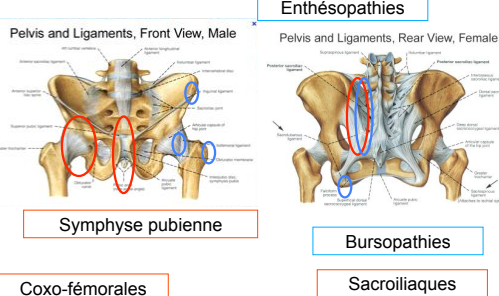


## Le bassin inflammatoire

Docteur Emmanuel Hoppé  
Service de Rhumatologie  
CHU Angers  
18.10.2013

## Anatomie



## 4 tableaux

**A RETENIR**

Douleur lombofessière inflammatoire  
Coxopathie aiguë  
Raideur inflammatoire des ceintures  
Tendinite résistante au ttt médical

## 3 grands cadres

**A RETENIR**

Spondylarthrite ankylosante  
Pseudo-polyarthrite rhizomélique  
Chondrocalcinose articulaire

## Spondylarthrite ankylosante

- Groupe des spondylo-arthrites
- Ensemble de maladies ayant en commun
  - Terrain HLA B27
  - Mécanisme physiopathologique : enthésopathie
  - Atteinte pelvirachidienne, périphérique et enthésopathique
  - Manifestations extra-articulaires associées : psoriasis, maladie inflammatoire chroniques intestinales, uvéite...

## Spondylarthrite ankylosante

- Groupe des spondylo-arthrites
  - Spondylarthrite ankylosante
  - Rhumatisme psoriasique
  - SpA associées aux MICI
  - Arthrites réactionnelles
  - SAPHO
  - SpA indifférenciées

## Spondylarthrite ankylosante

- **Atteinte sacroiliaque (70-100%)**
  - Douleur fessière, volontiers à bascule
  - « la sciatique qui ne passe pas »
  - Horaire inflammatoire, avec réveils nocturnes (3-4h) et dérouillage matinale >45'
  - Boiterie
  - AMP, sautillement douloureux
  - Manœuvres cliniques de SI



## Spondylarthrite ankylosante

- **Atteinte coxofémorale (30%)**
  - Douleur inguinocrurale intense voire aiguë
  - Boiterie, AMP douloureux, voire impotence
  - Sd clinostatique
  - Mobilisation passive douloureuse et limitée

Attention signe de gravité  
Impact fonctionnel et socio-professionnel  
5% vont avoir une PTH

*Calin Br J Rheumatol 1988*

## Spondylarthrite ankylosante

- **Atteinte de la symphyse (10-15%)**
  - Douleur inguinocrurale, médiane
  - Boiterie, AMP douloureux
  - Palpation douloureuse
  - Adduction contrariée douloureuse
  - Absence de dg différentiel

## Spondylarthrite ankylosante

- **Enthésopathie**
  - Si elle est inflammatoire !
  - Se méfier des « tendinites » persistantes sans facteur mécanique, traumatique ou métabolique
- **Plusieurs sites**
  - Grands trochanters
  - Ischions
  - Epines iliaques antérosupérieures
  - Sacrum

## Quels éléments doivent me faire évoquer une SA ?

- **Y a-t-il des arguments pour une origine inflammatoire ?**
  - Absence de facteur déclenchant précis
  - Réveils nocturnes vers 3-4h
  - Dérouillage matinal prolongé > 45'
  - Amélioration à l'effort
  - CRP modérément élevée


### Quels éléments doivent me faire évoquer une SA ?

- Terrain ?
  - Homme < 40 ans
  - ATCD personnel ou familial de psoriasis, maladie inflammatoire digestive ou diarrhée, uvéite
  - ATCD familial de SpA

### Quels éléments doivent me faire évoquer une SA ?

- Y a-t-il d'autres arguments cliniques ?

1	Rachialgie nocturne ou douleur matinale du matin	1
2	Douleurs fonctionnelles à bascule	2
3	Oligoartrite	2
4	Talgée	2
5	Dougl ou entérol ou entéro	2
6	Uvéite	2
7	Dactylite	1
8	Dactylite	1
9	Préférence ou antécédent de psoriasis, hépatite, RCN, Colite	2
10	Sacroilite stade II bilatérale ou stade III ou lésions inflammatoires à l'IRM	3
11	Associations familiales de spondylarthrite ou HLA-B27 +	2
12	Efficacité des AINS ou mise de 48 heures ou échec des drogues à base azotée ou 48 heures ou efficacité spectaculaire d'un anti-TNF	2
Diagnostic certain si		6 ou +



*Amor Rev Rhum 1990*

### Quels éléments doivent me faire évoquer une SA ?

- Y a-t-il d'autres arguments cliniques ?

Rachialgie chronique (>3 mois) <45 ans	OU	B 27
Sacroilite documentée + 1 critère clinique		+ 2 critères cliniques

Arthrite périphérique	MICI
Enthésite calcanéenne (Achille / AP)	Bonne réponse aux AINS en 48h
Uvéite antérieure	Histoire familiale de SA, Psoriasis, uvéite, Arthrite réactionnelle, MICI
Dactylite	HLA B27
Psoriasis	CRP élevée

*Rudwaleit ARD 2009*

### Quels éléments doivent me faire évoquer une SA ?

- Y a-t-il des arguments iconographiques ?
  - Commencez par des radiographies simples
  - Si vous avez un scanner lombaire : regardez les coupes sacro-iliaques

### Quels éléments doivent me faire évoquer une SA ?



### Quels éléments doivent me faire évoquer une SpA ?



Quels éléments doivent me faire évoquer une SpA ?



Quels éléments doivent me faire évoquer une SpA ?



Quels éléments doivent me faire évoquer une SpA ?

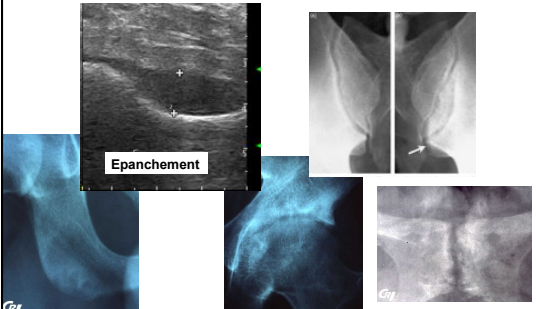


*Calin Br J Rheumatol 1988*

Quels éléments doivent me faire évoquer une SpA ?



Attention aux infections !



Quels éléments doivent me faire évoquer une SpA ?

- Faire des clichés de rachis



### Quels éléments doivent me faire évoquer une SpA ?

- Suspicion clinique
- Mais sans confirmation Rx ou TDM

- ➔ Test au AINS
- ➔ Avis du Rhumatologue

### Pseudo-polyarthrite rhizomélique

- **Sémiologie**
- Atteinte pelvienne (70%)
  - Arthromyalgies lombocurales progressives et permanentes (quelques semaines)
  - Raideur inflammatoire de la ceinture pelvienne avec dérouillage matinal > 45' (souvent plusieurs heures)
  - Impotence fonctionnelle (signe du tabouret)
  - Mais pas de limitation vraie des mobilités articulaires

### Pseudo-polyarthrite rhizomélique

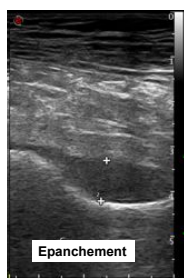
- **Diagnostic**
- Terrain
  - Age > 50 (plutôt 65) ans
- Clinique
  - Atteinte de la ceinture scapulaire +++
  - AEG modérée
  - Fébricule 38°C
  - Signes de maladie de Horton associée
  - Efficacité franche et rapide (75h) de la faible corticothérapie (0.25mg/kg/j)

### Pseudo-polyarthrite rhizomélique

- **Diagnostic**
- Biologie
  - Syndrome inflammatoire marqué et constant
  - Absence de stigmata d'auto-immunité
- Iconographie
  - Pas de stigmata d'autre rhumatisme
  - Parfois échographie ou IRM

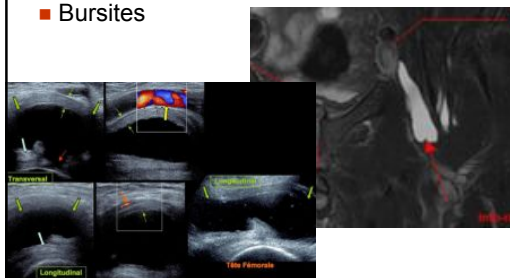
### Pseudo-polyarthrite rhizomélique

#### ■ Arthrites



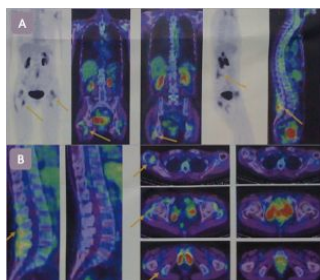
### Pseudo-polyarthrite rhizomélique

#### ■ Bursites



## Pseudo-polyarthrite rhizomélique

- Arthrites, bursites



## Chondrocalcinose

- Rhumatisme à Pyrophosphate de calcium
- Y penser devant
  - Une présentation brutale et bruyante
  - « pseudo infectieuse »
  - « pseudo-goutte »
  - Femme de plus de 65 ans

## Chondrocalcinose

- Atteinte des coxofémorales
  - Fréquente
  - Souvent symptomatique
  - Poussées inflammatoires suraiguës avec impotence fonctionnelle majeure, fébricule
  - Evolution spontanément favorable en 72h sans traitement



## Chondrocalcinose

- Atteinte sacroiliaque
  - Manifestation clinique rare
  - Lésions radiographiques 30-41%
  - Aspect varié
    - Calcification interligne
    - Aspect « dégénératif »
    - Aspect « rhumatismal » : érosions, géodes, condensation..
  - Histologie difficile



*Pertuiset Rev Rhum 2009*

## Chondrocalcinose

- Atteinte de la symphyse pubienne
  - Fréquente
  - Souvent asymptomatique



## Rhumatisme à Apatite

- Calcifications des enthèses
- Moyen fessier, droit fémoral
- Tendinopathie du moyen fessier rebelle au tt antalgique +/- AINS



## Le bassin inflammatoire

**A RETENIR**

- 4 présentations cliniques
  - la coxopathie aiguë avec impotence fonctionnelle (pseudo septique) quelque soit l'âge
  - La douleur lombosacrée inflammatoire de l'homme < 40ans
  - La tendinite sans facteur favorisante qui ne passe pas
  - La raideur douloureuse inflammatoire des ceintures après 65 ans

## Le bassin inflammatoire

**A RETENIR**

- 3 diagnostics
  - La spondylarthrite ankylosante
  - La pseudo-polyarthrite rhizomélique
  - La chondrocalcinose

## Le bassin inflammatoire

**A RETENIR**

- 2 examens
  - Un bon examen clinique
  - Des radiographies standard

## Le bassin inflammatoire

**A RETENIR**

- 1 interlocuteur si doute
  - Le rhumatologue !

## Le bassin inflammatoire ?



Moi aussi  
j'ai mal aux  
fesses !