

Réunion rhumatoDPC du jeudi 7 mars à 20h30

### **Cas 1 : Mme V a 52 ans**

#### 1. Antécédents :

Perso : Purpura rhumatoïde en 1979 (8 ans) et 1996 (25 ans)

Mère : notion de PR et mastocytose

#### 2. Histoire de la maladie :

Arthralgies diffuses apparues entre 35 et 40 ans : mains, fessalgie gauche, chevilles

HLA B27 –, Pas de syndrome inflammatoire

Intolérance Plaquenil : réaction cutanée

Méthotrexate de 2014 à 2016 : amélioration des douleurs, décision d'arrêter le traitement par methotrexate car suspicion de fibromyalgie

2021 : suspicion de Spondyloarthrite devant cette fessalgie gauche et les résultats de l'IRM,

Bien soulagée par Apranax seul

#### 3. Imagerie :

**TDM lombaire 22.01.2024** : Discopathie avec pincement discal en L3 L4 avec hernie intra spongieuse en miroir avec ostéosclérose , Signe du vide des sacro iliaques sans autre anomalie, pas de sacro iliite, Pas d'anomalie des articulaires postérieures

#### **IRM lombaire et sacro iliaques 2.01.2024 :**

Atteinte inflammatoire en miroir de la partie postéro inférieure de la sacro iliaque gauche avec respect de l'interligne sans signe de sacro iliite. Hypersignal en miroir de L3 L4 Modic 1 et atteinte inflammatoire du disque, pas d'enthésopathie inflammatoire. Très légère majoration de l'atteinte L3 L4 par rapport à 2020

#### **IRM lombaire et sacro iliaques 2014 :**

Respect du disque L3 L4

Image de la sacro iliaque gauche superposable a l'imagerie de 2024

Question : peut-on confirmer l'absence de SA ? Quel traitement antalgique proposé ? Quid de l'infiltration intra discale ?

#### **Réponse DPC :**

Sur le plan sacro-iliaques, l'IRM montre un œdème secondaire à la présence d'une facette accessoire. La pathologie mécanique des articulations sacro-iliaques est fréquente et probablement sous-estimée car l'arthrose sacro-iliaque et l'ostéose iliaque condensante sont souvent asymptomatiques. L'analyse systématique des articulations sacro-iliaques sur le scanner lombaire réalisée pour explorer les lombalgies chez des patients de moins de 40 ans, a montré la présence d'anomalie des sacro-iliaques dans plus de 30 % des cas (Klang E and al. Prevalence and awareness of sacro iliac joint ... Acta Radiol 2017). Les anomalies les plus fréquentes étaient l'ostéose iliaque condensante,

hyperostose de l'arthrose. La présence d'une condensation sans érosion, d'un vide intra-articulaire et d'ostéophyte orientent vers une atteinte non inflammatoire de l'articulation sacro-iliaque

L'atteinte semble très inflammatoire au niveau des disques +++ en L3/L4. Dans ce cadre, il y a 3 hypothèses diagnostics :

- Discite infectieuse (peu probable car intégrité du disque)
- Discite micro cristalline
- Discite Inflammatoire

**Dans le cadre des discites microcristallines**, 3 types de cristaux sont susceptibles de se déposer dans les structures discales : cristaux uratiques, cristaux de pyrophosphates de calcium et apatites

Les aspects IRM sont un aspect de pseudo spondylodiscite :

– Hyposignal en séquence T1 et T2, voire hyposignal T1 et hypersignal T2, hypersignal STIR

Le traitement de l'accès inflammatoire est celui des arthropathie microcristalline



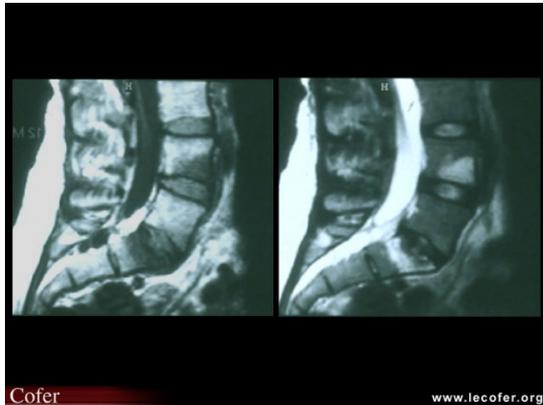
**Dans le cadre d'une spondylodiscite infectieuse :**



Spondylodiscite infectieuse à pyogènes plurifocale. IRM séquence T1, coupe sagittale (cliché de gauche). Hyposignal des corps vertébraux de L4 et L5 et du disque L4-L5, pincement modéré des disques de L1-L2 à L4-L5. Hyposignal en encoche des plateaux de L3 et du plateau inférieur de L1. Après injection (cliché du milieu), rehaussement hétérogène de L4 et L5. Épidurite de L3 à S1 en

avant et en arrière du fourreau dural. En séquence T2 (cliché de droite), hypersignal discal multifocal prédominant en L4-L5. Hypersignal hétérogène des corps vertébraux de L1 à L4. Épidurite L3-S1 sans signe de compression du fourreau dural.

#### **Dans le cadre d'une discite inflammatoire :**



Spondylo arthrite avec sur l'IRM : spondylites inflammatoires d'une part de L4 (prenant son départ au coin antéro-inférieur de la vertèbre), et d'autre part du plateau supérieur de S1 (aspect en hyposignal en séquence T1, et en hypersignal en séquence T2). Disque sain.

#### **Proposition de prise en charge thérapeutique :**

Dans le cadre de discopathie inflammatoire de type Modic 1, qui est une discopathie active (Rannou 2007). Il décrit que c'est une vraie discopathie inflammatoire avec sécrétions de TNF alpha et interleukine un au niveau des plateaux vertébraux.

Il a mené une étude sur 90 patients lombalgiques et a démontré que les patients avec Modic 1, présentaient un dérouillage matinal plus long.

Étude thérapeutique avec injection d'Hydrocortancyl intradiscal : très nette efficacité à court terme (Fayad, Benyahya, Nguyen), 85 % d'amélioration à un mois (Nguyen 2017, Baudreuil 2012, Tavares 2020) mais amélioration transitoire. Récidive des lombalgies par contre importance de refaire un interrogatoire sur le type de douleurs, est-ce que ce sont des douleurs d'origine discale ou articulaire postérieure ?

L'intérêt de ce geste est de diminuer le risque d'une intervention vers une chirurgie lorsque le patient est très douloureux.

Ce geste doit être suivi d'une prise en charge rééducative, hygiène lombaire, infiltration de paresthésies isolée.

*Présentation du Dr Maxime BILDET, RAC n°7, Mars 2024, présentation en ligne à partir du mois d'avril / mai 2024*