

Compte rendu de téléexpertise

Réalisée le 18/06/2025 pour le patient 1

Adressée au réseau CHU de Toulouse (catégorie Rhumatologie (à destination des spécialistes))
le 26/05/2025 via la plateforme Omnidoc.

Compte rendu généré le 19/06/2025 à 10h03.
Le requérant confère le consentement express du patient.

- **Patient 1** femme née le 28/09/2003, tél : 0781131131, NIR : 203096525803270
- **Requérant** : Carine Dufauret-Lombard, Rhumatologie, RPPS : 10002944907
- **Expert** : Adeline Ruyssen-Witrand, Rhumatologie, RPPS : 10004426333

Échange

Carine Dufauret-Lombard, le 26/05/2025 à 16h25

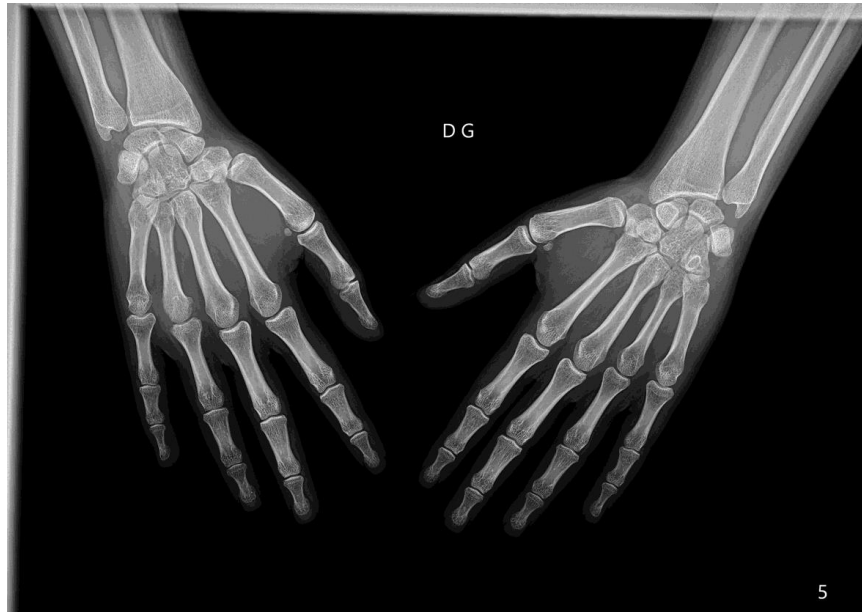
Bonjour Adeline,
J'aurais souhaité présenter ce dossier en RCP diagnostic
Voici sa fiche et sa radiographie main, j'envoie les CD au secrétariat pour le scanner et l'IRM
Bien amicalement
Carine DUFAURET-LOMBARD

Adeline Ruyssen-Witrand, le 18/06/2025 à 13h11

Avis WebRCP:
L'IRM montre une synovite isolée de la 4e MCP. On retrouve également un oedème osseux prédominant sur le versant métacarpien pouvant faire suspecter un ostéome ostéoïde
Le scanner ne confirme pas l'ostéome ostéoïde avec absence de nidus. On retrouve une périostite très modérée, probablement réactionnelle à l'inflammation locale. Il existe des lésions marginales pouvant faire évoquer des érosions.
On propose de refaire une imagerie de contrôle par une IRM + scanner pour vérifier l'évolution structurale. En fonction des résultats on proposera soit une nouvelle infiltrations ou une biopsie synoviale pour prélèvements microbiologiques + anapath.

Pièces jointes

- Patient 1



- 0689_001.pdf
Fichier externe

Compte rendu de téléexpertise

Réalisée le 18/06/2025 pour le patient 2

Adressée au réseau CHU de Toulouse (catégorie Rhumatologie (à destination des spécialistes))
le 20/05/2025 via la plateforme Omnidoc.

Compte rendu généré le 19/06/2025 à 10h14.
Le requérant confère le consentement express du patient.

- **Patient 2**, homme né le 29/10/1988, tél : +33652250259, NIR : 188109913936536
- **Requérant** : Claire Baradat, Rhumatologie, RPPS : 10101088499
- **Expert** : Adeline Ruyssen-Witrand, Rhumatologie, RPPS : 10004426333

Pièces jointes

Anamnèse, état clinique :	
Description signes rhumatologiques	douleurs poas. Hx de pte antérieure gauche sous le sternoclaviculaire (peut être suite à podale)
Résultats examens complémentaires (hors imageries discutées en Web RCP)	aspect inflammatoire chondrocostale gauche sur TIR atcd sémio-ne testiculaire 2016
Examens imageries présentés	IRM ☒ Dates et type :
	Scanner ☒ Dates et type :
	Radiographies ☐ Dates et type :
	Autres examens d'imagerie : A préciser date et type :
Votre question ?	Relecture Possibilité pte local infectif ?

Adeline Ruyssen-Witrand, le 18/06/2025 à 13h14
Avis WebRCP (Pr Faruch, Pr Ruyssen-Witrand, Dr Jamard, Dr Zabraniecki):

L'IRM montre des remaniements de l'articulation sterno-claviculaire et/ou chondro-sternale. Le scanner montre des lésions plutôt d'allure dégénérative.

Ces anomalies peuvent être en lien avec sa profession de kinésithérapeute.

On peut proposer en première intention une infiltration de l'articulation sterno-claviculaire qui semble la plus atteinte et en 2e intention l'articulation chondro-sternale.

Compte rendu de téléexpertise

Réalisée le 18/06/2025 pour le patient 3

Adressée au réseau CHU de Toulouse (catégorie Rhumatologie (à destination des spécialistes))
le 27/05/2025 via la plateforme Omnidoc.

Compte rendu généré le 19/06/2025 à 10h23.
Le requérant confère le consentement express du patient.

- **Patient 3**, homme né le 25/07/1992, tél : +33783676572, NIR : 192073417259635
- **Requérant** : Claire Baradat, Rhumatologie, RPPS : 10101088499
- **Expert** : Adeline Ruyssen-Witrand, Rhumatologie, RPPS : 10004426333

Anamnèse, état clinique :	
Description signes rhumatologiques	Douleurs cervicales TPN découverte fortuite aspect angio-me Tu
Résultats examens complémentaires (hors imageries discutées en Web RCP)	
Examens imageries présentés	IRM ☒ Dates et type : dorsale Scanner ☒ Dates et type : dorsale Radiographies ☐ Dates et type : Autres examens d'imagerie : A préciser date et type :
Votre question ?	Relecture images Nécessité surveillance ?

Adeline Ruyssen-Witrand, le 18/06/2025 à 13h17
Avis webRCP (Pr Faruch, Pr Ruyssen-Witrand, Dr Jamard, Dr Zabraniecki).
L'IRM rachidienne confirme l'atteinte d'allure angiomateuse s'étendant aux pédicules. Il n'y a pas d'atteinte des parties molles. Il n'y a pas de geste à proposer en l'absence de douleurs importantes.
Si la symptomatologie persiste, une nouvelle imagerie de contrôle à 2-3 ans peut être proposée.

Compte rendu de téléexpertise

Réalisée le 18/06/2025 pour le patient 4

Adressée au réseau CHU de Toulouse (catégorie Rhumatologie (à destination des spécialistes)) le 12/06/2025 via la plateforme Omnidoc.

Compte rendu généré le 19/06/2025 à 10h29.
Le requérant confère le consentement express du patient.

Patient 4 : femme née le 16/08/1962, tél : +33633194543, NIR : 262081220206151

- **Requérant** : Claire Baradat, Rhumatologie, RPPS : 10101088499
- **Expert** : Adeline Ruysen-Witrand, Rhumatologie, RPPS : 10004426333

Anamnèse, état clinique :

Description signes rhumatologiques	Douleurs lombaires et face externe des hanches pouvant la réveiller la nuit avec i	
Résultats examens complémentaires (hors imageries discutées en Web RCP)		
Examens imageries présentés	IRM ☒ Dates et type : Lombaire : pas de conflit radiculaire Bassin : aspect hétérogène trame osseuse jon	
	Scanner ☒ Dates et type : Bassin : condensation côls fémoraux et versants iliaques des SI : infarctus osseux	
	Radiographies ☐ Dates et type :	
	<u>Autres examens d'imagerie</u> : A préciser date et type :	

Adeline Ruyssen-Witrand, le 18/06/2025 à 13h21

Avis webRCP (Pr Faruch, Pr Ruyssen-Witrand, Dr Zabraniecki, Dr Jamard):

L'IRM montre des anomalies de signal des cols fémoraux bilatéraux et symétriques d'allure banale. On retrouve par ailleurs une anomalie de signal sur l'aile iliaque gauche au dessus du cotyle qu'il convient d'explorer par un scanner (images non disponibles ce jour).

Ces images peuvent faire évoquer des infarctus osseux. Le caractère symétrique est atypique prédominant sur les zones de contrainte mécaniques.

Nous proposons de rediscuter du dossier avec le scanner.

Compte rendu de téléexpertise

Réalisée le 18/06/2025 pour le patient 5

Adressée au réseau CHU de Toulouse (catégorie Rhumatologie (à destination des spécialistes))
le 28/05/2025 via la plateforme Omnidoc.

Compte rendu généré le 19/06/2025 à 10h35.
Le requérant confère le consentement express du patient.

- **Patient 5** : homme né le 13/02/1977, tél : 0683389959, NIR : 177023523823019
- **Requérant** : Marine Eischen, Rhumatologie, RPPS : 10100680700
- **Expert** : Adeline Ruyssen-Witrand, Rhumatologie, RPPS : 10004426333

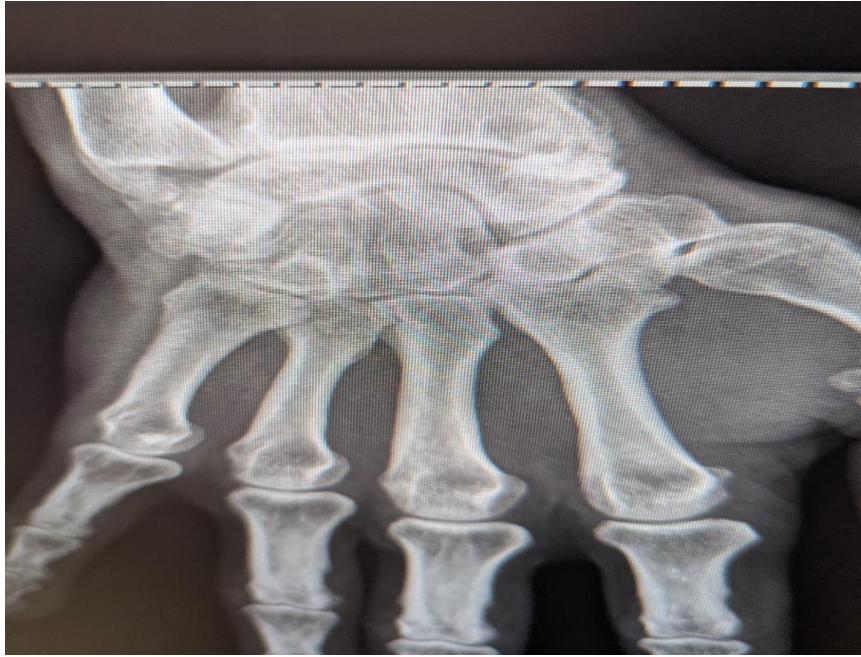
Échange

Marine Eischen, le 28/05/2025 à 14h46

Bonjour, j'ai un dossier concernant ce patient, en vue de la prochaine RCP "diagnostique". C'est un patient qui a une arthropathie destructrice des 2 carpes, bilan immuno négatif, ATCD Trauma médullaire avec syndrome pyramidal aux MS séquellaires. bilan de RIC négatif Nature? RIC Inclassé, slac lésion, origine neurogène?

Anamnèse, état clinique :

Description signes rhumatologiques	Carpes destructrices Début des signes 2015 ~ par AVP Syndr Pyr 2023	
Résultats examens complémentaires (hors imageries discutées en Web RCP)	→ Rbds des radios → Bilan immuno négatif	
Examen imagerie présentés	IRM ☒	Dates et type :
	Pugnet	
	Scanner ☐	Dates et type :
	Radiographies ☒	Dates et type :
	Autres examens d'imagerie : A préciser date et type :	
	IRM Osseux → Reims	
Votre question ?	Nature ? → RIC ? → SLAC lésion ? → Neurogène ?	



Adeline Ruyssen-Witrand, le 18/06/2025 à 13h30

Avis webRCP

Il existe une synovite très floride de l'articulation radio-capienne. Le ligament triangulaire est légèrement infiltré peu pathologique. Il existe un pincement complet radio-carpien, bilatéral. On peut suspecter une atteinte ligamentaire post-traumatique qui doit être confirmé par un arthro scanner avec bilan ligamentaire couplé à une infiltration. Une atteinte ligamentaire peut être aussi secondaire à l'arthrite sous-jacente.

La pré-existence des gonflements à l'AVP et le caractère floride de la synovite peut faire évoquer un rhumatisme inflammatoire chronique.

Dans cette hypothèse, un traitement de fond de type méthotrexate peut être proposé

Compte rendu de téléexpertise

Réalisée le 18/06/2025 pour le patient 6

Adressée au réseau CHU de Toulouse (catégorie Rhumatologie (à destination des spécialistes))
le 11/06/2025 via la plateforme Omnidoc.

Compte rendu généré le 19/06/2025 à 10h47.
Le requérant confère le consentement express du patient.

- **Patient 6** : homme né le 20/10/1959, tél : +33612585483, NIR : 159108114032018
- **Requérant** : Bénédicte Champs, Rhumatologie, RPPS : 10101726692
- **Expert** : Adeline Ruyssen-Witrand, Rhumatologie, RPPS : 10004426333

Pièces jointes

Anamnèse, état clinique :	
Description signes rhumatologiques	Sous MTX pour que l'act CRP 40 mg/l Anx. Manubrium sternale - Condensation - Anx. Cost- + Vertèbres + Clavicule droite
Résultats examens complémentaires (hors imageries discutées en Web RCP)	
Examens imageries présentés	IRM ☐ Dates et type : Scanner ☒ Dates et type : TDM TAP + TEP TDM (juin 25) - Ostéoporose inf. Manubrium sternale Radiographies ☐ Dates et type : Autres examens d'imagerie : A préciser date et type :
Votre question ?	ostéoporose inf. - Cadre Rhum. pos / GPHO ou équivalent ? Osteite infectieuse ?

SCANNER THORACO ABDO PELVIEN APC

SIEMENS SOMATOM PERSPECTIVE

Dose globale :PDL:773 mGy.cm

XENETIX 350mg/ml, poche de 500ml, 244F027C 80 ML

Indication :

Bilan d'un syndrome inflammatoire persistant sans porte d'entrée.

Technique :

Acquisition hélicoidale réalisée après injection de produit de contraste au temps veineux.

Résultat : pas d'examen antérieur pour comparaison.

Thorax :

Pas de foyer de pneumopathie ni de foyer de bronchiolite.

Minime syndrome bronchique, sans bronchectasie.

Micronodule sous-pleural lobaire supérieur gauche aspécifique, à recontrôler de principe dans un an.

Pas d'autre nodule de taille significative décelable.

Pas d'épanchement pleural ni d'épanchement péricardique.

Pas d'adénomégalie médiastino-hilaire, sus-claviculaire ou axillaire.

Abdomen pelvis :

Le foie est de taille et morphologie normales, sans lésion focalisée suspecte décelable. Pas de dilatation des voies biliaires intra ou extra-hépatiques. Pas d'anomalie vésiculaire en scanner.

Pas d'anomalie pancréatique, splénique, surrénalienne ou rénale.

Pas d'adénomégalie rétropéritonéale, coélio-mésentérique ou pelvienne.

Minime aspect de panniculite mésentérique, restant aspécifique.

Pas de syndrome de masse pelvien.

Pas d'épanchement libre intrapéritonéal.

Pas de masse évidente des parties molles.

En fenêtre osseuse :

Hypertrophie et condensation globale de la clavicule droite avec dédifférenciation cortico-médullaire, ostéocondensation de l'arc antérieur des trois premières côtes droites, et

ostéocondensation, hypertrophie et aspect hétérogène du manubrium sternal.

Condensation du corps vertébral de T5, sans réelle élargissement vertébral ni

dédifférenciation.

Importants remaniements dégénératifs de la symphyse pubienne, avec multiples macrogéodes sous-chondrales à gauche et hyperostose supérieure .
Coxarthrose gauche, avec multiples macro géodes sous-chondrales, dont une volumineuse (30x24 mm dans un plan axial et s'étend sur une hauteur de 30 mm) semblant communiquer avec la partie postéro-inférieure de l'articulation. Multiples bulles d'air au sein de l'articulation coxo-fémorale gauche. À confronter à d'éventuelles douleurs :
synovite de hanche ? Par ailleurs, remaniements discarthrosiques étagées thoraciques et lombaires, prédominant en T8-T9 et L5-S1. Antélisthésis de grade I de L5 sur S1, sur isthmolyse bilatérale.

Adeline Ruyssen-Witrand, le 18/06/2025 à 13h35

Avis WebRCP (Pr Faruch, Pr Ruyssen-Witrand, Dr Zabraniecki, Dr Jamard):

Le scanner du sternum montre une ankylose complète des articulations sterno-claviculaires bilatérales, de l'articulation manubrio-sternale. Il existe une condensation des corps vertébraux de T4 et T7. On retrouve des lésions structurales de la symphyse pubienne pouvant être dégénératives.

L'ensemble des anomalies évoque en premier lieu un SAPHO. Les lésions ostéo-articulaire, le psoriasis et le syndrome inflammatoire justifient la mise en place d'un traitement de fond.

Compte rendu de téléexpertise

Réalisée le 18/06/2025 pour le patient 7

Adressée au réseau CHU de Toulouse (catégorie Rhumatologie (à destination des spécialistes))
le 16/06/2025 via la plateforme Omnidoc.

Compte rendu généré le 19/06/2025 à 10h59.
Le requérant confère le consentement express du patient.

- **Patient 7** : homme né le 16/06/1985, tél : 0789315107, NIR : 185060926801893
- **Requérant** : Bertrand Godfrin, Rhumatologie, RPPS : 10002913779
- **Expert** : Adeline Ruyssen-Witrand, Rhumatologie, RPPS : 10004426333

Échange

J'aimerais savoir ce que vous pensez de cette IRM du poignet chez un patient de seulement 40 ans sans arguments formels à côté pour un rhu inflammatoire.

Anamnèse, état clinique :

Description signes rhumatologiques	Douleurs main droite d’horaire infla depuis 1 an chez travailleur manuel (espace verts). Signes d’arthrose précoce sur radios => IRM qui retrouve aspect de polysynovite. Atteinte concomitante pied mais syndrome du 2 ^{ème} rayon avec subluxation 2 ^{ème} MTP sur HV AINS efficaces		
Résultats examens complémentaires (hors imageries discutées en Web RCP)	Biologie et immuno normales Doute sur hypoPAL à 2 reprises mais dernier contrôle normal (43 pour N > 40) Pas de signes de chondrocalcinose		
Examens imageries présentés	IRM	☒	Dates et type : 13/05/25
	Scanner	☐	Dates et type :
	Radiographies	☐	Dates et type :
	<u>Autres examens d’imagerie</u> : A préciser date et type :		
Votre question ?	Pourrait-il s’agir d’une atteinte uniquement dégénérative malgré âge ?		

Adeline Ruyssen-Witrand, le 18/06/2025 à 13h42

Avis WebRCP (Pr Faruch, Pr Ruyssen-Witrand, Dr Jamard, Dr Zabraniecki)

L'IRM montre des lésions qui prédominent sur les 2 premiers rayons de la main. On retrouve une rhizarthrose marquée avec ostéophytose et pincement localisé. Il existe également un oedème osseux de part et d'autre d'articulations remaniées, à intégrer dans le contexte d'arthrose.

Devant les remaniements étendus, ceci pourrait être complété par un scanner de la main à la recherche d'éléments évocateurs de rhumatisme psoriasique (périostite ou érosive).

Compte rendu de téléexpertise

Réalisée le 18/06/2025 pour le patient 8

Adressée au réseau CHU de Toulouse (catégorie Rhumatologie (à destination des spécialistes))
le 18/06/2025 via la plateforme Omnidoc.

Compte rendu généré le 19/06/2025 à 11h03.
Le requérant confère le consentement express du patient.

- **Patient 8** : femme née le 08/04/1960, tél : 0619521914, NIR : 260042211316355
- **Requérant** : Marine Eischen, Rhumatologie, RPPS : 10100680700
- **Expert** : Adeline Ruyssen-Witrand, Rhumatologie, RPPS : 10004426333

Échange

Marine Eischen, le 18/06/2025 à 13h51

Bonjour, dossier présenté à l'instant à l'occasion de la WEB RCP

Lésion du Périoste

Adeline Ruyssen-Witrand, le 18/06/2025 à 14h04

Avis WebRCP (Pr Faruch, Pr Ruyssen-Witrand, Dr Jamard, Dr Zabraniecki): Il existe sur le scanner du genou une image condensante sous-périostée.

L'IRM montre retrouve la même lésion mais ne suffit pas pour conclure car n'a pas été injectée.

En conclusion: cette lésion est potentiellement suspecte d'un ostéosarcome sous-périosté. Nous conseillons de compléter le dossier par une IRM injectée puis de présenter le dossier au GETO pour discuter une biopsie chirurgicale ou radio-guidée.