

La lymphadénite de Piringer Kuchinka chez l'enfant immunocompétent et revue de la littérature

[Piringer Kuchinka lymphadenitis in children immunocompetent and literature review]

Soukaina Sediki¹⁻², Mariam Erradi¹⁻², Ilham Tadmouri¹⁻², and Moustapha Hida¹⁻²

¹Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, Université Sidi Mohamed Ben Abdellah, Fès, Maroc

²Service des urgences pédiatriques, Hôpital Mère-Enfant, CHU Hassan II, Fès, Maroc

Copyright © 2020 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: Piringer Kuchinka lymphadenitis or toxoplasmic lymphadenitis is diagnosed histologically and confirmed by serological tests. Toxoplasmosis is a parasitic infection caused by an opportunistic protozoan: *Toxoplasma gondii*, often asymptomatic in the immunocompetent subject, without recourse to specific treatment. We report a case of Piringer Kuchinka adenitis revealing active toxoplasmosis in an immunocompetent child.

KEYWORDS: lymph node, toxoplasma, Piringer-Kuchinka lymphadenopathy.

RÉSUMÉ: La lymphadénite de Piringer Kuchinka ou la lymphadénite toxoplasmique est diagnostiquée histologiquement et confirmée par des tests sérologiques. La toxoplasmose est une infection parasitaire due à un protozoaire opportuniste: *Toxoplasma gondii*, souvent asymptomatique chez le sujet immunocompétent, sans recours à un traitement spécifique. Nous rapportons un cas d'adénite de Piringer Kuchinka dévoilant une toxoplasmose évolutive chez un enfant immunocompétent.

MOTS-CLEFS: Adénopathie, Toxoplasmose, Lymphadénite de piringer kushinka.

1 INTRODUCTION

La toxoplasmose est une infection ubiquitaire causée par le parasite protozoaire intracellulaire, *Toxoplasma gondii*. A l'échelle internationale, la séroprévalence de *Toxoplasma gondii* est fortement variable, aux États-Unis, une séroprévalence de 9% a été signalée en 1999-2004 chez des personnes de 12 à 49 ans [1]. Dans le centre de l'Iran, une prévalence de 41, 4% a été publiée [2]. En Europe, il est prouvé que le fardeau de la toxoplasmose congénitale est plus faible en Europe du nord que dans le reste du continent [3].

La présentation histologique de la lymphadénite toxoplasmique est spécifique de la maladie, ce qui rend la lymphadénite de piringer kushinka une entité histopathologique rare mais à laquelle le clinicien doit penser devant une adénite cervicale chez l'enfant [4, 5].

A ce propos, Nous allons décrire un cas de lymphadénite de piringer kushinka d'origine toxoplasmique chez un enfant immunocompétent.

2 OBSERVATION

Enfant de 5 ans et demi, de sexe masculin, sans antécédents pathologiques notables, notamment pas de contage tuberculeux récent. L'enfant consulte pour un bilan étiologique d'adénopathies (ADP) cervicales trainantes depuis un mois et demi associé à une fièvre modérée intermittente chiffrée à 38.5°C avec une conservation de l'état général.

A l'examen clinique l'enfant est apyrétique, en bon état général. L'examen des aires ganglionnaires objective des adénopathies cervicales mesurant 1.5 cm et 2 cm en bilatéral sans signes inflammatoires en regard et les autres aires ganglionnaires sont libres. L'examen abdomino-pelvien: pas d'hépatosplénomégalie. Pas de douleur osseuse ni articulaire ni de signes respiratoires. L'examen ORL pas d'otite ni d'angine et la gorge était propre. Pas de caries dentaires.

L'hémogramme sanguin a objectivé une hyper éosinophilie à 800 éléments/mm³ avec frottis normal. Le bilan inflammatoire est revenu négatif: la vitesse de sédimentation et la ferritinémie étaient normales. Le bilan physiologique à base de deux séries de 3BK crachats ainsi que l'intradermoréaction à la tuberculine sont revenues négatives ainsi que le bilan d'auto-immunité était négatif (les anticorps antinucléaires et les anticorps anti DNA natifs négatifs). La radiographie thoracique de face n'a pas montré d'élargissement médiastinal ou d'adp médiastinale ni d'atteinte du parenchyme pulmonaire. L'échographie cervicale a objectivé une adénopathie cervicale droite de 2 cm et une autre à gauche de 1.7 cm de grand axe sans nécrose au centre, d'allure bénigne.

Vue la négativité du bilan étiologique ainsi que le Maroc est un pays d'endémie pour la tuberculose, la biopsie ganglionnaire a été réalisée avec étude anatomo-pathologique montrant l'architecture ganglionnaire est globalement conservée. La zone corticale comporte des follicules lymphoïdes hyperplasiques à centre clair développé riche en macrophages à corps tingibles. Les sinus sous capsulaires et médullaires sont dilatés et hébergeant une population cellulaire polymorphe plus ou moins riche en histiocytes et en lymphocytes monocytoides. Dans les territoires corticaux profonds on note des nids épars de cellules épithéloïdes grignotant souvent les centres germinatifs. Il existe par ailleurs une hyperplasie des veinules post-capillaires. Il s'agit d'une lymphadénite de Piringer Kuchinka évoquant en premier lieu une toxoplasmose. Ce résultat histologique était fortement spécifique de la toxoplasmose d'où la réalisation de la sérologie de toxoplasmose objectivant à 2 reprises des Ig M positifs à 5U/ml et des Ig G positifs supérieurs à 150 U/ml. Les sérologies de la Syphilis, HIV, CMV étaient négatives.

Le patient était traité par spiramycine (Rovamycine®) à la dose de 3.2 millions par jour pendant 21 jours. L'évolution à 3 mois de recul est favorable avec disparition des adénopathies et de la fièvre ainsi que l'hyper éosinophilie.

3 DISCUSSION

La lymphadénite de Piringer Kuchinka ou La lymphadénite toxoplasmique est diagnostiquée histologiquement et confirmée par des tests sérologiques. La toxoplasmose est une infection parasitaire due à un protozoaire opportuniste: *Toxoplasma gondii*; souvent asymptomatique chez le sujet immunocompétent [6].

La triade histologique de microgranulomes avec hyperplasie folliculaire et hyperplasie des cellules B monocytoides est connue sous le nom de lymphadénite Piringer-Kuchinka indiquant généralement une infection à toxoplasme. Cependant, cette entité anatomopathologique non spécifique; pouvant être le mode révélateur de plusieurs processus infectieux et inflammatoires. [4, 6]

L'infection par *Toxoplasma gondii* est généralement asymptomatique chez le sujet immunocompétent et aucun traitement spécifique n'est requis. Moins de 10% des sujets infectés présentent des signes cliniques [7]. La lymphadénite toxoplasmique implique le plus souvent des ganglions lymphatiques dans la tête et le cou [7, 8]. Les principaux symptômes cliniques ne sont pas spécifiques et comprennent asthénie, fièvre, céphalée et arthralgie [6, 7].

La signification Clinique extranodale de la maladie est rare chez les immunocompétents mais une myocardite, péricardite, myosite, pneumonie, une chorioretinite et une encéphalite peuvent survenir [7].

La constatation d'adénopathies cervicales chez l'enfant ou l'adulte jeune qui est un motif de consultation très fréquent, incitant une vigilance particulière afin d'écartier les diagnostics différentiels à la lymphadénite toxoplasmique. Les diagnostics les plus évoqués sont d'origine infectieuse dont les agents pathogènes les plus incriminés sont des virus, des bactéries et des mycobactéries (tuberculosis mais rare), or, une Syphilis peut être à l'origine d'une lymphadénite cervicale comme c'était rapporté dans l'étude de Manuel Moreno-Sánchez et al [8]. Les maladies auto-immunes (le lupus et la polyarthrite rhumatoïde), les maladies lympho-prolifératives et les causes tumorales (maladie de Hodgking et non Hodgking) [9-10].

La lymphadénite de Piringer Kuchinka secondaire à la toxoplasmose disparaît souvent spontanément mais la persistance des symptômes comme c'était le cas pour notre patient peut indiquer la mise en place d'un traitement Gudrun Peters et al.

Ont démontrés que la surveillance clinique et sérologique de la lymphadénite toxoplasmique chez un sujet immunocompétent est suffisante ne nécessitant aucun traitement spécifique ou des investigations particulières [8].

4 CONCLUSION

La lymphadénite cervicale à *Toxoplasma gondii* peut mimer différents tableaux étiologiques d'où l'intérêt d'y penser devant toute lymphadénopathie trainante. Seuls les tests sérologiques et l'examen anatomopathologique qui constituent la pierre angulaire du diagnostic de certitude de cette entité. Le diagnostic de la lymphadénite de Píringer-Kushinka doit être gardée à l'esprit du médecin et de l'évoquer devant des ADP cervicales trainantes.

REFERENCES

- [1] Elmore SA, Jones JL, Conrad PA, Patton S, Lindsay DS, Dubey JP. *Toxoplasma gondii*: Epidemiology, feline clinical aspects, and prevention. *Trends Parasitol* 2010; 26: 190–196.
- [2] Mostafavi SN, Atefi B, Nokhodian Z, Yaran M, Babak A: Sero epidemiology of *Toxoplasma gondii* infection in Isfahan province, central Iran: a population based study. *J Res Med Sci* 2011; 16: 496–501.
- [3] Boubaker K, Raebler PA, Vaudaux B, Bucher HC, Garweg JG, Hoesli I, Kind C, Hohlfeld P: Toxoplasmosis during pregnancy and infancy. A new approach for Switzerland. *Swiss Med Wkly* 2008; 138 (suppl 168): 1–8.
- [4] Píringer-Kuchinka A, Martin I, Thalhammer O: Superior cerviconuchal lymphadenitis with small groups of epithelioid cell proliferation. *Virchows Arch (Pathol Anat)*. 1958; 331: 522-535.
- [5] Miettinen M: Histologic differential diagnosis between lymph node toxoplasmosis and other benign lymph node hyperplasia. *Histopathology* 5: 205-216, 1981.
- [6] Shigeyuki Asano Granulomatous: Lymphadenitis. *J Clin Exp Hemato pathol* Vol. 52, No. 1, May 2012.
- [7] Durlach RA, Kaufer F, Carral L, Hirt J. Toxoplasmic lymphadenitis--clinical and serologic profile. *Clin Microbiol Infect*. 2003; 9 (7): 625-631.
- [8] McCabe RE, Brooks RG, Dorfman RF, Remington JS. Clinical spectrum in 107 cases of toxoplasmic lymphadenopathy. *Rev Infect Dis*. 1987; 9 (4): 754-774.
- [9] Moreno-Sánchez M et al. Unusual case of cervical syphilis with Píringer-Kuchinka-like lymphadenitis. *British Journal of Oral Maxillofacial Surgery*. 52 (2014) e141-e143.
- [10] Jose BO, Koerner P, Spanos WJ, Jr., Paris KJ, Silverman CL, Yashar C, Carrascosa LB. Hodgkin's lymphoma in adults--clinical features. *J Ky Med Assoc*. 2005; 103 (1): 15-17.
- [11] Ivanova K et al. Acute Toxoplasmosis Mimicking Melanoma Metastases: Review of Conditions causing false-Positive Results on 18 F-FDG PET/ CT. *Dermatology* 2012; 225: 349–353.