

# Réunion DPC du 09 mars 2017

## Présentation et discussion au sujet de 8 cas cliniques :

- 1) 2 cas cliniques à propos de l'intérêt de l'injection de gadolinium en IRM rachidienne. L'injection de Gadolinium peut sensibiliser l'examen principalement en cas d'atteinte inflammatoire des éléments postérieurs (ligament jaune, ligament inter-épineux, ligament sus-épineux, bourse inter-épineuse). Ces éléments peuvent ne pas être en hypersignal T2 STIR mais être fortement rehaussés en T1 avec injection. Attention cependant aux prises de contrastes lombaires basses isolées. Celles-ci ne sont pas toujours inflammatoires et peuvent se rencontrer dans le cadre d'un syndrome de Baastrup.
  - a. Cas 1 : 17 ans, Pas de syndrome inflammatoire, IRM : atteinte inflammatoire T2 péri-articulaire zygapophysaire gauche L2/L3. On propose IV Gadolinium pour la recherche atteinte inflammatoire postérieure
  - b. Cas 2 : 63 ans, sternalgie inflammatoire puis fessalgies à bascule. Rachialgies diffuses inflammatoires et ceinture scapulaire. CRP = 9 mg/l. Recontrôle à 130 mg/l. Mise sous 15 mg/j de cortancyl, effet partiel. En hospitalisation : CRP à 100 mg/l. IRM bassin T2 injectée montrant une atteinte inflammatoire
  
- 2) 1 dossiers de discussion sur les caractéristiques mécaniques ou inflammatoires des lésions des sacro-iliaques

La localisation de l'atteinte de la sacro-iliaque peut orienter vers une atteinte mécanique ou inflammatoire. Une atteinte de la portion antéro-supérieure de l'articulation, surtout si elle n'est présente que sur 1 à 3 niveaux de coupe, est plutôt en faveur d'une atteinte dégénérative. Au contraire, les atteintes postéro-inférieures, notamment étendues, sont très en faveur d'une origine inflammatoire (SA)

  - a. Cas clinique : 47 ans, lombofessalgie. Hypersignal antéro-supérieur de L1, irrégularité des 2 sacro-iliaques mais antéro-supérieure. Atteinte plutôt d'allure mécanique.
  
- 3) 1 dossiers à propos d'une sacro-iliite infectieuse.
  - a. Les arguments pour une atteinte infectieuse d'une articulation sacro-iliaque à l'IRM sont :
    - i. l'atteinte unilatérale

- ii. l'atteinte des parties molles
- iii. des érosions
- iv. un abcès

b. Cas clinique : femme de 38 ans, serveuse. Fessalgie gauche depuis 6 mois, inflammatoire. 4 lignes d'AINS peu efficaces. CRP à 15, VS à 20, B27 +. IRM = Sacro-iliite gauche + atteinte minime droite. Doute sur épaissement antérieur de la SI gauche. L'absence d'atteinte des parties molles, d'abcès et le caractère bilatéral fait évoquer une atteinte inflammatoire plutôt qu'infectieuse.

4) 1 cas de tumeur osseuse.

- a. Les arguments devant faire évoquer une atteinte tumorale à l'IRM sont :
  - i. une lésion en franc hyposignal T1
  - ii. une lésion atteignant la corticale
  - iii. une lésion atteignant les parties molles
  - iv. une lésion médullaire et non sous-chondrale
  - v. l'absence d'atteinte controlatérale de l'articulation (atteinte iliaque sans atteinte sacrée ou vice-versa)
  - vi. l'atteinte d'autres pièces osseuses
- b. Cas clinique : femme de 65 ans. VS = 80, CRP = 20. Lésions très hypoT1 sacrum et aile iliaque G et plusieurs vertèbres. On propose une hospitalisation pour examen gynécologique et cutané, TDM TAP, bilan biologique complet et biopsie.

5) 1 cas de lésions calcifiées des parties molles faisant discuter tophus et calcinose.

- a. Cas clinique : Femme de 76 ans. Douleur des doigts avec déformation sous cutanées. Contexte : Raynaud + RGO. Bilan auto-immun : anti centro + → On retient le diagnostic de CREST

6) Discussion autour de l'os chez l'insuffisant rénal :

- a. Ostéodystrophie rénale → ostéopathie adynamique. Traitements difficiles chez ces patients. Pas de téraparatide car présence d'une hyperparathyroïdie chez ces patients qui risquerait d'être majorée par le traitement.
- b. Cas clinique : patient de 77 ans, dialysé, arthrodeuse lombaire. Douleurs dorsales. Remaniements osseux vertébraux évocateurs d'ostéodystrophie rénale.

7) Présentation d'un cas clinique de fièvre Q.

- a. Cas clinique : Homme de 54 ans. Lombofessalgie bilatérale depuis 3 mois. L'IRM montre une spondylodiscite L3/L4 avec abcès du psoas gauche. Le diagnostic de fièvre Q est porté sur une sérologie évocatrice

8) Présentation du Pr T.Schaeverbeke :

- a. introduction sur la physiopathologie des maladies auto-inflammatoires et description du PAPA syndrome autour d'un cas clinique.
- b. Cas clinique : Patient présentant des arthralgies purulentes, des lésions cutanées et une fièvre récurrente. Un fils suivi en pédiatrie pour un PAPA syndrome.