

WEBINAIRE

L'ARTICULATION DOULOUREUSE

DIAGNOSTIC EFFICACE – THÉRAPIE RÉUSSIE

UPDATE RHUMATOLOGIE 2020

MERCI BEAUCOUP POUR LE SOUTIEN DE :



PROGRAMME

- 16:00 – 16:10 **Bienvenue & Programme**
- 16:10 – 16:45 **Exposé « L' épaule douloureuse : Les infiltrations, quand sont-elles utiles ? (point de vue du chirurgien orthopédique) »**
PD Dr Beat Moor, Médecin-chef, service de chirurgie orthopédique du Centre Hospitalier du Valais Romand, Sion et Martigny
- 16:45 – 17:20 **Exposé « Infiltrations articulaires (et périarticulaires) : Le point de vue du Rhumatologue »**
Dr Jean-Jacques Volken, FMH rhumatologie et médecine interne, Sierre et Aigle
- 17:20 – 17:55 **Exposé « La monoarthrite en pratique »**
Dsse Roxana Valcov, FMH rhumatologie, Delémont
- 17.55 – 18.00 **Information documents du cours & Fin**

Après les différents exposés, vous aurez la possibilité de poser des questions par chat.
Modération: Dsse Nathalie Bugeaud

EXPOSÉ 1

« L' épaule douloureuse : Les infiltrations, quand sont-elles utiles ? (point de vue du chirurgien orthopédique) »

PD Dr Beat Moor, Médecin-chef, service de chirurgie orthopédique du Centre Hospitalier du Valais Romand, Sion et Martigny

L'AURIEZ-VOUS RECONNUE?



Les pneumopathies interstitielles pulmonaires (PID) sont souvent difficiles à reconnaître.
Ne vous laissez pas duper et agissez vite.

Association des effets anti inflammatoires d'un AINS avec un PPI¹, pour soulager les symptômes de l'arthrose^{1,2} avec protection gastrique intégrée^{1,2,3}

Vimovo[®]
naproxen
esomeprazole magnesium

Vimovo[®] – Associé pour refléter leur potentiel

1. Information professionnelle Vimovo[®], www.swissmedinfo.ch, (mise à jour nov. 2019). 2. Hochberg MC, Fort JG, Svensson O et al. Fixed-dose combination of enteric-coated naproxen and immediate-release esomeprazole has comparable efficacy to celecoxib for knee osteoarthritis: two randomized trials. *Curr Med Res Opin.* 2011;27(6):1243-1253. 3. Moore RA, Derry S, Simon LS et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs, gastroprotection, and benefit-risk. *Pain Pract.* 2014;14(4):378-395.

Vimovo[®] comprimés pelliculés. C: Naproxenum et Magnesium esomeprazolum trihydricum; comprimés pelliculés de 500/20 mg. Liste B. I: traitement symptomatique de la polyarthrite rhumatoïde, de l'arthrose et de la spondylarthrite ankylosante chez les patients qui présentent un risque de développer des ulcères gastriques et/ou duodénaux dans le cadre d'une utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et chez lesquels un traitement avec moins de 1000 mg de naproxène par jour n'est pas approprié. P: 2 x 1 comprimé pelliculé par jour. CI: hypersensibilité au naproxène, à l'esomeprazole ou aux benzimidazoles substitués. Antécédents de bronchospasme, d'urticaire ou de symptômes évoquant une allergie après l'administration d'acide acétylsalicylique ou d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens. Troisième trimestre de la grossesse, hémorragies GI actives, ulcères GI actifs, maladies inflammatoires de l'intestin, insuffisance hépatique sévère, insuffisance rénale sévère ou insuffisance cardiaque sévère. Traitement des douleurs postopératoires après une opération de pontage coronarien. PR: en présence d'une perte de poids involontaire, de vomissements persistants, d'une dysphagie, d'une hématomatose ou d'un méléna (en particulier d'un ulcère gastrique), toujours en exclure le caractère malin. En présence d'hémorragies, d'ulcérations et de perforations GI (en particulier chez les patients âgés et en cas d'antécédents de maladies GI), risque accru d'infections GI. Surveillance des maladies cardiovasculaires et cérébro-vasculaires (par exemple hypertension, insuffisance cardiaque, artériopathie oblitérante périphérique, risque accru de thrombose; évaluation soignée notamment en présence de facteurs de risque d'événements cardiovasculaires, par exemple hyperlipidémie, diabète). Tests de la fonction rénale en cas de troubles de la fonction rénale (par exemple en cas d'administration de diurétiques ou d'inhibiteurs de l'ECA ou des antagonistes du récepteur de l'angiotensine). En cas de troubles de la coagulation/de traitement anticoagulant (temps de saignement prolongé). L'administration concomitante d'un AINS autre que l'aspirine/d'inhibiteurs COX-2 est déconseillée (cumul d'effets indésirables des AINS). Arrêter le traitement au premier signe de réactions cutanées (risque par exemple de nécrolyse épidermique toxique, lupus érythémateux cutané subaigu, réaction anaphylactique); Surveillance en cas de modification de la vision. Utilisation avec précaution en cas d'asthme préexistant. Pendant le premier et le deuxième trimestre de la grossesse, durée de traitement > 1 an: surveillance régulière (mise en garde: fractures osseuses, hypomagnésémie). IA: médicaments antirétroviraux (par exemple atazanavir, nelfinavir), clopidogrel, aspirine, diurétiques (par exemple furosémide, thiazide), lithium, méthotrexate, cyclosporine, tacrolimus, médicaments dont l'absorption dépend du pH gastrique (par exemple kétoconazole, itraconazole, erlotinib, digoxine), sulfonamides, hydantoïnes, anticoagulants oraux, bêta-bloquants, probénécide, diazépam, phénytoïne, cilostazol. Médicaments inhibiteurs ou inducteurs du CYP2C19 et du CYP3A4, par exemple voriconazole, rifampicine, clarithromycine, millepertuis. EI: fréquents: diverticulite, dépression, troubles du sommeil, étourdissements, somnolence, céphalées, obnubilation, vertige rotatoire, troubles visuels, acouphène, troubles auditifs, palpitations, dyspnée, dyspepsie, douleurs abdominales, nausées, vomissements, polypes des glandes fundiques (bénins), diarrhées, constipation, pyrosis, ulcères peptiques, stomatite, flatulence, prurit, ecchymoses, purpura, éruption cutanée, épuisement, oedème, sudation, soif. Occasionnels, rares, très rares: voir www.swissmedinfo.ch. Mise à jour de l'information: Novembre 2019. Pour plus d'informations: www.swissmedinfo.ch ou AstraZeneca SA, Neuhofstrasse 34, 6340 Baar. www.astrazeneca.ch M-VMO-CH-09-20-0001

EXPOSÉ 2

« Infiltrations articulaires (et périarticulaires) : Le point de vue du Rhumatologue »

Dr Jean-Jacques Volken, FMH rhumatologie et médecine interne, Sierre et Aigle

Infiltrations ARTICULAIRES et PÉRIARTICULAIRES, le point de vue du RHUMATOLOGUE

Lausanne, le 08.10.2020

Dr J.-J. VOLKEN, FMH en RHUMATOLOGIE, Médecine manuelle,
traitement interventionnel douleur SSIPM, **Sierre**

EULAR recommendations for the intraarticular treatment of arthropathies

- EULAR 2020, June 6,
 - Jacqueline Uson Jaeger, Madrid, Spain
-
- Several publications coming up
 - More research IAT is needed

Revue du Rhumatisme, monographies

- **Rhumatologie interventionnelle**, première partie,
- Coordonné par Philippe Gaudin
- Avril 2020

Infiltrations, indications et contre-indications

Indications

- Mono-, Oligo-, polyarthrite (non infectieuse)
- Arthrite microcristalline
- Arthrose activée (poussée fluxionnaire)
- Périarthropathies, enthésiopathies (SpA...)
- Capsulite rétractile...

Contre-indications

- Arthrite septique
 - Infections généralisées
 - Anticoagulation (relative)
 - Diabète non contrôlé
 - Prothèse articulaire!..
-
- IMPORTANT: **BON DIAGNOSTIC**, PONCTION ARTICULAIRE!

Comment marchent les infiltrations?

Les infiltrations fonctionnent comment?

- Effet **anti-INFLAMMATOIRE** (CS) et **anti-DÉCONGESTIONNANT**
- Effet «**Wash out**», Rinçage
- Effet **anesthésique** (AL), Input nociceptif
- Ça coupe le **CERCLE VICIEUX!**
- Permet l'amélioration de la **mobilité**, la **force** et la **fonction**
- Effet ***psychologique!***
- Effet «**PLACEBO**»...

Quand les infiltrations ne marchent pas, pourquoi?

- Le diagnostic est **FAUX!**
- Le médicament n'est **pas au bon endroit**
- La technique est **FAUSSE** ou **INSUFFISANTE**
- **(Infiltrations ÉPIDURALES sans RADIOSCOPIE ou sans PRODUIT DE CONTRASTE:**
 - * 10- 30 % ne sont PAS ÉPIDURALE
 - * 30- 50 % **via hiatus sacralis** ne sont PAS ÉPIDURALE)

Histoire: infiltrations cortisoniques

- 1948: Kendall et Hench, USA, Reichstein, CH: Prix NOBEL de Médecine: découverte Hydrocortisone (Cortisol), utilisé dans la PR
- 1950: **Hollander** utilise Cortisone en intra articulaire
- 1951 Acétate de Hydrocortisone acetate (cristaux!), effet retard! (Solu-Cortef)
- 1955 Acétonide de Prednisolone
- Ester de Betamethasone, suspension cristalline (Diprophos)
- Acetonide de Triamcinolone (Kenacort...)
- Hexacetonide de Triamcinolone (Triamject)

- Jusqu'en 1985: 400'000 Injections

(Eisenberg R et al, Arthritis Rheum 2000; 43:1430)

Poser le **BON** diagnostic!

- Anamnèse, examen clinique
- Examen complémentaire?
- **PONCTION ARTICULAIRE**: mécanique-inflammatoire, cristaux?
infection?

Emergencies in Rheumatology

R.Handa, J Indian Academy of Clinical Medicine, and Dr Volken

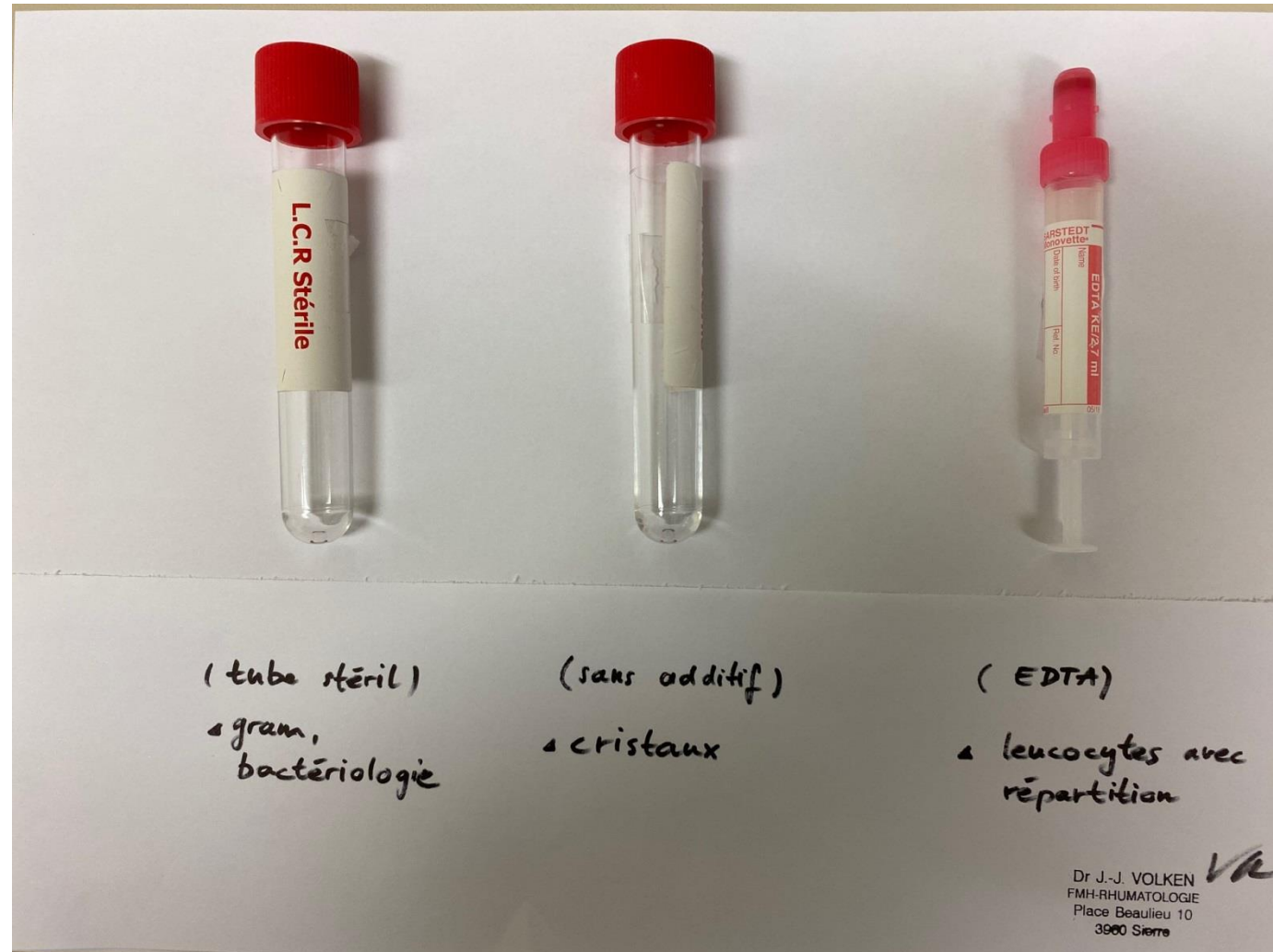
- ***Acute arthritis***: a) de novo: exclude septic arthritis, gout..
b) exacerbation of chron. Rheumatic disease
- Acute oligo-/ polyarthritis: reactive, viral, HIV, diss. Gonococcal infection
- Acute LBP with neurologic deficit
- Dislocation atlanto-axial
- Lupus erythematoses: flare, infection, vasculitis...
- Scleroderma: renal crisis
- Catastrophic antiphospholipid syndrome...
- Iatrogenic: NSAID induced GI bleed, immunosuppressive Drug (bone marrow suppression)...

Ponction articulaire

- **Mécanique** (< 1000 Lc/uL)
- **Inflammatoire** (> 2000 Lc/uL)
- Exclure **Arthrite septique**: Gram, bactériologie
- **Arthrite microcristalline**: cristaux d'urate de sodium, pyrophosphate de calcium, d'apatite...

Ponction articulaire

PONCTION ARTICULAIRE: 3 tubes



P. articulaire, ex: Gonarthrose

Avenue du Grand-Champsec 80, CH-1951 Sion

LIQUIDES

Rapport définitif imprimé le 20.08.2019 15:07 / POSTE
Page 1/1



Institut Central des Hôpitaux
Zentralinstitut der Spitäler

Votre référence :
Institut Central (ICH), case postale 800, CH-1951 Sion

DOCTEUR
JEAN-JACQUES VOLKEN
Médecine interne
PLACE DE BEAULIEU 10
3960 SIERRE

MONSIEUR
GEORGES-MICHEL
1948 / M / A Rh positif
CP 705
RTE DU

NLAB		21908-34185	21906-18596	21811-42798
Prélevé le :		20.08.2019 11:28	11.06.2019 12:04	23.11.2018 10:53
Enregistré le :		20.08.2019 13:51	11.06.2019 13:38	23.11.2018 13:55
Analyses	Référence Unités	Résultats	antériorités	antériorités
LIQUIDE SYNOVIAL				
Aspect	Clair	Clair	Jaune	Jaune
Couleur	Jaune	Jaune	Clair	Clair
Cellules				
Erythrocytes	-	+/-	+	+/-
Cellules	/μL	167 ①	243 ①	350 ①
① Lorsque les éléments sont < 1000 M/L, nous ne faisons pas de répartition.				
Chimie				
^Cristaux	Nég	Nég	Nég	Nég

P. articulaire, ex. SpA (arthrite)

Rapport définitif imprimé le 06.07.2020 15:38 / POSTE
Page 1/1

Zentrallabor der Spitäler

Votre référence :
Institut Central (ICH), case postale 800, CH-1951 Sion

DOCTEUR
JEAN-JACQUES VOLKEN
Médecine interne
PLACE DE BEAULIEU 10
3960 SIERRE

Patient n° : 460

MADAME
M.
07. .1962 / F / A Rh positif (D variant)

3960 SIERRE

NLAB		22007-10969	22004-45140	22001-34542
Prélevé le :		06.07.2020 08:30	24.04.2020 09:11	17.01.2020 08:05
Enregistré le :		06.07.2020 13:52	27.04.2020 10:28	17.01.2020 13:50
Analyses	Référence Unités	Résultats	antécédents	antécédents
LIQUIDE SYNOVIAL				
Aspect	Clair	Trouble	Clair	Trouble
Couleur	Jaune	Jaune	Jaune	Jaune
Cellules				
Erythrocytes	-	+/-	+/-	+
Cellules	/µL	6'286	4'308	25'643
Neutrophiles (totaux)	%	22,0	10,0	75,0
Monocytes	%	33,0	43,0	13,0
Lymphocytes	%	44,5	47,0	12,0
Autres cellules	%	0,5	0,0	0,0
Chimie				
Cristaux	Nég	Nég	Nég	Nég

P. articulaire, ex. Polymyalgia rheumatica

Hôpital du Valais - Institut Central des Hôpitaux
Avenue du Grand-Champsec 86, CH-1951 Sion



Hôpital du Valais
Spital Wallis



Institut Central des Hôpitaux
Zentralinstitut der Spitäler

LIQUIDES

Rapport définitif imprimé le 06.07.2020 15:38 / POSTE
Page 1/1

Votre référence :
Institut Central (ICH), case postale 800, CH-1951 Sion

DOCTEUR
JEAN-JACQUES VOLKEN
Médecine interne
PLACE DE BEAULIEU 10
3960 SIERRE

MONSIEUR

1970 / M
CH. ES 1 2

NLAB		22007-10968		
Prélevé le :		06.07.2020 11:56		
Enregistré le :		06.07.2020 13:52		
Analyses	Référence	Unités	Résultats	antériorités
LIQUIDE SYNOVIAL				
Aspect	Clair		Trouble	
Couleur	Jaune		Jaune	
Cellules				
Erythrocytes	-		+/-	
Cellules		/µL	1'707	
Neutrophiles (totaux)		%	17,0	
Monocytes		%	18,0	
Lymphocytes		%	65,0	
Autres cellules		%	0,0	
Chimie				
Cristaux	Nég		Nég	

P. articulaire, ex. A. micro-cristalline

DOCTEUR
JEAN-JACQUES VOLKEN
Médecine interne
PLACE DE BEAULIEU 10
3960 SIERRE

MONSIEUR
01.1965 / M
CHEMIN
3960 SIERRE

NLAB		22004-29251		
Prélevé le :		17.04.2020 10:22		
Enregistré le :		17.04.2020 13:53		
Analyses	Référence	Unités	Résultats	antériorités
LIQUIDE SYNOVIAL				
Aspect	Clair		Trouble	
Couleur	Jaune		Jaune	
Cellules				
Erythrocytes	-		+/-	
Cellules		/µL	13'796	
Neutrophiles (totaux)		%	86,0	
Monocytes		%	11,0	
Lymphocytes		%	3,0	
Autres cellules		%	0,0	
Chimie				
Cristaux	Nég		+++ ①	
① Cristaux d'acide urique				

INFILTRATION ARTICULAIRE (PÉRI-)

Quel produit injecter?

- ***Anesthésiques locaux*** (p.ex. Lidocaine, Bupivacain...)
- **Corticostéroïdes** (p.ex. Diprophos, Kenacort, Dexamethasone...), effet jusqu'à 3 mois
- Acide Hyaluronique, effet prolongé jusqu'à 26 semaines
- PRP (plasma riche en plaquette)
- (cellules souches mésenchymateuse, en inj. intraarticulaire)

Procédé:

- Champs stérile: PAS d'évidence de supériorité
- Masque chirurgical (visage): si infection pat- médecin, PAS PARLER, sinon pas évidence
- Spray froid: stérilité ?
- Travailler atraumatique, matériel à usage unique
- Gants stériles, champs stériles: PAS d'évidence supériorité sur technique «**NO TOUCH**»

Comment procéder?

- **Techniques d'infiltration:**
 - À l'aveugle (p.ex. loco dolenti) ou
 - Sous ultrason/ radioscopie

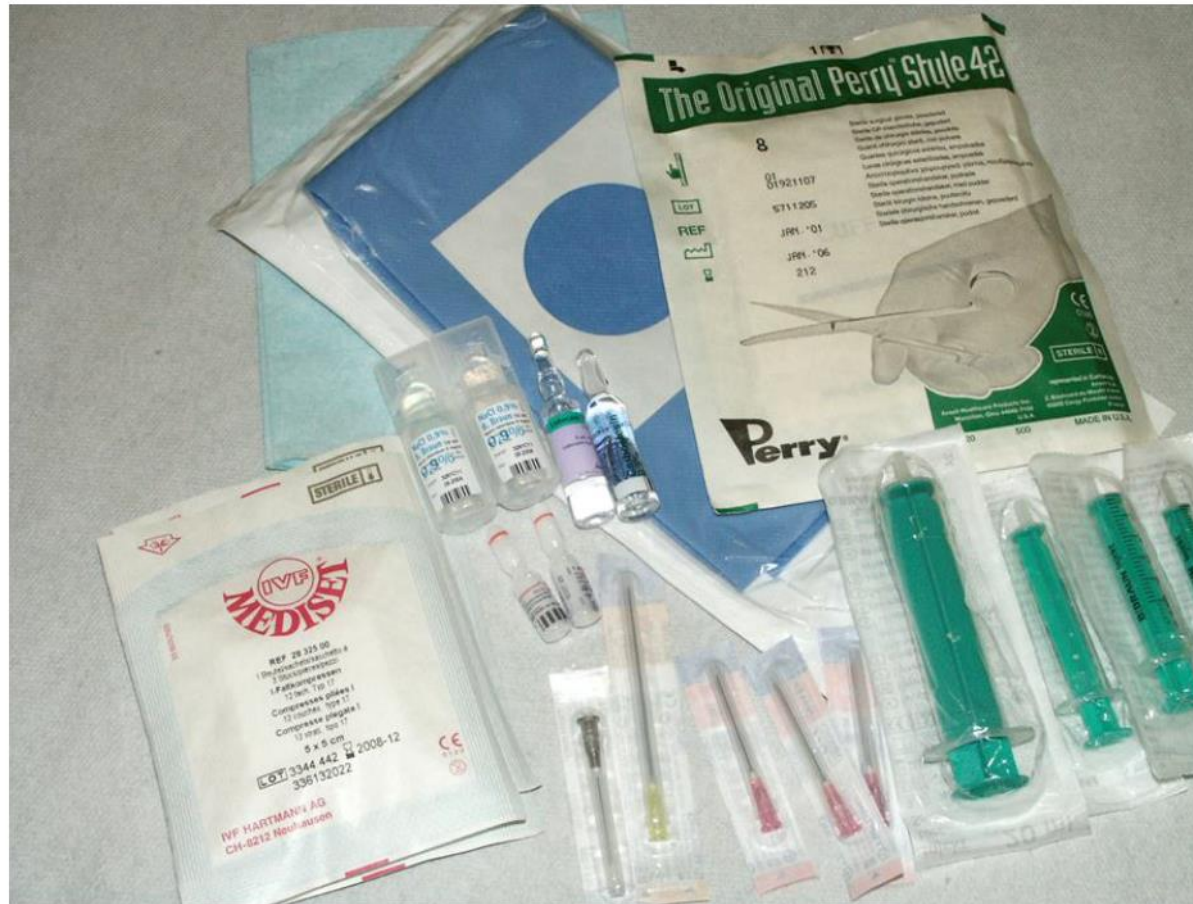
Procédé INTRA ARTICULAIRE

- Tout STÉRIL

ou

NO TOUCH

TOUT STÉRILE



Technique **NO TOUCH**

- **PAS TOUCHER L'AIGUILLE**
- **PAS TOUCHER LES CONNECTIONS**
- **GANTS (NON STÉRILES) SOUHAITABLE**
- **MASQUES DE CHIRURGIE**

Anaesthésiques locaux

- **Lidocaine, Rapidocain:** Amide, durée d'action 1-5 H
- **Bupivacain:** Amide, durée d'action 5- 15H

Corticoïdes intraarticulaires

- **Indications:**

- ❖ ARTHRITE
- ❖ ARTHROSE ACTIVÉE, PLUS INFLAMMATOIRE, PLUS EFFICACE
- ❖ CAPSULITE RÉTRACTILE

Corticostéroïdes, Effets secondaires= ES

Corticostéroïdes-dépot, ES

- Flush facial
- Irrégularité du cycle
- Atrophie muscle/ peau et dépigmentation peau
- Calcifications périarticulaires
- Infection
- **ES systémiques**

Corticostéroïdes, ES

- **Flush facial:**
- 15% des injections CS- dépôt
- Tremblement, «frisson», possibles maux de tête
- Plus de femme
- Début symptômes: 2- 24 H après infiltration
- Durée: 1- 2 jours

(Everett CR et al., Pain Physician 2004; 7: 427-9)

Corticostéroïdes, ES

- **ES Systémiques:**

- ☐ Yeux: Cataracte, glaucome, cornée...
- ☐ CV: HTA, œdème, tachycardie...
- ☐ Os: **Ostéoporose**, nécrose aseptique...
- ☐ SNC: Dépression, maux de tête,
- ☐ GI: Ulcère, pancréatite, diabète
- ☐ Muscle: atrophie, myopathie, rupture tendon...
- ☐ Autre: Hyperlipidémie, distribution graisse...

Choix du CS

- ***Diprophos 1ml***: Bethamethasone **2mg** (suspension) et **5 mg** (cristalline= effet retard)
 - *Intra articulaire, périarticulaire, bourse...
 - *Durée effet: 4- 6 semaines
- ***Kenacort/ Triamcort 1ml***: Triamcinolone acetonide 10, 20, 40, 80 mg/ml
 - *Intra articulaire, cristaux plus grand (que Diprophos): effet plus long!
- ***Triamject susp inj 20 mg/ml***: Triamcinolone hexacetonide

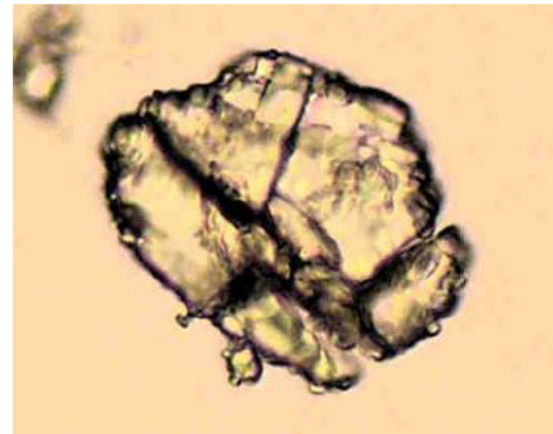
Cristaux des CS, grandeur

Diprophos vs. Triamcort - Kristallvergleich



20µm

Diprophos®



20µm

Triamcort®

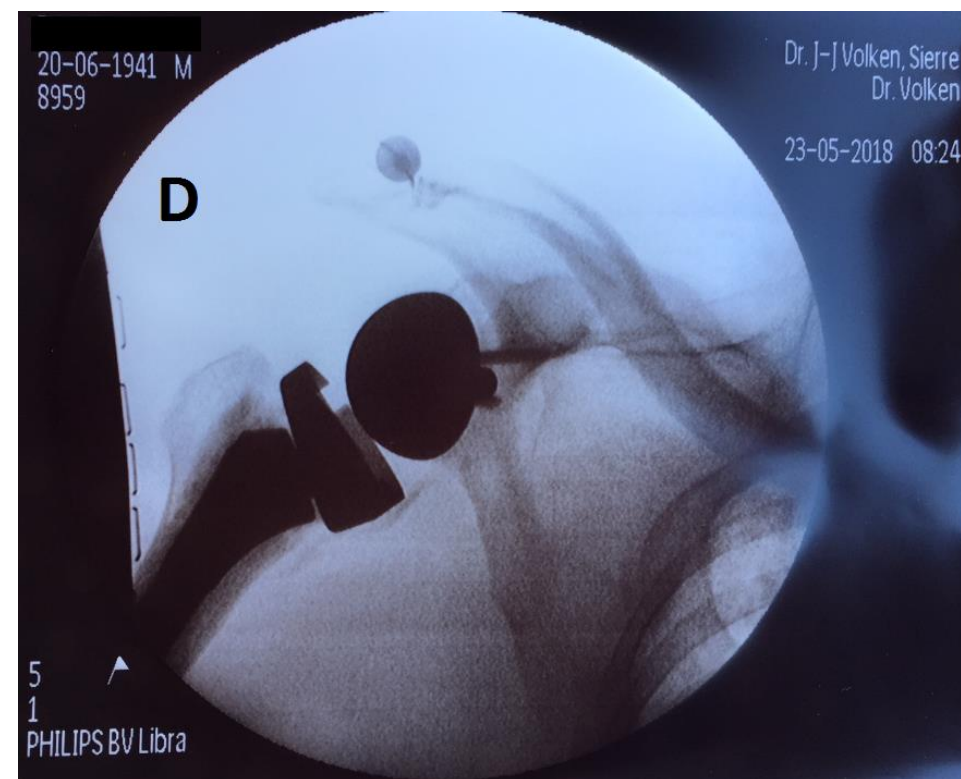
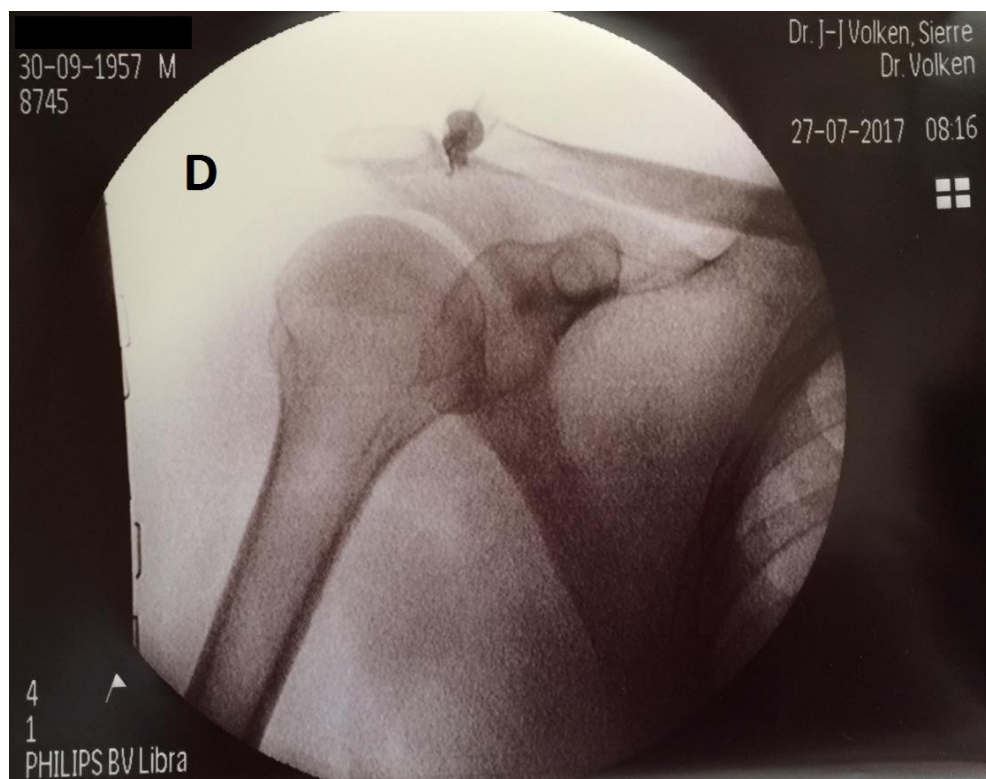
Exemples d'infiltrations

Epaule, 3 compartiments

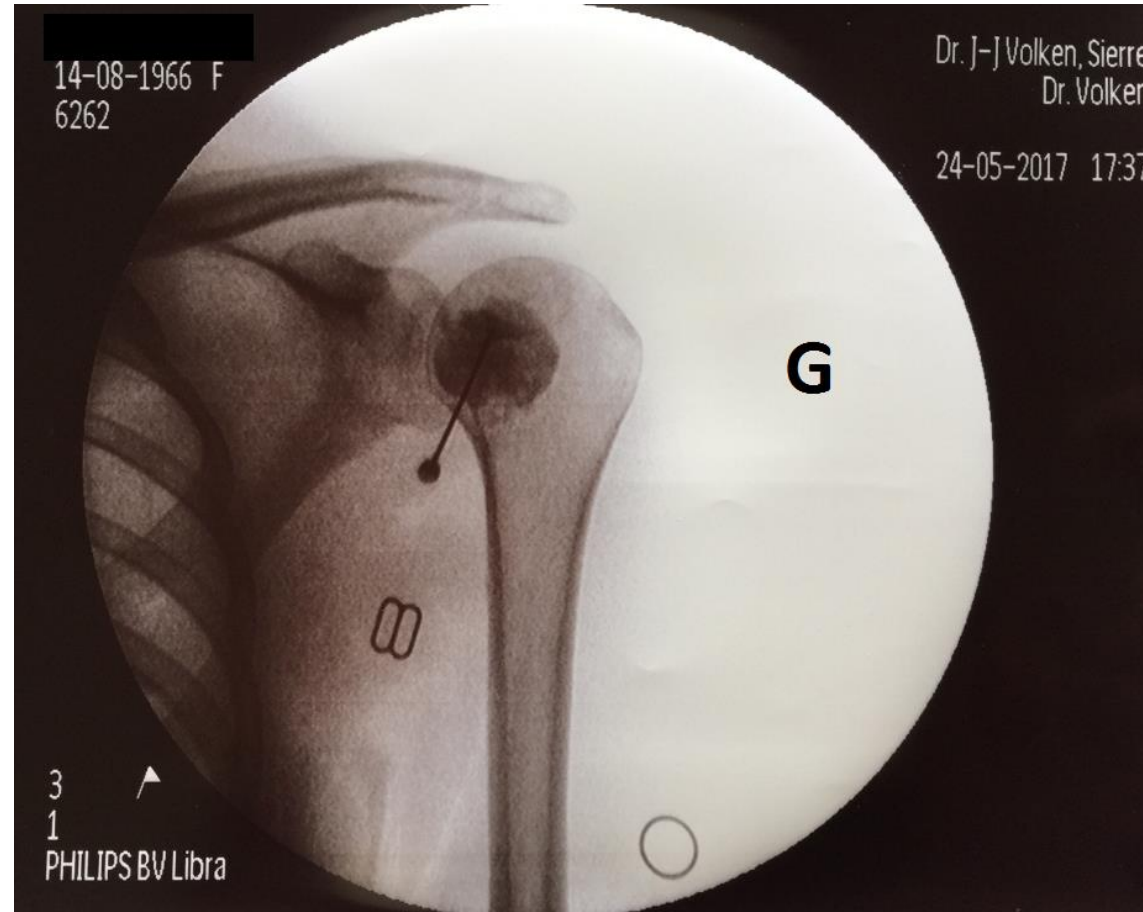
Épaule: bursopathie sous-acromiale



Épaule: arthropathie acromio-claviculaire

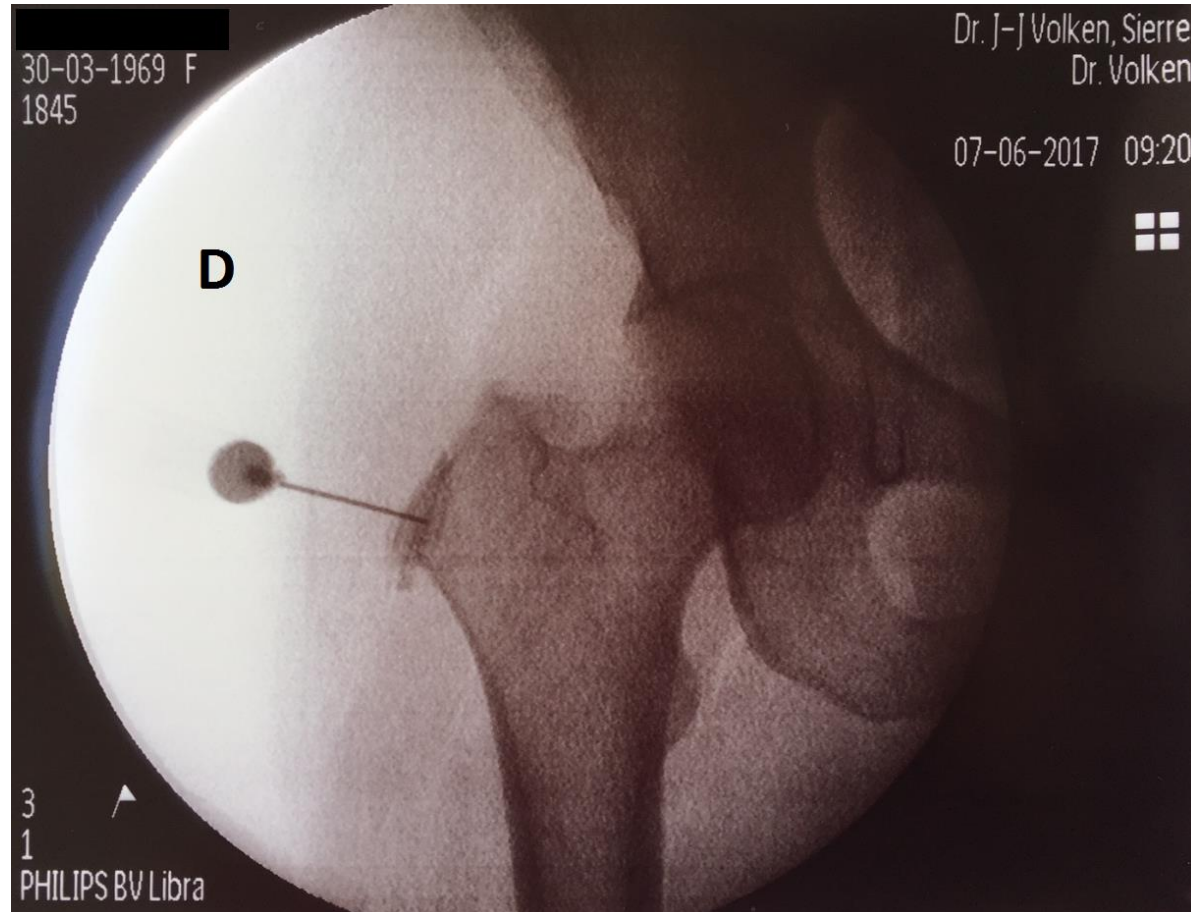


Épaule: i.a. capsulite rétractile traumatique



hanche

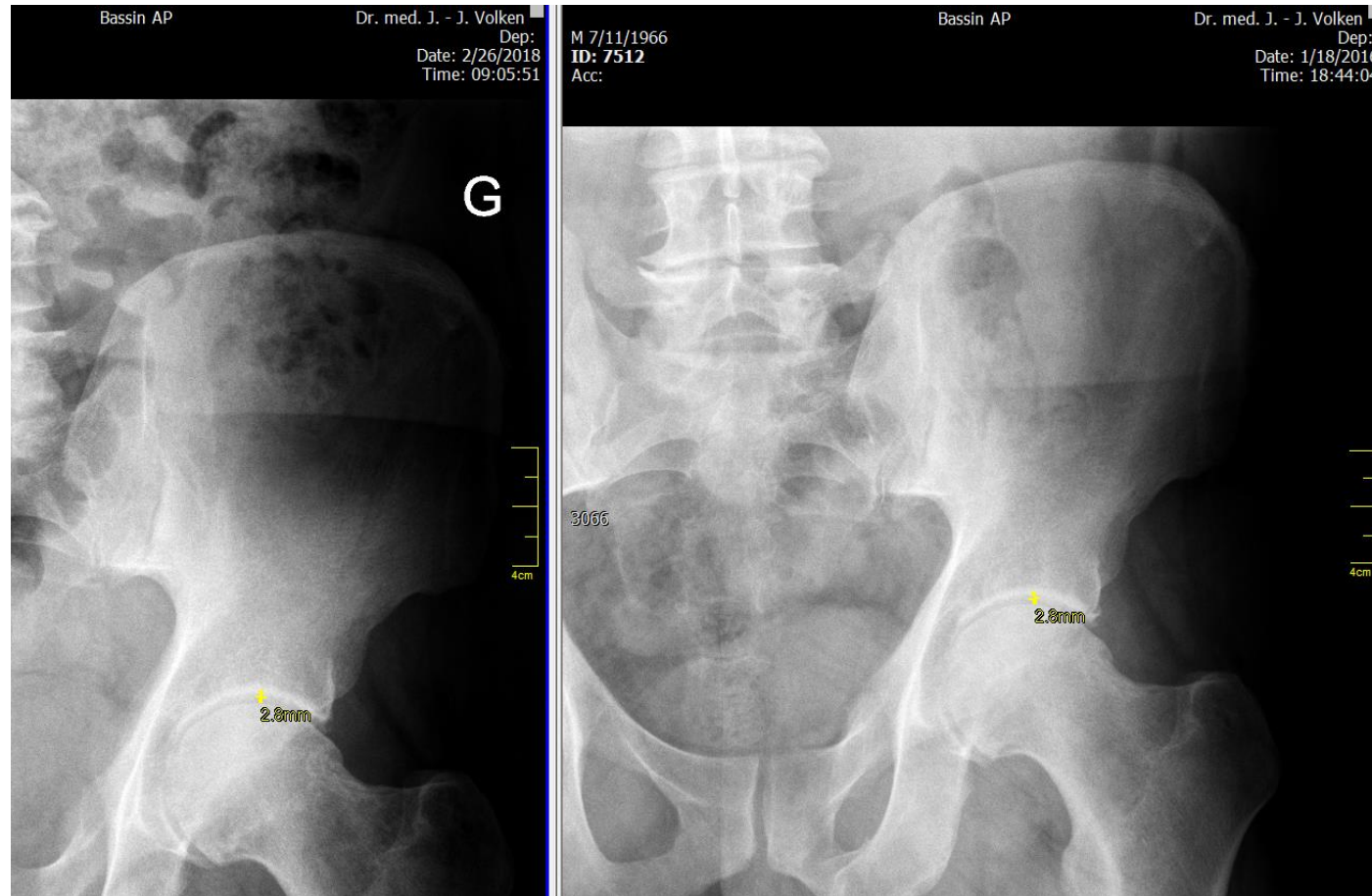
Bursite périrochantérienne (femme, 49a)



Mr B., 51a, SpA axiale et périph. en rémission partielle
avec coxite G chronique,
infiltrations SI G et coxo-fém. G le 17.2.2016



Mr B., 51a, SpA axiale et périph. en rémission partielle
avec coxite G chronique, **infiltrations SI G et coxo-fém. G le 18.2.2016**



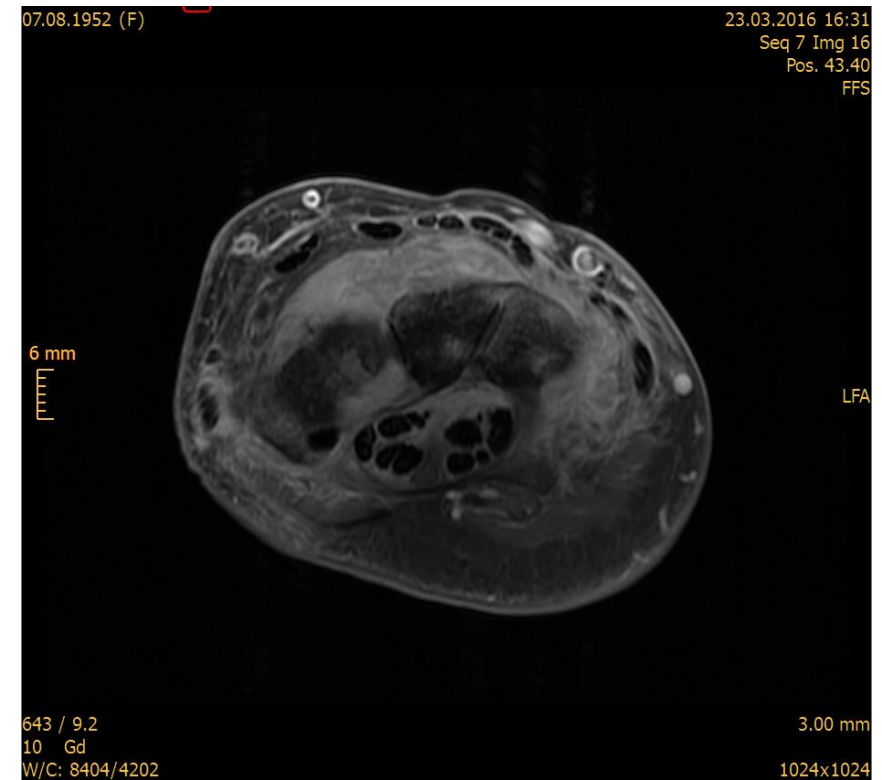
PR, carpite érosive

Carpite chronique, active avec **érosion scaphoïde**

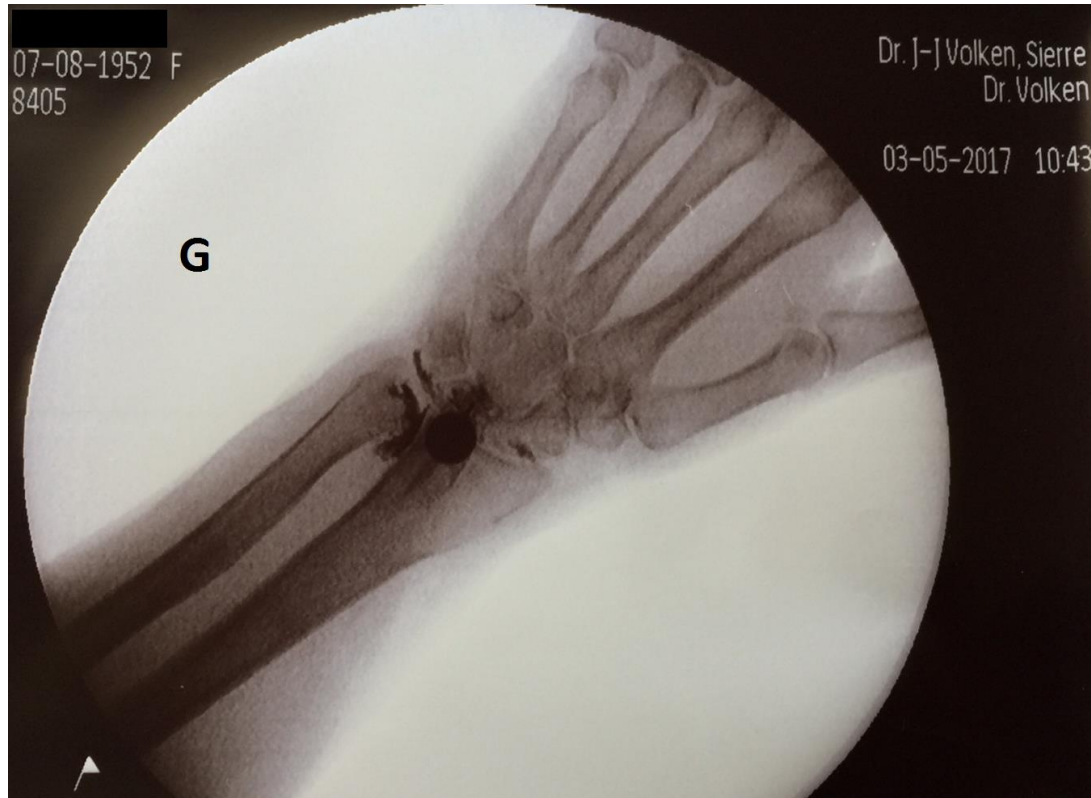
CORO T1 FS



AX T1 FS



Mme B., 65a, avec **PR séropos.** en rémission
part. avec **carpité G chron.**, synovites pied D



Mme B., 65a, avec PR séropos. en rémission
part. avec **carpité G chron.**, synovites pieds

Infiltré a.radio-carpienne G,10.16+ 5.17



Mr T. A. 52 ans,

Dg: arthrose tibio-astragaliennne posttraumatique et **tendinose chron.** marquée **du m. tibialis posterior**



Mme U, 60a, rhizarthrose G



Merci de votre attention



Merci de votre attention



Condrosulf®

Le beurre **et** l'argent du beurre
en cas d'arthrose !



Aussi efficace que le célécoxib
et très bien toléré.^{1, 2}

www.condrosulf.swiss

- Au moins 6 mois de thérapie selon la nouvelle information professionnelle.
- Thérapie médicamenteuse de 1ère ligne et de base dans l'algorithme thérapeutique de l'ESCEO pour le traitement de la gonarthrose.^{3, 4}
- Indiqué pour toutes les articulations.
- 1 fois par jour.
- Principe actif (sulfate de chondroïtine) de structure moléculaire unique.^{5, 6}



1. Relatif à la réduction de la douleur après 6 mois ainsi que relatif à l'amélioration de la fonction après 3 et 6 mois. Reginster JY, Dudler J, Blicharski T, et al. Pharmaceutical-grade chondroitin sulfate is as effective as celecoxib and superior to placebo in symptomatic knee osteoarthritis: the ChONDroitin versus CElecoxib versus Placebo Trial (CONCEPT). Ann Rheum Dis 2017; 76(9): 1537–1543. 2. www.swissmedicinfo.ch – pas d'effets indésirables graves ou irréversibles connus. 3. Bruyère O, Cooper C, Pelletier JP, et al. An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: a report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). Semin Arthritis Rheum 2014; 44(3): 253–263. 4. Bruyère O, Honvo G, Veronese N, et al. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). Semin Arthritis Rheum 2019; 49(3): 337–350. 5. Restaino OF, Finamore R, Stellavato A, et al. European chondroitin sulfate and glucosamine food supplements: A systematic quality and quantity assessment compared to pharmaceuticals. Carbohydr Polym 2019; 222: 114984. doi: 10.1016/j.carbpol.2019.114984. Epub 2019 Jun 20. 6. Stellavato A, Restaino OF, Vassallo V, et al. Comparative analyses of pharmaceuticals or food supplements containing chondroitin sulfate: Are their bioactivities equivalent? Adv Ther 2019; 36(11): 3221–3237.

C: chondroitini sulfas natrius. I: traitement symptomatique de l'ostéarthrose. P: 800 mg/j. pour au moins 6 mois. CI: intolérance à la substance active. EI: légers troubles gastro-intestinaux, rarement allergies. INT: aucune connue. PR: comprimés de 800 mg: 30*/90*; granulé en sachets de 800 mg: 30*/90*; comprimés de 400 mg: 60*/180*; granulé en sachet de 400 mg: 60*/180*; capsules de 400 mg: 60*/180*. Liste B. *Admis par les caisses-maladie. Pour de plus amples informations, veuillez consulter www.swissmedicinfo.ch

IBSA Institut Biochimique SA, Swiss Business Operations
Via del Piano 29, CH-6926 Montagnola, www.ibsa.swiss



Caring Innovation



La simplicité au cœur de Trulicity®



trulicity.
Dulaglutide 1x par semaine

¹ La dulaglutide n'est pas indiquée pour la perte de poids; la modification du poids corporel et la réduction du taux de sucre dans le sang étaient un critère d'évaluation secondaire dans les essais cliniques.

² Le traitement par les agonistes des récepteurs GLP-1, y compris Trulicity®, est associé à un risque accru, mais généralement temporaire, d'effets indésirables gastro-intestinaux.

³ MACE-3 (major adverse cardiovascular events): événements cardiovasculaires majeurs) : décès d'origine cardiovasculaire, infarctus du myocarde non mortel ou accident vasculaire cérébral non mortel. L'indication exacte est la suivante : « Trulicity® est indiqué pour la prévention des événements cardiovasculaires chez les patients adultes atteints de diabète sucré de type 2 et d'une maladie cardiovasculaire déjà manifeste ou subclinique ». Est considéré comme maladie cardiovasculaire manifeste, par exemple, un infarctus du myocarde. Est considérée comme maladie cardiovasculaire subclinique, par exemple, une sténose de >50% (voir la section « Efficacité clinique »), information professionnelle Trulicity®, <http://www.swissmedinfo.ch>.

⁴ Jendryk J. et al. Efficacy and safety of dulaglutide in the treatment of type 2 diabetes: a comprehensive review of the dulaglutide clinical data focusing on the AWARD phase 3 clinical trial program. Diabetes Metab Res Rev 2016; 776-790. 5. Trulicity® Information professionnelle, www.swissmedinfo.ch 6. Trulicity® Instructions d'utilisation. 7. Matfin G. et al. Safe and Effective Use of the Once Weekly Dulaglutide Single Dose Pen in Injection-Naïve Patients With Type 2 Diabetes. Journal of Diabetes Science and Technology 2015; 9(5): 1071-1079.

Trulicity® (dulaglutide) E Trulicity est indiqué dans le traitement du diabète sucré de type 2 de l'adulte chez qui le diabète n'est pas suffisamment contrôlé par un régime alimentaire et de l'exercice physique, en monothérapie en cas de contre-indication ou d'intolérance à la metformine, en association avec d'autres médicaments hypoglycémiants. Trulicity est indiqué pour la prévention des événements cardiovasculaires chez les patients adultes atteints de diabète sucré de type 2 et d'une maladie cardiovasculaire déjà manifeste ou subclinique. Po/MC: La dose recommandée de Trulicity est de 0,75 mg une fois par semaine. Si l'effet est insuffisant et le traitement est bien toléré, la dose peut être augmentée à 1,5 mg une fois par semaine. Injection sous-cutanée dans l'abdomen, le cuisse ou le haut du bras; ne pas administrer par voie intraveineuse ou intramusculaire. C: Hypersensibilité à la substance active ou à l'un des excipients. Pr/MC: Trulicity ne doit pas être utilisé chez les patients atteints de diabète de type 1 ou pour le traitement d'une acidocétose diabétique. Le dulaglutide ne remplace pas l'insuline. Il existe des rapports décrivant le survenue d'une acidocétose diabétique chez des patients, dépendants de l'insuline, à la suite d'un arrêt brusque de l'insuline ou d'une rapide réduction de la dose d'insuline. L'utilisation d'agonistes du récepteur du GLP-1 peut être associée à des effets indésirables gastro-intestinaux, notamment à des nausées, des vomissements et de la diarrhée. Ces événements peuvent entraîner une déshydratation, ce qui peut provoquer une diminution de la fonction rénale, y compris une insuffisance rénale aiguë. Maladie gastro-intestinale sévère, y compris gastroparésie sévère. Anémie de pancréatite aiguë ou chronique. Risque accru d'hypoglycémie en association avec une sulfonylurée ou une insuline. AC: Possible influence sur l'absorption des médicaments administrés concomitamment par voie orale. G/A: Pas recommandé pendant la grossesse. Ne doit pas être utilisé pendant l'allaitement. E: Très fréquente et fréquente : hypoglycémie, nausées, diarrhée, vomissements, douleurs abdominales, diminution de l'appétit, dyspepsie, constipation, flatulence, méliorisme, reflux gastro-œsophagien, éruption, fatigue, tachycardie sinuale, bloc auriculo-ventriculaire de 1er degré. Des réactions anaphylactiques et pancréatite aiguë ont rarement été rapportées. P: Trulicity 0,75 mg et 1,5 mg 4 styles plume-pli. Catégorie de remise B. Pour de plus amples informations, consultez www.swissmedinfo.ch. Eli Lilly (Suisse) SA, ch, des Coquettois 16, CP 580, 1214 Vernier (CE), VO8-2020

EXPOSÉ 3

« La monoarthrite en pratique »

Dsse Roxana Valcov, FMH rhumatologie, Delémont



LA MONOARTHRITE EN PRATIQUE

DRE ROXANA VALCOV

LE 08.10.2020 LAUSANNE

MONOARTHRITE DEFINITION

- Une articulation qui présente :
 - Une inflammation locale: hyperémie, hyperthermie et épanchement articulaire
Une impotence fonctionnelle
Qq fois accompagnée de signes généraux: fièvre, frissons
- Une douleur articulaire aiguë est donc une **urgence rhumatologique**
 - En cas d'arthrite septique, la destruction du cartilage peut aller très vite (< 48h)
 - En cas d'arthrite gonococcique, la guérison sans séquelles est de 64% chez les patients traités dans la semaine suivant le début des symptômes, et de seulement 22% chez ceux traités plus tard.



MONOARTHRITE

- ▶ Diagnostic facile : si articulation superficielle
Diagnostic difficile : articulation profonde (hanche, sacro-iliaque) ou petite articulation (doigts)

Chronologie:

- ▶
 - Monoarthrite aiguë
 - Monoarthrite chronique (plus de 6 semaines)



DIAGNOSTIC DE LA MONOARTHRITE



3 piliers

1. Anamnèse

2. Examen clinique et de laboratoire

3. Arthrocenthèse

Début de la symptomatologie	Eléments anamnestiques	Diagnostics suggérés
	Subit, en quelques heures	Goutte (particulièrement nocturne), chondrocalcinose et autres arthropathies microcristallines
	En quelques jours à semaines	Infections
Traumatisme	Lente	Infections lentes (champignons, mycobactéries), arthrose, tumeurs
	Traumatisme récent, même mineur	Tendinite, bursite, fracture, Hémarthrose
	Intervention chirurgicale	Microcristaux, arthrite septique
	Plaie infectée ou intervention dentaire récente	Arthrite septique
	Instrumentation génito-urinaire	Arthrite septique à germe Gram-
	Antécédents récents (7-21 jours) de pharyngite à streptocoques	Rhumatisme articulaire aiguë
	Urétrite	Arthrite gonococcique ou réactive
	Morsure de tique	Maladie de Lyme
	Infection intestinale	Arthrite réactive
	Drogues par voie intraveineuse	Arthrite septique, hépatites C, B; HIV
Médicaments	diurétiques, aspirine à petites doses, ciclosporine, tacrolimus,	Goutte
	Anticoagulation	Hémarthrose
	Fluoroquinolones, oméprazole bêtabloquants	Arthrite médicamenteuse
	Corticostéroïdes	Ostéonécrose ischémique
Anamnèse familiale		Connectivite, goutte, psoriasis, spondylarthropathie, hémochromatose, hémoglobinopathie

Tableau 2: principaux éléments anamnestiques à rechercher en présence d'une arthrite



EXAMEN CLINIQUE



- ▶ Quelle structure est concernée:
 - Articulaire (synoviale, cartilage, capsule, ligaments): limitation en actif et passif du mouvement
 - Péri-articulaire (tendons, bourses, os, nerfs, muscles, peau): limitation seulement en actif du mouvement
- ▶ Éléments cutané: Rash papulo- pustuleux, rash photosensible, érythème noueux ou sous-cutané, tophi, purpura, psoriasis peau ou unguéal
- ▶ Au niveau oculaire: uvéite, kératite, conjonctivite
- ▶ Atteinte neurologique: mononévrite, méningite, encéphalite
- ▶ Température

EXAMEN PARACLINIQUE

- Les examens sanguins en urgence: une formule sanguine complète, créatinine, VS, CRP
- Autres examens sanguins : une hémochromatose (coef sat transferrine), HLA B27, FR, Ac anti CCP, urates, PAL, TSH, calcium corrige, phosphates, vit D, une connectivite(FAN) et une vasculite (ANCA)
- En fonction de l'âge st si Reiter: PCR Gonocoques et Chlamydiae dans les urines et culture d'Ureaplasma urealitica
- Rx de l'articulation - peu de valeur chez le sujet jeune en présence d'une affection aiguë inflammatoire mais indiquée dans la recherche de lésions dégénératives, d'une ostéonécrose, de tumeurs et d'éventuelles calcifications (suspicion de chondrocalcinose)
- Rx thorax F et P
- L'échographie articulaire est utile pour confirmer l'atteinte d'une articulation surtout profonde (hanche), pour guider une arthrocentèse
- L'IRM et le CT scan permettent de mieux évaluer l'atteinte de la synoviale et des tissus périphériques et de rechercher une éventuelle ostéomyélite d'accompagnement



ARTHOCENTHESE

- Examen clé en cas d'atteinte monoarticulaire (pour identifier le germe)
- Permet aussi de diminuer la pression intra-articulaire, la quantité de germes, de PMN et d'enzymes
- Faire une infiltration si liquide pas trop inflammatoire
- Indispensable sauf si l'on est sûr qu'il s'agit d'un problème non inflammatoire, important trouble de l'hémostase ou état cutané qui comporte un risque
- En cas de doute il faut s'aider de l'ultrason pour visualiser et localiser l'épanchement



ARTHOCENTHESE

- ▶ Les 3 C à chercher si liquide suffisant:
 - ▶ **C**ellularité (tube EDTA) voir si liquide inflammatoire ou mécanique
 - ▶ **C**ristaux (tube stérile) : goutte, chondrocalcinose, arthrose ou autre
 - ▶ **C**ulture et frottis avec coloration de Gram (tube stérile): arthrite septique

ARTHOCENTHESE INTERPRETATION

Type	Arthropathies non inflammatoires	Arthropathies inflammatoires non infectieuses (exception : virales)	Arthropathies septiques
Aspect	clair, transparent	Trouble	trouble/opaque
Couleur	jaune,	Jaune	jaune à vert
Viscosité	élevée	Diminuée	Variable
Leucocytes par μ l	< 2'000	2'000-50'000 rarement > 100'000	>50'000
PMN	< 25%	généralement $\geq$ 50%	généralement $\geq$ 75%

ARTHOCENTHESE DD

Liquide non inflammatoire	Liquide inflammatoire	Liquide hémorragique
Arthrose	PR	Patient anticoagulé
Trauma, microtrauma	Arthrites micro-cristallines	Traumatisme
Ostéonécrose	Arthrites réactives	Synovite villo-nodulaire
Tumeurs	Spondylarthrites	Hémangiome, synovialome
Arthropathie neurogène	Connectivites (lupus, Sjögren sclérodermie, polymyosites)	Hémophilie et autres diathèses hémorragiques
Phase précoce d'un processus inflammatoire	Vasculites	Scorbut
Synovite villonodulaire	Arthrites virales	
Ostéoarthropathie hypertrophique	RAA	
Hypothyroïdie		

Arthrites	
Arthrites infectieuses	Bactériennes (cocci+, bacilles-), y compris Lyme Mycobactériennes (rare) Fongiques (rare) Virales (rare)
Arthrites réactives	Spondylarthrites réactives (chlamydiae, mycoplasmes, salmonella, yersinia, shigella, campylobacter) RAA (streptocoque bêta-hémolytique) (rare) Clostridium difficile, Trichomonas (rare)
Arthrites micro-cristallines	Urate de sodium (goutte) Pyrophosphate de calcium (pseudo-goutte) Hydroxy-apatite Oxalates de calcium (rare) Cristaux lipidiques (rare)
Maladies immuno-inflammatoires systémiques	Polyarthrite rhumatoïde Spondylarthrites (ankylosante, réactives, psoriasique, liée à une maladie inflammatoire chronique de l'intestin) Connectivites (LED, Sjögren, etc.) (rare) Vasculite (PAN, Henoch-Schönlein, Behçet) (rare) Sarcoïdose (rare)
Arthrites métaboliques	Hémochromatose (rare) Hyperlipidémies type II et IV (rare)
Arthrites médicamenteuses	Fluoroquinolones (rare) Oméprazole (rare) Bêtabloquants (rare)
Divers	Synovite liée à un corps étranger (épine par exemple)
Conditions pouvant mimer une arthrite :	
Arthrose	
Trauma, microtrauma	Fractures Fractures lentes Hémarthrose
Ostéonécrose ischémique (rare)	Idiopathique Secondaire Alcoolisme chronique Lupus érythémateux disséminé Trauma Dyslipidémies Corticoïdes Métastases
Tumeurs bénignes et malignes (rare)	Tumeurs épiphysaires Ostéochondromatose Synovite villonodulaire pigmentée Synoviome Bursite (fréquent)
Divers	Lésions méniscales, tendineuses ou ligamentaires Dermo-hypodermite Hypothyroïdie (rare) Ostéoarthropathie hypertrophique (rare) Ostéochondrite disséquante (rare)



CAUSES DE MONOARTHRITE

- Arthrite microcristalline (15-27%)
- Arthrite septique (8-27%)
- Arthrite inflammatoire (polyarthrite rhumatoïde en particulier 11-16%)
- Une monoarthrite peut d'ailleurs rester un événement transitoire sans récurrence sans explication



DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- ARTHROPATHIES NON INFLAMMATOIRES
 - Arthrose en poussée congestive
 - Nécroses épiphysaires
 - Algodystrophie en phase chaude
 - Arthropathies d'origine neurologique
- PATHOLOGIES OSSEUSES DE VOISINAGE
 - Ostéomyélite
 - Fissures, fractures, tumeurs
- TENDINITES, TENOSYNOVITES, BOURSITE, KYSTES



MATERIEL PONCTION

- Gants non stériles (no-touch)
- Masque
- Désinfectant (20 cm de diam.)
- Plateau désinfecté
- 2 compresses stériles et 1 set de désinfection
- Aiguilles (rose, noire ...)
- Pansement



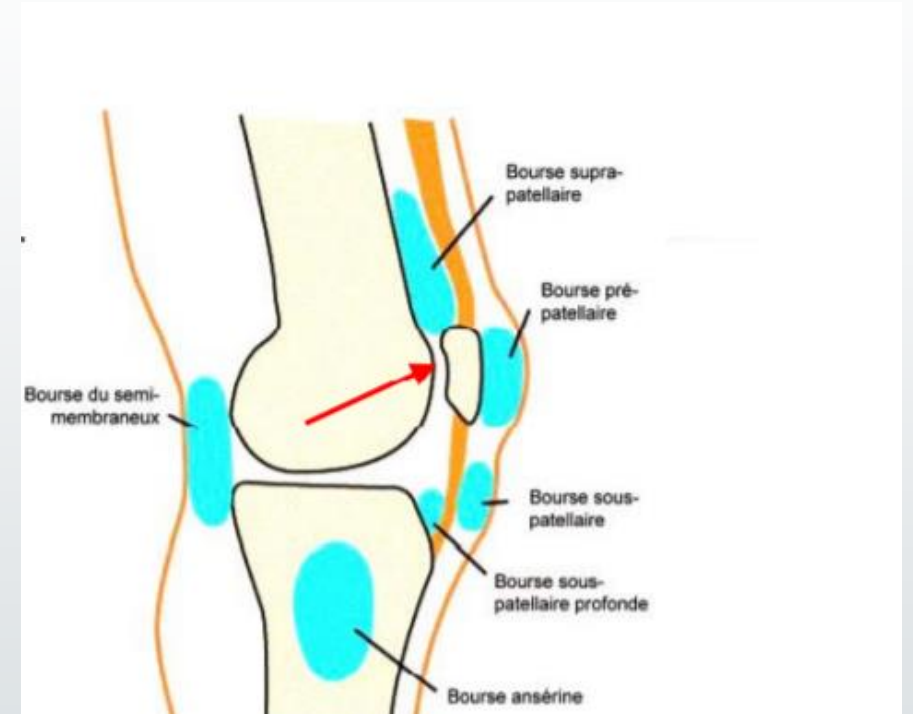
TUBES PRELEVEMENT

- Répartition cellulaire: tube EDTA, bouchon mauve
- Bactériologie et cristaux: 2 tubes liquide biologique
- Recherche BK ou Lyme: 3ème tube



REPERES GENOU

- Voie latérale externe
 - La plus aisée
 - Décubitus dorsal genou en extension (10° de flexion)
 - 1/3 supérieur – 1/3 moyen de la rotule
 - Direction: récessus sous-quadriceps
 - Pénétration de l'aiguille env. 2cm
- Voie antérieure
 - Plus rarement utilisée
- Voie latérale interne
 - Moins facile que la voie externe
 - Plus douloureuse







REPERES EPAULE

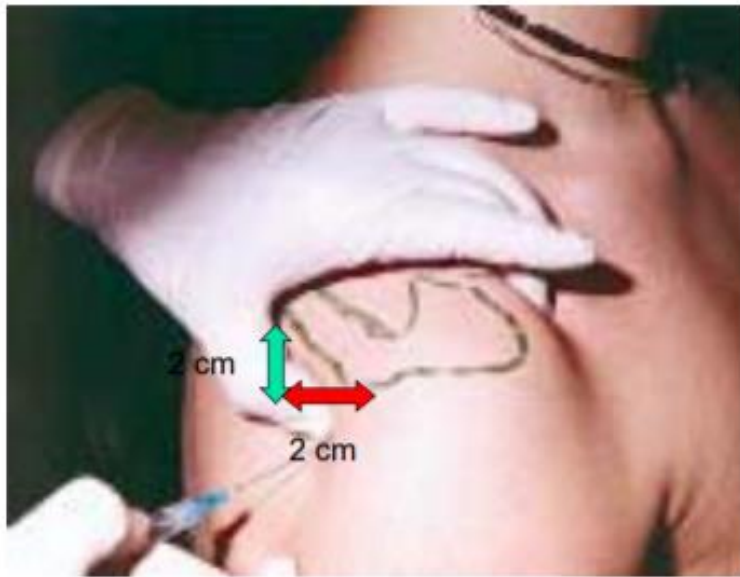
- Voie postérieure:

- Aiguille dans un plan parallèle à l'acromion, 50-60° vers le haut, pour éviter de léser le sus-épineux et la capsule articulaire

- Voie latérale:

- Point d'injection: 1 cm en dessous du bord inférieur de l'acromion à la face externe du moignon de l'acromion, à la face externe du moignon de l'épaule, légèrement en arrière
- Trajet de l'aiguille légèrement oblique vers le haut et l'avant de l'articulation

Voie postérieure



Aiguille dans un plan parallèle à l'acromion, 50-60° vers le haut, pour éviter de léser le sus-épineux et la capsule articulaire

Voie latérale:

Point d'injection: 1 cm en dessous du bord inférieur de l'acromion à la face externe du moignon de l'acromion, à la face externe du moignon de l'épaule, légèrement en arrière

Trajet de l'aiguille légèrement oblique vers le haut et l'avant de l'articulation



ARTHRITE SEPTIQUE

Population	Germes les plus fréquents
Adultes en bonne santé habituelle	Staphylocoque doré Gonocoque (sexuellement actif) Streptocoques
Traumatismes, abcès cutanés	Staphylocoque doré
Infections ou intervention uro-génitales ou digestives	Entérobactériacées Streptocoques
Immunosupprimés	Entérobactériacées
Dysfonction splénique	Pneumocoque Méningocoque
Toxicodépendance intraveineuse	Entérobactériacées, pseudomonas Anaérobies Staphylocoque doré, candida
Remplacement articulaire prothétique	Staphylocoque epidermidis Staphylocoque doré Entérobactériacées



FACTEURS DE RISQUE

- Age > 60 ans
- Arthropathie préexistante
- Bactériémie existante (endocardite, septicémie.) ou intermittente (toxicomanie intraveineuse)
- Immunosuppression médicamenteuse
- Diabète
- Insuffisance rénale chronique
- Ethylisme chronique
- Incidence 2-10/100.000 pop. normale et 30-70/100.000 pop. à risque

Mme S, 73 ans

- Omalgies bilatérales sur probable PMR traitée auparavant par cortisone
- Péjoration des omalgies à G avec RM et RN chez patiente hospitalisée pour décompensation cardiaque sévère, PM, anticoagulée
- Sous traitement AB pour éventuelle I.U.
- Anamnèse familiale : mère PR
- Examen clinique : très limité en raison des douleurs à la mobilisation, des OMI et OMS et l'essoufflement de la patiente
- Epaules : rupture de la coiffe à D, à G importante bursite avec inflammation locale et probable épanchement intra-articulaire
- Présomption: Bursite voir arthrite épaule G avec probable hématome DD épaule de Milwaukee versus septique

Prélevé le Enregistré le Site/requérant Nlab		20.12.19 07:00 20.12.19 08:14 DEL/F5D 1912-013846	19.12.19 07:00 19.12.19 08:02 DEL/F5D 1912-012927	18.12.19 06:00 18.12.19 08:05 DEL/F5D 1912-013305	17.12.19 06:00 17.12.19 08:12 DEL/F5D 1912-012919	16.12.19 10:44 16.12.19 12:48 DEL/F5D 1912-012923
Code matériel						
Valeurs normales						
Sodium	mmol/l 136-145	141	144	143	142	141
Potassium	mmol/l 3.5-5.1	4,9	4,1	3,3 *	3,4 *	3,9
Créatinine (standardisée)	µmol/l < 80	173 *	170 *	I 195 *	219 *	215 *
MDRD (ml/min/1.73m2)		25	26	22	19	19
Urée	mmol/l 3.0-9.0	13,1 *	14,0 *	14,3 *	14,9 *	14,2 *
Urates	µmol/l 137-363	612 **				
Cible en cas de goutte <360						
Cible en cas de goutte sévère <300						
Bilirubine totale	µmol/l < 21		25,3 *	23,5 *	24,7 *	27,8 *
Bilirubine directe	µmol/l <5		17,7 *	20,4 *	19,9 *	24,3 *
Bicarbonates	mmol/l 22-29		26,0			
ASAT	U/l <32		69 *	59 *	59 *	63 *
ALAT	U/l <34		34 *	31	30	37 *
CK	U/l < 175	169				
LDH	U/l 135-217	470 *				
GGT	U/l < 42		1479 **	1549 **	1490 **	1654 **
Phosphatase alcaline	U/l 35-104		547 **	521 **	520 **	641 **
Protéine C-réactive	mg/l < 5	251,6 **	224,4 **	194,6 **	171,2 **	179,0 **
Haptoglobine	g/l 0.3-2.0	4,6 *				

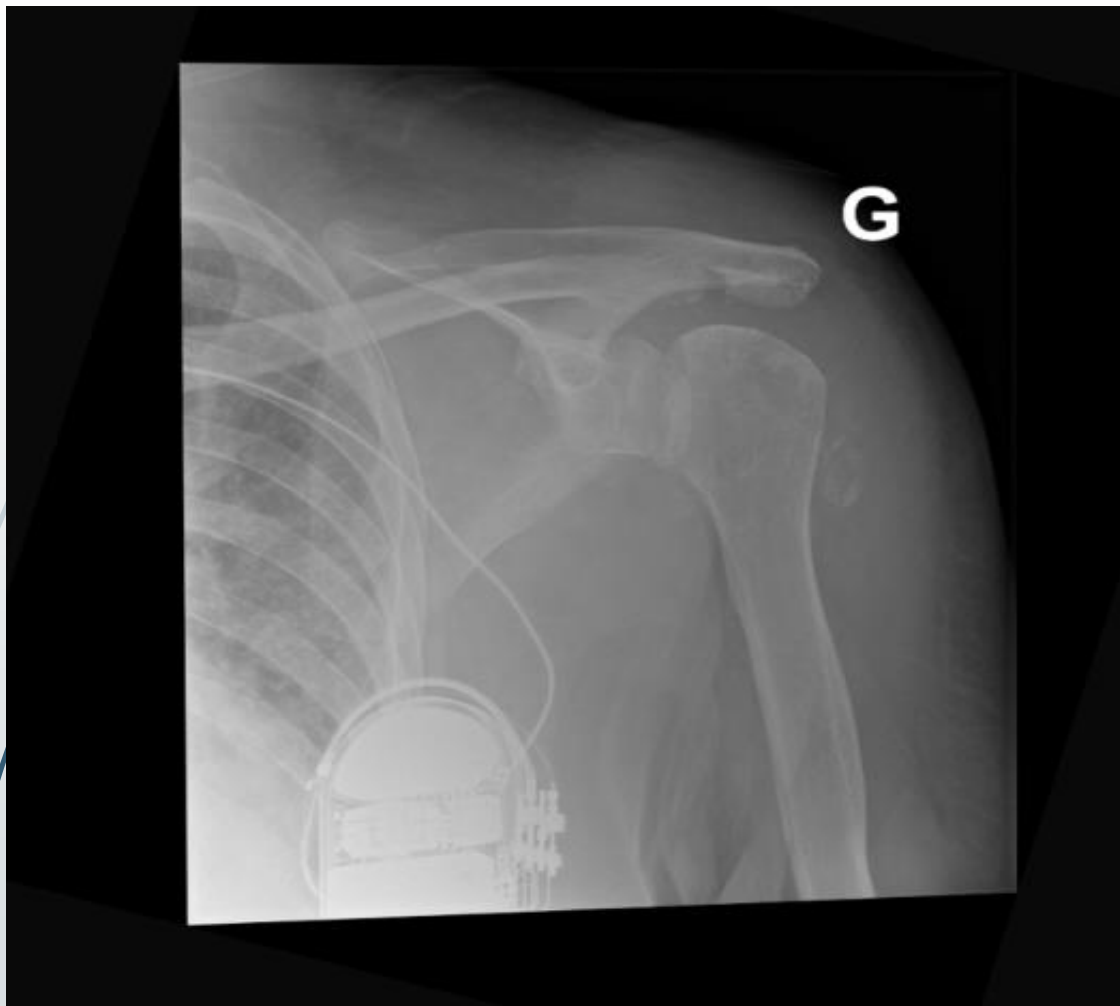


EXAMEN PARACLINIQUES

- **US épaule qui montre un important hématome constitué avec liquide dans l'articulation gléno-humérale et bursite**
- **Ponction de la bursite avec extraction de 15 ml de liquide sanguinolent très inflammatoire suspecte d'arthrite septique envoyé au laboratoire pour Gram, culture, numération cellulaire et cristaux**
- **Essaye de ponction de l'hématome mais sans une goutte de liquide**



Code matériel		
Valeurs normales		
Aspect ponction synoviale		Fort. sang.
Quantification des érythrocytes		+++
Numération des leucocytes	/mm ³	30010
Cellules mononucléées	%	3
Cellules polynucléées	%	97





Mr P, 47 ans

- Patient qui a subi le en 2012 un accident qui s'est soldé avec des gonalgies D
- Rupture du ménisque interne a été mise en évidence et opérée , depuis il a présenté une amyotrophie du quadricipital à D suivie par la SUVA et une tuméfaction du genou D
- Le pire moment c'est la montée des escaliers. Le meilleur moment c'est la disparition des douleurs en position couchée. Il a quelques fois l'impression que son genou se déboîte. Il ne présente pas de raideur matinale ou de réveil nocturne mais les douleurs sont estimées à 5/10.
- Il a bénéficié jusqu'il y a 2 ans d'une physiothérapie active sur le quadriceps ainsi que pendant 2 ans il a travaillé avec le compex.
- Piqure de tique
- **Anamnèse familiale** : fils avec maladie de Crohn



EXAMEN CLINIQUE



- L'examen neurologique montre des ROT symétriques sans trouble de la force ou de la sensibilité. Il y a une minime diminution de la force à M4+ au niveau du quadriceps et de l'ilio-psoas à D qui a été multi-investiguée. Il y a un diamètre à 15 cm supra-patellaire de 54 cm des deux quadriceps.
- Au niveau cutané et des ongles, il n'y a pas de signe en faveur d'un psoriasis.
- Au niveau des coudes, il y a un minime signe d'épicondylite G au décours.
- Au niveau du genou, présence d'un épanchement du côté D sans signe d'inflammation locale. La distance talons-fesses est à 12 cm.



EXAMEN PARACLINIQUE

- Echographie genou D: on voit l'existence de liquide sous-quadricipital mais surtout une synovite très importante avec une épaisseur de la synoviale de presque 5 mm. Il y a également du liquide dans le récessus latéral et médial et des signes de bursite infra-patellaire avec une épaisseur entre la peau et le tendon rotulien de 8.3 mm par rapport à 7 mm du côté G
- Ponction de 30 ml de liquide synovial que j'ai envoyé au laboratoire

PROCEDE		28.02.19 15:16	04.02.19 11:48	
Enregistré le Site/requérant Nlab		28.02.19 15:16 DEL/VALR 1902-016068	04.02.19 11:52 DEL/VALR 1902-010734	
Code matériel				
Valeurs normales				
Aspect ponction synoviale		Jaune trouble	Jaune trouble	
Quantification des érythrocytes		++	++	
Numération des leucocytes /mm ³		8'400	10'380	
Cellules mononucléées %		78	90	
Cellules polynucléées %		22	10	

Rapport n° 1	Marqueuse	(site)	08 h 13 (MI)						
Page 1 / 1	à								
Analyses	Limites	Unités	[A]						
Sérologie									
Borreliose de Lyme:									
IgG EIA	10 - 14	U/ml	139.2 pos.						
Confirmation IgG Blot			positif [B]						
Confirmation IgM Blot			positif						
IgG anti VlsE qualitatif	10-15	UA/ml	135.7 pos.						
IgM CLIA	0.9 -1.09	Indice	0.41 nég.						

Données cliniques: Absence de données cliniques.

Matériel **Ponction articulaire**

B. burgdorferi (PCR) J **négatif**



SUITE

- Avril 19 arthroscopie avec shaving des synoviales
- L'analyse histo-pathologique révélait une PCR positive à *Borrelia afzelii*
- Traitement chez l'infectiologue Doxycycline 1 mois
- Depuis des épisodes d'arthrite itératives
- Le patient n'est pas revenu à ma consultation

Mr P, 20 ans

- Patient qui a présenté au mois de janvier 2019, après un tournoi de foot, un épanchement au niveau du genou D. Il a été investigué par plusieurs spécialistes
- Il a bénéficié de radiographie, échographie et IRM et arthroscopie de ce genou
- Il a été mis 3 mois à l'arrêt de travail avec un nouvel épanchement au niveau du genou G mais sans disparition totale des douleurs au niveau du genou D
- RM de 5 min. sans RN EVA à 8/10.
- Soulagé par la prise d'Irfen 400 mg 3x/jour.
- Rapports non protégés
- Le patient ne se rappelle pas d'avoir eu des symptômes d'un sd. de Reiter



EXAMEN CLINIQUE

- ▶ L'examen neurologique sp
- ▶ Au niveau cutané et des ongles, il n'y a pas de lésion spécifique.
- ▶ Genoux avec des signes du flot à G avec légère hyperthermie et hyperémie à G. Au niveau du genou D, il n'y a pas de limitation articulaire
- ▶ Score de Beighton à 5/9.

Aspect ponction synoviale

Jaune trouble

Quantification des érythrocytes

++

Numération des leucocytes /mm³

8310

Cellules mononucléées %

77

Cellules polynucléées %

23



Enregistré le 16.10.19 11:12
Clos le 24.10.19 12:36

URINE AU VOL

Gonocoque par PCR	Négatif
Chlamydiae trachomatis par PCR	Positif
Mycoplasma et Ureaplasma PCR (envoi)	Annexe
Déclaration à L'OFSP	Annexe





ARTHRITE MICROCRISTALLINE

- ➡ Goutte
- ➡ Chondrocalcinose
- ➡ Hydroxyapatite

GOUTTE

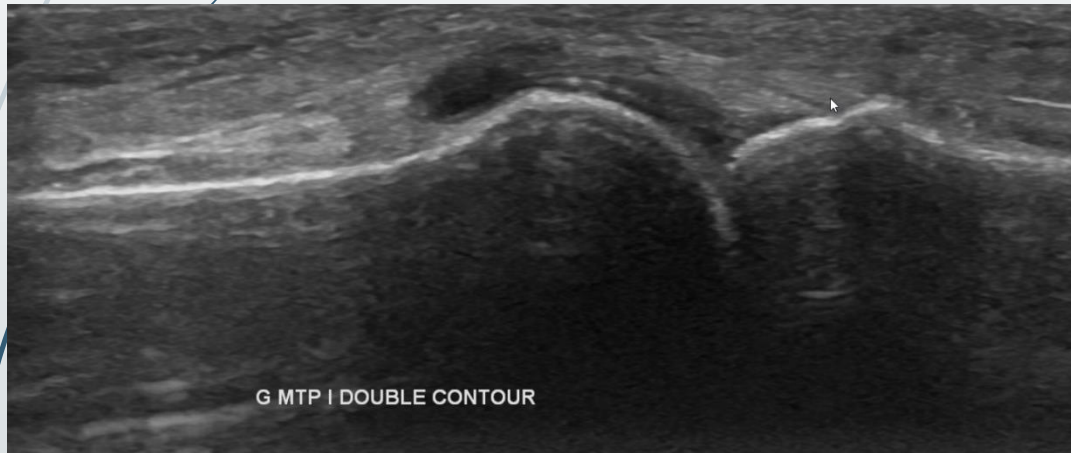
- H après 25 ans, F après la ménopause H:F 2-7:1
- La prévalence 1 à 2%
- La podagre: monoarthrite aiguë touchant la MTP de l'hallux
- Les facteurs associés sont l'HTA, l'obésité, l'IRC, les diurétiques et l'hyperuricémie. Une consommation élevée de bière, de viande et de crustacés augmente le risque.
- Le dosage de l'uricémie ne permet pas de confirmer le diagnostic; l'absence d'augmentation le rend moins probable mais il y a une augmentation de l'excrétion au moment d'une crise (sensibilité 90%)
- Gold standard: présence de cristaux d'urate biréfringents en lumière polarisée dans le liquide synovial. Il faut exclure une infection concomitante (toujours Gram, culture)

SCORE DE JANSSENS :

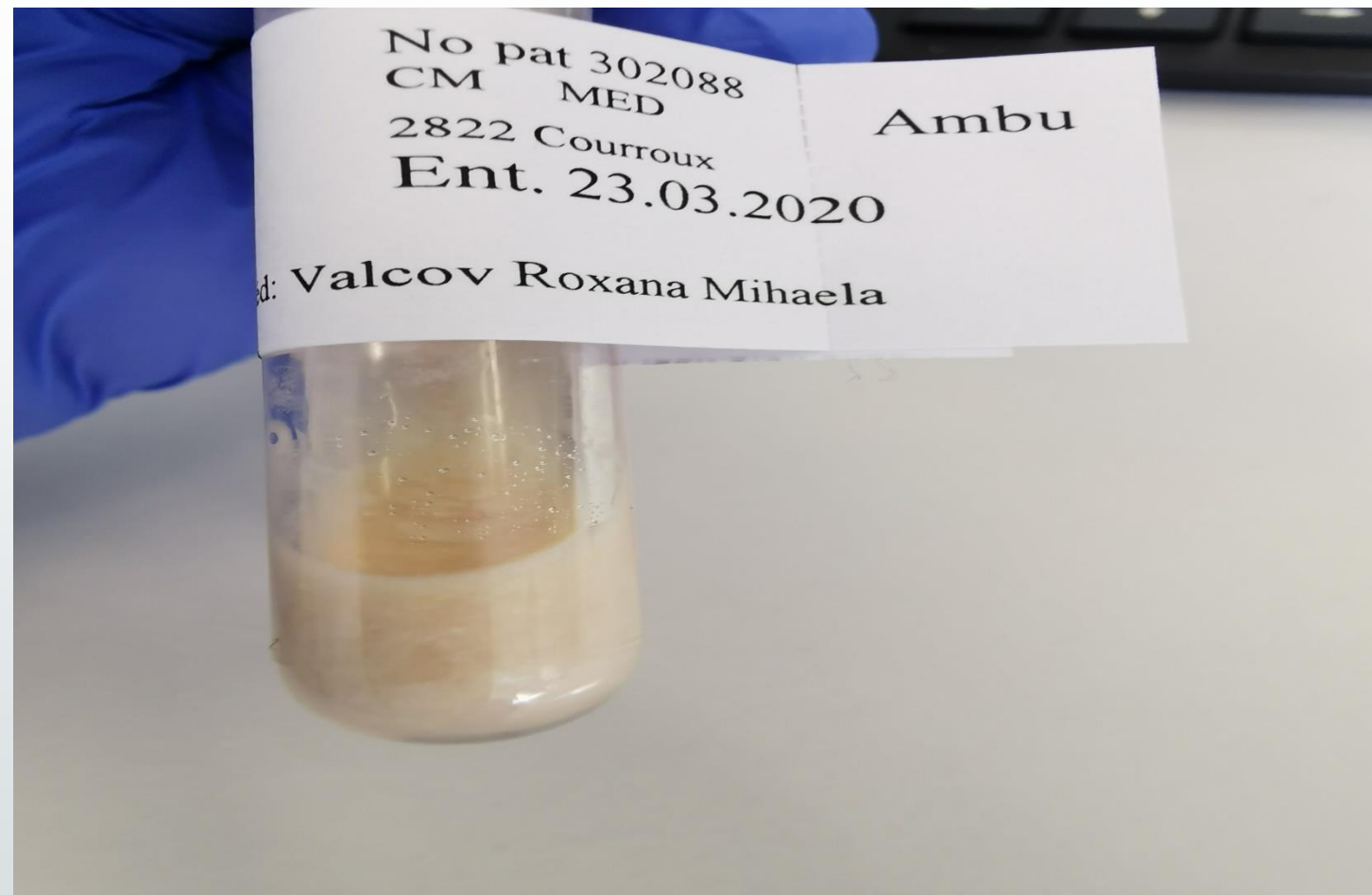
- Sex masculin 2 points
- Anamnèse positive de poussée de goutte 2 points
- Apparition sur 24 h 0.5 points
- Hyperémie locale 1 point
- MTP I 2.5 points
- HTA ou autre pathologie CV 1.5 points
- Taux d'acide urique >360 $\mu\text{mol/l}$ 3.5 points
- Score maximal 13 points
- Score ≤ 4 points: pas de goutte, chercher autre causes
- Score 4-8 points: essayer d'avoir du liquide synovial
- Score ≥ 8 points: goutte fortement probable VPP à 87%. Débuter traitement AINS

GOUTTE

- Rx ne sert à rien lors d'une première crise
- US avec image en double contour









MONSIEUR D.29 ANS

- **ATCD RHU:**
- **Plusieurs épisodes de monoarthrite probablement sur spondylarthrite**
 - ○ Arthrite du genou G infiltré par Triamject le 15.03.2019
 - ○ Arthrite de la cheville G depuis le 21.12.2018
 - ○ Arthrite de la cheville D en janvier 2019
 - ○ Arthrite récidivante du genou D depuis janvier 2019
 - ○ Arthrite récidivante de la cheville G, infiltration par Diprophos 5mg
 - ○ Cimzia 200 mg/ 2 semaines
- **Insuffisance rénale aiguë KDIGO 1 sur déshydratation dans un contexte d'insuffisance rénale chronique de stade G3 sur agénésie rénale droite et néphropathie de reflux d'origine pré-rénale**



MONSIEUR D.29 ANS

- Il a fait du Vélo 60 km le 23.04 avec 2 gourdes d'eau pour l'hydratation (avec 2 enfants et son épouse)
- Douleurs depuis le 25.04.2020 au niveau genou G et les 2 chevilles sans inflammation locale, avec impotence fonctionnelle, **apparues dans la nuit**
- **Status:** Gaenslen positif au niveau des 2 pieds, doul. à la mobilisation tibio-talienne ddc, genou G avec minime tuméfaction à l'examen clinique, pas de signes d'inflammation locale mais flexum à 15 ° irréductible.
- US au niv. cheville G: liquide minime, physiologique dans l'art tibio-talienne. MTP 1 à G avec signe de double contour suspecte de goutte.

Nouvelle oligo-arthrite cheville G et D , genou G



	Enregistré le Site/requérant Nlab	12.08.20 21:05 DEL/URG 2008-012112	28.04.20 10:03 DEL/F5D 2004-015063	07.04.20 15:52 DEL/VALR 2004-011304	04.02.20 16:20 DEL/VALR 2002-010755	15.03.19 14:08 DEL/VALR 1903-013295
	Code matériel					
	Valeurs normales					
	Aspect ponction synoviale	Lég. trouble	Jaune clair	Jaune clair	Lég. trouble	Lég. trouble
	Quantification des érythrocytes	++	Négatif	++	Négatif	++
	Numération des leucocytes /mm ³	18510	7430	1150	7200	2'190
	Cellules mononucléées %	13	90	95	41	60
	Cellules polynucléées %	87	10	5	59	40

Clos le 17.08.20 09:24

PONCTION ARTICULAIRE genou droit - PONCTION ARTICULAIRE genou droit

Bactériologie générale

Gram :
Leucocytes Assez nombreux Germes Non décelés

CULTURE

Mise en culture 5 jours

Culture anaérobe

Acide urique ++
Pyrophosphates Non décelés
Cholestérol Non décelés
Fibrine Non décelés

Clos le 09.02.20 12:35
Enregistré le 04.02.20 17:00

PONCTION ARTICULAIRE cheville G 4 ml

Bactériologie générale

Gram :
Leucocytes Assez nombreux Germes Non décelés

CULTURE

Pas de croissance

Culture anaérobe

Pas de croissance

Acide urique Non décelés
Pyrophosphates Non décelés
Cholestérol Non décelés
Fibrine Non décelés
Cristaux d'Apatite Non décelés

TRAITEMENT GOUTTE

- Repos, immobilisation et glace
- Traitements médicamenteux crise aiguë:
 - AINS à hautes doses
 - Colchicine : 1mg/j aussi efficace que doses 4-8mg/j et moins toxique sur le plan digestif. La colchicine n'est pas distribuée officiellement en CH
 - Corticostéroïde: Prednisone: indiquée en cas de contre-indication ou d'inefficacité des AINS ou de la colchicine
- Traitements de fond: les hypo-uricémiants doivent être prescrits à distance (2-4 semaines) lors d'épisodes répétés, de tophus ou néphropathie uratique (insuffisance, lithiases) sous couverture d'AINS, de Colchicine ou de Prednisone ($\leq 7,5$ mg/j) pendant les 3-6 premiers mois
- Education diététique



CHONDROCALCINOSE



- ▶ arthropathie microcristalline caractérisée par un dépôt de pyrophosphate de calcium des cartilages et fibrocartilages
- ▶ poussées inflammatoires articulaires liées à la libération de cristaux
- ▶ peut évoluer vers une détérioration de l'articulation
- ▶ pas de localisations viscérales
- ▶ Localisation: genoux, poignets (lig. triangulaire du carpe), SP, hanches, épaules, cervicales
- ▶ Forme primitive: après 50 ans
- ▶ Secondaire:
 - ▶ Hyperparathyroïdie
 - ▶ Hémochromatose
 - ▶ Hypophosphatasie
 - ▶ Hypomagnésémie

TRAITEMENT CHONDROCALCINOSE

- Repos, immobilisation et glace
- Traitements médicamenteux crise aiguë:
 - AINS à hautes doses
 - Colchicine : 1mg/j aussi efficace que doses 4-8mg/j et moins toxique sur le plan digestif. La colchicine n'est pas distribuée officiellement en CH
 - Corticostéroïde: Prednisone: indiquée en cas de contre-indication ou d'inefficacité des AINS ou de la colchicine
- Traitements de fond:
 - rarement MTX sans beaucoup de données solides de la littérature
 - Magnésium 10 mmol/j

MADAME S. 86 ANS

► **Polyarthrite rhumatoïde séropositive (FR et anti-CCP élevés) et érosive depuis 20 ans**

- o Traitement de Leflunomid de 2001 à 2002,
- o Méthotrexate et Infliximab de 2002 à 2008, arrêté en raison de bronchites à répétition
- o Orencia de 2008 à 2009, arrêté pour inefficacité
- o Mabthera de juillet 2009 à fin 2018, arrêté pour accoutumance
- o **Actemra depuis mars 2019, une injection toutes les deux semaines**

Comorbidités :

- Polyarthrose avec
 - o Discarthrose multi-étagée et cunéiformisation de la L1
 - o Arthrose articulaire postérieure lombaire basse L4-L5, L5-S1
 - o Prothèse totale du genou droit en 2002 et prothèse totale de hanche gauche en 2003
 - o Gonarthrose tricompartmentale gauche
 - o Omarthrose droite symptomatique et tendinopathie calcifiante de l'infraépineux et sous-scapulaire
 - o Hémi-prothèse épaule gauche en 2006

Diagnostics complémentaires :

- Diabète type II depuis 2011
- Dyslipidémie
- Hypertension artérielle
- Obésité
- Sclérose valvulaire aortique
- Cholécytite aiguë avec cholécystectomie en 2016
- Hépatite médicamenteuse sur Nisulid ou Targin en 2018

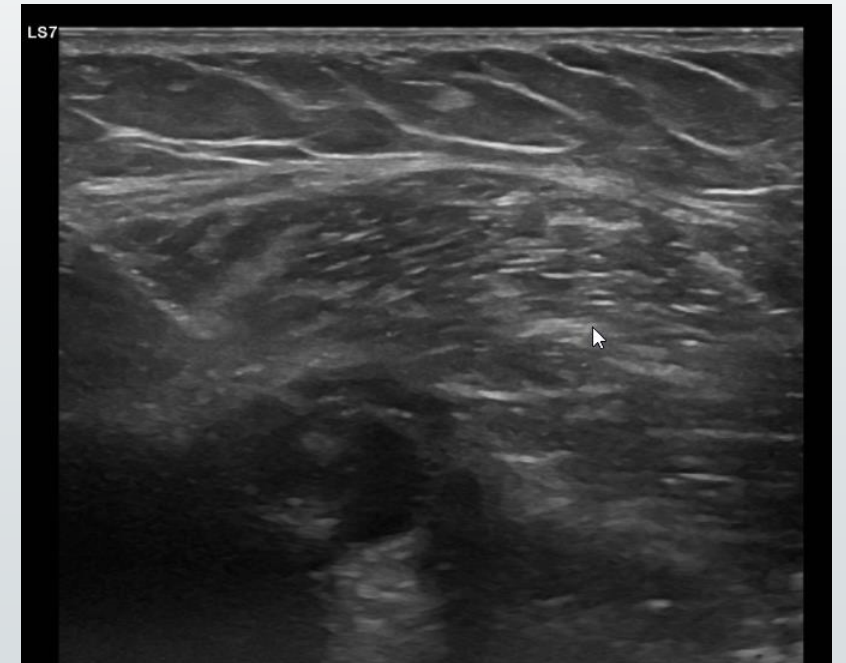
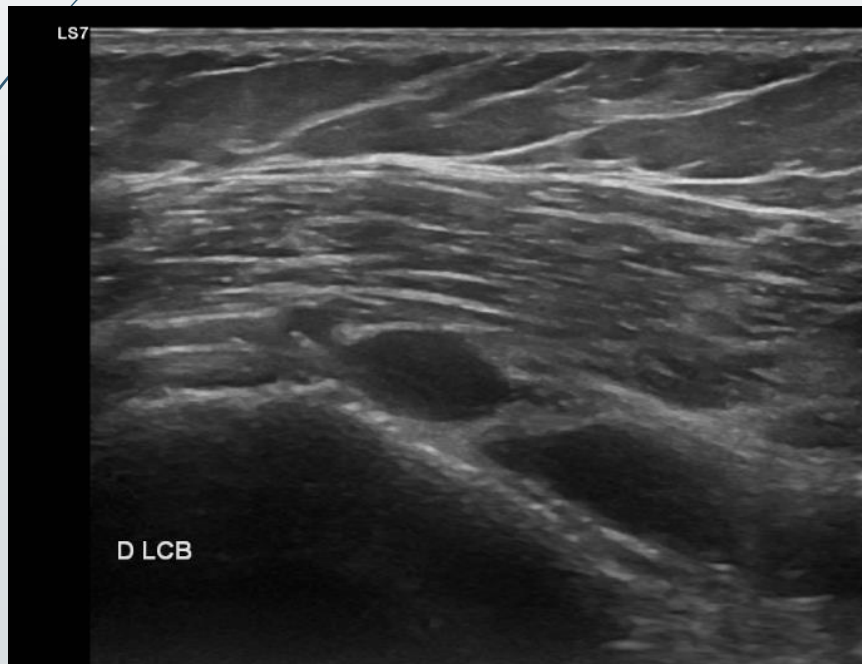


MADAME S. 86 ANS

- **Omalgies D depuis 15 jours avec RN si retourne dans le lit**
- Lombalgies si position statique, périmètre de marche 10 minutes avec claudication neurogène. Signe du caddy positif
- Aucune synovite des mains ou des pieds

MADAME S. 86 ANS

- US avec liquide LCB et bursite sus-épineux. Ponction de 3 ml de liquide inflammatoire envoyé au laboratoire



12-08-2020 12:53:01
schuss



Zoom :42 %
W : 1348 C: 870



MADAME S. 86 ANS

Site/requérant Nlab	DEL/VALR 2008-011878	DEL/MEIJ 1903-011036	DEL/MEIJ 1708-015233	DEL/MEIJ 1705-013198	DEL/BAIL 1608-015128
Code matériel					
Valeurs normales					
Genre de liquide				Synovial ②	Synovial ①
Aspect ponction					Fort.sang.
Aspect ponction synoviale	Jaune trouble	Lég.sang.	Lég. trouble	Jaune clair	
Numeration des erythrocytes					+++
Quantification des erythrocytes	Négatif	+++	++	++	
Numeration des leucocytes /mm ³					350
Numeration des leucocytes /mm ³	352 ③	480	330	480	

Enregistré le 11.08.20 17:12

Clos le 16.08.20 12:05

PONCTION ARTICULAIRE épaule D 3 ml - PONCTION ARTICULAIRE ôpuaule D 3 ml

Bactériologie générale

Gram :

Leucocytes

Rares

Erythrocytes

Rares

Germes

Non décelés

CULTURE

Pas de croissance

Culture anaérobe

Pas de croissance

Acide urique

Résultats sous réserve, très peu de matériel

+

Pyrophosphates

+

Cholestérol

Non décelés

Fibrine

Non décelés

Cristaux d'Apatite

Non décelés



CONCLUSIONS

MONOARTHRITE = PONCTION (SI PAS DE PROTHESE)

Ponction avec : culture, numération cellulaire et cristaux toujours

Si >50.000 leuco./mm³ arthrite septique

L'anamnèse est très importante, un train peut en cacher un autre

Examen clinique complet

Si pas possible de faire d'abord examen biologique, faire l'arthrocenthèse

Ne pas débiter les antibiotiques avant la ponction



MERCI POUR VOTRE ATTENTION !

ADENURIC® -La goutte lève le pied



A. MENARINI
Pharma

**Treat-to-Target:
Taux cible $<360 \mu\text{mol/l}^3$**

Traitement de l'hyperuricémie chronique ayant déjà entraîné des dépôts d'urate.

- Réduction efficace de l'uricémie avec une bonne tolérance^{1,2}
- Pas d'ajustement posologique en cas d'insuffisance rénale¹



Die zielgenaue¹ Kalzium-
Vitamin-D-Supplementierung.

Einziges Filmtablette zum
Schlucken in der Schweiz!²



1. Das Wort «zielgenau» besagt, dass die empfohlenen Tagesdosen von Kalzium und Vitamin D gemäss Richtlinien SVGÖ (Schweizerische Vereinigung gegen Osteoporose) durch die Supplementierung mit Kalcipos®-D3 500/800 zielgenau erreicht werden. Diese Dosierung ergänzt optimal die durchschnittliche Ernährung und Sonnenexposition in der Schweiz. Empfehlungen 2015 SVGÖ. PDF abrufbar unter: www.svgö.ch. Vitamin D – Empfehlungen des Bundesamtes für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen BLV. PDF abrufbar unter: <https://www.blv.admin.ch/blv/de/home/lebensmittel-und-ernaehrung/ernaehrung/empfehlungen-informationen/naehrstoffe/hauptnaehrstoffe.html>. 2. Fachinformation (www.swissmedinfo.ch).

© 2020 Mylan Pharma GmbH, Turmstrasse 24, 6312 Steinhausen

 **Mylan**
Better Health
for a Better World

KALD-2020-0039-D-F_10092020

DOCUMENTS

Update Rhumatologie 2020
pour médecins de famille

L'articulation douloureuse

Diagnostic efficace –
thérapie réussie



Ligue suisse
contre le rhumatisme
Notre action – votre mobilité

- Handout
- Brochures actuelles de la Ligue suisse contre le rhumatisme
- Sera envoyé par courrier avec l'attestation de participation
- Présentation et évaluation en ligne par email

MERCI BEAUCOUP POUR VOTRE PARTICIPATION

L'ARTICULATION DOULOUREUSE
DIAGNOSTIC EFFICACE – THÉRAPIE RÉUSSIE

UPDATE RHUMATOLOGIE 2020

