

Maladie de Kikuchi-Fujimoto : 2 premiers cas au Gabon

Iba Ba J¹, Nzenze JR², Missounga L¹, Bignoumba Ibouili R¹, Anquetil C³,
Moussavou Kombila JB¹, Boguikouma JB¹

1. Service de Médecine A Centre hospitalier de Libreville, Gabon

2. Service de Médecine Interne, Hôpital d'instruction des armées Omar Bongo Ondimba, Libreville, Gabon

3. Service de Médecine Interne, Hôtel-Dieu, Paris, France

Med Trop 2010; **70** : 175-176

RÉSUMÉ • La maladie de Kikuchi-Fujimoto est une affection rare, parfois associée à un lupus systémique. Elle est exceptionnellement rapportée dans la population noire africaine. Nous rapportons les 2 premières observations au Gabon. Devant des adénopathies cervicales en milieu tropical, il importe d'éliminer en première intention une origine infectieuse mais l'histologie peut faire évoquer le diagnostic en présence d'une lymphadénite nécrosante histiocytaire.

MOTS-CLÉS • Maladie de Kikuchi-Fujimoto. Lymphadénite nécrosante histiocytaire. Lupus. Gabon.

KIKUCHI-FUJIMOTO DISEASE IN GABON. DESCRIPTION OF FIRST 2 CASES IN GABON

ABSTRACT • Kikuchi-Fujimoto disease is a rare disorder sometimes associated with systemic lupus. It has rarely been reported in the black African population. The purpose of this report is to describe the first two cases in Gabon. In patients presenting enlarged cervical lymph nodes, it is first necessary to rule out infectious disease. Histology can allow diagnosis by demonstrating necrotizing histiocyte lymphadenitis.

KEY WORDS • Kikuchi-Fujimoto disease. Necrotizing lymphadenitis. Lupus. Gabon.

La maladie de Kikuchi-Fujimoto (MKF) ou lymphadénite nécrosante histiocytaire est une affection rare, féminine prédominante, survenant habituellement au cours de la 3^e décennie, rapportée pour la première fois en 1972 par Kikuchi, Fujimoto *et al.* dans la population japonaise (1, 2). Depuis, des cas ont été rapportés dans la population caucasienne (3) et noire américaine (4), mais rares sont les cas répertoriés dans la population noire africaine, particulièrement en zone subsaharienne (5). Nous rapportons les 2 premières observations au Gabon.

sus-claviculaire, sous-diaphragmatique latéro-aortique, iliaque externe, et des plis inguinaux, de taille variant de 1 à 6 cm. L'intradermo-réaction à la tuberculine, et les tubages gastriques étaient non contributifs. Les anticorps antinucléaires étaient positifs >1/1280 de type moucheté, de spécificité anti DNA. L'histologie d'une des adénopathies cervicales, éliminait un lymphome et permettait de retenir le diagnostic de lymphadénite nécrosante histiocytaire accompagnant un lupus systémique. Une corticothérapie de 20 mg/jour permettait un assèchement des arthrites en 10 jours, et une fonte totale des adénopathies en 4 mois.

Observation 1

Une patiente de 14 ans, présentait des poussées récurrentes de polyarthrites distales, non fébriles, non déformantes, à tendance invalidante. L'examen clinique confirmait l'atteinte articulaire distale respectant les interphalangiennes distales, et retrouvait des polyadénopathies périphériques, non douloureuses, facilement mobilisables, inférieures à 2 cm, de siège sous-mandibulaire, jugulo-carotidien, sous angulo-maxillaire, axillaire et inguinale, avec une tendance bilatérale et symétrique. A la biologie existait une vitesse de sédimentation à 31 mm, une CRP à 24 mg/L, une leucopénie à 3000/mm³ avec anémie à 6,9 g/dl, et plaquettes normales; une activité des ASAT à 8,3 N, et des ALAT à 4,5 N. Les sérologies des hépatites B et C, VIH 1,2 étaient négatives, et les hémocultures stériles. La tomodensitométrie thoraco-abdomino-pelvienne confirmait des adénopathies, homogènes, non nécrotiques de siège axillaire,

Observation 2

Une patiente de 20 ans, présentait un œdème de l'hémiface droite avec nodosités frontales, sous-cutanées aux faces : postérieure des avant-bras, antérieure des cuisses et de la fesse droite, mesurant 1 à 2 cm. L'examen clinique hormis ces nodosités retrouvait des adénopathies infracentimétriques indolores cervicales et sous-maxillaires. La vitesse de sédimentation était de 79 mm, le fibrinogène de 5,88g/L. L'hémogramme retrouvait 4 500 leucocytes/μL, une hémoglobine à 9,6 g/dL, et des plaquettes normales. L'électrophorèse retrouvait une hypergammaglobulinémie à 20 g/L. Les sérologies VIH1 et 2, TPHA-VDRL et les ASLO étaient négatifs. La radiographie du thorax était normale. Les anticorps antinucléaires étaient positifs à 1/100 de type moucheté avec anti DNA négatifs. La biopsie d'une des nodosités retrouvait à l'histologie une hypodermite avec infiltration à prédominance monocytaire et adipo-croise faisant discuter une panniculite lupique. Une corticothérapie de 30 mg/jour en 4 semaines permettait la régression de tous les

• Correspondance : ibabajose@yahoo.fr

• Article reçu le 11/09/2009, définitivement accepté le 05/10/2009

symptômes cliniques et des paramètres inflammatoires, puis était interrompue par la patiente. A 2 ans de cet épisode, réapparaissaient des adénopathies supra centimétriques : occipitales, sus-claviculaires et cervicales dont la plus importante mesurant 6 cm de grand axe était biopsiée, et s'avérait être à l'histologie une lymphadénite nécrosante histiocytaire. Sous une corticothérapie de 1 mg/kg/jour soit 40 mg/jour une fonte totale des adénopathies était obtenue en 6 mois.

Discussion

La MKF se caractérise par un tableau pseudo tumoral fait d'adénopathies cervicales de taille variable, pouvant s'étendre à tous les territoires ganglionnaires, impliquant en zone subsaharienne de systématiquement rechercher, une étiologie infectieuse prédominante (tuberculose, VIH, toxoplasmose), et tumorales (lymphome, métastases de tumeur solide) (6). L'histologie permet de confirmer le diagnostic de MKF.

Dans nos deux observations, qui constituent les premiers cas documentés de MKF au Gabon, l'âge de survenue, et le sexe féminin sont conformes au profil habituel classique de ces patients. Dans le premier cas, il s'agit de l'association de la MKF à un lupus érythémateux disséminé. Retrouvée dans 13 % des cas des grandes séries, cette association ne semble pas fortuite (6), même si l'évolution du lupus et de la MKF peut se faire de façon dissociée (7). Dans le second cas, l'association à un œdème hémifacial est rarement rapportée dans la littérature (8). Le traitement par corticothérapie systémique a permis la résolution tant du lupus que de la MKF. Quand la MKF apparaît de façon isolée, une résolution spontanée dans les trois mois est possible avec dans la méta analyse de Kucukardali *et al.* regroupant 244 patients, des récurrences dans 3 % des cas, imposant le recours à une corticothérapie (9).

Conclusion

La MKF le plus souvent associée à un lupus est exceptionnellement rapportée dans la population noire africaine car elle est probablement sous-estimée. Il importe certes d'envisager en première intention une origine infectieuse devant des adénopathies cervicales en milieu tropical mais l'histologie peut faire évoquer le diagnostic en présence d'une lymphadénite nécrosante histiocytaire.

références

1. Kikuchi M. Lymphadenitis showing focal reticulum cell hyperplasia with nuclear debris and phagocytes: a clinicopathological study. *Acta Hematol Jpn* 1972; 35 : 379-80.
2. Fujimoto Y, Kojima Y, Yamaguchi K. Cervical subacute necrotizing lymphadenitis: a new clinicopathologic entity. *Naika* 1972; 20 : 920-7.
3. Dalkilic E, Karakoc Y, Tolunay S, Yurtkuran M. Systemic lupus erythematosus presenting as Kikuchi-Fujimoto disease. *Clin Exp Rheumatol* 2001; 19 : 226.
4. Vilá LM, Mayor AM, Silvestrini IE. Therapeutic response and long-term follow-up in a systemic lupus erythematosus patient presenting with Kikuchi's disease. *Lupus* 2001; 10 : 126-8.
5. Mbakop A. Lymphadénite nécrosante (ou maladie de Kikuchi). A propos d'une observation en milieu camerounais. *Arch Anat Cytol Pathol* 1986; 34 : 307-8.
6. Dorfman RF, Berry GJ. Kikuchi's histiocytic necrotizing lymphadenitis: an analysis of 108 cases with emphasis on differential diagnosis. *Semin Diagn Pathol* 1988; 5 : 329-45.
7. Eisner MD, Amory J, Mulluney B, Tierney L Jr, Browner WS. Necrotizing lymphadenitis associated with systemic lupus erythematosus. *Semin Arthritis Rheum* 1996; 26 : 477-82.
8. Roger M, Hopfner C, Loiselet G, Libbrecht E, Bressieux JM, Fur A. Oedème palpébral révélant une maladie de Kikuchi. *Ann Dermatol Veneréol* 1999; 126 : 826-8.
9. Kucukardali Y, Solmazgul E, Kunter E, Oncul O, Yildirim S, Kaplan M. Kikuchi-Fujimoto Disease: analysis of 244 cases. *Clin Rheumatol* 2007; 26 : 50-4.



Bukit Jambul, rizières, Bali © Morillon M