

ordre décroissant les ganglions périphériques, les articulations, le foie, la peau, le système nerveux central dans respectivement 41 %, 35,6 %, 33,3 %, 23,3 % et 10 % des cas. La corticothérapie par voie générale était prescrite dans 85,6 % des cas et un traitement immunosuppresseur dans 15,4 % des cas. L'évolution de la maladie a été globalement favorable puisqu'une rémission clinique totale était notée dans 80,2 % des cas avec un recul moyen de 24 mois. Une rechute était observée chez 16,5 % de nos patients. Il s'agissait d'une rechute oculaire, pulmonaire et neurologique dans respectivement 6,8 %, 5,6 % et 4,5 % des cas. Ces rechutes ont bien évolué sous traitement immunosuppresseurs.

**Conclusion.**– Notre étude se distingue par la faible fréquence des formes cliniques asymptomatiques, des anomalies au lavage bronchoalvéolaire et l'EFR, de l'atteinte cutanée et de l'élévation de l'ECA. En revanche, il existe une fréquence élevée des stades radiologique 0 et I, de l'atteinte ganglionnaire périphérique et de l'uvéite antérieure.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2012.10.292>

CA165

## Les manifestations oculaires au cours de la sarcoïdose

H. Hariz, S. Marzouk, R. Ben Salah, Y. Cherif, N. Saidi, M. Snoussi, F. Frikha, M. Jallouli, M. Frigui, N. Kaddour, Z. Bahloul

Service de médecine interne, CHU Hedi Chaker, Sfax, Tunisie

**Introduction.**– L'atteinte oculaire au cours de la sarcoïdose prend des formes très différentes. Elle est observée chez un patient sur quatre et peut être révélatrice de la sarcoïdose dans 19 % des cas. Toutes les structures oculaires peuvent être lésées. L'expression clinique la plus fréquente reste l'uvéite antérieure et/ou postérieure. L'objectif de notre travail est de réaliser une étude descriptive et analytique de l'atteinte oculaire au cours de la sarcoïdose systémique.

**Patients et méthodes.**– Il s'agit d'une étude rétrospective menée dans le service médecine interne du CHU Hédi Chaker de Sfax sur une période de 14 ans (1998–2011). Cinquante et un cas de sarcoïdose ont été colligés. Seize cas d'atteinte oculaire ont été étudiés. Le diagnostic de sarcoïdose oculaire est retenu devant une présentation ophtalmologique compatible et une preuve histologique de la granulomatose.

**Résultats.**– Seize patients de notre série ont présenté une atteinte oculaire, soit une fréquence de 31,3 %. La moyenne d'âge des patients était de 52,5 ans (extrêmes : 17 à 73 ans). Le sex ratio était de 2/14. Un syndrome sec oculaire objectif a été retrouvé chez la moitié des patients. Une atteinte uvéale bilatérale a été retrouvée chez six patients (37,5 %). Elle a été asymptomatique chez quatre patients. Il s'agissait d'uvéite antérieure (trois cas : 18,75 %), d'uvéite antérieure et intermédiaire (un cas : 6,25 %), d'uvéite antérieure et postérieure (un cas) et de pan-uvéite avec vascularite rétinienne (1 cas). Un nodule palpébral inférieur et une masse orbitaire ont été notés dans un cas chacun. L'atteinte oculaire s'associait dans tous les cas à une atteinte systémique : médiastino-pulmonaire (neuf cas : 56,25 %), hépatosplénique (huit cas), ganglionnaire (cinq cas : 15,62 %), signes généraux (cinq cas), articulaire (quatre cas : 25 %), cutanée (deux cas : 12,5 %). Une atteinte clinique et histologique des glandes salivaires accessoires a été retrouvée chez huit patients. L'ECA était élevée dans 80 % des cas où elle a été dosée. Douze patients ont été mis sous corticothérapie par voie générale dont l'indication était comme suit : atteinte oculaire uvéale (six cas), tumeur orbitaire (un cas), atteinte viscérale extra-oculaire (cinq cas). Des bolus de solumédrol ont été préconisés pour le cas de panuvéite avec vascularite rétinienne. L'amélioration de l'uvéite était totale dans deux cas et partielle dans quatre cas. Une régression totale de la masse orbitaire a été obtenue. Aucune récurrence du nodule palpébral n'a été notée après sa résection chirurgicale. En étude analytique, l'atteinte oculaire semblait être associée significativement à une atteinte des glandes salivaires

accessoires ( $p=0,034$ ). En revanche, l'atteinte articulaire notamment les arthrites étaient moins fréquentes ( $p=0,023$ ). L'ECA était significativement plus élevée chez les patients du groupe atteinte oculaire ( $108 \pm 50$  vs  $67 \pm 34$  ;  $p=0,02$ ).

**Conclusion.**– L'atteinte oculaire au cours de la sarcoïdose systémique prend des formes cliniques différentes dont la plus fréquente est l'uvéite. Cette localisation implique une prise en charge spécifique, prenant en compte outre les caractéristiques du patient, celles de l'atteinte oculaire.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.revmed.2012.10.293>

CA166

## Sarcoïdose avec atteinte osseuse axiale lytique

O. Mérot<sup>a</sup>, J. Graveleau<sup>a</sup>, A. Néel<sup>a</sup>, M.-F. Heymann<sup>b</sup>, T. Eugène<sup>c</sup>, A. Masseau<sup>a</sup>, M. Hamidou<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Médecine interne, CHU, Nantes, France

<sup>b</sup> Anatomopathologie, CHU, Nantes, France

<sup>c</sup> Médecine nucléaire, CHU, Nantes, France

**Introduction.**– La sarcoïdose est une maladie inflammatoire, de cause inconnue, dont la présentation clinique peut être très variable. Les atteintes osseuses y sont décrites le plus souvent asymptomatiques, et donc probablement sous estimées. Le recours au TEP-scanner est de plus en plus fréquent, permettant régulièrement de mettre en évidence des atteintes asymptomatiques.

**Patients et méthodes.**– Nous rapportons un cas de sarcoïdose avec atteinte osseuse lytique axiale, associée à une polyadénopathie, et mimant un lymphome de haut grade, en particulier sur les données du TEP-scanner.

**Cas clinique.**– Une jeune femme de 31 ans, diabétique de type 2, était adressée en hématologie pour une polyadénopathie découverte dans un contexte d'altération de l'état général et de fièvre. Cette patiente rapportait en effet une perte de 10 kg sur les six derniers mois, avec asthénie et douleurs abdominales. Un scanner abdominal mettait en évidence une masse surrénalienne, pour laquelle une surrénalectomie était envisagée à visée diagnostique. Une polyadénopathie superficielle était apparue secondairement, et un nouveau scanner montrait une polyadénopathie profonde (ganglions centimétriques médiastinaux et coeliaques) et une splénomégalie modérée. Le bilan était complété par un TEP-scanner retrouvant de nombreux foyers très hypermétaboliques ganglionnaires sus et sous diaphragmatiques (SUV max = 35), osseux (côte, fémur, aile iliaque, vertèbres T8 et T9, scapula) et parotidiens, mais pas surrénalien. Le diagnostic de lymphome de haut grade était évoqué et une biopsie d'adénopathie épitrochléenne était réalisée, montrant une lymphadénite granulomateuse non nécrosante. L'atteinte granulomateuse était confirmée sur une biopsie ganglionnaire cervicale et osseuse (aile iliaque), faisant retenir le diagnostic de sarcoïdose avec atteinte ganglionnaire, osseuse et parotidienne. Le reste du bilan biologique était normal (calcémie, angioconvertase, 1,25 di-OH vitamine D) et on ne trouvait aucune atteinte viscérale justifiant un traitement par corticoïdes. Le scanner du rachis et du bassin décrivait les lésions osseuses comme lytiques. Les marqueurs du remodelage osseux (cross laps et phosphatases alcalines) étaient normaux mais le lysozyme était augmenté. Devant des douleurs osseuses diffuses d'allure inflammatoire et dans un souci d'épargne cortisonique chez cette patiente diabétique en surpoids, une perfusion de bisphosphonates intraveineux (pamidronate) était réalisée avec une efficacité spectaculaire mais de courte durée (deux mois).

**Conclusion.**– Le TEP-scanner peut être utilisé dans la sarcoïdose, dans le bilan diagnostique initial, et dans le suivi. Dans les études rapportant les résultats de TEP-scanners dans la sarcoïdose, les atteintes extra-cardiaques sont nombreuses (poumons, ganglions, rate, foie, muscles, parotides, glandes lacrymales, tissu sous-cutané, os). Les SUV retrouvées sont souvent supérieures à 3 mais elles n'excèdent pas 16, ce qui reste largement inférieur aux valeurs notées chez notre patiente. Les atteintes osseuses sont le plus