

Item 124 : Sarcoidose

COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

ENC :.....	4
SPECIFIQUE :.....	4
I Définition.....	4
II Manifestations rhumatologiques de la sarcoïdose.....	4
II.1 Syndrome de Löfgren.....	4
II.1.1 Pronostic.....	5
II.1.2 Traitement.....	5
II.2 Mono-, oligo- ou polyarthrites aiguës.....	6
II.3 Arthropathies chroniques (exceptionnelles).....	6
II.4 Myalgies.....	6
II.5 Atteinte osseuse.....	6
II.5.1 De la main.....	6
II.5.2 Des os longs et du crâne.....	6
II.6 Perturbations du métabolisme phosphocalcique.....	7
III Comment faire le diagnostic de sarcoïdose ?.....	7
III.1 Diagnostic de certitude.....	7
III.2 Éléments cliniques et paracliniques orientant le diagnostic.....	7
III.2.1 Examens complémentaires.....	7
III.2.2 Biopsies.....	8
IV Autres manifestations de sarcoïdose.....	8
IV.1 Manifestations médiastinothoraciques (80 %).....	8
IV.1.1 Radiographie de thorax.....	8
IV.1.2 Épreuve fonctionnelle respiratoire (EFR) avec spirométrie et DLCO.....	9
IV.1.3 Scanner thoracique haute résolution avec injection.....	9

IV.1.4 Fibroscopie avec lavage bronchoalvéolaire et biopsies étagées multiples.....	9
IV.2 Manifestations cutanées (20 % des cas).....	9
IV.3 Manifestations oculaires (20 % des cas).....	10
IV.4 Adénopathies périphériques.....	10
IV.5 Manifestations salivaires.....	10
IV.6 Manifestations cardiaques.....	10
IV.7 Manifestations neurologiques.....	10
IV.8 Manifestations rénales.....	10
IV.9 Manifestations hépatiques et digestives.....	11
V Suivi et traitement.....	11
V.1 Surveillance régulière.....	11
V.2 Abstention thérapeutique.....	11
V.3 Corticothérapie.....	11

OBJECTIFS

ENC :

- Diagnostiquer une sarcoïdose.

SPECIFIQUE :

- Connaître les signes du syndrome de Löfgren (sarcoïdose initiale), connaître son pronostic et son traitement.
- Devant une oligoarthrite inflammatoire, connaître les signes cliniques qui orientent vers une sarcoïdose et rechercher d'autres atteintes asymptomatiques.
- Savoir évoquer une sarcoïdose devant des lésions radiologiques symptomatiques ou non de l'extrémité des membres ou des anomalies du métabolisme phosphocalcique.
- Connaître la lésion élémentaire histologique de la sarcoïdose et la rentabilité des biopsies (BGSA).
- Connaître les principales manifestations pulmonaires et extrapulmonaires de la sarcoïdose, connaître les principes ou méthodes du diagnostic de sarcoïdose (principaux examens, indications et résultats attendus).
- Connaître les principes de traitement et de surveillance.

I DÉFINITION

La sarcoïdose (maladie de Besnier, Boeck et Schaumann) est une maladie granulomateuse diffuse, d'étiologie inconnue, qui peut toucher de nombreux organes : le poumon préférentiellement (localisation médiastinothoracique dans 90 % des cas) mais aussi la peau, l'oeil puis la synoviale, l'os, le cœur, le rein ou le système nerveux central. La sarcoïdose survient préférentiellement entre 30 et 40 ans et est plus sévère chez le sujet noir.

L'atteinte médiastinothoracique est isolée dans 40 % des cas ou s'associe à des manifestations extrathoraciques dans 40 % des cas. Les formes extrathoraciques isolées sont plus rares (environ 20 % des cas).

II MANIFESTATIONS RHUMATOLOGIQUES DE LA SARCOÏDOSE

II.1 SYNDROME DE LÖFGREN

Il s'agit de la sarcoïdose aiguë (révélatrice dans 5 à 10 % des cas) qui atteint souvent la femme. Il associe classiquement :

- érythème noueux (figure 18.1) : il est typique et évolue sans séquelles, spontanément ou grâce à un traitement par repos, antalgique et anti-inflammatoire non stéroïdien. La biopsie

cutanée de la nouure est aspécifique et n'a aucun intérêt ;

- atteinte articulaire : le plus souvent, il s'agit d'une oligo- ou polyarthrite fébrile, aiguë et symétrique, touchant les grosses et moyennes articulations des membres inférieurs (chevilles et genoux). L'atteinte bilatérale des chevilles est quasi constante et se distingue par une augmentation de volume liée à l'arthrite, aux ténosynovites et à l'infiltration du tissu péri-articulaire (figure 18.2). Les radiographies articulaires sont normales. La biopsie synoviale à ce stade est souvent aspécifique et n'est pas indiquée ;

- adénopathies hilaires bilatérales asymptomatiques et non compressives : la radiographie du thorax montre un stade I dans 80 % des cas. Parfois, apparaît un infiltrat pulmonaire (stade II).

Chez un malade présentant cette triade caractéristique, le diagnostic de sarcoïdose peut être fait sans biopsie.

Figure 18.1 : Érythème noueux aspécifique dans le cadre d'une sarcoïdose



Collection diapotheque COFER.

Figure 18.2 : Atteinte de la cheville au cours d'une sarcoïdose (arthrite et infiltration du tissu péri-articulaire)



Collection C. Marcelli →Caen.

II.1.1 Pronostic

Le pronostic du syndrome de Löfgren est tout à fait favorable, la guérison étant obtenue spontanément en quelques mois. Cependant de rares malades ont une évolution chronique.

II.1.2 Traitement

Le traitement dans le syndrome de Löfgren est exclusivement symptomatique et fondé sur le repos, les antalgiques et les AINS. On évite à ce stade la corticothérapie sauf dans les formes d'évolution défavorable.

II.2 MONO-, OLIGO- OU POLYARTHrites AIGUËS

Elles sont rares, le plus souvent symétriques, parfois migratrices, avec atteinte des petites et moyennes articulations, sans érythème noueux.

Leur diagnostic est difficile (l'atteinte des chevilles étant cependant évocatrice). Il faut rechercher, lors des premiers signes et au cours de l'évolution, d'autres signes de sarcoïdose.

II.3 ARTHROPATHIES CHRONIQUES (EXCEPTIONNELLES)

Il s'agit d'oligo- ou de polyarthrites chroniques, généralement non destructrices et non déformantes, qui évoluent par poussées. La biopsie de synoviale peut être indiquée, à ce stade, et montre une synovite granulomateuse spécifique. Elles nécessitent, en général, une corticothérapie locale ou générale.

II.4 MYALGIES

Les myalgies sont habituellement modérées et prédominent aux ceintures. En revanche, l'histologie musculaire est souvent positive avec mise en évidence des granulomes.

II.5 ATTEINTE OSSEUSE

II.5.1 De la main

L'atteinte de la main se présente sous forme de dactylite inflammatoire, uni- ou bilatérale, de la deuxième et troisième phalange, fréquemment asymptomatique ou peu douloureuse. Le doigt est infiltré et prend un aspect dit en « radis », avec coloration violette, cyanique, ongles fendillés.

Sur les radiographies, on peut trouver au niveau des petits os tubulaires des extrémités (surtout les phalanges), soit un kyste circonscrit (ostéite cystoïde), soit de multiples lacunes de petite taille réalisant souvent un aspect grillagé, soit une ou plusieurs géodes volumineuses. Ces lésions sont parfois totalement asymptomatiques.

II.5.2 Des os longs et du crâne

Ces manifestations, souvent asymptomatiques, sont rares. Radiologiquement, il existe des lacunes sans condensation périlésionnelle. L'atteinte lytique des os propres du nez peut se voir en cas d'atteinte cutanée de la face.

II.6 PERTURBATIONS DU MÉTABOLISME PHOSPHOCALCIQUE

Il s'agit d'une hypercalciurie (35 % des malades environ) avec ou sans hypercalcémie (présente dans 10 % des cas), qui peut être responsable de lithiases calciques et de néphrocalcinose. Elle est la conséquence de la production par le granulome sarcoïdique de 1,25 dihydroxyvitamine Calcitriol. Une hypercalcémie sévère est possible, surtout après exposition solaire ; une corticothérapie peut alors être indiquée.

III COMMENT FAIRE LE DIAGNOSTIC DE SARCOÏDOSE ?

III.1 DIAGNOSTIC DE CERTITUDE

Le diagnostic de sarcoïdose repose sur trois éléments indispensables :

- la conjonction de signes cliniques et paracliniques compatibles ;
- la mise en évidence d'un granulome épithélioïde et géantocellulaire sans nécrose caséuse ;
- l'exclusion des autres diagnostics potentiels : granulomatoses infectieuses (tuberculose, mycobactéries atypiques, histoplasmoses, mycoses, parasitoses), toxiques (béryllose, médicamenteuse), inflammatoires (maladie de Wegener, pneumopathie d'hypersensibilité, etc.), lymphomes.

III.2 ÉLÉMENTS CLINIQUES ET PARACLINIQUES ORIENTANT LE DIAGNOSTIC

Il faut systématiquement rechercher les autres manifestations asymptomatiques et symptomatiques de la sarcoïdose.

III.2.1 Examens complémentaires

Certains examens complémentaires peuvent orienter vers le diagnostic de sarcoïdose :

- la numérotation formule sanguine est le plus souvent normale (parfois lymphopénie) ainsi que la VS (sauf dans le syndrome de Löfgren) ;
- une hypercalciurie avec ou sans hypercalcémie peut être trouvée ;
- une hypergammaglobuline polyclonale (inconstante) peut être présente ;
- une intradermoréaction à la tuberculine peut être utile et montre une anergie ou mieux, une négativation de l'IntraDermoréaction ;
- l'enzyme de conversion de l'angiotensine I (ECA) est élevée dans 40 % à 90 % des cas.

Cette élévation est évocatrice mais non spécifique ; elle peut s'observer également au cours d'autres affections dont les granulomatoses ;

- la radiographie de thorax est indispensable: elle oriente le diagnostic chez 80 % des malades (cf. infra).

- le PET-scan est actuellement utilisé et permet une cartographie lésionnelle ; la visualisation de lésions occultes permet parfois d'orienter la biopsie vers des lésions plus accessibles. Son intérêt dans le suivi est en cours d'évaluation.

En fonction des localisations, d'autres examens d'imagerie peuvent être utilisés : échographie, IRM...

III.2.2 Biopsies

Les biopsies les moins agressives possibles doivent être utilisées : tout d'abord les biopsies superficielles, puis les biopsies plus profondes en l'absence de lésion superficielle :

- biopsie d'une lésion cutanée ou d'une adénopathie superficielle ;
- biopsie des glandes salivaires accessoires (sensibilité de 30 %) ;
- biopsie bronchique ou transbronchique (fréquence de l'atteinte intrathoracique, sensibilité de 60 %) ;
- biopsie synoviale (au cours des arthropathies chroniques) ;
- biopsie hépatique (sensibilité de 90 % mais faible spécificité) ;
- biopsie médiastinale, etc.

La biopsie recherche le granulome épithélioïde et géantocellulaire qui comporte :

- des cellules épithélioïdes en amas, mêlées à des cellules géantes de type cellule de Langhans (noyau en « fer à cheval ») ;
- de nombreux lymphocytes en zone marginale ;
- une réaction fibroblastique en couronne.

Il n'existe jamais de nécrose caséuse ni d'agent pathogène (qu'il faut rechercher systématiquement : bacille tuberculeux, bacille alcool-acide résistant, parasite, corps étrangers, exposition particulière : béryllose, etc.).

IV AUTRES MANIFESTATIONS DE SARCOÏDOSE

IV.1 MANIFESTATIONS MÉDIASTINOTHORACIQUES (80 %)

Toux spasmodique, dyspnée d'effort souvent modérée peuvent révéler la maladie, mais souvent le patient est asymptomatique.

IV.1.1 Radiographie de thorax

La radiographie de thorax doit être systématique. Il existe quatre types d'atteinte radiologique :

- stade 0 : image thoracique normale au cours d'une sarcoïdose extrathoracique (20 % des malades) ;
- stade 1 : adénopathies intrathoraciques isolées, non compressives, le plus souvent asymptomatiques (50 %) (figure 18.3) ;
- stade 2 : image infiltrative diffuse avec adénopathies intrathoraciques ;
- stade 3 : image infiltrative diffuse sans fibrose (25 %) ;
- stade 4 : lésions irréversibles fibroemphysémateuses (5 à 8 % des cas).

Figure 18.3 : Adénomégalies médiastinales bilatérales (« lymphome hilaire bilatéral ») sans atteinte pulmonaire interstitielle, dans une sarcoïdose pulmonaire au stade I.



IV.1.2 Épreuve fonctionnelle respiratoire (EFR) avec spirométrie et DLCO

Elle doit être systématique pour évaluer le retentissement fonctionnel respiratoire initial puis dépister les aggravations.

IV.1.3 Scanner thoracique haute résolution avec injection

Il précise les lésions et est plus sensible dans la détection de l'atteinte interstitielle.

IV.1.4 Fibroscopie avec lavage bronchoalvéolaire et biopsies étagées multiples

L'indication sera portée par le pneumologue : le lavage bronchoalvéolaire montre le plus souvent une alvéolite lymphocytaire avec augmentation du pourcentage de lymphocytes CD4+. Cette anomalie peut exister au cours des sarcoïdoses à manifestation purement extrathoracique.

IV.2 MANIFESTATIONS CUTANÉES (20 % DES CAS)

L'érythème noueux du syndrome de Löfgren n'a aucune caractéristique propre et évolue favorablement en quelques semaines. Il faut éliminer les autres causes d'érythème noueux (tuberculose, streptocoques, Yersinia, médicaments, etc.).

Les sarcoïdes sont des lésions cutanées spécifiques infiltrées, violines, qui font apparaître à la vitropression les « grains lupoiïdes jaunâtres ». Les sarcoïdes peuvent être soit papuleuses, de petit diamètre ou plus volumineuses à gros nodules. Il faut les rechercher au visage, sur les membres mais aussi sur les cicatrices du patient. Le lupus pernio consiste en des lésions en placard, rouges ou violacées prédominant à la face ; une atteinte nasale peut être associée.

IV.3 MANIFESTATIONS OCULAIRES (20 % DES CAS)

L'atteinte de la conjonctive et des glandes lacrymales est le plus souvent bénigne. Les uvéites granulomateuses (20 % des patients) menacent le pronostic oculaire et sont souvent associées à une atteinte médiastinopulmonaire grave. Elles sont habituellement antérieures, torpides, granulomateuses et chroniques. Parfois, elles sont postérieures avec atteinte rétinienne et vascularite de mauvais pronostic, et nécessitent une corticothérapie générale. Un examen ophtalmologique régulier est indispensable.

IV.4 ADÉNOPATHIES PÉRIPHÉRIQUES

Des adénopathies périphériques sont trouvées chez 10 % des patients : cervicales, sus-claviculaires, épitrochléennes, etc.

IV.5 MANIFESTATIONS SALIVAIRES

Les parotidites et sous-maxillites réalisent le syndrome de Mikulicz. L'association d'une uvéoparotidite fébrile avec atteinte du nerf facial (syndrome d'Heerfordt) est classique. La sarcoïdose est également responsable de syndrome sec.

IV.6 MANIFESTATIONS CARDIAQUES

La cardiomyopathie se traduit par des troubles de la conduction, en particulier le bloc auriculoventriculaire du premier, deuxième ou troisième degré ou des troubles du rythme responsables de syncopes ou de mort subite. Cette atteinte justifie un dépistage systématique lors du suivi. Une confirmation de la cardiopathie par un avis spécialisé est nécessaire dans les plus brefs délais : c'est une indication formelle à une corticothérapie à forte dose.

IV.7 MANIFESTATIONS NEUROLOGIQUES

L'atteinte des paires crâniennes concerne le VII, le nerf ophtalmique ou le V. Des méningites lymphocytaires souvent latentes mais également une pachyméningite granulomateuse sont parfois observées. Il peut exister : une myélite, des infiltrats cérébraux sarcoïdosiïques ou une vascularite cérébrale.

IV.8 MANIFESTATIONS RÉNALES

On observe parfois une néphrocalcinose secondaire à l'hypercalciurie ; rarement une infiltration rénale par des granulomes sarcoïdiques.

IV.9 MANIFESTATIONS HÉPATIQUES ET DIGESTIVES

Hépatomégalie et anomalies biologiques (cholestase) sont rares, mais le parenchyme hépatique est souvent siège d'un infiltrat sarcoïdique.

V SUIVI ET TRAITEMENT

V.1 SURVEILLANCE RÉGULIÈRE

La surveillance s'impose par un examen clinique tous les 3 à 6 mois et un bilan plus complet tous les 6 à 12 mois incluant : radiographie de thorax, Epreuve Fonctionnelle Respiratoire avec spirométrie et Diffusing Capacity of the Lung for Carbon Monoxide, ECG, une consultation ophtalmologique, un contrôle biologique incluant une calciurie des 24 heures et dosage de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA).

V.2 ABSTENTION THÉRAPEUTIQUE

C'est le cas le plus fréquent, en particulier pour le syndrome de Löfgren et les stades 1 ou 2 asymptomatiques. Les patients doivent cependant éviter les expositions solaires. Le pronostic de la sarcoïdose est variable. Cependant, de façon globale, on considère que 2/3 des malades environ entrent en rémission clinique mais que 1/3 auront une maladie persistante pouvant aboutir à des lésions du ou des organes atteints.

V.3 CORTICOTHÉRAPIE

La corticothérapie doit être discutée en fonction de l'organe ou des organes atteints et de la sévérité de l'atteinte . Elle est indiquée dans les formes avec atteintes pulmonaires invalidantes ou d'aggravation progressive et lors des manifestations extrathoraciques graves (uvéite postérieure, atteinte rénale, atteintes cardiaques ou neurologiques symptomatiques, ainsi que dans les rares formes rhumatologiques chroniques et en cas d'hypercalcémie.