



Disponible en ligne sur
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



Fait clinique

Tableau clinique kaléidoscopique illustrant le concept de spondylarthropathie chez une femme[☆]

Ellen De Langhe^{a,*}, Rik Lories^a, Kristin Maenaut^b, Kurt De Vlam^a

^a Division of Rheumatology, University Hospitals Leuven, Herestraat 49, 3000 Leuven, Belgique

^b Division of Rheumatology, Algemeen Ziekenhuis Monica Antwerpen, Harmoniestraat 68, 2018 Antwerpen, Belgique

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Accepté le 26 avril 2011

Disponible sur Internet le 6 novembre 2011

Mots clés :

Spondylarthropathie
 Spondylarthrite ankylosante
 Rhumatisme psoriasique
 Ostéite
 SAPHO

RÉSUMÉ

Les spondylarthropathies sont une famille d'arthropathies chroniques qui partagent diverses caractéristiques cliniques, histologiques et génétiques. Cette famille comprend plusieurs entités cliniques, comme la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique, les spondylarthropathies des entérocolopathies inflammatoires chroniques, les arthrites réactionnelles, les spondylarthropathies juvéniles et les spondylarthropathies indifférenciées. Toutefois, l'éventail des spondylarthropathies est plus vaste que la somme de ces entités cliniques et le terme « concept spondylarthropathique » pourrait donc être justifié. Nous décrivons ici une observation dans laquelle l'évolution a été marquée par l'apparition de nombreux éléments du concept spondylarthropathique, ainsi que par une ostéite inattendue du crâne et du tibia. Cette femme de 45 ans HLA-B27-positif avait des antécédents familiaux de psoriasis et des antécédents personnels de spondylarthrite ankylosante, d'arthrite réactionnelle et d'acné fulminante. Elle nous a été adressée pour une tuméfaction douloureuse du tibia, une polyarthrite symétrique et des céphalées intenses. Les radiographies simples et la scintigraphie osseuse ont mis en évidence de volumineuses lésions ostéolytiques dans le pariétal gauche et la partie antérieure du tibia droit. Le traitement a consisté en une intervention chirurgicale et en l'administration de pamidronate. L'aggravation de la polyarthrite a conduit à l'initiation d'un traitement par l'éta nercept. Ce dernier a ensuite été remplacé par de l'infliximab en raison de l'apparition d'une maladie de Crohn de novo. Cette observation illustre bien la notion de concept spondylarthropathique. En effet, notre malade a présenté des éléments appartenant à l'ensemble de l'éventail spondylarthropathique : spondylarthrite ankylosante, arthrite réactionnelle d'origine urogénitale, rhumatisme psoriasique et entérocolopathie inflammatoire chronique. Ce type d'observation montre que la classification des malades en entités cliniques séparées masque l'intérêt de la notion de concept. Notre observation constitue un argument en faveur de la nouvelle classification proposée récemment.

© 2011 Société Française de Rhumatologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

1. Introduction

Les spondylarthropathies (SpA) sont une famille d'arthropathies chroniques qui partagent diverses caractéristiques cliniques, histologiques et génétiques. Cette famille comprend plusieurs entités cliniques, comme la spondylarthrite ankylosante, le rhumatisme psoriasique, les spondylarthropathies des entérocolopathies inflammatoires chroniques, les arthrites réactionnelles, les spondylarthropathies juvéniles et les spondylarthropathies indifférenciées [1]. Nous décrivons ainsi une observation caractérisée par l'apparition successive de nombreuses manifestations

de SpA et notamment d'une ostéite inhabituelle accompagnée d'autres éléments en faveur d'un syndrome de SAPHO (synovite, acné, pustulose palmoplantaire, hyperostose et ostéite) [2]. Cette observation contribue à démontrer que l'éventail des spondylarthropathies est plus vaste que la simple somme des diverses entités cliniques et donc que la notion de « concept spondylarthropathique » est logique, non seulement en ce qui concerne le diagnostic et le traitement, mais aussi pour mieux comprendre les mécanismes physiopathologiques.

2. Observation

En 1985, une femme de 26 ans, HLA-B27-positif et ayant des antécédents familiaux de psoriasis a été informée qu'elle avait une spondylarthrite ankylosante (lombalgies inflammatoires depuis des années et sacro-iléite grade 2 bilatérale). Ce diagnostic a rapidement été remis en question lorsque l'association

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais la référence anglaise de *Joint Bone Spine* (doi 10.1016/j.jbspin.2011.04.015).

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : ellen.delanghe@med.kuleuven.be (E. De Langhe).

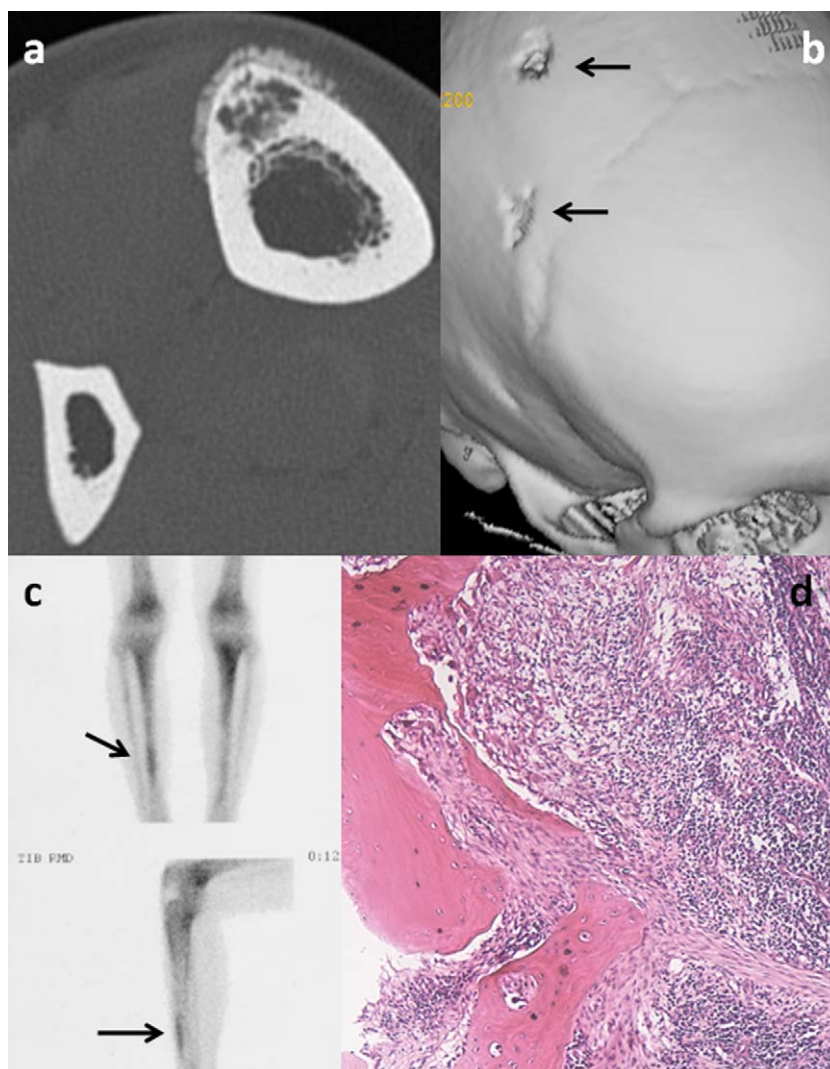


Fig. 1. a : tomodensitométrie du membre inférieur droit : lésion tibiale mixte, condensante et lytique ; b : tomodensitométrie du crâne : lésion ostéolytique pariétale ; c : scintigraphie osseuse en 2004 : fixation accrue du traceur au tibia droit ; d : biopsie de l'os pariétal (hématoxyline/éosine $\times 10$) : ostéite avec un infiltrat fait de polynucléaires neutrophiles et de nombreux ostéoclastes.

d'une conjonctivite, d'une urétrite et de la sacro-iléite a fait parler d'arthrite réactionnelle. Elle a été traitée par divers anti-inflammatoires non stéroïdiens pendant plusieurs années. Un épisode isolé d'uvéite a eu lieu en 1999. En 2003 sont apparues une polyarthrite bilatérale et asymétrique, une enthésite achilléenne sévère bilatérale et une acné fulminante. Elle a reçu successivement des corticoïdes, de la sulfasalazine et du méthotrexate, qui sont restés sans grande efficacité clinique. En 2004, une tuméfaction rouge et douloureuse est apparue au tibia droit, en même temps que des céphalées intenses. L'examen clinique a mis en évidence une polyarthrite asymétrique (interphalangiennes proximales des mains et plusieurs interphalangiennes proximales et distales des pieds). L'insertion du tendon d'Achille était douloureuse et tuméfiée des deux côtés. Le chiffre des leucocytes était de $8,4 \times 10^9/L$ et la protéine C-réactive (CRP) était à 96,3 mg/L. Les radiographies simples de la zone douloureuse du tibia ont permis de visualiser une lésion ostéolytique antérieure. La tomodensitométrie (TDM) a mis en évidence un aspect mixte, condensant et lytique (Fig. 1a). À la scintigraphie osseuse, la fixation du traceur (technetium99) était augmentée non seulement dans le tibia droit (Fig. 1c), mais aussi dans le pariétal gauche, siège des céphalées. La TDM montrait un processus ostéolytique similaire à celui observé au tibia (Fig. 1b). Une biopsie chirurgicale a été réalisée pour préciser le diagnostic.

L'histologie consistait en spicules osseuses avec des infiltrats de cellules polymorphonucéaires et de nombreux ostéoclastes (Fig. 1d). Aucun germe n'a été visualisé et les cultures sont demeurées stériles. Une iléocoloscopie réalisée alors était normale.

L'association d'une synovite, d'un antécédent d'acné fulminante, d'une hyperostose tibiale et d'une ostéite du tibia et du pariétal était en faveur d'un syndrome SAPHO, malgré l'absence de psoriasis palmoplantaire. Un traitement par le pamidronate a été administré pendant six mois (30 mg par semaine pendant cinq semaines puis 30 mg tous les 15 jours de la semaine 6 à la semaine 14 et, enfin, 60 mg par mois jusqu'à la fin des six mois). Une amélioration clinique a été obtenue. En 2004, trois mois après l'arrêt du pamidronate, une nouvelle stratégie thérapeutique a dû être envisagée en raison d'une aggravation des douleurs inflammatoires et des enthésites des membres inférieurs et du squelette axial. Il a donc été décidé de débuter un traitement anti-TNF (étanercept, 25 mg deux fois par semaine). Toutefois, deux mois et demi plus tard se sont installés une diarrhée non sanglante, des douleurs à type de colique intestinale et un amaigrissement. Les examens biologiques ont montré $20 \times 10^9/L$ leucocytes avec une neutrophilie, une vitesse de sédimentation à 48 mm/1^e h et une CRP à 121 mg/L. L'iléocoloscopie a mis en évidence une pancolite prédominante dans la région iléocœcale, avec une sténose de la valvule de Bauhin et des

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3387774>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3387774>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)