

Item 225 : Arthropathie microcristalline (Évaluations)

Date de création du document 2008-2009

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°3

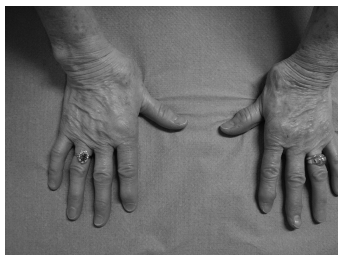
Scénario :

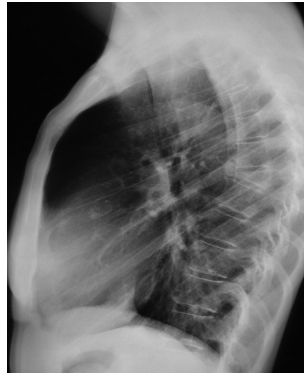
Madame C., âgée de cinquante-six ans, employée de bureau, consulte pour des douleurs articulaires des mains, de l'épaule droite et du rachis lombaire. Elle vous explique que la douleur lombaire a débuté à l'âge de cinquante ans, brutalement, en portant une grosse valise. Depuis, elle a une douleur lors des efforts de soulèvement. Elle a une douleur de l'épaule droite, depuis un mois, qui s'est installée petit à petit. Elle est surtout gênée pour lever le bras mais elle arrive quand même au bout du mouvement. Elle a, enfin, depuis deux mois une gêne des deux mains, surtout des interphalangiennes proximales, notamment les dix premières minutes du matin. Cela dit, elle va beaucoup mieux depuis quinze jours car son médecin lui a prescrit un anti-inflammatoire. Il semble qu'elle a eu par le passé des poussées beaucoup plus aiguës qui avaient aussi été améliorées par ce traitement.

Dans ses antécédents, on retient seulement une sécheresse buccale qu'elle attribue à la prise régulière d'un antidépresseur (Anafranil) pour un état dépressif, cet effet secondaire étant noté sur l'ordonnance du psychiatre qui la suit. Elle est ménopausée depuis onze ans, sans substitution. Elle a fait une fracture du poignet droit il y a deux ans en chutant sur le verglas. La taille est de 168 cm et le poids de 45 kg. Elle fume un paquet de cigarette par jour. Elle boit 30 g d'alcool par jour.

L'épaule droite n'est limitée ni activement ni passivement mais elle est douloureuse et ne résiste pas du tout à la manoeuvre de Jobe, douloureuse à celle de Yocum mais pas à celles de Patte, Gerber, palm-up, Hawkins et Neer.

Le rachis est aujourd'hui souple (Schöber : 5 cm ; ampliation thoracique : 7 cm). Les interphalangiennes proximales et distales des deux mains sont le siège de déformations, ainsi que les bases des pouces (cliché ci-dessous). Le reste de l'examen est normal. La tension artérielle est à 130/80 mm Hg. Elle vous apporte aussi une radiographie du rachis thoracique de profil (cliché ci-dessous) faite par son médecin traitant l'année précédente à l'occasion d'une dorsalgie post-traumatique (ivresse aiguë).





QUESTION 1/7 :

Quels sont les trois problèmes rhumatologiques que vous relevez et quelles en sont les étiologies ? Justifiez.

Réponse attendue :

- Épaule douloureuse avec rupture du tendon du supra-épineux dans le cadre d'une souffrance sous-acromiale :
 - manœuvre de Jobe : tendinite du supra-épineux ;
 - manœuvre de Yocum : souffrance sous-acromiale.
- Arthropathie des mains :
 - horaire mécanique ;
 - déformations des interphalangiennes proximales et distales ;
 - rhizarthrose (pouce adductus bilatéral).
- Ostéoporose post-ménopausique :
 - fracture du poignet ;
 - facteurs de risques d'ostéoporose ;
 - fracture vertébrale d'allure bénigne.

QUESTION 2/7 :

Quelles pathologies vous paraît-il important d'éliminer pour expliquer la pathologie des mains ? Pourquoi ?

Réponse attendue :

Une chondrocalcinose, notamment dans le cadre d'une hémochromatose ou d'une hyperparathyroïdie. Une autre pathologie inflammatoire destructrice (arthrite) aurait pu entraîner cette arthropathie (rhumatisme psoriasique notamment, PR voire syndrome sec associé à une arthrose).

QUESTION 3/7 :

Quels examens paracliniques sont nécessaires pour l'exploration des douleurs des mains de cette patiente ? Quels résultats doit-on en attendre ?

Réponse attendue :

- Fer, coefficient de saturation de la transferrine.
- Calcémie, phosphatémie, calciurie.
- Facteurs rhumatoïdes, anti-CCP.
- Facteurs antinucléaires.
- Radiographie des genoux et du bassin pour recherche de chondrocalcinose.

QUESTION 4/7 :

Elle vous demande si un examen des os (ostéodensitométrie) ne serait pas nécessaire pour expliquer toutes ces douleurs. Que lui répondez-vous ?

Réponse attendue :

Oui, une ostéodensitométrie est nécessaire pour rechercher une ostéoporose car la patiente a :

- un antécédent de fracture du poignet ;
- des facteurs de risques :
 - IMC bas ;
 - fracture ;
 - ménopause ;
 - tabac et possible intoxication éthylique ;
 - chutes ;
 - possible hémochromatose.

QUESTION 5/7 :

Quels sont les objectifs d'une prise en charge kinésithérapique pour cette patiente ?

Réponse attendue :

- Soulager la douleur sur l'épaule et sur les mains : physiothérapie (thermothérapie, ultrasons, ionisations, massages).
- Mobiliser les articulations des mains après réduction de la douleur (glaçage).
- Travailler une remise en tension des muscles de la coiffe après réduction de la phase douloureuse aiguë : balnéothérapie, travail actif contre résistance progressive, rééducation en décoaptation des rotateurs et abaisseurs de l'épaule.
- Éduquer pour une prévention d'une surcharge du rachis lombaire. Renforcer la sangle abdominale et étirer les muscles sous-pelviens.

QUESTION 6/7 :

Existe-t-il une justification à la balnéothérapie chez cette patiente ? Justifiez.

Réponse attendue :

Oui, pour une meilleure décontraction des muscles péri-articulaires de l'épaule et un travail progressif de remise en tension.

QUESTION 7/7 :

La patiente est gênée pour ses activités ménagères, à son bureau et dans les activités de préhension prolongée. Prendriez-vous l'avis d'un autre professionnel paramédical pour cette patiente ? Lequel ? Qu'en attendez-vous ?

Réponse attendue :

Ergothérapeute :

- adaptation du poste de travail et du domicile ;
- orthèse de repos sur la main.

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°5

Scénario :

Madame E., soixante-huit ans, se plaint de douleur des deux épaules évoluant depuis trois mois. L'histoire a débuté après un rhume, en octobre 2006. Au début, elle était un peu raide le matin pour s'habiller. Progressivement, elle a eu des douleurs nocturnes et, actuellement, elle est très gênée à son lever, le matin, au point qu'elle n'arrive pas à lever les deux bras au-delà de 90° jusqu'à 10 h (alors qu'elle se lève vers 8 h). Par ailleurs, depuis un mois, elle a des douleurs des deux fesses. Elle craint de souffrir d'une ostéoporose, comme sa mère qui a d'ailleurs connu une fracture du col fémoral il y a cinq ans.

Dans ses antécédents personnels, vous notez :

- une appendicectomie ;
- une arthrite du genou droit, inexplicquée, il y a un an ;
- une primo-infection tuberculeuse à douze ans ;
- un ulcère duodénal à cinquante-cinq ans ;
- un asthme depuis l'âge de dix-huit ans, traité lors des crises, par salbutamol.

Elle est ménopausée depuis l'âge de quarante-quatre ans.

À l'examen clinique, vous notez :

- température : 37 °C ;
- poids : 48 kg ;
- taille : 1,70 m ;
- l'examen des épaules, à 17 h, ne trouve qu'une gêne en fin d'élévation.

Les manœuvres sous-acromiales sont normales ;

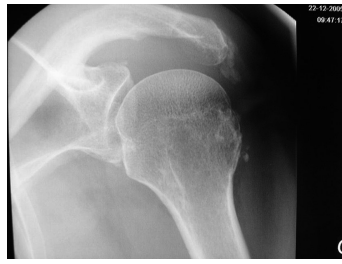
- l'examen général est normal.

Elle a eu des examens biologiques :

- vitesse de sédimentation : 45 mm à la première heure ;
- protéine C réactive : 23 mg/l (N < 6) ;
- numération-formule sanguine : normale ;
- électrophorèse des protéines : normale.

Elle a fait des radiographies d'épaules, qu'elle vous apporte (cliché ci-dessous), et des radiographies du rachis thoracolombaires (normales).





QUESTION 1/5 :

Quels sont les principaux diagnostics que vous évoquez ? Lequel est le plus vraisemblable ?

Réponse attendue :

Devant un rhumatisme inflammatoire proximal du sujet âgé, on évoque :

- pseudopolyarthrite rhizomélique ;
- rhumatismes microcristallin (rhumatismes à hydroxyapatite et chondrocalcinose) ;
- polyarthrite rhumatoïde à début rhizomélique ;
- polymyosite ;
- spondylarthropathie ;
- pseudopolyarthrite rhizomélique paranéoplasique.

Le plus vraisemblable est plutôt le diagnostic de pseudopolyarthrite rhizomélique mais il y a des atypies, notamment l'antécédent d'arthrite du genou et les calcifications d'hydroxyapatite sur les radiographies d'épaules.

QUESTION 2/5 :

Quelles manifestations cliniques recherchez-vous pour étayer votre diagnostic ?

Réponse attendue :

- Le plus important est d'éliminer les signes de maladie de Horton associée (céphalées, pouls temporaux abolis, artères temporales indurées, signe du peigne, claudication de la mâchoire).
- Synovites périphériques et nodules rhumatoïdes.
- Douleur et faiblesse musculaire.
- Sacro-iliite, raideur rachidienne.
- Néoplasie (adénopathies, examen général).

QUESTION 3/5 :

Pensez-vous qu'une ostéoporose peut effectivement être responsable de ses troubles ?

Réponse attendue :

Non, l'ostéoporose est indolore en l'absence de fracture ou de trouble statique rachidien lié aux fractures.

QUESTION 4/5 :

Elle souhaite avoir une ostéodensitométrie. Pensez-vous que cet examen soit justifié ? Expliquez votre raisonnement.

Réponse attendue :

Oui, car elle a des facteurs de risque d'ostéoporose (ménopausée à quarante-quatre ans, antécédent familial, faible poids et, plus encore, si on décide de débiter une corticothérapie à plus de 7,5 mg/j). Il est particulièrement important de vérifier qu'elle n'a pas eu de fracture auparavant. Pour mémoire, chez la femme ménopausée, les indications sont :

- antécédent de fracture ;
- pathologie ou traitement qui favorise l'ostéoporose (corticothérapie en cours > 7,5 mg/j ou antécédent de corticothérapie > 7,5 mg/j pendant plus de trois mois, hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, hypercorticisme, hypogonadisme, ostéogénèse imparfaite) ;
- ménopause avant quarante ans ;
- IMC < 19 kg/m² ;
- antécédents de fracture avant cinquante ans ;
- antécédents de fracture du col chez un parent (1er degré).

QUESTION 5/5 :

Faites-vous des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ?

Réponse attendue :

Examens complémentaires : oui.

- Pour le rhumatisme :
 - radiographies des genoux, du bassin, des mains et des poignets, avant-pieds de face, poumons ;
 - CPK ;
 - facteurs rhumatoïdes, anti-CCP, facteurs antinucléaires.
- Pour l'ostéoporose :
 - bilan phosphocalcique sanguin et urinaire ;
 - créatinine ;
 - électrophorèse des protéines, TSH ;
 - autres examens en fonction des signes cliniques.