

LES ADENOPATHIES

I- DEFINITION :

Augmentation du volume du ganglion qui devient palpable cliniquement ou visible à l'imagerie et dont le diamètre est supérieur à 10mm.
Présence de micro adénopathies (inguinales) est sans signification pathologique. Leur diamètre < 1 cm.

II- PHYSIOPATHOLOGIE

Les ganglions sont des organes lymphoïdes périphériques

L'augmentation du volume des ganglions résulte : Réponse immunitaire secondaire à une stimulation antigénique physiologique. Expansion clonale incontrôlée de cellules ou de survie de cellules anormales (B et T). Colonisation du ganglion par des cellules extra hématopoïétiques.

III- ETUDE SEMIOLOGIQUE :

Il existe 2 types d'adénopathies : Superficielles : facie à l'examen clinique (caractères sémiologiques).

Profondes : médiastinales et abdominales, visualisées par les examens complémentaires ou lorsqu'il existe des signes de compression.

La découverte d'une adénopathie entraîne un examen général notamment la recherche d'une porte d'entrée infectieuse, fièvre, prurit, sueurs amaigrissement, hépato splénomégalie et un examen ORL.

A) ADENOPATHIES SUPERFICIELLES :

Les ganglions normaux ne sont pas palpables. Toutes les aires ganglionnaires seront examinées à la recherche d'adénopathies. L'examen permet de préciser les caractères des adénopathies (Siège, nombre, taille, consistance, sensibilité, mobilité, symétriques ou non).

1- Circonstances de découvertes :

Fortuite. Gêne à la déglutition. Douleur spontanée ou à la palpation. Tuméfaction. Des signes généraux : fièvre, amaigrissement, sueurs nocturnes, prurit.

2- Inspection :

Adénopathie superficielle. Ganglion volumineux → soulève la peau en regard. Peau normale, rouge, luisante siège d'une fistule, cicatrice.

3- Palpation :

C'est l'examen clé. Cet examen est pratiqué de façon méthodique bilatérale et symétrique en précisant leur différents caractères et endébutant par les aires ganglionnaire situées au niveau de la tête puis le cou, le membre supérieur et en terminant par la région poplitée (cervicales – sus-claviculaires – axillaire inguinales etc.).

a. Localisation des adénopathies

• Adénopathies cervicales :

Face à l'examineur, tête penchée légèrement en avant et tournée du côté à examiner pour relâcher les muscles du cou. Les doigts recourbés en crochet. Il existe plusieurs groupements ganglionnaires :

Ganglions pré auriculaires + parotidiens : drainent les conjonctives, cuir chevelu, parotides, oreille moyenne.

Ganglions sous-occipitaux : cuir chevelu, nasopharynx.

Ganglions maxillaires : Lèvres inférieures, joues, langue, plancher du massif facial.

Ganglions mentonniers : Lèvres, gencives.

Ganglions jugulo- carotidiens : Voile du palais, pharynx, larynx et amygdales.

• Adénopathies sus-claviculaires :

Angle formé par la clavicule et SCM. L'examineur est derrière le patient, les doigts recourbés en crochet dans le creux sus-claviculaire.

Ganglion drainant à droite : Œsophage, thyroïde, poumon droit, sein droit, moitié inférieure du poumon gauche. A gauche, les ganglions drainent : thyroïde gauche, Sein gauche Moitié supérieure du poumon gauche. Tube digestif + organes génitaux internes.

Ganglion à gauche : ganglion de Troisier. Cancer digestif, génital

• Adénopathies axillaires :

Patient couché ou assis, le bras repose souvent la main gauche de l'examineur, la main droite est introduite jusqu'au sommet de la pyramide axillaire. Il explore le sein, paroi thoracique, membres supérieurs, paroi abdominale.

• Adénopathies épithrochléennes :

Au dessus de l'épithrochlée sur la face postéro-interne du bras, les doigts recourbés en croche : Partie cubitale de la main.

• Adénopathies inguinales :

Décubitus dorsal, cuisses en extension, on palpe au-dessus, sur repli inguinale et sur la face antéro-interne de la cuisse.

Groupement horizontal : au dessous de l'arcade crurale, ils drainent la paroi abdominale inférieure, les organes génitaux externes, région fessière et le canal anal.

Groupement vertical (face antéro-interne de la cuisse) : drainent les membres inférieurs.

• Adénopathies poplitées :

Creux poplitée, jambe demi fléchie. Talon, face externe du pied, partie profonde de la jambe.

b. Taille : Centimètre.

c. Consistance : Molle → Collection liquidienne. Rénitente → tuberculose. Ferme et élastique → Hodgkin. Dure → cancer.

d. Sensibilité : Indolore ou sensible (satellite d'une infection).

e. Mobilité : Par rapport aux ganglions entre eux et par rapport au plan superficiel et au plan profond.

f. Siège :

Localisé : touche une seule aire ganglionnaire (unilatérale). Locorégionale : plus de 2 aires ganglionnaires du même côté du diaphragme.

Généralisée : 2 ou plusieurs aires ganglionnaires de part et d'autre du diaphragme.

4- Diagnostic différentiel

Lipomes et nodules sous cutanés ; Kyste du tractus thyroïdienne ; Anévrisme ; Abscess froid ; Hernie inguinale
Hypertrophie des glandes

B) ADENOPATHIES PROFONDES :

1- Adénopathies médiastinales :

Lorsqu'elles sont volumineuses, elles s'expriment par un syndrome de compression de la veine cave supérieure : Œdème en pèlerine. CVC. Télé-angiectasies basithoraciques

De découverte sur le thorax par un élargissement du médiastin ou des images para-hilaires, au cours d'une TDM

2- Adénopathies abdominales :

Intra-péritonéales : Troubles du transit : lorsqu'elles sont volumineuses et dans ce cas elles sont palpables
Ictère, ascite. Echographie

Rétro-péritonéales : Compression lymphatique ou veineuse : œdèmes des membres inférieurs bilatéraux
Anurie en cas de compression pyélo-urétérale

IV) EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Hémogramme: lymphocytose, polynucléose, syndrome mononucléosique, blastes. VS: syndrome inflammatoire

Cytoponction ganglionnaire. Imagerie : échographie, thorax, TDM. Biopsie ganglionnaire: étude anapath, histochimique et bactériologique

IV) ETIOLOGIES:

A) ADENOPATHIES BENIGNES :

1- Inflammations aiguës :

En rapport avec une infection de voisinage, adénopathie sensible. Des caries dentaires. Abscess du sein
Infection de la main ou du pied. Infection généralisée septicémies

2- Inflammation subaiguë :

Tuberculose : adénopathie molle rémittente, augmentation rapide de la VS, peau mince, siège d'une fistule.

IDR +. Elle est confirmée par la biopsie

Brucellose : Fièvre sudoro-algique, sérologie de Wright +

3- maladies générales

Sarcoïdose. Lupus érythémateux systémique. Polyarthrite rhumatoïde

B) ADENOPATHIES MALIGNES :

Métastase d'un cancer de voisinage : Cancer du ganglion : maladie de Hodgkin (Cellules de Sternberg à la ponction, la confirmation est donnée par la biopsie)

Leucémie aiguës : adénopathies, anémie, hémorragie, SPM.

Leucémie lymphoïde chronique: sujet âgé avec lymphocytose sanguine et médullaire.