

Tour de printemps rhumatologie

16 avril 2018

Dr Fabienne Coury
Service RhumatoSud
CH Lyon Sud
Université Cl Bernard Lyon 1
INSERM U1033 LysBone
Fabienne.coury-lucas@chu-lyon.fr

92 Rachialgie

Indice de Schöber

- **Commune ou banale** (discale, AP) >< **symptomatique**
- Complications:
 - **Examen neurologique+++**
 - Cervicales: NCB, Myélopathie cervicarthrosique, Insuffisance vertébrobasilaire
- Etiologies :
 - Rachialgies symptomatiques: tumorale (myélome, métastases, ostéome ostéoïde...), infectieuse, inflammatoire (SpA, cervicale PR, CCA), neurologique , traumatique, ostéopathies fragilisantes, extra-rachidienne
 - **Drapeaux rouges: horaire inflammatoire, aggravation progressive, absence de facteur déclenchant, >50 ans, ATCD (K, ID, toxicomanie), AEG, contexte infectieux, signes neurologiques et troubles génito-sphinctériens associés, Sd infl biolo**
 - Des cervicalgies:
 - cervicarthrose: pas de parallélisme radio-clinique
 - Pas de fracture ostéoporotique >D5
 - Des dorsalgies:
 - **éliminer une dorsalgie symptomatique → Rx systématiques**
 - statiques, fonctionnelles
 - Des lombalgies:
 - Lumbago: **un blocage lombaire > 15 jours impose la recherche d'une atteinte symptomatique**
 - Lombalgies chroniques
- Pas d'imagerie systématique pour lombalgie non symptomatique < 7 semaines sauf si manipulation ou drapeaux rouges, Rx en 1ère intention
- Traitement: repos bref et non systématique dans les lombalgies communes, antalgiques, AINS, myorelaxants, orthèse lombaire

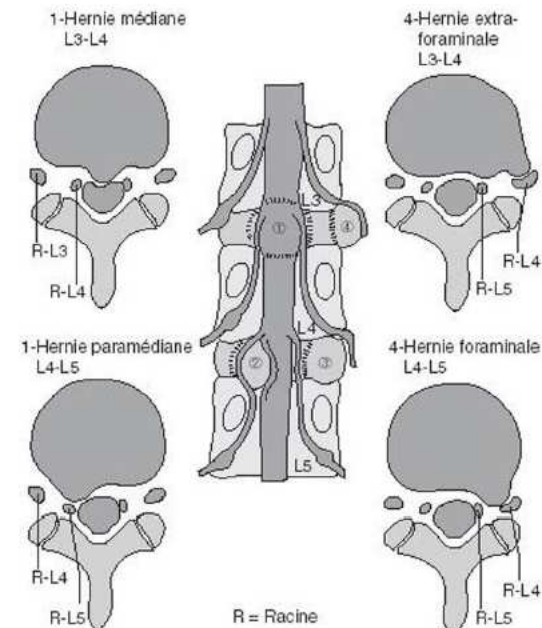
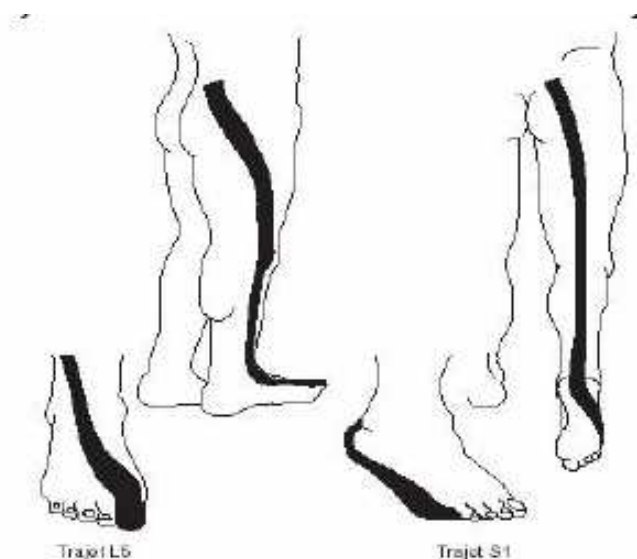


Prise en charge socio-professionnelle

92 Radiculalgie (lomboradiculalgie)

Signe de Léri
Signe de Lasègue

- Maladies professionnelles (conflit disco-radicaire L4-L5, L5-S1)
- **Drapeaux rouges: + pluriradiculaire, absence de lombalgies**
- **URGENCE: hyperalgique, paralysante, associée à Sd queue de cheval**
- **Canal lombaire étroit & Δ \neq tiels de claudication intermittente (médullaire, vasculaire)**
- Examens complémentaires:
 - Aucun en cas de lombosciatique discale non compliquée de l'adulte jeune
 - Rx précoces \leq 2 semaines si \geq 65 ans ou ado, signe de gravité ou symptomatique, atypie, infiltration
 - IRM (ou TDM): sciatique traînante ($>$ 6-8 semaines de ttt médical), en urgence si signe de gravité ou symptomatique, avant chirurgie
 - EMG: uniquement si pb médico-légal
- Traitement médical en l'absence de signe de gravité ou d'atteinte symptomatique

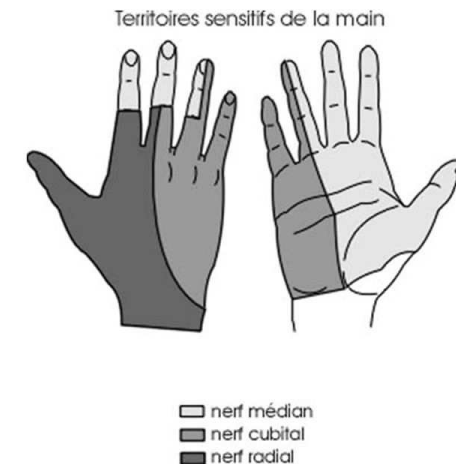


93 Syndrome canalaire

Syndrome du canal carpien

Signe de Tinel
Signe de Phalen

- **N médian**
- Sensitif: acroparesthésies à recrudescence nocturne
- Moteur: **court abducteur du pouce, faisceau superficiel du court fléchisseur, opposant du pouce**
- Amyotrophie: versant externe de l'éminence thénar
- EMG
- Etiologies :
 - Idiopathique: 50% cas
 - Professionnelle: **Maladie professionnelle**
 - **Grossesse**
 - Endocrinienne: **hypothyroïdie, diabète**, acromégalie
 - **Rhumatologique: PR**, ténosynovite infectieuse des fléchisseurs (tuberculose), arthrose poignet, goutte, CCA
 - Traumatique: séquelle fracture...
- Traitement:
 - Étiologique
 - Forme sensitive: attelle de repos, infiltration
 - Forme déficitaire, amyotrophie, échec: neurolyse du nerf médian



124 Ostéopathies fragilisantes

- **Malignes (métastases, myélome), bénigne (ostéoporose, ostéomalacie)**
- Définition densitométrique:

Normalité	T score ≥ 1
Ostéopénie	$-1 < \text{T score} < -2.5$
Ostéoporose	T score ≤ -2.5
Ostéoporose sévère	T score ≤ -2.5 et une ou plusieurs fractures

- **Biologie:** NFP, CRP, EPS, Ca, P, créatininémie, 25(OH) vit D, Calciurie
- FdR OP:
 - **antécédent personnel de fracture ostéoporotique vertébrale ou périphérique**
 - **antécédent de fracture de l'extrémité supérieure du fémur chez un parent au 1er degré**
 - densité minérale osseuse basse
 - âge > 60 ans
 - sexe féminin
 - **IMC < 19kg/m²**, anorexie mentale, Sd de malabsorption y compris entérocolopathies
 - tabagisme, alcoolisme
 - **ménopause précoce <40 ans**, aménorrhée prolongée
 - **corticothérapie prolongée** ($\geq 7,5$ mg d'équivalent prednisone/jour sur plus de 3 mois)
 - **hyperthyroïdie, hypogonadisme** (y compris chirurgical ou médicamenteux), **hypercorticisme, hyperparathyroïdie**
 - immobilisation prolongée
 - **rhumatisme inflammatoire chronique**
 - rarement: hémochromatose, mastocytose
 - FdR chute: baisse de l'acuité visuelle, alcoolisme, troubles de l'équilibre et de la marche...

	En fonction du T score (au site le plus bas)	Fractures sévères (fémur, vertèbres, humérus, bassin)	Fractures non sévères	Absence de fracture et facteurs de risque d'ostéoporose ou de chutes multiples
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> Extrémité (ESF), l'humérus, tibia, site </div> 	T > -1	Avis du spécialiste	Pas de traitement	Pas de traitement
	T ≤ -1 et > -2	Traitement	Avis du spécialiste	Pas de traitement
	T ≤ -2 et > -3	Traitement	Traitement	Avis du spécialiste
	T ≤ -3	Traitement	Traitement	Traitement

RISQUE

fracture

faible risque

RISQUE

<p>Bisphosphonates : Acide zolédronique (en première intention chez des patients avec FESF) alendronate, risédronate, Denosumab (remboursé en 2^{ème} intention en relais des bisphosphonates) Ranélate de strontium (remboursé en 2^{ème} intention) Tériparatide (remboursé si présence d'au moins 2 fractures vertébrales)</p>	<p>Bisphosphonates : acide zolédronique, alendronate, risédronate. L'ibandronate sera à réserver aux sujets à faible risque de fracture périphérique : âge <70 ans ou absence des facteurs de risque suivants : T score fémoral ≤-3, risque élevé de chutes, antécédent de fracture non vertébrale) Denosumab (remboursé en 2^{ème} intention en relais des bisphosphonates) Raloxifène : sera à réserver aux sujets à faible risque de fracture périphérique : âge <70 ans ou absence des facteurs de risque suivants : T score fémoral ≤-3, risque élevé de chutes, antécédent de fracture non vertébrale) Ranélate de strontium (remboursé en 2^{ème} intention) Tériparatide (remboursé si présence d'au moins de 2 fractures vertébrales) Traitement hormonal de la ménopause (THM) si troubles du climatère et ménopause récente et si fracture mineure ou T bas et après fracture vertébrale si intolérance ou échec des autres traitements.</p>
---	---

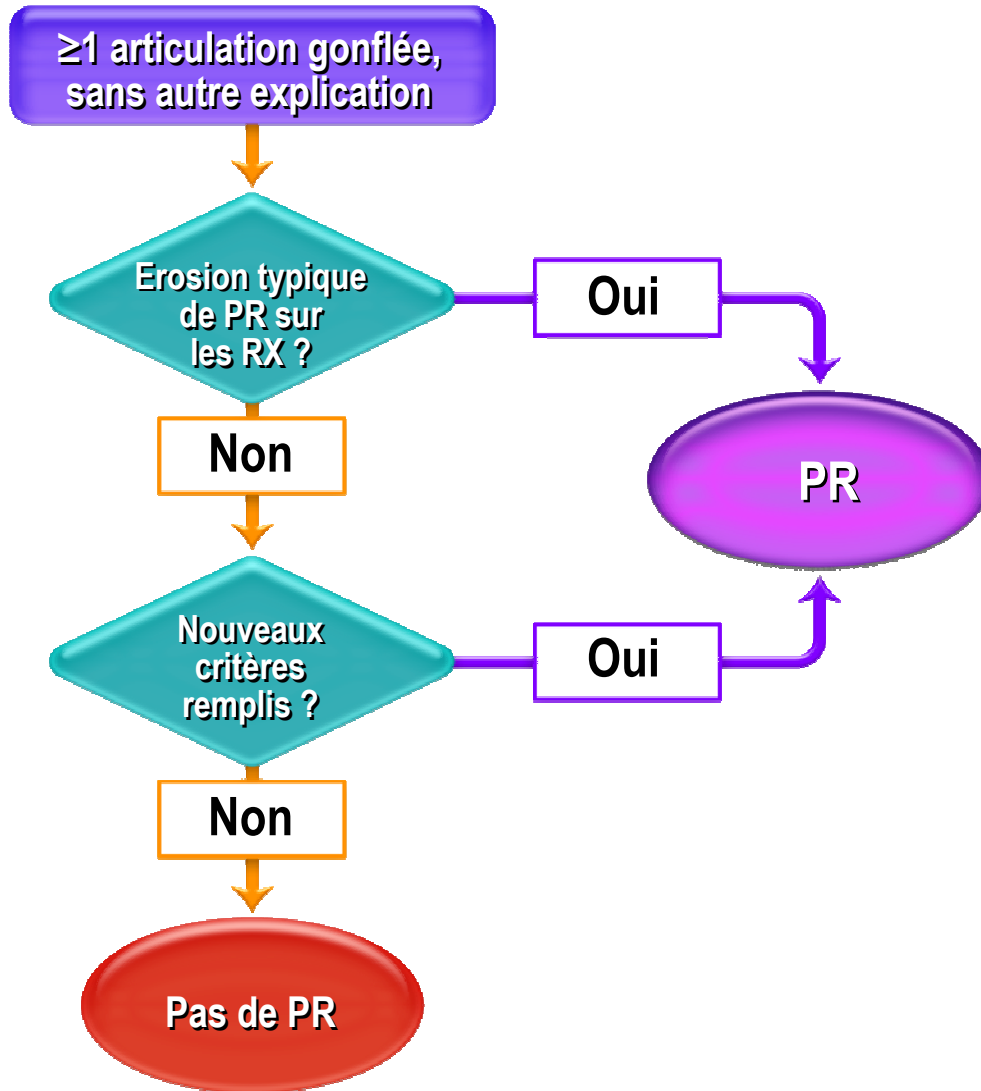


Stratégies thérapeutiques dans l'ostéoporose post ménopausique. Actualisation 2016 des recommandations françaises (Briot K)

125 Arthrose

- Arthrose digitale (IPP, IPD, rhizarthrose) > gonarthrose > coxarthrose
- FdR:
 - Âge
 - Hérité
 - Facteurs biomécaniques : obésité, sport intensif en charge, port de charges lourdes, ATCDs lésions traumatiques ou chir, tbles architecturaux...
 - tbles métaboliques (CCA, hémochromatose...), RIC
- Hanche: attention douleur projetée, CDR
- Retentissement fonctionnel: PM, Lequesne...
- Attention diag ≠ tiels
- Rx:
 - **2 incidences, toujours bilatérales comparatives**
 - Bassin de face avec membres inférieurs en rotation interne de 20° & Faux profil de Lequesne
 - Face, rotation nulle, appui bipodal & Profil & Défilé fémoropatellaire à 30° de flexion du genou & Cliché en schuss (en charge, de face, à 30° de flexion)
 - **Pincement de l'interligne articulaire; Ostéophytose; Géodes; Ostéocondensation sous-chondrale**
 - forte dissociation radioclinique.
- Traitement médical++; ttt chir fonction gène clinique

Critères ACR / EULAR 2009 pour la classification et le diagnostic de PR débutante



Atteinte articulaire (0-5)	
1 grosse articulation	0
2-10 grosses articulations	1
1-3 petites articulations (grosses articulations non comptées)	2
4-10 petites articulations (grosses articulations non comptées)	3
> 10 articulations (au moins 1 petite articulation)	5
Sérologie (0-3)	
FR négatif ET ACPA négatif	0
FR faiblement positif (1 à 3 x normale) OU ACPA faiblement positif (1 à 3 x normale)	2
FR fortement positif (> 3 x normale) OU ACPA fortement positif (> 3 x normale)	3
Durée des symptômes (0-1)	
< 6 semaines	0
≥ 6 semaines	1
Biologie inflammatoire (0-1)	
CRP normale ET VS normale	0
CRP anormale OU VS anormale	1

PR : Score ≥ 6

192 Polyarthrite Rhumatoïde

- Polyarthrite bilatérale, symétrique, distale, destructrice, évoluant / poussées
- DAS28
- T2T et tight control, prise en charge pluridisciplinaire, ETP
- Facteurs de mauvais pronostic:
 - Début aigu polyarticulaire, score du DAS 28 > 3,2
 - Atteinte extra-articulaire
 - Intensité du syndrome inflammatoire biologique
 - Positivité rapide du FR, titre élevé d'anticorps anti-CCP
 - Apparition précoce d'érosions radiologiques
 - Mauvaise réponse au traitement de fond optimal
 - Statut socio-économique défavorisé
 - Score HAQ \geq 0,5
- **Méthotrexate (MTX) : 1ère intention**
 - Bilan préthérapeutique: bilan hépatique, créatinine, NFP, sérologies VIH, VHC et VHB, radiographie du thorax
 - Per os ou en injection sous cutanée une fois par semaine
 - Association à l'acide folique recommandée pour limiter les effets indésirables et à une contraception obligatoire
 - Posologie : au minimum 10mg, au maximum 25mg, en fonction de la sévérité de la maladie, du terrain, du poids
 - Effets indésirables : cytolyse hépatique, cytopénies, pneumopathie d'hypersensibilité, troubles digestifs
 - Contre-indications: insuffisance rénale ou hépatique sévère, insuffisance respiratoire, grossesse et allaitement, association au Sulfaméthoxazole et vaccin vivant
 - Surveillance NFP, transaminases, créat mensuellement
- **Traitements biologiques :**
 - En cas de réponse insuffisante au MTX
 - En association au MTX (effet synergique) si possible

193 Spondyloarthrite

- Spondyloarthrite axiale
 - Radiographique: avec sacroiliite radiographique
 - Non radiographique: sans sacroiliite radiographique
 - Spondyloarthrite périphérique
 - Articulaire
 - ⤴ érosives
 - ⤴ non érosives
 - Enthésitique
- +/- Manifestations extra-articulaires : uvéite, psoriasis, balanite, urétrite, diarrhée, MICI, IAO
- Manifestations cliniques:
 - Sd pelvirachidien
 - Sd enthésitique (orteil ou doigt en saucisse, dactylite)
 - Sd articulaire
 - Sd extra-articulaire
 - Formes cliniques:
 - Spondylarthrite Ankylosante
 - Rhumatisme Psoriasique
 - Arthrites Réactionnelles
 - Spondylarthrite en lien avec les entérocopathies inflammatoires chroniques
 - SpA indifférenciées
 - (Synovite Acné Pustulose Hyperostose Ostéite)

Critères de classification pour les SpA axiales

(chez les patients avec lombalgie \geq à 3 mois et âge au début $<$ 45 ans)

\geq 1 signe de SPA *
+ sacro-iliite **

ou

HLA B 27 +
au moins deux autres
signes de SPA *

*** Signes de spondylarthropathie :**

Rachialgie inflammatoire
Arthrite
Enthésite
Uveite
Dactylite
Psoriasis
MICI
Bonne réponse aux AINS
Histoire familiale de SPA
HLA-B27
CRP augmentée

n=649 patients lombalgiques

❖ **Sensibilité : 82.9 %**

❖ **Spécificité : 84.4 %**

** Inflammation hautement compatible avec
une **sacro-iliite à l'IRM** ou une sacro-iliite
radiographique définie suivant les critères
de New York modifiés

Critères de classification pour les SpA périphériques

chez les patients avec âge au début < 45 ans et avec arthrite, enthésite ou dactylite

≥ 1 signe parmi:

Uvéite
Psoriasis
MICI
Infection récente
HLA B27
Sacroiliite IRM

ou

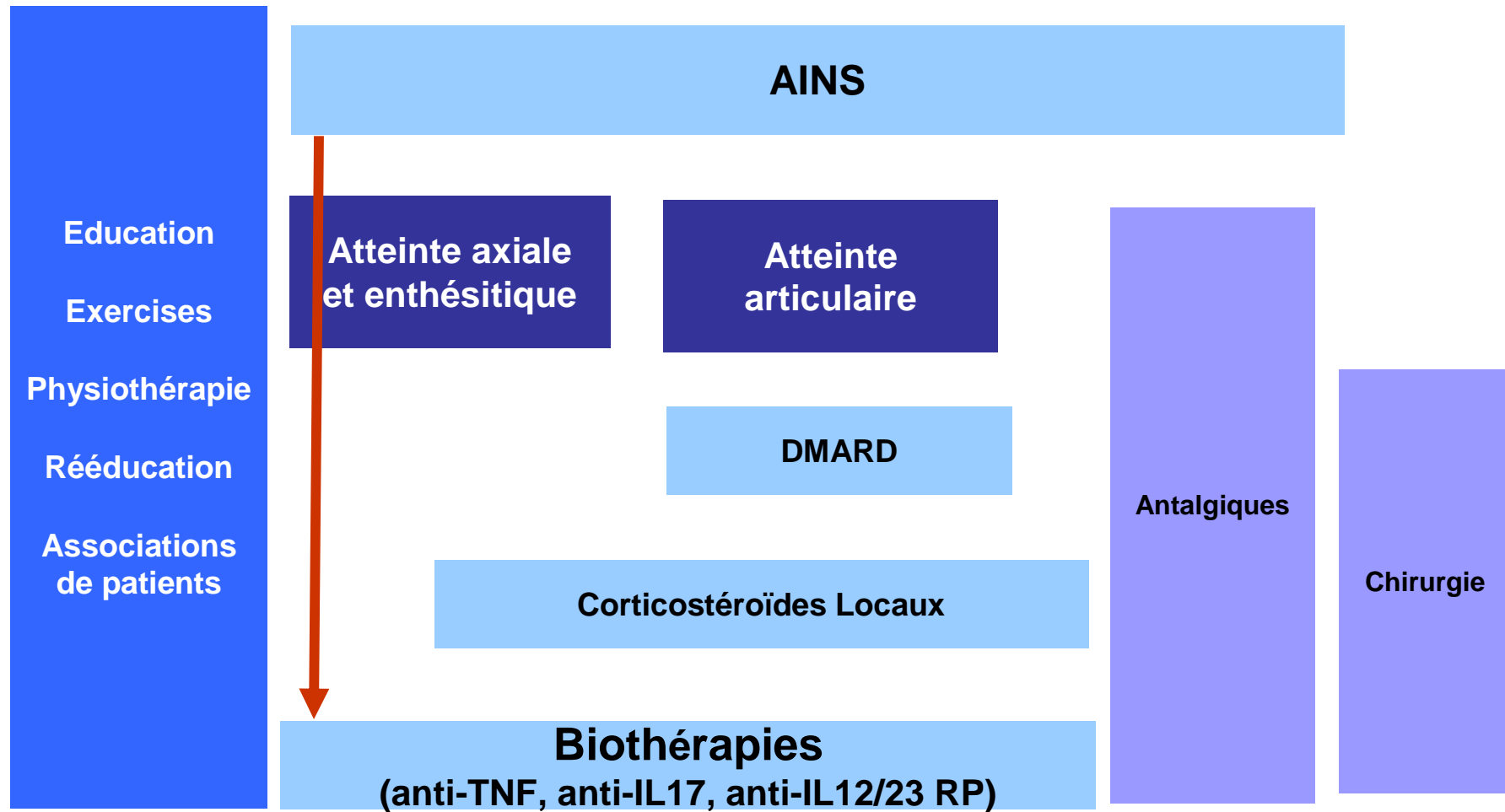
≥ 2 signes parmi:

Arthrite
Enthésite
Dactylite
Lombalgie inflammatoire
ATCDs familiaux de SpA

❖ **Sensibilité : 75 %**

❖ **Spécificité : 82 %**

Recommandations ASAS/EULAR pour la prise en charge de la Spondyloarthrite



194 Arthropathie microcristalline

- **Urate de sodium** dans la **goutte**,
- **Pyrophosphate de calcium** dans la **chondrocalcinose articulaire**,
- **Phosphate de calcium** dans le **rhumatisme apatitique**.

- **Goutte**
 - Terrain: homme, âge mûr, troubles métaboliques, ATCDs familiaux goutte, habitudes alimentaires
 - Primitive, secondaire
 - Evolution: arthropathie, tophus, lithiase urique, néphropathie uratique
 - Uricémie peut être normale lors des accès, hyperuricémie peut être asymptomatique

- **Chondrocalcinose**
 - Tableau articulaire + atteintes rachidiennes
 - Rx: calcifications
 - Formes secondaires: hémochromatose, hyperparathyroïdie

- **Colchicine**
 - 1mg +++
 - Surdosage (diarrhées, nausées, vomissements), attention: IR, IH
 - Attention ciclosporine, AVK...CI: macrolides, pristinamycine

- **Hypo-uricémiant**
 - Hyperuricémie isolée n'est pas une indication, ttt 1er accès fonction du terrain
 - Objectif: 360umol/l
 - Inhibiteurs de la xanthine oxydase: allopurinol (DRESS, Lyell), febuxostat (CI: ICard)

196 Douleur et épanchement articulaire

■ Aspect du liquide :

- jaune citrin translucide, visqueux → mécanique
- trouble, fluide → inflammatoire
- hémorragique

■ Examen cytologique : numération et typage cellulaire

mécanique < 2000 éléments/mm³ > inflammatoire

■ Analyse biochimique:

mécanique < protéines 40g/l > inflammatoire

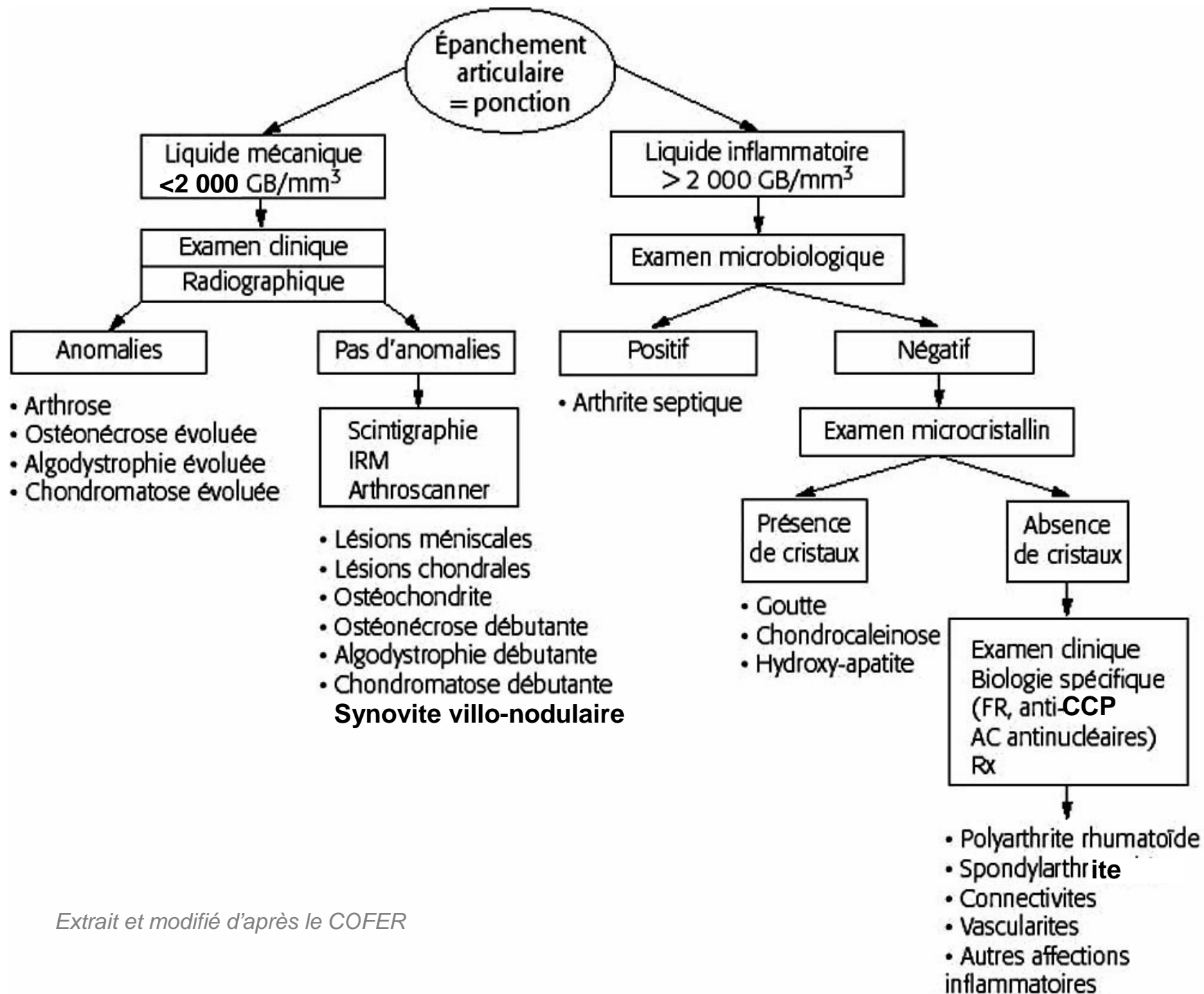
Acide lactique

■ Cristaux : urate de sodium, pyrophosphate de calcium, hydroxy-apatite

■ Analyse microbiologique: examen direct, culture, bio mol +/- milieu enrichi



**Pas de traitement ATB d'une monoarthrite
sans ponction articulaire**



Extrait et modifié d'après le COFER

266 Hypercalcémie

- 2,2-2,6mmol/l corrigée = $\text{Ca} + (40 - \text{albumine}) / 40$
- Signes ECG d'une hypercalcémie :
 - Raccourcissement de l'intervalle QT,
 - Trouble de conduction avec BAV 1,
 - Trouble du rythme ventriculaire : ESV, tachycardie ventriculaire.
- **Urgence médicale:**
 - Ttt symptomatique + étiologique
 - Arrêt des traitements potentialisateurs (digitaliques, diurétiques, calcium et vitamine D),
 - **Réhydratation** intraveineuses par sérum salé isotonique, 3 à 6L/24h,
 - Utilisation de **furosémide** possible si insuffisance rénale fonctionnelle ou insuffisance cardiaque associée,
 - Blocage de la résorption osseuse par perfusion de **biphosphonates** avec dose adaptée à la fonction rénale,
 - Parfois épuration extra rénale.
- Bilan à réaliser devant une hypercalcémie :
 - NFP, VS, CRP,
 - Ionogramme sanguin avec créatinine,
 - Ca, P, calciurie
 - 25 hydroxy vitamine D,
 - PTH,
 - Électrophorèse des protéines sériques,
 - Radiographie pulmonaire,
 - ECG.
- Principales étiologies: tumorale (myélome, métastases), hyperparathyroïdie

304 Tumeurs des os primitives et secondaires

- Chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte jeune, une tumeur maligne est souvent primitive ; chez l'adulte >50 ans, les métastases osseuses sont les plus fréquentes.
- L'ostéochondrome bénin est la plus fréquente des tumeurs primitives bénignes dans la population générale et l'ostéome ostéoïde est la plus fréquente chez l'enfant.
- L'ostéosarcome est la tumeur primitive maligne la plus fréquente de l'adulte jeune et le sarcome d'Ewing celle de l'enfant.
- Les métastases osseuses sont le plus souvent issues de cancer du **sein, prostate, poumon, rein ou thyroïde**.

	Bénin	Malin
Limites	nettes	floues
Si tumeur lytique	Existence d'un liseré condensé en périphérie	Ostéolyse mitée ou vermoulue
Corticale	respectée	Rompue ou érodée
Envahissement des parties molles	absence	présence
Appositions périostées	Absence ou unilamellaires	Présence : - spiculées (feu d'herbe) - pluri lamellaires (bulbe d'oignon)
Evolution	lente	rapide

Radiographie standard

■ **Arthrose**

- Pincement de l'interligne articulaire localisé
- Ostéophytes
- Ostéocondensation sous-chondrale
- Géodes sous-chondrales

■ **Arthrite**

- Déminéralisation en bandes
- Pincement de l'interligne articulaire diffus
- Érosions osseuses