

## Images en rhumatologie

## Des talons épais

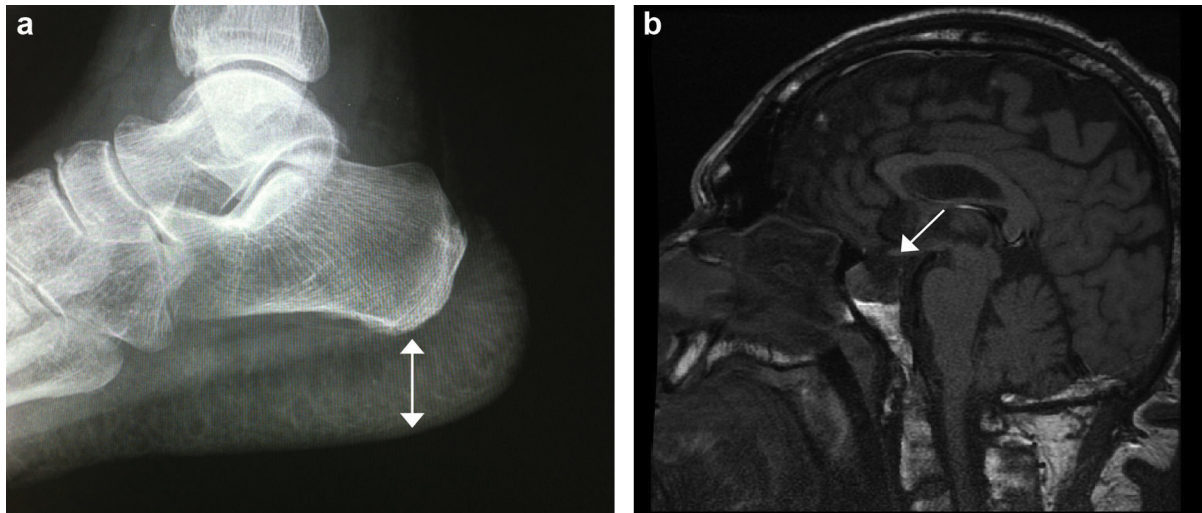
Marina Lafay<sup>a</sup>, Olivier Lidove<sup>a,\*</sup>, Philippe Chanson<sup>b</sup>, Jean-Marc Ziza<sup>a</sup><sup>a</sup> Service de rhumatologie-médecine interne, hôpital de la Croix – Saint-Simon, 125, rue d'Avron, 75020 Paris, France<sup>b</sup> Inserm U693, service d'endocrinologie-maladies de la reproduction, hôpital du Kremlin-Bicêtre, GHU Paris-Sud, 78, rue du Général-Leclerc, 94270 Le Kremlin-Bicêtre, France

Fig. 1.

Patient de 65 ans, hospitalisé pour arthrite de cheville. Sa radiographie retrouve un épaississement des parties molles (talon : 31 mm), faisant évoquer une acromégalie (Fig. 1a). Le diagnostic est confirmé par les dosages de GH (taux à 23,9 mUI/L) et IGF-1 (taux à 944 ng/mL) et le syndrome dysmorphique (extrémités élargies, modifications de la face). L'IRM hypophysaire montre une lésion hypophysaire de 9 × 8 × 5 mm correspondant à un adénome probablement nécrosé (Fig. 1b). L'épaississement des parties molles avec un talon de plus de 22 mm est pathognomonique d'une acromégalie [1]. L'acromégalie est une pathologie causée par un adénome de l'hypophyse responsable d'une hypersécrétion de GH et d'IGF-1, avec des modifications anatomiques et métaboliques [2]. Le traitement est chirurgical ou médical selon la taille de l'adénome.

## Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] Bukhman AI, Avakian MR. The soft tissue of the foot in acromegaly. *Probl Endocrinol* 1989;35:6–11.
- [2] Giustina A, Chanson P. Expert consensus document: a consensus on the medical treatment of acromegaly. *Nat Rev Endocrinol* 2014;10:243–8, <http://dx.doi.org/10.1038/nrendo.2014.21> [Epub 2014 Feb 25].

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [olidove@hopital-dcss.org](mailto:olidove@hopital-dcss.org) (O. Lidove).