



# Quoi de neuf en rhumatologie 2024

**LAURE BERARD**

**Médecin Rhumatologue - Praticien Hospitalier**

**Hôpital Jacques Monod**

**08/10/2024**

# COLLABORATION VILLE-HOPITAL

## TELE EXPERTISE

- ▶ PLATEFORME OMNIDOC

## CONSULTATION

- ▶ Sur courrier
- ▶ Sec.rhumato@ch-havre.fr

## TELEPHONE D'AVIS

- ▶ Lundi au Vendredi
- ▶ 9h-17h

**06.72.97.06.33**

- ▶ Hospitalisation directe
- ▶ Consultation urgente
- ▶ Inclusion PHRC goutte



GRUPE  
HOSPITALIER  
DU HAVRE



# L'ÉPAULE MÉCANIQUE NON TRAUMATIQUE

Quoi de neuf en rhumatologie- 2024

LAURE BERARD



# Conduite diagnostique devant une épaule douloureuse non traumatique de l'adulte

## Prise en charge des tendinopathies de la coiffe des rotateurs

Recommandations HAS 2023

- ▶ Tendinopathies non rompues : données SNDS de 2022
  - ▶ Constat d'excès de recours à la chirurgie
  - ▶ **23 %** des patients opérés n'avaient pas reçu le traitement médical adapté dans les 18 mois précédant l'intervention
    - ▶ 1/3 pas de kiné
    - ▶ 1/3 pas de radio en première intention dont la moitié aucune radio
    - ▶ 1/2 pas d'infiltration de dérivés cortisonés

*Dans la tendinopathie non rompue de la coiffe des rotateurs, la chirurgie n'a pas démontré son intérêt dans l'état actuel des connaissances*

# ANAMNESE TDH : Terrain -Début-Horaire

## TERRAIN

- ▶ Tendinopathies calcifiantes de l'épaule
  - ▶ + population féminine
  - ▶ entre 40 et 50 ans
  - ▶ plus fréquentes chez le diabétique (faible niveau de preuve)
  
- ▶ Lésions dégénératives de la coiffe des rotateurs
  - ▶ fréquence croissante  $\geq 40$  ans
  - ▶ les activités sollicitant les membres supérieurs, en force ou de façon répétée dans le plan scapulaire et au-dessus, sont des facteurs pathogènes des tendinopathies dégénératives.
  
- ▶ Ruptures tendineuses transfixiantes
  - ▶ en moyenne > 50 ans

# ANAMNESE TDH : Terrain-Début-Horaire

## DEBUT et HORAIRE

### ▶ Début

- ▶ Brutal : étiologie calcique - rupture tendineuse
- ▶ Progressif : étiologie dégénérative - épanchement

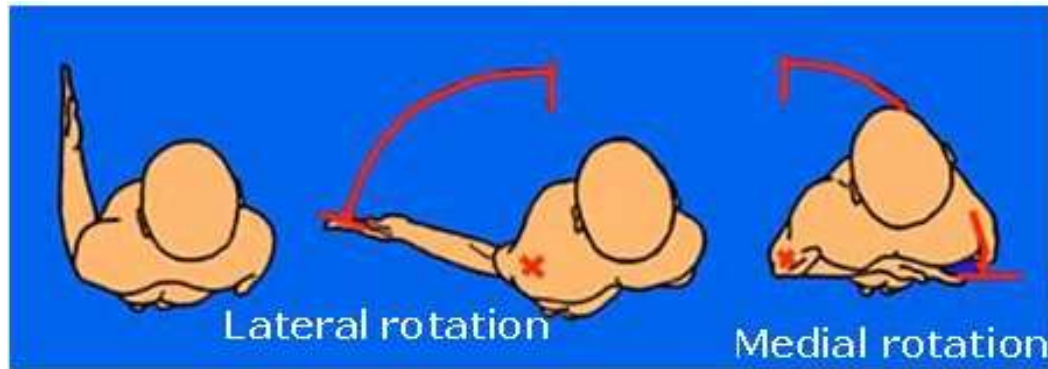
### ▶ Horaire

	INFLAMMATOIRE	MECANIQUE
DEROUILLAGE MATINAL	> 30 minutes	Possible mais $\leq$ 30 minutes
ACME	NUIT  Matin > soir  Réveil nocturne spontané (en 2 <sup>ème</sup> partie de nuit)	JOUR  Soir après l'effort  Sans réveil nocturne (ou alors EN BOUGEANT)
EFFORT	La diminue	La majore

# AMPLITUDES BILATERALES ET COMPARATIVES

Rotation latérale

Rotation médiale



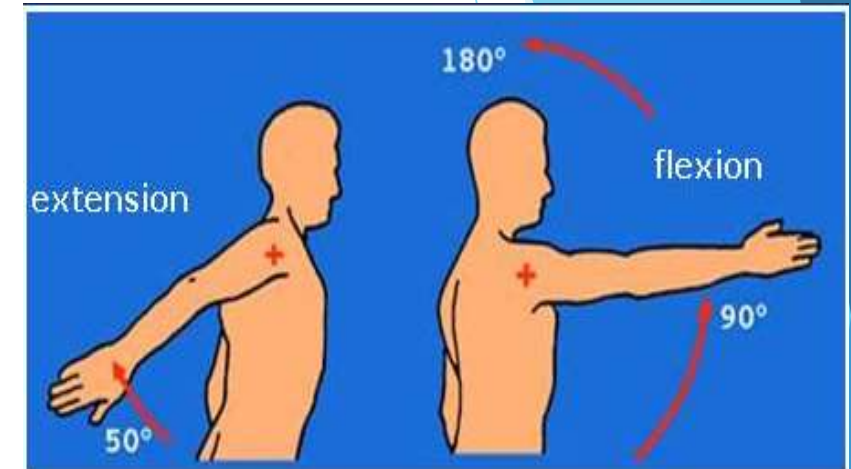
PATIENT DEVETU

1- EN PASSIF :

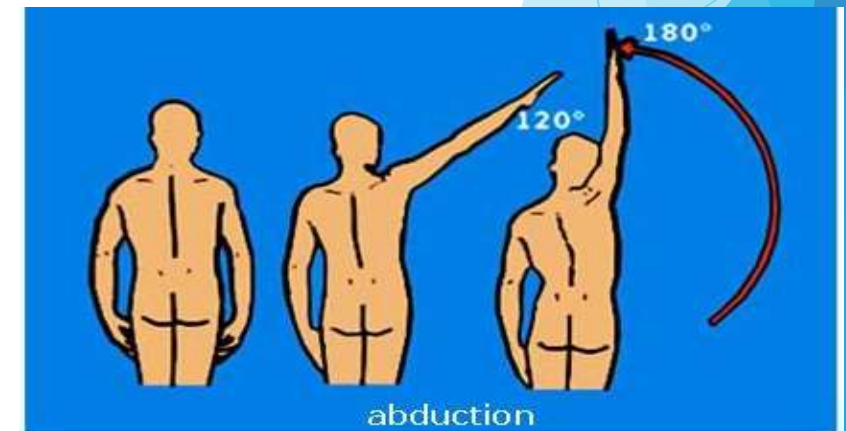
- decubitus dorsal: rotation latérale et flexion
- assis: rotation médiale

2- EN ACTIF : assis

Flexion 180°



Abduction 180°



# ARTICULAIRE OU PERI-ARTICULAIRE?

## ARTICULAIRE

LIMITATION active **et** passive

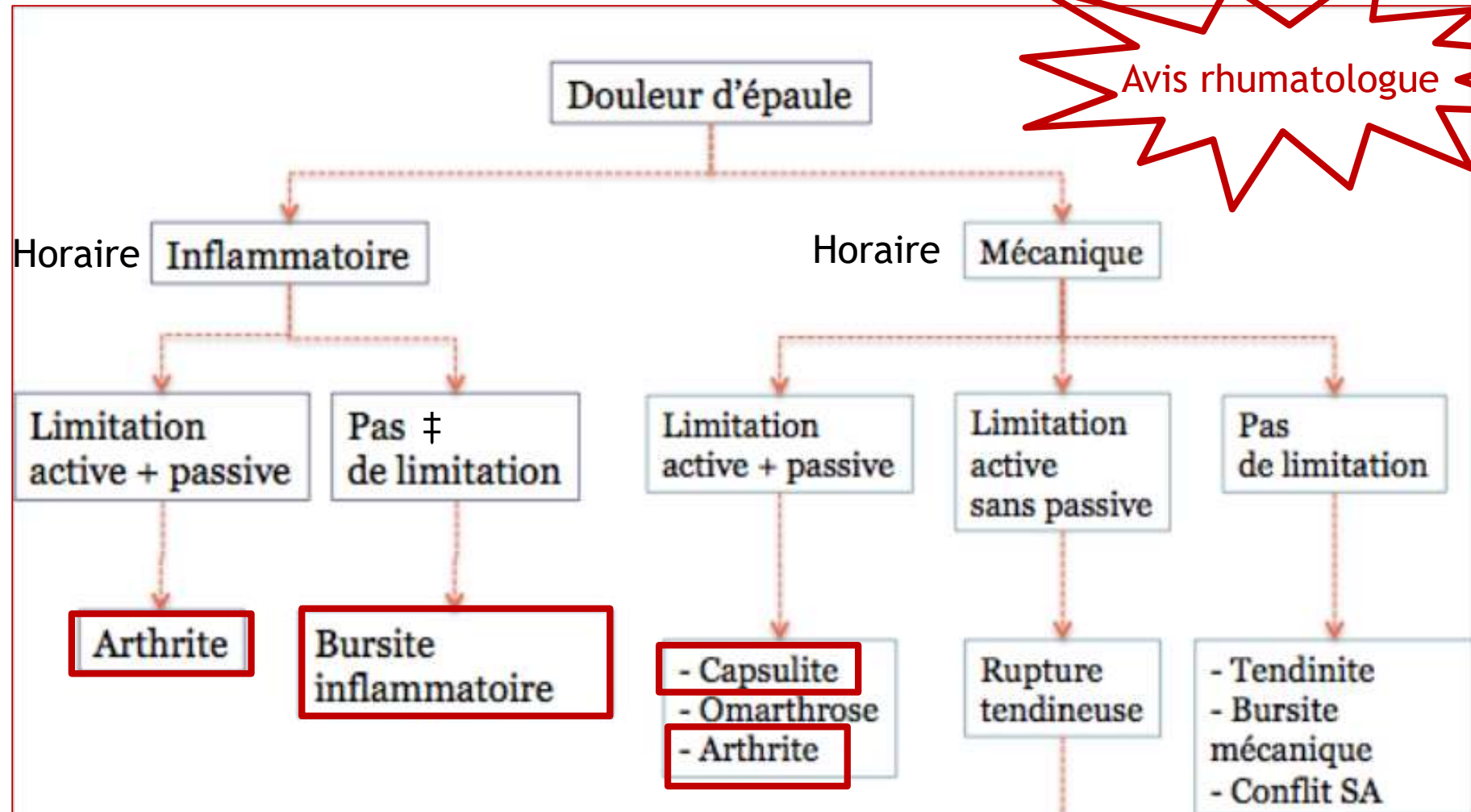
- ▶ Capsulite
- ▶ Omarthrose
- ▶ Epanchement articulaire
  - ▶ Rhumatisme inflammatoire
  - ▶ Arthrite septique
  - ▶ Epaule sénile hémorragique

## PERI-ARTICULAIRE

LIMITATION active seule

- ▶ Tendinites
  - ▶ Rompues : limitation active SANS limitation passive
  - ▶ Non rompues: SANS limitation
- ▶ Bursite en délitement calcique
  - ▶ = tableau d'épaule gelée
- ▶ Arthropathie acromio-claviculaire
  - ▶ Douleur mal systématisée
  - ▶ Reproduite en abduction et élévation antérieure

# Principes d'orientation étiologique



‡ bursite de PPR : limitation active le matin  
bursite calcique avec limitation algique

D'après COFER, sémiologie d'épaule

# Tendinite non rompue > 4 semaines

- ▶ **RADIOGRAPHIES** : recherche de calcifications apatitiques et dg différentiel
  - ▶ 3 faces (3 rotations : neutre, interne, externe) et profil

	Non calcifiante	Calcifiante
Repos articulaire	+	+
Antalgiques	+	+
Rééducation	+	+
Colchicine	-	0,5 mgx2/j
Prednisone po (alternative)	-	30-35 mg pour 3à5J
Infiltration cortisonique de la bourse	2 au max	-
Ponction-trituration sur avis spécialisé	+	-/+

Calcification apatitique en cours de délitement



# INFILTRATIONS DE DERIVES CORTISONIQUES

## ▶ Indication-bénéfice

- ▶ > 4-6 semaines évolution après mise au repos + antalgiques + rééducation
- ▶ Efficacité sur la douleur **uniquement à court terme\***
- ▶ 2 au maximum à 3 semaines d'intervalle \*

## ▶ Topographie selon étiologies

- ▶ Bourse
  - ▶ Tendinite non rompue
- ▶ Gléno-humérale **! SUSPENSION ARRET ANTICOAGULANT !**
  - ▶ **Capsulite ! Urgence algo-fonctionnelle !**
  - ▶ Omarthrose
  - ▶ Arthrite inflammatoire aseptique
  - ▶ (Tendinite rompue)
- ▶ Acromioclaviculaire
  - ▶ Arthropathie acromio-claviculaire symptomatique

HAS 2023  
Les injections d'acide hyaluronique ou de PRP n'ont pas démontré leur efficacité en subacromial

# KINESITHERAPIE

## Exemples de prescription

- ▶ Syndrome douloureux subacromial
  - ▶ Recentrage huméral dynamique
  - ▶ Massage physiothérapie, lutte contre contracture musculaire de la ceinture scapulaire
  - ▶ Etirement tendineux puis renforcement musculaire concentrique puis excentrique du muscle atteint si tendinite
- ▶ Capsulite
  - ▶ Physiothérapie antalgique
  - ▶ Récupération des amplitudes sous le seuil de la douleur
- ▶ Rupture tendineuse
  - ▶ Massage physiothérapie, lutte contre contracture musculaire de la ceinture scapulaire
  - ▶ Renforcement du grand dorsal et grand pectoral (abaisseurs de coiffe)

*Nombre de séances et techniques laissés à l'appréciation du MKDE*

# TAKE HOME MESSAGE

- ▶ Démarche rigoureuse et systématique pour améliorer le parcours de soins
- ▶ Anamnèse TDH
  - ▶ Terrain- Début -**Horaire**
- ▶ Clinique
  - ▶ Distinction articulaire ou périarticulaire par recherche de limitation passive et/ou active
- ▶ La capsulite est une urgence algo-fonctionnelle
- ▶ Traitement médico-fonctionnel prioritaire
  - ▶ Mise au repos + antalgique + rééducation
- ▶ Radiographies en 1<sup>ère</sup> intention si > 4 semaines ou impotence majeure
- ▶ Tendinite : traitement local et pharmaco selon présence de calcification



GRUPE  
HOSPITALIER  
DU HAVRE



# GLUCOCORTICOIDES per os

## INDICATIONS ET POSOLOGIES

Quoi de neuf en rhumatologie- 2024

LAURE BERARD

# EVOLUTION DES PRATIQUES

- ▶ Réduction des doses depuis > 10 ans multifactorielle
  - ▶ Efficacité majeure des traitements de fond
  - ▶ Preuves des effets secondaires systémiques en dose cumulée (cf présentation Dr LATAOUI)
  - ▶ **Emergence de la dose minimale pour la plus courte durée**
- ▶ Actualisation des recommandations des sociétés savantes
  - ▶ française (SFR)
  - ▶ européenne (EULAR)
  - ▶ américaine (ACR)
  - ▶ filière des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires rares (FAI<sup>2</sup>R)

"Corticothérapie orale prolongée. Des repères pour diminuer le risque d'effets indésirables graves"  
Revue Prescrire 2023

# EN PRATIQUE

- ▶ Rhumatisme inflammatoire débutant
  - ▶ 15 mg/matin prednisone au max
  - ▶ A arrêter avant la consultation spécialisée (proposition 5 -7 jours avant)

**PATIENT PAUCISYMPATOMATIQUE = RHUMATOLOGUE SANS DIAGNOSTIC**

- ▶ Prednisone ou prednisolone ?
  - ▶ Équivalence des doses anti-inflammatoire et minéralocorticoïde
  - ▶ Métabolisme hépatique de la prednisone en prednisolone
  - ▶ PREDNISONNE préférée en raison d'une moindre variabilité interindividuelle de sa biodisponibilité

# Rhumatismes Inflammatoires Chroniques

## ▶ Polyarthrite Rhumatoïde (PR)

- ▶ Dose cumulée faible, durée **6 mois** max- Recommandations SFR 2019
- ▶ Proposition des experts d'arrêt dans les **3 mois**- Recommandations EULAR 2023
- ▶ En pratique, posologie max **15 mg/jour**

## ▶ Pseudo-Polyarthrite Rhizomélique (PPR)

- ▶ Prednisone **0,2 - 0,3 mg/kg sans dépasser 20 mg** - Recommandations SFR 2024 : Prise en charge en pratique courante des patients atteints PPR
- ▶ Objectif: **10 mg/j à S8**

## ▶ Artérite à Cellules Géantes (ACG) ex Horton

- ▶ Phase initiale : Prednisone **0,7 à 1 mg/kg sans dépasser 80 mg/jour**
- ▶ Protocole National De Soins (PNDS) actualisé en 2024

# MICROCRISTALLIN

## ▶ Goutte

- ▶ Prednisone **30-35 mg/jour** pendant 3 à 5 jours en alternative de la Colchicine
- ▶ Recommandations 2020 SFR - Prise en charge de la goutte : traitement des crises

## ▶ Pyrophosphate de Calcium (PPCa) - ex chondrocalcinose

- ▶ Prednisone **30 mg/jour J1 et J2**
- ▶ Etude COLCHICORT -Lancet Rheumatol 2023

## ▶ Bursite calcique apatitique

- ▶ Prednisone **30 mg/j** pendant 3 à 5 jours



# PAS D'INDICATION

- ▶ **Spondylarthrites** - Recommandations SFR 2022
- ▶ **Rhumatisme psoriasique** - Recommandations EULAR 2023
- ▶ **Lomboradiculalgie** - Recommandations HAS 2000
- ▶ **Lombalgie commune aiguë ou chronique** - Recommandations HAS 2019
- ▶ **Arthrose** - Recommandations gonarthrose SFR 2020
- ▶ **Tendinite de coiffe non calcifiante** - Recommandations HAS 2023
- ▶ **Fracture vertébrale** - Logique !

# TAKE HOME MESSAGE

	Posologie maximale PREDNISONNE matin	Durée maximale
Rhumatisme inflammatoire débutant type PR	15 mg ou 0,15 mg/kg	avis spécialisé
PPR	0,2-0,3 mg/kg jusqu'à 20 mg	12 mois
ACG	0,7-1,0 mg/kg jusqu'à 80 mg	avis spécialisé
Goutte et Apatite	35 mg	5 jours
PPCa	30 mg	2 jours

**Pas de consultation rhumatologique à visée diagnostique sous corticoïdes**