

Réunion DPC du 16 février 2017

Rhumatologie en Aquitaine, échanges de pratiques :

Présentation et discussion au sujet de 15 cas cliniques :

- A. Cas cliniques concernant des diagnostics étiologiques de lomboradiculalgies dont la symptomatologie clinique est classique mais devant la persistance de la symptomatologie, une IRM du rachis est réalisée :

IRM du rachis pour une femme de 70 ans, souffrant de lombocruralgie :

-image arrondie, bien délimitée, intra canalaire en L4/L5, isosignal à la racine nerveuse
=> Neurinome

Diagnostic différentiel : kyste arthrosynovial foraminal

2^{ème} cas, concernant une femme de 45 ans et présentant une lombosciatique S1 droite
Image nodulaire, paraissant développer à partir de l'articulation apophysaire postérieure. Le signal est proche de celui du liquide céphalo-rachidien: hypointense en T1 et hyperintense en T2. La paroi du kyste se rehausse après injection de gadolinium.

3ème cas concernant une femme de 78 ans qui consulte pour une dorsalgie. Pas d'AEG.
TDM TAP : découverte d'une vertèbre ostéocondensée, pas de déformation vertébrale. Image évoquant un angiome vertébrale et discuter avec l'équipe de radiologie ostéo articulaire.
Proposition de réaliser un TDM de contrôle dans 3 mois car pas de signe d'agressivité clinique, biologique ni radiologique.

- B. 3 dossiers pour la lecture d'IRM du bassin et savoir reconnaître une sacro iliite inflammatoire.

Les points positifs pour le diagnostic d'une Sacroiliite inflammatoire en faveur d'une SA sont :

- Hypersignal (=œdème sous chondral) sur les versants iliaques et sacrés en STIR et hypo T1
- Présents sur au moins 2 coupes consécutives
- Dans la portion fibreuse

Problème d'un dossier concernant une jeune femme de 21 ans avec apparition d'une fessalgie gauche au décours d'un jogging. Présence d'un hypersignal sur les versants

sacré et iliaque unilatéral + hypersignal dans les parties molles adjacentes sur IRM avec CRP 75 mg/l ! => sacroiliite infectieuse ? Problème car patiente perdue de vue, partie en GB...

- C. Un dossier pour rappeler les signes échographiques à rechercher si suspicion d'une maladie de Horton (signe du Halo sur artère temporale)
- D. Un cas clinique pour discuter de la prise en charge thérapeutique d'une volumineuse calcification d'apatite du supra épineux : faut-il réaliser une infiltration seule ou ponction/infiltration d'emblée ? Les avis restent partagés et sont fonction des expériences perso.
- E. 2 « Histoires de mains » avec aspect clinique d'arthrose digitale et sur les radiographies des mains : pincement des MCP, IPP, IPD et carpes

1^{er} cas : femme de 82 ans

Ponction d'un épanchement intra articulaire du genou : goutte

2^{ème} cas : femme de 55 ans, VIH+, psoriasis unguéal, avec gonalgie depuis l'âge de 40 ans (pincement complet fémoro tibial interne bilatéral, discussion d'une hémiprothèse de genou bilatéral en cours). Dossier présenté au Dr Sellam : la clinique et les radiographies des mains soulèvent toutes les difficultés diagnostics pour réaliser un diagnostic différentiel entre une arthrose sévère des doigts et un rhumatisme psoriasique. Discussion du méthotrexate.

- F. 4 dossiers tumeurs osseuses :

1 concernant une tuméfaction du coude chez un homme de 55 ans, initialement diagnostiquée myosite ossifiante devant une tuméfaction dans le muscle biceps avec des calcifications MAIS tumeur à rapidement augmentée de volume avec des calcifications arciformes en son sein.

Biopsie chirurgicale et anapath : ostéosarcome des tissus mous

2^{ème} cas, patient de 75 ans avec PR. Il consulte car il constate une tuméfaction face antérieure du genou de 5 cm de diamètre

Suspicion d'une tumeur agressive, avec arrêt des anti TNF

Biopsie chirurgicale : sarcome à cellules fusiformes et pleomorphes.

Ce patient intègre un essai clinique / protocole chimiothérapie loco régionale avec garrot pour injection de TNF alpha et melphalan.

3^{ème} cas : douleur de la cuisse évoluant depuis plusieurs mois, diagnostic de cruralgie mais IRM normale. Enfin quelqu'un pense à faire une radiographie du fémur : nombreuses lacunes.

IRM en urgence : Abscès de Brodie (pour rappel, quantiferon ne se positive pas pour toutes les mycobactéries / avium et marinum).

En attente des résultats bactériologiques : suite à la prochaine réunion.

4^{ème} cas au sujet d'une patiente de 51 ans qui consulte pour une douleur du bras gauche. Radiographie : volumineuse image lacunaire soufflante au niveau du 1/3 moyen de l'humérus avec sur la biologie un syndrome inflammatoire, une hypogammaglobulinémie et une protéinurie positive
Myelogramme confirme un infiltrat lymphoplasmytaire de 10 %.
Pour le Bilan d'extension, ce n'est plus l'IRM mais un TEP SCAN

G. Histoire de médecine du sport :

Un sprinteur de 20 ans, présente une violente douleur dans la cuisse au décours d'un sprint

IRM de la cuisse : rupture du muscle biceps fémoral (rupture de ce muscle assez rare, plus fréquent avec le semi membraneux ou semi tendineux).

Quelle est la CAT ?

-Repos de courte durée (arrêt sportif)

-Serrage, parfois chirurgie si lésion très récente chez sportif de très haut niveau (discussion car peu d'acte chirurgicale du fait de la difficulté opératoire).

-Récupération plus longue pour le biceps fémoral par rapport au semi membraneux/semi tendineux mais en général, la récupération est sans séquelle.