13ème Congrès Somipev-Zerouali
Savoy Le Grand Hôtel Marrakech
5, 6 et 7 décembre 2025

Et si la neurosarcoïdose n'était pas plutôt une tuberculose?

D. Mbiyuku, K. Weyo, G. Bennani, F. Harim, K. Chbani, F. Ailal, I. Chahid

[1]Service de Pédiatrie 3, unité de neurologie pédiatrique, Hôpital d'enfants Abderrahim Harouchi, CHU IBN Rochd, Casablanca, Maroc
[2]Service de Pédiatrie 1, Hôpital d'enfants Abderrahim Harouchi, CHU IBN Rochd, Casablanca, Maroc
[3]Service de Radiologie, Hôpital d'enfants Abderrahim Harouchi, CHU IBN Rochd, Casablanca, Maroc

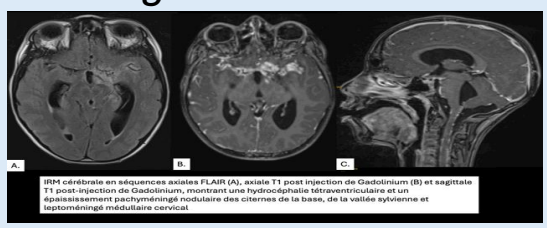
Introduction

- La méningite tuberculeuse demeure une cause fréquente de méningite chronique dans les pays d'endémie.
- Toutefois, certaines affections granulomateuses non infectieuses, telles que la neurosarcoïdose, peuvent en reproduire fidèlement le tableau clinique et radiologique, rendant le diagnostic différentiel particulièrement complexe.

Observation

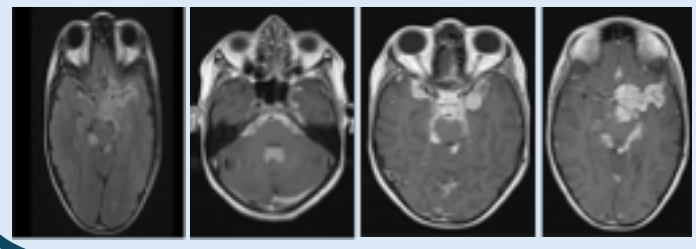
- Enfant de 13 ans, de sexe masculin
- Ayant comme antécédents: consommation du lait non pasteurisé.
- Admis pour un syndrome d'hypertension intracrânienne fébrile, associé à des crises convulsives et une altération de l'état général.
- L'analyse du liquide céphalo-rachidien (LCR) retrouvait une hyperprotéinorachie importante, une hyperglycorachie et l'absence de Mycobacterium tuberculosis.
- L'IRM cérébrale montrait une prise de contraste méningée nodulaire basale et médullaire, évoquant une méningite tuberculeuse.
- Un traitement antibacillaire a donc été instauré.
- Devant l'absence d'amélioration clinique, une TDM cérébrale a été réalisée, objectivant une méningite basilaire d'origine tuberculeuse probable compliquée d'hydrocéphalie tétra ventriculaire d'allure active, ayant nécessité la mise en place d'une dérivation ventriculo-péritonéale.
- Malgré cette prise en charge, l'état neurologique du patient s'est aggravé, avec l'apparition de céphalées, rachialgies, lombalgies et troubles de la marche.
- Une IRM cérébro-médullaire a alors montré une atteinte leptoméningée cérébrale et médullaire diffuse.
- Le bilan étiologique a révélé une élévation de l'enzyme de conversion de l'angiotensine, une vitamine D normale, et un LCR toujours marqué par une hyperprotéinorachie, une hyperglycorachie, sans bandes oligoclonales.
- La TDM thoracique était normale.
- L'IRM de contrôle mettait en évidence une majoration des lésions nodulaires méningées, suggérant une cause granulomateuse non infectieuse.
- Le diagnostic de la neurosarcoïdose a alors été retenu, et un traitement associant corticoïdes et immunosuppresseurs a permis une amélioration clinique notable.

Images



IRM cérébrale en séquences axiales FLAIR (A), axiale T1 post injection de Gadolinium (B) et sagittale T1 post-injection de Gadolinium, montrant une hydrocéphalie tétraventriculaire et un épaississement pachyméningé nodulaire des citernes de la base, de la vallée sylvienne et leptoméningé médullaire cervical





Images axiales en pondération FLAIR et T1 écho de spin post injection de Gadolinium mettant en évidence un important épaississement pachyméningé nodulaire au niveau des citernes de la base, de la vallée sylvienne et des pôles temporaux.

Discussion

- la méningite tuberculeuse et La neurosarcoïdose partagent de nombreux éléments cliniques, biologiques et radiologiques.
- Les deux maladies peuvent provoquer atteinte des nerfs crâniens (25–50 % dans la neurosarcoïdose, 30–40 % dans la tuberculose), les signes d'hypertension intracrânienne (10–30 %) [1].
- Les deux affections donnent l'hyperprotéinorachie (80–90 % dans la neurosarcoïdose, 90 % dans la tuberculose).
- À l'IRM, les deux maladies peuvent montrer une prise de contraste méningée basale et des nodules parenchymateux. Une étude montre que l'IRM a une précision diagnostique d'environ 50–60 % seulement pour différencier tuberculose et neurosarcoïdose[2].
- Plusieurs études montrent des erreurs diagnostiques fréquentes, une étude marocaine rapporte que 18 % des cas initialement diagnostiqués comme neurosarcoïdose étaient en réalité une tuberculose[3], en Inde, ce taux atteint 30 % [4].
- Dans les zones endémiques, la tuberculose doit rester le diagnostic prioritaire, car l'erreur diagnostique a des conséquences graves.

Conclusion

Ce cas illustre la difficulté diagnostique entre méningite tuberculeuse et neurosarcoïdose, en particulier dans les zones d'endémie tuberculeuse, et souligne l'importance d'un examen anatomopathologique pour confirmer la nature de l'infiltrat granulomateux.

Références

1. Pawar S et al. Clinical profile of tuberculous meningitis. Neurol India. 2017.
2. Bathla G et al. *Differentiating CNS sarcoidosis from TB.* Acta Radiologica. 2018
3. Boudjarane MA et al. Diagnostic pitfalls of neurosarcoidosis in TB-endemic regions. Pan Afr Med J. 2021
4. Sharma SK, Mohan A. TB in high-burden countries. Indian J Med Res. 2019