

Aspect de miliaire fébrile pour une sarcoïdose pulmonaire : À propos d'un cas

M.Bouras, S.Loudiyi, R.Laamim, M. Mzouri, A. Boucaid, I. Rhorfi, A. Abid, H. Souhi

Service de Pneumologie, Hôpital Militaire d'Instruction Mohamed V, Rabat,

Date of Submission: 02-07-2025

Date of Acceptance: 11-07-2025

I. Introduction

La sarcoïdose est une maladie d'étiologie inconnue qui entraîne la formation de granulomes dans n'importe quel organe dont l'atteinte pulmonaire est la plus fréquente, se présente généralement sous forme de nodules le long des bronches, des vaisseaux et des régions sous pleurales, d'épaississement septal inter-lobulaire, et d'opacités péri-hilaires bilatérales. Cependant, les opacités miliaires sont rares et peu de cas sont actuellement rapportés dans la littérature (1), ce qui pose un véritable problème du diagnostic différentiel surtout devant une tuberculose, miliaire carcinomateuse ou une pneumoconiose.

II. Observation

Il s'agit d'une patiente de 28 ans, jamais traitée pour tuberculose, sans notion de contagement tuberculeux et sans tares associées, qui a présentée 5 mois avant son admission une dyspnée d'installation progressive devenant stade III de mMRC avec une toux sèche, le tout évoluant dans un contexte de fièvre non chiffré et d'altération de l'état générale. L'examen clinique trouve une patiente polypnéique à 28 cycles /minute saturée à 98% à l'air ambiant, normocarde, normotendu avec un examen pleuropulmonaire sans particularité.

La radiographie thoracique a montré des micronodules bilatéraux diffus donnant l'aspect de miliaire.

Vu ce tableau radio-clinique de miliaire fébrile chez une jeune dans un pays d'endémie tuberculeuse, la patiente mise en urgence sous anti bacillaires mais sans amélioration clinique ni radiologique.

Le scanner thoracique a confirmé l'aspect de miliaire pulmonaire bilatérale associée à une hépatomégalie avec splénomégalie nodulaire, ainsi que des adénopathies coelio-mésentériques sans signes de nécrose dont la plus volumineuse mesurant 17 X 18 mm aux coupes abdominales.

Le bilan biologique a révélé une NFS normale, CRP à 7, Hypercalcémie à 135 mg/l avec dosage élevé d'enzyme de conversion de l'angiotensine à 120 U/L, bilan immunologique négative et le bilan rénal et hépatique est sans particularité.

La Fibroscopie bronchique a montré un aspect inflammatoire bilatéral diffus, une alvéolite lymphocytaire à 50% au lavage broncho-alvéolaire et un granulome épithélioïde gigantocellulaire sans nécrose caséuse à la biopsie bronchique étagée. La recherche du bacille tuberculeux par Xpert MTB/Rif et culture sur fragment revenant négative.

L'examen ophtalmologique était normal sans signes d'uvéïte. Un bilan cardiaque comprenant un électrocardiogramme et une échographie transthoracique était normal. L'exploration fonctionnelle respiratoire, y compris la TLCO, était normale.

Le diagnostic d'une sarcoïdose est retenu devant la présence de granulome épithélioïde gigantocellulaire sans nécrose caséuse dans la BBE, une alvéolite lymphocytaire à 50 % à LBA et devant l'exclusion du diagnostic d'une tuberculose ou une origine néoplasique et l'absence d'exposition professionnelle suggérant une pneumoconiose.

Notre malade est mise sous corticothérapie à base de prednisone 40 mg/j avec nette amélioration clinique et radiologique.

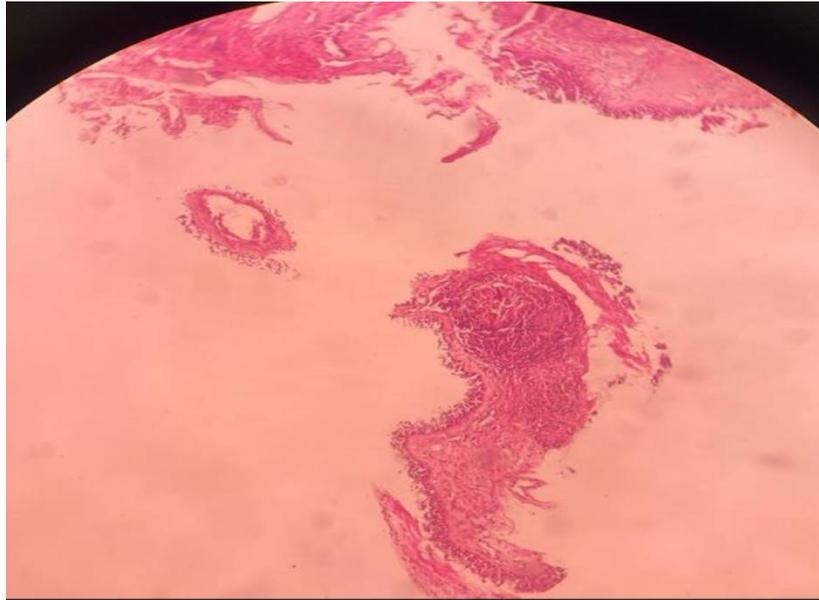


Figure 1 : Image microscopique montrant une muqueuse bronchique renfermant un granulome épithélioïde gigantocellulaire sans nécrose caséuse.

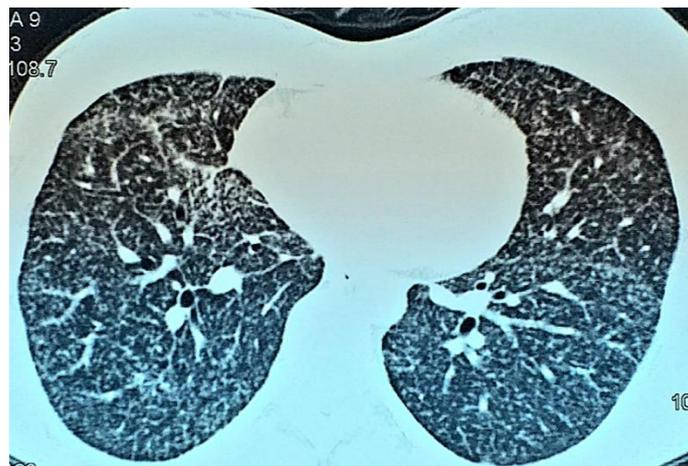


Figure 2 : Un scanner thoracique montre l'aspect de miliaire

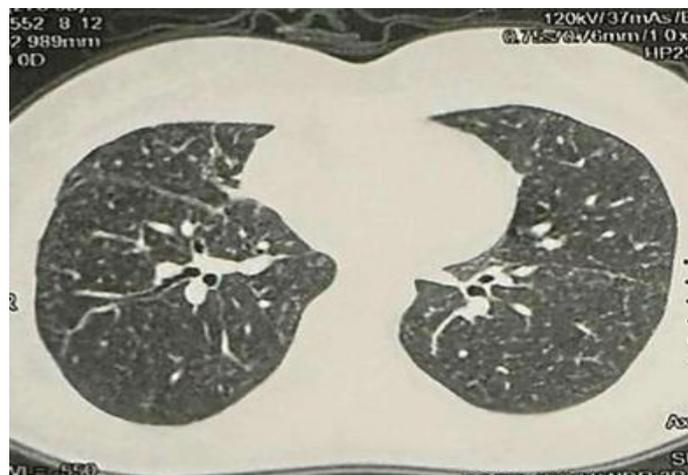


Figure 3 : Un scanner thoracique de contrôle au 3ème mois de corticothérapie a montré une nette régression des lésions pulmonaire

III. Discussion :

La sarcoïdose est une maladie d'étiologie inconnue caractérisée par des granulomes non caséeux. Le premier cas de sarcoïdose a été signalé par le médecin anglais Jonathon Hutchinson en 1877 (2). La sarcoïdose peut toucher n'importe quel organe dont les adénopathies hilaires bilatérales et l'atteinte pulmonaire correspondent aux lésions les plus fréquents (3-6).

Dans la sarcoïdose pulmonaire, les signes radiologiques typiques sont des nodules péri-lymphatiques, un épaississement du septum interlobulaire et des opacités périhilaires bilatérales. Ces anomalies parenchymateuses sont prédominantes dans les champs pulmonaires supérieurs et moyens. En revanche, les opacités miliaires sont rares et atypiques (1). À notre connaissance, seuls neuf cas de sarcoïdose pulmonaire miliaire ont été publiés dans la littérature anglaise (5-12).

Le diagnostic différentiel typique des opacités miliaires du poumon comprend la tuberculose, les lésions métastatiques et la pneumoconiose (15-18). Parmi celles-ci, la tuberculose et les lésions métastatiques sont hémotogènes et tendent à être distribuées de manière aléatoire, tandis que la pneumoconiose tend à se présenter dans les faisceaux centrolobulaires et bronchovasculaires comme dans la sarcoïdose. Par conséquent, les considérations diagnostiques importantes comprennent les suivantes : tout antécédent de fièvre ou de production d'expectorations, la durée et la progression des symptômes, des antécédents de malignité, le statut tabagique, les antécédents professionnels, l'examen physique et les résultats de laboratoire (y compris les analyses sanguines et un examen bactériologique) et les examens pathologiques. Une attention particulière est donc essentielle pour éviter de faire un mauvais diagnostic. Pour notre cas la difficulté était de différencier entre une forme atypique du sarcoïdose et une tuberculose pulmonaire vu le tableau clinico-radiologique d'une miliaire fébrile chez une patiente jeune dans un pays d'endémie tuberculeuse.

Tableau 1 : Principales causes de miliaires selon la présentation clinique (23)

Miliaires « chaudes »	Miliaires « froides »	Miliaires calcifiées
<i>Tuberculose</i>	<i>Pneumoconiose</i> Silicose Sidérose	Tuberculose Varicelle Sarcoïdose Histoplasmose Microlithiase alvéolaire
<i>Virus</i> Grippe Rougeole EBV VZV	<i>Causes inflammatoires ou immuno-allergiques</i> Sarcoïdose Pneumopathie d'hypersensibilité ou médicamenteuse chronique Bronchiolite du fumeur	
<i>Bactéries pyogènes</i> Staphylocoque en particulier Pneumocoque	<i>Causes néoplasiques</i> Lymphangite carcinomateuse Carcinome bronchiolo-alvéolaire	
<i>Mycose</i> Histoplasmose principalement Aspergillose, candidose chez l'immunodéprimé Cryptococcose Blastomycose Pneumocystose	<i>Causes rares</i> Lymphangioliéiomyomatose Maladies de surcharge (Gaucher, Niemann Pick) Hémosidérose de l'insuffisant cardiaque Miliaire post-bronchographie ou lymphographie	
<i>Pneumopathie d'hypersensibilité ou médicamenteuse aiguë</i>		

N. Paleiron et al. / Médecine et maladies infectieuses 43 (2013) 28–31

Bien que la sarcoïdose miliaire soit rare, contrairement à d'autres maladies présentant des opacités miliaires, elle est facilement guérissable par une simple thérapie aux glucocorticoïdes qui est le cas de notre malade. La sarcoïdose doit être incluse dans le diagnostic différentiel lorsque des opacités miliaires sont observées dans le poumon. Bien que les caractéristiques cliniques de la sarcoïdose miliaire (telles que l'âge, le sexe, la race et les symptômes) restent à établir en raison du nombre limité de rapports de cas, il est possible qu'il y ait une prépondérance d'âge moyen et de sexe masculin ainsi qu'une évolution relativement bénigne de la maladie (19,20). Cependant, il est nécessaire d'accumuler davantage de série de cas de sarcoïdose miliaire pour clarifier notre compréhension de cette présentation intéressante.

IV. Conclusion :

Les aspects atypiques de la sarcoïdose posent le problème du diagnostic différentiel devant une tuberculose, miliaire carcinomateuse ou une pneumoconiose. La sarcoïdose miliaire est rare et répond bien au traitement corticostéroïde.

Référence :

- [1]. Criado E, Sanchez M, Ramirez J, et al. Pulmonary sarcoidosis: typical and atypical manifestations at high-resolution CT with pathologic correlation. *Radiographics* **30**: 1567-1586, 2010.
- [2]. Hutchinson J. Cases of Mortimer's malady. *Arch Surg London* **9**: 307-314, 1898.
- [3]. Iwai K, Tachibana T, Takemura T, Matsui Y, Kitaichi M, Kawabata Y. Pathological studies on sarcoidosis autopsy. I. Epidemiological features of 320 cases in Japan. *Acta Pathol Jpn* **43**: 372-376, 1993.
- [4]. Morimoto T, Azuma A, Abe S, et al. Epidemiology of sarcoidosis in Japan. *Eur Respir J* **31**: 372-379, 2008.
- [5]. Chugh IM, Agarwal AK, Arora VK, Shah A. Bilateral miliary pattern in sarcoidosis. *Indian J Chest Dis Allied Sci* **39**: 245-249, 1997.
- [6]. Hatzakis K, Siafakas NM, Bouros D. Miliary sarcoidosis following miliary tuberculosis. *Respiration* **67**: 219-222, 2000.
- [7]. Hodges HK, Lee PY, Hausmann JS, Teot LA, Sanford EL, Levin KW. Hypercalcemia and miliary sarcoidosis in a 15-year-old boy. *Arthritis Rheum* **65**: 2112, 2013.
- [8]. Kumar P, Jaco MJ, Pandit AG, et al. Miliary sarcoidosis with secondary Sjögren's syndrome. *J Assoc Physicians India* **61**: 505- 507, 2013.
- [9]. Bostantzoglou C, Samitas K, Gkogkou C, Zervas E, Gaga M. Mediastinal widening and miliary chest radiograph pattern in a middle aged man: could it be sarcoidosis? *BMJ Case Rep* **2014**: 204884, 2014.
- [10]. Luetkens JA, Zoghi S, Rockstroh JK, Naehle CP. Pulmonary sarcoidosis shortly after spinal tuberculosis infection: a diagnostic challenge. *BMJ Case Rep* **2014**: 203333, 2014.
- [11]. Jamilloux Y, Bonnefoy M, Valeyre D, Varron L, Broussolle C, Seve P. Elderly-onset sarcoidosis: prevalence, clinical course, and treatment. *Drugs Aging* **30**: 969-978, 2013.
- [12]. Valeyre D, Prasse A, Nunes H, Uzunhan Y, Brillet PY, Muller-Quernheim J. Sarcoidosis. *Lancet* **383**: 1155-1167, 2014.
- [13]. Iannuzzi MC, Rybicki BA, Teirstein AS. Sarcoidosis. *N Engl J Med* **357**: 2153-2165, 2007.
- [14]. Bradley B, Branley HM, Egan JJ, et al. Interstitial lung disease guideline: the British Thoracic Society in collaboration with the Thoracic Society of Australia and New Zealand and the Irish Thoracic Society. *Thorax* **63**: 1-58, 2008.
- [15]. Breen RA, Leonard O, Perrin FM, et al. How good are systemic symptoms and blood inflammatory markers at detecting individuals with tuberculosis? *Int J Tuberc Lung Dis* **12**: 44-49, 2008.
- [16]. H. Elloumi a,*, S. Marzouk b, N. Tahri c, Z. Bahloul b, M.M. Azouz , Sarcoïdose et atteinte hépatique : étude de 25 cas, *La Revue de médecine interne* **33** (2012) 607–614
- [17]. Rajagopala S, Sankari S, Kancherla R, Ramanathan RP, Balalakshmoji D. Miliary Sarcoidosis: does it exist? A case series and systematic review of literature. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis.* 2020;37(1):53-65. doi: 10.36141/svdlid.v37i1.7837. Epub 2020 Mar 15. PMID: 33093769; PMCID: PMC7569537.
- [18]. Peña Arce C, Vázquez Gómez Ó, Merino Morales F, Diego Hernández C. Sarcoidosis and massive splenomegaly: a diagnostic dilemma. *Rev Clin Esp (Barc).* 2020 Nov;220(8):520-521. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rce.2019.04.011. Epub 2019 Jun 29. PMID: 31266640.
- [19]. Saito S, Kodama K, Kogiso T, Yamanashi Y, Taniai M, Ariizumi S, Yamamoto M, Tokushige K. Atypical Sarcoidosis Diagnosed by Massive Splenomegaly. *Intern Med.* 2020 Mar 1;59(5):641-648. doi: 10.2169/internalmedicine.3646-19. Epub 2019 Oct 31. PMID: 31666466; PMCID:PMC7086327.
- [20]. Kumar M, Herrera JL. Sarcoidosis and the Liver. *Clin Liver Dis.* 2019 May;23(2):331-343. doi: 10.1016/j.cld.2018.12.012. Epub 2019 Mar 2. PMID: 30947880.
- [21]. Sugino K, Ono H, Ando M, Igarashi S, Kurosaki A, Tsuboi E. Miliary opacities in pulmonary sarcoidosis. *Respirol Case Rep.* 2020 Apr 18;8(5):e00563. doi: 10.1002/rcr2.563. PMID: 32313657; PMCID: PMC7165362.
- [22]. Taki M, Ikegami N, Konishi C, Nakao S, Funazou T, Ariyasu R, Yoshida M, Nakagawa K, Morita K, Hee Hwang M, Yoshimura C, Wakayama T, Nishizaka Y. Pulmonary Sarcoidosis Presenting with Miliary Opacities. *Intern Med.* 2015;54(19):2483-6. doi: 10.2169/internalmedicine.54.4681. Epub 2015 Oct 1. PMID: 26424308.
- [23]. N. Paleiron et al. / *Médecine et maladies infectieuses* **43** (2013) 28–31