

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




ALEXIS COLIN

LA MARTINGALE*

EDN

RHUMATOLOGIE

ENTRAÎNEMENT

-  250 questions en QI et dossiers progressifs
-  Avec les modalités docimologiques : QRU, QRM, QROC, KFP, ZAP...
-  Corrections détaillées : explications, pièges et astuces

ellipses

Dossier progressif n° 1

Monsieur S. âgé de 30 ans consulte en rhumatologie en raison de douleurs localisées dans le bas du dos. Elles sont présentes depuis bientôt 4 mois et ressemblent beaucoup selon lui à la sciatique de son meilleur ami. En effet, les douleurs atteignent ses fesses alternant des épisodes à gauche puis à droite. Monsieur S. vous indique aussi qu'il ne peut plus toucher ses orteils lors de ses séances d'étirements hebdomadaires. Dans ses antécédents on retrouve un tabagisme évalué à un paquet par jour depuis 5 ans, il ne prend pas de traitement mais vous parle d'un épisode d'œil rouge il y a 1 an traité par collyres.

■ **QRM 1 : Concernant les rachialgies que présentent Mr S, quel(s) élément(s) vous orienterai(en)t vers des douleurs d'horaire inflammatoire ?**

- A. Des douleurs améliorées par l'effort
- B. Des douleurs aggravées par le repos
- C. Un dérouillage matinal de 15 minutes
- D. Des réveils nocturnes en 1^{re} partie de nuit lorsqu'il se retourne dans son lit
- E. Des paresthésies associées

Les rachialgies de Mr S. sont d'horaire inflammatoire. À l'examen clinique, 3 manœuvres de cisaillement des sacro-iliaques reviennent positives. Il n'existe pas de trouble du transit.

Vous décidez de vous pencher plus précisément sur l'antécédent d'œil rouge de votre patient. Après quelques questions, Mr S. vous tend son compte rendu d'ophtalmologie qu'il avait obtenu lors de cet épisode. Vous lisez que votre patient a fait une uvéite antérieure aiguë de l'œil droit.

■ **QRM 2 : Quel(s) est (sont) le(s) signe(s) clinique(s) que Mr S. a pu présenter lors de cet épisode d'uvéite antérieure aiguë ?**

- A. Douleurs oculaires profondes modérées irradiant vers la région sus-orbitaire
- B. Opacification de la cornée
- C. Pupille en mydriase
- D. Cercle périkératique
- E. Sang dans la chambre antérieure (hyphéma)

Quelques jours plus tard, le patient vous apporte les résultats de sa prise de sang : CRP 3 mg/L (N < 5) et de sa radiographie de bassin de face : Présence d'une sacro-iliite droite de stade 3.

Devant ces nouvelles données retrouvées chez Mr S., le diagnostic de spondyloarthrite axiale avec atteinte radiologique (anciennement spondylarthrite ankylosante) est alors fortement suspecté.

Il vous parle alors de ses recherches internet montrant l'association entre les spondyloarthrites et le HLA-B27 et vous demande de lui prescrire une recherche d'HLA-B27 pour poser le diagnostic.

■ **QRM 3 : Concernant la recherche de l'allèle HLA-B27, quelle(s) est(sont) la(les) proposition(s) exacte(s) ?**

- A. Il est présent chez les malades atteints de spondyloarthrite ankylosante avec atteinte radiologique avec une prévalence > 90 %
- B. Son absence élimine le diagnostic de spondyloarthrite
- C. Sa prévalence dans la population générale caucasienne est > 20 %
- D. Chez Mr S. elle est obligatoire pour faire le diagnostic de spondyloarthrite axiale
- E. La présence de l'allèle HLA-B27 augmente de plus de 200 fois le risque d'être atteint d'une spondyloarthrite comparé à son absence.

■ **QRM 4 : Quel(s) signe(s) présent(s) ou à rechercher chez Mr S. permet(tent), en association avec la sacro-iliite droite de stade 3, de nous orienter vers le diagnostic de spondyloarthrite axiale selon les critères ASAS 2009 sans effectuer la recherche du HLA-B27 ?**

- A. Son antécédent d'uvéite antérieure aiguë
- B. Son taux de CRP augmenté
- C. Ses rachialgies inflammatoires
- D. Une maladie cœliaque associée
- E. La régression des douleurs à la prise de corticoïdes (bonne réponse au traitement)

Le diagnostic de spondyloarthrite axiale avec atteinte radiologique est posé chez Mr S. et vous décidez de débiter un traitement par AINS.

Vous revoyez Mr S. 6 semaines après l'introduction du traitement par AINS. Il vous explique qu'il a essayé deux AINS différents sur plus de 4 semaines mais que les douleurs restent quotidiennes. Il avoue ne pas être très assidu aux séances de rééducation et avoir maintenant des douleurs dorso-lombaires. Il a réalisé des radiographies du rachis prescrites par son médecin traitant dont voici deux clichés



- **QRM 5 : On reconnaît sur cette radiographie du rachis lombaire de profil de nombreuses ossifications « en pont » spécifique de spondyloarthrite, concernant ces lésions :**
 - A. Elles sont appelées syndesmophytes
 - B. Elles se développent horizontalement le long du rachis
 - C. Elles touchent le plus souvent la charnière thoraco-lombaire
 - D. Elles peuvent aboutir à une fusion des vertèbres voire à une véritable « colonne bambou »
 - E. Elles sont surnommées « bec de perroquet »

- **QRM 6 : Quel(s) est(sont) le(s) élément(s) que l'on peut mesurer à l'examen clinique chez Mr S. pour évaluer la raideur de son rachis ?**
 - A. Indice de Lequesne
 - B. Score de Rodnan
 - C. Indice de Schöber
 - D. Distance L3-mur
 - E. Indice fonctionnel de la main de Cochin

Devant cette progression clinico-radiologique et l'échec des AINS, vous vous posez la question d'une intensification thérapeutique et notamment de l'introduction d'une biothérapie.

- **QROC 7 : Quel score d'activité doit être utilisé pour guider votre décision thérapeutique ?**

Les scores d'activité montrent une maladie très active et vous décidez d'introduire une biothérapie après avoir réalisé un interrogatoire et un bilan pré-thérapeutique complet.

- **QRM 8 : Quelle(s) classe(s) de médicament a(ont) l'AMM dans la spondyloarthrite axiale ?**
 - A. Anti-TNF alpha
 - B. Anti-IL-17
 - C. Anti-IL-12/IL-23
 - D. Inhibiteur de la phosphodiesterase de type 4 (Aprémilast)
 - E. Méthotrexate

Correction du dossier progressif n° 1

■ QRM 1

Correction : AB

- A. Des douleurs améliorées par l'effort
- B. Des douleurs aggravées par le repos
- C. Un dérouillage matinal de 15 minutes
- D. Des réveils nocturnes en 1^{re} partie de nuit lorsqu'il se retourne dans son lit
- E. Des paresthésies associées

Une étape essentielle pour caractériser des douleurs articulaires est de déterminer son horaire ; il peut être **mécanique, inflammatoire ou mixte**.

A et B. Les douleurs d'horaire inflammatoire sont typiquement améliorées par le mouvement et aggravées par le repos. Elles s'opposent presque point par point avec l'horaire mécanique (voir tableau) (Rang A).

C. Le **dérouillage matinal** et non déverrouillage (N.B. : on déroule une articulation et on déverrouille une porte) est significatif s'il dure **plus de 30 minutes** (Rang A).

D. les douleurs d'horaire inflammatoire provoquent plutôt **des réveils nocturnes en 2^e partie de nuit** et ne sont pas liées aux mouvements nocturnes à la différence des douleurs mécaniques qui ne provoquent typiquement **pas de réveils nocturnes excepté lors des changements de position** (Rang A).

E. La présence de paresthésies n'oriente pas vers un horaire de douleur en particulier mais plutôt vers un type de douleur. En général, les paresthésies sont décrites dans les douleurs d'allure neuropathiques (Rang A).

Les douleurs INFLAMMATOIRES et MÉCANIQUES s'opposent presque point par point :

Horaire de la douleur	Inflammatoire	Mécanique
À l'effort	Amélioration	Aggravation
Au repos	Pas d'amélioration	Amélioration
Dérouillage matinal	> 30 minutes	< 30 minutes
Réveils nocturnes	En 2 ^e partie de nuit	Non sauf lors des mouvements nocturnes



Astuce du rhumatologue

La douleur est un symptôme très fréquemment retrouvé en rhumatologie, il est donc essentiel de savoir mener un interrogatoire complet pour la caractériser au mieux.

Les 3 principales questions permettront de répondre à la triade : « où, quand, comment ».

- « où » = la localisation : demander l'endroit exact où les douleurs démarrent et faire préciser les possibles irradiations.
- « quand » = la durée et l'horaire : demander si les douleurs durent depuis moins de 3 mois (aiguë) ou plus de 3 mois (chronique). Demander l'effet de l'effort et du repos sur les douleurs, la raideur matinale et s'il existe des réveils nocturnes.
- « comment » = le type, l'intensité, l'évolution et le retentissement fonctionnel.

■ QRM 2

▶ Correction : AD

- A. Douleurs oculaires profondes modérées irradiant vers la région sus-orbitaire
- B. Opacification de la cornée
- C. Pupille en mydriase
- D. Cercle périkératique
- E. Sang dans la chambre antérieure (hyphéma)

A. Cette proposition reprend tous les mots-clés de la sémiologie de la douleur oculaire lors d'une uvéite. À noter que la sémiologie de la douleur oculaire lors d'une épisclérite est similaire.

B. La transparence de la cornée est **normale** lors d'une uvéite antérieure ce qui permet de la différencier des traumatismes perforants ou du GAFA où un œdème de cornée est présent.

C. La pupille est typiquement en myosis en non en mydriase. On retrouve plutôt une mydriase lors du GAFA (« semi-mydriase aréflexie »).

D. Un cercle périkératique est présent lors des uvéites antérieures mais aussi lors des kératites aiguës. On peut le voir dès l'inspection de l'œil mais il est mieux perçu lors de l'examen à la lampe à fente.

E. On peut retrouver du **pus dans la chambre antérieure (hypopion)** et non un hyphéma lors d'une uvéite antérieure. C'est un élément assez spécifique qui lorsqu'il est présent oriente vers une spondyloarthrite.

■ QRM 3

▶ Correction : AE

- A. Il est présent chez les malades atteints de spondyloarthrite ankylosante avec atteinte radiologique avec une prévalence > 90 %
- B. Son absence élimine le diagnostic de spondyloarthrite
- C. Sa prévalence dans la population générale caucasienne est > 20 %
- D. Chez Mr S. elle est obligatoire pour faire le diagnostic de spondyloarthrite axiale
- E. La présence de l'allèle HLA-B27 augmente de plus de 200 fois le risque d'être atteint d'une spondyloarthrite comparé à son absence.

A. Le HLA-B27 est un allèle du CMH (complexe majeur d'histocompatibilité) sa prévalence dépend du type de spondyloarthrite :

- > 90 % dans la spondylarthrite ankylosante
- environ 70 % dans les arthrites réactionnelles (voir astuce)
- 50 à 70 % dans le rhumatisme psoriasique et les spondylarthrites associées aux MICI (maladie de Crohn et rectocolite hémorragique) (Rang B).

B. Le diagnostic de spondylarthrite est établi avec l'aide de critères de classification dont la plus connue est **ASAS 2009** (ce ne sont néanmoins pas des critères diagnostic). La présence de l'allèle HLA-B27 n'est donc pas nécessaire si les critères clinico-radiologiques sont présents (Rang B).

C. La prévalence du HLA-B27 en population générale est plus faible, **de l'ordre de 6 à 8 %** (Rang B).

D. La présence chez Mr S. de signes clinico-radiologiques évocateurs de spondylarthrite permet **de poser le diagnostic sans doser le HLA-B27**. En effet, il a plus de 90 % de probabilité d'être présent mais son absence ne remettra pas en cause le diagnostic établi. Le dosage n'aura pas d'impact sur la prise en charge de Mr S. et son coût n'est pas négligeable (Rang B).

E. Petite information notée dans le COFER, ce risque relatif de 200 est l'une des plus fortes associations connues à ce jour entre un antigène du système HLA et une pathologie (Rang B).



Astuce du rhumatologue

Pour bien comprendre, voici un petit focus sur les arthrites réactionnelles et sa forme la plus complète : **le Syndrome de Feissinger-Leroy-Reiter**.

3 noms propres pour une triade de symptômes : Conjonctivite-Urétrite-Arthrite.

Moyen mnémotechnique : Feissinger-Leroy et Reiter sont des **Artistes ConnUs**

→ **AR**Thrites, **CON**jonctivite, **Ur**étrite

Son pic de fréquence varie entre 15 et 35 ans, il survient quelques semaines après une infection à bacilles gram négatif urogénitale à *C.Trachomatis* (Pas à *N. gonorrhoeae*, qui lui, donne de vraies arthrites septiques avec culture de ponction articulaire positive) ou gastro-intestinale (*Shigella*, *Salmonella*, *Camylobacter* et *Yersini*).

Le traitement repose sur des antibiotiques adaptés aux germes retrouvés dans les prélèvements gynéco-urologiques ou gastro-intestinaux et non sur la culture de la ponction articulaire qui est normalement **négative** d'où le nom d'arthrite réactionnelle ou aseptique (Rang B).

N.B. : À ne pas confondre avec le **Syndrome de Fitz-Hugh-Curtis** qui est une périhépatite due à *N.gonorrhoeae* (que vous retrouvez en traitant l'item 162 IST) (Rang A).

■ QRM 4

Correction : AC

- A. Son antécédent d'uvéite antérieure aiguë
 - B. Son taux de CRP augmenté
 - C. Ses rachialgies inflammatoires
 - D. Une maladie cœliaque associée
 - E. La régression des douleurs à la prise de corticoïdes (bonne réponse au traitement)
- A.** L'épisode d'uvéite antérieure fait partie des manifestations extra-articulaires des spondyloarthrites (Rang B).
- B.** Le taux de CRP élevé fait partie des signes biologiques possibles mais **il est normal chez Mr S.** (Rang B).
- C.** Les rachialgies inflammatoires sont un des signes principaux du **syndrome pelvi-rachidien**, renforcé par leur durée d'évolution longue (>3 mois chez Mr S.) (Rang A).
- D.** Ce sont **les entérocolopathies inflammatoires (maladie de Crohn et RCH)** qui sont associées aux spondyloarthrites et non la maladie cœliaque (Rang B).
- E.** Ce sont **les anti-inflammatoires non stéroïdiens** qui sont la pierre angulaire du traitement des spondyloarthrites et non les corticoïdes (Rang A).



Astuce du rhumatologue

Les critères de classification ASAS 2009 sont différents pour les spondyloarthrites axiales et périphériques. Ce ne sont pas des critères diagnostiques mais ils aident le rhumatologue dans le diagnostic des spondyloarthrites.

Je pense qu'il est important de les connaître car ils reprennent les principales atteintes des spondyloarthrites.

Pour les spondyloarthrites axiales, il faut :

L'association d'une sacro-iliite à l'imagerie et d'au moins 1 signe de spondyloarthrite présent dans la liste suivante*.

OU l'association HLA-B27 positif et au moins 2 signes de spondyloarthrite de la liste*.

*Signes de spondyloarthrite présents dans les critères ASAS 2009 :

Moyen mnémotechnique : **CHAPEAU BLED** :

- CRP élevée,
 - HLA B27+,
 - Arthrite,
 - Psoriasis,
 - Entéropathie (Crohn/RCH),
 - Antécédents familiaux,
 - Uvéite
-
- Bonne réponse aux AINS
 - Lombalgies/dorsalgies inflammatoires
 - Enthésite
 - Dactylite.

■ QRM 5

► Correction : ACD

- A. Elles sont appelées syndesmophytes
- B. Elles se développent horizontalement le long du rachis
- C. Elles touchent le plus souvent la charnière thoraco-lombaire
- D. Elles peuvent aboutir à une fusion des vertèbres voire à une véritable « colonne bambou »
- E. Elles sont surnommées « bec de perroquet »

A et C. Un syndesmophyte est l'ossification d'une enthèse vertébrale, il se situe le plus souvent à la charnière thoraco-lombaire (entre Th12 et L1) et commence habituellement par l'**érosion du coin supéro-antérieur de la vertèbre** puis par l'**ossification des ligaments intervertébraux**.

B et E. Attention, il faut bien différencier syndesmophytes et ostéophytes (= « bec de perroquet ») qui sont des images radiologiques retrouvées dans l'arthrose.

	SYNDESMOPHYTES	OSTEOPHYTES
Pathologie	Spondyloarthrite	Arthrose
Trajet	Horizontal (ascendant ou descendant)	Vertical
Aspect	Fin	Grossier

D. Dans les formes évoluées avec ankylose complète, les nombreux syndesmophytes se rejoignent formant une « colonne bambou » ou un « rail de train » sur les radiographies. Une fois cette ankylose installée elle est **irréversible** et le retentissement fonctionnel est grand pour le patient.

■ QRM 6

Correction : CD

- A. Indice de Lequesne
- B. Score de Rodnan
- C. **Indice de Schöber**
- D. **Distance L3-mur**
- E. Indice fonctionnel de la main de Cochin

A. L'indice algofonctionnel de Lesquesne est utilisé dans **la coxarthrose et la gonarthrose**. Il permet de coter les répercussions douloureuses et fonctionnelles de l'arthrose. Un score > **10-12** (sur 24 au total) est un des critères qui pousse le médecin à proposer la pose d'une prothèse totale (Rang B).

B. Le score de Rodnan est utilisé dans le suivi de la sclérodémie systémique et permet de coter l'atteinte cutanée et notamment la sclérose de la peau (Rang C).

C. L'indice de Schöber est une mesure réalisée lors de l'examen clinique du rachis. Il évalue la raideur axiale. C'est une mesure à réaliser dans le suivi de la spondylarthrite car elle a une bonne reproductibilité intra-individuelle (Rang A).

D. La distance L3-mur est aussi à mesurer lors de l'examen clinique d'un patient suivi pour spondylarthrite. L'atteinte du rachis est souvent d'évolution **ascendante** (lombaire puis thoracique puis cervicale) et une augmentation de cette distance est un signe la perte de la lordose lombaire et un signe annonciateur d'ankylose rachidienne (Rang A).

E. L'indice fonctionnel de la main de Cochin est utilisé dans le suivi de la polyarthrite rhumatoïde. C'est une échelle d'auto-évaluation qui mesure l'incapacité fonctionnelle de la main (Rang B).

■ QROC 7

Correction

BASDAI ou ASDAS

BASDAI ou ASDAS

Il existe deux principaux scores d'activité utilisés dans la spondylarthrite qui sont le **BASDAI** et le **ASDAS** (il y a deux **A** donc ce sont des scores d'**Activité**, à ne pas confondre avec le **BASFI** qui est un score **Fonctionnel**).



Astuce du rhumatologue

Focus sur le **BASDAI** et l'**ASDAS** qui permettent d'évaluer l'activité de la maladie et de poser l'indication des anti-TNF dans la spondylarthrite axiale (Rang B).

- **BASDAI** = auto-questionnaire de 6 questions (fatigue, douleur, gonflement, raideur matinale) sur le ressenti lors de la semaine précédent l'évaluation -> seuil $\geq 4/10$
- **ASDAS-VS** ou **ASDAS-CRP** = auto-questionnaire clinico-biologique de 4 questions (3 questions identiques au **BASDAI** + évaluation globale de la maladie) auxquelles s'ajoutent le taux de CRP ou la VS. -> seuil $\geq 2,1/10$