



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 MECANIQUE 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 ≥ 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

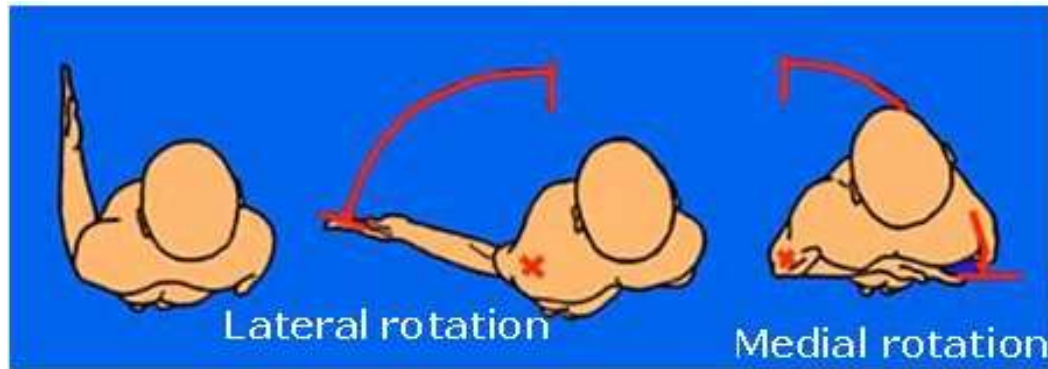
▶ Horaire

	INFLAMMATOIRE	MECANIQUE
DEROUILLAGE MATINAL	> 30 minutes	Possible mais ≤ 30 minutes
ACME	NUIT Matin > soir Réveil nocturne spontané (en 2 ^{ème} 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



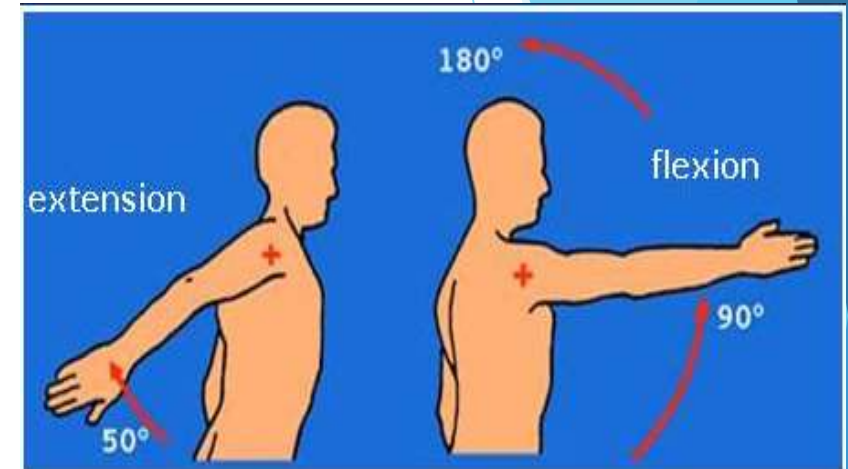
PATIENT DEVETU

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

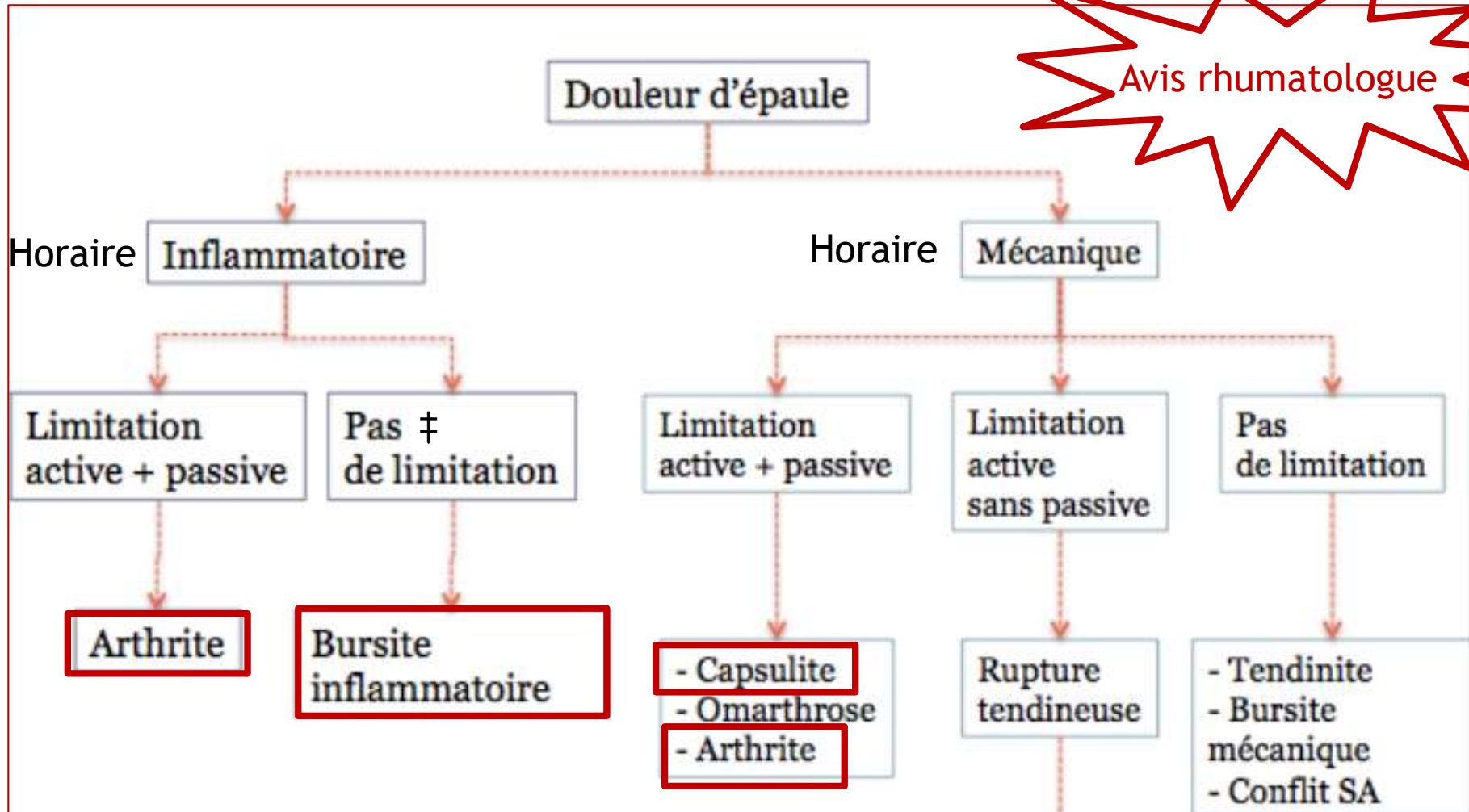
- ▶ Capsulite
- ▶ Omarthrose
- ▶ Epanchement articulaire
 - ▶ Rhumatisme inflammatoire
 - ▶ Arthrite septique
 - ▶ EpauLe sénile hémorragique

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^{ère} 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 (FAI²R)

"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