

Une localisation inhabituelle de la sarcoïdose : l'atteinte gastrique

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

- R. Ben Salah, Professeur Agrégée, Service de Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Nesrine Regaieg, AHU, Service de Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Feten Frikha, Professeur, Service de Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- C Dammak, Professeur Agrégée, Service de Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Abir Derbel, AHU, Service de Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- Mayeda B Hamad, AHU, Service de Médecine interne, Hôpital Hédi Chaker, Sfax, Tunisie
- M 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

La sarcoïdose est une granulomatose systémique dont l'atteinte prédominante est médiastino-pulmonaire, présente dans 95 % cas. Les manifestations extra-thoraciques sont plus rares, notamment les atteintes du tube digestif qui restent exceptionnelles. Les atteintes gastriques sont les plus fréquemment décrites. L'atteinte du tube digestif est peu connue et possiblement non diagnostiquée. Nous rapportons le cas d'une patiente chez qui l'atteinte gastrique était révélatrice d'un tableau de sarcoïdose systémique.

Observation

Patiente âgée de 32 ans consulte pour un tableau digestif fait d'épigastalgies, vomissements et diarrhées glaireuses non sanglantes évoluant dans un contexte d'altération de l'état général. La patiente a eu initialement un traitement symptomatique sans amélioration. On retrouvait également à l'interrogatoire la notion de toux sèche et de dyspnée d'effort évoluant depuis 3 mois. A l'examen, l'abdomen était souple dépressible. Il n'y avait pas d'hépatosplénomégalie. L'examen de la marge anale et le toucher rectal étaient sans anomalies. On objectivait une adénopathie axillaire ferme indolore de 2 cm.

L'auscultation pulmonaire révélait des râles crépitants des 2 bases. La biologie révélait une anémie ferriprive à 8.8 g/dl, et une lymphopénie à 1170 éléments/mm³. Le bilan hépatique, rénal, phosphocalcique étaient normaux. Il n'y avait pas de syndrome inflammatoire biologique.

La fibroscopie oeso-gastroduodénale montrait une gastropathie ulcérée à gros plis avec aspect infiltré évoquant en 1er lieu une linite gastrique. La biopsie gastrique révélait une gastrite granulomateuse ulcérée avec présence d'un granulome épithéloïde sans nécrose caséuse et absence de cellules malignes.

L'échographie abdominopelvienne objectivait un épaississement circonférentiel de la paroi gastrique avec magma d'adénopathies hypo-échogènes inter-hépatogastriques de 2 cm de grand axe. Devant la présence d'une granulomatose digestive, une enquête a été entamée à savoir l'IDR, la recherche de BK dans les crachats et les urines, les sérologies syphilis, des hépatites B et C, les coprocultures et l'examen parasitologique des selles qui sont revenues négatives. La maladie de Crohn était éliminée devant l'absence de diarrhée glairo-sanglante et une recto-colonoscopie faite normale. Une réaction granulomateuse adjacente à une infiltration maligne était également exclue par l'absence de cellules malignes sur la biopsie gastrique. Un complément par TDM thoraco-abdominopelvienne avait montré des plages en verre dépoli des bases pulmonaires et un épaississement régulier non sténosant gastrique. La fibroscopie bronchique avec LBA était normale ainsi que l'EFR. Le bilan phospho-calcique dans le sang et les urines et le dosage de l'enzyme de conversion étaient normaux. L'électrophorèse des protéines (EPP) avait montré une hyper-gammaglobulinémie polyclonale à 14.7 g/l. Une biopsie des glandes salivaires accessoires avait montré une sialadénite granulomateuse. Au bout de ces explorations excluant les autres causes de granulomatose digestive, le diagnostic de sarcoïdose a été retenu devant la présence de granulome sur 2 sites biopsiques gastrique et salivaire, une atteinte pulmonaire, une lymphopénie et une hyper-gammaglobulinémie polyclonale à l'EPP. La patiente était traitée par corticothérapie forte dose à 1mg/kg/jr pendant une durée d'attaque de 6 semaines suivie d'une dégression progressive. L'évolution était marquée par une disparition de la symptomatologie digestive et de la lymphopénie. La FOGD de contrôle avec biopsie gastrique faites à 1 année de traitement étaient normales.

Conclusion:

Bien que les granulomatoses du tube digestif soient d'étiologies diverses, la sarcoïdose doit rester à l'esprit du praticien même si l'histoire médiastino-pulmonaire est absente ou passée inaperçue. L'évolution, habituellement favorable sous corticothérapie, peut être émaillée de complications, à type d'obstruction, hémorragie ou perforation et impose un suivi et une vigilance au long cours.