

Un défi diagnostique : sarcoïdose active ou histoplasmose ?

1^{er} Auteur : Assia KADIRI, Médecin Résidente du Service de Médecine Interne B de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat – MAROC

Equipe:

M. Chiguer; R. Lemouaden; A. Charef; Y. Oualehssine; J. Benhammou; FZ. Boucham; C. Eloufir;

N. El Omri; M. Jira; F. Mekouar; J. Fatihi

Service de Médecine Interne B de l'Hôpital Militaire d'Instruction Mohammed V de Rabat – MAROC

Introduction :

La sarcoïdose est une maladie inflammatoire systémique caractérisée par la formation de granulomes dans plusieurs organes. L'histoplasmose est causée par le champignon *Histoplasma capsulatum*, La présentation clinique la plus courante est l'histoplasmose pulmonaire qui peut ressembler à une pneumonie communautaire, à la tuberculose, à la sarcoïdose ou à une malignité. Nous rapportons un cas d'histoplasmose chez une patiente à priori immunocompétente, précédemment diagnostiquée d'une sarcoïdose médiastino-pulmonaire. Sa présentation a d'abord été confondue avec la sarcoïdose, mais les examens histopathologiques et mycologiques ont révélé une histoplasmose associée.

Observation :

Mme Z.G âgée de 56 ans, ayant comme antécédents une uvéite récidivante dont l'enquête étiologique était en faveur d'une sarcoïdose médiastino-pulmonaire stade II, sans signature histologique. Elle était hospitalisée pour bilan étiologique d'une tuméfaction douloureuse de la paroi thoracique postérieure droite de 7cm de diamètre, avec altération de l'état général évoluant depuis 3mois avant son admission, des poly adénopathies sus et sous diaphragmatiques et une splénomégalie. Le bilan biologique retrouvait un syndrome inflammatoire modéré, une lymphopénie, une hypercalcémie et une enzyme de conversion de l'angiotensine élevée. Par ailleurs, Le bilan infectieux était négatif. le bilan radiologique objectivait une masse tissulaire ostéolytique de l'arc postérieur de la 7eme cote droite compliquée d'une fracture pathologique de l'arc postérieur de la 6eme cote droite, des poly adénopathies sus et sous diaphragmatiques, des micronodules pulmonaires diffus et une splénomégalie. La biopsie ganglionnaire cervicale ainsi que la biopsie bronchique par bronchoscopie étaient en faveur d'une sarcoïdose. En outre, l'étude histologique de la biopsie de la masse ostéolytique était en faveur d'une localisation osseuse de la sarcoïdose avec présence de levures dont l'examen mycologique objectivait une histoplasmose. Le diagnostic d'une histoplasmose disséminée sur une sarcoïdose systémique avec atteinte osseuse était posé.

Un traitement antifongique systémique par l'amphotéricine B liposomale pendant 1 semaine à une dose quotidienne de 3 mg par kg était instauré. Ensuite, il était remplacé par de l'itraconazole par voie orale 600 mg par jour pendant 3jours et qui était arrêté en raison de l'intolérance aux effets secondaires, et remplacé par 800 mg par jour de fluconazole pendant 3 jours. Par la suite, la patiente était mise sous Fluconazole 400 mg par jour pendant 12 mois. L'évolution a été marqué par une nette amélioration clinique, biologique et radiologique.

Discussion :

La sarcoïdose et l'histoplasmose ont des caractéristiques étonnamment similaires en termes de présentation clinique et histologique. Les examens radiographiques présentent aussi des similitudes. L'atteinte osseuse est fréquente dans l'histoplasmose africaine. Cependant, il est rarement associé à la sarcoïdose. Dans la littérature, les infections opportunistes rapportées chez des patients atteints de sarcoïdose sont peu nombreuses. Par ailleurs, ses similitudes histologiques peuvent faire suggérer un lien entre ces 2 pathologies. La sarcoïdose entraîne des modifications immunitaires pouvant entraîner une immunodépression et faciliter l'apparition d'infection opportuniste.

Conclusion :

Ce cas illustre l'importance de distinguer l'histoplasmose de la sarcoïdose, notamment en raison de la similitude de leurs présentations cliniques et histologiques. L'identification précoce de l'infection fongique est cruciale, surtout avant d'entamer un traitement immunosuppresseur, car ce dernier pourrait aggraver la maladie en favorisant sa dissémination. Ce cas souligne également la nécessité d'une vigilance accrue dans le diagnostic différentiel des pathologies inflammatoires et infectieuses.

Références

- Bansal A, Drewek R. Sarcoidosis and Histoplasmosis: Is One a Consequence of the Other? A Case Report and Review of the Literature. Case reports in rheumatology. Volume 2015.
- Earp, E.; Gordon, P.M.; Tan, A.; Page, I.; Thum, C.K.; Mackenzie, A.I.; Johnson, E.; Biswas, A. Disseminated Mucocutaneous Histoplasmosis Diagnosed in the United Kingdom, Presumably as a Result of Recrudescence Decades after Primary Infection Following Immunosuppressive Treatment of Its Mimic, Sarcoidosis: A Multidisciplinary Cautionary Tale. Am. J. Derm. 2022, 44, 984–988.
- Yaseen Z, Havlichek D, Mathes B, Hahn M. Histoplasmose disséminée chez un patient atteint de sarcoïdose: une relation controversée et un dilemme diagnostique. Am J Med Sci. 1997; 313:187-190.

