

# Cas 8 : Mme d'A..., 77 ans

- Antécédents
  - Maladie de Parkinson
  - Obésité
  - Canal lombaire rétréci

# Anamnèse

- Consulte aux urgences pour fessalgie postérieure et douleur de l'aîne gauche évoluant depuis 1 semaine, irradiant au genou
- Apparition progressive sans facteur déclenchant
- Pas de fièvre

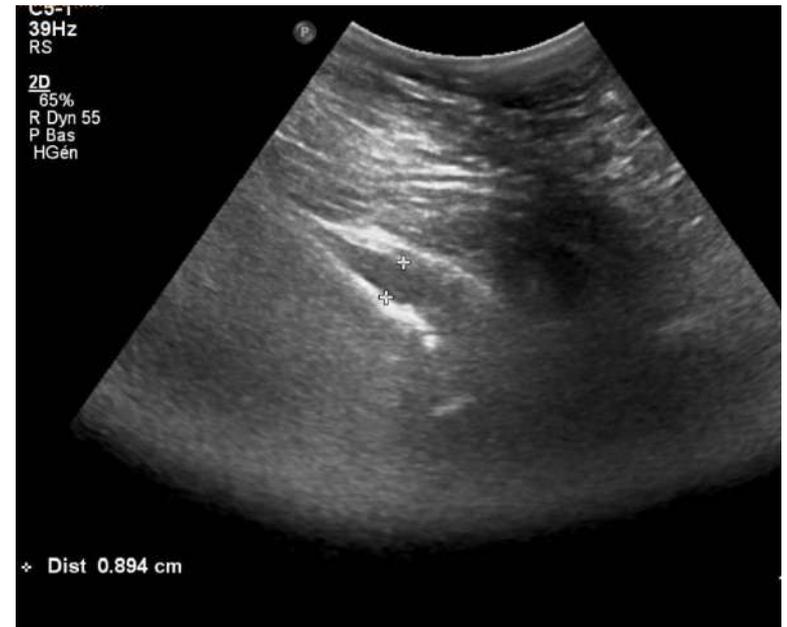
# Clinique

- Clinostatisme du mbre inférieur gauche
- Douleur de hanche gauche à l'examen

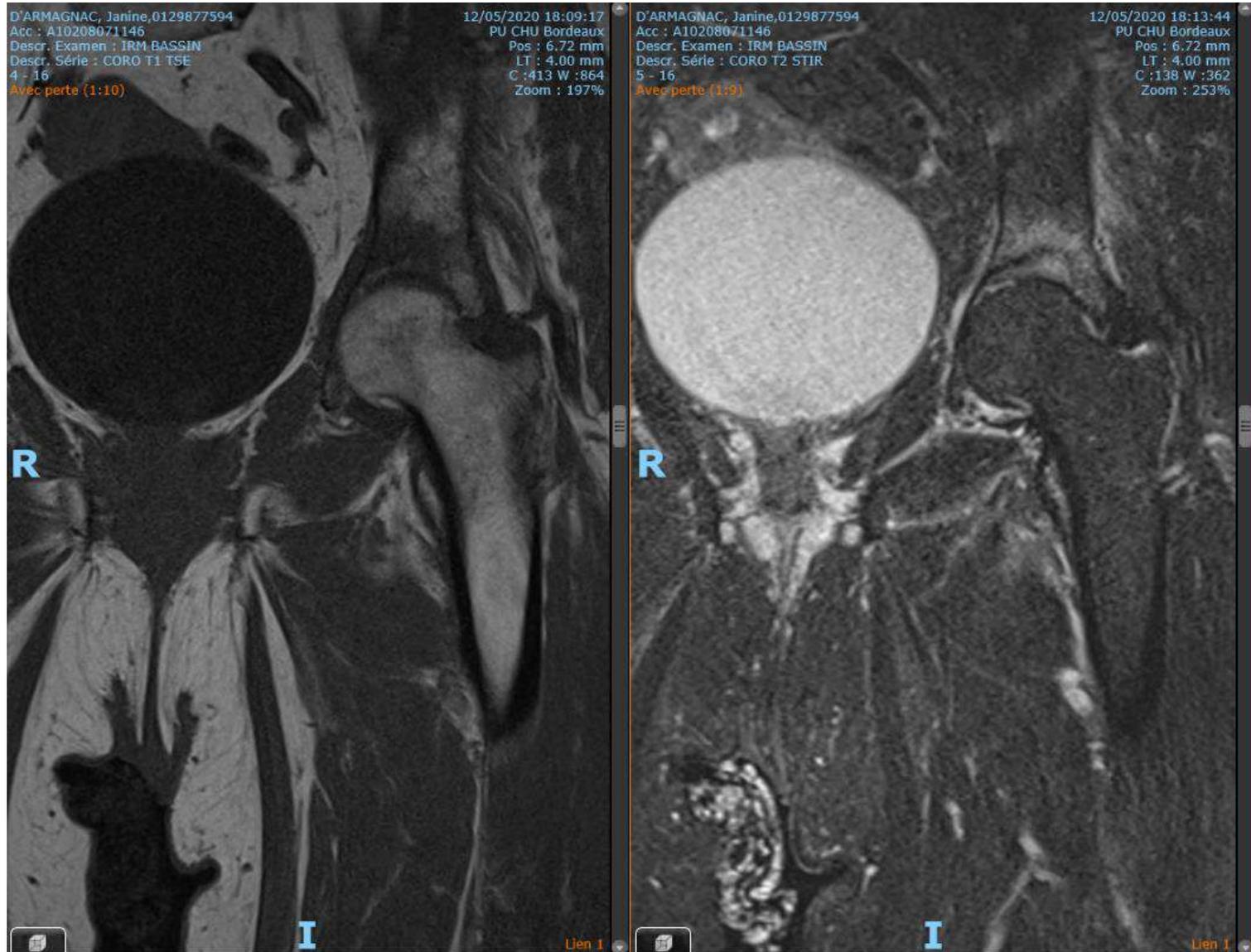
# Bilan initial

- **Radios en ville :**
  - Discopathies et Arthrose postérieure étagées
  - Bassin coxarthrose bilatérale
- **Biologie aux urgences :** CRP = 63, pas d'HLPNN
- **Echographie aux urgences**

=> Epanchement difficilement ponctionnable



# IRM du bassin



# Conclusion

- Fracture étendue spontanée du toit du cotyle chez une patiente obèse, pas de localisation secondaire.
- Patiente en perte d'autonomie car difficultés pour reprendre la marche.
- C'est une fracture sévère, nécessité de mettre en place un traitement anti ostéoporotique.

⇒ Bilan d'ostéopathie fragilisante sans particularité

⇒ Perfusion d'Aclasta réalisée, reprise progressive de la marche en SSR

## Cas 9 : Mr Y K, 65 ans

- Cs en rhumatologie pour le diagnostic étiologique de douleur des pieds qui sont à l'origine d'une perte d'autonomie
- Se déplace avec une canne et parfois à l'aide d'un déambulateur
- Les douleurs sont localisées dans les pieds depuis le mois d'aout 2018
- Il souffre au repos mais les douleurs s'aggravent à la marche.
- IL a une hyperesthésie cutanée avec abolition des ROT

- Hospitalisé en urgence en néphrologie le 01.03.2018 car insuffisance rénale aiguë , protéinurie, hématurie, HTA compliqué d'un syndrome urémique et hyperkaliémie
- Bilan étiologique, biopsie rénale : tubulopathie myelomateuse et signe de nécrose tubulaire aiguë (myelome à chaînes légères)
- Pas d'amylose
- Velcade/Dexaméthasone débutés le 08.03 et séances d'hémodialyse stoppée le 08.04.2018

# Antécédents

- **MEDICAUX :**

- Myélome à chaînes légères Kappa diagnostiqué en mars 2018 avec atteinte rénale (tubulopathie myélomateuse prouvée par PBR) et anémie.
- Hématomes sous-duraux spontanés opérés à deux reprises en 2010.
- Syndrome d'apnées du sommeil appareillé depuis 2010.
- Accès palustre simple à *Plasmodium falciparum*.
- Hyperplasie bénigne de prostate traitée médicalement depuis fin 2017.
- Hépatite B guérie (découverte sérologique fortuite).

- **CHIRURGICAUX :**

- Opération par trépanation pour hématomes sous duraux en 2010.

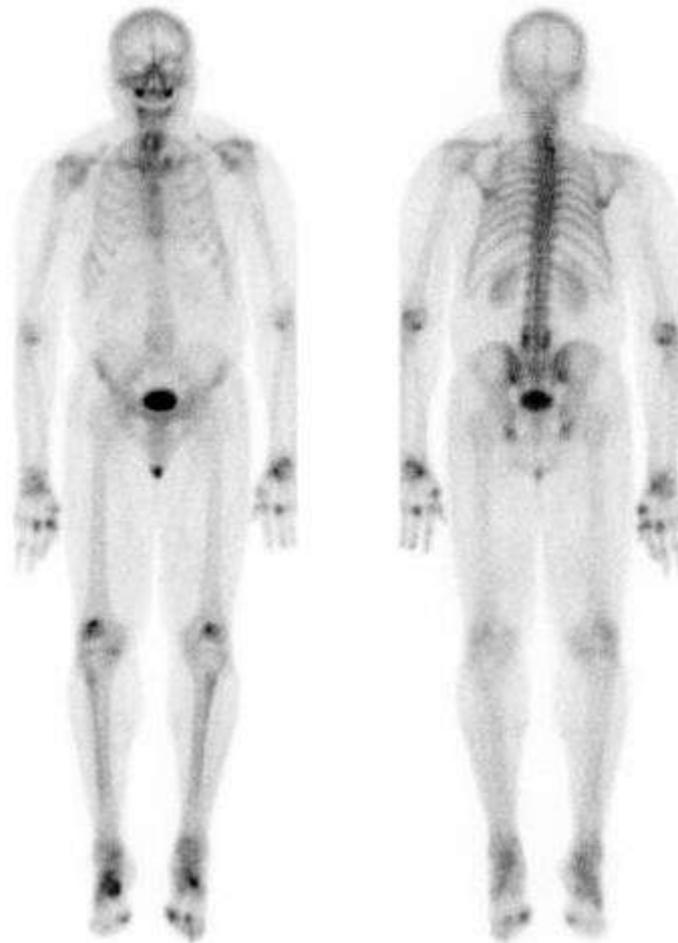
# Traitement

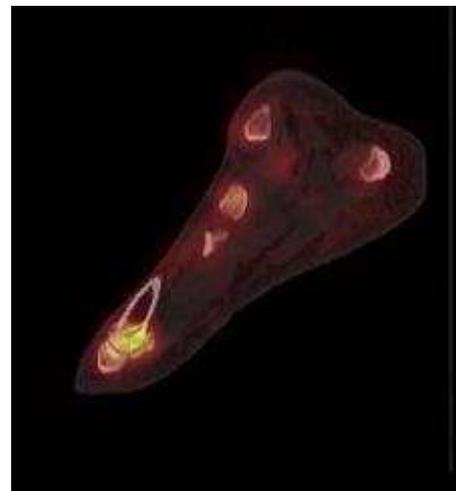
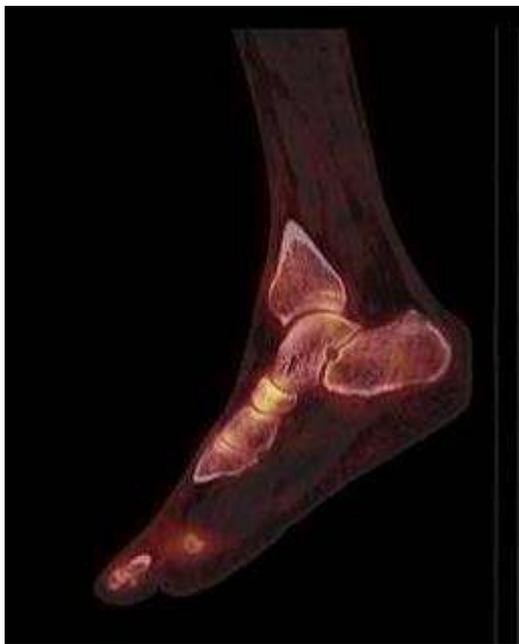
- NEOFORDEX 40 mg pdt 4 jours
- REVLIMID
- Protocole DEXAMETHASONE/VELCADE
- ARANESP 30 ug / semaine  
BACTRIM 800/160 1-0-0  
ZELITREX 500 mg 0-0-1  
SERESTA 10 mg si besoin
- KARDEJIC 75 mg  
ZYMAD 80 000  
RAMIPRIL 1.25 0-0-1, si TA > 140 mmHg  
PERMIXON 160 1-0-0  
SILODYX 4 mg 1-0-0  
PARACETAMOL 1 g

- Stabilité de la fonction rénale avec CKD-EPI 40 ml/min
- Alors qu'il réalise la 6<sup>ème</sup> cure de velcade le 01.08.2018, il se plaint de paresthésies dans les pieds attribuées à une neuropathie sensitive toxique partiellement soulagé par la prise de lyrica
- Douleurs des pieds s'aggravent progressivement de type brulure avec des accès douloureux sur fond permanent

- EMG du mois de janvier 2020 est plutôt en faveur d'une atteinte radiculaire S1 gauche (ne cadre pas avec la clinique)

# Scinti osseuse





# Conclusion Scinti os

- **Hyperfixation plurifocale des deux pieds, aux deux temps de l'examen, en faveur de lésions arthrosiques congestives du tarse.**
  - **Tendinopathie d'insertion bilatérale de la tête des 1ers métatarsiens droit et gauche (conflit sésamoïde).**





- Difficultés diagnostics étiologiques des douleurs des pieds car :
  - Clinique évocatrice d'une neuropathie
  - Imagerie évocatrice d'une arthrose congestive
  - Echec de la PEC en podologie et centre anti douleur (tens, qutenza)
  - Je suis surprise par le degré du handicap
  - Est-ce qu'il est légitime de lui proposer une infiltration échoguidée des tarse ?

# Discussion RCP

Proposition de réaliser une IRM des pieds afin de rechercher une algoneurodystrophie ?

Un EMG normal n'élimine pas une neuropathie à petites fibres

=> Discussion d'un traitement antalgique par application qutenza à évaluer en fonction des résultats de l'IRM