

Les adénopathies cervicales chroniques

Chronic cervical lymphadenopathy

**Pr. S.Nouikes Zitouni
Service ORL , CHU Annaba**

Année Universitaire : 2022/2023

Objectifs pédagogiques

- 1- Reconnaître par l'**interrogatoire** et l'**examen physique**, les caractéristiques cliniques d'une adénopathie cervicale chronique
- 2- Différencier par l'**examen clinique**, une adénopathie cervicale d'une tuméfaction non ganglionnaire
- 3- Reconnaître par les données de l'**examen clinique**, les caractéristiques orientant vers une origine maligne d'une adénopathie cervicale chronique
- 4- Hiérarchiser les **examens complémentaires** en fonction des données de l'**examen clinique**
- 5- Etablir par l'**examen clinique** et les examens complémentaires le diagnostic étiologique d'une adénopathie cervicale chronique

Introduction

- Augmentation du volume d' un ganglion lymphatique évoluant depuis **plus de 4 semaines**
- Motif de consultation fréquent
- Etiologies très variées, Il s'agit souvent de **maladies infectieuses** chez l'enfant et l'adulte jeune
- Risque de **pathologies cancéreuses** au pronostic péjoratif après 40 ans
- A tout âge, **la tuberculose** reste d'actualité

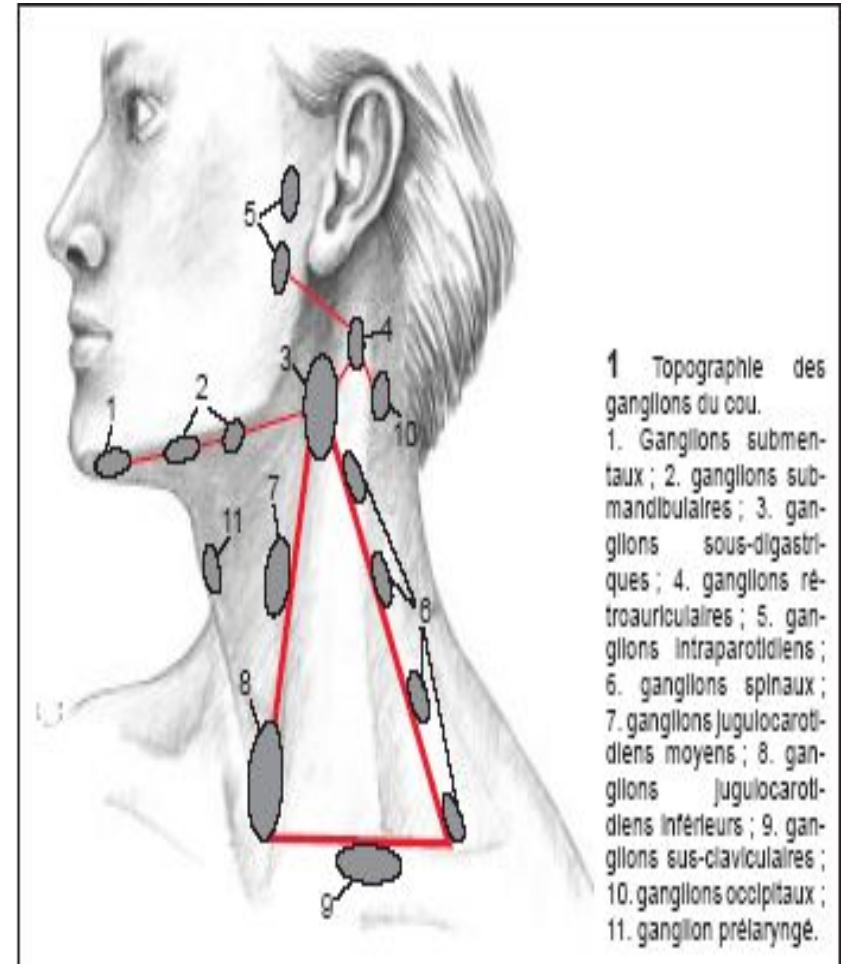
Rappel anatomique

□ Cercle de Poirier et Cuneo:

- (1) -gg sous mentaux
- (2) -gg sous mandibulaire
- (3) -gg sous digastrique
- (4) -gg mastoïdiens
- (5) -gg parotidiens

□ Triangle de Rouvière:

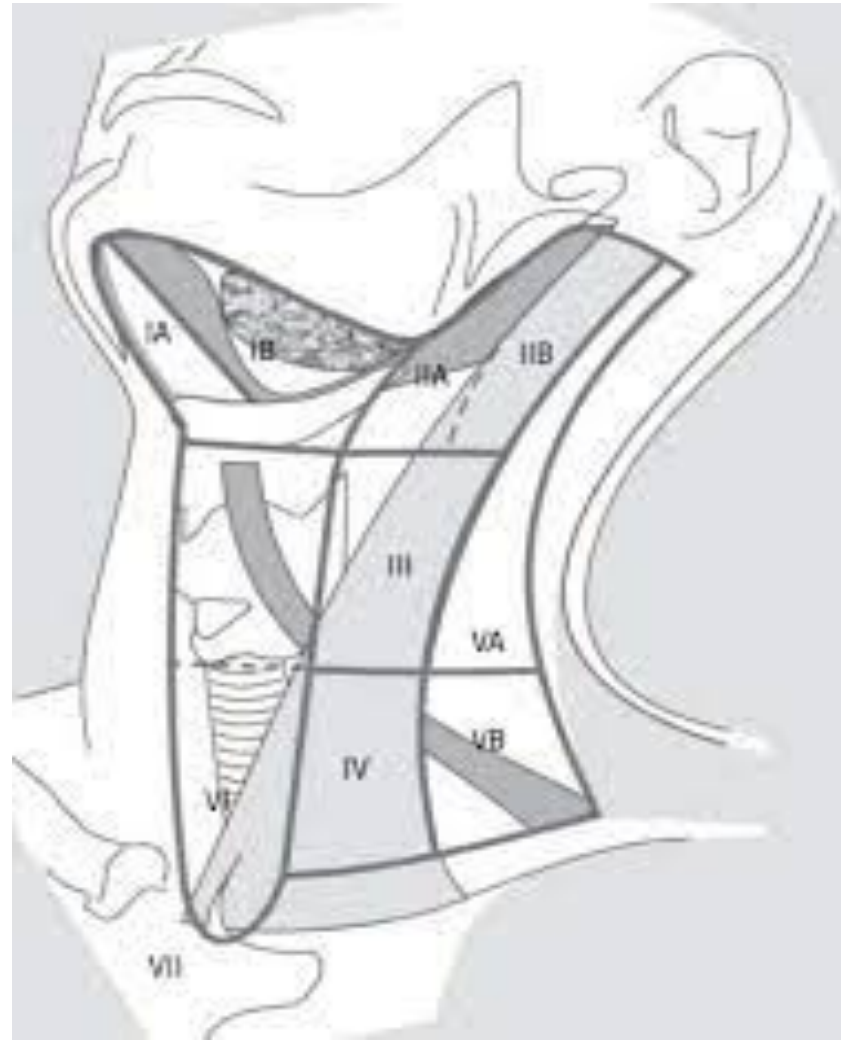
- 1- Chaîne antérieure : jugulo-carotidienne
- 2- Chaîne postérieure : spinale
- 3- Chaîne inférieure: chaîne sus-claviculaire



Groupes ganglionnaires : nomenclature

Classification de L'AAOHNS (American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery, 1991): **6 groupes**

- I - groupes sous-mental et sous-mandibulaire.
- II - groupes jugulaire supérieur, spinal supérieur.
- III - groupe jugulaire moyen.
- IV - groupe jugulaire inférieur.
- V - groupe du triangle postérieur.
- VI - groupe antérieur, pré-laryngé.



Groupes ganglionnaires : nomenclature

	Territoire drainé
Groupe I	Lèvres, pyramide nasale, plancher buccal, langue mobile
Groupe II	Rhino, oro et hypopharynx, larynx, cavité buccale, glande thyroïde
Groupe II bis	Cavum, glande parotide et oreille
Groupe III	Oro et hypopharynx, larynx, cavité buccale et glande thyroïde
Groupe IV	Hypopharynx, larynx, glande thyroïde A gauche : territoire thoracique, abdominal et génital
Groupe V	Parotide, rhino et oropharynx A gauche : territoire thoracique, abdominal et génital (groupe sus-claviculaire)
Groupe VI	Larynx

Diagnostic positif

1. Interrogatoire : Il est primordial et précise :

- Age
- Profession
- Origine ethnique (tuberculose, cancer du cavum)
- Intoxication alcoolique(en g /j), tabagique (en paquet-année).
- Toxicomanie
- Vaccination
- Antécédent de cancer cutané ou de VADS, œsophage, pulmonaire

Diagnostic positif

1. Interrogatoire

- Antécédent personnel ou dans l'entourage de TBC
- Antécédent de radiothérapie (cancer de la thyroïde)
- Antécédent de maladie systémique
- Immunodépression: infection par le VIH, transplantation
- Contage sexuel
- Voyage en pays tropicaux
- Traitements actuels

1. Interrogatoire

□ Adénopathie(s) :

- Date d'apparition
- Mode évolutif : croissance lente, progressive, stable, régression.
- Caractère douloureux

□ Signes associés : dysphonie, parfois dyspnée, dysphagie, obstruction nasale, surdité (OSM dans le cadre de cancer du cavum), toux.

- Etat général du patient (fièvre, asthénie, anémie, anorexie, amaigrissement, sueurs nocturnes, insomnie).

2. Examen clinique

2.1 Examen local

- Inspection apprécie l'état des téguments en regard de l'ADP
- Palpation, précise les caractères de l'ADP et sa topographie
- Les caractéristiques de l'ADP sont définies et consignés sur un schéma daté :
 - Siège
 - Nombre
 - Taille
 - Consistance
 - Sensibilité
 - Mobilité par rapport aux plans superficiels et profonds
 - Aspect inflammatoire voire fistulisation à la peau

2.2 Examen locorégional

- Examen de la cavité buccale, de l'oropharynx, du rhinopharynx, de l'hypopharynx, du larynx (avec recherche de la mobilité laryngée)
- Palpation endobuccale
- Examen des fosses nasales et nasopharynx
- Examen des tympans (OSM dans le cadre du cancer du NPX)
- Palpation de la glande thyroïde et des glandes parotides
- Examen cutané de la face et cuir chevelu

2.3 Examen général

- Examen des autres aires ganglionnaires, recherche d'une hépato-splénomégalie, de troubles de l'hémostase...
- Examen digestif, thoracique en cas de ganglion de Troisier (sus-claviculaire gauche)

3. Examens complémentaires : l'examen clinique est déterminant dans le choix des examens complémentaires

3.1 Dans la plupart des cas : systématiquement en l'absence d'orientation étiologique, on réalise:

- NFS, plaquettes
- VS, CRP
- IDR à la tuberculine.
- Tests sérologiques (orientés par la sémiologie) : MNI, toxoplasmose, rubéole, syphilis, VIH, EBV, CMV, tularémie,, histoplasmose, brucellose.
- Radio de thorax : face + profil (recherche de lésion tuberculeuse, d'opacité parenchymateuse, d'ADP médiastinale...).

3.2 Imagerie : directement orientée par l'examen clinique

3.2.1 Echographie cervicale : Permet d'affirmer la présence d'ADP, d'en déterminer la taille, le siège ; le caractère solide ou liquide, les rapports vasculaires, permet dans le même temps d'examiner les glandes thyroïdes, parotides et sous mandibulaires.

3.2.3 TDM cervico-faciale : mêmes renseignements que l'échographie mais est plus sensible et permet avec plus de précisions d'apprécier le caractère homo ou hétérogène, les rapports aux structures de voisinage (vaisseaux).

3.2.4 IRM cervico-faciale : moins utilisée que les examens précédents, néanmoins plus précise. n'est pas demandée en première intention.

3.2.5 PET ou TEP scann :

- Injection de fluor radioactif (18 FDG : 2- fluorine 18-fluoro 2-desoxy D-glucose) qui se fixe avec prédilection sur les cellules cancéreuses.
- Permet de détecter les tumeurs, les ADP métastatiques à un stade précoce.
- Indiquée en cas **d'ADP métastatique sans porte d'entrée**: la recherche de foyers primitifs

4. Autres explorations :

✓ Panendoscopie des VADS

- Systématique en cas d'ADP cervicale chronique sans étiologie évidente chez un adulte
- A fortiori s'il existe un contexte éthylo-tabagique et/ou des signes ORL
- Elle permet :
 - De rechercher la lésion primitive
 - De faire des biopsies pour analyse anatomopathologique
 - De rechercher une lésion synchrone

- ✓ **Ponction cytologique** (à l'aiguille fine, + /- échoguidée)
 - Demandée en cas de suspicion de pathologie infectieuse spécifique, pathologie maligne
 - Elle **n'est pas fiable à 100%** et ne permet pas, même si elle est positive, de décider de mettre en route un traitement (**risque de faux positifs**)

- ✓ **Adénectomie** diagnostique, voire une **cervicotomie exploratrice** avec examen extemporané +/- curage ganglionnaire

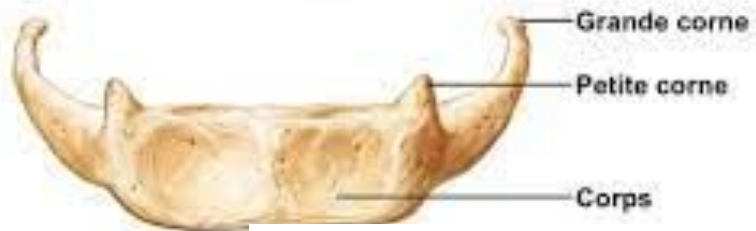
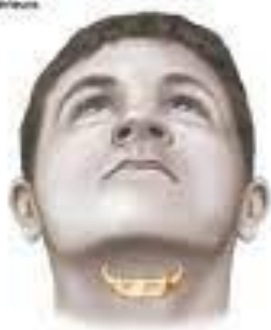
- ✓ **La biopsie ganglionnaire est formellement contre indiquée en cas de pathologie tumorale non lymphomateuse !**

Diagnostic différentiel

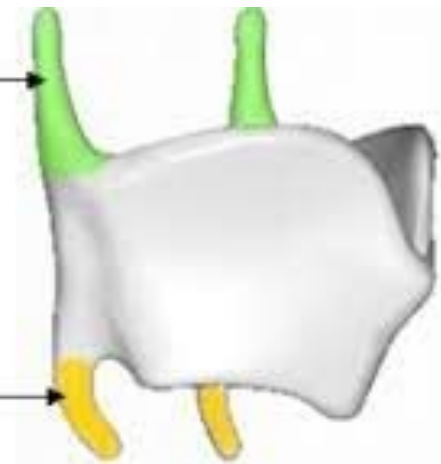
- Se pose essentiellement devant une **tuméfaction du cou isolée, unique et évoluant depuis plus d'un mois**
- Il est fonction du siège de l' ADP et correspond aux différentes causes des tuméfactions cervicales.

□ **Les pièges anatomiques** : sont facilement éliminés par un examen clinique bien conduit :

- La grande corne de l'os hyoïde.
- La grande corne du cartilage thyroïde.
- L'apophyse transverse de C2
- L'apophyse transverse de C6 (tubercule de Chassaignac)
- Un bulbe carotidien athéromateux



Corne supérieure (= grande corne)



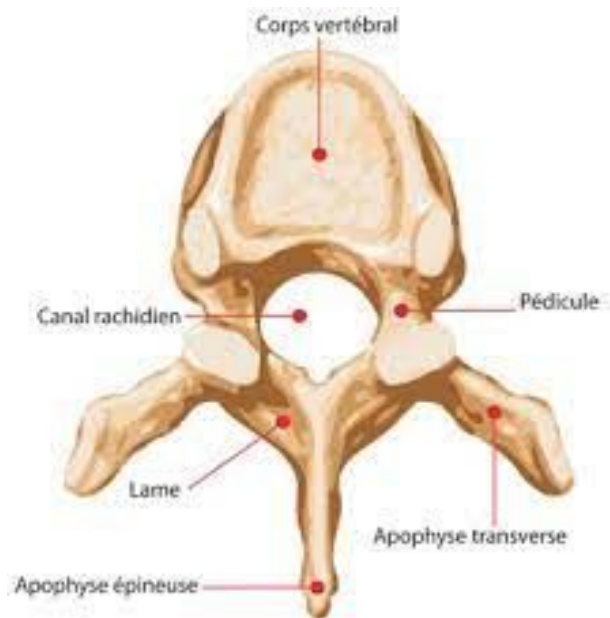
Corne inférieure (= petite corne)

Carotide interne

Carotide externe

Bulbe carotidien

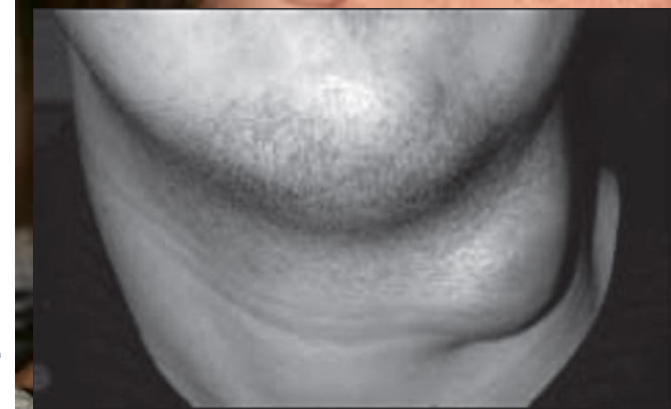
Carotide primitive



Diagnostic différentiel

Tuméfactions latérales

- Les lipomes
- Les tumeurs nerveuses
- Les kystes congénitaux latéro-cervicaux
- Les tumeurs de la glande sous-mandibulaire
- Les hypertrophies de la glande sous-mandibulaire
- les tumeurs de la glande Parotide



Tuméfactions médianes

- Les kystes du tractus thyroglosse
- Les nodules thyroïdiens



Diagnostic étiologique

1. Causes infectieuses:

1.1 Bactérienne :

1.1.1 Tuberculose +++ :

- Due au **Mycobacterium tuberculosis** (hominis+++ ; bovis—).
- Endémique en Algérie.
- Terrain : homme < femme /Milieux sociaux défavorisés /Immunodéprimés, infection par le VIH.
- Localisation ganglionnaire : **10%** de tuberculose, dont **80%** sont de localisation cervicale.
- Antécédents de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire correctement traitée dans **25% des cas**.

- ✓ Le diagnostic repose sur :
 - IDR à la tuberculine ou QUANTIFERON[®]
 - Radiographie de thorax F + P: anormale dans **25-50%** des cas
 - BK crachats, BK tubage
 - Cytoponction.
 - En cas de **cytoponction** non contributive, adénectomie diagnostique
- ✓ Traitement :
 - Médical par les antituberculeux pendant 6 mois selon le schéma 2RHZ/4RH
 - Chirurgical (curage ganglionnaire) si échec du traitement médical

1.1.2 Mycobactéries atypiques ++ :

- Enfants très jeunes (1 à 2 ans)
- Diagnostic différentiel avec la tuberculose (réactions tuberculiniques faibles sans notion de contagé).
- 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
- Le traitement repose sur l'exérèse chirurgicale dans les formes localisées.

1.1.3 Maladie des griffes du chat : Lymphoreticulose bénigne d'inoculation, due à une bactérie, **Bartonella hensellae**

- Age < 18 ans (90%)
- Contamination par griffure, morsure ou contact avec chat, chien, lapin...ou pique (épine...)
- Lésion d'inoculation : papule ou vésiculopustule (membre inférieur ++)
- **Volumineuse ADP satellite du point d'inoculation**, évoluant vers la guérison spontanée parfois après fistulisation
- Le diagnostic se fait par :
 - Sérologie à la recherche d'Ac anti- *Bartonella hensellae*
 - Prélèvements bactériologiques
 - Immuno-histochimie
 - Le traitement : **abstention** thérapeutique et surveillance ou antibiothérapie par **Macrolides /Cyclines**

1.2 Infection sexuellement transmissible :

1.2.1 Syphilis :

- Due à un spirochete, **Treponema Pallidum**
- Enquête épidémiologique +++
- Présentation clinique :
 - Dans la syphilis primaire : **ADP cervicale isolée**,
 - Dans la syphilis secondaire : **micropolyADP**, prédominant sur les aires occipitales et mastoïdiennes
 - Le diagnostic de certitude est bactériologique : tests sérologiques (TPHA, VDRL).
 - Traitement par Pénicilline ou Macrolides.

1.2.2 Maladie de Nicolas Favre :

- Due à **Chlamydia trachomatis**
- Chancre d'inoculation buccal ou oropharyngé (phase primaire) puis adénopathies satellites (phase secondaire) pouvant se fistuliser à la peau avec fièvre et parfois érythème noueux
- Diagnostic par prélèvement au niveau du chancre ou ponction ganglionnaire et mise en culture, sérologie
- Traitement par cyclines pendant 3 semaines

1.3 Autres :

1.3.1 Pasteurellose :

- Transmission par chiens, chats et les oiseaux par griffure ou morsure (agent responsable est *Pasteurella*),
- Diagnostic bactériologique par prélèvement sur la plaie ou ponction ganglionnaire,
- Traitement par l'association Amoxicilline + Ac Clavulanique

1.3.2 Tularémie :*Francisella tularensis*

- Transmission directe ou indirecte (alimentation souillée ou insectes vecteurs) à l'homme par les rongeurs (réservoir).
- Diagnostic par sérologie, IDR à la Tularémie
- Traitement par Cyclines, Chloramphenicol

1.3.3 Brucellose :Brucella

- Contamination par l'alimentation (ingestion de produits laitiers non pasteurisés ou de viande insuffisamment cuite)
- Fièvre oscillante avec adénopathies basicervicales et splénomégalie.
- Diagnostic par sérodiagnostic de Wright
- Traitement par Cyclines

1.2 Virales : plus rares que les bactériennes, elles ont peu de caractéristiques spécifiques d'où l'importance du contexte.

1.2.1 Mononucleose infectieuse

- Due au virus **Epstein-Barr (EBV)** par contamination **salivaire**
- Age : 15-25 ans (15 a 20% de porteurs sains)
- Le tableau clinique associe :
 - Atteinte ganglionnaire précoce uni ou bilatérale, sensible
 - Une angine, splénomégalie, asthénie importante et durable

- Le diagnostic repose sur :
 - NFS : hyperleucocytose et mononucléose.
 - Cytolyse hépatique parfois
 - MNI-test (8% de faux positifs)
 - Sérologie EBV
- Traitement **symptomatique**, avec repos au lit ; ATB en cas de surinfection (Ampicilline contre-indiquée)
- Guérison spontanée en 3 a 6 semaine.

1.2.2 Syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA) :

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

1.2.3 La maladie de Kikuchi- Fujimoto :

- Maladie rare **d'étiologie indéterminée**, hypothèse virale ou post-virale supposée
- Jeune femme asiatique.
- ADP cervicales sensibles, syndrome pseudogrippal associé parfois à une hépato splénomégalie et à des lésions cutanées polymorphes.
- Diagnostic différentiel avec le lupus
- **Diagnostic histologique**
- Régression spontanée en 2 à 6 mois
- Absence de traitement spécifique

1.3. Parasitose :

1.3.1 Toxoplasmose acquise

- Infection **très répandue**, en général infra clinique due à un parasite intracellulaire, **Toxoplasma gondii**.
- Contage par déjections de chat ou d'aliments contaminés (viande crue, légumes)
- ADP multiples, fermes, indolores, mobiles, occipitales et spinales, souvent isolées, syndrome grippal , persistant 6 à 12 mois
- Diagnostic sérologique
- Risque de toxoplasmose congénitale transmise par voie placentaire par la mère pendant la grossesse

1.3.2 Autres

- Leishmaniose viscérale (Kala Azar)
- Echinococcose

1.4. Mycosique

- Dans les affections mycosiques (histoplasmosse, sporotrichose, coccidiomycose, paracoccidiomycose).
- ADP évoluant, en général, vers l'abcédation et s'associent, en fonction du germe, à des lésions cutanéomuqueuses et/ou pulmonaires.

2. Hémopathies malignes

2.1 Maladie de Hodgkin

- Adulte jeune (20-30 ans)
- ADP(s) cervicale(s) basse(s) (sus claviculaires) et médiastinales souvent révélatrices avec signes généraux (asthénie, sueurs nocturnes, fébricule)
- Diagnostic histologique +++
- La classification d'Ann Arbor (4 stades), après bilan d'extension, établit le pronostic et la stratégie thérapeutique (chimio- radiothérapie)

2.2 Lymphomes non hodgkiniens

- Homme **50-70 ans**
- ADP multiples, précoces, le plus souvent sus-claviculaires, avec des manifestations extra ganglionnaires dans 20-40% des cas et une localisation au niveau de l'anneau de Waldeyer dans 20% des cas
- Signes généraux (20% des cas)
- Diagnostic histologique +++.
- Chimiothérapie en fonction du stade

2.3 Autres

- Leucémies aiguës
- Leucémie lymphoïde chronique
- Leucémie myéloïde chronique
- Maladie de Waldenstrom

3. Adénopathie d'origine inflammatoire immunoallergique

3.1 La sarcoïdose

- ADP cervicales sus-claviculaires, sous-mentales ou rétro auriculaires, de petite taille, non inflammatoires
- **Atteinte du parenchyme pulmonaire** (syndrome interstitiel, fibrose)
- **Recherche d'une atteinte extra-pulmonaire**
- Diagnostic s'effectue sur des arguments cliniques, biologiques, radiologiques et histologiques (granulome epithelioïde giganto-cellulaire **sans nécrose caséuse**, non spécifique)
- Traitement **corticoïdes** en fonction du stade

3.2 L'histiocytose sinusale avec ADP massive de Rosai Dorfman

- Enfant de race noire
 - Rare
 - ADP cervicales volumineuses bilatérales, syndrome fébrile et inflammatoire
 - Guérison spontanée
-
- **Maladie de Letterer-Siwe histiocytose Langerhansienne**
 - Enfant et nourrisson
 - Ganglion disséminé, altération de l'état général, éruption maculo-croûteuse du tronc et cuir chevelu, gingivostomatite ulcéro-hémorragique et lésions osseuses à l'emporte pièce

☐ **Autres**

✓ **Maladies systémiques**

- Polyarthrite rhumatoïde
- Lupus
- Maladie de Still

✓ **Causes médicamenteuses**

- Rifampicine, Hydantoïne, Penicilline, Carbamazépine, Methyldopa, Captopril... La physiopathologie reste inconnue.

✓ **Certaines hyperplasies**

- La lymphadénopathie angio-immunoblastique
- L'hyperplasie angiofolliculaire de Castelman
- La maladie de Kimura

4. Adénopathies métastatiques

4.1 Cancer des VADS et cervico-faciaux :

- Evoqué systématiquement chez un homme >50 ans, alcoolo-tabagique
- ADP dures, ligneuses, indolores, fréquemment sous-digastriques
- Examen clinique de la sphère ORL, avec nasofibroscopie, révèle le plus souvent la tumeur primitive
- Parfois, sa mise en évidence ne se fait qu'après panendoscopie
- Diagnostic histologique fait sur les biopsies de la lésion tumorale

4.2 Cancers thyroïdiens :

- Surtout de type papillaire, se révèlent dans 10% des cas par une ADP cervicale.
- Le traitement comprend la thyroïdectomie avec évidement ganglionnaire suivie du traitement par iode radioactif.

4.3 Adénopathie métastatique sans primitif retrouvé

Dans **5% des cas**, la lésion tumorale initiale n'est pas retrouvée on parle alors **d'ADP cervicale primitive métastatique**.

On réalise une cervicotomie exploratrice avec adénectomie première et examen extemporané : si un carcinome épidermoïde est retrouvé, un évidement ganglionnaire cervical homolatéral sera effectué +/- amygdalectomie homolatérale.

Conclusion

- En cas d'ADP cervicales chroniques : **l'anamnèse et l'examen clinique** permettent souvent une orientation diagnostique.
- **Les examens complémentaires** doivent être guidés par les données de l'anamnèse et l'examen clinique.
- Le recours à **l'adénectomie** à visée histologique est souvent nécessaire.
- Chez l'enfant ou l'adulte jeune, les ADP d'origine **infectieuse** prédominent. Après 40 ans, la hantise est celle d'une affection **maligne**, de pronostic souvent péjoratif.