

## Images in medicine

### Sarcoïdose systémique : cause exceptionnelle de calcifications surrénaliennes

Wafa Chebbi<sup>1,\*</sup>, Saida Jerbi<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Service de Médecine Interne, CHU Taher Sfar Mahdia, 5100 Mahdia, Tunisie, <sup>2</sup>Service de Radiologie, CHU Taher Sfar Mahdia, 5100 Mahdia, Tunisie

\*Corresponding author: Wafa Chebbi, Service de Médecine Interne, CHU Taher Sfar Mahdia, 5100 Mahdia, Tunisie

Key words: Sarcoïdose, calcifications surrénaliennes, corticothérapie

Received: 05/06/2014 - Accepted: 19/06/2014 - Published: 20/06/2014

**Pan African Medical Journal.2014; 18:170 doi:10.11604/pamj.2014.18.170.4769**

This article is available online at: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/18/170/full/>

© Wafa Chebbi et al. The Pan African Medical Journal - ISSN 1937-8688. This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/2.0>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

### Image in medicine

La sarcoïdose est une granulomatose systémique dont les localisations préférentielles sont les poumons, le système lymphatique et la peau. Cependant, l'atteinte des glandes endocrines est rarissime et la localisation surrénalienne est exceptionnelle. Nous rapportons l'observation d'une patiente âgée de 39 ans, sans antécédents pathologiques, adressée pour bilan étiologique d'une uvéite granulomateuse de l'oeil gauche. A l'anamnèse, la patiente rapportait une toux sèche associée à une dyspnée d'effort, évoluant depuis 3 mois. Il n'y avait pas de notion de contag tuberculeux, ni de fièvre, ni d'altération de l'état général et ni de traumatisme abdominal. L'examen clinique était normal. Le bilan biologique montrait une hypercalcémie à 2,8 mmol/l, une hypercalciurie à 0,2 mmol /kg /24 heures et une élévation de l'enzyme de conversion de l'angiotensine à 104 UI/L (normale : 12-68). La recherche de mycobactéries par tubage gastrique et dans les urines était négative. L'intradermo-réaction retrouvait une anergie tuberculique et le quantiféron était négatif. Le scanner thoraco-abdominal objectivait une infiltration parenchymateuse pulmonaire faite de micronodules et de nodules pleuraux et péri-lobulaires bilatéraux prédominant dans les régions moyennes et

supérieures sans atteinte fibrosante avec des adénopathies hilaires, latéro-trachéales bilatérales et sous carinaires non calcifiées, non nécrotiques et non compressives. A l'étage abdominal, il y avait des calcifications surrénaliennes gauches compatibles avec des séquelles d'atteinte granulomateuse. La biopsie de glandes salivaires montrait des lésions épithélioïdes et giganto-cellulaires sans nécrose caséuse. La cortisolémie de base était normale (166 µg/dl). Le diagnostic de sarcoïdose systémique était retenu. Une corticothérapie à la dose de 0,5 mg/kg/j était instaurée avec une évolution favorable.



**Figure 1** : TDM abdominale. (A) dans le plan axial et (B) en reconstruction coronale : calcifications surrénaliennes gauches (flèches)