

Dossier 2

Un swing douloureux...

Énoncé

M. L., 76 ans, consulte pour des gonalgies droites. Son genou droit est douloureux, uniquement à la marche et il peine à finir ses parcours de golf avec ses amis. Il a par ailleurs une HTA bien contrôlée sous monothérapie, et une cataracte. À l'examen clinique, il existe un signe du flot à droite et des douleurs de l'interligne interne à la palpation. Les amplitudes articulaires sont normales. Le reste de l'examen est sans particularité.

1 Que signifie la présence d'un signe du flot ?

- a. Une instabilité rotulienne
- b. Une lésion du pivot central
- c. Un épanchement intra-articulaire
- d. Une bursite prérotulienne
- e. Une lésion méniscale

2 Quel est l'horaire de la douleur de M. F. et pourquoi ?

- a. Inflammatoire, car il est douloureux à la marche
- b. Mécanique, car il est douloureux à la marche
- c. Inflammatoire, car il existe un épanchement intra-articulaire
- d. Mécanique, car il a > 70 ans
- e. Mixte, car il est douloureux à la marche et il existe un épanchement

3 Quel est l'examen indispensable à réaliser pour orienter votre diagnostic ?

- a. CRP
- b. Échographie articulaire
- c. Calcémie
- d. Ponction intra-articulaire du liquide synovial
- e. Uricémie

4 Le liquide est ponctionné et montre 220 éléments par mm³, 12 hématies, un examen direct négatif, une culture négative et l'absence de cristaux. Quel est le diagnostic le plus probable ?

- a. Une gonarthrose
- b. Une goutte
- c. Une chondrocalcinose
- d. Une polyarthrite débutante
- e. Une arthrite septique



5 Pour confirmer la gonarthrose, quelle(s) imagerie(s) demandez-vous ?

- a. Des radiographies standard des genoux face + profil
- b. Des radiographies standard des genoux en schuss et défilé fémoro-patellaire
- c. Une IRM du genou droit
- d. Une échographie des genoux
- e. Un scanner de genou droit

6 Une imagerie du patient est présentée en annexe.



 Voir photo dossier, p. XXIV

Que voyez-vous ?

- a. Une radio normale
- b. Une gonarthrose fémoro-tibiale interne droite
- c. Une gonarthrose fémoro-tibiale externe gauche
- d. Une gonarthrose fémoro-patellaire bilatérale
- e. Une chondrocalcinose articulaire

7 Quelle anomalie visible à l'examen clinique est classiquement associée à cette atteinte ?

- a. Un hallux valgus
- b. Un genu valgum
- c. Un genu varum
- d. Une laxité frontale
- e. Une scoliose lombaire

8 Comment évaluez-vous le retentissement clinique ?

- a. Questionnaire BASDAI
- b. Score SLEDAI
- c. Score de DAS28
- d. Indice de Schöber
- e. Échelle de Lequesne

9 Parmi ces propositions, lesquelles font partie du traitement médicamenteux de première intention ?

- a. Corticothérapie lors des poussées
- b. Infiltrations
- c. Antalgiques
- d. AINS lors des poussées
- e. Méthotrexate



10 Parmi ces propositions, lesquelles font partie du traitement de première intention ?

- a. Réduction pondérale
- b. Régime pauvre en purines
- c. Kinésithérapie
- d. Immobilisation par attelle de Zimmer lors des poussées
- e. Décharge

11 Quelle(s) est(sont) la (les) proposition(s) exacte(s) concernant les prothèses totales de genou ?

- a. Indiquées uniquement pour les gonarthroses tricompartmentales
- b. Indiquées uniquement pour les stades IV radiographiques
- c. Indiquées uniquement si patient symptomatique
- d. Déconseillées au-delà de 65 ans
- e. Déconseillées si antécédent d'entorse grave

12 Monsieur L. se fait finalement poser une prothèse totale du genou. Quelles sont les principales complications pouvant survenir dans les suites ?

- a. Neuroalgodystrophie
- b. Infection de prothèse
- c. Arthrose de cheville
- d. Ostéoporose
- e. Thrombose veineuse profonde

13 Les suites opératoires ont été favorables, permettant à Monsieur L. de reprendre le golf. Deux ans plus tard, il consulte à nouveau pour une douleur du genou opéré réapparue depuis environ 2 semaines. Les radiographies montrent un liseré clair périprothétique sur la pièce tibiale. Quel est le diagnostic à évoquer ?

- a. Une fracture périprothétique
- b. Une infection de prothèse
- c. Une hypersensibilité retardée au ciment
- d. Un vieillissement prématuré de prothèse
- e. Une neuroalgodystrophie tardive

■ **Question 1 (5 points)**

Réponse EXACTE : C

Commentaires Le signe du flot et le choc rotulien sont 2 signes cliniques d'épanchement du genou.

■ **Question 2 (10 points)**

Réponse EXACTE : B

Commentaires Seule la description de la douleur compte pour définir son horaire, pas les signes associés. Qu'il y ait épanchement ou non, une douleur mécanique apparaît à l'activité ou est aggravée par l'activité, soulagée par le repos, prédomine en fin de journée et n'entraîne pas de réveils nocturnes (sauf positionnels).

■ **Question 3 (10 points)**

Réponse EXACTE : D

Commentaires Tout épanchement doit être ponctionné et tout liquide ponctionné doit être analysé. La ponction de genou est de surcroît un geste facile en pratique clinique quotidienne. Ici on attend de savoir si le liquide est mécanique ou inflammatoire pour orienter le diagnostic.

■ **Question 4 (10 points)**

Réponse EXACTE : A

Commentaires Le liquide est mécanique quand il y a moins de 1 000 leucocytes par mm³. Un liquide mécanique permet ici d'évoquer une arthrose.

■ **Question 5 (10 points)**

Réponses EXACTES : A-B

Commentaires Pour rechercher une gonarthrose, on demande des clichés de face (pour rechercher une arthrose fémoro-tibiale), en schuss (dépiste l'arthrose fémoro-tibiale plus postérieure), de profil et un cliché en défilé fémoro-patellaire (pour l'arthrose fémoro-patellaire). Scanner, IRM et échographie sont inutiles pour le diagnostic positif d'arthrose si la clinique est évocatrice.

■ **Question 6 (5 points)**

Réponse EXACTE : B

Commentaires À droite, on observe un pincement localisé fémoro-tibial interne, une ostéocondensation en regard, des ostéophytes et une géode. L'ensemble de ces signes sont en faveur d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne droite.

■ **Question 7 (5 points)**

Réponse EXACTE : C

Commentaires Pour des raisons mécaniques de répartition du poids, la déformation en genu varum favorise la gonarthrose fémoro-tibiale interne, le genu valgum la gonarthrose fémoro-tibiale externe.

■ Question 8 (5 points)**Réponse EXACTE : E**

Commentaires Le questionnaire BASDAI évalue l'activité de la spondyloarthrite, le score SLEDAI le lupus, le DAS28 la polyarthrite rhumatoïde, l'indice de Schober la raideur lombaire et l'échelle de Lequesne l'arthrose : il existe une échelle de Lequesne pour le genou et pour la hanche.

■ Question 9 (10 points)**Réponses EXACTES : B-C-D**

Commentaires Les antalgiques simples sont le traitement médicament de 1^{re} intention, ainsi que les AINS en cas de crise (en l'absence de contre-indication). Les infiltrations (de corticoïdes en poussée, ou d'acide hyaluronique) font également partie du traitement médical de première intention.

■ Question 10 (10 points)**Réponses EXACTES : A-C**

Commentaires La réduction pondérale et la kinésithérapie sont les 2 mesures non médicamenteuses clés de la prise en charge de la gonarthrose. Il n'y a pas d'indication à une décharge ni une immobilisation. Le régime pauvre en purine se retrouve dans la goutte.

■ Question 11 (5 points)**Réponse EXACTE : C**

Commentaires Devant une gonarthrose avérée, seule la clinique guide l'indication à une PTC, et non la sévérité radiographique. Les prothèses sont fréquemment posées chez des patients au-delà de 65 ans.

■ Question 12 (5 points)**Réponses EXACTES : A-B-E**

Commentaires L'infection de prothèse, la thrombose veineuse profonde et la neuroalgodystrophie sont 3 complications possibles de la pose d'une PTC.

■ Question 13 (10 points)**Réponse EXACTE : B**

Commentaires Un liseré clair périprothétique correspond à un descellement. Tout descellement est une infection de prothèse jusqu'à preuve du contraire.

ITEMS

- N° 125 Arthrose
- N° 132 Thérapeutiques antalgiques, médicamenteuses et non médicamenteuses
- N° 153 Infections ostéo-articulaires (IOA) de l'enfant et de l'adulte
- N° 195 Syndrome douloureux régional complexe (ex-algodystrophie)
- N° 196 Douleur et épanchement articulaires. Arthrite d'évolution récente
- N° 318 Principe du bon usage du médicament et des thérapeutiques non médicamenteuses

RECOMMANDATIONS ET CONFÉRENCE DE CONSENSUS

Aucune

ANTÉRIORITÉ

ECN 2005, dossier 2

Dossier 3

Des articulations bien enrhumées !

Énoncé

Vous êtes rhumatologue libéral. Mme P., une femme âgée de 53 ans, consulte pour des douleurs évoluant depuis 4 mois, réveillant la nuit et améliorées à l'activité.

1 Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) celle(s) vraie(s) au sujet des douleurs de Mme P. ?

- a. Elles sont neuropathiques
- b. Elles prédominent le matin au réveil
- c. Elles sont non positionnelles
- d. Elles sont aiguës
- e. Elles ont un dérouillage matinal inférieur à 45 minutes

2 À l'interrogatoire, la patiente est fumeuse avec une consommation évaluée à 30 paquets-années. Elle a comme antécédent, un adénocarcinome colique traité par exérèse chirurgicale il y a 2 ans. Le bilan d'extension était négatif. À l'examen clinique, vous retrouvez des synovites des poignets, des 3^e et 4^e articulations interphalangiennes proximales (IPP) gauches et des 2^e et 5^e articulations métacarpophalangiennes (MCP) droites. Le squeeze test est positif au niveau des mains et des avant-pieds. Le reste de l'examen clinique est sans particularité. Parmi les propositions suivantes, quel(s) diagnostic(s) évoquez-vous ?

- a. Lupus érythémateux systémique
- b. Polyarthrite paranéoplasique
- c. Spondyloarthrite axiale
- d. Polyarthrite rhumatoïde
- e. Pseudopolyarthrite rhizomélisque

3 Vous évoquez une polyarthrite rhumatoïde. Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) celle(s) faisant partie du bilan biologique initial d'une polyarthrite rhumatoïde ?

- a. Bandelette urinaire
- b. ANCA
- c. Cryoglobuline
- d. Anticorps anti-CCP
- e. Anticorps antinucléaires



4 Le bilan biologique retrouve une CRP à 15 mg/l, des anticorps antinucléaires positifs au 1/320° sans anticorps anti-ADN natifs, un facteur rhumatoïde et des anticorps anti-CCP positifs. Quelle est votre interprétation de ce bilan biologique ?

- a. Le bilan biologique est en faveur d'une polyarthrite rhumatoïde
- b. Le bilan biologique est en faveur d'un lupus érythémateux systémique
- c. Le facteur rhumatoïde est spécifique de la polyarthrite rhumatoïde
- d. La CRP est un marqueur s'élevant lentement
- e. La présence d'anticorps anti-CCP ou du facteur rhumatoïde est nécessaire pour le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde

5 Vous décidez de prescrire des radiographies. Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) celle(s) faisant partie du bilan radiographique initial d'une polyarthrite rhumatoïde ?

- a. Radiographies des pieds de 3/4
- b. Radiographies des pieds de profil
- c. Radiographies du thorax
- d. Radiographies du rachis cervical
- e. Radiographies des mains et poignets de profil

6 Vous réalisez des radiographies.



 Voir photo dossier, p. IV

Quelle est votre interprétation ?

- a. Pincement articulaire de la 4^e MCP gauche
- b. Érosion de la 3^e IPP droite
- c. Enthésiophytes de la 5^e MCP droite
- d. Radiographie de main-poignet de face
- e. Géodes de la 2^e IPD

7 Votre patiente demande des informations sur la polyarthrite rhumatoïde. Parmi les propositions suivantes, quelle(s) est (sont) celle(s) vraie(s) au sujet de la polyarthrite rhumatoïde ?

- a. La polyarthrite rhumatoïde est plus fréquente chez l'homme
- b. L'âge moyen du début est cinquante ans
- c. Le tabagisme est un facteur protecteur
- d. La polyarthrite rhumatoïde est favorisée par certains terrains génétiques dont HLA-B27
- e. La polyarthrite rhumatoïde est le rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent