



# RHUMATO

11 OCT 2022  
GRAND HÔTEL DU ROY RENÉ  
AIX-EN-PROVENCE

POUR UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE  
DES PATHOLOGIES RHUMATOLOGIQUES EN VILLE

## TAKE-HOME MESSAGES

### COMITÉ D'ORGANISATION

Caroline Karras-Guillibert & Julian Melchior  
pour l'Association des Médecins  
Rhumatologues du Pays d'Aix

[RHUMATO-CONGRES.COM](http://RHUMATO-CONGRES.COM)

# Les rhumatologue du pays d'Aix vous remercient de votre présence



**Dr Clémence Colcombet**  
ICOP

42 Av. du Maréchal de Lattre de Tassigny  
13090 Aix-en-Provence  
T. 04 42 93 6 56  
ccrhumatologie@gmail.com



**Dr Constance Beaudouin**

Hôpital Privé de Provence  
235 Allée de Staël  
13100 Aix-en-Provence  
T. 04 42 20 32 66  
Provence.rhumatologie@gmail.com



**Dr Laëtitia Dunogeant**

Hôpital Privé de Provence  
235 Allée de Staël  
13100 Aix-en-Provence  
T. 04 42 20 32 66  
Provence.rhumatologie@gmail.com



**Dr Julian Melchior**

2530 Route de Puyricard  
13540 Puyricard  
T. 04 42 99 04 30  
drjulianmelchior@gmail.com



**Dr Clémence Palazzo**

Hôpital Privé de Provence  
235 Allée de Staël  
13100 Aix-en-Provence  
T. 04 42 20 32 66  
Provence.rhumatologie@gmail.com



**Dr Barbara Matta**

T. 04 84 49 20 13  
matta.rhumatologie@gmail.com



**Dr François Vidal**

CH du Pays d'Aix  
Avenue des Tamaris  
13080 Aix-en-Provence



**Dr Hélène Boudinet**

Centre médical Bompertuis  
780 avenue d'Arménie  
13120 Gardanne - T. 04 42 51 72 01



**Dr Caroline Karras-Guillibert**

Hôpital Privé de Provence  
235 Allée de Staël  
13100 Aix-en-Provence  
T. 04 42 20 32 66 - T. 06 68 25 94 39  
Provence.rhumatologie@gmail.com



**Dr Séverine Neveu**

Hôpital Privé de Provence  
235 Allée de Staël - 13100 Aix-en-Provence  
T. 04 42 20 32 66 - T. 06 74 12 43 85  
Provence.rhumatologie@gmail.com



**Docteur Marie-Astrid Offroy**

42 avenue des ribas  
13770 Venelles - T. 0442947411  
Docteur.offroy@gmail.com



**Dr Tomachot**

T. 04 42 58 35 45  
docteur.thomachot@mac.com



**Dr Schreiber**

2530 Route de Puyricard  
13540 Puyricard  
T. 04 42 99 04 30

**Dr Lanfranchi**  
T. 04 42 16 34 57  
mariealix.lanfranchi@gmail.com

**Dr Pariente**  
T. 04 42 99 04 30  
danielpariente@wanadoo.fr



## Prise en charge d'une lombalgie / lombosciatique

---

**Clémence Colcombet,**  
**Aix-en-Provence**

- J'éliminerai une suspicion de cause infectieuse ou maligne (drapeau rouge)
- Je détecterai par mon examen clinique, les 3 causes d'urgence chirurgicale d'une lombosciatique
- Je prendrai le temps pour rassurer le patient
- Je ne proposerai pas une infiltration en première intention
- Rachis opéré nécessitant une infiltration : je recommanderai une infiltration du hiatus sacro-coccygien
- J'expliquerai bien le but de l'infiltration (elle ne remplace pas la rééducation)
- Je vérifierai l'absence de contre-indication avant de prescrire une infiltration
- Je conseillerai au patient de continuer (ou reprendre) les activités physiques dès que possible



## Comment gérer un épanchement articulaire aigu

---

**Constance Beaudouin,  
Aix-en-Provence**

- Tout premier épanchement articulaire récent doit être ponctionné.
- Il n'y a aucune place à l'IRM avant ponction en cas d'épanchement, sauf dans un contexte traumatique.
- Un liquide inflammatoire ( $> 1500$  éléments/mm<sup>3</sup>) ne peut pas être lié à une poussée d'arthrose.
- Ne jamais débiter d'antibiothérapie probabiliste avant la ponction articulaire
- Une poussée microcristalline peut être fébrile : en cas de liquide inflammatoire, la Colchicine peut être essayée.
- La présence de microcristaux dans le liquide n'indique pas la poussée microcristalline si le liquide est mécanique, mais une poussée congestive d'arthrose secondaire à une pathologie microcristalline. La colchicine est donc inutile si le liquide est mécanique.
- L'IRM ne doit être réalisée que si le liquide est mécanique, et qu'il n'y a pas d'arthrose connue ou aux radiographies.



## Prise en charge de la goutte

---

**Laëtitia Dunogean,**  
**Aix-en-Provence**

- Goutte = FDR CV, améliorer la goutte améliore le profil CV
- Traitement de la crise : colchicine en première intention, si impossible, AINS ou corticoïdes locaux ou généraux.
- Colchicine au moins 6 mois si traitement hypouricémiant débuté.
- Stop au 3,2,1... dose maximum de COLCHICINE 1,5 mg à J1 puis 1 mg par jour.
- Colchicine Contre-indication ABSOLUE avec les macrolides, ATTENTION au IM (vérapamil, statines, Avk naco).
- Traitement de fond : Cible uricémie < 50 mg/L (et > 35 mg/L)
- Ne pas baisser trop vite l'uricémie au risque de récurrence de crises.
- Monitoring de l'uricémie tous les mois jusqu'à la cible en ajustant le traitement si cible non atteinte
- ALLOPURINOL en première intention, posologie à ajuster à la fonction rénale.
- ADENURIC si ALLOPURINOL insuffisant de façon progressive (2x/semaine, puis 3x/semaine...)



## Actualités sur les biothérapies

---

**Julian Melchior,  
Puyricard**

- Nombreux traitements disponibles et de plus en plus ciblés en fonction du type de rhumatisme.
- Nouvelles molécules : Anti IL 23 (Rh Pso) et Anti JAK (PR et SpA)
- Surveillance actuellement des anti JAK. (potentiel sur risque cardio vasculaire et de néoplasie pulmonaire mais probable biais de recrutement des patients... à suivre)
- Données très rassurantes sur le risque de cancer induit par les biothérapies avec absence de sur risque sauf cancers cutanés en dehors des mélanomes
- Risque infectieux majoré sous biothérapie
- Intérêt de mise à jour des vaccins obligatoires et anti pneumococcique en plus du bilan pré-biothérapie visant à éliminer toute infection latente ou néoplasie.
- Intérêt majeur de la communication médecin référent/rhumatologue pour limiter les complications du traitement (Dans quelles situations suspendre le traitement et combien de temps ?...)
- Fiches du CRI si besoin
- Biosimilaire différent de « générique »
- Biosimilaire = même efficacité que la molécule princeps. Études nécessaires avant commercialisation (tolérance, efficacité). Intérêt pour réduction des coûts de santé publique.



## Prise en charge de la scoliose

---

**Clémence Palazzo,**  
**Aix-en-Provence**

- Dépister systématiquement les enfants de parents ayant une scoliose à partir de 6 ans en faisant un examen clinique annuel
- En cas de scoliose clinique, demander un cliché EOS du rachis de face et de profil (ou une radiographie standard du rachis entier si EOS non disponible)
- On ne parle pas de scoliose pour un angle de Cobb  $< 10^\circ$
- Si l'angle de Cobb s'aggrave de  $5^\circ$  ou plus entre 2 radios, la scoliose est évolutive et il faut adresser le patient rapidement à un spécialiste
- Si l'angle de Cobb est  $> 20^\circ$ , il faut adresser le patient à un spécialiste pour discuter l'indication d'un corset
- Une scoliose idiopathique n'est pas douloureuse
- En cas de douleurs, il faut éliminer une scoliose secondaire
- Aucune activité sportive n'est contre-indiquée en cas de scoliose
- Le port du cartable n'a aucun lien avec l'apparition ou l'aggravation d'une scoliose
- Le suivi de scoliose se fait tous les 6 mois avant la puberté et tous les 4 mois après le début de puberté



## Mise au point sur l'ostéoporose

---

**Barbara Matta,**  
**Aix-en-Provence**

- Éliminer une ostéoporose secondaire
- Rechercher les facteurs de risque et les traiter
- Évaluation du risque de chute
- Supplémentation vitamino-calcique si nécessaire
- Conseils de pratique sportive
- Assurer une bonne adhésion au traitement
- Réévaluation du traitement dans le temps (biphosphonates max 7 ans)
- Traitement à initier en fonction des antécédents de fracture et du T score
- Privilégier voie IV selon le terrain et le type de fracture (FCF)
- Toujours penser à biphosphonates après denosumab



## PPR et Horton

---

**François Vidal,  
Aix-en-Provence**

- PPR : toujours rechercher cliniquement une ACG, cortico-sensibilité
- PPR : prednisone 12.5 – 25 mg (0.3 mg/kg/j), durée totale 12 mois
- PPR cortico-dépendante ou cortico-résistante : rechercher diagnostic différentiel (ACG, PR à début rhizomélique, néoplasie)
- ACG : y penser devant toute céphalée inhabituelle récente > 50 ans et syndrome inflammatoire inexpliqué
- BAT : examen de référence pour le diagnostic d'ACG
- ACG non compliquée : prednisone 0.7 mg/kg/j
- ACG compliquée (oculaire, gros vaisseaux) : URGENCE, prednisone 1 mg/kg/j
- Objectifs : prednisone 20 mg à 3 mois, 10 mg à 6 mois, 5 mg à 12 mois
- ACG avec rechutes multiples ou cortico-dépendance : avis spécialisé pour traitement adjuvant (méthotrexate ou tocilizumab)
- Mesures associées à la corticothérapie



## Douleurs articulaires chez l'enfant

---

**Hélène Boudinet,  
Gardanne**

- Écouter/interroger, examiner complètement, surveiller.
- Les examens paracliniques ne sont pas systématiques mais peuvent être nécessaires pour écarter les diagnostics différentiels.
- Principaux diagnostics à redouter : hémopathies, cancers, infections...
- Exemple de bilan sanguin de débrouillage : NFS Pq, Réticulo, créat, trans, VS, CRP (selon le contexte : Ca/Ph, Alb, 25 OH Vit D2+D3, EPS, CPK, Ferritine, TG, LDH, FR, ACAN...). Protéinurie, hématurie selon le contexte.
- En cas d'atteinte articulaire, débrouillage initial par radio + écho articulaire.
- Si nécessaire, IRM sans sédation réalisable en moyenne vers l'âge de 7 ans.
- En cas de fièvre + gonflement articulaire/boiterie : URGENCE !!!

# REMERCIEMENTS

abbvie

AMGEN®



Biogen

Bristol Myers Squibb™

Boehringer  
Ingelheim



EXPANSCIENCE®  
LABORATOIRES

FRESENIUS  
KABI  
caring for life\*  
\*prendre soin de la vie

Galápagos



IBSA  
Caring Innovation

LECANTE  
Groupe PROTEOR

Lilly

medac

MSD

NORDIC  
PHARMA

ottobock.

Pfizer

VIATRIS

HEALTHCARE  
CELLTRION  
CELLTRION HEALTHCARE FRANCE S.A.S



NOVARTIS | Reimagining Medicine

ucb  
Inspired by patients.  
Driven by science.  
Inspirés par les patients. Guidés par la science.



## CONTACT

Com&Co - Lætitia Passedat

P. +33 (0)6 14 10 46 67

[l.passedat@comnco.com](mailto:l.passedat@comnco.com)

