



Communication Brève

La Sarcoïdose Médiastino-Pulmonaire à l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba de Libreville

Mediastino-pulmonary sarcoidosis at the Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (Libreville)

Mounguengui D¹, Kombila UD², Ibinga LD¹, Mangouka L¹, Magne C¹, Engouang C³.

1-service de médecine polyvalente de HIAOBO
2-service de médecine interne du centre hospitalo-universitaire de Libreville(CHUL).
3-service de cytologie pathologique et d'Anatomie pathologie(HIAOBO).

Mots clés : sarcoïdose, HIAOBO, Gabon

Keywords: sarcoidosis, HIAOBO, Gabon

RÉSUMÉ

La sarcoïdose médiastino-pulmonaire est la forme clinique la plus fréquente de la granulomatose. Nous rapportons 17 cas (11 femmes et 6 hommes) à l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba. Tous les stades radiologiques y étaient représentés avec prédominance des stades I et II (70%). L'évolution était favorable chez 76% de nos patients.

ABSTRACT

Mediastino-pulmonary sarcoidosis is the most frequent clinical form of granulomatosis. We report 17 cases (6 men and 11 women) to Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba involving more women. All radiological stages were represented, but 70% of cases were stages I and II. The outcome was favorable in 76% of patients.

INTRODUCTION

La sarcoïdose est une affection systémique d'étiologie inconnue, touchant avec prédilection l'appareil respiratoire et les voies lymphatiques. Elle est caractérisée par la formation de granulomes immunitaires dans les organes atteints [1-2]. L'atteinte médiastino pulmonaire est observée dans 90 % des cas. Elle peut être isolée, comme elle peut s'associer à une localisation multi viscérale [1-3-4]. Dans notre étude, nous voulons ressortir les caractéristiques cliniques et paracliniques des 17 cas colligés dans le service de médecine polyvalente de l'Hôpital d'Instruction des Armées Omar Bongo Ondimba (HIAOBO) entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2016.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive concernant 17 patients colligés dans le service de médecine polyvalente de l'HIAOBO entre janvier 2008 et Décembre 2016. Étaient inclus, tous les patients ayant un diagnostic de sarcoïdose biologiquement ou histologiquement confirmé. Étaient exclus, tous les dossiers incomplets.

RÉSULTATS

Nous avons colligé 17 cas dont 6 hommes et 11 femmes. L'âge moyen était de 33 ans. Les motifs de consultation étaient la toux sèche chronique (3 cas), la dyspnée d'effort (8 cas), le syndrome de Löfgren (1 cas), l'uvéite

antérieure (2 cas) et la découverte fortuite (3 cas). Il y avait 3 fumeurs, 3 hypertendus, 2 diabétiques et 2 anciens tuberculeux guéris depuis plus de 5 ans. L'examen clinique était normal dans 13 cas. On avait trouvé des nodules sous-cutanés dans un cas, des râles crépitants dans 2 cas et des râles sibilants dans un cas. Il y avait 3 patients obèses avec un index de masse corporel supérieur à 35kg/m². Sur le plan paraclinique, tous les patients avaient bénéficié de radiographies thoracique, de scanner thoracique à haute résolution, d'électrocardiogramme (ECG), de fibroscopie bronchique avec biopsie, d'échographie cardiaque et d'épreuves fonctionnelles respiratoires (EFR). Le bilan radiologique avait objectivé 5 patients au stade I, 7 patients au stade II, 3 patients au III et 2 patients au stade IV. Les EFR avaient trouvé 3 syndromes obstructifs, 5 syndromes mixtes à prédominance obstructifs et 9 syndromes restrictifs. L'ECG montrait 2 hypertrophies ventriculaire gauche, 3 hypertrophies ventriculaire droite, 5 blocs de branche gauche. L'échographie cardiaque avait objectivé 4 patients avec une hypertension artérielle pulmonaire allant de 40 à 55 mm HG. La fibroscopie bronchique était normale dans 4 cas. Elle montrait une hyperhémie de la muqueuse bronchique dans 7 cas et quelques épaissements des éperons bronchiques dans le reste des cas. Des biopsies systématiques ont été réalisées pour étude histologique. Cette analyse histologique avait objectivé un aspect de granulome épithélioïde et gigantomitotique sans nécrose caséuse

dans 10 cas. Les autres prélèvements montraient juste un aspect inflammatoire non spécifique avec prédominance lymphocytaire. Sur le plan biologique, l'enzyme de conversion de l'angiotensine était au-delà des valeurs normales chez tous les patients. La numération formule sanguine, montrait une anémie normochrome normocytaire avec des taux allant de 7 à 10g/dl chez 6 patients. On avait une lymphopénie inférieure à 1500 éléments/mm³ dans 11 cas. L'altération de la fonction rénale concernait 3 patients avec des taux de créatinine allant de 125 à 136µmol/l. La fonction hépatique était normale. Les sérologies rétrovirale, syphilitique, hépatiques et chlamydiae étaient négatives. Treize de nos patients avaient bénéficié d'un traitement par corticoïdes (prednisone) avec toutes les mesures adjuvantes sans supplémentation en vitamine D. L'hydroxy-chloroquine (plaquenil[®]) était prescrite dans trois cas. L'évolution était favorable chez 9 patients avec arrêt complet du traitement au bout de 2ans. 3 patients ont gardé une dose minimale de 5 mg de prednisone (cortnacyl[®]) et le plaquenil[®]. Le quatrième patient était décédé d'une pneumonie infectieuse après un an de traitement. Le syndrome de Löfgren avait bénéficié d'un traitement par anti-inflammatoires non stéroïdiens pendant dix jours.

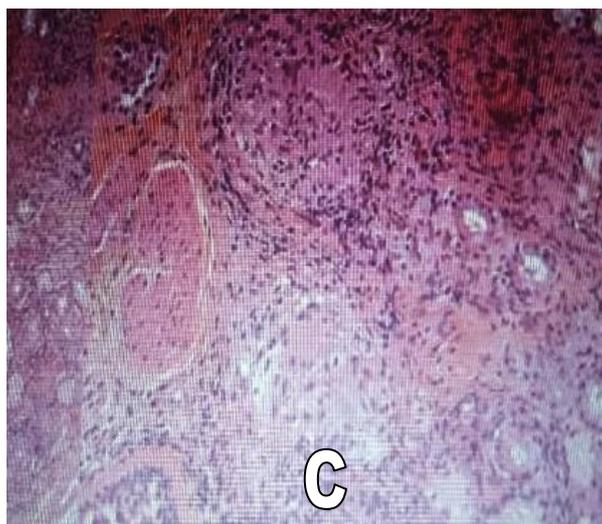
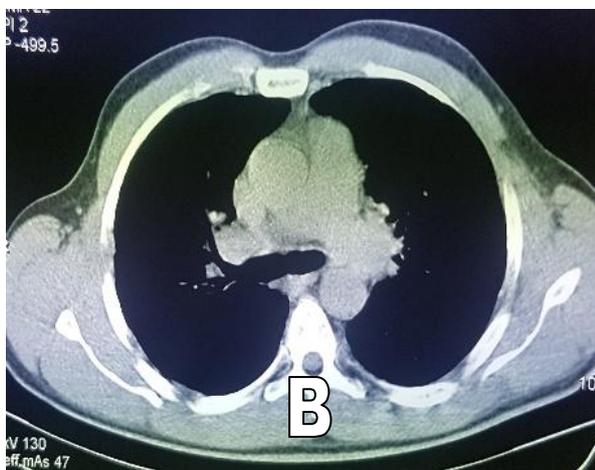
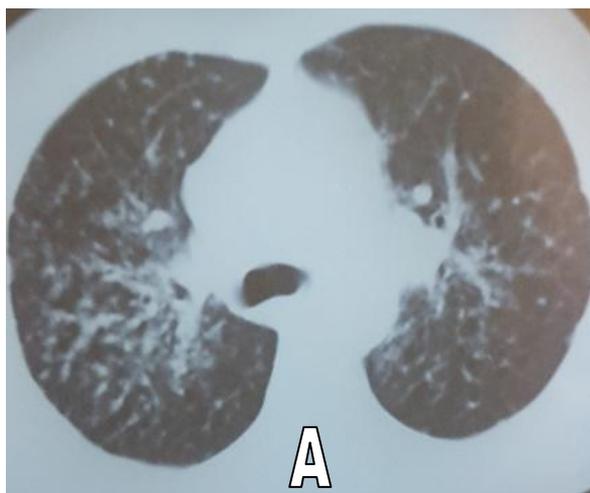


Figure 1 : A et B. scanner thoracique illustrant une sarcoïdose au stade III. C : aspect histologique de la biopsie bronchique correspondante

DISCUSSION

La sarcoïdose médiastino-pulmonaire (SMP) est la forme la plus fréquente de la granulomatose [5]. La prédominance féminine est rapportée par plusieurs auteurs [6,7]. Notre âge moyen est légèrement inférieur à ceux rapportés par Khedher [7] et Mansour [6]. Les circonstances de découverte corroborent les données de la littérature (5,6,7). Le début de la maladie par l'atteinte cutanée, souvent de bon pronostic, n'est pas inhabituel [8,9]. Certains auteurs ont retrouvé jusqu'à 15% cette atteinte cutanée dans certaines séries [10]. Le début de la maladie par l'uvéite noté chez deux de nos patients n'est pas rare non plus [7]. Elle pose par contre le problème de diagnostic différentiel avec la tuberculose. Seule la signature histologique des biopsies bronchiques peut éliminer une infection mycobactérienne [10]. L'examen clinique normal retrouvé chez 13 de nos patients est souvent la règle dans la SMP. Les râles crépitants et les lésions radiologiques au stade IV signifient souvent la présence des formes évoluées comme chez deux de nos patients [6,11]. Tous nos patients avaient bénéficié de scanner thoracique pour mieux préciser les lésions et faciliter la classification. La présentation radiologique notée chez nos patients corrobore les données de la littérature [11,12]. L'évolution de la sarcoïdose asymptomatique est souvent spontanément favorable [5,13]. Mais lorsqu'il existe des signes d'activité comme dans notre cas, un traitement s'impose.

La décision de traiter tous nos patients était motivée par la symptomatologie clinique (dyspnée et râles crépitants), la gravité de l'atteinte radiologique (stades II, III et IV), l'existence d'anomalies aux épreuves fonctionnelles respiratoires, la présence d'anomalies macroscopiques à la fibroscopie bronchique chez 13 patients et l'atteinte oculaire chez deux patients. Ces éléments étaient considérés comme critères d'activité de la maladie dans notre étude. Ce sont ces mêmes caractéristiques qui avaient aussi motivé certains auteurs à initier le traitement dans leurs séries [6, 14, 15]. L'évolution de nos patients était majoritairement

satisfaisante hormis le décès survenu à un an du traitement en rapport avec une complication infectieuse. Ce genre d'évolution est rapportée par plusieurs auteurs qui préconisent de traiter même en absence de tout signe de fibrose ou de retentissement fonctionnel respiratoire [14,15].

CONCLUSION

Il s'agit du premier travail de ce genre au Gabon qui ressort les caractéristiques cliniques et paracliniques des patients suivis pour sarcoïdose médiastino-pulmonaire. Nous préconisons reprendre cette étude avec une série plus étoffée et multicentrique.

RÉFÉRENCES

1. Siltzbach LE et al. Course and prognosis of sarcoidosis around the world. *Am J Med* 1974;57:847–52.
2. Baughman RP, Lower EE, du Bois R. Sarcoidosis. *Lancet* 2003;361:1111–8.
3. Baughman RP et al. Clinical characteristics of patients in a case control study of sarcoidosis *Am J Respir Crit Care Med* 2001;164:1885–9.
4. Chappell AG et al. Sarcoidosis: a long-term follow up study. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis* 2000;17:167–73.
- 5-Haykel Abdelhedil et al. Sarcoïdose pulmonaire en lâcher de ballon: à propos d'un cas. *Pan African Medical Journal*. 2016; 24:295
doi:10.11604/pamj.2016.24.295.7664
- 6- Mansour L et al. La sarcoïdose médiastino-pulmonaire : profil épidémiologique, clinique, paraclinique et évolutif. *Rev Mal resp*. Vol 25, suppl January 2018, A123-A124
- 7- I M Khedher et al. Sarcoïdose médiastino-pulmonaire : à propos de 85 cas. *Rev.Mal. Resp*.Vol 39, Suppl 1, Jun 2018 : A195
- 8- [Razdan PS](#) , Buteau D, Pollock NVV. A case of Löfgren's syndrome confused with decompression sickness [Diving Hyperb Med](#). 2019 Dec 20;49(4):306-310. doi: 10.28920/dhm49.4.306-310.
- 9- Mehrzad R et al. Subcutaneous sarcoidosis of the upper and lower extremities: A case report and review of the literature September 6, 2019 Volume 7 Issue 17
- 10-Hilario Nunes at al. Sarcoïdose médiastinopulmonaire. *Presse Médicale* 2010 ;39 :93-106
- 11-Nunes H et al. Imaging in sarcoïdosis. *Semin Respir Crit Care Med* 2007 ; 28 : 102-20.
- 12-Statement on sarcoidosis, joint statement of the American Thoracic Society(ATS), The European Respiratory Society(ERS) and the World Association of Sarcoidosis and others Granulomatous Disorders(WASOG) adopted by the ATS Board of Directors and by the ERS Executive Committee, February 1999, *Am J Respir Crit Care Med* 1999 ; 160 :736-55.
- 13-Kirsten D et al. Pulmonary sarcoidosis: current diagnosis and treatment. [Dtsch Med Wochenschr](#). 2013 Mar;138(11):537-41. doi: 10.1055/s-0032-1332898.
- 14-Nunes H, Soler P, Valeyre D. Pulmonary sarcoidosis. *Allergy* 2005 ; 60 :565-52.

15-Gibson JG et al. Effects of long term corticosteroid treatment. *Thorax* 1996 ; 51 :238-47.