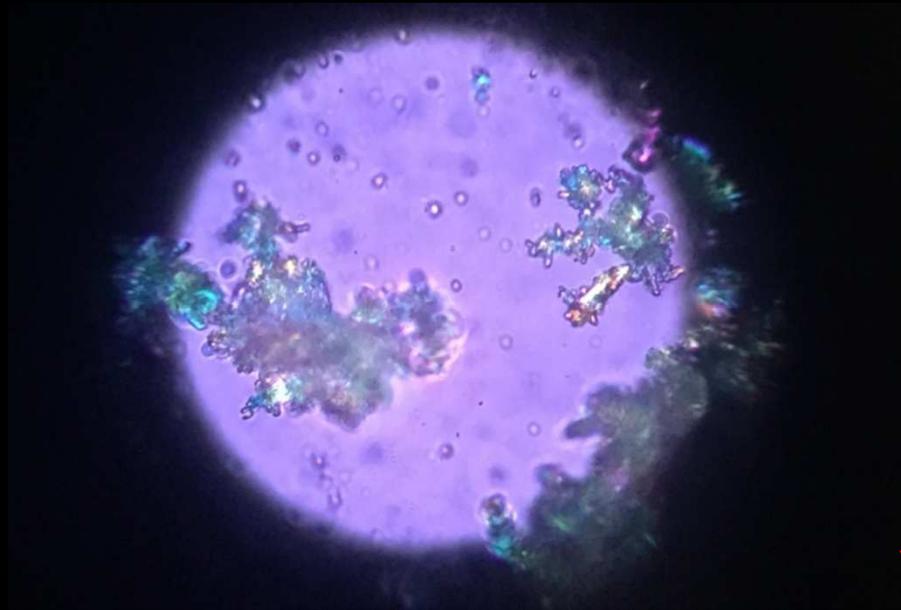


Q1.

Quel est votre diagnostic
microscopique ?



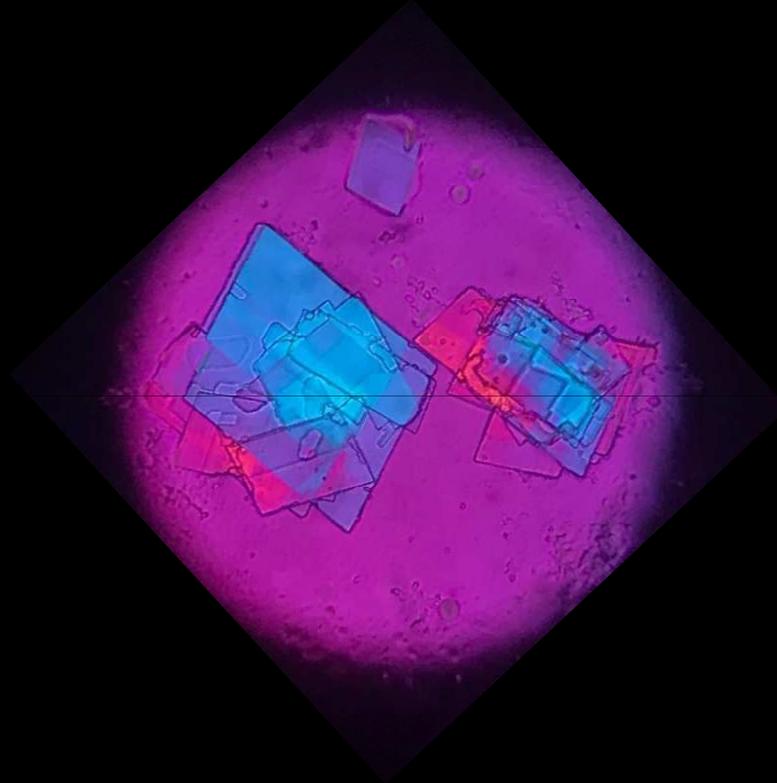
1



- a) Urate *UNa*
- b) Pyrophosphate de calcium *PPC*
- c) Cholestérol *C*
- d) Phospholipides *PL*
- e) Bétaméthasone *BM*

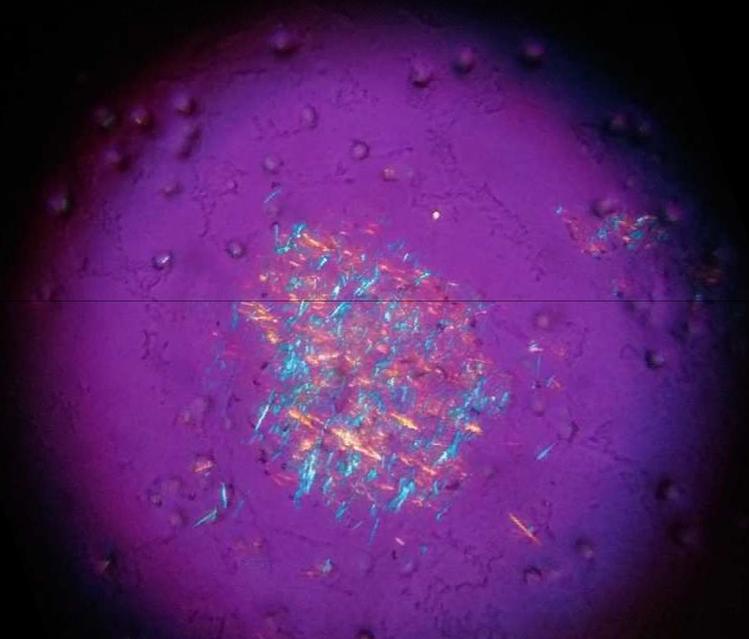


2



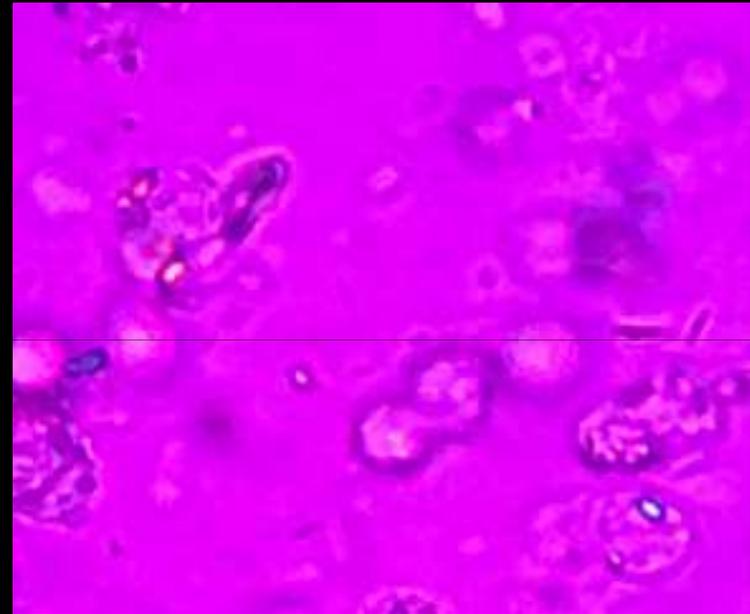
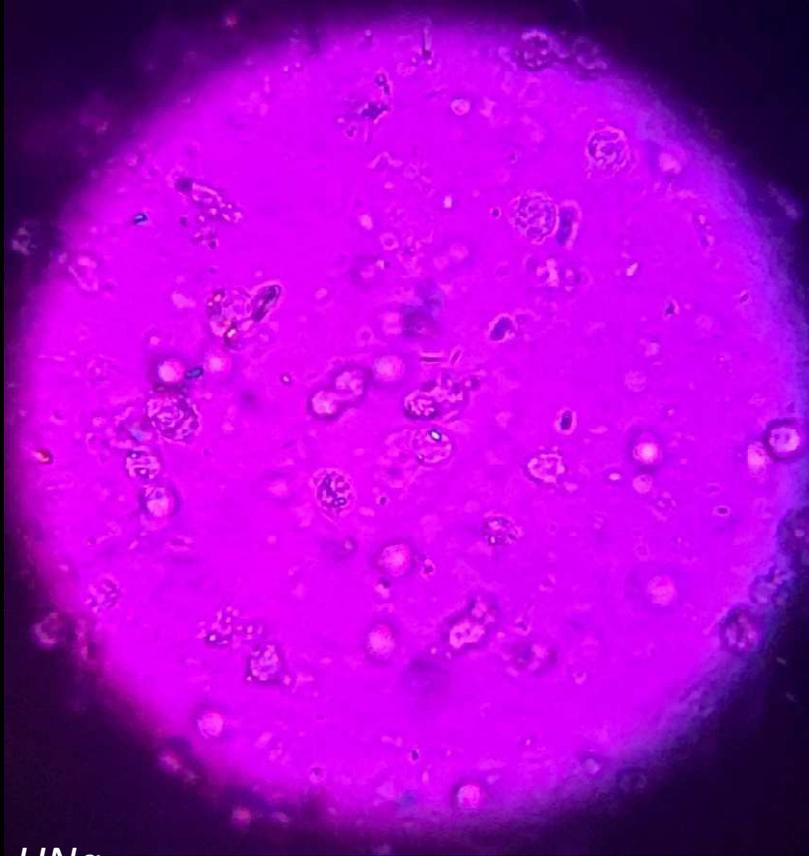
- a) Urate *UNa*
- b) Pyrophosphate de calcium *PPC*
- c) Cholestérol *C*
- d) Phospholipides *PL*
- e) Bétaméthasone *BM*

3



- a) Urate *UNa*
- b) Pyrophosphate de calcium *PPC*
- c) Cholestérol *C*
- d) Phospholipides *PL*
- e) Bétaméthasone *BM*

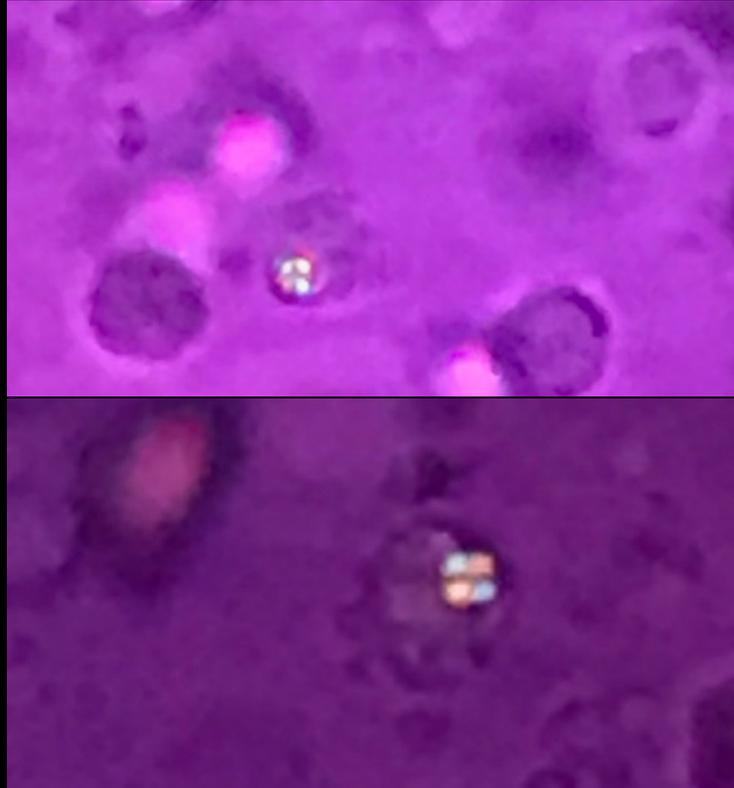
4



- a) Urate *UNa*
- b) Pyrophosphate de calcium *PPC*
- c) Cholestérol *C*
- d) Phospholipides *PL*
- e) Bétaméthasone *BM*



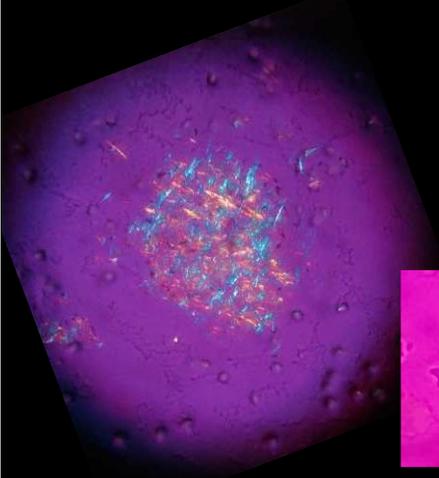
5



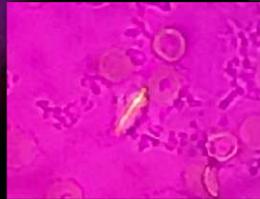
- a) Urate *UNa*
- b) Pyrophosphate de calcium *PPC*
- c) Cholestérol *C*
- d) Phospholipides *PL*
- e) Bétaméthasone *BM*



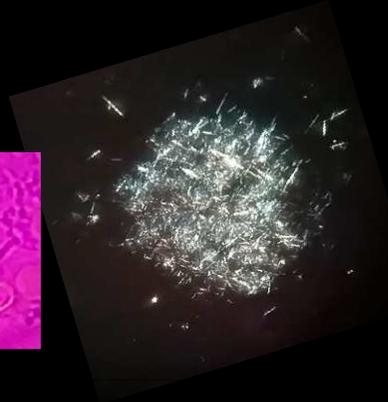
Quel est votre diagnostic microscopique ?



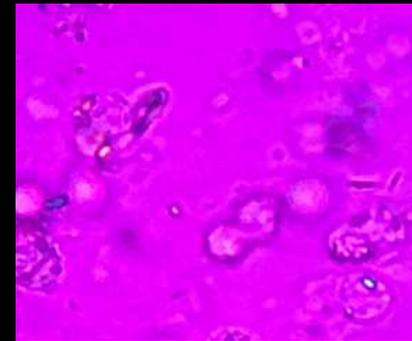
a) Urate *Una*



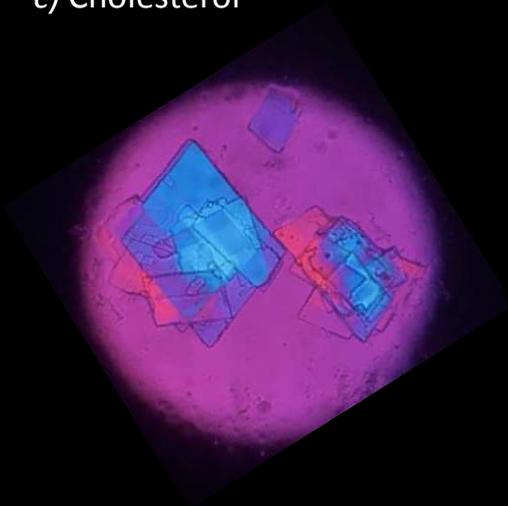
c) Cholestérol



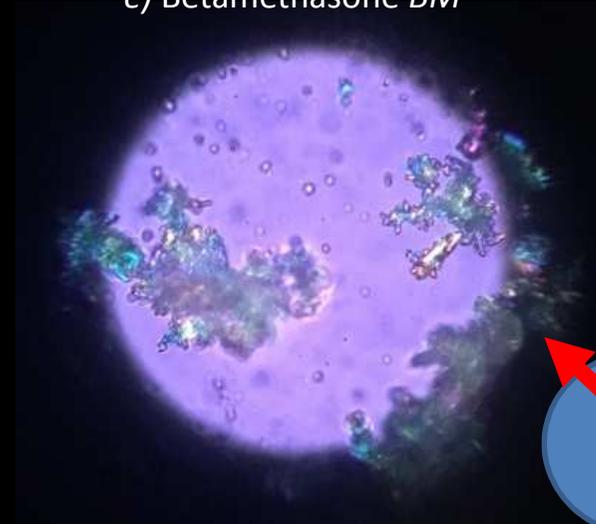
b) Pyrophosphate de calcium *PPC*



d) C Phospholipides *PL*



e) Bétaméthasone *BM*



Q2.

Patient de 26 ans,

Trisomie 21,

Chirurgie d'hallux valgus dans l'enfance,

Récidive des douleurs bilatérales

Bilan radiographique avant reprise chirurgicale



Q2.

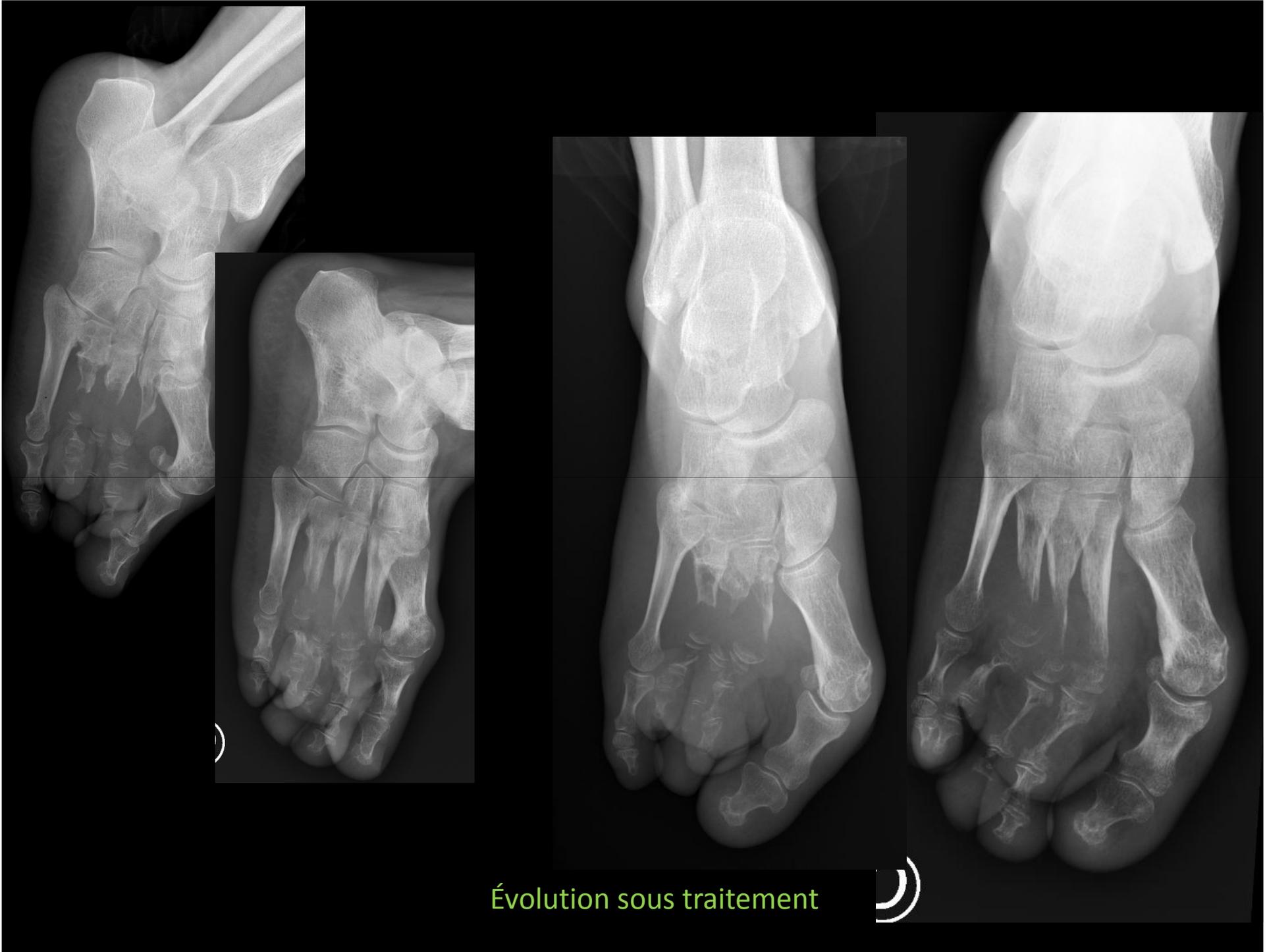
Quel est votre diagnostic ?



Maladie de Gorham-Stout *Maladie des os fantômes*

Maladie de la disparition des os
Ostéolyse idiopathique massive
Ostéolyse massive progressive

- Ostéolyse spontanée et massive, 1955
 - 200 cas dans la littérature
- Liée à une prolifération locale des vaisseaux sanguins et lymphatiques
- Peut être mono ou poly-ostotique (surtout ceintures, vertèbres, côtes et crâne)
- Traitement empirique: BP, vitamine D, Radiothérapie, Chirurgie, Interféron alfa...



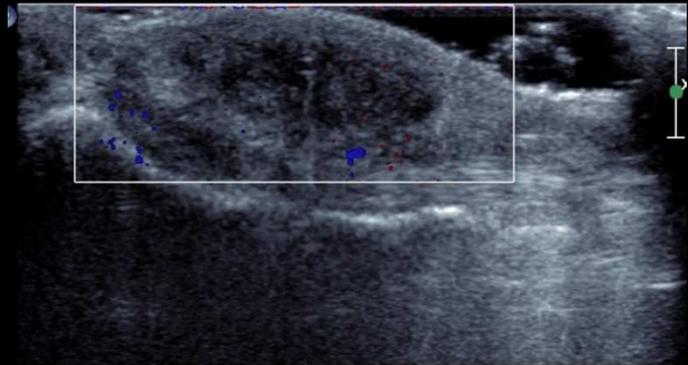
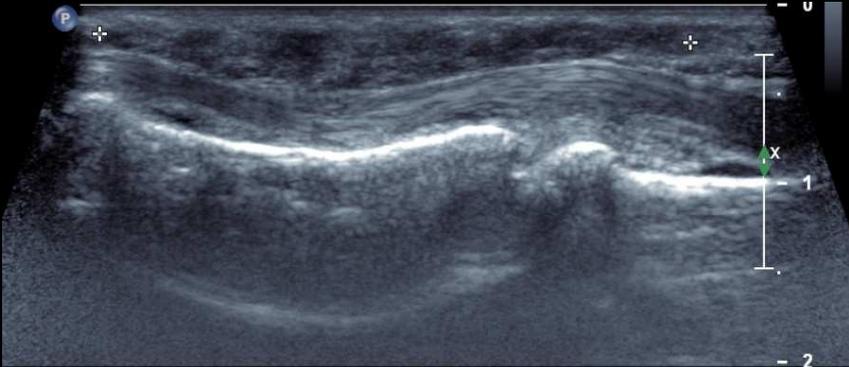
Q3

- Femme de 36 ans
- Lésions des 4 et 5^{ème} doigts de la main droite
-

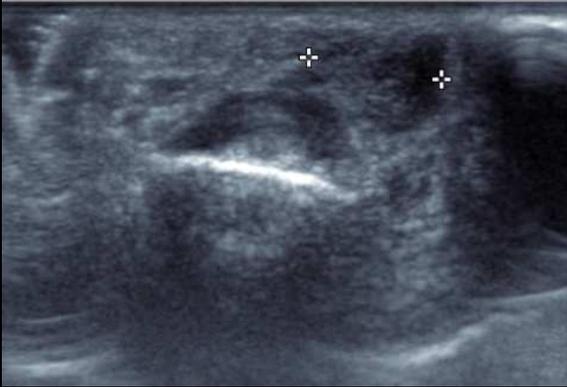
« *Dactylite ? Rhumatisme ?* »



Echographie du médus

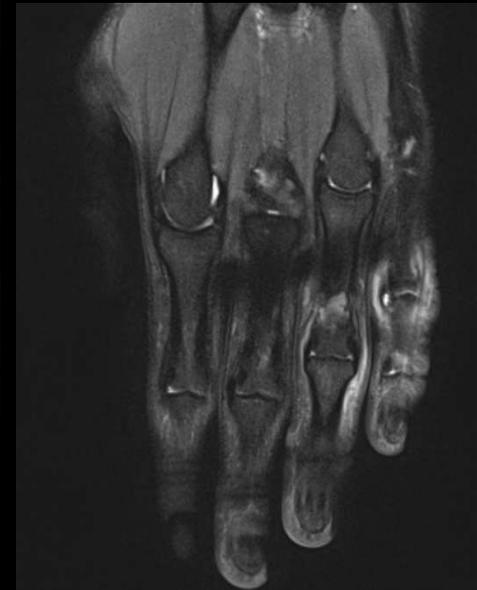


D4 D PALMAIRE

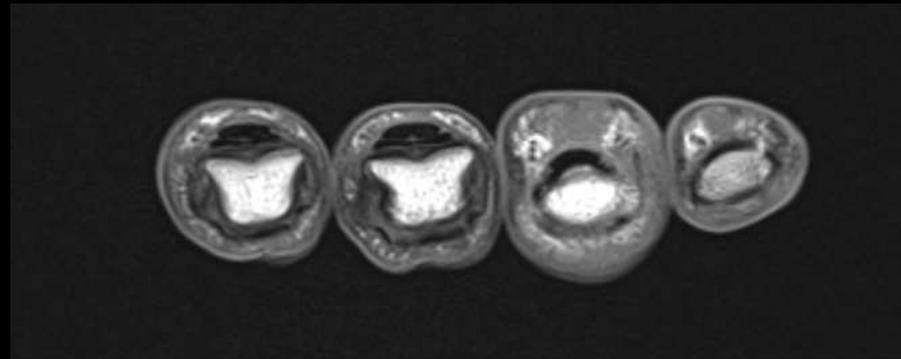


D4 D PALMAIRE

IRM T2 FS



IRM T1



T2FS



Q3

Quel est votre diagnostic ?

La biopsie d'un nodule met en évidence un infiltrat histiocytaire caractéristique d'un granulome annulaire.

- Dans sa forme sous cutanée, le granulome annulaire est aussi appelé « pseudo-nodule rhumatoïde ».
- Le diagnostic est clinique dans sa forme commune
 - papules rosées, bien limitées, formant un anneau, localisées aux extrémités et aux saillies articulaires.
- Dans les autres cas, l'histologie mène au diagnostic
 - *et permet le Dx différentiel*
- La cause est inconnue.
- Il n'existe pas de consensus concernant le traitement de cette lésion bénigne (*rétinoïdes, dermocorticoïdes, dapsons, plaquenil*).
- La biopsie peut faire disparaître la lésion.



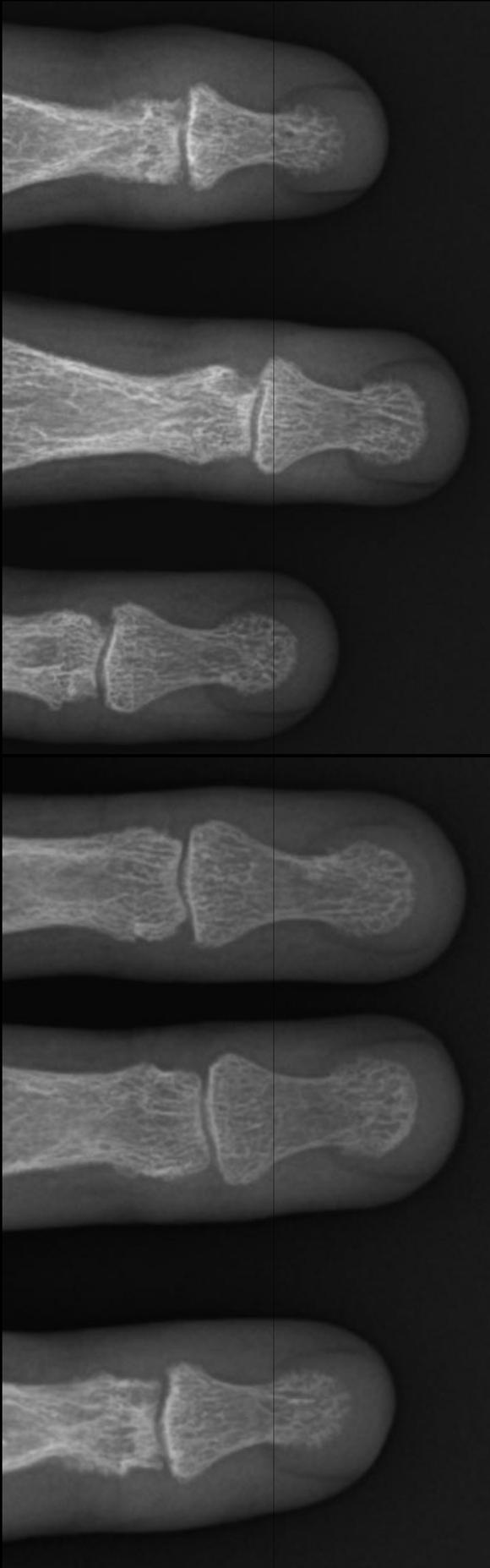
Q4

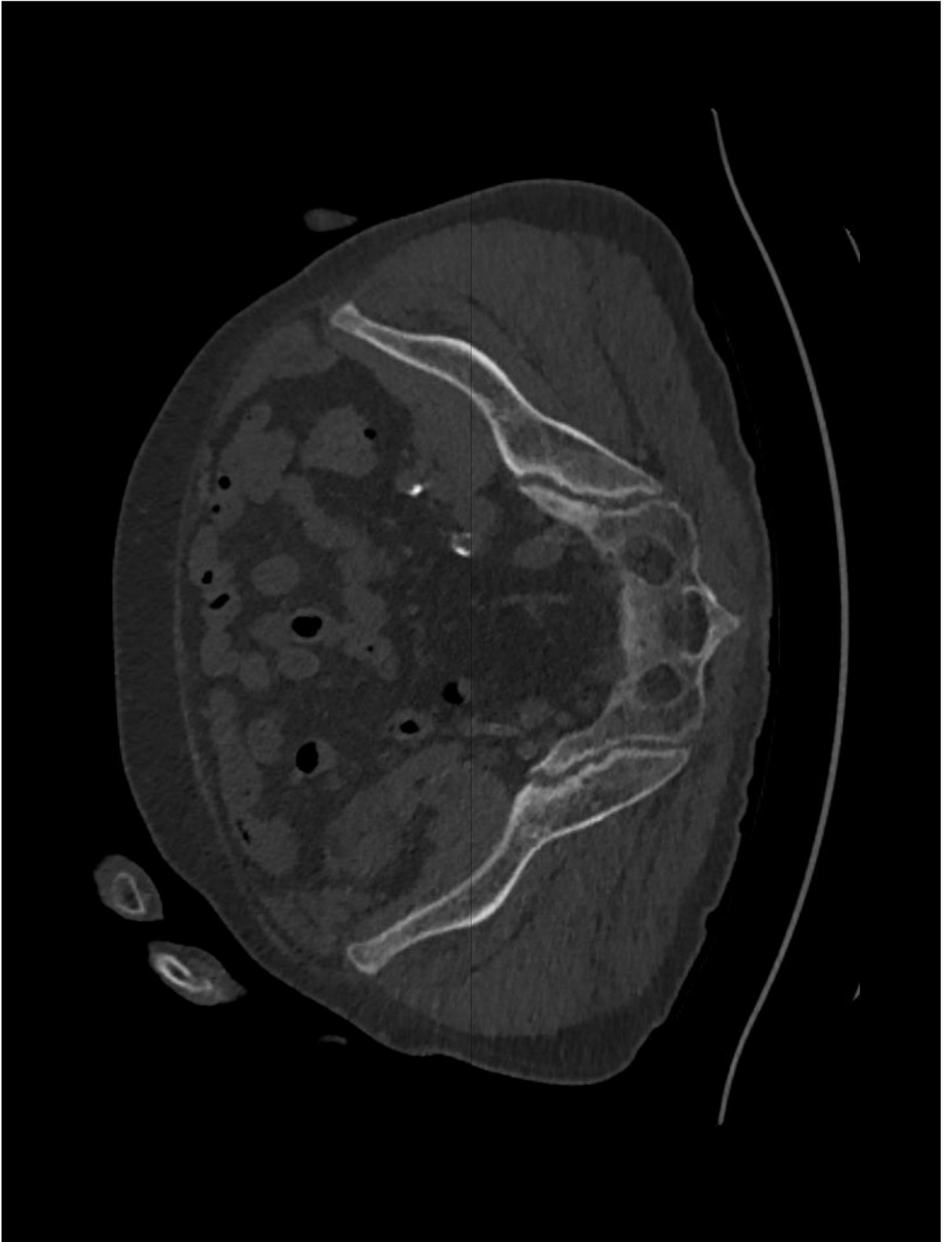
**Patient de 67 ans,
Douleurs mécaniques chroniques de « hanche », des IPD
douleur aigue du médus droit avec aspect de « dactylite »**

Antécédents :

- **IRC sur néphropathie à IgA** : Hémodialyse débutée en 1997. Hyperparathyroïdie secondaire (Mimpara)
- **Carcinome papillaire rénal** : Néphrectomie gauche élargie en 2007 et droite élargie en 2009, récurrence tumorale en 2013.
- **MGUS IgA-lambda** diagnostiquée en 2010.
- **Mélanome de l'arcade sourcilière** qui n'est plus suivi.
- **Psoriasis cutané.**



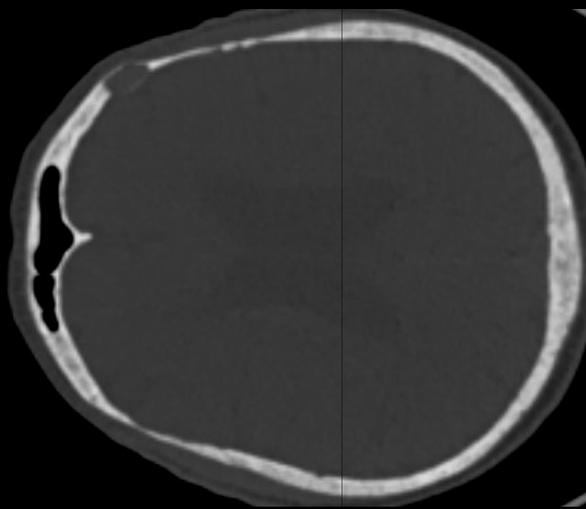




Q4

- Quel est votre diagnostic ?
- *Hyper parathyroïdie*
 - *résorption osseuse sous périostée, sous chondrale*
 - *tumeurs brunes*





Q5

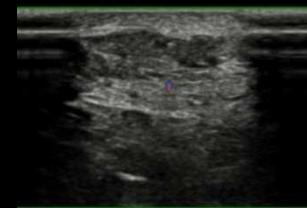
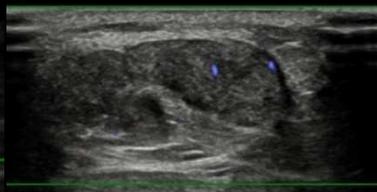
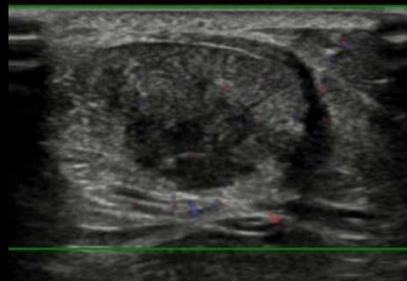
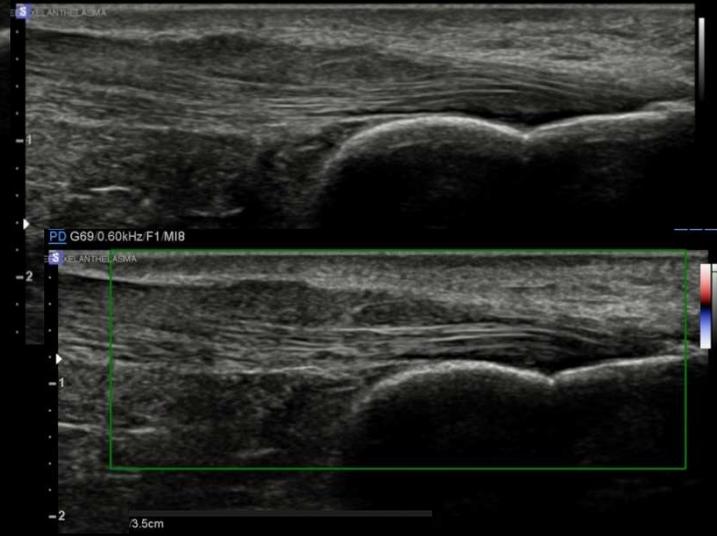
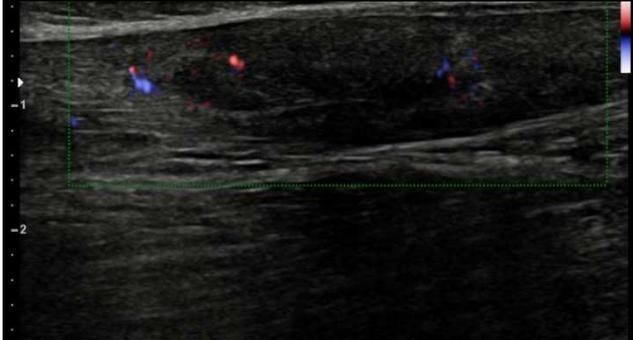
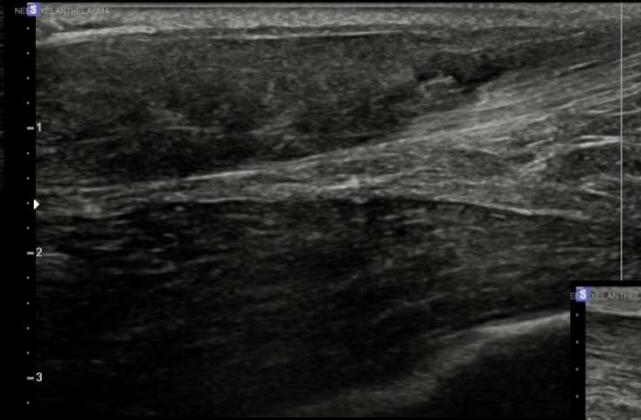
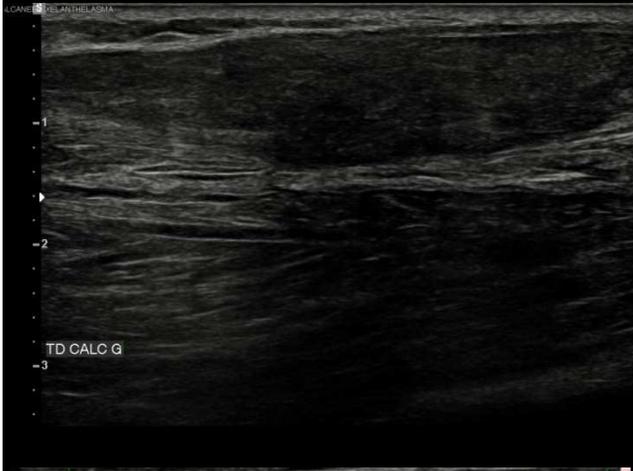
Femme de 66 ans
tuméfaction achilléenne
globale

peu douloureuse

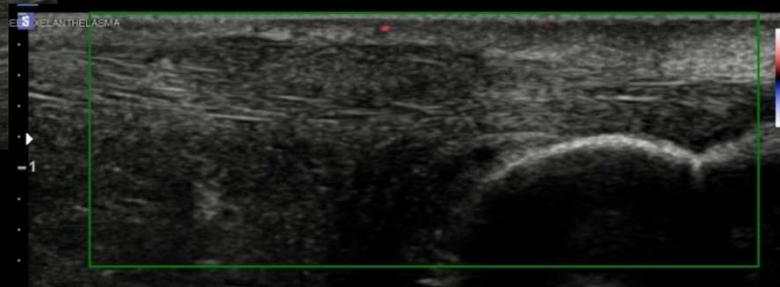
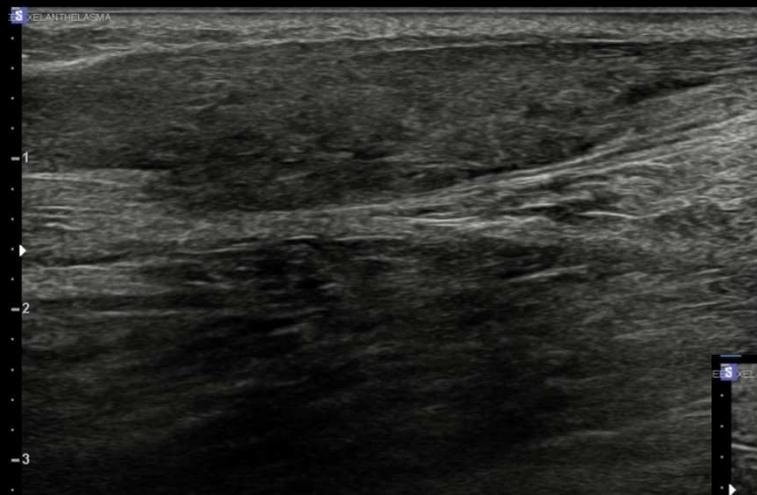


Q5

Quel est votre diagnostic échographique ?



Tendon controlatéral



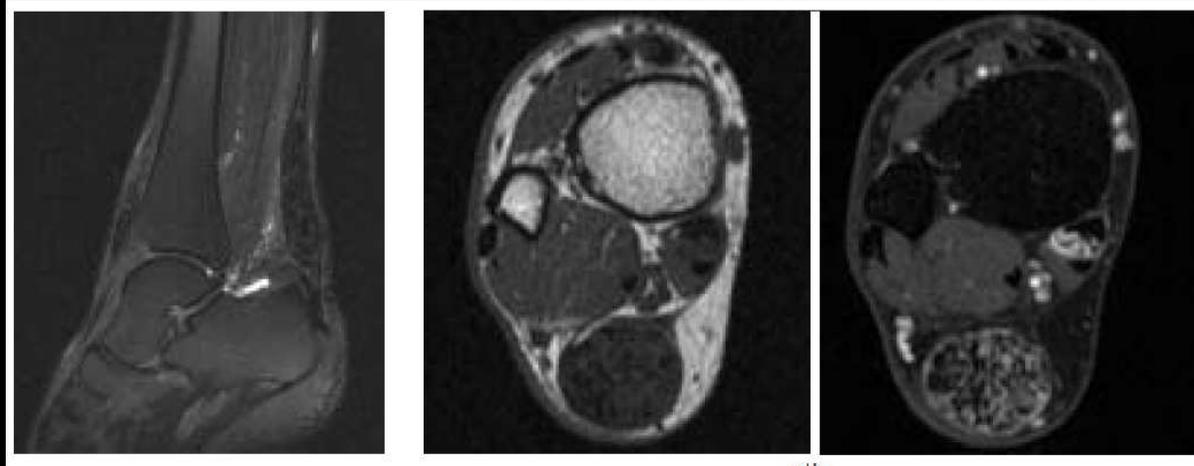
Q5

Quel est votre diagnostic ?

1. Spondyloarthropathie
2. Tendinopathie calcanéenne fusiforme
3. Xanthomatose
4. Antécédent de peignage des tendons calcanéens
5. Sarcome à cellules claires

Q5

1. Spondyloarthropathie
2. Tendinopathie calcanéenne fusiforme
3. Xanthomatose
4. Antécédent de peignage des tendons calcanéens
5. Sarcome à cellules claires
 1. *des tendons et aponévroses: 20-30 ans*



Q5

Xanthomatose tendineuse

- Td calcaneens et extenseurs des doigts

Hypercholestérolémie familiale hétérozygote

- Transmission autosomique dominante
- Forme mineure: CT 2,5 à 4 g/l
- Forme avec xanthomatose tendineuse et CT 4-6g/l
- Forme homozygote
 - avec xanthomatose cutanéotendineuse et CT 6-12 g/l

Régression des xanthomes sous traitement

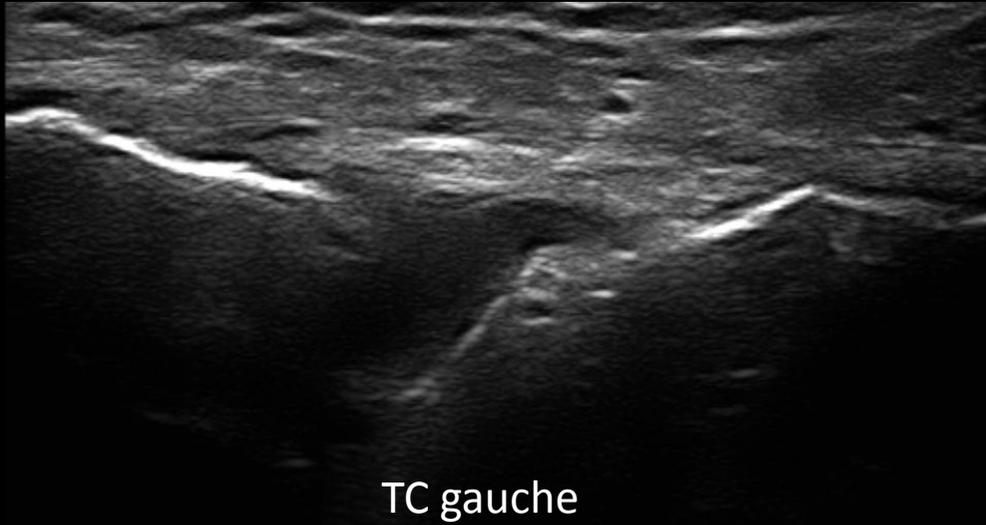
Q6

**Patiente, 52 ans,
Douleur des 2 chevilles évoluant depuis 1
mois**

PR sévère stabilisée sous adalimumab 40 mg/2 sem et
méthotrexate 25 mg/sem







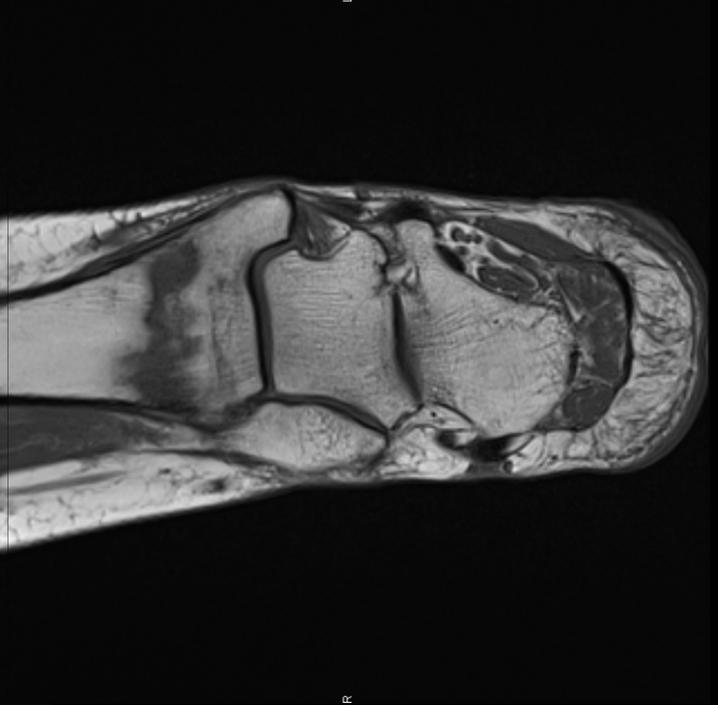
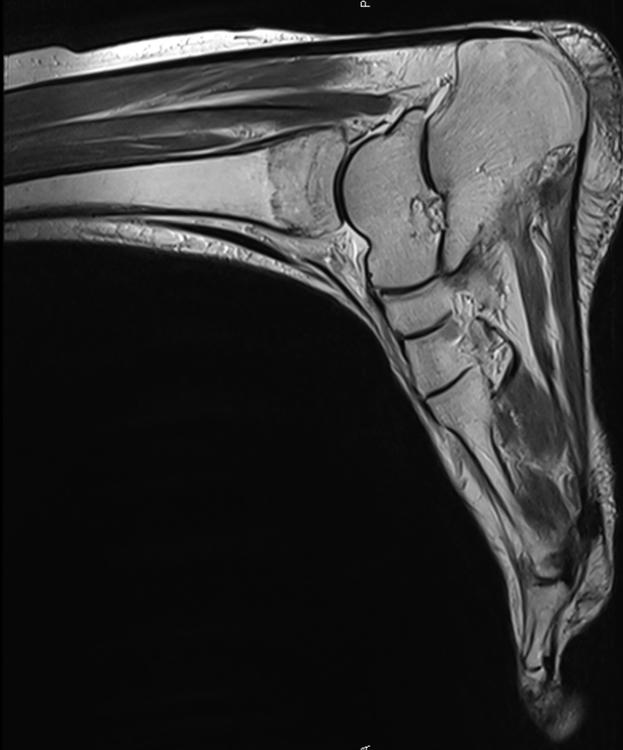
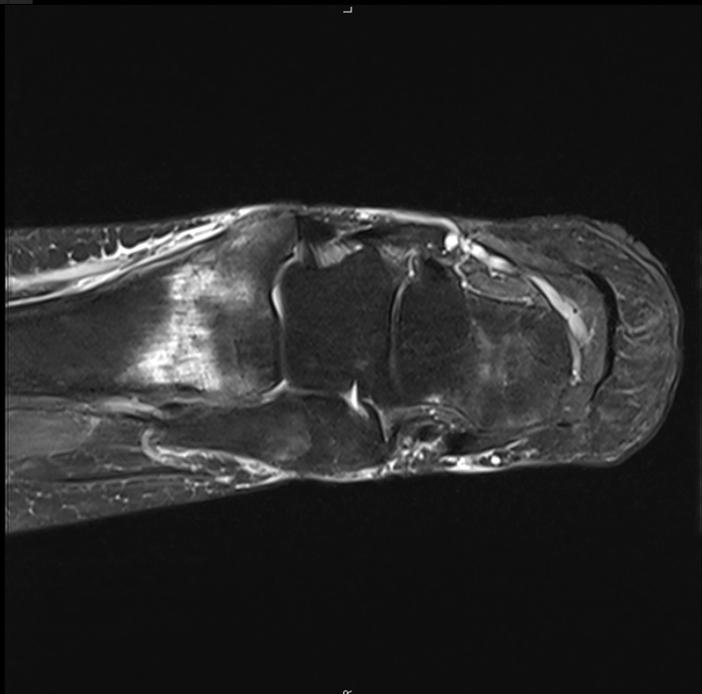
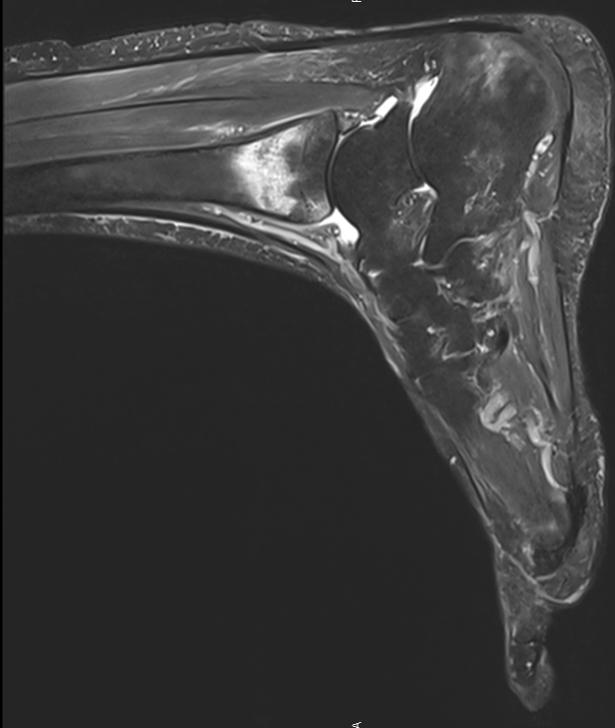
Discret épanchement talo-crural
bilatéral

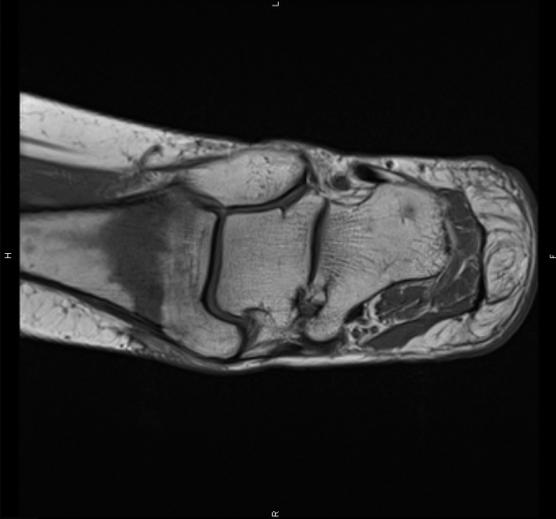
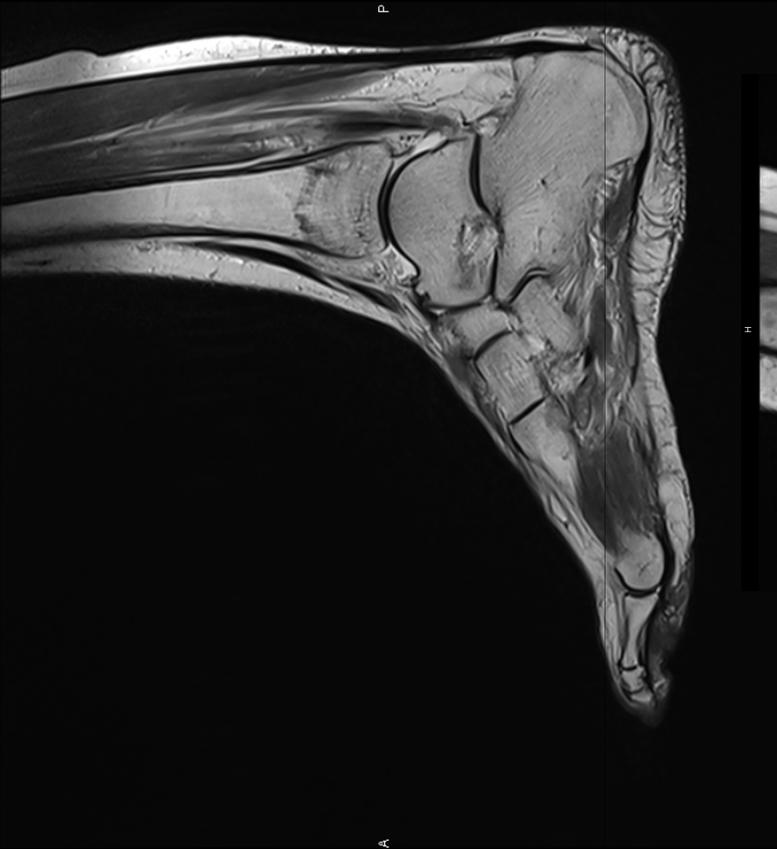
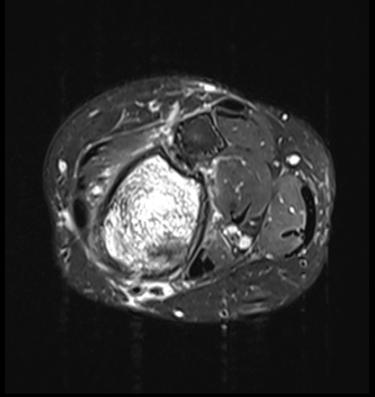
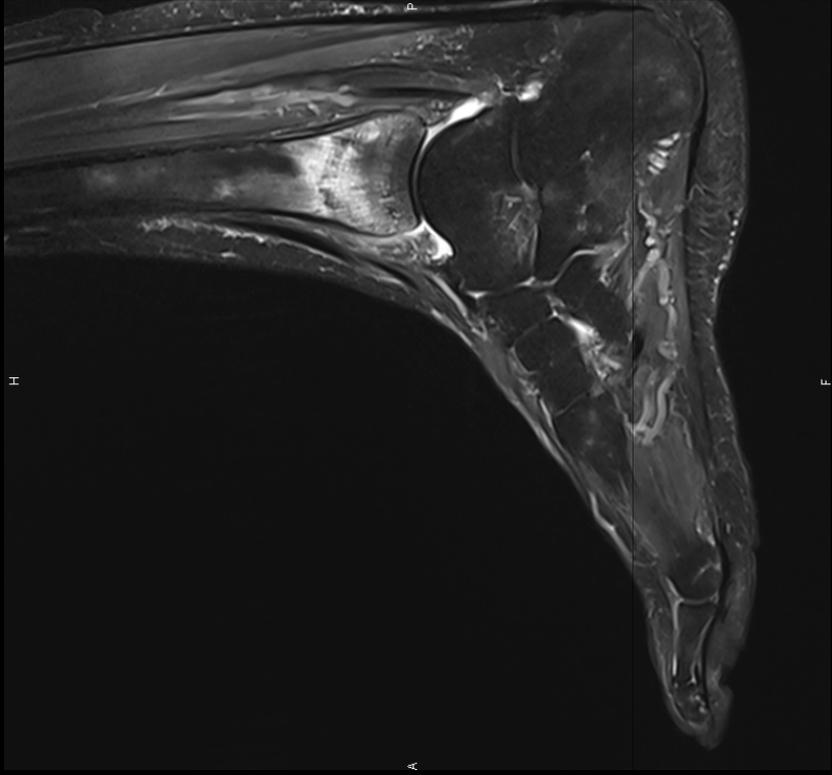
TC gauche

Ponction de 4 ml



TC droite





**Diagnostic lésionnel ?
Etiologie ?**

Q6

Diagnostic lésionnel ?

Fracture tibiale par insuffisance osseuse

En l'absence de contrainte mécanique importante

1% des PR

Etiologie ?

Ostéopathie fragilisante

Facteurs de risque

Rôle du methotrexate ?

Q7

Patiente hospitalisée pour *lombalgie aiguë, douleurs chroniques des genoux*

Principaux antécédents :

- AIT en décembre 2015, absence de cause identifiée
- Notion d'entorses répétées du genou droit dans l'enfance.

Bandelette Urinaire aux urgences pour éliminer une pyélonéphrite :

- protéinurie significative.

Explorations complémentaires en néphrologie:

- protéinurie sur échantillon à 1,1 g/g, glomérulaire (92% d'albumine),
- fonction rénale normale.
- l'échographie rénale et des voies urinaires est sans anomalie.

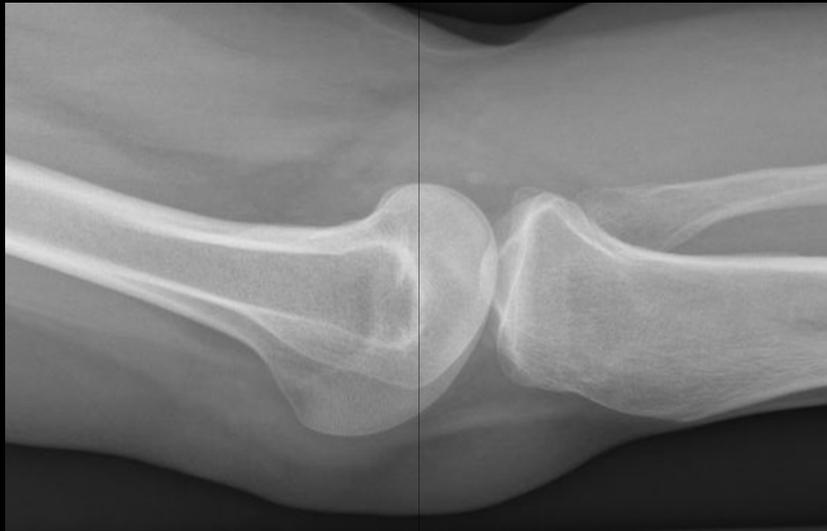
Radiographies au niveau des articulations douloureuses (lombaires basses, et des deux genoux).





Q7

Quel est votre diagnostic radiologique ?



Nail Patella Syndrome

Maladie **autosomique dominante**, incidence de 1/50 000.

Liée à la mutation du **gène LMX1B**

- facteur de transcription impliqué dans le développement des membres, des reins et des yeux.

Atteinte squelettique :

- Hypoplasie ou absence de patella,
- dysplasie des coudes,
- présence de cornes iliaques *pathognomoniques*.

Atteintes extra-squelettiques :

- Lunule triangulaire et dystrophie unguéale,
- glaucome (1/3 des patients),
- surdité,
- protéinurie et possible insuffisance rénale progressive (1/3 d'IRT à l'âge de 30 ans).

Q8

Suspicion d'arthrite aiguë du coude chez un homme de 54 ans

Antécédents :

- Rhumatisme psoriasique HLA B27 positif d'expression axiale et périphérique, traité de 2007 à 2011 par Méthotrexate, sans traitement de fond depuis. Psoriasis cutané traité par Daivobet.
- Carcinome thyroïdien en 2010, sigmoïdite diverticulaire.

Clinique :

- Douleur du membre supérieur gauche depuis 48 heures
 - Apparue le lendemain de la pratique du jet ski
- Œdème distal du bras gauche, effacement des reliefs musculaires du biceps brachial à sa partie distale.
- Pas d'épanchement articulaire au niveau du coude.
- Flessum 20°, pas de limitation de la flexion.
- Pas de déficit sensitivomoteur.
- Pas de fièvre.

Biologie :

- CRP < 1 mg/l
- NFS normale



ECHOGRAPHIE

Coupe
transversale

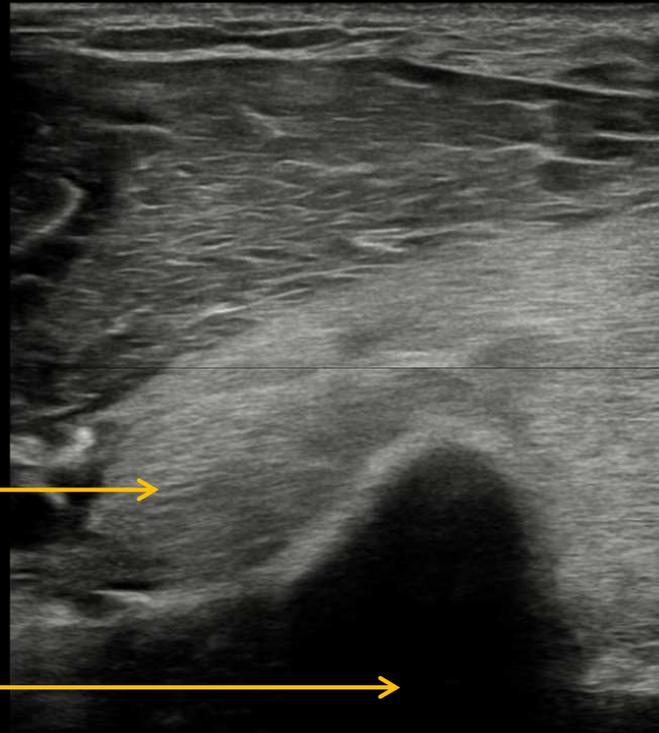
Muscle
biceps
brachial



Muscle
brachial



Humérus

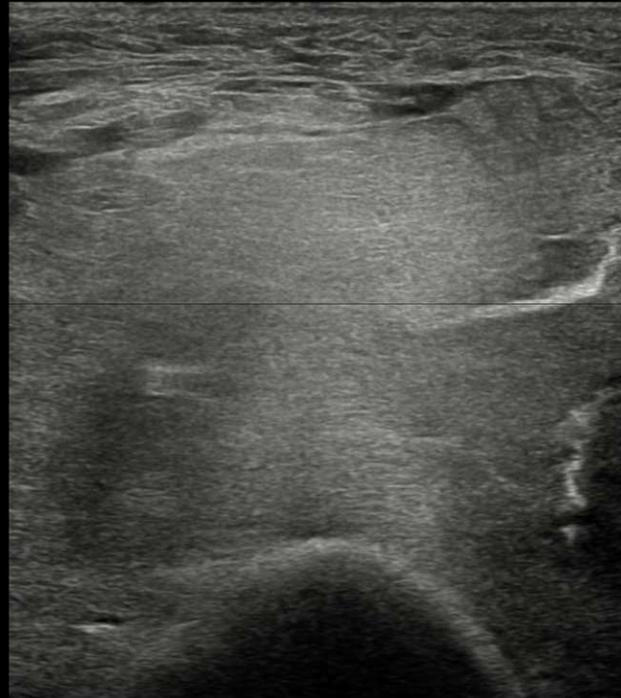


Signes négatifs :

Pas de rupture
tendineuse bicipitale

Pas d'épanchement
intra-articulaire

Pas d'hématome
collecté

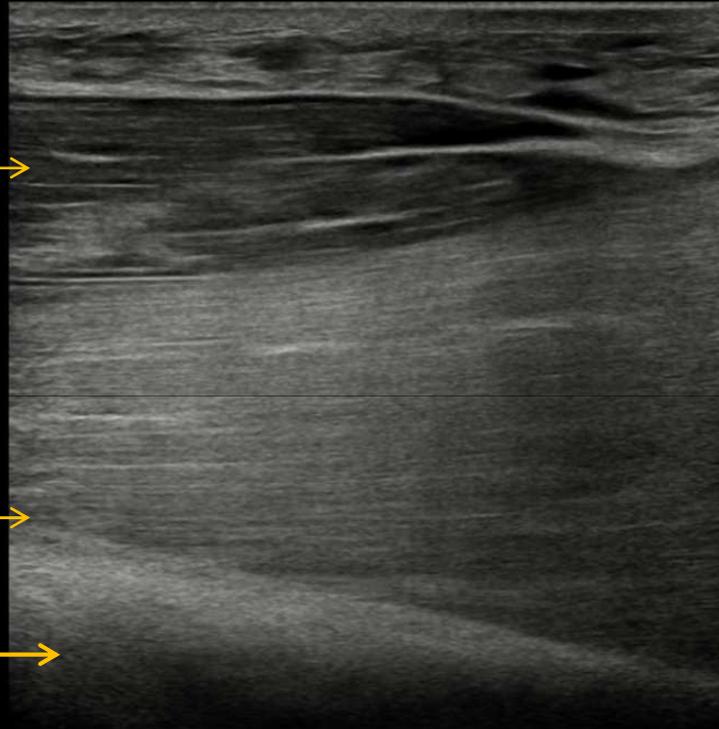


Coupe
longitudinale

M. biceps →

M. brachial →

Humérus →



Q8

Quel est votre diagnostic ?

DELAYED ONSET MUSCULAR SORENESS

- **Douleur et œdème musculaires survenant 12 à 48 heures après un exercice musculaire excentrique** de caractère intense et/ou inhabituel
- Peut s'accompagner d'une diminution des amplitudes articulaires, baisse de la force musculaire ou des qualités proprioceptives
- En échographie : **œdème intramusculaire**
- Biologie : **élévation des CPK 8500 UI/l**
- Physiopathologie : plusieurs hypothèses probablement intriquées
 - acidose musculaire,
 - spasme musculaire engendrant une ischémie locale,
 - microlésions des tissus conjonctifs et musculaires, inflammation.
- **Évolution favorable en environ 15 jours**
 - avec repos, puis prise en charge kinésithérapeutique. récupération sans séquelle.
- **Pas d'efficacité démontrée**
 - AINS, massages, US, cryothérapie, compressions, oxygénothérapie hyperbare.

Q9

Patiente de 37 ans

Antécédents :

- **Personnels** : tendinopathies multiples, notion d'arthrose cervicale, chondropathie coxo-fémorale.
- **Familiaux** : SpA atypique chez le frère, HLA B27+.

Anamnèse:

- Depuis 4 ans : douleurs évoluant par poussées,
- intéressant l'hémi-bassin droit, récidivantes,
- associant fessalgies et douleurs inguinales droites.

Antalgique de palier 3 et anti-neuropathiques inefficaces.

Q9

Signes d'examen clinique:

- Hyperesthésie face externe de cuisse, haut de la fesse, face postérieure de cuisse et au niveau inguinal droit.
- Pas de déficit sensitif ou moteur.
- Lasègue homolatéral à 20°,
- Pas de raideur rachidienne.

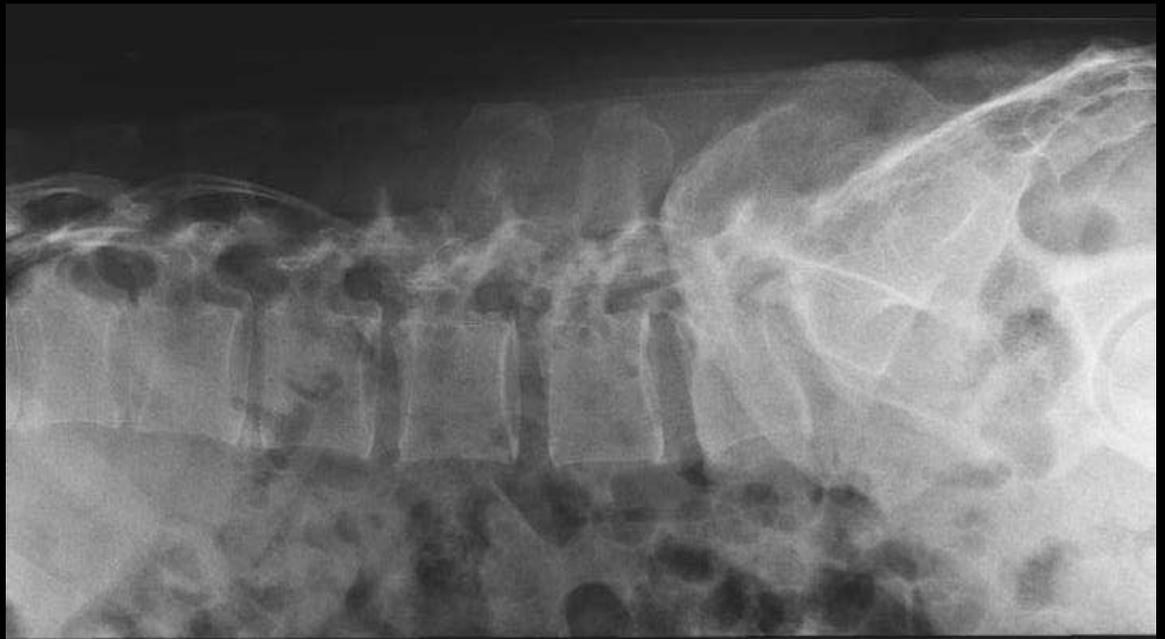
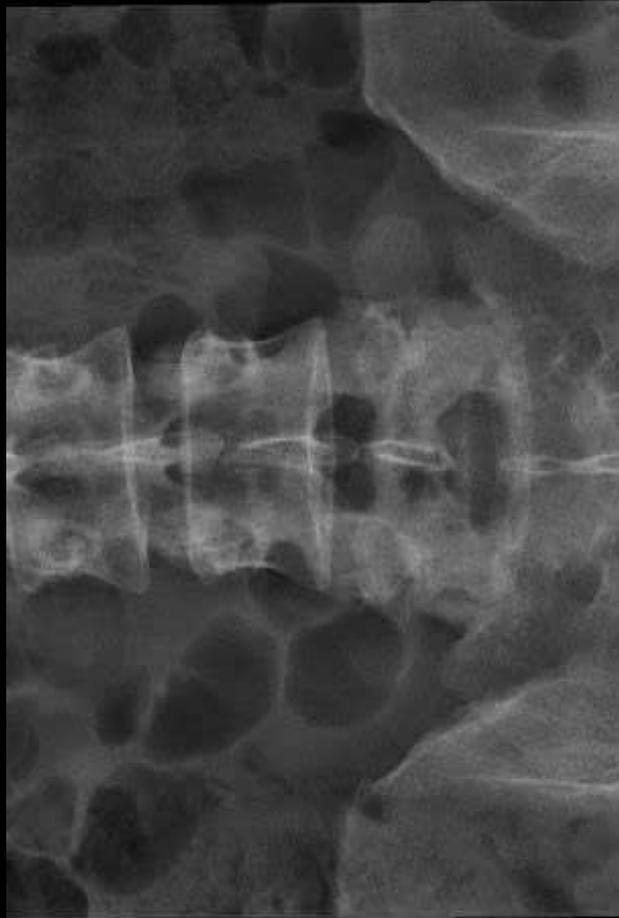
Explorations para cliniques biologiques :

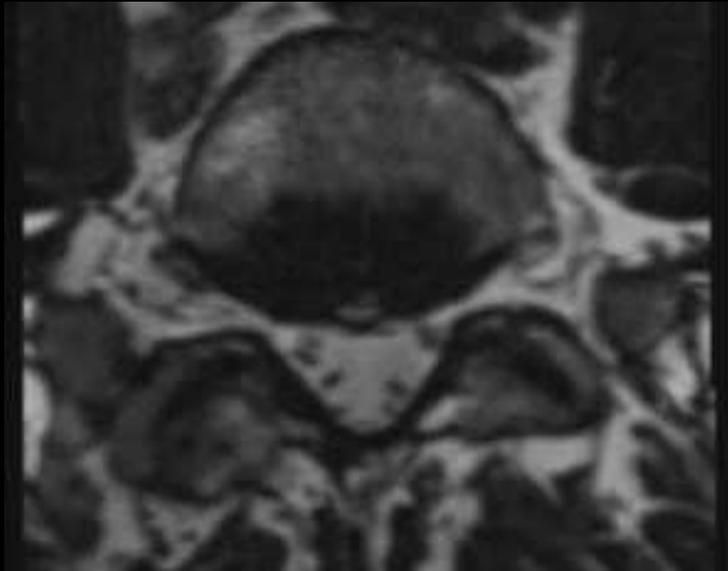
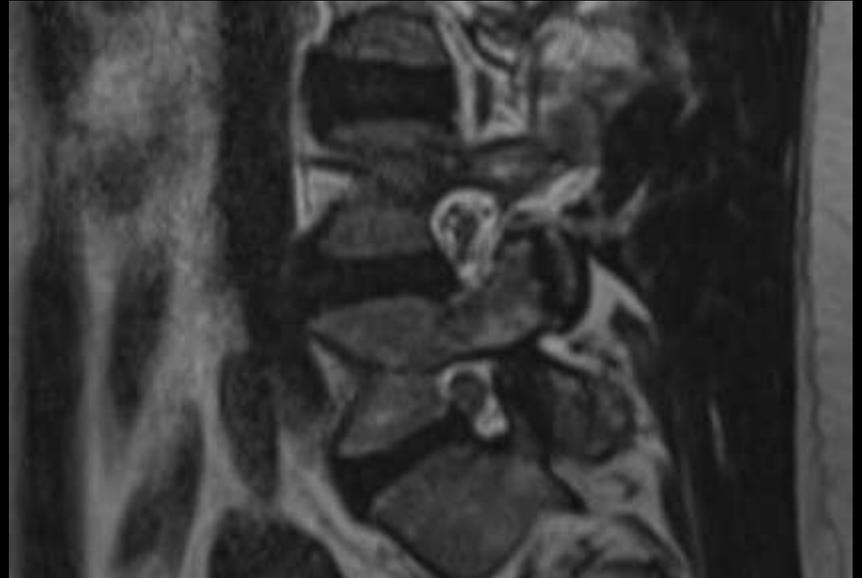
NFS normale,
Ionogramme normal,
EPP normale,
Absence de syndrome inflammatoire,
Pas d'hypercalcémie,
Bilan immunologique (AAN, CCP, FR) : négatif
HLAB27 positif.

CHU F



Droit couché







Q9

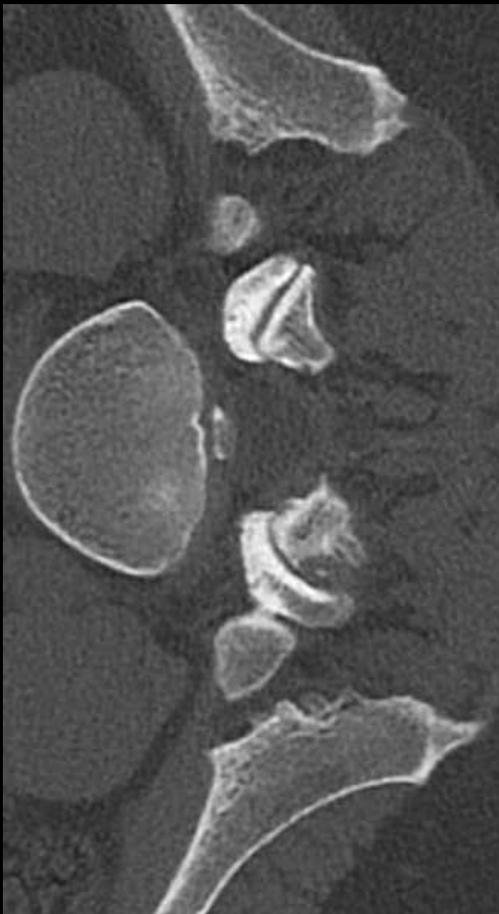
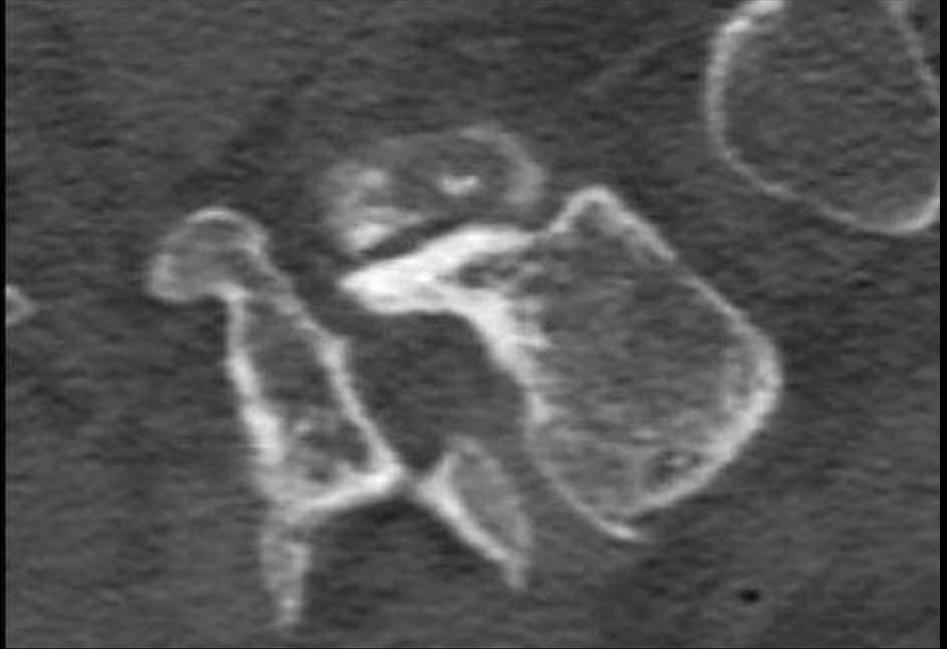
Quel est votre diagnostic?

- a. Sacro iliite rhumatismale
- b. Hernie discale
- c. Sacro-iliaque accessoire
- d. Ostéome ostéoïde
- e. Arthrite zygapophysaire

Q9

Quel est votre diagnostic?

- a. Sacro iliite rhumatismale
- b. Hernie discale
- c. Sacro-iliaque accessoire
- d. Ostéome ostéoïde
- e. Arthrite zygapophysaire



Q8

Ostéome ostéoïde du massif articulaire inférieur de L5

Traitement par thermo-coagulation



Q10



29 778

Merci

François Robin
Clémence Corre

