



Psoriasis et Spondylarthropathie : Penser au Syndrome de SAPHO : À propos d'un cas

Mohammed Otmane¹, Eric Ouvrard², Izzie-Jacques Namer², Nadia Alaoui Ismaili¹

¹Service de Médecine Nucléaire du CHU Hassan II, Fès

²Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire, ICANS, Strasbourg

Auteur correspondant : Mohammed Otmane

RESUME : Le syndrome de SAPHO est une entité rare qui associe des atteintes musculo-squelettiques inflammatoires et des lésions dermatologiques telles que le psoriasis. Ce cas illustre l'importance de ce diagnostic souvent sous-estimé en pratique clinique. Chez une patiente de 55 ans, suivie depuis 10 ans pour un psoriasis, des lombalgies persistantes et des douleurs thoraciques ont fait évoquer un rhumatisme psoriasique axial. La persistance des symptômes malgré un traitement par anti-IL-17 a conduit à une scintigraphie osseuse, qui a révélé des hyperfixations caractéristiques des articulations sternoclaviculaires et de la jonction manubrio-sternale, formant le "signe du taureau", pathognomonique du syndrome de SAPHO. La prise en charge par méthotrexate et adalimumab a permis une amélioration des symptômes. Ce cas met en lumière la nécessité de considérer le syndrome de SAPHO en présence d'une association de douleurs articulaires et de lésions dermatologiques, ainsi que le rôle crucial de la scintigraphie osseuse pour établir le diagnostic et orienter le traitement.

MOTS-CLES : Syndrome de SAPHO, Psoriasis, Spondyloarthropathie, Scintigraphie osseuse, rapport de cas.

ENGLISH ABSTRACT: The SAPHO syndrome is a rare entity that combines inflammatory musculoskeletal involvement with dermatological lesions such as psoriasis. This case highlights the importance of this often under-recognized diagnosis in clinical practice. In a 55-year-old female patient, followed for 10 years for psoriasis, persistent low back pain and chest pain suggested axial psoriatic arthritis. The persistence of symptoms despite treatment with anti-IL-17 led to a bone scintigraphy, which revealed characteristic hyperfixations in the sternoclavicular joints and the manubriosternal junction, forming the "bull's head sign," pathognomonic of SAPHO syndrome. Management with methotrexate and adalimumab resulted in symptom improvement. This case underscores the need to consider SAPHO syndrome in the presence of an association of joint pain and dermatological lesions, as well as the crucial role of bone scintigraphy in establishing the diagnosis and guiding treatment.

KEYWORDS: SAPHO syndrome, Psoriasis, Spondyloarthropathy, Bone scintigraphy, Report case.

Received 22 Jan., 2025; Revised 03 Feb., 2025; Accepted 05 Feb., 2025 © The author(s) 2025.

Published with open access at www.questjournals.org

I. INTRODUCTION

Le syndrome de SAPHO (Synovite, Acné, Pustulose palmo-plantaire, Hyperostose et Ostéite) est une entité clinique rare et complexe qui appartient au groupe des spondyloarthropathies [1]. Ce syndrome associe des manifestations dermatologiques, notamment le psoriasis, l'acné et la pustulose palmo-plantaire, à des atteintes musculo-squelettiques telles que des douleurs articulaires inflammatoires, une synovite, une hyperostose et une ostéite [2]. Il touche principalement les adultes jeunes, avec un âge de début se situant entre 30 et 50 ans, bien qu'il puisse survenir à tout âge [3]. L'hyperostose sterno-costo-claviculaire est l'une des caractéristiques les plus distinctives de ce syndrome et constitue un signe radiologique clé pour le diagnostic [4]. Cependant, d'autres sites comme le rachis, les articulations sacro-iliaques et les articulations périphériques peuvent également être affectés, rendant le diagnostic difficile en l'absence de manifestations typiques [5]. La présentation clinique variée et le manque de sensibilisation des praticiens contribuent souvent à un retard diagnostique important [6].

Le diagnostic repose sur une évaluation clinique minutieuse, complétée par des examens d'imagerie. La scintigraphie osseuse est particulièrement utile pour identifier des lésions précoces d'hyperfixation qui ne

sont pas toujours visibles à la radiographie conventionnelle [7]. Une reconnaissance rapide et une prise en charge adaptée permettent d'améliorer le pronostic et de limiter la progression de la maladie [8]. Ce rapport de cas illustre l'importance de la scintigraphie osseuse dans le diagnostic du syndrome de SAPHO chez une patiente présentant des symptômes de spondyloarthropathie et un psoriasis cutané.

II. PATIENT ET OBSERVATION

Informations relatives aux patients

La patiente est une femme de 55 ans, suivie depuis une dizaine d'années pour un psoriasis cutané modéré. Ce dernier a débuté à l'âge de 45 ans, se manifestant par des plaques érythémato-squameuses localisées principalement au niveau du cuir chevelu, des coudes et des genoux. Ces lésions cutanées ont été traitées par des topiques locaux à base de corticoïdes et de dérivés de vitamine D, avec des résultats partiellement satisfaisants. La patiente ne présente pas d'antécédents familiaux de psoriasis ou de maladies auto-immunes.

Depuis trois ans, la patiente souffre de lombalgies chroniques, prédominant la nuit, accompagnées d'une raideur matinale persistante dépassant les 45 minutes. Elle rapporte également des douleurs pelviennes avec irradiation vers les fesses et une gêne thoracique antérieure exacerbée par les mouvements respiratoires profonds. Par ailleurs, elle ressent une fatigue constante qui limite ses activités quotidiennes. Malgré l'instauration d'un traitement par anti-IL-17 (secukinumab) il y a un an, l'évolution clinique reste insatisfaisante avec une réponse incomplète au traitement.

Résultats cliniques

À l'examen clinique, la patiente présente une sensibilité marquée à la palpation des régions sternoclaviculaires bilatérales et de la jonction manubrio-sternale ainsi qu'une limitation de la mobilité du rachis lombaire avec un indice de Schober réduit à 3 cm, témoignant d'une flexion lombaire restreinte. Le test de Mennell est positif du côté droit, indiquant une atteinte de l'articulation sacro-iliaque droite. La patiente présente également des lésions d'acné inflammatoire sur le visage et le dos, évoluant par poussées.

Chronologie

Le psoriasis a été diagnostiqué il y a dix ans avec des lésions cutanées intermittentes. Les douleurs lombaires et thoraciques sont apparues il y a trois ans et se sont progressivement intensifiées. Un an auparavant, un traitement par secukinumab a été initié en raison de la suspicion de rhumatisme psoriasique axial, mais l'absence d'amélioration significative a conduit à une réévaluation diagnostique.

Démarche diagnostique

Les analyses biologiques montrent une vitesse de sédimentation élevée à 40 mm/h et une protéine C réactive augmentée à 25 mg/L, indiquant une inflammation systémique. Le bilan immunologique est négatif pour le facteur rhumatoïde et les anticorps anti-nucléaires. Le typage HLA-B27 est également négatif, bien que cela n'exclue pas une spondyloarthropathie. Une radiographie standard du bassin révèle une discrète sclérose des marges articulaires sacro-iliaques sans signe d'érosion nette. La radiographie du thorax montre une irrégularité modérée des articulations sternoclaviculaires.

Pour approfondir le bilan, une scintigraphie osseuse au [99mTc]-Oxidronate de Sodium (Ostéocis®) est réalisée. L'examen révèle des foyers d'hyperfixation intenses et asymétriques au niveau des articulations sternoclaviculaires bilatérales et de la jonction manubrio-sternale, dessinant le "signe du taureau" ou "bull's head sign", caractéristique du syndrome de SAPHO (Figures 1 et 2).

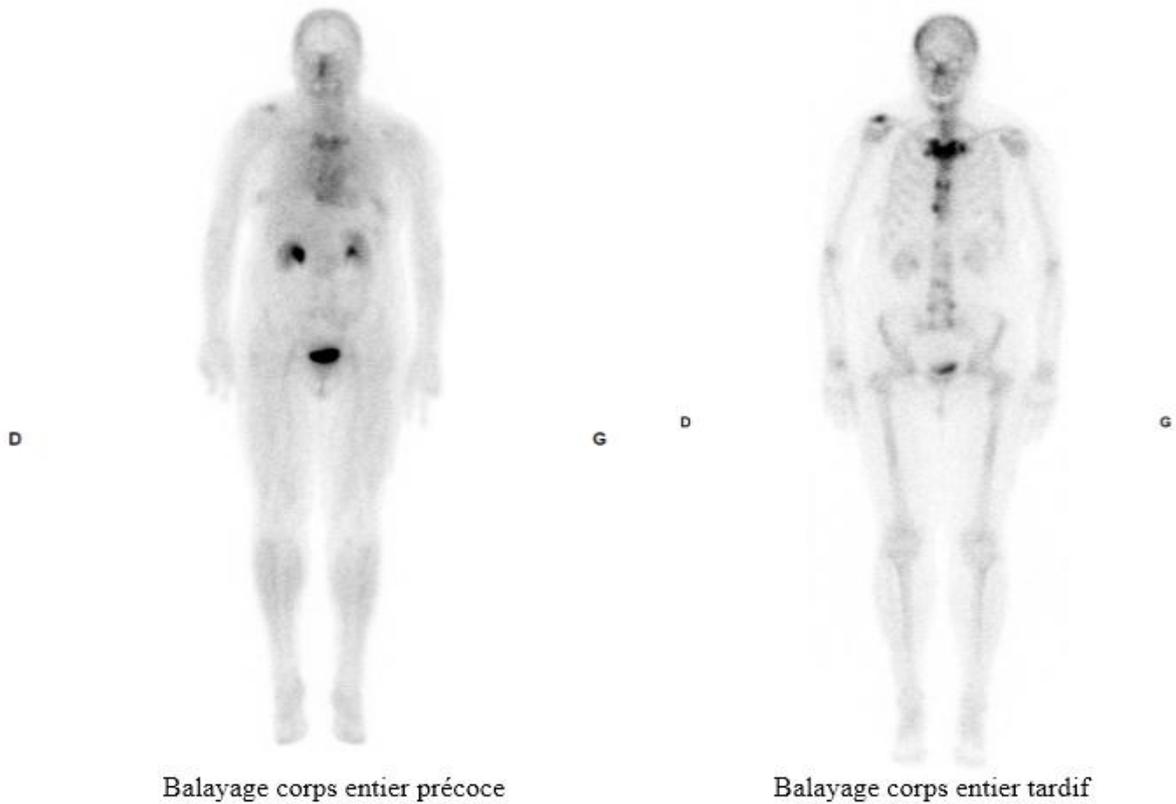


Figure 1 : Balayages « corps entier » précoce et tardif en vue antérieure.

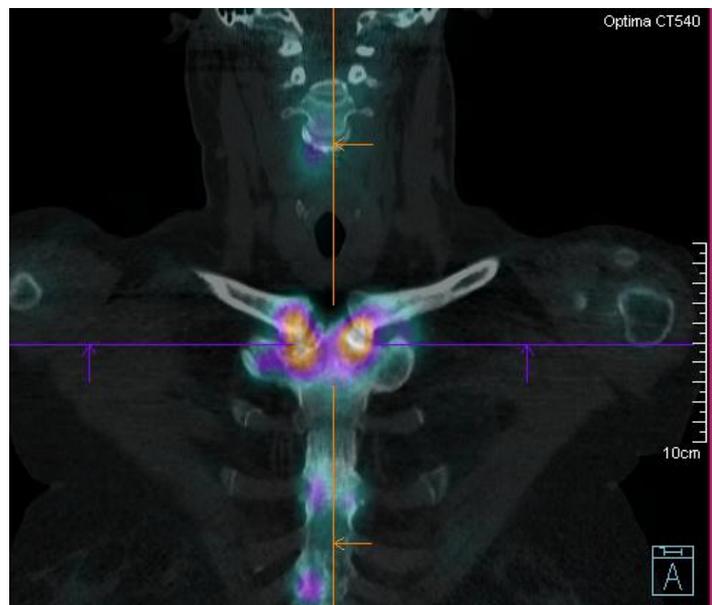


Figure 2 : TEMP/TDM de la région thoracique supérieure

Des hyperfixations supplémentaires sont observées au niveau du rachis thoracique inférieur, lombaire, de l'articulation sacro-iliaque droite et de l'articulation acromio-claviculaire droite (Figure 3). Ces anomalies scintigraphiques témoignent d'une activité ostéoblastique accrue et sont évocatrices du syndrome de SAPHO, confirmant le processus inflammatoire osseux actif en corrélation avec les données cliniques et biologiques.



Figure 3 : Reconstruction VRT TEMP/TDM du squelette thoracique

Intervention thérapeutique

Sur la base des résultats de la scintigraphie osseuse et du tableau clinique, le diagnostic de syndrome de SAPHO est retenu. Une prise en charge thérapeutique est mise en place avec l'introduction de méthotrexate à une dose de 15 mg par semaine en complément d'adalimumab administré à raison de 40 mg toutes les deux semaines. La patiente bénéficie également de séances de kinésithérapie pour améliorer la mobilité articulaire et soulager les douleurs. Des conseils hygiéno-diététiques sont prodigués pour limiter les poussées inflammatoires.

Suivi et résultats des interventions thérapeutiques

Après six mois de traitement, une amélioration clinique notable est observée. Les douleurs lombaires et thoraciques diminuent progressivement, et la raideur matinale se réduit de manière significative. La patiente récupère une meilleure mobilité lombaire et thoracique, lui permettant de reprendre une partie de ses activités quotidiennes. Les lésions cutanées de psoriasis montrent également une régression. La tolérance au traitement est bonne, sans effet indésirable notable. Un suivi régulier en rhumatologie et en médecine nucléaire est maintenu pour évaluer l'évolution de la pathologie et ajuster le traitement si nécessaire.

Après l'instauration du traitement, une amélioration clinique notable a été rapidement observée. Les douleurs lombaires et thoraciques ont progressivement diminué, et la raideur matinale s'est nettement réduite. La patiente a récupéré une meilleure mobilité lombaire et thoracique, ce qui lui a permis de reprendre certaines de ses activités quotidiennes. Les lésions cutanées de psoriasis ont également montré des signes de régression. La tolérance au traitement a été bonne, sans effet indésirable notable. Un suivi en rhumatologie est prévu afin d'évaluer l'évolution de la pathologie et d'ajuster le traitement si nécessaire.

Consentement du patient

Un consentement éclairé a été obtenu de la patiente pour l'utilisation de son cas dans cette étude.

III. DISCUSSION

Le syndrome de SAPHO (Synovite, Acné, Pustulose palmo-plantaire, Hyperostose et Ostéite) est une pathologie rare qui appartient au groupe des spondyloarthropathies séronégatives [1]. Il associe des atteintes musculo-squelettiques inflammatoires à diverses manifestations dermatologiques, telles que le psoriasis, l'acné sévère ou la pustulose palmo-plantaire [2]. Décrit pour la première fois dans les années 1980, le syndrome de

SAPHO est souvent sous-diagnostiqué en raison de sa présentation clinique hétérogène et du manque de sensibilisation des praticiens [3].

Dans le cas présenté, la patiente souffrait depuis plusieurs années de douleurs lombaires chroniques et de douleurs thoraciques antérieures associées à un psoriasis cutané. Initialement diagnostiquée comme un rhumatisme psoriasique axial, elle a reçu un traitement par anti-IL-17, sans amélioration significative. Cette évolution clinique insatisfaisante a conduit à une réévaluation diagnostique approfondie. La scintigraphie osseuse au technétium-99m a permis de mettre en évidence des foyers d'hyperfixation caractéristiques du syndrome de SAPHO, notamment au niveau des articulations sternoclaviculaires bilatérales et de la jonction manubrio-sternale, formant le "signe du taureau" [4]. Ce signe scintigraphique est pathognomonique du SAPHO et représente une hyperostose sterno-costo-claviculaire [5].

L'association de foyers d'hyperfixation au niveau du rachis thoracique inférieur et lombaire ainsi qu'à l'articulation sacro-iliaque droite est également très évocatrice du SAPHO [6]. Ces hyperfixations traduisent une ostéite vertébrale et une sacro-iliite inflammatoire, fréquentes dans cette pathologie. L'atteinte de l'articulation acromio-claviculaire droite ajoute un élément supplémentaire en faveur du diagnostic, même si cette localisation est moins fréquente [7]. En médecine nucléaire, le SAPHO se caractérise souvent par un aspect multifocal et bilatéral des foyers d'hyperfixation, ce qui permet de le différencier d'autres pathologies inflammatoires ou infectieuses [8].

Le diagnostic différentiel du syndrome de SAPHO inclut plusieurs pathologies. Le rhumatisme psoriasique présente des similitudes cliniques importantes, mais l'atteinte sternocostoclaviculaire est rare dans cette affection [4]. La spondyloarthrite ankylosante peut également provoquer des douleurs lombaires et des sacro-iliites, mais elle est souvent associée à un typage HLA-B27 positif et une atteinte radiologique différente [5]. Enfin, les infections ostéo-articulaires, notamment les spondylodiscites et les arthrites septiques, doivent être exclues par l'absence d'agents infectieux dans les analyses biologiques et les imageries complémentaires [9].

La prise en charge thérapeutique du syndrome de SAPHO repose sur une approche multidisciplinaire impliquant rhumatologues, dermatologues et médecins nucléaristes [8]. Le traitement vise à réduire l'inflammation et à améliorer la qualité de vie du patient. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) constituent le traitement de première intention pour contrôler les douleurs et l'inflammation [6]. En cas de réponse insuffisante, les immunosuppresseurs tels que le méthotrexate peuvent être introduits [7]. Les biothérapies ciblant le TNF- α (comme l'adalimumab) ou l'IL-17 (comme le secukinumab) sont indiquées dans les formes sévères et réfractaires [10].

En conclusion, le syndrome de SAPHO est une pathologie complexe nécessitant une prise en charge précoce et coordonnée. La scintigraphie osseuse reste un outil diagnostique clé pour identifier les foyers d'hyperfixation caractéristiques avant l'apparition de signes radiologiques évidents [4]. Une reconnaissance rapide des signes scintigraphiques spécifiques, comme le "signe du taureau", permet d'éviter les retards diagnostiques et d'instaurer un traitement adapté pour améliorer le pronostic et la qualité de vie des patients [3].

IV. CONCLUSION

Le syndrome de SAPHO est une pathologie rare et complexe qui nécessite une reconnaissance précoce pour éviter les retards diagnostiques et thérapeutiques. Dans ce cas, la scintigraphie osseuse a joué un rôle clé en révélant des foyers d'hyperfixation caractéristiques, notamment le "signe du taureau", confirmant le diagnostic. Une prise en charge multidisciplinaire avec un traitement adapté a permis une amélioration clinique notable. La sensibilisation des cliniciens à cette pathologie est essentielle pour améliorer le pronostic et la qualité de vie des patients.

CONFLITS D'INTERETS

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.

CONTRIBUTIONS DES AUTEURS

Dr Mohammed OTMANE :Interprétation des résultats scintigraphiques, collecte des données cliniques et rédaction du manuscrit.

Dr Eric OUVRARD :Supervision clinique et validation du diagnostic

Pr Nadia ALAOUI ISMAILI&Pr Izzie-Jacques NAMER : approbation finale du manuscrit.

REFERENCES

- [1]. Kahn MF, et al. Syndrome de SAPHO : revue clinique. J Rheumatol. 2003;30(2):201-5.
- [2]. Chamot AM, et al. Le syndrome de SAPHO : un trouble musculo-squelettique et dermatologique. Clin Exp Rheumatol. 1994;12(4):325-30.
- [3]. Hayem G, et al. Diagnostic par imagerie du syndrome SAPHO. Ann Radiol. 2005;48(6):495-503.
- [4]. Pouchot J, et al. Scintigraphie osseuse et hyperfixation dans le SAPHO.Rev Rhum. 1999;66(8):393-8.
- [5]. Zuber M, et al. Psoriasis et rhumatismes inflammatoires.Rev Med Interne. 2012;33(4):221-8.
- [6]. Eleftheriou D, et al. Traitements biologiques dans le syndrome de SAPHO.Rheumatology. 2010;49(7):1410-7.

- [7]. Jurik AG, et al. Imagerie thoracique dans le SAPHO. *Eur J Radiol.* 2006;58(2):113-20.
- [8]. Li C, et al. Scintigraphie osseuse et diagnostic précoce du SAPHO. *Nucl Med Commun.* 2013;34(6):555-61.
- [9]. Assmann G, et al. Retard diagnostique dans le SAPHO. *Z Rheumatol.* 2014;73(6):534-9.
- [10]. Zhao M, et al. Impact d'une prise en charge multidisciplinaire sur le syndrome SAPHO. *J Clin Rheumatol.* 2019;25(4):182-8.