



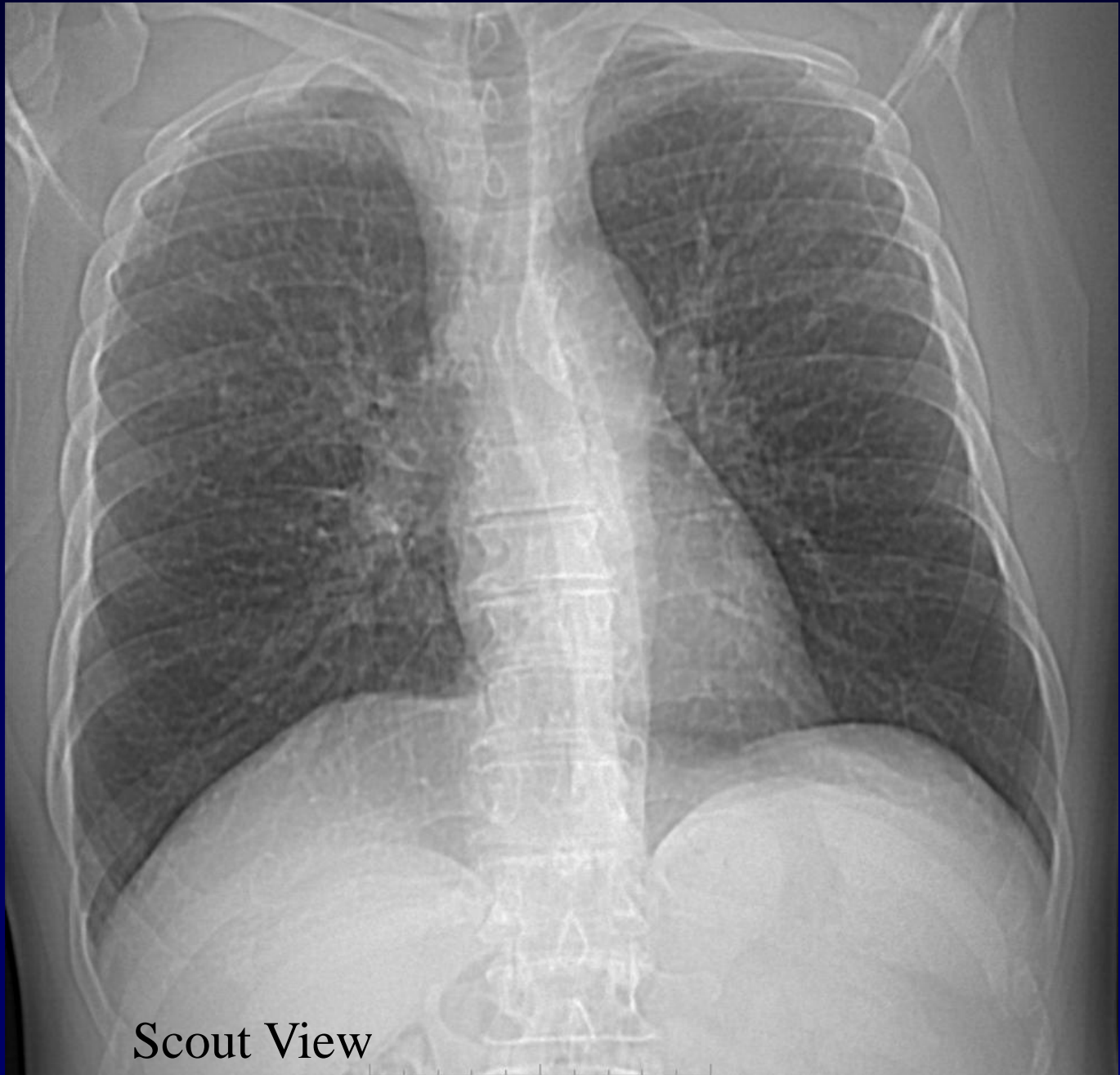
Alexis LACOUT

Homme de 66 ans

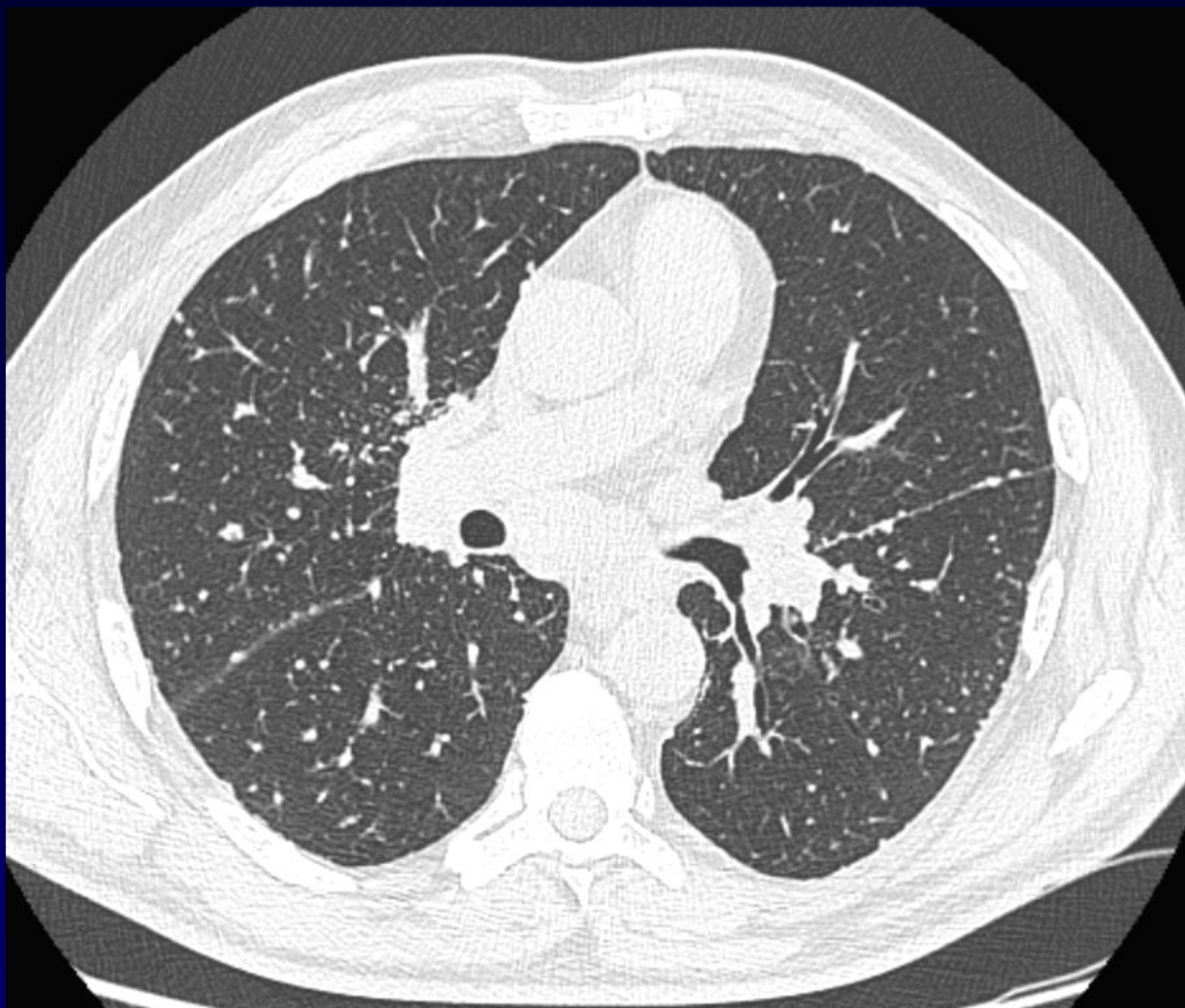
Tabagisme (25 PA), dyspnée avec toux et sibilances

EFR normales ; PO₂ : 70 ; PCO₂ : 26

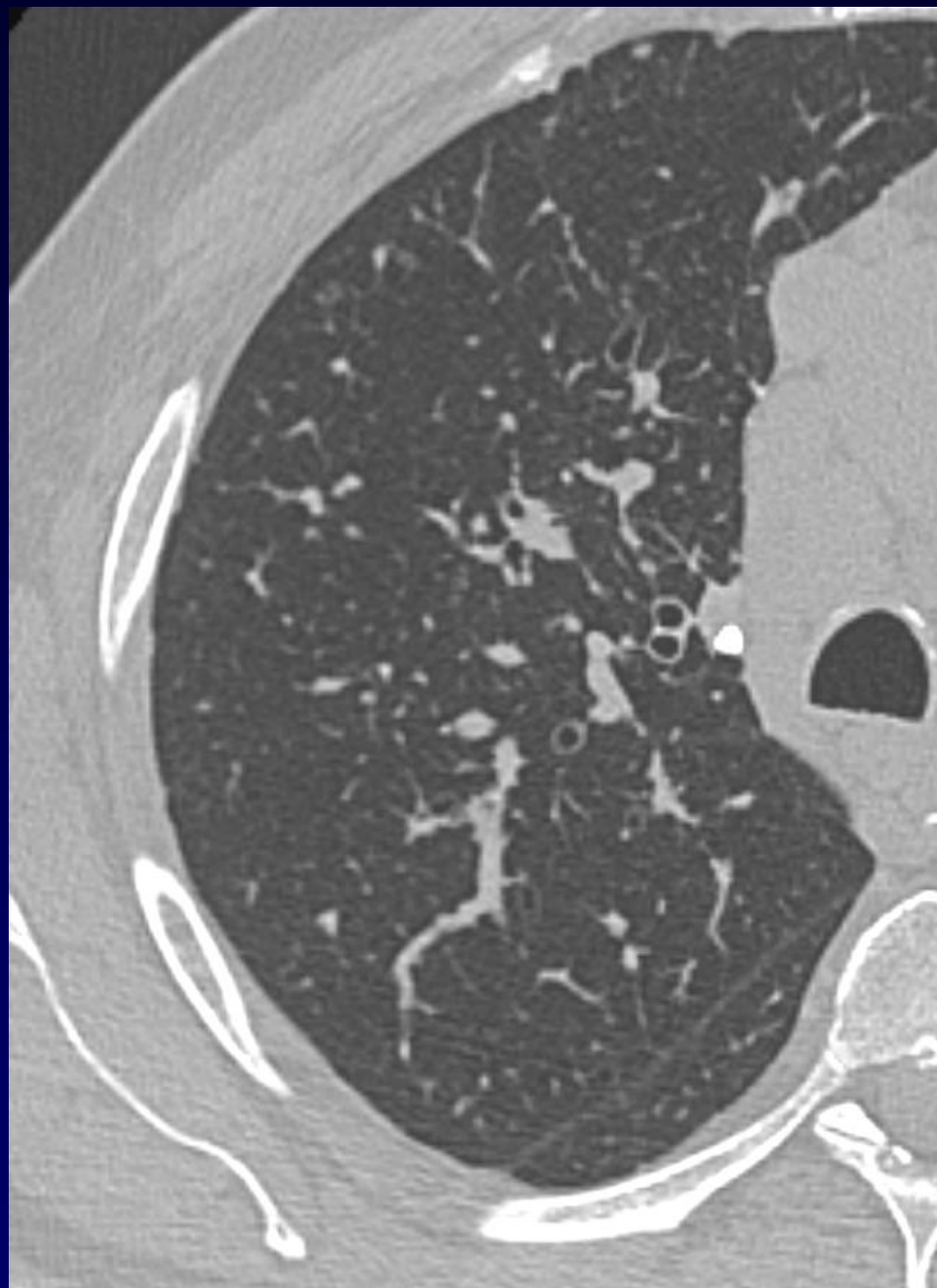
Radiographie thoracique anormale

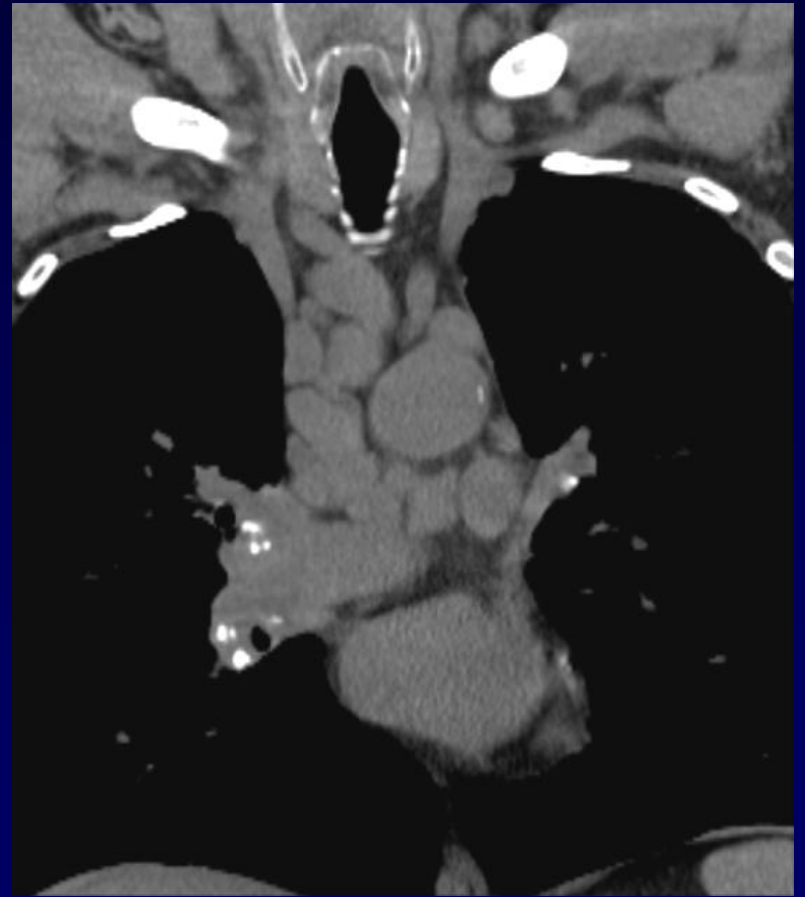
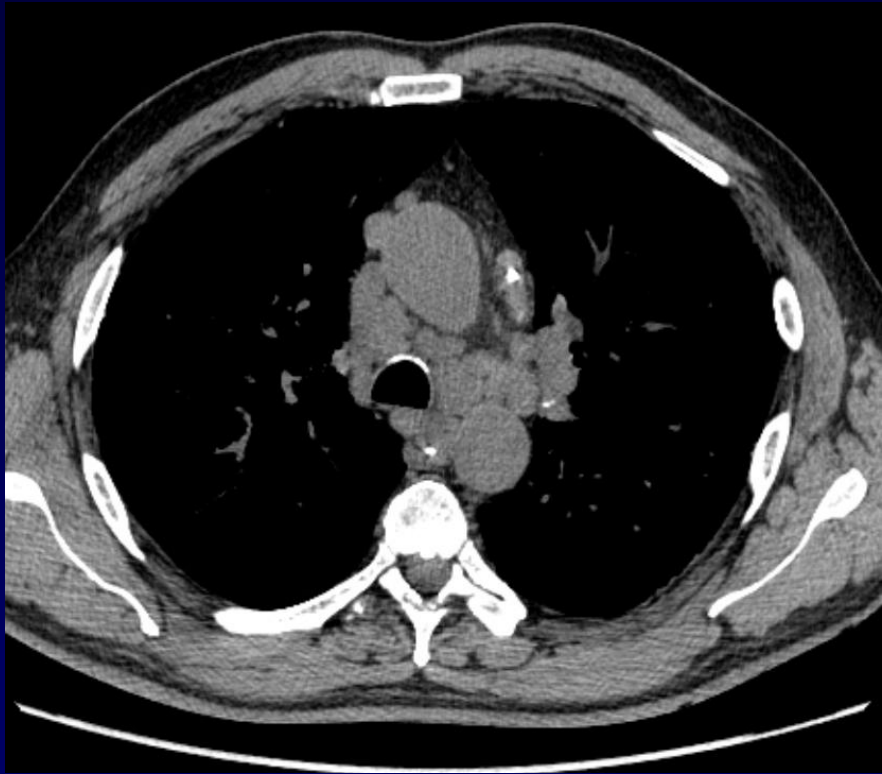


Scout View











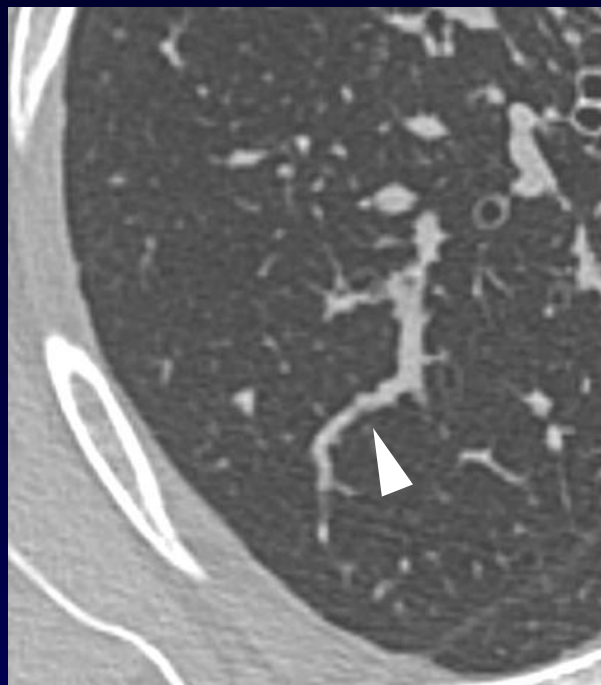
Diagnostic ?



Diagnostic

Sarcoïdose pulmonaire

Diagnostic confirmé par endoscopie bronchique et biopsies :
présence de granulomes épithéloïdes et géantocellulaires
sans nécrose caséuse

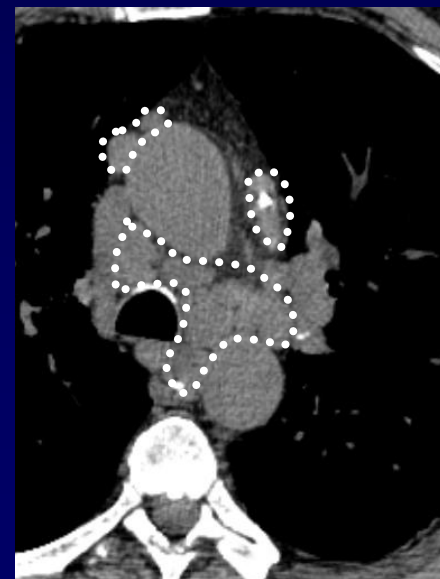


Le diagnostic de certitude passe en théorie par la confirmation de la présence d'un **granulome épithéloïde et géantocellulaire sans nécrose caséuse** ; en pratique, ce n'est pas toujours possible.

SARCOÏDOSE

Micronodules à **distribution lymphatique**, atteignant *les scissures* (flèches blanches), *les régions sous pleurales* (flèches noires), responsables d'un **épaississement péri-broncho-vasculaire** (tête de flèche).

Adénomégalies médiastinales et hilaires, typiquement **symétriques et non compressives** (pointillés).





Classification pronostique

Il s'agit d'une **classification basée sur la radiographie thoracique**, qui regroupe les patients en **quatre catégories différentes** de plus ou moins bon pronostic. Le stade de meilleur pronostic est le stade 0, le plus mauvais le stade IV (ce qui est évident puisque le stade IV est celui de la fibrose).

- * **stade 0** : radiographie thoracique normale.
- * **stade I** : adénopathies médiastinales sans lésions parenchymateuses.
- * **stade II** : adénopathies médiastinales avec lésions parenchymateuses.
- * **stade III** : lésions parenchymateuses pulmonaires sans adénomégalies.
- * **stade IV** : fibrose pulmonaire.

*Cette classification a été établie et n'est donc valable que pour la **radiographie thoracique standard**. Elle ne doit en effet pas être établie au moyen du scanner. Il s'agit cependant d'une classification ancienne, sujette à discussion. En fait, il est aléatoire d'établir un pronostic à partir de la seule imagerie.*



Prise en charge

Formes graves : prise en charge multidisciplinaire ; possibilité **d'atteinte cardiaque** constituant le principal risque de décès par troubles du rythme, **neurologique**, etc....

Dépistage de l'atteinte cardiaque : ECG, valeur de l'IRM ++

Formes pulmonaires simples : souvent **surveillance**

Corticothérapie : en cas de formes graves ; souvent initiée dès qu'un retentissement clinique pulmonaire est mis en évidence (anomalie des EFR, dyspnée ...) ; elle peut éviter une évolution vers la fibrose.