

CAT devant une adénopathie

Définition

C'est la palpation d'un ganglion lymphatique hypertrophié mesurant plus de 10 mm de grand diamètre, sur un trajet lymphatique.

Intérêt de la question

- **Fréquence** : situation fréquente en pédiatrie, médecine générale, nécessite la détermination du caractère localisé ou généralisé de l'atteinte du système lymphatique et l'origine bénigne ou maligne de cette hypertrophie
- **Diagnostic** : les diagnostics positif et différentiel faciles. Difficulté dans le diagnostic étiologique
- **Rappel** :
 - **Sites de drainage** :
 - **Adénopathies jugulo-carotidiennes** : oropharynx, anneau de Waldeyer, thyroïde
 - **Adénopathies axillaires** : membres supérieurs et seins
 - **Adénopathies sus-claviculaires droites** : médiastin antérieur
 - **Adénopathies sus-claviculaires gauches** (ganglion de Troisier) : cavité abdominale
 - **Adénopathies crurales** : périnée
 - **Anatomie fonctionnelle du ganglion** : Le tissu lymphoïde est reparti dans :
 - **Organes Lymphoïdes Centraux (OLC)** : thymus, moelle osseuse
 - **Organes Lymphoïdes Périphériques (OLP)** : ganglions, rate, amygdales, tissu lymphoïde associé aux muqueuses et le système lymphoïde cutané. Les OLP sont siège de réponse des lymphocytes aux antigènes
 - **Fonctions du ganglion** : rôle dans l'élimination de l'agent pathogène et l'élaboration de la réponse immune
 - **Physiopathologie** : l'adénopathie peut résulter :
 - D'une réponse immune physiologique secondaire à une stimulation antigénique locale ou systémique, ou anormale par dérèglement immunitaire
 - De l'expansion clonale incontrôlée ou survie anormale et LB ou LT
 - De la colonisation d'un ganglion par des cellules extra hématologiques
 - De la surcharge des macrophages

Diagnostic

- **Diagnostic positif** : Il s'agit d'une tuméfaction nodulaire dans une aire ganglionnaire superficielle mesurant > 10 mm
- **Diagnostic différentiel** :
 - **Dans la région cervicale** : glande salivaire, kyste épithélial branchial, tumeur thyroïdienne, anévrysme carotidien. Examiner en se mettant derrière le patient, le faire déglutir et repérer la masse cervicale par rapport à la thyroïde. Ausculter la tuméfaction jugulo-thyroïdienne (la présence d'un souffle contre-indique la ponction)
 - **Dans la région axillaire** : hidrosadénite (signes inflammatoires)
 - **Dans la région inguinale** : hernie, anévrysme, ectopie testiculaire
 - **Partout** : un lipome mou
 - Parfois il faut aller jusqu'à la ponction mais attention ausculter d'abord la tuméfaction

- **Diagnostic étiologique :**

- **Interrogatoire :**

- **Âge :** les adénopathies cervicales hautes de petite taille persistent chez l'enfant (satellites d'infections ORL), elles sont souvent banales
- **Activité professionnelle et loisirs** (jardinage, chasse contact avec les animaux domestiques...)
- **Facteurs de risque** (VIH)
- **Séjour en zone d'endémie parasitaire**
- **Antécédents médicaux :** Lymphome Non-Hodgkinien, maladie vénérienne, infection ORL
- Prise médicamenteuse (hydantoïne), soins dentaires, exérèse d'un grain de beauté, vaccination...
- **Durée d'évolution :** plus ou moins 6 mois
- **Signes associés :** Signes généraux (asthénie, fièvre, sueur, amaigrissement, prurit)
- **Antécédents familiaux :** consanguinité, cas similaires, cytopénies dans la famille

- **Examen clinique :**

- De toutes les aires ganglionnaires
- Caractères des adénopathies :
 - ✓ Date de début, mode d'installation
 - ✓ Taille, isolée, locorégionales ou généralisées, consistance, sensibilité, douleur à l'absorption d'alcool inexplicée (Hodgkin)
 - ✓ Mobilité par rapport au plan profond
 - ✓ Présence ou non d'une compression nerveuse ou vasculaire
- Rechercher de lésions des territoires de drainage lorsqu'elle est isolée
- **Examen extra-ganglionnaire :** rechercher :
 - ✓ Splénomégalie, hépatomégalie
 - ✓ Des signes d'insuffisance sanguine
 - ✓ Dismorphie, retard psychomoteur.

Adénopathies uniques ou groupées dans une aire ganglionnaire :

- **Adénopathies inflammatoires :** douleur, chaleur, rougeur
 - **Adénopathies à pyogènes :** d'évolution aiguë, rechercher une porte d'entrée ; abcès dentaire, angine, plaie
 - **Adénite tuberculeuse :** locorégionale d'évolution prolongée, sans signes inflammatoires
 - Intradermo Réaction positive (supérieure à 12 mm phlycténulaire)
 - La ponction peut ramener du caséum, la cytologie retrouve des amas de cellules épithélioïdes
 - **Maladie des griffes du chat :** axillaire ou épi-trochléenne, contagé, l'agent responsable est *Bartonella Henselaeae*, la ponction du ganglion montre un granulome (pus, macrophage, cellules épithélioïdes). Une adénopathie qui n'a pas fait sa preuve en 4 semaines doit être ponctionnée puis biopsie pour une étude anatomopathologique
- **Adénopathies localisées chroniques :** Evolution supérieure à 6 mois, sans signes inflammatoires. Rechercher une tuberculose, tendance à la fistulisation. Selon le site, le contexte, rechercher un cancer régional, les adénopathies sont dures et fixes

Trois examens sont pratiqués : FNS – IDR – ponction ganglionnaire qui oriente le diagnostic, en montrant :

- Un frottis polymorphe ou granulome avec des cellules de Reed Sternberg, dans le lymphome de Hodgkin
- Un frottis monomorphe : petites cellules lymphomatoses (Lymphome Non-Hodgkinien folliculaire) ou grandes cellules (Lymphome Non-Hodgkinien à grandes cellules)
- Présence d'amas de cellules extra-hématopoïétiques au sein des lymphocytes normaux (métastase ganglionnaire : cavum, tumeur testiculaire, sein...)
- La biopsie ganglionnaire confirme le diagnostic : bouleversement de l'architecture ganglionnaire, effraction de la capsule ganglionnaire dans le cas d'une étiologie tumorale, précise le diagnostic

Poly-adénopathies aiguës

- **Poly-adénopathies aiguës inflammatoires** : elles constituent un épiphénomène dans un contexte infectieux ou dys-immunitaire, sont de petite taille, généralisées. Selon le terrain :
 - **Nourrisson et enfant** : maladies éruptives ; rubéole, mononucléose infectieuse, toxoplasmose...
 - La FNS normale ou montre un syndrome mono-nucléosique avec hyperleucocytose modérée faite de grands lymphocytes à cytoplasme hyper basophiles au frottis sanguin
 - Sérologie de la mononucléose infectieuse (réaction de Paul Bunnell Davidson), de la toxoplasmose, HIV
 - La ponction ganglionnaire n'est pas utile au diagnostic
- **Poly-adénopathies sans signes inflammatoires** :
 - **Leucémie aiguë** : peuvent être retrouvés d'autres éléments du syndrome tumoral, des signes d'insuffisance sanguine
 - La FNS retrouve de manière dissociée hyperleucocytose, leucopénie, thrombopénie, anémie blastose sanguine. Confirmation diagnostique par le médullogramme qui retrouve une infiltration médullaire par plus de 20% de blastes

Poly-adénopathies chroniques

L'hémogramme est l'examen clé :

- Hémopathies lymphoïdes chroniques : hyper-lymphocytose > 4000/mm³ : Leucémie Lymphoïde Chronique, Lymphome Non-Hodgkinien à petites cellules, compléter par un immuno-marquage des cellules lymphoïdes
- Leucémie aigue

Si la FNS est normale, une ponction puis une biopsie ganglionnaire peuvent révéler un Lymphome Non-Hodgkinien. Par ailleurs, rechercher une infection type HIV, une maladie inflammatoire ou dys-immunitaire tels : un lupus érythémateux disséminé avec le reste du tableau clinique (articulaire, cutané, rénal, cytopénie...) ; un syndrome lympho-prolifératif avec auto-immunité

Adénopathies profondes

Thoraciques ou sous diaphragmatiques, le problème essentiel lorsqu'elles sont isolées est le diagnostic étiologique. Nécessitant parfois des investigations invasives : thoracotomie, laparotomie, pour biopsie, l'imagerie seule étant insuffisante.

- **Adénopathies thoraciques, médiastinales** :
 - **Circonstances de découverte** :
 - **Syndrome de compression médiastinale** : toux sèche quinteuse, dyspnée, douleur thoracique. Œdème en pèlerine par compression de la veine cave supérieure avec risque de thrombose
 - **Signes généraux** : fièvre, sueurs, amaigrissement
 - Téléthorax systématique
 - **Diagnostic positif** : téléthorax (face + profil), TDM thoracique, endoscopie. L'adénopathie correspond à une tumeur nodulaire ou polycyclique de plus de 1 cm du médiastin moyen pouvant envahir le médiastin antérieur
 - **Diagnostic étiologique** :
 - **Examen clinique** +++ : rechercher une adénopathie sus claviculaire
 - **Hémogramme** : FNS, cytologie (cytopénie, cellules anormales ?), frottis
 - Cytologie d'un liquide pleural
 - Médiastinoscopie
 - Thoracotomie avec biopsie ganglionnaire si le diagnostic n'est pas encore fait
 - **Etiologies** : Lymphome Non-Hodgkinien, Lymphome de Hodgkin, sarcoïdose

- **Adénopathies retro-péritonéales et abdominales :**
 - **Circonstances de découverte :**
 - Douleur abdominale, trouble du transit.
 - Découverte d'une masse abdominale par le malade ou le patient
 - **Signes de compression :** œdème par compression de la veine cave inférieure, risque de thrombose
 - Signes généraux révélateurs
 - Echographie abdominale
 - **Diagnostic positif :**
 - **Imagerie :** échographie abdominale couplée à la TDM abdomino-pelvienne. Il s'agit d'une tumeur nodulaire > 1 cm du rétro-péritoine ou en intra-mésentérique
 - **Diagnostic étiologique :**
 - Examen clinique minutieux à la recherche d'adénopathies à biopsier
 - FNS et cytologie
 - Ponction et étude cytologique du liquide d'ascite
 - Ponction écho-guidée de la masse
 - Sinon Laparotomie exploratrice + biopsie
 - **Etiologies :**
 - **Adénopathies abdominales :**
 - ✓ **Chez l'enfant :** Infection à Yersinia, Lymphome Non-Hodgkinien de Burkitt
 - ✓ **Chez l'adulte :** Lymphome Non-Hodgkinien de Burkitt ou non
 - **Adénopathies rétro-péritonéales :**
 - ✓ Lymphome Non-Hodgkinien ou Lymphome de Hodgkin
 - ✓ **Adénopathies satellites d'une tumeur rétro-péritonéale :**
 - ❖ **Enfant :** neuroblastome, nephroblastome
 - ❖ **Adulte :** tumeur rénale, tumeur pelvienne : prostate, rectum, testicule.