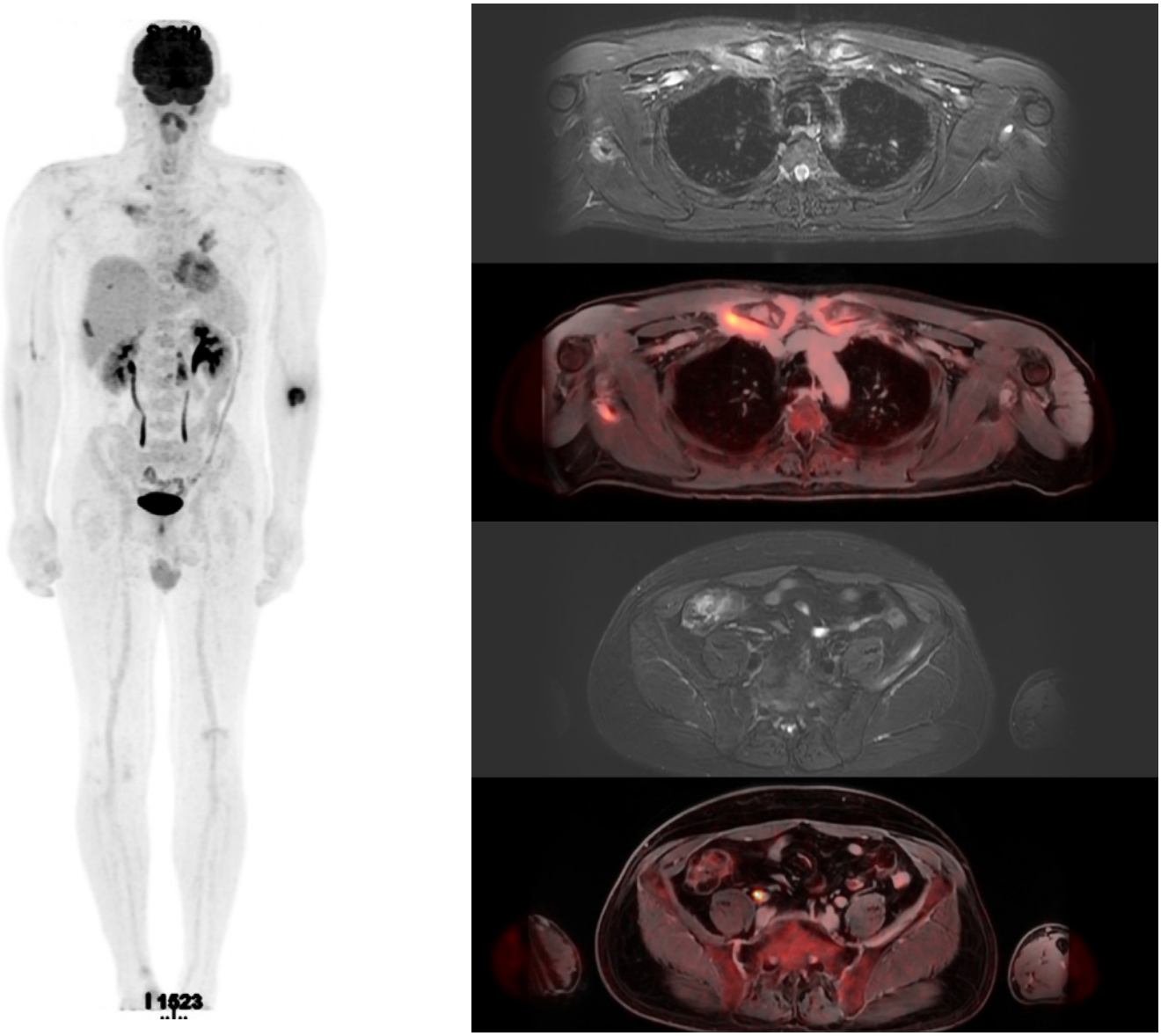
Obr. 5. *Korespondující obrazy z kontrolního PET/MR vyšetření (vyšetření (PET MIP rekonstrukce v koronární rovině, autobind T2 WATER a fúzovaný PET + LAVA transverzálně), kde je patrná výrazná regrese metabolické aktivity ve většině minule postižených oblastí v návaznosti na skelet*



lze přiřadit i SAPHO syndrom, granulomatózní choroby, monogenní vaskulopatie a onemocnění spojená s poruchou proteazomu. Z hlediska genetiky lze autoinflamatorní choroby dělit na choroby s definovanou genetickou poruchou a dále na autoinflamatorní choroby geneticky zatím nedefinované, ke kterým patří jak Stillova choroba dospělých a syndrom Schnitzlerové, tak i SAPHO syndrom a nebakteriální osteomyelitidy. Autoinflamatorní onemocnění jsou vzácné choroby s obtížnou diagnostikou, přesto je potřeba je vést v patrnosti, a to zejména u pacientů s febriliemi nejasné etiologie (1).

Frekvence výskytu a klinické příznaky

SAPHO syndrom se může manifestovat v jakémkoliv věku. U kavkazské populace byla roční prevalence odhadnuta na 1 / 10 000 obyvatel (3). Tato prevalence se může jevit poměrně vysoká, ale nutno připomenout, že v revmatologické literatuře se termín SAPHO syndrom uvádí jako zastřešující název (deštník) pro mnoho klinicky definovaných jednotek, jejichž projevy nemusí být tak mutilující jako u našeho pacienta (3, 4). Názvy chorob v původním anglickém znění, které jsou řazeny pod zastřešující termín SAPHO syndrom, uvádí tabulka 2. Méně výrazné projevy SAPHO syndromu, sterno-kosto-klavikulární zduření s osifikacemi, nemusí být správně diagnostikovány. Uvádí se, že u chorobných stavů, patřících pod skupinové označení SAPHO syndrom, je sternoklavikulární ligamentum chorobou postiženo u 48 %, a proto je zduření v oblasti sternoklavikulárního skloubení (případně přední hrudní stěny) uváděno jako časný příznak SAPHO syndromu (3, 4).

Většina pacientů se SAPHO syndromem si stěžuje na chronické bolesti kostí a kloubů, na celkové zánětlivé příznaky a na patologickou únavu (fatigue). Noční bolesti se objevují u části pacientů a mohou být interpretovány jako růstové bolesti, případně jako osteom, osteosarkom. Někdy může být zduření nad bolestivou kostí. Bolest se může objevit akutně, ale obvykle je intenzita bolestí v průběhu času kolísavá (1–6).

Ložiska nemoci mimo hrudní stěnu často postihují metafýzy dlouhých kostí, hlavně dolních končetin, kolena a kotníky a často také klavikulu, sternoklavikulární skloubení, dále pak pánev včetně kosti