

Auteur : Dr Aurélie DAUMAS Hôpital de la Timone, Aix-Marseille Université, Dr Massy Emmanuel Aix-Marseille Université

Relecture par : Dr Farid Benzerouk CHU Reims, Pr Éric TOUSSIROT UFR SMP Besançon, Dr Eric SALVAT CHU Strasbourg

Principaux items testés:

N° 192. Polyarthrite rhumatoïde

- Diagnostiquer une polyarthrite rhumatoïde.
- Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient au long cours.

N° 198. Biothérapies et thérapies ciblées

N° 124. Ostéopathies fragilisantes

- Diagnostiquer une ostéoporose, évaluer le risque fracturaire.
- Argumenter l'attitude thérapeutique devant une ostéoporose et planifier le suivi du patient.

Madame L de 62 ans est atteinte d'une polyarthrite rhumatoïde sévère depuis 10 ans. Elle a été traitée initialement par corticothérapie au long cours. Elle a aussi reçu comme traitement de fond dans l'ordre : ALLOCHRYSLINE (sels d'or) à la dose de 50 mg par mois pendant 6 ans (arrêté pour inefficacité) ; ARAVA 20mg/j pendant 3 mois (arrêté pour des problèmes de tolérance hépatique), puis METHOTREXATE (12,5 mg/semaine) toujours en cours. Elle se présente en consultation pour une aggravation des douleurs au niveau de mains, des épaules et des chevilles évoluant depuis 2 mois.

Question 1

Quel(s) est(sont) le(s) signe(s) d'activité de la maladie que vous recherchez à l'examen clinique ?

- A -
Des douleurs et/ou gonflements des articulations métacarpo-phalangiennes
- B -
Des douleurs et/ou gonflement des articulations inter-phalangiennes distales
- C -
Des douleurs du rachis lombaire
- D -
Des douleurs et/ou gonflement des genoux
- E -
Des douleurs et/ou gonflement des poignets

Commentaire de correction de la question:

Pour les signes d'activité de la polyarthrite rhumatoïde : score composite DAS 28 à connaître nombre d'articulation gonflées, douloureuses, EVA maladie évaluée par le patient

NB : Les IPD ne sont pas touchées dans la PR mais le sont dans l'arthrose et le rhumatisme psoriasique

Au niveau biologique VS ou CRP

Joint Scores

Tender:

Swollen:

To enter joint scores, I prefer to:

Use Mannequin

Type totals

Additional Measures

ESR: mm/hr

CRP: mg/l

Patient Global Health: mm

0 - Best Worst - 100

DAS28

FORMULA: $DAS28(4) = 0.56 \cdot \sqrt{(t26)} + 0.28 \cdot \sqrt{(sw26)} + 0.70 \cdot \ln(ESR) + 0.014 \cdot GH$ Reference: <http://www.das-score.nl>

Question 2

Quel(s) examen(s) complémentaire(s) effectuez-vous pour juger de la sévérité de la maladie ?

A -

Dosage de la protéine C-réactive

B -

Recherche d'anticorps anti-nucléaires

C -

Radiographies standards des mains et des pieds

D -

IRM du rachis lombaire

E -

Aucun examen complémentaire, l'évaluation se fait uniquement sur la clinique

Commentaire de correction de la question:

Différencier activité de la maladie : DAS 28 et sévérité de la maladie : – un début aigu polyarticulaire ; – l'existence d'atteinte extra-articulaire ; – l'apparition précoce d'érosions radiologiques ; – l'existence d'un syndrome inflammatoire élevé (en particulier la CRP) ; – la précocité de l'apparition du facteur rhumatoïde et surtout son titre élevé et la présence d'anti-CCP ; – l'existence d'un terrain génétique particulier caractérisé par la présence de l'antigène HLA DR 0401-0404-04-05 ; – une mauvaise réponse au traitement de fond (persistance de synovite à 3 mois sous traitement) ; – un statut socioéconomique défavorisé.

Question 3

Le DAS 28 est à 5,2 en faveur d'une activité importante de la maladie. Vous décidez d'augmenter la dose de Méthotrexate à 20mg/semaine. Quel(s) effet(s) secondaire(s) redoutez-vous ?

A -

Leucopénie

B -

Insuffisance rénale

C -

Perte de cheveux

D -

Modifications des paramètres lipidiques

E -

Cytolyse hépatique

Question 4

Vous décidez d'introduire un traitement par anti-TNF alpha car la patiente ne supporte pas l'augmentation du methotrexate. Vous. Afin d'éliminer une éventuelle contre-indication, quel(s) examen(s) réalisez-vous avant de débuter le traitement ?

A -

Sérologies VIH, hépatites A, B, C et syphilis

B -

Sérologies VIH et des hépatites B et C

C -

Intradermo-réaction à la tuberculine et test de libération d'interféron gamma (Quantiferon®)

D -

Intradermo-réaction à la tuberculine ou test de libération d'interféron gamma (Quantiferon®)

E -

Radiographie de thorax

Commentaire de correction de la question:

Fiche du CRI (club rhumatisme et inflammation) : Bilan préthérapeutique pour les anti TNF :

Les examens complémentaires à demander en première intention Hémogramme

Électrophorèse des protéines sériques Transaminases Sérologies hépatites B (antigène HBs, anticorps anti-HBs, anticorps anti-HBc) et C et, avec accord du patient, sérologie VIH

Anticorps anti-nucléaires et, si positifs, anticorps anti-ADN natifs Radiographie de thorax

Intradermoréaction à la tuberculine à 5UI (Tubertest®) ou QuantiFERON® ou T-SPOT.TB®

Question 5

Elle vient vous voir après 6 mois pour l'évaluation de son traitement. Elle vous dit qu'elle va bien, elle n'a plus de réveil nocturne dû à la douleur ni de dérouillage matinal. Néanmoins elle se plaint depuis 3 semaines d'une réactivation des douleurs au niveau des genoux et des chevilles. A l'examen, il existe un gonflement isolé du genou gauche avec des signes en faveur d'un épanchement intraarticulaire. De plus elle se sent fatiguée et présente une température de 38°C. Devant un tableau d'arthrite avec fièvre que faut-il exclure en premier ?

A -

Une poussée de la polyarthrite rhumatoïde

B -

Une crise de goutte

C -

Une arthrite septique

D -

Une poussée congestive d'arthrose

E -

Une crise de chondrocalcinose

Question 6

Vous voulez éliminer une arthrite septique. Quel(s) examen(s) faut-il réaliser en première intention ?

A -

NFS, CRP

B -

Dosage de l'uricémie

C -

Intradermoréaction à la tuberculine

D -

Hémocultures

E -

Ponction de liquide articulaire du genou gauche avec bactériologie du liquide

Commentaire de la question :

La NFS et la CRP ne sont pas discriminantes de l'étiologie possible. Il sera observé une hyperleucocytose et une élévation de la CRP aussi bien sur une poussée inflammatoire qu'une arthrite septique.

Question 7

Pourquoi faut-il ponctionner de façon générale une articulation douloureuse siège d'un épanchement ?

A -

Pour rechercher des bactéries à l'intérieur du liquide

B -

Pour rechercher des cristaux à l'intérieur du liquide

C -

Pour soulager la douleur

D -

Pour déterminer la nature mécanique ou inflammatoire du liquide

E -

Pour rechercher une hémarthrose

Question 8

Vous avez exclu une arthrite infectieuse et conclu à un épisode pseudo grippal. Vous décidez de la revoir après 3 mois, mais 15 jours après, elle se présente de nouveau à votre cabinet en raison de lombalgies survenues 8 jours auparavant sans facteur déclenchant, sans irradiation aux membres inférieurs et aggravées à la station debout et à la marche mais s'améliorant la nuit. Ces douleurs sont partiellement soulagées par le paracétamol. A l'examen, le poids est de 50 kg pour une taille de 1,65m. La palpation du rachis lombaire est douloureuse et on note une raideur lombaire importante. Le reste de l'examen clinique notamment l'examen neurologique est normal. Quel(s) examen(s) complémentaire(s) d'imagerie effectuez-vous en première intention ?

A -

Des radiographies standards du rachis lombaire de face et de profil

B -

Une scintigraphie osseuse

C -

Un scanner lombaire

D -

Une IRM lombaire

E -

Aucun examen complémentaire n'est justifié à ce stade

Commentaire de correction de la question:

Raisonnement devant une lombalgie : Aigue/chronique? commune?

FLAGS : AEG, fièvre, antécédent de néo, suspicion rhumatisme inflammatoire, suspicion fracture vertébrale

Complicé/non compliqué : recherche déficit moteur? queue de cheval? hyperalgique?

Si lombalgie aigue commune non compliquée : pas d'examen d'imagerie indiqué

Mais dans ce cadre : suspicion fracture vertébrale car rh inflammatoire et notion de corticothérapie au long cours : recherche fracture tassement vertébral

Question 9

Les radiographies standards du rachis lombaire que vous faites réaliser sont les suivantes (cf infra). Quel est votre diagnostic ?



A -
fracture vertébrale L5

B -

fracture vertébrale L4

C -

fracture vertébrale L3

D -

fracture vertébrale L2

E -

fracture vertébrale L1

Question 10

Parmi les critères suivants, quel(s) est(sont) celui(ceux) que vous retenir en faveur d'une fracture vertébrale ostéoporotique par opposition à une métastase osseuse ?

A -

La localisation au-dessus de T4

B -

La trame osseuse homogène

C -

La déminéralisation osseuse diffuse

D -

Le respect du mur postérieur

E -

Le caractère unique de la fracture

Commentaire de correction de la question:

Critères de bénignité des fractures vertébrales : Localisation en dessous de T4 ou T6 (fonction des livres) Trame osseuse homogène/déminéralisation osseuse diffuse Respect du mur postérieur Absence de lyse d'un pédicule (vertèbre borgne) Pas de rapport avec le nombre de fractures++++

Question 11

Quel(s) examen(s) biologique(s) sanguin(s) prescrivez-vous en première intention devant cette fracture vertébrale ?

A -

Créatinine

B -

CRP

C -

Electrophorèse des protéines sériques

D -

Calcémie, Dosage de la vitamine D

E -

CA15.3

Commentaire de correction de la question:

Bilan biologique de 1° intention : Visé à éliminer les causes d'ostéopathies fragilisantes autre que l'ostéoporose : Eliminer étiologies malignes : myélome, néoplasie Eliminer étiologies bénignes : hyperparathyroïdie, ostéomalacie (par carence en vitamine D++)

Question 12

Le bilan biologique est normal en dehors d'une carence en vitamine D. Il n'y a pas d'argument pour une ostéoporose secondaire. Le diagnostic d'ostéoporose post-ménopausique est retenu. Parmi les différentes possibilités thérapeutiques ci-dessous, laquelle (lesquelles) pouvez-vous proposer dans l'immédiat pour cet épisode fracturaire ?

A -

Repos au lit (non strict)

B -

Cimentoplastie

C -

Antalgiques

D -

Corticothérapie par voie orale

E -

Corset

Commentaire de correction de la question:

La cimentoplastie n'est pas une stratégie thérapeutique d'urgence.

Question 13

La patiente vous rapporte une densitométrie osseuse réalisée il y a un an. Le T-score était à -3,2 au niveau du rachis lombaire et à -2,1 au niveau du col fémoral. Quelles sont vos conclusions ?

A -

Ostéoporose densitométrique au col

B -

Ostéoporose densitométrique au rachis

C -

Ostéopénie au col

D -

Ostéopénie au rachis

E -

DMO normale au rachis

Commentaire de correction de la question:
Définitions densitométriques d'ostéoporose

Normalité	T-score ≥ -1
Ostéopénie	$-1 > \text{T-score} > -2,5$
Ostéoporose	T-score $\leq -2,5$
Ostéoporose sévère ou confirmée	T-score $\leq -2,5$ et présence d'une ou plusieurs fractures

Question 14

Quels sont les apports recommandés en calcium et en vitamine D pour cette patiente ?

A -

500 mg/j de calcium et 500 UI/j de vitamine D

B -

2200 mg/j de calcium et 1200 UI/j de vitamine D

C -

1200 mg/j de calcium et 2000 UI/j de vitamine D

D -

1200 mg/j de calcium et 800 UI/j de vitamine D

E -

2000 mg/j de calcium et 400 UI/j de vitamine D

Question 15

Quel traitement de l'ostéoporose pouvez-vous proposer ?

A -

Bisphosphonates par voie orale

B -

Bisphosphonates par voie intra-veineuse

C -

Tériparatide

D -

Traitement hormonal substitutif

E -

Aucun traitement n'est nécessaire

Commentaire de correction de la question:

Traitement indiqué car fracture vertébrale

Bisphosphonates en première intention

Tériparatide a l'AMM si et seulement si 2 fractures vertébrales ou plus...

THS est un traitement plutôt préventif

Question 16

Vous débutez un traitement par bisphosphonate hebdomadaire et une supplémentation vitaminocalcique. Vous revoyez la patiente 6 mois plus tard. Les douleurs lombaires ont disparu. La patiente vous demande si elle peut arrêter le traitement et souhaite que vous lui prescriviez une nouvelle ostéodensitométrie. Que lui répondez-vous ?

A -

Le traitement peut être arrêté

B -

Le traitement doit être poursuivi à vie

C -

Le traitement doit être poursuivi plusieurs années

D -

Une nouvelle DMO doit être réalisée dans les 6 prochains mois

E -

Il n'y a pas d'indication à refaire une nouvelle DMO quel que soit le délai

Commentaire de la question:

Pas de traitement à vie car complications sévères notamment ostéonécrose de la mâchoire dont le risque est lié à la durée de prise du traitement

APNET