

GERIATRIE

Epreuve de vérification des connaissances fondamentales

Cas clinique :

Mme Dupont, âgée de 65 ans, se présente en consultation pour des douleurs persistantes au niveau des épaules, du cou et des hanches. Elle se plaint également d'une fatigue importante et d'un manque d'appétit.

Questions :

1.QCM

1. Quel est l'âge de l'apparition des signes du syndrome de forestier -certonciny ?

- A. 50 ans
- B. 60 ans
- C. 65 ans
- D. 70 ans

2. Quelles sont les zones douloureuses décrites par Mme Dupont ?

- A. Épaules, genoux et poignets
- B. Cou, hanches et lombes
- C. Chevilles et coudes
- D. Dos et bras

3. Quels éléments biologiques sanguins peuvent être augmentés dans le cadre de la PPR ?

- A. Glycémie
- B. Cholestérol
- C. CRP
- D. Acide urique

4. Quel traitement est la référence pour la PPR ?

- A. Antibiotiques
- B. Anti-inflammatoires non stéroïdiens
- C. Corticoïdes
- D. Méthotrexate

5. Quelle est la prédominance de la PPR en termes de genre ?

- A. Hommes
- B. Femmes
- C. Égale chez les deux
- D. Non spécifié

6. Quelles sont les complications graves associées à la PPR ?

- A. Complications cardiaques
- B. Risque de cécité
- C. Trouble de la coagulation
- D. Insuffisance rénale

7. Quel est le terme médical désignant l'inflammation articulaire au niveau des épaules ?

- A. Bursite
- B. Ténosynovite
- C. Arthrite
- D. Myosite

8. Quelle est la dose initiale recommandée de prednisone pour le traitement de la PPR ?

- A. 0,10 mg/Kg
- B. 0,20 mg/Kg
- C. 0,30 mg/Kg
- D. 0,40 mg/Kg

9. Comment se nomme la maladie associée à la PPR caractérisée par des maux de tête, une fatigue et une inflammation des artères ?

- A. Maladie de Parkinson
- B. Maladie de Horton
- C. Polyarthrite rhumatoïde
- D. Fibromyalgie

10. Quel examen permet de confirmer le diagnostic de la maladie de Horton ?

- A. IRM cervicale
- B. Biopsie de l'artère temporale
- C. Radiographie des épaules
- D. Test sanguin de CRP

2. Questions directes

11. Qu'est-ce que la pseudopolyarthrite rhizomélique ?

12. Quelle est la physiopathologie de la pseudopolyarthrite rhizomélique ?

13. Quels sont les symptômes de la pseudopolyarthrite rhizomélique ?

14. Comment est diagnostiquée la pseudopolyarthrite rhizomélique ?

15. Quel est le traitement de la pseudopolyarthrite rhizomélique ?

LES REPONSES

1. QCM

1. Réponse correcte : A. 50 ans
2. Réponse correcte : B. Cou, hanches et lombes
3. Réponse correcte : C. CRP
4. Réponse correcte : C. Corticoïdes
5. Réponse correcte : B. Femmes
6. Réponse correcte : B. Risque de cécité
7. Réponse correcte : A. Bursite
8. Réponse correcte : B. 0,20 mg/Kg
9. Réponse correcte : B. Maladie de Horton
10. Réponse correcte : B. Biopsie de l'artère temporale

2. Questions directes

11.Qu'est-ce que la pseudopolyarthrite rhizomélique ?

La pseudopolyarthrite rhizomélique (PPR)

- Un rhumatisme inflammatoire chronique le plus fréquent du sujet âgé.
- Une atteinte inflammatoire douloureuse des ceintures scapulaire et pelvienne,
- Un sujet de plus de 50 ans,
- Persistant depuis au moins un mois,
- Une raideur matinale handicapante,
- Une altération de l'état général
- Un syndrome inflammatoire biologique.
- Une prédominance féminine

12.Quelle est la physiopathologie de la pseudopolyarthrite rhizomélique ?

- L'origine de la PPR semble être due à une combinaison de facteurs génétiques, environnementaux et immunologiques, notamment le HLA DR4 et l'IL6.
- Des études ont évoqué le possible rôle de la vaccination antigrippale ou anti-Covid-19 dans le développement de la PPR.
- Une augmentation de la micro-vascularisation musculaire, liée à l'activation vasculaire endothéliale dépendante du VEGF, a été observée chez les patients atteints de PPR.

- Les inhibiteurs de checkpoints immunitaires utilisés dans certains cancers ont été associés à des cas de PPR, soulignant l'importance de comprendre les interactions entre le système immunitaire et la pathogenèse de la maladie

13. Quels sont les symptômes de la pseudopolyarthrite rhizomélique ?

Les signes cliniques de la PPR incluent :

- Douleurs et raideurs au niveau de la ceinture scapulaire (épaules et cou), ceinture pelvienne (hanches et bas du dos)
- Manifestations articulaires aux mains, poignets, genoux
- Atteinte de l'état général (fièvre, fatigue, amaigrissement)

14. Comment est diagnostiquée la pseudopolyarthrite rhizomélique ?

- Le tableau clinique de la PPR comprend des arthromyalgies inflammatoires bilatérales et symétriques, touchant principalement les épaules et les hanches, entraînant une impotence fonctionnelle.
- Des synovites périphériques peuvent également être présentes, ainsi qu'un syndrome du canal carpien, un œdème des mains, et des signes généraux tels que (asthénie, anorexie, amaigrissement et fébricule).
- Les tests biologiques montrent un syndrome inflammatoire important, avec une vitesse de sédimentation élevée, une élévation des protéines de l'inflammation et parfois une anémie inflammatoire.
- Le bilan minimal recommandé avant le traitement inclut divers examens biologiques, radiologiques et échographiques pour confirmer le diagnostic de PPR.
- Les nouveaux critères de diagnostic de 2012 exigent un âge supérieur à 50 ans, une douleur bilatérale des épaules et la présence d'un syndrome inflammatoire biologique.

15. Quel est le traitement de la pseudopolyarthrite rhizomélique ?

- Le consensus thérapeutique actuel pour la polymyalgia rheumatica (PPR) est basé sur les recommandations ACR/EULAR 2015 établies par un groupe d'experts.
- Le traitement de référence pour la PPR est la corticothérapie. Il est recommandé de commencer par une dose de prednisone entre **12,5 et 25 mg** en une seule prise par jour.

En cas de douleurs nocturnes, une dose plus faible peut être tolérée le soir. Chez les patients à faible risque d'effets indésirables et à haut risque de rechute, des doses plus élevées peuvent être envisagées, mais elles sont contre-indiquées chez les patients présentant des comorbidités.

- La dégression des corticoïdes doit être personnalisée en fonction de l'activité de la maladie, des bilans biologiques et de l'apparition d'effets indésirables. Un schéma de dégression général est recommandé, avec une diminution de la dose à 10 mg/jour sur 4 à 8 semaines, suivie d'une diminution d'un mg toutes les 4 semaines. En cas de poussée, il est conseillé de revenir à la dose précédente avant de reprendre la dégression.
- L'administration précoce de méthotrexate est recommandée comme traitement d'épargne cortisonique, avec des doses entre 7,5 et 10 mg par semaine. Les anti-TNF alpha n'ont pas montré d'efficacité pour la PPR.
- Un suivi régulier est nécessaire, avec des consultations toutes les 4 à 8 semaines la première année, puis toutes les 8 à 12 semaines la deuxième année. Le suivi se base principalement sur le PPR-DAS, un score composite qui évalue l'activité de la maladie à travers différents paramètres.
- En cas de variation du PPR-DAS de plus de 7 points entre deux visites, une rechute est définie.
- Des exercices de physiothérapie peuvent également être recommandés pour maintenir la mobilité des articulations.

Dr MADANI ALI
Gériatre et psychogériatre