

Item 92 : Infection ostéoarticulaire. Discospondylite (Évaluations)

Date de création du document 2008-2009

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°1

Scénario :

Monsieur A., vingt-cinq ans, étudiant vétérinaire, vient consulter pour lombalgies. La symptomatologie évolue depuis trois ans. Le patient n'avait jamais consulté car les douleurs étaient auparavant intermittentes, de faible intensité, et étaient soulagées par du paracétamol acheté en vente libre en pharmacie. Depuis quatre mois, la symptomatologie s'est modifiée. Les douleurs sont plus intenses et plus invalidantes. Elles siègent au rachis lombaire et dans les fesses. Elles réveillent le patient vers 3 h du matin. Elles sont maximales en début de journée et entraînent un dérouillage matinal que le patient évalue à environ une heure. Le traitement par paracétamol s'est avéré inefficace. L'examen clinique trouve un sujet d'état général conservé. Il n'y a pas de fièvre. Le rachis lombaire est raide et douloureux à la palpation. Les manœuvres sacro-iliaques sont douloureuses, en particulier à gauche. Il n'y a pas de signe de Lasègue. L'examen neurologique est sans particularité. L'examen général est normal. Parmi les antécédents, on retient un tabagisme à cinq paquets-années et quelques lésions traumatiques : deux entorses de la cheville droite il y a cinq et deux ans, une entorse du genou gauche avec lésion du ménisque interne ayant nécessité une suture sous arthroscopie il y a trois ans, un accident de la voie publique il y a cinq mois, s'étant soldé par des plaies cutanées.

QUESTION 1/7 :

Vous évoquez le diagnostic de spondylarthropathie. Quels éléments complémentaires importants en faveur de ce diagnostic recherchez-vous à l'interrogatoire et à l'examen clinique ?

Ces recherches sont négatives. Vous revoyez le patient avec les résultats de clichés radiographiques (rachis thoracique et lombaire face et profil, bassin de face — ce dernier étant sur le cliché joint). Les résultats des examens de laboratoire sont les suivants :

- hémoglobininémie : 13 g/100 ml ; leucocytes : 5 300/mm³ (65 % de polynucléaires neutrophiles, 25 % de lymphocytes) ; plaquettes : 188 000/mm³ ;
- vitesse de sédimentation : 8 mm ; protéine C réactive : 4 mg/l (N < 5) ;
- natrémie : 142 mEq/l ; kaliémie : 4,1 mEq/l ; albuminémie : 39 g/l ; créatininémie : 85 μmol/l ;
- calcémie = 2,35 mmol/l.

Réponse attendue :

Interrogatoire : antécédents familiaux de spondylarthrite ankylosante ou de spondylarthropathie, antécédents familiaux de psoriasis, antécédents personnels de

psoriasis, d'entérocolopathie inflammatoire (Crohn et rectocolite hémorragique), d'arthrites périphériques, d'orteil ou doigt en « saucisse », de talalgies, d'uvéite antérieure.

Examen clinique : psoriasis.

QUESTION 2/7 :

Outre une spondylarthropathie :

1. Quelles sont les principales autres hypothèses diagnostiques ? Discutez-les.
2. Quel examen d'imagerie doit être privilégié dans le cadre du diagnostic ?

Après quelques semaines, le patient se plaint de gastralgies. La fibroscopie œsogastroduodénale objective un ulcère gastrique prépylorique de 0,5 cm de diamètre, macroscopiquement bénin (les biopsies réalisées n'objectivent que des remaniements inflammatoires banals).

Réponse attendue :

- Spondylodiscite infectieuse ou sacro-iliite infectieuse :
- Pour cette hypothèse : lombo-fessalgies d'horaire inflammatoire ; plaies cutanées peu de temps avant le début des troubles ; brucellose, compte tenu de son emploi.
- Contre cette hypothèse : pas de fièvre ; pas de syndrome inflammatoire ; pas de polynucléose neutrophile ; radiographies retrouvant une sacro-iliite bilatérale.
- Tumeur osseuse :
- Pour cette hypothèse : douleurs d'horaire inflammatoire.
- Contre cette hypothèse : pas d'altération de l'état général ; examens biologiques et radiographie standards.

Il existe une sacro-iliite évidente radiologiquement, ce qui permet de ne pas discuter d'autre imagerie.

QUESTION 3/7 :

Le diagnostic de spondylarthrite ankylosante est retenu. Quelle est votre attitude thérapeutique ? Quel suivi planifiez-vous ?

Réponse attendue :

- Information du patient.
- Éducation du patient.
- Conseil d'arrêt du tabac.
- Anti-inflammatoires non stéroïdiens en l'absence de contre-indication.
- Antalgiques.
- Kinésithérapie :
- en extension rachidienne ;
- avec travail de l'amplitude respiratoire ;
- apprentissage d'une autoréducation.
- Suivi tous les trois à six mois :

- évaluation de la douleur par échelle visuelle analogique ;
- évaluation de la statique et des mobilités rachidiennes ;
- indice BASDAI.

QUESTION 4/7 :

Quelle doit être la conduite à tenir ?

Le problème digestif est réglé. L'évolution ultérieure de la spondylarthrite ankylosante se fait vers une aggravation des symptômes. Le patient est très invalidé. Il existe une résistance ou une contre-indication à tous les traitements « classiques » locaux ou généraux.

Réponse attendue :

- Arrêt des anti-inflammatoires non stéroïdiens.
- Arrêt du tabac si non fait.
- Traitement antisécrétoire pendant six semaines (IPP).
- Éradication d'*Helicobacter pylori* si la recherche est positive :- antisécrétoire double dose pendant une semaine ;- associé à double antibiothérapie parmi amoxicilline, clarithromycine, métronidazole pendant une semaine ;- puis arrêt ou poursuite de l'antisécrétoire trois semaines à simple dose.
- Contrôle endoscopique et histologique à huit semaines. Contre-indications : aux anti-inflammatoires non stéroïdiens ; ou association définitive AINS-IPP et contrôle de la fibroscopie.

QUESTION 5/7 :

1. Quelle classe thérapeutique peut être envisagée ?
2. Quelles sont ses principales contre-indications ?

La maladie est peu active pendant plusieurs mois. Malheureusement, l'évolution se fait vers un échappement thérapeutique. Le patient vient vous demander conseil. Il lui a été proposé d'être inclus dans une étude testant l'efficacité d'un nouveau traitement, en comparaison avec un placebo.

Réponse attendue :

Anti-TNF α . Principales contre-indications :

- infections actives ;
- situations à haut risque d'infection ;
- sclérose en plaques ;
- insuffisance cardiaque congestive ;
- néoplasies et cancers, sauf ceux traités depuis plus de cinq ans et guéris ;
- lésions précancéreuses en l'absence d'avis d'un cancérologue ou d'un hématologue ;
- grossesse, allaitement.

Le bilan préthérapeutique doit comporter obligatoirement un interrogatoire et un examen

soigneux à la recherche de contre-indications et/ou d'antécédents ou signes pouvant faire craindre une contre-indication. Selon l'AFSSAPS : interrogatoire soigneux à la recherche de situation à risque de tuberculose, une radiographie pulmonaire, une IDR à la tuberculine.

QUESTION 6/7 :

La thérapeutique envisagée est efficace, mais le patient garde quelques douleurs persistantes. Il a entendu parler des cures thermales et vous demande quelles en sont les modalités et si elles pourraient lui être bénéfiques. Que lui répondez-vous ?

Réponse attendue :

La crénothérapie est l'ensemble des traitements appliqués à un patient pendant son séjour dans la station thermale :

- dans la plupart des cas, des soins de kinésithérapie et de rééducation sont effectués ;
- utilisant souvent les eaux thermales ou leurs dérivés (boue) ;
- ayant lieu dans une station agréée ;
- au cours d'une période d'environ trois semaines en général.

Les soins sont quotidiens.

Le médecin doit remplir un formulaire de prise en charge comportant l'orientation thérapeutique et le nom de la station thermale. La demande est adressée par le patient à la sécurité sociale.

L'efficacité à long terme des cures thermales sur la douleur ou le handicap n'est pas démontrée. Elles peuvent cependant être utiles dans la spondylarthrite ankylosante.

Elles sont contre-indiquées en cas de poussée inflammatoire. Elles sont également contre-indiquées en cas de traitement immunosupresseur.

QUESTION 7/7 :

Il vous demande ce qu'est :

1. un placebo ;
2. l'effet placebo ;
3. l'effet thérapeutique ;
4. et pourquoi l'étude comporte un groupe « placebo ».



Réponse attendue :

1. Le placebo est une substance inerte (dépourvue d'activité pharmacologique), délivrée dans un contexte thérapeutique.
2. L'effet placebo est un effet thérapeutique produit par la prescription d'une substance inerte (dépourvue d'effet pharmacologique).
3. L'effet de tout traitement pharmacologique résulte d'un effet pharmacologique et d'un effet placebo.
4. Dans l'étude, l'utilisation d'un groupe placebo permettra de connaître les effets pharmacologiques de la molécule testée à condition que l'étude soit réalisée en double aveugle (double insu) et soit randomisée. Les études contre placebo sont nécessaires pour évaluer l'efficacité et la tolérance des traitements.

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°4

Scénario :

Madame D., soixante-huit ans, est lombalgique chronique depuis quinze ans, mais elle n'a jamais consulté pour cela. Jusqu'alors, la gêne était modérée et ne l'empêchait pas de vivre normalement. Elle présente depuis trois semaines, peut être après une marche prolongée, une douleur fessière (pygalgie) importante, d'intensité progressivement croissante. La douleur est permanente mais augmentée au moindre mouvement, par la toux et par l'éternuement. La patiente reste le plus souvent au lit du fait de son intensité. Dans ses antécédents, vous notez :

- sur le plan personnel : une phlébite au décours de son premier accouchement, à vingt-cinq ans ; un problème cutané prurigineux évoluant par poussée depuis deux ans et pour lequel elle pense qu'on lui a parlé de psoriasis ; une hypertension artérielle traitée par Adalate (nifédipine) ; une infection urinaire basse il y a deux mois traitée par une quinolone dont elle a oublié le nom ;

- dans sa famille : une polyarthrite rhumatoïde chez sa mère ; un cancer du colon chez son père.

À l'examen, vous observez une douleur à la palpation lombaire basse, surtout en région paravertébrale droite. Il y a une limitation du rachis lombaire dans toutes les directions que la patiente dit avoir toujours eu. C'est en fait surtout debout qu'elle a mal, à l'appui, et non au mouvement ni au lit sans bouger. L'examen neurologique est normal. L'auscultation cardiopulmonaire est normale.

L'examen cutané trouve au niveau des deux cuisses l'éruption citée dans les antécédents (cliché ci-dessous). Elle est érythémateuse, discrètement en relief, s'effaçant à la vitropression, non squameuse et réapparaît tous les mois environ, durant quelques jours, pouvant être tantôt à un bras tantôt à un autre, parfois au tronc.

Voir photo dans le cahier couleur (cas clinique 4.1).



L'examen général est normal : pas de fièvre, pas d'adénopathie palpable, pas d'hépatosplénomégalie.

Sur une prise de sang faite il y a huit jours, vous notez :

VS : 65 mm à la première heure ;

CRP : 35 mg/l ;

leucocytes : 4 800/mm³ ;

hémoglobine : 14 g/dl ;

plaquettes : 160 000/mm³ ;

créatininémie : 86 μmoles/l.

QUESTION 1/5 :

Concernant la fessalgie (pygalgie), quels diagnostics pouvez-vous évoquer ? Argumentez et critiquez chaque proposition. Au niveau cutané, quel est votre diagnostic ? Les deux pathologies sont-elles liées ?

Réponse attendue :

- Soit le syndrome inflammatoire est lié à la pathologie rachidienne, et on évoque
 - spondylodiscite infectieuse (car : antécédent d'infection urinaire, rachialgies inflammatoires avec syndrome rachidien global et syndrome inflammatoire biologique) ;
 - métastase, lymphome, myélome ;
 - rhumatisme psoriasique ou spondylarthropathie ;
 - arthrite interapophysaire infectieuse ;
 - sacro-iliite infectieuse.
- Soit le syndrome inflammatoire est indépendant de la pathologie rachidienne, et on évoque :
 - un syndrome inflammatoire de cause non rhumatologique ;
 - une lombarthrose ancienne ;
 - une possible fracture (vertébrale ? du sacrum ? du bassin ?).

Au niveau cutané :

- urticaire (érythémateuse, prurigineuse fugace) ;
- pas de psoriasis, car non squameux (certains psoriasis peuvent être prurigineux).

A priori, les deux pathologies sont des phénomènes indépendants.

QUESTION 2/5 :

Quels sont les diagnostics qu'il faut absolument éliminer en priorité ? Pourquoi ?

Réponse attendue :

- Une spondylodiscite infectieuse, car elle impose un traitement précoce par antibiotiques pour éviter les séquelles, après identification du germe (hémocultures, ponction) pour ne pas décapiter l'infection.

- Métastase, myélome ou lymphome car potentiellement grave : risque local (compression radiculaire ou médullaire) et général (hypercalcémie, anémie).

QUESTION 3/5 :

Vous décidez d'obtenir une radiographie du rachis lombaire de face et de profil en urgence (cliché ci-dessous). Quels autres examens complémentaires demandez-vous en première intention ? Quels délais peut-on autoriser avant leur réalisation ?



Réponse attendue :

- Hémocultures en urgence.
- Ionogramme, urée, créatinine en urgence.
- Calcémie en urgence.
- Électrophorèse des protéines en différé.
- Radiographie pulmonaire en différé.
- Bilan hépatique, coagulation en différé.
- Intradermoréaction à la tuberculine en différé.

QUESTION 4/5 :

Quelle interprétation donnez-vous du cliché ? Du fait du résultat de la radiographie, quel diagnostic vous paraît le plus probable ? Justifiez.

Réponse attendue : Coxarthrose droite sans autre anomalie visible. Ce cliché n'apporte pas d'aide au diagnostic actuel.

QUESTION 5/5 :

Vous retrouvez finalement une infection urinaire haute qui peut à elle seule au moins expliquer le syndrome inflammatoire. Vous demandez une scintigraphie osseuse (cliché ci-dessous). Cet examen était-il plus logique qu'une IRM ? Que concluez-vous ?



Réponse attendue :

L'avantage de la scintigraphie est qu'elle permet une exploration régionale pour détecter la zone pathologique, notamment lorsqu'on hésite entre une pathologie rachidienne et du bassin du fait de la pauvreté de l'examen clinique et des radiographies. L'examen est en revanche peu spécifique et scanner ou IRM sont souvent nécessaires pour confirmer le diagnostic précis.

Ici, l'aspect de fixation en « H » (ou en « ailes de papillon ») est hautement évocateur d'une fracture du sacrum, en général ostéoporotique.

On peut ici ne pas faire d'autres examens complémentaires morphologiques si la patiente guérit de son infection urinaire sous antibiotique et que les douleurs disparaissent avec le repos.

Le traitement est surtout fondé sur le repos. Un bilan est nécessaire pour confirmer l'ostéoporose (ostéodensitométrie et bilan biologique dont au minimum : calcémie, phosphatémie, calciurie, électrophorèse des protéines, phosphatases alcalines).

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°13

Scénario :

Monsieur M., quarante et un ans, arrive le dimanche soir dans le service des urgences où vous êtes de garde, pour une polyarthrite.

Dans ses antécédents, vous notez une douleur de la racine de la cuisse droite depuis deux ans qui a déjà fait l'objet d'une exploration radiographique et scintigraphique (clichés ci-dessous).



Dix-huit jours plus tôt est survenue une urétrite, contractée à Madagascar, traitée par ampicilline pendant sept jours. Depuis cinq jours, Monsieur M. se plaint de talalgies bilatérales à la marche, de lombalgies le réveillant la nuit, d'un gonflement douloureux avec augmentation de chaleur locale de l'épaule droite, du genou droit et des deux chevilles. L'examen clinique objective une fébricule (37,8 °C), des adénopathies cervicales et des arthrites au niveau des articulations précitées.

Biologiquement, la vitesse de sédimentation est élevée à 50 mm. La numération-formule sanguine, l'ionogramme sanguin, l'uricémie et la fonction rénale sont normaux. Les phosphatases alcalines sont augmentées à 250 UI (normales : 40-160 UI) sans anomalie des ASAT, ALAT, g-GT et bilirubine.

Vous évoquez une arthrite réactionnelle.

QUESTION 1/5 :

Citez deux diagnostics différentiels que vous envisagez en priorité ?

Réponse attendue :

Polyarthrite septique (gonocoque) et primo-infection à VIH.

QUESTION 2/5 :

Quels examens complémentaires programmez-vous pour étayer le diagnostic ? Pour le problème de l'urétrite ?

Réponse attendue :

Ponction articulaire, hémocultures, prélèvement urétral ou des urines du matin, consultation ophtalmologique, sérodiagnostics pour *Chlamydiae* et mycoplasme, HLA B27. En outre, du fait de l'urétrite : sérologies de la syphilis, du VIH, des hépatites B et C et consultation au service des infections sexuellement transmissibles.

QUESTION 3/5 :

Quelle est votre attitude thérapeutique pour les douze premières heures ?

Réponse attendue :

- Hospitalisation.
- Repos relatif au lit.
- AINS.

QUESTION 4/5 :

Par quel mécanisme expliquez-vous les talalgies ? Qu'en déduisez-vous ?

Réponse attendue :

Enthésite, très en faveur d'une spondylarthropathie.

QUESTION 5/5 :

Concernant la douleur de la racine de la cuisse droite depuis deux ans, comment l'expliquer vous ? Est-ce lié à la pathologie actuelle ?

Réponse attendue :

Maladie de Paget, car :

- en radiographie ;
- hypertrophie de l'os ;
- hypertrophie des corticales ;
- trame hétérogène, condensée, fibrillaire ;
- dédifférenciation corticomédullaire ;
- élévation isolée des phosphatases alcalines.

L'association est fortuite.

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°16

Scénario :

Monsieur P., cinquante-quatre ans, consulte samedi soir, à 20 h, dans le service des urgences pour une douleur du gros orteil droit évoluant depuis la nuit dernière.

Dans ses antécédents, vous notez une colique hépatique et une prothèse de hanche droite compliquée de calcifications péri-prothétiques.

La première métatarsophalangienne est rouge, tuméfiée, et il y a une ulcération cutanée en regard qui est apparue selon le patient il y a quinze jours (cliché ci-dessous). Il vous semble exister un épanchement articulaire.

L'examen de cet homme, pesant 85 kg pour 1,76 m, ne trouve pas d'autres anomalies. Il est apyrétique et son examen général est normal.

Vous demandez une radiographie du pied (cliché ci-dessous).

Voir photo dans le cahier couleur (cas clinique 16.1).



QUESTION 1/5 :

Quels sont les deux diagnostics que vous évoquez ? Pourquoi ? Quelles autres données d'interrogatoire pourraient vous orienter vers ces diagnostics ?

Réponse attendue :

1. Goutte articulaire avec fistulisation du tophus à la peau car :
 - terrain (homme, plus de trente-cinq ans, surpoids) ;
 - ulcération cutanée sur possible goutte tophacée.

Autres données à rechercher :

- traitement favorisant (notamment diurétiques) ;
- antécédents de crises similaires résolutive sous AINS ou colchicine ;
- antécédents : familiaux, personnels (colique néphrétique...).

Les « microcalcifications » en regard de la première métatarsophalangiennes sont compatibles avec le diagnostic de goutte.

2. Arthrite septique :

- À éliminer devant toute monoarthrite.
- Il faut surtout rechercher un antécédent récent d'infection, une fièvre, des frissons.

QUESTION 2/5 :

Quels examens demandez-vous en priorité ?

Réponse attendue :

- Hémocultures.
- Prélèvement à partir de l'ulcération cutanée : recherche de microcristaux, examen bactériologique.
- Ponction articulaire si possible.
- Uricémie.
- Numération-formule sanguine, VS, CRP.

QUESTION 3/5 :

Une hospitalisation est-elle nécessaire ?

Réponse attendue :

Hospitalisation — en tout cas jusqu'à ce que les examens soient récupérés car il y a un doute entre une arthrite septique et une crise de goutte.

QUESTION 4/5 :

Quelle est selon vous la meilleure preuve diagnostique ?

Réponse attendue :

Prélèvement à partir de l'ulcération cutanée ou ponction articulaire avec cytologie (recherche de microcristaux) et bactériologie (examen direct et culture).

QUESTION 5/5 :

Quel traitement proposez-vous ce soir ? Certains traitements vous semblent-ils à éviter pour l'instant ?

Réponse attendue :

En l'absence de fièvre, il ne paraît pas raisonnable de débiter une antibiothérapie en urgence. Il vaut mieux attendre les premiers résultats avant de débiter un traitement qui sera, selon le cas, la colchicine ou un antibiotique.

On peut éventuellement débiter un traitement d'épreuve par colchicine mais pas d'anti-inflammatoires non stéroïdiens ou stéroïdiens du fait du doute sur une infection, notamment cutanée (ulcère). Les hypo-uricémiants sont à éviter en période de crise et ne doivent donc pas être débutés.

CAS CLINIQUE : CAS CLINIQUE N°15

Scénario :

Monsieur O., quarante ans, sans antécédent, présente brutalement une augmentation de volume du genou droit, survenue il y a vingt-quatre heures.

À l'entrée aux urgences où vous le recevez à 23 h, il dit souffrir atrocement. Il pèse 80 kg pour 1,70 m. Le pouls est à 120/min. La TA est à 17/8 et la température à 39,5 °C.

Le genou droit est globuleux, rouge. Il y a un choc rotulien. Il y a un discret flessum réductible. L'examen cutané retrouve une lésion cutanée de la cuisse gauche évocatrice d'un furoncle. Le reste de l'examen est normal. Le bilan biologique est le suivant : HB : 14,9 g/100 ml ; GB : 18 000/mm³ ; plaquettes : 178 000/mm³ ; créatinine : 110 µmol/l ; uricémie : 460 µm/l.

QUESTION 1/5 :

Quels sont les deux diagnostics que vous évoquez en priorité ? Par quel mécanisme ?

Réponse attendue :

Monoarthrite aiguë septique du genou droit, probablement par voie hématogène à partir du furoncle, et donc staphylococcique.

Ou : arthrite microcristalline (goutte).

QUESTION 2/5 :

Quels sont les deux examens complémentaires les plus importants pour le diagnostic ?

Réponse attendue :

- Ponction articulaire dans des conditions rigoureuses d'asepsie pour examen cyto bactériologique, chimique et recherche de microcristaux.

- Hémocultures.

QUESTION 3/5 :

Quel traitement proposez-vous en fonction du diagnostic retenu ? Dans quelles conditions ?

Réponse attendue :

- Hospitalisation.

- Immobilisation.

- Repos strict au lit.

- Arthrite septique :

- antibiothérapie double, bactéricide (par exemple, oxacilline 4 × 2 g et gentamycine

3 mg/kg) ;

- voie veineuse, iono-K 2 l/j à débiter après les prélèvements (ponction et hémocultures) ;
- synovectomie ou lavage articulaire (éventuellement sous arthroscopie) si l'évolution n'est pas favorable en sept jours ou si l'arthrite est ancienne.
- Arthrite microcristalline (goutte) :
 - colchicine (3 mg/j, puis 2 mg/j quelques jours, puis 1 mg/j) ;
 - en cas d'échec ou d'intolérance, AINS ou injection intra-articulaire de corticoïdes.

QUESTION 4/5 :

Quelle est la durée habituelle de ce traitement ?

Réponse attendue :

- Arthrite septique : six à douze semaines.
- Arthrite microcristalline (goutte) : guérison complète en une à deux semaines ; ensuite, discussion de l'indication d'un traitement de l'hyperuricémie chronique.

QUESTION 5/5 :

En cas de persistance de douleur au décours du traitement, sur un mode mécanique, quels sont les principaux mécanismes que vous évoquez ?

Réponse attendue :

Algodystrophie, arthrose post-arthritique.

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 sévère 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 ?

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.

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 :

Quelles complications de l'infiltration peut-on évoquer ?

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.

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.