# Cholécystite granulomateuse : Et si c'était une sarcoïdose ?

**1er Auteur : Imène, RACHDHI, service de médecine interne Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie**

Autres auteurs :

- Arij Soli, service de médecine interne Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie
- Ibrahim Arbaoui, service de médecine interne Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie
- Mehdi Somai, service de médecine interne Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie
- Besma Ben Dhaou, service de médecine interne Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie
- Fatma Boussema, service de médecine interne Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie
- Fatma Daoud, service de médecine interne Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie
- Zohra Aydi, service de médecine interne Hôpital Habib Thameur, Tunis, Tunisie

## Introduction :

La sarcoïdose est une maladie systémique granulomateuse caractérisée par la formation de granulomes épithélioïdes sans nécrose caséeuse . L'atteinte vésiculaire reste exceptionnelle et rarement rapportée dans la littérature.

Nous rapportons un cas de sarcoïdose systémique révélée de façon fortuite par l'examen histologique d'une vésicule biliaire.

## Observation :

Il s'agit d'une femme âgée de 56 ans, opérée pour cholécystite aiguë lithiasique. L'examen anatomopathologique de la vésicule biliaire a mis en évidence une cholécystite chronique diverticulaire avec cholestérolose, associée à une adénite granulomateuse épithélioïde et giganto-cellulaire sans nécrose caséeuse.

**Examen physique :**

- Bon état général avec présence de râles crépitants bibasaux.
- Abdomen souple dépressible sans organomégalie.

**Biologie :**

- Lymphopénie à 1 400/µL
- Anémie hypochrome microcytaire à 11,9 g/dL
- Cytolyse hépatique modérée (ASAT 56UI/L, ALAT 34 UI/L)
- Syndrome inflammatoire modéré (CRP 8 mg/L, VS 33 mm/h)
- Hypergammaglobulinémie polyclonale à 12,9 g/L
- Bilan phospho-calcique sanguin et urinaire était normal.
- Recherche de BK dans les crachats et l'IDR à la tuberculine étaient négatives.

**Radiologie :**

- La radiographie thoracique montrait un élargissement hilaire bilatéral avec syndrome interstitiel basal, compatible avec un stade II de sarcoïdose pulmonaire.
- La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne révélait des adénopathies médiastinales et hilaires bilatérales sans atteinte parenchymateuse pulmonaire, associées à de multiples micronodules spléniques hypodenses sans hépatomégalie.

**Bilan immunologique :**

- L'enzyme de conversion de l'angiotensine était élevée à 109 UI (N < 52).
- Le bilan immunologique (AAN et ANCA) était négatif.

**Biopsie des glandes salivaires accessoires :** confirmait la présence de granulomes épithélioïdes sans nécrose.

**Le lavage broncho-alvéolaire** révélait une alvéolite lymphocytaire à 45 % (N < 15 %).

- L'exploration fonctionnelle respiratoire était normale .

→ Le diagnostic d'une sarcoïdose systémique a été retenu.

**Evolution:**

Favorable avec régression sponatnée des adénopathies thoraciques et des nodules spléniques au scanner de contrôle à 12 mois, sans nécessité de corticothérapie.

## Conclusion :

la sarcoïdose peut se révéler dans des localisations inhabituelles comme la vésicule biliaire. Devant tout granulome épithélioïde sans nécrose caséeuse, un bilan d'extension s'impose pour rechercher une atteinte multi systémique.

L'évolution spontanément favorable illustre parfaitement l'hétérogénéité pronostique de la sarcoïdose et justifie une approche thérapeutique individualisée..