



Une association rare : Maladie de Kikuchi-Fujimoto et tuberculose : A propos de 3 cas

M. GUERMAZI, M.SNOUSSI, S.MEKKI, C.DAMAK,, F.FRIKHA,
R BEN SALAH, S.MARZOUK, Z.BAHLOUL

Service de médecine interne, CHU Hédi Chaker Sfax, Tunisie

QR CODE

Introduction

La lymphadénite nécrosante subaiguë ou maladie de Kikuchi-Fujimoto (MKF) est rare dans les pays méditerranéens. Elle est bénigne avec une évolution auto-limitée. Elle se manifeste par une fièvre avec lymphadénopathie cervicale. Elle peut être associée à des symptômes systémiques et un syndrome inflammatoire biologique (SIB).

L'association concomitante ou différée avec la tuberculose est rare. Nous en rapportons 3 cas.

Observations

Cas1 : Patiente de 21 ans,

Motif d'hospitalisation: éruption cutanée fébrile + poly-ADP cervicale et axillaire + SIB.

Biopsie ganglionnaire : MKF.

CAT : corticothérapie → apyrexie, diminution de la taille des ganglions et normalisation du bilan inflammatoire.

Evolution après 3 mois: trouble de la conscience secondaire à une méningo-encéphalite tuberculeuse.

CAT : ttt antituberculeux, **mais** décédée au bout de quelques jours.

Cas2 : Patiente de 17 ans,

Motif d'hospitalisation: AEG + poly-ADP cervico-thoracique.

Biopsie ganglionnaire: MKF.

CAT : CTFD → amélioration transitoire.

Evolution après 3 mois: ADP fébriles persistantes → **cytoponction gg avec recherche de BK par PCR** : positive.

CAT : ttt antituberculeux avec dégression rapide de la corticothérapie.

Evolution après 2 mois: TBC multi-focale neuroméningée + ganglionnaire

CAT : renforcement du traitement antituberculeux + dexaméthasone.

Evolution : patiente décédée quelques mois plus tard.

Cas3 : Patiente de 30 ans,

ATCDs : TBC ganglionnaire cervicale traitée

Motif d'hospitalisation: ADP cervicales fébriles, diarrhée, amaigrissement et phénomène de Raynaud.

Biopsie ganglionnaire : MKF.

Diagnostic retenu : une connectivité proche de la sclérodermie associée à une MKF avec antécédent de TBC ganglionnaire.

CAT : CT → amélioration clinico-biologique après 3 mois.

Conclusion :

La MKF est une cause d'adénopathie chronique fébrile de la femme jeune. La confusion diagnostique avec la tuberculose est possible.

La non-amélioration sous corticothérapie impose la réalisation d'une nouvelle biopsie pour éliminer une autre pathologie ou chercher une tuberculose associée passée inaperçue sur la première biopsie.