

LE GENOU FMC 12 19/09/19

Dr Dervin guillaume
Rhumatologue

Madame G Agée de 83 ans Consulte pour une Douleur du genou Droit associée à un gonflement

A l'interrogatoire elle déclare

- Une raideur le Matin de 45min
- Des réveils nocturnes en deuxième partie de nuit
- Et semble améliorée par la marche au cours de la journée
- Petit fébricule à 38,2



DOULEUR INFLAMMATOIRE VS MÉCANIQUE

	INFLAMMATOIRE	MECANIQUE
RAIDEUR MATINALE	> 30 MIN	15 MIN MAX
REVEILS NOCTURNES	++ DEUXIEME PARTIE DE NUIT	AUX CHANGEMENTS DE POSITIONS
EPANCHEMENT	++	++
SIGNES LOCAUX	CHALEUR ROUGEUR FLESSUM	PEU PRESENTS
EFFET DE L ACTIVITE	AMELIORE LA DOULEUR	AGGRAVE LES DOULEURS

Madame G âgée de 83 ans Consulte pour une Douleur du genou Gauche associée à un gonflement

A l'interrogatoire elle déclare :

- Une raideur le Matin de 45min
- Des réveils nocturnes en deuxième partie de nuit
- Et semble améliorée par la marche au cours de la journée
- Petit fébricule à 38,2

→ Douleur Inflammatoire

QUELLE EST LA PRIORITE ?

1. Un bilan sanguin
2. Un traitement médicamenteux
3. Une Ponction Articulaire
4. Une radiographie
5. Une IRM

QUELLE EST LA PRIORITE ?

1. Un bilan sanguin
2. Un traitement médicamenteux
3. **Une Ponction Articulaire**
4. Une radiographie
5. Une IRM

LA PONCTION

Ce Qu'on cherche

1. CYTOLOGIE
2. Recherche de CRISTAUX
3. BACTERIOLOGIE avec direct et Cultures

Résultats

1. Inflammatoire (>2000 éléments/mm³) vs Mécanique (200-2000 éléments/mm³)
2. Cristaux d'urate de sodium (goutte) ou pyrophosphate de calcium ou hydroxapatite
3. Germes + au direct et cultures

MADAME G SUITE



- Ponction
- Radios meniscocalcinose + autre localisations
- Bio CRP 70
- Bonne évolution avec cure courte de CTC 20mg trois jours + infiltration intra articulaire
- Pas de cause secondaire au bilan de deuxième intention

GONALGIE INFLAMMATOIRE CAT

1. Cs RHUMATOLOGIE EN « URGENCE »
2. Ponction Articulaire (Cytologie /recherche cristaux / bactériologie)
3. Bilan Biologique (NFS CRP uricémie iono urée créat)
4. Pas d'antibiotique en premier intention (sauf bursite bactérienne évidente non Ponctionnable)
5. Idéalement éviter AINS avant ponction et bilan biologique

1 an après, Monsieur G, 84ans, le mari de votre patient vous consulte pour son genou douloureux depuis 2 mois alors qu'il est par ailleurs en pleine forme

L'interrogatoire révèle

- La douleur s'est installée progressivement
- Qu'il ne peut plus aller chercher son pain
- Il n'est bien que devant sa télé ou la nuit
- Parfois le genou gonfle un peu

→ Douleur Mécanique

ETIOLOGIES DES GONALGIES MECANIKUES

Douleurs du genou (gonalgies) non traumatiques d'origine mécanique

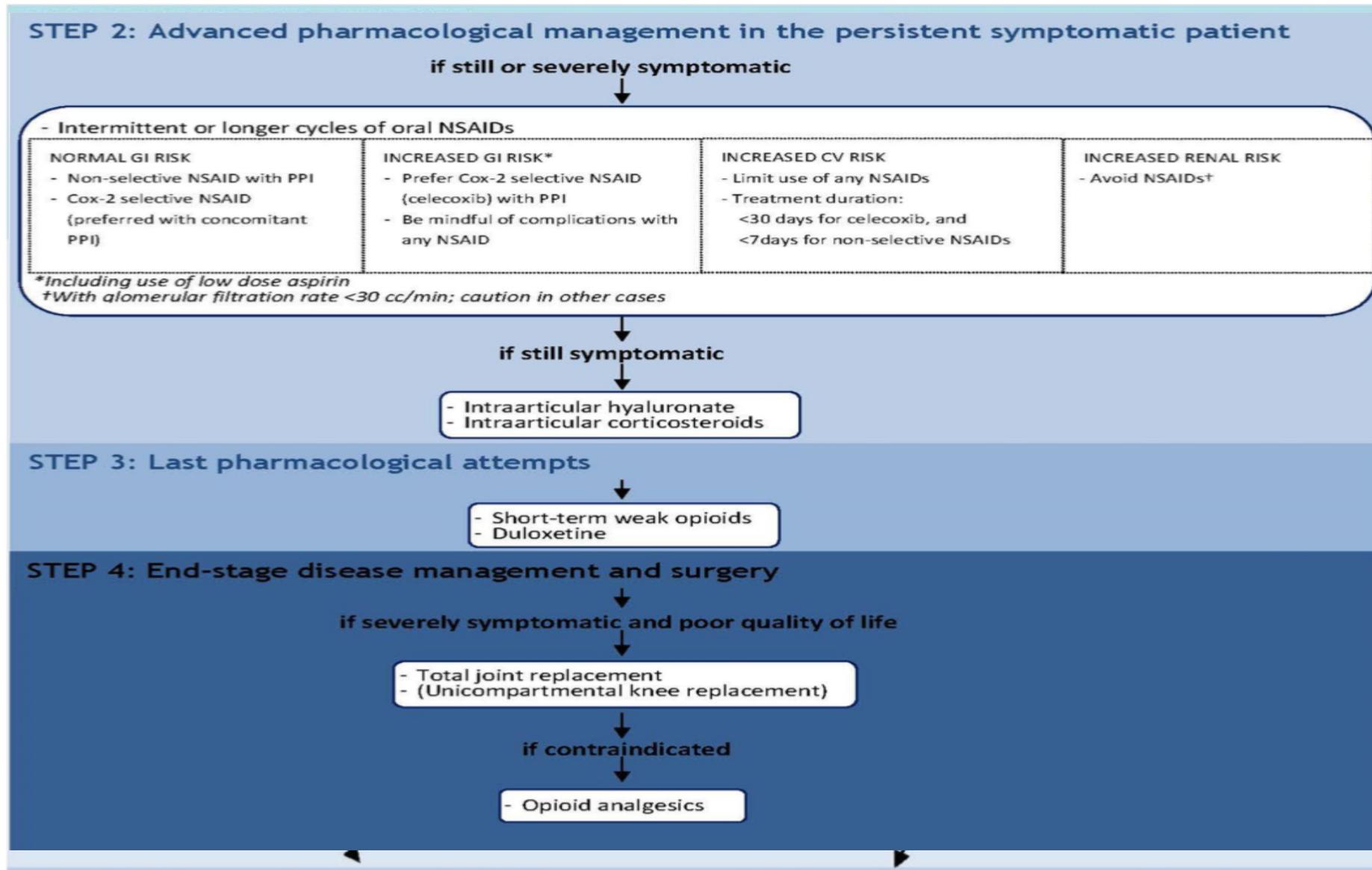
Elles peuvent être provoquées par diverses affections.

- L'**arthrose du genou** (ou gonarthrose) représente la cause de gonalgie la plus fréquente.
- La **dégénérescence des ménisques** (usure liée à l'âge) est favorisée par des traumatismes répétés ou des anomalies de la statique des jambes (déséquilibres dans la posture debout).
- Les **fractures spontanées** existent surtout chez les sportifs, les danseurs et les militaires fournissant des efforts intenses et répétitifs, ou surentraînés (longues marches, sauts multiples, etc.)
- L'**hygroma du genou** (ou bursite pré-rotulienne) est une inflammation de la bourse séreuse dite pré-rotulienne, située à l'avant du genou. Celui-ci devient alors douloureux et gonflé. Cette affection s'observe souvent chez les personnes qui travaillent à genoux (ex. : carreleurs).
Une bursite peut aussi se déclarer au niveau de la bourse poplitée, située à l'arrière du genou, provoquant l'apparition d'un kyste à cet endroit (**kyste du creux poplité**).
- L'**algodystrophie** correspond à un ensemble de symptômes survenant parfois après une intervention chirurgicale ou un traumatisme : douleurs, raideur articulaire, troubles circulatoires avec peau rouge et amincie, décalcification osseuse (baisse importante de la teneur en calcium), etc.
- L'**ostéonécrose aseptique des condyles fémoraux** est une destruction osseuse au niveau des condyles du fémur, d'origine non infectieuse. Elle survient chez les personnes âgées.
- **Une douleur de la hanche** peut aussi se répercuter au niveau du genou (par exemple, en cas d'**arthrose de la hanche**)

GONALGIE MECANIQUE

INTRA-ARTICULAIRE	ABARTICULAIRE	OS SOUS CHONDRAL
GONARTHROSE	TENDINOPATHIES <ul style="list-style-type: none">• Rotulienne• Quadricipitale• Patte d'oie	Fracture de stress <ul style="list-style-type: none">• par excès de contrainte• par insuffisance osseuse
MENISCOPATHIE <ul style="list-style-type: none">• TRAUMATIQUE• DEGENERATIVE	ENTORSE LIGAMENTAIRE INTERNE/EXTERNE	Osteonécrose Aséptique
ENTORSE LIGAMENT CROISE	PLICA INTERNE	
	Syndrome bandelette iliotibiale (essuie glace)	

L'ARTHROSE, LA PLUS FREQUENTE



PRISE EN CHARGE FACTEUR DE RISQUE + + + +

Facteurs des risque reconnus

- Surpoids
- Sédentarité
- Déficit musculaire
- Genu valgum

Activité physique Adapté
→ Sport Santé + + + +

Semelles



LA LOI
SPORT-SANTÉ SUR
ORDONNANCE

RECENSEMENT
DES OFFRES :
MODE D'EMPLOI

PATIENTS
PRATIQUANTS

PROFESSIONNELS
DE LA SANTÉ

CONTACTEZ-NOUS

LA PRATIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE EST-ELLE REMBOURSABLE PAR LA SÉCURITÉ SOCIALE (CPAM) ?

La Caisse d'Assurance Maladie ne rembourse pas à ce jour les séances d'activité physique, même prescrites à des personnes en Affections Longue Durée. Certaines CPAM soutiennent néanmoins des actions ou des programmes sport santé sur différents territoires ou mettent en place des actions de prévention et de sensibilisation sur les bienfaits de l'activité physique et la nutrition.

NON



LES MUTUELLES ET ASSURANCES REMBOURSENT-ELLES TOUT OU PARTIE DE LA PRATIQUE DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE ?

L'ARS PACA, la DRDJSCS, certains organismes du secteur mutualiste ou assurantiel, de retraite ou de prévoyance participent au financement, via des subventions, de programmes sport santé mis en place par des associations sportives, des associations de patients ou des établissements de soin.

Une douzaine de mutuelles et d'assurances proposent à leurs affiliés une aide pour le financement de tout ou partie de leur pratique d'activité physique ou sportive et/ou de la consultation de prescription.

Incitez vos patients à se renseigner auprès d'elles.

Au cas par cas

→ **Pas de liste de structures partenaires ☹️**

Partager   

Vous avez 65 ans ou plus ? Venez suivre des cours adaptés pour garder la forme !

S'ENTRAÎNER , RESPIRER , DISCUTER , S'AMUSER, ADMIRER

La Ville de Marseille met en place pour vous un programme gratuit d'activités physiques en plein air !

Ces séances, de 1 h 30 une fois par semaine, sont accompagnées d'un suivi, avec test d'évaluation et bilan individualisé.

Héritage de Marseille-Provence Capitale Européenne du Sport en 2017, **elles visent à améliorer la qualité de vie, le bien-être et la santé de ses habitants quelque soit leur âge.**

Chaque séance commence par une phase d'échauffement, se poursuit par une série d'ateliers et se termine par une phase de récupération et d'assouplissement.

Les ateliers proposés peuvent être des jeux collectifs, des exercices d'adresse, de fitness avec ou sans matériel, de marche nordique, de danse, de renforcement musculaire...

Chaque séance est construite à partir des résultats à atteindre avec une progression tout au long de l'année.

Les éducateurs spécialisés dans la pratique du sport adapté, proposent **différentes variantes sur les exercices en fonction des pathologies éventuelles que peuvent avoir certains pratiquants.**

Pratiquer une activité physique a de multiples bienfaits : aider votre corps à rester en bonne santé, prévenir les chutes en renforçant les muscles, améliorer l'équilibre, augmenter la confiance en ses capacités physiques.

La pratique régulière d'une activité physique, intellectuelle et sociale contribue à **maintenir l'autonomie et à sortir de l'isolement.**

Séances de fin-septembre à mi-juin, à raison d'1h30 par semaine

- ✓ Parc Maison Blanche (9e) ► Lundi 9h30
- ✓ Parc Maison Blanche (9e) ► Lundi 14h
- ✓ Parc Longchamp (4e) ► Mardi 9h30
- ✓ Parc Bagatelle (8e) ► Mardi 14h
- ✓ Parc Athéna (13e) ► Jeudi 9h30
- ✓ Esplanade des Catalans (7e) ► Jeudi 14h
- ✓ Parc de la Moline (12e) ► Vendredi 9h30
- ✓ Esplanade de la Major (2e) ► Vendredi 14h

Monsieur G vous ramènes ses radios (EN CHARGE Face profil Schuss DFP)



Vous décidez de lui faire une infiltration de corticoïdes (kenacort 80 mg)suivi d'une Viscosupplémentation par Arthrum 75



ACIDE HYALURONIQUE

- **Décembre 2017** → Déremboursement des AH
- **Juin 2019** → Déremboursement de l'acte de l'infiltration en Mais toujours dans les recommandations de L'OARSI
- Nouvelles études en cours par la SFR pour obtenir un SMR suffisant

PRP nouvelle voie ?

- Nombreuses études mais de qualités diverses (300 publications en 2019)
- Etudes de bonne qualité (contrôlée randomisée) en cours par la SFR
- Mais pas de remboursement, tarifs pratiqués de 50 à 300-400 euros ...

Monsieur G allait très bien pendant deux ans tant et si bien qu'il avait repris la marche.

Au décours d'une sortie il y a deux semaines il a eu une violente douleur femoro-tibiale interne comme il y a deux ans mais plus violente et plus douloureuse

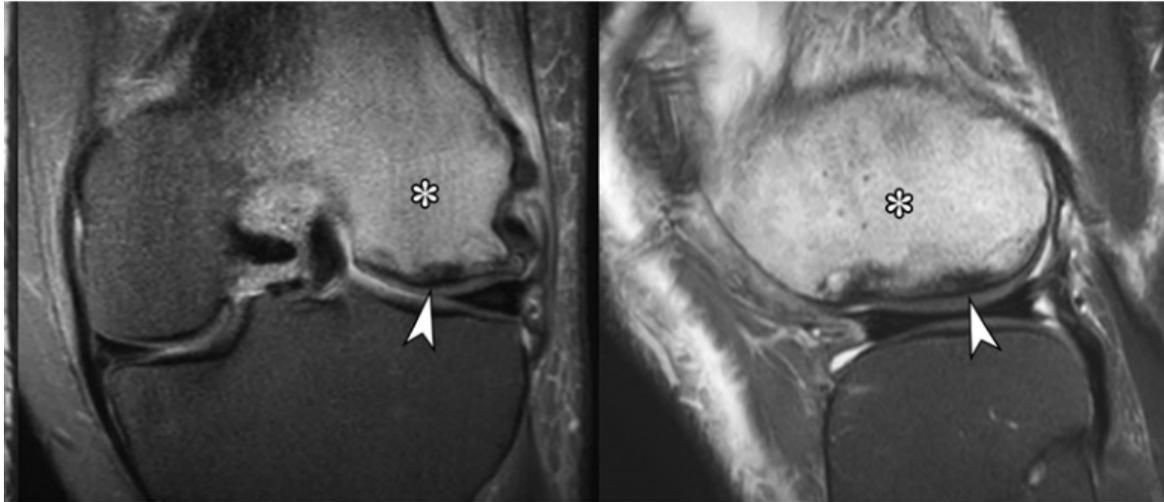
L'examen clinique retrouve une douleur élective sur le plateau tibial interne mais pas plus de limitation qu'il y a deux ans

Faute de Rendez vous il a consulté un confrère qui a fait une infiltration de kenacort sans effet

Quel examen fait vous ?

IRM

CE N'EST PAS TOUJOURS UNE POUSSÉE D'ARTHROSE



ONA



b.

SIF



b.

c.

Fracture de fatigue

Gorbachova et al
RadioGraphics 2018;
38:1478-1495

CE N'EST PAS TOUJOURS UNE POUSSÉE D'ARTHROSE

Summary of Clinical and MRI Features of Common Osteochondral Lesions of the Knee

Differentiating Features	Acute Osteochondral Fracture	SIF and So-called SONK	AVN (Primary Osteonecrosis)	OCD	Osteoarthritis*
Patient age	Any age Young active patients	Older patients	Adults, typically aged 40–60 years	Childhood to middle age; most frequent onset in preadolescence	Adults, elderly patients
Risk factors	...	Bone weakening (eg, osteoporosis)	Use of corticosteroid therapy Alcoholism	Incompletely healed juvenile OCD may become adult OCD	...
Location	Depends on the mechanism of injury	MFC (90%), LFC, tibial plateaus Classic: weight-bearing surface of the MFC	Ischemic necrosis of bone: any location Collapse: weight-bearing surface	Most often in MFC then in LFC and then in the patella Classic: lateral (intercondylar) aspect of MFC (51%)	Most commonly weight-bearing surface May involve any area
Role of trauma	Acute trauma	Minimal or no trauma	No trauma	Chronic repetitive stress in active children, particularly high-level athletes	None in primary osteoarthritis
Mechanism	Abnormal force applied to normal trabeculae Osteochondral injury is typically produced by an internal force	Physiologic force applied to weakened trabeculae (and diminished protective function of articular cartilage and/or menisci) leading to a SIF; may progress to secondary localized osteonecrosis, articular surface collapse, and progressive osteoarthritis	Causes of collapse: Fatigue microfractures in the necrotic zone Osteoclastic activity in the reparative front Focal concentration of stress at the AVN margins	Hypothesis: disturbance of secondary ossification center leading to localized delay in subchondral bone formation, and subsequent failure of overlying cartilage, localized articular surface fragmentation and separation	Synovial fluid intrusion theory Bone contusion theory
Clinical presentation	Acute onset of pain	Sudden onset, severe and unrelenting knee pain	Vague pain, greatly exacerbated at the onset of collapse	Poorly localized knee pain for >1 year, often exacerbated by exercise Acute mechanical symptoms with dislodgement of fragment	Chronic pain
MRI findings pertinent to management	Soft-tissue injuries associated with characteristic osseous injury patterns	Features associated with risk of irreversibility and poor prognosis [†] Meniscal abnormality, particularly radial and root tears	Size and location of AVN Features of articular collapse	Skeletal maturity Fragment: size, location, features of instability, integrity, and composition (mineralized or not) [†]	Extent of cartilage loss Presence of BMLs Meniscal abnormality

Note.—AVN = avascular necrosis, BML = bone marrow edema-like lesion, LFC = lateral femoral condyle, MFC = medial femoral condyle, OCD = osteochondritis dissecans, SIF = subchondral insufficiency fracture, SONK = spontaneous osteonecrosis of the knee.

*With subchondral cystlike lesions.

[†]See text for description of specific features.

FRACTURE DE « STRESS », SOUS CHONDRALE PAR INSUFFISANCE OSSEUSE

- ❑ Touche préférentiellement **les zones portantes** condyle femoral >> plateau tibial
- ❑ **Pas forcément de facteur traumatique** souvent circonstance de fatigue
- ❑ Touche Préférentiellement la **femme de plus de 60 ans**
- ❑ Traitement **décharge** 4 a 6 semaines (selon le patient)
- ❑ Surveillance clinico-radiologique car **évolution vers arthrose évolutive**
- ❑ **Complications: ONA, Arthrose, fracture complete**
- ❑ **Evaluer Ostéoporose** avec DMO (rentre pas dans les critères de fractures severes)

CONCLUSIONS

- Bien dépister la gonalgie inflammatoire vs mécanique
 - Ponctionner tout « premier » épanchement du genou
 - Evaluer les étiologies en fonction de l'âge du patient et du contexte
 - Un patient présentant une gonarthrose peut aussi avoir une autre cause de gonalgie
 - Bilan standards radios : Face profil Schuss EN CHARGE et DFP
- IRM au cas par cas