

Que faire devant une adénopathie isolée ?

Dr Christian LAVIGNE
Médecine interne – CHU Angers

Journée Annuelle de Formation pour les médecins de famille
Faculté de Médecine d'Angers

29 janvier 2015



**PAS DE CONFLIT D'INTERET
AVEC LE THEME DE CETTE
COMMUNICATION**

Adénopathie isolée...

- Souvent transitoire et/ou bénigne
- « C'est un cancer, Docteur ?? »
- Rigueur clinique :
 - Analyse clinique : anamnèse, examen
 - Surveillance initiale
 - Bilan biologique si besoin
 - Examens complémentaires dans certains cas



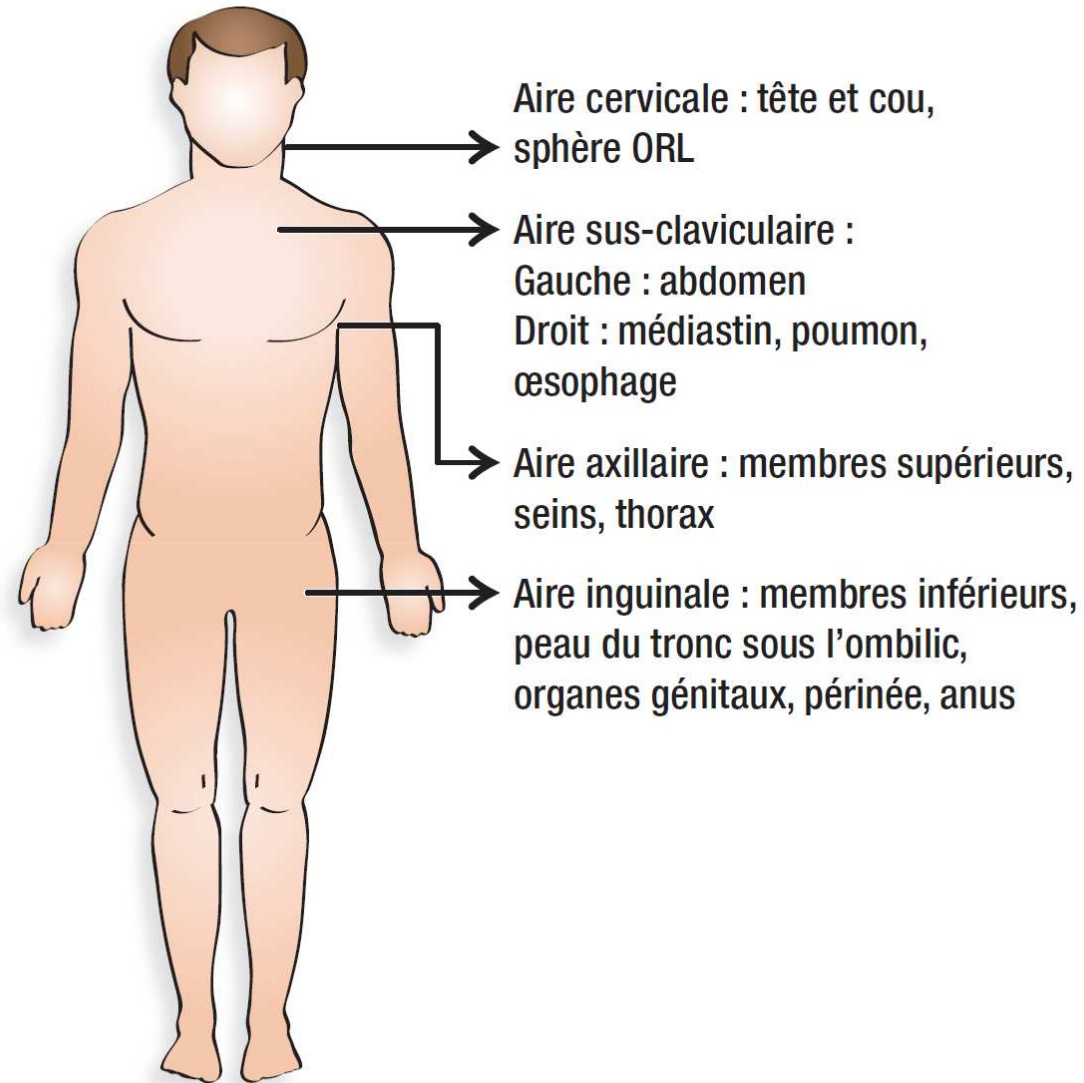
Quel est le contexte ?

- Âge
- Activités professionnelles ou de loisir
 - Jardin : champignons telluriques,...
 - Chasse : dépeçage gibier, volatiles...
 - Animaux : chat, chien, oiseaux...
- Facteurs de risque IST, VIH
- Séjour en zone d'endémie parasitaire
- Risque néoplasique (tabac, alcool...)
- Interventions récentes y compris dentaires
- Association à des signes généraux
 - Asthénie, amaigrissement, anorexie
 - Fièvre
 - Sueurs nocturnes
 - Prurit à l'eau...

Caractéristiques de l'adénopathie

- Ancienneté, évolution
- Taille
- Consistance
 - Rénitente : abcès ?
 - Caoutchouteuse : lymphome ?
 - Dure, pierreuse : tumeur solide ?
- Mobilité par rapport au plan profond
- Aspect de la peau en regard : rougeur, nécrose, fistulisation
- Caractère compressif
- Douleur : cause inflammatoire ? (adp d'évolution rapide)
- Mais aucun élément ne signe la bénignité
- Localisation

Territoires de drainage selon l'aire ganglionnaire⁶



Sous-maxillaire	Langue, glandes sous-maxillaires, lèvres, bouche, conjonctives
Sous-mentonnier	Lèvre inférieure, plancher buccal, pointe de la langue, peau de la joue
Jugulaire	Langue, amygdales, parotide, pavillon de l'oreille
Cervical postérieur	Cuir chevelu, cou, peau des bras et pectoraux, ganglions thoraciques, cervicaux et axillaires
Sous-occipital	Cuir chevelu et tête
Rétro-auriculaire	Conduit auditif externe, cuir chevelu, pavillon de l'oreille
Prétragien	Paupières et conjonctives, région temporale, pavillon de l'oreille
Sus-claviculaire droit	Médiastin, poumons, oesophage
Sus-claviculaire gauche	Thorax, abdomen par le canal thoracique
Axillaire	Bras, paroi thoracique, seins
Epitrochléen	Face cubitale de l'avant-bras et de la main
Inguinal	Pénis, scrotum, vulve, vagin, périnée, région fessière, partie inférieure de la paroi abdominale, partie inférieure du canal anal

ADENOPATHIE ISOLEE			POLYADENOPATHIES	
Hémogramme				
PYOGENES : - Staphylo - Streptoc.	polynucléose	INFECTIONS	Mononucléose	Virus : CMV, EBV, HIV
INOCULATION : - Griffes du chat - Pasteurelloses - Rouget du porc - Tularémie	leucopénie			Parasite : toxoplasmose
			leucopénie	Bactério : brucellose
			Pancytopénie	Bactério : brucellose BK secondaire
				leishmaniose
TUBERCULOSE				
HODGKIN	Polynucléose et éosinophilie	HEMOPATHIES	lymphocytose	LLC et LMNH
LYMPHOME	Hémogramme normal		Lymphoblastose	Leucémie aiguë
			Pancytopénie	Leucémie aiguë
META CANCER ORL +++ CASTELMAN	Hémogramme normal	AUTRES		Lupus Kasawaki Whipple Castelman

Pièges et particularités

- Adénopathie cervicale et dent cariée : pas de lien en l'absence de lésion gingivale !
- Adénite inguinale isolée accompagnant un chancre syphilitique du gland ou du prépuce chez l'homme, des grandes lèvres chez la femme

"préfet de l'aine"

CAT

- Est-ce bien une adénopathie ? (échographie ?)
- L'adénopathie est-elle (vraiment) isolée ?
- Est-elle (vraiment) pathologique ?
 - Adénopathie cervicale chez l'enfant
 - Adénopathie inguinale chez l'adulte
- Interrogatoire++, facteurs de risque
- Examen clinique soigneux
- Examens de débrouillage (éventuellement)
 - Hémogramme, CRP
- En l'absence d'anomalie : surveillance 21 jours (sauf aires sus-claviculaires)

Contrôle à 21 jours

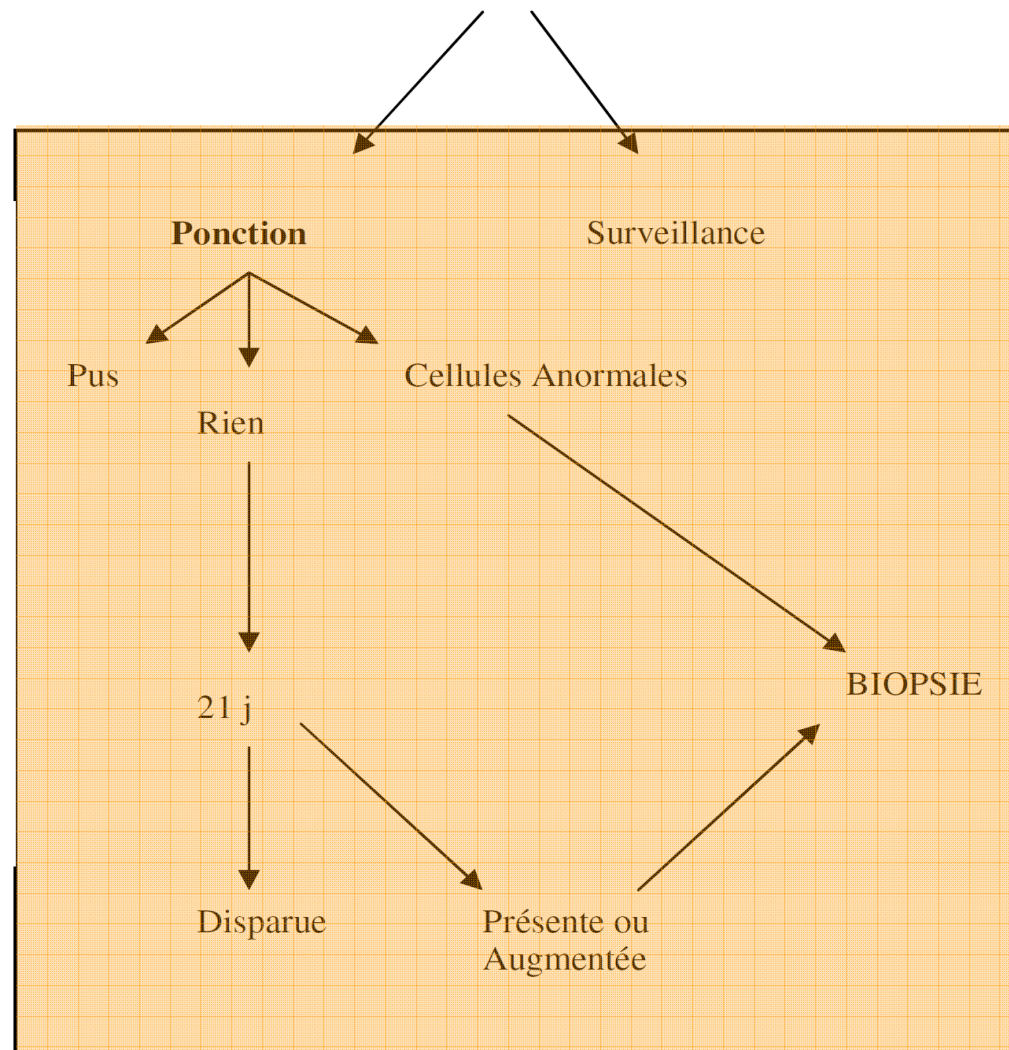
- Disparition dans 60% des cas
- Sinon :
 - Renouveler bilan initial
 - Sérologies virales et parasitaires
 - IDR à la tuberculine
 - Ponction à l'aiguille si possible (n'élimine aucun dg !!)
 - Biopsie exérèse sinon, ou si aspect suspect
- Bilan selon site ganglionnaire

Quand biopsier ?

1. Persistance après 3 semaines
2. Majoration en taille
3. Allure maligne
4. Cytoponction
 - Négative ou non contributive
 - Évoquant une pathologie néoplasique ou inflammatoire

Démarche avec cytoponction initiale

adénopathie
Isolée



Quelles urgences ?

- Adénite suppurée
- Maladie des griffes de chat, tularémie
- Adénite tuberculeuse
- Adénite d'un chancre syphilitique
- Adénopathie métastatique
- Maladie de Hodgkin et autres lymphomes malins

Adénite suppurée

- Fièvre, frissons ?
- Recherche porte d'entrée : examen minutieux du territoire de drainage
- Ne pas hésiter à ponctionner !
- Bactériologique : staphylocoque, streptocoque
- Traitement
 - Ponction !
 - Oxacilline++, Pyostacine® puis adaptation antibiogramme

Maladie des griffes du chat

- Bartonella henselae
- Chaton, chien, lapin, furet...
- Lymphoréticulose bénigne d'inoculation :
 - Lésion primitive au site d'inoculation (63 à 93%) après 1 à 2 semaines (MS > MI, papule ou pustule +/- sensible érythémateuse prurigineuse)
 - Adénite satellite de griffade : 3j-3 semaines, axillaire > épitrochlée >> cervicale, inguinale
- Formes systémiques graves
- Diagnostic sérologique
- Traitement : quinolones ou rifampicine
- Guérison lente



Pasteurellose

- Pasteurella (multocida)
- Griffure/morsure chien/chat (parfois discrète)
- Lésion cutanée nécrotique (inconstante)
- Adénopathie satellite
- Formes systémiques
- Diagnostic : prélèvement local
- Traitement : amoxicilline-acide clavulanique



Tularémie



- Dépeçage de lièvre (y compris après congélation) ; ingestion viande ; tique
- Lésions cutanées nécrotiques (inconstantes)
- Adénopathie volumineuse
 - Axillaire
 - Cervicale
- Confirmation sérologique (*Francisella tularensis*)
- Déclaration obligatoire
- Traitement : Doxycycline ou Gentamycine



Adénite tuberculeuse

- Terrain à risque (migrant, immunodéprimé, sujet âgé)
- Altération état général
- « écouelle »
 - Consistance fluctuante
 - Peu de signes inflammatoires locaux
 - Évolution chronique
- Diagnostic
 - Ponction !



Infections et adénopathie isolée

- Adénite suppurée (staph-strepto)
- Pharyngite
- Tuberculose, mycobactérie atypique
- Syphilis
- Chancre mou
- Tularémie
- Pasteurellose
- Lyme
- Maladie des griffes du chat
- Whipple
- Rubéole
- EBV
- Herpes
- Toxoplasmose
- VIH

Adénopathie métastatique

- = Ganglion dur, non douloureux, souvent fixé aux plans profonds et superficiels
- Selon tumeur primitive :
 - Cancer du poumon : creux sus-claviculaire droit,
 - Cancers des voies digestives : creux sus-claviculaire gauche (ganglion de TROISIER),
 - Cancer ORL : adénopathie rétro-angulo-maxillaire
 - Cancer du sein : adénopathie axillaire basse
- Ponction à l'aiguille souvent utile (à éviter dans mélanome).
- Biopsie selon contexte : simple ou avec curage ganglionnaire chirurgical ?

Bilan selon la localisation

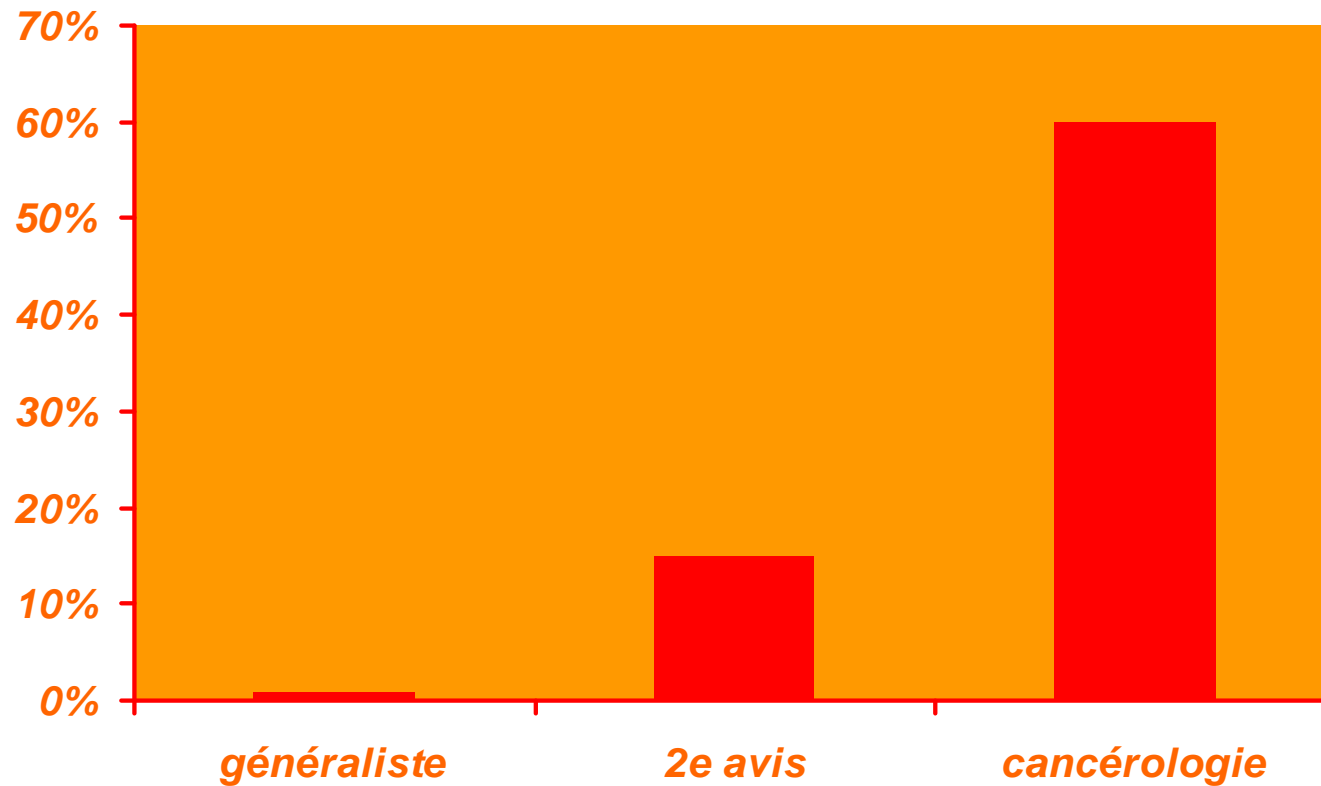
- Cou
 - TDM cervical
 - Consultation ORL (panendoscopie)
- Creux axillaire (femme++)
 - Mammographie, échographie mammaire
 - TDM TAP dans un 2e temps
- Tous sites
 - TDM TAP ?
 - PET-scan ?
 - Biopsie++
- Adénopathie de découverte fortuite (imagerie)
 - Caractère isolé et < 1cm : suivi 2-3 mois

Maladie de Hodgkin



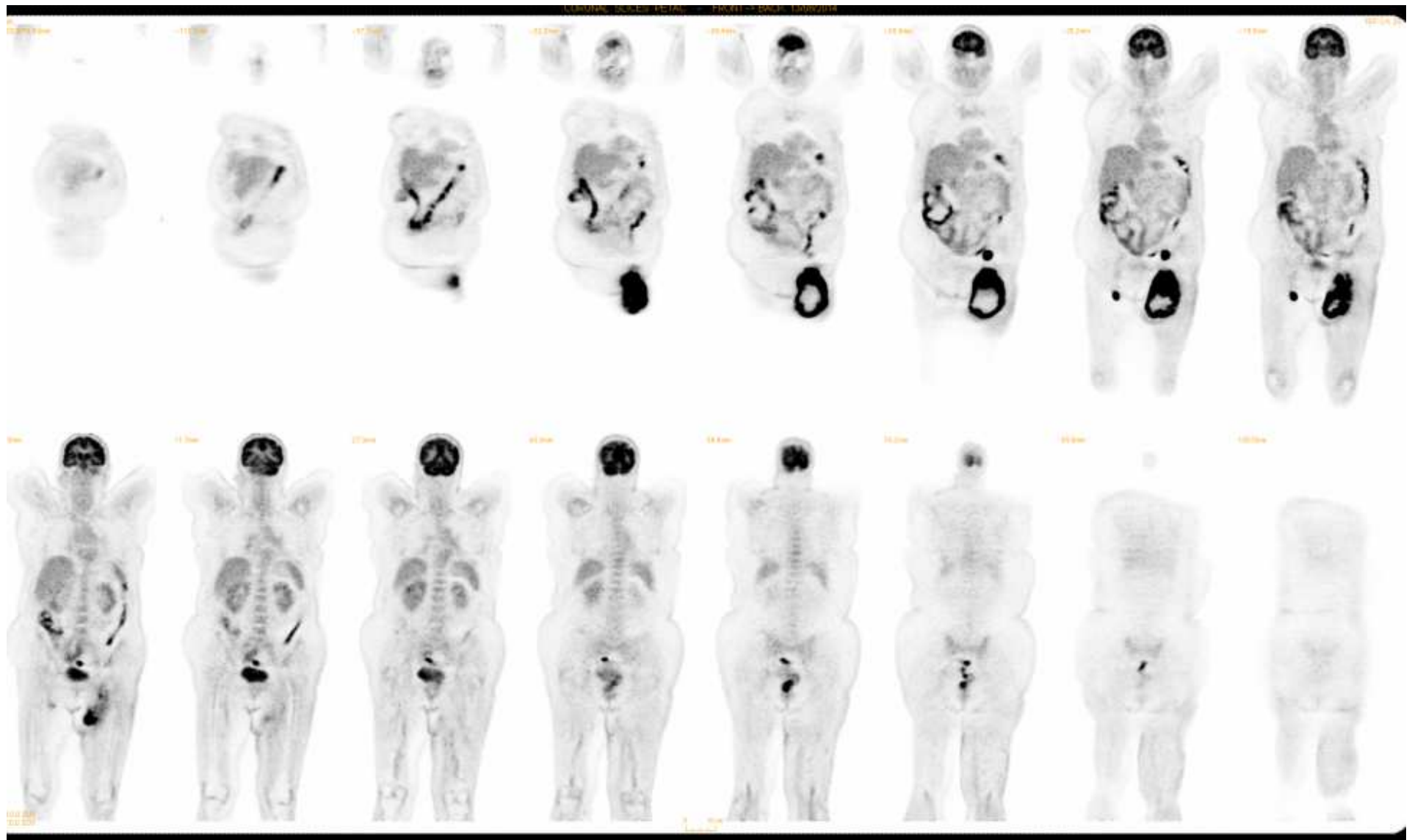
- Dans 60% des cas elle débute dans les régions cervicales.
- Adénopathie isolée et non fixée, dure et non douloureuse
- Parfois entourée de un ou deux ganglions dans le même territoire.
- Apparition d'autres adénopathies dans les territoires de voisinage si le diagnostic n'est pas fait
- Ponction évocatrice en présence de cellules de STERNBERG au frottis
- Biopsie indispensable pour le diagnostic de certitude
- Plus rarement
 - adénopathie superficielle axillaire
 - Adénopathie inguino-crurale

Est-ce un cancer ???



Une histoire compliquée...

- Micheline G..., 63 ans
- Adénopathie inguinale G vue sur écho-Doppler
- Bilan initial normal
- Biopsie-exérèse 02/14 :
 - « *Lymphadénite chronique de stimulation antigénique. Absence d'aspect spécifique d'une étiologie. Absence de pathologie tumorale* »
- Récidive adénopathie



Suite...

- 2e biopsie-exérèse (08/14) :
« *Nécrose ischémique* »
- Nécrose cutanée en regard
- 3e biopsie : « *Lymphome B diffus à grandes cellules (avec immunophénotype de type B-active)* »
- Très bonne réponse partielle à la chimiothérapie



En pratique...



- Rassurer
- Surveiller
- Explorer si
 - Suspecte d'emblée (terrain !)
 - Persistance à 3 semaines
 - Augmentation de taille
- Dans les cas difficiles
 - Biopsie
 - Ou avis hématologique ou interniste ou spécialiste selon localisation