

Sarcoïdose systémique et hyperparathyroïdie : s’agit-il une association fortuite ?

Chaima, ZAMMEL, résidente, Service de médecine interne, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie.

- Mariem, ESSOURI, Assistante hospitalo-universitaire, Service de médecine interne, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie.
- Mariem Imen, Abbassi, Assistante hospitalo-universitaire , Service de médecine interne, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie.
- Zeyneb,Teyeb, Professeur Agrégé, Service de médecine interne, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie.
- Naziha Khammassi, Professeur, Service de médecine interne, Hôpital Razi, Manouba, Tunisie.

INTRODUCTION :

- ❖ L’hypercalcémie au cours de la sarcoïdose est un signe biologique fréquent.
- ❖ On s’attend théoriquement à une inhibition des glandes parathyroïdes par l’hypercalcémie.
- ❖ Néanmoins, l’association d’une hyperparathyroïdie primaire avec une sarcoïdose est possible et une trentaine de cas ont été rapporté.
- ❖ Nous rapportons une association de sarcoïdose systémique avec une hyperparathyroïdie révélé par une hypercalcémie.

OBSERVATION :

Femme , 66ans
Sarcoïdose était retenue en 2018 devant :

- une atteinte pulmonaire faite de toux et dyspnée
- des adénopathies médiatisnales bilatérales non compressive au scanner thoracique
- une alvéolite lymphocytaire avec un rapport CD4/CD8 à 3
- un trouble ventilatoire restrictif à la spirométrie.
- une hypercalcémie avec hypercalciurie, une lymphopénie
- un dosage de l’enzyme de conversion élevé à 94UI/ml.
- La biopsie ganglionnaire : une adénite granulomateuse et gigantocellulaire sans nécrose caséuse.

Les sérologies de HIV et des hépatites virales : négatives.

L’enquête tuberculeuse : négative

Traitement : corticothérapie à forte dose soit 1mg/kg/j de prednisone

Evolution: bonne puis perdu de vue.

Cinq ans après, elle consulte pour aggravation de sa dyspnée et reprise des arthralgies inflammatoire.

L’examen physique : des râles crépitants à l’auscultation pulmonaire.

A la biologie: une hypercalcémie à 2.76 mmol/l ; une hypercalciurie 14.7mmol/24h.

Le scanner thoraco-abdominale : une fibrose pulmonaire / des adenomegalies sus et sous diaphragmatique / une hépatosplénomégalie homogène.

L’échographie cardiaque : normale.

La spirométrie : un trouble ventilatoire restrictif (CVF: 63% / DLCO : 59%).

Une poussée de sarcoïdose était retenue et la patiente était traitée par corticothérapie.

L’évolution : l’amélioration des signes respiratoire et des arthralgies mais persistance de l’hypercalcémie.

Le dosage de PTH : élevé à 343 UI/l soit 5 fois la valeur normale.

La scintigraphie parathyroïdienne au MIBI : une plage de fixation homogène polaire supérieure compatible avec une grande parathyroïdienne hyperactive.

DISCUSSION:

- ❖ L’association de sarcoïdose avec une hyperparathyroïdie est rare.
- ❖ Le mécanisme physiopathologique :
 - un adénome parathyroïdien
 - une sarcoïdose parathyroïdienne avec infiltration des glandes parathyroïdienne par des granulomes.

CONCLUSION : L’hyperparathyroïdie et la sarcoïdose constituent respectivement la deuxième et troisième cause d’hypercalcémie après les néoplasies. Une hypercalcémie persistante au cours d’une sarcoïdose doit motiver la réalisation d’un dosage de PTH et inversement.

References :

1. Mignot, P., Ryckelynck, J.-P., Landru, I., & Mandard, J.-C. (1984). *Sarcoïdose hypercalcémique et hyperparathyroïdie primaire révélées par une insuffisance rénale. La Revue de Médecine Interne*, 5(3), 239–243. doi:10.1016/s0248-8663(84)80063-6

2. Miniaoui, I., Kechida, M., Jabla, R., Klii, R., Arfa, S., Chaabene, I., & Hammami, S. (2015). *Sarcoïdose ou hyperparathyroïdie : et si c’était les deux ? Annales d’Endocrinologie*, 76(4), 492. doi:10.1016/j.ando.2015.07.642

3. Zafra BK, Burns SL, Foulke LA, Judson MA. Rare case of parathyroid gland sarcoidosis presenting with hypercalcaemia. *BMJ Case Rep*. 2019 Jul 15;12(7):e230598. doi: 10.1136/bcr-2019-230598. PMID: 31308180; PMCID: PMC6663241.