

Une lymphadénite de Piringer Kuchinka mimant un lymphome

- Rihèm, BOUKHZAR, Résidente, Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, TUNISIE
- Mehdi, SOMAI, Assistant, Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, TUNISIE
- Fatma, DAOUD, MCA, Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, TUNISIE
- Imene, RACHDI, MCA, Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, TUNISIE
- Ibrahim, ARBAOUI, Assistant, Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, TUNISIE
- Besma, BEN DHAOU, Professeure, Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, TUNISIE
- Zohra, AYDI, MCA, Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, TUNISIE
- Fatma, BOUSSEMA, Professeure, Service de médecine interne, Hôpital Habib Thameur, Tunis, TUNISIE

Introduction :

Les adénopathies sont un motif de consultation fréquent en médecine interne. Les étiologies sont nombreuses, essentiellement infectieuses, inflammatoires et tumorales.

Nous rapportons le cas d'une lymphadénite de Piringer-Kuchinka d'origine toxoplasmique chez un jeune immunocompétent présentant un syndrome tumoral clinique faisant suspecter initialement un lymphome.

👤 17 ans, sans antécédents, qui a consulté pour des adénopathies cervicales évoluant depuis des mois. Il rapportait une asthénie sans amaigrissement ni sueurs nocturnes. Il n'a pas voyagé en dehors de la Tunisie récemment. Il avait un contact avec des chiens et des chats.

➡ **Examen physique:** bon état général+ apyrétique+ multiples adénopathies cervicales palpables, deux adénopathies axillaires et une adénopathie inguinale gauche non fistulisées et sans signes inflammatoires locaux. Il y avait aussi une splénomégalie. Le reste de l'examen était par ailleurs sans anomalie.

➡ **Bilans biologiques:** GB:6 340/ μ L (neutrophiles 63%, éosinophiles 3,5%, lymphocytes 25%, monocytes 7%) et CRP= 9 mg/L. Il avait une myolyse (CPK = 11 449 U/L) et des lactates déshydrogénases (LDH) étaient élevées à 3 fois la normale. Les anticorps antinucléaires et le test Quantiferon-TB Gold étaient négatifs. L'électrophorèse des protéines sériques était normale.

Les sérologiques du VIH, de l'hépatite virale B et C, du CMV et de la syphilis étaient toutes négatives.

➡ **Scanner TAP:** adénopathies cervicales, axillaires et inguinales ainsi qu'une splénomégalie à 13,2 cm. Aucune adénopathie intra- ou rétro-péritonéale n'a été trouvée.

➡ **Anapath de l'adénopathie cervicale:** des sinus lymphatiques distendus, tapissés de cellules endothéliales hyperplasiques. Il existait des follicules lymphoïdes hyperplasiques et des amas d'histiocytes épithélioïdes. Aucune cellule géante ni nécrose n'a été observées. L'aspect histologique suggérait le diagnostic d'une **lymphadénite de Piringer-Kuchinka**, également connue sous le nom de lymphadénite toxoplasmique. Aucun kyste n'a été trouvé, mais le diagnostic de toxoplasmose a été confirmé sérologiquement à 2 reprises.

➡ Un traitement par cotrimoxazole pendant trois semaines a été indiqué.

➡ Evolution: disparition rapide de la myolyse + diminution de la taille des adénopathies au contrôle scannographique.

Discussion :

La toxoplasmose est une infection parasitaire due à un protozoaire opportuniste: *Toxoplasma gondii*, souvent asymptomatique chez le sujet immunocompétent. Les principales localisations de la toxoplasmose symptomatique sont le cerveau, l'œil, le cœur et le muscle squelettique. Ceci explique la myolyse biologique chez notre patient. L'évolution de la lymphadénite de Piringer-Kuchinka secondaire à la toxoplasmose est souvent spontanément favorable sans traitement. La persistance des symptômes ou l'atteinte d'autres organes en dehors des ganglions doit indiquer la mise en place d'un traitement. Notre patient a été traité devant la myolyse et la présence de splénomégalie.

Conclusion :

La présentation histologique de la lymphadénite toxoplasmique est spécifique de la maladie, ce qui rend la lymphadénite de Piringer Kuchinka une entité histopathologique rare confirmée par les tests sérologiques. Son évolution est toujours favorable. La persistance des adénopathies doit faire redouter le diagnostic et faire chercher une autre étiologie, notamment un lymphome.

