Question mise à jour le 11 février 2005

INSTITUT LA CONFÉRENCE HIPPOCRATE

www.laconferencehippocrate.com

La Collection Hippocrate

Épreuves Classantes Nationales

HÉMATOLOGIE CANCÉROLOGIE

Adénopathies superficielles

III-291

Dr Nicolas BOISSEL
Chef de Clinique

L'institut la Conférence Hippocrate, grâce au mécénat des Laboratoires SERVIER, contribue à la formation des jeunes médecins depuis 1982. Les résultats obtenus par nos étudiants depuis plus de 20 années (15 majors du concours, entre 90 % et 95 % de réussite et plus de 50% des 100 premiers aux Épreuves Classantes Nationales) témoignent du sérieux et de la valeur de l'enseignement dispensé par les conférenciers à Paris et en Province, dans chaque spécialité médicale ou chirurgicale.

La collection Hippocrate, élaborée par l'équipe pédagogique de la Conférence Hippocrate, constitue le support théorique indispensable à la réussite aux Épreuves Classantes Nationales pour l'accès au 3ème cycle des études médicales.

L'intégralité de cette collection est maintenant disponible gracieusement sur notre site **laconferencehippocrate.com.** Nous espérons que cet accès facilité répondra à l'attente des étudiants, mais aussi des internes et des praticiens, désireux de parfaire leur expertise médicale.

A tous, bon travail et bonne chance !

Alain COMBES, Secrétaire de rédaction de la Collection Hippocrate

Toute reproduction, même partielle, de cet ouvrage est interdite.
Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi du 11 mars 1957 sur la protection des droits d'auteurs.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

Adénopathies superficielles

Objectifs :

– Devant une adénopathie superficielle, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents

- Les ganglions sont des organes lymphoïdes qui sont le siège du développement de la réponse immunitaire.
- Une adénopathie est un ganglion palpable cliniquement. Elle peut témoigner :
  – D'un processus infectieux, inflammatoire ou tumoral développé dans le territoire dont elle assure le drainage (adénopathie localisée).
  – D'un processus inflammatoire ou tumoral plus généralisé (polyadénopathie des infections virales, des leucémies).

ETIOLOGIES

1. Adénopathies infectieuses

a) Adénopathies bactériennes (ou à micro-organismes apparentés)

– Satellites d'une porte d'entrée cutanée ou muqueuse, présentes dans le territoire ganglionnaire de drainage.
– Adénopathie suppurée à germes banaux : le plus souvent staphylocoque ou streptocoque, mais tous les pyogènes peuvent être en cause.
– Adénopathies satellites des maladies sexuellement transmissibles (généralement inguinales) :
  * Syphilis primaire (*Treponema pallidum*) :
    ▪ Ganglion inguinal (" préfet de l'aisne ") unique satellite du chancre d'inoculation.
  * Chancre mou (Haemophilus Ducreyi).
  * Maladie de Nicolas-Favre (Chlamydia trachomatis).
– Adénopathies (épitrochléenne, axillaire) satellites d'une pathologie d'inoculation :
  * Pasteurellose (Pasteurella multocida ou septica) :
    ▪ Transmission par griffure ou morsure animale, piqûre végétale.
    ▪ Incubation de quelques heures.
    ▪ Signe locaux ++ (lymphangite, arthrite, phlegmon des gaines).
  * Tularémie (Pasteurella tularensis) :
    ▪ Transmission par manipulation d'un rongeur (lièvre++).
    ▪ Incubation de 4 jours en moyenne.
    ▪ Ulcération cutanée et adénopathie satellite.
  * Maladie des griffes du chat (Bartonella henselae, Afipia felis) :

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

- Transmission par griffure ou piqûre végétale.
- Incubation de 7 à 60 jours.
- Adénopathie unique ou multiple du territoire de drainage (volumineuse, parfois douloureuse).

b) Autres adénopathies bactériennes
- Mycobactéries : tuberculose ganglionnaire, lèpre lépromateuse.
- Brucellose.
- Syphilis secondaire (adénopathies cervicales, occipitales)

c) Adénopathies virales
- Adénopathies généralement bilatérales et symétriques (+++).
- Etiologies fréquentes et banales : adénovirus, mononucléose infectieuse, rubéole, rougeole.
- Une étiologie à toujours rechercher : infection à VIH (+++) :
  * Adénopathies cervicales et axillaires infra-centimétriques.
  * Splénomégalie fréquemment associée..
- Plus rarement : cytomégalovirus, zona ou herpès (adénopathie satellite), hépatites virales.

d) Adénopathies parasitaires
- Toxoplasmose (adénopathies cervicales postérieures).
- Leischmaniose viscérale.
- Parasitose extra-européennes : filariose lymphatique (primo-infestation), trypanosomiases (phase d'invasion), histoplasmose.

e) Adénite post-vaccinale

2. Adénopathies des maladies systémiques
- Il s'agit le plus souvent d'adénopathies généralisées :
  - Sarcoïdose (ganglion cervical, épitrochléen).
  - Connectivite : lupus érythémateux disséminé (LED), polyarthrite rhumatoïde (PR), maladie de Still.
  - Etiologies plus rares : syndrome de Gougerot-Sjögren, maladie de Kawasaki, histiocytose X, maladie de Whipple.

3. Métastases ganglionnaires des cancers solides
- Elles sont généralement localisées dans le territoire de drainage lymphatique :
  - Adénopathies cervicales : cancer de la thyroïde ou cancer de la sphère ORL (cavité buccale, amygdales, pharynx, cavum, larynx).
  - Adénopathies sus-claviculaires : cancer broncho-pulmonaire, cancers digestifs (ganglion de Troisier sus-claviculaire gauche), cancer testiculaire.
  - Adénopathies axillaires : cancer du sein.
  - Adénopathie inguinale : cancer de la région périnéale, de l'anus.
- Dans tous les cas, un examen du territoire cutané drainé doit rechercher un cancer cutané (mélanome, carcinome spinocellulaire).

4. Adénopathies des hémopathies malignes
- Il peut s'agir d'adénopathies diffuses bilatérales et symétriques dans les hémopathies à dissémination hématogène :
  - Leucémie lymphoïde (LLC).
  - Macroglobulinémie de Waldenström.
  - Leucémie aiguë : lymphoblastique plus fréquemment que myéloblastique.
- Les adénopathies sont volontiers localisées ou asymétriques dans les hémopathies à dissémination lymphatique :
  - Lymphomes malins non hodgkiniens (LNH), principalement de haut grade.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

– Maladie de Hodgkin.

• Il n'y a pas (sauf exception) d'adénopathie dans les syndromes myéloprolifératifs, ni dans les syndromes myélodysplasiques, ni dans le myélome.

Etiologie	Adénopathie unique ou localisées	Polyadénopathie
Infection	• Adénite suppurée • Syphilis primaire (inguinal > cervival) • Maladie des griffes du chat • Tuberculose	• Syndromes mononucléosiques (EBV, VIH, CMV, toxoplasmose) • Syphilis secondaire
Hémopathies	• Maladie de Hodgkin • Lymphome non Hodgkinien	• LLC • Maladie de Waldenström • LAL
Maladies systémiques	–	• Lupus érythémateux disséminé • Maladie de Still
Métastase	+++	+/-

5. Autres étiologies

• Au cours des dermatoses prurigineuses étendues (psoriasis, eczéma), il est fréquent d'observer des adénopathies axillaires et inguinales.

• Réactions d'hypersensibilité médicamenteuses : hypersensibilité aux hydantoïnes (Dihydan®), maladie sérique.

DIAGNOSTICS DIFFERENTIELS

1. Les adénopathies non pathologiques

• Toute adénopathie palpable n'est pas forcément pathologique. On peut palper des adénopathies, en l'absence de toute pathologie évolutive :
– Adénopathies inguinales.
– Adénopathies axillaires chez les travailleurs manuels.
– Sujets maigres.

• Chez l'adulte, toute adénopathie sus-claviculaire doit être considérée comme pathologique.

• Le diagnostic d'adénopathie non pathologique ne doit être retenu qu'avec prudence :
– Les adénopathies doivent être de petite taille (diamètre inférieur à 1 cm), de consistance souple ou ferme (mais jamais dure), mobiles et indolores, sans signes inflammatoires.
– Le bilan clinique et biologique (NFS, VS) doit être normal.
– Le volume de l'adénopathie ne doit pas augmenter (surveillance +++).

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

2. Eliminer une tuméfaction non ganglionnaire

- Le problème ne se pose que devant une tuméfation unique située dans une aire ganglionnaire :
  - Quelle que soit l'aire ganglionnaire il peut s'agir d'un lipome (cas le plus fréquent), d'un kyste sébacé, d'un neurinome, d'un fibrome.
  - Une *tuméfaction inguinale* peut être en rapport avec une hernie inguinale ou crurale, un abcès froid, un anévrysme artériel ou une ectasie veineuse.
  - Une *tuméfaction cervicale* peut être d'origine glandulaire (thyroïde, parotide, glande sous-maxilliaire). Il peut s'agir d'un kyste branchial, d'une tumeur du glomus carotidien, d'un anévrysme artériel.
  - Dans la *région axillaire* le principal diagnostic différentiel est l'hydrosadénite (infection des glandes sébacées).

BILAN ETIOLOGIQUE

1. Interrogatoire

- L'interrogatoire est un temps fondamental (+++).
- Date de début, circonstances d'apparition et évolution des adénopathies. On peut différencier les adénopathies aiguës, subaiguës et chroniques.
- Signes de maladie vénérienne récente, contage vénérien ou tuberculeux, piqûre ou blessure, morsure ou griffure par un animal (maladie des griffes du chat, pasteurellose, tularémie, mais également germes banaux), piqûre par une épine végétale.
- Age :
  - Les adénopathies de l'enfant et de l'adolescent sont souvent infectieuses ou banales.
  - Une adénopathie chez un sujet d'âge mûr ou un sujet âgé doit toujours faire rechercher une pathologie maligne (+++).
- Profession et loisirs :
  - Les travaux manuels peuvent orienter vers une adénopathie satellite d'une blessure.
  - Les contacts avec les animaux peuvent orienter vers la tularémie, la brucellose.
- Facteurs de risque de VIH.
- Origine ethnique et séjours en pays d'endémie parasitaire.
- Existence de signes généraux (+++) :
  - Fièvre, frissons, sueurs nocturnes, prurit diffus.
  - Asthénie, anorexie, amaigrissement.

2. Examen clinique

a) Examen ganglionnaire

- Il faut préciser le nombre exact, le siège et la taille (schéma daté) du ou des ganglions. Toutes les aires ganglionnaires doivent être palpées : cervicales (occipitale, spinale, mastoïdienne, sous-angulo-maxillaire, sous-maxillaire, sous-mentale, jugulo-carotidienne haute, moyenne et basse), sus-claviculaires, axillaires, épitrochléennes, inguinales, rétro-crurales.
- On différenciera :
  - * Des adénopathies dans plusieurs territoires ganglionnaires. Quand elles sont multiples, on parle de polyadénopathie.
  - * Les adénopathies localisées à un seul territoire ganglionnaire (un ou plusieurs ganglions).
- On apprécie les caractères du ganglion, en différenciant :
  - * Les adénopathies cliniquement inflammatoires : douleurs, rougeur, chaleur. L'adénopathie peut être mobile ou fixée par une périadénite. On s'oriente vers une étiologie infectieuse bactérienne.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

* Les adénopathies évoquant une étiologie maligne (métastases, lymphomes) : consistance dure, adhérence à la peau et/ou aux tissus sous-jacents, absence de signes inflammatoires. Il faut noter que les adénopathies malignes sont habituellement indolores.
* Les adénopathies sans signes inflammatoires ni signes tumoraux.

– Parfois, on se trouve devant une tuméfaction ganglionnaire non inflammatoire avec fistulisation, apparaissant lors de l'évolution d'une maladie non traitée : tuberculose, maladie de Nicolas-Favre, maladie des griffes du chat, tularémie, chancre mou.

b) Examen loco-régional

– Quand il existe une ou plusieurs adénopathies dans le même territoire ganglionnaire, l'examen du territoire de drainage est fondamental (+++).
– On recherche une porte d'entrée infectieuse (effraction cutanée même minime, blessure, morsure, piqûre, ulcération muqueuse, dermatose surinfectée), une lymphangite, un syndrome tumoral.
* *Adénopathies inguinales :*
  ▪ Périnée (organes génitaux externes, examen au speculum chez la femme, anus).
  ▪ Membre inférieur (sans oublier les pieds).
* *Adénopathies épitrochléennes et axillaires :*
  ▪ Membre supérieur (notamment la main).
  ▪ Palpation du sein chez la femme en cas d'adénopathies axillaires.
* *Adénopathies cervicales :*
  ▪ Revêtement cutané de la tête et du cou.
  ▪ Muqueuses oro-pharyngées, amygdales.
  ▪ Palpation de la loge thyroïdienne.
  ▪ Rhinopharynx et larynx (examen ORL spécialisé).
  ▪ Dents et gencives (examen stomatologique).
* *Adénopathies sus-claviculaires gauches drainent des territoires profonds :*
  ▪ Thorax.
  ▪ Abdomen.
  ▪ Testicule.

c) Examen général

– Poids, température.
– On recherche :
* Une splénomégalie, une hépatomégalie, un syndrome tumoral abdominal.
* Une pharyngite, une angine.
* Le retentissement d'adénopathies profondes : syndromes compressifs (syndrome cave supérieur, ictère, colique néphrétique…).

– Examen cutané.

3. Examen complémentaire de première intention

a) Dans tous les cas une NFS peut montrer :

– Un syndrome mononucléosique.
– Une lymphocytose atypique.

b) Quand les adénopathies sont présentes dans plusieurs territoires ganglionnaires, ou quand elles sont présentes dans un seul territoire ganglionnaire, mais sans cause loco-régionale évidente :

– Electrophorèse des protides sériques, CRP , VS.
– Radiographie du thorax.
– Sérologies : MNI-test, HIV, toxoplasmose, CMV.
– LDH (hémopathie lymphoïde).
– bilan hépatique.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier
SERVIER

– IDR.

c) Une ponction ganglionnaire à l'aiguille fine (cytoponction) permet de réaliser un adénogramme :
– Ponction à l'aiguille sous-cutanée ou intra-musculaire du ganglion fixé entre deux doigts.
– Le suc ganglionnaire est chassé par une seringue sur une lame et étalé comme pour un frottis sanguin.

d) En fonction de la clinique, les examens suivants doivent également être demandés :
– Prélèvement à visée bactériologique, coloration de Gram.
– Prélèvement pour recherche de mycobactéries, coloration de Ziehl.
– Recherche de Bartonnelle par PCR (maladie des griffes du chat).

e) L'adénogramme apprécie la composition cellulaire de l'adénopathie mais pas son architecture (+++). Il peut montrer (figure ..) :
– Des cellules extra-hématopoïétiques plus ou moins en amas (métastase).
– Des cellules lymphomateuses (LNH).
– Des cellules de Sternberg (Hodgkin).
– Des cellules épithélioïdes et giganto-cellulaires. Il peut s'agir d'une tuberculose, mais également d'une sarcoïdose, d'une syphilis.
– Mais la ponction peut être un échec ou montrer des signes non spécifiques (adénopathie réactionnelle).
– **L'adénogramme suspecte un diagnostic qui doit être confirmé par l'examen histologique +++.**
– Certains diagnostics cytologiques permettent de surseoir à la biospie :
  * Adénite suppurée.
  * Métastase (recherche de primitif).
  * L'aspect " réactionnel " d'une adénopathie inférieure à 1 cm non suspecte cliniquement peut conduire à une surveillance rapprochée.

f) La biopsie ganglionnaire s'impose en cas d'anomalie de la ponction ganglionnaire, en cas d'adénopathie chez l'adulte, en cas d'adénopathie persistante chez l'enfant.
– La biopsie ganglionnaire doit être organisée en collaboration avec le chirurgien ou le radiologue interventionniste et l'anatomopathologiste. Ce doit être la biopsie exérèse d'un ganglion entier et du ganglion le plus volumineux dans une polyadénopathie. La biopsie partielle est à proscrire et il faut éviter de biopsier les polyadénopathies inguinales en raison du risque de lymphorrhée et de l'aspect souvent peu significatif des ganglions inguinaux. Le ganglion doit être adressé au laboratoire d'anatomopathologie, sitôt prélevé dans une compresse imbibée de sérum physiologique.
– L'anatomopathologiste doit effectuer :
  * Un examen microscopique, une coupe du ganglion selon son grand axe.
  * Des appositions sur lames pour une étude cytologique.
  * Une cryopréservation immédiate pour des études immunohistochimiques sur coupes à congélation et/ou pour des techniques de biologie moléculaire ultérieures.
  * Une fixation des tranches de sections dans les fixateurs nécessaires (liquide de bouin, formol...) à la bonne conservation de la morphologie tissulaire.
  * Eventuellement, une étude cytogénétique (envoi d'un fragment au laboratoire de cytogénétique).
– En fonction des données cliniques, les prélèvements pourront être adressés aux laboratoires de bactériologie, mycobactériologie, virologie et parasitologie.

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier

POINTS FORTS

- Diagnostics différentiels
  - Adénopathies non pathologiques (notamment inguinales +)
  - Autres tuméfactions
- Examen clinique :
  - Interrogatoire ++
  - Aspect du ganglion, examen de toutes les aires ganglionnaires
  - Examen loco-régional, du territoire de drainage ++
- Cytoponction ganglionnaire (cytoponction):
  - Examen facile, rapide, peu honéreux mais dépendant du cytologiste
  - Autres examens dans le même temps (culture, coloration de Ziehl, PCR Bartonnelle) +++
  - Orientation diagnostique (+++) à confirmer par l'histologie
- Histologie ganglionnaire (biopsie) :
  - Diagnostic de certitude (lymphome, hyperplasie réactionnelle) +++

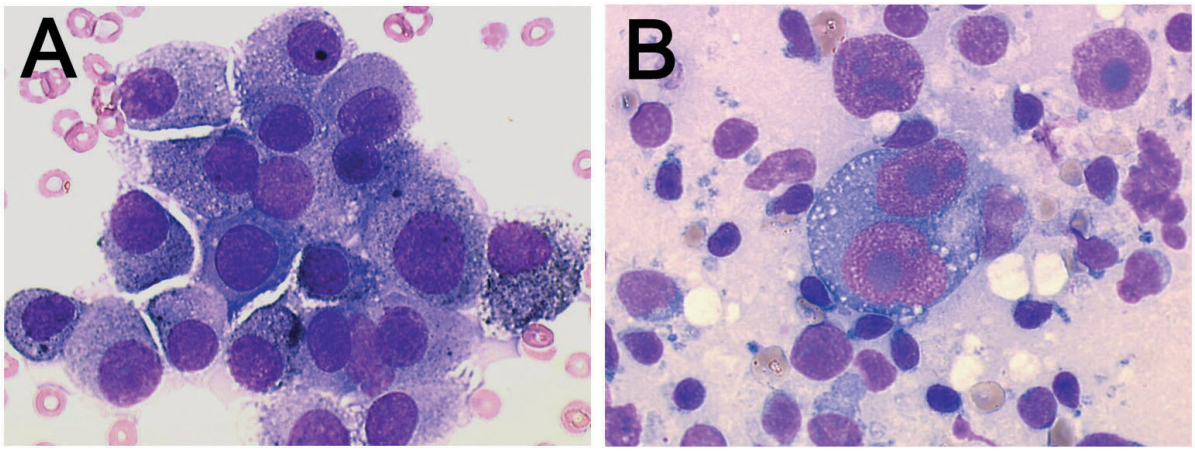


Figure. Adénogrammes.
(A) Métastase de mélanome : cellules extra-hématopoïétiques en amas contenant des grains de mélanine. (B) Cellule de Reed-Sternberg fortement évocatrice de maladie de Hodgkin. Dans ce cas, une biopsie pour examen histologique doit confirmer le diagnostic (Dr. M.-T. Daniel, Hôp. Saint-Louis, Paris).

© 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate - Tous droits réservés
Les droits d'exploitation de ces textes sont gracieusement mis à votre disposition par les Laboratoires Servier