

Item 216 (ex item 291) : Adénopathie superficielle de l'adulte et de l'enfant (cervicale)

Collège Français d'ORL et de Chirurgie Cervico-faciale

2014

Table des matières

Introduction.....	3
1. Diagnostic positif.....	3
1.1. Interrogatoire.....	3
1.2. Examen clinique.....	3
1.3. Examen ORL et cervicofacial.....	4
1.4. Des examens paracliniques sont demandés de façon systématique.....	4
1.5. Autres examens demandés en fonction des données de l'examen clinique et du bilan paraclinique minimum.....	4
2. Diagnostic étiologique et indications thérapeutiques.....	5
2.1. Adénopathies cervicales latérales.....	5
2.1.1. Adénopathies inflammatoires aiguës.....	5
2.1.2. Adénopathies inflammatoires subaiguës.....	5
2.1.2.1. Adénopathie séquellaire d'une inflammation de voisinage souvent traitée par des antibiotiques.....	5
2.1.2.2. Adénopathie tuberculeuse.....	5
2.1.2.3. Suppurations ganglionnaires cervicales à mycobactéries atypiques.....	6
2.1.2.4. Lymphogranulomatose bénigne d'inoculation ou maladie des griffes du chat.....	6
2.1.2.5. Mononucléose infectieuse.....	6
2.1.2.6. Toxoplasmose.....	6
2.1.2.7. Sarcoïdose.....	6
2.1.2.8. Lymphadénopathie du VIH.....	7
2.1.2.9. Syphilis.....	7
2.1.2.10. Autres.....	7
2.1.3. Adénopathies non inflammatoires.....	7
2.1.3.1. Région jugulo-carotidienne.....	7
2.1.3.2. Région sous-mandibulaire.....	8
2.1.3.3. Région sus-claviculaire.....	8
2.1.3.4. Régions spinales.....	8
2.2. Tuméfactions cervicales médianes.....	9
3. Diagnostic différentiel.....	9
4. Orientation diagnostique en présence d'une adénopathie cervicale (synthèse).....	11

Objectifs ENC

- Devant une ou des adénopathies superficielles, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Objectifs spécifiques

- 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.

Introduction

Tous les éléments constituant le 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. L'essentiel est de ne pas errer en cas d'adénopathie de nature maligne.

1. Diagnostic positif

Face à une tuméfaction cervicale, le diagnostic positif repose sur le bilan de base qui comprend plusieurs temps.

1.1. Interrogatoire

Il est essentiel et doit préciser :

- les antécédents :
 - radiothérapie dans l'enfance,
 - tuberculose, prise de lait cru, fromage frais, alimentation par produit de chasse ou de pêche artisanale,
 - intervention ayant porté sur la face ou le cuir chevelu (épithélioma ou mélanome).
- date d'apparition et conditions de survenue (épisode inflammatoire ou infectieux, apparition progressive ou brutale).
- signes fonctionnels évoquant une lésion primitive dans les voies aérodigestives supérieures : odynophagie, otalgie, dysphagie, dysphonie, amaigrissement ;
- signes fonctionnels évoquant une hémopathie : prurit, sueurs nocturnes, amaigrissement ;
- l'âge et le facteur racial doivent être pris en compte : migrants (tuberculose), asiatiques, maghrébins, inuits (cancer du cavum).

1.2. Examen clinique

Il recherche les caractères de cette tuméfaction :

- inspection :
 - état de la peau (cicatrice, rougeur),
 - ascension à la déglutition (goitre) ;
- palpation :
 - caractère inflammatoire ou non avec recherche de douleur, de rougeur et de chaleur de la peau,
 - siège par rapport aux chaînes lymphatiques cervicales,

- consistance dure voire ligneuse (évoquant un cancer), rénitente (laissant suspecter un kyste), molle (lipome).
 - forme: la perte de la forme oblongue d'une adénopathie est un critère en faveur de son envahissement tumoral,
 - caractère isolé ou multiple, uni- ou bilatéralité,
 - mobilité par rapport aux plans superficiels et profonds, par rapport à l'axe laryngo-trachéal, mobilité par rapport aux vaisseaux
 - taille: hauteur largeur, épaisseur (suspect sur adénopathie de plus de 3 cm)
 - caractère battant ou non, expansibilité (palpation d'un thrill);
- auscultation si la tumeur est battante, à la recherche d'un souffle.

L'examen général doit rechercher :

- d'autres ganglions au niveau des territoires axillaires, inguinaux ;
- une hépato-splénomégalie
- des manifestations diverses orientant vers une hémopathie.

1.3. Examen ORL et cervicofacial

Éventuellement aidé par nasofibroscopie doit être systématique et complet : VADS, thyroïde et territoires cutanés de la face et du cou (y compris le cuir chevelu et la nuque) à la recherche de mélanome ou de carcinome spinocellulaire cutané.

1.4. Des examens paracliniques sont demandés de façon systématique

Ils constituent un bilan minimum :

- NFS, VS, CRP en cas d'aspect inflammatoire
- radio pulmonaire de face et de profil ;
- IDR à la tuberculine ;
- échographie cervicale et thyroïdienne voire d'emblée TDM cervico-thoracique injecté.

1.5. Autres examens demandés en fonction des données de l'examen clinique et du bilan paraclinique minimum

- sérologies (HIV, EBV, toxoplasmose, rubéole, maladie des griffes du chat) ;
- imagerie par TDM ou IRM injectés ;
- angio-IRM ou artériographie (si suspicion de tumeur vasculaire) ;
- myélogramme (si suspicion d'hémopathie).
- dosage de T4 – TSH – Thyrocalcitonine en cas d'origine thyroïdienne.
- *La ponction cytologique 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.

Une panendoscopie associant sous anesthésie générale une exploration pharyngo laryngée et du cavum, voire une trachéobronchoscopie et une oesophagoscopie sera utile dès que l'on suspecte une adénopathie d'allure maligne surtout chez un sujet éthylo tabagique.

Elle pourra être associée à :

La cervicotomie exploratrice avec adénectomie (donc exérèse complète sans effraction capsulaire et non une simple biopsie) et examen histologique extemporané permet le diagnostic puis le traitement dans le même temps opératoire.

2. Diagnostic étiologique et indications thérapeutiques

Il est guidé par cinq critères :

- caractère inflammatoire ou non : tuméfaction chaude, tuméfaction inflammatoire subaiguë et tumeur froide ;
- l'âge : enfant, adulte jeune, adulte ;
- le siège ;
- la consistance ;
- la taille

2.1. Adénopathies cervicales latérales

Une tuméfaction cervicale latérale est dans 80 % des cas une adénopathie.

2.1.1. Adénopathies inflammatoires aiguës

Il s'agit presque toujours d'adénopathies : adénite ou adénophlegmon, exceptionnellement d'un kyste congénital surinfecté.

- La douleur est le signe de début puis la tuméfaction apparaît, le plus souvent unique et sous-angulo-maxillaire; elle est d'abord ferme puis fluctuante et rouge. La fistulisation peut survenir.
- La porte d'entrée peut être dentaire, oropharyngée (amygdale surtout) ou rhinopharyngée (chez l'enfant), plus rarement cutanée.
- Le traitement est essentiellement médical : antibiotiques, antalgiques; les AINS sont à éviter. Un drainage chirurgical peut être nécessaire en cas d'abcédation.

2.1.2. Adénopathies inflammatoires subaiguës

Elles posent déjà des problèmes diagnostiques plus difficiles ; il s'agit surtout de ganglions peu douloureux, fermes, empâtés avec péri-adénite; ils peuvent évoluer avec des poussées itératives.

2.1.2.1. Adénopathie séquellaire d'une inflammation de voisinage souvent traitée par des antibiotiques

Il faut rechercher les circonstances d'installation brusque au cours d'un épisode inflammatoire, la porte d'entrée : gingivale, buccale ou dentaire, oropharyngée, une lésion du cuir chevelu.

2.1.2.2. Adénopathie tuberculeuse

Elle est fréquente chez le sujet jeune et surtout le migrant ; elle se voit parfois chez le sujet âgé (reviviscence tardive d'une tuberculose ganglionnaire cervicale). C'est une maladie locorégionale à forme de départ habituellement buccopharyngée mais l'examen ORL doit être obligatoirement complet, une localisation otologique ou nasale étant possible ; typiquement due à mycobactérie type *Mycobacterium tuberculosis*, son caractère locorégional explique parfois l'absence de toute autre atteinte tuberculeuse, en particulier pulmonaire qu'il faudra de principe rechercher.

Cliniquement, elle revêt parfois chez l'adulte l'aspect d'une masse volumineuse, polylobée d'aspect « pseudonéoplasique ». Le plus souvent, il s'agit de polyadénopathies cervicales unilatérales, de consistance inégale, volontiers sous-mandibulaires ou spinales. Elles peuvent prendre un aspect fluctuant, pré-fistulaire, alors hautement évocateur.

Le diagnostic repose sur :

- l'IDR qui n'est pas nécessairement très positive
- le prélèvement du pus de l'abcès froid fistulisé peut permettre d'identifier et de cultiver le bacille. Un diagnostic rapide peut être obtenu en PCR
- l'adénectomie avec examen histologique extemporané apportera la confirmation histologique (granulome géantocellulaire à nécrose caséuse centrale), mais l'étude bactériologique avec antibiogramme sur milieu de culture spécifique est impérative.

Le traitement médical sera prescrit après avoir réalisé le bilan d'extension de la maladie (radiographie pulmonaire, recherche de BK par tubages, recherche de BK dans les urines) (polychimiothérapie antituberculeuse pendant 6 mois). Il n'assure pas toujours la guérison et un curage ganglionnaire est parfois nécessaire.

2.1.2.3. Suppurations ganglionnaires cervicales à mycobactéries atypiques

Elles peuvent donner des tableaux très voisins de la tuberculose ganglionnaire. Mais elles frappent surtout des enfants très jeunes (1 à 2 ans). Les lésions peuvent provoquer plusieurs fistules. L'examen bactériologique direct ne peut les différencier du BK. Seules les cultures systématiques nécessitant parfois de nombreuses semaines permettent d'en faire le diagnostic. En pratique, il faut commencer à les traiter comme une tuberculose ganglionnaire, secondairement adaptée à l'antibiogramme, car certaines mycobactéries ne sont pas sensibles aux antituberculeux classiques : *Mycobacterium avium intracellulare* nécessite une association de clarithromycine, rifabutine et éthambutol. L'évolution rend parfois le traitement chirurgical nécessaire.

2.1.2.4. Lymphogranulomatose bénigne d'inoculation ou maladie des griffes du chat

Elle est due à *Bartonella hensellae*. Elle se caractérise par une adénopathie d'allure traînante, volumineuse, quelquefois suppurée.

Le diagnostic repose sur la recherche d'une porte d'entrée : griffures faciales ou cervicales par chat, ronce, rosiers ; l'existence d'une adénopathie axillaire et l'isolement du germe, la PCR ou la sérologie.

Le traitement fait appel aux macrolides, aux cyclines, aux fluoroquinolones ou à la rifampicine.

2.1.2.5. Mononucléose infectieuse

Elle est due au virus Epstein-Barr et atteint surtout les enfants et les sujets jeunes. Elle pose peu de problème diagnostique si l'adénopathie est concomitante d'une angine aiguë. Elle peut donner un tableau d'adénopathies cervicales chroniques, volontiers postérieures, spinales, associées à une asthénie et à une splénomégalie. La NFS met en évidence une inversion de la formule sanguine avec monocytose. Les sérologies MNI sont positives. Il n'y a pas de traitement spécifique. La corticothérapie peut être indiquée dans les formes aiguës très asthénisantes de l'adolescent et de l'adulte jeune.

2.1.2.6. Toxoplasmose

Elle est due à un parasite protozoaire (*Toxoplasma gondii*). Sur le plan clinique, c'est une polyadénopathie superficielle à prédominance postérieure (occipitale et spinale), indolore, de petite taille.

La numération formule sanguine montre parfois un syndrome mononucléosique avec une sérologie MNI négative ; le diagnostic est alors assuré par le dosage des IgM spécifiques et sa variation à 3 semaines qui indique une infection récente. La régression des adénopathies est spontanée, en plusieurs mois. La spiramycine est indiquée chez la femme enceinte.

2.1.2.7. Sarcoidose

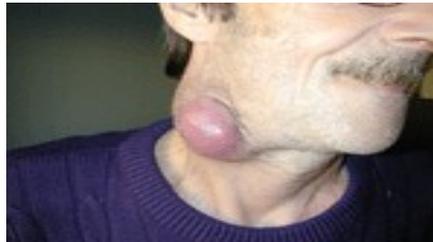
La maladie est exceptionnellement révélée par une adénopathie cervicale isolée ; il existe en règle générale d'autres localisations cutanées, pulmonaires, médiastinales, hépatospléniques, qu'il faut rechercher. Le

diagnostic est évoqué notamment sur la négativité de l'IDR et l'histologie qui met en évidence un granulome épithélioïde géantocellulaire sans caséum, ni BK.

2.1.2.8. Lymphadénopathie du VIH

C'est un des symptômes essentiels de début de cette infection, dont le diagnostic doit être évoqué devant toute adénopathie cervicale, notamment chez un sujet à risque. La sérologie HIV est positive. La TDM révèle souvent le caractère hypodense de ces adénopathies.

Figure 1



Patient présentant une métastase ganglionnaire d'un carcinome pharyngé

2.1.2.9. Syphilis

Rare, mais en recrudescence en association avec le VIH : l'adénopathie satellite d'un chancre oropharyngé régresse assez rapidement ; les polyadénopathies d'une syphilis secondaire s'intègrent dans un tableau de généralisation muqueuse et ganglionnaire : roséole, papulose. Le diagnostic est dans ce cas fait par les sérologies positives.

2.1.2.10. Autres

Enfin, d'autres étiologies beaucoup plus rares sont à noter : tularémie (Adénite cervicale secondaire à une morsure ou une griffure de lapin ou à une ingestion de produit de la chasse), rubéole, brucellose (La contamination directe représente 75% des cas. Elle peut s'effectuer par voie cutanée ou muqueuse (favorisée par des blessures ou des excoriations) lors de contacts avec des animaux malades, des carcasses, des produits d'avortement ou par contact accidentel avec des prélèvements dans un laboratoire. Elle peut aussi s'effectuer par ingestion de produits laitiers non pasteurisés ou de viande insuffisamment cuite. La contamination indirecte (25% des cas) est réalisée par l'ingestion de crudités souillées par du fumier, par des mains sales, par de la poussière de litière, dans une étable vide. La transmission interhumaine est exceptionnelle).

2.1.3. Adénopathies non inflammatoires

Elles représentent en fait le véritable problème de ces tumeurs latérales du cou car l'origine néoplasique est fréquente.

La topographie permet de distinguer les régions suivantes :

2.1.3.1. Région jugulo-carotidienne

L'âge est un bon élément d'orientation ainsi que le terrain :

- chez l'adulte d'âge moyen (40-50 ans), éthylo-tabagique : il faut surtout évoquer une adénopathie

métastatique d'un carcinome des VADS :

- elle peut être révélatrice d'un carcinome pharyngolaryngé ou de la cavité buccale que l'examen met en évidence. Un carcinome du cavum peut en être l'origine chez un adolescent ou un adulte jeune, notamment d'origine asiatique ou maghrébine.
 - la découverte de la tumeur primitive permettra sa biopsie. Un bilan d'extension complète le diagnostic avec en particulier une panendoscopie, un scanner cervico-thoracique. Une fois le bilan général réalisé, le dossier du patient doit être présenté en Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) en présence d'oncologues médicaux et de radiothérapeutes pour prendre la décision thérapeutique qui sera transmise au patient, c'est le Plan Personnalisé de Soins (PPS) lors de la consultation d'annonce (CA)(documents écrits obligatoires dans le dossier médical).
 - il peut s'agir d'une adénopathie cervicale en apparence primitive lorsque les examens ORL et endoscopiques sont strictement normaux. Le diagnostic est fait à l'examen histologique extemporané, lors d'une cervicotomie exploratrice qui permettra en cas de métastase d'un carcinome confirmé, de réaliser dans le même temps thérapeutique le curage ganglionnaire. Dans cette situation, une amygdalectomie homolatérale à la lésion peut être réalisée dans le même temps opératoire, devant la fréquence de lésions primitives intra-amygdaliennes infracliniques ; une biopsie systématique du cavum doit aussi être réalisée. De la même manière, le dossier est discuté en RCP pour discuter du traitement complémentaire, le PPS et la CA sont organisés, le tout étant consigné dans le dossier patient.
- adulte plus jeune, en bon état général, il faut penser à une hémopathie maligne sans toutefois omettre de penser à un carcinome du cavum :
 - maladie de Hodgkin : le début ganglionnaire cervical isolé est fréquent et le diagnostic est alors souvent difficile (adénopathie unique, sus-claviculaire, indolore). Mais il peut s'agir d'emblée de polyadénopathies cervicales, unilatérales, parfois bilatérales mais asymétriques. L'examen ORL est négatif et la présence éventuelle d'autres atteintes ganglionnaires (médiastinales), de signes généraux, d'une splénomégalie plaident en faveur d'un Hodgkin. Le diagnostic repose sur la ponction à l'aiguille fine (cytologie) ou mieux sur l'histologie du ganglion dans sa totalité (en excluant toute biopsie ganglionnaire),
 - lymphome malin non hodgkinien : son siège d'élection est le cou. Il réalise un aspect de masse ganglionnaire de croissance rapide. D'autres localisations au niveau de l'anneau de Waldeyer sont possibles : amygdale, rhinopharynx en particulier. Le diagnostic repose sur l'histologie du ganglion dans sa totalité (en excluant toute biopsie ganglionnaire). Il est important d'adresser en anatomie pathologique un prélèvement frais pour étude des marqueurs du lymphome
 - dans les deux cas, un bilan d'extension est réalisé et le dossier est discuté en RCP pour définir le programme thérapeutique.
 - Sujet âgé : leucémie lymphoïde chronique. Elle débute fréquemment au cou et réalise une macropolyadénopathie régulière et symétrique. Outre l'examen clinique, le diagnostic repose sur l'hémogramme et l'immunophénotypage des lymphocytes sanguins.

2.1.3.2. Région sous-mandibulaire

Penser adénopathie métastatique d'un carcinome de la langue, du plancher de la bouche, de la gencive ou de la lèvre ; nécessité d'un examen ORL précis, complet sans omettre la palpation.

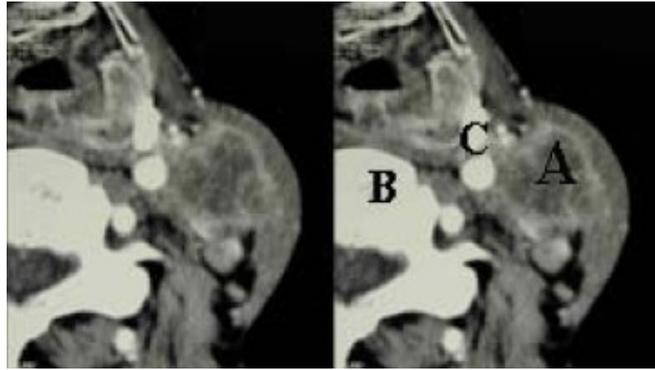
2.1.3.3. Région sus-claviculaire

Penser à une métastase d'un cancer œsophagien, pulmonaire ou digestif (si adénopathie gauche : ganglion de Troisier).

2.1.3.4. Régions spinales

C'est le siège des métastases ganglionnaires des carcinomes du cavum ou de l'oropharynx (figure 2).

Figure 2 : Adénopathie métastatique d'un carcinome ORL



A. Adénopathie métastatique. B. Rachis cervical. C. Bifurcation carotidienne normale.

2.2. Tuméfactions cervicales médianes

Région sous-mentonnière

Ce sont essentiellement des adénopathies :

- aiguës, d'origine buccodentaire ;
- chroniques :
 - surtout métastases d'un cancer du plancher de la bouche, de la langue et des lèvres,
 - mais aussi : tuberculose, toxoplasmose, sarcoïdose, maladie des griffes du chat, pathologie lymphatique maligne.

Région hyoïdienne

La région préaryngée et préhyoïdienne est rarement le siège d'une adénopathie. Citons le ganglion préaryngé, le plus souvent inflammatoire, rarement carcinomateux.

Région sus-sternale

Elle est rarement le siège d'adénopathies prétrachéales, souvent malignes.

3. Diagnostic différentiel

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.

Face à une adénopathie latérocervicale, il faut éliminer :

- une tumeur congénitale latérocervicale :
 - le kyste amygdaloïde (ou lympho-épithélial ou kyste du sinus cervical). Il est dû à la persistance du sinus cervical. Il touche l'enfant et l'adulte jeune ; il est parfois révélé au décours d'un épisode infectieux pharyngé. C'est une tuméfaction superficielle située au bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien ; elle est rénitente. Sa nature kystique est confortée par l'échographie ou la TDM. Le

traitement est chirurgical (figure 3),

- le lymphangiome kystique : il existe dès la naissance ou se manifeste dans les premiers mois (masse molle translucide polylobée ou unique). Son extension anatomique est appréciée par une IRM cervicofaciale ;
- une tumeur battante vasculaire (ce caractère sémiologique les met à part) :
 - anévrisme carotidien : tumeur battante, expansive et soufflante,
 - fistule jugulo-carotidienne : « thrill palpatoire »,
 - tumeur du glomus carotidien (paragangliome) : tumeur rarement battante, non expansive de la région sous-digastrique non mobilisable selon un axe vertical, mais plus mobile selon un axe transversal. La TDM injectée montre un blush vasculaire dans la région de la bifurcation carotidienne qui est élargie dite en "lyre". Le traitement est chirurgical après explorations radiovasculaires ;
- une tumeur nerveuse : neurinome du X qui pourrait être confirmé par une IRM.

Figure 3 : Kyste du 2ème arc branchial.



Face à une adénopathie sous-mandibulaire, il faut éliminer :

- une 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 le canal de Wharton). La radiographie et l'échographie peuvent visualiser le calcul ;
- une tumeur de la glande sous-mandibulaire (rare), mais volontiers maligne ;
- l'actinomyose cervicofaciale : cette affection à actinomyces, à point de départ souvent buccodentaire, se traduit cliniquement par une cellulite (infection des tissus cellulo-adipeux sous-cutanés) d'évolution lente et progressive, avec fistulisation en l'absence de traitement. Pour mettre en évidence les germes, l'ensemencement doit se faire en anaérobiose. Le traitement curatif est uniquement antibiotique, basé sur la pénicilline ou les macrolides, de façon prolongée.

Face à une adénopathie sus-claviculaire, il faut éliminer :

- un schwannome du plexus brachial rare ;
- un cancer de l'apex pulmonaire avec syndrome de Pancost-Tobias ;

Face à une adénopathie spinale, il faut éliminer ;

- un schwannome du XI ou du plexus cervical superficiel diagnostiqué lors de l'examen IRM avec injection de gadolinium.
- en cas d'adénopathie spinale haute, sous la pointe de la mastoïde, une lésion parotidienne doit être cherchée.

Face à une adénopathie sous-mentale, il faut éliminer :

- un kyste dermoïde du plancher buccal, tumeur embryonnaire de l'enfant, indolore ;
- une cellulite chronique d'origine dentaire : c'est une tuméfaction dure, sensible, qui infiltre la peau. Elle se rencontre chez un sujet présentant un mauvais état dentaire ;
- kyste du tractus thyroglosse (figure 4), une thyroïde ectopique, un cancer laryngé extériorisé, une tumeur bénigne (chondrome), un laryngocèle.

Face à une adénopathie pré-laryngée rare, il faut surtout éliminer un(e) :

Figure 4 : Kyste du tractus thyroglosse chez un homme.



Il s'agit d'une tuméfaction ferme médiane, mobile avec la déglutition et à la protraction de la langue.

La région thyroïdienne est exceptionnellement le siège d'une adénopathie. Les lésions les plus fréquentes sont en rapport avec une pathologie du corps thyroïde : thyroïdite, goitres et adénomes, cancer thyroïdien.

Toutes les régions cervicales enfin peuvent être le siège de lipomes, d'angiomes.

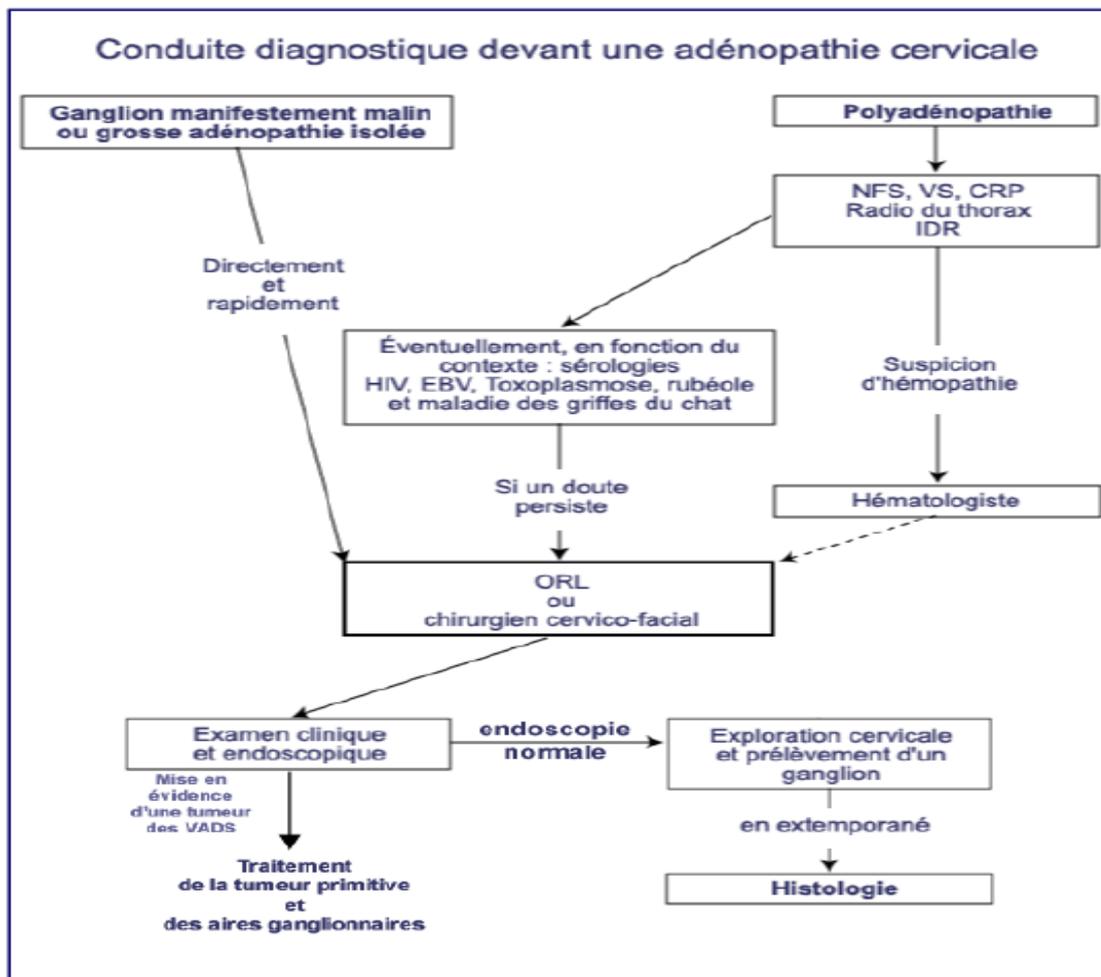
4. Orientation diagnostique en présence d'une adénopathie cervicale (synthèse)

Tableau I. Étiologies des adénopathies cervicales et leurs diagnostics différentiels

Adénopathie	Siège de la lésion primitive	Maladies responsables	Diagnostic différentiel
• Inflammatoire aiguë	<ul style="list-style-type: none"> • Cavité buccale, oropharynx et rhinopharynx • Dent et gencive • Revêtement cutané 	<ul style="list-style-type: none"> • Angines • Gingivites • Dermatitis 	<ul style="list-style-type: none"> • Kyste congénital surinfecté • Sous-maxillite aiguë • Cellulite cervicale
• Inflammatoire subaiguë	<ul style="list-style-type: none"> • Cavité buccale, oropharynx, dents et gencives... après le début d'un traitement antibiotique • Rhinopharynx • Autre lésion primitive contingente ORL ou générale 	<ul style="list-style-type: none"> • Angines, gingivites, rhinopharyngites... • Tuberculose ou mycobactéries atypiques • Lymphogranulomatose bénigne d'inoculation (maladie des griffes du chat) • Mononucléose infectieuse • Toxoplasmose • Sarcoïdose 	<ul style="list-style-type: none"> • Actinomyose cervico-faciale • Lithiase sous-maxillaire

		<ul style="list-style-type: none"> • VIH • Syphilis (chancre amygdalien, roséole...) • Tularémie, rubéole... 	
<ul style="list-style-type: none"> • Non inflammatoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Domaine ORL • Glande thyroïde • Général 	<ul style="list-style-type: none"> • Métastase ganglionnaire d'un carcinome (quelquefois d'un lymphome malin) de la sphère ORL • Hémopathie maligne • Maladie de Hodgkin • Lymphome malin non hodgkinien • Leucoses 	<ul style="list-style-type: none"> • Fausses tuméfactions (bulbe carotidien, colonne cervicale...) • Lipomes, angiomes • Kyste congénital • Tumeur nerveuse (neurinome) • Tumeur du glomus carotidien • Anévrisme carotidien • Sous-maxillite chronique lithiasique • Tumeurs de la glande sous-maxillaire (adénome pléiomorphe, cylindrome, adénocarcinome)

Figure 5 : Conduite à tenir diagnostique face à une adénopathie cervicale.



Points essentiels

- Le diagnostic d'une tuméfaction cervicale latérale repose sur un certain nombre d'exams simples et systématiques qui forment le bilan de base et dans lequel l'examen ORL et cervicofacial complet est primordial.
- Ce bilan de base permet dans un certain nombre de cas de faire ou d'approcher le diagnostic.
- Dans les cas difficiles, la cervicotomie exploratrice avec examen histologique extemporané reste la solution de choix pour faire le diagnostic.
- Les adénopathies sont les tuméfactions cervicales latérales les plus fréquentes.
- Une tuméfaction cervicale médiane juxta-hyoïdienne est très probablement un kyste du tractus thyroglosse. Ce diagnostic nécessite chez le petit enfant d'une échographie thyroïdienne avant toute exérèse chirurgicale pour ne pas risquer une hypothyroïdie définitive en cas d'erreur diagnostique avec une thyroïde ectopique.

Rappels des points clés – Anagrammes mémotechniques:

- 1) Replacer la ou les adénopathies dans le temps et le contexte : faire l'histoire de la maladie
- 2) Décrire : donner les caractéristiques cliniques de la ou des adénopathies
- 3) Connaître les fausses adénopathies (moyen mnémotechnique) :

T : Thyroïde

A : Apophyse transverse de l'Atlas

B : Bulbe

A : Athéromateux

S : Salive (glande sous-maxillaires et parotides)

C : Chassaignac (C6)

O : Os Hyoïde (grande corne)

4) Notifier : faire un schéma daté

5) Orienter la pensée : ADP (adénopathie) latérale/médiane : inflammatoire aiguë, subaiguë ou froide non inflammatoire

6) ADP froide :

7) Adulte jeune : c'est un lymphome jusqu'à preuve du contraire

8) Adulte alcoolotabagique : c'est un cancer ORL jusqu'à preuve du contraire

9) Personne âgée : c'est une hémopathie jusqu'à preuve du contraire

10) ADP inflammatoires (moyen mnémotechnique):

T : Tuberculose et mycobactéries atypiques

A : Adénophlegmon – angine

M : MST (VIH – syphilis)

I : Inoculation maladies (griffes du chat – tularémie)

S : Sarcoidose

E : EBV – MNI

R : Rubéole – toxoplasmose - brucellose

11) Connaître les diagnostics différentiels notamment pour les ADP latéro-cervicales et sous-mandibulaires qui sont les plus fréquentes (moyen mnémotechnique):

K : kystes (amygdaloïde et congénitaux)

A : Anévrismes et fistules

P : Paragangliome

L : Lymphangiome kystique

A : Actinomycoses

N : Neurinomes

S : Salivaires (tumeurs et lithiases sous-maxillaire)