

Item 307 : Douleur et épanchement articulaire. Arthrite d'évolution récente (Evaluations)

Date de création du document 2008-2009

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°3

Scénario :

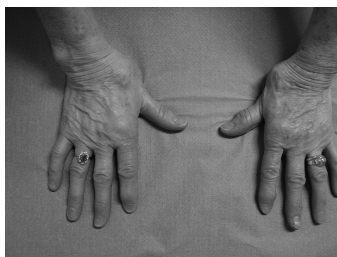
Madame C., âgée de cinquante-six ans, employée de bureau, consulte pour des douleurs articulaires des mains, de l'épaule droite et du rachis lombaire. Elle vous explique que la douleur lombaire a débuté à l'âge de cinquante ans, brutalement, en portant une grosse valise. Depuis, elle a une douleur lors 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.

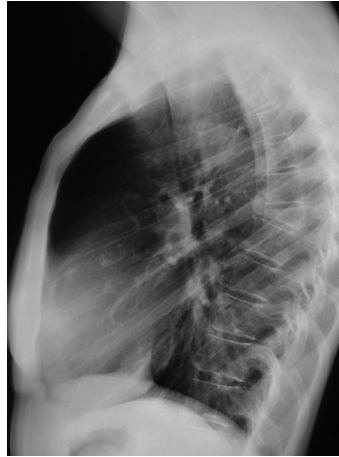
Dans ses antécédents, on retient seulement une sécheresse buccale qu'elle attribue à la prise régulière d'un antidépresseur (Anafranil) pour un état dépressif, cet effet secondaire étant noté sur l'ordonnance du psychiatre qui la suit. Elle est ménopausée depuis onze ans, sans substitution. Elle a fait 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°21

Scénario :

Madame U., mère de trois enfants, est caissière dans un supermarché. Elle vient vous voir en consultation pour des douleurs articulaires des mains qui l'empêchent d'aller au travail ce matin-là. L'histoire de la maladie a commencé alors que Madame M. s'occupait de son troisième enfant : âgé de quatre ans, celui-ci avait dû arrêter momentanément l'école en raison d'une éruption cutanée diffuse qui avait commencé par le visage et s'était ensuite étendue principalement aux fesses et aux membres.

À la suite de cette poussée, l'enfant avait présenté des maux de tête qui l'avait empêché d'aller à l'école. Madame M. avait été obligée de prendre un congé de huit jours pour s'occuper de son enfant. Elle avait à son tour présenté un tableau pseudo-grippal avec de la fièvre, des frissons et une grande fatigue durant quarante-huit heures mais elle en avait tout de même profité pour faire un grand nettoyage dans son appartement. Alors qu'elle devait reprendre ses activités professionnelles, elle présente depuis deux jours d'importantes douleurs articulaires des mains qui l'ont même empêchée de dormir cette nuit. Elle s'en veut d'avoir fait autant de ménage et se demande si la torsion répétée de la serpillière n'est pas en cause. Son seul antécédent notable est la notion de malaises vagues à répétition dans sa jeunesse. Elle a une contraception par stérilet.

À l'examen clinique, vous ne retrouvez aucune limitation articulaire. Il existe une discrète synovite et une douleur à la palpation des 2^e et 3^e métacarpophalangiennes droites et des 4^e et 5^e métacarpophalangiennes gauches. Les deuxième et quatrième interphalangiennes proximales droites sont douloureuses à la palpation mais ne sont pas gonflées. Les autres articulations périphériques sont normales. L'examen axial est normal. L'examen cutané, abdominal, pulmonaire, cardiaque et ganglionnaire est normal.

QUESTION 1/4 :

Quel est le diagnostic syndromique ?

Réponse attendue :

Il s'agit d'une polyarthrite aiguë évoluant depuis 48 heures au décours d'un syndrome grippal, avec un probable contagion auprès de l'un de ses enfants.

QUESTION 2/4 :

Quel est le diagnostic étiologique qui expliquerait à la fois la pathologie de la mère et de l'enfant ? Quel en est le mécanisme physiopathologique ?

Réponse attendue :

La survenue de la polyarthrite au décours d'un épisode infectieux possiblement contagieux évoque au premier chef une maladie virale. L'étiologie la plus vraisemblable est, dans ce contexte, une infection à parvovirus B19 dont le diagnostic permettrait de rassurer la patiente. Il faut tout de même exclure une atteinte viscérale pour s'assurer qu'il n'est pas nécessaire de faire d'autres examens complémentaires à la recherche d'une autre étiologie infectieuse et pour rechercher une étiologie non infectieuse.

L'infection est engendrée par un virus sphérique à ADN thermostable et sans enveloppe. Le diagnostic est biologique et repose sur la mise en évidence des IgM spécifiques.

QUESTION 3/4 :

Quels autres signes retrouvés chez l'enfant pourraient confirmer cette hypothèse ?

Réponse attendue :

Chez l'enfant, le parvovirus B19 donne un mégalérythème épidémique, encore dénommé cinquième maladie. Il existe habituellement une éruption maculopapuleuse atteignant la face et donnant un aspect « souffleté » du visage. Tandis que l'érythème facial disparaît, il apparaît fréquemment une éruption s'étendant aux fesses et aux membres, et respectant les extrémités et souvent le tronc. Il peut exister un aspect pseudo-livédoïde en carte de géographie. L'éruption dure souvent cinq à dix jours avec une récurrence possible, particulièrement lors d'un bain chaud ou d'une exposition solaire. Les arthralgies et les arthrites sont assez rares chez les enfants. Il peut exister concomitamment une méningite aiguë, une myocardite.

QUESTION 4/4 :

Quels autres signes peut-on voir chez la mère dans cette hypothèse ? Quelle est l'évolution prévisible ?

Réponse attendue :

Chez l'adulte, la primo-infection se manifeste volontiers par un tableau fébrile pseudo-grippal associé à un rash et/ou une polyarthrite symétrique. L'atteinte cutanée est souvent un exanthème maculopapuleux, tandis qu'un authentique mégalérythème est rare. Une éruption papulopurpurique en « gants et chaussettes » peut aussi s'observer chez l'adulte. Les autres manifestations cutanées sont moins spécifiques : desquamation palmoplantaire, purpura vasculaire thrombopénique, érythème polymorphe, érythème noueux. Les atteintes articulaires aiguës atteignent surtout les femmes et sont constituées d'arthralgies ou d'authentiques arthrites à début brutal et de résolution souvent inférieure à deux mois.

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°24

Scénario :

Monsieur X., représentant de commerce chez un marchand de spiritueux, vous consulte pour une douleur du membre supérieur gauche. Ce patient a pour antécédent une lobectomie pulmonaire inférieure droite pour adénocarcinome bronchique il y a deux ans, un tabagisme sevré chiffré à 30 paquets-années, une hypercholestérolémie, une hypertension artérielle, un ulcère duodénal perforé il y a trois ans, une allergie à l'iode. Monsieur X. se plaint donc de douleurs du bras à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen évoluant depuis trois semaines et d'intensité progressivement croissante. Ces douleurs le réveillent la nuit aux changements de position mais, surtout, l'empêchent de porter ses caisses d'échantillons. Il vous dit avoir présenté un épisode similaire l'année dernière : l'évolution en avait été rapidement favorable sous antalgiques de palier II. L'examen, torse nu, montre une mobilisation du cou indolore. L'épaule gauche ne dépasse pas 80° d'abduction active à gauche et d'antépulsion. La « redescente » du bras déclenche une douleur de l'épaule. La rotation externe active coude au corps est peu douloureuse et non limitée. Le sujet ne peut pas toucher la partie médiane du dos du fait d'une douleur d'épaule. Les mouvements passifs ne sont ni limités ni douloureux. L'examen neurologique est normal. Le diamètre des pupilles est discrètement asymétrique, de même que la largeur des fentes palpébrales. L'auscultation pulmonaire montre une abolition des vibrations vocales et l'absence de murmure vésiculaire à droite.

QUESTION 1/6 :

Quel est votre diagnostic syndromique ?

Réponse attendue :

Tableau d'épaule douloureuse simple, probablement par tendinopathie de la coiffe des rotateurs.

QUESTION 2/6 :

Par quels tests allez-vous cliniquement préciser ce diagnostic ?

Réponse attendue :

- Manœuvres contre résistance testant l'intégrité des tendons de la coiffe :
- test de Gerber : sous-scapulaire ;
- test de Jobe : sus-épineux ;
- *palm-up test* : long biceps + ensemble de la coiffe ;
- test de Patte : sous-épineux + petit rond.

- Recherche d'un conflit entre la coiffe et l'arche acromio-coracoïdienne :
- *impingement* de Neer ;
- signe de Hawkins ;
- signe de Yocum.

QUESTION 3/6 :

Quel diagnostic différentiel êtes-vous obligé d'évoquer compte tenu des antécédents de ce patient ?

Réponse attendue :

- Syndrome de Pancoast-Tobias associant :
- douleur du membre supérieur (NCB C8 et D1) ;
- syndrome de Claude Bernard-Horner (énophtalmie, myosis, ptosis) ;
- ostéolyse de la première côte.
- En rapport avec une néoplasie de l'apex pulmonaire mise en évidence par la radiographie du thorax centrée sur les apex.

QUESTION 4/6 :

Vous décidez finalement de réaliser une infiltration locale de dérivés cortisonés. Deux jours plus tard, le patient revient vous voir car les douleurs se sont aggravées, devenant insomniantes. Il est fébrile (38,2 °C). L'impotence fonctionnelle est majeure. Toute mobilisation de l'épaule est impossible.

Quelles complications de l'infiltration peut-on évoquer ?

Réponse attendue :

- Arthrite septique post-infiltration.
- Arthrite microcristalline post-infiltration.

QUESTION 5/6 :

Quel diagnostic devez-vous éliminer en priorité ? Comment en faites-vous la preuve ?

Réponse attendue :

- Complication septique.
- Arthrite septique de l'épaule droite nosocomiale.
- Ponction articulaire de l'épaule droite pour examen bactériologique, biochimique et cytologique avec recherche de microcristaux.

QUESTION 6/6 :

Ce diagnostic est confirmé. Que faites-vous ?

Réponse attendue :

Hospitalisation pour :

- ponction articulaire (si pas déjà faite), hémocultures ;
- bilan radiologique : épaules comparatives face et profil ;
- antibiothérapie parentérale double, synergique, bactéricide à bonne diffusion ostéoarticulaire, en fonction de l'examen direct du liquide de ponction, secondairement adaptée à l'antibiogramme ;
- prévention des complications du décubitus ;
- surveillance.