

ALVAL syndrome

- Homme de 86 ans

- ATCD :

1994 PAC

2011 fracture fémur droit PTH reprise 3 fois, douleur modérée avec boiterie séquellaire

- Octobre 2023 : suspicion RIC

Polyarthralgies inflammatoires intenses d'apparition brutale quelques heures après une coronarographie :

Epaules poignets mains avec oedème + myalgies MI

CRP 44 mg

Corticosensible 20 mg

PPR ? RS3PE ? ...

- Novembre 2023 :

Plus de douleur mais CRP 61 sous corticoïdes , Hg 10 VGM 111

FR CCP neg ACAN 1/320 ECT neg Dnan 30 ui

Radio arthrose

Decroissance CT , TAP, complément immuno

DPC 2

- Bilan immuno rien de plus

TAP tumeur médiastinale antérosupérieure 5 cm polylobée kystique + calcifications 46*46*38

PET scan fixation de la tumeur médiastinale et hanche droite
Biopsie non informative

Janvier 2024

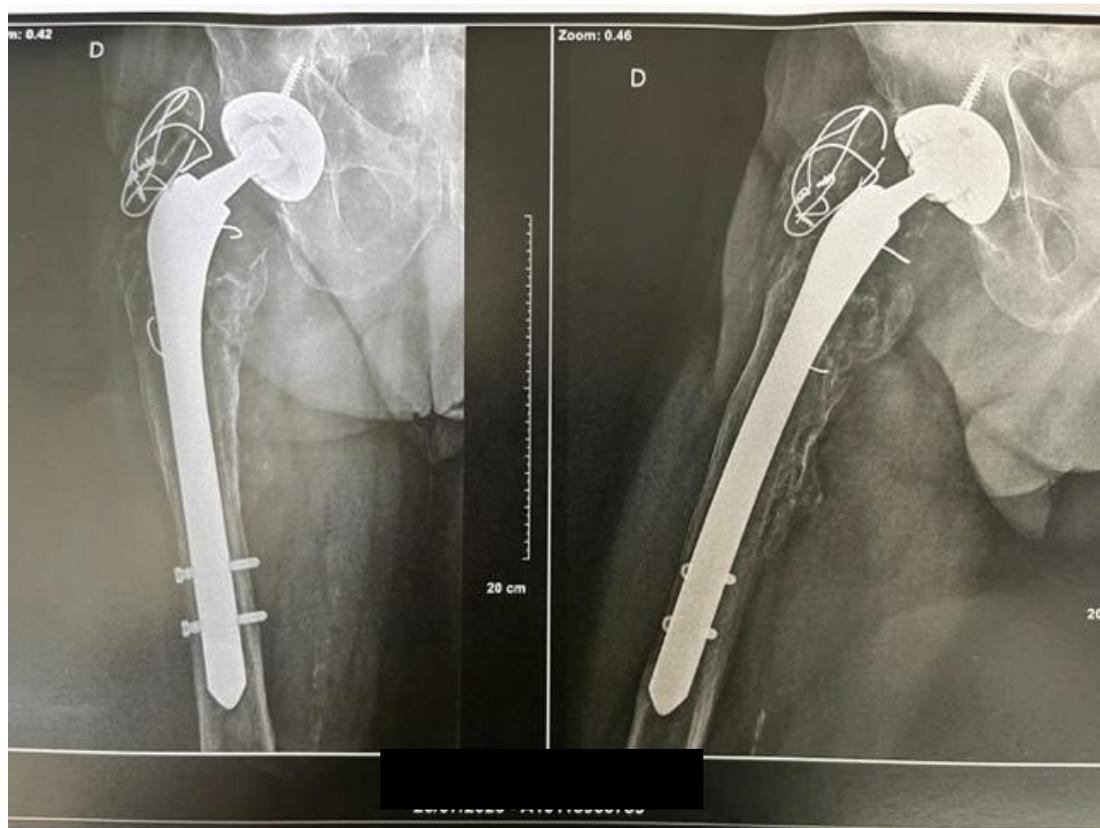
Coronarographie par voie fémorale droite

Douleur intense de la « hanche » post KT, suspicion hématome , écho : bursite psoas en
Echographie

Soulagé en grande partie par prednisone 20 mg cure courte

Echo juin 2024 : zone hypoechogène 16 mm insertion sartorius, formation ovale du pli de l'aîne hypoechogène non totalement liquidienne 56 mm

DPC2



- Juin 2024 scanner hanche droite :

Prothèse de hanche droite non luxée. Vissage acétabulaire et diaphysaire inférieur. Cerclage trochantérien. Pas de liseré de descellement au pourtour du matériel chirurgical.

Collection hypodense au pourtour de l'extrémité supérieure du fémur droit avec résorption osseuse proximale de la région intertrochantérienne. Prolongement de la collection en regard du chef iliaque du muscle iliopsoas avec calcifications intralésionnelles. Pas de contenu dense. Collection péri chronique périprothétique chronique ?

- Consultation Dr ARLAUD : ALVAL syndrome (atypical lymphocytic vasculitis associated lesion)
- Cobaltémie : 13,63 microg / l (N< 0,45)
- Aout 2024 contrôle scan thoracique tumeur stable , surveillance annuelle
- Anamnèse pneumologue
- 2011 pas de lésion médiastinale
- 2014 apparition de la tumeur médiastinale de même dimension, pas explorée car perte de vue

Complications locales : ostéolyse , pseudotumeur, épanchement

Complications systémiques :

Nombreux case report

- Cardiomyopathie
- thyroïde
- Neuropathie
- Chorioretinite
- Anémie hémolytique
- ACAN, ANCA
- Granulomatose sarcoidose like
- Anémie chronique macrocytaire (cobalt –B12)
- Arthromyalgies
- Décès per op sur RPTH, relargage ?



Revue du Rhumatisme
Volume 88, Issue 1, January 2021, Pages 65-67



Fait clinique

Intoxication au cobalt à partir d'une prothèse de hanche imitant une maladie auto-immune ☆

Alessandro Biglia ^a,  , Valentina Morandi ^a, Sara Monti ^{a b}, Paolo Delvino ^a,
Lorenzo Cavagna ^a, Carlomaurizio Montecucco ^a

Orteil gonflé

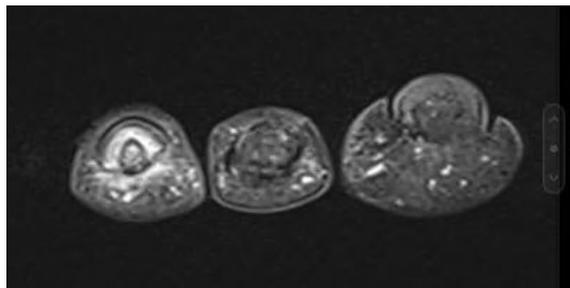
Douleurs et gonflement du 3e orteil à droite depuis 18 mois

Radiographie osseuse en date de janvier 23 fines lacune
cerclée au sein de la 2e phalange augmentation de volume
des parties molles par ailleurs rien d'autre

IRM du pied lésion de 2 mm de diamètre hyper T2
rehaussement







Dr BERTIN MAGHIT LEA

A Marseille, le 03/09/2024

Chère consœur,

Je vois ce jour Madame GELLY ANNE MARIE (23/09/1956) qui est un peu inquiète sur cette inflammation persistante de son orteil. Elle a été opérée sur une articulation déjà bien arthrosique et inflammatoire. Je la rassure, il s'agit d'une inflammation post-opératoire classique qui va s'améliorer dans les mois à venir. Le problème est la localisation en effet sur les orteils cette inflammation est souvent gênante du fait de la nécessité permanente de l'utilisation de ces derniers. Elle est déjà un petit peu mieux les choses devraient continuer de s'améliorer avec le temps. Je la reverrai en cas de persistance des douleurs. Au besoin, je reste à votre disposition.

Confraternellement,

Docteur André GAY

Prélevé par : Dr ANDRE GAY
Lu par : Hélène VACHERET
Téléphone :
Date de prélèvement : 01/07/2024
Date de réception : 01/07/2024
Date de validation : 15/07/2024

Dr ANDRE GAY
Toumécé CH
393 AVENUE DU PRADO
13008 MARSEILLE

Résultat transmis à : Clin. JUGE
Dr. LEA BERTIN-MAGHIT

PRELEVEMENT INTRAOSSEUX 3e ORTEIL PIED DROIT

RC.Suspicion de kyste intraosseux

Prélèvement fixé au formol tamponné à 4 %.

le prélèvement se compose de deux petits fragments de 2 et 3 mm de grand axe inclus en totalité. Un bloc. Recoupes effectuées.

Le plus volumineux fragment, met en évidence un petit nodule cartilagineux, pauci cellulaire,. On retrouve en périphérie quelques esquilles osseuses.

Absence de lésion suspecte

CONCLUSION. image en faveur d'un petit enchondrome bénin

Compte-rendu signé électroniquement le 15/07/2024,
par le Médecin Pathologiste Hélène VACHERET



Nevralgie brachioradiale ou notalgie paresthésique

60 ans

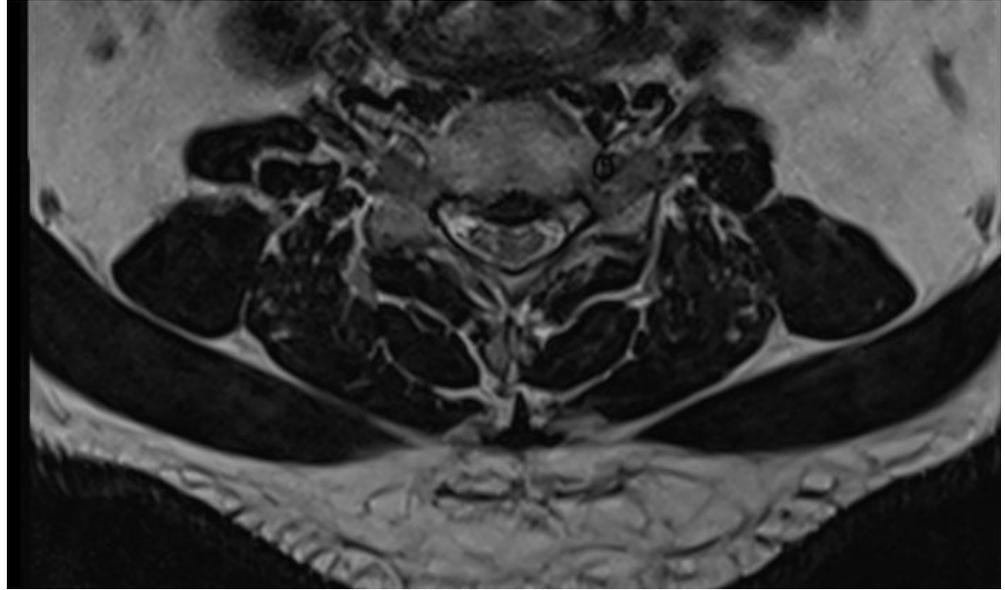
Douleur bras g depuis 2022

Pas de cervicalgies

Amyotrophie récente (mucslé
brachioradial probable)

Echo rx irm ras





Marseille, le **20 septembre 2024**

JMP/JP

N° appareil :

ELECTROMYOGRAMME MEMBRE SUPERIEUR GAUCHE

Examen pratiqué à la demande du Docteur : **SADOUN DANIEL**

Indication de l'examen : Algies cervicobrachiale avec acroparesthésies, recherche de syndrome canalaire distal, suspicion de neuropathie diabétique ou d'atteinte radiculaire associée.

1. Électromyographie de détection :

(Muscles étudiés : deltoïde, biceps, long supinateur, court abducteur du pouce, premier interosseux)

Absence d'activité électrique de repos.

Absence d'activité pathologique d'insertion.

En contraction forte, tracés interférentiels dans tous les territoires musculaires étudiés, sauf dans ceux dépendant de la branche distale du myotome C6 gauche où l'on observe l'existence de signes de dénervation périphérique chronique sous forme de tracés intermédiaires riches pulsant à fréquence élevée.

En contraction faible, l'étude des potentiels d'unité motrice, tant dans leur forme que l'amplitude de leur durée confirme cette atteinte

2. Épreuves de stimulodétection :

Les différentes mesures des latences distales et vitesses sensitivomotrices sont normales.

Conclusion :

Les tracés électromyographiques mettent en évidence l'existence de signes discrets de dénervation périphérique chronique dans les territoires musculaires dépendant du myotome C6 gauche, sans répercussion dans la conduction nerveuse sous-jacente, en faveur d'une axonopathie proximale non démyélinisante de nature radiculaire. Il n'y



Fondation
AMROISE PARÉ
1840

6, rue Désirée Clary – 13003 Marseille
Standard : 04.13.42.70.00 - RDV : 04.13.427.427
Accès : Métro ligne 2 - station Désirée Clary
Tramway ligne 2 – station Euroméditerranée/Gantès
www.hopital-europeen.fr

Unité de Rhumatologie

Mr SALEM Gawad

a pas de syndrome canalaire distal associé, tant au niveau du nerf médian au poignet, que du nerf ulnaire au coude. On ne retrouve pas non plus de neuropathie diabétique tant axonale que tronculaire démyélinisante.

2. Épreuves de stimulodétection :

Les différentes mesures des latences distales et vitesses sensitivomotrices sont normales.

Conclusion :

Les tracés électromyographiques mettent en évidence l'existence de signes discrets de dénévation périphérique chronique dans les territoires musculaires dépendant du myotome C6 gauche, sans répercussion dans la conduction nerveuse sous-jacente, en faveur d'une axonopathie proximale non démyélinisante de nature radiculaire. Il n'y



6, rue Désirée Clary – 13003 Marseille
Standard : 04.13.42.70.00 - RDV : 04.13.427.427
Accès : Métro ligne 2 - station Désirée Clary
Tramway ligne 2 – station Euroméditerranée/Gantès
www.hopital-europeen.fr

Unité de Rhumatologie

Mr SALEM Gawad

a pas de syndrome canalair distal associé, tant au niveau du nerf médian au poignet, que du nerf ulnaire au coude. On ne retrouve pas non plus de neuropathie diabétique tant axonale que tronculaire démyélinisante.

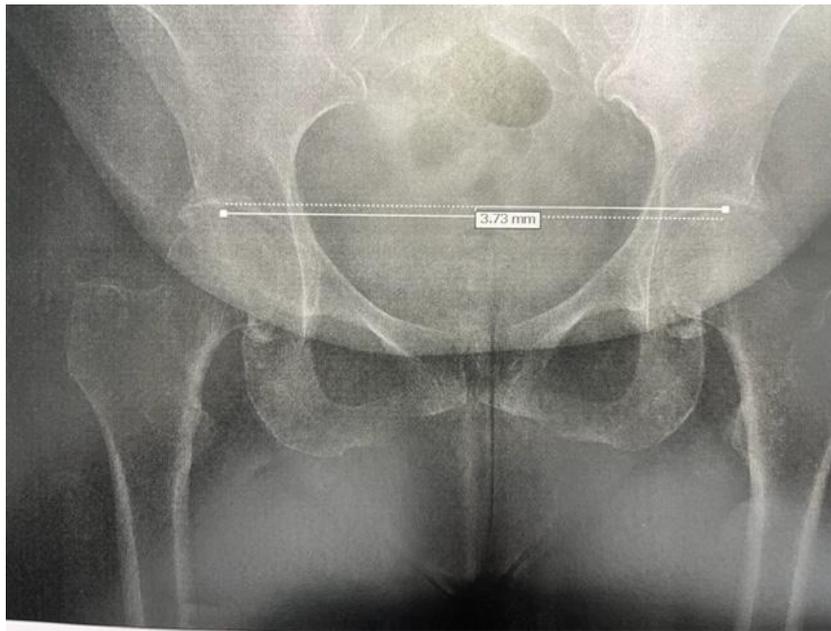
Nevralgie brachioradiale ou notalgie paresthésique

Muscles par racines

Nerf	Muscles
Spinal XI	SCM et trapèze
C4	Phrénique , angulaire de l'omoplate ? (C4C5)
C5	Deltoïde (axillaire C5), rhomboïde (C4C5), infraépineux (C4C5), biceps (<u>musculocutané</u> C5C6)
C6	Radial : brachioradial (C6), <u>ERcarpe</u> (C6C7), Médian : rond pronateur (C6C7) Musculo-cutané : biceps et brachioradial (C5C6)
C7	Radial : triceps , <u>ERcarpe</u> (C6C7), <u>ext commun doigts</u> (C7C8), Médian : fléch radial carpe ,
C8	Médian : court abducteur du pouce (C8T1), long fléch pouce Ulnaire : 1 ^{er} IOD , abdV Radial : extenseur de l'index
T1	Médian : court abducteur du pouce

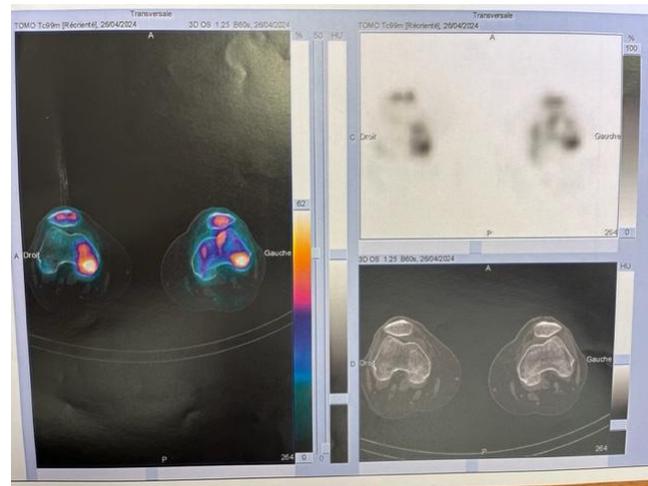
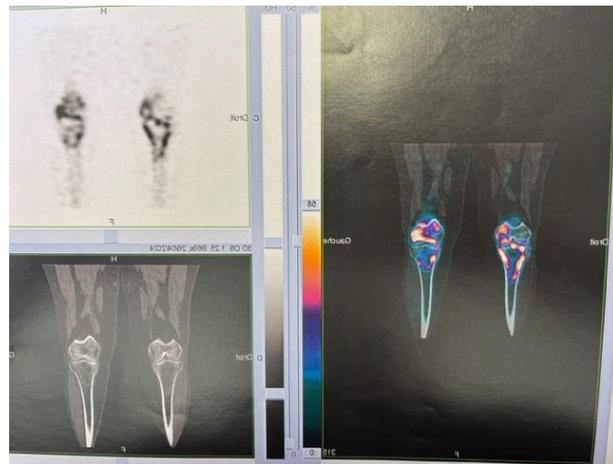
Infarctus osseus

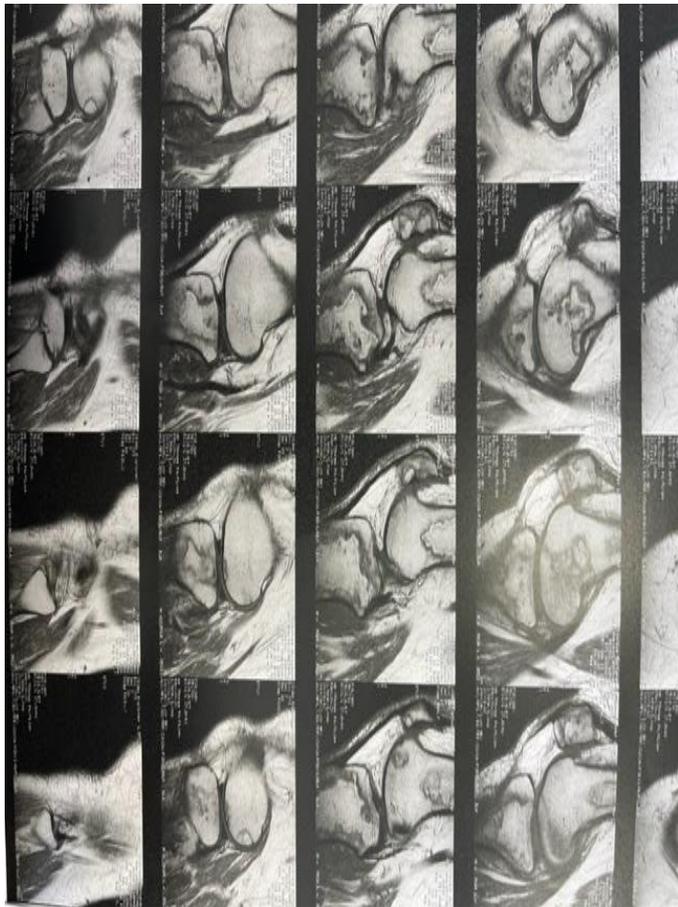
16/04/2024





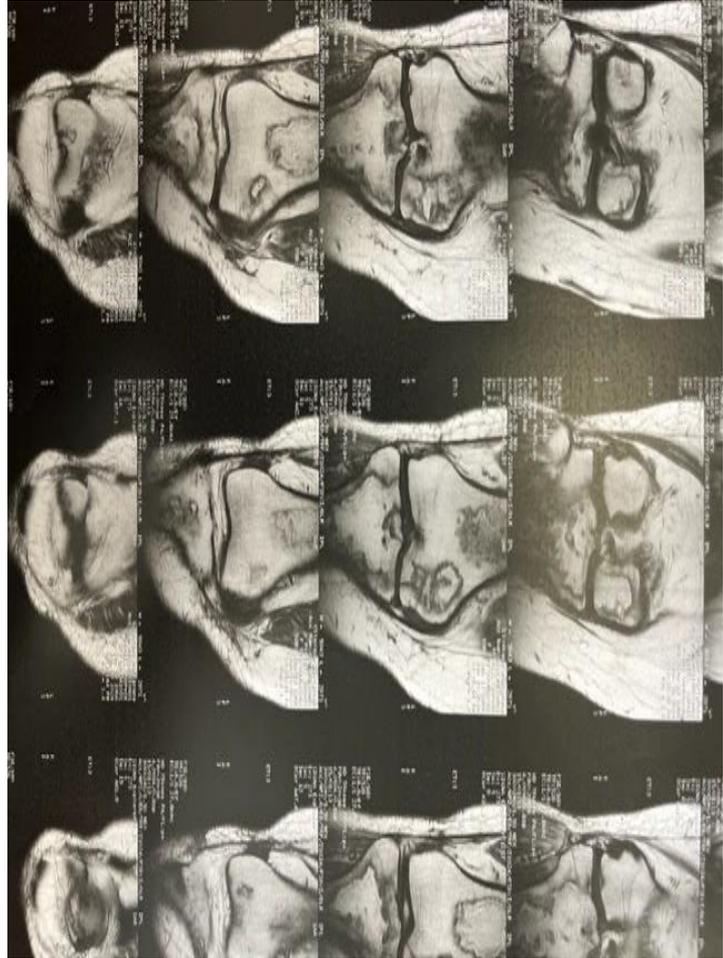
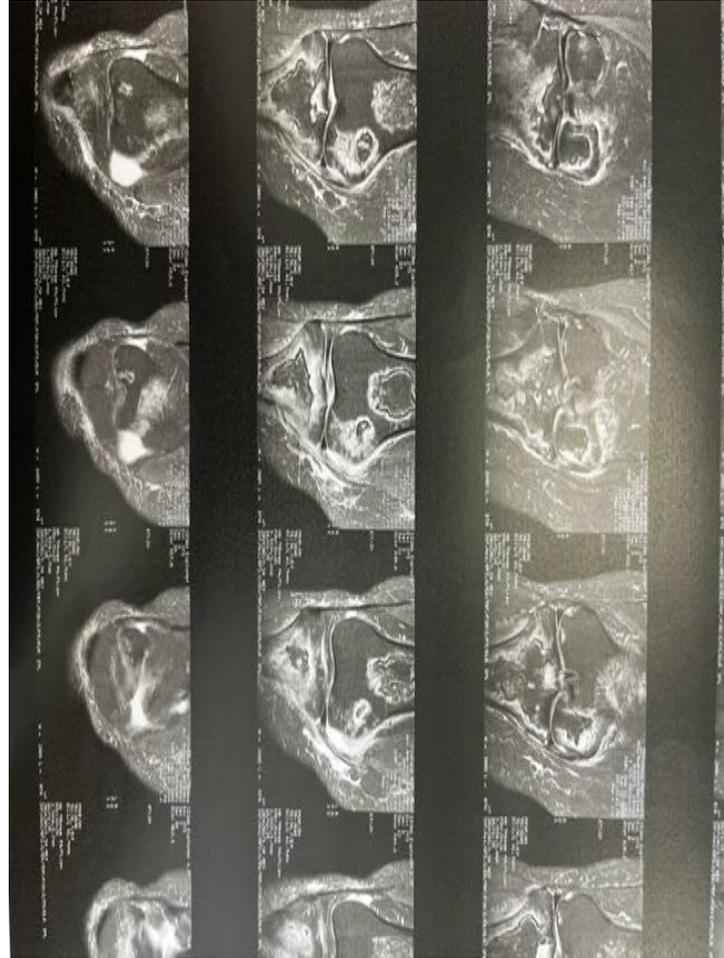
26/04/202
4

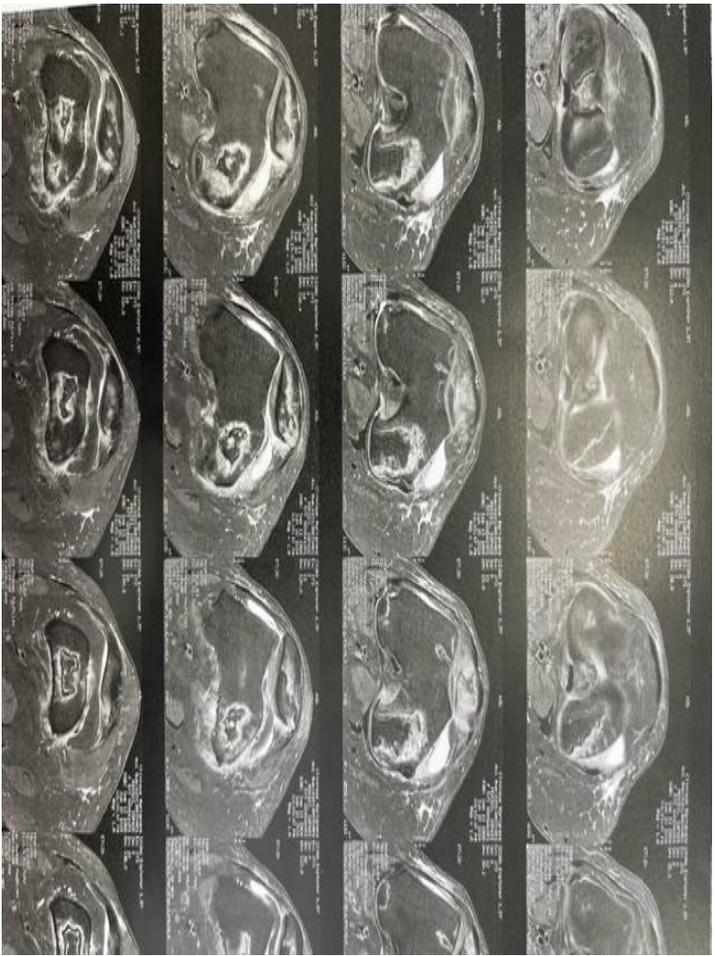


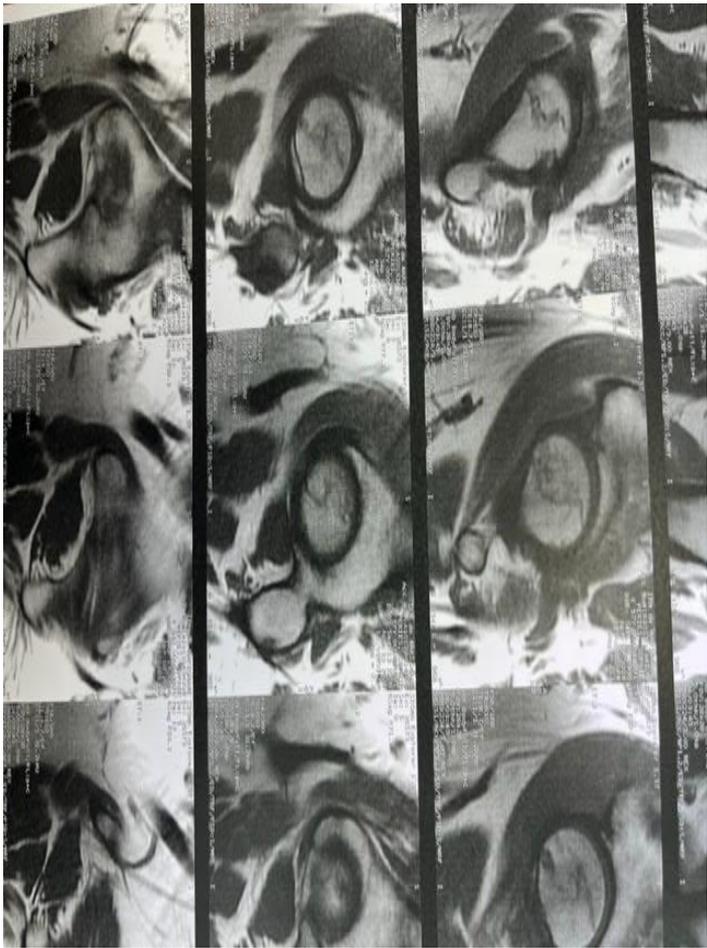


Genou droit
16/06/2024









10/04/2024







Femme 57 ans

Juin 2024

dl pieds +++ hanche droite, mécaniques , IF totale 2 cannes / fauteuil

IDM stent / AOMI stent

tabac sevré 2019

sd dépressif

OH 0 ???

Obésité

Coxarthrose droite

Février mars 2024 douleur « hanche droite » brutale

Infiltration Péritrochanterienne efficace puis récurrence 2° infiltration inefficace

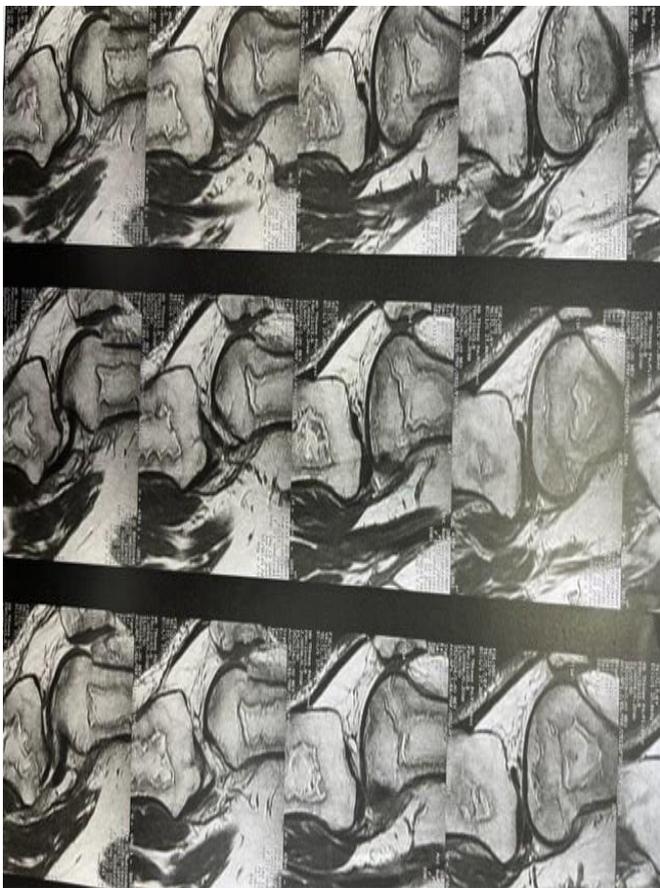
puis extension des douleurs : hanche g , genoux , pieds , rachis lombaire

Plusieurs infiltrations en qq semaines (périart hanche dt, art hanche gauche, rachis, genoux)

ex mobilisation passive et active hanches genoux en décharge très peu douloureuse

dl mécanique dès la mise en charge

plavix propranolol levothyrox liptruzet ketapine effexor tercián valium theralène



Genou gauche 03/07/2024





Genou gauche
juillet 2024





Septembre 2024 :

Souffre moins

Se déplace avec une seule canne, pied droit reste très douloureux

vgm 103 plaq nl hg nl crp 13 pal 147 GGT 345 transa 163/194

TCA nl TP 83

alb 39 bilan lipide nle

b12 431 nl folates 4 bas

cortisol 41 (67/226)

acth 5 (4.7-48)

VIH neg

creat 7.9 cl 83 ca 92 vit d 32

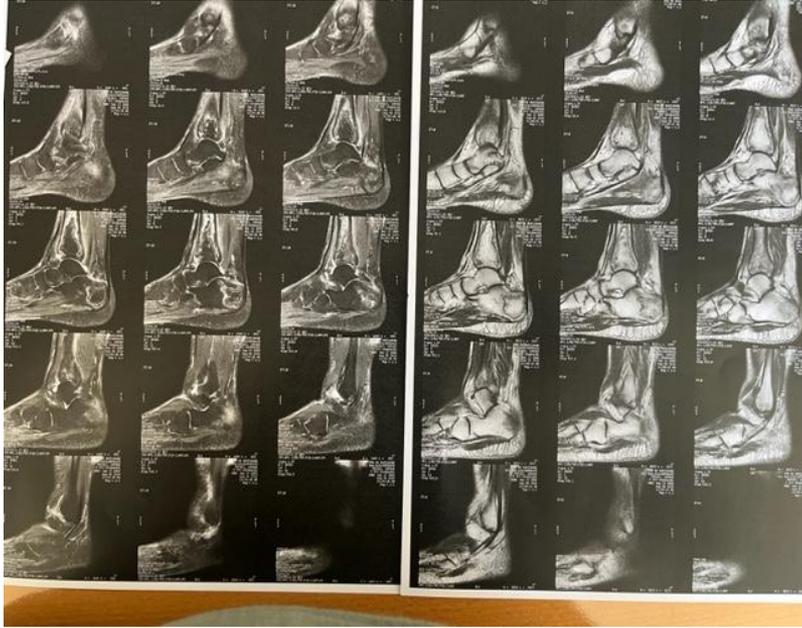
ELP hg nl

ACAN ECT Dna neg

ACC neg

ACL igm + 79 ui / IgG neg

AC anti b2gp1 neg



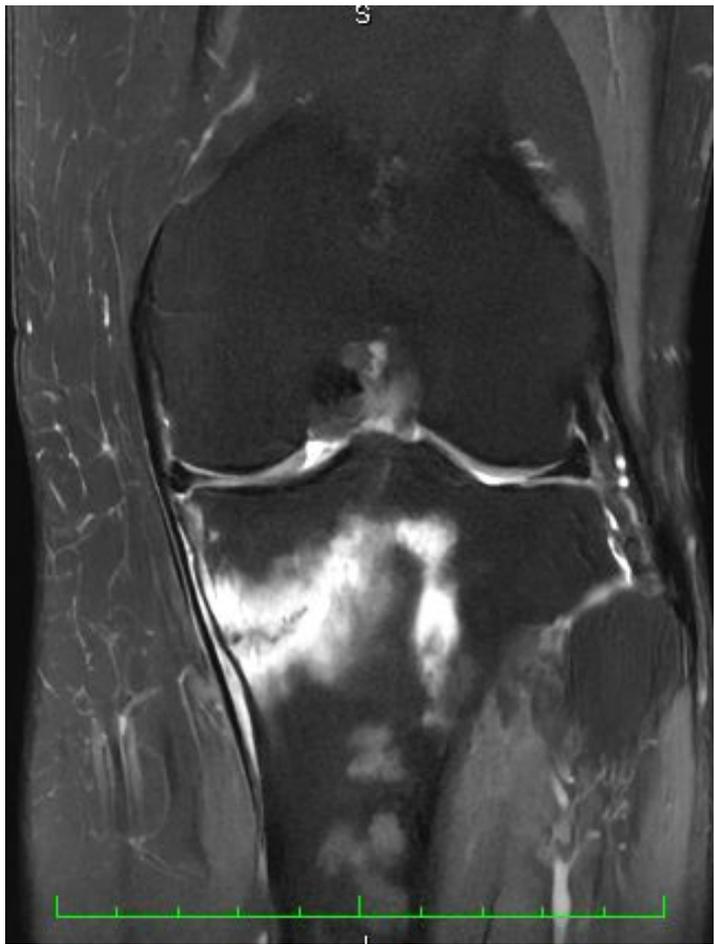
Aout 2024



29/08/2024
A plus de 6
mois



Osteopathie au methotrexate

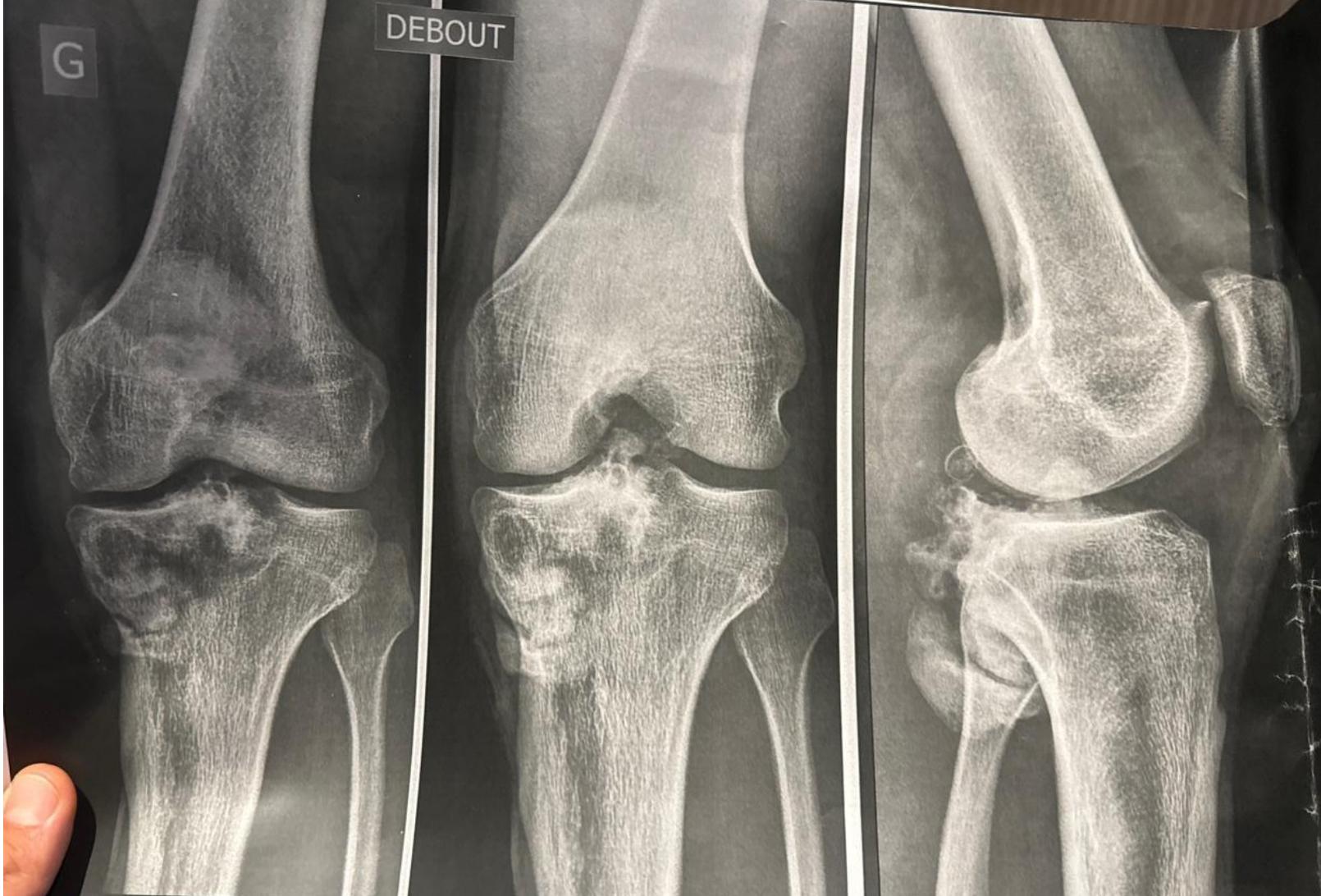


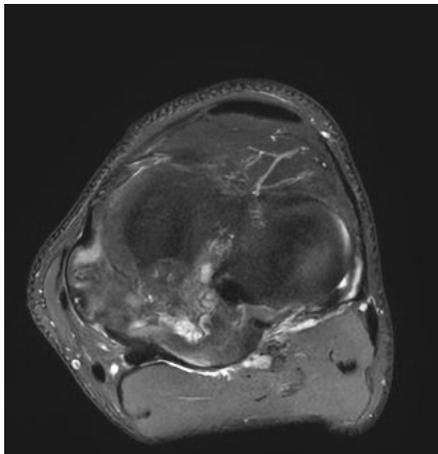
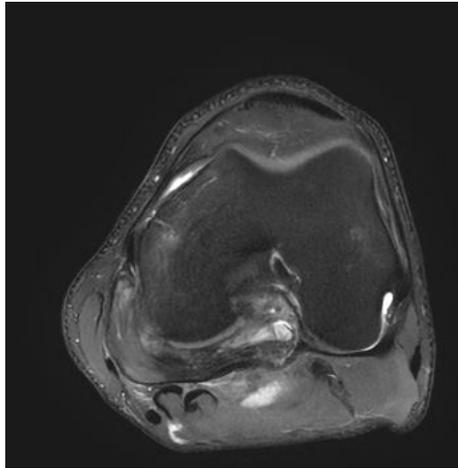
Tumeur du genou?

Flessum chez un homme jeune plusieurs mois après une chute en escalade

G

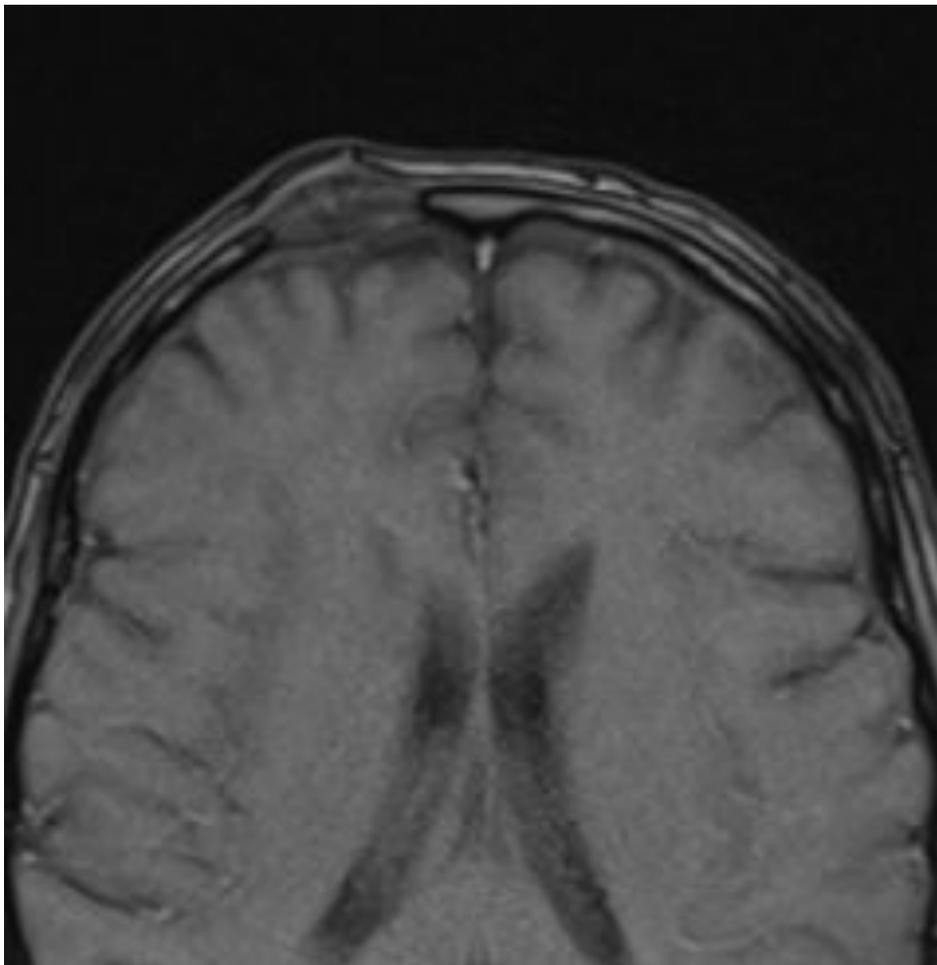
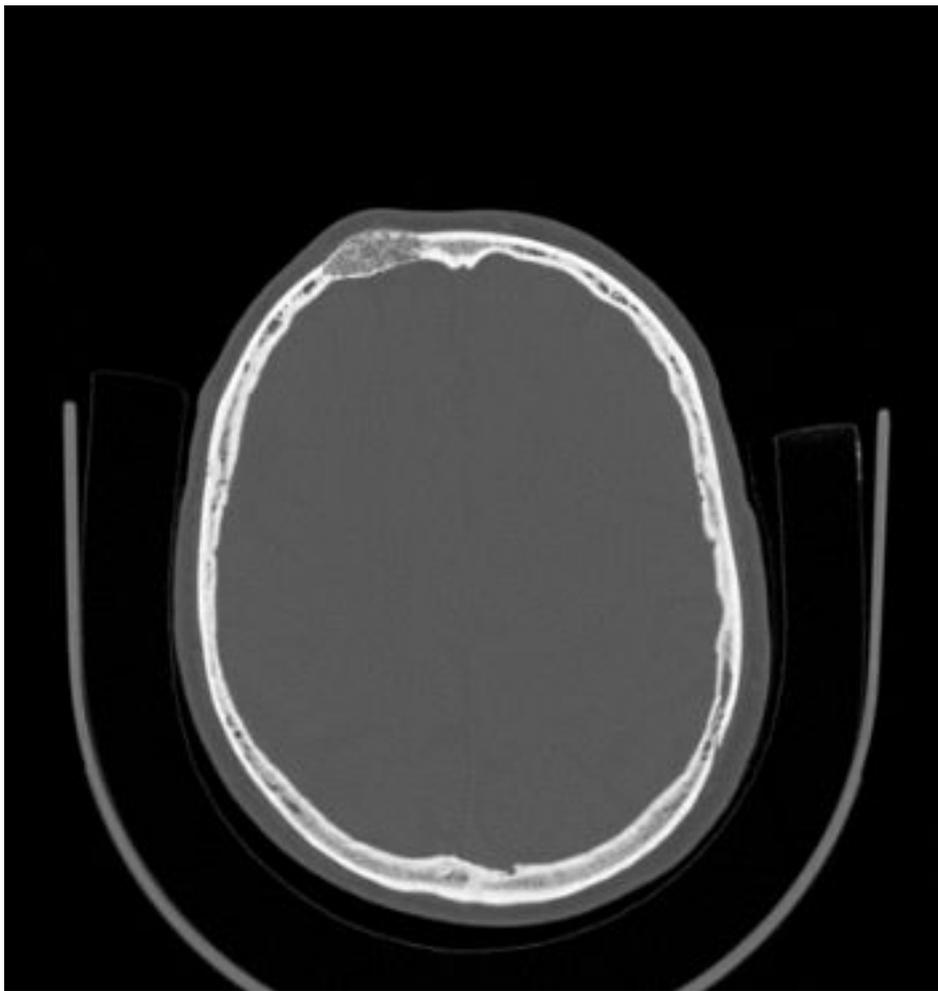
DEBOUT





Faire un scanner, possible
fracture d'une tumeur
benigne

Tumeur lytique du crâne
possible dysplasie fibreuse



	Kyste épidermoïde / dermoïde	Angiome	Granulome éosinophile	Métastases	Myélome	Maladie de Paget (ostéoporose circonscrite)	Dysplasie fibreuse
Nombre et taille	Unique			Multiples		Large plage	
Contenu	Contenu hétérogène liquide + graisse	Trabéculations Spicules radiaires	Trabéculations Séquestre	Sein: séquestre	Contenu homogène tissulaire	Densité osseuse diminuée	Lytique et condensant
Limites	IA1	IC	IC à bords polycycliques, déchiquetés	IC / II à bords irréguliers	IC	IC +/- liséré clair	IA1
	Soufflant si volumineux	Soufflant		Rein, thyroïde: soufflant			Soufflant la table externe
Localisation	Lyse la table externe	Lyse la table externe	Lyse surtout la table externe	Lyse surtout la table interne	Pas d'atteinte des tables	Corticale épaissie Anomalie des tables interne et externe	Corticale amincie mais nette