

Cas clinique 8

Madame D., 75 ans, consulte pour des douleurs du cou et des épaules évoluant depuis 1 mois 1/2. Les douleurs ont débuté brutalement d'un jour à l'autre et se sont accompagnées d'une altération de l'état général avec anorexie, une perte de poids de 2 kilos et une fébricule à 37,8 °C.

Les douleurs sont vives le matin et la patiente éprouve de réelles difficultés à se lever de son lit. Il existe un dérouillage matinal de 2 heures.

Dans les antécédents, on note un asthme allergique depuis 30 ans, traité par des corticoïdes inhalés et par voie générale en cures courtes, une hypertension artérielle traitée par un bêtabloqueur et un diurétique thiazidique ; enfin, elle est porteuse d'une hépatite chronique avec anticorps antimuscle lisse à taux élevé.

Les premiers examens complémentaires sont les suivants : NFS : globules rouges 3 750 000/mm³ ; globules blancs : 8 780/mm³ ; plaquettes : 640 000/mm³. VS : 76 mm à la 1^{re} heure ; CRP : 90 mg/l. Anticorps : latex 320 UI/l ; Waaler-Rose 32UI/l. Anticorps antinoyaux positifs au 1/160^e d'aspect homogène. Créatinine : 95 µmoles/l ; glycémie : 5 mmoles/l ; ASAT : 24 UI/l ; ALAT : 21 UI/L.

Le diagnostic de polyarthrite rhumatoïde à début tardif est proposé et la patiente reçoit un traitement par dicoflénac (*Voltarène*) 50 mg deux fois par jour et hydroxychloroquine (*Plaquénil*) 400 mg/jour.

La patiente est revue six semaines plus tard car elle se plaint d'une baisse de l'acuité visuelle (BAV) de l'œil droit.

Cette BAV, d'abord modérée, était associée à des impressions de déformation des objets et des lignes ; ensuite sont apparues des « taches » au niveau du champ visuel central et l'acuité visuelle a alors chuté :

- AV OD: < à 1/10, Parinaud 14 ;
- AV OG : 4/10, Parinaud 2.

L'examen à la lampe à fente montre : cornée claire, chambre antérieure calme profonde, cristallin opalescent à droite; cataracte corticonucléaire à gauche, tonus oculaire : 19 mmHg ODG.

Questions

- A** Quel tableau clinique ophtalmologique évoquez-vous à droite ? Quelle est l'étiologie la plus probable ?
- B** Quel tableau clinique évoquez-vous à gauche ? Que devez-vous éliminer de ce côté ?
- C** Le diagnostic erroné de PR à début tardif a été dicté par les résultats des auto-anticorps. Comment réinterprétez-vous la présence de ces auto-anticorps ?
- D** Une biopsie temporale est effectuée à la recherche d'une artérite de Horton. Quelles sont les anomalies histologiques caractéristiques de cette affection ?
- E** La patiente est mise sous glucocorticoïdes à la posologie de 15 mg de prednisone (*Cortancy*) par jour car la biopsie artérielle ne montrait pas d'artérite de Horton. Sous l'influence de la corticothérapie, les signes cliniques rhumatologiques se sont

amendés en quelques jours. La **VS** et la **CRP** se normalisent en quelques semaines. L'évolution sera marquée par un réveil douloureux et une remontée de la **VS** chaque fois que vous essayez de diminuer le *Cortancyl* en dessous de 8 mg/jour .

Après 10 mois de traitement la patiente consulte pour une douleur vive du dos à hauteur de la charnière dorsolombaire, survenue sans effort déclenchant net. La mobilité est très entravée car tout mouvement exacerbe cette douleur qui n'irradie pas. La patiente est obligée de rester alitée, son abdomen est météorisé avec arrêt des matières et semble-t-il des gaz. Une radiographie faite au lit montre une diminution de la hauteur de T11 et de T12, la lecture est gênée par un météorisme important sans niveau liquide net (mais cliché fait couché). Quel diagnostic est le plus vraisemblable devant ces dorsalgies ? Quels sont les facteurs favorisants anciens et actuels ? Quelles mesures thérapeutiques préventives aurait-il fallu prendre pour tenter d'éviter l'état actuel ?

F Après quelques semaines d'alitement lié à l'impotence, la patiente reprend la déambulation. La marche est hésitante, la patiente se plaint de chutes et de difficultés progressives à la marche. À l'occasion d'une chute de sa hauteur, elle présente une vive douleur de la cuisse droite et ne peut se relever. Elle est amenée aux urgences où le médecin constate un raccourcissement de 2 cm du membre inférieur droit et une attitude spontanée en rotation externe du pied.

Une radiographie est pratiquée en urgence. Les radiographies montrent de face une fracture engrenée du col fémoral, située à la jonction de la tête et du col et les travées osseuses sont verticalisées. Interprétez le cliché des urgences en utilisant la classification de Garden. Quels sont les principes thérapeutiques en urgence ?

G Enfin, après plusieurs semaines passées en rééducation, la patiente a pu reprendre la marche mais le kinésithérapeute note la difficulté déjà signalée avant la chute et demande l'avis du neurologue.

À l'arrivée de la patiente dans le box, vous notez une marche à petits pas avec une attitude générale en flexion, bras collés au corps. À l'examen neurologique, vous notez un signe de Froment ainsi qu'une roue dentée à gauche, associés à une akinésie bilatérale majeure avec faciès figé. Quel est votre diagnostic ? Quels sont les autres signes cliniques neurologiques à rechercher ?

Réponses

Cas clinique 8

- A** *Syndrome maculaire : baisse d'acuité visuelle, métamorphopsies, scotomes centraux positifs. Probable dégénérescence maculaire liée à l'âge, exsudative. Syndrome maculaire du sujet âgé (argument de fréquence). BAV rapidement progressive (forme exsudative) (3 points).*
- B** *Cataracte cortico-nucléaire car BAV de loin, sans BAV de près (2 points).*
- C** *(1) Auto-anticorps liés à l'âge : 75 ans . À cet âge, 10 à 20 % des sujets ont des AAN et 5 à 10 % des sujets des facteurs rhumatoïdes. (2) Les hépatites chroniques s'accompagnent souvent d'auto-anticorps : 20 à 30 % ont des facteurs rhumatoïdes. (3) Les bêtabloqueurs peuvent induire des AAN (3 points).*
- D** *La biopsie temporale recherche une infiltration de la paroi artérielle par des cellules inflammatoires polymorphes comprenant des polynucléaires neutrophiles, des lymphocytes et des histiocytes macrophages. Les histiocytes macrophages fusionnent pour former des cellules géantes au contact de la limitante élastique interne qui est fragmentée. Un épaissement de la média et de l'intima en résulte et la lumière de l'artère est rétrécie, voire thrombosée (3 points).*
- E** *Les dorsalgies témoignent vraisemblablement d'une fracture vertébrale ostéoporotique de T11 et T12. L'arrêt des matières et des gaz contemporain de la fracture vertébrale est très fréquent (ileus réflexe par sidération). Facteurs favorisants : femme ménopausée, âge élevé, corticothérapie ancienne et prolongée pour asthme, corticothérapie récente (15 mg/jour), hépatite chronique. La corticothérapie aurait dû être associée à une prévention de l'ostéoporose par une supplémentation vitamino-calcique (calcium élément 1 g/j; vitamine D : 400 à 800 UI/jour environ) et la prescription d'un bisphosphonate (alendronate, Fosamax 5 mg/jour par exemple ou risédronate, Actonel 5 mg/j) à distance de tout repas et de prise de calcium. En amont, il aurait dû être discuté un traitement œstroprogestatif substitutif de la ménopause mais à 75 ans, avec une hépatite chronique, il ne faut pas retenir cette solution (3 points).*
- F** *Fracture du col du fémur type Garden IV, mise en place d'une prothèse fémorale cervico-céphalique cimentée (au minimum) (3 points).*
- G** *Syndrome parkinsonien devant l'association de marche à petits pas avec perte du ballant des deux bras, une attitude générale en flexion, une rigidité extra-pyramidale à gauche avec une akinésie et un faciès figé. Les autres signes cliniques à rechercher sont l'existence d'un tremblement de repos de petite amplitude, distal, majoré par l'émotion, une difficulté à effectuer les mouvements alternatifs rapides (akinésie) et un réflexe nasopalpébral inépuisable (3 points).*