ED 5 Rhumato - Arthrose

CAS 1 : arthrose fémoro-patellaire

Mme G., 60 ans, en pré-retraite (secrétaire) consulte pour une douleur du genou gauche, localisée à la face antérieure du genou, apparue progressivement depuis 1 à 2 ans. Ses douleurs surviennent à la marche et la gênent essentiellement à la descente et aussi à la montée des escaliers. Mme G. a du mal à regarder son film préféré « Out of Africa » car lorsqu'elle est assise trop longtemps, son genou lui fait mal (signe du cinéma). Elle n'a pas d'activité physique et sportive.
Mme G. est par ailleurs suivie en diabétologie pour un diabète de type 2 sous biguanides seuls (HbA1c à 6%) associé à une surcharge pondérale (poids 75 kg, taille 1,60 m), ainsi qu'en pneumologie pour un asthme sous beta 2 mimétiques

A l'examen clinique, il existe un épanchement du genou gauche, la patiente est apyrétique.

Tissu responsable? Hyp diagnostique?
- mb synoviale
- gonarthrose fémoro-patellaire
- signe du cinéma (douleur quand on reste longtemps assis)

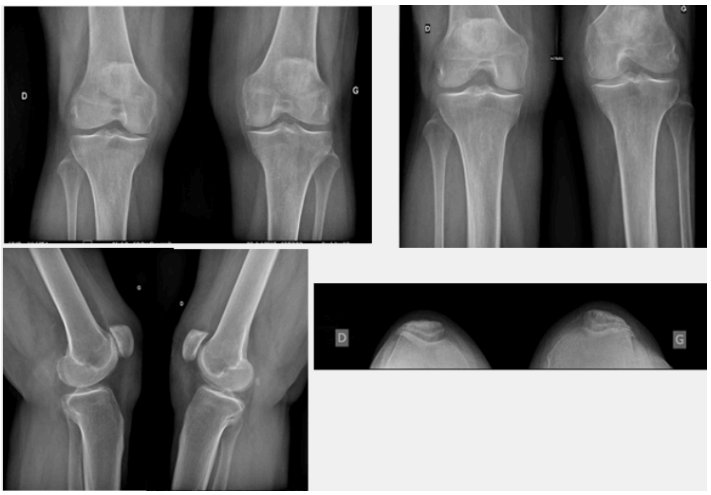
=> arthrose ici plutôt fémoro-patellaire

EC
- radio genou
- **ponction liquide articulaire** (devant tout épanchement !!) : biochimie + anapath (voir s'il y a cristaux)

Facteurs de risque
- surpoids
- sexe féminin
- pathologie articulaire sous-jacente
- ATCD de sub luxation

Examen clinique
- signe du rabot (si on sent que la rotule frotte sur les condyles fémoraux)
- signe de Zohlen (mettre main sous le genou demander d'écraser la main)
- choc rotulien (facteur de mauvais pronostic)
- signe de Smili (subluxer rotule sur le côté et demander au patient de plier le genou)

Radio
- schuss permet de voir s'il y a un pincement fémoro-patellaire postérieur (2e image)
- cliché face et schuss sont pas si mal
- pincement entre rotule et trochée fémorale
- en charge = debout
- ne pas oublier l'incidence fémoro-patellaire (la 4e image)



Traitement
- kiné (renforcement du quadriceps et du comportement interne pour réaxer la rotule)
- antalgiques palier 1 (paracétamol mais 3g/j) ou AINS (PO ou local car moins d'ES) ou anti-arthrosiques d'action lente (chondroïtine sulfate, glucosamine) efficacité contestée
- infiltrations (avec ponction avant toujours) corticoïdes ou acide hyaluronique
- attention à bien contrôler le diabète (pas d'infiltrations si HbA1c très élevée) car peut faire augmenter la glycémie
- perte de poids, porter éventuellement une orthèse

- activité physique conseillée sauf si stimule le compartiment touché

Quelle pathologie risque de déséquilibrer le diabète et les corticoïdes? Diabète et asthme

3 mois + tard, tuméfaction face post du genou, gêne en flexion et douleur du mollet débutante

Hyp?
- kyste poplité
- DD = phlébite !!!
- échographie
- tt = 1e intention infiltration du kyste

CAS 2 : arthrose fémoro-tibiale

M. R., 70 ans, Poids 90 kg Taille 1,72m, vous consulte pour un gonflement douloureux du genou droit depuis 2 semaines. Il n'a pas de fièvre, les douleurs cèdent au repos, il n'a pas de réveil nocturne. Les douleurs prédominent au compartiment interne du genou. Dans les antécédents, on note une HTA traitée par diurétiques, une cardiopathie ischémique traitée par dérivés nitrés, inhibiteur de l'enzyme de conversion et Aspegic, et un diabète de type 2 traité par antidiabétiques oraux (metformine et sulfamide hypoglycémiant) mal contrôlé avec une HbA1c à 8.5%.
Il s'agit du 3ème épisode en 5 ans. Mr R. a été opéré du genou droit vers l'âge de 50 ans par arthroscopie : on lui aurait dit qu'il avait un problème de ménisque interne et que le chirurgien l'a enlevé.

Seul examen biologique nécessaire au diagnostic ?
- ponction articulaire : bactério, anapath (arthropathie microcristalline?), cytologie

500 éléments/mm3, 5 hématies /mm3, absence de cristaux, cultures stériles
=> liquide mécanique (car < 1500 élements)

Radio
- gonarthrose fémoro-tibiale interne prédominant à droite mais bilatérale
- ostéophyte sur cliché de face en charge, retrouvé sur le cliché en schuss

érosion = arthrite (septique, inflammatoire, microcirstalline)

géode = arthrose

Diagnostic
- Artrhose congestive (poussée inflammatoire car épanchement) fémoral tibiale interne droite

Facteurs de risque
- **ménisectomie** interne
- obésité
- sd métabolique
- âge

Prise de diurétiques est un FDR de goutte

AINS inhibe les COX, joue un rôle dans la douleur et l'inflammation
Bénéfices = peut réduire l'épanchement
Risques = IR, ulcère, hépatotoxicité, IC, sd coronaire aigu
=> Donc on lui donne pas

Donc traitements non médicamenteux
- perte de poids
- rééducation : renforcement du quadriceps (éviter le flessum)
- canne controlatéral
- orthèses plantaires pour décharger le compartiment fémoral tibial interne

Infiltration genou droit car antalgiques 2 insuffisants
- on préfère acide hyaluronique car diabète déséquilibré. Seulement effet antalgique, pas d'effet structural de régénération
- gonarthrose symptomatique en échec de tt médicamenteux

2 ans + tard EN 2/10 mais aggravation des lésions arthrosiques sur la radio

Chirurgie ?
- on opère pas avant un retentissement clinique car suites PTG compliquées (6 semaines de rééducation) contrairement à la hanche
- attendre que Lequesne > 10-12
- dissociation clinico-radiologique fréquente !!

CAS 3 : arthrose digitale

Mme R., 65 ans, ancienne couturière, consulte pour une douleur et un gonflement des inter-phalangiennes proximales (IPP) et distales (IPD) des 2 mains. Les douleurs sont apparues il y a plusieurs années (le début remontant il y a 10 ans environ), évoluent par crises. Des déformations apparaissent progressivement. Les douleurs sont favorisées par l'utilisation des doigts (ouvrir les bouteilles, éplucher les légumes) et les articulations sont raides durant 10 minutes le matin. Il n'y a pas de réveil nocturne. Mme R. vous raconte que toutes les femmes dans sa famille ont les doigts déformés.

Hyp ?
- ne touche pas MCP : sinon rechercher rhumatisme inflammatoire
- horaire mécanique
- ATCD familiaux
- arthrose digitale

DD
- rhumatisme psoriasique : touche IPP et **IPD**, contexte familial, mais atteinte possible des MCP

Examen clinique
- rechercher autres arthroses : genou, hanche
- nodules d'Heberden (à cause de ostéophytes) à IPD, qu'on ne voit pas dans rhumatisme psoriasique
- lésions cutanées de psoriasis : coude, cuir chevelu, pli interfessier, ungéal, rétro auriculaire
- ATCD personnel ou familial de psoriasis
- signes extra-extra-articulaire autres apparentés aux spondylopathies = MICI, uvéite
- notion de **dactylite** : ténosynovite des fléchisseurs + arthrites MCP IPP IPD. Mais attention on peut avoir des synovites dans l'arthrose digitale

Radio
- être systématique (de haut en bas par exemple)
- rechercher calcification ligament triangulaire du carpe qui oriente vers chondrocalcinose
- rhyzarhtrose gauche

Traitement
- antalgique idem (topique ou PO si polyarthrose) cure courte (5j)

- orthèse pour la rhyzarthrose ou les doigts éventuellement

CAS 4 : coxarthrose

Mme C., 55 ans, consulte pour une douleur de l'aine gauche survenue spontanément, irradiant à la face antérieure de la cuisse, non impulsive, entraînant une réduction du périmètre de marche à 500 m avec une boiterie. Il n'y a pas de réveil nocturne, ni de fièvre.

Hyp
- coxarthrose
- douleur projetée radiculaire : flèche inguinale des trajets L5, mais généralement ne fait pas boiter, ou curalgie
- **ostéonécrose de la tête fémorale** !!! principal DD
- illio psoas et moyen fessier peuvent donner cette douleur, tendinite
- douleur d'origine viscérale

Radio
- bassin face et faux profil de Lequesne
- coxarthrose supéro-externe

Traitement
- repos articulation
- kiné
- antalgiques
- souvent infiltration si échec tt médicamenteux

Objectifs kiné une fois la crise passée
- mobilisation passive et active
- proprioception (marche et équilibre)
- renforcement isométrique (longueur constante) quadriceps et muscles pelvis trochantériens
- travail dynamique

4 mois plus tard, les douleurs reviennent plus fortes avec limitation périmètre de marche

Diagnostic
- coxarthrose destructrice rapide (pincement localisé)
- > 50% en 6 mois ou 2 mm en 1 an

Ponction liquide
- pour éliminer atteinte septique

Antalgiques
- palier 1 (doliprane 3g/j)
- palier 2 (tramadol jsq 400 mg/j, codéine, lamaline)
- palier 3 (morphine) interdoses toutes les 4-6 h 1/6 de la dose et ne pas oublier tt laxatif systématique

CAS 5 : ostéonécrose de la tête fémorale

Mr T, âgé de 58 ans, consulte pour une douleur du pli de l'aine gauche évoluant depuis 2 mois, apparue progressivement. La douleur survient à la marche, est calmée par le repos, ne le réveille pas la nuit et est partiellement calmée par le DOLIPRANE®.

Mr T est comptable et a pour antécédent un asthme sévère traité par VENTOLINE® et SOLUPRED® et un syndrome dépressif depuis 2 ans avec des épisodes de consommation d'alcool parfois importante, « selon comment va le moral ».

A l'examen clinique, le patient est apyrétique, vous notez une boiterie à la marche et vous déclenchez une douleur à la palpation du pli de l'aine.

Caractères sémiologiques douleur
- mécanique
- nociceptive

Structures anatomiques concernées
- articulation coxo-fémoral
- para-articulaire et tendineux
- douleurs branche illio pubienne et bassin

Hyp
- coxarthrose
- **ostéonécrose tête fémorale** : corticoïdes (PO?), alcool, dyslipidémie, SAPL, VIH, accident de décompression gazeuse, drépanocytose, ATCD fracture et luxation de hanche
- douleur radiculaire projetée
- récent et s'aggrave progressivement => fissures, fractures de fatigue.. Car corticoïdes au long cours en plus donc ostéopathie fragilisante

Interrogatoire et examen clinique
- mobilités articulaires
- clinostatisme (décoller le talon du lit)
- roulé de hanche
- regarder genou pour douleurs projetés
- éliminer viscéral

EC
- radio hanche face et faux profil
- aspect hétérogène de la tête
- perte de sphéricité
- dédoublement de la corticale => typique de l'ostéonécrose
- pas de pincement de l'interligne

IRM si doute à la radio (on verrait liseré qui entoure toute la zone de nécrose)

PEC
- règles hygiènodiététiques (arrêt alcol)
- mise au repos en décharge
- infiltration corticoïdes
- palier 1 et 2 comme antalgiques
- pas d'efficacité démontrée des corticoïdes

3 mois + tard, douleur s'aggravent progressivement, périmètre de marche 100m, douleurs mécaniques du pli de l'aine avec des réveils nocturnes positionnels et ne peut plus faire ses lacets

Complications précoces pose de prothèse
- hématome
- infection
- phlébite

Tardif (> 3 mois):
- luxation de prothèse
- ossification périprothétique
- fissures péri-prothétiques

QCM 1 Concernant les mécanismes physiopathogéniques de l'arthrose, retenir les affirmations exactes :

A. Seul le cartilage est lésé au sein des articulations arthrosiques => FAUX, tous les tissus sont touchés (synoviale et os aussi)
B. Les débris de cartilage activent les synoviocytes => VRAI
C. Les douleurs étant mécaniques, les cytokines n'interviennent pas dans la physiopathologie de l'arthrose => FAUX
D. Certains auto-anticorps peuvent servir au diagnostic positif d'arthrose => FAUX, probablement facteur génétique mais pas d'Ac
E. La dégradation des tissus articulaires dans l'arthrose est le fait d'enzymes protéolytiques => VRAI, métalloprotéinase et atésikanases, fonction collagènes (dégradent)

QCM 2 : Parmi ces propositions, quel(s) est (sont) les facteurs de risque de coxarthrose destructrice rapide ?

A. Femme => VRAI
B. Indice de masse corporel > 30 kg/m^2 => VRAI
C. Activité physique => FAUX
D. Traumatisme => VRAI
E. Age <65 ans => FAUX

QCM 3 : quelle(s) est (sont) le(s) complication(s) éventuelle(s) de la prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ?

A. Ostéonécrose aseptique => FAUX
B. Ulcère gastroduodénal => VRAI
C. Insuffisance rénale => VRAI
D. Cardiopathie ischémique => VRAI
E. Hypotension artérielle => FAUX HTA

QCM 4 : Quelle(s) anomalie(s) voyez-vous sur cette radiographie ?

A. Pincement radio-carpien bilatéral => FAUX
B. Erosion des métacarpo-phalangiennes => FAUX
C. Rhizarthrose bilatérale => VRAI
D. Pincement des IPD 3 bilatérale => VRAI
E. Ostéophytes des IPD 3 bilatérale => VRAI

QCM 5 : Parmi ces propositions, laquelle (lesquelles) doit (doivent) figurer sur votre ordonnance de rééducation pour gonarthrose fémoro-tibiale interne?

A. Massage décontracturant => FAUX
B. Renforcement musculaire du quadriceps => VRAI
C. Onde de choc => FAUX
D. Travail des amplitudes articulaires du genou => VRAI
E. Auto-exercice et éducation => VRAI