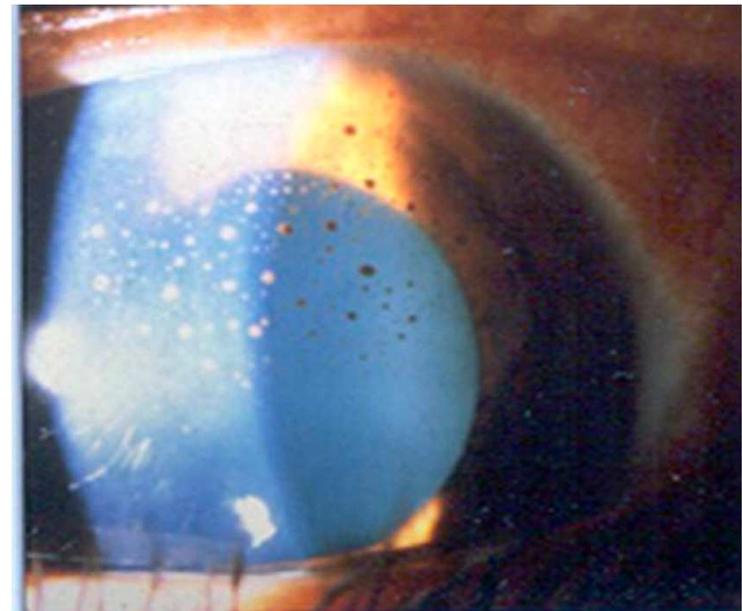
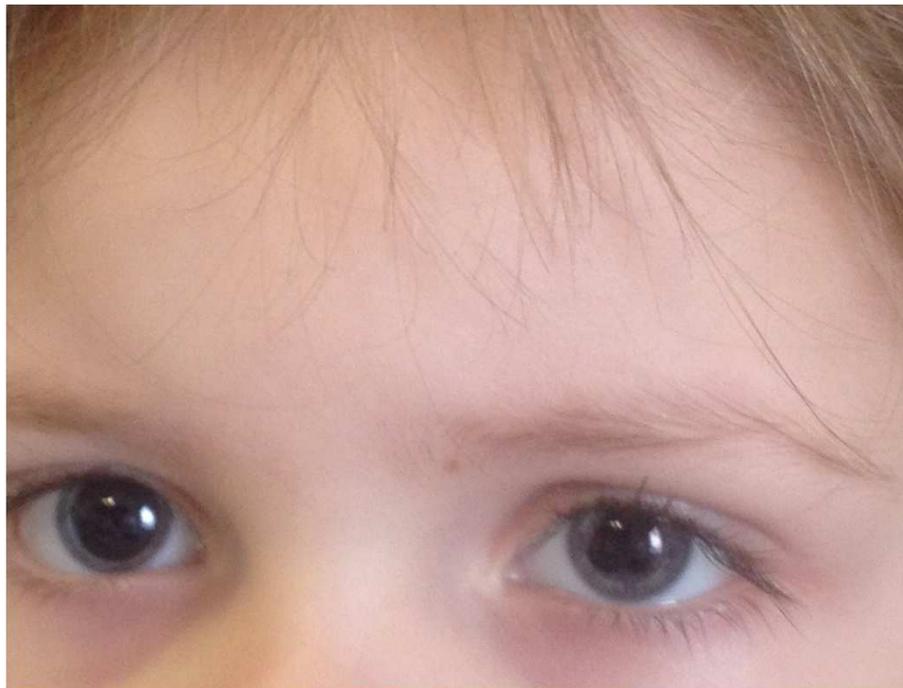


Figure 3. Frequency of type of joints involved in the first 6 months of disease by pattern of joint disease. CS: cervical spine; MCP: metacarpophalangeal joints; PIP: proximal interphalangeal joints; MTP: metatarsophalangeal joints.

Signes extra-articulaires

- Iridocyclite à œil blanc : 30 % des cas
 - Avant le diagnostic d' AJI : 15% cas
 - Découverte lors du diagnostic d' AJI : 19% cas



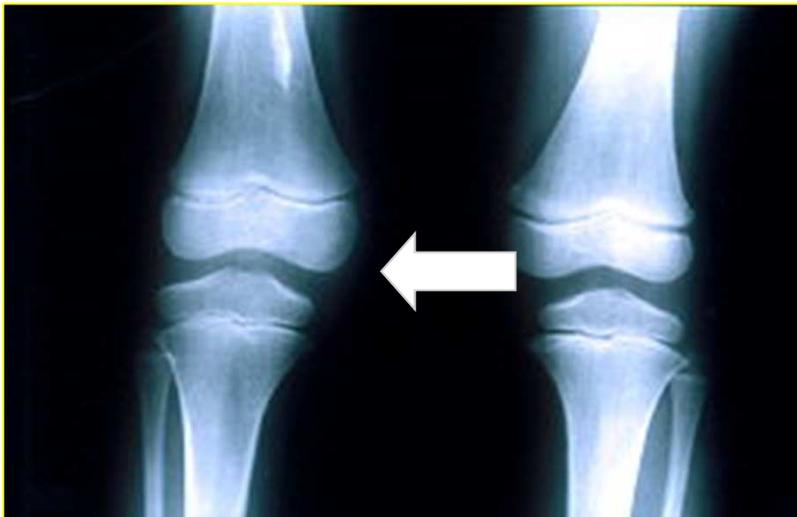
⇒ **DEPISTAGE SYSTEMATIQUE AVEC EXAMEN A LA L.A.F.**

OLIGOARTHRITE : Biologie

- **Syndrome inflammatoire : dans 50% cas**
 - élévation de la V.S et de la C.R.P
 - rarement hyperleucocytose, anémie, thrombocytémie
- **Ac Antinucléaires**
 - dans 70 % cas
 - de spécificité indéterminée

OLIGOARTHRITE : Radiographie standard

- De l'articulation atteinte : non indispensable et uniquement dans un but de diagnostic différentiel (infection, tumeur)
- Signes non spécifiques
 - Hypertrophie des tissus mous
 - Avance de maturation épiphysaire avec hypertrophie osseuse localisée
 - et dans les formes évoluées : asymétrie de longueur des membres



OLIGOARTHRITE : Échographie

- **Echographie :**
 - Permet de confirmer la synovite si doute diagnostic clinique
 - Avant traitement local : pied , mains
 - Doppler puissance permet de confirmer le caractère inflammatoire de la synovite

OLIGOARTHRITE : autres techniques d'imagerie

- **IRM**

- En cas de difficulté diagnostique malgré l'échographie
- Permet
 - de mieux préciser les caractéristiques de l'hypertrophie synoviale
 - de faire certains diagnostics différentiels : SVN, angiome, chondromatose ...

- ~~• **Scintigraphie et Scanner**~~

- ~~• Aucun intérêt~~

OLIGOARTHRITE : évolution

➤ Rémission : 50%

➤ Evolutivité persistante :

❑ Oligoarticulaire

❑ Polyarticulaire : Oligoarthrite extensive avec lésions destructrices





OLIGOARTHRITE : évolution

□ **Après 4 à 15 ans**

- Rémission : 36 à 66%
- Oligo articulaire persistante : 43 à 88%
- Oligo arthrite extensive : 12 à 50%
 - 5 à 9 articulations
 - > 11 articulations

□ **Fonction après 4 à 15 ans**

- CHAQ 0,2 à 0,3
- Steinbrocker classe I : 100%

Etude de Cabral (*Arthritis Rheum* 2002)

- 205 oligoarthritis suivies 10.8 ans
 - 39.5% ont une extension polyarticulaire

Complications des iridocyclites :

- 20 % de perte de la vision

Handicap fonctionnel :

A 7 ans :

- 60 % des patients ont une gêne fonctionnelle minime ou nulle
- 50 % sont toujours traités
- 30 % stade III - IV Steinbrocker

Facteurs Prédicatifs péjoratifs des oligoarthrites

- ❑ Atteinte initiale de plus d ' une articulation
- ❑ Atteinte initiale symétrique
- ❑ Atteinte initiale du poignet ou de la cheville
- ❑ Importance du syndrome inflammatoire

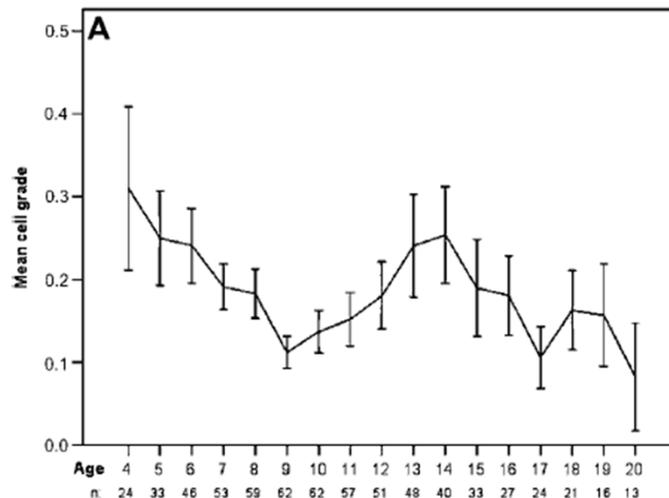
Complications oculaires

- ◆ kératite en bandelette
- ◆ glaucome
- ◆ cataracte
- ◆ synéchies



UVEITES et AJI

- Inflammation granulomateuse de la chambre antérieure : iris et corps ciliaires
- Survient dans environ 10% AJI mais plus fréquente dans les oligoarthritis
- Délai de survenue de l'uvéite
 - 73% dans les 12 premiers mois
 - 90% sont observées avant la 4^{ème} année
 - Délai médian entre début AJI et uvéite 5,5 mois

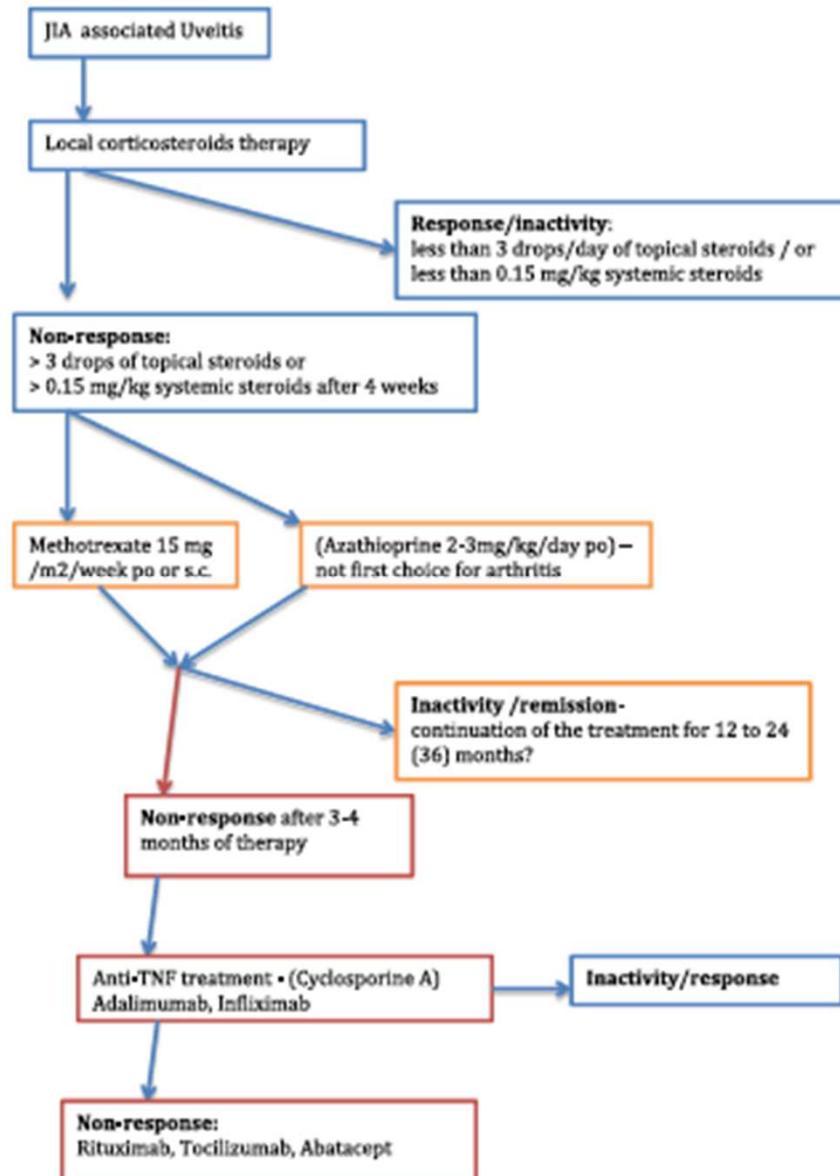


- Uvéite à œil blanc, latente nécessite un dépistage systématique par examen à la LAF

JIA subtype	Age at onset (years)	JIA duration (years)	Recommended screening intervals in months
Oligoarticular; RF negative polyarticular; psoriatic; other arthritis	≤6	≤4	3
Oligoarticular; RF negative polyarticular; psoriatic; other arthritis	≤6	≥4	6
Oligoarticular; RF negative polyarticular; psoriatic; other arthritis	≤6	≥7	12
RF negative polyarticular; psoriatic; other arthritis	≥6	≥2	6
RF negative polyarticular; psoriatic; other arthritis	≥6	≥2	12
Enthesitis associated	Not applicable	Not applicable	12
RF positive polyarticular	Not applicable	Not applicable	12
Patients with uveitis	Not applicable	Not applicable	According the uveitis course

- **Facteurs de risque d'uvéite**
 - Âge de début précoce de l'AJI
 - Présence de FAN
 - Type oligoarticulaire

- Stratégie thérapeutique



POLYARTHRITE FACTEUR RHUMATOÏDE POSITIF

critères diagnostiques

- **Arthrites** \geq 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
- A.A.N. Possible

Radios





Evolution

- chronique avec extension et risque de destruction articulaire



- **Rémission** 10% cas





POLYARTHRITE FACTEUR RHUMATOÏDE NEGATIF critères diagnostiques

- Arthrites \geq 5 articulations dans les 6 premiers mois
- Facteur Rhumatoïde négatif

- Exclusion :
 - Psoriasis (patient ou ascendant de 1^{er} degré)
 - HLA B 27
 - Antécédent (ascendant de 1^{er} degré) : spondyloarthropathie, uvéite, entéropathie
 - Présence de facteur Rhumatoïde
 - Signes systémiques

POLYARTHRITE FACTEUR RHUMATOÏDE NÉGATIF

- ❑ Facteur rhumatoïde négatif.
- ❑ A.A.N peuvent être présents

Groupe hétérogène :

- Polyarthrites de type rhumatoïde mais « séro-négatives ».
- Polyarthrites asymétriques avec A.A.N proches des oligo-arthrites extensives
- Polyarthrites enraidissantes peu hydarthrodiales

Antinuclear antibody-positive patients should be grouped as a separate category in the classification of JIA

Ravelli A., Martini A. and coll Arthritis Rheum 2011; 63 : 267-275

- ❑ 971 AJI 22ans de recul
 - ❑ 711 AAN positifs
 - ❑ 149 AAN négatifs
 - ❑ 111 indéterminés exclus
 - ❑ Les AJI avec AAN ont
 - ❑ Le même âge de début et sex ratio
 - ❑ La même fréquence d'arthrite asymétrique et d'iridocyclite
 - ❑ Les patients AAN négatifs
 - ❑ Débutent leur maladie plus tard (6,3/2,7ans)
 - ❑ Plus d'articulations atteintes au cours de l'évolution (5/3)
 - ❑ Atteinte plus fréquente de l'épaule, poignet, hanche
 - ❑ Lésions destructrices plus fréquentes (39,8%/19,8%)
- la présence d'AAN identifie un groupe homogène de patients**

Facteurs Prédicatifs péjoratifs des polyarthrites

- Diffusion initiale et ultérieure des arthrites
- Sexe féminin
- Présence de facteur rhumatoïde
- Présence de nodules
- Précocité des érosions

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

Arthrites avec enthésites (Spondyloarthropathies)

Age 8 - 12 ans. Garçons : 70 %

- ❑ Antécédents familiaux dans 33% cas
 - ❑ de SPA, uvéite, psoriasis, entéropathie

- ❑ Clinique
 - Oligoarthrite asymétrique 80% cas
 - Douleur rachis et sacro-iliaques 20% cas
 - Enthésopathies 33% cas



ARTHRITE AVEC ENTHÉSITES

❑ Signes biologiques:

- Syndrome inflammatoire : 50 % cas
- Typage HLA A et B : B 27 : 75 % cas

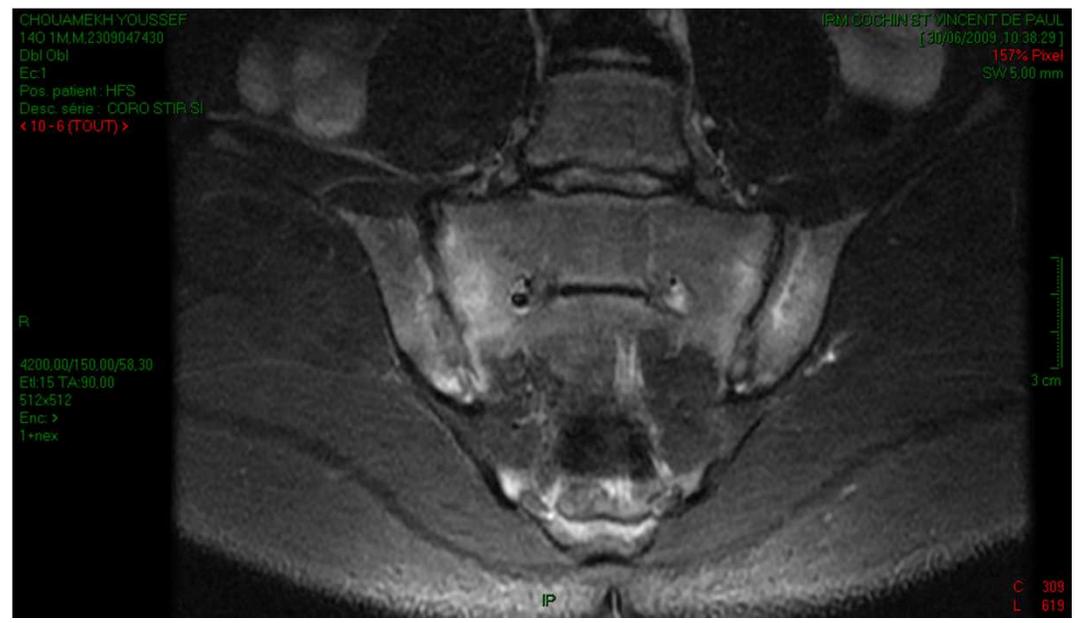
❑ Radiographies :

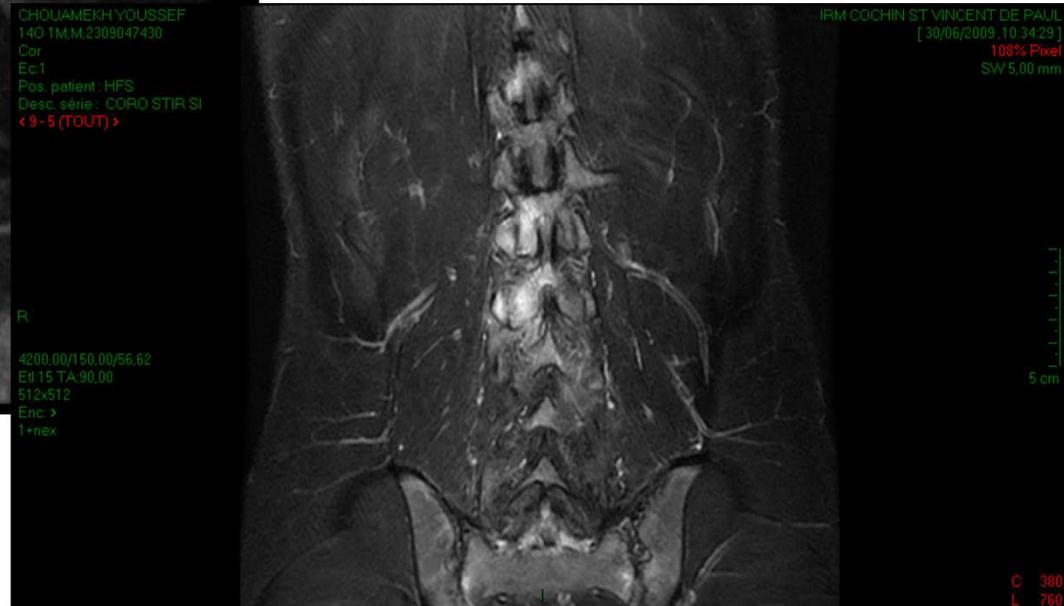
non indispensables au diagnostic

➤ IRM

➤ ~~TDM~~







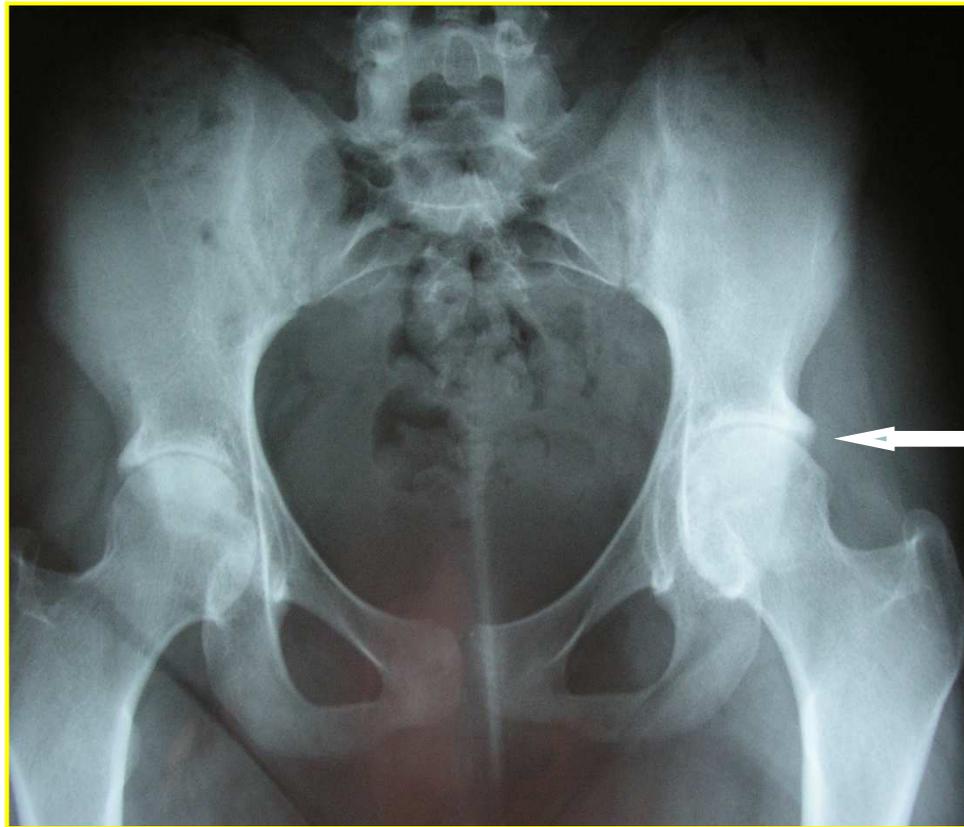
- Arthrite érosive des orteils



- Enthésopathie du calcanéum



- Fréquence des coxites



■ Evolution

- atteinte fréquente de la hanche



■ Rémission

- 40% cas à l'âge adulte

RHUMATISME PSORIASIQUE critères diagnostiques

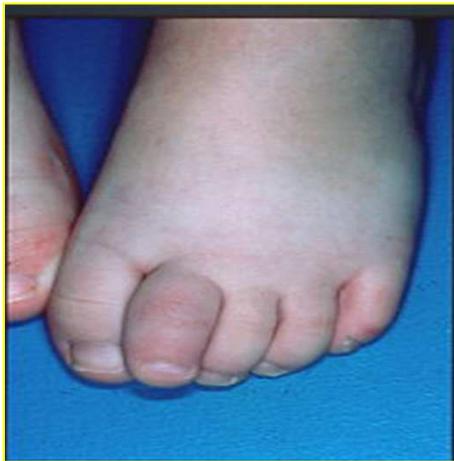
- Arthrites et psoriasis
- Ou arthrites et deux parmi
 - dactylite
 - Atteinte unguéale
 - Psoriasis chez un parent du 1^{er} degré
- Exclusion :
 - HLA B 27
 - Antécédent (ascendant de 1^{er} degré) : spondyloarthropathie, uvéite, entéropathie
 - Présence de facteur Rhumatoïde
 - Signes systémiques

5 à 10 % des AJI

Deux formes

- Filles 4 - 6 ans : ressemble aux oligoarthrites (uvéite et FAN)
- Garçons 8 - 10 ans : ressemble aux arthrites avec enthésites





Doigts et Orteils en saucisse



**Traitement des AJI
Oligo et Polyarticulaires
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

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

- Bétaméthasone
 - Triamcinolone
 - **Hexacétonide de triamcinolone**
 - Prednisolone
 - Cortivazol
- Diprostène®
 - Kénacort®
 - Hexatrione®**
 - Hydrocortancyl®
 - Altim®

Sous sédation par MEOPA et suivis d'une immobilisation de 48h



Tolérance des injections locales d'Hexatrione

- **Atrophie sous-cutanée avec dépigmentation**

- 0,01% à 8,3 %
- 53% après injection sous talienne



- **Calcifications péri articulaires**

- 0,02% cas



Méthotrexate

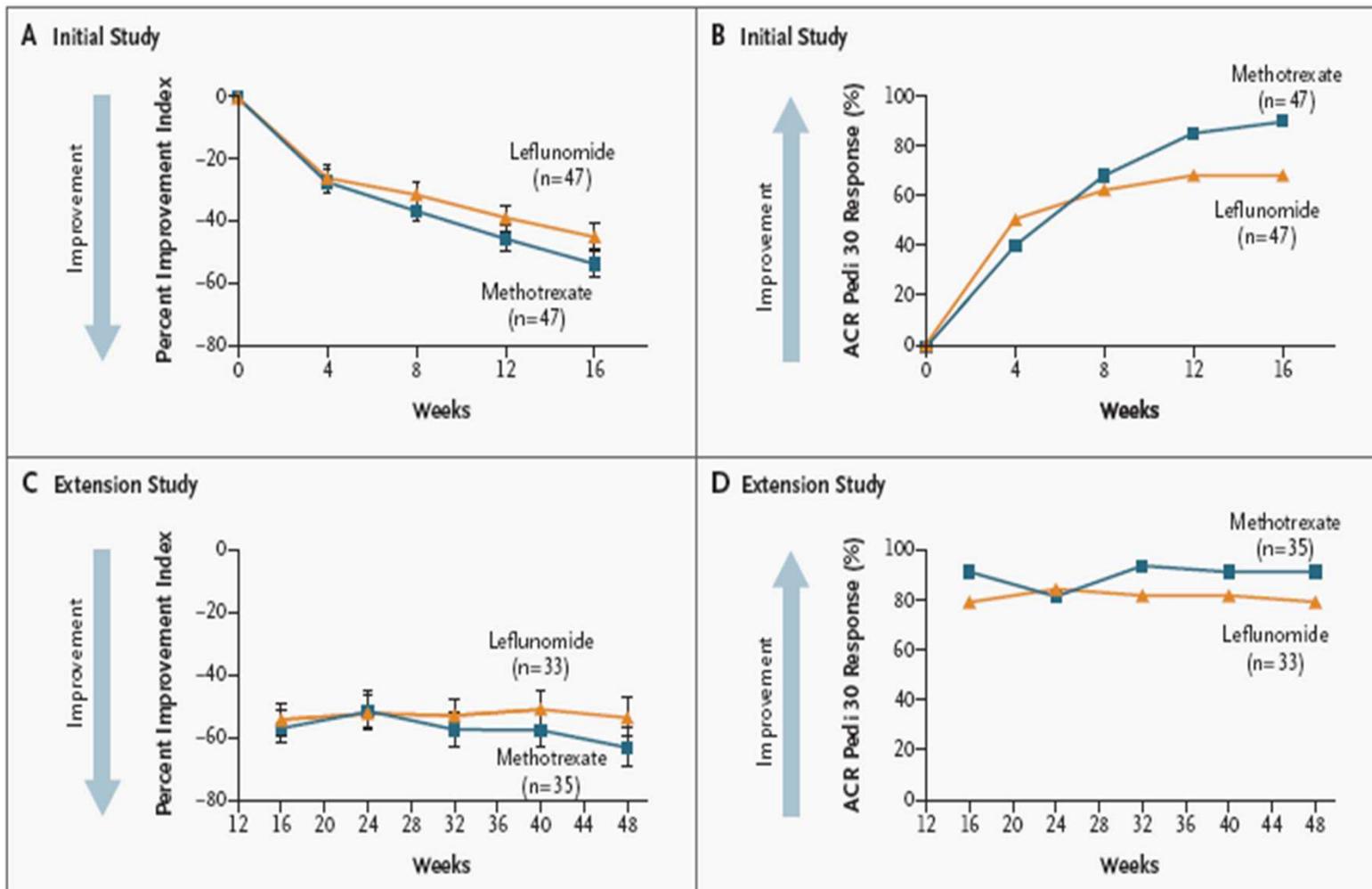
traitement de fond de 1^{ère} intention

- **Efficacité prouvée par des études randomisées**
- **Dose**
 - Étude 15 mg/m² /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

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**
- **son 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 et AJI oligo/polyarticulaire

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

Anti TNF α

deux molécules ont une AMM pédiatrique

- **Etanercept**

- AJI d' évolution polyarticulaire, en échec du MTX
- **Enfant de plus de 2 ans (EMEA juillet 2011)**
- 0,8mg/kg/ sem en SC

- **Adalimumab**

- AJI d' évolution polyarticulaire, en échec du MTX
- En association ou non au méthotrexate
- 20 mg/2 sem enfant < 30 kg - 40 mg/2 sem enfant > 30 kg
- **Enfant de 4 – 12 ans 24mg/m²/ 2 sem (EMEA 2011)**

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

D.Lovell et co Arthritis Rheum june 2006

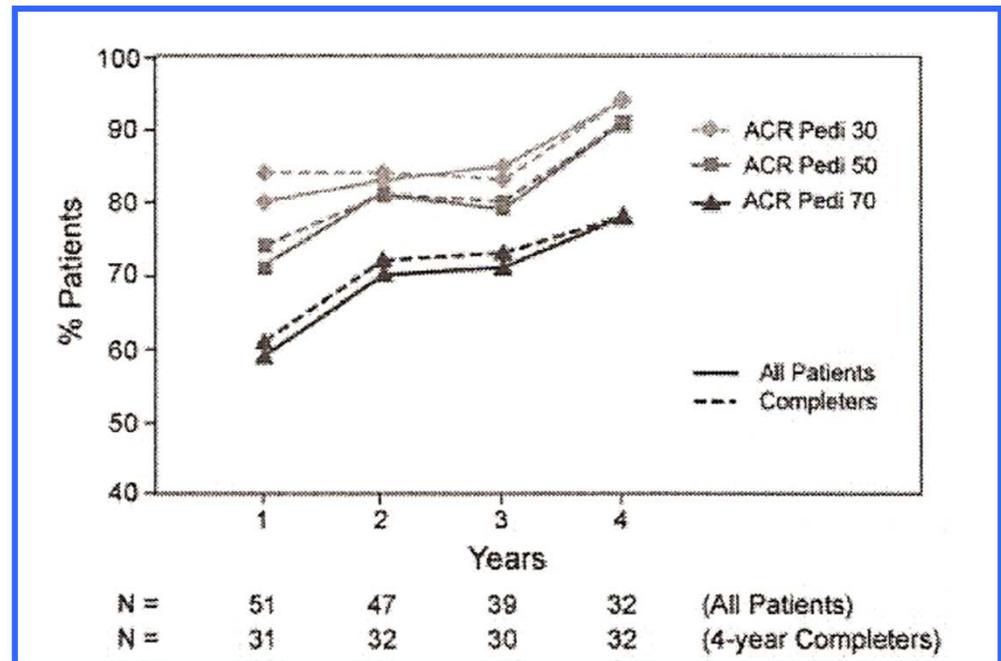
34 patients de l' étude initiale ont été traités pendant >4ans

☐ 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.

Facteurs prédictifs de rémission sous ETN

EULAR 2012 - ARD fev 2013

- Etude rétrospective des patients traités par ETN de 2002 à 2011 (registre Italien)
 - 187 AJI évoluant depuis 5 ans (3 mois à 21 ans)
 - ETN 0,8mg/kg/sem pendant 2,4 ans (6 mois à 10,5 ans)
 - Rémission au dernier contrôle 50,3 %
 - Délai d'obtention de la rémission 0,7 an (2 mois à 6,7 ans)
- Facteurs prédictifs de rémission et de rapidité d'obtention (rem/délai)
 - Âge < 3,6 ans OR 2,1 / 1,6
 - Pas d'atteinte du poignet OR 2,7 / 2,2

- **50% des AJI sous ETN obtiennent une rémission**
- **Le début précoce de l'AJI et l'absence d'atteinte du poignet sont prédictifs de rémission sous ETN**

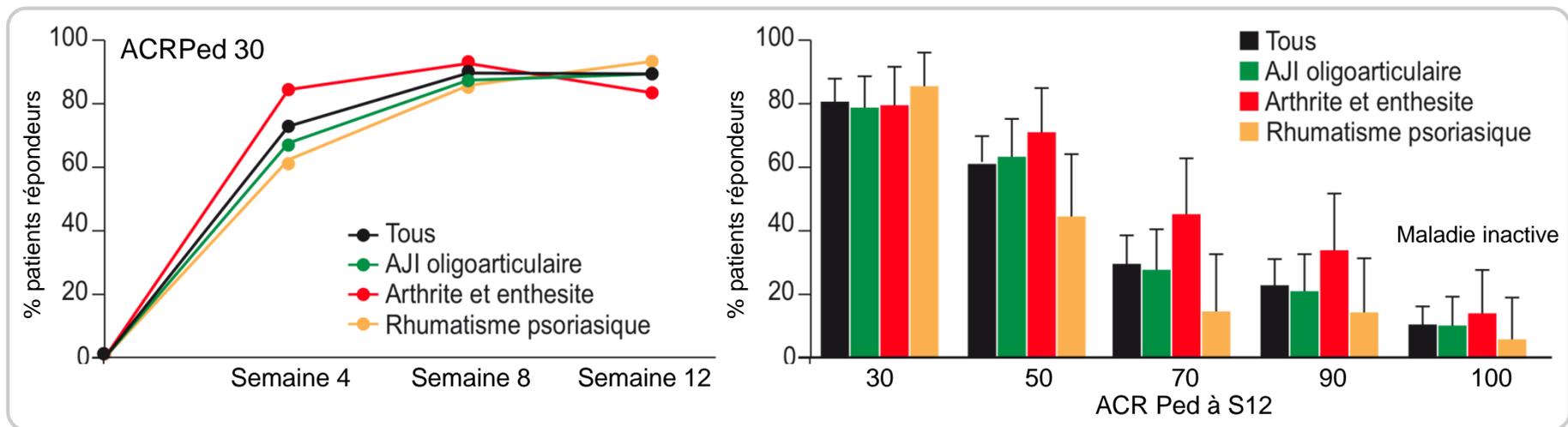
Étude CLIPPER : efficacité de l'etanercept dans les différentes AJI

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

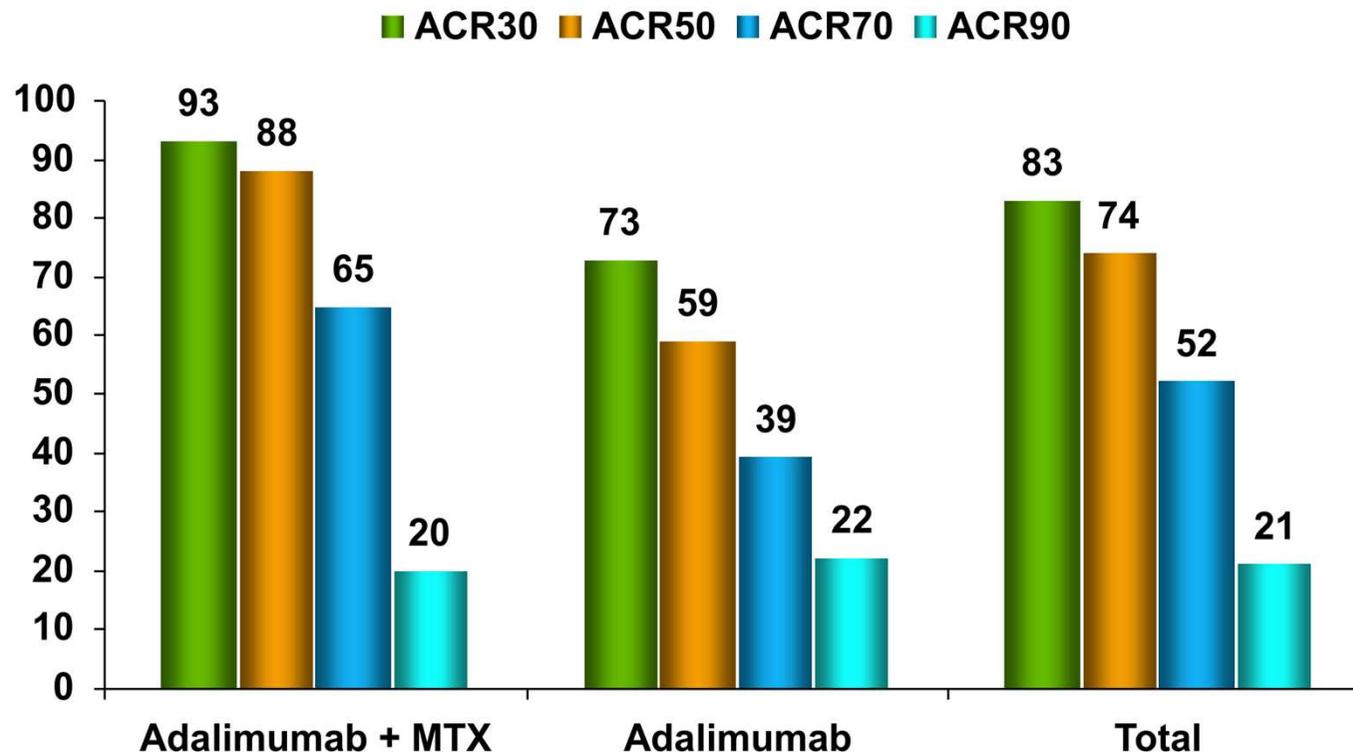
- % patients répondeurs ACR Pedi 30/50/70 à S12



■ Tolérance : 35 % des patients ont un EI

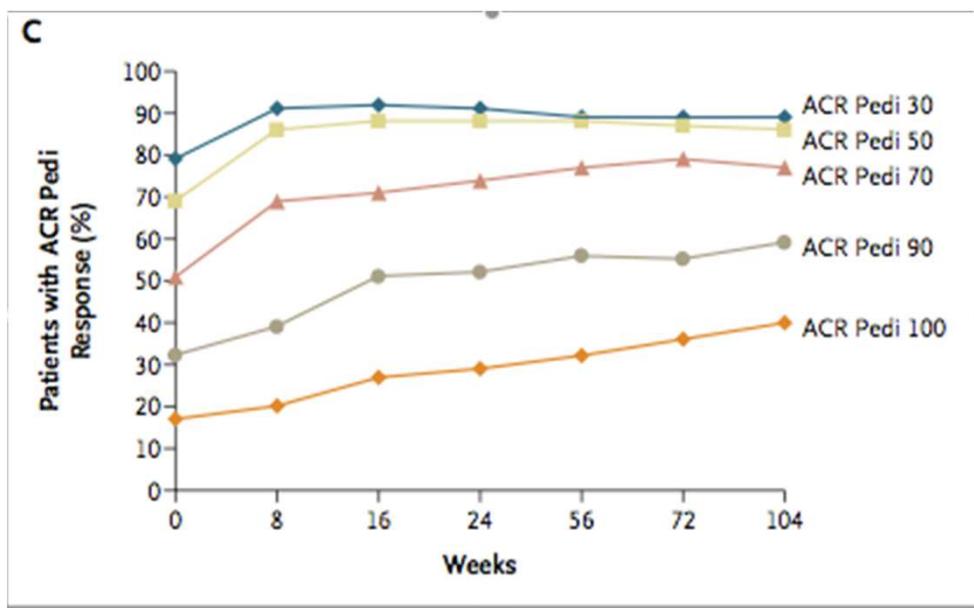
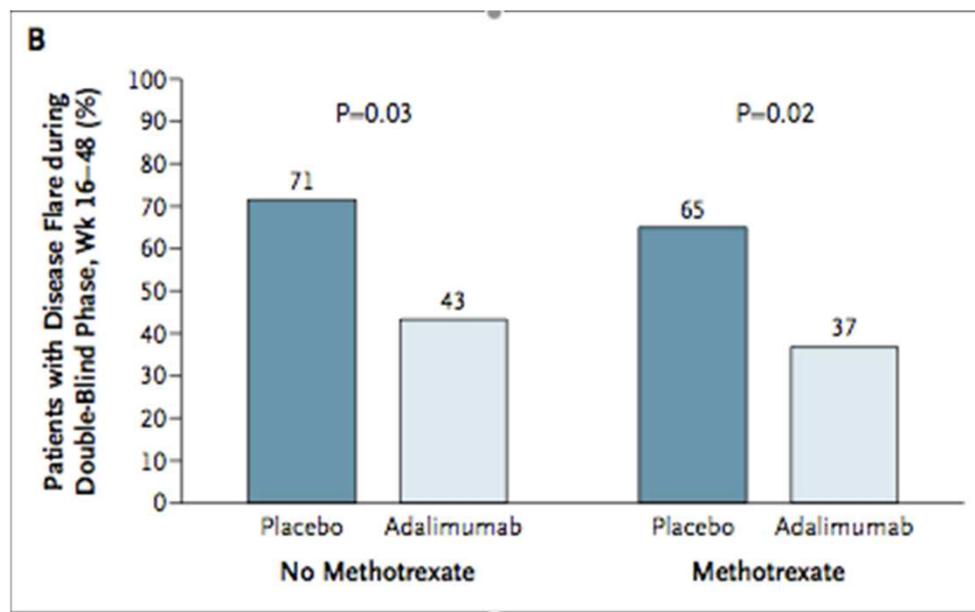
Adalimumab

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 Pédi 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.*

Abatacept

- **AMM**
 - **AJI à évolution polyarticulaire**
 - **> 4 ans sans uvéite ni signe systémique**
 - **réfractaires au méthotrexate**

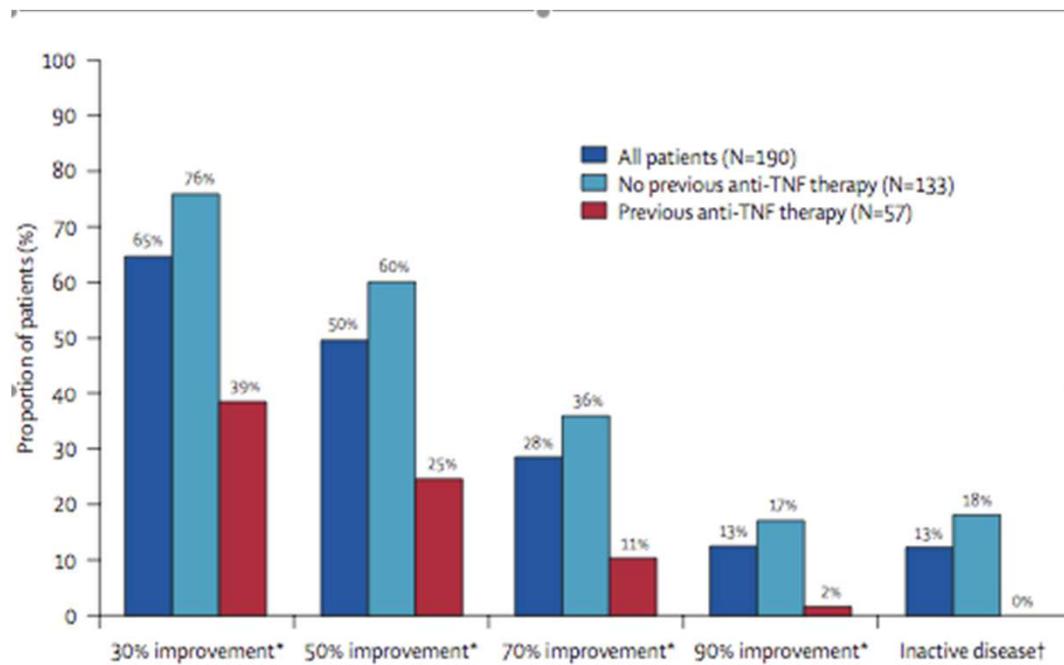


Figure 2: Proportion of patients who had response rates of 30%, 50%, 70%, and 90%* after 4 months of open-label treatment in the lead-in period

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%)

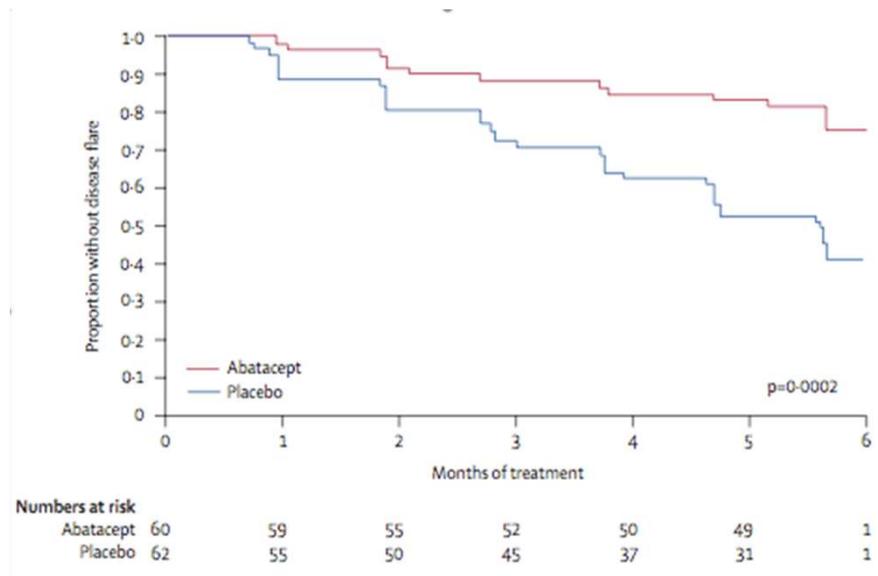


Figure 4: Proportion of patients without disease flare during the 6-month double-blind period

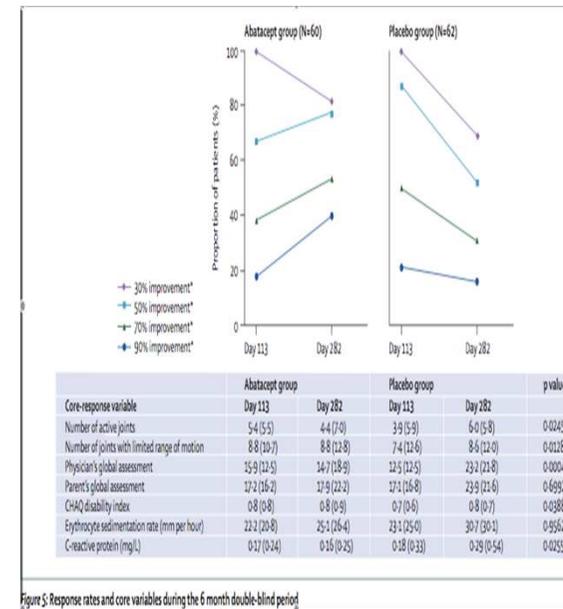


Figure 5: Response rates and core variables during the 6-month double-blind period

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

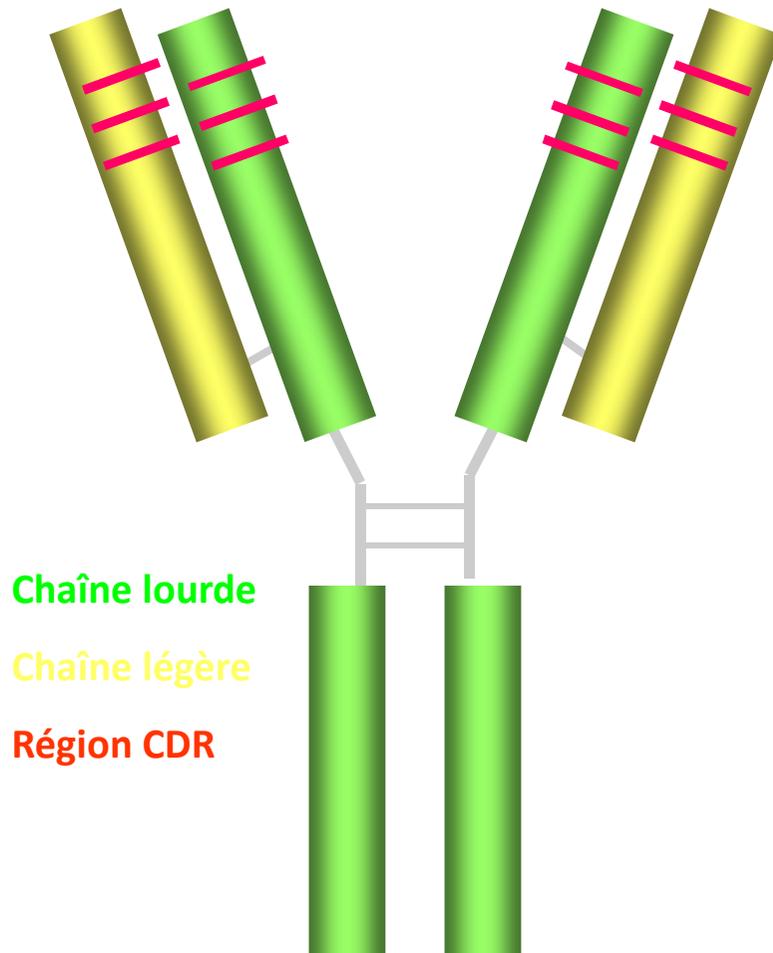
- Pas de risque particulier identifié
- EI graves peu fréquents

- 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

Tocilizumab



- Anticorps monoclonal humanisé IgG1

Demi-Vie (concentration-dépendante):

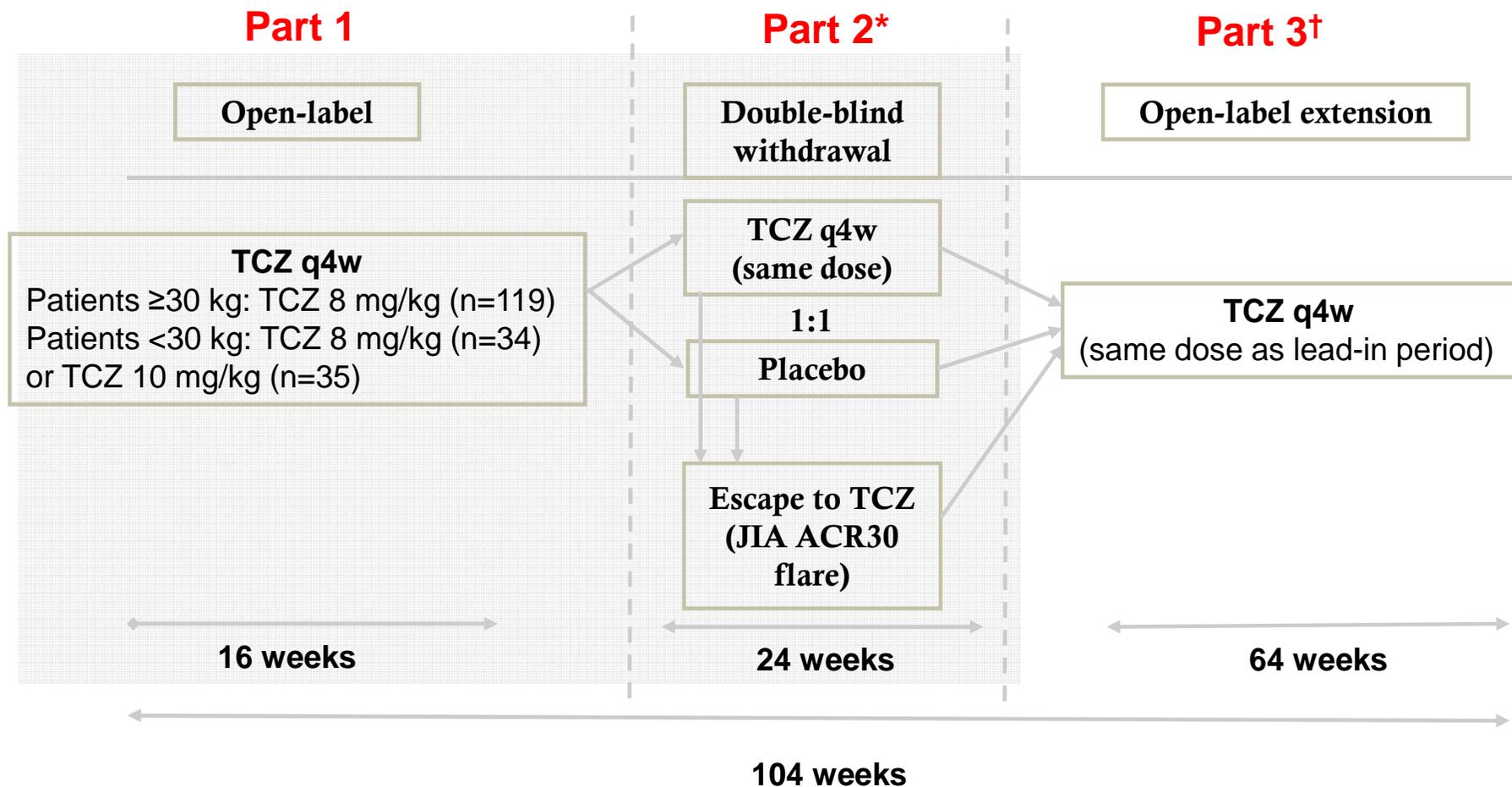
- 1.8 - 11.4 jours à 4 mg/kg
- 3.8 -12.9 jours à 8 mg/kg

Métabolisme

- Catabolisé dans le système réticuloendothélial comme les IgG endogènes

Étude du TCZ dans les AJI Polyarticulaires

Étude CHERISH ACR 2012



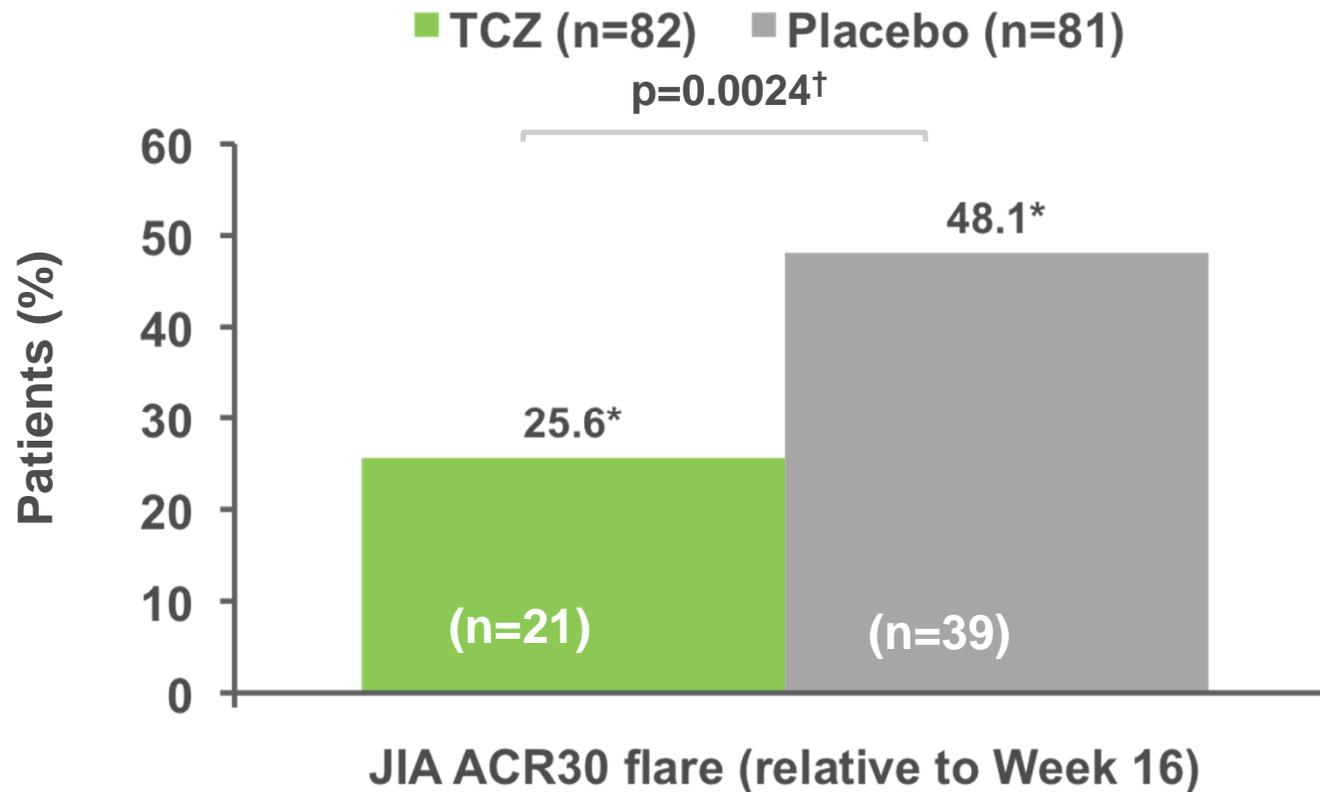
- Efficacy data (until Week 40) are presented for the intention-to-treat (ITT) population; safety data are presented for the safety population to the cut-off date

* At Week 16, eligible patients (with \geq JIA ACR30 response) entered a 24-week randomised double-blind withdrawal period for evaluation of the primary endpoint (JIA ACR30 flare relative to Week 16).

† Patients who flared or completed the double-blind period entered an open-label extension.

Brunner HI, et al. Oral presentation 1597.

Results: The primary endpoint, JIA ACR30 flare relative to Week 16, was met (ITT population)

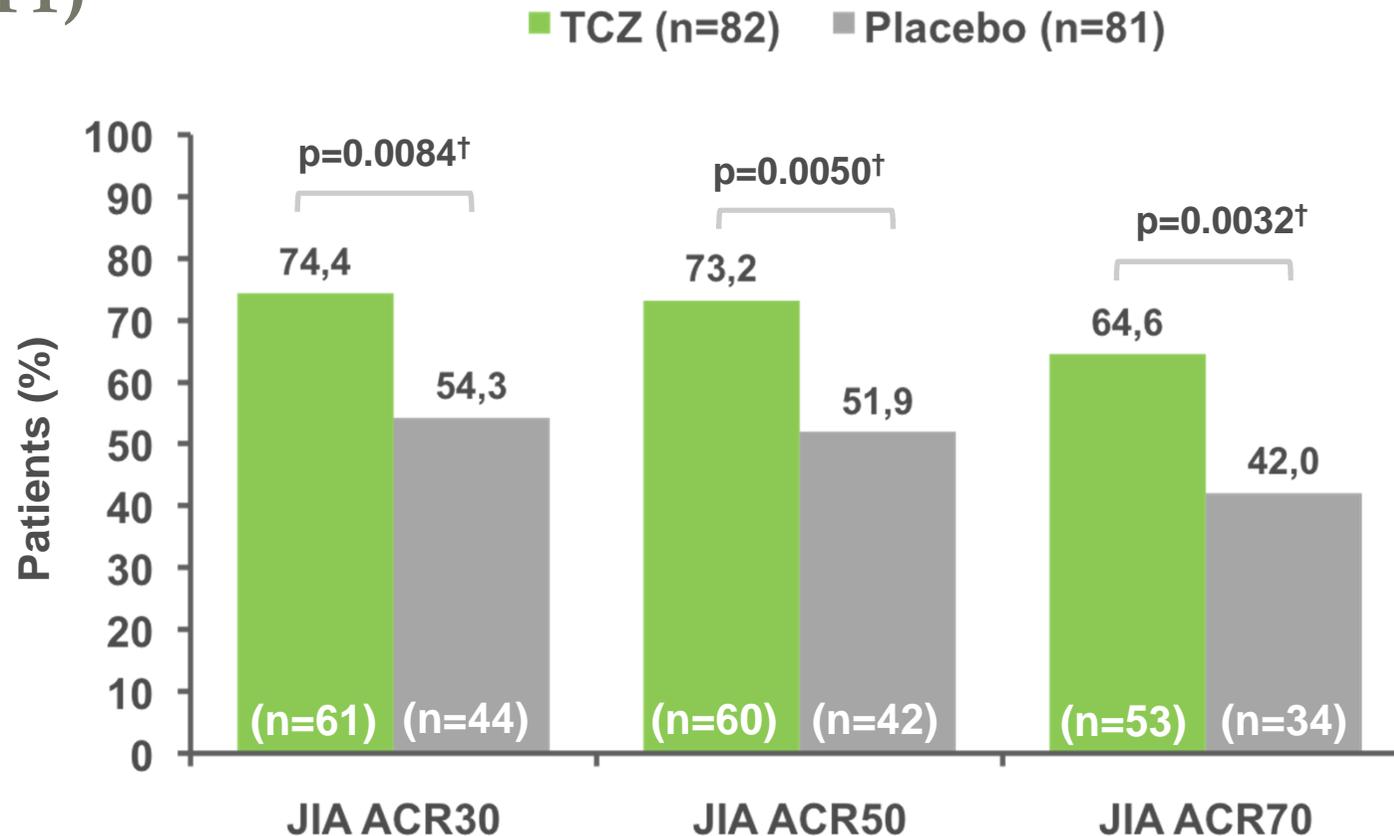


* Patients who withdrew or escaped (to open-label TCZ) were classified as flared.

† Analysis adjusted for background MTX and/or corticosteroid therapy applied at Week 16.

Brunner HI, et al. Oral presentation 1597.

Results: JIA ACR30/50/70 responses were significantly higher with TCZ compared to placebo at Week 40 relative to Day 0* (ITT)



* Patients who withdrew or escaped (to open-label TCZ) or for whom endpoint could not be determined were classified as nonresponders.

[†] Analysis adjusted for background MTX and/or corticosteroid therapy applied at Week 16.

Brunner HI, et al. Oral presentation 1597.

Indications dans les AJI oligoarticulaires

- AINS
- Si échec à 3 - 8 semaines
 - Injection intra articulaire HT
- **Évaluation à 2 mois**
 - Clinique
 - VS, CRP, NFS
 - Si évolutivité persistante MTX
 - Si échec du MTX à 3-4 mois : anti TNF α
- **Surveillance ophtalmologique**

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**
- **Supplémentation vitamino-calcique**
- **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

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.

En Conclusion

- La plus **fréquente** des AJI est l' **Oligoarthrite** qui comporte un **risque d' iridocyclite** et qui dans 40 % cas a une évolution extensive avec risque de destruction
- Les **Polyarthrites FR négatifs** constituent un groupe hétérogène dont **l'évolution** est proche de celui des **oligoarthrites extensives**

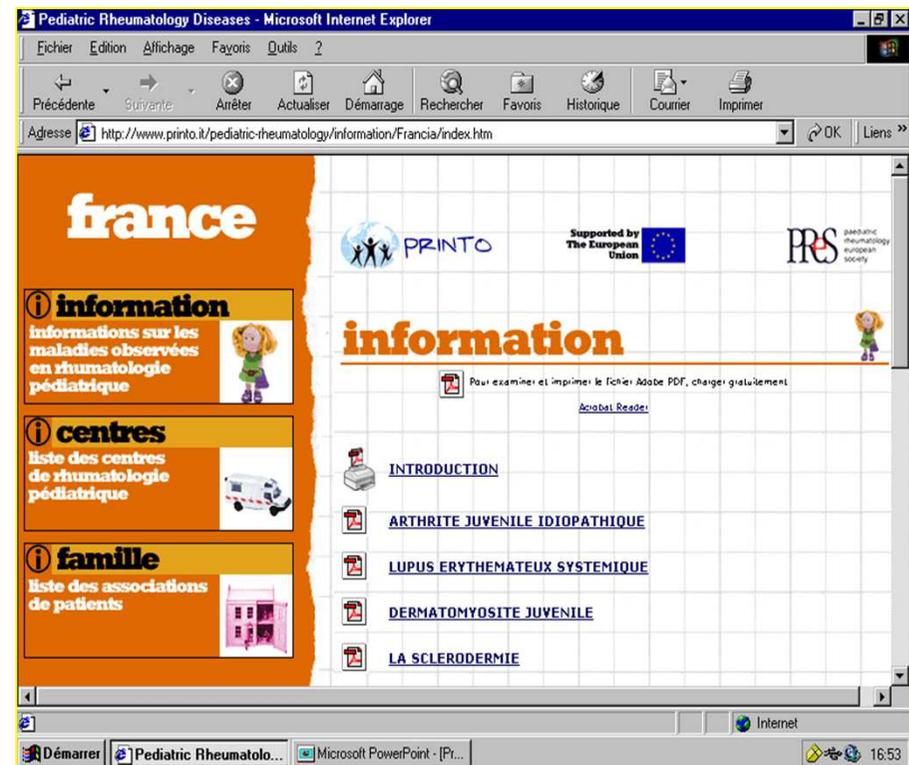
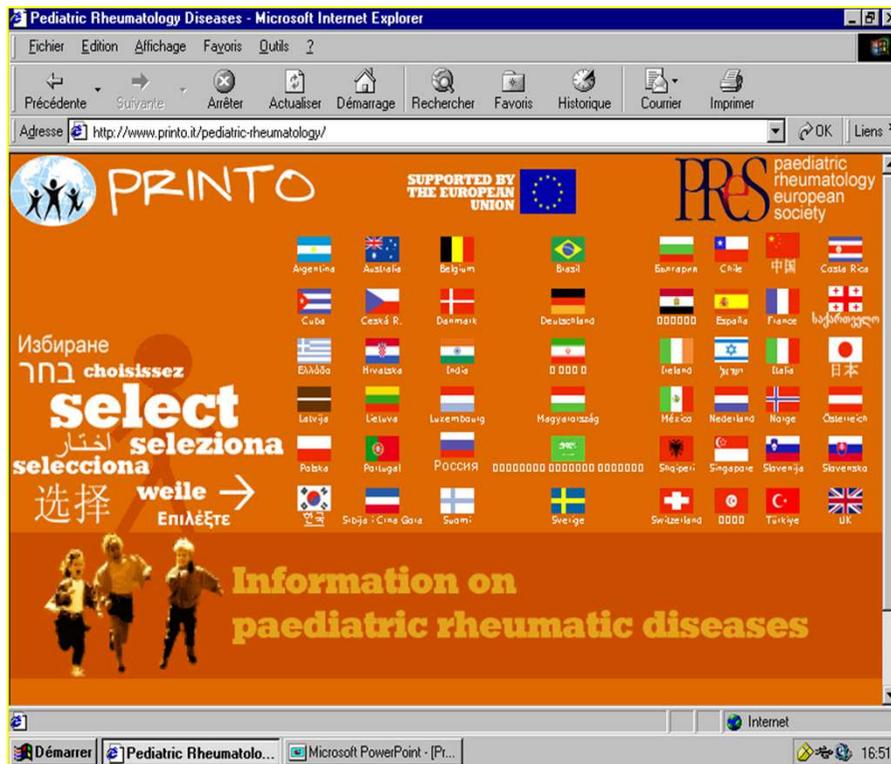
Ne pas oublier que

- 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, Naproxen et Ibuprofen (>15kg)
 - Traitement de fond : Méthotrexate, Etanercept (AJI réfractaire au Méthotrexate), Adalimumab (>4 ans), Abatacept, Tocilizumab.

- 
- 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





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 Uettwiller
- Dr Isabelle Melki

Site Cochin :

- Professeur Corinne MICELI
- Dr Julien Wipff
- Dr Hervé Lefèvre

Site Robert Debré :

- Pr Albert Faye
- Dr Isabelle Melki
- Dr Ulrich Meinzer

- Association de parents : KOURIR

Accueil Qui-sommes-nous? Qu'est que l'AJI? Contactez-nous Info Utiles / Documentations / De

 **KOURIR.** **ORG** Association pour les enfants atteints d'arthrite juvénile idiopathique

Recherch

KOURIR est la seule association française regroupant les parents d'enfants atteints d'Arthrite Juvénile Idiopathique (AJI, aussi appelée ACJ), et autres maladies rhumatismales de l'enfant.

LES NEWS:

- Eviter la surprotection
- Allocation d'éducation spéciale

Le nouveau 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.

