

Cas 2 : Patiente de 22 ans

- Antécédents personnels :
 - By Pass il y a 4 ans à l'âge de 18 ans sur Toulouse
 - Maladie de Verneuil : cuisse, fesse
 - Tabagisme sevré
- Antécédents familiaux :
 - liposarcome maternel?
 - Verneuil chez son frère
- Travailleur social

Histoire de la maladie :

- Octobre 2019 : douleurs épaules et para- cervicales marquées de rythme inflammatoire
- Janvier 2020: douleur sternale et sterno clavculaire avec probable arthrite sterno-clavculaire gauche → auto médication par ibuprofène
- Mars 2020 : douleur du rachis thoracique moyen marquée la nuit et à la mobilisation, reveil nocturne +++
- PEC médecin du sport début avril 2020: mise sous apranax et tramadol et corset : amélioration partielle des douleurs

Examen clinique initial fin avril 2020

- Atteinte cutanée :

- Pustulose plantaire
- Lésion cutanée : psoriasis? Pustulose plantaire



- Douleur du rachis thoracique uniquement à la mobilisation
- Pas d'arthrite
- Ex neurologique : ras



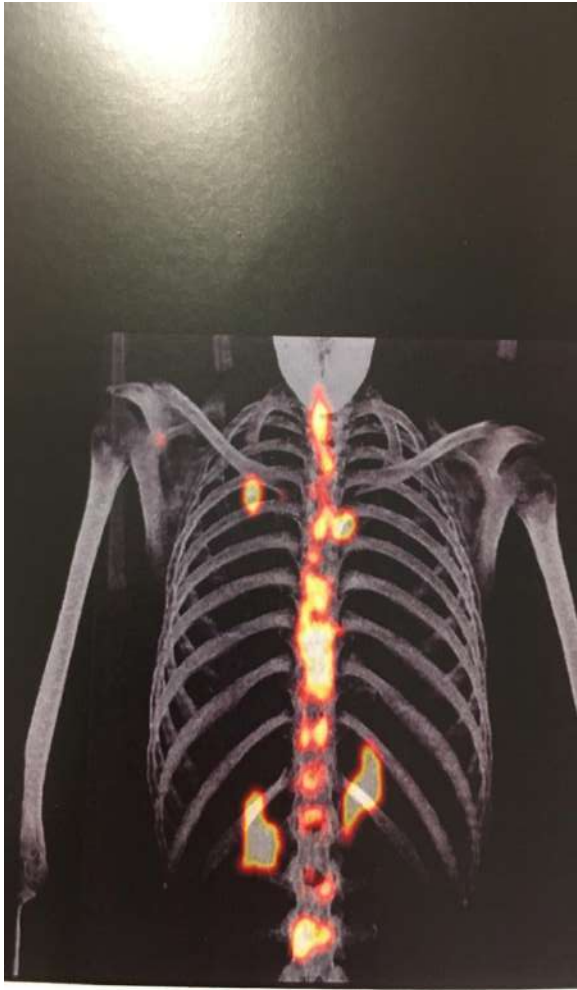
Bilan biologique

- Syndrome inflammatoire biologique modéré CRP à 14mg/l, VS à 41mm
- Calcémie à 2,41mmol/l
- EPP normale, NFS normale
- HLA B27 négatif

Bilan scintigraphie osseuse faite en mars 2020

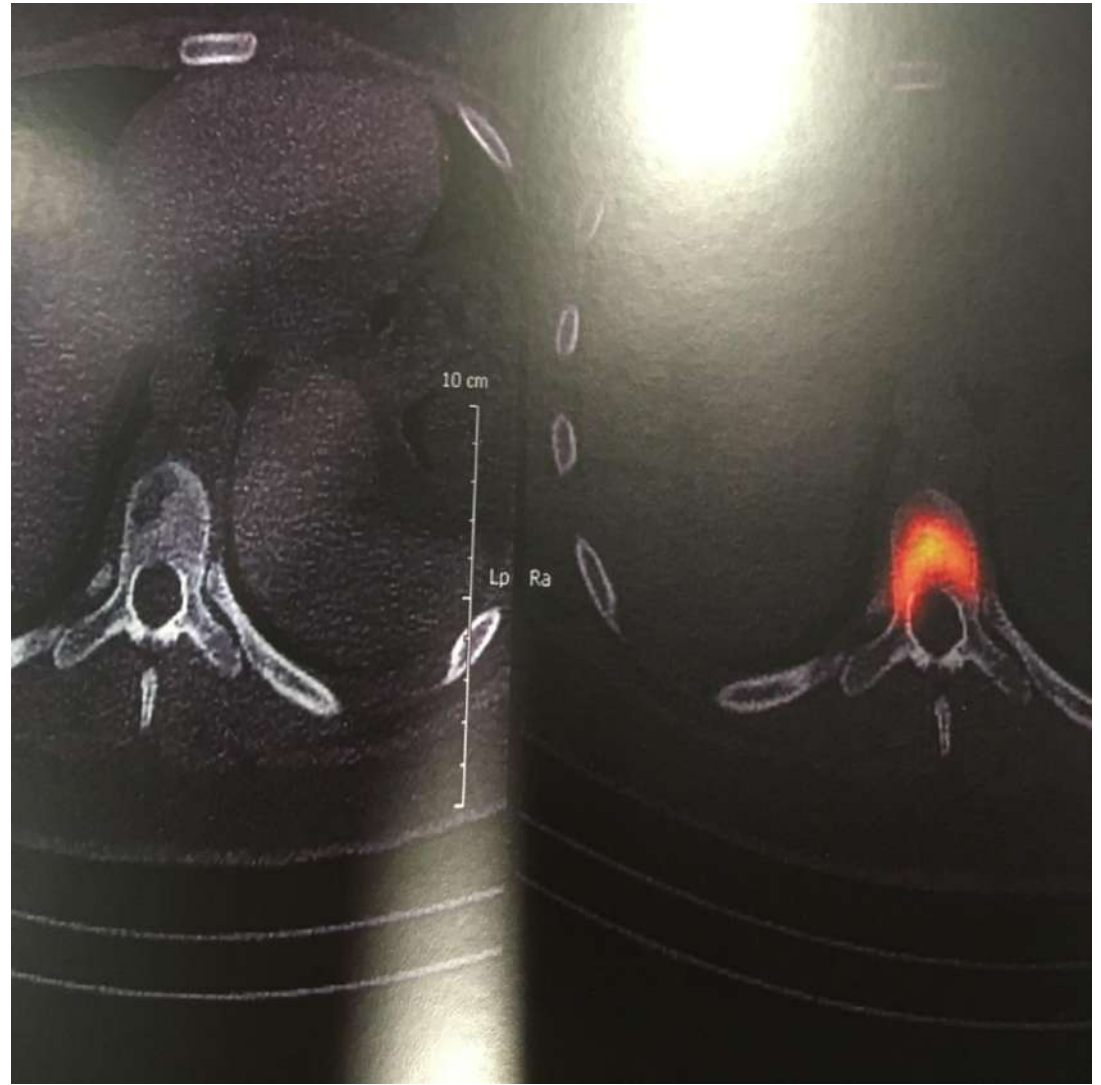
- Souffrance chondro costale et chondrosternale des 1ers arcs antérieurs des 1eres cotes droites et gauches
- Arthrite sterno clavculaire gauche
- Atteinte vertébrale T9 : remaniement du plateau supérieur avec atteinte décrite comme lytique





Suspicion de SAPHO

- Rotation des AINS : apranax (efficacité partielle) celebrex (échec) et mobic (efficace sauf douleur mécanique T9)
- Demande IRM rachis pour recherche d'autres atteintes rachidiennes pouvant étayer le diagnostic.
- Kiné douce
- Dermato : confirme atteinte psoriasiforme (compatible avec SAPHO sur la clinique).



Compte rendu :
fracture minime du
plateau supérieur
de T9
MAIS : hypersignal
étendu en T2 STIR :
atteinte de SAPHO?
Discussion mise
sous biothérapie



Conclusion RCP

- Scinti et TEP : fracture du plateau sup avec une hernie intra spongieuse

IRM du rachis réalisée le 15.05.2020 : aspect de discite au contact de la zone fracturée

Pourquoi une F vertébrale ?

- Au total :
 - traitement comme un SAPHO avec AINS, repos
 - imagerie de contrôle dans quelques mois

Cas 3 : Mr B, 41 ans

- Principal atcd : dialysé (pathologie rénale et ttt inconnus)
- Depuis au moins un an, gonalgie droite fluctuante avec des épisodes de gonflements itératifs
Douleurs mécaniques, surtout à la montée des escaliers, pas de réveils nocturnes
Pas d'autre arthralgie

Biologie Mars 2020

- CRP 3 mg/l
- Uricémie 368 $\mu\text{mol/l}$
- NFS normale
- Calcémie 2 mmol/l, Ph 2,33 mmol/l, albumine 39 g/l
- Créat 996 $\mu\text{mol/l}$, urée 24 mmol/l, DFG 5 ml/min
- Transaminases normales, GGT 8 N (12 N en janvier 2018), PAL 3,6 N, EPP sans anomalie notable
- Facteurs rhumatoïdes, ACPA et FAN négatifs

- Liquide articulaire : mécanique avec 720 éléments, 700 hématies, 63 % lymphocytes, 20 % PNN, pas de cristaux, stérile

Radiographies et Echographie 6.01.2020

- Condensation du condyle fémoral médial avec une petite lacune osseuse : ostéonécrose évoquée ?
condensation du plateau tibial en regard
- Epanchement, kyste poplité





D

SCHUSS

IRM 12.02.2020

- T1, T2 fat sat
- Important épanchement avec épaissement synovial, suspicion de synovite villonodulaire



TE: 35
TR: 1302
1.5 T
NA: 1
FoV: 180
SP: 0.6
ST: 0.6
SL: 39.8

Sag HyCUBE DP FS HS

L: 275
W: 551
Zoom: 138%
512 x 512
DICOM



TE: 16
TR: 567
1.5 T
NA: 1
FoV: 180
SP: 0.4
ST: 0.8
SL: 35.4

Sag T1 HyCUBE HS

L: 710
W: 1421
Zoom: 138%
512 x 512
DICOM





- Hypothèses ?
- Intérêt IRM T2* écho gradient + T1 gado
- CAT ?

Conclusion RCP

- IRM du genou pour laquelle le radiologue avait proposé le diagnostic de SVN (Or pas de sang au décours de la ponction) :
- Aspect de grains de riz dans le sac sous quadricipital
- Pas d'aspect de dépôt d'hémosidérine
- Il serait intéressant de savoir la durée de la dialyse MAIS problème de communication car le patient ne parle pas français
- **Au total**, on conclut une synovite chronique.
 - Proposition d'une infiltration dans un 1^{er} temps à visée antalgique
 - Si inefficace, compléter par une IRM avec gado et +/- discuter une biopsie synoviale
- **1^{ère} hypothèse** : goutte

Et proposition de réaliser un TDM du genou afin de visualiser les cristaux

- **2^{ème} hypothèse** : amylose

Cas 4 : Avis pour une prise en charge d'hypercalcémie :

- Homme de 80 ans, ce patient est en très bon état général
- Le bilan sanguin révèle :
 - Hypercalcémie 3,25 mmol/l PTH : 500 pg/ml
- Conclusion d'une hyperparathyroïdie primitive (adénome parathyroïdien)
- Clairance créatinine 50 ml/min
- Question : au vu de son âge, faut-il privilégier un traitement médicamenteux par bisphosphonate ou une chirurgie d'exérèse ?
 - => conclusion : privilégier la chirurgie, de plus technique microinvasive

Cas 5 : Avis thérapeutique et conclusion

- Merci de nous avoir adressé en consultation votre patiente Madame ALEXANDRA CHAMPEAU (née PRIOUZEAU, le 15/07/1981). Elle présente des rachialgies, le diagnostic de spondylarthropathie avait été posé en 2013 sur des rachialgies, et il existe objectivement une atteinte inflammatoire de la sacro-iliaque gauche sur une IRM effectuée à l'époque. Une IRM plus récente montre également sur 2 coupes de discrets syndromes inflammatoires du côté gauche.
- À l'examen, on retrouve une distance doigt-sol à 36 centimètres, pas d'arthrite patente. Il n'y a pas non plus de manifestation extra-articulaire personnelle ou familiale permettant d'être péremptoire.
- On ne retrouve pas de doigt en saucisse, de talalgie ou d'arthrite ; par contre la patiente décrit de temps à autre des douleurs thoraciques du plastron.
- **En pratique**, on discute longuement avec Mme Champeau. Dans la mesure où elle avait été soulagée il y a plusieurs années par l'Enbrel, moins par l'Humira, on peut envisager une nouvelle tentative avec une biothérapie d'une autre classe. Elle est d'accord pour envisager une tentative de 3 mois au terme de laquelle, s'il n'y avait pas d'amélioration, on s'orienterait vers une prise en charge différente car il existe actuellement en plus une composante fibromyalgique (douleurs diffuses mal systématisées, d'horaire mixte, aux insertions tendineuses...)
- Elle se met en rapport avec Monsieur le Dr Morrier pour voir si elle peut débiter avec lui du Cosentyx. Si besoin, nous restons à votre disposition et à la sienne.

Cas 6 : Avis thérapeutique

- Dame de 65 ans, PR depuis 2009
 - MGUS stable depuis 2 ans
 - Quelle biothérapie ?
 - Pas de contre indication, d'après les publications MGUS reste stable.
 - Inhibiteur de JAK1/JAK2 proposé
- (2 patients suivis dans le service pour lesquels on a constaté une diminution du pic)

Cas 7 : Monsieur M , 32 ans

- Adressé pour DMO basse :
 - Zscore -1,4 en L2-L4
 - Z score à -2,5 au col fémoral gauche
 - Z score fémur total à -1,8
- Caissier
- Lombalgie chronique
- **Taille** 1,49m
- **Biologie** : Hypocalcémie 2,09 mmol/L
Hyperphosphatémie à 2,5 mmol/l et PTH très augmentée

04-1988 031YA10004014893
Exam:17-02-2020 15:15:04





⇒ Quelle interprétation radiographique ? Dismorphies vertébrales? Pas de fracture?

- **Conclusion RCP**

Radio du rachis : dysmorphie vertébrale liée à des anomalies de la croissance, pas de fracture, ni de dysplasie (terme signifiant plutôt une malformation vertébrale)

Ce patient présente une Pseudo hypoparathyroïdie (= osteodystrophie d'Albright) au vu du bilan sanguin et de la dysmorphie (petite taille, bradymétacarpie)

Rappel sur Pseudo Hypoparathyroïdie

- Syndromes génétiques de résistance à la PTH se manifestant aussi par des symptômes d'hypocalcémie
- **Clinique** : petite taille, bradymétabasie, obésité, ossifications ectopiques
- **Biologie** : hypocalcémie/hyperphosphatémie/ élévation de la PTH
- **Diagnostic génétique** : biologie moléculaire de la mutation de la perte de fonction GNAS

