

Rhumatologie

Scénarios Cliniques
Pour Thérapeutes en Musculo-Squelettique



RHEUMATOLOGY.PHYSIO

ONLINE.



Incluant:
Spondylarthrite
Polyarthrite Rhumatoïde
Ostéoporose
Lupus Systémique Erythémateux
Et AUTRES...

Auteur: Jack March – Rheumatology.Physio

Préface

J'ai vu beaucoup de patients pendant ma carrière de kiné. Pour un nombre significatif d'entre eux, cela a été soit en service de rhumatologie, soit en tant que Praticien de Première Intention comme on l'appellerait maintenant.

J'ai toujours écrit des études de cas et j'en ai par conséquent stocké un grand nombre. Je notais les études de cas que je trouvais intéressantes, inhabituelles ou parfois même « typiques » à différents niveaux de détails.

Ces dernières années, j'ai eu la chance d'acquérir une petite réputation en tant que personne à qui poser des questions sur des sujets et des cas en rhumatologie, et je vois plusieurs thèmes se répéter.

C'est pourquoi j'ai décidé d'adapter certaines de mes études de cas pour ce livret. J'espère qu'il contribuera à apporter du contexte à l'information que j'écris dans mes blogs et que j'enseigne dans mes cours.

Ces études de cas sont basées sur des patients réels, je les ai adaptées pour correspondre au style du livret et pour créer des outils d'apprentissage utiles.

Vous allez probablement remarquer qu'il y existe beaucoup de zones grises. Vous allez même peut-être penser à d'autres diagnostics comme cause possible des symptômes présentés, et c'est une bonne chose. Emparez-vous de ces schémas de pensée.

J'espère que vous allez trouver ce livret utile pour votre pratique, et que cela vous rappellera certains patients qui vous ont mis en difficulté.

Bonne lecture !

Jack.



A propos de l'Auteur

Jack March

Kiné en Rhumatologie

Jack est kinésithérapeute, diplômé en 2008 de l'université de Plymouth et, après des rotations de postes, il s'est installé en rhumatologie et en a fait sa spécialité depuis 2011. Il a donné des séminaires, des présentations en congrès et des formations présentiels sur le sujet de la rhumatologie, couvrant principalement les sujets de la détection, de l'investigation, et de la prise en charge. Elles étaient destinées aux professionnels paramédicaux (kinés, ergothérapeutes, infirmiers, ...) mais des collègues en médecine générale étaient aussi présents et leurs retours ont été positifs.

En plus de la formation continue, ses rôles actuels incluent :

Responsable Clinique en Rhumatologie pour Chews Health.

Directeur des Opérations de The Physio Matters Podcast et Chews Media.



@Physiojack



@rheumatology.physio



Contenu

	Introduction	Page 6
01	Spondylarthrite	Page 8
02	Polyarthrite Rhumatoïde	Page 17
03	Ostéoporose	Page 24
04	Goutte	Page 29
05	Lupus Systémique Erythémateux	Page 34
06	Syndrôme de Sjögren	Page 38
07	Polymyalgie Rhumatismale	Page 41
08	Arthrite Réactionnelle	Page 44
09	Auto-Évaluation	Page 51
10	Courriers pour réorienter	Page 54

Introduction

Bonjour ! Merci d'avoir pris la décision de passer un peu de temps sur ce livret. Il a été conçu pour vous aider à réfléchir à la complexité et au processus de raisonnement clinique entourant les affections rhumatologiques.

Ce livret est destiné aux cliniciens qui reçoivent des patients avant tout examen médical, ex. Praticiens de Première Intention (PPI), ou à ceux exerçant en libéral. Nous devons nous assurer d'être minutieux dans nos bilans, de considérer toutes les causes possibles pour les symptômes de la personne, et nous assurer de savoir quoi faire de ces informations.

Ce livret espère combler une lacune dans le processus de raisonnement pour les cliniciens – la rhumatologie, un ensemble de pathologies complexes, difficiles et parfois intimidantes. Le retard de diagnostic pour cette cohorte peut malheureusement avoir des conséquences terribles, nous ne pouvons donc pas nous permettre d'être complaisant.

En rhumatologie, lorsque l'on manque le diagnostic et que les patients doivent attendre de voir un spécialiste, les résultats sont mauvais à tous les niveaux.

En tant que thérapeutes, nous ne pouvons plus nous cacher derrière le triage médical préalable ou derrière l'aveu d'ignorance, car nous sommes de plus en plus proches du début du parcours de soins du patient. Nous devons prendre nos responsabilités et nous assurer que nous sommes

les meilleurs cliniciens que nous puissions être pour le patient venant nous consulter.

Cela vaut aussi pour les thérapeutes recevant des patients après examen médical. Ne partez pas du principe qu'il a été complet. Faites votre propre évaluation globale et votre propre avis clinique. Le but de ce livret est de vous aider à cela.

Pour de nombreuses raisons, dont la concision du livret, je suis « resté dans ma voie ». Quand vous travaillerez sur les études de cas, vous remarquerez l'absence d'évaluation de drapeaux rouges, de symptômes neurologiques et d'autres domaines de questionnement. Cela permet aux études de cas de garder une longueur acceptable et m'a évité de passer des années à écrire ce livret.

J'ai confiance sur le fait que vous connaissez les autres prérequis d'examen pour les rachialgies, les douleurs articulaires multiples et les pathologies systémiques. J'espère que vous serez indulgents lorsque je ne mets pas les informations concernant des douleurs radiculaires, de la fonction vésicale et intestinale, etc.

Les sections d'évaluations de ce livret auront la valeur de ce que vous en faites. Vous pourriez ne pas y répondre pour voir directement ce que je pense être la réponse, mais je pense que vous rateriez quelque chose. Je crois vraiment que de plonger dans ces scénarios simulés vous aidera dans le monde réel.

Introduction

Avant que cette introduction ne devienne plus longue que le livret, j'ai une dernière considération.

Vous verrez que je propose ce que vous devriez faire pour certains scénarios. Puisque nous suspectons des problèmes « médicaux » chez ces patients, nous les référons inévitablement en dehors de la thérapie. Pensez à la valeur ajoutée que vous pouvez apporter lors de leur consultation.

Ne nous reposons pas sur la satisfaction d'avoir identifié avec succès une pathologie relativement rare et de les avoir renvoyés directement à l'endroit approprié. Réfléchissons plutôt à « comment pourrais-je améliorer leurs résultats ? ». Des interventions très simples et des conseils peuvent faire une grande différence. Je sais que le temps et les ressources sont limités, mais en utiliser juste un peu pour la réassurance, l'éducation et les conseils pourrait faire la différence à long terme pour ces personnes.

Ce livret ne contient pas toutes les réponses. Je fais quelques conclusions hâtives, présomptueuses par rapport à des connaissances antérieures. N'hésitez pas à utiliser un moteur de recherche ou à me contacter pour des clarifications. Utilisez également mes autres contenus de formation continue (la plupart sont gratuits, car je suis mauvais en affaires) pour vous aider en cours de route.

Pour m'aider, merci de me faire des retours et si vous pensez que c'est super, parlez-en à vos collègues !

Je vais maintenant m'arrêter et vous laisser continuer ce livret.

J'espère que je pourrai vous rencontrer un jour via les réseaux sociaux ou lors de quelque événement présentiel.

Maintenant, branchez les neurones de la réflexion et c'est parti !



1

Spondylarthrite

La Spondylarthrite (SpA) est un terme parapluie couvrant des pathologies auto-immunes affectant le squelette axial (rachis et articulations sacro-iliaques) et/ou les enthèses périphériques (tendon d'Achille, fascia plantaire, insertions de l'épicondyle latéral). Les pathologies de ce terme parapluie incluent la Spondylarthrite Axiale et le Rhumatisme Psoriasique. Il y a des liens familiaux pour ces pathologies et une forte association de positivité de 85%-95% au HLA-B27.

Spondylarthrite

Scénario 1

Patient

John est un homme de 25 ans qui se plaint de douleurs thoraciques depuis 3 mois. Pas d'antécédents médicaux ou de consultation thérapeutique musculo-squelettique. Pas de médication prescrite régulièrement.

Informations Subjectives Supplémentaires

Apparition soudaine de douleurs thoraciques il y a 3 mois avec des douleurs bilatérales situées dans les fesses la plupart du temps. Pas d'antécédents de douleur rachidienne, de blessure ou de plainte musculo-squelettique. Pas de changement dans les habitudes, le travail ou les circonstances avant l'apparition des symptômes. N'a pas été malade ni pris d'antibiotiques.

Schéma sur 24 h

Se sent très raide quand il se réveille le matin avec des douleurs rachidiennes importantes. Cela dure environ 1h. La douleur et la raideur reviennent après être resté assis à son bureau plus d'une heure et il doit marcher pour qu'elles passent. Il n'a pas de problème en journée s'il ne travaille pas, car il peut continuer à bouger.

Il s'endort facilement, mais se réveille vers 2h du matin toutes les nuits avec des douleurs et de la raideur. Il se lève et fait quelques étirements et peut ensuite se rendormir.

Aggravant/Améliorant

Rester assis longtemps à son bureau, la conduite ou regarder la TV aggravent ses douleurs au dos. Rien n'aggrave les douleurs dans les fesses qui sont présentes quand il se réveille le matin et se calment au bout d'une heure. L'ibuprofène soulage ses symptômes et il en prend régulièrement dans la journée. Aller à la salle de sport n'aggrave pas ses symptômes et il se sent même peut-être moins bien les jours où il n'y va pas.

Antécédents

Il n'a pas de problème de santé. Il n'a pas été voir son médecin généraliste (MG) au cours des 5 dernières années. Il n'a aucune médication prescrite. Il dit ne pas avoir d'infection sexuellement transmissible et ne pas consommer de stéroïdes. Il se sent bien mais un peu fatigué du fait du sommeil interrompu. Il dit ne pas se sentir déprimé ou anxieux.

Il n'a pas d'antécédent personnel ou familial de psoriasis, d'iritis/uvéïte, de maladie de Crohn/colites ou d'arthropathies inflammatoires.

Facteurs Sociaux

Il travaille à un bureau à créer des logiciels. Il aime aller à la salle de sport et a un programme bien complet. Il ne fume pas, boit occasionnellement de l'alcool et a un IMC de 24. Il pense que ses douleurs sont probablement dues à sa posture au travail.

Activité de Raisonnement Clinique

À partir de cette présentation, notez les éléments indiquant que John pourrait avoir une SpA axiale

Spondylarthrite

Scénario 1

John présente un début classique de Spondylarthrite Axiale

- Apparition insidieuse de douleurs rachidiennes et fessières depuis 3 mois
- Douleur et raideur le matin pendant > 60 min
- Pire au repos, mieux à l'activité
- Réveil en deuxième partie de nuit, lever du lit pour soulager les symptômes
- Soulagé par les AINS

Prochaines Étapes

Expliquer à John que le tableau clinique révèle une cause inflammatoire à ses symptômes, ce qui nécessite de le référer vers un rhumatologue pour plus d'investigations. Le but de cette consultation est de confirmer ou d'exclure un diagnostic spécifique et de débiter un traitement approprié si nécessaire.

Rassurer John que le pronostic pour ces pathologies est bon quand elles sont diagnostiquées et prises en charge tôt. Il a déjà une bonne hygiène de vie et devrait continuer autant que possible pour améliorer ses chances de bons résultats. Considérer des prises en charge thérapeutiques spécifiques s'il y a des déficits fonctionnels rapportés.

Investigations

Si adapté et disponible, référer pour :

- IRM du rachis entier et articulations sacro-iliaques selon le protocole SpA
- Analyses de sang : HLA-B27, VS, CRP

Réorientation à venir

Référer en rhumatologie via le parcours local approprié pour des investigations supplémentaires des symptômes faisant suspecter une Spondylarthrite Axiale.

Points Clés

Le schéma des symptômes en même temps que les facteurs aggravants et améliorants sont clés pour la détection dans le cas de John.

La réassurance et les conseils d'hygiène de vie à ce stade précoce sont un accompagnement important en plus de le référer rapidement.

La SpA axiale devrait être considérée dans le diagnostic différentiel chez les personnes jeunes (< 45 ans) avec douleurs rachidiennes durant depuis > 3 mois.

Spondylarthrite

Scénario 2

Patient

Jane est une femme de 35 ans qui se plaint d'un début insidieux de douleurs bilatérales aux talons au cours des 6 dernières semaines. Elle ne prend pas de médicaments réguliers. Elle a des antécédents de psoriasis traité par émollients. Elle a vu un kiné l'année dernière pour TMS de sa main.

Informations Subjectives Supplémentaires

Début insidieux de douleurs bilatérales aux talons il y a 6 semaines. Elle s'est réveillée un matin et n'était pas capable de supporter le poids de son corps sur ses talons. Cela s'est amélioré après quelques minutes et elle n'en a pas tenu compte. Cela s'est progressivement aggravé sur les 6 dernières semaines et elle peine maintenant à marcher pendant les 2 premières heures de la matinée. Pas de changement dans ses habitudes, son travail ou les circonstances précédant le début des symptômes. Elle n'a pas été malade ou pris d'antibiotiques.

Elle a du psoriasis depuis 10 ans et le traite par émollients. L'année dernière, elle a présenté des douleurs et gonflements dans les articulations inter-phalangiennes (IP) de l'index et du majeur de la main droite, diagnostiqués comme des troubles musculo-squelettiques. Cela s'est amélioré grâce à la kiné et de l'ergonomie sur quelques mois et s'est complètement résolu au bout de 6 mois. Elle a eu une épicondylopathie latérale il y a 5 ans qui a duré 2 ans et était assez handicapante.

Schéma sur 24 h

Douleurs intenses le matin quand elle se lève qui mettent 2h à s'améliorer. Cela revient dans la journée à un moindre degré après être restée assise ou avoir marché longtemps. Pas de conséquences sur son sommeil.

Aggravant/Améliorant

Ses douleurs aux talons sont pires après être restée assise / avoir conduit pour n'importe quelle durée. Cela s'améliore au bout d'une période de temps proportionnelle au temps passé assise, de quelques minutes à quelques heures.

Antécédents

Elle n'a pas de problème de santé autre que le psoriasis. Elle a vu son MG pour ses symptômes à la main l'année dernière et auparavant pour son tennis elbow. Elle ne prend pas de médication prescrite. Elle dit ne pas avoir d'infection sexuellement transmissible ni ne consommer de stéroïdes. Elle se sent bien et dit ne pas se sentir anxieuse ou déprimée, mais se sent constamment fatiguée.

Elle n'a pas d'antécédent personnel ou familial d'iritis/uvéite ou de maladie de Crohn/colites. Son père a du rhumatisme psoriasique. Elle n'a pas de changement du lit unguéal.

Spondylarthrite

Scénario 2

Facteurs Sociaux

Elle a un travail de bureau en tant qu'agent immobilier et elle conduit souvent pour aller voir les biens. Elle aime marcher avec son chien 5-6km/j, cela ne pose normalement pas de problème. Elle fume 10 cigarettes/j et a un IMC de 32.

Elle s'inquiétait par rapport au rhumatisme psoriasique quand elle a développé les symptômes à la main, mais a été rassurée quand ils sont partis.

Activité de Raisonnement Clinique

À partir de cette présentation, notez les éléments indiquant que Jane pourrait avoir une SpA

Jane présente une possible Spondylarthrite Périphérique ; probablement un Rhumatisme Psoriasique.

- Début insidieux de tendinopathie bilatérale (fasciite plantaire)
- Symptômes le matin pendant >60min
- Antécédent d'épicondylopathie latérale et d'œdème et douleur des articulations IP
- Psoriasis diagnostiqué
- Son père a un rhumatisme psoriasique
- IMC élevé et fumeuse

Prochaines Étapes

Expliquer à Jane que le tableau clinique nous fait suspecter une cause inflammatoire de ses symptômes, qui nécessite de la référer chez un rhumatologue pour plus d'investigations. Le but de cette consultation est de confirmer ou d'exclure un diagnostic spécifique et de débiter un traitement approprié si nécessaire.

Discuter avec Jane de sa santé générale, car son IMC élevé et son statut de fumeuse vont contribuer à augmenter le niveau d'inflammation systémique. Cela peut augmenter la probabilité de développer un rhumatisme psoriasique ou des pathologies cliniques distinctes. Si elle est diagnostiquée avec un rhumatisme psoriasique, ces facteurs vont aussi favoriser de moins bons résultats. Considérer de commencer une prise en charge thérapeutique spécifique pour les douleurs bilatérales aux talons quand la possibilité d'un rhumatisme psoriasique est exclue.

Un essai d'anti-inflammatoires peut être pertinent pour évaluer l'impact sur les symptômes.

Investigations

Si adapté et disponible, référer pour :

- Échographie pour chercher une enthésite d'insertion
- Analyses de sang : HLA-B27, VS, CRP, Facteur Rhumatoïde

Spondylarthrite

Scénario 2

Réorientation à venir

Référer en rhumatologie via le parcours local approprié pour des investigations supplémentaires des symptômes faisant suspecter une Spondylarthrite Périphérique.

Points Clés.

La SpA Périphérique devrait être considérée en présence d'un psoriasis et de tendinopathie, même si un des deux est révolu.

Les antécédents familiaux de pathologies inflammatoires ajoutent une forte suspicion clinique et abaissent le seuil pour référer.

Les conseils d'hygiène de vie à ce stade précoce sont un accompagnement important au fait de référer rapidement, par rapport aux résultats à court et long termes, quel que soit le diagnostic final.

Dans ce scénario, il est possible que Jane ait de multiples pathologies cliniques distinctes. Il n'est pas possible d'exclure la SpA Périphérique et cela justifie le fait de référer vers un spécialiste pour des investigations.

Spondylarthrite

Scénario 3

Patient

Adam est un homme de 45 ans qui se plaint de douleurs lombaires depuis 3 ans. Il a des colites ulcéreuses traitées par Azathioprine.

Informations Subjectives Supplémentaires

Il y a 3 ans, Adam a porté des caisses au travail. Le lendemain, il sentait son dos raide, cela a empiré les jours suivants et est devenu assez douloureux. Il a été en arrêt de travail pendant 1 mois à ce moment-là. Cela s'est suffisamment amélioré pour qu'il puisse retourner au travail. Il a depuis eu des douleurs lombaires d'intensité variable et a vu un kiné, un ostéopathe et un chiropracteur qui ont soulagé les symptômes à court terme. Même si c'est pénible, ses douleurs lombaires ne l'embêtent pas de façon quotidienne.

Cependant, il a récemment eu une crise douloureuse et a de nouveau été arrêté 2 semaines. Il ne voit pas de facteur déclencheur de ces crises.

Il se rappelle de plusieurs autres douleurs, incluant une tendinopathie d'Achille il y a 2 ans, une épicondylopathie bilatérale l'année dernière, et des douleurs latérales de hanche il y a 5 ans qui avaient duré 1 an avant d'être calmées par une infiltration stéroïdienne.

En plus des différentes radios du bassin et du rachis lombaire, il a passé une IRM du rachis lombaire il y a 6 mois qui a montré un petit bombement discal du côté gauche et de la dégénérescence discale.

Il n'a jamais eu de douleurs radiculaires ou de symptômes de type neurologique.

Ses douleurs de dos sont dépendantes de l'activité – plus il est pris par son travail, plus la douleur est importante. C'est beaucoup mieux s'il se repose ou s'il est en vacances. Il a commencé à courir pour améliorer sa forme physique l'année dernière. Il a mal au dos pendant et après mais ce n'est pas pire que les autres jours.

Il a parfois des difficultés à s'endormir, car il sent que son dos est inconfortable. Il ne se réveille pas la nuit. Il dit que son dos est raide pendant quelques minutes le matin, mais jamais pendant une période prolongée.

Aggravant/Améliorant

Le fait de porter au travail aggrave ses douleurs de dos. S'il a beaucoup de choses lourdes à porter ses douleurs de dos vont se détériorer au cours de la journée. Il prend parfois du paracétamol pour soulager. Généralement, si la douleur empire au travail, il se sent suffisamment bien le lendemain pour retourner au travail. Le seul changement est une crise de douleurs plus intenses qui arrive à coup sûr tous les 6 mois.

Spondylarthrite

Scénario 3

Antécédents

Il a des colites ulcéreuses et il est suivi par l'équipe de gastroentérologie depuis 20 ans. C'est stable et bien traité par l'Azothiaprine. Il se sent bien, mais frustré par son dos. Il dit ne pas se sentir anxieux ou déprimé.

Il n'a pas d'antécédent personnel ou familial de psoriasis, iritis/uvéïte ou d'arthropathies inflammatoires.

Facteurs Sociaux

Il travaille en tant que livreur et l'intensité de travail est variable. Les journées moins intenses sont meilleures. Il court une fois par semaine. Il a une bonne hygiène alimentaire, ne fume pas et a un IMC de 26.

Activité de Raisonnement Clinique

À partir de cette présentation, notez les éléments indiquant qu'Adam pourrait avoir une SpA axiale

Adam présente une possible Spondylarthrite Axiale (probablement enthéropathique)

- Rachialgie chronique avec des crises aiguës insidieuses
- Colites ulcéreuses suivies en gastroentérologie
- 4 plaintes tendineuses antérieures

Prochaines Étapes

Expliquer à Adam que ses symptômes peuvent être expliqués et liés à une pathologie inflammatoire. Bien qu'aucun de ses symptômes ne soit vraiment de nature inflammatoire (ie son mal de dos n'est pas un tableau typique), la pathologie qui fait le lien est la colite ulcéreuse. Une forte proportion de personnes ayant cette pathologie développe une arthropathie inflammatoire associée.

Il a reçu précédemment des soins qui, même s'ils calmaient les crises aiguës, n'ont jamais soigné les douleurs persistantes de dos. Bien qu'il ait fait précédemment des imageries de son dos, il n'a pas eu d'incidence correcte pour déterminer si des signes radiologiques étaient présents.

Il est approprié de le réorienter en rhumatologie pour des investigations spécialisées pour exclure la Spondylarthrite Axiale comme cause de ses douleurs de dos et de ses précédents problèmes tendineux. Il est aussi raisonnable de commencer un traitement en parallèle de la réorientation en rhumatologie afin de calmer la crise, car cela a été efficace pour lui dans le passé.

Spondylarthrite

Scénario 3

Investigations

Si adapté et disponible, référer pour:

- IRM du rachis entier et articulations sacro-iliaques selon le protocole SpA
- Analyses de sang : HLA-B27, VS, CRP

Réorientation à venir

Référer en rhumatologie via le parcours local approprié pour des investigations supplémentaires des symptômes faisant suspecter une Spondylarthrite Axiale.

Points Clés

Le fait de réorienter en rhumatologie est approprié dans ce cas bien que les douleurs de dos ne soient pas de nature inflammatoire. C'est chronique et la colite ulcéreuse associée est suffisante pour atteindre le seuil de réorientation.

Le seuil pour réorienter dans ce type de cas est bas. C'est approprié car l'incidence de la SpA chez les patients avec colites ulcéreuses est significative, tout comme le délai actuel pour consulter un spécialiste et avoir un diagnostic.

Offrir une prise en charge thérapeutique pour les déficits fonctionnels et la gestion de la douleur est aussi pertinent pendant la période de crise pour aider Adam à retourner au travail. S'il était en dehors d'une période de crise, alors je lui laisserais le choix de commencer une autre période de soins s'il pense que cela peut l'aider.

2

Polyarthrite Rhumatoïde

La Polyarthrite Rhumatoïde est une polyarthropathie inflammatoire caractérisée par une synovite aigüe, le plus souvent des articulations MCP et MTP, bien que n'importe quelle articulation synoviale puisse être affectée. La synovite persistante mène à un excès d'infiltrat inflammatoire dans l'articulation qui, si non traitée, cause des érosions irréversibles. À long terme, d'autres systèmes du corps peuvent en être affectés et il y a un risque accru de pathologies cliniquement importantes comme des pathologies cardiovasculaires et l'ostéoporose.

Polyarthrite Rhumatoïde

Scénario 1

Patient

Mary est une femme de 20 ans qui se plaint de douleurs et d'œdèmes bilatéraux aux mains au niveau des articulations Métacarpo-Phalangiennes (MCP) depuis 2 semaines. Elle ne prend aucune médication prescrite.

Informations Subjectives Supplémentaires

Début insidieux de douleurs et œdème bilatéraux aux mains au niveau des articulations MCP depuis 2 semaines. Elle a des difficultés dans toutes les tâches fonctionnelles du fait de la diminution des amplitudes aux deux mains, les articulations sont très raides et c'est douloureux de tenir quoi que ce soit. Il y a un œdème constant et les articulations peuvent parfois être chaudes et rouges. Elle a aussi remarqué qu'elle était tout le temps très fatiguée depuis l'apparition des symptômes. Elle doit prendre du paracétamol et de l'ibuprofène pour calmer la douleur. Elle est en arrêt de travail depuis le début des symptômes.

Schéma sur 24 h

Les articulations de ses mains sont raides toute la journée, sans variation. La douleur est pire le matin et s'estompe très légèrement autour de midi. Elle a des difficultés à s'endormir le soir du fait de la douleur et se réveille ensuite régulièrement. Mettre ses mains dans l'eau chaude et faire quelques mouvements doux peut libérer un peu ses mains le matin.

Aggravant/Améliorant

Toute forme d'activité avec ses mains aggrave la douleur. La raideur est pire après une période de repos et s'atténue ensuite avec l'activité, bien que ce soit aussi douloureux. L'activité semble aggraver le gonflement, la rougeur et la chaleur au niveau des articulations MCP.

Antécédents

Elle n'a pas de problème de santé connu et ne prend pas de médication prescrite. Elle dit ne pas avoir d'infection sexuellement transmissible ni consommer de stéroïdes. Elle se sent bien, mais se sent très fatiguée et le met sur le compte du manque de sommeil. Elle se sent un peu anxieuse par rapport à ses symptômes du fait qu'ils soient si contraignants. Elle dit ne pas se sentir déprimée.

Elle n'a pas d'antécédent personnel ou familial de psoriasis, d'iritis/uvéïte, de maladie de Crohn/colites ou d'arthropathies inflammatoires. Elle n'a pas eu dans le passé de problèmes ou de blessures au niveau des articulations ou des tissus mous. Le squeeze test des articulations MCP est positif en bilatéral et le squeeze test des articulations MTP est positif au pied droit.

Facteurs Sociaux

Elle travaille en tant que designer ce qui demande du travail sur ordinateur et du travail d'art. Elle est en arrêt de travail depuis le début des symptômes. Elle va normalement régulièrement à la salle de sport pour se maintenir en forme. Elle ne fume pas, ne boit pas d'alcool et son IMC est de 22.

Polyarthrite Rhumatoïde

Scénario 1

Activité de Raisonnement Clinique

À partir de cette présentation, notez les éléments indiquant que Mary pourrait avoir une Polyarthrite Rhumatoïde :

Mary présente une apparition classique de Polyarthrite Rhumatoïde (PR)

- Début aigu et insidieux d'œdème, raideur, rougeur, chaleur et douleur bilatéraux aux MCP
- Douleur et raideur articulaire toute la journée
- Réveils nocturnes avec douleur et raideur articulaire
- Raideur diminuée par l'activité
- Femme
- Squeeze tests des MCP et MTP positifs

Prochaines Étapes

Expliquer à Mary que ses symptômes font penser à une Polyarthrite Rhumatoïde, ce qui nécessite une réorientation en rhumatologie pour des investigations spécialisées et la mise en place d'une prise en charge médicale appropriée.

Rassurer Mary sur le fait que le pronostic est bon pour la Polyarthrite Rhumatoïde quand elle est diagnostiquée et prise en charge précocement, et que 50 % des gens sont en rémission clinique 1 an après le diagnostic. Son bon état de santé général rend cette éventualité encore plus probable. Considérer des soins spécifiques par un spécialiste de la main pour les déficits fonctionnels qu'elle décrit.

Investigations

Si adapté et disponible, référer pour:

- Échographie des MCP et MTP pour rechercher des synovites
- Analyses de sang : Anti-CCP, VS, CRP, Facteur Rhumatoïde

Réorientation à venir

Référer en rhumatologie via un parcours Arthrite Inflammatoire Débutante si présent localement.

Polyarthrite Rhumatoïde

Scénario 1

Points Clés

Le début insidieux de symptômes bilatéraux dans les articulations périphériques fait suspecter une arthrite inflammatoire chez une jeune personne.

Dans le cas de Mary, les symptômes sont clairement inflammatoires par nature (gonflement, rougeur, chaleur, raideur articulaire prolongée).

La réorientation en rhumatologie via un accès rapide est l'action prioritaire.

La réassurance et les conseils d'hygiène de vie à ce stade précoce sont un accompagnement important à la réorientation rapide.

Polyarthrite Rhumatoïde

Scénario 2

Patient

Andrew est un homme de 60 ans se plaignant de douleurs et d'un œdème à son genou droit depuis 3 mois. Il ne souffre d'aucune autre pathologie médicale et ne suit aucune prescription médicamenteuse.

Informations subjectives supplémentaires

Andrew raconte que son genou droit s'est œdématié après ses vacances. Il a beaucoup marché et son genou a commencé à être douloureux après une de ces journées. Après son retour, il est resté assez douloureux et œdématié. Il était parfois chaud au toucher, mais il n'y avait pas de rougeur. Il le trouve parfois raide, mais cela s'améliore grâce à des mouvements.

Du point de vue fonctionnel, il a des difficultés avec les escaliers, surtout le matin. S'il est resté assis un long moment dans la voiture, la marche est difficile avant que la raideur ne passe. Andrew pense qu'il souffre d'arthrite aujourd'hui, car il a souffert d'un bon nombre de blessures de genou au football étant plus jeune, et il a subi quelques interventions chirurgicales méniscales.

Il ne souffre d'aucune autre douleur articulaire, se sent bien et n'a pas eu besoin de voir son médecin traitant ou son thérapeute physique depuis 5 ans. Il trouve que l'ibuprofène l'aide.

Schéma sur 24 heures

Son genou est raide et douloureux le matin pendant approximativement 30 minutes.

Ses symptômes reviennent s'il passe un long moment assis ou à conduire. Il arrive à marcher sans trop de difficultés, sauf après un temps de repos.

Parfois, son genou douloureux le réveille la nuit, aux premières heures du matin. C'est moins marqué s'il prend un ibuprofène avant de se coucher.

Aggravation/amélioration

Garder le genou immobile aggrave la raideur et la douleur du genou quand il recommence à bouger. Les escaliers sont difficiles le matin, autrement le genou ne le gêne pas trop. L'ibuprofène améliore ses symptômes.

Antécédents

Il est en forme et en bonne santé et ne suit aucun traitement médicamenteux. Il dit ne pas avoir d'infection sexuellement transmissible et ne pas consommer de stéroïdes. Il se sent bien, n'est pas fatigué et assure ne ressentir aucun signe de dépression ou d'anxiété.

Il n'a pas d'antécédent personnel ou familial de psoriasis, d'iritis/uvéite, de maladie de Crohn/colites. Sa grand-mère et sa sœur souffrent de polyarthrite rhumatoïde.

Facteurs sociaux

Il est policier à la retraite, aime le jardinage, la lecture et regarder des films. Il fume 15 cigarettes/jour, boit de l'alcool presque tous les jours et son IMC est de 32.

Polyarthrite Rhumatoïde

Scénario 2

Activité de Raisonnement Clinique

À partir de cette présentation, notez les éléments indiquant qu'Andrew pourrait avoir une Polyarthrite Rhumatoïde :

Andrew présente potentiellement un début de polyarthrite rhumatoïde (PR)

- Installation insidieuse (pas de blessures) de douleurs au genou droit avec œdème et raideur.
- Douleurs et œdème le matin qui durent 30 minutes.
- Marche durant la nuit avec douleur et raideur articulaire.
- Empire au repos
- S'améliore avec les AINS
- Importants antécédents familiaux

Prochaines étapes

Expliquer à Andrew que ses symptômes font penser à une Polyarthrite Rhumatoïde, ce qui nécessite une réorientation en rhumatologie pour des investigations spécialisées et la mise en place d'une prise en charge médicale appropriée.

Discuter du fait que ses symptômes peuvent être causés par de l'arthrose, mais que du fait de la forte présence de PR dans son historique familial, il est important de pouvoir exclure cette cause. Quel que soit le résultat final, une diminution de son IMC, de sa prise d'alcool et de son tabagisme augmenteraient significativement ses chances de bon résultat.

Penser à une réorientation dans les différents services pour faciliter cette démarche.

Commencer un programme d'exercices graduels pour son genou, en fonction des préférences d'Andrew. Ce sera bénéfique quel que soit le diagnostic.

Investigations

Si c'est possible et disponible, réorienter vers :

- Une IRM, le plus utile pour faire le bilan de l'articulation et de la synoviale.
- Analyses de sang : Anti-CCP, VS, CRP, facteurs rhumatoïdes

Réorientation

Référer en rhumatologie via un parcours Arthrite Inflammatoire Débutante si présent localement.

Polyarthrite rhumatoïde

Scénario 2

Points clés

Les symptômes d'Andrew sont cohérents avec de l'arthrose, mais les importants antécédents familiaux, même en présence d'une inflammation modérée, justifient le renvoi en rhumatologie.

Son mode de vie peut avoir un impact important sur son inflammation systémique, contribuant au tableau inflammatoire dont il souffre.

Les interventions débutées à ce stade (ex. perte de poids, arrêt du tabac, programme physique graduel) ont une chance d'être efficaces quel que soit le diagnostic.

Le pic d'apparition de la PR est entre 40-60 ans, il est donc dans la tranche d'âge.



3

Ostéoporose

L'ostéoporose est la combinaison d'une diminution de la masse osseuse et d'une diminution de la qualité osseuse qui résultent en une augmentation de la fragilité de la structure osseuse. Ces changements impliquent une plus forte prédisposition aux fractures, classiquement suite à un traumatisme mineur (comme le poignet ou le col du fémur) ou de façon pathologique et parfois asymptomatique au niveau du rachis.

Ostéoporose

Scénario 1

Patient

June est une femme de 85 ans présentant une fracture au poignet suite à une chute. En dehors de cela, elle se sent bien et elle est en bonne santé.

Informations subjectives supplémentaires

Il y a 6 semaines, June a glissé dans sa cuisine et s'est réceptionnée sur son bras droit tendu. Elle s'est fracturé le poignet. Un plâtre a été posé. Elle n'a pas eu besoin d'une réduction chirurgicale de sa fracture ni de fixation interne. Depuis que le plâtre a été retiré, son poignet est raide et manque de force. Dans l'ensemble, elle n'a pas mal.

Elle trouve que son équilibre est assez bon et même si elle rapporte avoir peur de tomber à nouveau, elle a continué à sortir, faire ses courses et maintenir une vie sociale.

Antécédents

June est en bonne santé et en forme malgré sa fracture récente. Elle ne prend aucun médicament prescrit et n'a jamais eu besoin de stéroïdes. Elle s'inquiète un peu pour son équilibre depuis sa chute, mais elle n'est pas réellement anxieuse. Elle s'est fracturé le tibia et la fibula il y a 2 ans après une chute de quelques marches.

Elle rapporte s'en être bien remise.

Elle ne souffre d'aucun problème d'absorption, ni de soucis à l'intestin grêle ou au gros intestin et décrit un régime alimentaire varié.

Elle n'a pas d'antécédent familial d'ostéoporose et ne pense pas que ses parents aient eu des fractures.

Facteurs sociaux

June est une enseignante à la retraite. Elle aime sortir avec ses amis et ne pratique pas une activité physique formelle. Elle ne fume pas et ne boit pas, et son IMC est de 19.

Activité de Raisonnement Clinique

À partir de cette présentation, notez les éléments indiquant que June pourrait souffrir d'ostéoporose

Ostéoporose

Scénario 1

Les investigations pour ostéoporose chez June sont justifiées par :

- 2 fractures ces 2 dernières années
- IMC dans la partie basse de la fourchette normale
- Femme âgée de 85 ans

Étapes suivantes

Expliquer à June qu'il serait prudent de faire une recherche de densité osseuse à cause de ses 2 dernières fractures. L'ostéoporose est habituelle dans la population plus âgée et peut être bien gérée grâce à une protection osseuse associée à un programme d'exercices de mise en charge.

Lui donner un programme d'exercices graduels dans lequel sont incluses des composantes de mise en charge et d'équilibre. Gérer correctement les déficits fonctionnels du poignet.

Investigations

Effectuer un bilan de risque de densité osseuse (le score FRAX est validé)

Si c'est possible et disponible, réorienter vers :

- Un scan DEXA

Réorientation

Renvoyer chez le médecin traitant si le DEXA montre de l'ostéoporose ou une ostéopénie OU si le score FRAX justifie la mise en place d'une protection osseuse.

Points clés

L'ostéoporose est probablement sous-diagnostiquée dans la population.

Un âge avancé et être de sexe féminin augmentent significativement le risque.

Le bilan du risque de fracture est simple et rapide.

L'activité physique peut améliorer la densité osseuse et réduire le risque de chute et devrait être fortement encouragée.

Ostéoporose

Scénario 2

Patient

Mark est un homme de 50 ans souffrant de polyarthrite rhumatoïde (PR) depuis longtemps. Il suit un traitement biologique et sa distance de marche est limitée.

Informations subjectives supplémentaires

Les capacités fonctionnelles de Mark sont faibles, son périmètre de marche est limité et il fatigue rapidement. Il a été diagnostiqué avec une PR à l'âge de 20 ans et a pris beaucoup de médicaments pendant tout ce temps, dont plusieurs sessions de stéroïdes pour gérer les symptômes de son arthrite.

Il souffre de douleurs et de déformations multi-articulaires.

Antécédents

Mark fatigue facilement et prend du Ramipril pour son hypertension artérielle, des produits biologiques et du Méthotrexate pour sa PR et de la codéine pour la douleur. Il a eu plusieurs sessions de stéroïdes à forte dose, la dernière étant l'année passée, avec 40 mg durant 4 semaines avant d'être ajustée.

Il ne souffre pas de problème d'absorption, pas de soucis à l'intestin grêle ou au gros intestin, et dit suivre un régime alimentaire varié.

Il n'y a pas d'antécédents familiaux d'ostéoporose et aucun de ses parents n'a eu de fracture dans son souvenir.

Facteurs sociaux

Mark ne travaille plus depuis qu'il a été diagnostiqué avec une PR. Il ne sort pas beaucoup et son niveau d'activité est bas. Il fume 15 cigarettes/jour, boit 2 verres de vin/jour et son IMC est de 26.

Activité de Raisonnement Clinique

À partir de cette présentation, notez les éléments indiquant que Mark pourrait souffrir d'ostéoporose

Ostéoporose

Scénario 2

Une investigation à la recherche d'ostéoporose chez Mark est justifiée :

- Une arthropathie inflammatoire à long terme augmente le risque d'ostéoporose.
- Des stéroïdes à forte dose augmentent le facteur de risque d'ostéoporose.
- Son niveau général d'activité est faible et son état de santé général est mauvais associant alcool et tabagisme.

Étapes suivantes

Expliquer à Mark qu'il cumule un certain nombre de facteurs de risque de faible densité osseuse, et qu'il serait prudent de faire des examens supplémentaires. L'ostéoporose peut être bien gérée en associant une protection osseuse à un programme d'exercices de mise en charge et la densité osseuse est plus facile à maintenir si le bilan est fait précocement.

Discuter d'un programme d'exercices graduels, incluant des composantes de mise en charge et d'équilibre, qui soit adapté à sa propre condition.

Discuter de ses comportements de santé. L'alcool et le tabac sont préjudiciables pour la densité osseuse, mais également pour la PR. Penser à réorienter pour l'aider à mieux gérer ces points.

Essayer de déterminer les circonstances qui causent un niveau d'activité si faible. L'anxiété, la dépression et/ou la solitude sont peut-être des freins à l'augmentation de son activité. Une prescription sociale pourrait être bénéfique dans son cas.

Investigations

Effectuer un bilan FRAX de risque de densité osseuse (le score FRAX est validé)

Si c'est approprié et disponible, réorienter vers :

- Un Scan DEXA

Réorientation à venir

Renvoyer chez le médecin traitant si le scan DEXA montre une ostéoporose ou une ostéopénie OU si le score FRAX est assez fort pour justifier la mise en place d'une protection osseuse.

Points clés

Les arthropathies inflammatoires augmentent le risque de faible densité osseuse de nombreuses façons.

La santé générale, dont la santé mentale, peut augmenter le risque et contribuer au faible niveau d'activité.

Un FRAX devrait être effectué pour chaque patient souffrant d'arthropathie inflammatoire.

Détecter les personnes à risque de faible densité osseuse avant qu'elles ne se fassent une fracture est d'une importance capitale.



4

La Goutte

La goutte est une forme d'arthrite inflammatoire. Elle est caractérisée par des flambées aiguës de douleur, de rougeur, d'œdème et de chaleur de l'articulation. L'installation des symptômes arrive souvent la nuit et son pic sera dans les 12 à 24 heures suivantes. La douleur est sévère et les symptômes amènent les personnes à consulter les urgences. La goutte a dépassé la polyarthrite rhumatoïde en tant que pathologie rhumatologique qui recense le plus d'entrées annuelles aux urgences.

Les ponctions articulaires révèlent souvent des cristaux d'urate qui sont la cause de la synovite. La formation de ces cristaux peut être due à un excès d'urée dans le corps (90 %), ou une capacité réduite à produire de l'urate (qui métabolise l'urée).

Goutte

Scénario 1

Patient

Arnold est un homme de 65 ans qui se plaint de douleurs épisodiques de son gros orteil droit accompagnées d'un œdème. Il prend du Ramipril pour son hypertension.

Informations subjectives supplémentaires

Arnold raconte avoir vécu approximativement 5 épisodes de douleur sévère du gros orteil droit durant l'année passée. Une fois, la douleur était tellement sévère qu'il a cru se l'être fracturé et il est allé aux urgences. La radiographie n'a révélé aucune fracture.

Il n'a aucune douleur à ce jour, l'épisode le plus récent s'étant calmé durant l'attente de cette consultation. Le dernier épisode s'est installé insidieusement, avec une douleur, des rougeurs, un œdème et de la chaleur à l'articulation Métatarso-Phalangienne (MTP) du I. Il peut avoir des difficultés à marcher et la douleur va être pulsatile et l'empêcher de dormir. Les épisodes douloureux durent approximativement 4-6 jours puis s'améliorent.

Arnold est inquiet à cause du nombre d'épisodes douloureux et qui se répètent, bien qu'il ne pense les déclencher d'une quelconque manière.

Schéma sur 24 heures

Durant ces épisodes douloureux, le gros orteil fait mal en permanence jusqu'à la disparition du problème.

Il n'y a ni amélioration ni aggravation la nuit, le matin ou durant la journée.

Aggravant/améliorant

Il n'arrive pas à comprendre ce qui cause l'apparition d'un épisode. Lorsque les symptômes sont présents, la mise en charge, le contact des draps, toucher son orteil ou bouger l'articulation aggravent la douleur.

Antécédents

Il souffre d'hypertension artérielle et prend du Ramipril. Il ne prend aucun autre médicament prescrit. Il dit ne pas avoir d'infections sexuellement transmissibles ni ne consommer de stéroïdes. Il se sent bien, et ne souffre pas d'anxiété ou de dépression.

Il n'a aucun antécédent personnel ou familial de psoriasis, d'iritis/d'uvéite, de maladie de Crohn/colites ou d'arthrite inflammatoire.

Facteurs sociaux

Il est caissier dans un supermarché et marche plus d'un kilomètre pour y aller et en revenir. Il fume 20 cigarettes/jour depuis 40 ans. Il boit 2-4 bouteilles de vin par soir le week-end et son IMC est de 36.

Activité de Raisonnement Clinique

À partir de cette présentation, notez les éléments indiquant qu'Arnold pourrait souffrir de la goutte.

Goutte

Scénario 1

Arnold présente les signes typiques de la goutte.

- L'articulation la plus communément touchée est la 1^e MTP
- Des épisodes douloureux sévères avec de l'œdème, des rougeurs et de la chaleur.
- La goutte est plus fréquente chez les hommes et le risque augmente en présence de soucis vasculaires, de tabagisme, d'alcool et d'un fort IMC.
- Caractérisée par une douleur sévère, les personnes décrivent la douleur comme la pire qu'elles aient jamais vécue.

Étapes suivantes

Expliquer à Arnold que ses symptômes sont typiques d'un épisode aigu de goutte. Sa santé générale et sa prise d'alcool le rendent sujet à de nouveaux épisodes.

Discuter des stratégies d'amélioration de sa santé générale. Diminuer son IMC, la prise d'alcool et le tabagisme, et augmenter son niveau d'activité sont des points importants pour son hypertension et la goutte. Un bilan des risques cardiovasculaires serait aussi approprié.

La prise en charge initiale de la goutte devrait être faite par le médecin traitant.

Investigations

Si c'est approprié et disponible, demander :

- Analyses de sang : acide urique, VS, CRP

Réorientation à venir

Référer vers le médecin traitant pour la prise en charge.

Points clés

Une mauvaise santé générale et être un homme sont de forts facteurs de risque au développement de la goutte.

La prise d'alcool et le tabagisme augmentent le risque de développer la goutte.

La 1^{ère} MTP est la zone habituelle des symptômes de la goutte.

Des crises épisodiques sont habituelles.

Une douleur sévère et une inflammation sont des symptômes caractéristiques.

Goutte

Scénario 2

Patient

Chris est un homme de 40 ans se plaignant de douleurs et d'œdème à la cheville depuis 4 jours après une séance de cross-fit très intense. Il est insulino-dépendant à cause de son diabète de type 1.

Informations subjectives supplémentaires

Il y a 5 jours Chris a suivi une séance de cross-fit avec beaucoup plus de sauts sur la box (boxjump) qu'à son habitude. Il fait du cross-fit 5 fois par semaine et n'a jamais eu de soucis de ce genre auparavant. Il ne se souvient pas s'être blessé et il a bien réussi la séance. La douleur a commencé au milieu de la nuit. Il s'est réveillé avec la douleur de cheville vers 3 heures du matin puis la douleur a empiré. Il a hésité à aller aux urgences à cause de la douleur le lendemain matin. La cheville était devenue gonflée, chaude et rouge et il avait du mal à mettre du poids dessus. Il a pensé à une fracture, mais la douleur s'est un peu améliorée, il a donc décidé d'attendre.

La cheville est encore légèrement gonflée, chaude et douloureuse. Elle est raide la majeure partie du temps. La douleur est relativement constante quelle que soit la quantité d'activité qu'il fasse. Il est un peu soulagé par l'ibuprofène.

Schéma sur 24 h.

La douleur et la raideur sont pires le matin et s'améliorent après approximativement 1h.

La raideur se réinstalle quand il se repose et il a du mal à dormir la nuit à cause de sa cheville douloureuse.

Aggravant/améliorant

Le repos aggrave ses symptômes quand il réessaye de marcher et la cheville est très raide. L'activité n'aggrave pas les symptômes, sauf après 30 minutes de repos.

Antécédents

Il souffre d'un diabète de type 1 et prend de l'insuline. Son diabète est bien contrôlé et il est régulièrement suivi. Il ne prend aucun autre médicament prescrit. Il dit ne pas avoir d'infections sexuellement transmissibles et ne pas consommer de stéroïdes. Il se sent bien, quoiqu'un peu fatigué à cause de ses nuits hachées. Il ne se sent ni anxieux ni déprimé.

Il n'a pas d'antécédent personnel ou familial de psoriasis, d'iritis/uvéite, de maladie de Crohn/colites. Son père et son oncle avaient de la goutte.

Facteurs sociaux

Il est ingénieur mécanique. Il va au cross-fit régulièrement et se décrit comme très en forme. Il ne fume pas et ne boit pas d'alcool et son IMC est de 24. Il craint que ce soit une fracture de fatigue.

Goutte

Scénario 2

Activité de Raisonnement Clinique

À partir de cette présentation, notez les éléments indiquant que Chris pourrait souffrir de la Goutte :

Chris montre des symptômes possibles de la goutte.

- Installation des douleurs la nuit, s'aggravant et atteignant leur paroxysme après quelques heures.
- Douleur et raideur le matin pendant 1 heure.
- Pire au repos
- Antécédents familiaux très forts et diabète de type 1
- Amélioré par AINS

Étapes suivantes

Expliquer à Chris que ses symptômes sont cohérents avec un épisode de goutte. Son diabète et son historique familial le rendent susceptible de déclarer un épisode.

Ses symptômes ne sont pas cohérents avec une fracture de fatigue et il n'y a pas eu de blessure évidente durant sa séance. Le rassurer sur le fait qu'il a déjà un mode de vie très sain et qu'il devrait continuer autant que possible afin de mettre toutes les chances de son côté pour un bon rétablissement. La prise en charge initiale devrait se faire avec le médecin traitant.

Investigations

Si c'est approprié et disponible, demander :

- Analyses de sang : acide urique, VS, CRP

Réorientation à venir

Référer vers le médecin traitant pour la prise en charge initiale des crises de goutte.

Points Clés

L'installation des symptômes est importante dans ce cas, car le timing et l'escalade initiale donnent les indices du diagnostic.

La goutte est l'arthrite inflammatoire la plus prévalente et les hommes sont plus atteints.

Les maladies chroniques comme le diabète augmentent le risque de déclencher une goutte.



5

Lupus Systémique Érythémateux

Le lupus systémique érythémateux (LSE) est une maladie auto-immune, multi-systémique et hautement variable. Il peut atteindre différents organes, avec des sévérités et une chronologie différentes. Il est plus habituel chez les femmes et plus prévalent dans la population afro-caribéenne. Les symptômes musculo-squelettiques sont diffus et vagues, les douleurs articulaires et musculaires sont souvent accompagnées d'une fatigue importante. Des éruptions cutanées caractéristiques sont des éléments cliniques importants. Le LSE est souvent confondu avec d'autres pathologies comme la fibromyalgie.

Lupus systémique érythémateux

Scénario

Patient

Mary est une femme de 30 ans, avec des douleurs diffuses dans tout son corps. Elle ne prend aucun médicament.

Informations subjectives supplémentaires

Mary souffre de douleurs diffuses dans tout son corps depuis 6 semaines. L'intensité et la localisation sont variables et semblent être en lien avec son niveau de fatigue. Son sommeil n'a jamais été bon, mais ces 6 dernières semaines, sa fatigue a empiré. Elle se sent plutôt mal et fatiguée, mais ne ressent pas de symptômes spécifiques comme des nausées, des étourdissements ou de la fièvre.

Auparavant, elle était en forme et en bonne santé. Elle a toujours mal dormi, mais cela n'avait pas d'impact sur ses capacités. Maintenant, elle a du mal à se concentrer et se sent léthargique.

Les douleurs physiques n'impactent pas vraiment ses fonctions, mais elles sont suffisamment présentes pour altérer son humeur. Elle en a assez de ne pas se sentir bien et de ne pas avoir de réponse.

Schéma sur 24 heures

Mary est fatiguée en permanence. Les douleurs générales sont plus importantes lorsqu'elle n'est pas concentrée sur autre chose, ce qui rend l'endormissement difficile. Elle s'est toujours réveillée la nuit et ne trouve pas que ce soit pire aujourd'hui.

Quand elle se réveille, le niveau de la douleur est similaire à avant l'endormissement.

Il n'y a pas de schéma clair durant la journée. La douleur est améliorée quand elle se concentre sur autre chose.

Antécédents

Mary n'a aucun autre problème médical, que ce soit au cœur, à la thyroïde, des soucis neurologiques, de l'asthme ou du diabète. Elle n'a pas été malade durant l'année passée, n'a pas contracté de maladie sexuellement transmissible et n'a jamais pris de stéroïdes. Elle ne se sent pas anxieuse, mais son moral est bas ces derniers temps à cause de ses symptômes.

Mary raconte aussi qu'elle a fait 3 fausses couches ces 7 dernières années. Son mari et elle tentent d'avoir un enfant. Elle a aussi eu une éruption cutanée sur son visage ces 6 dernières semaines qui n'était pas douloureuse et ne démangeait pas. Elle n'est pas visible durant la consultation aujourd'hui.

Facteurs sociaux

Mary a déménagé de la Jamaïque il y a 3 ans pour venir au Royaume-Uni avec son époux. Elle ne travaille pas, mais passe son temps à cuisiner, nettoyer et voir ses amis. Son mari travaille dans une banque et ils retournent en Jamaïque tous les 3 mois pour le travail ou pour la famille.

Mary ne fume pas et ne boit pas d'alcool. Son IMC est de 26.

Lupus sytémique érythémateux

Scénario

Activité de Raisonnement Clinique

À partir de cette présentation, notez les éléments indiquant que Mary pourrait souffrir de LES :

Il est justifié de demander des investigations pour un LSE.

- Douleurs diffuses et fatigue
- Les femmes sont beaucoup plus à risque de développer un LSE
- Les populations afro-caribéennes sont à plus fort risque de développer un LSE
- Des fausses couches à répétition peuvent indiquer un syndrome anti-phospho-lipidique parfois associé au LSE
- L'âge de développement se situe dans la période reproductive (15-44 ans)

Étapes suivantes

Expliquer à Mary que ses symptômes nécessitent des investigations supplémentaires en rhumatologie à la recherche d'un LSE. C'est le meilleur endroit pour effectuer le diagnostic et éliminer les autres causes potentielles. Expliquer aussi que le fait qu'elle soit une femme et d'origine afro-caribéenne augmente considérablement le risque de développer cette pathologie, même si celle-ci est rare. Aborder les stratégies de modulation d'activité qui pourraient aider à gérer ses symptômes de fatigue durant la journée.

L'encourager à maintenir son niveau d'activité autant que possible, car ce sera bénéfique à long terme et pourra atténuer sa perte de forme physique.

Son mode de vie est déjà très sain, alors l'encourager à continuer autant que possible.

Investigations

Analyses de sang : (personnellement je laisserais tout cela au service de rhumatologie)

AAN (anticorps antinucléaires)

Réorientation à venir

La référer en rhumatologie pour des investigations supplémentaires et la mise en place du traitement approprié.

Lupus Systémique Érythémateux

Scénario

Points Clés

Le LSE mime un grand nombre de pathologies musculo-squelettiques. Il est donc facile de le diagnostiquer comme une fibromyalgie ou autre pathologie similaire.

Comprendre l'atteinte multi-systémique est important pour le reconnaître. Chercher des troubles rénaux, sanguins, des éruptions cutanées, une sérosité, de l'arthrite.

Beaucoup plus prévalent chez les femmes (ratio 10:1 approx.) et plus fort risque chez les afro-caribéens.

Un point important à retenir : les éruptions cutanées sur les livres sont montrées sur des peaux caucasiennes. Elles ne sont pas identiques sur les peaux non-caucasiennes et sont souvent plus discrètes. Pensez-y lorsque vous vérifiez les changements et pathologies cutanés.



6

Syndrome de Sjögren

Le syndrome de Sjögren est un trouble inflammatoire du tissu conjonctif qui touche les glandes sécrétrices comme celles de la bouche et des yeux. Les symptômes musculo-squelettiques sont souvent vagues et diffus et associés à une fatigue. Il est beaucoup plus prévalent chez les femmes avec une installation entre 50 et 60 ans. Le syndrome de Sjögren peut être la pathologie initiale ou il peut être secondaire à une autre pathologie inflammatoire comme la PR ou le LSE.

Syndrome de Sjögren

Scénario

Patient

Anna est une femme de 40 ans avec des douleurs musculaires diffuses dans les jambes. Elle ne suit aucune prescription.

Informations subjectives supplémentaires

Anna souffre de douleurs musculaires diffuses dans ses jambes depuis approximativement 6 mois. Il n'y a eu aucun évènement déclencheur, ni de changement dans ses habitudes. Elle s'est sentie fatiguée en permanence ces 4-6 dernières semaines. Elle dort bien, mais ne se sent jamais reposée.

Les douleurs musculaires ne semblent pas avoir de lien avec ce qu'elle fait et gardent la même intensité, au repos ou en activité. Cela n'influence pas ses capacités, mais elle se sent déprimée à cause de la permanence de cette douleur. La fatigue devient problématique, car elle a du mal à se concentrer au travail et elle ne souhaite plus pratiquer ses loisirs.

Elle n'a pas subi de blessures antérieures. Dans les 6 mois précédents, elle a ressenti des douleurs occasionnelles aux mains et aux pieds qui ressemblaient aux douleurs actuelles, mais qui s'étaient calmées dans les 6 heures ou le lendemain.

Schéma sur 24 h

Elle a la sensation que la douleur est un peu plus forte le matin, mais ce n'est pas significatif. Elle n'a pas de difficulté à dormir et n'est pas réveillée par les symptômes.

Elle est fatiguée au réveil quel que soit le nombre d'heures de sommeil.

Antécédents

Anna ne souffre d'aucun autre souci médical de cœur, de thyroïde, neurologique, d'asthme ou de diabète. Elle s'est sentie bien l'année passée, réfute la possibilité d'avoir contracté une maladie sexuellement transmissible et n'a jamais pris de stéroïdes. Elle dit ne pas souffrir d'anxiété ou de dépression.

Anna décrit avoir les yeux secs. Elle utilise des larmes artificielles régulièrement dans la journée et a la bouche très sèche. Elle n'a pas remarqué de changement de sécheresse vaginale. Elle a toujours une bouteille d'eau avec elle et boit régulièrement durant notre rendez-vous.

Sa mère souffre de polyarthrite rhumatoïde. Il n'y pas d'autre pathologie inflammatoire dans les antécédents familiaux.

Facteurs sociaux

Anna est comptable et travaille à un bureau. Elle aime jouer régulièrement au tennis, mais n'a pas pu y jouer récemment à cause de sa fatigue.

Anna ne fume pas et ne boit pas d'alcool. Son IMC est de 24.

Syndrome de Sjögren

Scénario

Activité de Raisonnement Clinique

À partir de cette présentation, notez les éléments indiquant qu'Anna pourrait souffrir d'un Syndrome de Sjögren :

Il est justifié qu'Anna fasse des examens pour un syndrome de Sjögren.

- Douleurs musculaires (myalgies) et fatigue avec douleurs de mains et de pieds potentiellement articulaires (arthralgies)
- Les femmes sont plus à risque de développer un syndrome de Sjögren
- Des yeux secs et une bouche sèche sont caractéristiques du syndrome de Sjögren
- Il y a des antécédents familiaux d'arthropathie inflammatoire
- Son apparition varie entre 40-60 ans

Étapes suivantes

Expliquer à Anna que ses symptômes justifient des examens spécialisés. Les yeux secs, la bouche sèche et les douleurs pourraient être une seule et même maladie.

Le fait que sa mère souffre de polyarthrite rhumatoïde augmente son risque de développer une pathologie inflammatoire.

Discuter des stratégies de modulation d'activité qui l'aideront à gérer sa fatigue durant la journée. L'encourager à maintenir son niveau d'activité autant que possible, car cela sera bénéfique à long terme et compensera la perte du niveau de forme physique.

Investigations

Vous pouvez effectuer le test de Schimer en clinique si vous vous en sentez capable. Il peut donner une mesure objective de la sécheresse cutanée.

Réorientation à venir

Référer en rhumatologie pour des examens approfondis et mettre en place le traitement approprié.

Points clés

Les symptômes musculo-squelettiques d'un syndrome de Sjögren sont souvent vagues et diffus.

Il est important de poser des questions concernant la fatigue et ses causes possibles.

Il est vital de poser des questions détaillées à propos des sécrétions oculaires, buccales et vaginales.

Le syndrome de Sjögren est beaucoup plus commun chez les femmes que chez les hommes (ratio approx. 9:1).



7

Polymyalgie Rhumatismale

La polymyalgie rhumatismale est une pathologie inflammatoire caractérisée par des douleurs et raideurs aux épaules et/ou à la ceinture pelvienne. La base du traitement est pharmacologique, incluant généralement des stéroïdes. L'apparition des symptômes se fait très rarement avant 50 ans, le pic étant à 65 ans avec 3 fois plus de femmes affectées que d'hommes. Il ne devrait pas y avoir de faiblesse musculaire au tableau clinique et probablement la présence d'une sensibilité à la palpation des muscles proximaux.

Polymyalgie Rhumatismale

Patient

Sally est une femme de 65 ans avec des douleurs bilatérales dans les épaules. Elle ne prend aucune médication prescrite.

Informations subjectives supplémentaires

Sally souffre de douleurs bilatérales dans les épaules depuis environ 3 mois. Elle pense que cela a commencé après avoir aidé sa fille à déménager. Elle dit ne pas avoir réellement perdu en amplitude, mais ses 2 épaules lui paraissent très raides quand elle essaye de monter ses bras au-dessus de sa tête ou de mettre la main dans le dos.

Elle n'a pas eu de problème musculo-squelettique dans le passé. Ses douleurs et raideurs la limitent pour faire son loisir favori, le jardinage, et elle se sent moins motivée du fait de la gêne. Elle dit ne pas avoir d'autres douleurs ou problèmes articulaires actuellement.

Schéma sur 24 h

Ses symptômes sont pires au réveil, et durent environ 1 heure, ce qui la gêne vraiment pour s'habiller, car ses épaules sont très raides et douloureuses. Les symptômes s'améliorent jusqu'à un certain point après cette période, mais restent inconfortables et raides toute la journée.

La douleur est assez diffuse au niveau des épaules et entre les scapulas.

Les symptômes ne la réveillent pas la nuit et elle ne ressent pas de conséquence sur son sommeil.

Antécédents

Sally ne souffre d'aucun autre souci médical de cœur, de thyroïde, neurologique, d'asthme ou de diabète. Elle s'est sentie bien l'année passée, réfute la possibilité d'avoir contracté une maladie sexuellement transmissible et n'a jamais pris de stéroïdes. Elle dit ne pas être anxieuse, mais elle a souffert de dépression pendant plusieurs années. Elle ne prend plus actuellement la médication qu'elle suivait auparavant pour cela.

Sally dit ne pas avoir d'autres douleurs articulaires, d'antécédents de pathologies inflammatoires et n'a pas d'antécédent familial de pathologies inflammatoires.

Facteurs sociaux

Sally est une vétérinaire à la retraite. Elle jardine quelques heures par jour et est frustrée de ne pas pouvoir maintenir ce niveau d'activité.

Mary ne fume pas et ne boit pas d'alcool. Son IMC est de 30.

Activité de Raisonnement Clinique

À partir de cette présentation, notez les éléments indiquant que Sally pourrait avoir une Polymyalgie Rhumatismale :

Polymyalgie Rhumatismale

Il est justifié de demander des investigations pour une PMR :

- Douleurs d'épaules bilatérales et raideur
- Symptômes empirés le matin
- Symptômes diffus autour de l'ensemble de la ceinture scapulaire
- Femme de 65 ans avec un IMC élevé correspondant à la démographie classique pour un début de PMR
- La dépression est liée à la PMR dans beaucoup de cas

Étapes suivantes

Expliquer à Sally que ses symptômes peuvent être liés à une PMR et que des examens supplémentaires sont nécessaires pour recevoir un traitement approprié et exclure les autres causes à ses symptômes. Parler du fait que ses caractéristiques démographiques et sa présentation de symptômes nous font suspecter cette pathologie.

Un programme d'exercices graduels peut être utile pour maintenir la fonction de ses épaules et améliorer sa fonction actuelle. Malheureusement, cela ne semble pas avoir un impact sur le niveau de douleur ou la sensation de raideur. Discuter de sa santé générale, car son IMC élevé va contribuer à augmenter l'inflammation systémique. Le diminuer augmentera ses chances de résultats positifs quel que soit le diagnostic.

Investigations

Analyses de sang :

- VS (> 40), CRP

Aucune imagerie pertinente actuellement sauf pour exclure d'autres pathologies impliquées.

Réorientation à venir

Réorienter selon le parcours de soins local, soit vers le médecin généraliste, soit vers le rhumatologue.

Points Clés

Les douleurs et raideurs d'épaule bilatérales sont un symptôme clé de la PMR (90 % des cas).

Une VS > 40 est quasiment toujours présente dans la PMR et un résultat négatif exclut la pathologie.

Les symptômes de la ceinture pelvienne peuvent aussi être impliqués et, dans 10 % des cas, seront les seuls symptômes du tableau clinique.

Le pic d'apparition des symptômes est à 65 ans, les femmes ont une plus forte incidence (approx 3:1) et un IMC élevé augmentera le risque de développer la pathologie.

8

Arthrite Réactionnelle

L'arthrite réactionnelle est une pathologie variée déclenchée par une infection extra-articulaire, généralement d'origine gastro-intestinale (GI) ou génito-urinaire (GU). L'arthrite réactionnelle est souvent indistinguishable cliniquement d'autres arthropathies telles que la SpA axiale ou la PR. L'identification de l'évènement déclencheur est la clé. Cela apparaît dans la population Caucasienne jeune de 20-40 ans et une origine GU est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. La prévalence GI est équivalente. L'apparition des symptômes se fait généralement dans les 2 à 6 semaines après infection.

Arthrite Réactionnelle

Scénario 1

Patient

Dean est un homme Caucasien de 20 ans ayant des douleurs lombaires. Il ne prend aucune médication prescrite.

Informations subjectives supplémentaires

Dean se plaint de douleurs et raideurs lombaires sévères depuis 6 semaines. Il n'a pas d'antécédents de douleurs rachidiennes et n'identifie pas d'élément déclencheur de ses symptômes. Il est en arrêt de travail depuis 6 semaines, depuis que les symptômes ont commencé.

Il n'a pas été malade ces 6 derniers mois et est généralement en forme et en bonne santé. Il était récemment (il y a 8 semaines) en vacances à Magaluf et a eu des rapports non protégés avec plusieurs partenaires là-bas. Il n'a pas envisagé de faire un test d'IST.

Schéma sur 24 h

Ses symptômes sont intenses le matin. La douleur est beaucoup plus intense avec une raideur importante pendant maximum 4 heures. Il se sent mieux dans la journée s'il est en mouvement. S'il s'assied pour regarder la télévision ou même pour manger un repas, son dos se raidit à nouveau et il doit marcher pour soulager.

Il se réveille en deuxième partie de nuit avec des douleurs au dos. Il doit sortir du lit et marcher pour pouvoir soulager suffisamment la douleur, se rallonger et se rendormir.

Antécédents

Dean ne souffre d'aucun autre souci médical de cœur, de thyroïde, neurologique, d'asthme ou de diabète. Il n'a pas été malade l'année passée, dit ne pas avoir d'antécédent d'infection sexuellement transmissible et n'a jamais pris de stéroïdes. Il ne souffre pas d'anxiété ou de dépression.

Dean dit ne pas avoir d'autres douleurs articulaires, d'antécédents de pathologies inflammatoires. Son père a une Spondylarthrite Ankylosante

Facteurs sociaux

Dean est maçon. Il est très actif, il va à la salle de sport quasiment tous les jours après son travail et joue au rugby le week-end.

Dean fume très occasionnellement et boit de l'alcool uniquement pendant les vacances. Son IMC est de 25.

Activité de Raisonnement Clinique

À partir de cette présentation, notez les éléments indiquant que Dean pourrait avoir une Arthrite Réactionnelle :

Arthrite Réactionnelle

Scénario 1

Il est justifié que Dean fasse des examens supplémentaires pour une Arthrite Réactionnelle :

- Schéma inflammatoire sévère de douleur et de raideur rachidienne.
- Risque d'avoir contracté une IST et d'avoir développé des symptômes 2 semaines plus tard
- Sexe masculin et son père a une spondylarthrite ankylosante (forte probabilité de HLA-B27 positif)
- L'arthrite réactionnelle se retrouve le plus fréquemment à 20-40 ans

Étapes suivantes

Expliquer à Dean que ses symptômes font fortement penser à une douleur rachidienne inflammatoire, et dans son cas potentiellement à une arthrite réactionnelle du fait de la période d'apparition. Il n'est pas possible à ce stade d'être formel par rapport à la probabilité que ce soit une SpA axiale vs une arthrite réactionnelle à cause du manque d'information. Les deux possibilités nécessitent des investigations en rhumatologie.

Discuter avec Dean de stratégies qui pourraient l'aider à gérer ses symptômes à court terme telles que des exercices de mobilité ou des exercices d'intensité faible à modérée. La balnéothérapie pourrait aussi lui être bénéfique pour faire ses exercices dans un environnement relativement confortable.

Cela pourrait l'aider à court terme et aussi limiter une perte de forme physique sur le long terme.

Rassurer Dean sur le fait que si cela est diagnostiqué et pris en charge précocement, les deux pathologies ont de bonnes chances d'évoluer favorablement et que l'objectif est de lui faire retrouver ses fonctions antérieures aussi rapidement que possible.

Investigations

Analyses de sang : (si disponible et pertinent)

- VS, CRP, HLA-B27

Imageries : (si disponible et pertinent)

- IRM du rachis entier et des articulations sacro-iliaques (protocole SpA)

Réorientation à venir

Référer en rhumatologie pour des examens supplémentaires et la mise en place du traitement approprié.

Réorienter ou diriger Dean vers un centre de santé sexuelle pour un bilan permettant de savoir s'il a contracté une IST.

Réorienter en balnéothérapie si nécessaire ou lui donner des conseils pour le faire de façon autonome

Arthrite Réactionnelle

Scénario 1

Points Clés

L'arthrite réactionnelle est souvent indistinguable cliniquement d'autres arthropathies inflammatoires.

L'arthrite réactionnelle induite par chlamydia est beaucoup plus courante chez les hommes (approx 9:1).

Les symptômes apparaissent environ 2 à 6 semaines après l'infection initiale.

HLA-B27 est positif pour environ 75 % des patients, des antécédents familiaux de pathologies connexes sont donc un bon indice.

L'âge d'apparition d'une arthrite réactionnelle est le plus souvent autour de 20-40 ans et se retrouve plus souvent chez les Caucasiens.

Arthrite Réactionnelle

Scénario 2

Patient

Jennifer est une femme de 30 ans avec des douleurs intenses à la fesse droite, la hanche droite et le talon droit depuis 3 mois. Elle a vu un ostéopathe sans amélioration. Elle est asthmatique et a un inhalateur pour cela.

Informations subjectives supplémentaires

Jennifer a eu une apparition soudaine de douleurs intenses à la fesse droite, à la hanche droite et au talon droit il y a 3 mois. Elle était auparavant en bonne santé, sans antécédents de problème musculo-squelettique. Elle s'est réveillée en pleine nuit il y a 3 mois avec cette douleur intense et cela ne s'est jamais réellement amélioré depuis.

Elle a vu son médecin généraliste qui l'a orientée vers un ostéopathe pour un possible problème lombaire irradiant dans la fesse et la hanche droite. Elle a fait 4 séances, mais sentait que ça se détériorait et a donc stoppé les séances. Son médecin lui a prescrit du naproxène pour voir si cela pourrait l'aider, mais après 2 prises, elle a eu une grave exacerbation de son asthme. Elle pense que le naproxène a amélioré ses symptômes.

Elle a du mal à rester assise plus de quelques minutes du fait des douleurs à la hanche et à la fesse. La douleur au talon est intense après être restée au repos et peut prendre quelques minutes avant de s'estomper en marchant. Ses symptômes sont minimes à la marche, mais intenses si elle essaye de courir. On note œdème, chaleur et rougeur à l'arrière de son talon.

Schéma sur 24 h

Jennifer se réveille quasiment toutes les nuits autour de 3h avec des douleurs importantes à la fesse et à la hanche droite. Ses symptômes sont pires au réveil, et ce pendant environ 30 min. Sa hanche et son talon droit sont très raides et s'assouplissent avec des mouvements doux.

Antécédents

Jennifer ne souffre d'aucun autre souci médical de cœur, de thyroïde, neurologique ou de diabète. Elle est asthmatique, mais n'utilise pas très souvent ses inhalateurs. Elle dit ne pas avoir d'infection sexuellement transmissible et n'a jamais pris de stéroïdes. Elle ne souffre pas d'anxiété ou de dépression.

Jennifer a eu une gastroentérite environ 4 semaines avant le début des symptômes.

Jennifer n'a pas d'antécédents personnels ou familiaux de pathologies inflammatoires.

Facteurs sociaux

Jennifer est enseignante et court 2 à 3 fois par semaine. Elle fait très attention à son alimentation et est végétarienne.

Jennifer ne fume pas et boit de l'alcool le week-end. Son IMC est de 23.

Arthrite Réactionnelle

Scénario 2

Activité de Raisonnement Clinique

À partir de cette présentation, notez les éléments indiquant que Jennifer pourrait avoir une Arthrite Réactionnelle :

Il est justifié que Jennifer fasse des examens supplémentaires pour une Arthrite Réactionnelle :

- Schéma inflammatoire sévère au niveau fesse, hanche et talon droits (enthésite d'insertion achilléenne ?)
- Gastroentérite 4 semaines avant le début des symptômes
- L'arthrite réactionnelle se retrouve le plus fréquemment à 20-40 ans
- Possible amélioration avec le naproxène

Étapes suivantes

Expliquer à Jennifer que ses symptômes sont de nature inflammatoire, et pourraient être dans son cas une arthrite réactionnelle du fait de la période d'apparition. Cela nécessite des examens en rhumatologie pour confirmer le diagnostic et mettre en place un plan de traitement.

Discuter avec Jennifer de stratégies qui pourraient l'aider à gérer ses symptômes à court terme telles que son positionnement assis et pour dormir, des exercices doux ou un programme graduel pour maintenir la fonction.

Investigations

Analyses de sang : (si disponible et pertinent)

- VS, CRP, HLA-B27 (je laisserais plutôt cela au service de rhumatologie dans ce cas)

Imageries : (si disponible et pertinent)

- Difficile d'être spécifique dans ce cas, à utiliser potentiellement pour exclure d'autres diagnostics différentiels importants cliniquement (je laisserais plutôt cela au service de rhumatologie dans ce cas)
- Une IRM des articulations sacro-iliaques et de la hanche droite peut être demandée
- Échographie du talon droit à la recherche d'une enthésite d'insertion achilléenne

Réorientation à venir

Référer en rhumatologie pour des examens complémentaires et la mise en place du traitement approprié.

Arthrite Réactionnelle

Scénario 2

Points Clés

L'Arthrite Réactionnelle est souvent indistinguable cliniquement d'autres arthropathies inflammatoires.

La prévalence de l'arthrite réactionnelle induite par GI est équivalente entre hommes et femmes.

D'autres pathologies cliniquement importantes (ici l'asthme) peuvent obscurcir le tableau (pas de prise d'anti-inflammatoires).

L'âge d'apparition d'une arthrite réactionnelle est le plus souvent autour de 20-40 ans et se retrouve plus souvent chez les Caucasiens.

9

Auto-Évaluation

Ne vous inquiétez pas, ce n'est pas une déclaration d'impôt...

Avancez au fil des questions. Elles ne sont pas extrêmement difficiles, mais pensez à la façon dont les aspects démographiques et différentes situations peuvent modifier le résultat.

Auto-Évaluation

Une femme de 40 ans vient vous consulter avec douleurs et œdèmes bilatéraux de ses articulations MCP.

- Quelles questions supplémentaires lui poseriez-vous à propos de ses symptômes ?
- Qu'est-ce qui serait pertinent dans ses antécédents ?
- Quel test objectif pourriez-vous faire ?
- Vous pensez à une PR : quelles analyses de sang demanderiez-vous ?

Un homme de 20 ans vient vous consulter avec le dos raide et des douleurs bilatérales dans les fesses.

- Quel type de schéma sur 24h augmenterait votre suspicion d'une SpA axiale ?
- Quels médicaments amélioreraient ses symptômes ?
- Quelles imageries pourriez-vous demander ?
- Il dit avoir été testé positif pour la chlamydia il y a 8 semaines, est-ce que cela changerait votre diagnostic différentiel ?

Les Pathologies du Tissu Conjonctif (ex. LSE et Syndrome de Sjögren) sont difficiles à identifier.

- Sont-elles plus prévalentes chez les hommes ou chez les femmes ?
- Si votre patient a 75 ans, une pathologie du tissu conjonctif est-elle plus ou moins probable ?
- Quels sont les signes non musculo-squelettiques classiques du Syndrome de Sjögren ?
- Pour le LSE, quels symptômes cutanés augmenteraient votre niveau de suspicion ?

L'ostéoporose est asymptomatique jusqu'à ce qu'il y ait fracture.

- Notez 3 caractéristiques démographiques qui augmenteraient le risque de développer de l'ostéoporose.
- Quel outil pourriez-vous utiliser pour évaluer le risque de fracture ?
- Vers qui devriez-vous réorienter un patient si vous le suspectez à risque de faible densité osseuse ?
- Quelles idées de traitement pourriez-vous utiliser pour aider le patient ?

Les pathologies inflammatoires sont souvent affectées par l'hygiène de vie du patient.

- Nommez 3 choses qui pourraient affecter *négativement* les résultats.
- Nommez 3 choses qui pourraient affecter *positivement* les résultats.
- Devrions-nous encourager les personnes avec des pathologies inflammatoires à faire de l'exercice ?
- Est-ce que la localisation géographique est importante ?

La Polymyalgie Rhumatismale est une pathologie difficile à identifier du fait de ses symptômes vagues et diffus.

- Quel niveau de VS attendriez-vous ?
- Quel pourcentage de patients ne présente pas de douleur et raideur de la ceinture scapulaire ?
- À quel âge se situe le pic d'apparition des symptômes ?
- Sur quelle durée les symptômes peuvent-ils être empirés le matin ?

Auto-Évaluation

Une femme de 40 ans vient vous consulter avec douleurs et œdèmes bilatéraux de ses articulations MCP.

- Schéma sur 24h, chaleur ou rougeur, d'autres problèmes articulaires, particulièrement aux MTP, durée, apparition
- Autres pathologies inflammatoires telles que le psoriasis ou les colites
- Squeeze tests des MCP et/ou MTP
- VS, CRP, Facteur rhumatoïde, anti-CCP

Un homme de 20 ans vient vous consulter avec le dos raide et des douleurs bilatérales dans les fesses.

- Les symptômes sont pires le matin pendant > 30 min, il se réveille en 2^e partie de nuit avec des symptômes
- AINS
- IRM du rachis entier et des articulations sacro-iliaques (protocole SpA)
- Oui cela vous ferait suspecter une arthrite réactionnelle bien que la clinique soit évocatrice d'une SpA axiale

Les Pathologies du Tissu Conjonctif (ex. LSE et Syndrome de Sjögren) sont difficiles à identifier.

- Femmes
- Moins probable, le pic d'apparition est pendant les années reproductives
- Yeux, bouche et/ou vagin secs, fatigue
- Éruptions cutanées

L'ostéoporose est asymptomatique jusqu'à ce qu'il y ait fracture.

- Âge, sexe féminin, IMC bas
- Le FRAX
- Leur médecin généraliste
- Programme de remise en charge progressive, programme d'équilibre

Les pathologies inflammatoires sont souvent affectées par l'hygiène de vie du patient.

- Tabac, IMC élevé, importante consommation d'alcool, faible niveau d'exercice, mauvaise alimentation
- Non fumeur, IMC normal, alimentation variée, exercice régulier, faible consommation d'alcool
- Oui, cela aide à maintenir la fonction et peut être anti-inflammatoire
- Pour certaines pathologies oui, ex. la goutte a une prévalence géographique diverse même au sein des pays

La Polymyalgie Rhumatismale est une pathologie difficile à identifier du fait de ses symptômes vagues et diffus.

- > 40
- 10 %
- 65 ans (à noter, c'est très rare avant 50 ans)
- Plus de 30 minutes

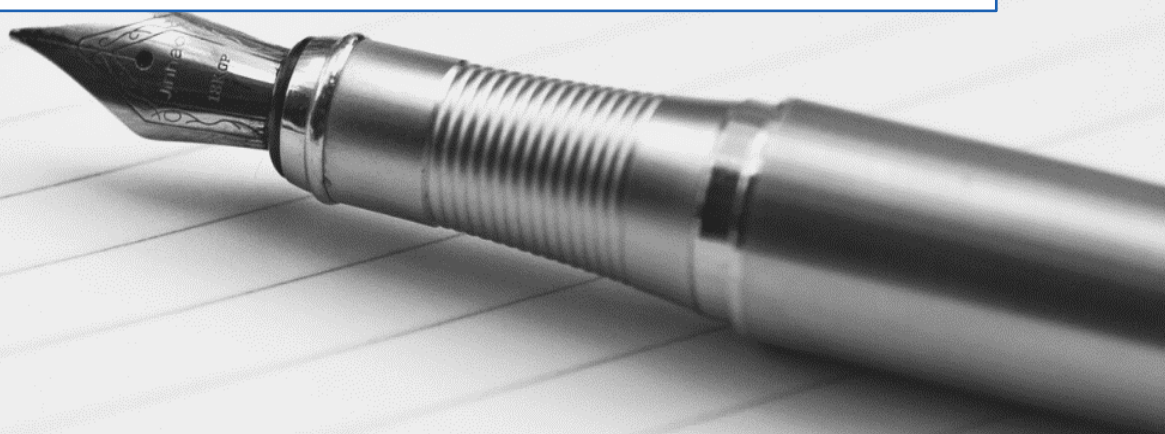
10

Courriers pour réorienter

La communication est vitale et ces patients sont complexes. Il est important de s'assurer que les détails donnés soient à la fois assimilables et utiles pour nos collègues.

J'ai créé deux courriers dans le style que j'utilise. J'espère que cela vous sera utile.

Et pourquoi ne pas rédiger des courriers pour certains des scénarios de ce livret ?



Nom

Adresse

Email

Téléphone

Docteur

Le cabinet du médecin généraliste

Adresse

Concernant Mr John Smith ; adresse ; date de naissance

Cher Docteur,

J'ai eu le plaisir de recevoir Mr John Smith pour un bilan le 22/03/2018. Il se plaint d'une douleur thoracique apparue insidieusement il y a 3 mois. Il n'y a pas eu de blessure ou de changement de circonstances précédemment pour expliquer le début de ses symptômes.

Le schéma de douleur sur 24h est de nature inflammatoire : raideur et douleur rachidienne pire le matin pendant 60 min, amélioré par l'activité et empiré par le repos, il se réveille à 3h chaque jour et doit se lever pour soulager ses symptômes. L'ibuprofène soulage significativement ses symptômes, il en prend donc régulièrement dans la journée.

Il n'a pas d'autres problèmes de santé, et pas d'antécédent familial de pathologie inflammatoire telle que psoriasis, iritis/uvéite, maladie de Crohn/colites ou arthropathie inflammatoire.

John travaille à un bureau et arrive à continuer son loisir en allant à la salle de sport régulièrement.

Les symptômes de John font penser à une spondylarthrite axiale et nous avons convenu que la meilleure option était de réorienter en rhumatologie pour des examens complémentaires. Puis-je vous demander de traiter cette réorientation ? Je ne pense pas qu'à l'heure actuelle des investigations supplémentaires changeraient la nécessité de cette réorientation et après évaluation, je pense qu'il est peu probable qu'il y ait un autre diagnostic cliniquement important qui expliquerait ses symptômes.

J'ai encouragé John à continuer ses programmes de gym dans la limite de ce qu'il peut tolérer, lui ai conseillé de ne pas fumer ni boire d'alcool. Il est par ailleurs en forme et en bonne santé.

John a mes coordonnées si la situation change et je serais ravi de le recevoir si c'était le cas. N'hésitez pas à me contacter pour plus d'informations.

En vous remerciant.

Cordialement,

Clinicien référent

Nom

Adresse

Email

Téléphone

Docteur

Le cabinet du médecin généraliste

Adresse

Concernant Mme June Doe ; adresse ; date de naissance

Cher Docteur,

J'ai eu le plaisir de recevoir Mme June Doe pour un bilan le 22/03/2018. Elle a eu une fracture au poignet droit il y a 6 semaines. Elle a perdu un peu de fonction suite au plâtre et nous avons mis en place un programme de rééducation pour répondre à ces déficits.

Après questionnement, il se trouve que June a aussi eu une fracture à la cheville il y a 2 ans. J'ai pensé qu'il serait prudent de réaliser un score FRAX pour évaluer son risque de faible densité osseuse. Son score est élevé avec un risque de fracture majeur de 32 % et un risque de fracture de hanche de 23 % indiquant le besoin de commencer un traitement. J'ai aussi référé June pour un scanner DEXA aujourd'hui.

June n'a pas d'autres problèmes de santé, et pas d'antécédent familial de pathologie inflammatoire telle que psoriasis, iritis/uvéïte, maladie de Crohn/colites ou arthropathie inflammatoire, elle n'a pas non plus d'antécédents familiaux déclarés d'ostéoporose.

June pense que son équilibre est correct, mais s'inquiète du fait qu'elle soit à nouveau tombée. Nous avons décidé de mettre en place un programme d'équilibre et un programme de remise en charge progressive pour diminuer son risque de chute et commencer à charger son système dans le but de maintenir sa densité osseuse.

Merci de prendre en charge les soins de June par rapport à son risque d'ostéoporose.

Je recevrai June périodiquement pour évaluer ses progrès suite aux programmes présentés ci-dessus. N'hésitez pas à me contacter pour plus d'informations.

En vous remerciant.

Cordialement,

Clinicien référent

Ressources supplémentaires

Blogs, vlogs et téléchargements gratuits

Podcasts gratuits

Guides de référence en un coup d'oeil

Audiolivre

En ligne

<h2>The Hand</h2> <div>AT A GLANCE</div> <p>A QUICK REFERENCE GUIDE TO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Basal Thumb Arthritis De Quervain's Tenosynovitis Intersection Syndrome Cubital Tunnel Syndrome And More... 	<h2>Contents</h2> <ul style="list-style-type: none"> Page 3 Symptoms Distributions Page 4 Trigger Finger Page 5 Dupuytren's Disease Page 6 De Quervain's Tendonitis Page 7 Intersection Syndrome Page 8 FCR Tendinopathy Page 9 ECU Tendinopathy Page 10 FCU Tendinopathy Page 11 Basal Thumb Arthritis Page 12 Carpal Tunnel Syndrome Page 13 Cubital Tunnel Syndrome Page 14 Triangular Fibrocartilage Tear Page 15 Ganglion Cysts 	<h2>Symptom Distribution</h2> <p>Legend:</p> <ul style="list-style-type: none"> Green: Wrist Pain Yellow: Wrist Swelling Pink: Wrist Stiffness Blue: Forearm Pain Red: Forearm Swelling Orange: Forearm Stiffness
<h2>Spinal Masqueraders</h2> <div>AT A GLANCE</div> <p>A QUICK REFERENCE GUIDE TO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cauda Equina Syndrome Metastatic Cord Compression Spinal Fracture Spinal Infection And More... 	<h2>Contents</h2> <ul style="list-style-type: none"> Page 3 Cauda Equina Syndrome Page 4 Spinal Infections Page 5 Metastatic Spinal Cord Compression Page 6 Multiple Sclerosis Page 7 Spinal Fractures Page 8 Multiple Myeloma Page 9 Abdominal Aortic Aneurysm Page 10 Stenosis or Intermittent Claudication Page 11 Cervical Artery Dysfunction Page 12 Axial Spondyloarthritis 	<h2>CES AT A GLANCE</h2> <p>Presenting Features</p> <ul style="list-style-type: none"> Weakness of Central Motor Pathway - especially if progresses from asymmetric to bilateral No sensory loss No bowel/bladder dysfunction Asymmetric weakness Asymmetrical sensation - light touch, pinprick, vibration, temperature - sensory level Bowel disturbance usually more insidious, variable & possible Reduced anal tone Sensory deficit/loss - inability to distinguish over/under, hot/cold, stimulation/dull pain <p>Comorbid/PMH</p> <ul style="list-style-type: none"> F.B. Trauma Spinal surgery <p>Demographics</p> <ul style="list-style-type: none"> Adult Young Old <p>Investigations</p> <ul style="list-style-type: none"> MRI cT2W sagittal or axial preferred
<h2>Rheumatology</h2> <div>AT A GLANCE</div> <p>A QUICK REFERENCE GUIDE TO:</p> <ul style="list-style-type: none"> Axial Spondyloarthritis Lupus Osteoporosis Rheumatoid Arthritis Gout And More... 	<h2>Contents</h2> <ul style="list-style-type: none"> Page 2 Axial Spondyloarthritis Page 3 Rheumatoid Arthritis Page 4 Osteoarthritis Page 5 Osteoporosis Page 6 Psoriatic Arthritis Page 7 Fibromyalgia Syndrome Page 8 Polymyalgia Rheumatica Page 9 Lupus Page 10 Sjogrens Page 11 Gout <p>PLEASE REMEMBER – THIS GUIDE IS NOT A REPLACEMENT FOR CLINICAL REASONING. IF YOU ARE UNSURE GET ADVICE</p>	<h2>AxSpA AT A GLANCE</h2> <p>Presenting Features</p> <ul style="list-style-type: none"> Back pain >3wks Age of onset <45 Early morning stiffness >30 mins Relief with rest/activity, worse with cold Night pain in the second half of the night Good response to NSAIDs <p>Comorbid/PMH</p> <ul style="list-style-type: none"> Infectious Autoimmune Chronic diseases <p>Demographics</p> <ul style="list-style-type: none"> Age of onset <45 2:1 Male/Female <p>Non-Axial Features</p> <ul style="list-style-type: none"> Inflammatory arthritis elsewhere 30% Inflammatory enthesitis 50% Dactylitis 7% Fatigue <p>Family History</p> <ul style="list-style-type: none"> Inflammatory autoimmunity <p>Imaging</p> <ul style="list-style-type: none"> MRI Spine + Sacral Proctost HLA B27 +ve (75-95%) CRP and ESR – may be raised
<p>Jack March Rheumatology.Physio</p>	<p>Jack March Rheumatology.Physio</p>	<p>Jack March Rheumatology.Physio</p>

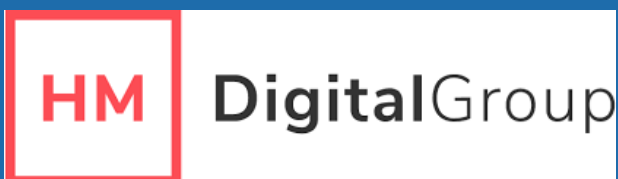
D'autres choses intéressantes



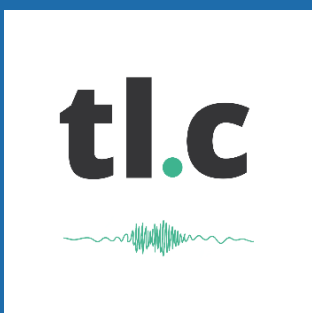
<https://www.uwholifestyle.co.uk> fait LE meilleur café. Vous devriez aller voir si, comme moi, vous ne pouvez rien faire sans caféine !



J'imagine que vous connaissez déjà mais aller voir physio-matters.com pour voir tout ce que l'on propose en formation continue.



J'ai la chance de travailler avec des gens extraordinaires et HMDG sont LES MEILLEURS. Vous voulez un nouveau site internet ? Tenez-moi au courant et je vous mettrai en contact.



Pas encore assez de formation continue ? Pas de panique, il y en a plus qu'assez pour vous sur TherapistLearning.com

Merci



Images de chapitre - Divers: Unsplash

Image de couverture - Angus Stanton

Relecture - EliTipney

Copyright – Jack March – July 2020

Auteur : Jack March – Rheumatology.Physio
