

## MALADIE DES GRIFFES DU CHAT

Une des causes les plus fréquentes d'**ADP chronique**

*Bartonella henselae* : BGN intracellulaire facultatif

### EPIDEMIOLOGIE

- Enfants et adultes jeunes (82 % < 18 ans)
- Réservoir : chat (bactériémie asymptomatique), stt chatons, chat errant, par l'intermédiaire des puces (=vecteurs) qui éliminent la bactérie dans leurs déjections, dans les poils du chat
- Transmission : griffure, morsure, léchage sur plaie

### TABLEAU CLINIQUE TYPIQUE (85 %)= ADP chronique

- Incubation 1 à 2 semaines puis papule au site d'inoculation, vésicule ou pustule puis croûte et régression.
- Après 2 à 4 semaines ADP unique (50 %) ou multiples (25 %) dans le territoire de drainage / inoculation → axillaire, épitrochlée, cou, sous claviculaire, inguinal (parfois dans territoires différents : 30 %.)
- ADP élastiques, mobiles, indolores ou sensibles
- Parfois fièvre (30 %), asthénie, douleurs abdominales (15 %)
- Contact avec un chat pas toujours retrouvé.. !
- Evolution : régression spontanée 6-12 mois à 2 ans  
suppuration 20 %  
fistulisation 10%
- CAT dans les formes suppurées ou fistulisées ? exérèse chirurgicale ?  
ponction ? abstention thérapeutique ?

## **TABLEAUX ATYPIQUES (5 à 15 %)**

- S'accompagnent de fièvre, asthénie, anorexie, céphalées
- Atteinte hépato-splénique, neurologique, osseuse, ophtalmo, articulaire, dermato...

### 1/ atteinte hépato-splénique

- fièvre prolongée
- HSMG (15 %), douleurs abdo (hypocondre G)
- Bio : Sd inflammatoire dans 80 % des cas et ↑ plaquettes
- Echographie : zones hypo-échogènes multiples (foie++)
- TDM : micro-abcès
- Biopsie : granulomes, coloration de Whartin-Starry +, isolement du germe, PCR
- Evolution régressive sur pls mois (↓ durée avec ATB)

**→ écho abdominale devant toute fièvre prolongée de l'enfant d'origine  
inconnue**

### 2/ atteintes neurologiques (rares)

- encéphalite (TDM et IRM : hypodensités focales), évolution spontanée favorable ; pathogénie imprécise
- myélite, paralysie faciale, neuropathie périph, radiculite
- neurorétinite : douleur oculaire + perte brutale vision centrale, exsudat maculaire + œdème au FO

### 3/ atteintes osseuses (rare)

- douleurs osseuses
- adp (svt à distance)
- stt vertèbres
- radio : lacune (s) +/- ostéocondensation
- scinti : hyperfixation
- anapath : ostéite granulomateuse

- guérison : 2-20 mois

#### 4/ autres

- hématologiques : anémie hémolytique, thrombopénie
- pseudo-tumeurs : parotide, mammaire
- pneumopathie atypique
- arthralgies, arthrite,
- érythème noueux, urticaire
- purpura rhumatoïde
- fièvre prolongée ou récurrente isolée
- Sd oculoglandulaire de Parinaud : inoculation au niv paupière ou conjonctive ; association du même côté conjonctivite + chémosis + œdème des paupières + ADP prétragienne

#### 5/ en cas de déficit immunitaire

- gravité possible
- néovascularisation par prolifération anarchique des vssx capillaires
- angiomatose bacillaire : lésions cutanées papulonodulaires, rouges violacé ou incolore ; diag anatomopathologique
- pélioïse hépatique ou splénique : prolif des capillaires sinusoides

### **DIAGNOSTIC MICROBIOLOGIQUE**

1/ Culture : lente et difficile

2/ PCR sur produit d'excrète ou biopsie (invasif) donc dans formes atypiques ou si immunodépression (séro -)

3/ Sérologie+++ (IFI ou ELISA) sauf si immunoD

### **TRAITEMENT**

- Aucun consensus
- Pas d'indication dans les formes typiques (adp) peu ou pas fébriles (en pratique essayer macrolide 15 jours < 12 ans ou ciprofloxacine > 12 ans)
- ATB dans formes systémiques et/ou fièvre prolongée, et déficit immunitaire

- ATB « efficaces » : > 12 ans : ciprofloxacine 20-30 mg/kg/j (eff 84 %)  
Rifampicine 15 mg/kg/j (eff 87 %)  
**Gentamycine** (seul bactéricide) eff 78 %  
**Cotrimoxazole** (eff 58 %)

#### **Macrolides**

- Durée 15 jours
- Atteinte hépato-splénique ou osseuse ou immunoD : gentamycine IV puis relais par Bactrim® ou RMP ?
- Association macrolides + gentamycine ou rifampicine
- Angiomatose bacillaire : érythro 1 mois +/- rfp, ou doxycycline, ou Rocéphine® ou Ciflox® parfois 2-3 mois