

Auteur : Dr Renaud FELTEN

Service de Rhumatologie / Centre de Référence National des Maladies Auto-Immunes
Systémiques Rares / Département Universitaire de Pharmaco-Addicto-Toxico-Thérapeutique
- Hôpitaux universitaires de Strasbourg

Relecture par : Pr B DULY-BOUHANICK et Dr A. DAUMAS

Principaux items testés :

192 - Polyarthrite rhumatoïde

1 - Diagnostiquer une polyarthrite rhumatoïde.

194 - Arthropathie microcristalline

1 - Diagnostiquer une arthropathie microcristalline.

2 - Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

196 - Douleur et épanchement articulaire. Arthrite d'évolution récente

1 - Devant une douleur ou un épanchement articulaire, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

2 - Devant une arthrite d'évolution récente, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

319 - La décision thérapeutique personnalisée : bon usage dans des situations à risque

321 - Education thérapeutique, observance et automédication

4 - Argumenter une prescription médicamenteuse et l'éducation associée en fonction des caractéristiques du patient, de ses comorbidités, de la polymédication éventuelle, et des nécessités d'observance.

Monsieur T., 75 ans, présente une perte de poids de 5 kg en 3 mois et des douleurs diffuses motivant sa consultation aujourd'hui. Il présente depuis des années des lombalgies chroniques qu'il attribue à son travail (ancien mécanicien poids lourd à la retraite). Actuellement il est gêné par des douleurs au niveau cervical ainsi qu'au niveau lombaire et du bassin, des hanches et des genoux.

QRM 1

Vous interrogez un peu plus en détails le patient sur ses douleurs.

Parmi ces questions, quelles sont les 2 les plus pertinentes pour différencier des douleurs mécaniques de douleurs inflammatoires ?

A - Est-ce que vos douleurs sont améliorées par l'application de froid ?

B - Est-ce que vos douleurs sont améliorées par l'application de chaud ?

C - Est-ce que vous avez un dérouillage matinal ?

D - Est-ce que vos douleurs sont présentes au repos ?

E - Existe-t-il des réveils nocturnes du fait des douleurs en dehors des changements de position ?

QRM 2

Face à l'antécédent de lombalgie chronique, vous pensez à une éventuelle spondyloarthrite. Parmi les suivants, quels sont les éléments vous renforçant dans cette hypothèse ?

A - Une disparition des douleurs sous AINS

B - Un syndrome inflammatoire biologique présent lors des épisodes de lombalgie

C - Un antécédent personnel de sclérite

D - Un antécédent maternel de polyarthrite rhumatoïde

E - Un épisode de dactylite du gros orteil

QRM 3

Face aux polyarthralgies de ce patient, son médecin généraliste lui a fait réaliser un bilan sanguin qui retrouve : une Numération Formule Sanguine sans particularité, un bilan hépatique et rénal normal, une CRP = 35 (N < 4), l'absence de Facteur Rhumatoïde ou d'anticorps anti-CCP, un HLA B27 négatif.

A la lumière de ce bilan, quel est le diagnostic le MOINS probable ?

- A - Une spondyloarthrite
- B - Une maladie à dépôts de pyrophosphate de calcium
- C - Une arthrose diffuse
- D - une polyarthrite rhumatoïde à début rhizomélique
- E - une pseudo-polyarthrite rhizomélique

QRM 4

Pour aller plus loin, vous décidez de prescrire des radiographies, lesquelles ?

- A - Radiographies des pieds de face et de 3/4
- B - Radiographies du rachis cervico-dorso-lombaire de face et de profil
- C - Radiographies du bassin de face
- D - Radiographies des genoux de face debout en charge, en schuss et défilé fémoro-patellaire
- E - Radiographies des mains de face

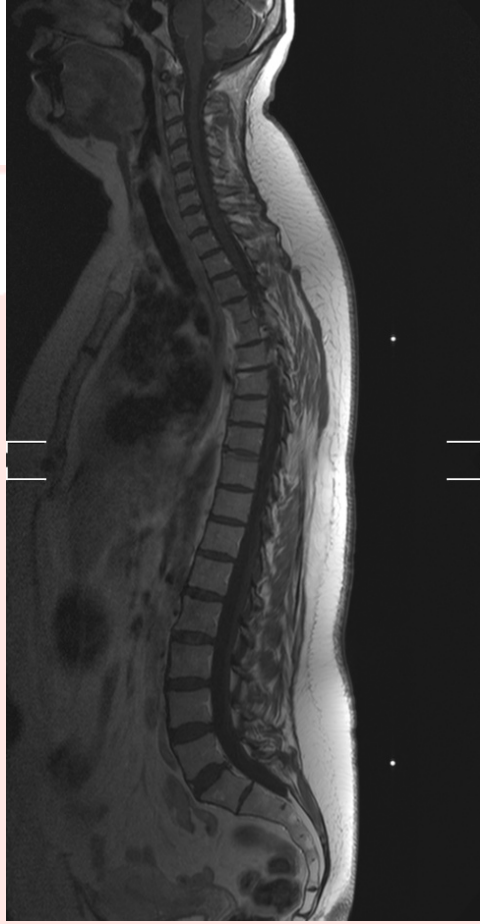
Q Zone 5

Où rechercheriez-vous spécifiquement des calcifications du ligament triangulaire du carpe dans le cadre d'une chondrocalcinose ?

**Q Zone 6**

Parfois les patients atteints de polyarthrite rhumatoïde peuvent présenter spécifiquement une atteinte rachidienne.

Où se localise préférentiellement l'atteinte rachidienne de la polyarthrite rhumatoïde ?



APNET

QRM 7

Si vous évoquiez une polyarthrite rhumatoïde, parmi les propositions suivantes, lesquelles sont vraies ?

- A - L'absence de Facteurs Rhumatoïdes ou d'anticorps anti-CCP élimine le diagnostic de PR
- B - La présence de Facteurs Rhumatoïdes permet d'affirmer le diagnostic de PR
- C - La spécificité des anti-CCP pour le diagnostic de PR est supérieure à 90%
- D - La survenue d'une PR chez un homme de plus de 75 ans est une situation rare
- E - La présence d'érosions articulaires seraient très évocatrices de PR et renforceraient ce diagnostic

QRM 8

Voici les radiographies du genou de ce patient. Quelle(s) est(sont) la(les) réponse(s) vraie(s) ?



- A - Ces radiographies montrent une chondrocalcinose articulaire
- B - Ces radiographies objectivent une arthrite des 2 genoux
- C - Ces radiographies objectivent un rhumatisme à hydroxy-apatite
- D - Ces radiographies montrent une gonarthrose tri-compartmentale
- E - Ces radiographies montrent des cristaux d'hydroxy-apatite

QRM 9

Le patient n'a jamais présenté d'arthrite et vous n'en retrouvez pas à l'examen clinique. il présente uniquement des douleurs d'horaire inflammatoire localisées au rachis cervical,

aux 2 épaules qu'il a du mal à mobiliser ainsi que du rachis lombaire, du bassin et des 2 hanches également douloureuses à la mobilisation.

Vous évoquez un rhumatisme inflammatoire rhizomélique de type pseudo-polyarthrite rhizomélique (PPR). Quelles sont les propositions exactes ?

- A - La PPR atteint les personnes âgées de plus de 50 ans
- B - Dans la PPR, en plus de l'atteinte des ceintures, il peut exister des atteintes périphériques au niveau des mains et des genoux par exemple
- C - La PPR peut être la cause d'une altération de l'état général avec perte de poids
- D - La PPR est une forme particulière de Polyarthrite Rhumatoïde (PR)
- E - La PPR est une vascularite des gros et moyens vaisseaux

QRM 10

Le diagnostic de PPR se renforce car l'ensemble de votre bilan complémentaire à la recherche d'un diagnostic différentiel s'avère négatif et que le scanner thoraco-abdomino-pelvien vous permet d'être rassuré concernant l'altération de l'état général de votre patient. Le patient a répondu spectaculairement à 20 mg de cortisone. En quoi consiste les grands principes de sa prise en charge thérapeutique ?

- A - Le traitement consiste en des bolus de corticoïdes initiaux
- B - Le traitement consiste en un traitement immunosuppresseurs à visée d'épargne cortisonique
- C - Le traitement consiste en une corticothérapie prolongée de 12 à 24 mois à dose décroissante progressive
- D - Le traitement est différent selon que la PPR soit ou non associée à une artérite à cellules géantes
- E - Le traitement fait appel à un traitement symptomatique uniquement lors des poussées

QRM 11

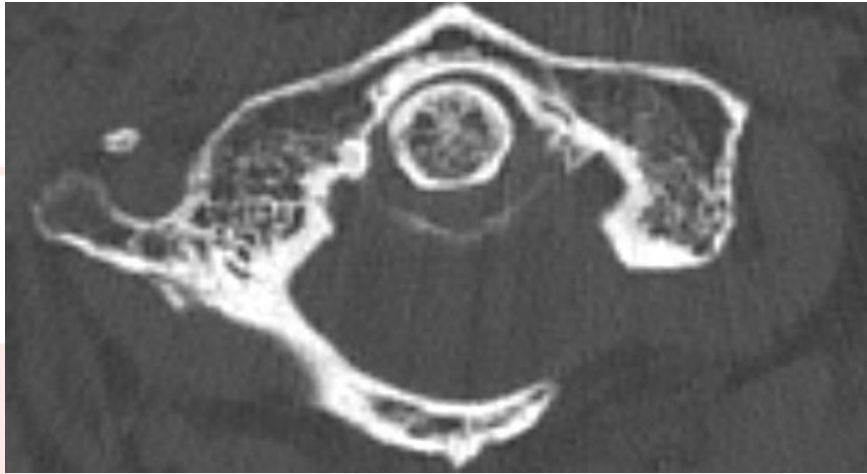
Que recherchez-vous à l'interrogatoire dans l'optique d'une artérite à cellules géantes associée ?

- A - Une claudication de la mâchoire
- B - Une claudication artérielle des membres inférieurs
- C - Un antécédent de thrombose veineuse profonde
- D - Une diplopie, un déficit du champ visuel ou une amaurose fugace
- E - Un signe du peigne (douleur / sensation anormale du cuir chevelu au cours du peignage)

QRU 12

Quelques années plus tard, alors que la situation semblait pourtant réglée et que le patient ne prenait plus aucun traitement pour son problème rhumatologique, voici qu'il consulte aux urgences pour un tableau de cervicalgies aiguës.

Le patient bénéficie d'une imagerie du rachis cervical avec un scanner qui retrouve cette image. Quel est votre diagnostic ?



- A - Spondylodiscite infectieuse C1-C2
- B - Crise de rhumatisme à hydroxy-apatite
- C - Poussée de polyarthrite rhumatoïde
- D - Accès aigu de maladie à dépôts de pyrophosphates de calcium
- E - Poussé d'arthrose cervicale

QRM 13

Face au diagnostic de maladies à dépôt de pyrophosphates de calcium, quelle(s) est(sont) la(les) réponse(s) vraie(s) concernant son traitement ?

- A - En l'absence de contre-indication, le traitement fait appel pendant la crise aux AINS, à la colchicine ou aux corticoïdes oraux
- B - Le traitement de fond consiste en un traitement hypo-uricémiant
- C - Le traitement fait appel à des règles hygiéno-diététiques
- D - En l'absence de cause secondaire retrouvée, il n'y a pas de traitement de fond de cette maladie, on ne traite que les crises lorsqu'elles surviennent
- E - La supplémentation vitamino-calcique est contre-indiquée du fait du risque de poussée de la maladie

QRM 14

Chez ce patient de 81 ans désormais, diabétique de type 2 et hypertendu. Quel(s) est(sont) votre(vos) premier(s) choix thérapeutique(s) médicamenteux pour juguler sa crise ?

- A - Corticoïdes à dose modérée entre 5 et 15 mg/j
- B - Anti-inflammatoires non stéroïdiens en cure courte
- C - Colchicine
- D - Doliprane 1g x 3/j
- E - Thérapie ciblée par anti-IL1

QRM 15

Le patient, très curieux de ce qui lui arrive, vous demande pourquoi est-ce qu'il présente cette maladie à dépôt de pyrophosphate de calcium. Parmi ces propositions laquelle (lesquelles) est (sont) juste(s) ?

A - Cette pathologie touche les personnes âgées avec une prévalence de plus en plus importante à mesure que l'on avance en âge

B - L'hémochromatose est une cause secondaire de maladie à dépôt de pyrophosphate de calcium

C - L'hyperparathyroïdie est une cause secondaire de maladie à dépôt de pyrophosphate de calcium

D - L'insuffisance rénale est une cause secondaire de maladie à dépôt de pyrophosphate de calcium

E - Les traitements diurétiques de l'anse sont une cause secondaire de maladie à dépôt de pyrophosphate de calcium

A large, light pink, tilted rectangular shape with a thin red border. The word "APNET" is written in large, white, bold, sans-serif capital letters across the center of this shape.

APNET