



# Revue du rhumatisme

24<sup>e</sup> CONGRÈS FRANÇAIS DE RHUMATOLOGIE CNIT,  
PARIS - LA DÉFENSE, 11-14 DÉCEMBRE 2011

Joint Bone Spine

## Conférences d'actualité

**Approche thérapeutique  
de la vascularite à cellules géantes  
(Maladie de Horton)**

Charles Masson A15

**Rotation des traitements  
anti-ostéoporotiques**

Karine Briot A23

## Colloques de recherche

**Approches métagénomiques  
pour l'étude de la microflore du sol  
et implications dans le domaine  
de la santé**

Pascal Simonet A29

**Microbiote et maladies  
inflammatoires chroniques  
intestinales**

Philippe Seksik A31

**Polyarthrite rhumatoïde (PR)  
et infections : quels liens ?  
quelles conséquences  
thérapeutiques ?**

Thierry Schaevebeke A33

**Microbiote intestinal et  
spondylarthrites :  
quelles perspectives ?**

Maxime Breban et al. A35

## Résumés

**Séances plénières** A37

**Communications orales** A43

**Communications affichées** A125

**Index des mots clés** A319

**Index des auteurs** A325



avec un recul de huit ans, toutefois elle ne permet pas d'apporter de réponse satisfaisante compte tenu du peu de patients retrouvés

**Discussion.** – Clostridium histolyticum collagénase est une nouvelle option thérapeutique avec un potentiel certain dans la prise en charge de la maladie de Dupuytren. Son mode d'injection simple, dans les conditions d'une infiltration, pourrait augmenter la prise en charge rhumatologique de la maladie de Dupuytren. Il manque encore à l'heure actuelle des données sur les effets à long terme, sur les complications et les taux de récurrences.

**Conclusion.** – L'efficacité de la collagénase a donc été démontrée, il reste cependant à confirmer ces résultats à long terme et à lui trouver une place dans la stratégie thérapeutique de la maladie de Dupuytren.

Lu.127

### Syndrome du piriforme secondaire à un traitement par l'atorvastatine

I Zouch (1) ; W Hamdi (1) ; M Ghannouchi (1) ; S Boussaïd (1) ; MM Kchir (1)

(1) Service de Rhumatologie, Institut Kassab, Tunis, Tunisie.

**Introduction.** – Les statines peuvent donner de rares cas de syndromes canalaires. Toutefois aucune publication concernant un syndrome du piriforme secondaire à la prise de statine n'a été retrouvée. Nous en rapportons une observation.

**Observation.** – Patient âgée de 60 ans, dyslipidémique sous atorvastatine, consulte pour une sciatique gauche tronquée au creux poplité, résistante au traitement symptomatique et confinant la patiente au lit. L'examen clinique trouve une boiterie par esquive, le rachis lombaire est souple et le signe de Lasègue est absent. Devant le point de départ fessier de ces douleurs, nous avons fait quelques manœuvres visant à mettre en tension le muscle piriforme, activement par la manœuvre de Pace et Nagle et la manœuvre de Beatty et passivement par la manœuvre de Freiberg. Toutes ces manœuvres se sont révélées positives.

Une IRM du rachis lombaire et du bassin est pratiquée et a objectivé un hypersignal T2 du muscle piriforme

Devant la résistance aux antalgiques et aux AINS nous avons opté pour une infiltration scanno guidées de cortivazol qui a permis une légère amélioration transitoire alors que la rééducation basée sur un massage doux et de la physiothérapie antalgique n'a fait qu'aggraver la symptomatologie.

L'évolution s'est marquée par l'association à ces radiculalgies de crampes musculaires surtout nocturnes, très douloureuses, aux mollets qui nous ont conduits à arrêter transitoirement les statines après avoir constaté une élévation des enzymes musculaires. Nous avons remarqué en plus de la sédation des crampes, une amélioration de la sciatique qui ont réapparues à la réintroduction des statines. Devant ces données nous avons arrêté définitivement l'atorvastatine. Actuellement et après 5 mois de l'arrêt du traitement, la patiente ne rapporte aucune plainte radiculaire.

**Conclusion.** – Devant toutes radiculalgies, il faut penser au syndrome du piriforme et la prise de statine peut être retenue comme origine après l'élimination des étiologies connues.

Lu.128

### Intérêt d'un surguidon mobile (DBar) dans la pratique du cyclotourisme chez le sujet lombalgique

S Grosdent (1) ; G Yerna (2) ; C Demoulin (2) ; M Vanderthommen (2)

(1) Médecine de l'Appareil Locomoteur, C.H.U. – Sart Tilman, Liège, Belgique ; (2) Département des Sciences de la Motricité, Université de Liège, Liège, Belgique.

**Introduction.** – Le cyclisme constitue l'une des activités récréatives les plus populaires et un moyen de transport régulier pour un grand nombre d'individus de par le monde. Néanmoins, la position sur un

vélo classique peut se révéler contraignante et induire des douleurs rachidiennes (lombaires, dorsales ou cervicales) provoquant à terme l'abandon de cette activité. Bien que de nombreuses adaptations aient été développées afin d'améliorer le confort du cycliste, peu d'études scientifiques se sont consacrées à ce sujet. Cette étude avait pour objectif d'évaluer l'intérêt d'un surguidon mobile (D-Bar), permettant l'alternance des positions redressée et en antéflexion du tronc, lors de la pratique du cyclotourisme chez le sujet lombalgique chronique.

**Matériels et Méthodes.** – Le groupe expérimental se composait de 20 sujets sédentaires ou sportifs de loisirs (10 sujets féminins et 10 sujets masculins) âgés en moyenne de  $39 \pm 11$  ans et souffrant de lombalgie chronique (durée moyenne des douleurs  $7 \pm 6$  ans ; score douloureux moyen de 2,2/10 sur une échelle visuelle analogique de la douleur). Chaque sujet réalisait à 2 reprises (avec et sans surguidon), selon un ordre aléatoire et à 3 jours d'intervalle, un parcours de 6,5 km comportant 3 côtes. Les réglages de la hauteur et de l'angle de selle étaient standardisés. Différents paramètres étaient relevés durant le parcours : intensité des douleurs rachidiennes (score EVA), perception de la difficulté de l'effort (score de BORG), temps d'utilisation du surguidon. L'intensité des douleurs rachidiennes était également évaluée directement, 24, 48 et 72 heures après la réalisation du parcours.

**Résultats.** – Globalement, le temps de réalisation du parcours apparaissait majoré par l'utilisation du surguidon. Les sujets masculins utilisaient significativement ( $p < 0,05$ ) plus souvent le surguidon que les sujets féminins (pourcentages d'utilisation atteignant 82% et 55% du temps respectivement). La comparaison des deux modalités de parcours (avec et sans surguidon) révélait des douleurs rachidiennes moins importantes pendant ( $p < 0,05$ ) mais également dans les jours qui suivaient ( $p < 0,01$ ) la réalisation du parcours vélo avec le surguidon. Inversement, la perception de la difficulté de l'effort ne différait pas que le parcours soit réalisé ou non avec le surguidon.

**Conclusion.** – L'utilisation d'un surguidon mobile (D-Bar) présente un intérêt chez le sujet lombalgique lors de la pratique du cyclotourisme. Les douleurs rachidiennes moins importantes ressenties lors de l'effort mais également dans les jours qui suivent la réalisation du parcours avec le surguidon pourrait résulter de la possibilité offerte par le système DBar d'alterner les positions redressée et en antéflexion du tronc.

Lu.129

### Une compression médullaire révélatrice de tumeurs intradurales

R Ben Soltana (1) ; R Akrouf (1) ; M Ezzeddine (1) ; H Fourati (1) ; S Ben Djemaa (1) ; S Mahersi (1) ; I Hachicha (1) ; MZ Boudawara (2) ; S Baklouti (1)

(1) Service de Rhumatologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, Tunisie ; (2) Service de Neurochirurgie, CHU Habib Bourguiba, Sfax, Tunisie.

**Introduction.** – Les tumeurs intra durales ne sont pas fréquentes et en raison de leur contact très étroit avec la moelle et les racines nerveuses, leur morbidité est considérable. La localisation cervicale est rare. La plupart de ces tumeurs sont bénignes et d'évolution généralement lente et sont souvent révélés par des signes neurologiques en fonction de leur localisation. Nous rapportons deux observations de tumeurs intra durales extra médullaires révélées par une compression médullaire cervicale et dorsale.

**Observation.** – Observation 1 : Patient âgée de 37 ans, sans antécédents pathologiques, présentant une lombosciatique L5 droite mécanique et lourdeur des membres inférieurs avec trouble de la marche. L'examen ne trouve pas de syndrome rachidien ni radiculaire. L'examen neurologique objective une marche ataxo-spasmodique, un syndrome quadripiramidal avec une quadriparesie. La biologie ne montre pas de syndrome inflammatoire ni autres anomalies. Les radiologies standard ont montré : un spondylolisthésis lombaire de L5 sur S1 par lyse isthmique et une rectitude cervicale. L'IRM médullaire a montré un processus expansif intra-canalair, intradural et extra-médullaire à la hauteur de C6-C7 dont l'examen anatomopathologique a conclu à un schwannome qui a été complètement