

## **Orientation diagnostique devant une adénopathie superficielle<sup>1</sup>**

**Item n° 291** : Devant une adénopathie superficielle, argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

### **Introduction**

La découverte d'une adénopathie superficielle amène à s'interroger sur sa cause. Pour cela quelques idées simples permettent de régler rapidement la question sans avoir à recourir à des examens compliqués. Si cette première ligne de réflexion clinique et biologique se révèle négative, se pose rapidement la question de savoir si une biopsie de cette adénopathie se révèle nécessaire. C'est avec cette démarche en deux temps qu'il convient de se familiariser.

### **Le diagnostic positif**

En apparence facile puisqu'il suffit de les palper pour en affirmer l'existence.

Mais :

- Il existe des adénopathies non forcément pathologiques dans les régions inguino-crurales à tout âge de la vie ; elles peuvent avoir plus de 1 cm de diamètre, elles sont élastiques et non douloureuses.
- Les enfants de moins de 5 ans ont souvent des ganglions non pathologiques dans les régions cervicales, de taille supérieure aux petites adénopathies de moins de un quart de cm rencontrées chez les adultes.

L'utilité de certains examens para-cliniques comme l'échographie ou la réalisation d'un scanner est plus que discutable sauf chez certaines personnes obèses ou au cou court.

### **Le diagnostic différentiel**

Quelques erreurs sont néanmoins possibles :

- Des lipomes à la consistance plus molle
- Des kystes branchiaux dans les régions cervicales ; ils peuvent s'infecter. L'échographie cervicale peut être utile.
- Une hidrosadénite du creux axillaire est une suppuration des glandes sébacées de la peau et non des ganglions : tuméfaction cutanée rouge, suppurative et superficielle.
- On a pu voir des erreurs se produire par confusion avec une hernie crurale, un neurinome, un anévrisme artériel.

---

<sup>1</sup> Pr J Pris (Service d'Hématologie)

## **Orientation du diagnostic étiologique**

- L'âge : on ne fait pas les mêmes maladies à 15 ans qu'à 60 ans. Des maladies comme la mononucléose infectieuse (MNI) ou la toxoplasmose sont des maladies des gens jeunes ; les LLC se voient chez des personnes âgées.
- Le caractère douloureux d'un ganglion oriente vers une suppuration ou du moins une inflammation. Elle va donc à l'encontre d'une adénopathie maligne.
- La recherche d'une lésion cutanée ou muqueuse dans le territoire drainé par ces ou cette adénopathie est un moment important de l'enquête étiologique.
- Le caractère isolé d'une adénopathie ou sa nature multiple jouent un grand rôle dans l'orientation du diagnostic : isolé, un ganglion fait rechercher une porte d'entrée (bactérie, cancer) ; multiples, on pense plus volontiers maladie générale virale, hémopathie circulante.
- Une erreur souvent faite : attribuer à des dents cariées sans lésion de la muqueuse buccale, la survenue de ganglions cervicaux.
  
- Des examens biologiques simples peuvent être réalisés en fonction de l'âge et de la présentation clinique : hémogramme à tout âge, sérologies virales et parasitaires chez les gens jeunes (MNI, toxoplasmose, cytomégalovirus), IDR à la tuberculine.
- La ponction ganglionnaire avec une aiguille simple du type IM est une aspiration de suc ganglionnaire, avec ou sans seringue. Le suc ganglionnaire ramené en faible quantité dans la majorité des cas, est étalé sur une lame sèche puis coloré ; son étude cytologique, oriente le diagnostic, justifie la réalisation d'une biopsie, ne la remplace jamais dans l'établissement d'un diagnostic exact. Une seule exception : lorsqu'elle fait le diagnostic d'adénite suppurative en ramenant du pus sur lequel seront faites des cultures bactériologiques.
- La biopsie ganglionnaire est un acte chirurgical décidé par le médecin qui voit le malade pour cette adénopathie. Pourquoi prendre une telle décision ? Parce que ce ganglion a une taille anormale, parce qu'il est présent après 3 semaines d'observation, parce qu'il augmente de taille. Lorsque les ganglions sont multiples en nombre et siège, mieux vaut éviter les prélèvements aux racines des membres (risque de blocage lymphatique) et privilégier les régions cervicales. Le ganglion retiré dans son entier est coupé en deux ; la tranche de section est apposée sur une lame sèche et confiée au cytologiste, l'autre moitié est placée dans une compresse imbibée de sérum physiologique et dans l'heure qui suit, acheminée au laboratoire d'anatomopathologie. Pourront être ainsi réalisées efficacement des études histologiques classiques, immunologiques voire cytogénétiques.

## Diagnostic étiologique

### 1- Les adénopathies superficielles multiples

- Mononucléose infectieuse : essentiellement cervicales, accompagnées par une angine fébrile et une grande asthénie, elles ne se voient qu'avant 30 ans. Le syndrome mononucléosique sur l'hémogramme et les sérologies (MNI test, Paul et Bunnell, anticorps anti-VCA) sont décisives dans le diagnostic.
- Toxoplasmose acquise ; elle survient chez un enfant ou un adulte jeune, les ganglions sont de siège cervical, souvent sans signe d'accompagnement clinique ou biologique ; la sérologie doit montrer la présence d'AC de type IgM pour être considérée comme le témoin d'une infection récente.
- Infection par le VIH : des adénopathies cervicales multiples apparaissent au moment de la primo-infection. Elles disparaissent ensuite ou s'installent dans toutes les aires ganglionnaires, éventuellement associées à une splénomégalie. Elles vont disparaître après plusieurs années de présence. Ce sont des ganglions cliniquement silencieux dont l'architecture est bouleversée par une hyperplasie des nodules lymphoïdes d'allure inflammatoire. Elles sont différentes des adénopathies de lymphome malin (lymphomes agressifs à grandes cellules B) également rencontrées avec une fréquence supérieure à la normale dans cette maladie virale.
- Autres maladies d'origine virale : cytomégalovirus, rubéole
- Maladies dysimmunitaires : Maladie de Goujerot-Sjögren ; lupus systémique.
- Syphilis (siège occipital des adénopathies).
- Maladies cutanées diffuses avec prurit (psoriasis, eczéma, gale, pédiculose, lymphomes T cutanés...) : le prurit entraîne, du fait des lésions cutanées de grattage, une adénite réactionnelle dans les territoires ganglionnaires de drainage lymphatique.
- Maladie de Besnier-Boëck-Schaumann : elle associe parfois des adénopathies superficielles multiples, cervicales, sus-claviculaires, axillaires et épitrochléennes à des ganglions du hile pulmonaire et à des images réticulo-nodulaires du parenchyme pulmonaire. La biopsie du ganglion donne facilement le diagnostic dans cette forme clinique.
- Hémopathies malignes : toutes, y compris celles comme la maladie de Hodgkin, au début de son évolution caractérisée par une adénopathie isolée, mais qui peut très bien n'être diagnostiquée que devant des ganglions diffus. Sont à retenir (*et à développer grâce aux cours ci-joints*) : les leucémies aiguës lymphoblastiques, la LLC, la maladie de Waldenström, les lymphomes malins non hodgkiniens (LMNH) agressifs ou peu agressifs.

### 2- Les adénopathies superficielles isolées

Adénite suppurative : elle est évoquée lorsqu'il existe une porte d'entrée, même minime dans le territoire cutané de drainage lymphatique (plaie suppurée ou non,

même en cours de cicatrisation, angine récente d'allure bactérienne, ulcération de la muqueuse buccale ou génitale). C'est le plus souvent une adénite aiguë douloureuse spontanément ou à la pression. Des antibiotiques ou des anti-inflammatoires ont pu en atténuer le caractère inflammatoire. Le pus contenu dans le ganglion est reconnu après ponction du ganglion. La bactériologie est obligatoire. En dehors des germes banaux comme le streptocoque ou le staphylocoque doré, existent des cas particuliers comme la maladie des griffes du chat (après griffure de chat ou de rosier) authentifiée par une sérologie spécifique ou la tularémie.

Certaines adénites tuberculeuses contiennent du pus dans lequel on retrouve du BK. Il existe un contage bacillaire ancien. D'autres localisations bacillaires ne sont pas forcément présentes. L'IDR à la tuberculine est positive. Ces adénopathies, le plus souvent cervicales, ont tendance à la fistulisation (écrouelles) si on les laisse évoluer sans traitement.

Une adénite inguinale isolée accompagne un chancre syphilitique du gland ou du prépuce chez l'homme, des grandes lèvres chez la femme ("préfet de l'aine").

Adénite réactionnelle isolée, sans cause évidente, pouvant poser, même après biopsie et études histologiques sophistiquées, de difficiles problèmes de diagnostic différentiel avec un LMNH de bas degré de malignité.

Métastase ganglionnaire isolée ; mélanome malin (qu'il vaut mieux ne pas ponctionner), cancer du poumon dans le creux sus-claviculaire droit, cancers des voies digestives dans le creux sus-claviculaire gauche (ganglion de TROISIÈRE), cancer ORL pour une adénopathie rétro-angulo-maxillaire, cancer du sein chez la femme avec adénopathie axillaire basse. Le ganglion métastatique est dur, non douloureux, souvent fixé aux plans profonds et superficiels. Pour beaucoup de ces ganglions la ponction à l'aiguille est un bon moyen pour orienter le diagnostic. La biopsie mérite réflexion : simple ou avec curage ganglionnaire chirurgical ?

La maladie de Hodgkin : dans 60% des cas elle débute dans les régions cervicales. L'adénopathie isolée et non fixée, dure et non douloureuse est parfois entourée de un ou de deux ganglions dans le même territoire. C'est en quelques mois que d'autres adénopathies apparaîtront dans les territoires de voisinage si le diagnostic n'est pas fait. La ponction est évocatrice si des cellules de STERNBERG sont vues sur le frottis. La biopsie est indispensable pour le diagnostic. Plus rarement ce sera une adénopathie superficielle axillaire ou inguino-crurale qui marquera le début de la maladie.

Les LMNH, surtout dans les formes histologiques agressives avec grandes cellules lymphocytaires, peuvent également débiter par une (des) adénopathie(s)

superficielle(s) isolée(s). Le tableau clinique est celui décrit pour la maladie de HODGKIN, même si la taille de l'adénopathie est souvent plus importante. Seule la ponction, suivie d'une biopsie, peut confirmer le diagnostic.

#### **Dans la pratique on retiendra...**

1- La découverte d'une adénopathie superficielle amène à s'interroger sur sa cause. Quelques attitudes simples peuvent permettre de régler rapidement cette question sans avoir à recourir à des examens compliqués. Si cette première ligne se révèle infructueuse, se pose la question de savoir si une biopsie est nécessaire.

2- Tous les ganglions perceptibles ne sont pas pathologiques (territoire inguino-crural chez l'adulte, région cervicale chez le jeune enfant); toute masse limitée perçue sous les plans cutanés n'est pas forcément ganglionnaire (lipome, kyste branchial, hernie inguinale, anévrisme artériel, neurinome).

3- La découverte d'adénopathies doit conduire à un interrogatoire précis et orienté et à un examen somatique complet. L'orientation diagnostique repose en effet sur de multiples éléments dont on doit disposer avant de prescrire des investigations complémentaires ou de donner un traitement : l'âge, le caractère douloureux, la recherche d'une éventuelle porte d'entrée et le caractère isolé ou multiple.

4- En fonction des données cliniques, les investigations complémentaires seront sélectionnées sur un nombre limité d'examens : hémogramme, sérologies virales et parasitaires, IDR à la tuberculine, ponction à l'aiguille et biopsie exérèse. D'autres examens pourront être nécessaires en fonction de l'orientation du diagnostic.

5- L'orientation diagnostique repose sur le nombre des adénopathies.

- multiples, elles suggèrent une pathologie suscitant une réponse systémique, générale ou locorégionale : MNI, toxoplasmose, VIH, CMV, rubéole, affections dysimmunitaires (Gougerot-Sjögren, Lupus systémique), syphilis, affections cutanées prurigineuses, bénignes ou malignes, sarcoïdose, toutes hémopathies malignes).

- isolées, elles doivent faire penser à une série d'affections dont certaines sévères justifient de ne pas prendre de retard : adénite suppurée, maladie des griffes de chat, tularémie, adénites tuberculeuses, adénite d'un chancre syphilitique, adénite réactionnelle, adénopathies métastatiques dont le primitif est recherché en fonction de la localisation de l'adénopathie, maladie de Hodgkin et autres lymphomes malins.

## Arbre de décision permettant de réaliser un diagnostic étiologique d'adénopathie superficielle isolée ou multiple

