

Thrombose veineuse thoracique au cours de la sarcoïdose

K. Marc, J.E. Bourkadi, J. Benamor, G. Iraqi

La sarcoïdose est une granulomatose systémique de cause inconnue caractérisée par la mise en évidence de granulome épithélio-giganto cellulaire sans nécrose caséuse. Il y a une prédilection pour l'atteinte médiastinopulmonaire seule ou associée à d'autres localisations extrathoraciques. Les thromboses veineuses sont rares et de mécanisme non univoque [1]. Nous en rapportons une nouvelle observation.

M. A.E, âgé de 47 ans est admis au service en avril 2004 pour bilan d'adénopathies médiastinales. Il n'avait pas d'antécédents pathologiques particuliers. Il présentait une toux sèche isolée depuis 1 année et l'examen clinique était normal. La radiographie thoracique montrait des opacités hilaires bilatérales polycycliques et latérotrachéales droites non compressives. La tomодensitométrie thoracique confirmait la présence d'adénopathies hilaires bilatérales, sous carinaires et latéro-trachéales droites. L'intradermo-réaction à la tuberculine était négative de même que la recherche de bacille de koch à l'examen direct. Le bilan calcique était normal, l'enzyme de conversion était à 48 UI/l (30-100) et la sérologie VIH était négative. L'exploration fonctionnelle respiratoire était normale montrant un VEMS à 3 290 ml (87 %), une CV à 3 890 ml (85 %).

L'endoscopie bronchique montrait des éperons épaissis et les biopsies bronchiques étagées mettaient en évidence un granulome sans nécrose caséuse. L'électrocardiogramme, l'examen ophtalmologique et la biopsie des glandes salivaires accessoires étaient normaux.

Le diagnostic de sarcoïdose était retenu et une simple surveillance était préconisée. Le patient était régulièrement suivi. En février 2007, le patient était asymptomatique. L'examen clinique était normal et il y avait une absence de régression des adénopathies. Une tomодensitométrie thoracique réalisée montrait de multiples adénopathies hilaires bilatérales, latérotrachéales et une absence d'opacification du tronc veineux brachéocephalique droit en rapport avec une thrombose (*fig. 1*).

Le patient est mis sous traitement hypocoagulant (enoxaparine 0,6 x 2/j, poids 60 kg) et corticoïde (prédnisone à

Service de Pneumologie, Hôpital Moulay Youssef, CHU Ibn Sina, Rabat, Maroc.

Correspondance : K. Marc
Service de Pneumologie, Hôpital Moulay Youssef,
CHU Ibn Sina Rabat, Maroc.

kar_marc@yahoo.fr

Réception version princeps à la Revue : 09.07.2007.
1^{er} demande de réponse aux auteurs : 03.09.2007.
Réception de la réponse des auteurs : 07.09.2007.
2^e demande de réponse aux auteurs : 17.09.2007.
Réception de la réponse des auteurs : 17.09.2007.
Acceptation définitive : 27.09.2007.

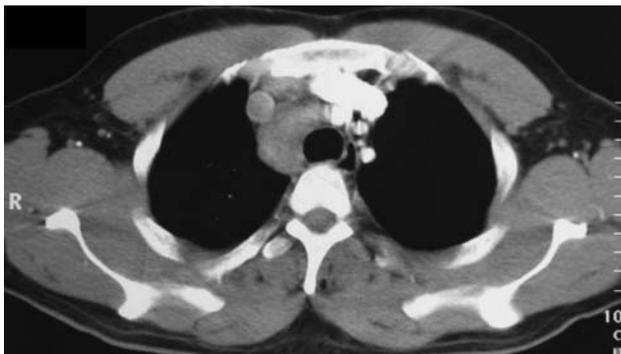


Fig. 1. TDM thoracique en fenêtre médiastinale : thrombose du tronc veineux brachéocéphalique droit.

40 mg/j voie orale). Il n'y avait pas d'anticorps antiphospholipides. Le dosage de la protéine C, de la protéine S et de l'antithrombine III était normal. Par ailleurs, il n'y avait pas de localisation extrathoracique.

Les thromboses veineuses peuvent survenir au cours de la sarcoïdose, elles sont secondaires à :

- la stase veineuse secondaire à la compression ganglionnaire qui est rare puisque la compression bronchique est la plus décrite [1, 2] ;

- des phlébites granulomateuses, en effet, l'atteinte des vaisseaux pulmonaires au cours de la sarcoïdose est fréquente. Dans une étude de 128 biopsies pulmonaires de patients atteints de sarcoïdose, l'atteinte des vaisseaux pulmonaires est retrouvée dans 70 %, l'atteinte veineuse représentait 92 % ; elle était isolée dans 61 % et associée à l'atteinte artérielle dans 31 % ;

- des anomalies de la fibrinolyse et la présence de facteurs procoagulants au niveau des tissus atteints [3-6]. Ina Y

et coll. [6] ont rapporté chez 51 patients atteints de sarcoïdose ne recevant pas de corticothérapie, la présence d'anticorps antiphospholipides dans 38 % des cas avec une corrélation significative dans les formes multifocales et médiastinopulmonaire persistante [6].

Par ailleurs, l'association fortuite entre une maladie thromboembolique et la sarcoïdose est possible [3].

Dans l'observation rapportée similaire à la première description de McNicholas [1], le patient n'avait pas de facteurs de risque thromboembolique. La découverte de la thrombose du tronc veineux brachéocéphalique était fortuite et il n'y avait pas de syndrome cave supérieur. La tomodesitométrie ne montrait pas d'adénopathies compressives et le bilan de thrombophilie était négatif. Une angéite granulomateuse est probablement à l'origine de la thrombose veineuse.

Références

- 1 Mc Laughlin AM, Mc Nicholas WT : Sarcoidosis presenting as upper extremity venous thrombosis. *Thorax* 2003 ; 58 : 552-4.
- 2 Hennebicque As, Nunes H, Brillet PY, Moulahi H, Valeyre D, Brauner MW : CT findings in severe thoracic sarcoidosis. *Eur Radiol* 2005 ; 15 : 23-30.
- 3 Raheison C, Nocent C, Tunon de Lara JM, Latrabe V, Laurent F, Taytard A : Sarcoïdose médiastinale et thrombose vasculaire : association fortuite. *Rev Mal Respir* 2001 ; 18 : 63-5.
- 4 Vahid B, Wildemore B, Marik PE : Multiple venous thrombosis in a young man with sarcoidosis : is there a relation between sarcoidosis and venous thrombosis ? *Southern Medical Journal* 2006 ; 99 : 998-9.
- 5 Rosen Y, Moon S, Huang CT, Gourin A, Lyons HA : Granulomatous pulmonary angiitis in sarcoidosis. *Arch Pathol Lab Med* 1977 ; 101 : 170-4.
- 6 Ina Y, Takada K, Yamamoto M, Sato T, Ito S, Sato S : Antiphospholipid antibodies. A prognostic factor in sarcoidosis ? *Chest* 1994 ; 105 : 1179-83.