

ACTUALITES CeSOA

Centre expert en rhumatologie ambulatoire



Prise en charge optimale d'une pathologie complexe des membres

Equipe de rédaction :

- Dr LEBRUN Agnès, Rhumatologue
- Dr HUDRY Christophe, Chef De Service
- GHANEM Nadia, Infirmière DE Coordinatrice
- KARAYAN Julie, Enseignante APA
- COQUIERE Maureen, Masseuse-Kinésithérapeute DE

Equipe du CeSOA :

- Marc VENTURA, directeur,
Dr HUDRY Christophe, Chef De Service,
- Dr DESTHIEUX Carole, Rhumatologue
 - Dr DADOUN Sabrina, Rhumatologue
 - Dr FECHTENBAUM Marie, Rhumatologue
 - Dr LEBRUN Agnès, Rhumatologue
 - Dr MOURA Bertrand, Rhumatologue
 - Dr SOUFFIR Camille, Rhumatologue
 - Dr TBOUL Stéphanie, Rhumatologue
 - COQUIERE Maureen, Masseur-Kinésithérapeute DE
 - GHANEM Nadia, Infirmière Coordinatrice
 - JEANNIN Sara, Ergothérapeute DE
 - KARAYAN Julie, Enseignante en Activité Physique Adaptée
 - LACLEF Jennifer, Secrétaire Médicale
 - NORDEE Elodie, Infirmière DE
 - WEHBE Rouba, Manipulatrice Radio

Pathologie complexe des membres, lombocruralgie et douleur de hanche, parcours de soins au CeSOA

Anamnèse :

Patiente de 90 ans adressée au CESOA pour une pathologie complexe du membre inférieur droit, un trouble de la marche et une lombalgie.

Antécédents :

Prothèse totale de hanche gauche
Hernie Hiatale
Descente d'organe opérée
Thyroidectomie

La prise en charge de cette patiente au CESOA va se dérouler comme suit :

Entretien Infirmier :

- Prises de constantes
- Recueil des antécédents (on retient une prothèse totale de hanche gauche pour coxarthrose et des lombalgies chroniques)
- Recueil des traitements en cours, le recueil de l'EVA douleur, l'indice de Lequesne
- Réalisation de la bandelette urinaire de dépistage

Réalisation de radiographies :

Sont réalisées sur place :

Rachis lombaire face et profil, hanches de face et en faux profil .

La lecture montre :

Pas de pincement de l'interligne coxofémorale Droite, il existe une calcification périarticulaire Droite, la PTH gauche est normale sans signe de descellement. Il existe des discopathies lombaires étagées, un spondylolisthesis dégénératif L4-L5 de grade 1, une arthrose articulaire postérieure évoluée, une fracture du plateau supérieur de L2 sans recul du mur postérieur.

La consultation avec le rhumatologue :

L'interrogatoire souligne que la patiente est d'habitude autonome à domicile. Deux mois avant, une chute à domicile sur les fesses exacerbe ses lombalgies puis les douleurs disparaissent progressivement. Cinq jours avant sa venue au CESOA, la patiente se plaint d'une douleur forte dans l'aine droite, avec une sensation de brûlure dans la cuisse et le genou. L'horaire est purement mécanique, sans réveil ni douleur allongée. La douleur est exacerbée lors du transfert assis-debout et à la marche, avec présence d'une boiterie. La patiente signale que la sensation de brûlure ressentie dans la jambe droite avait également été ressentie dans sa jambe gauche lors de sa coxarthrose gauche. La patiente s'automédique avec de l'ibuprofène pris 3 fois/j, du fait d'une EVA à 70/100. L'indice de Lequesne est à 9. Le périmètre de marche limité à 5 minutes.

A l'examen clinique :

La boiterie est franche alors qu'il n'est pas retrouvé de déficit moteur en position allongée. Le rachis lombaire est raide en antéflexion uniquement, avec un test de Schober MR à + 2 cm.

Il n'y a pas de salut coxal. La hanche est souple mais une douleur lombaire est signalée lors de la flexion maximale de hanche, et une douleur de l'aine et de la face externe de hanche est mentionnée lors des rotations externe et interne de hanche Droite.

L'extension de cuisse Droite est douloureuse avec une douleur reproduite dans l'aine. La manœuvre de Lasègue est négative. Les réflexes ostéotendineux rotuliens absents des 2 côtés, achilléen Droit présent, achilléen Gauche absent.

On ne retrouve pas de déficit sensitivomoteur ni de troubles sphinctériens.

Chaque manœuvre douloureuse est notée et associée à une EVA douleur rapportée par la patiente.

Le médecin rhumatologue réalise une échographie de hanches qui retrouve des remaniements arthrosiques de la coxofémorale sans épanchement articulaire.

Test anesthésique de hanche :

Comme il est difficile de différencier une lombocruralgie d'une pathologie coxofémorale, il est décidé de réaliser **un test anesthésique de hanche**.

En effet, en faveur de la lombocruralgie, on retient la sensation de brûlure, l'antécédent de lombalgies, la présence d'une discarthrose lombaire, l'absence de coxarthrose radiologique.

En faveur de la pathologie coxofémorale, on retient la boiterie, et des douleurs à la mobilisation de hanche.

Le test anesthésique est réalisé après une large désinfection cutanée. Une aiguille à PL jaune est utilisée, positionnée au contact du col fémoral droit sous contrôle échographique continu, permettant l'injection de 10ml de xylocaïne à 1% dans l'articulation.

Après 10 minutes d'attente, la patiente est réexaminée, et les manœuvres douloureuses refaites. La patiente ne ressent **aucune amélioration. Le test est donc négatif.**

Il est alors conclu à une lombocruralgie droite hyperalgique sans signe de gravité, secondaire à une pathologie vertébrale commune probable.

Comme il n'existe pas de contre-indication à une infiltration épidurale (pas de fièvre, pas de signe infectieux, pas d'altération de l'état général, pas de déficit moteur ni de troubles sphinctériens) et que la patiente est hyperalgique, le rhumatologue propose de réaliser ensuite une **infiltration épidurale par voie basse**, c'est à dire par le **hiatus sacro coccygien**. Le repérage du hiatus est clinique et/ou échographique, l'infiltration est également possible sur rachis opéré, elle se fait sans risque de brèche épidurale et permet d'injecter le corticoïde dans le canal lombaire.

Après ce geste, **la patiente reste allongée 1h en salle de repos.**

Ordonnances de sortie :

La patiente sort avec :

- une ordonnance d'antalgiques par Paracétamol et Acupan si EVA > 60/100.
- une ordonnance pour réaliser un scanner lombaire, pour préciser l'origine de la lombocruralgie.
- une ordonnance pour réalisation d'une ostéodensitométrie* et d'une biologie d'ostéopathie fragilisante devant la découverte d'une fracture d'allure ostéoporotique d'ancienneté indéterminée.

*examen non fait sur place dû à la fatigue de la patiente

Cet exemple illustre comment le CeSOA peut aider à simplifier le recours de patient atteint de polypathologie et d'arriver simultanément à faire en parallèle la démarche diagnostique et thérapeutique (test anesthésique, puis infiltration par la voie du hiatus) tout en mettant en évidence une comorbidité (l'ostéoporose fracturaire) et en la prenant en charge.

Bibliographie :

Hip Pain in Adults: Evaluation and Differential Diagnosis,
Rachel Chamberlain, Am Fam Physician. 2021 Mar 1;103(5):263.