

DPC du 16 novembre 17

-Cf le diaporama ACR 2017-

1. Question 12 :

Quelle est la réponse vaccinale en fonction de l'arrêt ou non du MTX

=> Pas d'augmentation du risque de poussée de la PR

=> La réponse vaccinale est meilleure si arrêt du méthotrexate

2. Question 14 :

Quel est le risque d'infection opportuniste chez le nourrisson né d'une maman sous biothérapie pendant la grossesse

Pas d'augmentation significative d'infection durant la grossesse ni le 3^{ème} trimestre

Données manquantes :

Pas d'information sur le type de biomédicaments

Le surrisque est probablement secondaire à la corticothérapie

3. Question 15 :

Quel est le risque infectieux des anti-JAK (plutôt JAK inhib) ?

Données pour tofacitinib :

Pas de surrisque significatif sévère sous tofaci p/r aux anti TNF (A noter : inhibition de la rifampicine sous tofacitinib donc si le quantiferon est positif alors proposé l'isoniazide pendant 9 mois)

Les données pour le baricitinib :

Pas de LEMP ce jour

Quelques cas de tuberculose mais seulement dans les zones d'endémie

Infections opportunistes rares
Augmentation du risque de zona (sans atteinte viscérale)
touchant majoritairement 1 ou 2 dermatomes adjacents
(sachant que les patients avec PR ont 2 fois plus de chances
de développer un zona)

4. Question 16

Quel est le risque infectieux post opératoire sous
biothérapie ?

Pas de surrisque

En pratique, on propose de « sauter » une injection de la
biothérapie

Pas d'intérêt de stopper le méthotrexate

Il faut surtout limiter l'exposition aux corticoïdes

5. Question 19

Quel est le risque cardiovasculaire sous baricitinib ?

Le risque CV et thromboembolique est comparable pour les
différentes doses de baricitinib et n'augmente pas avec la
durée d'exposition.

Inquiétude car notion d'augmentation transitoire du taux de
plaquettes à l'initiation du baricitinib mais pas de
conséquence clinique connue

6. Question 21

Comment interpréter la CRP chez le patient obèse ?

Hommes : $CRP < 1,0 + (IMC - 25) / 25$

Femmes : $CRP < 1,0 + (IMC - 25) / 12,5$

Attention CRP en **mg/ml**

7. Nombreuses communications sur fibromyalgie dans les rhumatismes inflammatoires chroniques

Symtômes décrits : Fatigue, douleur chronique, trouble du
sommeil ...

IRM fonctionnelle cérébrale chez une 50aine de PR vs

Fibromyalgie

Ce sont les mêmes zones qui s'activent au niveau cérébrale/insula

8. Question 24

Peut on prédire la réponse clinique dans la PR par une IRM fonctionnelle cérébrale ?

Travail réalisé avec le certolizumab : L'IRM fonctionnelle cérébrale permet de prédire la réponse après une stimulation douloureuse des patients PR aux anti-TNF en fonction du volume d'activité cérébrale

9. Question 26

Peut on réduire la dose de baricitinib en cas de bonne réponse thérapeutique ?

La réduction peut être raisonnablement envisagée, voire recommandée si on obtient une rémission

10. Question 35

Quelle est la spécificité de l'inflammation des SA en IRM ?

5 groupes : volontaires sains, axSpA, lombalgies chroniques, coureurs, post partum

=> Nombreux diagnostics par excès dans le post partum

11. Question 37

Quels sont les bénéfices et risques du sport intensif dans le rhumatisme psoriasique ?

Réduction significative de la fatigue sans aggravation des douleurs, des enthésites ou de l'activité de la maladie

12. Question 67 au sujet de l'arthrose

Le FGF 18 (=spifermine) est il un nouveau chondromodulateur dans la gonarthrose

La spifermine est administré en injection intra articulaire 1 injection IA / semaine pendant 3 semaines

1^{ère} étude montrant en IRM un effet chondromodulateur sur le cartilage fémoro tibial mais pas de modification du Womac

REUNION de DOSSIER :

1^{er} dossier :

Homme de 70 ans, diagnostiqué PR en 2016 mais mauvaise réponse au MTX.

Il souffre surtout d'une monoarthrite du poignet actuellement. Infiltration en 2017 localement au niveau du poignet : très bien pendant 1 mois

Radio et IRM du poignet : macrogéodes, pas de pincement articulaire.

Proposition de diagnostic et prise en charge au cours de la réunion :

- ⇒ Proposition de Diagnostic de chondrocalcinose plutôt que de PR
- ⇒ Proposition de traitement par colchicine voire kineret à visée antalgique

2^{ème} dossier :

Femme de 25 ans, douleur du bassin dans le cadre d'un Accident du Travail et post partum (il y a 1 an)

Examen clinique : RAS

CRP : 19 mg/l

IRM du bassin : image hypointense de part et d'autre de la sacro iliaque en STIR, pas d'érosion

=> Diagnostic d'ostéose iliaque proposée plutôt que SA

3^{ème} dossier :

Femme de 45 ans, d'origine roumaine. Elle consulte pour une déformation du pied qui évolue et s'aggrave depuis 2013





Discussion :

Hypothèse d'un pied de Madura

La patiente est programmée en hospitalisation pour réaliser une biopsie car la 1^{ère} hypothèse est infectieuse

4^{ème} dossier :

JF de 21 ans, très sportive (beaucoup de gymnastique), arrêt au printemps 2017 pour se consacrer aux études.

Depuis juin, tableau de pseudo sciatique G d'apparition brutale, inefficacité des AINS

CRP 10 à 15 mg/l

B27+

IRM du bassin : hypersignal de part et d'autre de la SI gauche en STIR, pas de collection

TDM bassin : volumineuses érosions de la SA, peu de condensation avec des phénomènes d'air intra articulaire bilatéral

Discussion : Difficultés pour réaliser un diagnostic différentiel entre une pathologie mécanique et inflammatoire => proposition d'un traitement antalgique par une infiltration locale de cortisone

5^{ème} dossier :

Dame d'une 50aine d'années, douleurs des mains depuis quelques mois chez une patiente suivie pour une infection VIH + depuis 25 ans

Pas de syndrome inflammatoire



Pincement des MCP et IPP

Dossier à propos de 3 autres dossiers similaires bordelais de douleur des mains chez des patients PPVIH (=patient vivant avec infection VIH)

Pas de critère clinique, ni biologique pour un rhumatisme psoriasique, bilan métabolique négatif

=> discussion sur la notion d'une arthropathie métabolique qui serait propre à l'infection rétrovirale ?