

# DIAGNOSTIC D'UNE MASSE CERVICALE

## Objectifs :

- Savoir reconnaître et analyser une tuméfaction cervicale antérieure et latérale du cou.
- Savoir orienter le diagnostic devant une tuméfaction cervicale antérieure ou latérale et connaître la place de l'échographie pour aider au diagnostic.

## I-INTRODUCTION :

Tous les éléments constituant du cou peuvent être à l'origine d'une tuméfaction cervicale, mais c'est l'adénopathie qui est le plus souvent en cause dans les tuméfactions latérales du cou.

La masse cervicale est un motif fréquent de consultation.

L'essentiel est de ne pas errer en cas d'adénopathie de nature maligne.

## II-RAPPEL ANATOMIQUE :

Les ganglions lymphatiques du cou sont groupés en chaînes, reliées entre-elles par des vaisseaux lymphatiques, et disposées anatomiquement d'une manière particulière, le **cercle péricervical de Cuneo**(ganglions sous-mentaux, sous-maxillaires, parotidiens, mastoïdiens et occipitaux), le **triangle de Rouvière** (bord antérieur formé par la chaîne jugulo-carotidienne, dors postérieur formé par la chaîne spinale et la base formée par la chaîne sus-claviculaire transverse) en plus des **chaînes antérieures préalaryngée et prétrachéale**.

## III-DIAGNOSTIC POSITIF :

### A-ORIENTATION CLINIQUE:

#### ■ Interrogatoire: Recherche:

- L'âge.
- La profession.
- Les antécédents.
- Les habitudes toxiques.
- La date d'apparition.
- Les signes d'accompagnement (dysphagie, dysphonie, douleur, etc.)

#### ■ Examen cervical:

- *L'inspection:* Apprécie la localisation de la masse et l'état de la peau en regard (saine ou inflammatoire.)
- *La palpation:* Temps capitale, apprécie les caractéristiques de la masse (siège, taille, consistance, sensibilité et mobilité par rapport aux plus superficiel et profond.)
- *Le reste de l'examen ORL (rhinoscopie antérieure, otoscopie et examen oropharyngé)* permet d'orienter le diagnostic.

#### ■ Examen général: Recherche d'autres adénopathies, une hépato et une splénomégalie.

### B-DIAGNOSTIC PARACLINIQUE:

#### Bilan biologique:

FNS.

VS.

IDR à la tuberculine.

*Sérologie infectieuse.* Elles ne sont pas toutes systématiques, mais certaines d'entre-elles sont demandées de façon pertinente en fonction du contexte et de l'orientation clinique

### **Bilan radiologique:**

1) *Radiographie du thorax* de face.

2) *Radiographie du cou* face/profil.

3) *Echographie cervicale* : un examen facile, rapide, non agressif et reproductible. Elle donne des renseignements sur le contenu liquide ou solide de la masse, permettant ainsi le diagnostic différentiel entre tuméfaction kystique (à contenu liquidien), lipome (aspect évocateur hyperéchogène souvent feuilleté) ou tuméfaction solide. Il est possible de réaliser sous échographie des ponctions guidées à l'aiguille fine à visée cytologique.

4) *Scanner* : est utile en cas de doute diagnostique entre une adénopathie, une tumeur nerveuse ou une tumeur salivaire (parotidienne ou sous maxillaire).

5) *IRM cervicale* : représente une aide importante dans le diagnostic des tumeurs nerveuses et des tumeurs salivaires. Elle est plus performante que le scanner pour l'étude des rapports de l'adénopathie avec les structures voisines.

### **Bilan cytologique:**

1) *Cytoponction* à l'aiguille fine : permet d'orienter le diagnostic, en particulier dans le cas d'adénopathie métastatique de carcinome des VADS ou de carcinome papillaire thyroïdien. Elle permet dans les tumeurs fluctuantes de préciser le caractère de la collection liquidienne, de faire un examen bactériologique et cytologique.

2) *Cervicotomie exploratrice* avec étude anatomo-pathologique.

## **IV-DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE :**

Il est guidé par 4 critères :

- L'âge du patient va être déterminant, la pathologie tumorale est différente entre l'adulte et l'enfant
- La topographie de la tuméfaction va orienter vers les différents diagnostics
- Le caractère inflammatoire
- La consistance

### **MASSES GANGLIONNAIRES:**

#### **1-Causes infectieuses:**

##### ***a) La tuberculose:***

*La plupart du temps, il s'agit d'une primo-infection buccale ou pharyngée passée inaperçue ; l'adénopathie est souvent unique, évoluant rapidement vers le ramollissement et la fistulisation. Elle n'est pas que très rarement associée à d'autres localisations tuberculeuses.*

L'IDR est fortement positive.

La cytoponction retrouve le plus souvent un pus amicrobien : la mise en évidence de bacilles acido-alcoolo-résistants après coloration de Ziehl Neelson est rare car ils sont très peu nombreux.

La recherche de Bacilles de Koch (BK) par PCR peut permettre un diagnostic rapide mais il est de cout élevé.

La culture classique sur milieu de Lowenstein nécessite deux à trois mois pour l'identification du bacille de Koch ou d'autres espèces de mycobactéries.

Le traitement : est médical comportant une quadri antibiothérapie pendant un an. L'association à une corticothérapie peut être utile pendant quelques semaines. Le traitement chirurgical doit être réservé aux échecs du traitement médical.

**b) La MNI:**

**Le diagnostic est orienté** par la clinique (notion de contagé, l'angine érythémato-pultacée ou pseudomembraneuse, l'asthénie, l'hépatosplénomégalie) la FNS (hyperleucocytose avec hyperlymphocytose) **et confirmé** par le MNI-Test.

**c) La toxoplasmose :**

S'accompagne le plus souvent d'adénopathies cervicales multiples, postérieures et /ou axillaires. Les signes associés sont peu spécifiques : éruption cutanée fugace, fébricule, asthénie. Le diagnostic repose sur la sérologie (augmentation des IgG sur deux prélèvements à 15 jours d'intervalle). L'absence de traitement est de règle.

**d) La maladie des griffes de chat ou lymphoréticulocytose bénigne d'inoculation:**

S'accompagne d'adénopathies volumineuses souvent molles, pouvant évoluer vers la fistulisation, apparaissant dans le territoire de drainage d'une griffure de chat. Le diagnostic est le plus souvent sérologique.

**e) la rubéole :**

S'accompagne d'adénopathie souvent multiples, occipitales. Elles précèdent en général l'érythème, lui-même inconstant, et persistent 2 à 3 mois. La sérologie confirme le diagnostic (augmentation des IgG sur deux prélèvements à 15 jours d'intervalle). Le traitement est symptomatique.

**f) La syphilis**

**g) le VIH**

**h) la tularémie**

**2-Causes inflammatoires:**

**a) La sarcoïdose: Le diagnostic est orienté** par la clinique (l'âge, adulte jeune, les adénopathies touchant plusieurs territoires), la VS (accéléérée), le téléthorax (adénopathies médiastinales réalisant l'image polycyclique) **et confirmé** par l'étude anat-path (granulome épithélioïde giganto-cellulaire.)

**b) Le lupus érythémateux disséminé.**

**c) La polyarthrite rhumatoïde.**

**3-Causes métastatiques: Le diagnostic est orienté** par la clinique (adénopathie dure, froide et sans périadénite), **le pôle primitif peut être orienté** par le siège de la masse.

**4-Causes hématologiques:**

**a) La maladie d'Hodgkin: Le diagnostic est confirmé** par l'étude anat-path (cellules de Sternberg.)

**b) Le Lymphome malin non-Hodgkinien (LMNH.)**

**c) Les leucémies.**

### **CAUSES GLANDULAIRES:**

1) *Les tumeurs salivaires*: Le diagnostic est orienté par la clinique (siège de la masse), l'échographie et la sialographie **et confirmé** par l'étude anat-path.

2) *La lithiase salivaire*: Le diagnostic est orienté par la clinique (hernie salivaire et colique salivaire) **et confirmé** par la radiographie cervicale (calcul radio-opaque) et l'échographie ou la sialographie (calcul radio-transparent.)

3) *Les tumeurs thyroïdiennes*: Le diagnostic est orienté par la clinique (siège basicervical antérieur), le dosage des T3 et T4, l'échographie et la scintigraphie **et confirmé** par la cytoponction.

### **KYSTES CONGÉNITAUX:**

1) *Le kyste du tractus thyroglosse*: Le diagnostic est orienté par la clinique (masse médiane sus ou sous-hyoïdienne) **et confirmé** par l'échographie et la cytoponction.

2) *Le kyste amygdaloïde*: Le diagnostic est orienté par la clinique (masse latéro-cervicale haute) **et confirmé** par l'échographie.

### **TUMEURS VASCULAIRES:**

Le diagnostic est orienté par la clinique (masse battante avec thrille à l'auscultation) **et confirmé** par l'écho-Doppler et l'artériographie.

1) *L'anévrisme carotidien.*

2) *Le bulbe carotidien athéromateux.*

3) *La tumeur du glomus jugulaire.*

### **TUMEURS NERVEUSES:**

1) *Le neurinome.*

2) *Le Schwannome.*

3) *Le paragangliome*: Souvent diagnostiqué en per-opératoire.

### **V- DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL :**

Il doit éliminer les fausses tuméfactions cervicales qui sont des pièges anatomiques :

- L'apophyse transverse de l'atlas
- La saillie du tubercule de Chassaignac (C6)
- La grande corne de l'os hyoïde
- Le bulbe carotidien athéromateux
- Une ptose de la glande sous mandibulaire

### **VI- CONCLUSION :**

Le diagnostic d'une tuméfaction cervicale est fait par la clinique, la cytologie et l'imagerie pour les tumeurs nerveuses ou vasculaires. Cependant, dans quelques rares situations, le diagnostic histologique est en suspens. C'est alors l'indication de la cervicotomie exploratrice avec examen anatomo-pathologique extemporané.