

LES ADENOPATHIES

Le plan :

- I. Définition
- II. Physiopathologie
- III. Diagnostic
 - A. Diagnostic positif
 1. Interrogatoire
 2. Examen clinique
 3. Examen paraclinique
 - B. Diagnostic différentiel
 - C. Diagnostic étiologique
 - a. Adénopathie localisée aigue
 - b. Adénopathie chronique et polyadénopathies
 1. Etiologies infectieuses
 2. Métastases d'un cancer solide
 3. Hémopathies malignes
 4. Adénopathies d'origine inflammatoire

I. Définition:

Augmentation de volume de ganglions lymphatiques, isolées ou limitées à une ou plusieurs aires ganglionnaires.

II. Physiopathologie

Les ganglions jouent un rôle dans la défense de l'organisme

Leur hypertrophie pathologique peut être observée dans quatre grandes circonstances.

1. **En cas d'infection localisée dans le territoire que draine(nt) le (ou les) ganglions hypertrophié(s).** Par exemple, il peut s'agir d'adénopathies cervicales au cours d'une angine.
2. **Il peut s'agir d'un cancer dans le territoire que draine(nt) le (ou les) ganglion(s) hypertrophié(s).** En effet beaucoup de cancer ont une diffusion lymphatique et les cellules malignes envahissent les ganglions situés dans le territoire d'aval. Il peut s'agir par exemple d'une adénopathie axillaire accompagnant d'un cancer de sein.

3. Il peut s'agir d'une affection généralisée avec hypertrophie de l'ensemble des ganglions lymphatiques: poly adénopathie. Cela est souvent le cas dans certaines infections virales bénignes comme par exemple, mononucléose infectieuse, la phase prodromique du SIDA.

4. Enfin, il peut s'agir d'une pathologie primitive du système lymphoïde avec:

- a) Soit une atteinte ganglionnaire localisée avec extension possible secondaire à tout le système lymphoïde mais initialement touchant un ganglion: exemple lymphome malin.
- b) Soit une atteinte d'emblée diffuse de l'ensemble du système lymphoïde, comme dans la leucémie lymphoïde chronique

III. Diagnostic:

A. Diagnostic positif:

1. **Interrogatoire:**

- Début: aigue (< 1 mois) ou chronique
- Profession : notion de contact avec l'amiant
- notion de contag tuberculeux dans l'entourage

2. Examen clinique: la palpation permet de reconnaître l'hypertrophie des ganglions lymphatiques et de préciser:

- La taille en centimètre
- la consistance: dure (métastase), ferme (lymphome), élastique (infectieuse)
- les signes inflammatoires: rougeur, douleur, chaleur.
- présence ou non d'une fistulisation.
- fixation ou non au plan superficiel ou profond: une adénopathie adhérente au plan profond ou superficiel est souvent en rapport d'une métastase d'un cancer solide.

L'examen clinique devrait toujours compléter par:

- Examen du territoire drainé par le ganglion
- examen du reste des territoires ganglionnaires
- rechercher la présence d'une splénomégalie et l'hépatomégalie.

2. Examen paraclinique

1. **Hémogramme:** On cherche une hyperlymphocytose
2. **Bilan inflammatoire:** VS, CRP
3. **Radiographie thoracique de face ou TDM thoracique:** à la recherche des adénopathies profondes
4. **Echographie ou TDM abdominale :** à la recherche des adénopathies abdominales, splénomégalie ou hépatomégalie.
5. **IDR t**
6. **Cytoponction ganglionnaire :** examen simple non invasif et très contributif.

En fonction du suc ganglionnaire:

- purulent: adénopathie infectieuse, devrait être complétée par une étude bactériologique avec bactériogramme.

- nécrose caséuse: en faveur d'une étiologie tuberculeuse mais devrait être complétée par une biopsie ganglionnaire.

- L'étude cytologique du suc ganglionnaire est en faveur d'une hémopathie lymphoïde ou métastase d'un cancer solide. Dans ce cas la biopsie ganglionnaire est indispensable pour confirmer le diagnostic.

7. La biopsie ganglionnaire:

Toute adénopathie d'évolution chronique (> 1 mois) doit être enlevée pour étude histologique (biopsie).

Elle permet de préciser le diagnostic et orienter la prise en charge thérapeutique

B. Diagnostique différentiel:

- ✓ Dans toutes les aires ganglionnaires, il faut penser aux lipomes (consistance molle)
- ✓ Dans la région cervicale, une confusion est possible avec **la glande sous maxillaire**.
- ✓ **Anévrisme** avec les adénopathies sus claviculaires et inguinales
- ✓ **Hernie inguinale** avec les adénopathies inguinales.

C. Diagnostic étiologique:

a. Adénopathie localisée aigue: elles sont d'origine infectieuse. L'examen des territoires de drainage des ganglions permet de retrouver l'étiologie.

1. **Aires cervicales** (aires occipitale, sans-mandibulaire, rétromandibulaire, jugulocarotidienne, spinale, sus claviculaire); ces ganglions drainent le territoire cutané de la face, du cuir chevelu et toute la sphère ORL; en outre, les ganglions des creux sus claviculaires drainent le médiastin et, pour le creux sus-claviculaire gauche, les viscères sous-diaphragmatiques.
2. **Aires axillaires**, qui draine les membres supérieurs, la paroi thoracique et le sein.
3. **Aires inguinales et rétrocrurales** qui drainent les membres inférieurs, les organes génitaux externes et la marge anale.

b. Adénopathies chroniques et polyadénopathies:

1. Étiologies infectieuses:

- Tuberculeuse: elles sont localisées, souvent évoluent vers la fistulisation

IDR t souvent négatif

Radiographie thoracique de face

Cytoponction: suc ganglionnaires d'aspect lâche

Biopsie ganglionnaires: follicule épithélio giganto cellulaire avec une nécrose caséuse.

- Autres: maladie de griffe de chat, HIV.

2. Métastases d'un cancer solide:

- Elles sont localisées, dure, adhérente au plan profond ou superficiel
- l'examen des territoires de drainage permet de retrouver le cancer primitif
- les adénopathies sus claviculaires gauches (ganglion de Troisier) peuvent cacher un néoplasie digestif, rénal, testiculaire ou intra thoracique.
- la cytoponction et la biopsie ganglionnaire confirment le diagnostic.

3. Hémopathies malignes:

3 a. Lymphome de Hodgkin:

- Survient à tout âge
- les adénopathies sont localisées ou généralisées
- Cytoponction ganglionnaire: retrouve un granulome inflammatoire et les cellules de REED STERNBERG
- Biopsie ganglionnaire: confirme le diagnostic
- il est indispensable de rechercher l'atteinte des autres aires ganglionnaires superficiel et profonde.

3 b. Lymphome malin non hodgkinien de haut grade de malignité:

- Survient chez les sujets jeunes
- les adénopathies sont souvent localisées et volumineuse
- la cytoponction la biopsie ganglionnaire confirme le diagnostic.
- l'étude histologique devrait être complétée par l'étude immunohistochimique, pour préciser le type histologique.

- il est indispensable de rechercher l'atteinte des autres aires ganglionnaires superficielles et profondes.

3 c. Lymphome malin non Hodgkinien de faible grade de malignité:

- survient chez les sujets âgés
- les adénopathies sont souvent généralisées bilatérales et symétriques
- la cytoponction et biopsie ganglionnaire confirment le diagnostic
- l'étude histologique devrait être complétée par l'étude immunohistochimique, pour préciser le type histologique.

- il est indispensable de rechercher l'atteinte des autres aires ganglionnaires superficielles et profondes.

3 d. La leucémie lymphoïde chronique:

- survient chez les sujets âgés
- les adénopathies sont généralisées, bilatérales et symétriques
- FNS: une hyperlymphocytose
- le diagnostic est confirmé par la cytométrie de flux
- il est indispensable de rechercher l'atteinte des autres aires ganglionnaires superficielles et profondes.

3 e. La leucémie aigue lymphoblastique:

- fréquente chez l'enfant mais l'adulte n'est pas épargné
- les adénopathies sont généralisées et augmentent rapidement de volume
- l'évolution est rapide
- FNS et médullogramme: présence des lymphoblastes
- la cytométrie de flux confirme le diagnostic
- le pronostic est grave

4. Adénopathies d'origine inflammatoire : sarcoïdose, LED