

Cours de Résidanat

Sujet : 2

Adénopathies superficielles

Orientation diagnostique

OBJECTIFS :

- 1-Définir une adénopathie superficielle
- 2- Reconnaître par l'interrogatoire et l'examen physique, les caractéristiques cliniques d'une adénopathie superficielle
- 3- Différencier par l'examen clinique, une adénopathie superficielle d'une tuméfaction non ganglionnaire dans la région axillaire, cervicale et inguinale
- 4- Reconnaître par les données de l'examen clinique, les caractéristiques orientant vers une origine maligne d'une adénopathie superficielle
- 5- Hiérarchiser les examens complémentaires en fonction des données de l'examen clinique chez un patient présentant une adénopathie superficielle
- 6- Etablir par l'examen clinique et les examens complémentaires le diagnostic étiologique d'une adénopathie superficielle

ADENOPATHIES SUPERFICIELLES : ORIENTATION DIAGNOSTIQUE

Introduction :

Les ganglions lymphatiques sont des organes lymphoïdes secondaires, ils ont pour fonction :

- La filtration de la lymphe grâce à l'activité phagocytaire des macrophages qui vont phagocyter les particules apportées par la lymphe ex : bactéries, substances étrangères, débris...
- Initiation de la réponse immunitaire, activation et prolifération des lymphocytes B et T aboutissant à une réponse humorale et cellulaire

L'augmentation du volume d'un ganglion lymphatique peut être consécutive à :

- Une réaction lymphocytaire ou macrophagique à une stimulation antigénique locorégionale ou générale
- Une prolifération tumorale primitive du tissu lymphoïde
- Un envahissement par des cellules malignes non lymphoïdes

Objectif n°1 : Définir une adénopathie superficielle

Une adénopathie correspond à l'augmentation du volume d'un ganglion lymphatique dont la taille devient > 1 cm. Elle est due à la stimulation du tissu lymphoïde ganglionnaire par un processus infectieux ou non infectieux, ou à l'envahissement du ganglion par une population tumorale.

Le diagnostic positif est fait par la palpation de ganglions lymphatiques hypertrophiés. Un diamètre supérieur à 1 cm est retenu comme pathologique, mais il s'agit d'un chiffre moyen défini arbitrairement. Ainsi, les ganglions inguinaux sont considérés comme pathologiques lorsque leur taille est > 1.5 cm

Les ganglions épitrochléens et sus claviculaires sont considérés comme pathologiques quelle que soit leur taille.

Une adénopathie est dite chronique si la durée d'évolution est supérieure à 3 semaines.

La démarche afin de trouver l'étiologie d'une adénopathie diffère selon qu'elle soit isolée ou multiple (polyadénopathie).

Objectif n°2 : Reconnaître par l'interrogatoire et l'examen physique les caractéristiques cliniques d'une adénopathie superficielle

1. Interrogatoire :

À l'interrogatoire, les éléments dont le recueil doit être systématique comprennent :

- L'âge, en sachant qu'une polyadénopathie cervicale haute persistante, en règle faite d'éléments de petite taille, est banale chez l'enfant. Une localisation carcinomateuse est surtout objectivée après 50 ans;
- La nature des activités professionnelles ou de loisirs (travaux manuels, de jardinage, chasse, contacts avec des animaux domestiques, etc.);
- La recherche de facteurs de risque d'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH): une toxicomanie ou des rapports sexuels à risque
- . Notion de contag tuberculeux.
- La notion de séjour en zone d'endémie parasitaire;
- Les antécédents médicaux et chirurgicaux proches et lointains (cancer, lymphome, maladie vénérienne, exérèse d'un nævus, infection oto-rhino-laryngologique [ORL], etc.)
- La nature des traitements médicamenteux et soins dentaires encours, les vaccinations récentes;
- . Eléments liés à l'adénopathie : les circonstances de découverte, sa date d'apparition, son évolution
....
- L'existence de signes généraux: asthénie, amaigrissement, fièvre, sueurs nocturnes, prurit généralisé (en précisant sa chronologie par rapport à la survenue de l'adénopathie).

2. Examen physique :

L'examen physique comporte plusieurs volets.

2.1. Inspection :

L'inspection permettra d'affirmer la présence d'une tuméfaction et d'en préciser le siège.

Elle permet également d'apprécier :

- les signes locaux : aspect inflammatoire de la peau en regard, rétractions cutanées ;
- les signes régionaux : porte d'entrée dans la zone de drainage (Tableau n°1)(griffures/morsures, panaris, point de ponctions veineuse encas de toxicomanie), lymphangite, phénomènes compressifs avec des complications neurologiques(déficits moteurs)ou veineuses (oedèmes pouvant être asymétriques, circulation collatérale, syndrome cave supérieur) ;

—les signes généraux : altération de l'état général, signes de sepsis grave, sueurs ou lésions de grattage (en cas d'hémopathie maligne).

2.2. Examen des aires ganglionnaires :

Toutes les aires ganglionnaires superficielles doivent être explorées, quelle que soit la présentation initiale. Le patient est d'abord examiné assis au bord du lit afin de palper les aires ganglionnaires cervicales et axillaires (le médecin se plaçant dans le dos du sujet), puis couché pour l'abord des aires

Tableau n°1 : Territoire de drainage des aires ganglionnaires superficielles

Cervicale	Sous-maxillaire	Langue, glandes sous-maxillaires, lèvres, bouche, conjonctives
	Jugulaire	Langue, amygdales, parotide, pavillon de l'oreille, thyroïde
	Cervical postérieur	Cuir chevelu, cou, peau des bras et pectoraux, ganglions thoraciques, cervicaux et axillaires
	Rétro-auriculaires	Conduit auditif externe, cuir chevelu, pavillon de l'oreille
	Sus-claviculaire droit	Médiastin, poumons, œsophage
	Sus-claviculaire gauche	Thorax, abdomen par le canal thoracique
Axillaire		Bras, paroi thoracique, seins
Epithrochléenne		Face cubitale de l'avant-bras et de la main
Inguinale		Pénis, scrotum, vulve, vagin, périnée, région fessière, partie inférieure de la paroi abdominale, partie inférieure du canal anal.

ganglionnaires inguinales et pour l'appréciation du syndrome tumoral profond (notamment la recherche d'une hépato-splénomégalie). Chaque aire ganglionnaire draine un territoire précis (tableau n°1).

L'examen concerne les aires :

•cervicales :

- Antérieure : on distingue les ganglions sous-mentonniers, sous maxillaires, prétragien, et pré-auriculaires
- Moyenne : il existe les ganglions jugulo-carotidien, rétro-auriculaire et sus claviculaires.
- Postérieure : on distingue les ganglions de la région spinale et occipitale

•**axillaires** sur un sujet assis ou debout, la main posée sur l'épaule de l'examineur qui racle la paroi thoracique de haut en bas ;

•**sus-épitrochléennes** sur un sujet au coude fléchi, l'examineur palpant la gouttière située entre biceps et triceps, 3 cm environ au-dessus de l'épitrochlée ;

•**inguinales**;

2.3. Caractéristiques des adénopathies :

Sur le plan local, il faut déterminer :

- le siège exact ;
- le caractère isolé ou regroupé en amas ganglionnaire ;
- les dimensions (prendre un mètre ruban) en essayant de déterminer si les limites sont nettes ou au contraire difficiles à préciser ;
- La sensibilité : l'existence d'une douleur à la palpation ou non;
- la consistance (ferme, souple ou plutôt dure) ; la recherche d'un empatement local. Ainsi, une adénopathie inflammatoire, douloureuse à la palpation avec un empatement local et parfois même associée à une fistule cutanée est quasi pathognomonique d'une origine infectieuse ;
- la mobilité par rapport aux plans profonds.
- Caractère compressif, principalement des veines et des nerfs adjacents
- Etat de la peau en regard : normale, rouge, inflammatoire, fistulisée.

Le diagnostic d'une 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 d'éventuels ganglions sur un schéma daté) de même que la recherche d'une splénomégalie et d'une hépatomégalie.

Outre l'examen de l'adénopathie, un examen locorégional doit être réalisé (essentiel en cas d'adénopathie isolée++)

N° Validation: 0702201921

On recherchera une porte d'entrée infectieuse : bucco-dentaire, cutanée, intertrigo inter-orteil, griffure de chat. On cherchera aussi un cancer dans le territoire de drainage. Pour cela il faut connaître les territoires de drainage des différentes aires ganglionnaires superficielles (Tableau n°1).

Objectif n°3 : Différencier par l'examen clinique une adénopathie d'une tuméfaction non ganglionnaire dans la région cervicale axillaire et inguinale

1- Région cervicale :

La palpation du glomus carotidien chez un sujet maigre a un caractère battant de même que la palpation d'un anévrysme carotidien.

Goitre ou nodule thyroïdien : mobile à la déglutition

Kyste du tractus thyroïdienne : médian

Hypertrophie des glandes salivaires (en regard de la parotide ou de la glande sous-maxillaire)

Grande corne de l'os hyoïde

Kyste branchial : se révèle par une tuméfaction sous-mentonnière ou latéro-cervicale chez un adolescent ou un adulte jeune. Leur ponction retire un liquide puriforme dont la cytologie est caractéristique.

2- Région axillaire

Hydrosadénite (infection d'une glande sébacée, tuméfaction rouge douloureuse superficielle et adhérente à la peau)

Digitations musculaires du grand dentelé

Tuméfaction costale

3- Région inguinale

Hernie inguinale/crurale

Testicule ectopique

Kyste du cordon

4- Quel que soit le territoire ganglionnaire :

Lipome : mou

Abcès : douloureux inflammatoire fébrile

Anévrysme : pulsatile

Neurinome, neurofibrome : le déclenchement d'une douleur traçante et fugace, lors de l'examen voire la ponction attire l'attention sur la nature nerveuse de la tuméfaction.

Objectif 4 : Reconnaître par les données de l'examen clinique les caractéristiques orientant vers une origine maligne d'une adénopathie superficielle

Les éléments orientant vers une origine maligne :

- Le caractère compressif
- La consistance dure pierreuse dans les métastases, ferme au cours des hémopathies malignes
- Adénopathie volumineuse (>2cm) et/ou augmentant rapidement de volume sans porte d'entrée infectieuse associée
- L'adhésion aux plans profond et superficiel
- Le caractère indolore, non inflammatoire
- La perte de la forme du ganglion qui devient mal limité

Objectif 5 : Hiérarchiser les examens complémentaires en fonction des données de l'examen clinique chez un patient présentant une adénopathie superficielle

La démarche diagnostique dépendra étroitement des données de l'interrogatoire, de l'examen physique et du siège des adénopathies.

On distingue les adénopathies uniques ou groupées dans une seule aire et les polyadénopathies.

5.1. Démarche diagnostique en cas d'adénopathies localisées :

Les examens complémentaires sont indiqués en cas :

- D'absence d'étiologie au terme de l'examen clinique
- D'altération de l'état général
- D'adénopathie suspecte

On peut avoir recours à :

Des examens biologiques : NFS, CRP, sérologies...

Des examens d'imagerie

Une analyse directe de l'adénopathie :

- ✓ cytoponction à l'aiguille fine : peu invasive (réalisé au lit du patient) mais de faible sensibilité
- Examen cytologique
- Examen cyto-bactériologique direct
- +cultures sur milieux appropriés (bactériologie, mycobactéries, voire champignons)
- +/- PCR (*Mycobacterium tuberculosis* ou *Bartonella* spp)

- ✓ Biopsie (radioguidée ou chirurgicale), voire exérèse chirurgicale. Le ganglion doit être divisé stérilement, lors du geste, en fragments pour analyses :

- bactériologiques (examen direct avec colorations de Gram et recherche de bacilles acido-alcool-résistants ; cultures « standard » et des mycobactéries ; PCR éventuellement histologique, cytologique et immunologique,

Des examens fongiques, parasitaires et virologiques pouvant également être réalisés si la situation le nécessite.

5.1.1. Adénopathies cervicales

Le tableau n°2 ci-dessous résume la démarche diagnostique en cas d'adénopathies cervicales.

Démarche diagnostique étiologique des adénopathies cervicales		
Situation clinique	Etiologies	Démarche diagnostique paraclinique
Uni ou bilatérales et d'évolution aiguë	Infection tête et cou Primo-infection EBV, CMV, VIH, toxoplasmose Plus rarement syphilis, maladie des griffes du chat, tuberculoses, tularémie	Aucune si cause identifiée à l'examen clinique (angine, infection, dentaire, infection cutanée de la face ou du cuir chevelu) Simple surveillance si peu symptomatique et taille modérée Si altération de l'état général ou persistance sans régression de taille >1 mois : -NFS, CRP -Sérologies VIH, EBV, CMV, toxoplasmose -sérologie <i>Bartonella</i> si contact avec chat -autres sérologies selon histoire clinique (syphilis, tularémie) Si absence de diagnostic : ponction à l'aiguille voire biopsie chirurgicale
Unilatérales et d'évolution aiguë : particularités de l'enfant	Adénite à pyogènes, surtout chez enfant <5ans -tableau aigu, fébrile, inflammation cutanée en regard, le plus souvent poly microbienne : streptocoque du groupe A. Staphylococcus aureus, bactéries anaérobies	Si signes minimes : simple surveillance sous antibiotiques Une ponction à l'aiguille fine peut être réalisée. Voire un geste chirurgical en cas de sepsis, de collection suppurée ou de masse volumineuse Les prélèvements seront adressés en bactériologie standard, en mycobactériologie et anatomo-pathologie
Bilatérales et d'évolution Subaiguë/ chronique	Primo-infection EBV, CMV, VIH, toxoplasmose Syphilis Rarement : malade des griffes du chat, tuberculose	-NFS, CRP -Sémiologie VIH, EBV, CMV, toxoplasmose -sérologie syphilis si prise en risque sexuelle

5.1.2. Adénopathies sus-claviculaires :

Fréquemment associées à une cause néoplasique (thoracique si adénopathie sus-claviculaire droite et abdomino-pelvienne si adénopathie gauche).

Examens paracliniques systématiques : NFS, imagerie thoracique ou abdominale

La cytoponction ne doit pas faire retarder une biopsie chirurgicale.

5.1.3. Adénopathies axillaires :

Evoquer en priorité une maladie des griffes de chat ou autre pathologie d'inoculation, un cancer du sein ou métastases, une réaction inflammatoire à un corps étranger.

Penser à une adénite réactionnelle à la souche vaccinale (« BCGite ») chez un sujet vacciné récemment contre la tuberculose.

5.1.4. Adénopathies épitrochléennes :

Rechercher : une infection locale de la main et de l'avant-bras, maladie des griffes de chat ou autre pathologie d'inoculation, un lymphome.

5.1.5. Adénopathies inguinales :

Rechercher une infection ou un cancer dans le territoire de drainage

Penser en particulier aux infections sexuellement transmises (syphilis, chancre mou, maladie de Nicolas Favre)

5.2. Démarche diagnostique en cas de polyadénopathie :

L'atteinte de plusieurs territoires ganglionnaires impose une démarche étiologique tout à fait différente, en sachant que la participation de territoires profonds, thoraciques et/ou abdominaux est peu en faveur d'une cause infectieuse (sauf mycobactéries)

5.2.1. Bilan de première intention :

NFS, CRP, bilan hépatique, LDH, Sérologies VIH, EBV, CMV, toxoplasmose et une radiographie de thorax

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

- des blastes en faveur d'une 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 : défini par une augmentation des éléments mononucléés du sang (monocytes et lymphocytes), supérieure à 50 % de la lignée blanche sanguine et la présence d'au moins 10 % de grands lymphocytes hyperbasophiles. Il est souvent en rapport avec une mononucléose infectieuse (Sérologie EBV++). 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);

5.2.2. Bilan de 2^{ème} intention :

Il est indiqué en cas de négativité du bilan de 1^{ère} intention :

- Sérologie syphilis, bilan immunologique et scanner thoraco-abdomino-pelvien (à la recherche d'adénopathies profondes et d'hépatosplénomégalie):

➔ ces bilans ne doivent en aucun cas retarder l'indication d'une **biopsie ganglionnaire** : En l'absence de cause précise ou devant une adénopathie suspecte, un examen anatomo-pathologique est indispensable. La ponction-aspiration à l'aiguille fine (ou cytoponction) est de rentabilité médiocre et ne remplace en aucun cas l'examen anatomo-pathologique (l'absence de cellules tumorales à l'examen cytologique n'exclut pas la possibilité d'une tumeur solide ou d'une hémopathie). Elle peut cependant orienter le diagnostic et être utile si une cause infectieuse est suspectée pour la réalisation de prélèvements microbiologiques.

La biopsie-exérèse de l'adénopathie est l'examen de choix. Il faut toujours privilégier également une exérèse complète chirurgicale de l'adénopathie plutôt qu'une biopsie guidée (sous contrôle radiologique) mais cette dernière est en revanche choisie en cas d'adénopathie profonde ou peu accessible. La biopsie chirurgicale porte donc sur l'adénopathie en entier afin qu'une analyse architecturale puisse être pratiquée (organisation en follicules dans le lymphome folliculaire, envahissement diffus dans le lymphome B diffus à grandes cellules). Le ganglion retiré doit être envoyé rapidement au laboratoire. La pièce est alors fixée et sert à l'analyse conventionnelle avec immunohistochimie.

N° Validation: 0702201921

En cas de polyadénopathie, il est préférable de privilégier la biopsie d'autres sites que les adénopathies axillaires ou inguinales, car leur biopsie est plus risquée (risque de lymphocèle ou de lymphoedème) et l'apport diagnostique étiologique est moins rentable.

Objectif 6 : Etablir par l'examen clinique et les examens complémentaires le diagnostic étiologique d'une adénopathie superficielle :

6.1. Origine infectieuse :

6.1.1. Adénopathie unique dans un territoire de drainage :

▲ Adénopathie à pyogènes : ce sont des infections principalement à cocci Gram positif et notamment au groupe des staphylocoques et streptocoques. Les signes inflammatoires loco-régionaux voire généraux sont au premier plan. Il faut rechercher attentivement une porte d'entrée. Le traitement comporte les soins locaux du foyer d'origine, un drainage en cas de collection ainsi qu'une antibiothérapie systémique de type pénicilline ou glycopeptide en cas de germes résistants aux pénicillines (séjours hospitaliers, traitement adapté à l'identification microbiologique et l'antibiogramme).

▲ Pathologies d'inoculation : c'est principalement la maladie des griffes du chat. Il existe alors un contexte évident : morsure ou griffure par un chat (mais parfois également par la morsure d'une puce du chat, la porte d'entrée étant alors plus difficile à déterminer). L'agent en cause est *Bartonellahenselæ*, bacille Gram négatif. Le temps d'incubation est d'environ deux semaines. La clinique associe alors un état subfébrile, une adénopathie d'allure infectieuse mais plutôt chronique (2-4 mois). Le diagnostic repose sur une biopsie-exérèse de l'adénopathie mettant en évidence une lymphadénite nodulaire abcédée complétée par une culture et une PCR spécifiques pour identification de *B. henselæ*.

Un test sérologique peut également être pratiqué. L'azithromycine est le traitement de référence. D'autres maladies d'inoculation sont également possibles, citons notamment la pasteurellose (par morsure ou griffure de chat ou de chien), la tularémie (gibiers), la rickettsiose...

▲ Maladies sexuellement transmissibles : ce sont :

—la syphilis, due à *Treponema pallidum*. Au moment de la phase primaire, l'adénopathie est satellite du chancre syphilitique. Elle est alors souvent unique et volumineuse, non inflammatoire et indolore. Dans les formes disséminées, les adénopathies sont alors plus volontiers généralisées. Le diagnostic est avant tout sérologique ;

—le chancre mou, secondaire à une infection à *Haemophilus ducreyi*, avec présence d'adénopathies inguinales inflammatoires et d'ulcérations multiples ;

—la maladie de Nicolas-Favre ou lymphogranulomatose vénérienne.

Cliniquement il est retrouvé une adénopathie le plus souvent unilatérale, inflammatoire et douloureuse, évoluant vers une fistulisation cutanée. Le germe responsable est *Chlamydia trachomatis*.

Mycobactéries : ce sont le plus souvent des infections à *Mycobacterium tuberculosis* dans sa forme ganglionnaire, au stade de tuberculose maladie. Les adénopathies sont le plus souvent cervicales, unilatérales et volumineuses, peu inflammatoires et évoluent parfois vers une fistulisation cutanée. Le diagnostic peut être aiguillé par l'imagerie, mais repose avant tout sur une ponction-biopsie de l'adénopathie avec examen direct et culture, voire PCR. L'intradermoréaction tuberculinique peut également être utile.

Il faut penser à rechercher d'autres localisations tuberculeuses ainsi qu'une immunodépression sous-jacente. Le traitement repose sur une quadrithérapie antituberculeuse prolongée.

6.1.2. Adénopathies multiples :

Le tableau n°3 ci-dessous résume les étiologies des adénopathies multiples

▲ Origine bactérienne :

- La Brucellose : · Notion de contagé alimentaire ou professionnel
- Fièvre ondulante suduro-algique + splénomégalie modérée + leucopénie évocatrice
- La sérologie de Wright confirme le diagnostic
- La Tuberculose : peut s'associer également à une polyadénopathie

▲ Origine virale : ce sont :

- le VIH, au stade de primo-infection ou au stade chronique, sous forme de polyadénopathies disséminées, de petite taille, indolores. Penser à la possibilité d'un lymphome en cas d'adénopathies asymétriques et de croissance rapide ;
- le virus d'Epstein-Barr (EBV) : la mononucléose infectieuse, correspondant à la primo-infection, associe classiquement des adénopathies de petite taille (plus volontiers cervicales), une asthénie, une angine pseudo-membraneuse, voire une splénomégalie. Biologiquement il existe un syndrome mononucléosique et le diagnostic repose sur la sérologie ;
- les autres viroses : cytomegalovirus (CMV), rubéole, viroses saisonnières...

Origine parasitaire :

- La Toxoplasmose : Sur le plan clinique, la toxoplasmose acquise du sujet immunocompétent est asymptomatique dans 80% des cas.

Dans 20% des cas, elle se manifeste par une Triade :

- Fièvre modérée et inconstante (pendant quelques jours ou semaines).

- Adénopathies (90%): Plus volontiers cervicales, parfois axillaires, inguinales et médiastinales. Elles sont peu volumineuses, n'adhérant pas aux plans profonds et ne fistulisant pas.
- Asthénie: parfois profonde et persistante.

Un syndrome mononucléosique et un syndrome inflammatoire (augmentation de la CRP) sont habituels.

Le diagnostic de certitude est fondé sur la sérologie.

La sérologie doit comporter la recherche simultanée des deux isotypes IgM et IgG.

Les IgM spécifiques apparaissent précocement dès les premiers jours de l'infection et disparaissent en moyenne au bout d'une année.

Les IgG apparaissent 1 à 4 semaines plus tard, leur titre augmente progressivement, atteignant des taux élevés (> 300 UI/mL) à partir du 2ème mois puis se stabilise en plateau durant une année environ et décroît pour se stabiliser à des taux faibles résiduels durant toute la vie.

La toxoplasmose évolutive peut être affirmée par l'étude de deux sérums espacés de 15 à 20 jours mettant en évidence : une séroconversion (premier sérum négatif, second sérum positif) ou la présence d'IgM spécifiques avec une ascension significative du titre des IgG entre le 1^{er} et le second sérum titrés en parallèle. Une ascension est dite significative quand il ya au moins dédoublement du titre des anticorps.

—La Leishmaniose : La leishmaniose viscérale (LV) est une infection généralisée atteignant les organes profonds du système réticulo-hématopéitique en particulier la rate, le foie et les ganglions lymphatiques.

Mise à part la triade classique : une fièvre irrégulière, la splénomégalie et la pâleur cireuse témoignant de l'anémie ; elle peut s'associer à une polyadénopathie, une altération de l'état général et une hépatomégalie dans 50% des cas.

La sérologie, la PCR et le myélogramme (montre la présence de corps de leishmanies après coloration au MGG) permettent de confirmer le diagnostic.

▲ Cancers et hémopathies :

—Hémopathies malignes

- ▲ Leucémie aigüe : à évoquer devant un tableau aigu avec cliniquement des adénopathies souvent cervicales+/- associées à une splénomégalie et des signes d'insuffisance médullaire.
- ▲ Syndrome lymphoprolifératif chronique : à évoquer devant une polyadénopathie d'évolution chronique avec souvent une splénomégalie et une hyperlymphocytose à l'hémogramme.
- ▲ Lymphomes hodgkiniens et non-hodgkiniens: le contexte clinique est en général évocateur : altération de l'état général, splénomégalie, fièvre, sueurs nocturnes. Les adénopathies sont fermes d'allure tumorale, de taille variable, plus rarement responsable de phénomènes compressifs.

—Tumeurs solides

Les adénopathies dans les tumeurs solides correspondent au stade N+ de la classification TNM. Elles sont d'allure tumorale, de taille variable, parfois responsables de phénomènes compressifs.

Elles seront alors le plus souvent présentes dans la zone de drainage de l'organe atteint (tableau n°1).

Le ganglion de Troisier est une localisation particulière, correspondant à une dissémination lymphatique *via* le canal thoracique, drainant les organes abdominaux. Sa palpation se fait au niveau du creux sus-claviculaire gauche.

▲ Maladies inflammatoires

—Sarcoïdose : Des adénopathies superficielles bilatérales, ferme, indolores peuvent être retrouvées dans environ 20 % des cas de sarcoïdoses, en général d'allure non inflammatoire. Il faut alors systématiquement rechercher des adénopathies profondes et les autres atteintes souvent associées : pulmonaire, cutanée, oculaire...

A la biologie : anergie tuberculinique, élévation de l'enzyme de conversion, hypercalcémie et granulome épithélioïde et giganto-cellulaire sans nécrose à l'histologie.

—On peut également les retrouver dans le lupus érythémateux systémique, la polyarthrite rhumatoïde, le syndrome de Gougerot-Sjögren ou encore dans la maladie de Still. Chez l'enfant, le syndrome de Kawasaki associe fièvre, polyadénopathies, atteintes cutanée, muqueuse et conjonctivale.

▲ Causes médicamenteuses

Parmi elles :

—la prise d'hydantoïnes.

—le syndrome de DRESS (*drug reaction with eosinophilia and systemic symptoms*), correspondant à une toxidermie grave. Tout médicament est potentiellement pourvoyeur de ce type de complication.

Les symptômes apparaissant en général 2 à 4 semaines après la première prise et associent des adénopathies diffuses à une éruption généralisée accompagnée de prurit et de fièvre. Son évolution est potentiellement grave.

Conclusion :

Situation clinique fréquente, la mise en évidence d'adénopathies superficielles impose prioritairement au clinicien d'éliminer une origine tumorale. Un examen clinique attentif associé à un bilan biologique permettra le plus souvent d'orienter vers une cause infectieuse.

Toute adénopathie persistante dont l'étiologie reste indéterminée impose la réalisation d'un bilan complémentaire. L'échographie tient une place importante dans le bilan initial permettant un examen rapide et sensible de l'ensemble des aires ganglionnaires superficielles. L'examen anatomo-pathologique après biopsie exérèse est l'examen clé pour obtenir un diagnostic précis.

Tableau n°3 : Principales étiologies de polyadénopathies

Etiologies infectieuses	Bactériennes	Mycobactéries : tuberculose surtout ou infection à mycobactérie non tuberculeuse chez l'immunodéprimé (Sida, déficit immunitaires primitifs) syphilis, brucellose
	Virales	Primo-infection EBV, CMV, VIH Rubéole, rougeole, adénovirus, varicelle
	Parasitaires	Primo-infection toxoplasmose Leishmaniose viscérale
Etiologies non infectieuses	Hémopathies malignes	Leucémies aigües Lymphomes malins hodgkiniens ou non hodgkiniens Syndromes lymphoprolifératifs chroniques
	Maladies inflammatoires	Lypus érythémateux disséminé Maladie de Still Sacroïdose Adénite nécrosante de Kikuchi
	médicaments	Réaction de type hypersensibilité retardée Apparaît souvent au 9 ^{ème} - 15 ^{ème} jour de la prise médicamenteuse Souvent associé à : fièvre, myalgies, arthralgie, éruption, syndrome inflammatoire biologique, hyperéosinophile, présence de lymphocytes activés à l'hémogramme Molécules le plus souvent impliquées : antibiotiques (aminopénicillines et dérivés, céphalosporines, sulfamides), anticomitiaux (phénytoïne carbamazépine), allopurinol, anti-inflammatoires non stéroïdiens