

Sarcoïdose thyroïdienne: à propos d'un cas

M.Mnif^a; M.Mâalej^b; M.Ammar^a; D.Ghorbel^a; N.Rekik^a; M.Abid^a

^a Service d'endocrinologie et diabétologie, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

^b Service des maladies infectieuses, CHU Hédi Chaker, Sfax, TUNISIE

INTRODUCTION:

La sarcoïdose est une granulomatose inflammatoire diffuse, d'étiologie inconnue. La localisation thyroïdienne est rare, avec une prévalence de 1-4%.

PATIENTS ET MÉTHODES:

Nous rapportons une observation de localisation thyroïdienne de la sarcoïdose.

OBSERVATION :

Il s'agit d'une patiente de 62 ans aux antécédents d'hypothyroïdie par thyroïdite d'Hashimoto bien substitué avec goitre multi nodulaire.

Elle a été hospitalisée pour augmentation de la taille du goitre et apparition de signes de compression à type de dysphagie aux solides et une fatigabilité de la voix.

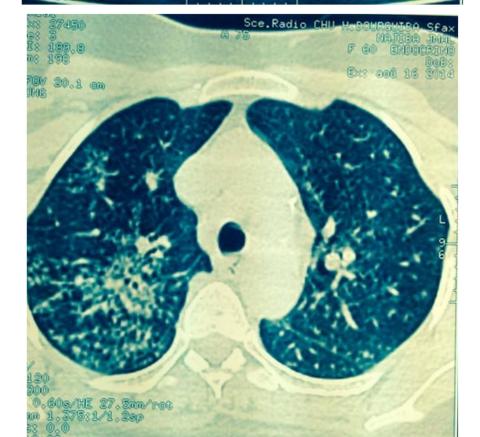
La palpation de la loge thyroïdienne a trouvé un goitre multi nodulaire ferme et non vasculaire plongeant. L'examen abdominal a trouvé une hépatomégalie ferme à surface lisse. Le bilan biologique a révélé une cholestase anictérique avec **PAL : 300 UI/l** et **GGT : 382 UI/l**, le dosage de la TSH 1.63 μ UI/l, une discrète lymphopénie à **1460 Elmts/mm³**, une calcémie normale et une hypercalciurie à 8.37 mmol/24h.

Le dosage de l'enzyme de conversion est positif à 170 UECA. L'échographie cervicale a trouvé un goitre multi nodulaire siège de multiples formations nodulaires **hétérogènes** à vascularisation périphérique dont les plus volumineux sont : médio-lobaire droit mesurant 31* 24mm et médio-lobaire gauche mesurant **23*35 mm**.

Une échographie abdominale a objectivé une **hépatomégalie** homogène avec flèche hépatique à 16 cm et quelques adénopathies infra centimétriques du hile hépatique d'allure inflammatoire.

Le scanner cervico-thoracique a confirmé la présence d'un goitre plongeant avec multiples nodules et micronodules pulmonaires à distribution lymphatique et multiples ADP centimétriques pré trachéales et médiastinales antérieures.

La patiente a eu une thyroïdectomie totale. L'examen anatomopathologique a montré un infiltrat lymphoïde avec granulomes épithélioïdes et géantocellulaires sans nécrose caséuse et une lymphadénite granulomateuse. Le diagnostic d'une sarcoïdose systémique a été retenu. La patiente a été traitée par corticothérapie forte dose avec une bonne évolution clinique.



DISCUSSION:

La sarcoïdose thyroïdienne est une pathologie rare. Le diagnostic est difficile, souvent retenu, soit en postopératoire, ou lors de l'autopsie, ou lorsque d'autres manifestations de la sarcoïdose apparaissent.

Une association significative entre la sarcoïdose et la thyroïde auto-immune a été constatée dans **2,9% à 10,2%**. Plusieurs hypothèses ont été avancées afin d'expliquer la haute prévalence des endocrinopathies auto immunes sur terrain de sarcoïdose. L'activation inappropriée du système immunitaire au cours de la sarcoïdose paraît l'hypothèse la plus appropriée.

5-10% des patients porteurs de sarcoïdose et atteints d'hypothyroïdie par thyroïdite de Hashimoto, avaient des anticorps anti Thyroglobuline à des taux significatifs.

Le traitement de choix de la sarcoïdose thyroïdienne est la chirurgie. Elle permet d'obtenir une preuve anatomopathologique et un traitement curatif. L'apport de la corticothérapie a été discuté. Il a permis à lui seule d'obtenir une régression des nodules sarcoïdosiques mais, cependant la récurrence ultérieure était inévitable.

CONCLUSION:

La localisation thyroïdienne est rare au cours de la sarcoïdose. Bien que les preuves manquent encore concernant l'association entre la sarcoïdose et la thyroïdite d'hashimoto, il est important pour les cliniciens de penser au diagnostic devant un goitre augmentant de taille et surtout en présence d'une atteinte des autres organes.