

N° 216. Adénopathie superficielle de l'adulte et de l'enfant

- Devant une ou des adénopathie(s) superficielle(s), argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents

► **Statistiques ECN** : Pas de dossier

► **En quelques mots clés**

- Cancer ORL
- Tuberculose
- Lymphome
- Infections
- Cytoponction
- Biopsie ganglionnaire

Les dix commandements

- ✓ Tu considéreras tout ganglion cervical de plus de 1 cm de diamètre comme une adénopathie
- ✓ Tu distingueras adénopathies aiguës et chroniques
- ✓ Tu rechercheras les causes graves d'adénopathies chroniques cervicales : cancer, hémopathie, tuberculose
- ✓ Tu te souviendras que toute tuméfaction cervicale n'est pas forcément une adénopathie
- ✓ Tu sauras qu'une tuméfaction cervicale médiane est très rarement une adénopathie
- ✓ Tu décriras le siège d'une adénopathie cervicale selon la classification de Robbins
- ✓ Tu rechercheras les critères sémiologiques d'adénopathie métastatique (dure, fixée par rapport aux plans superficiels et profonds)
- ✓ Tu pratiqueras un examen ORL et général complets
- ✓ Tu prescriras facilement une cytoponction à l'aiguille fine qui n'a de valeur que positive
- ✓ Tu ne feras jamais réaliser de biopsie ganglionnaire s'il peut s'agir d'une adénopathie métastatique !



Introduction



- Les adénopathies cervicales superficielles sont une pathologie fréquente.
- Elles constituent la 1^{re} cause de tuméfaction latéro-cervicale.
- Une hypertrophie ganglionnaire peut être liée à :
 - Une prolifération lymphoïde secondaire à une stimulation antigénique locale ou générale
 - Une prolifération tumorale lymphoïde primitive
 - Un envahissement ganglionnaire par des cellules tumorales non lymphoïdes
- On distingue les adénopathies :
 - Aiguës: le plus souvent infectieuses
 - Subaiguës ou chroniques: d'origine infectieuse, inflammatoire ou tumorale
- Au niveau cervical une adénomégalie de > 1 cm est une adénopathie.
- Devant une adénopathie subaiguë ou chronique, un examen ORL complet est indispensable.

Rappels anatomiques

- Actuellement la nomenclature utilisée pour préciser la topographie d'une adénopathie cervicale est la **classification de Robbins (figure 1)**.
- À ces différentes topographies correspondent des territoires de drainage qu'il faut connaître:

	Territoire drainé
Groupe I	Lèvres, pyramide nasale, plancher buccal, langue mobile
Groupe II a	Rhino-, oro- et hypopharynx, larynx, cavité buccale, thyroïde
Groupe II b	Rhinopharynx, oreille, parotide
Groupe III	Oro- et hypopharynx, larynx, cavité buccale, thyroïde
Groupe IV	Hypopharynx, larynx, glande thyroïde À gauche en bas = ganglion de Troisier: thorax, abdomen, pelvis
Groupe V	Rhino et oropharynx, parotide
Groupe VI	Larynx, thyroïde

Tableau 1. Territoires de drainage lymphatique

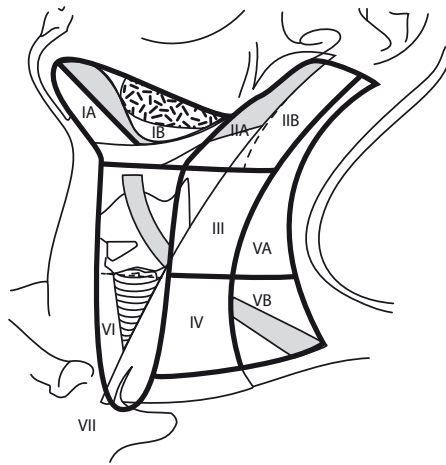


Figure 1. Classification de Robbins

Démarche diagnostique

INTERROGATOIRE

- **Terrain**
 - Âge
 - Antécédents: cancer, radiothérapie, VIH
 - Vaccinations
 - Intoxication éthylo-tabagique
 - Toxicomanie
 - Voyages récents
 - Contage tuberculeux
 - Sexualité
 - Origine ethnique
 - Contact avec des animaux
- **Adénopathie**
 - Date d'apparition
 - Mode évolutif
 - Symptômes associés: (ORL, AEG)

EXAMEN CLINIQUE

- **De l'adénopathie**
 - Siège
 - Nombre
 - Taille
 - Consistance
 - Sensibilité
 - Mobilité par rapport aux plans superficiels et profonds
 - Aspect inflammatoire voire fistulisation à la peau
- **ORL et cervico-facial complet**
 - Examen endobuccal
 - Nasofibroscopie avec examen attentif du cavum
 - Otoscopie (OSM, OMA)
 - Palpation de la glande thyroïde
 - Palpation parotidienne et de la glande submandibulaire
 - Examen soigneux des téguments : ne pas oublier le cuir chevelu +++
- **Examen général**
 - Des autres aires ganglionnaires
 - Recherche d'une hépato ou d'une splénomégalie
 - Examen digestif, thoracique en cas de ganglion de Troisier (sus-claviculaire gauche)
- **Au terme de cet examen on distinguera plusieurs situations qui orientent vers des étiologies différentes :**
 - Adénopathie(s) isolée(s) :
 - Adénopathie(s) unique ou multiples mais dans un même territoire
 - Correspondent en général à une pathologie loco-régionale
 - En cas d'adénopathie aiguë : rechercher une infection locorégionale
 - En cas d'adénopathie chronique : il faut éliminer un lymphome, un cancer cervico-facial ou ORL ainsi que certaines causes infectieuses (tuberculose ++)
 - Polyadénopathie diffuse plus ou moins associée à une hépato-splénomégalie :
 - Oriente vers une pathologie générale
 - Aiguë : pathologie infectieuse
 - Chronique : pathologie infectieuse chronique, hémopathie, maladie de système



Figure 2. Adénopathie cervicale zone III gauche

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Ils sont fonction de l'orientation étiologique

► Bilan systématique en l'absence d'étiologie évidente

- NFS, plaquettes
- VS, CRP
- Radiographie de thorax F + P (tuberculose, adénopathies médiastinales...)
- IDR à la tuberculine ou QUANTIFERON®
- Sérologies : VIH 1 et 2 après accord du patient, EBV, CMV ; parfois toxoplasmose, *Bartonella henselae*...

► Examens d'imagerie

- **Échographie cervicale :**
 - Affirme la présence d'une adénopathie
 - Utile au niveau de la région submandibulaire pour différencier adénopathie et hypertrophie de la glande submandibulaire
 - Examine les glandes salivaires (parotide, glande submandibulaire) ainsi que la thyroïde (nodule suspect)
- **TDM cervico-faciale injectée**
 - Plus performante que l'échographie pour préciser la taille, le nombre et la topographie des ganglions
 - Peut retrouver une étiologie : masse suspecte des VADS ou autre

- **PET-TDM**
 - Utile en cas d'adénopathie métastatique sans porte d'entrée
- **Cytoponction protégée à l'aiguille fine**
 - Peut être échoguidée
 - Cytologiste entraîné
 - N'a de valeur que positive
 - Peut orienter vers :
 - Adénopathie réactionnelle non spécifique
 - Pathologie infectieuse (tuberculose, maladie des griffes du chat)
 - Rarement maladie systémique spécifique (sarcoïdose, lupus)
 - Hémopathie
 - Autre cancer
- **Adénectomie et biopsie ganglionnaire**
 - La biopsie ganglionnaire est formellement contre indiquée en cas de pathologie tumorale non lymphomateuse !
 - Elle est également contre indiquée en cas de tuberculose (fistulisation = « écrouelle »)
 - Sa principale indication est la suspicion de lymphome pour immunohistochimie et cytométrie de flux. Elle peut alors être couplée à un myélogramme et une biopsie ostéo-médullaire (BOM)
 - Dans les autres cas on réalise une adénectomie voire un curage pour éviter l'effraction de la capsule ganglionnaire.
- **Panendoscopie des VADS**
 - Systématique en cas d'adénopathie cervicale chronique sans étiologie évidente chez un adulte
 - A fortiori s'il existe un contexte éthylo-tabagique et/ou des signes ORL
 - Elle permet :
 - De rechercher la lésion primitive
 - De faire des biopsies pour analyse anatomopathologique
 - De rechercher une lésion synchrone

CAS PARTICULIER DES ADÉNOPATHIES MÉTASTATIQUES

SANS PORTE D'ENTRÉE

- Adénopathie dont la cytoponction oriente vers un carcinome épidermoïde
- L'examen clinique et le scanner ne retrouvent pas de lésion primitive
- Il faut alors réaliser :
 - Un PET-TDM
 - Une panendoscopie des VADS orientée par le TEP, éventuellement associée à une amygdalectomie. Cette panendoscopie des VADS doit comprendre un examen soigneux du cavum
- En l'absence de primitif retrouvé après l'ensemble de ces examens : cervicotomie exploratrice pour curage

Étiologies

Les adénopathies aiguës sont le plus souvent en rapport avec une infection locorégionale (angine, rhinopharyngite...)

INFECTIEUSES

BACTÉRIENNES

▶ À germes pyogènes :

- Streptocoques, staphylocoques
- Évoluent en 3 phases :
 - Inflammatoire : adénopathie sensible, mobile, douloureuse. Le traitement est médical.
 - Suppurée : signes inflammatoires marqués, douleur importante, fièvre, hyperleucocytose à PNN et syndrome inflammatoire importants. Nécessite un drainage de la collection avec prélèvement bactériologique et antibiothérapie probabiliste secondairement adaptée aux données de l'antibiogramme.
 - Adénophlegmon : correspond à une diffusion extra-ganglionnaire de l'infection. Il est fréquent chez l'enfant et nécessite une hospitalisation pour :
 - ▶ Drainage chirurgical avec prélèvements bactériologiques
 - ▶ Antibiothérapie parentérale secondairement adaptée aux données de l'antibiogramme

► **Mycobactéries**

• **Tuberculose**

- *Mycobacterium tuberculosis*
- Terrain : migrants, immunodéprimés
- 10 % des tuberculoses sont exclusivement ganglionnaires et alors de localisation cervicale dans 80 % des cas
- Symptômes :
 - ▶ Adénopathies qui augmentent progressivement de taille, fermes voire dures et adhérentes aux plans superficiel et profond, jusqu'à la fistulisation à la peau
 - ▶ Altération de l'état général avec parfois fièvre et sueurs nocturnes
 - ▶ Signes pulmonaires : toux +++
 - ▶ Parfois érythème noueux
- Examens complémentaires :
 - ▶ IDR à la tuberculine ou QUANTIFERON®
 - ▶ Radiographie de thorax F + P
 - ▶ BK crachats, BK tubage
 - ▶ Cytoponction à l'aiguille fine avec examen direct (coloration de Ziehl) et mise en culture sur milieu de Löwenstein (délai ≈ 3 semaines)
 - ▶ En cas de cytoponction non contributive, adénectomie diagnostique :
 - Mise en culture
 - Anatomopathologie : granulome gigantocellulaire avec nécrose caséuse
- Traitement :
 - ▶ Médical par quadrithérapie antituberculeuse pendant 9 mois en raison de la mauvaise pénétration ganglionnaire des antituberculeux
 - ▶ Déclaration, isolement si le patient est bacillifère, dépistage des sujets contact
 - ▶ En cas d'échec du traitement médical à 6 mois, la prise en charge sera chirurgicale (rare)

• **Mycobactéries atypiques**

- Terrain immunodéprimé ou enfant jeune
- *Mycobacterium avium, kansasii...*
- Traitement médical prolongé