

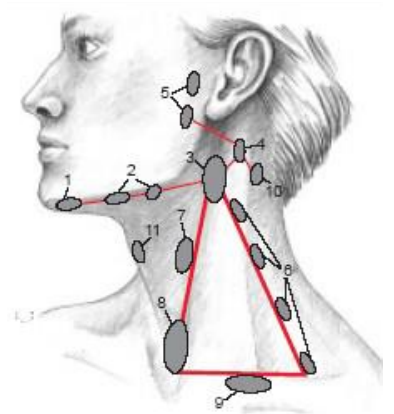
Diagnostic des adénopathies cervicales chroniques

Définition / Généralités

- Les adénopathies cervicales sont un motif fréquent de consultation en ORL.
- Leur diagnostic est le plus souvent aisé, en revanche il est plus difficile de préciser la nature surtout histologique.
- Il faut toujours penser à la possibilité d’adénopathie métastatique des carcinomes des Voies Aéro-Digestives Supérieures (VADS) ou hémopathie.
- Le diagnostic étiologique dépend de l’histologie
- On dit adénopathie cervicale chronique toute adénopathie apparue depuis au moins 3 semaines sans signes aigus ou subaigus, locaux ou régionaux.

Rappel

- **Embryologie :**
 - Apparition à partir du 3^e mois de vie intra-utérine
 - Condensation du mésenchyme au niveau de la confluence des vaisseaux lymphatiques
 - Colonisés par des lymphocytes matures
- **Anatomique :**
 - **Cercle de Poirier et Cuneo :** ganglions sous-mentaux, sous-mandibulaire, sous-digastrique, mastoïdiens, parotidiens
 - **Triangle de Rouvière :**
 - **Chaîne antérieure :** jugulo-carotidienne
 - **Chaîne postérieure :** spinale
 - **Chaîne inférieure :** chaîne sus-claviculaire
- **Groupes ganglionnaires cervicaux :**
 - **Groupe sous-mento-mandibulaire :** lèvres, cavité buccale, pyramide nasale
 - **Groupe sous-digastrique et spinal haut :** larynx, trois étages pharyngés, thyroïde, cavité buccale, parotide, oreille
 - **Groupe sus-omohyoïdien :** larynx, trois étages pharyngés, thyroïde, cavité buccale
 - **Groupe jugulaire inférieur :** larynx, oro- et hypopharynx, thyroïde, organes thoraciques, abdominopelviens
 - **Groupe spinal et sus-claviculaire :** rhino- et oropharynx, parotide, oreille
 - **Groupe pré-viscéral :** larynx, thyroïde
- **Histologie :**
 - Chacun des ganglions mesure normalement moins d’un centimètre chez l’homme, sauf en cas d’adénopathie.
 - Les ganglions ont une structure plus ou moins globuleuse, et ils se décomposent en plusieurs zones (de la périphérie vers le centre) :
 - **Sinus capsulaire :** qui permet l’arrivée des antigènes par les vaisseaux lymphatiques et sanguins afférents
 - **Cortex du ganglion :** lieu de prolifération et de différenciation des lymphocytes B (qui y sont regroupées en amas nommés follicules, responsables du grossissement des ganglions en cas de stimulation antigénique)
 - **Para-cortex :** qui abrite les lymphocytes T et les cellules dendritiques
 - **Hile :** au niveau duquel il y a autant de lymphocytes B que de lymphocytes T et par lequel sort le vaisseau lymphatique efférent.



- Globalement, un ganglion lymphatique se divise en trois compartiments fonctionnels :
 - **Compartiment sinusal** : ce sont les espaces de circulation propre à la lymphe
 - **Compartiment sanguin** : qui permet de déplacer rapidement un maximum de cellules lymphoïdes de ganglion à ganglion ou de ganglion vers les tissus
 - **Compartiment parenchymateux** : constitué de l'ensemble des cellules lymphoïdes

Diagnostic positif

- **Interrogatoire** : âge et facteur racial (doivent être pris en compte : migrants → tuberculose), date de début, installation progressive ou brutale, évolution, antécédents médicaux (radiothérapie, tuberculose, vaccination, transfusion, médication), antécédents chirurgicaux (chirurgie de la face ou du cou), mode de vie du patient (profession, contact avec des animaux domestiques, notion de contagion tuberculeuse, habitude sexuelle, alcool-tabagique), contact avec les enfants, signes accompagnateurs (fièvre, amaigrissement, altération de l'état général, dysphagie, dysphonie), signes fonctionnels évoquant une hémopathie (prurit, sueurs nocturnes, amaigrissement)
- **Examen clinique** :
 - **Examen local** :
 - **Inspection** : état de la peau (cicatrice, rougeur), siège de l'adénopathie
 - **Palpation** : nombre, uni- ou bilatéralité des adénopathies, taille, sensibilité, consistance, limite nette ou imprécise, caractère inflammatoire ou pas, mobilité par rapport au plans profonds et à la peau, examen des autres aires ganglionnaires cervicales
 - **Examen locorégional** :
 - La peau de la face et le cuir chevelu à la recherche d'une lésion, piqure d'insecte
 - Examen ORL complet sous bon éclairage ou au besoin un naso-fibroscope pour examiner la cavité buccale, les trois étages de pharynx, le larynx, les fosses nasales, les oreilles
 - Le toucher bucco-pharyngé est un temps très important de l'examen pour ne pas laisser passer une lésion maligne de la région amygdalienne ou de la base de la langue
 - On cherche une tuméfaction de la glande parotidienne ou la thyroïde
 - **Examen somatique complet** : aires ganglionnaires, splénomégalie, hépatomégalie, examen des téguments (rash cutané → rubéole, rosacée → syphilis secondaire)
- **Examen paraclinique** : FNS (hyperleucocytose, mononucléose, hyperéosinophilie), VS, IDR à la tuberculine, sérologies (HIV, EBV, toxoplasmose, rubéole, maladie des griffes du chat), radiographie de thorax. D'autres examens sont demandés en fonction de l'orientation diagnostique :
 - **Échographie cervicale** :
 - Permet de différencier une tumeur d'une adénopathie cervicale
 - Apprécie l'aspect liquidien ou solide
 - Caractère hétérogène ou homogène de l'adénopathie
 - **TDM** :
 - Situer la tuméfaction par rapport aux axes vasculaires
 - Précise le caractère hypodense en faveur d'un kyste ou d'une nécrose intra-tumorale ou d'origine infectieuse
 - **PET-scan** : technique scintigraphie, par sa sensibilité, elle permet de dépister des adénopathies cervicales métastatiques infracliniques lors du bilan initial de cancers des VADS mais de trouver des foyers primitifs au niveau de l'oro- ou hypopharynx.
 - **Panendoscopie** : comprend une pharyngo-laryngoscopie, une trachéobronchoscopie, une œsophagoscopie et un examen du rhinopharynx. Elle permet de biopsier toute lésion suspecte
 - **Myélogramme** : si suspicion d'hémopathie
 - **Ponction cytologique ganglionnaire** : c'est un examen d'orientation diagnostique très performant qui permet de faire des recherches bactériologiques, parasitologiques ou mycologiques sur le produit de ponction

- **Cervicotomie exploratrice avec analyse histologique extemporanée du ganglion** : permet en cas d'adénopathie bénigne de limiter l'intervention. En cas d'adénopathie maligne la cervicotomie est complétée d'un évidement ganglionnaire cervical

Diagnostic différentiel

- **Masse sous-digastrique** : grande corne de l'os hyoïde, apophyse transverse de l'atlas, volumineux bulbe carotidien athéromateux, ptose de la glande sous-mandibulaire.
- **Tuméfaction sous-mandibulaire** :
 - **Tumeur de la glande sous-mandibulaire** : adénome pléiomorphe ou cylindrome → intérêt du palper bi-digital et de l'échographie
 - **Sous-maxillite chronique d'origine lithiasique** : l'anamnèse retrouve la notion de coliques salivaires ; l'examen doit rechercher du pus au niveau de la caroncule dans le plancher buccal antérieur (extrémité du canal de Wharton). La radiographie et l'échographie peuvent visualiser le calcul
- **Masse sus-claviculaire** : diverticule pharyngo-œsophagien réductible, neurinome du plexus brachial, cancer de l'apex pulmonaire (intérêt d'un telethorax et d'une TDM)
- **Masse pré-laryngée** : kyste de tractus thyroïdienne (vestige du canal thyroïdienne qui, au cours de la croissance de l'embryon durant la grossesse, va se déplacer de la base de la langue pour constituer la thyroïde), nodule de l'isthme thyroïdien, laryngocèle externe extériorisée
- **Masse du territoire jugulo-carotidien** :
 - **Supérieur** : tumeur de la parotide, kyste amygdaloïde, chemodectome (tumeur qui se développe à partir de nerfs)
 - **Moyen** : anévrysme de la région carotidienne, myosite post-radique du Sterno-Cléido-Mastoïdien
 - **À la base** : il faut éliminer une tumeur thyroïdienne

Diagnostic étiologique

- **Adénopathies infectieuses** :
 - **Tuberculose** : due à *Mycobacterium hominis* rarement *bovis*, touche le sujet dénutri, immunodéprimé, défavorisé
 - **Clinique** : altération de l'état général, sueurs nocturnes, anorexie, adénopathie d'apparition insidieuse (ferme, indolore, évoluant vers l'induration et l'adhérence au tissus profonds, dans 20% des cas, elle évolue vers la fistulisation)
 - IDR a la tuberculine et un telethorax sont indispensables au diagnostic
 - Ponction aspiration permet l'étude cytologique
 - Culture sur milieu de Lowenstein-Jensen
 - La biopsie en quartier d'orange est contre-indiquée.
 - **Traitement** :
 - ✓ **Médical** : antituberculeux pendant 9 mois
 - ✓ **Chirurgical** : adénoïdectomie.
 - **Infection à *Mycobacterium atypique*** :
 - **Germes** : *Mycobacterium scrofulaceum* et *Mycobacterium kansasii*
 - **Terrain** : apanage de l'enfant
 - Les adénopathies sont volontiers unilatérales
 - Évolution torpide sur 9 à 15 mois
 - Dans 70 à 80 % des cas apparaissent des fistulisations
 - **Diagnostic** : ponction à l'aiguille, recherche du germe dans le pus
 - **Traitement** : antibiotiques inefficaces, chirurgical dans les formes localisées

- **Mononucléose infectieuse** : affection due au virus Epstein-Barr
 - Touche surtout l'adolescent et l'adulte jeune
 - Poly-adénopathie diffuse à prédominance cervicale (de volume variable, déformant la région cervicale, uni-ou bilatérale, ferme et sensible)
 - Splénomégalie, angine, rash cutané
 - **FNS** : syndrome mononucléosique
 - **Diagnostic de certitude** : sérologie Paul-Bunnell-Davidson
 - La corticothérapie peut être indiquée dans les formes aiguës très asthéniantes de l'adolescent et de l'adulte jeune.
- **Syphilis** :
 - **Primaire** : adénopathie cervicale unique dure sans péri-adénite, recherche de tréponème à partir du chancre ou ponction ganglionnaire
 - **Secondaire** : éruption cutanée, adénopathies fermes, indolores, occipitales
 - ✓ **Diagnostic** : sérologique TPHA-VDRL
 - ✓ **Traitement** : repose sur les pénicillines
- **Tularémie** : due à *Francisella tularensis*, le réservoir est animal (lapin, lièvre)
 - **Contamination** : peut-être directe ou indirecte
 - **Clinique** : adénopathie volumineuse, douloureuse inflammatoire
 - ✓ **Sous-digastrique ou sous-mandibulaire** : en cas de contamination oropharyngée
 - ✓ **Pré-tragienne ou intra-parotidienne** : en cas de contamination oculaire.
 - **Diagnostic** : isolement du germe à partir de ponction.
 - **Traitement** : cycline, aminoside
- **Maladie de griffe de chat** : due à *Rochalimaea henselae*
 - **Clinique** : adénopathie (ferme, douloureuse, mobile, de taille variable), fièvre, asthénie, exanthème maculo-papuleux et splénomégalie
 - **Diagnostic** : la mise en évidence de cellule pléiomorphe à partir d'une cytoponction
 - **Traitement** : cycline, aminoside
- **Brucellose** :
 - **Contamination** : se fait par ingestion de produit laitiers frais
 - **Clinique** : fièvre ondulante suduro-algique, splénomégalie, adénopathies (basses cervicales, fermes et douloureuses)
 - **Diagnostic** : sérodiagnostic de Wright
 - **Traitement** : cycline.
- **Toxoplasmose** : due à *Toxoplasma gondii*
 - **Clinique** : adénopathies (cervicales, de volume modéré, fermes et peu douloureuses), asthénie et fièvre
 - **FNS** : syndrome mononucléosique
 - **Diagnostic** : sérologique
 - Guérit spontanément
- **Leishmaniose** : parasitose
 - **Transmission** : se fait du chien à l'homme
 - **Clinique** : fièvre au long cours, altération de l'état général, splénomégalie, adénopathies (généralisées, fermes, indolores, mobiles, les adénopathies cervicales ne sont jamais isolées)
 - **Traitement** : Glucantime.
- **Adénopathie au cours du VIH** : peut présenter une lympho-adénopathie persistante généralisée. Les adénopathies sont petites, indolores, mobiles, bilatérales et symétriques
 - Les territoires les plus touchés : occipital et spinal

- **Adénopathie inflammatoire chronique :**
 - **Sarcoïdose :**
 - Elle atteint préférentiellement les adultes jeunes entre 20 et 40 ans
 - Les localisations médiastino-pulmonaires sont présentes dans plus de 80%
 - Les ganglions cervicaux constituent un mode de révélation fréquent de la maladie ; ils sont fermes, indolores, mobiles, sans caractère inflammatoire et leur taille n'excède généralement pas 2 cm
 - Ils évoluent le plus souvent vers la régression spontanée sans jamais se ramollir ou se fistuliser
 - **Radiographie pulmonaire :** systématique, élargissement du médiastin et des hiles pulmonaires
 - **Histologie :** éléments épithélioïdes et gigantocellulaires sans nécrose caséuse centrale.
 - **Maladie de Letterer-Siwe :**
 - C'est une histiocytose X, qui touche surtout le nourrisson et le jeune enfant
 - **Clinique :** atteinte ganglionnaire diffuse, ganglions (petits, mous, indolores et peu mobiles), la localisation cervicale est fréquente, fièvre, cachexie, parfois lésion maculo-croûteuse sur le tronc et le cuir chevelu, hépatomégalie
 - **Maladie de Rosai Dorfman :**
 - Hyperplasie pseudo-tumorale associée à une histiocytose sinusale.
 - Touche le jeune enfant
 - Adénopathie cervicale bilatérale, ferme, indolore, de grande taille.
 - Fréquente localisation axillaire et inguinale des adénopathies.
 - **Diagnostic :** histologie
 - **Évolution :** favorable sans traitement
 - **Adénopathie d'origine médicamenteuse :**
 - De nombreuses substances ont été incriminées : hydantoïnes, carbamazépine, rifampicine, pénicillines, captopril et méthyl-dopa
 - L'atteinte ganglionnaire débute généralement par la région cervicale, puis diffuse à tous les territoires ganglionnaires de l'organisme
 - Il s'agit d'adénopathies fermes, indolores, sans péri-adénite, accompagnées de signes généraux parfois importants
 - **Signes cliniques d'allergie :** peuvent être présents : rash cutané, prurit
 - Le tableau clinique est parfois inquiétant et peut faire penser à tort à une hémopathie maligne (lymphome).
 - **Lupus Érythémateux Disséminé :** adénopathie peu volumineuse, sans signes inflammatoires dominants dans la région cervicale
 - **Polyarthrite Rhumatoïde :** dans sa forme systémique, s'accompagne d'adénopathie de petite taille, non-inflammatoire, la localisation cervicale est la moins fréquente
- **Adénopathie des hémopathies malignes :** les adénopathies satellite d'une hémopathie maligne sont en règle fermes, élastiques, mobiles et indolores. Des adénopathies inflammatoires est un signe d'évolutivité.
 - **Maladie de Hodgkin :**
 - Uni-ou multi-adénopathie cervicale ou médiastinale
 - **Clinique :** hépatomégalie, splénomégalie, prurit
 - **Diagnostic :** biopsie médullaire, TDM thoraco-abdominale
 - **Lymphome non-Hodgkinien :**
 - Se caractérise par des adénopathies plus volumineuses
 - Localisation viscérale fréquente
 - **Diagnostic :** cytologie et histologie

- **Leucémie Lymphoïde Chronique :**
 - Survient chez les sujets au-delà de 50 ans
 - Adénopathies généralisées, insidieuses, de volume important et bilatérales
 - **Diagnostic :** FNS (lymphocytose lymphoïde)
- **Adénopathies métastatiques :**
 - **Adénopathie métastatique des VADS :**
 - Le ganglion sous-digastrique est le plus fréquemment atteint.
 - Il doit être évoqué systématiquement chez un sujet de plus de 50 ans, éthylo-tabagique, surtout si l'adénopathie est dure et de caractère inflammatoire
 - Chez le sujet jeune il faut surtout penser au carcinome de cavum qui peut apparaître à tout âge
 - Dans la majorité des cas, l'examen clinique ORL permet de trouver l'origine
 - ✓ Si l'examen clinique est normal ➔ faire une panendoscopie avec biopsie des lésions suspectes
 - **Adénopathie maligne en apparence primitive :**
 - Quand le foyer primitif responsable de l'adénopathie n'est pas trouvé, il s'agit d'une adénopathie en apparence primitive.
 - Faire une amygdalectomie homolatérale, le foyer primitif est retrouvé dans 35% des cas
 - Intérêt de PET-scan à la recherche pour le dépistage de foyer primitif au niveau des VADS
 - Une cervicotomie exploratrice est recommandée avec analyse histologique, si l'histologie confirme une métastase d'un carcinome épidermoïde, on complète avec évidement cervical ganglionnaire et une radiothérapie
 - **Métastase d'une tumeur primitive thoracique ou abdominopelvienne :**
 - Ces localisations sont responsables d'une adénopathie de Troisier (sus-claviculaire gauche)
 - Devant une telle adénopathie, il faut rechercher une tumeur primitive thoracique ou abdominopelvienne
 - **Telethorax / TDM :** à la recherche de localisation médiastinale
 - **Métastase d'un carcinome papillaire thyroïdien :**
 - C'est une tumeur très lymphophile
 - En règle, c'est des adénopathies siégeant dans le territoire jugulaire postérieur
 - **Diagnostic :** échographie cervicale pour explorer les aires cervicales avec la glande à la recherche d'un nodule, ponction cytologique de l'adénopathie peut trouver des cellules papillaires

Conclusion

- L'adénopathie cervicale est un motif fréquent de consultation
- Dominée par la pathologie infectieuse par sa fréquence et sa variété
- Hantise d'une adénopathie métastatique des VADS ou d'un lymphome, d'où l'intérêt d'un examen ORL minutieux

