

Réunion DPC du 01 juin 2017

Présentation et discussion au sujet de plusieurs cas cliniques :

1) Cas n°1

Patiente de 61 ans présentant une douleurs des poignets sans synovite avec syndrome sec buccal, ophtalmo et cutané.

AAN positifs à 1/1280 puis 1/640. SSA +

Il n'y a pas d'intérêt de suivre le taux des AAN dans les connectivites.

Echographie des glandes salivaires : parenchyme hétérogène avec lésions nodulaires millimétriques en son sein. Ces lésions sont fréquentes et font évoquer des petits ganglions.

L'échographie des glandes salivaires doit comporter l'analyse des glandes parotides et sous-mandibulaires.

Parotides :

- Echogénéicité : la glande doit être hyperéchogène par rapport aux muscles adjacents
- taille < 5 cm
- de petits ganglions sont fréquemment présents sous la forme d'images hypoéchogènes, arrondies, millimétriques.

Sous-mandibulaires :

- sous la mandibule inférieure
- homogène
- artère faciale la traverse

Anomalies échographiques :

- Classification de De vita :
 - o Grade 0 = glande normale
 - o Grade 1 = contour régulier, petites aires hypoéchogènes avec bandes hyperéchogènes, taille normale ou augmentée
 - o Grade 2 = contour régulier, multiples aires hypoéchogènes > 2 mm sans bande hyperéchogène
 - o Grade 3 = contour régulier ou mal défini, multiples aires hypoéchogènes, bord postérieur de la glande non visible
 - o Grade 4 = contour irrégulier, multiples aires hypoéchogènes > 6 mm ou multiples calcifications, glande petite et bord postérieur non visible.
- Le diagnostic de Gougerot-Sjogren peut être évoqué quand il y a au moins 2 atteintes glandulaires de grade 2 ou plus.

2) Cas n°2

Patiente de 58 ans

Tableau clinique de névralgie cervico-brachiale C6/C7 droite

L'IRM met en évidence un kyste arachnoïdien de la citerne cérébro-médullaire postérieure de découverte fortuite.

Le signal IRM d'un kyste arachnoïdien est identique à celui du liquide céphalorachidien.

Il est hyperintense en T2 et hypointense en T1. Son signal est supprimé sur la séquence FLAIR et il n'y a pas de restriction sur les séquences de diffusion. Le kyste arachnoïdien ne se rehausse pas après injection i.v. de gadolinium.

3) Cas n°3

Patiente de 22 ans.

Douleur aiguë de rythme mixte lombaire basse irradiant en région glutéale.

L'IRM montre un hypersignal T2 STIR de la SI droite. L'atypie est que l'hypersignal ne touche que le versant sacré de l'articulation et s'étend très à distance de la zone sous-chondrale.

Le T1 montre un trait de fracture, expliquant l'œdème.

Sur la sacro-iliaque gauche, il existe un discret œdème du pied de l'articulation, iliaque et sacré. Cet hypersignal n'est pas en rapport avec une sacro-iliite mais avec une zone de contrainte mécanique sur une sacro-iliaque accessoire.

Il s'agit d'une articulation accessoire entre le versant médial de l'épine iliaque postéro-supérieure et une surface articulaire située latéralement par rapport au 2^e trou sacré. 13% en TDM.

Elles peuvent être le siège d'atteinte inflammatoire ou dégénérative.

Le scanner est un bon complément en cas de doute entre une atteinte inflammatoire ou mécanique : une atteinte inflammatoire sera caractérisée par des érosions multiples et une éventuelle condensation sous-chondrale mais floue.