

## Une forme rare de myopathie hypothyroïdienne : le syndrome de Hoffman

**Imen CHABCHOUB: AHU, Service de Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie**

- C Dammak, Professeur Agrégée, Service de Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Cyrine Abid, Résidente, Service de Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Feten Frikha, Professeur, Service de Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- R. Ben Salah, Professeur Agrégée, Service de Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Mouna Snoussi, Professeur Agrégée, Service de Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Sameh Marzouk, Professeur, Service de Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Zouhir Bahloul, Professeur, Service de Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie

### Introduction:

Les manifestations cliniques de l'hypothyroïdie sont diverses et longtemps frustes. Parmi ses manifestations, l'atteinte musculaire qui est rarement révélatrice. La myopathie hypertrophique associée à l'hypothyroïdie, connue sous le nom de syndrome de Hoffmann est une complication musculaire rare de l'hypothyroïdie et peut à titre exceptionnel en constituer la manifestation initiale. Nous en rapportons à ce propos une nouvelle observation.

### Observation

Un homme âgé de 53 ans sans antécédents notables est hospitalisé pour hypertrophie douloureuse du mollet gauche évoluant depuis 3 mois. L'interrogatoire ne rapportait pas un contexte de traumatisme ou de syndrome grippal précédant ce tableau. L'examen clinique objectivait une tuméfaction dure indolore des 2 mollets prédominante à gauche (**Fig 1**) et une hypertrophie des muscles paravertébraux sans signes inflammatoires en regard. Le testing musculaire était normal. Une macroglossie, un oedème péri-orbitaire, une peau cireuse infiltrée de la face avec un visage d'aspect lunaire et des doigts boudinés ont été également constatés. On notait aussi une raucité de la voix, une hypoacousie et une lenteur psychomotrice. La thyroïde était palpable avec aspect hétérogène. La biologie montrait une myolyse biologique avec des CPK à 2305 UI/L (13.5 \* Nle) et des LDH à 597 (3 \* Nle). Une échographie des parties molles a révélé un aspect tuméfié des muscles des mollets sans collection décelable et l'échographie doppler des membres inférieurs a infirmé la présence d'une thrombose veineuse profonde. L'IRM musculaire de la jambe gauche a montré un aspect tuméfié des muscles gastrocnémiens et du muscle soléaire en hypersignal STIR légèrement rehaussés au gadolinium sans lésion intramusculaire ou osseuse décelable en faveur d'une myosite localisée des muscles de la jambe gauche. Le dot-myositis était négatif et la biopsie musculaire revenait normale. L'enquête infectieuse incluant l'enquête tuberculeuse et les sérologies des hépatites, VIH était négative. Le dosage de la TSH revenait très élevé à 40.52 mU/L et les anticorps antithyroïdiens type anti-TPO étaient positifs. Ainsi le diagnostic le diagnostic d'hypothyroïdie sur thyroïdite auto-immune de Hashimoto était retenu. Cette myopathie hypertrophique, ou syndrome d'Hoffmann, était attribuée à l'hypothyroïdie devant le tableau manifeste d'hypothyroïdie patente et après l'exclusion des autres étiologies sus citées. Un traitement par L-T thyroxine à dose journalière progressive (de 75 à 125 µg/j) a été instauré. L'évolution est favorable avec régression progressive de l'hypertrophie musculaire, la normalisation du bilan thyroïdien et la régression partielle des enzymes musculaire à 4 mois de traitement.

### Conclusion:

Cette observation met l'accent sur une la myopathie hypertrophique autant que manifestation particulière pouvant exceptionnellement révéler une hypothyroïdie. La connaissance de cette entité permet de poser le diagnostic d'hypothyroïdie de façon plus précoce et de limiter les investigations inutiles.



**Fig1:** Hypertrophie des mollets à prédominance gauche