

CONDUITE à TENIR devant une ADENOPATHIE CERVICALE CHRONIQUE

I - DIAGNOSTIC POSITIF

II - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

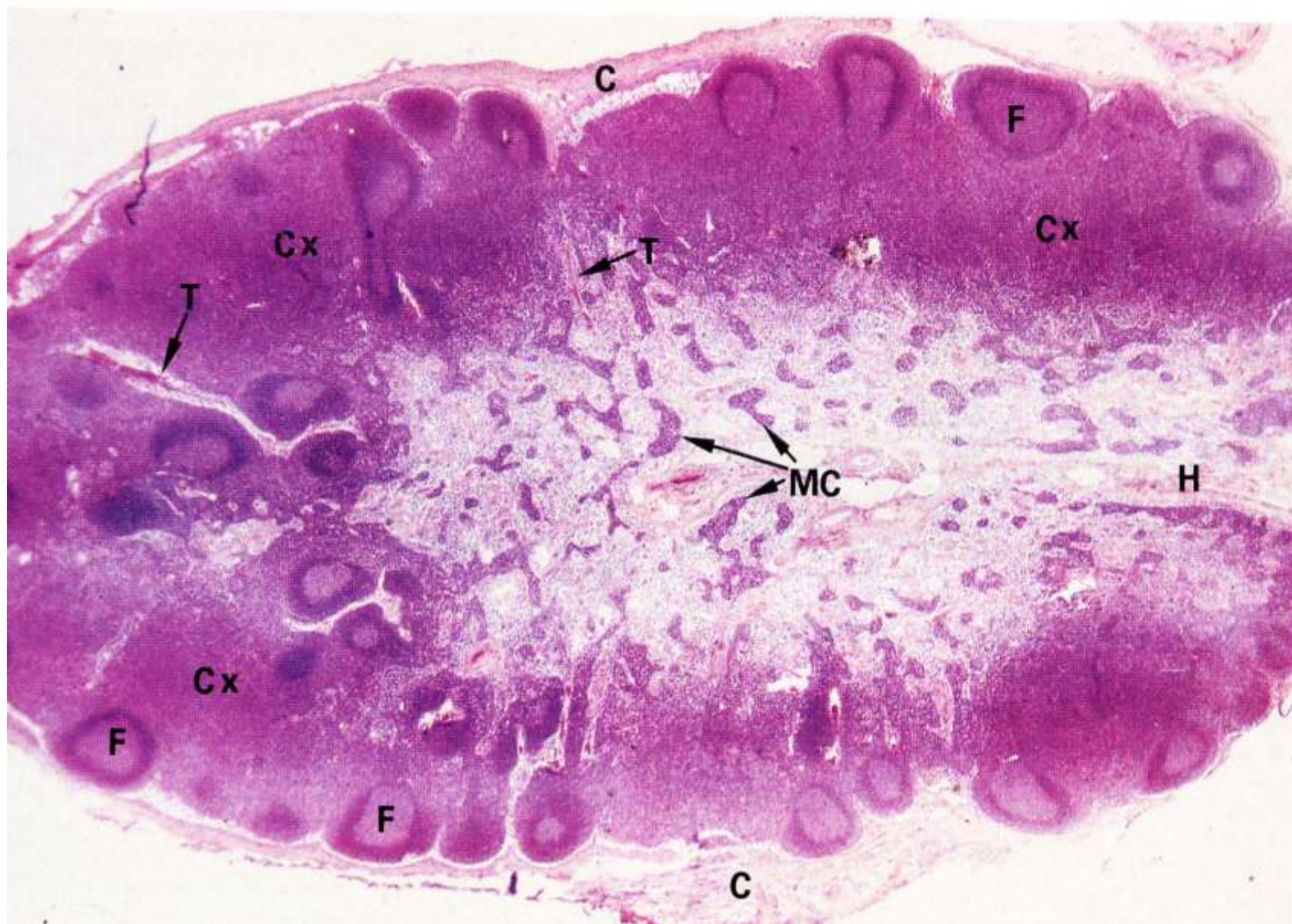
III - DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

A - Bilan étiologique

- 1- interrogatoire primordial
- 2 - examen somatique complet
- 3 - examen loco-régional attentif

B - Principales étiologies

- 1 - ADENOPATHIES BENIGNES
infectieuses,
inflammatoires
- 2 - ADENOPATHIES MALIGNES primitives :
hémopathies
- 3 - ADENOPATHIES MALIGNES secondaires:
métastase



CAT devant une ADENOPATHIE CERVICALE CHRONIQUE

→ *définition*: augmentation de volume d' un ganglion lymphatique



I - DIAGNOSTIC POSITIF

→ *Caractère de l'adénopathie*

- ↗ Sièges
- ↗ Unique ou Multiple
- ↗ Taille en cm
- ↗ Consistance
- ↗ Mobile ou Adhérente aux plans profonds
- ↗ Douleur ou Indolore



- ◆ Petits ganglions durs et indolores => néoplasie
- ◆ Gros ganglions empâtés douloureux => infection

II - DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL



◆ ADENOPATHIES MULTIPLES = diagnostic facile

◆ ADENOPATHIE UNIQUE

➤ *selon la consistance*

↳ molle → lipome

↳ dure → fibrome ossifiant

↳ battante et expansive → tumeur du glomus carotidien

➤ *selon le siège*

↳ kyste dysembryoplasique

↳ pôle inférieur. de la parotide

↳ glande sous maxillaire. (lithiase)

↳ tumeur du glomus carotide.

➤ *adénopathies banales du bon répondeur immunologique*

dimension < 2cm

III - DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

◆ Interrogatoire +++

- mode d'apparition:
 - => aigu brutal ou progressif
 - => signes inflammatoires associés
- contexte:
 - => ethnique
 - => voyage
 - => contagé et animaux
 - => activités professionnelles et loisirs

◆ examen méticuleux somatique complet

- des régions de drainage:
 - => jugulocarotidien
 - => spinal et occipital :
 - oropharynx postérieur / cuir chevelu
 - => Troisier: sous-diaphragmatique
 - => Axillaires: membres supérieurs/ sein/
 - voie sous diaphragmatique accessoire
 - => inguinal: membres inférieurs / périnée

III - DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

◆ 1° bilan de dépistage

- ponction dans de très rares cas:
 - ↳ *adénopathies fluctuantes:*
pus bactério et BK
 - ↳ *transformation de type Richter*

➤ ***A QUEL MOMENT BIOPSIER ?***

A -Bilan d 'Orientation:

1 - INTERROGATOIRE PRIMORDIAL

◆ MODE DE SURVENUE :

- ↗ installation aiguë ou progressive
- ↗ circonstances de découverte :
 - infection dentaire
 - angine
 - aphtose buccale
 - atteinte cutanée
- ↗ SF compressifs ?
- ↗ signes généraux ?
 - fièvre, sueurs, amaigrissement

point important +++

◆ MODE DE VIE DU PATIENT :

- ↗ âge, tabac +++, traitements ?
- ↗ métier +++
- ↗ chats? chasseur (tularémie)? poissons?

◆ CONTAGE RECENT OU ANCIEN :

- ↗ Décès des parents de tuberculose
- ↗ contact avec les jeunes enfants? rubéole....
- ↗ vie sexuelle à risque? syphilis, HIV

2 - EXAMEN SOMATIQUE COMPLET

- ◆ aires ganglionnaires (axillaires, inguinales)
- ◆ splénomégalie, hépatomégalie.
- ◆ examen complet

⇒ Exemple : *tumeur cœcale palpable* => Troisier
rash cutané => rubéole

3 - EXAMEN LOCO-REGIONAL ATTENTIF

- ◆ **Généraliste**
 - ⇒ oreille (conduit auditif externe)
 - ⇒ cavité buccale (palper)
 - ⇒ cuir chevelu (mélanome, piqure d'insecte)
 - ⇒ peau (griffures, furoncles...)

⇒ CONSULTATION SYSTEMATIQUE PAR UN ORL.

4- 1° BILAN DE DEPISTAGE

- ◆ NFS
 - ↳ hyperleucocytose
 - par polynucléose
 - par hyperlymphocytose
 - ↳ syndrome mononucléosique
 - ↳ hyperéosinophilie
- ◆ VS - Électrophorèse des Protides
- ◆ RX Thorax +/- scanner thoraco-abdominal
- ◆ Paul Bunell Davidson - Dye test - Wright
- ◆ IDR Tuberculine

↳ à faire systématiquement +++

B - 3 TYPES DE SITUATION

- 1 - ADENOPATHIES BENIGNES (infectieuses, ...)**
- 2 - ADENOPATHIES MALIGNES I : hémopathies**
- 3 - ADENOPATHIES MALIGNES II : métastatiques d'une néoplasie**

I - ADENOPATHIES BENIGNES

A- ADENOPATHIES INFECTIEUSES NON SPECIFIQUES

◆ secondaires à une localisation ORL infectieuse

↳ dents

↳ angine bactérienne voir phlegmon amygdalien

↳ furoncle du CAE

↳ piqûres de guêpes...

➤ adénopathies traînantes.

B - ADENOPATHIES BENIGNES SPECIFIQUES

◆ MNI :

- Diagnostic évoqué
 - ↳ contexte: adolescents
 - ↳ caractère inflammatoire des adénopathies
 - ➔ allure clinique + aiguë
 - ↳ angine initiale
- **NFS: syndrome mononucléosique**
- Diagnostic par:
 - ↳ réaction de Paul Bunell Davidson
 - ↳ sérodiagnostic EBV +

◆ RUBEOLE

- Diagnostic évoqué
 - ↳ contagé avec des enfants
parents ou grand-parents
 - ↳ adénopathies **MULTIPLES et POSTERIEURES+++**
- **NFS : sd MNI + plasmocytose**
- Diagnostic par:
 - ↳ sérodiagnostic IgM +.

◆ Primoinfestation VIH ou ARC ou AIDS related complex

- Diagnostic évoqué
 - ↳ *Homme jeune: première cause +++*
 - ↳ caractère trainant torpide des adénopathies
- Diagnostic par:
 - ↳ sérodiagnostic +
confirmé sur un 2ème prélèvement avec Western blot
 - ↳ sous populaire T4
- Se méfier des lymphomes inauguraux++++

◆ TOXOPLASMOSE

- Diagnostic évoqué
 - ↳ contagé avec les chats
 - ↳ évolution clinique insidieuse (chronique.....2 ans)
- **NFS: syndrome mononucléosique + hyperéosinophilie**
- Diagnostic par:
 - ↳ Dye test IgM +

◆ MALADIE DES GRIFFES DU CHAT =

lymphoréticulose bénigne d'inoculation

- Diagnostic évoqué
 - ↳ interrogatoire: contagé
 - ↳ chancre d'inoculation disparu
 - ↳ fistulisation des adénopathies
- Diagnostic par:
 - ↳ IDR spécifique
 - ↳ séro-Dc chlamydiae +



◆ TUBERCULOSE ganglionnaire:

- Diagnostic évoqué
 - contexte:
 - ↳ transplanté
 - ↳ contagé familial
 - *caractère des adénopathies → fistulisation*
- Diagnostic par:
 - ↳ IDR phlycténulaire
 - ↳ Rx pulmonaire pt être normale+++
 - ↳ *ponction ou biopsie*

◆ BRUCELLOSE :

- Diagnostic évoqué
 - ↳ contexte: *agriculture*
 - ↳ adénopathies multiples surtout axillaires
 - ↳ fermes peu douloureuses
 - ↳ *température sudoro-algique*
- Diagnostic par:
 - ↳ hémocultures et Wright (+ 15° jr)
refaire le Wright à 15 jours d'intervalle

◆ TULAREMIE :

- Diagnostic évoqué
 - ↳ *contacts avec le gibier*
 - ↳ caractère douloureux de l'adénopathie → *fistulisation*
 - ↳ précédé d'une angine blanche
 - ↳ point d'inoculation ? non retrouvé
 - ↳ **conjonctivite** souvent associée
- Diagnostic par:
 - ↳ sérodiagnostic +

◆ SYPHILIS

- soit primitive = *adénopathie unique*
chancre d'inoculation buccal = amygdale
adénopathie unilatérale nécrotique.
- soit secondaire = *adénopathies multiples*
roséole associée.

C- ADENOPATHIES BENIGNES NON INFECTIEUSES

◆ **SARCOIDOSE**

- Diagnostic évoqué - siège cervical bas
 - ↳ Radiographie pulmonaire
adp médiastinales associées
 - ↳ IDR négative
- **Diagnostic : biopsie.**

◆ **POLYARTHRITE RHUMATOIDE**

- Diagnostic évoqué - contexte clinique
 - ↳ Latex / Waaler Rose +
- **Ne pas biopsier.**

◆ **MALADIE DE WHIPPLE :**

- ↳ troubles digestifs associés

◆ **ADENOPATHIES IMMUNOLOGIQUES**

- ↳ ex: **Hydantoïnes.**

◆ **KIKUCHI** (lymphadenite nécrosante)

- Diagnostic évoqué
 - ↳ femme jeune
 - ↳ fièvre + adp trainantes cervicales
- Diagnostic par biopsie **nécrose aseptique du ggl**

II - ADENOPATHIES PRIMITIVES MALIGNES = HEMOPATHIES

◆ HODGKIN

◆ Dc évoqué

↳ caractère asymétrique des adénopathies
évolution par poussées

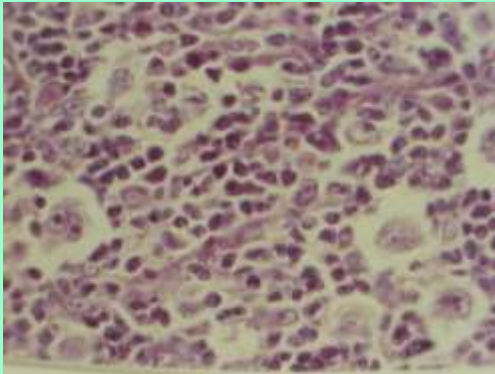
*1 adénopathie qui régresse n'est pas
toujours bénigne +++*

↳ fièvre + prurit + syndrome inflammatoire

↳ adénopathies médiastinales,

◆ IDR négative

➤ **BIOPSIE RAPIDE +++**



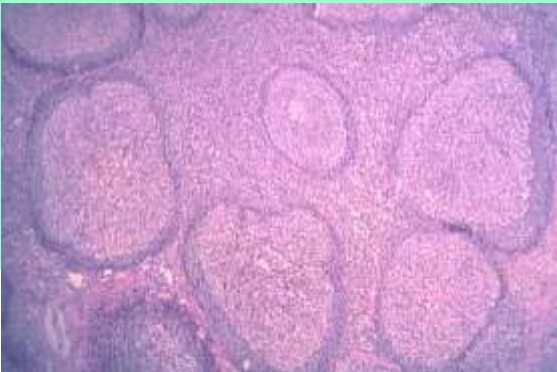
◆ LYMPHOMES

◆ Diagnostic évoqué devant un tableau idem mais croissance + rapide

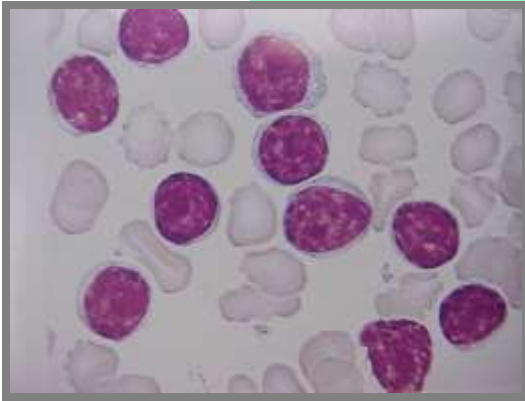
↳ polyadénopathie ou adénopathie très volumineuse

➤ **BIOPSIE RAPIDE +++**

importance de la qualité de la biopsie avec
CONGELATION +++++

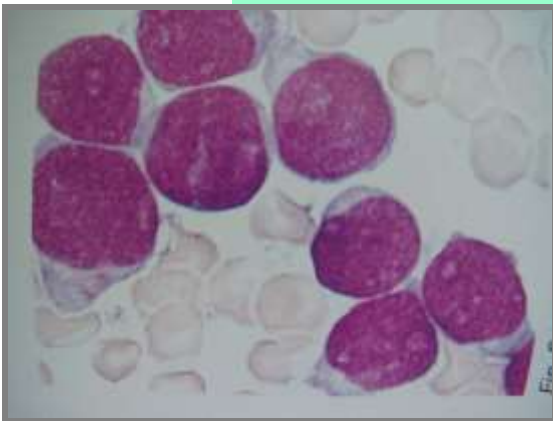


◆ LEUCEMIE LYMPHOIDE CHRONIQUE :



- ◆ Diagnostic évoqué chez > 50ans devant
 - ↳ une polyadénopathie symétrique
 - ↳ associée avec splénomégalie
- ◆ Diagnostic porté par
NFS + **phénotype des lymphocytes périphériques**
- **BIOPSIE INUTILE +++** sauf pour éliminer un Richter
sur une masse ganglionnaire asymétrique
à croissance plus rapide

◆ LEUCEMIE AIGUË



- ◆ adénopathie rarement révélatrice
- ◆ Diagnostic porté par
NFS

III - ADENOPATHIES MALIGNES METASTATIQUES

"petite lésion - grosses adénopathies"

◆ Cancers digestifs ➡ *ggl Troisier*

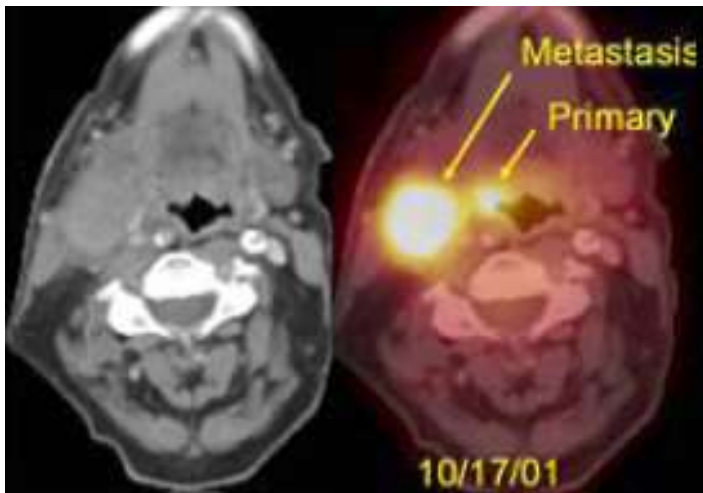
◆ Cancers médiastinaux :

➡ *ganglion sus claviculaire droit*

◆ Cancers ORL :

- langue mobile ➡ *ggl Küttner*
- base de la langue ➡ *jugulaire bas*
- amygdale ➡ *jugulo-carotidien haut*
- cavum ➡ *occipital*
- oreille, larynx.. ➡ *spinal*.

Ne pas oublier la thyroïde.



.. ➡ **BON EXAMEN ORL +++** en se méfiant :

- plis de l'orifice tubaire
- les reliefs du sillon amygdaloglosse
- sinus piriforme

**NE PAS BIOPSIER= RISQUES SI K ORL
RUPTURE CAPSULAIRE**

➡ **Pronostic divisé par 2**

CONCLUSION

◆ Adénopathies cervicales = motif fréquent de consultation

↳ hantise du *cancer* et du *Hodgkin*.

mais

↳ la plupart des étiologies sont *bénignes*.

◆ 2 erreurs à éviter :

1) Se précipiter sur la biopsie

sans interrogatoire ni bilan :

↳ *Désastreux :*

➤ K ORL encapsulé

➤ fistulisation (BK, griffe du chat)

2) Retarder la biopsie en multipliant les examens

↳ UN PIEGE +++

rémissions spontanées transitoires des Hodgkin