

Mme M. 30 ans

- Début en 2016 : épisodes de ténosynovites des mains initialement, cures CTC efficaces
- Puis épisodes d'arthrites genoux, liquide inflammatoire, infiltrations efficaces
- Bilan AI négatif, HLA B 27 négatif
- IRM rachis / SI normale
- Rx : pas d'atteinte érosive
- Fin 2018 : hospitalisée pour poussée inflammatoire +++ synovites et ténosynovites multiples
- Efficacité CTC > AINS

Mme M. 30 ans

Traitements :

- Pas de MTX car désir de grossesse à court / moyen terme
- **CERTOLIZUMAB** : échec primaire
- **ETANERCEPT** : efficacité très modérée, ajout SLZ
- **TOCILIZUMAB** sous cutané + **SLZ** : bonne efficacité, échappement à 9 mois (bi-arthrite genoux) - TDM thorax / BGSA / ECA : normal
- 2020 : **INFLIXIMAB** 5mg/kg toutes les 6 semaines + **SLZ**
Bonne efficacité, échappement à 8 mois
Dosage IFX trop bas, Ac anti IFX négatifs

Mme M. 30 ans

Hospitalisation CHU Toulouse octobre 2021 :

Polyarthrite inflammatoire, arthrite 2 genoux infiltrés, chevilles, poignets, MCP

Nouveau bilan étiologique large négatif (déjà fait à Pau) :

IRM rachis / SI, bilan AI, Whipple, Lyme etc...

Rx : pas d'érosion

⇒ Mise sous **MTX** (**oral**, SC non toléré)

⇒ Proposition de JAKi en fonction de l'évolution

Mais désir de grossesse dans les prochains mois si possible....

Mme M. 30 ans

- Décembre 2021 : **ADALIMUMAB** / 2 sem + **MTX per os**
- Fin février : polyarthrite active ++, NAG = 10, sd inflammatoire, arthrites genoux infiltrées
⇒ Corticothérapie bonne dose puis décroissance progressive partiellement efficace (AINS inefficaces)

Aucun signe d'accompagnement, bon état général...
Pas d'atcdt familial...

Mme M. 30 ans

Sur le plan étiologique :

D'autres idées qu'une PR séronégative ?

Sur le plan thérapeutique :

- **Poursuite ADA + MTX ? Rapprochement ADA 1 / semaine ?**

Mais inefficacité ++ à 2 mois et demi...

- **Reprise IFX IV en majorant les doses à 7,5 voire 10mg/kg ?**

Était moins pire sous IFX...

- **Ou tant pis pour la grossesse et essai de JAKi... ? Ou autre biothérapie**

Proposition DPC

- OK pour le diagnostic de PR seronégative
- On peut maintenir le méthotrexate au pire jusqu'au BhCG positif (on recommande tout de même de le stopper 1 mois avant la conception chez la femme, 3 mois chez l'homme). Si grossesse alors que METHO pris, alors il faut proposer de la spéciafoldine à forte dose et recommander une surveillance échographie fœtale +++ surveillance du SNC

Et/ou

- Proposition d'augmenter la posologie de l'infliximab en IVL à 7,5 voire 10 mg/kg car la patiente a une réponse partielle avec inflix
- Le problème avec les JAK i est qu'il n'y a aucune donnée dans la littérature par rapport à la grossesse.