

Quizz Radio – La Baule – Mars 2023

Cas clinique 1

Cas clinique 1

- Patient de 66 ans adressé pour la réalisation d'infiltrations articulaires postérieures dans un contexte de lombalgie avec irradiation au niveau des deux membres inférieurs évoluant depuis 1 mois suite à une chute
- Scanner du rachis lombaire retrouvant des discopathies étagées associées à une surcharge articulaire postérieure sans canal rachidien dont les dimensions spontanées apparaissent parfois un peu limites = adressé pour infiltration épidurale
- Douleur inguinale gauche reproductible au roulé de hanche, limitée. La rotation interne limitée et douloureuse ... hanche ?



FILIPON Bruno
18-Nov-55

SCINTIGRAPHIE OSSEUSE

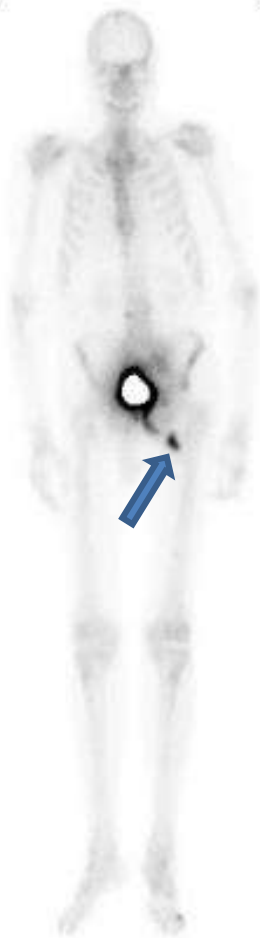
27-Sep-22

Plus présent

27/09/2022 12:30:58



D



Face antérieure



G

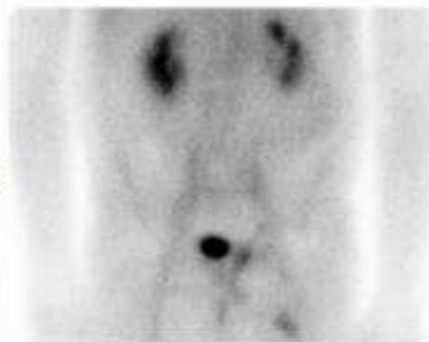
G



Face postérieure



D



D

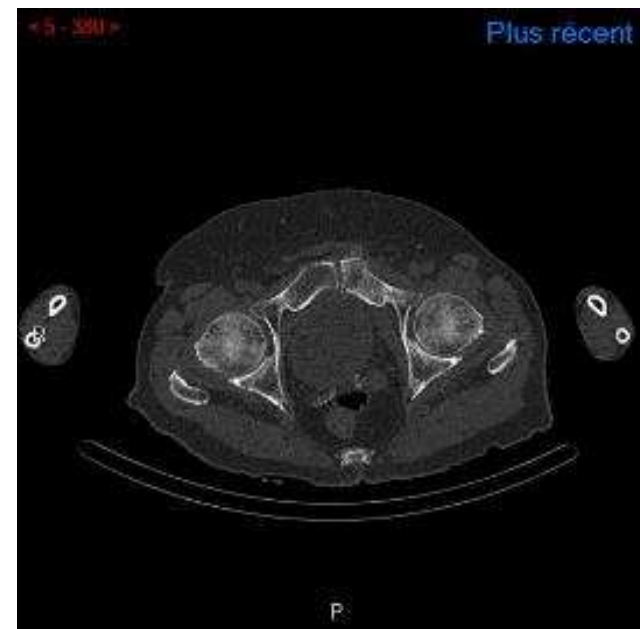
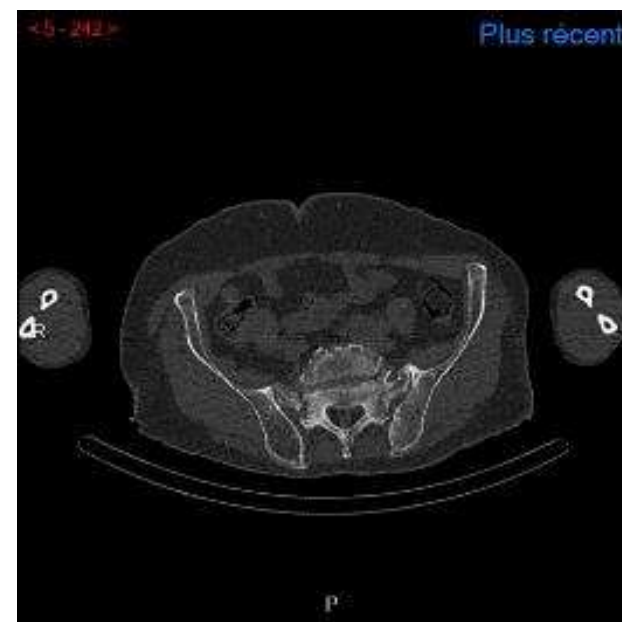
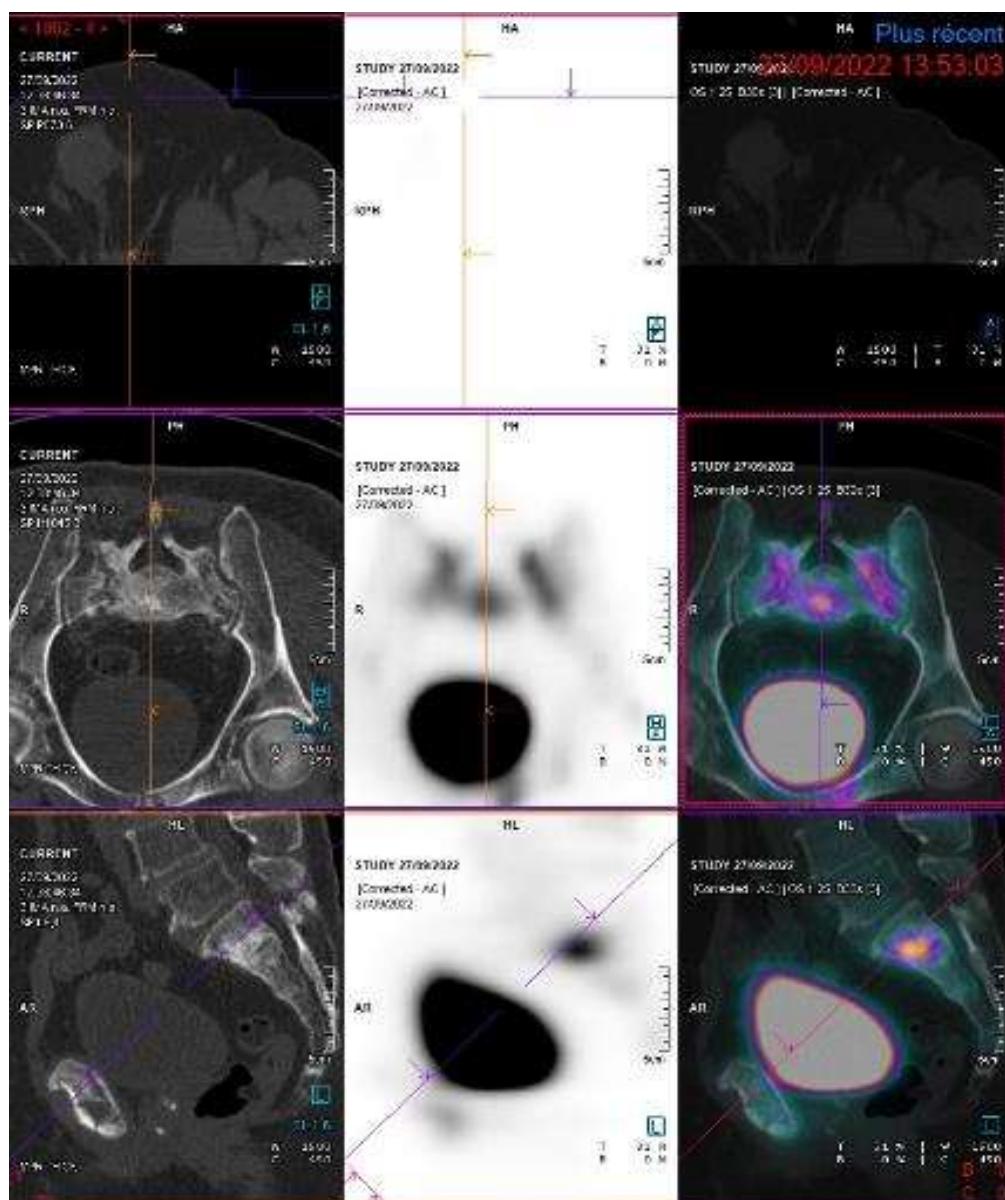
FANT TEMPS TISSULAIRE



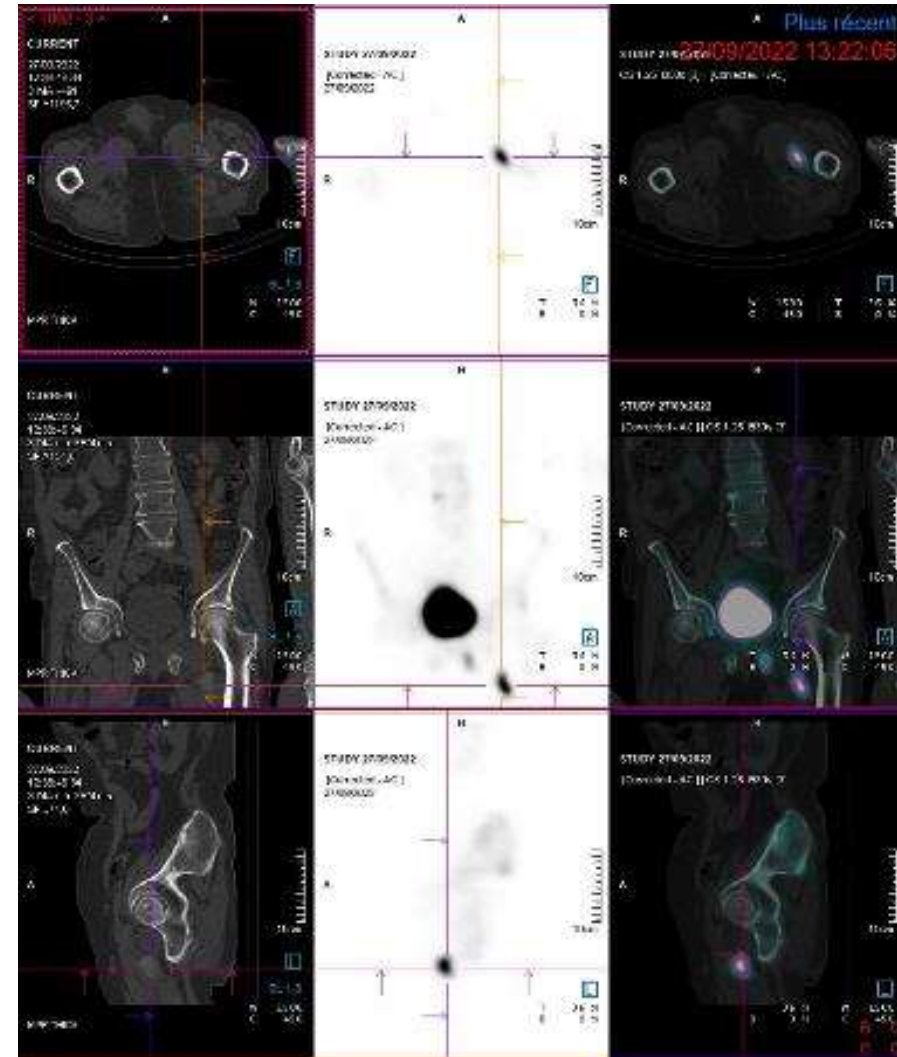
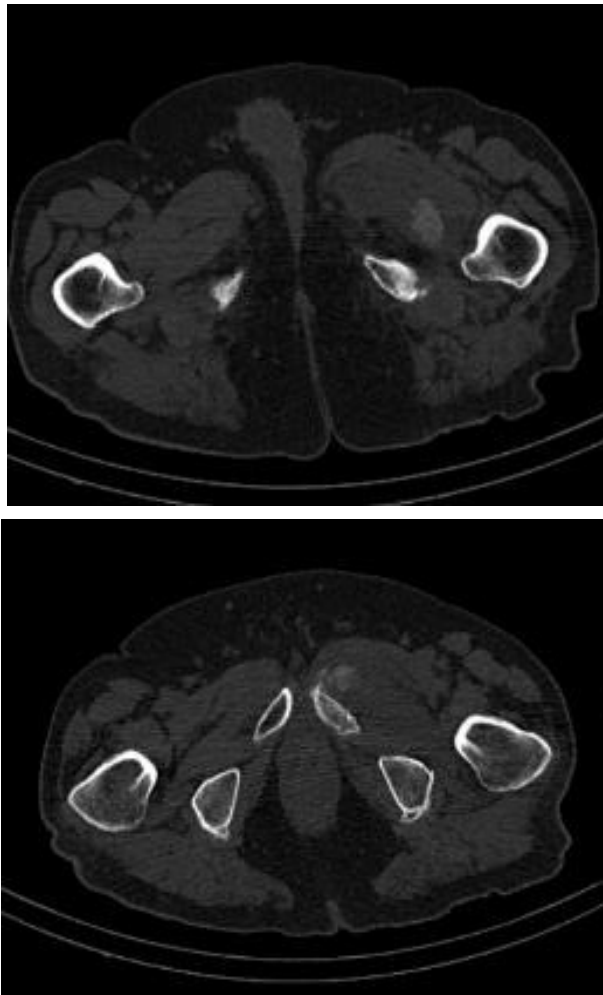
D

FPOST TEMPS TISSULAIRE

B 0
C 0



Ossification musculaire



Réponses

- Fracture du bassin (fractures du promontoire, des ailerons sacrés et des branches ilio-ischio-pubiennes gauches) avec hématome des adducteur en cours d'ossification
- Messages/originalité :
 - Une radiographie normale n'élimine pas une fracture du sacrum
 - Début d'ossification musculaire par « fuite » de cellules souches de l'os

Cas clinique 2

Cas clinique 2

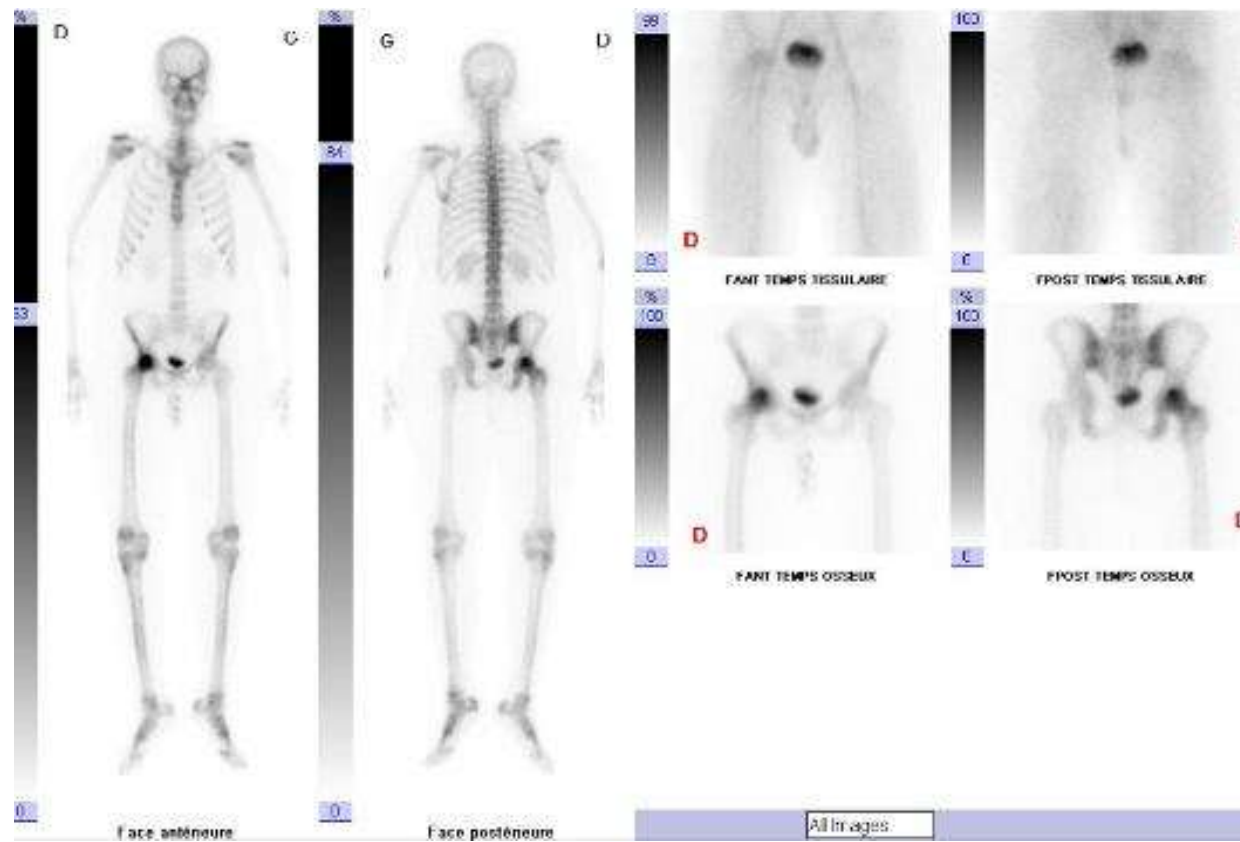
- Homme de 28 ans Antécédents de syndrome de Sturge-Weber avec épilepsie, glaucome de l'œil gauche et angiome du visage
- Douleur de hanche droite depuis 1 mois suite à une chute dans le bus quelques jours avant avec boiterie d'aggravation progressive; marche avec des béquilles depuis 1 semaine
- Episode de douleur de la hanche gauche 6 mois avant, apparu sans facteur déclenchant et spontanément résolutive. Echo de hanche normale au moment de cet épisode.
- Travail : Entretien des espaces verts

Cas clinique 2

- Biologie :
 - CRP à 9 mg/l
 - CRP à 22 mg/l lors de l'épisode à gauche
- Adressé pour suspicion de rhumatisme inflammatoire débutant
- Echographie de hanche: épaissement capsule à 10 mm
- On avait un liquide à 1230 leucocytes/mm³ avec 1 % de polynucléaires neutrophiles, 16 % de lymphocytes et 83 % de monocytes



Cas clinique 2 : Algo de hanche



Cas clinique 3

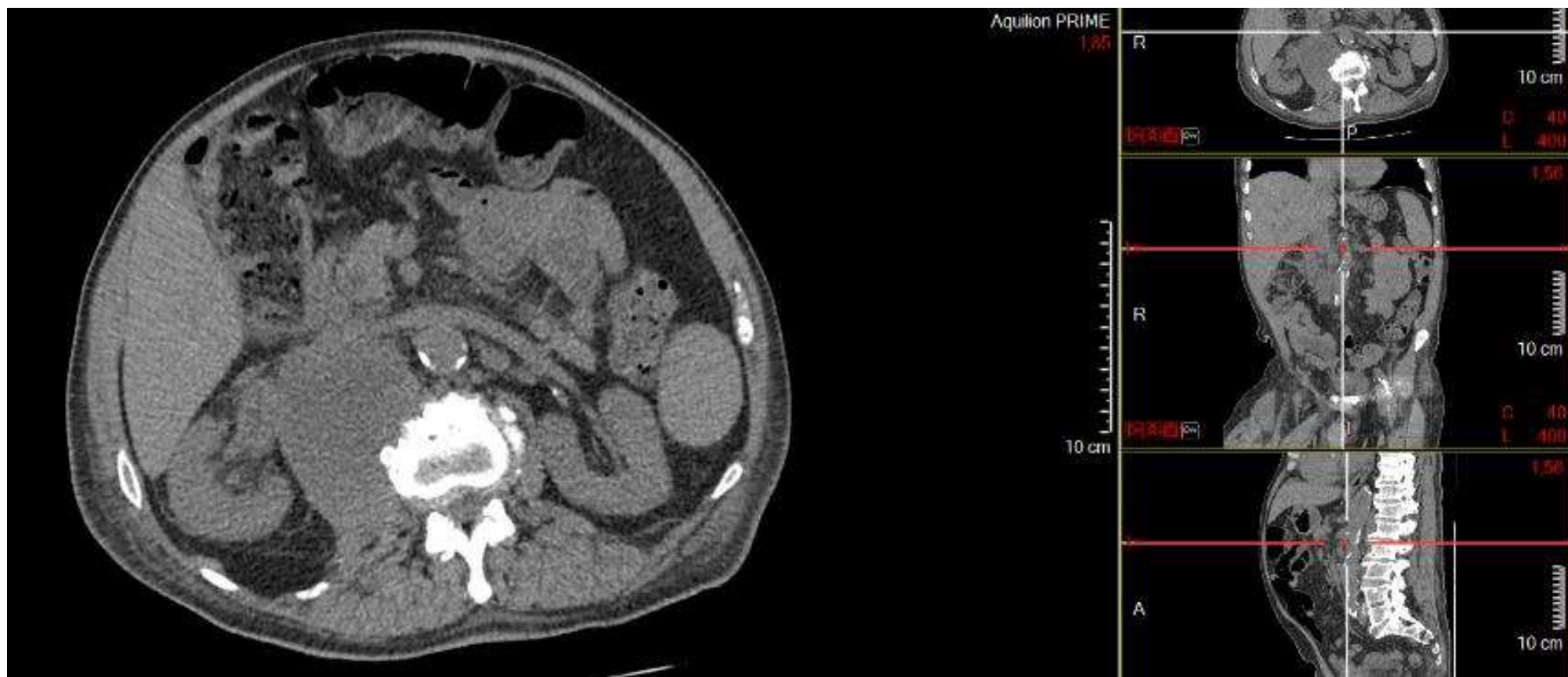
Cas clinique 3

- Homme de 79 ans adressé pour suspicion de spondylodiscite infectieuse devant une cruralgie L3 droite avec fièvre et syndrome inflammatoire biologique
- Apparition de la douleur depuis 3 semaines avec aggravation progressive
- ATCD: carcinome urothélial non infiltrant traité par BCGthérapie il y a 10 ans

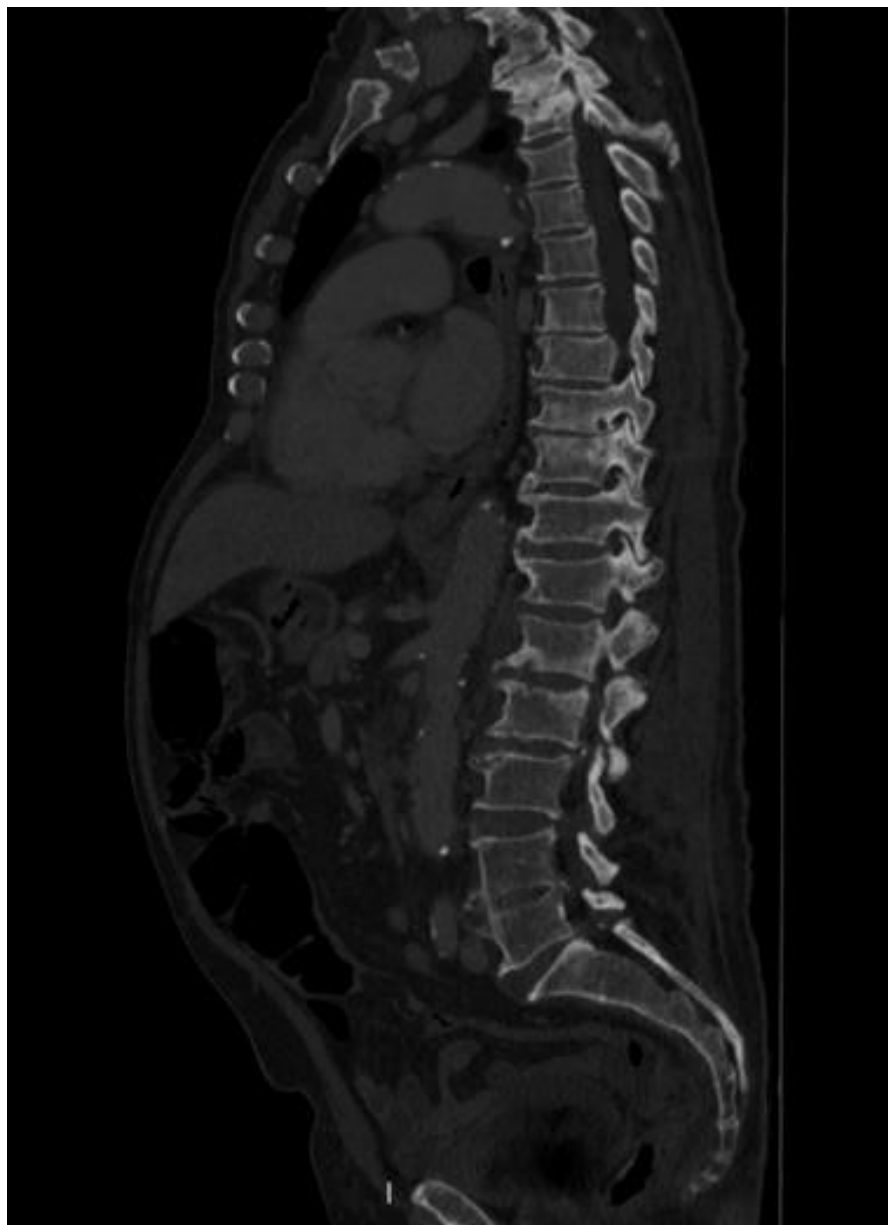


Cas clinique 3

- Biologie à l'entrée :
 - Hyperleuco à 40 G/l avec PNN à 35 G/l
 - CRP = 177 mg/l
 - Hémocultures négatives
 - Strepto agalactiae dans l'ECBU
- Demande d'un scanner lombaire







IRM

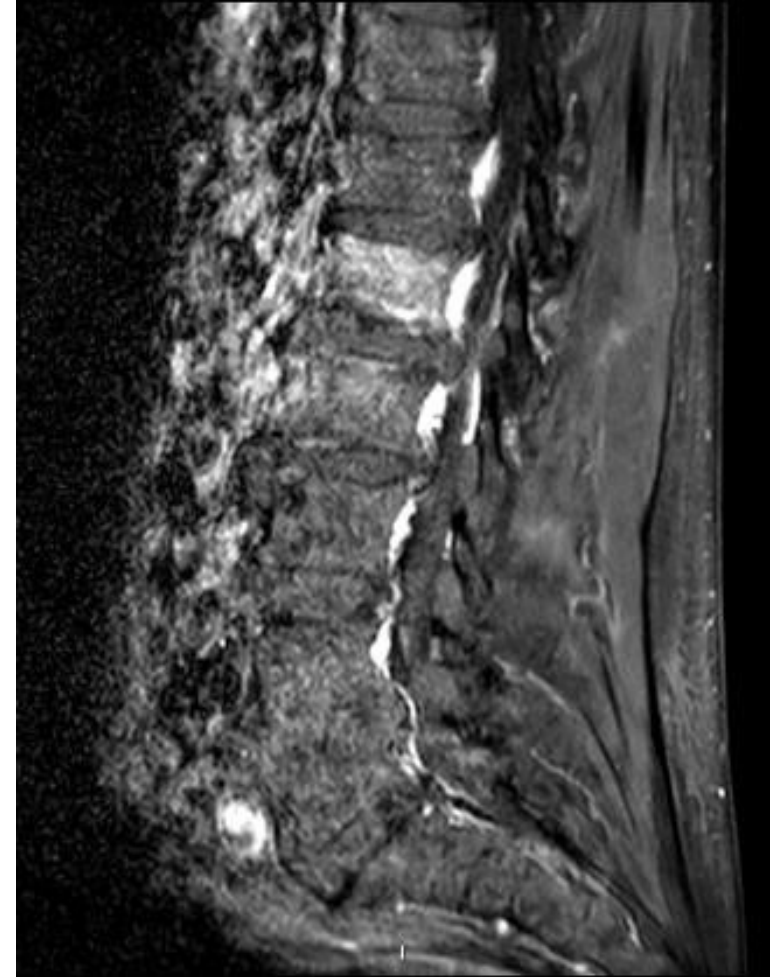
T1



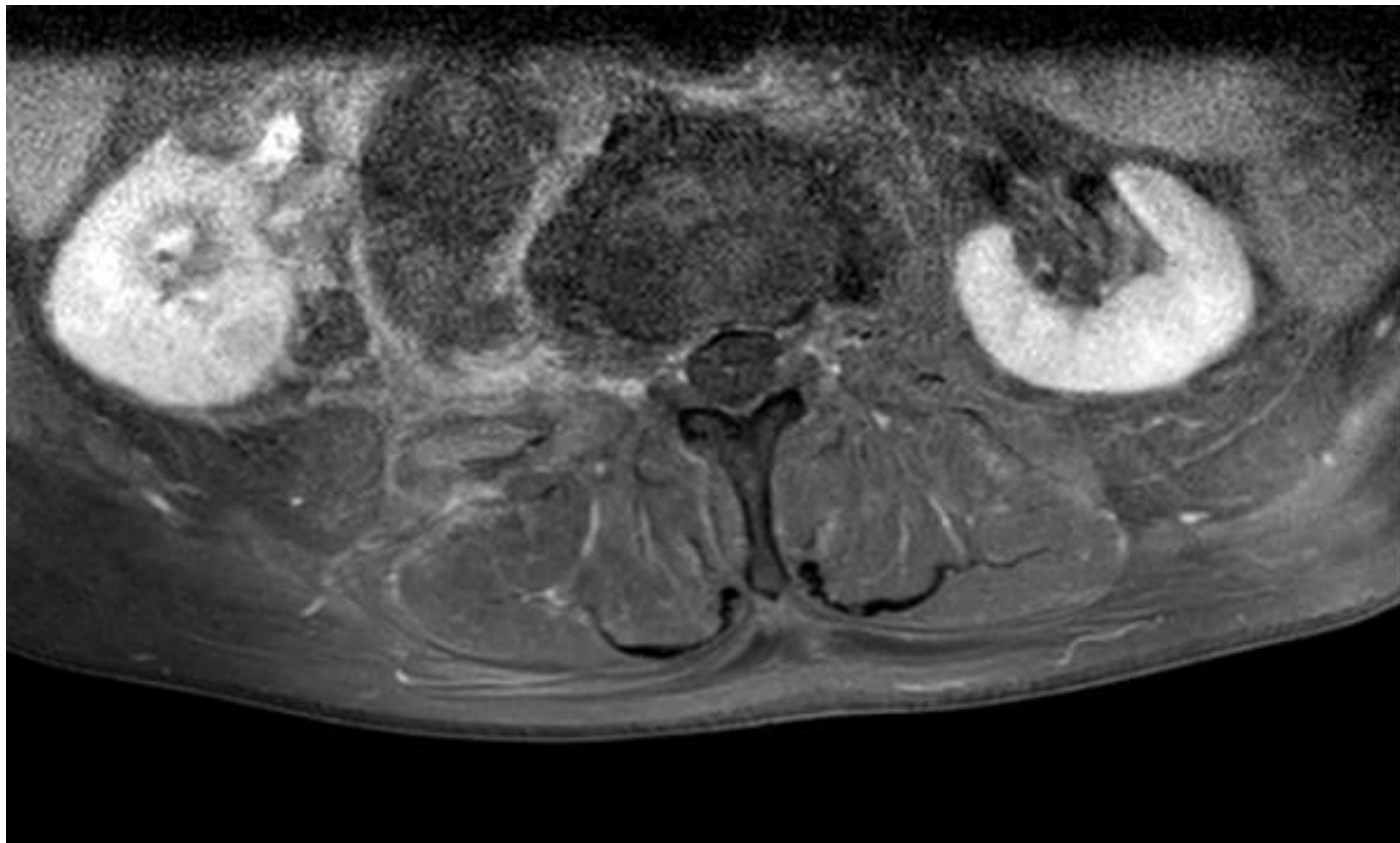
T2



T1 gado



T1 gado



Contrôle du scanner à J15



Wooclap : quel est votre diagnostic



Cas clinique 3 : Réponse

- Ponction de la collection : envoi en bactério
 - Stérile à J7
 - ARN16S nég
 - Sérologie Coxiella (fièvre Q) négative, sérologie brucellose négative, sérologie Bartonellose négatives
 - Anapath de la cytoponction : prolifération tumorale maligne faite de cellules épithéliales présentant une différenciation malpighienne. Les cellules tumorales sont peu cohésives. Elles sont mêlées à de nombreux éléments inflammatoires polynucléés témoignant possiblement d'une abcédation.
 - Biopsie : processus tumoral malin dont les caractéristiques morphologiques et immunohistochimiques plaident en faveur d'un **CARCINOME ÉPIDERMOÏDE**. Ces données ne s'accordent pas avec l'évolution d'un carcinome urothélial.

Cas clinique 4

Cas clinique 4

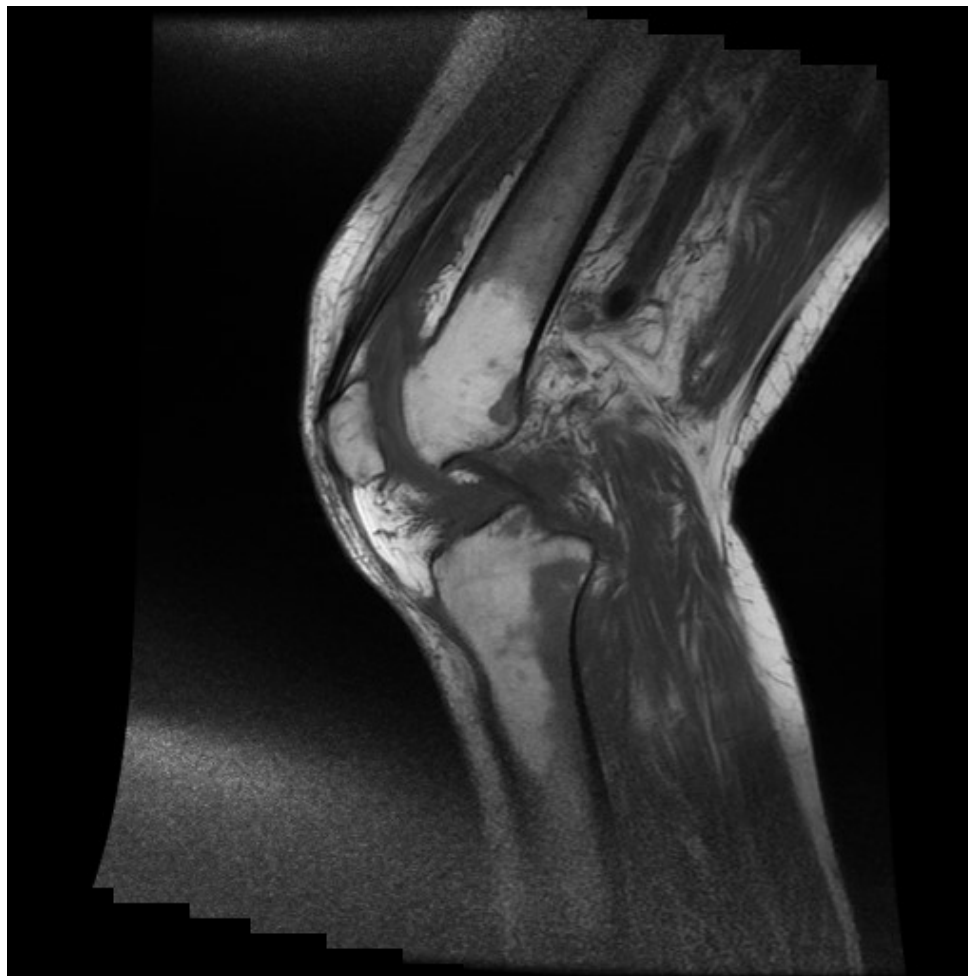
- Homme, pilote de ligne
- ATCD de LLC connue depuis 2008, stade C depuis 2015
 - neutropénie, splénomégalie,
 - réticence du patient au traitement
- Abscès pulmonaire à streptocoque avec bactériémie en 2015, Pneumopathie hypoxémiante en 2017 à Legionella,
- Déficit en IgM connu chronique en lien avec l'hémopathie, prophylaxie par AMOXICILLINE au long cours
- FA anticoagulée
- Douleurs apparues suite à un traumatisme en torsion genou droit

Cas clinique 4

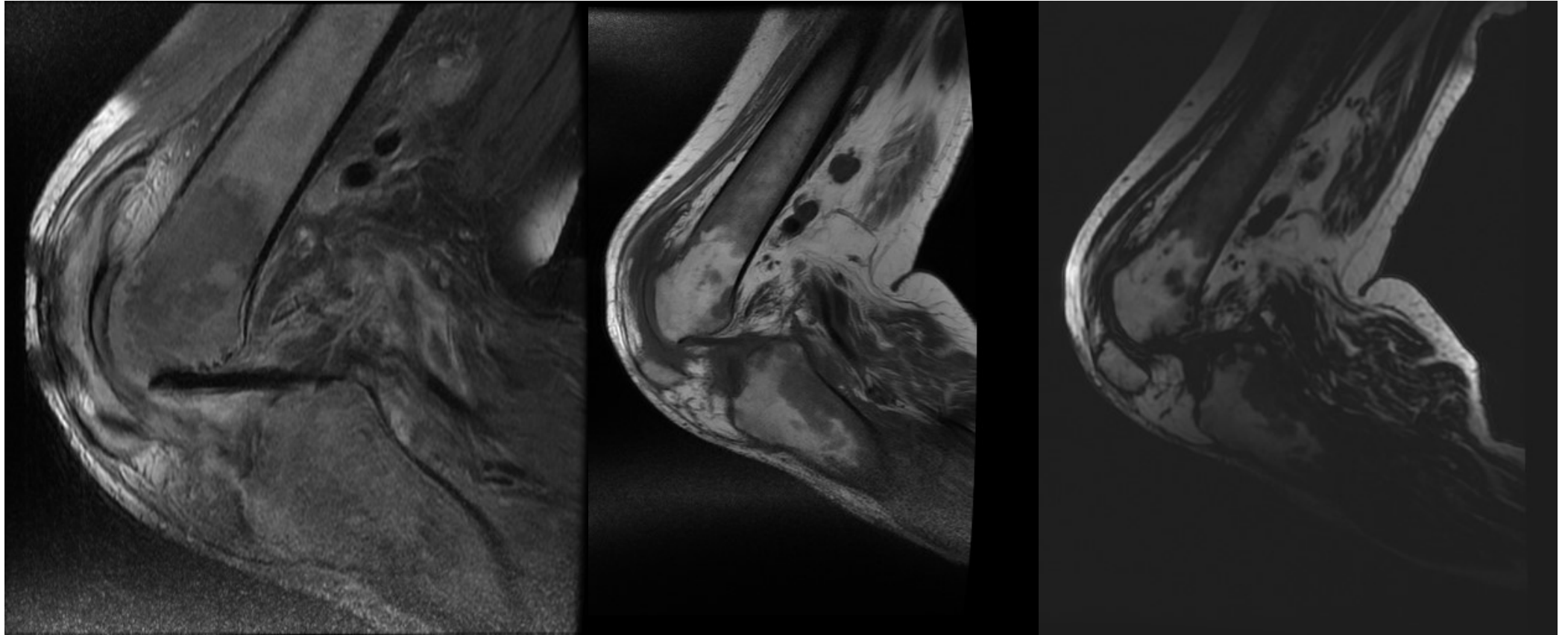
- Biologie:
 - Leucocytes 76 G/l = formule?
 - hémoglobine 10 g/dl
 - plaquettes à 248 G/l
 - CRP 58 mg / l
 - Fibrinogene 7,5g/l
 - Acide urique 466 umol/l



Irm non injectée, 02/2022



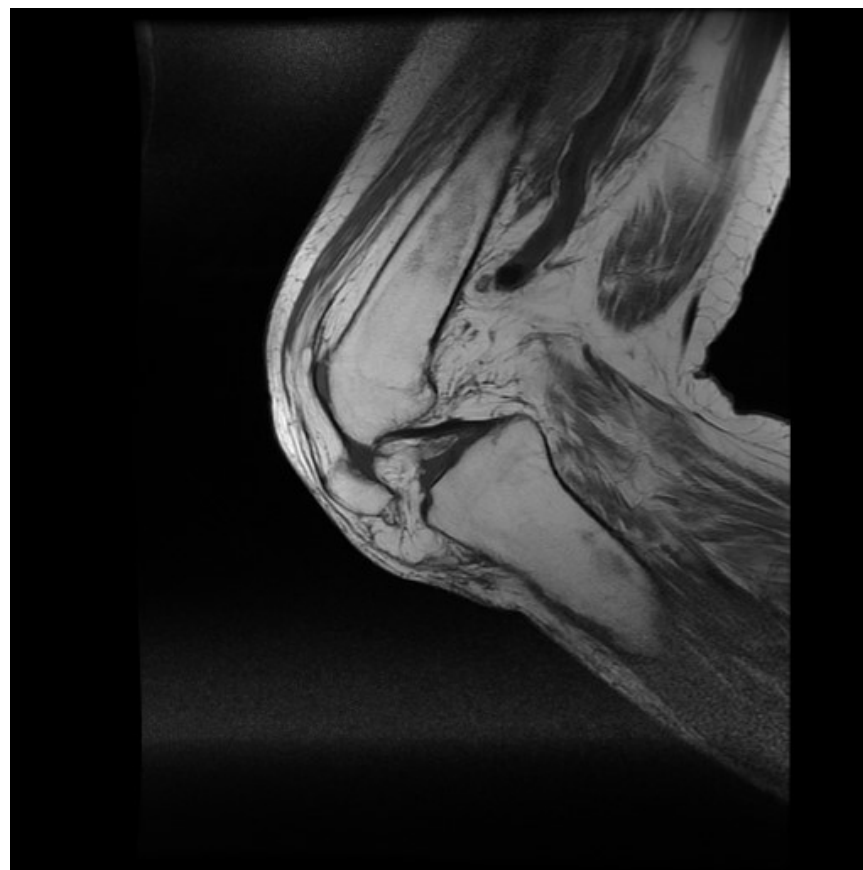
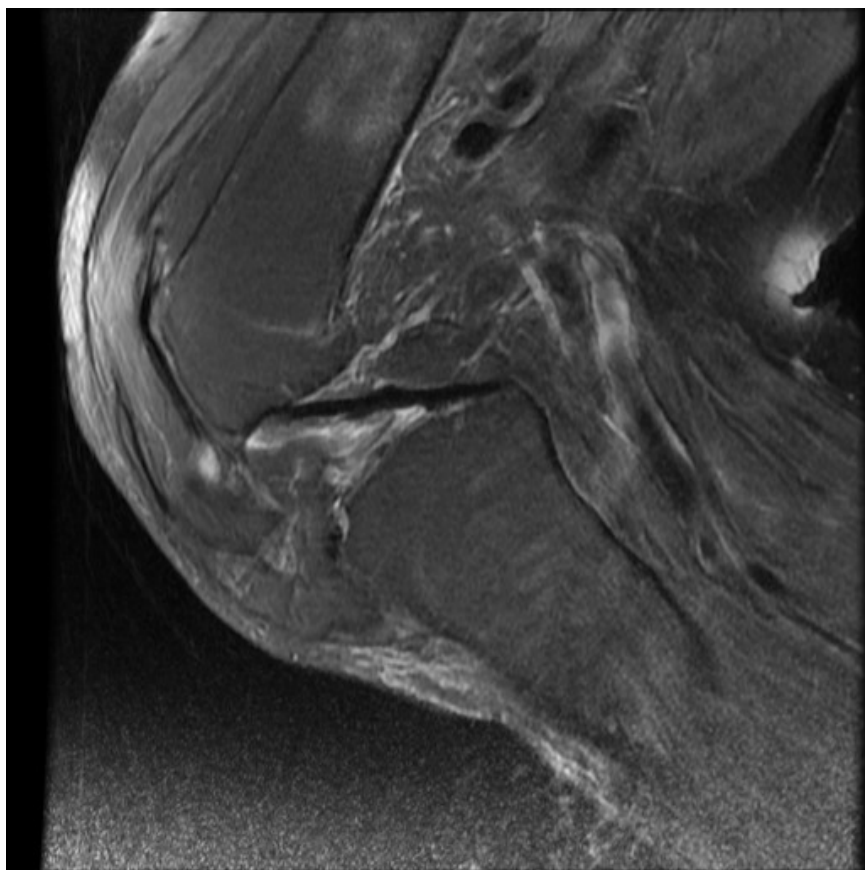
IRM 04/22



Cas clinique 4 : réponse

- Anapath
 - Tissu conjonctivo-adipeux oedémateux, hypervascularisé, riche en sidérophages avec un **infiltrat lymphoïde nodulaire périvasculaire de phénotype B CD5+ CD23+ compatible avec une localisation de la LLC déjà connue chez ce patient.**
- Chimio: débuté en 06/2021
 - FCR: RITUXIMAB FLUDARABINE et ENDOXAN

IRM post traitement 10/2022



Cas clinique 5

Cas clinique 5

- Femme de 49 ans, origine Afrique de l'ouest
- Antécédents :
 - Sjögren
 - néphropathie tubulo-interstitielle chronique avec insuffisance rénale terminale dialysée depuis 12 ans
 - Myosite auto-immune à anticorps anti NXP2
 - Endocardite infectieuse *S. aureus*
 - Surpoids
 - Corticothérapie
- Douleur de la cheville gauche depuis 3 mois, apparition spontanée
- Douleur de rythme mécanique
- Echographie :
 - Épanchement intra-articulaire de faible abondance



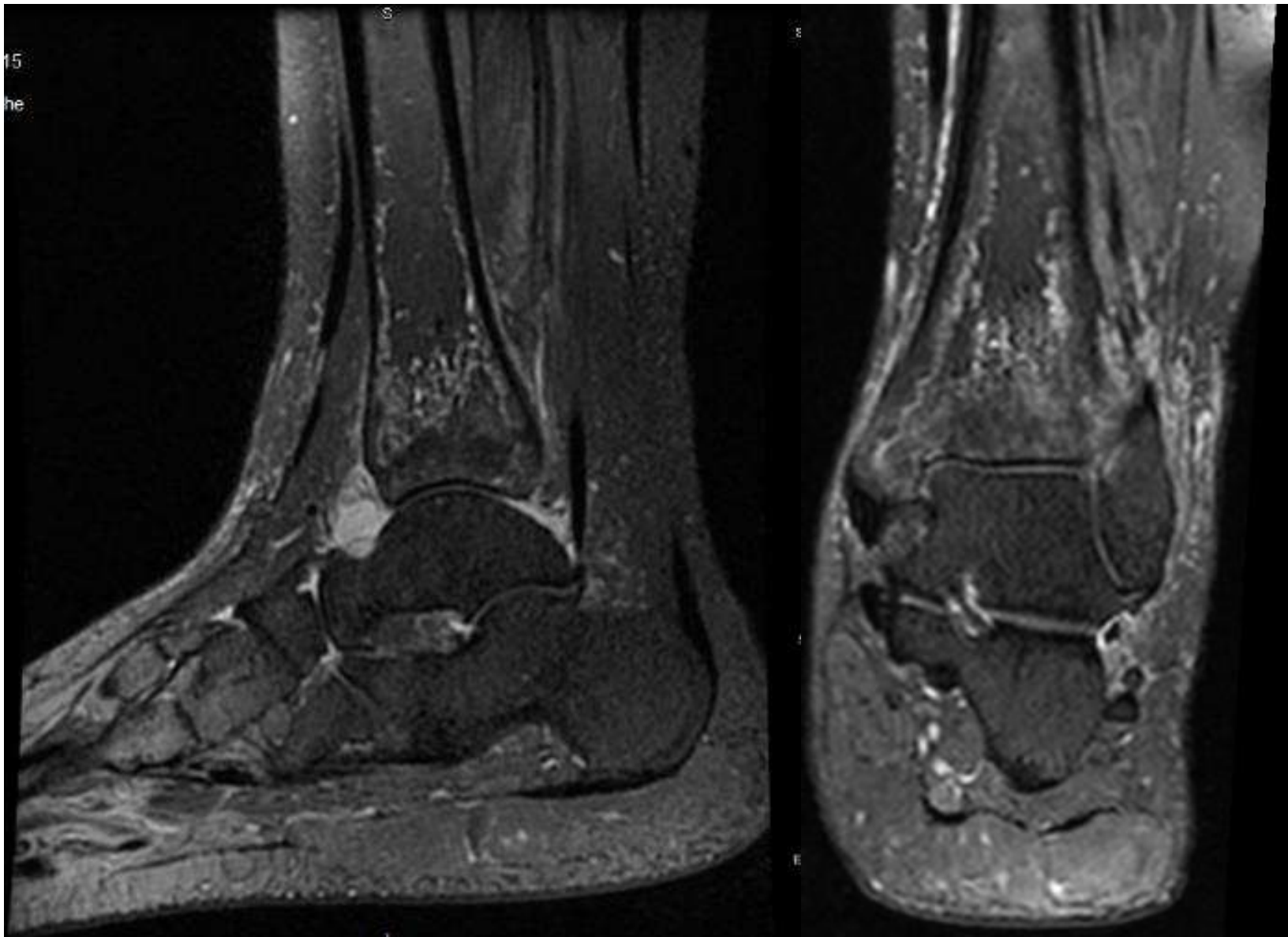
IRM T1





IRM
STIR

IRM DP FS



Cas clinique 5 : Réponse

- Infarctus osseux tibia distal
- Epanchement articulaire de cheville associé
- Probablement favorisé par corticothérapie par voie orale prolongée
- Recherche SAPL en cours

Cas clinique 6



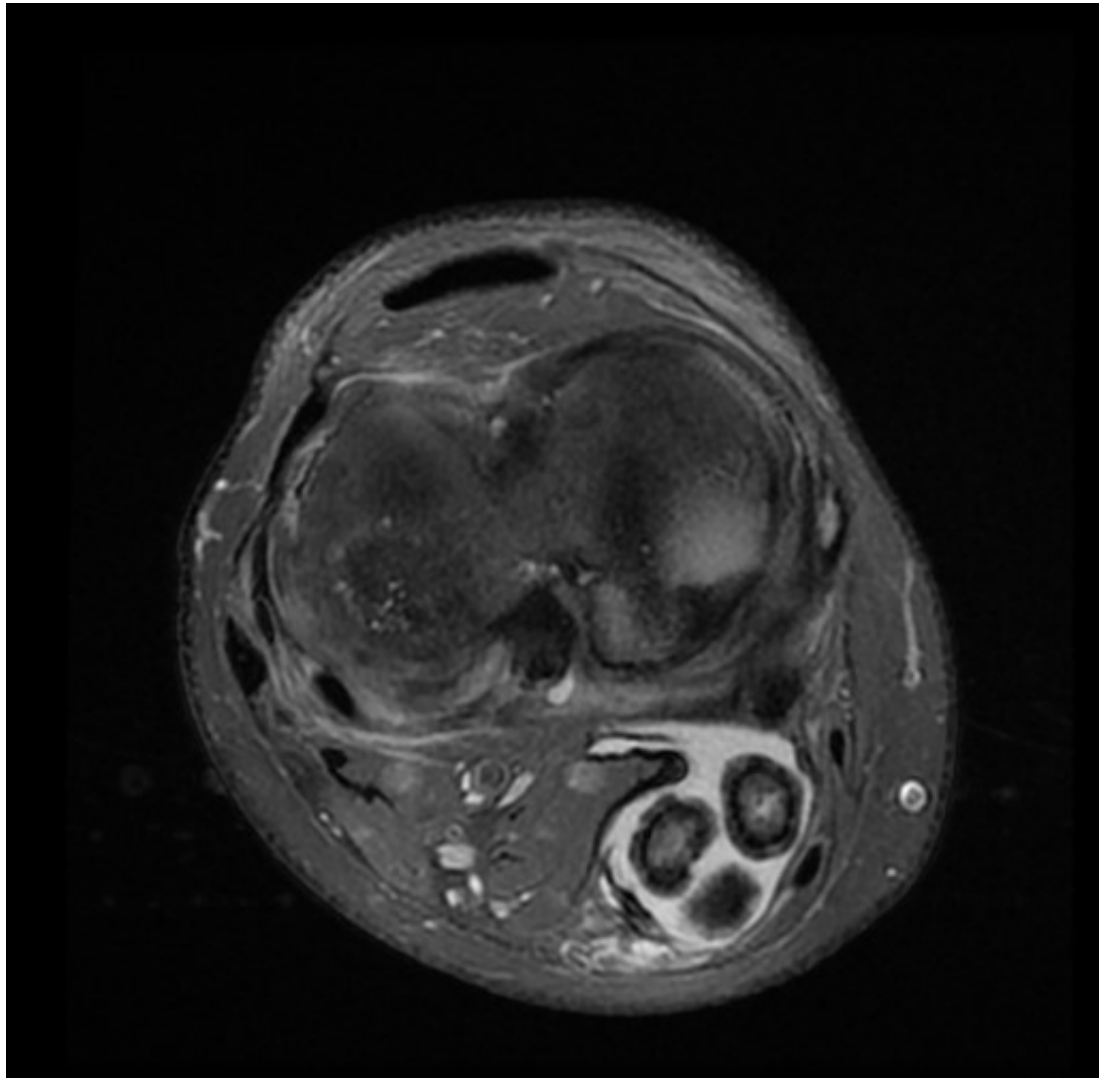


D

COUCHE





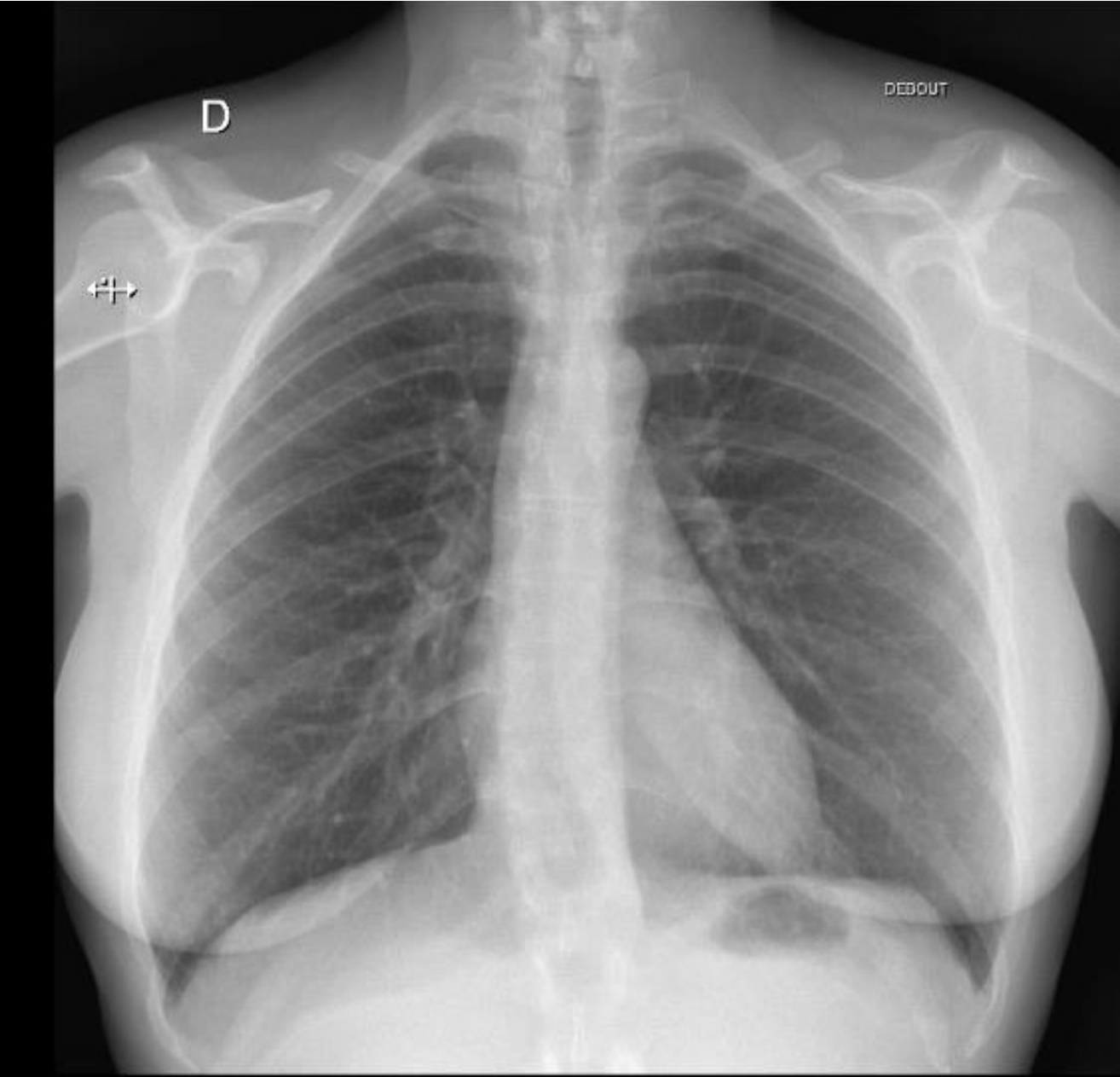


Cas clinique 7



Cas clinique 8

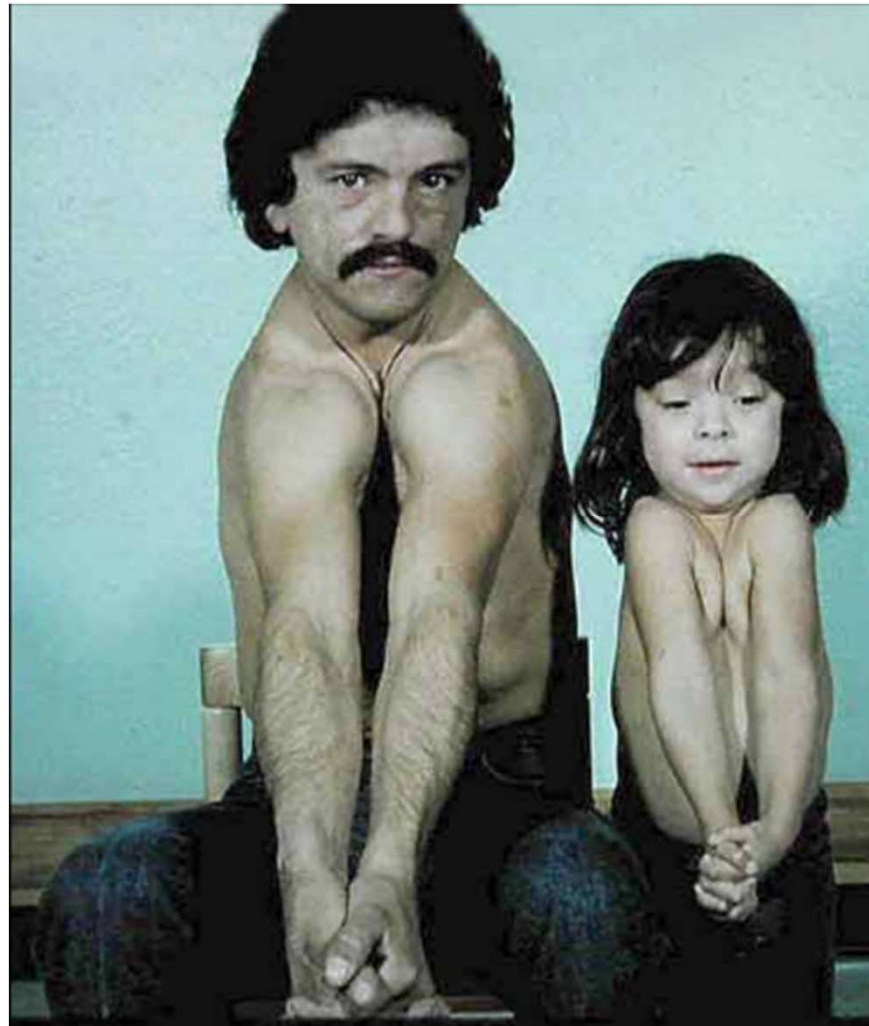
Femme de 47 ans



EN CHARGE



Réponse : Dysplasie cleïdo-crânienne

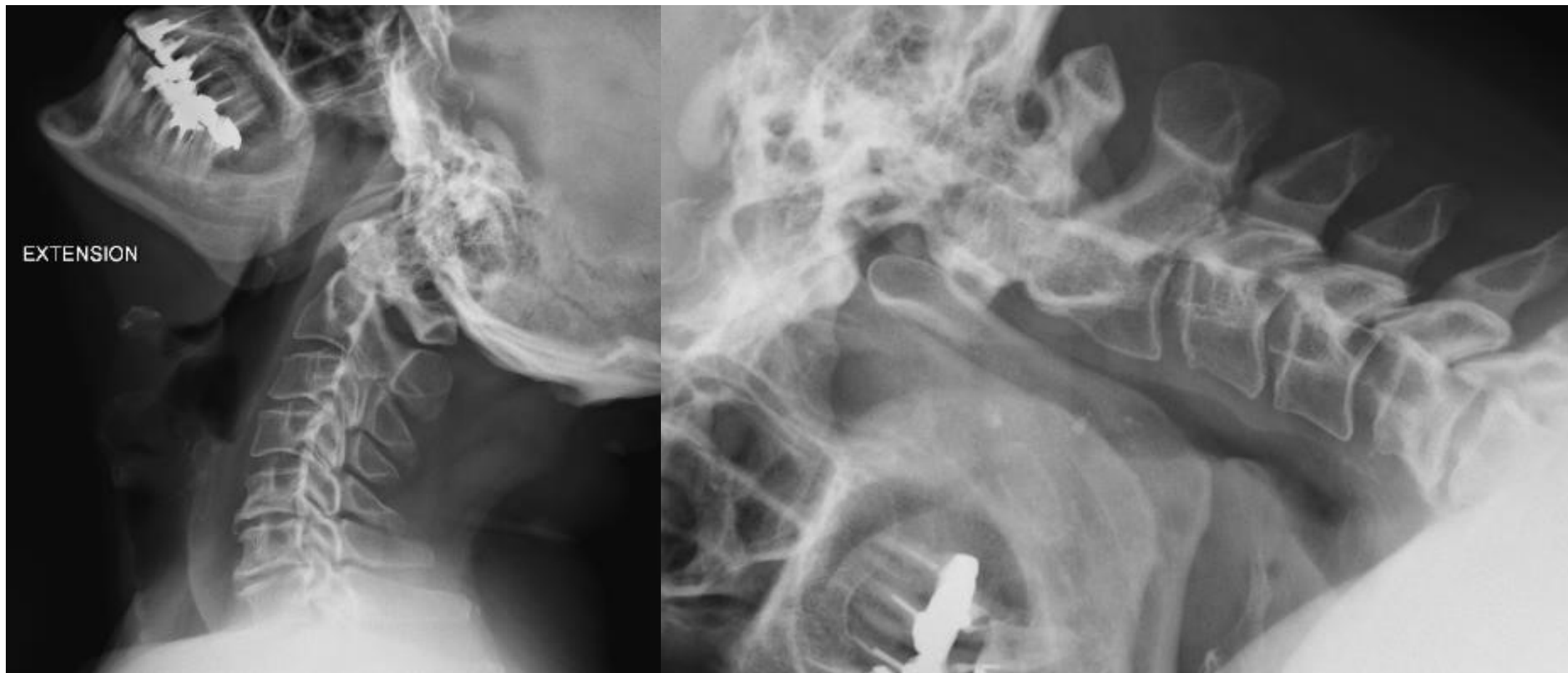


Dysplasie cleïdo-crânienne

- Hypoplasie ou aplasie des clavicules
- Retard ou non fermeture des fontanelles
- Anomalies de la dentition
- (+/(pieds plats, genu valgum, scoliose, brachydactylie, etc...)
- Mutation du facteur de transcription RUNX2
- (utilisé surtout dans les cellules bordantes de l'os)

Cas clinique 9

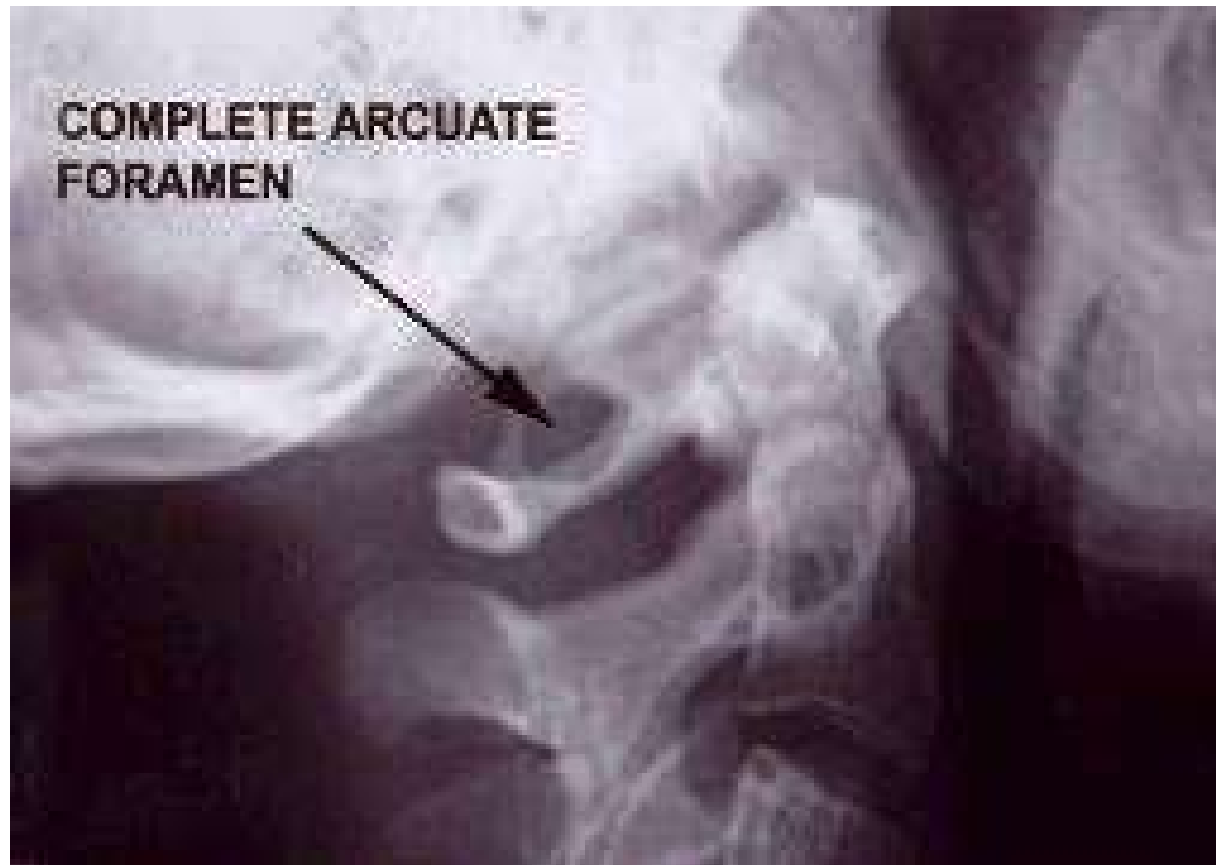
Homme de 60 ans, vertiges inexplicables



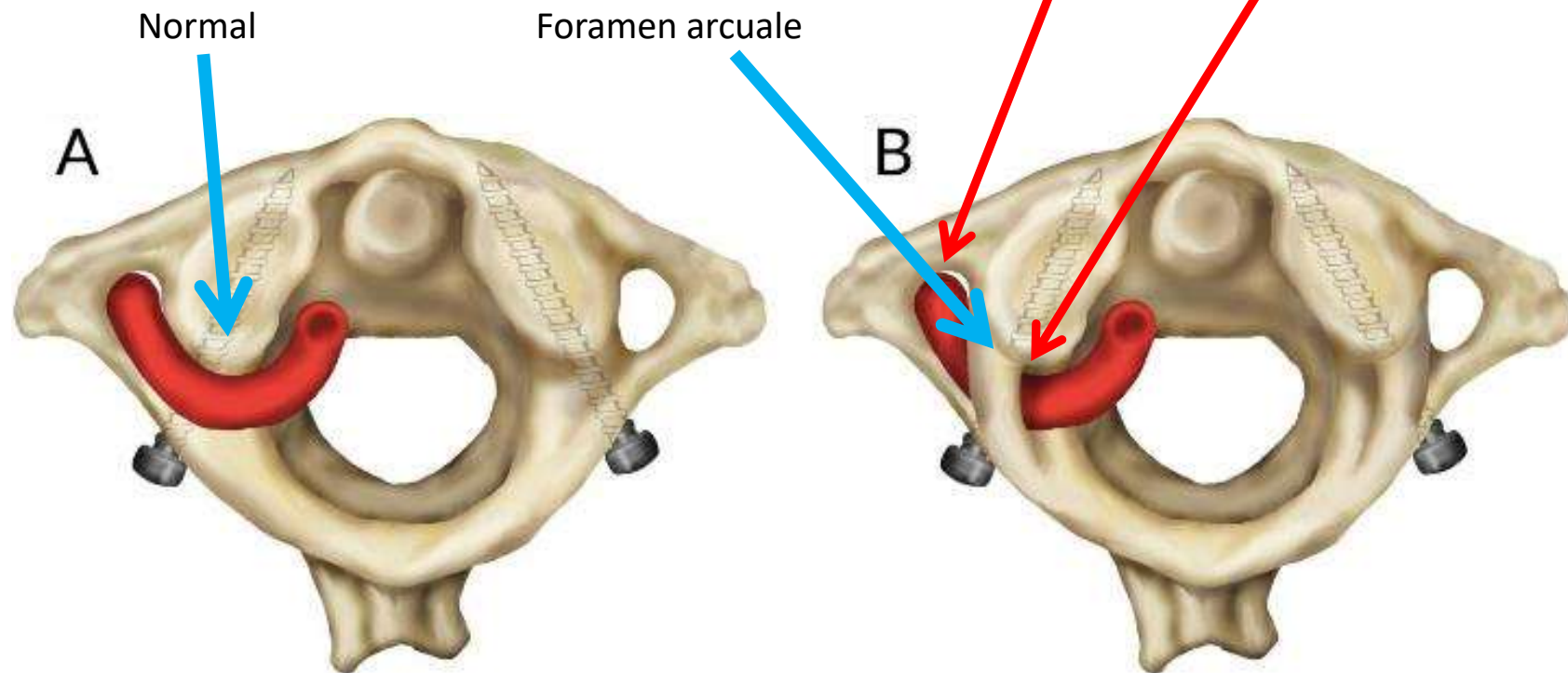
Réponse

Foramen arcuale (ou arcuate)
= ossification de la membrane atlanto-occipitale de l'arc post de C1

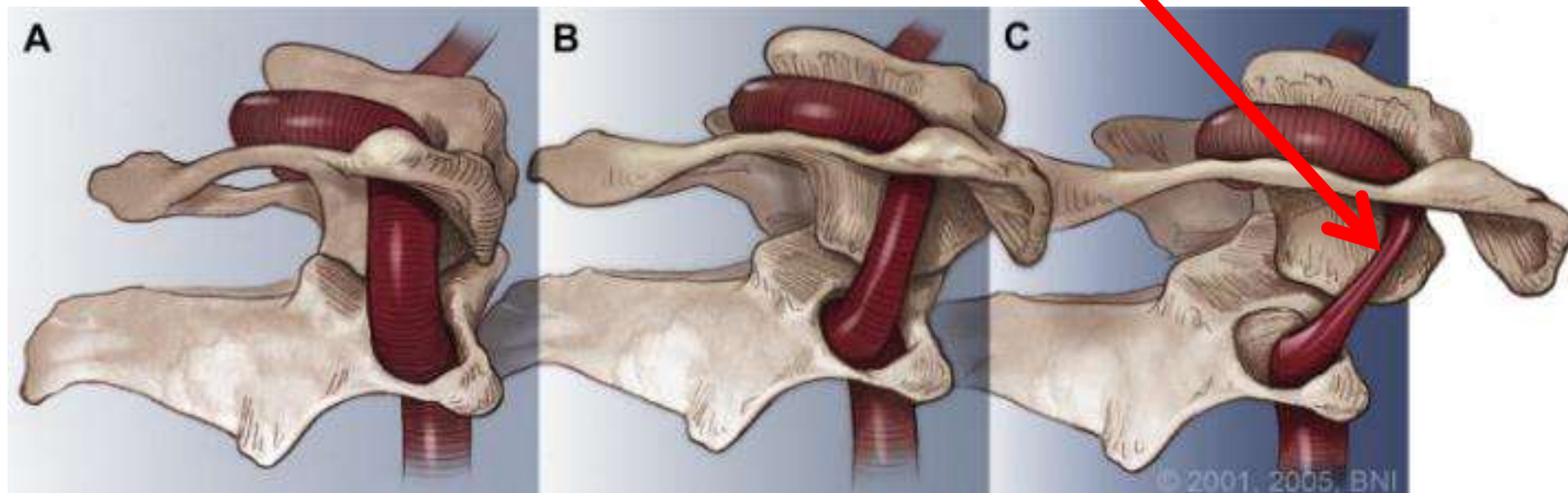
(assez fréquent : jusque 5% de la population)



**Conséquence possible si l'artère vertébrale est 'cravatée' au niveau de C1
(alors qu'elle est déjà 'bloquée' dans le trou transversaire de C2)**

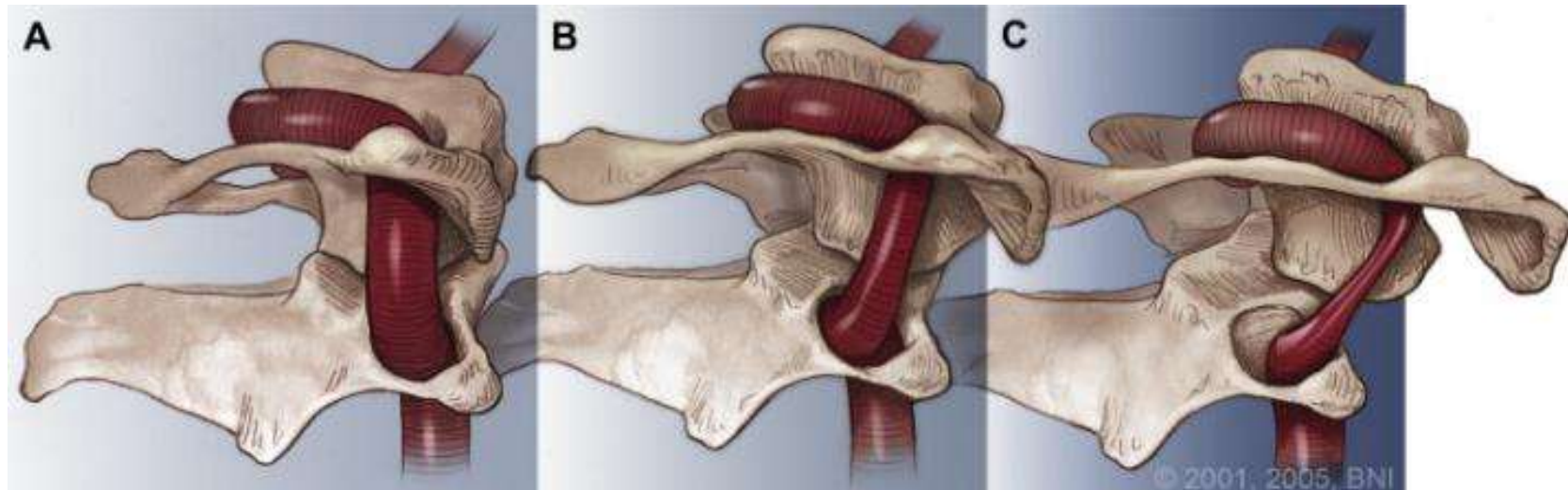


**Dans ce cas étirement possible jusqu'à l'occlusion
d'une des artères vertébrales (boucle de la vertébrale en C1)**



**Si l'autre vertébrale est non fonctionnelle
et/ou le polygone de Willis défectueux**

**→ vertiges voire syncope en tournant la tête vite ou
longtemps**



Syndrome dit du Bow-Hunter (du chasseur à l'arc)

(qui s'évanouit quand il garde la tête tournée à 90°)



Cas clinique 9

**Arthrose cervicale sévère mais uniquement à droite (femme 80 ans)
aucun antécédent de traumatisme, ni de travail 'asymétrique'**

Pourquoi ?



Réponse

Explication : longue scoliose sous-jacente

et latéro-flexion permanente involontaire du cou pour garder l'équilibre



Cas clinique 10

De quelle pathologie rhumatologique souffre cette patiente ?



Réponse : Néphrocalcinose d'un syndrome de Sjögren



Néphrocalcinose d'un syndrome de Sjögren

- Par acidose tubulaire distale
- dont certaines peuvent être complètes, avec néphrocalcinose voire lithiases, par : hypercalciurie + hypocitraturie

→ Prise en charge spécialisée nécessaire

- pour un traitement plus spécifique comme le citrate de potassium
- (préparations magistrales le plus souvent, à manier avec prudence en cas d'insuffisance rénale)