

# Cas clinique

Zoonoses

- Patient de 40 ans, sans ATCD médicaux, habitant en Alsace.
- adénopathie axillaire inflammatoire
- biologie normale
- sérologies négatives

# Quel diagnostic peut on envisager devant cette adénopathie ? (argumenter)

- Cause infectieuse
  - Infections virales
  - Maladies d'inoculation
    - Pyogènes
    - Zoonoses : bactéries, mycobactéries, toxoplasma
    - IST
  - Tuberculose
  - Infections parasitaires
- Cause tumorale
  - Hémopathie
  - Cancers solides
- Cause inflammatoire
  - Connectivites
  - sarcoïdose

# Quels examens d'imagerie vous paraissent intéressants ?

## Pourquoi ?

- Echographie
  - Evalue avec précision la taille de l'adénopathie
  - Permet le diagnostic différentiel (parotide...)
  - Evalue le caractère inflammatoire ou liquidien de l'adénopathie
  - adénopathie nécrotique et inflammatoire
- TDM TAP (sueurs nocturnes)
  - Evalue le caractère disséminé des adénopathies
  - Permet de rechercher une tumeur ou une hépatomégalie, ou une splénomégalie
  - Interprétation radiologique : lésion hépatiques et spléniques en faveur d'abcès
- Echographie hépatique
  - lésions hypodenses hétérogènes multiples du foie et de la rate,

# Comment parvenir au diagnostic étiologique ?

- Sérologie *Bartonella henselae* réalisée 10 jours plus tard
- Biopsie vs exérèse
- Ponction ganglionnaire : culture bactérienne négative
- Biopsie des lésions hépatiques

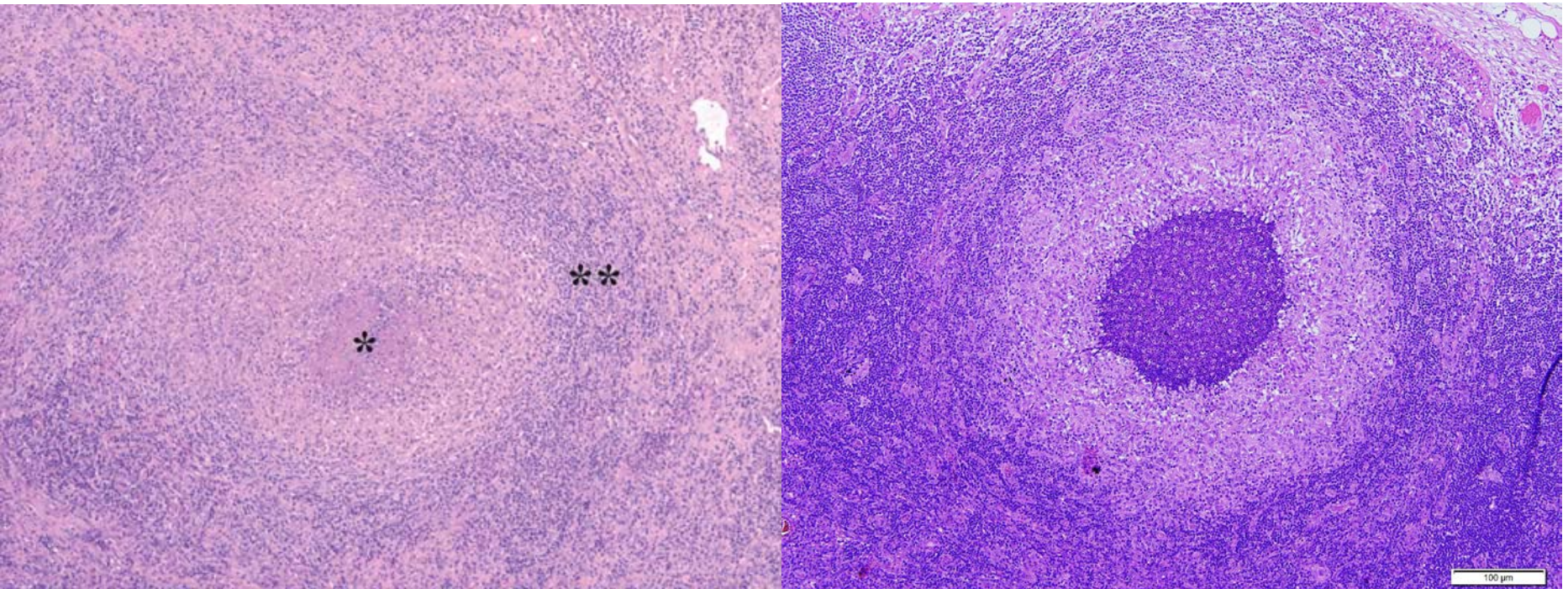
# Résultats

- Sérologie *Bartonella henselae* positive à 1/1024
- Présence de *Bartonella* par PCR sur la ponction ganglionnaire
- Granulome giganto cellulaire nécrotique avec nécrose pyogène.
- TEP TDM
  - Aspect scintigraphique d'envahissement tumoral malin abdominal massif sous la forme de multiples lésions hépatiques et spléniques accompagnées de lésions ganglionnaires splénique, hépatiques rétropéritonéales et coelio mésentériques. Le médiastin inférieur est également concerné par deux lésions tumorales malignes ainsi que le rachis cervico thoracique avec au moins 3 lésions osseuses malignes. L'hypothèse la plus vraisemblable serait celle d'une tumeur pancréatique corporéo céphalique. L'hypothèse lymphomateuse ne peut être formellement exclue.

# Diagnostic de la maladie des griffes du chat

- Méthodes diagnostiques
  - Culture : très peu sensible, très longue
  - Sérologie
    - sensibilité 50 à 88 % selon les techniques (immuno fluorescence et tests immunoenzymatiques)
    - spécificité faible
  - PCR
    - sensibilité 80 % environ,
    - spécificité 100 %

# Histologie

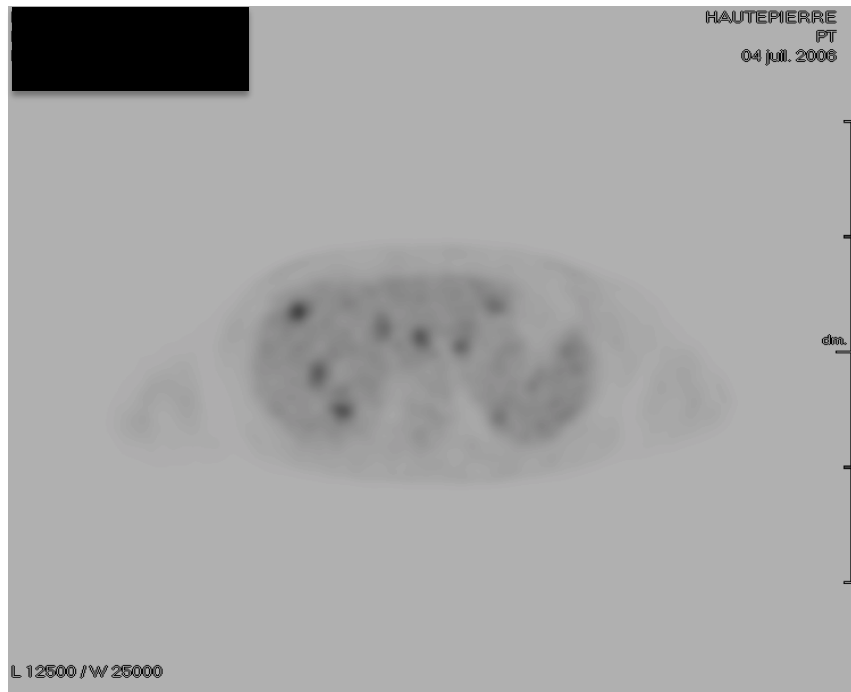


centre nécrotique avec des polynucléaires neutrophiles altérés entouré d'une palissade d'histiocytes épithélioïdes.



# Imagerie

- Non spécifique : lésions granulomateuses
- Apport TEP TDM ?



Quel traitement peut on proposer ?

# Traitement infections à *Bartonella*

- sensibilité in vitro
  - macrolides, cyclines, aminosides, rifampicine, fluoroquinolones.
  - Variable selon les techniques de cultures utilisées,
  - aminosides bactéricides.

# Traitement

## maladie des griffes du chat

- méta analyse maladies des griffes du chat
  - Pas de supériorité d'un antibiotique
  - Pas de supériorité de l'antibiothérapie  
(Prutzky, Intern J Inf Dis, 2013 ; 17 : e 811-e819)
- Macrolides
  - efficaces dans les formes angioprolifératives de l'immunodéprimé (activité propre sur la prolifération endothéliale)
  - Il existe des résistances acquises (mutation sur le ribosome 23S).
  - Bonne activité dans la maladie des griffes du chat de l'enfant  
(Bass JW, Pediatr Infect Dis J. 1998;17:447-52)
- Les autres antibiotiques
  - la rifampicine, la ciprofloxacine, la gentamicine et le cotrimoxazole.

# Traitement

## autres formes de bartonelloses

- Endocardites
  - doxycycline utilisée
  - $\beta$ -lactamines, souvent en association avec des aminosides : résultats souvent satisfaisants.
- Encéphalites
  - doxycycline ou l'azithromycine malgré la faible diffusion de ces antibiotiques dans le système nerveux central.
  - Intérêt de la rifampicine dans les formes sévères
- Bactériémies à *B. quintana*,
  - ceftriaxone, relayée par l'azithromycine ou l'érythromycine, 4 semaines de traitement.
  - gentamicine (3 mg/kg par jour) 2 semaines, associé à la doxycycline 200 mg/j pendant 4 semaines.
- Fièvre de Oroya due à *B. bacilliformis*
  - pénicilline, tétracyclines, érythromycine.
  - Historiquement, chloramphénicol reste le traitement de référence.
- Fièvre des tranchées
  - traitements historiques : tétracyclines ou phénicolés.
- Angiomatose bacillaire
  - efficacité avérée des macrolides.

# Evolution sous traitement



HAUTPIERRE  
PT  
06 nov. 2006

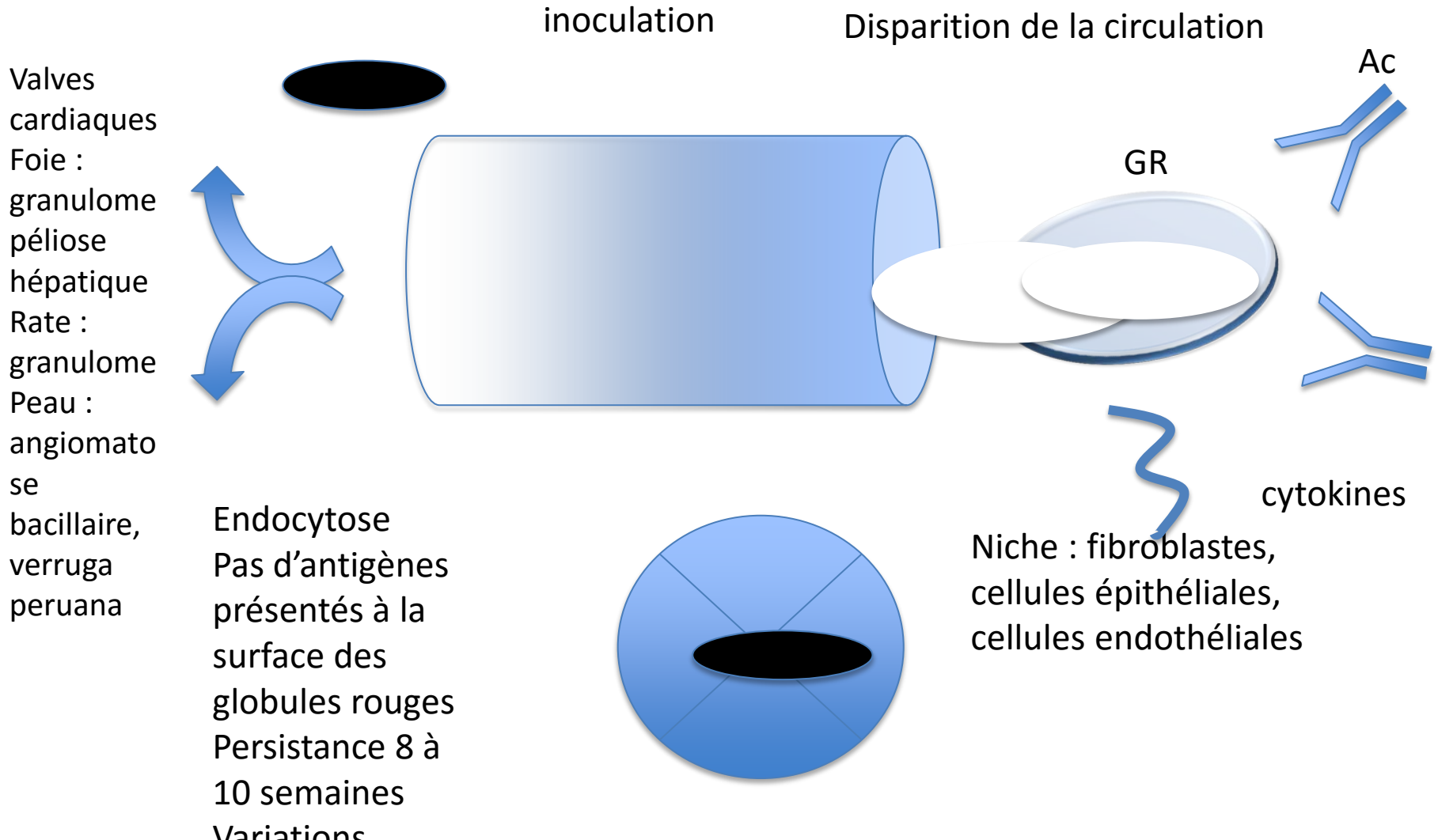


L 12500 / W 25000

# Physiopathologie

- Manifestations dépendant de l'hôte et de sa capacité à se défendre

# Diffusion tissulaire





# Interactions cellulaires

