



HAL
open science

Un syndrome micronodulaire particulier

E. Chatelain, J. Traclet, N. Freymond, C. Duval, S. Si-Mohamed, V. Cottin

► **To cite this version:**

E. Chatelain, J. Traclet, N. Freymond, C. Duval, S. Si-Mohamed, et al.. Un syndrome micronodulaire particulier. *Revue des Maladies Respiratoires*, 2020, 37 (3), pp.280-282. 10.1016/j.rmr.2020.01.004 . hal-03155714

HAL Id: hal-03155714

<https://hal.inrae.fr/hal-03155714>

Submitted on 22 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial | 4.0 International License

Rmr190195

Fascicule vert

Image et diagnostic

Un syndrome micronodulaire particulier

A special micronodular lung disease

E. Chatelain*, J. Traclet*, N. Freymond**, C. Duval***, S. Si- mohamed****, V. Cottin*

* Hôpital Louis-Pradel, Centre national de référence coordonnateur des maladies pulmonaires rares, Hospices Civils de Lyon, 69677 Lyon ; université de Lyon, université Claude-Bernard Lyon-1, UMR 754 INRA; **Hôpital Lyon Sud service de pneumologie, ***Institut de Pathologie Multi-Sites des Hospices civils de Lyon ; **** Hôpital Louis-Pradel Service d'imagerie thoracique et d'interventionnel, vincent.cottin@chu-lyon.fr

Titre court :

Un syndrome micronodulaire particulier

Reçu le : 24.07.19

Accepté le : 02.01.10

Déclaration des liens d'intérêts :

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

Observation

Ce patient de 21 ans, sans emploi, sans antécédent notable en dehors d'une consommation de tabac et de crack ainsi que d'un contage tuberculeux ancien, avait présenté il y a plusieurs mois des épisodes de toux fébrile spontanément résolutifs. La radiographie thoracique réalisée en milieu carcéral alors que le patient était asymptomatique sur le plan pulmonaire montrait des opacités nodulaires bilatérales. L'examen clinique était normal. Le scanner thoracique en coupe axiale et en fenêtres parenchymateuse et médiastinale est présenté sur la Figure 1a,b,c. Le patient fut isolé transitoirement dans l'hypothèse d'une tuberculose, éliminée par trois cultures d'expectoration négatives pour les mycobactéries. Le test de libération d'interféron était négatif. Le reste du bilan biologique montra un taux d'enzyme de conversion de l'angiotensine augmenté à 85 U/l (Norme entre 20 et 70 U/L), des anticorps anti-nucléaires négatifs, l'absence de lymphocytopénie et un taux normal de gamma-globulines. La sérologie VIH était négative. La spirométrie et la capacité de transfert du CO étaient normales. Le lavage broncho-alvéolaire a montré une formule normale, un rapport CD4/CD8 normal à 2 et les cultures de mycobactéries étaient négatives. Des biopsies d'éperons bronchiques étagées ont été réalisées (Figure 1d). Une antibiothérapie d'épreuve par amoxicilline-acide clavulanique n'avait pas permis la régression des lésions pulmonaires.

Quel est votre diagnostic ?

Discussion

Le scanner thoracique en fenêtre parenchymateuse (Figure 1a,b) montre des opacités multiples avec micronodules centro-lobulaires confluents répartis en *clusters et certains formant* le signe de la galaxie. Les lésions prédominent dans les régions supérieures et sont d'âge différent. Il existe quelques plages de condensation passive par obstruction bronchiolaire et des adénopathies hilaires non compressives bilatérales, symétriques et latéro-trachéales. Les coupes médiastinales (Figure 1c) montrent des adénopathies hilaires non compressives. Les biopsies bronchiques (Figure 1d) retrouvent des granulomes épithélioïdes et géantocellulaires sans nécrose caséuse confirmant le diagnostic de sarcoïdose médiastino-pulmonaire qui avait été évoqué devant la présence concomitante du « signe de la galaxie », de clusters de micronodules et d'adénopathies médiastino-hilaires bilatérales au scanner. Il n'a pas été retenu d'indication de corticothérapie devant l'absence de retentissement fonctionnel respiratoire chez un patient asymptomatique. Dans notre observation, malgré des lésions extensives au scanner thoracique, le patient était asymptomatique comme dans environ 50% des cas de sarcoïdose où les lésions sont découvertes de manière fortuite sur la radiographie thoracique (1).

Le signe de la galaxie, décrit en 2002 (2), correspond au scanner thoracique à la présence de nodules irréguliers mesurant généralement de 1 à 4 cm, formés par la confluence de multiples micronodules moins concentrés en périphérie et de bords irréguliers. Il correspond sur le plan histologique à un agglomérat de granulomes épithélioïdes sans nécrose caséuse. Ce signe serait présent dans 7 à 27% des cas au cours de la sarcoïdose pulmonaire (2,3) ; des adénopathies hilaires bilatérales non compressives, et une distribution lymphatique des micronodules sont le plus souvent présents et contribuent au diagnostic. L'ensemble de ces lésions sont généralement réversibles. Les principaux diagnostics différentiels sont représentés par la tuberculose pulmonaire et dans de rares cas, une fibrose progressive dans le

cadre d'une silicose, voire une néoplasie pulmonaire. Cependant, une série de 65 patients avec sarcoïdose a mis l'accent sur la spécificité de ce signe, beaucoup plus fréquemment associé à la sarcoïdose qu'à la tuberculose (4). Les patients porteurs du signe de la galaxie étaient plus jeunes et avaient un ratio CD4/CD8 plus faible au lavage broncho-alvéolaire (4). Ce signe n'était pas corrélé à la sévérité de la maladie.

Références

1. Lynch JP, Kazerooni EA, Gay SE. Pulmonary sarcoidosis. *Clin Chest Med*. 1997;18:755-87.
2. Nakatsu M, Hatabu H, Morikawa K, Uematsu H, Ohno Y, Nishimura K, et al. Large coalescent parenchymal nodules in pulmonary sarcoidosis: "sarcoid galaxy" sign. *AJR Am J Roentgenol* 2002;178:1389-93.
3. Honda O, Johkoh T, Ichikado K, Yoshida S, Mihara N, Higashi M, et al. Comparison of high resolution CT findings of sarcoidosis, lymphoma, and lymphangitic carcinoma: is there any difference of involved interstitium? *J Comput Assist Tomogr* 1999;23:374-9.
4. Koide T, Saraya T, Tsukahara Y, Bonella F, Börner E, Ishida M, et al. Clinical significance of the "galaxy sign" in patients with pulmonary sarcoidosis in a Japanese single-center cohort. *Sarcoidosis Vasc Diffuse Lung Dis* 2016;33:247–52.

Légende des figures

Figure 1.

A et B. Scanner thoracique en fenêtre parenchymateuse montrant la présence concomitante du signe de la galaxie (flèches noires) et du signe du cluster (flèches blanches).

C. Scanner thoracique en fenêtre médiastinale.

D. Aspect histopathologique d'une biopsie d'éperon bronchique avec présence granulomes épithélioïdes et géantocellulaires (flèche).

