

Réunion DPC du 07 décembre 2017

Présentation par le Dr Paul Etchart (Service radiologie Pr Hauger) du protocole SILENZ:

Présentation et discussion au sujet de plusieurs cas cliniques :

Cas n°1 et 2

Cf Powerpoint Dr Cayla.

Cas n°3

50 ans, douleurs des genoux + douleurs rhizoméliques, inflammatoires et lombalgie.

B27 négatif

IRM : atteinte plutôt mécanique sur facettes accessoires, pas de séquelles en T1, pas de signes inflammatoires

Rappel : facettes accessoires des sacro-iliaques = Articulation accessoire entre le versant médial de l'épine iliaque postéro-supérieure et une surface articulaire rudimentaire située latéralement par rapport au 2^{ème} trou sacré.

Echec des AINS mais bonne réponse aux corticoïdes.

On retient plutôt le diagnostic de PPR.

Cas n°4

48 ans, douleur sterno-costo-claviculaire droite depuis 3 ans avec gonflement, rythme mécanique.

TDM SCC = pas d'anomalie ostéo-cartilagineuse, épaissement des parties molles capsulosynoviales (confirmé à l'échographie)

Atteinte mécanique très probable (fréquente, sportif ? profession ?)

L'ASCC est une diarthrodie bordée par le rebord médial de la clavicule en dehors, l'encoche concave du manubrium sternal en dedans et le rebord cartilagineux de la première côte en bas. La surface articulaire de la clavicule est recouverte d'un fibro-cartilage plus épais que celui qui revêt la surface articulaire du manubrium. Étant donné la différence de taille entre les deux surfaces articulaires, la stabilité de l'articulation est assurée par les ligaments. Un disque intra-articulaire divise la cavité en deux cavités secondaires de tailles différentes. La cavité inféro-médiale est plus petite que la cavité supéro-latérale. Le disque s'insère sur la jonction entre la première côte et le sternum en bas, et se termine en haut sur le rebord postéro-supérieur de la tête claviculaire. En avant et en arrière, le disque est attaché à la capsule. Les ligaments sterno-claviculaires (antérieur et postérieur) renforcent la capsule articulaire. Le ligament interclaviculaire pontre les deux clavicules au-dessus du manubrium. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien s'insère sur le bord médial de la clavicule. Le grand pectoral s'insère sur le bord antérieur du versant interne de la clavicule. Le muscle sterno-hyoïdien s'insère sur le bord inférieur de la clavicule, au contact des ligaments sterno-claviculaires. Le muscle sous-clavier, qui relie la première côte à la clavicule, est attaché à la surface cartilagineuse de la première côte. Latéralement, il est attaché au rebord inférieur du tiers moyen de la clavicule.

Source : Dr Carrillon, La lettre du Rhumatologue, Décembre 2008

Cas n°5

Cervicalgie chronique sans signes neurologiques

L'IRM montre des signes dégénératifs cervicaux (discopathie + arthrose zygapophysaire) mais découverte fortuite d'un hypersignal T2 se réhaussant au gadolinium du pédicule gauche de T3, confirmé au TDM

Il s'agit d'un angiome.

Tableau 15.7 Principales différences entre hémangiome asymptomatique et hémangiome agressif [153].

	Hémangiome asymptomatique	Hémangiome agressif
Localisation préférentielle	T12 à L5	T3 à T10
Atteinte de l'ensemble du corps vertébral	Non	Oui
Atteinte de l'arc postérieur	Non	Oui
Aspect des corticales	Normales	Amincies, discontinues
Aspect de l'ostéolyse	Stries verticales	Vastes plages d'ostéolyse
Atteinte des parties molles	Non	Oui
Atteinte épidurale ou intracanaulaire	Non	Oui
Composante graisseuse	Importante	Faible ou absente

Source : Cotten, Pathologie générale, 2^e édition.

Cas n°6

77 ans, douleur chronique du genou.

L'IRM met en évidence une lipoamytose arborescente avec de volumineuses images « géodiques » des condyles, à distance du cartilage. Ces images peuvent être des inclusion mucoïde/graisseuses en rapport avec la volumineuse hypertrophie/dystrophie graisseuse de la synoviale.

Lipome arborescent

C'est une lésion pseudo-tumorale rare, caractérisée par une infiltration lipomateuse sous-synoviale (tissu fibrograisseux adipocytes matures et des cellules inflammatoires dispersées). Elle s'observe chez l'adulte et se traduit par une tuméfaction articulaire douloureuse chronique entrecoupée de périodes d'exacerbation. Un blocage articulaire ou des compressions nerveuses sont rares.

Le lipome arborescent intéresse habituellement le récessus suprapatellaire du genou [524], beaucoup plus rarement l'articulation glénohumérale, la bourse sous-acromiodeltoïdienne, la hanche, la bourse bicipitoradiale, la gaine des tendons fibulaires et le poignet. Il peut être uni, bilatéral voire multiple. Bien qu'il puisse être isolé, il est fréquemment associé à une arthropathie chronique (arthrose, polyarthrite rhumatoïde, antécédent traumatique, microtraumatismes répétés), ce qui a fait suggérer qu'il puisse être réactionnel à une synovite chronique. Certains auteurs l'ont en revanche incriminé dans le développement précoce d'arthrose.

En radiographie, une tuméfaction sous-quadricipitale en partie graisseuse fait rarement évoquer le diagnostic. Des érosions osseuses marginales et une arthropathie dégénérative non spécifique peuvent être observées. Le scanner retrouve un syndrome de masse de densité graisseuse, plurilobulée, ne se rehaussant pas après injection de contraste.

En IRM, le lipome arborescent se traduit par une hypertrophie graisseuse des franges synoviales, plus rarement par un amas graisseux sous-synovial. Le signal des lésions est identique à celui de la graisse adjacente sur toutes les séquences (fig. 17.59). Un hypersignal T2 et un rehaussement de certaines composantes non graisseuses du lipome sont possibles après injection de gadolinium et ne doivent pas inquiéter (faisceaux collagènes, synovite associée), notamment dans les localisations bursales. Il n'y a pas de dépôts d'hémossidérine. Un épanchement intra-articulaire est fréquemment associé, avec de possibles artefacts de déplacement chimique à l'interface entre le lipome et le liquide synovial.

Le traitement, lorsqu'il est nécessaire, consiste à traiter l'arthropathie sous-jacente et éventuellement à réaliser une synovectomie.

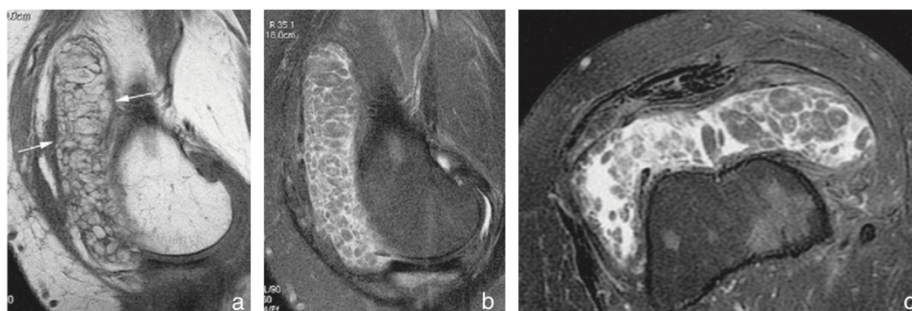


Fig. 17.59 Lipome arborescent du genou. Le récessus sous-quadricipital est rempli de villosités de signal graisseux en T1 (flèches) (a), s'effaçant sur les séquences pondérées en T2 avec saturation du signal de la graisse (b, c).

Source : Cotten, Pathologie générale, 2^e édition.