



---

# **MALADIE DES GRIFFES DE CHAT**

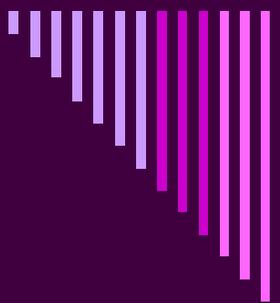
## **ASPECTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES**

**DR DORRA LAHIANI**  
**SERVICE DES MALADIES INFECTIEUSES DE SFAX**

---

*Cours de collège, Sfax, 5 Février 2010*

---



# INTRODUCTION

- **Maladie des griffes de chat**  
=lymphoréticulose bénigne d'inoculation
  - **Infection humaine émergente**
  - ***Bartonella henselae* (*Rochalimea henselae*)**
-

# HISTORIQUE

## Maladie des griffes du chat

1950: Description clinique de la maladie par Debré [1].  
1983-1985: Mise en évidence d'une bactérie dans les ganglions de patients atteints de la maladie des griffes du chat par coloration de Warthin-Starry et par microscopie électronique [2,3].  
1988: Isolement d'*Afipia felis* en culture [4].  
1991: *Afipia felis* est considéré comme l'agent étiologique de la maladie des griffes du chat [5].

## Angiomatose bacillaire

1988: Description de la maladie chez des patients atteints de SIDA par Leboit [7].  
Mise en évidence d'une bactérie par coloration de Warthin-Starry.  
1990: Mise en évidence par amplification génique puis séquençage du gène de l'ARN 16S, de *Rochalimea quintana* ou d'une nouvelle bactérie chez les patients atteints d'angiomatose bacillaire par Relman [10].  
1990: Isolement de la bactérie par culture chez un patient fébrile.  
1992: Isolement de *Rochalimeae henselae* [11].

1992: Regnery fait le lien sérologique par hasard entre *Bartonella henselae* et la Maladie des griffes du chat [12].

Confirmation par culture et PCR dans les ganglions.

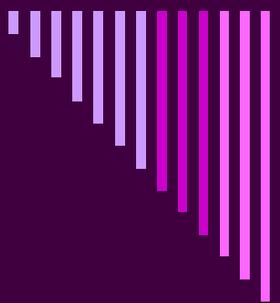
## Péliohe hépatique

1990: Mise en évidence d'une bactérie par coloration de Warthin-Starry [8,9].

**Consensus**: *Bartonella henselae* est l'agent de la maladie des griffes du chat, de la péliohe hépatique et de l'angiomatose bacillaire.

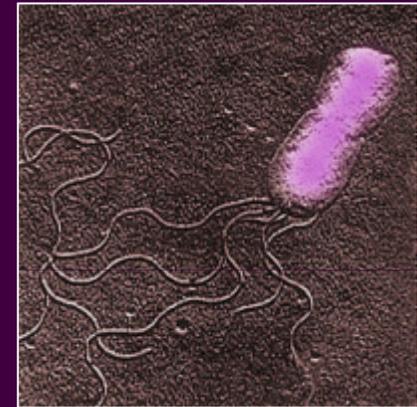
Fig. 1. Historique de la découverte de la maladie des griffes du chat.  
*History of cat scratch disease.*

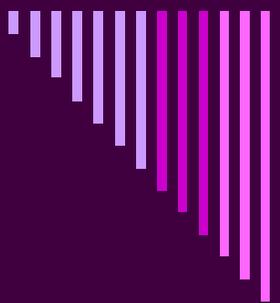
---



# BACTERIOLOGIE

- **Genre:** Bartonella
- **Groupe:** alpha des *Proteobacteria*
- petits bacilles à Gram négatif, aérobie, oxydase et catalase négatives
- trois génotypes, *B. henselae* Houston, *B. henselae* Marseille, et *B. henselae* Berlin-2

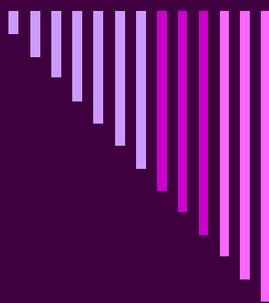




# EPIDEMIOLOGIE

- Ubiquitaire sous les climats tempérés
  - Pic saisonnier: d'Août à Janvier (automno-hivernal)
  - Incidence:
    - 1 cas/10 000 habitants/an (états unis)
    - 5000 cas/an (France)
  - Réservoir: le chat domestique, mâle, âgé de moins de 1 an
-

---

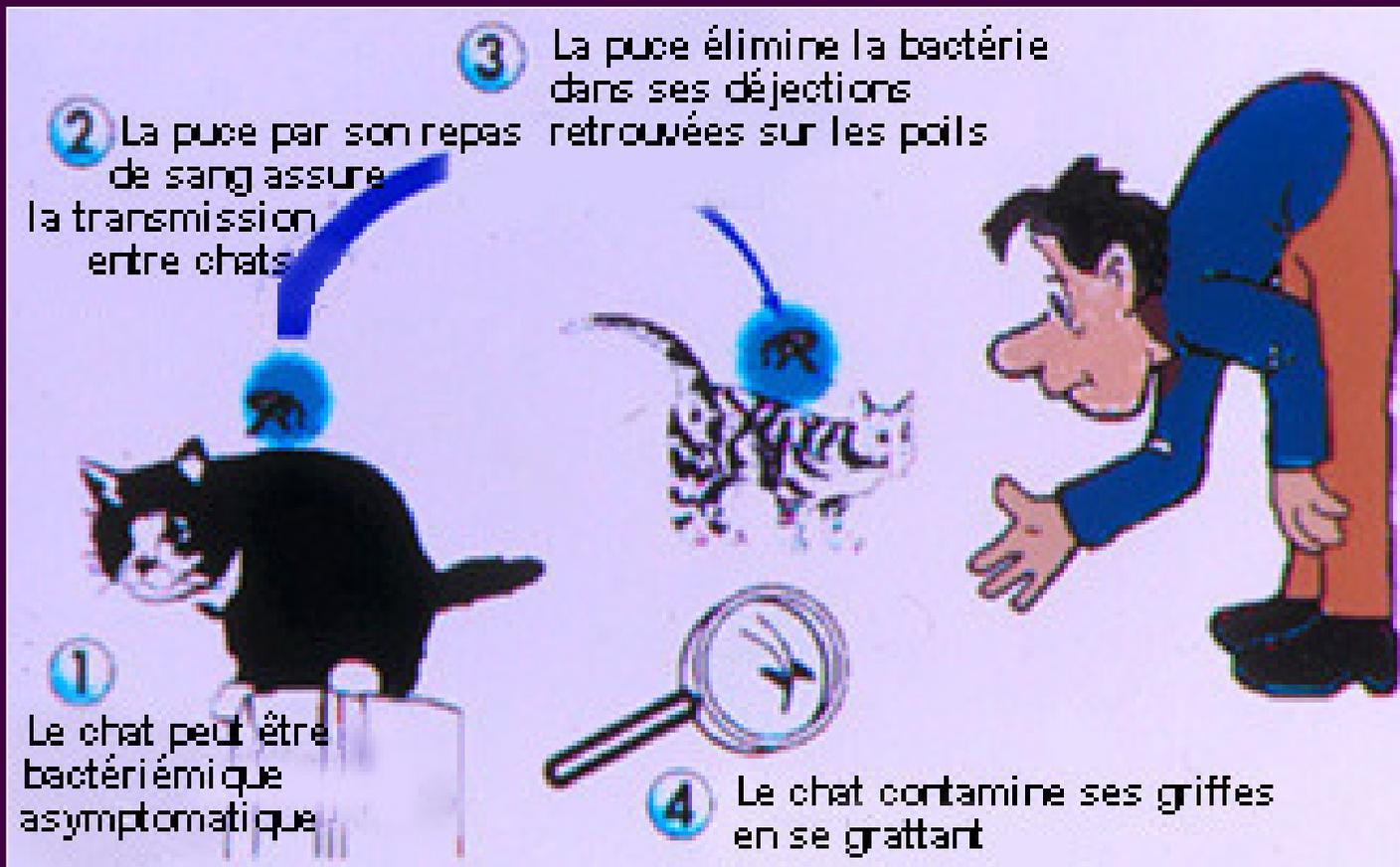


# EPIDEMIOLOGIE

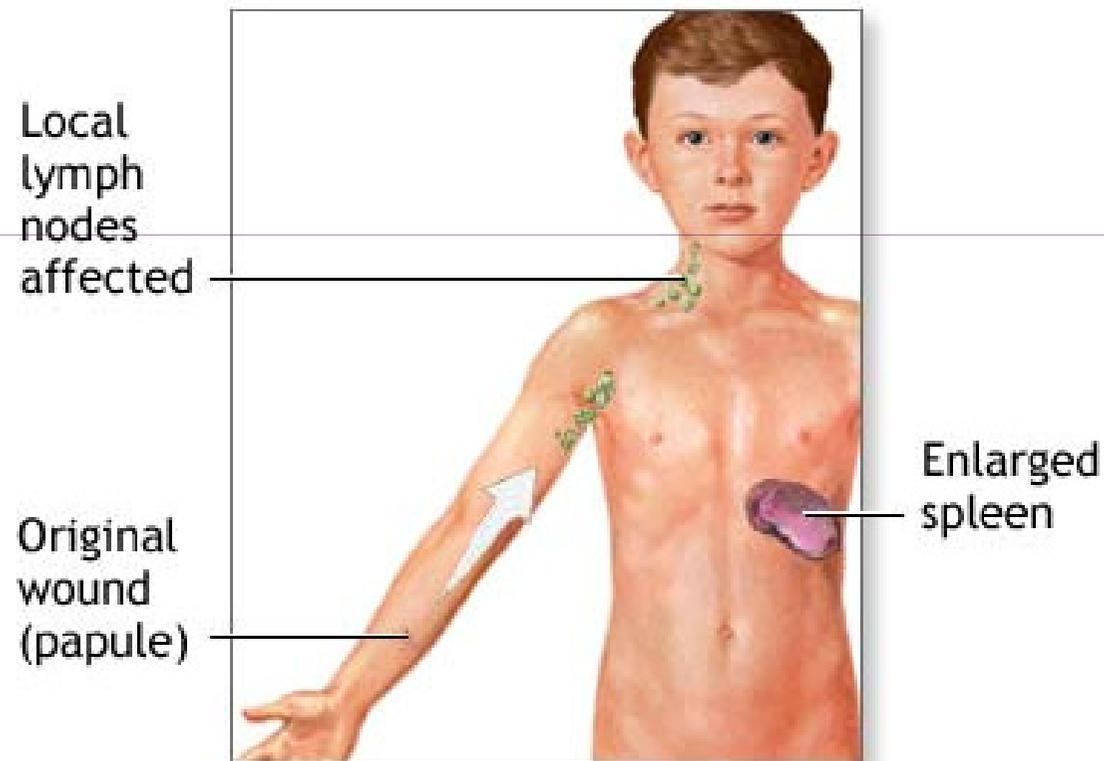


- Population féline: transmission par *Ctenocephalides felis* (puce du chat)
  - Homme: directe par griffure ou morsure de chat (ou léchage de plaie) ou indirecte par un végétal souillé (rôle des puces de chat dans la transmission de *B. henselae* du chat à l'homme évoqué mais non établi formellement)
  - Enfant: 80% des cas (garçons++)
-

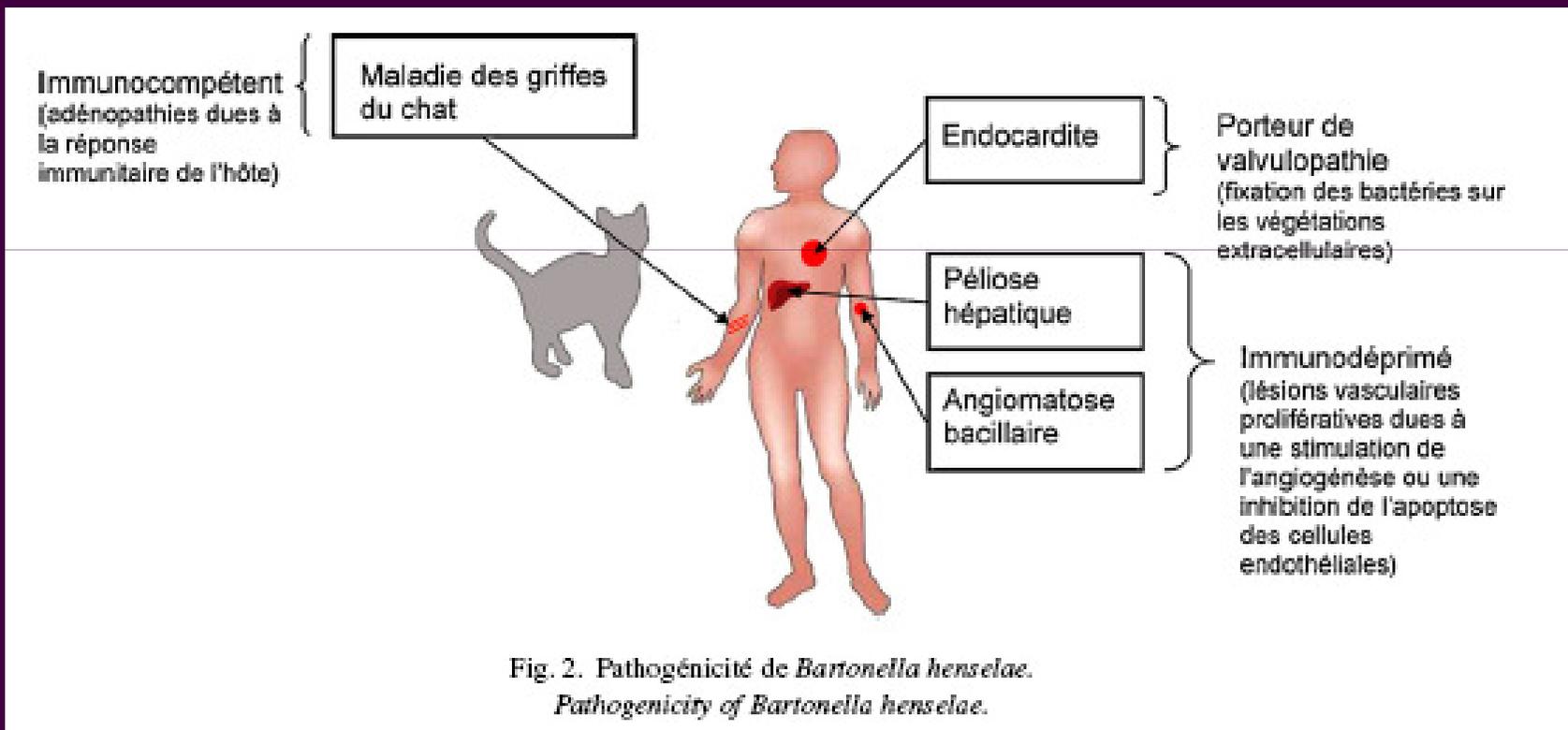
# EPIDEMIOLOGIE

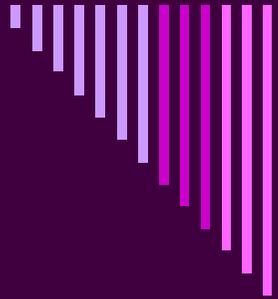


# PHYSIOPATHOLOGIE



# PHYSIOPATHOLOGIE

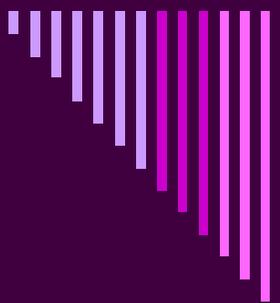




---

# MALADIE DES GRIFFES DE CHAT (MGC)

---



# CLINIQUE

- **Incubation: 3 à 14 jours**
- **Lésion d'inoculation au point de griffure (60%)**



**Lésion d'inoculation au point de griffure**

# CLINIQUE

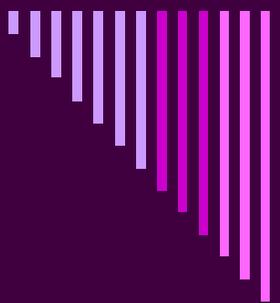
□ Période d'état (3 à 60 jours)

❖ Fébricule: 30%

❖ Adénopathie dans le territoire de drainage d'une lésion cutanée due à une griffure de chat

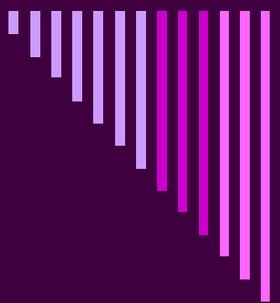
**unique ou limitée à un seul site, unilat, pseudo-inflammatoire, douloureuse, 10 à 100 mm**





## CLINIQUE

- Évolution spontanée de l'ADP vers la guérison après quelques semaines ou quelques mois ( → 2 ans)
  - Suppuration locale (10%)
  - Formes sévères ou systémiques notamment formes viscérales chez l'enfant avec adénopathies multiples et atteinte hépatique et/ou splénique (5 à 14%)
-



---

## DIAGNOSTIC POSITIF

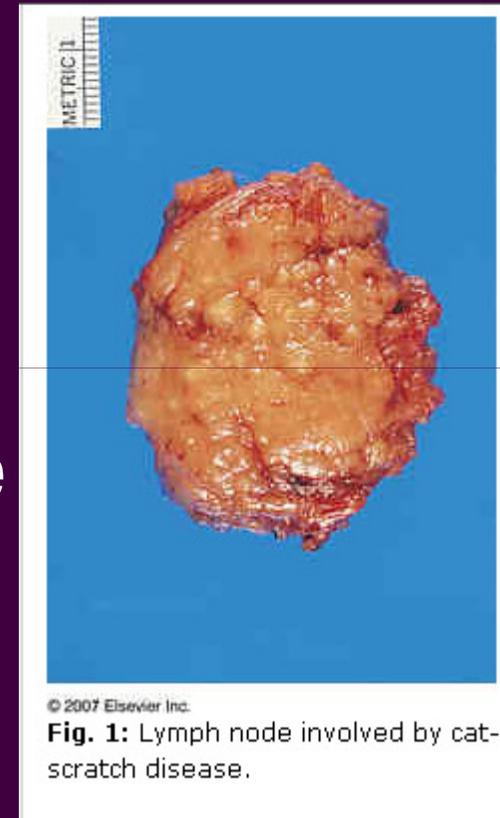
**Au moins trois critères sur les quatre suivants :**

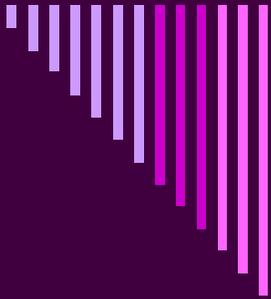
- Un contact avec un chat
- une présentation clinique évocatrice et une évolution satisfaisante
- Absence d'autre cause retrouvée
- Présence, soit d'une sérologie positive, soit d'une amplification génique positive, soit d'un examen anatomo-pathologique évocateur

# DIAGNOSTIC POSITIF

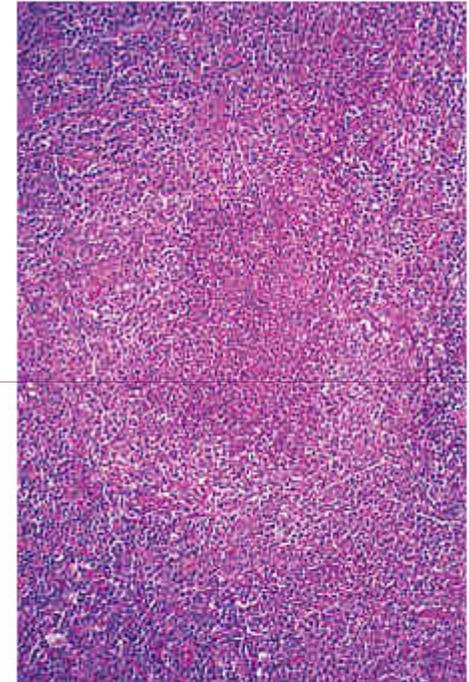
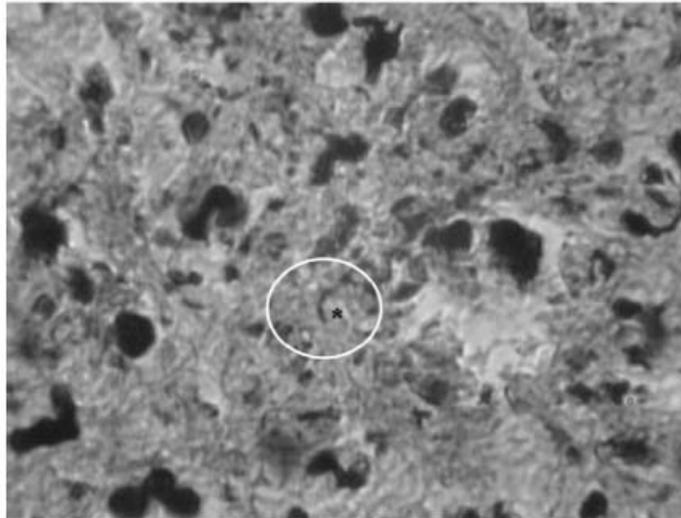
## Examen anapath:

Granulome gigantocellulaire non spécifique, partiellement nécrotique au sein duquel *B. henselae* peut être mis en évidence par l'impegnation argentique de Warthin-Starry



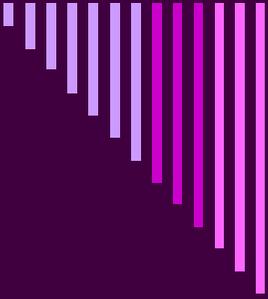


**Figure 1.** ("Whartin Starry" stain): Presence of a Gram-negative rod (white circle), indicative of *Bartonella henselae*.



© 2007 Elsevier Inc.

**Fig. 2:** An area of stellate necrosis in a proven case of cat-scratch disease.

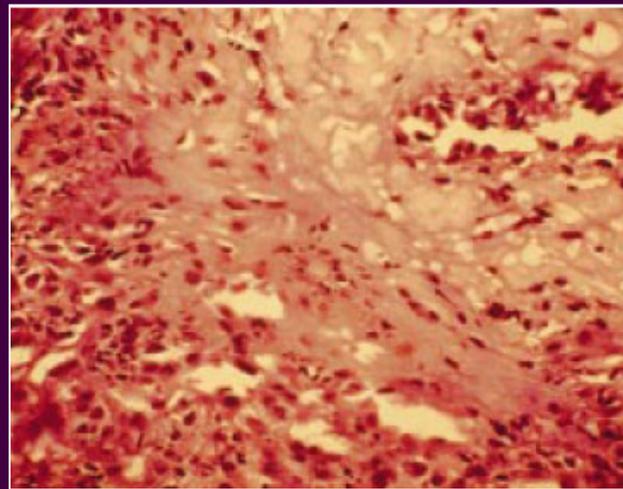
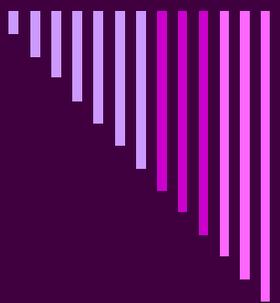


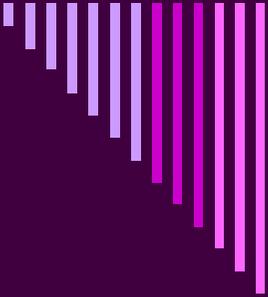
---

## AUTRES FORMES CLINIQUES

### ❖ Angiomatose bacillaire:

- Prolifération vasculaire des cellules endothéliales
  - Immunodéprimés++ (infection par le VIH, chez transplantés..), exceptionnellement chez l'immunocompétent
  - Peau (angiomatose bacillaire cutanée)
  - Systémique, multiviscérale (foie, rate, poumons, cerveau, moelle osseuse, ganglions)
-



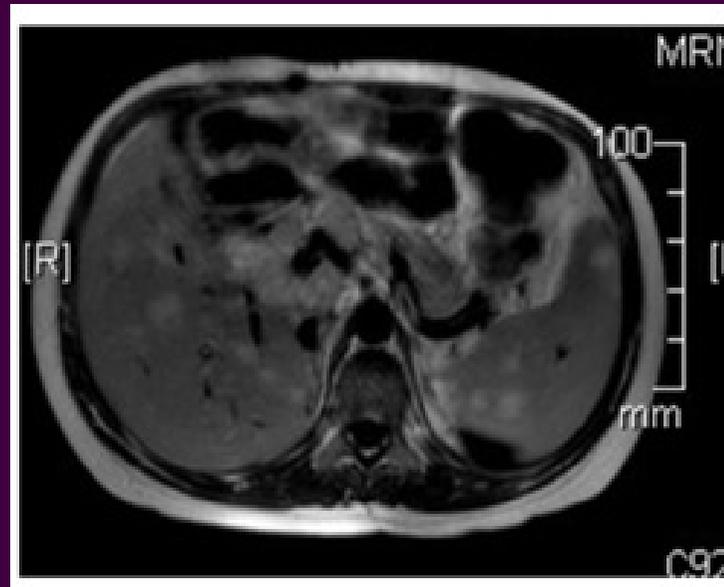


---

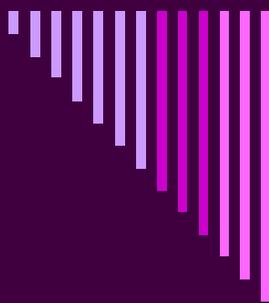
## AUTRES FORMES CLINIQUES

### ❖ Pélioase hépatique:

- Prolifération des capillaires sinusoides hépatiques conduisant à la formation de larges espaces vasculaires
  - Immunodéprimés++ (infection par le VIH, chez transplantés..)
  - Pélioase bacillaire (rate, ganglions lymphatiques..)
  - Association possible à des lésions d'angiomatose bacillaire
-



Pélioase hépatique et splénique chez un  
transplanté rénal



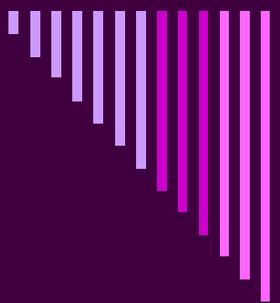
# AUTRES FORMES CLINIQUES

## ❖ Manifestations cliniques atypiques:

Tableau 1

Les manifestations atypiques de la MGC

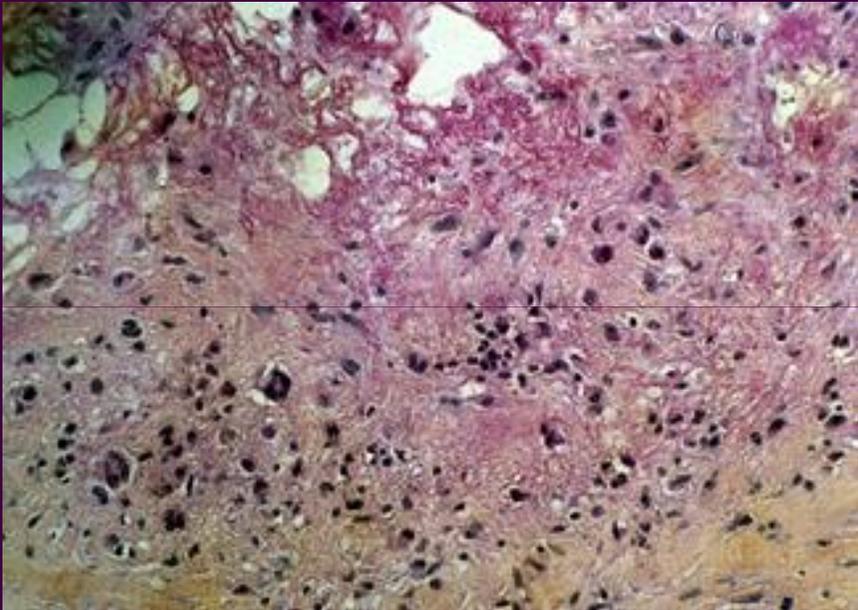
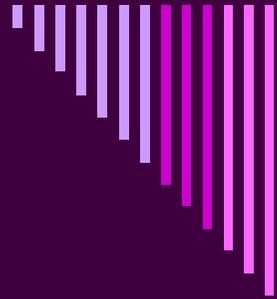
Manifestations cliniques	Références
Syndrome oculoglandulaire de Parinaud	[1,18]
Manifestations neurologiques	[11–14]
Atteintes rétiniennes	[17–19]
Manifestations cardiovasculaires	[20,21]
Atteintes hépatospléniques	[12,22]
Atteintes articulaires et osseuses	[27]
Atteintes cutanées	[1,7,23,24]
Fièvre au long cours	[26]



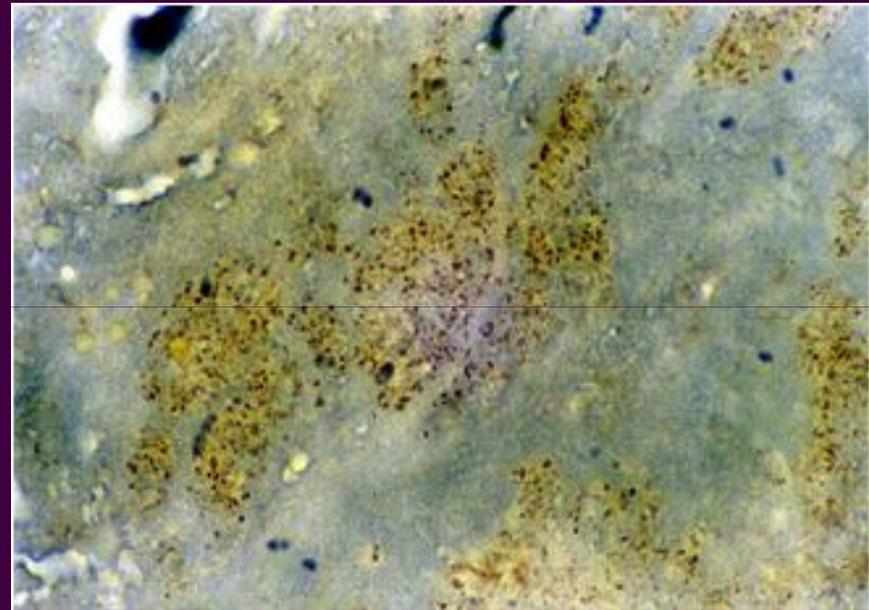
---

## ***Endocardite à *B. henselae****

- Une des causes les plus fréquentes des **endocardites à hémoculture négative** (fièvre Q, *B. quintana*...)
  - Patients porteurs d'une **valvulopathie**, en contact avec un **chat**
  - l'examen anatomo-pathologique des valves cardiaques: **végétations massives** avec une **destruction extensive** du tissu valvulaire sous-jacent
-

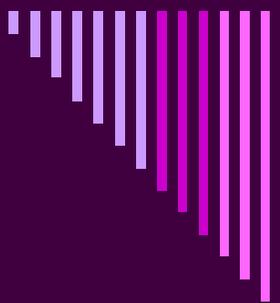


Coloration de Warthin-Starry



Immunohistochimie

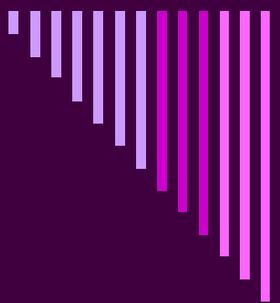
---



## *Atteinte neurologique*

- Méningite aseptique
  - Encéphalite
  - Atteinte cérébelleuse
  - Myélite
  - Parésie faciale
-

---

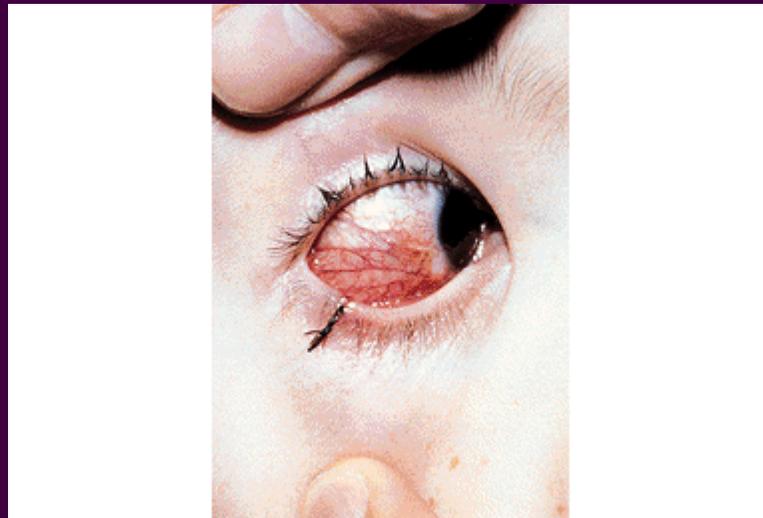


## *Atteinte ophtalmique*

- Syndrome oculoglandulaire de Parinaud
  - Neurorétinite de Leber
  - Uvéite postérieure
  - Kératite
  - Occlusion artérielle et veineuse
-

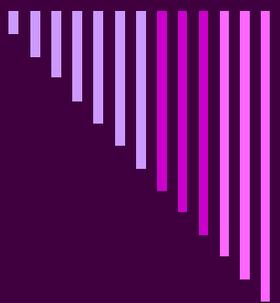
# Syndrome oculoglandulaire de Parinaud

- Conjonctivite (site d'inoculation) + Adénopathie pré-auriculaire
- Evolution spontanée favorable (2 à 3 S)

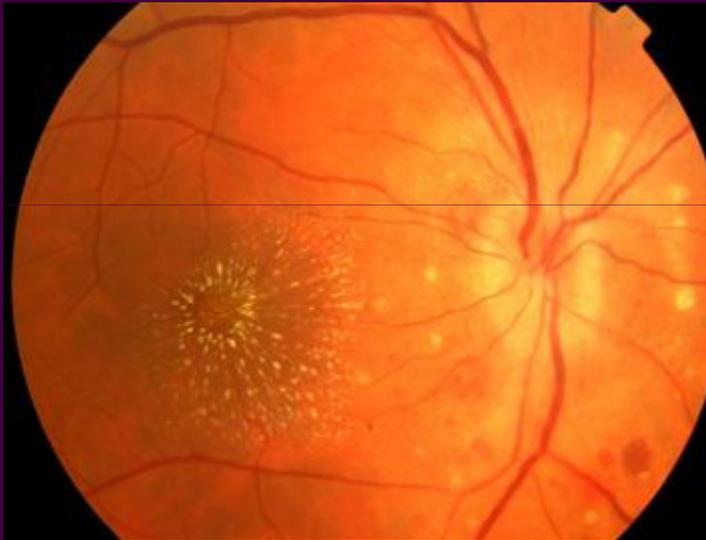


Parinaud's oculoglandular syndrome

---



# Atteinte rétinienne



Neurorétinite stellaire à *B. henselae*



*oedème papillaire hémorragique, décollement séreux péripapillaire et maculaire, voile glial prépapillaire*

---

# Atteinte ostéo-articulaire

- Ostéite
- Ostéomyélite

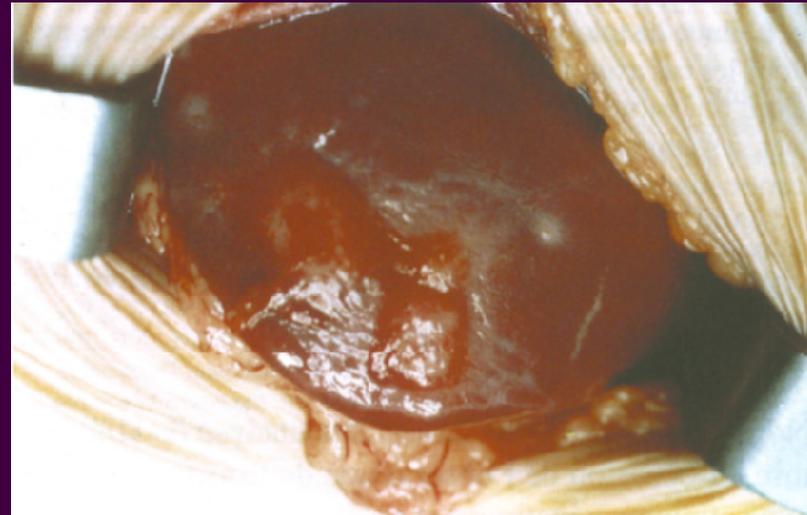


Ostéomyélite vertébrale à *B. henselae*

# *Atteinte hépato-splénique*

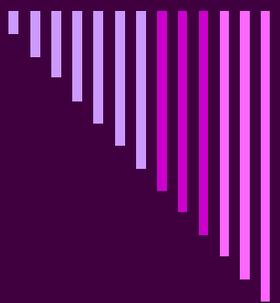


Fig. 1. Scanner abdominal avec injection de produit de contraste : multiples nodules spléniques spontanément hypodenses, non rehaussés par le produit de contraste.



Aspect per-opératoire : nodules faisant saillie à la surface du foie

---

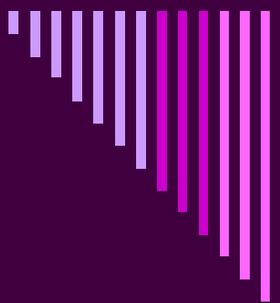


## *Manifestations cutanées*

- Urticaire
- Purpura
- Érythème noueux,
- Érythème polymorphe
- Syndrome de Sweet
- Vascularite leucocytoclasique

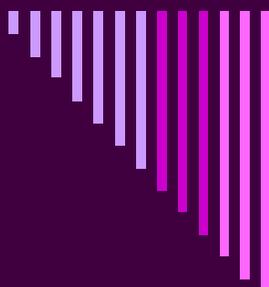


---



## ***Autres manifestations***

- Fièvre prolongée
  - Purpura thrombocytopénique
  - Anémie hémolytique
  - Fatigue chronique
  - Amygdalite
  - Pleurésie, pneumonie
-



# TRAITEMENT

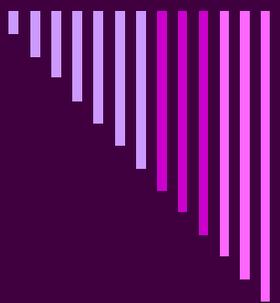
## □ *Bartonella*:

\* In vitro: haut niveau de sensibilité à de nombreux antibiotiques

Pénicillines, céphalosporines de troisième génération, aminosides, phénicolés, aux tétracyclines, macrolides, azalides, et kétolides, rifampicine, fluoroquinolones, cotrimoxazole

\* In vivo: sensibilité plus relative

□ Absence d'activité bactéricide des antibiotiques contre la *Bartonella* (excepté la gentamicine)



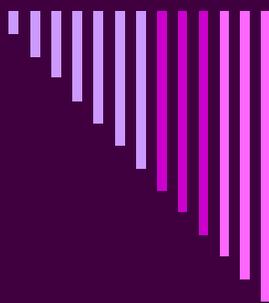
---

# TRAITEMENT

\* **Immunocompétent**: un traitement antibiotique ne semble pas toujours susceptible de raccourcir la durée d'évolution et il ne doit être utilisé que dans les cas graves

\* **Immunodéprimé**: le traitement doit être de longue durée et se poursuivre au moins durant quatre semaines et parfois plusieurs mois

---

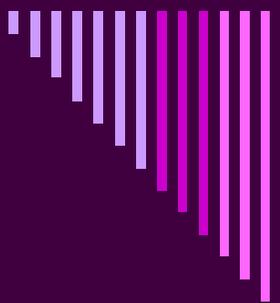


# TRAITEMENT

Tableau 4  
Recommandations thérapeutiques [91].  
*Therapeutic recommendations [91].*

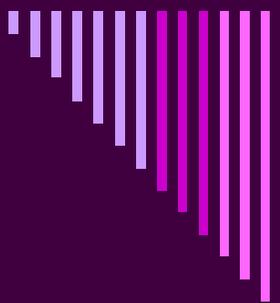
	Adultes	Enfants	Durée du traitement
Maladie des griffes du chat	Abstention thérapeutique ou drainage	Abstention thérapeutique ou drainage	
Endocardite	Doxycycline 100 mg 2 fois par jour per os + Gentamicine 3 mg/kg par jour i.v.		6 semaines 2 semaines
Angiomatose bacillaire	Erythromycine 500 mg, 4 fois par jour	Erythromycine 40 mg/kg par jour, en 4 prises	3 mois
Péliose hépatique	Erythromycine 500 mg 4 fois par jour	Erythromycine 40 mg/kg par jour, en 4 prises	4 mois
Abcès hépatique	Rifampicine 300 mg 2 fois par jour + Gentamicine 2 mg/kg puis 1,5 mg/kg	Rifampicine 10 mg/kg tous les 12 h + Gentamicine	10 à 14 jours
Neurorétinite	Doxycycline 100 mg deux fois par jour + Rifampicine 300 mg 2 fois par jour	Azithromycine ou triméthoprime- sulfaméthoxazole	4 à 6 semaines
Complication neurologique	Doxycycline 100 mg deux fois par jour + Rifampicine 300 mg 2 fois par jour		10 à 14 jours

---



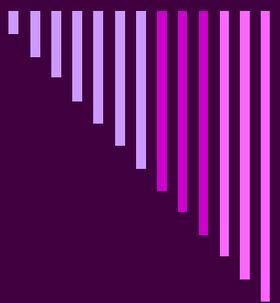
# PREVENTION

- Traiter les chats infectés
  - Contrôler l'infestation des chats par les puces
  - Nettoyage des mains après contact avec un chat
  - Lavage et la désinfection de toute blessure après morsure ou griffure de chat
  - Éviction des contacts avec des chats chez les patients immunodéprimés
-



## CONCLUSION

- MGC: pathologie peu fréquente, souvent bénigne
  - Possibles complications graves
  - Diagnostic souvent retardé, voire erroné → implications thérapeutiques
  - Y penser (ADP volumineuses, fièvre au long cours, endocardite.....)
-



**MERCI POUR VOTRE ATTENTION**

