

Collection dirigée
par Dr A. Charon et Dr N. Meton

TRISTAN GRELARDON
CLÉMENT NICKELS

LA MARTINGALE*

ECNi-EDN

DOSSIERS TRANSVERSAUX INDISPENSABLES

de Tristan et Clément

-  Méthodologie complète
-  Corrections détaillées avec explications, pièges et astuces
-  Rappels de cours (tableaux et schémas)

Comité de relecture composé de **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

ellipses

RHUMATOLOGIE/ MÉDECINE INTERNE

Vous recevez en consultation Mme N. 72 ans, pour des douleurs articulaires et musculaires apparues progressivement au cours des 4 derniers mois, sans facteur déclenchant.

Ses principaux antécédents sont : une HTA bien contrôlée sous amlodipine et une dyslipidémie traitée par pravastatine.

■ **Question 1 : Quel(s) élément(s) vous orienterai(ent) vers une douleur inflammatoire plutôt que mécanique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. Un dérouillage matinal de 10 minutes.
- B. Des douleurs s'atténuant au repos.
- C. Un réveil douloureux en première partie de nuit.
- D. Un dérouillage matinal de 90 minutes.
- E. Des douleurs s'atténuant à l'effort.

Mme N. rapporte des douleurs d'horaires inflammatoires, bilatérales, des ceintures scapulaires et pelviennes, un dérouillage matinal d'une heure et pas de caractère positionnel à ses douleurs.

■ **Question 2 : Au vu des différents éléments à votre disposition, quels sont vos deux principales hypothèses diagnostiques ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. Une polyarthrite rhumatoïde.
- B. Un syndrome RS3PE.
- C. Une pseudo polyarthrite rhizomélisque.
- D. Un lupus érythémateux systémique.
- E. Une spondylarthrite.

■ **Question 3 : Au vu de vos hypothèses, quel(s) examen(s) prescrivez-vous à votre patient ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. Facteur Rhumatoïde et anti-CCP.
- B. VS et CRP.
- C. Rx des ceintures.
- D. Bilan hépatique.
- E. Bandelette urinaire.

- **Question 4 : Vous recevez les radiographies suivantes et constatez (une ou plusieurs réponses possibles) :**



- A. Un liseré de chondrocalcinose sur la radiographie de l'épaule.
- B. Une omarthrose.
- C. Une coxarthrose.
- D. Une sacro-iliite bilatérale.
- E. Une radiographie de l'épaule sans anomalie.

Votre bilan revient et ne montre aucune anomalie hormis un syndrome inflammatoire, les radiographies sont normales.

Votre examen clinique étant lui aussi complètement normal, vous concluez à une PPR sans signes d'atteinte vasculaire.

- **Question 5 : Quel sera votre attitude thérapeutique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. Corticothérapie 0,7 mg/kg/j.
- B. Corticothérapie 0,3 mg/kg/j.
- C. Biopsie d'artère temporale.
- D. Anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- E. Méthotrexate.

Un an plus tard, votre patiente consulte aux urgences pour une perte totale de la vision de l'œil gauche. A l'examen, l'œil est blanc et indolore. Au vu du contexte et par argument de fréquence, vous suspectez une pathologie en particulier.

- **Question 6 : Quelle est cette pathologie et que vous attendez-vous à observer sur le fond d'œil ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. Hémorragie en flammèches.
- B. Œdème papillaire.
- C. Vous suspectez une atteinte de l'artère ciliaire postérieure.
- D. Vous suspectez une OACR.
- E. Vous suspectez une NOIAA.

■ **Question 7 : Devant la suspicion de NOIAA quelle est votre prise en charge ? (une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. Bolus de méthylprednisolone.
- B. Hospitalisation en urgence.
- C. Anti VEGF intra oculaire.
- D. Collyre myotique.
- E. Aspirine faible dose.

Vous avez hospitalisé la patiente avec initiation immédiate d'une corticothérapie et introduction d'un traitement antiagrégant.

■ **Question 8 : Vous examinez votre patiente, quel(s) signe(s) clinique(s) évocateur(s) de maladie de Horton recherchez-vous ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. Un souffle d'insuffisance aortique.
- B. Une anisotension.
- C. Une aphtose buccale.
- D. Une toux sèche.
- E. Un signe du peigne.

Vous retrouvez à l'examen clinique : une induration de l'artère temporale, un signe du peigne ainsi qu'un anisotension.

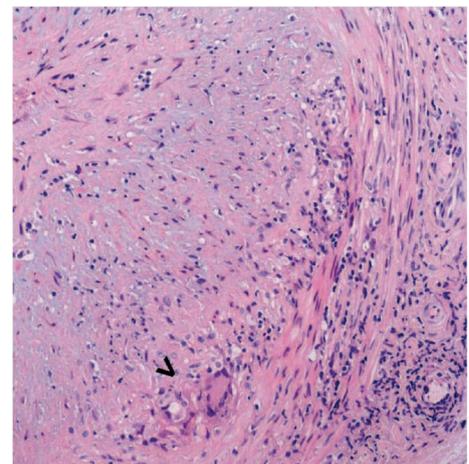
■ **Question 9 : Dans la foulée, vous décidez de prescrire le(s) examen(s) suivant(s) afin de vous avancer sur l'hypothèse d'une maladie de Horton : (une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. VS + CRP.
- B. NFS.
- C. Biopsie d'artère temporale.
- D. Bilan hépatique.
- E. Ionogramme.

Votre biologie retrouve une VS à 150, une CRP à 400, une hyperleucocytose à PNN, aucune autre anomalie n'est retrouvée au bilan.

■ **Question 10 : Concernant l'histologie ci-dessous quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. On retrouve un infiltrat inflammatoire des 3 tuniques de l'artère.
- B. La VS de la patiente est en faveur d'un syndrome inflammatoire.
- C. La VS de la patiente montre un syndrome inflammatoire.
- D. La BAT étant négative, vous éliminez le diagnostic de Horton.
- E. Le résultat de l'examen histologique vous permet de stopper les bolus de corticoïdes.



Dans le cadre de la recherche d'atteinte vasculaire plus générale et devant l'anisotension, vous avez demandé un PET-scanner au 18-FDG dont voici les résultats.

■ **Question 11 : Concernant le PET-scanner au 18-FDG, quelle(s) est (sont) la (les) proposition(s) exacte(s) ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. Cet examen doit être réalisé à jeun.
- B. Un hypermétabolisme cérébrale serait en faveur d'une pathologie maligne.
- C. Le diagnostic histologique est, du fait des progrès de l'imagerie, de moins en moins nécessaire au diagnostic.
- D. Une hyperfixation au niveau des artères humérales pourrait expliquer l'anisotension.
- E. L'hypermétabolisme du myocarde serait en faveur d'une aortite.

■ **Question 12 : Concernant la prise en charge de votre patiente quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. La corticothérapie doit être prescrite pour une durée minimale de 1 an.
- B. La décroissance de la corticothérapie doit être instaurée dès la disparition des signes cliniques.
- C. Une baisse de la VS est généralement observée en quelques jours.
- D. L'absence de corticosensibilité doit remettre en cause le diagnostic.
- E. La décroissance du traitement par corticoïdes se fait par paliers.

■ **Question 13 : Concernant les mesures associées à la corticothérapie, quelle(s) proposition(s) est (sont) exacte(s) ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. Vous supplémentez votre patiente en vitamine D.
- B. Vous instaurez un régime pauvre en sel.
- C. Vous instaurez un régime riche en protéides.
- D. Vous supplémentez votre patiente en calcium.
- E. Vous vaccinez votre patiente contre le pneumocoque.

Vous perdez la patiente de vue. Cinq ans plus tard, vous êtes appelé par l'urgentiste de garde car votre patiente a présenté une douleur dorsale brutale en se levant de son fauteuil.

■ **Question 14 : Quelle est votre principale hypothèse diagnostique ? (Une seule réponse attendue)**

- A. Fracture vertébrale.
- B. Arthrose lombaire.
- C. Crise de goutte.
- D. Spondylodiscite.
- E. Pancréatite.

La radiographie confirme une fracture tassement vertébrale de L4 dans un contexte d'ostéoporose cortico-induite.

■ **Question 15 : Quelle sera votre attitude thérapeutique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. Vous instaurez un traitement par biphosphonates.
- B. Vous proposez une ostéosynthèse du rachis.
- C. Vous instaurez des AINS.
- D. Vous prescrivez un corset.
- E. Vous instaurez un traitement par tériparatide.

Corrigé du cas clinique n° 1

Vous recevez en consultation Mme N. 72 ans, pour des douleurs articulaires et musculaires apparues progressivement au cours des 4 derniers mois, sans facteur déclenchant.
Ses principaux antécédents sont : une HTA bien contrôlée sous amlodipine et une dyslipidémie traitée par pravastatine.

■ **Question 1 : Quel(s) élément(s) vous orienterai(ent) vers une douleur inflammatoire plutôt que mécanique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. Un dérouillage matinal de 10 minutes.
- B. Des douleurs s'atténuant au repos.
- C. Un réveil douloureux en première partie de nuit.
- D. **Un dérouillage matinal de 90 minutes.**
- E. **Des douleurs s'atténuant à l'effort.**

Correction : DE R2C Rang A



- A. **Faux.** Le seuil orientant vers une douleur inflammatoire est un **dérouillage > 45 min.**
- B. **Faux.** Les douleurs s'améliorent à **l'activité** et non pas au repos.
- C. **Faux.** Les réveils sont plutôt en **deuxième partie de nuit.**
- D. **Vrai.**
- E. **Vrai.**



Note du correcteur

Dans pratiquement tous les dossiers de rhumatologie on vous demandera de faire le distinguo entre une douleur inflammatoire et une douleur mécanique.

Il est intéressant de savoir faire la différence afin de réduire rapidement le nombre d'étiologies possibles.

Douleur mécanique	Douleur inflammatoire
Le jour	Deuxième partie de nuit Notion de réveil nocturne
Soir > matin	Matin au réveil > soir Notion de dérouillage matinal prolongé (> 45 min)
Survenue à l'activité	Survenue au repos
Soulagement par le repos	Amélioration à l'activité
Caractère positionnel	Non positionnel

Mme N. rapporte des douleurs d'horaires inflammatoires, bilatérales, des ceintures scapulaires et pelviennes, un dérouillage matinal d'une heure et pas de caractère positionnel à ses douleurs.

■ **Question 2 : Au vu des différents éléments à votre disposition, quels sont vos deux principales hypothèses diagnostiques ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. Une polyarthrite rhumatoïde.
- B. Un syndrome RS3PE.
- C. Une pseudo- polyarthrite rhizomélitique.
- D. Un lupus érythémateux systémique.
- E. Une spondylarthrite.

Correction : AC R2C Rang A



- A. **Vrai.** Étiologie probable au vu de la clinique et de l'âge de la patiente, d'autant plus que **40 % des PR du sujet âgé ont un début rhizomélitique.**
- B. **Faux.** L'absence d'œdèmes n'oriente pas vers un RS3PE.
- C. **Vrai.** Douleurs inflammatoires des ceintures chez un patient âgé : **évoquer la PPR.**
- D. **Faux.** Pathologie inflammatoire néanmoins une première poussée lupique à 72 ans est très peu probable.
- E. **Faux.** Pathologie inflammatoire également mais d'âge de révélation beaucoup plus précoce.



Note du correcteur

Point sur le syndrome RS3PE :

Rapidement évoqué dans le COFER, il me paraît néanmoins intéressant de le retenir afin d'éviter un éventuel distracteur (item tombé à un ECNp en 2020).

Le syndrome RS3PE est une **polyarthrite œdémateuse** :

On y retrouve des œdèmes blancs et indolores des extrémités, prenant le godet ainsi qu'une polysynovite.

Elle est très corticosensible et généralement résolutive en 12 à 18 mois.

■ **Question 3 : Au vu de vos hypothèses, quel(s) examen(s) prescrivez-vous à votre patient ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. Facteur Rhumatoïde et anti-CCP.
- B. VS et CRP.
- C. Rx des ceintures.
- D. Bilan hépatique.
- E. Bandelette urinaire.

Correction : ABCDE R2C Rang A



- A. **Vrai.** Afin de nous orienter vers une pathologie systémique. Attention cependant, **ni leur présence ni leur absence ne permet d'affirmer ou d'éliminer une PR.**
- B. **Vrai.** Recherche d'un **syndrome inflammatoire** qui sera présent dans la PR comme dans la PPR.
- C. **Vrai.** En fonction de leurs résultats, elles pourront nous apporter des arguments pour diverses pathologies.
- D. **Vrai.** Le **bilan hépatique est perturbé dans 20 à 30 % des PPR** : cholestase, parfois cytolyse.

E. Vrai. Il faut réaliser une **BU** et une **créatinémie** à la recherche d'une atteinte rénale : **Amylose AA** dans un contexte d'inflammation chronique ou, plus rarement, une **glomérulonéphrite rhumatoïde**.

N.B. : Il faudra également réaliser une **NFS** à la recherche d'une **leuconéutropénie** ou d'une **lymphopénie** qui nous orientera vers un Lupus, un Gougerot ou encore une Sarcoïdose.

- **Question 4 : Vous recevez les radiographies suivantes et constatez (Une ou plusieurs réponses possibles) :**



- A. Un liseré de chondrocalcinose sur la radiographie de l'épaule.
- B. Une omarthrose.
- C. Une coxarthrose.
- D. Une sacro-iliite bilatérale.
- E. **Une radiographie de l'épaule sans anomalie.**

Correction : E R2C Rang A



- A. Faux.** Absence de liseré et une clinique peu évocatrice de chondrocalcinose (pathologie atteignant principalement les poignets, les genoux et la symphyse pubienne).
- B. Faux.** Absence des signes **POGO** : pincement, ostéocondensation, pas de géodes, ostéophytes.
- C. Faux.** Cf. B.
- D. Faux.** Pas d'anomalie des articulations sacro-iliaques : érosions, ostéopénies, irrégularités etc.
- E. Vrai.** Radiographies complètement normales ici.



Astuce du correcteur

Pour les imageries, pas vraiment de secret : rester systématique et toujours comparer de manière symétrique (si quelque chose vous paraît anormal du côté de la douleur et qu'il est présent du côté sain, il est probable que ce ne soit pas un signe pathologique).

Essayez d'avoir en tête à quoi ressemble un examen normal afin de ne pas tomber dans ce genre de piège (conseil valable pour tout type d'examen : NFS, EPS, Beth Vincent etc.)

Votre bilan revient et ne montre aucune anomalie hormis un syndrome inflammatoire, les radiographies sont normales.
 Votre examen clinique étant lui aussi complètement normal, vous concluez à une PPR sans signes d'atteinte vasculaire.

■ **Question 5 : Quel sera votre attitude thérapeutique ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. Corticothérapie 0,7 mg/kg/j.
- B. **Corticothérapie 0,3 mg/kg/j.**
- C. Biopsie d'artère temporale.
- D. Anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- E. Méthotrexate.

Correction : B R2C Rang A



- A. **Faux.** Posologie de l'artérite à cellule géante **sans atteinte oculaire.**
- B. **Vrai.**
- C. **Faux.** Inutile de réaliser une biopsie d'artère temporale en l'absence de signes orientant vers une artérite à cellule géante.
- D. **Faux.**
- E. **Faux.** Le **méthotrexate** (sans AMM) et le **tocilizumab** (avec AMM) pourront, en revanche, être utilisés à visée d'épargne cortisonique **dans le Horton.**

Un an plus tard, votre patiente consulte aux urgences pour une perte totale de la vision de l'œil gauche. A l'examen, l'œil est blanc et indolore. Au vu du contexte et par argument de fréquence, vous suspectez une pathologie en particulier.

■ **Question 6 : Quelle est cette pathologie et que vous attendez-vous à observer sur le fond d'œil ? (Une ou plusieurs réponses possibles)**

- A. **Hémorragie en flammèches.**
- B. **Œdème papillaire.**
- C. **Vous suspectez une atteinte de l'artère ciliaire postérieure.**
- D. Vous suspectez une OACR.
- E. **Vous suspectez une NOIAA.**

Correction : ABCE R2C Rang A



Note du correcteur

Au vu du contexte, la première chose à évoquer est une **atteinte oculaire de maladie de Horton : NOIAA, OACR, NOIP, vascularite rétinienne.**

Une complication oculaire survient chez **5 à 20 %** des patients et se révèle le plus souvent par une cécité monoculaire brutale pouvant être précédée de prodrome (flou visuel, scotome, diplopie).

La **NOIAA** (atteinte de l'artère ciliaire postérieure) est, de loin, la **complication la plus fréquente** ($\pm 80\%$) et son **fond d'œil** est caractérisé par la présence d'un **œdème papillaire** ainsi qu'une **coloration pâle de la papille** fréquemment associée à une ou plusieurs **hémorragies en flammèches** sur son bord.