

GROUPE DE PAIRS DE L'AMICALE CANEUM

Compte rendu de la séance du 15/05/08

Secrétaire : Dr TRAN Kihon

Modérateur : Dr Fechilla

Temps 1 exemples :

- **Problèmes soulevés par le groupe**

- Dossier 1 : entorse LLI du genou :
- Dossier 2 : lombalgie commune aigue : imagerie
- Dossier 3 : infection urinaire basse non compliquée de la femme jeune.
- Dossier 4 : lombosciatique : kyste articulaire posterieur
- Dossier 5 : lombosciatique : traitement douleur neurogène : Mianserine et ludiomil avant tricycliques et neurontin car meilleur tolérance
- Dossier 6 : cancer du sein , syndrome depressif

Question 1 : Prise en charge d'un genou traumatique d'un adulte jeune ?

Question 2 : Imagerie de première intention devant une lombosciatique aigue résistant au traitement médical ?

- **Références bibliographiques supplémentaires apportées par le groupe**

New England Journal of Medecine : Surgery versus prolonged conservative treatment for sciatica : N Engl J Med 2007;356:2245-56

Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution ANAES Fév 2000 : annexe 1

- **Ecart / à la pratique recommandée par l'HAS ...**

Temps 2

- **Synthèse des améliorations proposées du parcours et de la coordination des soins**

Chirurgie lombaire: Lepeintre et Gaillard à Foch , Robine à Clinique Amb. Paré à Neuilly

AVC chez un patient âgé , il est possible de les hospitalisés chez La Foret D'Yvonne à St Germain

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination , il permet d'organiser les prises en charge des petits vieux en « dysautonomie aigue » en fait c'est le nouveau nom pour le CCAS (Centre Communal d'Action Sociale) : Tel : 0130612121 131 Bld Carnot Le vésinet

Temps 3

- **synthèse des cas compliqués**
- **compte rendu des thèmes abordés au cours de la séance précédente**
- **autres...**

Synthèse des cas compliqués :

AVC : dissection carotide interne G , HTA , cicatrice dissection ancienne D : Kardegic , AVK ,

Carence Vit D de la majeure partie de la population française : faut il supplémenter ?

Réponses aux questions posées lors de la séance précédente :

1 : Quel examen d'imagerie dans les pathologies du Pancréas :

PANCREAS	Echo Percutanée	Echo endoscopie	Echo peropératoire	TDM	IRM
Pancréatite chronique	+	++	++	++	++
Pancréatite aiguë	+			+++	++
Carcinome exocrine	++	+++	+++	++	++
Tumeur endocrine	++	+++	+++	+	+

PANCREAS

Cf annexes 3

2 : VS qu'elle intérêt ? :

Consensus du groupe de Pair :

Ne pas faire de VS dans un bilan « systématique » .

Si la VS est élevée et qu' il n'y a pas d'élément clinique d'orientation ...Une telle situation clinique, fréquente en médecine, justifie une démarche rationnelle dans la prescription des examens complémentaires. Si l'examen clinique et l'interrogatoire attentif n'apportent pas de fil conducteur, il faut :

- contrôler la VS car une erreur technique a pu survenir ;**
- confirmer l'origine inflammatoire de l'élévation de la VS en demandant le dosage de certaines protéines inflammatoires comme la CRP ou le fibrinogène**
- réaliser une électrophorèse des protéines (figure 1).**

Cf Annexe 2

Choix du cas clinique pour la prochaine fois : 32° patient du mois de mai

Annexe 1 : Prise en charge diagnostique et thérapeutique des lombalgies et lombosciatiques communes de moins de trois mois d'évolution ANAES fév 2000

Les présentes références s'appliquent aux lombalgies et lombosciatiques aiguës définies par un délai d'évolution inférieur à trois mois. La lombalgie est une douleur de la région lombaire n'irradiant pas au-delà du pli fessier, la lombosciatique est définie par une douleur lombaire avec une irradiation douloureuse distale dans le membre inférieur de topographie radiculaire L5 ou S1. L'évaluation initiale par l'interrogatoire et l'examen clinique du patient visent à identifier :

1) les lombalgies et lombosciatiques dites symptomatiques avec :

- en faveur d'une fracture : une notion de traumatisme, une prise de corticoïdes, un âge supérieur à 70 ans (grade B) ;
- en faveur d'une néoplasie : un âge supérieur à 50 ans, une perte de poids inexplicée, un antécédent tumoral ou un échec du traitement symptomatique (grade B). La numération formule sanguine et la vitesse de sédimentation sont des examens qui doivent être réalisés dans ce cadre pathologique ;
- en faveur d'une infection : une fièvre, une douleur à recrudescence nocturne, des contextes d'immunosuppression, d'infection urinaire, de prise de drogue IV, de prise prolongée de corticoïdes. La numération formule sanguine, la vitesse de sédimentation, le dosage de *C Reactive Protein* (CRP) sont des examens qui doivent être réalisés dans ce cadre pathologique (grade C).

2) les urgences diagnostiques et thérapeutiques (grade C) :

- sciaticque hyperalgique définie par une douleur ressentie comme insupportable et résistante aux antalgiques majeurs (opiacés) ;
- sciaticque paralysante définie comme un déficit moteur d'emblée inférieur à 3 (cf. échelle MRC *tableau*) et/ou comme la progression d'un déficit moteur ;
- sciaticque avec syndrome de la queue de cheval définie par l'apparition de signes sphinctériens et surtout d'une incontinence ou d'une rétention ; d'une hypoesthésie périnéale ou des organes génitaux externes.

Tableau. Échelle MRC (Medical Research Council of Great Britain) de 0 à 5.

5 Force normale

4 Capacité de lutter contre la pesanteur et contre une résistance

3 Capacité de lutter contre la pesanteur mais non contre une résistance

2 Possibilité de mouvement, une fois éliminée la pesanteur

1 Ébauche de mouvement

0 Aucun mouvement

En dehors de ces cadres (recherche d'une lombalgie dite symptomatique ou urgence), il n'y a pas lieu de demander d'examens d'imagerie dans les 7 premières semaines d'évolution sauf quand les modalités du traitement choisi (comme manipulation et infiltration) exigent d'éliminer formellement toute lombalgie spécifique. L'absence d'évolution favorable conduira à raccourcir ce délai (accord professionnel).

Les examens d'imagerie permettant la mise en évidence du conflit disco-radicaire ne doivent être prescrits que dans le bilan précédant la réalisation d'un traitement chirurgical ou par nucléolyse de la hernie discale (accord professionnel). Ce traitement n'est envisagé qu'après un délai d'évolution d'au moins 4 à 8 semaines. Cet examen peut être au mieux une IRM, à défaut un scanner en fonction de l'accessibilité à ces techniques. Il n'y a pas de place pour la réalisation d'examens électrophysiologiques dans la lombalgie ou la lombosciaticque aiguë (grade C).

Tant pour la lombalgie aiguë que pour la lombosciaticque, il n'a pas été identifié dans la littérature d'arguments en faveur de l'effet bénéfique de la prescription systématique d'un repos au lit plus ou moins prolongé. La poursuite des activités ordinaires compatibles avec la douleur semble souhaitable (grade B). La poursuite ou la reprise de l'activité professionnelle peut se faire en concertation avec le médecin du travail.

Parmi les éléments d'évolution vers la chronicité, les facteurs psychologiques et socio-professionnels sont retrouvés de façon fréquente (grade B). Dans la lombalgie aiguë comme dans la lombosciaticque aiguë, les traitements médicaux visant à contrôler la douleur sont indiqués. Ce sont les antalgiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les décontractants musculaires (grade B). Il n'a pas été identifié d'étude sur les effets de l'association de ces différentes thérapeutiques.

La corticothérapie par voie systémique n'a pas fait la preuve de son efficacité (grade C).

Il n'a pas été retrouvé d'étude attestant de l'efficacité de l'acupuncture dans la lombalgie

aiguë (grade B).

Les manipulations rachidiennes ont un intérêt à court terme dans la lombalgie aiguë. Aucune, parmi les différentes techniques manuelles, n'a fait la preuve de sa supériorité. Dans la lombosciatique aiguë, il n'y a pas d'indication pour les manipulations (grade B).

L'école du dos, éducation de courte durée en petit groupe, n'a pas d'intérêt dans la lombalgie aiguë (grade B).

En matière de kinésithérapie, les exercices en flexion n'ont pas démontré leur intérêt. En ce qui concerne les exercices en extension des études complémentaires sont nécessaires (grade B).

L'efficacité des infiltrations épidurales est discutée dans la lombosciatique aiguë. Si efficace il y a, elle est de courte durée. Il n'y a pas d'argument pour proposer une infiltration intra-durale dans la lombosciatique aiguë (grade B).

Il n'y a pas d'indication d'injection facettaire postérieure dans la lombosciatique aiguë (grade C).

Aucune étude n'a été identifiée dans la littérature concernant les thérapeutiques suivantes : mésothérapie, balnéothérapie, homéopathie.

Tableau 2. Sensibilité et spécificité des signes cliniques pour le diagnostic de lombosciatique par compression radiculaire constatée en per-opératoire.

Références	Critère clinique	Sensibilité (min-max)	Spécificité (min-max)
Knuttson, 1961 (12) Kortelainen, 1985 (13)	Sciatalgie	0,79-0,91	0,14
Kerr, 1988 (14) Kosteljanetz, 1984 (15)	Paresthésies	0,30-0,74	0,18-0,58
Knuttson, 1961 (12)	Impulsivité	0,74	
Knuttson, 1961 (12) Kortelainen, 1985 (13) Kerr, 1988 (14) Kosteljanetz, 1984 (15) Spangfort, 1972 (16) Edgar, 1974 (17) Kosteljanetz, 1988 (18)	Lasègue	0,88-1	0,11-0,44
Knuttson, 1961 (12) Spangfort, 1972 (16) Kosteljanetz, 1988 (18)	Lasègue croisé	0,23-0,42	0,86-0,95
Knuttson, 1961 (12) Kortelainen, 1985 (13) Kerr, 1988 (14) Spangfort, 1972 (16)	Abolition réflexe achilléen	0,31-0,56	0,57-0,89
Knuttson, 1961 (12) Kortelainen, 1985 (13) Kerr, 1988 (14) Spangfort, 1972 (16) Edgar, 1974 (17)	Parésie de l'extenseur propre du gros orteil	0,30-0,82	0,52-0,89
Knuttson, 1961 (12) Kortelainen, 1985 (13) Kerr, 1988 (14) Spangfort, 1972 (16)	Autres signes neurologiques	0,04-0,39	0,52-0,96

Annexe 2 : Quelles sont les valeurs normales de la VS et ses variations physiologiques?

La VS normale est plus élevée chez la femme que chez l'homme, essentiellement en raison d'un taux d'hémoglobine plus bas chez la femme. D'autre part, la VS tend à augmenter avec l'âge ; des valeurs limites de normalité ont été proposées :

- pour les hommes : $VS = \text{âge en années} / 2$
- pour les femmes : $VS = \text{âge en années} (+10) / 2$

Sur de grands échantillons d'une population normale de plus de 60 ans, l'intervalle de normalité de la VS oscille entre 1 et 40 mm à la première heure. Il faut donc avant de considérer comme pathologique une élévation de la VS l'interpréter en fonction de l'âge et du sexe (Tableau 1).

Tableau I : Valeurs normales supérieures de la vitesse de sédimentation selon l'âge et le sexe

	Homme	Femme
Avant 50 ans	15 mm/h	20 mm/h
Après 50 ans	20 mm/h	25 mm/h

Ces faits sont controversés par quelques auteurs qui considèrent que chez le sujet âgé une VS supérieure à 20 mm/h est pathologique. Dans les critères de l'American College of Rheumatology de maladie de Horton, on considère la VS comme pathologique chez le sujet âgé lorsqu'elle est supérieure à 30 mm à la 1ère heure. Cette élévation tient surtout du fait de l'augmentation avec l'âge du taux de fibrinogène.

En dehors de l'âge et du sexe, d'autres facteurs physiologiques modifient la VS :

- la grossesse : au cours du 3ème trimestre de la grossesse, la VS peut atteindre 40 à 50 mm à la 1ère heure et se normalise à la fin du 1er mois suivant l'accouchement. Cette augmentation est expliquée par une élévation du taux plasmatique du fibrinogène. Au cours de la grossesse, l'élévation de la VS n'est pas un marqueur d'inflammation.
- la prise d'estroprogestatifs : la VS peut augmenter lors de la prise orale de contraceptifs par suite de l'augmentation de la synthèse hépatique du fibrinogène.

Si la VS est entre 20 et 40 mm/h, le dosage du couple CRP-fibrinogène permet de confirmer ou d'infirmier l'existence d'un authentique syndrome inflammatoire.

• Quelles sont les causes pathologiques mais non inflammatoires d'augmentation de la VS ?

- L'anémie : la baisse du taux d'hémoglobine et donc de l'hématocrite provoque une sédimentation plus rapide des globules rouges. La VS peut atteindre 40 à 50 mm à la 1ère heure dans les anémies sévères.

La VS se normalise parallèlement à la normalisation du taux d'hémoglobine.

- Les hypergammaglobulinémies mono- et polyclonales : les immunoglobulines monoclonales bénignes ou du myélome favorisent la constitution des rouleaux globulaires et accélèrent la sédimentation. Le VIH, l'hépatite chronique virale C s'accompagnent de façon presque constante d'une hyper-globulinémie polyclonale avec élévation de la VS sans syndrome inflammatoire (les protéines de l'inflammation sont alors normales comme la CRP et le fibrinogène sauf complication intercurrente) ;
- Au cours des syndromes néphrotiques, la fuite urinaire des protéines de bas poids moléculaire comme l'albumine, l'orosomucoïde et la transferrine provoquent une activation de la synthèse des protéines hépatiques et entraîne une augmentation de la VS.
- L'insuffisance rénale chronique est une cause classique d'élévation de la VS : au stade terminal, la VS est = 25 mm à la 1ère heure dans plus de 90 % des cas, = 100 mm à la première heure dans 20 % des cas. Plusieurs facteurs semblent intervenir comme l'anémie, l'hypocalcémie, l'augmentation du fibrinogène.
- Une forte hyperlipidémie peut être une source d'élévation importante de la VS qu'il s'agisse des triglycérides ou du cholestérol.

Le tableau 2 rassemble les différents facteurs et causes pouvant modifier la VS.

Tableau 2 : Facteurs influençant la vitesse de sédimentation

1. Augmentation
 - Age
 - Sexe féminin
 - Anémie
 - Obésité
 - Grossesse
 - Hypercholestérolémie, hypertriglycéridémie
 - Maladies inflammatoires
 - Hypergammaglobulinémie
 - Syndrome néphrotique
 - Insuffisance rénale, cardiaque
 - Température élevée de la pièce
 - Tube non vertical
2. Diminution
 - Cryoglobulinémie
 - Polyglobulie
 - Forte hyperleucocytose
 - Hyperviscosités
 - Anémie hémolytique
 - Hémoglobinopathies
 - Hypofibrinogénémie
 - Corticoïdes

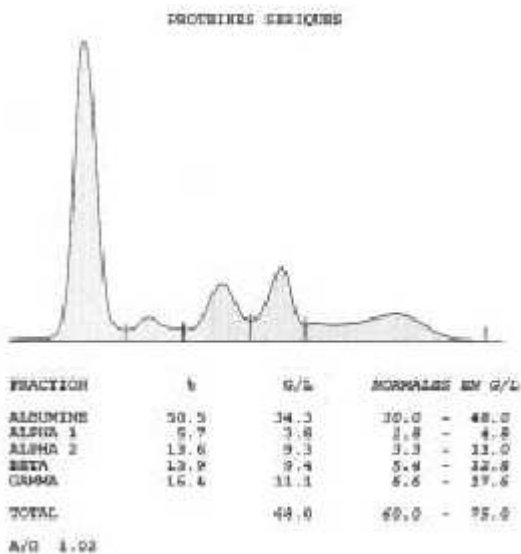
- Cachexie
- Insuffisance cardiaque congestive
- Température basse de la pièce
- Mesure de la VS plus de 2 heures après le prélèvement
- 3. Sans effet
- Température corporelle
- Période postprandiale
- Médicaments anti-inflammatoires

. Il n'y a pas d'élément clinique d'orientation, l'élévation de la VS apparaît inexplicée, quelle démarche diagnostique adopter ?

Une telle situation clinique, fréquente en médecine, justifie une démarche rationnelle dans la prescription des examens complémentaires. Si l'examen clinique et l'interrogatoire attentif n'apportent pas de fil conducteur, il faut :

- contrôler la VS car une erreur technique a pu survenir ;
- confirmer l'origine inflammatoire de l'élévation de la VS en demandant le dosage de certaines protéines inflammatoires comme la CRP ou le fibrinogène
- réaliser une électrophorèse des protéines (figure 1).

Figure 1 : Profil électrophorétique normal

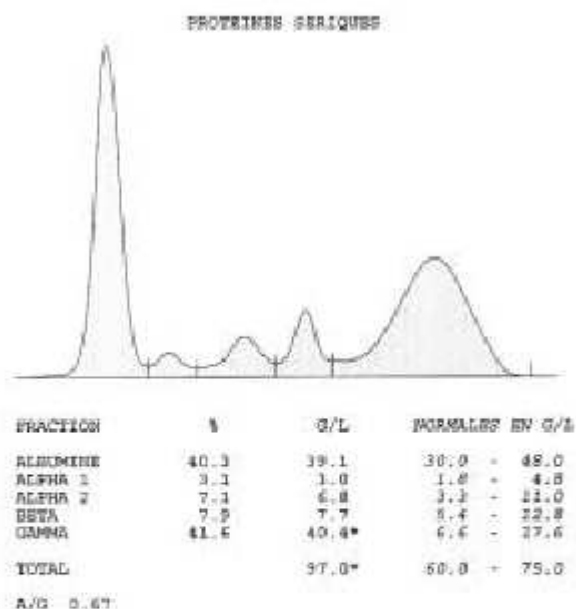


Cinq fractions sont ainsi individualisées (de l'anode vers la cathode) :

- l'albumine : 33 à 50 g/l ;
- les a1-globulines : 1,5 à 4 g/L ; elles comprennent l. a1-protéase inhibiteur (ou a1-antitrypsine), l' a1-glycoprotéine acide (ou orosomucoïde), l. a1-antichymotrypsine ;
- les a2-globulines : 6 à 10 g/L (a 2-macroglobuline haptoglobine, céruléoplasmine) ;
- les Gamma-globulines : 6 à 13 g/L (transferrine, composant C3 du complément, □-lipoprotéines) ;
- les .-globulines : 7,5 à 16 g/L (immunoglobulines).

L'électrophorèse des protéines peut confirmer le syndrome inflammatoire en cas d'augmentation des fractions α_1 et α_2 mais elle peut être en défaut et être tout à fait normale alors que le syndrome inflammatoire est important. Par contre tout son intérêt tient à la recherche d'une hypergammaglobulinémie poly- ou monoclonale (Figure 2).

Figure 2 : Hypergammaglobulinémie polyclonale



Profil protéique correspondant

CRP	< 3,4 mg/L	(normale 0-6)
Orosomucoïde	1,09 g/L	(normale 0,44-1,30)
Haptoglobine	0,90 g/L	(normale 0,34-2,00)
Immunoglobuline A	0,51 g/L	(normale 0,88-4,10)
Immunoglobuline G	34,1 g/L	(normale 6,90-14,00)
Immunoglobuline M	0,76 g/L	(normale 0,34-2,10)

Tableau 3 : Etiologie des hypergammaglobulines polyclonales

Maladies auto-immunes

- Lupus érythémateux systémique
- Syndrome de Gougerot-Sjögren
- Polyarthrite rhumatoïde
- Dermatopolymyosite
- Sclérodermie

Hépatopathies chroniques

- Hépatites chroniques actives (IgG) auto-immunes ou virales B ou C
- Cirrhose biliaire primitive (IgM)
- Hépatopathies alcooliques (IgA)

Processus infectieux chroniques

- Bactériens : septicémies, endocardite, foyer infectieux profond, tuberculose

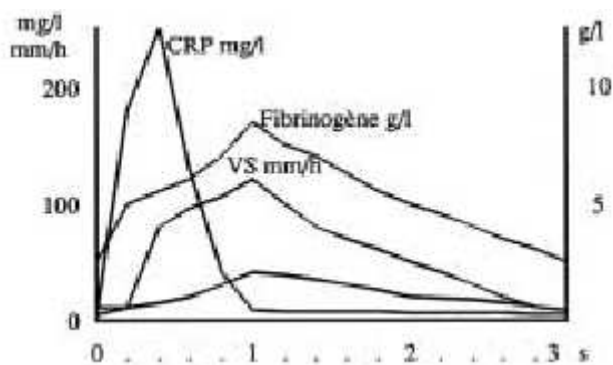
- Viraux : CMV, VIH, virus Epstein Barr, hépatites virales
 - Mycoses systémiques
 - Parasitoses : Kala-Azar, paludisme
- Pathologies ganglionnaires
- Lymphomes
 - Sarcoïdose
 - Lymphadénopathies angio-immunoblastiques

- Place du profil protéique ciblé

Le couple CRP-fibrinogène permet à faible coût de confirmer l'origine inflammatoire d'une VS élevée.

Leur différence cinétique (Figure 3) permet une surveillance évolutive et apporte des arguments prédictifs de guérison.

Figure 3 : Cinétique d'évolution de la VS, de la CRP et du fibrinogène au cours d'un épisode inflammatoire aigu d'évolution favorable



Un profil protéique ciblé comportant le couple CRP-fibrinogène associé à la VS permet dans les 3 à 4 semaines du début du traitement d'une maladie infectieuse sévère (endocardite, pneumonie, méningite, par exemple) de s'assurer de l'évolution vers la guérison complète. Le premier marqueur à se normaliser est la CRP. Si la CRP ne se normalise pas à 3 ou 4 semaines, c'est que le problème infectieux reste entier. L'antibiothérapie doit être revue, d'autres prélèvements doivent être effectués.

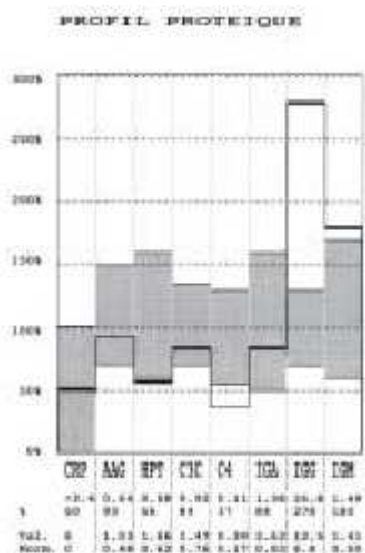
Dans le cas d'une maladie de Horton, suivre le couple CRP-fibrinogène permet de s'assurer qu'au 8ème jour la maladie est bien corticosensible, la CRP doit s'être normalisée. Le fibrinogène puis la VS reviendront à la normale dans un délai de 3 à 4 semaines après le début de la corticothérapie. Dès que la CRP est normalisée, on peut envisager la diminution régulière et progressive de la corticothérapie.

En période postopératoire, après retour à domicile, s'il y a un état fébrile et si la CRP reste augmentée après le 10ème jour postopératoire, c'est qu'une complication est survenue (problème infectieux, thrombose veineuse profonde ?).

. Le syndrome inflammatoire est confirmé, il évolue depuis plus de 3 semaines, il n'y a pas d'orientation clinique, quels examens complémentaires prescrire ?

Si le syndrome inflammatoire a une évolution de plus de 3 semaines et qu'il reste sans cause déterminée après un examen clinique complet, il est alors licite de réaliser un profil protéique (Figure 4) qui peut parfois guider la démarche diagnostique :

Figure 4 : Exemple de profil protéique au cours d'un lupus systémique en poussée (hypergammaglobulinémie IgG, CRP normale, baisse du C4 par activation du complément, baisse de l'haptoglobine par hémolyse intravasculaire) (CRP = C-réactive protéine, AAG = a1-glycoprotéine acide (orosomucoïde), C3c et C4 = composants du complément, IG = immunoglobulines ; valeurs exprimées en mg/L et en %)



- si la CRP est supérieure à 200 mg/L, une infection bactérienne est très probable : il peut aussi s'agir d'une affection néoplasique, d'une vascularite systémique, d'une maladie de Still ;

- la CRP peut être normale en cas de poussée lupique ;
- si l'haptoglobinémie est diminuée, il y a hémolyse intravasculaire ou plus rarement déficit génétique en haptoglobine. Un test de Coombs doit être demandé et une hémolyse recherchée (NFS et réticulocytes, bilirubine, LDH) ;
- en cas d'hypocomplémentémie, il peut s'agir d'un lupus érythémateux systémique, d'une cryoglobulinémie, d'une endocardite bactérienne, plus rarement d'une glomérulonéphrite post-streptococcique, parfois d'un déficit génétique.

Ensuite de première intention, nous réalisons alors les examens rapportés dans le tableau 4.

Tableau 4 : Examens de première intention à réaliser en cas de syndrome inflammatoire évoluant depuis plus de 3 semaines et restant inexplicé après un examen clinique minutieux

- Numération formule
- Bilan hépatique et rénal
- Electrophorèse des protéines

- Profil protéique
- Radiographie de thorax
- Echographie abdominale
- Hémocultures si la température matinale est supérieure à 37,5°C et vespérale supérieure à 38°
- ECBU et bandelette urinaire
- IDR à la tuberculine

Si après ces différents examens le syndrome inflammatoire reste inexplicé, une hiérarchie des examens complémentaires doit être établie, celle que nous retenons est habituellement celle présentée dans le tableau 5.

Tableau 5 : Examens complémentaires de 2ème intention
(les examens 4, 5, 6, 7, 8 sont faits de manière séquentielle)

- 1) Radiographie de sinus et radiographie dentaire
- 2) Biopsie d'artère temporale au-delà de 55 ans
- 3) Anticorps antinucléaire, anticorps anticytoplasme des neutrophiles
- 4) Echographie cardiaque (5 % des endocardites n'ont pas de souffle à l'auscultation)
- 5) Scanner thoraco-abdomino-pelvien
- 6) Biopsie ostéomédullaire avec myéloculture
- 7) Scintigraphie gallium + technetium
- 8) Coloscopie

Au terme de ce bilan, on retrouve habituellement une cause dans 90 % des cas (Tableau 6).

Tableau 6 : Etiologie des syndromes inflammatoires évoluant au long cours et pouvant se limiter au plan clinique à une asthénie, un amaigrissement ou une fébricule

- 1) Pathologies infectieuses*
 - endocardite
 - tuberculose pulmonaire, digestive, viscérale, médullaire
 - abcès profonds
 - parasitoses et mycoses profondes
 - infection virale chronique : VIH, hépatites B et C
- 2) Néoplasies*
 - cancer profond
 - cancer colique
 - cancer avec métastases
 - hémopathie
 - lymphome hodgkinien et non hodgkinien
 - leucémies
- 3) Maladies systémiques et rhumatologiques inflammatoires

- lupus érythémateux systémique
- maladie de Horton (si + de 55 ans)*
- périartérite noueuse*, maladie de Wegener
- myosite
- maladie de Still de l'adulte
- rhumatismes inflammatoires chroniques*

4) Maladies thromboemboliques*

5) Causes rares

- maladie de Whipple
- fièvres périodiques
- phéochromocytome
- thyroïdite
- hépatopathie auto-immune
- entéropathie inflammatoire
- maladie de Münchhausen

* Causes les plus fréquentes chez le sujet âgé

Bien entendu la hiérarchie et la chronologie de ces différents examens doit dépendre de l'existence ou non d'une fièvre, d'une altération de l'état général (ces examens étant réalisés avec d'autant plus de rapidité qu'il y a une perte de poids importante), et selon les données de la numération formule (hyperleucocytose à neutrophiles ou lymphopénie ou éosinophilie, etc.).

On distingue à ce stade deux situations :

- l'état général est floride, un peu de recul peut être pris, l'examen clinique est renouvelé à 15 jours et à 1 mois, avec une surveillance évolutive de la VS et du couple CRP-fibrinogène. Certaines VS élevées restent inexplicables avec parfois plusieurs années de recul ;
- l'état général est altéré, alors certains examens complémentaires doivent être renouvelés comme la radiographie de thorax, l'échographie abdominale, l'échocardiographie voire le scanner dans un intervalle de 15 jours à 2 mois selon le type d'examen.

. Faut-il parfois proposer un traitement d'épreuve ?

De telles situations sont rares et imposent une grande prudence :

- un traitement antibiotique d'épreuve probabiliste s'il y a une fièvre d'accompagnement doit dans la mesure du possible être évité car, outre les résistances que l'antibiothérapie peut induire, le risque est important de masquer un site infectieux dont la stérilisation est rarement obtenue par une antibiothérapie brève. On risque par une telle attitude de provoquer un retard au diagnostic préjudiciable pour le malade. Une endocardite décapitée peut se compliquer d'abcès cérébral ou splénique.
- un traitement antituberculeux d'épreuve peut être décidé en l'absence de preuve

bactériologique devant un tableau clinique compatible surtout PIDR est phlycténulaire, si les aspects scanographiques thoraciques sont évocateurs ou s'il existe une granulomatose viscérale en l'absence d'argument pour une sarcoïdose ;

- un traitement corticoïde d'épreuve est parfois discuté devant une altération fébrile ou non de l'état général chez le sujet âgé en l'absence d'autre cause car il peut s'agir d'une forme fruste de maladie de Horton. Quel que soit l'âge, une altération isolée de l'état général peut révéler une périartérite noueuse, l'artériographie coeliomésentérique et rénale, les anticorps anticytoplasme des neutrophiles, la biopsie musculaire n'apporte pas toujours le diagnostic. Une corticothérapie d'épreuve peut être initiée si les examens du tableau 6 sont normaux. C'est dans ces situations qu'une surveillance rapprochée de la CRP est utile, si elle se normalise au 8ème jour, le syndrome inflammatoire apparaît corticosensible.

La décision d'un traitement d'épreuve fait en l'absence de diagnostic ne peut se concevoir qu'après un bilan complet négatif à condition qu'il soit initié dans un service hospitalier sous surveillance clinique ou biologique.

. JO du 18/12/97 : Arrêté du 14/2/97 modifiant l'arrêté du 3/4/85 fixant la nomenclature des actes de biologie médicale

• 1 protéine = B 40

2 protéines = B80

3 protéines et plus = B100

Interdiction d'additionner 2 profils étroits le même jour (inflammation et dénutrition)

• Electrophorèse des protéines = B60

électrophorèse des protéines + dosage des IgAGM = B140

• Typage d'une dysglobulinémie = électrophorèse (B60) + immunofixation (B120) = B180

. La VS est codifiée B15, le fibrinogène B20

Prix du B = 1,80F

Bibliographie

- Maladies inflammatoires. Abrégé Masson 1993 par E. Hachulla, RM Flipo, PY Hatron, B Devulder.

- Diagnostics difficiles en médecine interne ? Editions Maloine 1990 sous la direction de H. Rousset et D. Vital Durand.

- JJ Dubost, M Soubrier, MN Meunier, B Sauvezie. De la vitesse de sédimentation au profil protéique. Rev Med Interne 1994 ; 15 :727-33.

ANNEXE 3 :

Faculté de Médecine ULP Strasbourg Année 2002
IMAGERIE DU FOIE, DES VOIES BILIAIRES

ET DU PANCREAS

Item 228 - 242 - 258 - 268 - 269 - 320. Module 14

Item 151 - 155. Module 10

Professeur Francis VEILLON

IMAGERIE DU PANCREAS

A - LA PANCREATITE CHRONIQUE

La pancréatite chronique se manifeste essentiellement en imagerie par des calcifications intra-glandulaires que la tomodensitométrie reconnaît mieux que l'échographie. On peut noter une réduction ou au contraire une augmentation de taille de tout ou partie de la glande.

L'échographie montre mieux que ne le fait la TDM l'augmentation de taille du canal de Wirsung au-delà de 2 mm. La pancréatographie par voie rétrograde voit ses indications se réduire au profit de la pancréatographie par RM qui montre bien les irrégularités de calibre du canal pancréatique principal.

B - LA PANCREATITE AIGUE

Il peut s'agir d'une pancréatite aiguë vraie ou d'une poussée aiguë de pancréatite sur pancréatite chronique. L'examen qui est le plus souvent effectué est la TDM. Dans la forme oedémateuse, les lésions restent localisées au pancréas et à sa loge. La TDM montre une légère augmentation de la taille pancréatique alors que l'on ne note que peu d'hétérogénéité intra-glandulaire après injection intra-veineuse de produit de contraste.

Dans la pancréatite aiguë nécrotique et hémorragique, la TDM montre en général une extension lésionnelle au-delà de la loge pancréatique vers différents compartiments anatomiques de l'abdomen voire du thorax ou du pelvis. Le rehaussement de densité du pancréas après injection intraveineuse de produit de contraste est hétérogène avec apparition de plages hypodenses intra-pancréatiques ; au maximum le pancréas n'est plus visible. La TDM est le meilleur examen pour apprécier l'étendue et la topographie des collections qui, si elles sont infectées, devront être ponctionnées. La TDM intégrée aux critères cliniques et biologiques de gravité est le meilleur examen de surveillance morphologique des pancréatites aiguës.

C - LE CANCER DU PANCREAS EXOCRINE

L'avènement de l'échographie, de la TDM spiralée et de l'IRM n'ont absolument rien changé au pronostic du cancer du pancréas exocrine qui reste mauvais. C'est le confort de l'exploration des patients qui s'est amélioré.

L'échographie, la TDM et l'IRM s'attachent dans un contexte clinique évocateur la plupart du temps à rechercher une masse pancréatique, en général hypoéchogène, hypodense en TDM après injection intra-veineuse de produit de contraste. On peut noter une dilatation du canal de Wirsung, des formations ganglionnaires péri-pancréatiques coeliaques, pédiculaires hépatiques ou latéro-aortiques, inter-aortico-caves ou rétro-péritonéales.

L'échographie est le meilleur examen pour apprécier facilement la dilatation des voies biliaires extra- et intra-hépatiques souvent associée aux lésions céphaliques ; c'est souvent un examen suffisant pour déceler des nodules hépatiques métastatiques. La cholangiographie devient un examen de routine pour apprécier en complément de l'échographie les voies biliaires par rapport à la masse pancréatique.

D - LES TUMEURS ENDOCRINES DU PANCREAS

Les tumeurs endocrines du pancréas sont des lésions qui sont responsables ou non d'un syndrome endocrinien dont le profil clinique dépend de la nature de l'hormone sécrétée. Les lésions sont en général de petite taille et difficiles à voir en échographie et en TDM. Elles

siègent pour 80 % environ dans le corps et la queue de la glande. Leur taille excède rarement 2 cm d'où la difficulté d'approche. Des tumeurs de taille supérieure à 4 cm sont néanmoins possibles. Si l'échographie par voie per-cutanée classique et la TDM n'ont pas mis en évidence ces lésions, il faut faire appel à l'échoendoscopie qui est l'examen le plus sensible permettant de mettre en évidence des lésions pancréatiques d'une taille inférieure au centimètre. Si les formations tumorales sont développées dans la paroi duodénale, elles sont en général très difficiles à voir par cette méthode. L'échographie per-opératoire complètera utilement l'examen échographique endoscopique. Le problème dans ce type d'exploration est de faire la part des lésions authentiquement tumorales et des cicatrices fibreuses intra-pancréatiques qui sont assez fréquemment rencontrées. L'IRM avec ou sans suppression du signal adipeux peut être un excellent moyen d'approche diagnostique.

E - LES TRAUMATISMES

Les traumatismes du pancréas sont plus rares que les traumatismes hépatiques. Ils sont plus difficiles à voir en échographie qu'en TDM. Ils se manifestent pas des plages hypoéchogènes ou hypodenses. L'échographie est utile pour évaluer l'importance d'un épanchement péritonéal associé ; la TDM est plus fiable pour diagnostiquer des lésions rétro-péritonéales telles des hémorragies surrenaliennes associées.

Au total :

L'imagerie du foie et du pancréas a évolué ces dernières années surtout au profit de l'IRM ; pour l'étude des voies biliaires et du canal pancréatique principal cette méthode est devenue incontournable.

La TDM spiralée constitue d'une manière générale l'examen morphologique de l'abdomen après l'échographie, surtout dans les bilans généraux de cancérologie. Les techniques d'imagerie hépato-biliaire interventionnelle se développent et constituent une alternative intéressante à la chirurgie.