

Quiz FMH 46

Présentation du cas

Jimmy, âgé de 7 ans, vous est présenté par son papa, agriculteur, avec la problématique suivante: il a constaté chez son fils, il y a deux semaines, une «glande» au cou qui depuis a grossi et a atteint un diamètre de 3 cm environ. L'état général de Jimmy est inchangé et bon; il n'a pas eu d'angine ou de fièvre, ni avant ni après l'apparition de cette «glande».

Question 1

Nommez trois indications anamnestiques supplémentaires, essentielles pour le diagnostic différentiel.

Question 2

L'examen clinique révèle une adénopathie cervicale droite de 3.5 x 2.5 cm. Elle est

homogène, ferme, solide, indolore et mobile par rapport à la peau et aux tissus sous-jacents. La peau sus-jacente ne présente pas de particularité. L'examen ORL et dentaire sont normaux. On ne constate pas d'autres adénopathies, ni hépatosplénomégalie. Jimmy est afebrile.

Vous soupçonnez une origine infectieuse de cette adénopathie. Nommez six germes susceptibles de provoquer une telle pathologie.

Question 3

En deuxième lieu vous pensez à une origine néoplasique, p. ex. une maladie de Hodgkin ou un lymphome malin non-hodgkinnien (LNH).

Nommez deux procédés d'imagerie permettant de confirmer ou d'écarter cette suspicion.

Question 4

Nommez deux examens de biochimie sanguine souvent pathologiques en cas de LNH.

Question 5

L'anamnèse vous apprend que Jimmy joue souvent avec les petits chats de la ferme; vous soupçonnez donc une maladie des griffes du chat (cat scratch disease).

Vous demandez une analyse sérologique spécifique. Quels résultats attendez-vous chez Jimmy (nommez IgG et IgM)?

Question 6

Les analyses sérologiques confirment le diagnostic que vous soupçonnez. Quelles sont les complications possibles de cette maladie à l'évolution habituellement bénigne? Nommez-en au moins trois (ne nommez pas la suppuration à partir des adénopathies locales).



Réponse 1

- Est-ce que la «glande» est douloureuse?
- Est-ce que Jimmy est en contact avec des animaux (chats, chiens, moutons etc.)?
- Présence de symptômes B (perte de poids > 10% du poids corporel, sueurs nocturnes)?
- Séjours à l'étranger?
- Possible contact avec une personne atteinte de tbc?

Réponse 2

- Virus d'Epstein-Barr (VEB)
- CMV
- Toxoplasma gondii
- Adénovirus
- VIH 1/2
- Mycobactéries (du type tbc et du type non-tbc, mycobactéries atypiques)
- Bartonella henselae

Réponse 3

- Radiographie du thorax face et profil.
- Echographie abdominale.

Réponse 4

- Taux élevé de la lactate deshydrogénase
- Taux élevé de l'acide urique
- Plus rarement hyperkaliémie ou hyperphosphatémie

Réponse 5

IgM et IgG positifs pour Bartonella henselae.

Réponse 6

- Syndrome oculoglandulaire de Parinaud
- Méningoencéphalite
- Foyers d'ostéolyse
- Granulomes hépatospléniques
- PTI
- Erythème noueux

Commentaire

Martin H. Schöni, Berne

Traduction: Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Le cas présenté dans ce quiz illustre la problématique du diagnostic différentiel de l'adénopathie cervicale. Les particularités de ce cas n'ont rien de spectaculaire, elles sont d'autant plus informatives: il s'agit d'un enfant qui grandit dans un environnement rural, sans notion de contagion par une maladie infectieuse (aussi lors d'un éventuel séjour à l'étranger), l'anamnèse est courte de deux semaines, ne relevant aucun autre symptôme (symptômes B);

status local marqué, indolore, status général normal. L'anamnèse approfondie met en évidence un contact avec des chatons, suggérant une maladie des griffes du chat. Au vu de cette anamnèse, les autres diagnostics différentiels évoqués, en particulier une affection maligne au sens large du terme ou une infection d'autre origine, sont peu probables. Pour une tuberculose classique ou une infection à HIV manquent les éléments anamnétiques d'exposition autant que les symptômes spécifiques. Le garçon ne présente pas non plus les symptômes accessoires d'une infection à VEB ou CMV (fièvre, hépatosplénomégalie, angine, éventuellement douleurs musculaires et articulaires etc.). Les symptômes accessoires d'une infection à mycobactéries atypiques ou d'un lymphome non-hodgkinien manquent également, bien qu'ils ne soient pas présents obligatoirement. Une lymphadénopathie accompagnée de sueurs nocturnes, d'une fièvre d'origine inconnue, d'une éventuelle éosinophilie, d'une perte de poids et d'autres signes cliniques non spécifiques doit faire penser à une maladie de Hodgkin. Un simple frottis sanguin peut être indicatif. L'anamnèse de contact avec des chats, le status sinon normal et l'absence de symptômes B rendent les investigations par LDH, acide urique ou dosage d'électrolytes presque excessifs. En pratique on peut, dans un premier temps, faire l'économie de ces examens. L'anamnèse, le status local et la sérologie pour Bartonella henselae (BH) sont diagnostiques. Un résultat sérologique négatif exige des investigations supplémentaires, positif, il confirme le diagnostic.

Les chats, typiquement les jeunes chats, sont le réservoir principal de BH. Suite à une griffure, une petite papule se forme, après quelques jours, au lieu d'inoculation et deux semaines plus tard une adénopathie régionale. Celle-ci est classiquement cervicale, mais souvent aussi axillaire, épitrochléaire ou supraclaviculaire et sous-mandibulaire. Les symptômes accompagnant l'infection sont discrets. Chez 85% des patients une seule région ganglionnaire est touchée; 10% de ces ganglions deviennent fluctuants. L'autoinoculation ou une griffure à proximité des yeux peut provoquer le syndrome oculoglandulaire de Parinaud, composé d'une conjonctivite, de granulomes conjonctivaux et adénopathies préauriculaires; les complications sé-

rieuses sont pour ainsi dire inexistantes. Rarement survient une généralisation avec atteinte hépatique et splénique, surtout chez le patient immunosupprimé. Parfois l'infection se manifeste par une fièvre d'origine indéterminée (FUO: fever of unknown origin). Dans presque 40% des cas de FUO la sérologie pour BH est positive. Dans ces cas VS et PCR sont élevées. L'imagerie abdominale est rarement nécessaire; le CT-scan abdominal montrerait éventuellement de multiples aires hypodenses, correspondant à des granulomes nécrotiques qui peuvent être observés aussi à l'échographie. Le diagnostic différentiel d'une adénopathie fluctuante, abcédante, par échographie est obsolète, la palpation permettant d'arriver aux mêmes conclusions. La délimitation d'une infection à mycobactéries atypiques est difficile; devant une anamnèse négative (pas d'exposition à tbc) et un test tuberculinique positif, seule la mise en évidence du germe par biopsie permet d'assurer le diagnostic. Dans des situations peu claires (immigrants, séjour à l'étranger, cas familial, etc.), le test tuberculinique est indiqué, malgré ses avantages et désavantages; on effectuera alors aussi une radiographie du thorax.

L'adénopathie isolée, peu spectaculaire, avec un lieu d'inoculation cutané banal est typique pour cette affection qui se manifeste surtout pendant l'enfance.

Plus de 1900 références PubMed sous le mot-clé «cat scratch disease» illustrent la grande variété de la maladie. Un grand nombre de ces publications relatent des cas au type et lieux de manifestation rares. Globalement il est rappelé qu'en présence d'une lymphadénite atypique, une sérologie pour BH vaut toujours la peine d'être effectuée. Le contact avec un chat n'est pas toujours détecté.

Dans tout de même environ 2% des cas, la maladie se généralise et apparaît une neurorétinite, avec fièvre, état général réduit et vision floue d'un côté. Des troubles de la vue pas clairs, apparaissant soudainement avec de la fièvre doivent faire penser à une neuronite. Un grand nombre de manifestations neurologiques (encéphalite, ataxie, radiculite et myélite transverse) ont été décrites, de même que des symptômes musculo-squelettiques (myalgie, arthrite,

arthralgie, ostéomyélite avec ostéolyses, etc.). Des phénomènes atypiques se manifestent surtout à l'âge adulte et comprennent hypercalcémie, adénopathies de la tête et de la nuque, pneumonies, épanchements pleuraux, thrombopénie, association avec l'érythème noueux, choc septique, etc. Ces symptômes atypiques de l'adulte sont souvent méconnus et le diagnostic n'est posé qu'après de longues recherches. On propose qu'au moins trois des 4 signes typiques soient présents pour affirmer le diagnostic: 1. contact avec un chat, 2. sérologie négative pour d'autres maladies infectieuses (VEB, toxoplasmose, CMV, adénovirus, tularémie), 3. sérologie positive pour BH (enzyme immunoassay EIA ou méthode indirecte par fluorescence IFA), 4. biopsie et PCR positive et/ou histologie granulomateuse. Si l'anamnèse est typique, la sérologie positive suffit à étayer le diagnostic. L'immunoassay pour les anticorps IgG n'est pas exempt de problèmes (p. ex. réactions croisées avec *Bartonella quintana*) et leur sensibilité n'est pas optimale, des résultats faussement positifs se trouvant chez 4–6% des personnes sensibilisées. Le taux d'IgM est diagnostique pour une infection récente, mais ne persiste que peu de temps. En général des taux d'IgG 1:64–1:256 sont suspects, des taux > 1:256 ont valeur diagnostique, la confirmation étant apportée par la montée du taux d'anticorps.

La bactérie gram négative n'est pas facile à cultiver et nécessite des techniques particulières; les hémocultures sont presque toujours négatives. Les tests basés sur la PCR sont très spécifiques et permettent de discriminer entre les différents types de *Bartonella*, mais la sensibilité n'est pas suffisante (43–76% selon l'étude). Cet examen est judicieux à partir d'échantillons de tissu, la sensibilité étant trop faible pour le sérum.

Généralement la lymphadénite disparaît sans traitement. Les données de la littérature concernant l'efficacité des antibiotiques se fondent sur des descriptions de cas ou sur de petites séries; il existe une seule étude prospective randomisée (Bass et al.). A partir de ces données il est conseillé:

Lymphadénite: en règle générale pas de traitement ou 5 jours par azithromycine,

premier jour 10 mg/kg, suivi de 4 jours 5 mg/kg pour les patients pesant moins de 45 kg. En cas d'intolérance, éventuellement clarithromycine, rifampicine, co-trimoxazole ou ciprofloxacine en dosage habituel pour enfants.

Atteinte hépatique et fièvre: rifampicine seule pour 10–14 jours, mieux en combinaison avec éventuellement gentamycine ou azithromycine.

Neurorétinite ou neuronite: pour les adultes doxycycline plus rifampicine, pour les enfants en dessous de 8 ans azithromycine ou co-trimoxazole.

Dans les cas non problématiques on peut s'attendre à une résolution de l'adénopathie (avec ou sans antibiotiques) dans les (2)–4–6 mois. Le drainage chirurgical est conseillé dans les cas où il y a formation d'abcès.

Références

UpToDate. (www.uptodate.com) Mikrobiology, epidemiology, clinical manifestations and diagnosis of cat scratch disease, Version 2011. David H. Spach and Sheldon L Kaplan.

Weinspach S, Tenenbaum T, Schönberger S, Schaper J, Engers R, Rueggeberg J, Mackenzie CR, Wolf A, Mayatepek E, Schrotten H. Cat scratch disease-heterogeneous in clinical presentation: five unusual cases of an infection caused by *Bartonella henselae*. *Klin Padiatr*. 2010; 222: 73–8.

Bass JW, Freitas BC, Freitas AD et al. Prospective randomized double blind placebo-controlled evaluation of azithromycin for treatment of cat-scratch disease. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17: 447.

Correspondance

Prof. Dr Martin H. Schöni
Clinique pédiatrique universitaire Berne
3013 Berne
martin-heinrich.schoeni@insel.ch