

Item 291 : Adénopathie superficielle

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

I Diagnostic d'adénopathie.....	3
I.1 Circonstances de découverte.....	3
I.2 Diagnostic positif.....	3
II Démarche étiologique.....	4
II.1 Les éléments de cette démarche.....	4
II.2 Démarche étiologique en présence d'une adénopathie isolée.....	5
II.3 Démarche étiologique en présence d'une polyadénopathie.....	8
III Chez l'enfant.....	9

OBJECTIFS :

- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques.
- Justifier les examens complémentaires pertinents.

Les ganglions sont les organes qui drainent la lymphe d'un territoire anatomique. Une adénopathie est une augmentation de volume pathologique d'un ganglion lymphatique, consécutive à :

- une réaction lymphocytaire et/ou macrophagique à une stimulation antigénique locorégionale ou générale, de nature infectieuse ou tumorale, filtrée par le ganglion ;
- une prolifération tumorale primitive du tissu lymphoïde ;
- un envahissement par des cellules malignes non lymphoïdes (métastase ganglionnaire).

La recherche étiologique sera essentielle, à partir de deux situations distinctes selon que l'adénopathie est localisée (un ou plusieurs ganglions dans le même territoire) ou multiple (polyadénopathie).

I DIAGNOSTIC D'ADÉNOPATHIE

I.1 CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE

Souvent, l'adénopathie est découverte par le patient lui-même. Sinon, c'est lors d'un examen médical systématique ou orienté (par exemple par une douleur locale ou plus rarement des signes de compression).

I.2 DIAGNOSTIC POSITIF

Il est clinique en présence d'une tuméfaction acquise (> 1 cm) dans l'un des territoires ganglionnaires superficiels : jugulocarotidien, sous-mandibulaire, occipital, sus-claviculaire, axillaire, épitrochléen ou inguinal.

Il faudra *éliminer* :

- un lipome (tuméfaction souple ou molle, située sous la peau, stable, souvent en dehors d'un territoire ganglionnaire) ;
- une tumeur parotidienne (au-dessus et en arrière de l'angle de la mâchoire) ;
- une tumeur sous-maxillaire (dans la région sous-mandibulaire, en avant de l'angle et au-dessous du rebord inférieur de la mandibule, accessible à la palpation par voie externe et endobuccale) ;
- une tumeur de la thyroïde (mobile avec la déglutition) ;
- des kystes congénitaux au niveau du cou ;
- l'hydrosadénite en zone sudoripare, en particulier axillaire : sensible, superficielle et adhérente à la peau ;
- une masse vasculaire artérielle (pulsatile) ;
- une hernie inguinale (impulsive à la toux).

Il faut préciser les caractères sémiologiques de l'adénopathie :

- la taille (exprimée en centimètres) ;
- la consistance :
 - molle, fluctuante (en faveur d'une suppuration) ;
 - dure, ligneuse, rocailleuse (en faveur d'un cancer) ;
 - ferme, élastique.

- la forme : régulière ou non, associée à une périadénite ;
- le caractère douloureux : spontanément, à la palpation ou dans certaines circonstances comme la classique douleur à l'ingestion d'alcool retrouvée dans certains lymphomes de Hodgkin ;
- l'adhérence éventuelle aux plans superficiels et profonds ;
- l'état de la peau en regard : normale, rouge, inflammatoire voire ulcérée ou fistulisée ;
- on fera préciser la date et le mode de début (brutal ou progressif).

Ces caractères seront utiles au diagnostic étiologique, mais il faut insister sur le fait qu'il n'existe *aucun signe sémiologique formel de bénignité* d'une adénopathie.

II DÉMARCHE ÉTIOLOGIQUE

II.1 LES ÉLÉMENTS DE CETTE DÉMARCHE

Le diagnostic d'adénopathie posé et ses caractéristiques connues, il faut :

- préciser s'il s'agit d'une adénopathie unique ou d'une polyadénopathie :
 - l'examen des autres aires ganglionnaires doit être systématique ;
 - on précisera le siège et la taille de ces ganglions éventuels sur un schéma daté ;
 - on y associera la recherche d'une splénomégalie, d'une hépatomégalie et d'une hypertrophie amygdalienne ;
- recueillir des éléments d'interrogatoire et d'examen clinique utiles à la démarche étiologique :
 - les antécédents et le mode de vie : vaccinations, voyages, cancer, médicaments, métier, animaux, tabagisme... ;
 - une atteinte de l'état général (asthénie, anorexie, amaigrissement...) ;
 - une fièvre, des sueurs voire des frissons ;
 - des signes locaux-régionaux dans chacun des territoires de drainage ;
 - des signes cutanés ou osseux, un syndrome anémique et/ou hémorragique ;

- pratiquer des examens complémentaires : ces examens sont orientés selon les données cliniques :
 - *un hémogramme* sera pratiquement systématique à la recherche de signes en faveur d'une infection (polynucléose neutrophile, syndrome mononucléosique), d'une inflammation (anémie microcytaire ou normocytaire avec vitesse de sédimentation [VS] augmentée) ou d'une hémopathie.
 - une radiographie pulmonaire sera souvent utile ;
 - *d'autres examens* seront pratiqués en fonction du contexte :
 - prélèvements bactériologiques ;
 - sérodiagnostics ;
 - bilan sanguin inflammatoire et hépatique ;
 - imagerie : échographie ganglionnaire ou abdominale, scanner.

II.2 DÉMARCHE ÉTIOLOGIQUE EN PRÉSENCE D'UNE ADÉNOPATHIE ISOLÉE

L'étude minutieuse du territoire physiologique de drainage lymphatique est alors essentielle à la recherche d'une pathologie infectieuse ou tumorale.

- *Adénopathie cervicale* : cuir chevelu, dents, sinus, ORL, thyroïde.
- *Adénopathie sus-claviculaire* : à gauche, ganglion de Troisier : tube digestif, reins, testicules, pelvis, abdomen ; à droite : poumon, médiastin.
- Une étiologie maligne est de loin la plus vraisemblable en présence d'une adénopathie sus-claviculaire.
- *Adénopathies axillaires* : seins, membres supérieurs, paroi thoracique.
- *Adénopathies inguinales* : membres inférieurs, organes génitaux externes, anus.

Dans tous les cas on recherchera, dans la zone drainée et accessible, une tumeur cutanée (mélanome) et une porte d'entrée infectieuse potentielle : plaie, morsure, griffure.

Trois groupes étiologiques prédominant : les infections, les cancers, les lymphomes.

Infection

Une infection sera d'autant plus suspectée qu'il existe une porte d'entrée, de la fièvre et un caractère inflammatoire de l'adénopathie.

Les infections à staphylocoque ou streptocoque sont souvent en cause en présence d'une plaie ou d'une infection cutanée (panaris et ganglion axillaire, par exemple).

Parmi les autres causes infectieuses :

- la maladie des griffes du chat (lymphoréticulose bénigne d'inoculation), avec une adénopathie parfois volumineuse et une possible fistulisation ;
- la tularémie après contact avec du gibier ;
- les maladies sexuellement transmissibles pour les adénopathies inguinales : syphilis, chancre mou, maladie de Nicolas et Favre ;
- la tuberculose, qui donne souvent une adénopathie « froide » sans signes inflammatoires et évoluant vers la fistulisation (« écrouelle ») ;
- la toxoplasmose, qui peut donner également une polyadénopathie.

La *cytoponction ganglionnaire* avec examen microbiologique pourra être utile pour dépister le germe en cause dans ces adénopathies infectieuses.

Cancer

La recherche d'un cancer dans le territoire de drainage doit être pratiquée en second lieu chaque fois qu'une cause infectieuse ne peut être affirmée.

Des examens complémentaires spécifiques seront nécessaires : imagerie, biopsie.

La *cytoponction ganglionnaire* pourra être utile pour affirmer le caractère néoplasique quand le cancer primitif n'est pas encore connu ou pour affirmer une dissémination.

Le **tableau 1** résume les localisations les plus fréquentes.

Lymphome

Le diagnostic de lymphome devra être systématiquement envisagé devant toute adénopathie isolée qui n'a pas fait sa preuve au bout de 3 semaines d'évolution. L'atteinte de l'état général (amaigrissement, sueurs ou fièvre) n'est pas systématique et l'hémogramme sera souvent normal, ou ne montrera que des signes indirects inflammatoires.

Les deux examens essentiels sont alors la cytoponction et la biopsie ganglionnaires.

La *cytoponction* a l'avantage d'être facile à réaliser, de donner un résultat rapide et de permettre une étude microbiologique. Elle permet souvent de retrouver des cellules

lymphomateuses ou des cellules de Sternberg (lymphome de Hodgkin). Une cytoponction normale ne permet cependant pas d'éliminer un lymphome d'une part et, d'autre part, la biopsie du ganglion sera toujours nécessaire pour affirmer le lymphome et préciser son type histologique.

La *biopsie ganglionnaire* nécessite une organisation préalable et elle est souvent réalisée sous anesthésie générale. Elle permet une étude histologique mais aussi de l'immunomarquage, de la biologie moléculaire ou la réalisation d'un caryotype. C'est le seul examen permettant la classification histologique du lymphome. Une congélation du tissu tumoral prélevé doit être faite. En cas d'anesthésie générale et de forte suspicion de lymphome, une biopsie ostéomédullaire pourra être associée, puisqu'elle sera nécessaire au bilan de ce lymphome.

Tableau 1. Territoires physiologiques de drainage lymphatique/métastases ganglionnaires de cancers selon ces territoires

Siège de l'adénopathie	Territoire physiologique de drainage	Métastases ganglionnaires de cancers
Cervical	Cuir chevelu	
	Sphères ORL et stomatologique	Cancers ORL, langue
	Thyroïde	Cancer thyroïde
Sus-claviculaire	Médiastin, poumons	
	Tube digestif (sous diaphragmatique)	Cancer abdominal ou pelvien, cancer du sein
	Testicules	
Axillaire	Membres supérieurs	
	Seins	Cancer du sein
Inguinal	Périnée : anus, pénis, scrotum, vulve	Cancer des organes génitaux externes, canal anal
	Membres inférieurs	
Quel que soit le territoire de drainage		Mélanome

II.3 DÉMARCHE ÉTIOLOGIQUE EN PRÉSENCE D'UNE POLYADÉNOPATHIE

L'hémogramme est l'examen d'orientation principal dans ce contexte. Il peut retrouver :

- des blastes de leucémie aiguë, souvent associés à une anémie et à une thrombopénie. La prise en charge spécialisée et la réalisation d'un myélogramme sont indispensables ;
- une hyperlymphocytose constituée de lymphocytes morphologiquement normaux très évocatrice de leucémie lymphoïde chronique (LLC). Un immunophénotypage des lymphocytes sanguins devra être réalisé ;
- un syndrome mononucléosique révélant souvent une mononucléose infectieuse (avec classiquement fièvre, angine et splénomégalie ; la sérologie EBV [virus Epstein-Barr] sera demandée). Il peut également être en rapport avec une autre cause : virus de l'immunodéficience humaine (VIH), toxoplasmose (adénopathies cervicales postérieures surtout ; la sérologie sera demandée) ;
- des lymphoplasmocytes évocateurs de maladie de Waldenström (avec VS augmentée) ;
- une plasmocytose modérée évocatrice de virose (rubéole) ;
- des cellules lymphomateuses évocatrices de lymphome avec dissémination sanguine.

Lorsque l'hémogramme n'oriente pas, il faudra rechercher :

- une infection VIH ou une toxoplasmose sans syndrome mononucléosique ;
- une syphilis secondaire ;
- une brucellose ;
- une leishmaniose viscérale ;
- une sarcoïdose ;
- un lupus, une polyarthrite rhumatoïde ;
- un médicament (hydantoïnes) ;
- une histiocytose sinusale...

Chacune de ces étiologies aura ses investigations complémentaires propres.

La *biopsie ganglionnaire* reste l'examen de recherche étiologique à pratiquer en l'absence de diagnostic précis.

III CHEZ L'ENFANT

La découverte d'adénopathies chez l'enfant est fréquente, en particulier cervicales et particulièrement l'hiver dans un contexte d'épisodes rhinopharyngés. Les étiologies les plus fréquentes sont infectieuses. La crainte d'une cause maligne ou liée à une maladie de système doit cependant imposer une démarche rigoureuse et la consultation de spécialistes.

Parmi les causes, on retrouve principalement :

- la mononucléose infectieuse ;
- l'infection à cytomégalovirus ;
- la rubéole (ganglions occipitaux) ;
- l'infection par le VIH ;
- le syndrome de Kawasaki ;
- les infections à pyogènes ;
- la pasteurellose ;
- la maladie des griffes du chat ;
- la tuberculose.