



Homme de 85 ans

Cancer de vessie traité par instillations de BCG

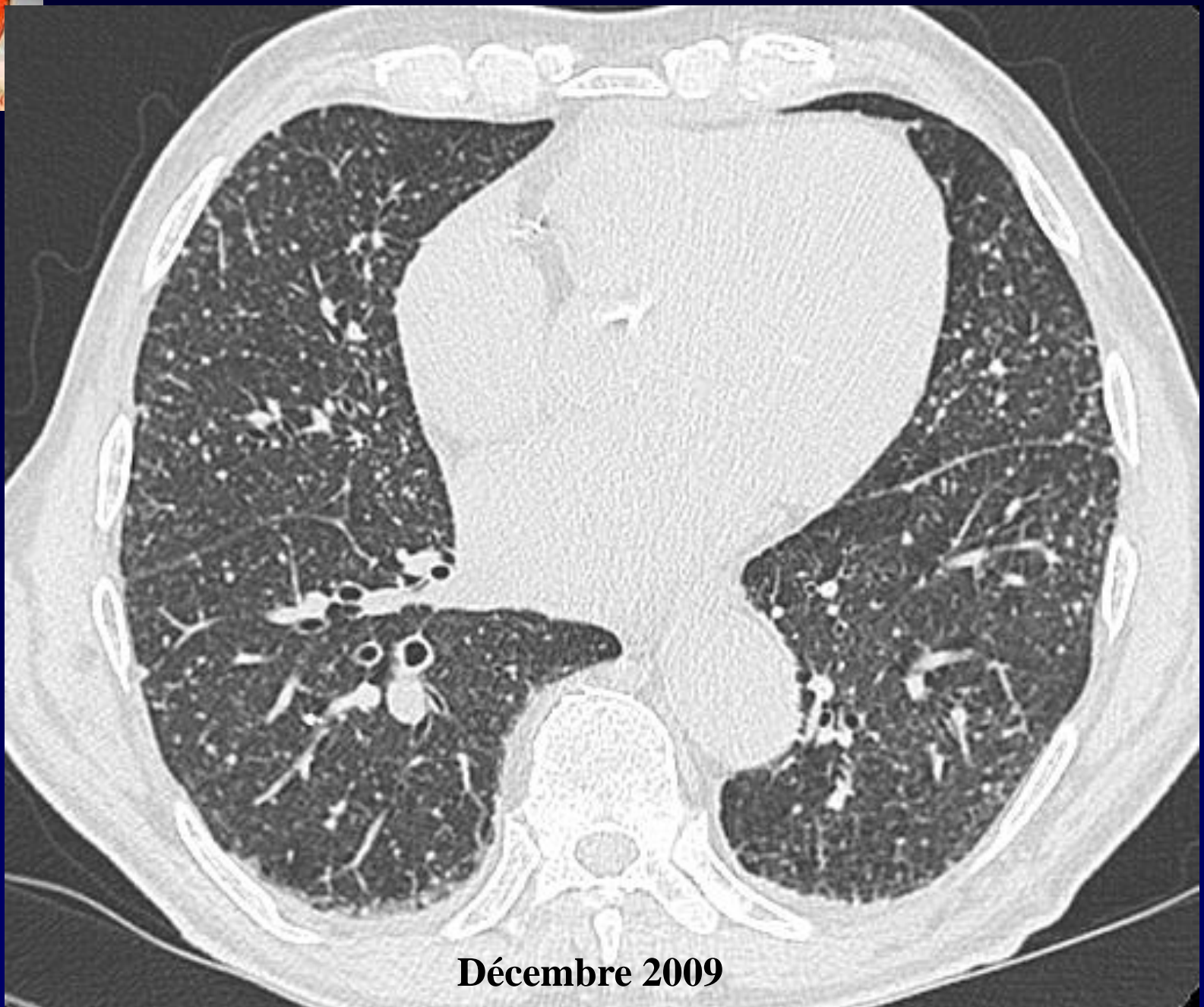
Fièvre, état général globalement conservé



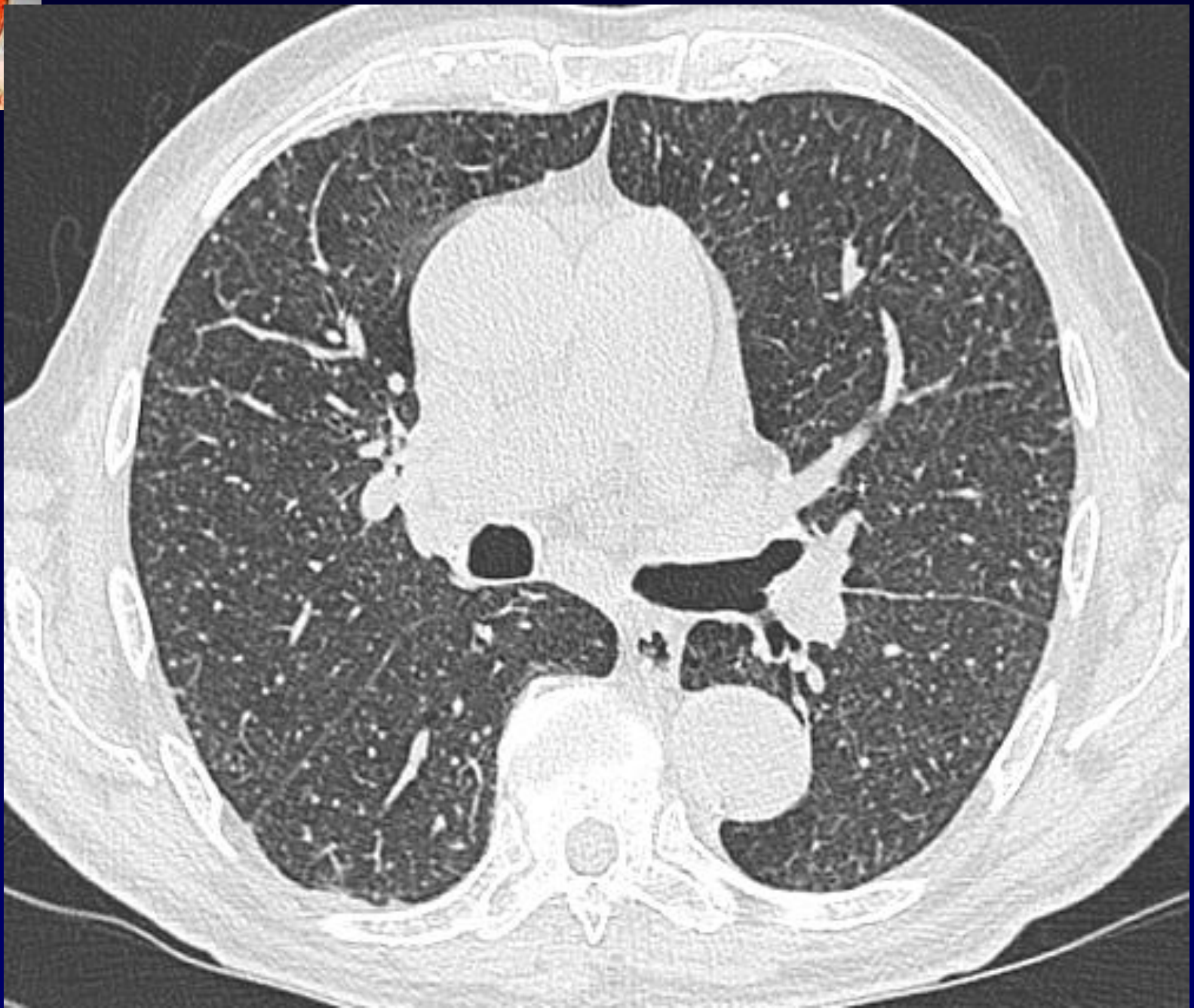
**Décembre 2009**

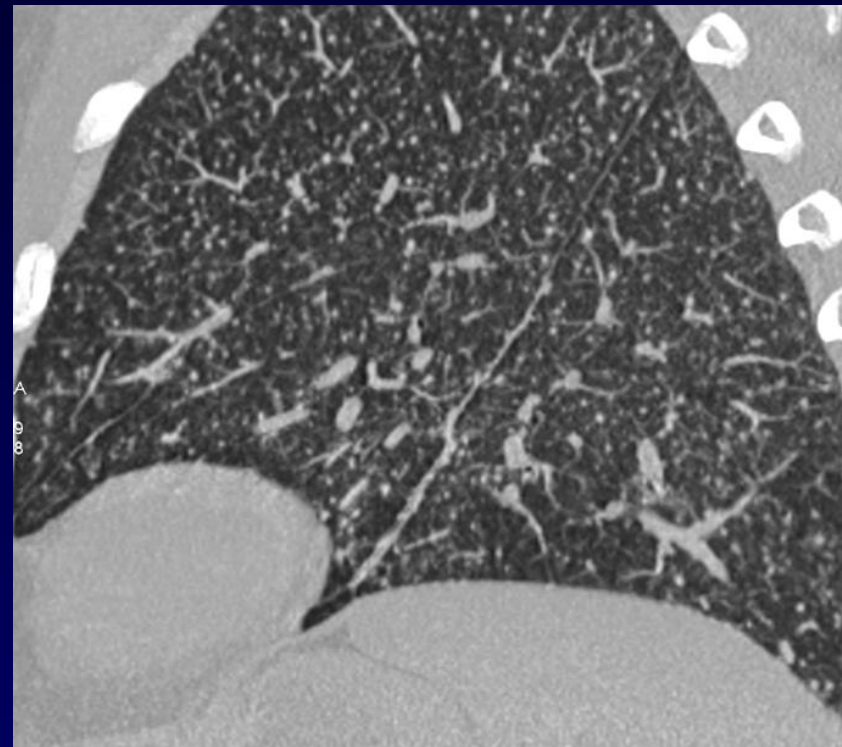
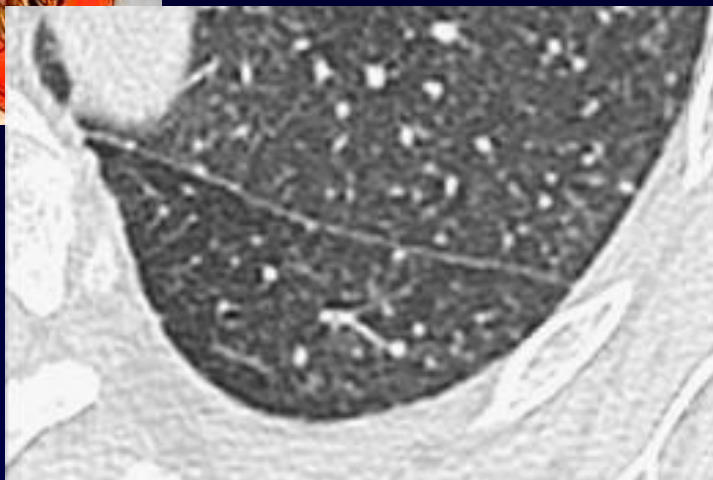


**Décembre 2009**



Décembre 2009







**Diagnostic ?**



# Miliaire hémato-gène - BCG ite

Répartition aléatoire des micronodules



# Biologie

## LBA :

Bactériologie : négatif

Hyperlymphocytose

Typage lymphocytaire : non effectué

## IDR : positif

## ECA : modérément élevée

*Mise en route d'un traitement anti-BCG*



**Contrôle à 1 mois :**  
**diminution des micronodules**



# Diagnostic Différentiel ?

Les granulomatoses « Sarcoid like » secondaires à l'instillation de BCG

Dans ce cas, la répartition des micronodules n'est pas aléatoire mais lymphatique, touchant préférentiellement la plèvre périphérique, les scissures et les espaces péri broncho vasculaires.

# Granulomatoses systémiques pseudosarcoïdoses d'étiologie déterminée et non tuberculeuse. Étude de 67 observations

## Non-tuberculous systemic granulomatosis mimicking sarcoidosis but related to a specific aetiology. Study of 67 cases

M. Pavic<sup>a,\*</sup>, E. Le Pape<sup>a</sup>, P. Debourdeau<sup>a</sup>, D. Rabar<sup>a</sup>, L. Crevon<sup>a</sup>, B. Colle<sup>a</sup>, H. Rousset<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Service de médecine interne-oncologie, hôpital d'instruction des armées Desgenettes, 108, boulevard Pinel, 69003 Lyon, France

<sup>b</sup> Service de médecine interne, centre hospitalier Lyon-Sud, 69495 Pierre-Bénite cedex, France

Disponible sur Internet le 21 juin 2007

### Résumé

**Propos.** – Les granulomatoses systémiques (GS) sont fréquemment rencontrées dans les services de médecine interne. Malgré une liste très importante d'étiologies possibles, l'enquête reste souvent négative faisant retenir par défaut le diagnostic de sarcoïdose. La répartition en termes de fréquence ainsi que l'évolution de ces granulomatoses secondaires ne sont pas précisées dans la littérature.

**Méthodes.** – Nous avons analysé toutes les observations de GS présentées aux réunions nationales de la Société française de médecine interne de 1990 à 2006, excluant la tuberculose.

**Résultats.** – Parmi les 67 observations étudiées, l'âge moyen au début des symptômes était de 47,8 ans. Le délai diagnostique médian était d'un an. Les femmes ne représentaient que 28,4 % des observations. Des signes généraux étaient présents dans 73,1 % des cas. Les organes cliniquement atteints étaient le foie (46,3 %), les poumons (25,4 %), les ganglions (22,4 %), le tube digestif (16,4 %), la peau (16,4 %), la rate (14,9 %). La détection histologique était effectuée par biopsie du foie (38,8 %), d'une adénopathie (17,9 %), de la moelle osseuse (16,4 %) et des poumons (11,9 %). Un syndrome inflammatoire biologique était noté chez 65,6 % des patients. Avant d'établir le diagnostic, 19,4 % des patients avaient reçu une corticothérapie. Les infections représentaient la plus fréquente des étiologies de cette série (65,6 %) suivie des médicaments (19,5 %), des « toxiques » ou corps étrangers divers (5,9 %), des cancers et hémopathies (5,9 %) et des déficits immunitaires (3 %). L'évolution était favorable dans 80 % des cas, mais 8,3 % des patients décédaient. L'évolution des patients ayant reçu une corticothérapie préalable au diagnostic était plus défavorable avec 45 % de décès.

**Conclusion.** – Les GS doivent faire rechercher en priorité une origine infectieuse lorsque la présentation est celle d'une sarcoïdose atypique, en raison d'un âge avancé ou de la coexistence d'une fièvre et d'un syndrome inflammatoire prolongé. Le diagnostic de sarcoïdose doit, dans ces circonstances, être considéré comme un diagnostic d'élimination. La corticothérapie, dans les granulomatoses non sarcoïdoses, semble être un facteur de mauvais pronostic.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Rev Med Interne. 2008 Jan;29(1):5-14.  
Epub 2007 Jun 21

13 cas (19,5 %). Les traitements en cause étaient les suivants : BCGite après BCG-thérapie pour tumeur superficielle de vessie ( $n=6$ ), interféron ( $n=3$ ), carbamazépine ( $n=2$ ), azathioprine ( $n=1$ ), minocycline ( $n=1$ ). Les « toxiques » ou corps étran-



# Granulomatoses d'origine médicamenteuse ou toxique

## Toxic or drug-induced granulomatous reactions

D. Vital Durand \*, I. Durieu, H. Rousset

*Service de médecine interne, centre hospitalier Lyon-Sud, université de Lyon,  
69495 Pierre-Bénite cedex, France*

Reçu le 6 juillet 2007 ; accepté le 22 septembre 2007

Disponible sur Internet le 25 octobre 2007

---

### Résumé

*Propos.* – Actualisation sur les granulomatoses médicamenteuses et/ou toxiques.

*Actualités et points forts.* – Une réaction granulomateuse peut être induite par un agent chimique, un traitement ou un corps étranger. En fonction de la voie d'introduction de ce dernier dans l'organisme, le poumon, le foie, le rein ou la peau vont être préférentiellement concernés, mais une granulomatose systémique peut être observée avec un tableau clinique mimant la sarcoïdose. Dès lors, seules une analyse systématique des conditions d'environnement et des activités professionnelles et de loisirs, et la recherche de médicaments ou de toxiques, peuvent conduire à l'agent responsable. Ces dernières années, le béryllium présent dans de nombreuses industries, l'interféron-alpha, la BCG-thérapie et l'allopurinol ont été les agents les plus fréquemment rapportés.

*Perspectives et projets.* – L'analyse de la littérature montre la diversité des toxiques potentiels et souligne la perspicacité nécessaire à leur identification.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.