

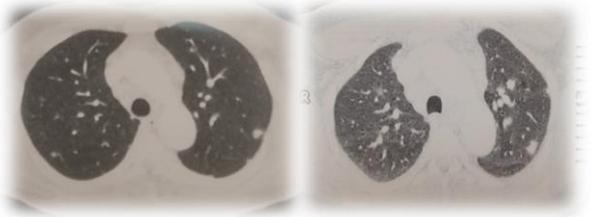
Un Lâcher de ballons sarcoïdosien : à propos d'un cas

A. BOUZ I. LAOUEDJ A. KETFI

Service de pneumologie, phtisiologie et allergologie, EPH de Rouïba, Alger, Algérie

Introduction :

La sarcoïdose est une granulomatose multi systémique pouvant toucher tous les organes avec site de prédilection thoracique, elle peut prendre des aspects atypiques comme l'aspect pseudo tumoral dans 6% des cas(1) avec de rares cas décrites en lâcher de ballons comme notre cas.



Observation :

Nous rapportant le cas d'un patient âgé de 56ans sans antécédents particuliers, non-fumeur, sans habitudes toxiques, hospitalisé à notre niveau pour une prise en charge exploratrice d'un aspect en lâcher de ballon de découverte fortuite suite à l'exploration d'une néoformation au niveau du cavum dont la biopsie est revenue en faveur d'un granulome épithélio-giganto-cellulaire sans nécrose caséuse où une TDM TAP a été faite objectivant l'anomalie puis son orientation à notre niveau .

L'examen clinique a l'admission : le patient était conscient coopératif, avec bonne constantes hémodynamiques et SpO2 a 95% a l'air ambiant, l'examen pleuro-pulmonaire et l'examen général étaient sans particularités avec absence de signes extra-respiratoires et spécifiquement l'atteinte cutanée.



Radiographie thoracique : a objectivé de multiples opacités nodulaires disséminées dans les 2 champs pulmonaires en nombre de 5 à 7 de taille variable allant jusqu'à 2cm
TDM thoracique : a objectivé des nodules pulmonaires bilatéraux de répartition ubiquitaire (sous pleurale, scissurale, Centro lobulaire) dont le plus volumineux est LSG mesurant 11mm avec la présence de multiples adénopathies médiastino-hilaires bilatérales non compressives dont la plus volumineuse est en sous carinaire mesurant 26mm. Absence d'anomalies d'allure tumorale à l'étage abdominal et pelvien.

Vue l'âge du patient, l'aspect radiologique et le résultat anapath du cavum on a évoqué 3 diagnostics avec crainte de néoplasie en premier lieu (métastase d'un néoplasie indéterminée, sarcoïdose atypique, tuberculose atypique),

La fibroscopie bronchique est revenue sans anomalie hormis un léger épaississement des éperons de la LSD et LSG, avec une étude cytologique inflammatoire et culture BK négative, les biopsies étagées ont revenues en faveur de granulome épithélio-giganto-cellulaire sans nécrose caséuse.

BGS est revenue en faveur de granulome épithélio-giganto-cellulaire sans nécrose caséuse

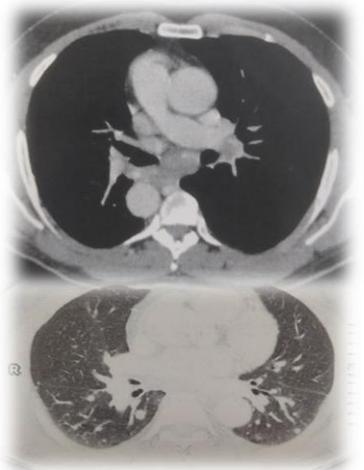
EBUS : de l'adénopathie sous carinaire avec cytologie inflammatoire et absence de signe de malignité.

Prélèvements biologiques : sans particularités en insistant sur ECA, calciurie, prot24h, EPP, quantefiron, IDRT.

Après résultats et réunion sur le dossier du patient le diagnostic de sarcoïdose médiastino-pulmonaire stade 2 et du cavum avec aspect en lâcher de ballons est retenue mais avec précaution et surveillance rapproché.

Un bilan de retentissement et recherche d'autre localisation est lancé revenue sans anomalie : absence d'autre atteinte extra-thoracique hormis le cavum, pas de signes d'intolérance ou de retentissement respiratoire (pléthysmographie et TDM6 dans les normes)

Durant la période de surveillance sur 2ans les lésions ont resté stables mais le patient a développé un syndrome infectieux ou un 2eme quantefiron était faite revenue + où un traitement antituberculeux était entamé , puis durant la dernière consultation le patient a présenté des lésions cutanés notamment au niveau du nez où on a commencé un traitement par corticoïde à base de 40mg/j de prednisolone avec résultats spectaculaire après 15j .



Discussion :

*La forme pseudo-tumorale représente 6% des formes thoraciques de la sarcoïdose alors que pour la forme en lâcher de ballon on dénombre moins de 100cas dans la littérature (1)

*La forme pseudo-tumorale touche le plus souvent les femmes de plus de 50ans(1) mais notre cas c'est un homme âgé de 56ans

*Dans la majorité des cas les patients n'ont pas de symptomatologie clinique malgré l'étendue des lésions radiologiques(2) comme notre patient

*La fibroscopie bronchique avec biopsies étagées est concluante dans 57% des cas malgré l'absence d'infiltrat de distribution péri-lymphatique(2) comme notre cas

*Il n'existe pas de critères prédictifs de l'évolution de ces formes (3) à l'heure actuelle malgré qu'on ait vue une stabilité sur 2ans des lésions chez notre patient avec réponse favorable aux corticoïdes.

Conclusion :

La sarcoïdose peut exceptionnellement donner des images radiologiques en lâcher de ballons, la preuve histologique est nécessaire pour éliminer l'origine tumoral, le praticien doit penser au diagnostic devant l'étendu des lésions radiologique et la pauvreté de la clinique, pas de consensus sur la prescription des corticoïdes pour les formes asymptomatiques.

Référence :

- 1.Cottin V. pulmonary sarcoidosis : diagnostic challenges : Rev Med Interne. 2020 feb
- 2.Park HJ. Et al . typical and atypical manifestations of sarcoidosis . Korean J Radiol nov 2023
- 3.Rochoff SD et all . unusual manifestations of sarcoidosis : AJR Am J Roentgenol .2021 sept

Contact: email : bouzabelhamid@gmail.com
Whatsapp : +213697205791