

DPC du 6 avril 17

1^{er} CAS CLINIQUE :

Femme de 57 ans
Bilan arthralgie des mains et des pieds
Syndrome de Raynaud depuis l'âge de 10 ans (amlor)

Antécédent chirurgical :
-Prothèse mammaire en 2002

BIOLOGIE :

-syndrome inflammatoire VS 58 et CRP 66
-NFS et bilan hépatique normaux
-CRÉAT 59 umol/l
-Facteurs rhumatoïdes > 200 avec le reste du bilan immunologique négatif (Ac anti noyaux, Ac anti CCP, anti DNA et agglutinines froides).

CAPILLAROSCOPIE : normale

DECISION THERAPEUTIQUE :

-cortancyl 7 mg/j , metoject 15 mg/sem
-Maintien amlor
-IRM des 2 seins prescrite car douleur mammaire : importante réaction inflammatoire sur fissure de prothèse surtout à gauche => avis chirurgical pour ablation des prothèses

Dossier discuté sur le risque de maladie auto immune facilitée par la pose des prothèses mammaires :

Revue de la littérature réalisée par le Dr Cayla :

Histoire des prothèses mammaires :

- Premiers implants mammaires en silicone en 1962
- Premières réactions auto immunes en 1964 décrites par Miyoshi
- Premières descriptions après implants mammaires en 1982
- 252 cas décrits en 1996
- 4 derniers congrès de ACR => 450 cas décrits
- Est ce une simple coïncidence ?

4 particularités :

- Les connectivites arrivent rapidement si fissure, sinon délais moyen de 8,6 ans
- 69% des cas sont associés à des signes inflammatoires loco régionaux
- Guérison après ablation du matériel si précoce
- Surreprésentation de la sclérodermie (risque multiplié par 3 sur étude japonaise)

=> Conclusions de cette revue de la littérature :

Au sujet d'une Etude japonaise qui conclue qu'il existerait une augmentation de la prévalence de **sclérodermie** chez la femme avec prothèse mammaire en silicone

De nombreuses études rapportent un lien entre prothèse mammaire et dys immunité **biologique**. En fait, **peu de manifestation clinique** constatée chez ces patientes. RAS dans les autres pathologies dys immunitaires bien qu'il est rapporté une fréquence élevée des ACAN, surtout anti nucléolaires et anti centromères, anti ECT, FR, anti histone.
=> Pour cette patiente, une chirurgie d'exérèse des prothèses mammaires est programmée : réévaluation post opératoire sera intéressante et sera rapportée au cours d'une prochaine réunion DPC

2ème Cas Clinique :

Mme, 79 ans

PR depuis 1991, nodulaire, FR + et Ac CCP-

Prise en charge en 2002, traitée par méthotrexate

Anti TNF proposé en 2009 mais refusé par crainte de ce traitement

ANTECEDENT :

-K du sein en 2001

-AC/FA et Fibrillation ventriculaire 19.11.2014 : Xarelto, bisoprolol, cordarone (arrêtée)

-Nombreuses fractures traitées par BP , teriparatide, puis denosumab à partir de janvier 2017

Cs le 15 décembre 2016 car Aspect tuméfié du visage et surtout des paupières, variable d'un jour à l'autre

BIOLOGIE :

-pas de syndrome inflammatoire avec VS 24 et CRP 6,2

-TSH normal

-Ac anti CCP 281

-ACAN 1/640 (moucheté), Anti ECT et anti DNA négatifs

DISCUSSION :

-lupus induit ?

-rôle du bisoprolol ?

-simple vieillissement ?

=> PROPOSITION DE CAT :

-modification du cardensiel ?

-compléter le bilan biologique par une Immunoélectrophorèse des protéines sériques, dosage des CPK,

-Biopsie cutanée

=> en attente des résultats pour la prochaine réunion

3ème CAS CLINIQUE

homme de 70 ans

120 kgs

Cs pour des polyarthralgies : genoux (gonarthrose), épaules (omarthrose centrée)

Mais surtout des Douleurs du tarse gauche qui s'aggrave depuis 3 ans

Radio des 2 pieds il y a 3 ans : RAS

Radio des 2 pieds en 2017 : géodes multiples sur les différents os du tarse à gauche (mais aussi à droite dans une moindre mesure)
Echographie : synovite active du médio pied gauche

DISCUSSION des diagnostics suivant au vu de l'imagerie : Diabète/arthropathie nerveuse, goutte tophacée, arthrite septique

En fait : Glycémie normale (Pas de Diabète), avis défavorable pour une arthropathie nerveuse car le patient est très douloureux et absence d'effondrement de la voute plantaire
Pas d'arthrite septique car apyrétique, absence de syndrome inflammatoire biologique et durée d'évolution > 3 ans

En l'examinant, présence d'un nodule du coude et du tendon achilléen
Uricémie 80 mg/l

Goutte ? sachant que la consistance des nodules à l'examen clinique n'est pas évocateur de tophus goutteux, pas de notion d'épisode d'arthrite inflammatoire.
Prescription d'une IRM du pied : érosions avec contenu liquidien
Echographie : pas d'image de double contour donc pas de signe en faveur d'une goutte tophacée ...

- ⇒ Proposition de réaliser une ponction à visée diagnostique
- ⇒ Encore un dossier à rediscuter au cours d'une prochaine réunion avec les résultats de la ponction !!

4^{ème} CAS CLINIQUE

Homme de 40ans, plaquiste, douleur de hanche droite de caractère mixte bien soulagé par la prise d'AINS,

A l'examen, limitation de l'abduction de hanche

A eu de multiples infiltrations cortisonées et viscosupplémentations. Jamais soulagé.

IRM de hanche droite :

œdème de l'os spongieux au niveau de la tête fémorale et du col

présence d'une image arrondie, bien délimitée, en hyper signal au niveau du col, associée à une insuffisance de couverture de la tête fémorale

- ⇒ hypothèse d'un ostéome ostéoïde / NON car œdème très à distance au niveau de l'épiphyse et sans continuité de l'œdème.
- ⇒ TDM de la hanche : géodes de part et d'autre de l'articulation coxo fémorale évoquant une coxopathie dégénérative avec pincement supéro antérieur et présence d'une géode bien délimitée avec une sclérose nette au niveau du col ?? osteome ostéoïde ??
- ⇒ Conclusion : présentation du dossier aux radiologues osteo articulaires car présence d'une coxopathie droite mais image en hyper signal ??? (serait ce un osteome ostéoïde ??)

Encore un dossier à revoir au cours de la prochaine réunion,

AMBIANCE : le groupe de rhumatologues présent ce soir commence à désespérer au vu de ces dossiers problématiques !!

5ème CAS CLINIQUE :

Femme de 49 ans, douleur du genou

Infiltration cortisonée et viscosupplémentation peu efficaces

Chute et douleur du creux poplité

=> IRM du genou : image arrondie bien délimitée en hypersignal sur la face externe du condyle fémorale médiale

Il est difficile de confirmer un diagnostic d'œdème de contusion osseuse car l'œdème paraît trop bien limité

La Radio du genou : pas de calcification

Le TDM du genou : confirme l'absence de calcification, présence d'une lacune bien délimitée

Dans l'hypothèse d'une contusion car pas d'autre hypothèse diagnostic, proposition de :

-traitement par repos

-infiltration par xylocaïne et altim

6ème CAS CLINIQUE

JF de 15 ans, sportive, douleur brutale du genou

IRM du genou : image arrondie, localisée au niveau de la métaphyse, en FATSAT avec un hyposignal entouré d'un liseré en hypersignal, image typique d'un fibrome non ossifiant bénin

Est ce bien cela qui fait mal ?

Reprise du mécanisme physiopathologique par le Pr Schaeffer pour expliquer que ce type de lésion est classique chez l'enfant / adolescence en cours de croissance et que le fibrome non ossifiant reflète un traumatisme.

Rappel sur les ostéochondroses des membres inférieurs et du rachis (rappel sur les lésions de la croissance / maladie de Scheuermann, Osgood Schlatter) :

L'os en croissance : zone de funérisation et le péri-tendon. Les fibres de Sharpey ne s'insèrent pas directement dans le périoste et ceci jusqu'à la fin de la croissance. Ainsi il n'existe pas de tendinite, ni d'arrachement tendineux chez l'enfant, il existe un décollement du tendon (toujours situé à la jonction de l'épiphyse/métaphyse) : image d'une lacune = fibrome non ossifiant. C'est pourquoi cette lésion est classique chez l'enfant sportif et douloureux.

7ème CAS CLINIQUE

Homme de 43 ans avec dorsalgie de caractère mixte

Arthrodèse lombaire il y a 4 ans

Relecture d'images IRM des articulations sacro iliaques car il souffre de rachilgie inflammatoire => sacroiliites !!!

Le problème est que le patient a consulté le chirurgien pour arthrodèse sans revoir le rhumato avec les résultats des radiographies du bassin prescrites qui montraient déjà une sacro iliite bilatérale radiologique

8^{ème} CAS CLINIQUE

Femme de 41 ans

lombalgie de caractère inflammatoire

Cs pour renouveler cosentyx

Discussion des images IRM des articulations sacro iliaques afin de savoir si les anomalies constatées sont bien d'origine inflammatoire :

=>hypersignal unilatéral sur le versant iliaque seulement et dans sa portion articulaire

CONCLUSION :

-pas de sacro iliite inflammatoire. C'est en faveur d'une lésion dégénérative.

Rappel et Discussion des effets secondaires des anti IL17

Au sujet d'un homme qui a présenté une insuffisance cardiaque, une insuffisance rénale alors qu'il est en surpoids+ défibrillateur. Arrêt des AINS, poussée de son rhumatisme psoriasique.

Il est rapporté :

-aggravation des maladies de Crohn

-candidose digestive

-syndrome dépressif

Pas de warning avec le stelara

9^{ème} CAS CLINIQUE :

-Patiente de 66 ans PR ACPA + depuis 2012

ACPA 331 UI/L, ACAN 100 homogène , Ac anti SSA 72 et antiJO1 39

Pas de syndrome sec mais PR active et sévère : métoject , AINS, corticothérapie

-Ulcères jambiers début 2014 – PTG gauche en Avril 2014

Début Enbrel en Septembre 2014 (coxite destructrice)

PTH droite en janvier 2015

Patiente peu observante

-Apparition d'ulcère cutanée des 2 talons en juillet 2015,

pas de syndrome inflammatoire, pas d'hyper éosinophilie, prélèvement mycologique négatif

Nov 2015 : hématomes douloureux sous l'avant-pied D , P1 GO et face interne talon G

Janvier 2016: VS accélérée, aggravation radio de la carpite bilatérale. Passage à l'ORENCIA ss/cut

Juin 2016 : VS 62 – lésions cutanées « type frottement » au niveau de la face postérieure des talons.

Poursuite biothérapie, AINS, Cortancyl 2,5 et Métho 10

Revue le 21 Novembre : Toujours des lésions cutanées avec pòuls pédieux perçus, PR en rémission.

Les lésions sont crouteuses acrales plantaires et des index, fessières et de la face d'extension du coude gauche. Lésion bulleuse hémorragique plantaire ancienne, lésions purpuriques pétéchiales des membres inférieurs.

- VS 38 –CRP 4 –pas d'hyperéosinophilie

Prise en charge en dermatologie qui accuse le méthotrexate mais son arrêt n'améliore pas les lésions cutanées

Biopsie cutanée qui conclut dermatite herpétiforme
En attente de la FOGD pour rechercher une maladie coeliaque.
Ainsi « Une maladie auto immune peut en cacher une autre ? »

CAT en attendant le résultat de la FOGD:

- disulone
- régime sans gluten

10 ème CAS CLINIQUE

Femme de 80A

Lymphome B diffus à grands cellules stade 3 (sept 2013)

8 cure de R CHOP+ intra thécales

Rémission complète en avril 2014

Rechute en 2015 (orbite, adénopathies coelio mésentériques) sur un mode folliculaire de grade 3

- En Novembre 2015 ,a reçu 1 cycle de RCVP suivi de 6 cycles R-BENDAMUSTINE
- Puis Rituximab tous les 2 mois pendant 2 ans

Mars 2017 stable mais gonflement douloureux des mains malgré le cortancyl 15mg/j

Examen clinique : aspect de Ténosynovite des extenseurs et fléchisseurs

Biologie :VS 28 – CRP 23 – 6300 GB (500 lympho)

EchoDoppler : contenu non liquidien

Hypothèse :

- Rapport avec le lymphome ?
- le traitement ?
- Amylose ?

Or électrophorèse des protéines sériques (cf examen ci dessous) :

-pic monoclonale IgG lambda 19 g/l !! avec la dépression des autres Ig (1 g/l)

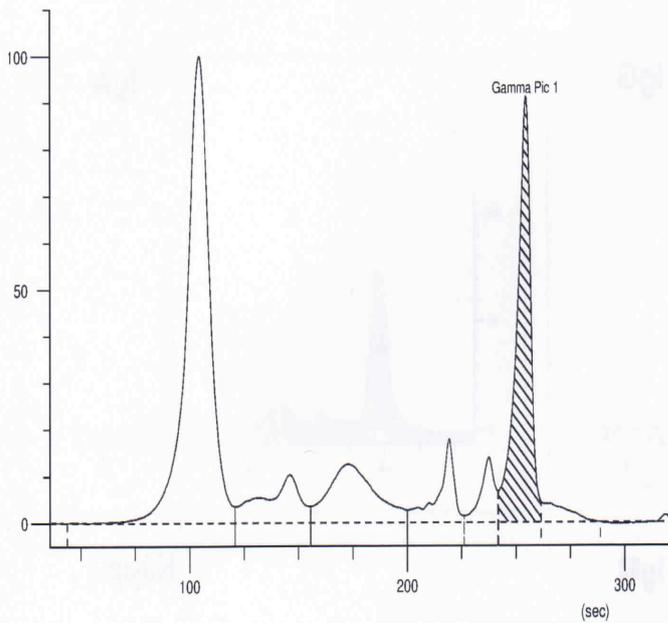
CAT :

- proposition d'une biopsie de la gaine des extenseurs car contenu non liquidien MAIS
- expérience de DICV/ de rhumatisme induit par l'hypogammaglobulinémie (post R CHOP) avec la présence de BSAD, bursite périrochantérienne avec présence d'épanchement à prédominance lymphocytaire.

Né (e) le 27/11/1936

N° Séquence échantillon 34 v8

A_171



Index	Fraction	%	Total Protéines Conc. (g/L)	Normales (g/L)
1	Albumine	45.60%	34.20 B	36.94 ... 47.22
2	Alpha-1	7.20%	5.40	2.54 ... 5.62
3	Alpha-2	11.42%	8.56 H	4.46 ... 8.03
4	Beta-1	5.40%	4.05	3.62 ... 5.80
5	Beta-2	3.66%	2.74	1.53 ... 5.62
6	Gamma	26.72%	20.04 H	6.09 ... 12.61
Total			75.00 64.00 ... 82.00	
7 M	Gamma Pic 1	24.57%	18.42	

11^{ème} CAS CLINIQUE

Homme de 44 ans,

Hockey sur glace et street hockey depuis 1998

Douleur de hanche gauche depuis 2002, intermittentes, post effort

Nette aggravation depuis 2002 avec boiterie depuis 2016

Radiographies du bassin et de la hanche gauche : nombreuses calcifications , aspect nuageux du fond du cotyle

Arthro TDM : calcifications très enclavées dans le fond du cotyle

- ⇒ discussion du dossier pour intérêt d'une chirurgie ? car risque de complications post opératoires. Effectivement, les calcifications sont très enclavées au fond du cotyle, et le chirurgien doit subluser la tête fémorale afin d'accéder à la totalité des calcifications avec risque de lésion des artères locales=> important risque de nécrose de la tête fémorale.
- ⇒ Intervention à discuter avec le patient+chirurgien