

MALADIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Dossier Clinique Rhumatologie n°1

Mr C. 62 ans, ancien professeur de gymnastique, vient vous consulter pour une douleur du membre inférieur gauche invalidante apparue progressivement depuis 1 mois. La douleur débute dans l'aîne et irradie à la face antérieure de cuisse. Sa douleur est présente à la mise en charge, augmente à la marche, cède en décubitus dorsal, et entraîne des réveils nocturnes aux changements de position. Dans ses antécédents, vous retrouvez une obésité (105 kg / 168 cm), une hypercholestérolémie, un diabète non insulino-dépendant et une valvulopathie cardiaque traitée par anti-vitamine K au long cours.

1. Vous évoquez une coxarthrose. Que recherchez-vous à l'examen clinique en faveur de ce diagnostic ?

2. Quelles radiographies demandez-vous pour confirmer votre diagnostic et qu'allez-vous y rechercher ?

3. Quelles autres coxopathies allez-vous envisager si vos radiographies sont normales et pourquoi ?

4. Si vous écartez une origine coxofémorale, quelles autres structures peuvent être responsables des symptômes de Mr C ?

5. Les radiographies confirment la coxarthrose, quelles mesures NON médicamenteuses devez-vous préconiser pour le traitement ?

MALADIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Dossier Clinique Rhumatologie n°2

Mme G, 50 ans, vous consulte pour des douleurs évoluant depuis quelques mois touchant les poignets, les métacarpophalangiennes (MCP) et les interphalangiennes (IPP) proximales des deux côtés. Elle note des difficultés à se mouvoir au réveil pendant plus de deux heures. Elle est très fatiguée car elle est souvent réveillée et anxieuse.

Les différentes articulations citées sont gonflées ainsi que le genou droit.

Elle n'a pas d'antécédent particulier.

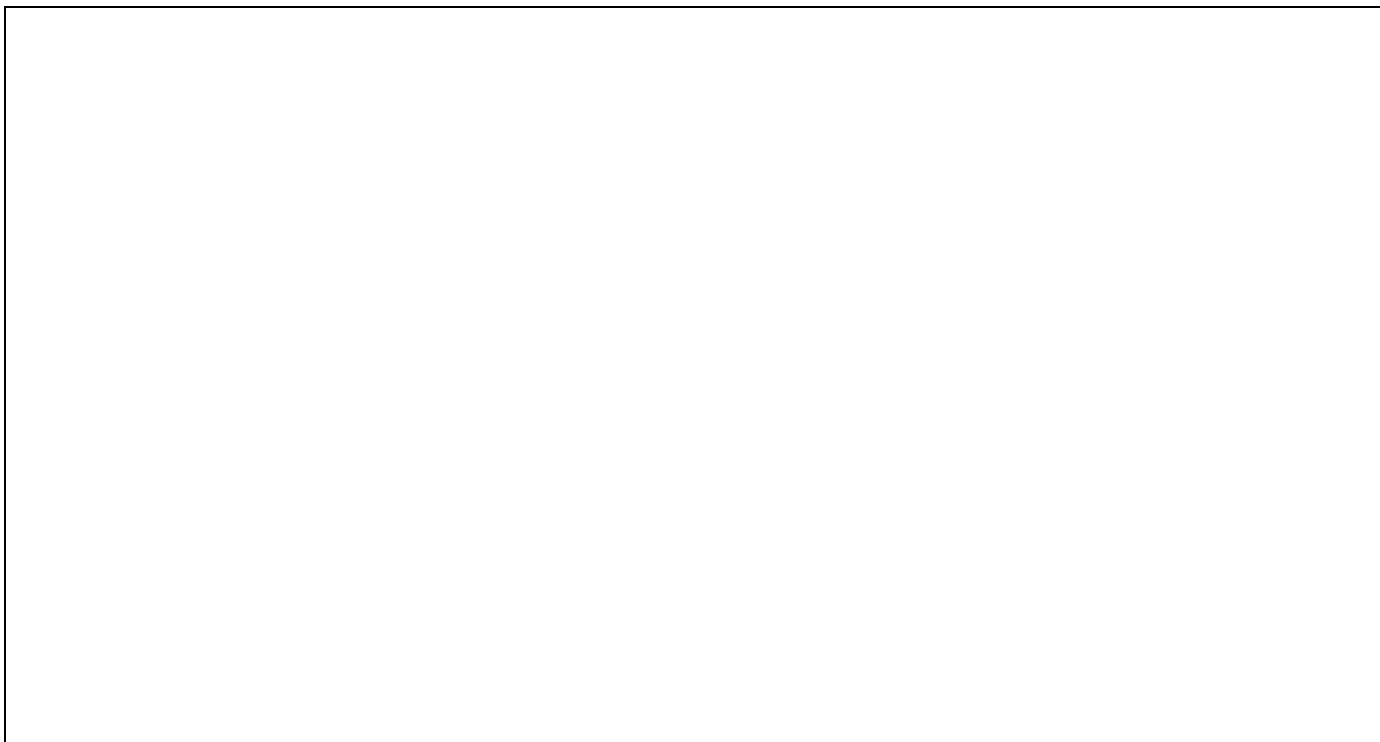
Son médecin traitant lui a prescrit un traitement par Anti inflammatoire non stéroïdien ce qui lui a permis de reprendre son travail de secrétaire.

Le bilan biologique montre : NFS normale, VS 80 mm 1^{ère} heure, CRP : 30 mg/l.

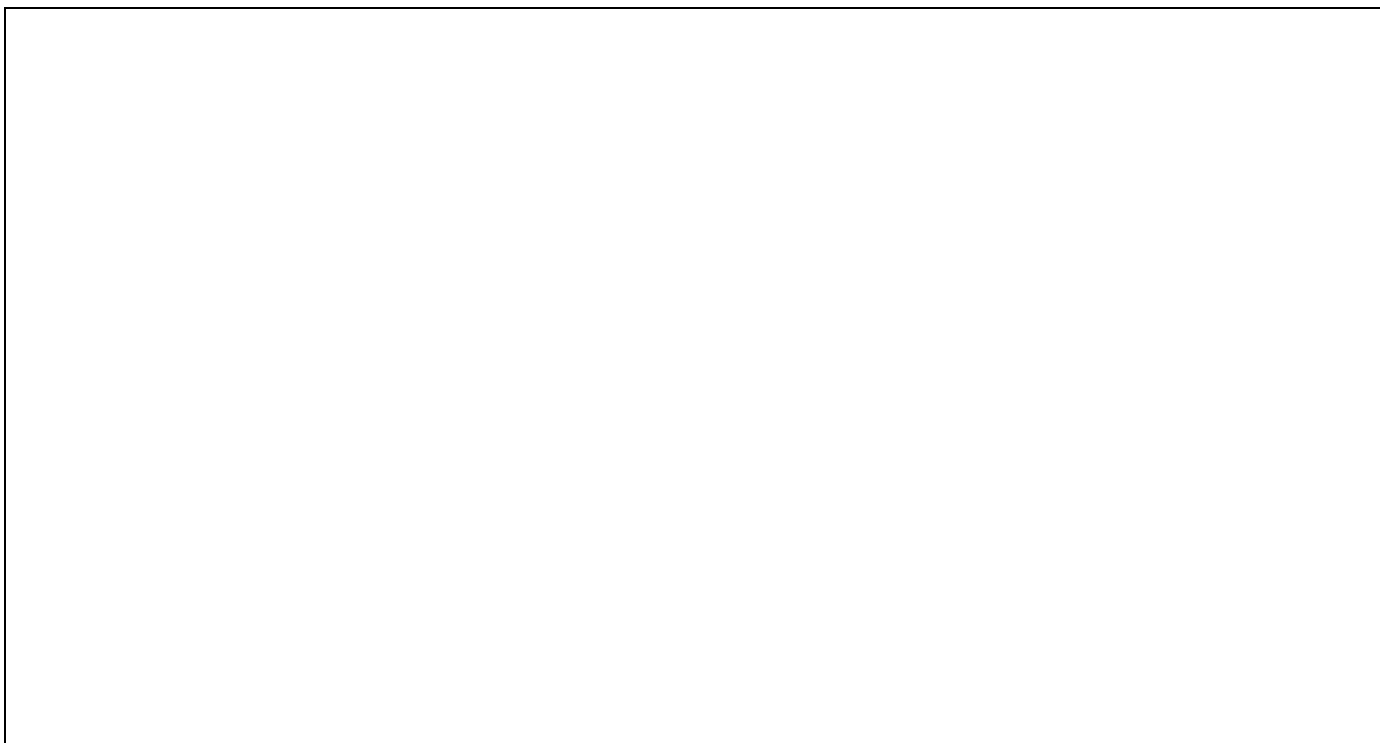
Radiographie des mains : déminéralisation en bande épiphysaire des métacarpophalangiennes (MCP) et interphalangiennes (IPP) des deux mains. Diminution des interlignes des IPP.

1- Quel diagnostic est le plus probable ? Sur quels arguments ?

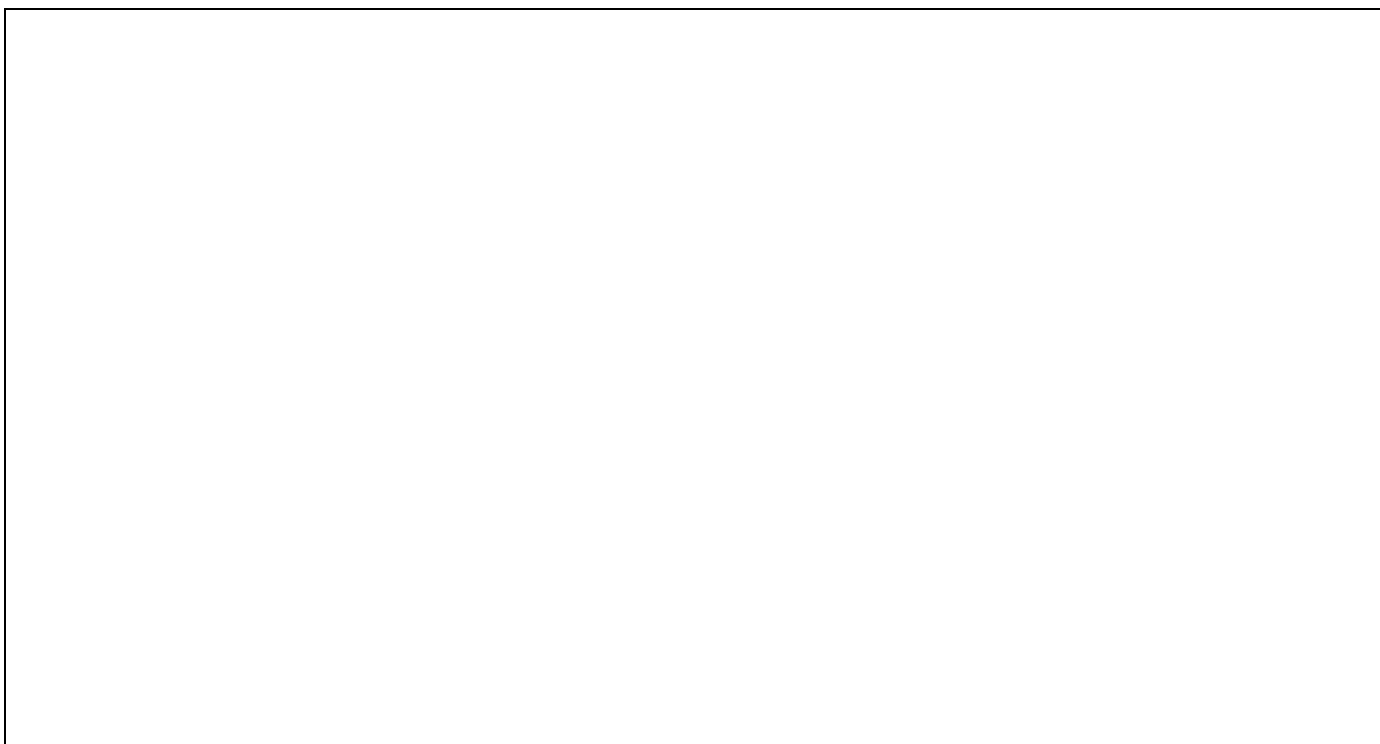
2- Quels examens complémentaires allez-vous réaliser ? Justifiez-les.



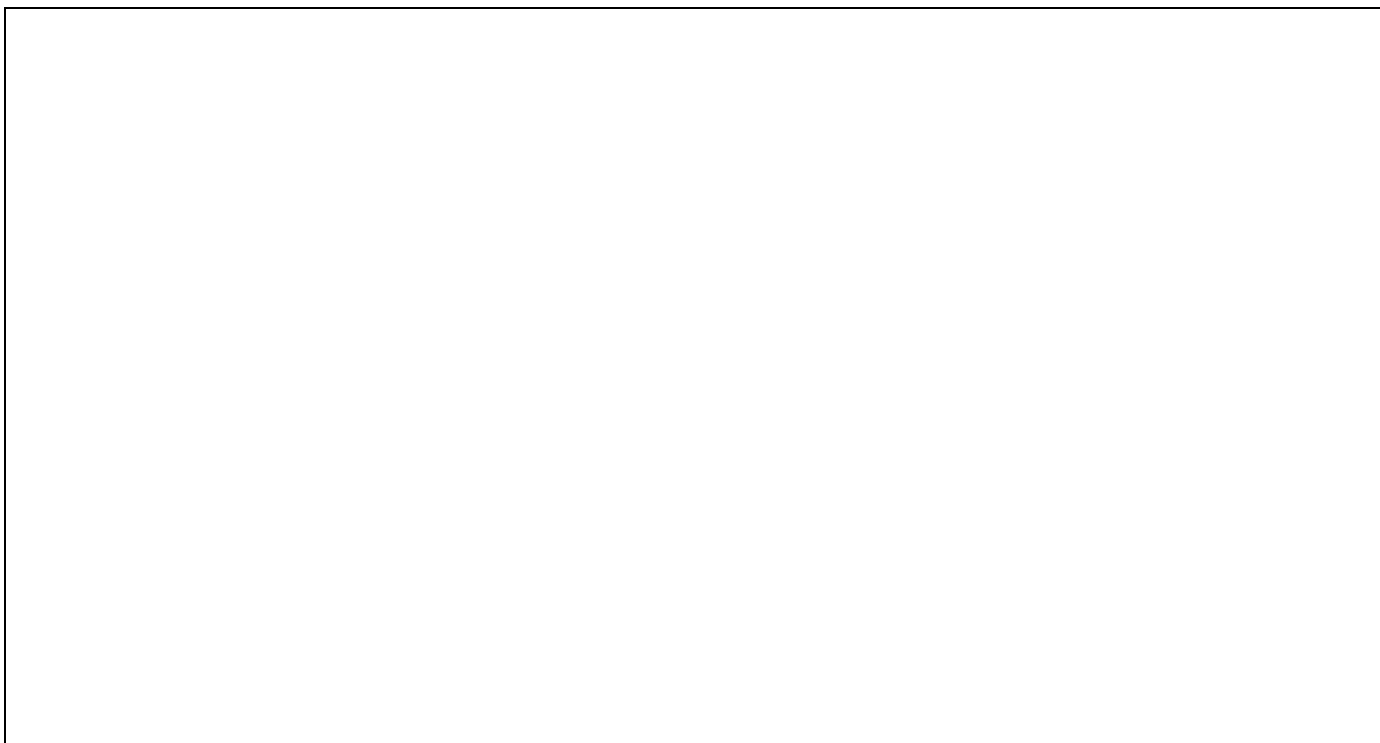
3- Décrivez les différents types de déformations ostéoarticulaires de cette maladie.



4- Quels sont les facteurs pronostiques de gravité ?



5- Décrivez les grandes lignes de la prise en charge.



MALADIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Dossier Clinique Orthopédie n°1

Madame L., 48 ans, est admise aux urgences trois heures après une chute sur la main droite en pratiquant du patinage. Elle souffre de la région du poignet droit.

A l'examen, vous constatez une déformation du poignet avec une voussure dorsale et une attitude de la main en inclinaison radiale. La mobilisation douce du poignet est douloureuse.

La palpation précise un point douloureux, deux centimètres au-dessus de la styloïde radiale se continuant sur la face dorsale du radius.

1. L'examen clinique vous permet-il d'évoquer un diagnostic ? Lequel ? Sur quels éléments ?

2. Que recherchez-vous à l'examen clinique ?

3. Quel bilan radiographique demandez-vous ? Quels éléments vont vous orienter vers une fracture de Pouteau-Colles ?

4. Quels sont les principes du traitement ?

5. Quelles sont les consignes de surveillance ?

MALADIES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR

Dossier Clinique Orthopédie n°2

Un jeune homme de 27 ans est amené par le SAMU en salle de réveil suite à un accident de mobylette. Il se plaint de cervicalgies, de douleurs du flanc gauche et sa jambe droite présente une importante déformation avec une effraction cutanée à travers laquelle fait issue le fragment proximal. La peau autour est contuse et décollée sur la face antéro-interne. La loge musculaire antéro-externe apparaît déchiquetée. Sa tension est à 80/60 mm Hg.

Le pied est chaud, sensible et les pouls périphériques sont perçus.

1. Quels sont les 3 examens morphologiques que vous demandez en urgence et pourquoi ?

2. Comment conduisez-vous l'examen clinique ?

Quelles sont les mesures thérapeutiques générales et locales à entreprendre ?

3. Quel bilan radiographique demandez-vous ?

4. 24 heures après avoir été encloué au niveau de sa jambe, le patient présente une douleur importante du mollet qui est tendu avec hypoesthésie de la première commissure.
Quel diagnostic évoquez-vous ? Quel est le traitement ?

CORRECTION

Rhumatologie n° 1

1.
 - Limitation de mobilité : Flexion, ROI (Rotation Interne), Extension
 - Boiterie à la marche
 - Flessum
 - Retentissement fonctionnel : Limitation périmètre de marche
2.
 - Radiographies :
 - ✍✍ bassin de face en charge
 - ✍✍ Faux profil de Lequesne
 - Lésions
 - ✍✍ Condensation os sous chondral
 - ✍✍ Ostéophytes
 - ✍✍ Pincement localisé
 - ✍✍ Géodes sous chondrales
 - ✍✍ Dysplasie
3.
 - Ostéonécrose aseptique de la tête fémorale (Diabète, dyslipidémie, microtrauma répétés)
 - Algodystrophie (Diabète)
 - Fissure col fémoral (peu d'argument)
4.
 - lombocruralgie L3 d'origine dégénérative (douleur mécanique, fréquence)
 - cruralgie par hématome du psoas (traitement par AVK)
5.
 - Amaigrissement
 - Port d'une canne côté dt
 - Eviter port de charges lourdes
 - Rééducation

Rhumatologie n° 2

1. Polyarthrite rhumatoïde :

- ✍✍ femme jeune
- ✍✍ atteinte symétrique et bilatérale
- ✍✍ polyarthrite
- ✍✍ évolution supérieure à 6 semaines

2. Biologie :

- ✍✍ Facteurs Rhumatoïdes Latex Waler Rose (FR LWR)
- ✍✍ Facteurs Anti-Nucléaires (FAN) éliminer autre pathologie
- ✍✍ Protéinurie 24H : atteinte rénale ; et pré traitement
- ✍✍ Radio pulmonaire : sarcoïdose et pré traitement
- ✍✍ Sérologie hépatite B, C : pré traitement, éliminer cause virale

3. Atteinte ostéo articulaire :

- ~~/~~ Synovite
- ~~/~~ Ténosynovite
- ~~/~~ nodules rhumatoïdes
- ~~/~~ déformation : coup de vent cubital, boutonnière, col de cygne, maillet

4. Facteurs pronostiques de gravité :

- ~~/~~ VS CRP élevées
- ~~/~~ HLA DR4 DR1
- ~~/~~ Forte activité de la maladie initiale
- ~~/~~ Atteinte viscérale

5. Prise en charge à 100% - + assistante sociale (aménagement poste de travail)

- ~~/~~ Antalgique, AINS, Corticoïdes
- ~~/~~ Traitement de fond
- ~~/~~ Rééducation ergothérapie

CORRECTION**Orthopédie n° 1****1. Fracture de l'extrémité inférieure du radius droit.**

Fracture extra-articulaire à bascule dorsale

Siège de la douleur au-dessus de l'interligne, mobilisation douloureuse, voussure en dos de fourchette, inclinaison radiale.

2. Recherche de complications : ouverture cutanée, neurologique, vasculaire, autre lésion traumatique**3. Radiographie du poignet droit de face et de profil**

Fracture transversale sus-articulaire 2 cm au-dessus de l'interligne, de profil bascule postérieure.

Fracture isolée du radius.

4. Réduction et ostéosynthèse sous anesthésie.

Immobilisation par manchette plâtrée 6 semaines

5. Surveillance du plâtre : sensibilité des doigts, chaleur, œdème, douleur. (Chercher signes de compression sous plâtre) .

Surélévation du membre

Consultation avec radio à J2, J8, J15, J45.

CORRECTION

Orthopédie n° 2

1. Quels sont les 3 examens morphologiques que vous demandez en urgence et pourquoi ?

Radiographie de thorax : éliminer une urgence respiratoire : hémithorax, pneumothorax...

Radiographie de bassin : recherche d'une fracture ou disjonction source d'hémorragie pouvant déboucher sur un geste urgent

Echographie abdominale : lésion viscérale ou hémopéritoine (rate ++ : douleur du flanc gauche et 80/60)

2. Comment conduisez-vous l'examen clinique ?

Quelles sont les mesures thérapeutiques générales et locales à entreprendre ?

Examen clinique complet de la tête au pied, membres, rachis, abdomen, examen neurologique incluant le toucher rectal.

Mesures locales : désinfection de la plaie, pansement stérile, immobilisation de la jambe par attelle.

Mesures générales : vérifier la vaccination anti-tétanique VAT, antibiothérapie, voie veineuse, remplissage, antalgiques. Collier cervical.

3. Quel bilan radiographique demandez-vous ?

Rachis complet : cervical F + P + bouche ouverte, dorsolombaire F+P, sacrum profil (fracture du sacrum souvent non diagnostiquée), jambe droite F+P

4. 24 heures après avoir été encloué au niveau de sa jambe, le patient présente une douleur importante du mollet qui est tendu avec hypoesthésie de la première commissure.

Quel diagnostic évoquez-vous ? Quel est le traitement ?

Syndrome de loge. Aponévrotomie de décharge en urgence.