

M^{me} H., 67 ans, 76 kg pour 1,60 m, présente depuis 3 semaines une douleur de la face antérieure de la cuisse gauche, irradiant parfois sous le genou. Cette douleur est apparue quasi spontanément et persiste nuit et jour. La patiente est calmée lorsqu'elle fléchit la hanche. Elle ne supporte pas d'être couchée sur le ventre.

M^{me} H. est diabétique traitée par mefformine et régime qu'elle suit tant bien que mal. Elle prend, de plus, du Préviscan[®] (3/4 de cp/j) et de la Cordarone[®], pour une fibrillation auriculaire révélée par un AIT il y a 2 ans. Elle a une insuffisance rénale.

Cliniquement, elle n'a pas de syndrome rachidien, la hanche a une mobilité quasi normale. Seule, l'extension reproduit la douleur dans la cuisse. Elle a une hypoesthésie de la face antérieure de la cuisse et le réflexe rotulien gauche est diminué.

Elle a pris, par automédication, du piroxicam, que sa fille, aide-soignante, a ramené de l'hôpital.

La NFS, la VS sont normales, les glycémies entre 1,5 (8 h) et 2 g/l (14 h). L'INR est à 4 ; la créatininémie à 160 $\mu\text{mol/l}$.

Question 1

Quelles sont les 3 affections que la topographie de la douleur fait évoquer ?

Question 2

Quelle est celle que l'on retient après l'examen clinique ?

TSVP

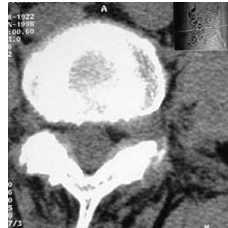
Les radiographies du bassin sont normales, celles du rachis objectivent une double discopathie, modérée, L4-L5 et L5-S1, associée à une arthrose interapophysaire postérieure.

Question 3

Pourquoi demande-t-on un examen tomodensitométrique dans ce cas ?

Question 4

Que montre-t-il ?



Question 5

Pourquoi le syndrome rachidien est-il absent ?

Question 6

Quels sont les liens entre cette pathologie et le diabète ?

Question 7

Que doit systématiquement comprendre l'examen clinique devant une telle symptomatologie, chez une femme de cet âge ?

Question 8

Faut-il poursuivre l'AINS ?

Question 9

Si l'on décide de réaliser une infiltration, comment devra-t-on procéder ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

10 points

Quelles sont les 3 affections que la topographie de la douleur fait évoquer ?

- La douleur de la face antérieure de la cuisse peut correspondre à une coxopathie.....4 points
- à une cruralgie2 points
 - o (radiculite L3)2 points
- à une meralgie paresthésique : atteinte du nerf fémoro-cutané (nerf uniquement sensitif) au niveau de l'arcade crurale (il existe alors une hypoesthésie en raquette à la face antéro-externe de la cuisse et une zone « gâchette » au haut de l'arcade crurale).....2 points

Question 2

10 points

Quelle est celle que l'on retient après l'examen clinique ?

- La normalité de l'examen de la hanche écarte une coxopathie.....5 points
- La diminution du réflexe rotulien atteste qu'il s'agit d'une atteinte crurale radiculaire ou tronculaire5 points

Les radiographies du bassin sont normales, celles du rachis objectivent une double discopathie, modérée, L4-L5 et L5-S1, associée à une arthrose interapophysaire postérieure.

Question 3

10 points

Pourquoi demande-t-on un examen tomodensitométrique dans ce cas ?

- Le scanner doit être réalisé pour éliminer un hématome du psoas.....5 points
- à l'origine d'un psoïtis et d'une souffrance du nerf crural..2 points
- Le surdosage en AVK en est la cause la plus fréquente3 points

Question 4

10 points

Que montre-t-il ?

- Le scanner ne montre pas d'anomalie du muscle psoas.....4 points
- Il met en évidence une hernie foraminale L3-L4 gauche6 points

Question 5

10 points

Pourquoi le syndrome rachidien est-il absent ?

- Dans les cruralgies du sujet âgé, les compressions sont souvent foraminales, soit par hernie soit par sténose arthrosique ou hyperostotique4 points
- Le syndrome rachidien est alors modéré ou absent ce qui ne doit pas faire exclure une étiologie rachidienne.....6 points

Question 6

10 points

Quels sont les liens entre cette pathologie et le diabète ?

- On a longtemps établi un lien entre diabète et cruralgie. En effet, avant TDM et IRM, la sacco-radiculographie n'objectivait pas ces compressions foraminales et l'on a émis l'hypothèse que le diabète était responsable de mononeuropathies crurales5 points
- Il reste probable que le diabète, par la neuropathie associée, rende plus sensibles à une compression modérée, les racines nerveuses5 points

Question 7

10 points

Que doit systématiquement comprendre l'examen clinique devant une telle symptomatologie, chez une femme de cet âge ?

- Plus souvent que les sciatiques, les cruralgies peuvent être tronculaires2 points
- et secondaires à une tumeur pelvienne3 points
- l'examen gynécologique est donc obligatoire devant toute cruralgie féminine5 points

Question 8

16 points

Faut-il poursuivre l'AINS ?

- Les AVK sont surdosés, peut-être du fait d'une potentialisation par l'AINS4 points
- il existe un risque majeur d'hémorragie digestive4 points
- De plus, les AINS, notamment les oxicams à longue demi-vie4 points
- peuvent aggraver l'insuffisance rénale. Il faut donc arrêter l'AINS4 points

Question 9

14 points

Si l'on décide de réaliser une infiltration, comment devra-t-on procéder ?

- L'infiltration ne peut être réalisée sous AVK2 points
- il faut les arrêter et relayer ceux-ci par un traitement héparinique1 point
- Dans ce cas, les HBPM sont contre-indiquées par l'insuffisance rénale sévère2 points
- Il faudra prendre le relais des AVK par héparinate de calcium (3 injections sous-cutanées/j, sous contrôle du TCA) et effectuer l'infiltration en « sautant » une injection2 points
- Les corticoïdes injectés peuvent décompenser le diabète, il faudra donc surveiller 2 fois/j au moins la glycémie4 points
- et introduire éventuellement, transitoirement, un traitement par insuline3 points

COMMENTAIRES

Ce cas clinique illustre les diverses étiologies à évoquer devant une douleur de cuisse. Les cruralgies, plus souvent que les sciatiques, peuvent être secondaires (hématome du psoas, tumeur pelvienne) ; lorsqu'elles sont d'origine rachidienne, les hernies ou les compressions sont le plus souvent foraminales et le syndrome rachidien est modéré.

Les AVK contre-indiquent la prescription d'AINS. Les AINS, surtout les oxicams de longue durée de vie ont, de plus, une toxicité rénale, surtout s'il existe une insuffisance rénale préexistante ou si le malade est traité par diurétiques.

La dernière question concerne les précautions à prendre, avant d'infiltrer un malade diabétique et traité par AVK.

M. F., 48 ans, ancien footballeur, présente depuis 3 mois des douleurs de l'aine et la fesse droite irradiant vers le genou. Elles surviennent à l'effort, limitant la marche, calmées par le repos. Il n'a aucun antécédent.

Question 1

Quelle atteinte articulaire vous évoque cette symptomatologie ?

Question 2

Quels sont les différents mouvements que vous allez analyser pour vous assurer de l'intégrité de son articulation coxo-fémorale ? Quelles sont leurs amplitudes ?

Question 3

Quelles sont les autres affections qui peuvent occasionner de telles douleurs ?

Question 4

Les radiographies standards sont normales. Quel est l'intérêt de l'examen complémentaire ci-dessous ? Que montre-t-il dans ce cas ? Quels sont ces inconvénients et ses avantages, comparés à l'IRM ?



Question 5

Quelles mesures thérapeutiques allez-vous proposer ?

Deux ans plus tard, les douleurs de M. F. augmentent, les radiographies montrent alors une arthrose majeure, l'arthroplastie est décidée.

Question 6

Quelles précautions doit-on envisager avant cette intervention ? Pourquoi ?

Question 7

Quelles mesures devra-t-on prendre pour éviter le risque thromboembolique en postopératoire ?

GRILLE DE CORRECTION

Question 1

4 points

Quelle atteinte articulaire vous évoque cette symptomatologie ?

- Une coxopathie droite, de caractère mécanique4 points

Question 2

6 points

Quels sont les différents mouvements que vous allez analyser pour vous assurer de l'intégrité de son articulation coxo-fémorale ? Quelles sont leurs amplitudes ?

- Flexion : 140°1 point
- Rotation interne : 40°1 point
- Rotation externe : 60°1 point
- Abduction : 50°1 point
- Adduction : 40°1 point
- Extension : 20°1 point

Question 3

18 points

Quelles sont les autres affections qui peuvent occasionner de telles douleurs ?

- Cruralgie ou radiculite L34 points
- Atteinte des branches postérieures lombaires (L2-L3)4 points
- Atteinte de l'articulation sacro-iliaque4 points
- Méralgie paresthésique2 points
- Tendinite des adducteurs2 points
- Tendinite du moyen fessier2 points

Question 4

24 points

Les radiographies standards sont normales. Quel est l'intérêt de l'examen complémentaire ?

- L'arthrographie permet d'opacifier la synoviale3 points
- et de visualiser précisément l'épaisseur du cartilage4 points

Que montre-t-il dans ce cas ?

- Ici, il existe un amincissement du cartilage cotyloïdien, alors que l'épaisseur du cartilage céphalique est normale5 points

Quels sont ces inconvénients et ses avantages, comparés à l'IRM ?

- L'arthrographie permet le diagnostic de certaines arthroses débutantes à un stade infraradiologique3 points
- Elle permet de prélever du liquide articulaire et d'infiltrer l'articulation en un seul temps.....4 points
- Cependant, il s'agit d'un examen invasif (douleur et risque d'infection), qui ne montre pas les lésions osseuses infraradiologiques (ostéonécrose, algodystrophie etc.), contrairement à l'IRM5 points

Question 5

18 points

Quelles mesures thérapeutiques allez-vous proposer ?

- Traitements symptomatiques (paracétamol, AINS si supérieurs au paracétamol)5 points
- Traitements de fond (diacérheine, insaponifiable de soja, chondroïtine sulfate)5 points
- Économie articulaire3 points
- Pratique de vélo5 points

Deux ans plus tard, les douleurs de M. F. augmentent, les radiographies montrent alors une arthrose majeure, l'arthroplastie est décidée.

Question 6

16 points

Quelles précautions doit-on envisager avant cette intervention ?

- Bilan dentaire (panoramique + consultation spécialisée) ...4 points
- Radiographie des sinus.....4 points
- Urocultures4 points

Pourquoi ?

- Afin d'éliminer un foyer infectieux, qui pourrait favoriser une infection de la prothèse4 points

Question 7

14 points

Quelles mesures devra-t-on prendre pour éviter le risque thromboembolique en postopératoire ?

- Si pas de contre-indications (allergie, insuffisance rénale), prescription d'une HBPM à dose préventive (Lovenox[®] : 4 000 U/j)5 points
- Lever précoce3 points
- Bas de contention3 points
- Mobilisation pieds et chevilles3 points