

Acro-ostéolyse et hyperparathyroïdie primaire

Rimesh Pal MD DM, Ashish Dua MD, Sanjay Kumar Bhadada MD DM

■ *CMAJ* 2025 January 13;197:E28-9. doi : 10.1503/cmaj.240818-f

Citation : Veuillez citer la version originale anglaise, *CMAJ* 2024 October 21;196:E1207. doi : 10.1503/cmaj.240818

Voir la version anglaise de l'article ici : www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.240818.

Un homme de 56 ans s'est présenté à notre clinique pour le suivi d'une colique néphrétique. À l'examen, nous avons remarqué que le patient avait les doigts courts et en baguettes de tambour évoquant un pseudohippocratisme digital (figure 1A). Les résultats de ses analyses de laboratoire étaient comme suit : hypercalcémie (calcium 2,8 [plage normale 2,2–2,5] mmol/L), hypophosphatémie (phosphate 0,6 [plage normale 0,8–1,4] mmol/L), insuffisance rénale (créatinine 159,1 [plage normale 44,2–106,1] µmol/L), hormone parathyroïdienne intacte élevée (hormone parathyroïdienne 3112 [plage normale 5–65] ng/L), 25-hydroxyvitamine D suffisante (86,5 [normale > 75,0] nmol/L) et phosphatase alcaline totale élevée (25,2 [plage normale 0,7–2,1] µkat/L). L'échographie abdominale a révélé la présence de calculs et d'hydronéphrose dans les 2 bassins rénaux. La radiographie a révélé une résorption de la diaphyse médiane de toutes les phalanges distales (acro-ostéolyse), une résorption sous-périostée et une ostéite fibrokystique (tumeur brune) (figure 1B). Quant à l'absorptiométrie biphotonique, elle a mis au jour une ostéoporose. Ces observations concordaient avec une hyperparathyroïdie primaire, et les épreuves d'imagerie (échographie et scintigraphie au sestamibi) ont montré une hypertrophie parathyroïdienne inférieure gauche. La tumeur a été excisée et l'examen histopathologique a permis de confirmer un adénome parathyroïdien.

L'acro-ostéolyse est la résorption des phalanges distales. Ses causes les plus fréquentes incluent : les troubles des tissus conjonctifs (sclérodermie et arthrite psoriasique), l'exposition professionnelle à des substances nocives (chlorure de polyvinyle), les lésions (brûlures thermiques) et le syndrome de Hajdu-Cheney¹. Une hyperparathyroïdie chronique (primaire, secondaire ou tertiaire) peut aussi entraîner l'acro-ostéolyse², mais elle s'observe plus souvent avec l'hyperparathyroïdie rénale secondaire ou tertiaire qu'avec l'hyperparathyroïdie primaire. Un taux excessif de parathormone se lie aux ostéoblastes, ce qui entraîne la différenciation et l'activation des ostéoclastes³. Une fois activés, les ostéoclastes provoquent une résorption sous-périostée qui débute au bord radial de la phalange médiane de l'annulaire de la main dominante. La progression de la résorption osseuse aboutit aussi à la disparition de la structure osseuse des phalanges distales, qui provoque le raccourcissement des doigts et le télescopage des tissus mous; cela donne l'aspect d'un pseudohippocratisme digital, comme chez

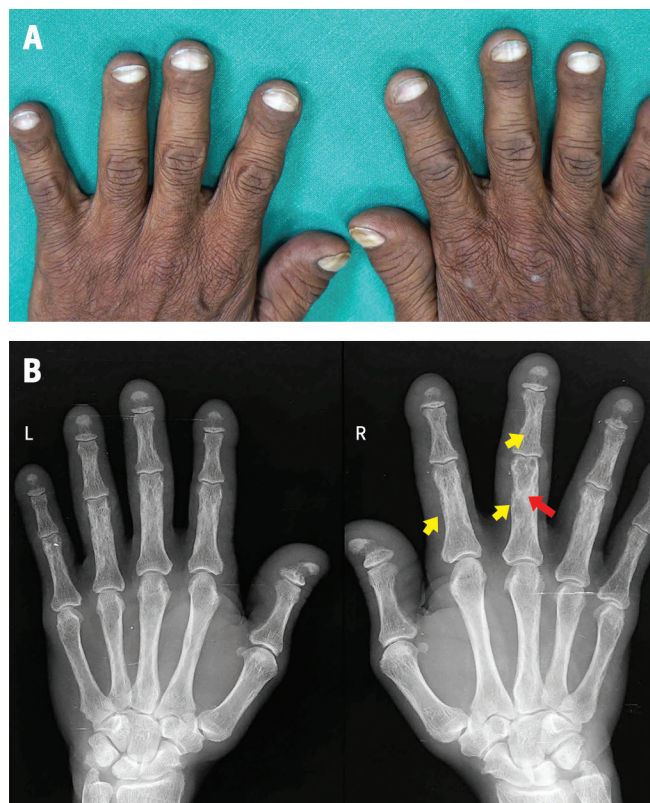


Figure 1 : (A) Mains d'un homme de 56 ans atteint d'hyperparathyroïdie primaire. Les doigts sont courts et en baguettes de tambour, ce qui fait penser à un pseudohippocratisme. (B) Radiographie des 2 mains montrant l'acro-ostéolyse, la résorption sous-périostée (têtes de flèches) et l'ostéite fibrokystique (flèche).

notre patient. Un traitement efficace de l'hyperparathyroïdie empêchera la progression de la résorption, mais n'inversera pas les effets de l'acro-ostéolyse.

Références

1. Ferreira IR, Domingues VS. Acro-osteolysis. *Lancet* 2012;380:916. doi : 10.1016/S0140-6736(12)60275-X.
2. Farzaneh-Far A. Images in clinical medicine. Pseudoclubbing. *N Engl J Med* 2006;354:e14.
3. Bennett J, Suliburk JW, Morón FE. Osseous manifestations of primary hyperparathyroidism: imaging findings. *Int J Endocrinol* 2020;2020:3146535. doi : 10.1155/2020/3146535.

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été révisé par des pairs.

Les auteurs ont obtenu le consentement du patient.

Affiliations : Départements d'endocrinologie (Pal, Bhadada) et de radiodiagnostic et imagerie (Dua), Postgraduate Institute of Medical Education and Research, Chandigarh, Inde.

Propriété intellectuelle du contenu : Il s'agit d'un article en libre accès distribué conformément aux modalités de la licence Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND 4,0), qui permet l'utilisation, la diffusion et la reproduction dans tout médium à la condition que la publication originale soit adéquatement citée, que l'utilisation se fasse à des fins non commerciales (c.-à-d., recherche ou éducation) et qu'aucune modification ni adaptation n'y soit apportée. Voir : <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr>

Traduction et révision : Équipe Francophonie de l'Association médicale canadienne

Correspondance : Sanjay Kumar Bhadada,
bhadada.sanjaykumar@pgimer.edu.in

Les images cliniques sont choisies pour leur caractère particulièrement intéressant, classique ou impressionnant. Toute soumission d'image de haute résolution claire et bien identifiée doit être accompagnée d'une légende aux fins de publication. On demande aussi une brève explication (300 mots maximum) de la portée éducative des images, et des références minimales. Le consentement écrit du patient au regard de la publication doit être obtenu avant la soumission.