

Cas 1

Homme de 40 ans

épisodes de gonflement dans genoux à répétition depuis l'âge de 16 ans ayant amené arrêter le football

En 2015 infiltration d'Hexatrione efficace pendant un an

En 2019 ponction du liquide articulaire en trouble mais stérile injection d'Hexatrione efficace trois mois

Actuellement les crises sont de plus en plus proches

La biopsie synoviale a montré une synovite inflammatoire non spécifique

La question est de savoir s'il s'agit de monoarthrite infectieuse versus inflammatoire

Proposition contrôler l'IRM avec EG en pour avoir des arguments d'imagerie dans le sens d'une synovite du nodule nodulaire

+ compléter les explorations infectiologique avec culture du liquide articulaire+ PCR Lyme BK coxielle

Noter sérologie de Lyme négative

Analyse des images

Suspicion de synovite villonodulaire sur 2 IRM.

Pas d'argument sur les coupes disponibles pour le diagnostic

Notamment EG T2 non disponible (essentiel au diagnostic)

SVN évoluant depuis plus de 20 ans sans destruction articulaire

Et

SVN avec arthroscopie non concluante est très inhabituel

Revoir le dossier avec toute les images

é: 3.00
m Z: -9.50 mm

4 mm

)
Z: 36.67 mm

-55.51 mm

27.59 mm

Axial et Coronal T2Fat sat -
Sagittal T1
Épaississement synovial
régulier et hydarthrose-
RAS par ailleurs

Cas 2

Douleur sur une prothèse de genou mise en place quatre ans auparavant

Examen en première intention après une radiographie

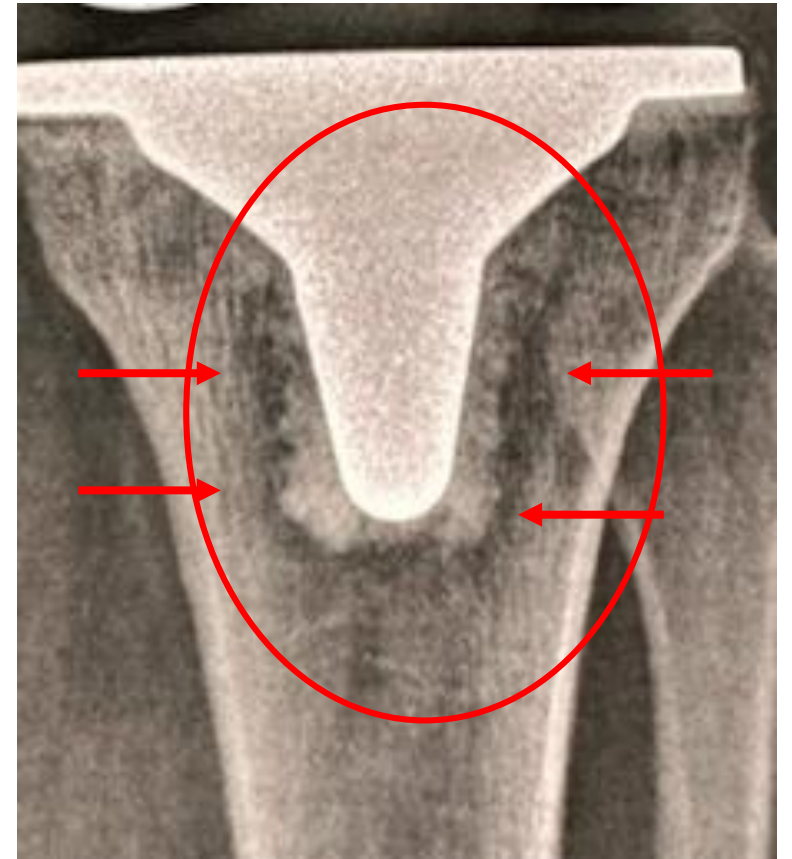
- scanner pour rechercher un descellement
- IRM qui met en évidence un œdème osseux un granulome une fracture une infection
- -en fonction des résultats de l'IRM faire une scintigraphie osseuse

PTG Douleuruse

Déminéralisation le long de la pièce prothétique tibiale.

Le caractère mal limitée et la douleur doit faire suspecter un descellement

Confronter à la radio précédente. Si pas de radio précédente = TDM à la recherche d'une ostéolyse suspecte de descellement et IRM à la recherche d'un œdème osseux. Utiliser des séquences limitant les artefacts métalliques. Chaque constructeur à sa séquence spécifique (exemple IMAR sur Siemens). Dans les PTH



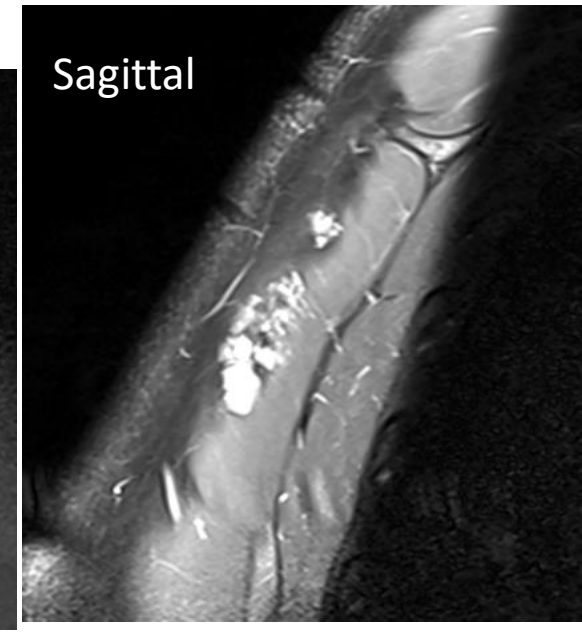
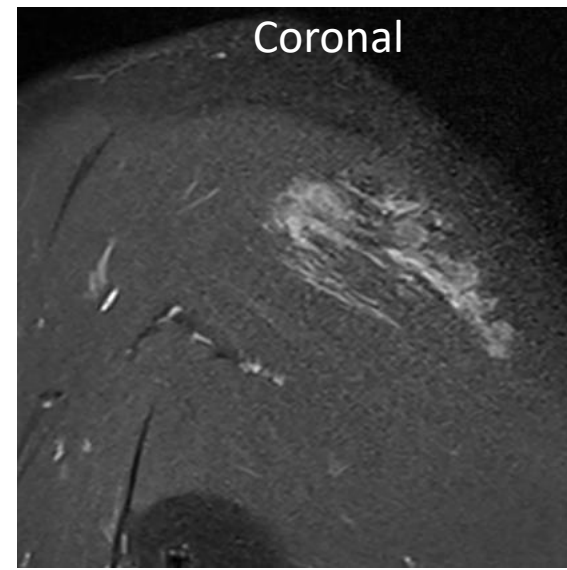
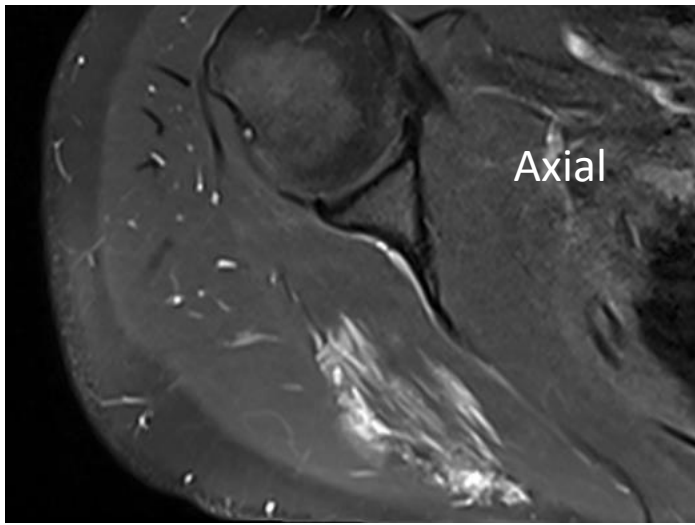
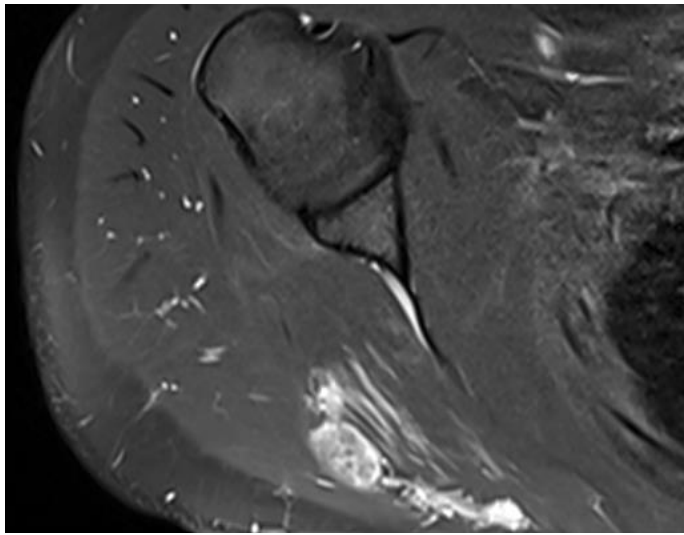
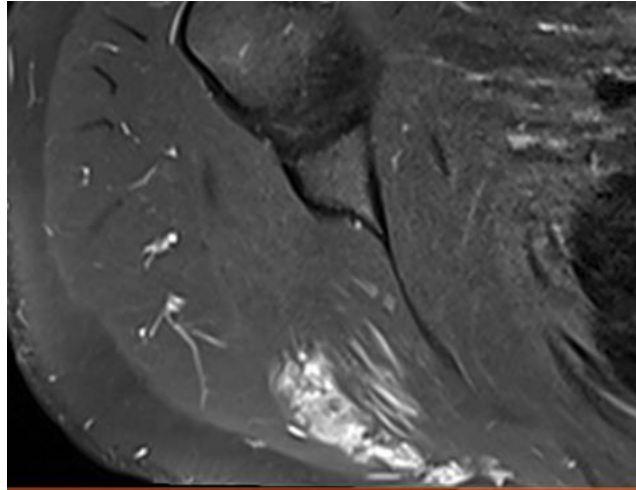
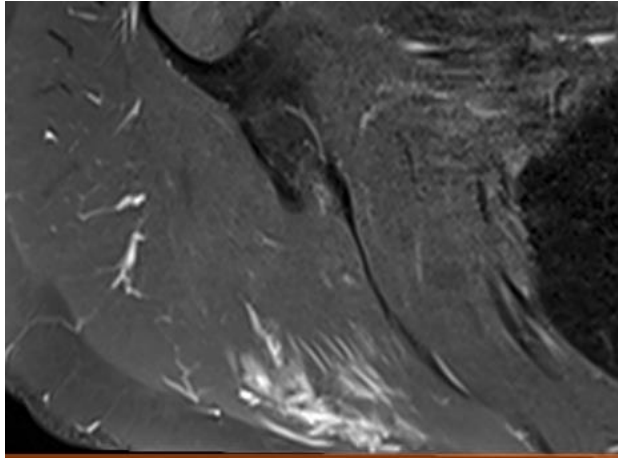
Cas 3

- Femme de 29 ans présentant une douleur de l'épaule non traumatique depuis trois mois

IRM T2 Fat sat

Tumeur vasculaire dans le muscle infra-épineux

Lésion en hypoT1/HyperT2 serpentineuse contenant des plages nodulaire évoquant des phlébolithes. Œdème réactionnel intramusculaire



Malformation artérioveineuse

localisation musculaire tous les muscles peuvent être concernés

15 % se situe au niveau de la tête et du cou notamment le muscle masséter

Accessible à une embolisation

Deux tiers des malformations veineuses sont connues dès la naissance
un tiers à l'âge adulte ,

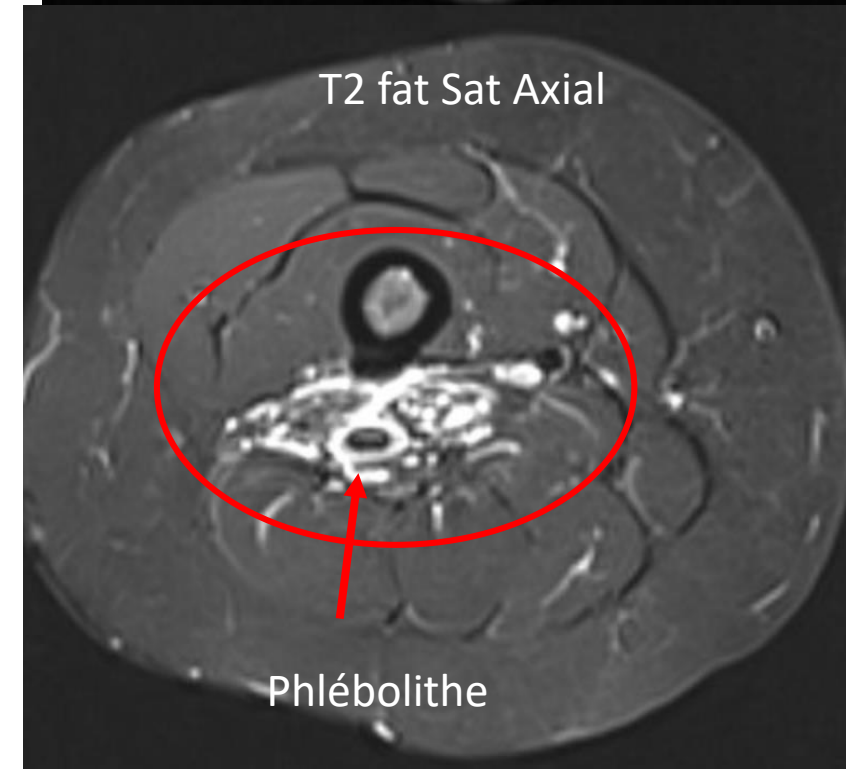
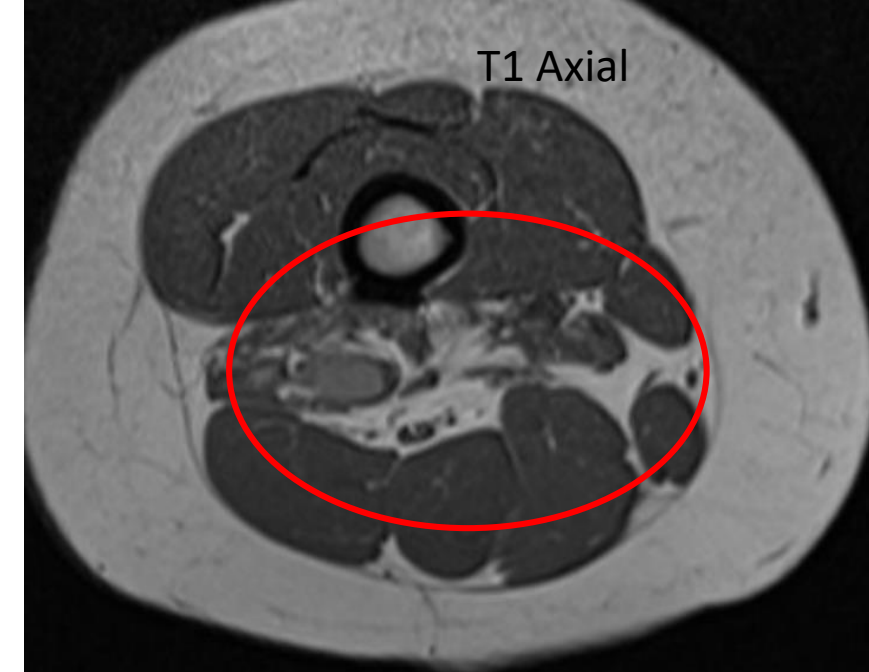
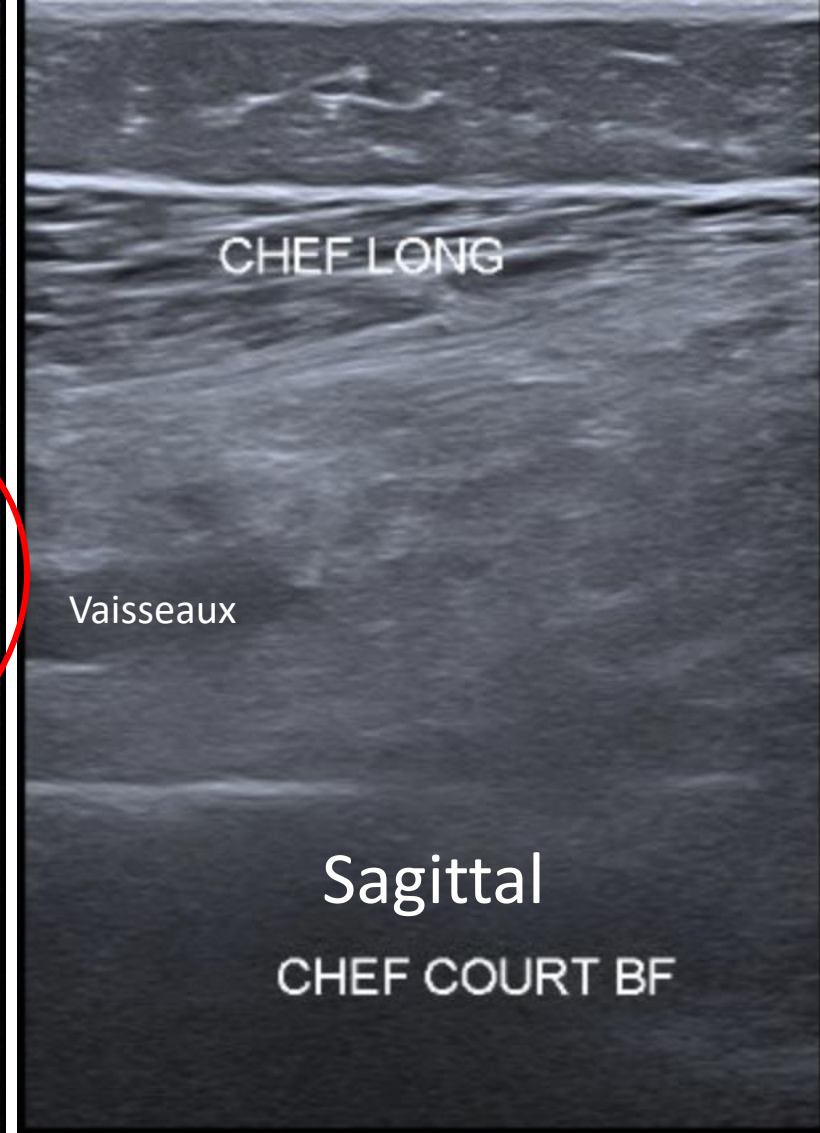
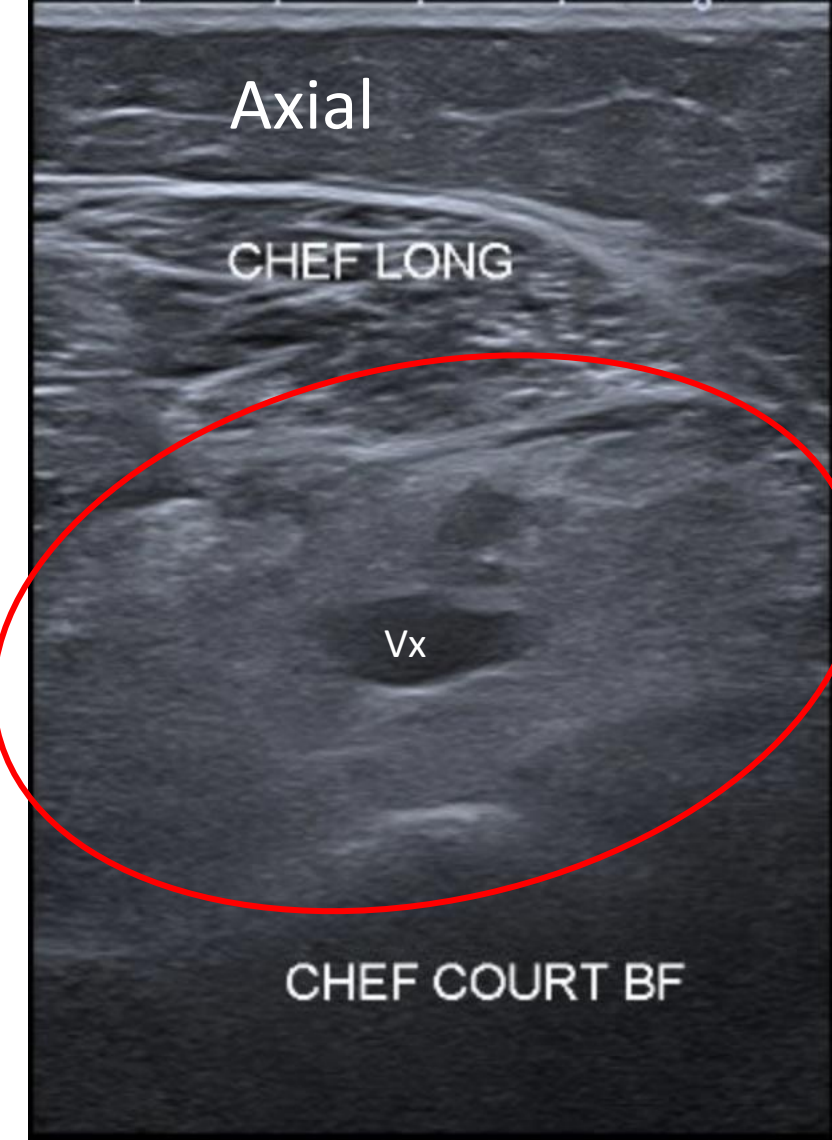
les symptômes peuvent apparaître en fonction des efforts

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12447041/>

Dg Malformation vasculaire à flux lent d'origine veineuse

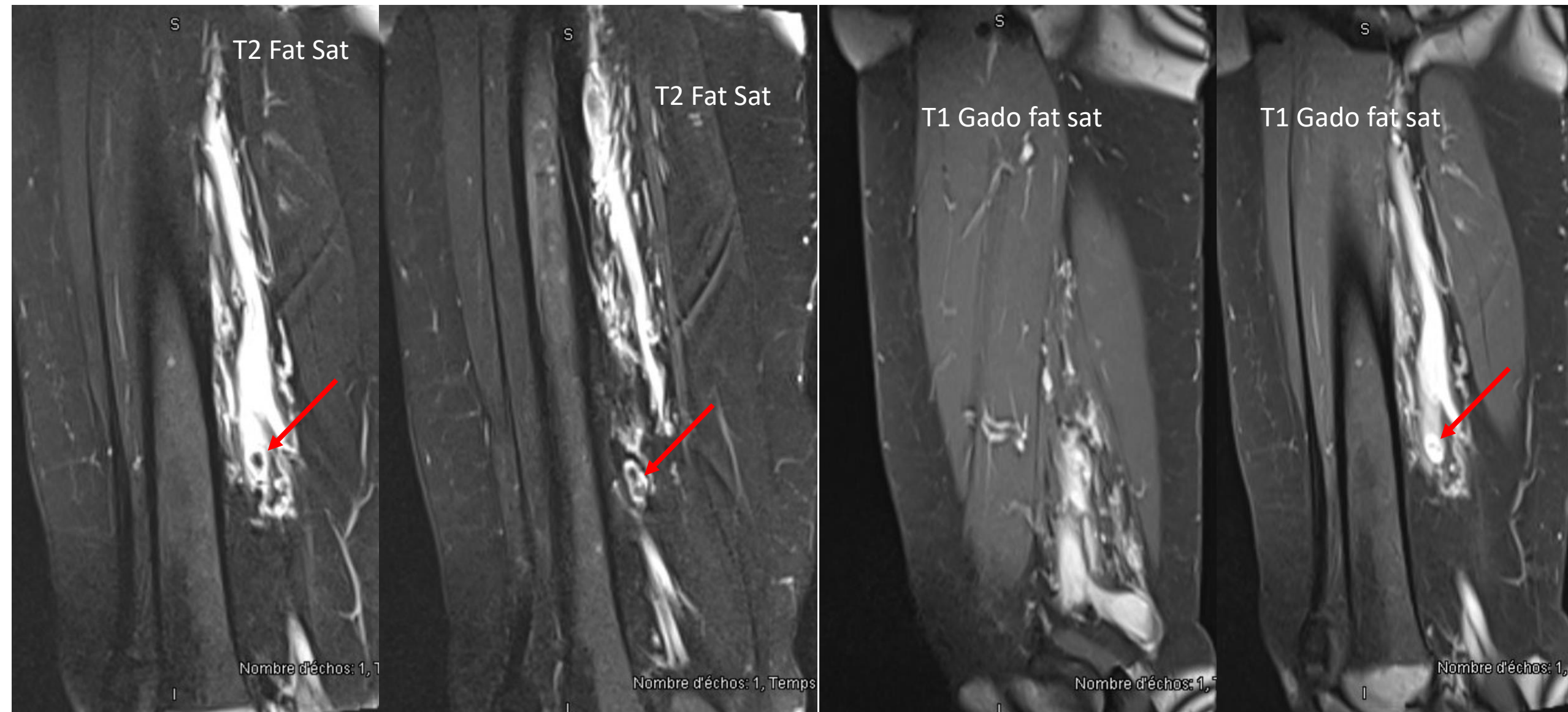
Traitement à discuter :

- Aspirine pendant les crises
- (contention quand possible)
- Embolisation per-cutanée à l'Aetoxisclérol mousseux



Autre lésion vasculaire à flux lent intéressant le chef court du biceps fémoral sur toute sa hauteur. Evolue depuis des années. Involution graisseuse en T1

Sagittal : Lésions vasculaire étendue sur toute la hauteur du Biceps Fémoral.
Phlébolithe (Flèche). Rehaussement après injection de gadolinium.



Cas 4

patiente née en 1945 présentant des dorsalgies

Rachis dorsal sagittal T2 fatsat

Discopathie érosive destructrice évoquant une spondylodiscite.

Liquide à la place du disque intervertébral; Important œdème osseux en miroir. Pas d'abcès ne permettant pas sur la seule imagerie d'affirmer formellement le diagnostic

Diagnostics possibles : Spondylodiscite infectieuse / microcristalline

Cas 5

Femme de 50 ans douleurs des mains et des pieds

Echec du méthotrexate et de l'Arava

Insuffisance des anti-inflammatoires

Discussion arthrose versus rhumatisme psoriasique ou rhumatisme métabolique

Absence d'allele B27

Pas d'autoanticorps

Atteinte destructrice mcp et rhizarthrose sans signe de cca

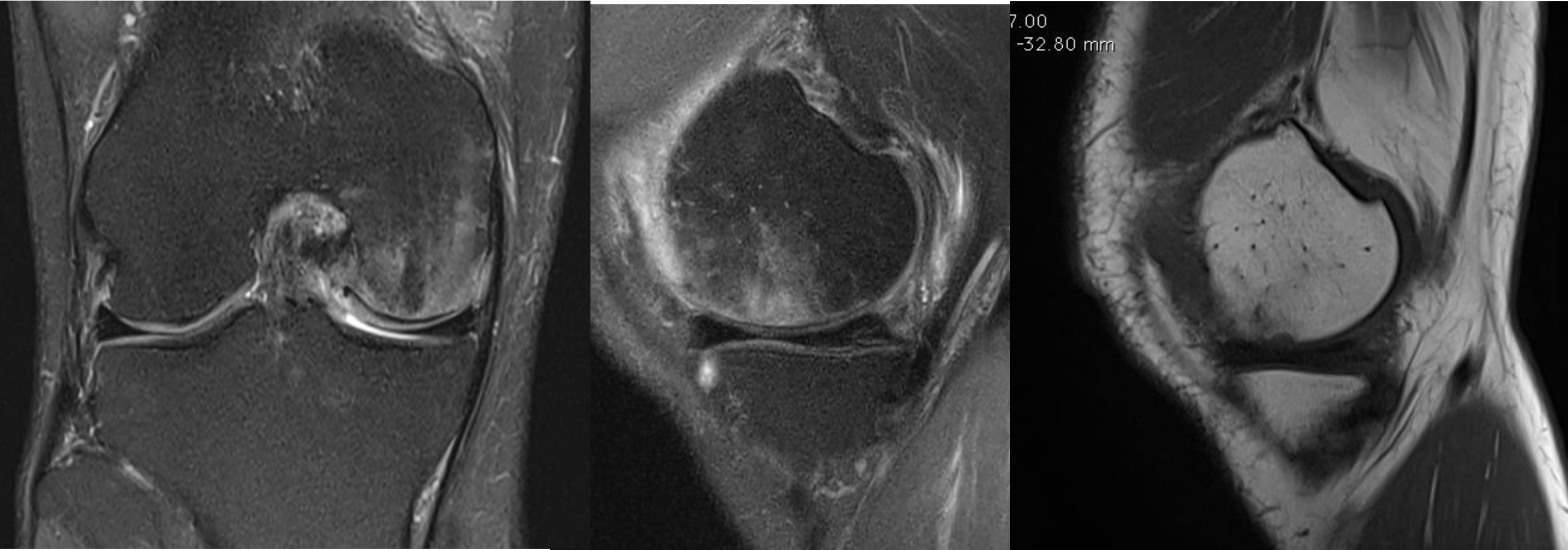
Arthropathie destructrice tarso-métatarsienne bilatérale et symétrique non spécifique. Pas de calcification. Pas d'érosion marginale notamment des M5.



- Discussion entre rhumatisme psoriasique/ microcristallin et arthrose erosive
- Propositions
 - Rajout typage HL classe 2 à la recherche des allèles de pso : 6, 7 et 13 (et Cw6 mais nr)
 - irm main à la recherche de signes d'osteite plus spécifiques de rhum pso
 - discuter colchicine ou biothérapie

Cas 6

Gonalgie aiguë Fracture osseuse sous-chondrale par insuffisance osseuse condyle interne. Petit trait linéaire en hyposignal T1 et T2. Œdème osseux du condyle



Propositions

Bilan d'op

Decharge

Perf de pamidronate hors amm

Rappel des AMM de l'Arédia

- métastases

- hypercalcémie

- myélome