

Cas clinique N° 7 M Laroche

Mr P..., né en 65 ans, était suivi dans un hôpital voisin pour un rhumatisme inflammatoire, axial et périphérique, évoluant depuis 1985. Le dossier n'est pas encore en votre possession. Autre antécédent : prostatectomie totale en 2003 pour cancer.

Ayant déménagé il consulte à Toulouse pour être pris en charge dans cette ville.

Il souffre actuellement de cervicalgies, de douleurs des avants pieds, d'horaire plutôt mécanique.

Il présente depuis 1 mois d'importantes lombalgies survenues après un effort de soulèvement.

Il a arrêté depuis 2 ans un traitement par Novatrex* qu'il prenait depuis 2001, sans recrudescence des douleurs. Il prend de la Naprosyne* 4 à 5 jours par mois. Ce traitement ne le soulage guère mieux que le Diantalvic*.

Examen clinique : raideur cervicale (menton sternum : 5 cm, occiput mur := 5 cm) + limitation des rotations. Raideur lombaire : shober : 1,5 cm). Pas de synovite palpable par ailleurs, pas d'épanchement articulaire, psoriasis des 2 coudes. RAS par ailleurs.

Biologie : VS : 29, CRP : 3, hypergammaglobulinémie (23 g/l) polyclonale. Créatinine, calcémie, phosphorémie, TGO, TGP, labstix : normaux. ACAN : 1/160 sans spécificité (anti DNA, anti ENA négatifs). Facteur rhumatoïde, anti CCP : négatifs, HLA : B 17.

Questions :

- 1) Au vu des radiographies (colonne cervicale, bassin de face, avant-pieds de face) de quel rhumatisme est-il atteint ? énoncez , radiographies par radiographies, vos arguments
- 2) Quels sont les autres arguments cliniques et biologiques en faveur de ce rhumatisme, argumentez.
- 3) Quels sont les éléments, dont vous disposez, qui permettent de savoir si son rhumatisme est actif ou non ?
- 4) Une IRM du rachis cervical a été demandée : quelle peut-être l'utilité de cet examen chez ce patient ?
- 5) Comment expliquez vous ses lombalgies récentes (cf radiographies du rachis lombaire) ? Quelle maladie associée au rhumatisme évoquez vous ?
- 6) Quels autres examens complémentaires devez vous alors demander, pour cette affection ?
- 7) Cette affection peut-elle avoir un lien avec les antécédents de ce malade ?
- 8) Si son rhumatisme est jugé évolutif, quelles sont les possibilités thérapeutiques ?

Iconographie cas clinique N°7

Quelques images
sont requises pour illustrer cette image.

Quelques images
sont requises pour illustrer cette image.

QuickTime™ et un
décompresseur
sont requis pour visionner cette image.

Réponses cas clinique N° 7 :

- 1) Rx rachis cervical : déminéralisation globale, syndesmophytes antérieurs en regard de C2-C3, C3-C4, fusion C2-C3 par atteinte des articulaires postérieures. Charnière cervico-occipitale mal visible. Bassin de face : sacro-iléite fusionnante, stade IV, bilatérale. pas de coxite, clips après prostatectomie. Radiographies des avant-pieds de face : lésions destructrices et reconstructives des 2, 3, 4, 5 MTT gauches et droites (pincement, géodes, productions enthésitiques juxta articulaires) + sub luxations 2, 3, 4 MTT prédominant à droite , Fusion 5eme MTT droite, productions juxta articulaires 1ere IPP, acro ostéolyse des phalanges distales (2 ème droite). IPD mal visibles : nécessité de déroulés obliques. Rachis lombaire : pas de syndesmophyte, pas de ponts de Bywarter. Syndesmophytes cervicaux, atteinte arc postérieur, sacro iléite en faveur de SPA ou spondylarthropathie. Fusion IPP, productions juxta articulaires, acro ostéolyse caractéristiques d'un rhumatisme psoriasique.
- 2) Atteinte cervicale clinique (flexion extension limitées) la rotation peut-etre atteinte dans la PR par atteinte C1-C2. Evolution spontanée vers la rémission. Psoriasis coude, négativité FR et anti CCP, HLA B17 (ACAN sans spécificité + dans 20 à 30 % des rhumatismes pso)
- 3) Eléments en faveur de la non activité : douleurs mécaniques, pas d'épanchement ou de synovite, pas de nécessité d'AINS et effet modéré des AINS. CRP normale (pas toujours augmentée dans Rh pso), VS faussée par hypergamma qui peut être séquellaire.
- 4) Préciser l'atteinte C1-C2, les rapports avec la moelle. Rechercher des signes d'inflammation : discites, enthésiopathies actives.
- 5) Tassement de L2, ostéoporose vertébrale fracturaire.
- 6) Calciurie, phosphaturie créatininurie 24 heures, TSH, testostéronémie, test au dectancyl court, anti endomysium, anti gliadine, albumine, recherche de chaines légères libres dans les urines. Ostéodensitométrie rachis et cols fémoraux, radiographies colonne dorsale F et P.
- 7) Traitement anti androgène dans le cadre du cancer prostatique, déminéralisation axiale de la SPA ou du rhumatisme psoriasique avec atteinte axiale.
- 8) Méthotrexate, anti TNF si inefficacité du méthotrexate.

Cas Clinique N°8

Mr G., 53 ans est hospitalisé pour des arthralgies (poignets, coudes genoux) et des rachialgies d'horaire mixte. Il présente aussi des douleurs musculaires.

IL est suivi, depuis 2 ans par un ophtalmologue Aveyronnais pour une uveite. (cf compte rendu consultation ophtalmo CHU.

Examen clinique : pas d'arthrite, mobilité du rachis : normale. Pas d'adénopathie, pas d'hépatosplénomégalie, pas de psoriasis, pas de signe digestif, pas de signe uro-génital. Œil gauche rouge, discrets sous crépitants bases.

Biologie : VS : 25 , RAS par ailleurs sur BBG, électrophorèse : discrète augmentation polyclonale des IGG : 17 g/l, labstix : normal. HLA B27 +.

Questions :

- 1) Interprétez le cliché thoracique et le scanner thoracique. A partir de ces examens et d'après les conclusion de l'ophtalmologue, quels examens complémentaire allez vous demander ? qu' en attendez-vous ?
- 2) Les radiographies du rachis sont normales, interprétez le cliché du bassin de face.
- 3) Pourquoi a-t-on demandé un scanner et une IRM des sacro-ilaques ? que peuvent montrer respectivement ces examens ? que montrent-ils chez ce malade ?
- 4) Quels sont les critères diagnostiques d'une spondylarthrite ankylosante ?
- 5) Ce diagnostic est exclu chez ce malade, l'autre hypothèse est retenue, quels sont les différents traitements possibles de la sarcoïdose et leurs indications respectives ?

Réponses cas clinique N°8 :

- 1) adénopathies médiastinales de volume supra centimétrique micro nodules sommet droit. Pour chercher une sarcoidose : EFR + test au CO (syndrome restrictif + altération échanges alvéolo-capillaires, ECA (augmentation), LBA(prédominance lymphocytaire CD4+, élimine un pb infectieux), fibroscopie + biopsies bronchiques (granulome sarcoidosique), médiastinoscopie + biopsie AP(granulome sarcoidosique), calcémie, calciurie, 1-25 OHD3 (augmentation).
- 2) Coxofémorales normales, trame osseuse normale, symphyse pubienne : normale, doute sur sacro-iliaques : élargissement + condensation berge externe ?
- 3) Si doute radiographiques sur sacro iléite : TDM et IRM plus performants : IRLM + dans sacro iléite active , récente : oedeme berges SI : hypoT1 et surtout Hyper T2 et STIR, TDM peut montre des signes non évolutifs : érosions non visibles sur Rx. Chez ce malade : IRM : N, TDM : athrose modérée : condensation berges sans érosions.
- 4) Critères de l'ESSG cf livre, en France : critères d'AMOR
- 5) Abstention, AINS, éviter soleil (Lofgren et AP asymptomatiques), corticothérapie si atteinte intersticielle, atteintes viscérales sévères, hypercalcémie, APS, méthotrexate, Immurel, anti -tnf : pas de série contrôlée, cas positifs rapporté dans la littérature.