

DPC du 06 février 2020

Cas clinique 1. :

Douleur post chirurgicale

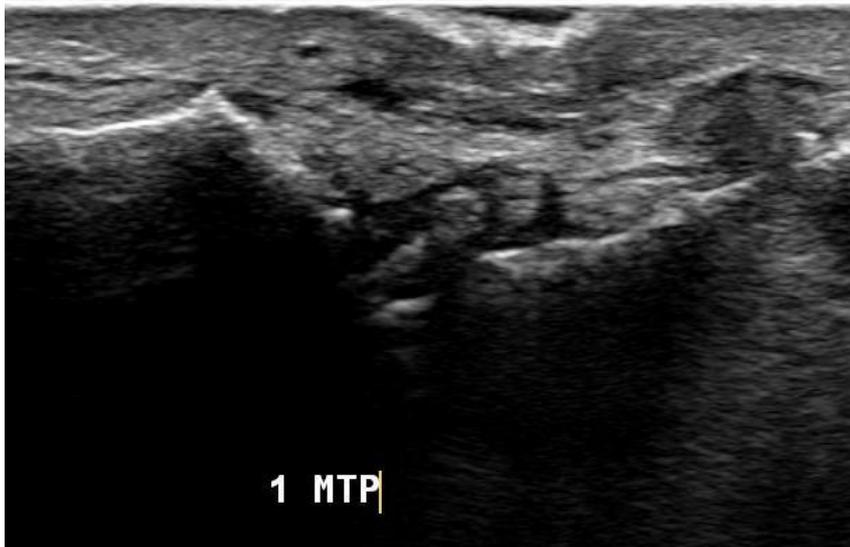
- Mme L. opérée de son hallux valgus droit
- Se plaint toujours de douleurs dorsales de l'hallux
- Pas d'épanchement clinique ni rougeur

Radio de face

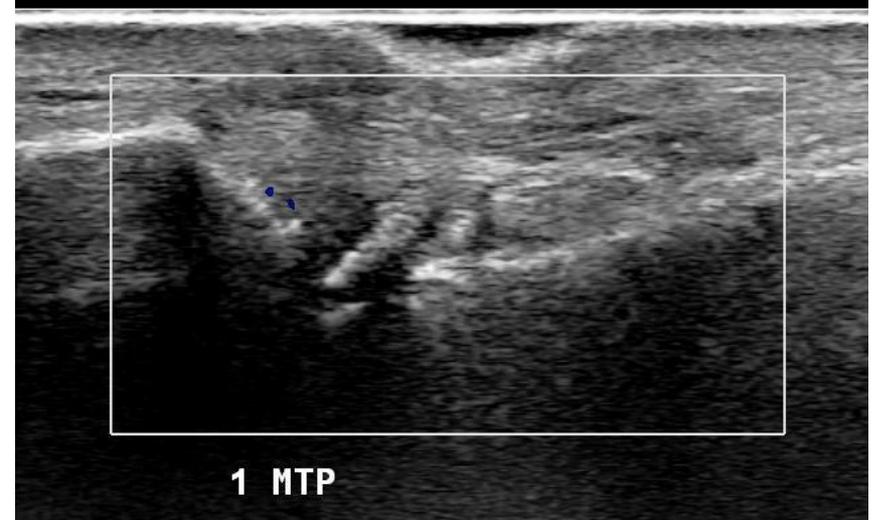


Echo de la 1ere MTP dte

DROIT HALLUX DROIT



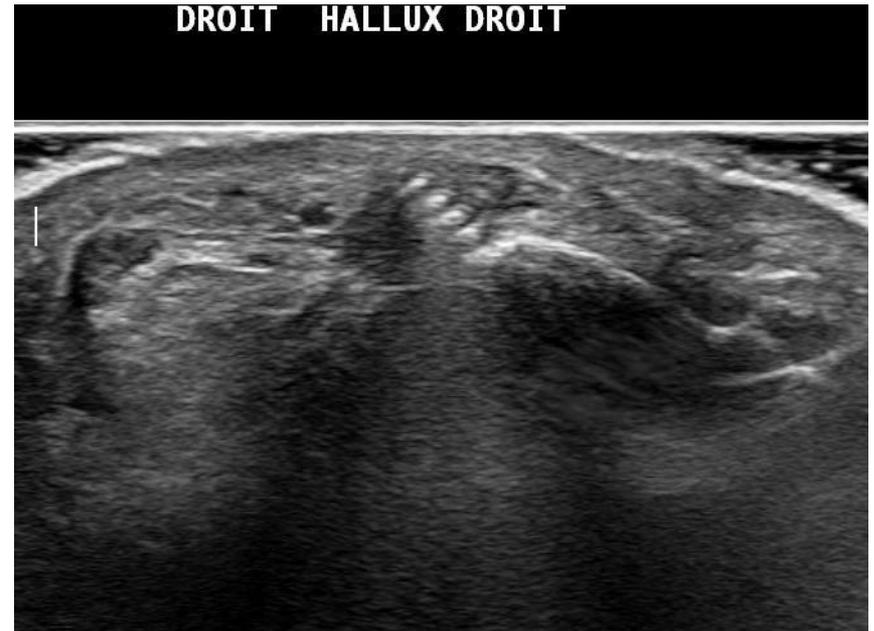
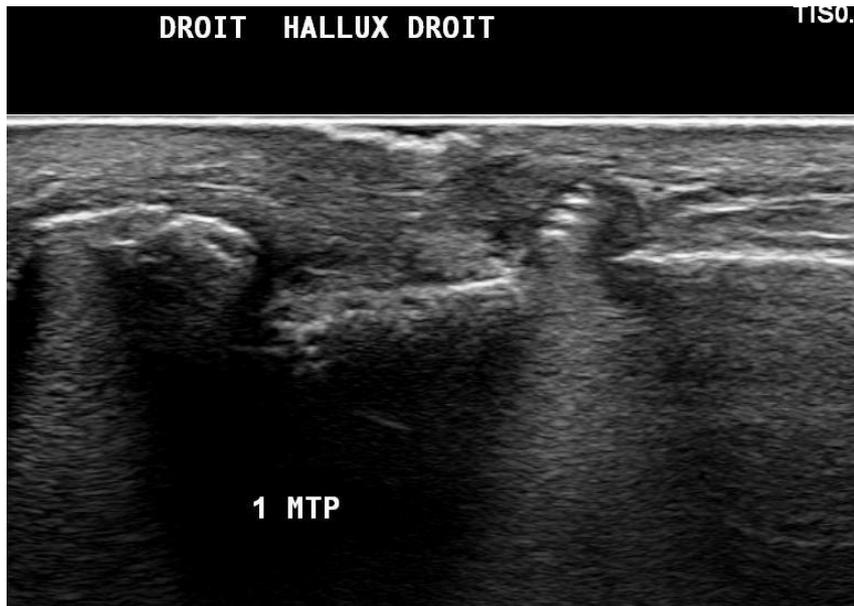
DROIT HALLUX DROIT



Echo de 1 ere MTP dte

longitudinal

axial



on visualise une « vis » au contact du tendon de l'extenseur du GO .

Hypothèse : douleur secondaire au contact du matériel avec le tendon.

Avis chirurgical nécessaire

Cas Clinique 2

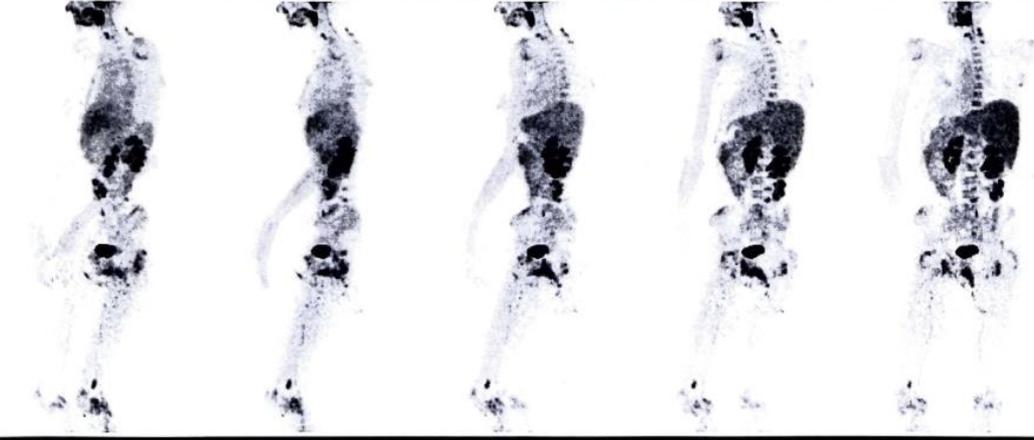
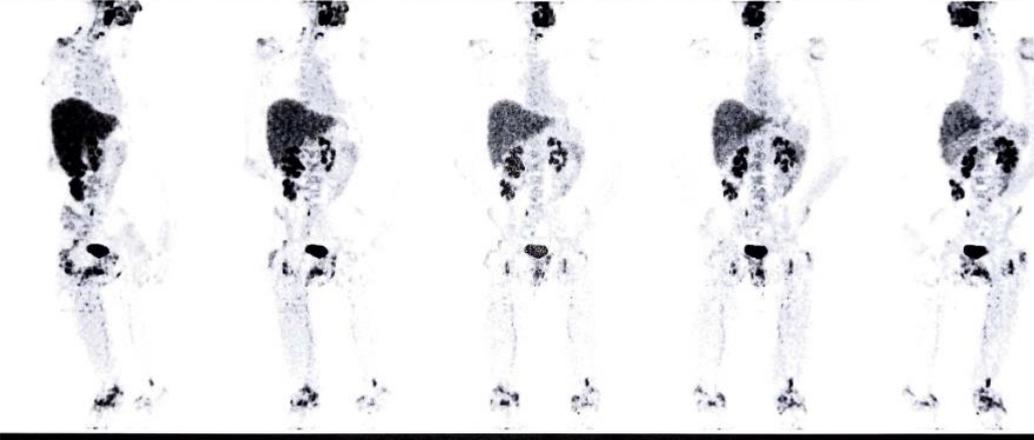
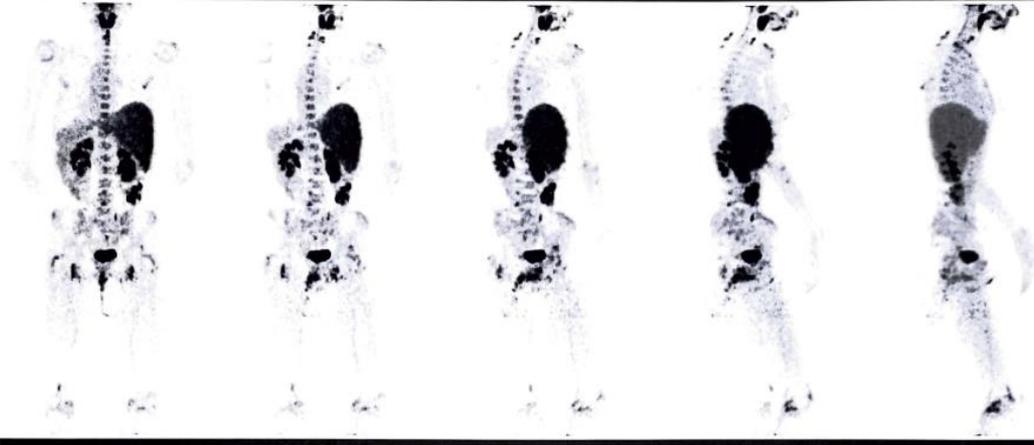
- Femme , traitée pour un lymphome, dernière chimiothérapie au mois de juillet 2019
- Très algique au niveau du rachis depuis 2 mois.
- Les radiographies confirment plusieurs fractures vertébrales.

CAT proposée :

- hospitalisation dans le service
- IRM programmée (pour s'assurer de l'absence d'infiltrat médullaire, pseudarthrose d'une vertèbre fracturée ? Afin d'orienter le geste d'une éventuelle vertébroplastie)
- discussion vertébroplastie

Cas Clinique 3

- Femme de 44 ans qui présente des myalgies au niveau du bassin, des cuisses et cervicalgies
- TEP : fixation au niveau des ischions, moyen fessier/ fixation au niveau des enthèses
- IRM : signal inflammatoire au niveau des régions inter épineuses
- Hypothèse diagnostic : SA ?





CT: Series 05210, ana, iDose (7)
PT: [DataWB_CTAC_315aP] Body
Acq. Date: 29-Jan-2020



CT: Series 205, Plan: 4J13310H*1000
PT: Series 2326, Plan: 4J13310

White:2000 Level:800
SUW (L: 0.00 IU: 7.00)

CT: Series 05210, ana, iDose (7)
PT: [DataWB_CTAC_315aP] Body
Acq. Date: 29-Jan-2020



CT: Series 205, Plan: 1240010*1001
PT: Series 2326, Plan: 1240010

White:2000 Level:800
SUW (L: 0.00 IU: 7.00)

CT: Series 05210, ana, iDose (7)
PT: [DataWB_CTAC_315aP] Body
Acq. Date: 29-Jan-2020



CT: Series 205, Plan: 1230010*1001
PT: Series 2326, Plan: 1230010

White:2000 Level:800
SUW (L: 0.00 IU: 7.00)

CT: Series 05210, ana, iDose (7)
PT: [DataWB_CTAC_315aP] Body
Acq. Date: 29-Jan-2020



CT: Series 205, Plan: 4J13310H*117
PT: Series 2326, Plan: 4J13310

White:2000 Level:800
SUW (L: 0.00 IU: 7.00)

CT: Series 05210, ana, iDose (7)
PT: [DataWB_CTAC_315aP] Body
Acq. Date: 29-Jan-2020



CT: Series 205, Plan: 11302
PT: Series 2326, Plan: 11302

White:2000 Level:800
SUW (L: 0.00 IU: 7.00)

CT: Series 05210, ana, iDose (7)
PT: [DataWB_CTAC_315aP] Body
Acq. Date: 29-Jan-2020



CT: Series 205, Plan: 440200*120
PT: Series 2326, Plan: 44020

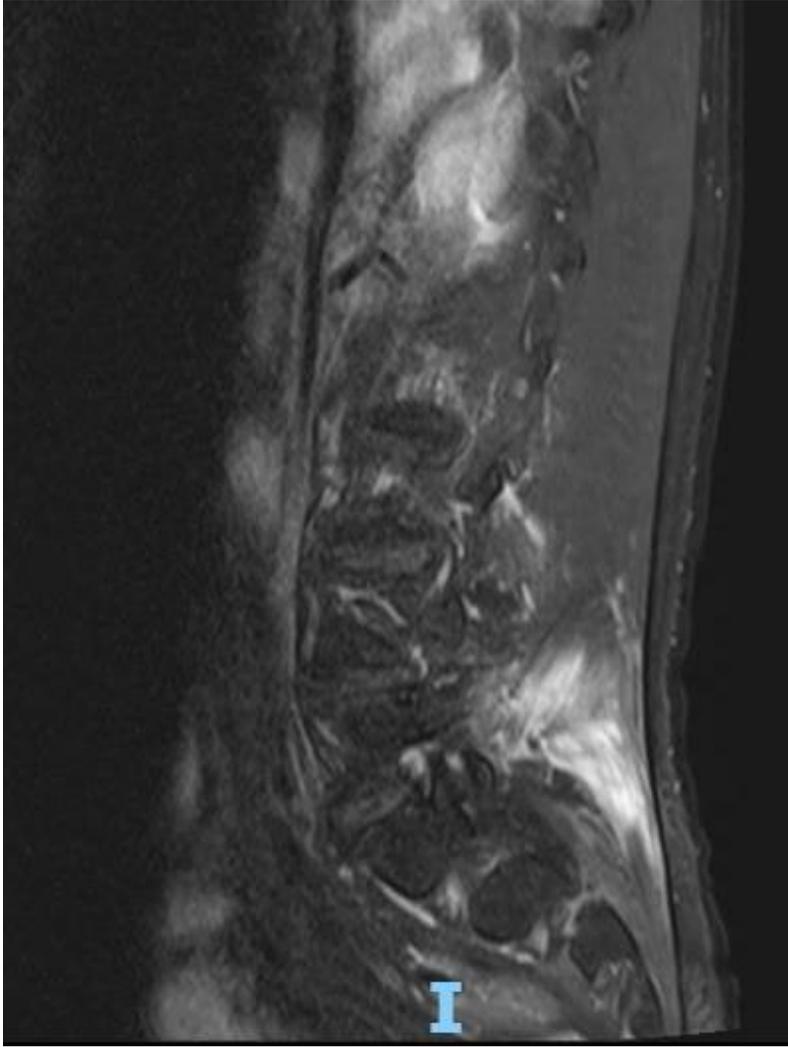
White:2000 Level:800
SUW (L: 0.00 IU: 7.00)

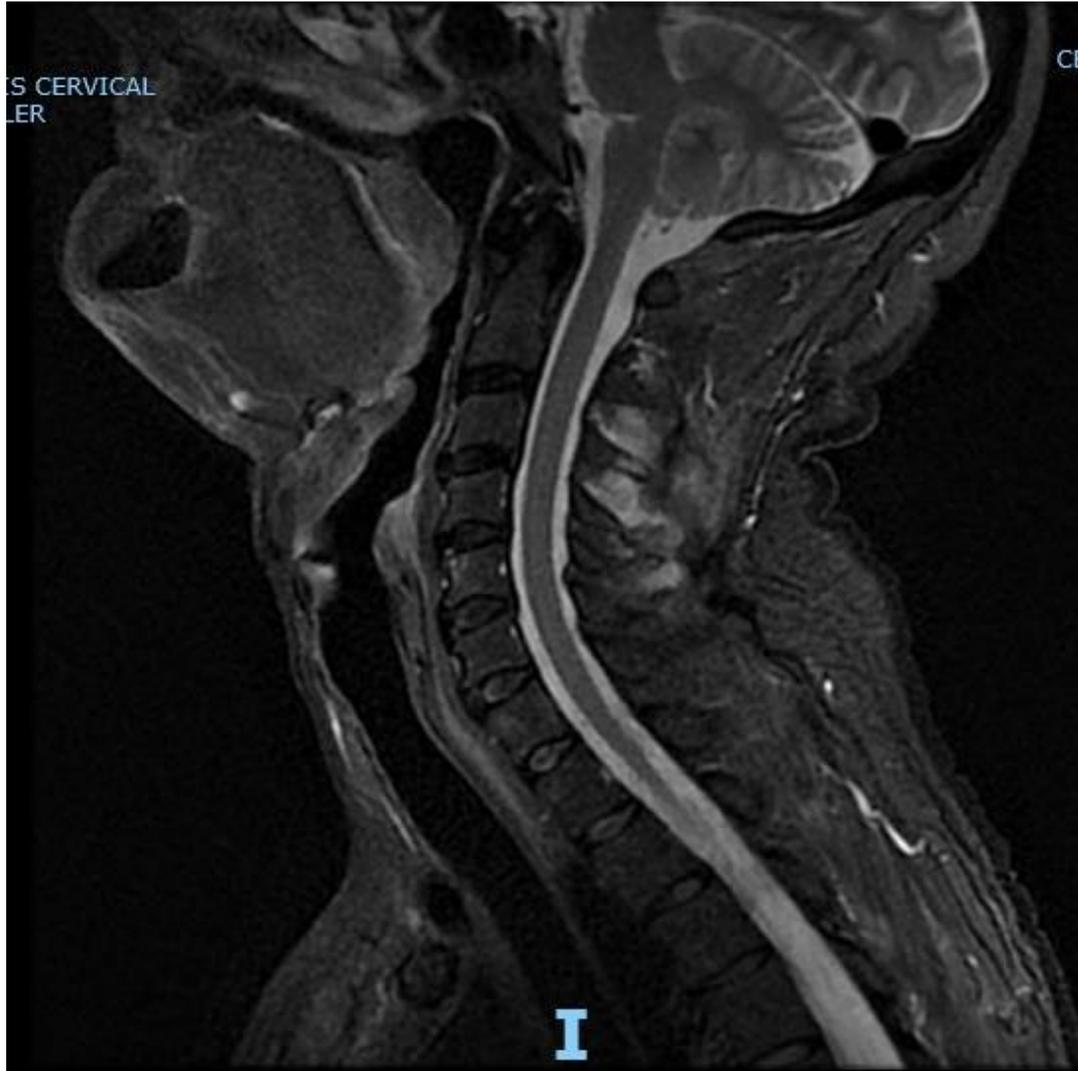
Cas Clinique 4

- Cervicalgies et lombalgies de caractère inflammatoire, depuis un effort de port de charge il y a 1,5 ans !.
- ***Antécédents***
 - Infarctus du myocarde en mai 2019 avec pose de 4 stents
 - Tabac sevré depuis l'IDM (25 paquets année)
 - Tendinopathie calcifiante du supra épineux droit il y a 10 ans
 - Scoliose
 - Cataracte bilatérale (de cause diabétique) en 2018

- Janvier 2019 : IRM du rachis lombaire montrant un **oedème avec hypersignal T2 des masses musculaires paravertébrales latéralisé à droite.**
- Le compte rendu concluait à une probable déchirure musculaire intéressant les muscles spinaux du côté droit.

- IRM lombo-sacrée aout 2019 car aggravation des rachialgies : **hypersignal des muscles paravertébraux inférieurs et sacré droits, déjà visible en janvier**. Absence d'hypersignal du côté gauche.
- IRM rachis cervical aout 2019 : **Infiltration oedemateuse de l'enthèse et des muscles paracervicaux profonds postérieurs droits**.
- Biologique du 17/08, CRP 18 mg/l



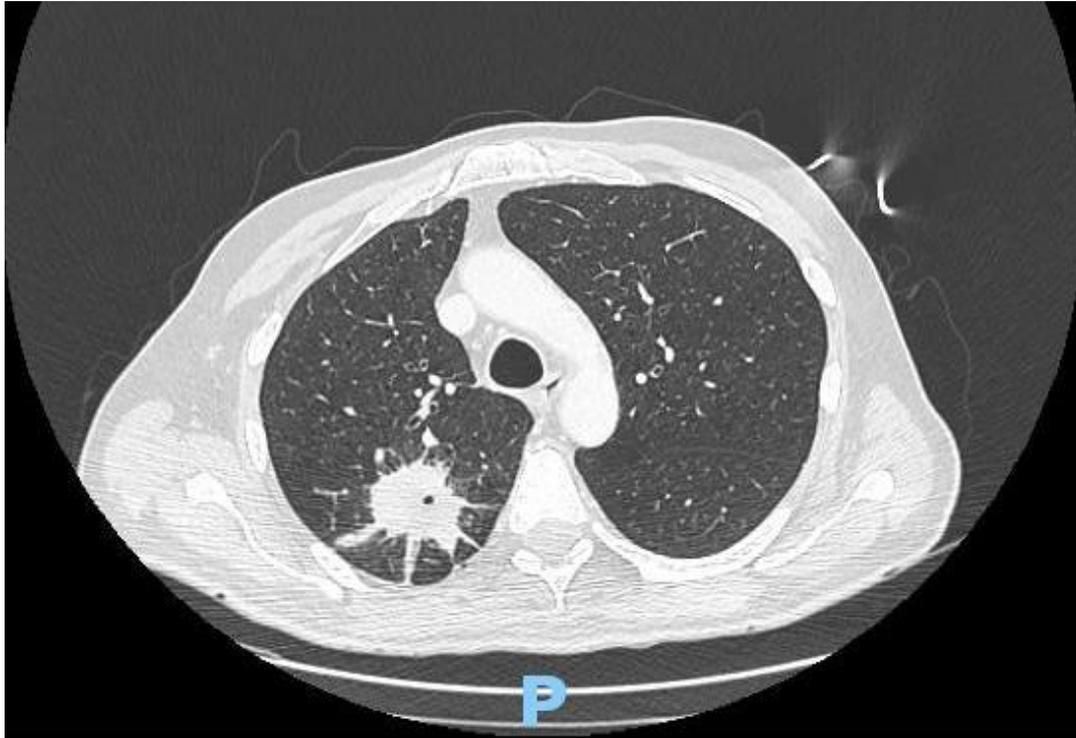


Conclusion de l'hospitalisation :

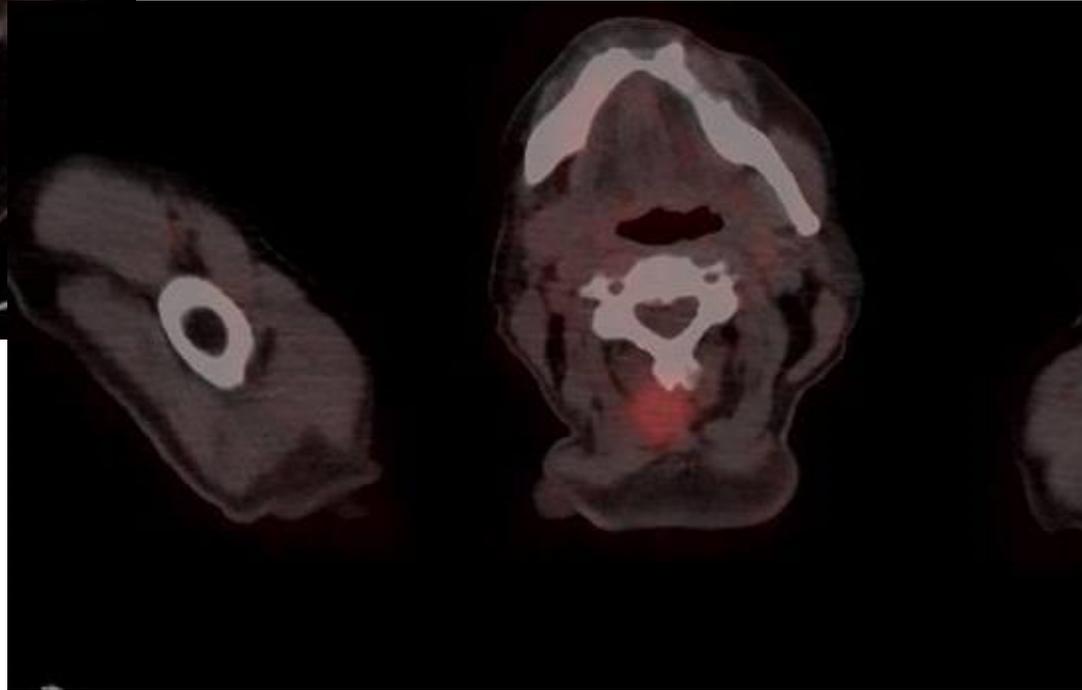
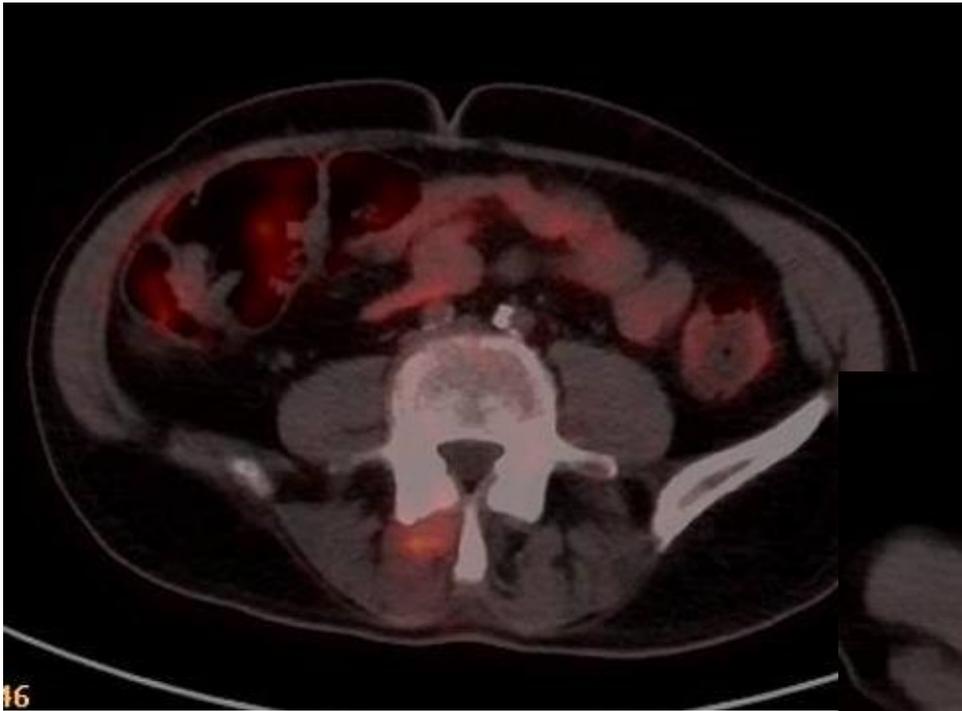
Spondyloarthrite axiale avec atteinte enthésitique à l'étage cervical et lombaire chez un patient ayant un antécédent d'infarctus du myocarde récent contre-indiquant la prise d'AINS / bilan prébiothérapie, anti TNF prescrit

Patient revu en Cs à M3 car inefficacité de etanercept

- Les 2 IRM sont rediscutées avec les radiologues. Diagnostics discutés PPR plus que SA.
- Mais devant l'AEG depuis 1 an (perte de poids de 10 kgs, patient à nouveau hospitalisé) et TDM TAP prescrit .



Lésion tumorale 4 cm de l'apex droit associé à un nodule spiculé sus hilaire homolatérale



TEP confirme une lésion inflammatoire musculaire paravertébrale.
Biopsie /anapath : adénocarcinome peu différencié d'origine pulmonaire

Au total :

METASTASES musculaires d'un adénocarcinome pulmonaire !

Il est recommandé pour le cas clinique 3 de surveiller très étroitement l'évolution du tableau clinique au vu de la non spécificité des images du TEP ! Se méfier des métastases musculaires.

Cas Clinique 5

- Un homme suivi pour un Rhumatisme psoriasique, avec NASH => problème de cytolysse hépatique récurrent sous humira et methotrexate
- Traitement par Cosentyx 150 mg/mois en monothérapie permet l'absence de cytolysse hépatique
- Patient très bien pendant 1 an mais récidence douloureuse articulaire et gonflement d'un doigt
=> Proposition d'augmenter la dose de cosentyx à 300 mg/mois car rhumatisme psoriasique (AMM).

Cas Clinique 6

- Homme de 63 ans, suivi pour une chondrocalcinose poly articulaire corticodépendant.
 - Contre indication des AINS (clairance de la créatinine < 30 ml/min)
 - Etiologies 2aires éliminées :
 - hyperparathyroïdie primitive
 - hémochromatose
 - tubulopathie (syndrome de Gitelman ou Synd Bartter)
 - CAT ?
- => proposition de réaliser un sevrage des corticoïdes grâce au traitement par kineret

Cas Clinique 7

- homme de 47 ans, couvreur, opéré des 2 avants pieds mais actuellement, il est douloureux au niveau des 2 tendons achilléens depuis 3 ans
- Très bien soulagé par les AINS mais perte d'efficacité du traitement
- Echo : enthésite inflammatoire
- IRM : anomalie de signal sur l'os , hyperhémie péri-tendineuse , pas de lésion tendineuse alors plutôt en faveur d'une rhumatisme inflammatoire
- CAT ? Proposition de débiter un anti TNF dans l'hypothèse d'un RIC

Cas Clinique 8

- Patiente 69 ans
- ATCD : cancer des amygdales en 2002 , traité par chimiothérapie, chirurgie ,radiothérapie
- Consulte pour douleur du carpe droit récente et déformation de l'avant bras constatée en 2002.
- Douleur du carpe mécanique , uniquement lors de la mobilisation . Handicap +++
- Pas de douleur de l'avant bras .

Hypothèses évoquées

- **Maladie de Paget** : Age , aspect radiographique (incurvation os long , hypertrophie , épaissement cortical, condensation hétérogène , aspect fibrillaire)
- **Dysplasie fibreuse** : aspect radiographique, déformation , plage ostéolytique, trame hétérogène, condensation , image en verre dépoli (absent ici)
- **Maladie de Madelung** :
 - .Déformation uni ou bilatérale du radius,
 - . apparition lors de l'enfance ou adolescence
 - . radius court , incurvé , cubitus long
 - .Subluxation postérieure du cubitus
 - . limitation mobilité poignet et coude , douleur
 - . origine traumatique sur articulation immature , idiopathique , génétique

Discussion du groupe DPC et conclusion :

Radio stable depuis une 10aines d'années : déformation de type madlung associée à une dédifférenciation cortico médullaire => maladie de Paget



Scanner radius



Scintigraphie osseuse



Propositions thérapeutiques

- Pour les douleurs du carpe :

- . Infiltration de cortisone radio carpienne
- . Orthèse de repos sur mesure

- Pour la maladie de Paget :

- . **Pb thérapeutique car** indication BP (chez une dame qui a bénéficié d'une irradiation de la machoire => BP ?)

Dans le cas de notre patiente, nous pouvons lui proposer le traitement par BP car du fait de cette radiothérapie la patiente n'a plus ses dents !