

CONDUITE A TENIR DEVANT UNE ADÉNOPATHIE CERVICALE CHRONIQUE

Service ORL et chirurgie de la face et du cou
CHU Annaba

Professeur A.DAOUDI

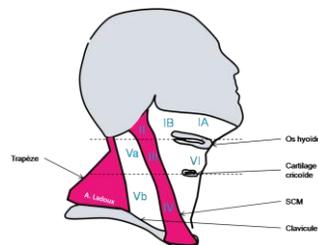
La localisation de la tuméfaction, les caractères de celle-ci, le terrain, la découverte d'une lésion néoplasique, permettent souvent un diagnostic et dans ce cas les examens paracliniques seront réduits au minimum.

Dans d'autres circonstances, le diagnostic est moins évident et dans ces cas, les examens complémentaires sont nécessaires, fonction des données de l'examen clinique.

Les tuméfactions cervicales représentent un motif fréquent de consultation en ORL.

Leur démarche diagnostique est bien codifiée et le recours à des examens complémentaires sophistiqués n'est pas de mise dans tous les cas.

Elles imposent dans tous les cas et en premier lieu la réalisation d'un examen ORL complet.

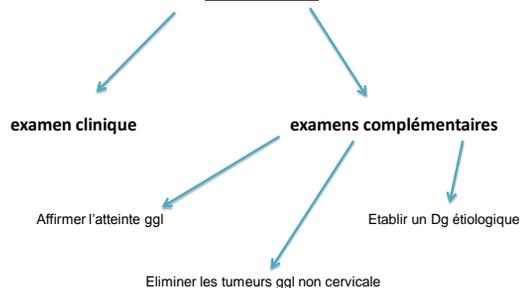


Site	Premier échelon ganglionnaire
Cavité buccale	I, II, III
Larynx, Pharynx	II, III, IV
Thyroïde	IV, VI, médiastin supérieur VII puis III et II
Parotïde	II, III, pré-auriculaire, spinal sup
Sous mandibulaire	I, II, III

ADÉNOPATHIE

- Terme scientifique désignant l'état pathologique d'un ganglion lymphatique dont l'inflammation peut avoir plusieurs origines étiologiques.
- ADP: grec Adéno-Adene-Adenos.
- Il s'agit de l'hypertrophie d'un ganglion lymphatique.

Diagnostic des adénopathies cervicales chroniques



DIAGNOSTIC POSITIF

A/Interrogatoire

ATCD

- tabac
- Radiothérapie cervicale dans l'enfance
- Tuberculose (primo-infection, contagé)
- EOA cutané- mélanome? Trt?
- Maladie générale, maladie de système
- Voyage récent, contact avec les animaux
- Vaccination
- Rapport sexuel à risque

Date d'apparition:

Récent, ancien....

Conditions de survenue:

Brutal, progressif, infection....

Age:

Orienté le diagnostic

Vieux, tabac: EOA+++

Jeune sans ATCD: hémopathie, infection++

Présence de signes ORL et/ou généraux

- Dysphagie, otalgie, odynophagie
- Dysphonie, dyspnée
- Obstruction nasale, épistaxis
- Surdité
- Syndrome infectieux général
- SF d'autres localisations: diarrhée, toux...
- AEG, sueurs nocturnes

Examen clinique ORL

Examen de la cavité buccale + pharynx + larynx

Examen des fosses nasales

Toucher bucco pharyngé

Palpation parotidienne et thyroïdienne

Recherche d'une lésion cutanée (cuir chevelu ++ et face)

Examen clinique général

ADP d'autre territoires

HSM....

EXAMEN CLINIQUE

Caractéristiques de l'adénopathie :

- Siège exacte
 - Taille
 - Schéma daté
 - Sensibilité
 - Consistance
 - Aspect collecté ou non
 - Caractère inflammatoire ou non
 - Fixité par rapport aux plans profonds
- Recherche d'autres adp

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Ne sont pas tous nécessaires dans la majorité des cas

A adapter en fonction du contexte et de l'interrogatoire qui est fondamental

Biologie de première intention:

- NFS + plaquette
- VS + CRP
- IDR à la tuberculine

Sérologies en fonction du contexte :

Toxoplasmose, HIV, MNI test, CMV...

Thorax:

Syndrome tumoral, lésions séquellaires de tuberculose, pneumopathie?

Echographie cervicale:

Souvent de manière précoce, facile à avoir

Aspect, taille, consistance, ADP ou autre?

Examen des organes de voisinage: thyroïde, parotide, sous mandibulaire, chaînes ganglionnaires et vaisseaux

TDM oro-cervico-thoracique:

Avec injection d'iode

Localisation exacte, aspect, prise de contraste

Caractère homogène ou non, effraction capsulaire, diagnostic différentiel

Recherche d'une lésion primitive (VADS/pulmonaire)

Ponction ganglionnaire (cytologie):

En l'absence d'une origine vasculaire

Orientation diagnostique aux performances élevées

Sensibilité de 84%

Spécificité de 98%

Panendoscopie des VADS:

- Sous AG
- Explore les fosses nasales, le pharynx, le larynx, région trachéo bronchique, œsophage
- Si on suspecte une adp maligne (terrain)
- Recherche un foyer primitif, une deuxième localisation et permet les biopsies

Cervicotomie exploratrice avec analyse extemporanée du ganglion prélevé (pas de biopsie)

- Quand on suspecte une hémopathie maligne++/ bilan étiologique négatif
- Permet d'arrêter l'intervention s'il s'agit d'une lésion bénigne
- Dans un contexte infectieux, prélèvement pour culture (BK++)
- Si ADP maligne métastatique, la cervicotomie est complétée par un curage
- Quand doute, seule l'analyse définitive permettra de décider d'une thérapeutique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL**Masse sous digastrique**

- Volumineux bulbe carotidien, athéromateux
- Grande corne de l'os hyoïde (maigre)
- Apophyse transverse de l'atlas

Masse sous mandibulaire

- Lithiase salivaire
- Tumeur sous mandibulaire

Masse sous mentale médiane

- KTT, kyste dermoïde

Masse spinale

- Phlébectasie de la veine jugulaire externe
- Neurinome du plexus cervical

Masse région cervicale transverse

- Cancer de l' apex pulmonaire, neurinome plexus brachial...

Masse pré laryngée

- KTT, laryngocèle, nodule thyroïdien

Masse jugulo-carotidienneSupérieure

- Tumeur pôle inférieure parotide
- Kyste amygdaloïde
- Paragangliome
- Tumeur parapharyngée extériorisée

Moyenne

- Anévrisme carotidien
- Tumeur nerveuse...

Inférieure

- Tumeur thyroïdienne

ETIOLOGIESADÉNOPATHIES INFECTIEUSESADÉNOPATHIES INFECTIEUSES AIGUES

Examens complémentaires pas toujours nécessaires

1/ adénite aigue:

- angine; infection dentaire; lésion gingivo-buccales (aphtes, glossites).
- 1 ou plusieurs ADP douloureuses spontanément
- pas ou peu de signes inflammatoires locaux
- traitement de la cause fait disparaître l'ADP

2/ Adenophlegmon:

- enfant +++ avant l'âge de 3 ans.
- complique une angine, rhinopharyngite
- tuméfaction ganglionnaire cervicale moyenne, avec douleur, fluctuation, rougeur cutanée.
- traitement chirurgical: incision + drainage de la collection purpurée
- prélèvement bactériologique; antibiothérapie adaptée en fonction de l'antibiogramme.



ADENOPATHIE INFECTIEUSE CHRONIQUE

1/ Tuberculose ganglionnaire:

- localisation la plus fréquente du bacille de Koch sur les organes hématopoiétiques
- *Mycobacterium hominis*
- rarement associée à une autre localisation (poumon)
- ADP unique, siège variable
- non traitée : ramollissement → fistulisation
- CAT : IDR très positive
 - cytoponction: pus amicrobien
 - telethorax
- Traitement : chimiothérapie anti tuberculeuse (schéma national) ± chirurgie.

4/ Mononucléose infectieuse

- ADP multiples occipitales
- angine variable
- fièvre + asthénie
- MNI Test + serologie de Paul Bunnell et Davidson → diagnostic +
- Traitement symptomatique
- Ampiciline : contre indiqué (risque d'érythème morbilliforme-scarlatiniforme).

5/ Maladie des griffes du chat: lymphoréticulocytose bénigne d'inoculation

- agent causal : inconnu.
- ADP volumineuses, moles → fistulisation
- ADP apparaissent dans le territoire de drainage d'une griffure de chat
- diagnostic : sérologie
- Traitement : cyclines.

Les infections à mycobactéries atypiques touchent surtout l'enfant entre un et trois ans.

Les adénopathies évoluent en général rapidement vers la suppuration et la fistulisation. Leur siège est souvent sous-maxillaire. La preuve bactériologique est difficile à obtenir.

Les réactions à la tuberculine sont faiblement positives.

Les mycobactéries atypiques sont résistantes à la plupart des antibiotiques, le traitement repose donc sur l'exérèse ganglionnaire chirurgicale.

2/ Toxoplasmose :

- ADP cervicale multiples, postérieures, axillaires.
- éruption cutanée, fébricule, asthénie
- diagnostic: serologie (IgG \nearrow)

3/ Rubéole:

- affection virale: fréquente entre 4 – 8 ans.
- redoutable chez la femme enceinte.
- ADP multiples, occipitales
- ADP précèdent l'éruption cutanée
- diagnostic: serologie (IgG \nearrow à 15 jours d'intervalle).
- Traitement symptomatique

6/ infection a mycobactérie atypique:

- Enfant: 1 - 3 ans
- ADP → fistulisation
- diagnostic bactériologique : difficile
- Mycobactéries atypiques: résistant au traitement antibiotique
- Traitement: exérèse chirurgicale

ADP cervicale infectieuse → fistulisation : tuberculose ggl ou infection a mycobactéries atypiques

Les adénopathies cervicales infectieuses évoluant vers la fistulisation font donc évoquer une tuberculose ganglionnaire ou une infection à mycobactéries atypiques, surtout chez l'enfant.

Les adénopathies cervicales en rapport avec une syphilis ou une tularémie sont devenues exceptionnelles.

HÉMOPATHIES MALIGNES

Au début : ganglion unique, indolore, ferme et mobile

1/ leucémies: ADP cervicales révélatrices d'une leucémie aigue ou chronique.

NFS : diagnostic +

2/ lymphomes: contexte clinique évocateur:

état général altéré, HPM, ADP hors du territoire cervicale
fièvre, sueurs nocturnes.

cytoponction : oriente vers le diagnostic → adénectomie + examen histologique

- En effet, il s'agit des localisations où l'on rencontre de petits carcinomes épidermoïdes responsable de l'ADP cervicales.
- Si bilan ORL négatif: rechercher primitif pulmonaire (ADP cervicale transverse) ou digestif (ggl de Troisier)
- D'autres localisations exceptionnelles :
testicules: homme
ovaires : femme
- **Si tumeur primitive trouvée : traitement de l'ADP s'inscrit dans la prise en charge de la tumeur primitive.**



Adénopathie métastatique d'allure primitive

ADÉNOPATHIES MÉTASTATIQUES

Caractères de l'ADP cancéreuse:

- ADP d'apparition progressive, ggl unique ou multiples, non douloureuse, pas de périadénites.
- Parfois ADP d'apparition brutale, caractère d'une ADP inflammatoire → fistulisation
- Cytoponction → diagnostic → recherche de la tumeur primitive

a/ métastase ganglionnaire d'un carcinome épidermoïde

Examen ORL complet , recherche d'un carcinome épidermoïde
→ panendoscopie

Cancer ORL lymphophile:

Cavum, amygdale, base de langue, sinus piriforme.

Si panendoscopie négative : absence de lésion muqueuses
macroscopiquement suspecte → biopsies systématique à leur niveau.

b/ métastase ganglionnaire d'un adénocarcinome:

- Recherche d'un adénocarcinome: thyroïde même si examen de la loge thyroïdienne normal.
- Si bilan thyroïdien normal: rechercher primitif rénal, prostatique, mammaire.

c/ métastase ganglionnaire sans primitif retrouvé

Bilan + panendoscopie: négatif

Faire cervicotomie exploratrice avec examen anatpath extemporané
→ évidement ganglionnaire

Possibilité de faire une amygdalectomie homolatérale à l'ADP
Cet évidement ggl complété par un protocole de radiothérapie externe.





Adénopathie métastatique d'un cancer du carrefour pharyngo laryngé en poursuite évolutive



Adénopathie métastatique d'allure kystique d'un cancer du larynx



Adénopathie métastatique d'allure kystique d'un cancer du larynx



Adénopathie métastatique d'allure kystique d'un cancer du larynx



Adénopathie métastatique d'allure kystique d'un cancer du larynx



Adénopathie métastatique d'allure kystique d'un cancer du larynx



Carcinome spinocellulaire étendu a la glande parotide



Tracés d'incision et réparation par lambeau





Exérèse tumorale avec sacrifice cutané, parotidectomie totale avec conservation du nerf facial



Deuxième temps: réparation perte de substance par lambeau Delto Pectoral



Lambeau Delto Pectoral: résultat cosmétique

CONCLUSION

- Des petits ganglions cervicaux ne correspondent pas nécessairement à un état pathologique, sont habituellement la conséquences de processus inflammatoire anciens, d'origine bucco-pharyngée.
- Une ADP est toujours la conséquence d'une maladie générale (infectieuse, inflammatoire ou hématologique), d'une lésion muqueuse des VADS ou cutanée cervico-faciale, le plus souvent cancéreuse ou plus rarement d'une lésion cancéreuse située à distance de la région cervicale. Elle ne doit jamais être négligée.
- **L'association d'ADP cervicales à des ADP d'autre territoires orientent vers une pathologie infectieuse ou hématologique.**

CONCLUSION

- Les ADP occipitales ou cervicales postérieures : en rapport avec une origine infectieuse (toxoplasmose, MNI, rubéole).
- Le diagnostic d'une ADP cervicale chronique: ponction cytologique et adénectomie avec examen anatomopathologique extemporané

CONCLUSION

- dans ce cas plusieurs erreurs sont à éviter:
 - Ne pas faire de biopsie ganglionnaire sans examen ORL préalable
 - Ne pas faire de biopsie en quartier d'orange, facteur de poussée évolutives et d'envahissement cutanés, sauf en cas de volumineuses tumeurs inextirpables chirurgicalement.
 - Ne pas prévoir d'adenectomie simple devant une grosse ADP isolée dont la nature maligne risque d'être confirmée par l'examen histologique extemporané
 - **Ne pas retarder le diagnostic par des traitements d'épreuves non spécifiques.**

CONCLUSION

- Dans la majorité des cas, le diagnostic d'une tuméfaction cervicale est fait par la clinique, la cytologie et l'imagerie pour les tumeurs nerveuses ou vasculaires.
- Cependant, dans quelques rares situations, le diagnostic histologique est en suspend, se justifie alors la cervicotomie exploratrice avec examen anatomopathologique extemporanée.
- Le patient est alors prévenu de toutes les éventualités en fonction de l'examen anatomopathologique, c'est à dire curage cervical complet ou chirurgie glandulaire associée notamment thyroïdectomie.

