

# CHOLESTASE ANICTÉRIQUE RÉVÉLANT UNE SARCOÏDOSE

S Tchenar, A Lounici

Service de Médecine interne CHU Tidjani Damerdji Tlemcen  
Laboratoire de recherche sur le diabète-LAREDIAB-



## Introduction

P: S7

La sarcoïdose ou maladie de Besnier-Boeck-Schaumann (BBS) est une maladie systémique de cause inconnue, caractérisée par la présence de lésions granulomateuses, non caséuses, au niveau des organes atteints, l'atteinte hépatique est fréquente mais elle **n'est symptomatique** que dans le tiers des cas. Ces complications sont rares, représentées essentiellement par la cirrhose et l'hypertension portale,

## Matériel et méthodes:

Rapporter le cas d'une patiente qui a une atteinte hépatique cortico dépendante au cours d'une sarcoïdose systémique.

## Observation :

Une femme de 59 ans aux antécédent d'un diabète type 2 sous insuline, hypertension artérielle sous candésartan, un goitre multinodulaire TIRADS 3 et une goutte qui s'est présenté pour une asthénie avec une fièvre, un bilan standard était fait objectivant une cholestase hépatique anictérique, les sérologie B,C,A étaient négatives, une TDM thoraco abdominale a objectivé une atteinte pulmonaire parenchymateuse interstitielle bilatérale avec des adénopathies médiastinales, basicervicale sus claviculaire gauche 12mm, sus mésocolique rétropéritonéale coeliomésentérique, hilare hépatique et inter aortico cave 21mm ainsi qu'une hépatomégalie (20cm) et splénomégalie (14cm). Une biopsie exérèse d'adénopathie du pédicule hépatique a montré une adénite granulomateuse et la biopsie du foie a montré une cirrhose hépatique modérée granulomateuse, une intradermoréaction et un bilan auto immun réalisé revenant négatif, l'enzyme de conversion de l'angiotensine était normal à 14UI.

Le diagnostic de sarcoïdose pulmonaire stade 2 avec atteinte hépatique était retenu et la patiente était mise sous corticothérapie 60 mg /jr de prednisone la patiente a fait une rechute après dégression de corticoïde à 5mg/jr et elle a présenté une hypercalcémie à 146 mg/l, un raccourcissement de l'intervalle QTc à 0,35 à l'électrocardiogramme, une insuffisance rénale aiguë (urée: 1.1, créat:26mg/l, clairance à 19ml/mn avec une cholestase anictérique (GGT:254, PAL:157) et un foie dysmorphique à contours irrégulier bosselé à la Bili IRM et des magma d'adénopathies pédiculaire hépatique et lombo aortique,

La patiente a reçu dans l'immédiat une réhydratation et de l'acide zolédronique 3.5 mg et une corticothérapie 80mg/jr ensuite elle était mise sous azathioprine 150mg/jr, ursolvan 200mg/jr .



Figure 1 : Bili IRM Foie dysmorphique contours irréguliers bosselé, ADP pédiculaire hépatique 22mm, lombo aortique, inter aortico cave

## Résultats

Après une année de l'introduction du traitement immunosuppresseur on note une bonne évolution clinique et biologique GGT : 118 PAL : 66 et radiologique avec diminution de taille des adénopathies hilaires hépatiques, coelio mésentérique et médiastinales, absence de syndrome interstitiel et de splénomégalie ,persistance d'une légère hépatomégalie (13cm)

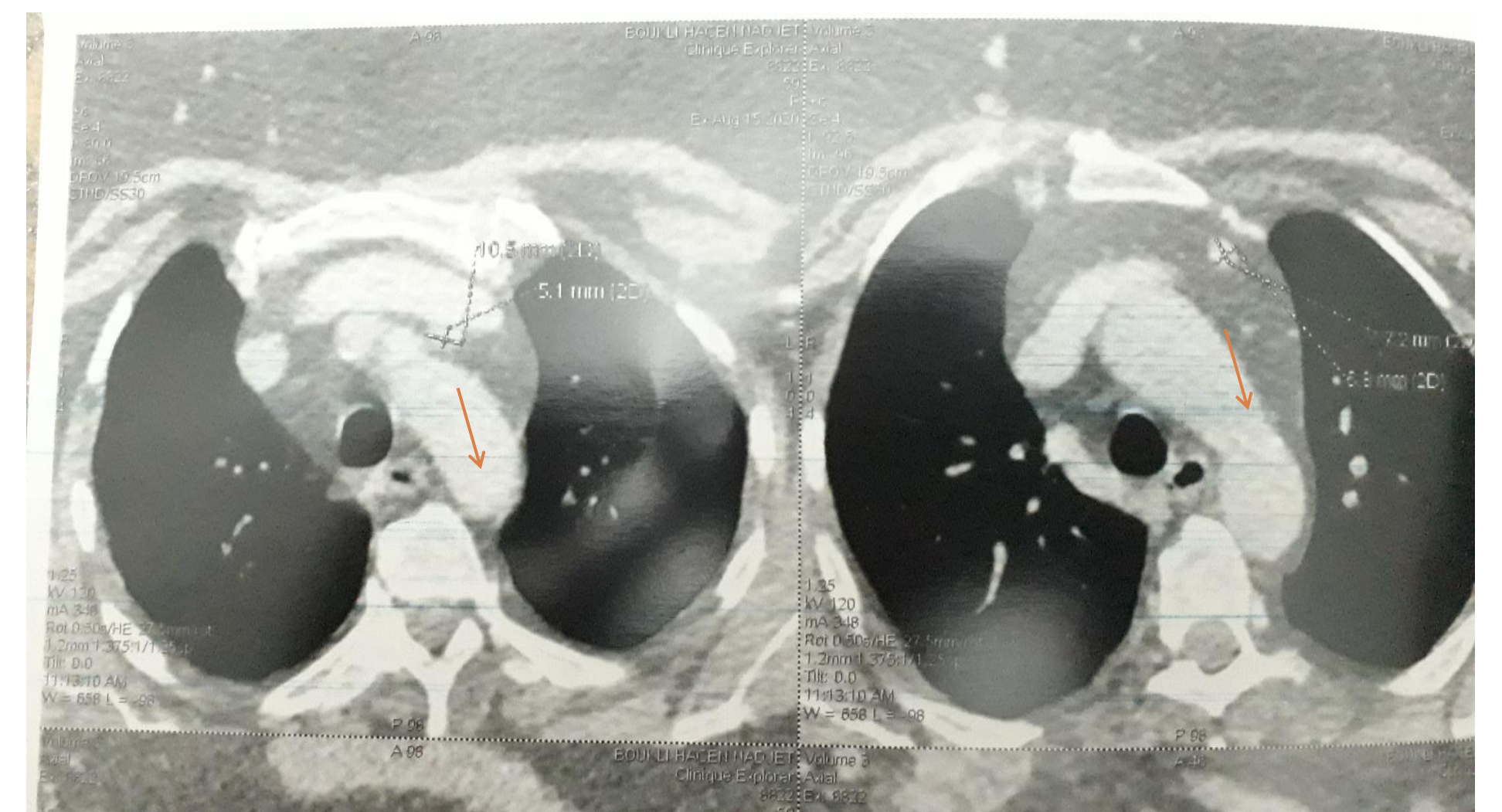


Figure 2: TDM thoracique après une année: deux petits ganglions médiastinaux 10.5\*5.1mm et 7.2\*6.8 mm

## Discussion

L'atteinte hépatique est rarement révélatrice de la sarcoïdose, souvent elle est de découverte fortuite , elle se manifeste par une hépatomégalie, dans 20% des cas [1] et une cholestase anictérique le cas de notre patiente ,la fatigue et la fièvre ne sont pas spécifiques mais sont présents dans la majorité des cas de sarcoïdose hépatiques active [2].

Il est important de différencier la sarcoïdose d'autres granulomatoses à savoir la tuberculose, CBP, granulomatose de Wegener ...

Il a été rapporté qu'une maladie de longue durée entraîne une hypertension portale chez 3 à 18 % des patients [3] Cela peut être dû

initialement à la compression des veinules portes par des granulomes et peut entraîner des saignements variqueux.

Un test d'enzyme de conversion de l'angiotensine normal n'exclut pas la sarcoïdose ce test manque de sensibilité et de spécificité, il a une faible valeurs prédictives positive (84%) et négative 74% [4]

La corticothérapie seule est suffisante pour obtenir une rémission, le recours aux immunosuppresseur est nécessaire en cas de corticodépendance avec une évolution chronique, l'azathioprine est préféré que le méthotrexate en raison d'une moindre toxicité hépatique [5]

## Bibliographie

1. Dulai PS, Rothstein RI. Disseminated sarcoidosis presenting as granulomatous gastritis: A clinical review of the gastrointestinal and hepatic manifestations of sarcoidosis. *J Clin Gastroenterol.* 2012;46:367-374
2. Harder H, Büchler MW, Fröhlich B, Ströbel P, Bergmann F, Neff W, et al. Extrapulmonary sarcoidosis of liver and pancreas: A case report and review of literature. *World J Gastroenterol.* 2007;13:2504-2509
3. Tadros M, Forouhar F, & Wu, G. Y. (2013). Hepatic Sarcoidosis. *Journal of Clinical and Translational Hepatology*, 1(2), 87. <https://doi.org/10.14218/JCTH.2013.00016>
4. Studdy PR, Bird R. Serum angiotensin converting enzyme in sarcoidosis - Its value in present clinical practice. *Ann Clin Biochem.* 1989;26:13-18
5. Tadros M, Forouhar F, Wu Gy. Hepatic sarcoidosis. *J Clin Transl Hepatol* 2013;1:87-93

## Conclusion

L'atteinte hépatique symptomatique au cours de la sarcoïdose est rare, elle doit être recherchée systématiquement devant toutes sarcoïdose systémique. Un traitement est nécessaire en cas de crainte de complications liées à la dissémination de granulomes non caséux dans le parenchyme hépatique.