

Journée du DES de rhumatologie du 01/04/2022

Présentation de cas clinique

Adja CISS

Stéphanie DE ALMEIDA



InnoVation en ReCherche osTéoArTiculaire de  
la région HUGO – Réseau VICTOR HUGO

# Cas clinique

Consultation de rhumatologie : Mme J.DUPONT, 52 ans

Monoarthrite du genou gauche évoluant depuis 2 semaines

A déjà eu des douleurs inflammatoires de la cheville droite, du talon d'Achille droit et des poignets 1 an auparavant sans arthrite

# Cas clinique

## **Antécédents**

Hypertension artérielle, diabète de type 2

Appendicectomie

IDM chez le père à l'âge de 71 ans

**Traitements** : AMLOR, METFORMINE, KARDEGIC

## **Mode de vie**

Caissière. Tabagisme actif 15 PA. 2 verres de vin par jour. Pas de voyage récent.

# Cas clinique

## Examen clinique

Poids 87 kg pour 1m63 (IMC 32,7 kg/m<sup>2</sup>)

Arthrite du genou gauche, sans autre arthrosynovite

## Biologie en ville

NFS normale. Créatininémie 74 µmol/l. Ionogramme sanguin normal. Uricémie 320 µmol/L.

CRP 60 mg/L. Cholestase PAL et GGT 2N, sans cytolyse hépatique, bilirubine normale

# Cas clinique

Ponction articulaire du genou gauche :

Liquide d'aspect inflammatoire, non purulent



Quelles sont vos hypothèses diagnostiques ?

# Cas clinique

Résultats de la ponction articulaire 5 jours plus tard

Éléments : 10 000/mm<sup>3</sup>, PNN > 70%

Absence de microcristaux, aucun germe retrouvé



Instauration d'un traitement par KETOPROFENE en 1<sup>ère</sup> intention

Prescription radiographie + bilan immunologique

Consultation de suivi dans 1 mois

# Cas clinique

Patiente perdue de vue pendant un an

Consultation aux urgences pour récurrence d'arthrite de genou gauche

## **Cliniquement**

Arthrite du genou gauche

Synovites de 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> MTP droites

Douleur à la face postérieure de la cheville gauche

→ bursite pré tendineuse achilléenne gauche en échographie

# Cas clinique

Persistance d'un syndrome inflammatoire avec CRP 42 mg/L

Bilan immunologique

FR et ACPA négatifs

FAN négatifs

EPS normale

TSH normale

# Cas clinique

Bilan radiographique normal

Mains-poignets + pieds

Sacro-iliaque + bassin + rachis



# Cas clinique

Nouvelle ponction articulaire du genou gauche

liquide xanthochromique contenant 800/mm<sup>3</sup>

Absence de microcristaux, aucun germe retrouvé



# Cas clinique

Dans le cadre d'un bilan lipidique pour le dépistage de facteurs de risque cardiovasculaires (contrôle à 15 jours d'intervalles)

Cholestérol total : 7 mmol/L (3-6)

HDL-c 1,33 mmol/L (N>1,3)

LDL-c 4,02 mmol/L (N<4)

Triglycérides 20 mmol/L (N<1,6)

# Cas clinique

Suspicion d'une hyperlipoprotéinémie de type IV  
introduction d'un traitement par fénofibrate

2 mois plus tard : absence de douleur, CRP  
indosable, bilan lipidique normalisé

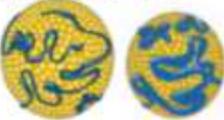
A posteriori rhumatisme dyslipidémique ?

Diagnostic évoqué

Hyperlipoprotéïnémie de type IV  
avec manifestations articulaires

# Profils de dyslipidémie (classification de fredrickson)

Tableau 1 - Classification des dyslipoprotéinémies familiales selon Fredrickson et Lees (3).

Type de dyslipidémie	Aspect du sérum (à jeun) Concentrations sériques de CT et TG	Fraction lipoprotéinique augmentée
<b>I</b> (hypertriglycéridémie exogène)	Lactescent (crémage) CT : N ou ↑ TG : ↑↑↑	Chylomicrons 
<b>IIa</b> (hypercholestérolémie essentielle)	Clair CT : ↑↑↑ TG : N	LDL 
<b>IIb</b> (hyperlipidémie mixte ou combinée)	Opalescent CT : ↑↑ TG : ↑↑	LDL et VLDL 
<b>III</b> (dysbetalipoprotéinémie)	Opalescent CT : ↑↑ TG : ↑↑	IDL 
<b>IV</b> (hypertriglycéridémie endogène)	Opalescent CT : N ou ↑ TG : ↑↑	VLDL 
<b>V</b> (hypertriglycéridémie mixte)	Opalescent à lactescent CT : N ou ↑ TG : ↑↑↑	Chylomicrons et VLDL 





# Hypertriglycémie endogène

## Type IV de la classification de Fredrickson

Production accrue de VLDL et/ou un ralentissement de leur catabolisme  
Terrain génétiques +/- facteurs environnementaux

Normal	<150 mg/dl	<1.7 mmol/liter
Borderline-high triglycerides	150–199 mg/dl	1.7–2.3 mmol/liter
High triglycerides	200–499 mg/dl	2.3–5.6 mmol/liter
Very high triglycerides	≥500 mg/dl	≥5.6 mmol/liter

# Manifestations cliniques

Xanthomatose éruptive

Lipémie rétinienne

Hépatosplénomégalie

Douleurs abdominales épigastriques

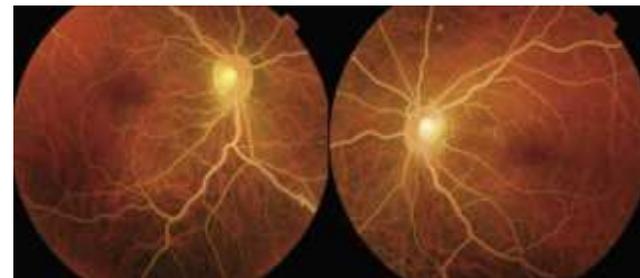
## Complications

Pancréatite aiguë

Accident cardiovasculaire



*Manuel Merck, Image  
fournie par Thomas Habif*



*Rami et al, Journal Français d'Ophtalmologie  
2012*

# Prise en charge (1/2)

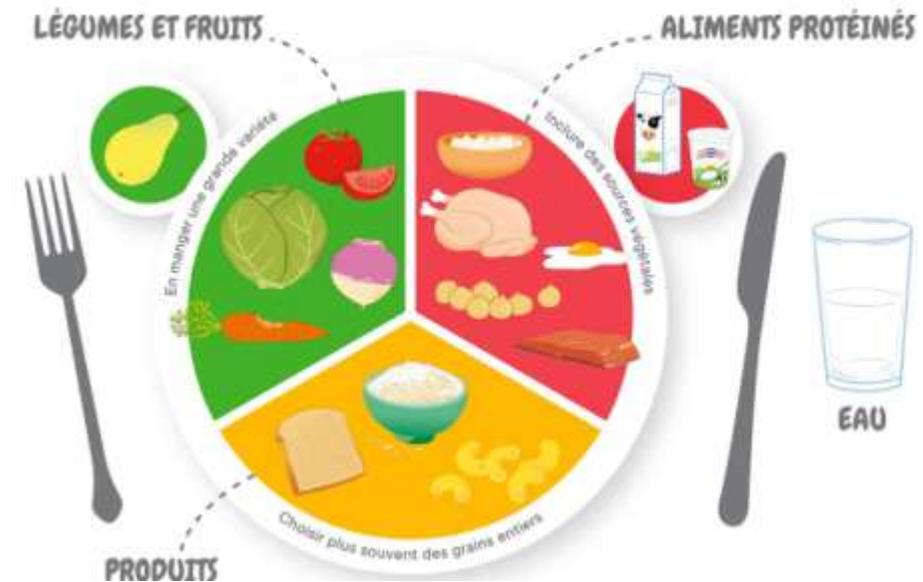
## Règles hygiéno-diététiques

Arrêt intoxication éthylique

Perte pondérale

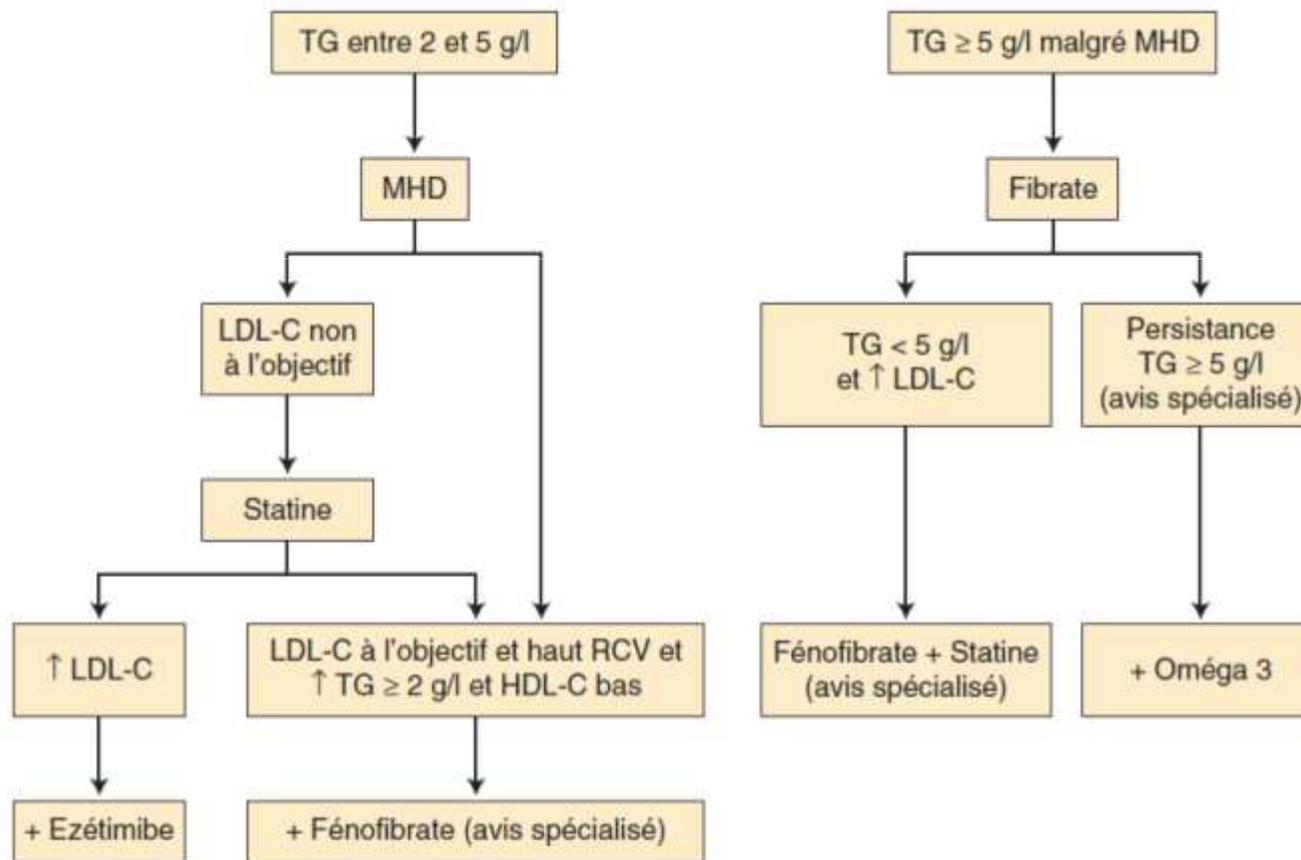
Pratiquer une activité physique régulière

Alimentation équilibrée



# Prise en charge (2/2)

## Traitements médicamenteux



# Rhumatisme dyslipidémique

Peu de cas décrits dans la littérature...

Série Goldman et al. en 1972

12 patients (8 F / 4 H)

Début vers 40 ans

Taux Triglycérides variables (644 mg/dl [196-1770])

Atteinte asymétrique des grosses et moyennes articulations

2 cas d'arthrites

# Rhumatisme dyslipidémique

Série Buckingham et al., en 1975

12 patients, (8H/ 4F), âge médian 50 ans [37-64]

Atteinte oligoarticulaire bilatérale, asymétrique des grosses et petites articulations (MCP ou IPP chez 8 patients ; dont 4 avec atteinte IPD)

Chronicité chez 8 patients

Arthrite chez 2 patients

Chez 40 % : normalisation du bilan lipidique associée à une rémission clinique