

LES ADENOPATHIES

Dr CHERFAN Jean

FMC HAGUENAU

13 Février 2013

Invitation téléphonique à la soirée FMC par le Dr Jean CHERFAN



Dr Jean CHERFAN
Médecine Interne
Haguenau
(Cliquez sur l'image)

Si vous ne pouvez entendre le message sonore, il
vous faut télécharger « VLC Média Player »



PC



MAC

Qcm

1° A partir de quelle taille un ganglion est considéré comme pathologique?

- >1cm

- >2cm

- >3cm

2° L'adénopathie sus-claviculaire droite est liée à une pathologie :

-Sus-diaphragmatique ou -Sous-diaphragmatique

3° L'adénopathie sus-claviculaire gauche est liée à une pathologie :

-Tube digestif -Reins -Testicules -Pelvis

4° Quel examen d'imagerie simple permet le plus souvent de différencier une adénopathie d'une autre lésion ?

-Radio thorax -TDM –Echographie –IRM -Lymphographie

5° Un patient de 70 ans présente des adénopathies diffuses avec 7 000 lymphocytes à la NFS, quel examen s'impose ?

-VS –LDH –EPP –IONO –Phénotypage des lymphocytes

6° Une NFS normale élimine une maladie hématologique ?

7° Peut-on prescrire une corticothérapie pour traiter une adénopathie ?

Définitions :

- **Ganglion** : organe lymphoïde, défense immunitaire
- **Adénopathie** : augmentation de volume pathologique suite à une stimulation antigénique (infectieuse) ou par envahissement tumoral (I ou II)
- **Stimulation** : provoque une prolifération cellulaire et une hypertrophie **qui dépasse 1cm**
- **Pathologie** fréquente en consultation générale, pédiatrique et hématologique

Exceptions : -présence d'un ganglion sus claviculaire est pathologique même inférieur à 1 cm

- ganglion inguinal supérieur à 1 cm et inférieur à 2 cm peut être non pathologique s'il est élastique et non douloureux

- enfant de moins de 5ans ganglions cervicaux souvent non pathologiques

Circonstances de découverte :

- Patient lui-même
- Palpation suite à des douleurs
- Signes de compression loco-régionale

Interrogatoire :

- Mode de vie** : voyage, vaccination, médicament, métier, éthylo-tabagisme, contact avec des animaux
- Atteinte de l'état général** : asthénie, anorexie, amaigrissement
- Fièvre**, sueurs nocturnes
- Atteinte cutanée**,
- Douleurs osseuses**





Diagnostic positif :

- Lipome (à consistance molle)
- Tumeur parotidienne
- Tumeur sous maxillaire
- Tumeur de la thyroïde (mobile à la déglutition)
- Kystes branchiaux, kystes thyroglosses.
- Masse vasculaire (pulsatile)
- Hydradénite (rouge et suppurée)
- Hernie inguinale, crurale (impulsive à la toux)

Caractère sémiologique

Aucun signe formel de bénignité.

Taille.

Consistance : molle, fluctuante (suppuration)

dure, ligneuse (cancer)

ferme élastique (lymphome et maladie inflammatoire)

Forme : périadénite

Caractère douloureux : spontané (infectieux) ou non.

Adhérence

Etat de la peau : fistulisation, purpura, ecchymose...

Recherche d'une lésion cutanée ou muqueuse dans le territoire drainé

Caractère isolé (infectieux ou cancer)

Caractère multiple : hémopathie, virose, maladie inflammatoire

recherche de splénomégalie et d'hypertrophie

amygdalienne





Démarche étiologique en présence d'une adénopathie isolée

Siège de l'adénopathie	Territoire de drainage	Localisation secondaire
Cervical	Cuir chevelu	
	Sphère ORL et stomatologique	Cancers ORL, langue
	Thyroïde	Cancer thyroïde
Sus claviculaire droit	Médiastin et poumons	
Sus claviculaire gauche	Tube digestif (sous diaphragmatique)	Cancer abdominal ou pelvien, cancer du sein
	Testicules	

Siège de l'adénopathie	Territoire physiologique de drainage	Localisation secondaire
Axillaire	Membre supérieur	
	Seins	Cancer du sein
Inguinal	Périnée: anus, pénis, scrotum, vulve Membre inférieur	Cancer des organes génitaux externes, canal anal
Quel que soit le territoire de drainage		Mélanome

Cas clinique

- Mme C., âgée de 63 ans consulte pour une ADP axillaire G isolée, connue depuis un mois environ, auto-découverte. Pas d'ATCD particuliers, pas de contact avec animaux.
- Examen clinique normal (pas d'excoriations).
- Examen mammaire normal (pas d'autres ADP).
- Mammographie et echo mammaire normales.
- Echographie axillaire : lésion hypoéchogène irrégulière de 10mm de grand axe.
- CAT?

Adénopathie isolée

Infectieuse :

Aigue : satellite
strepto/staphylo

**Subaigue ou
chronique** griffes du
chat
Tularémie, Pasteurellose
IST
TB
Toxoplasmose.

Cancer

Lymphomes



Adénite cervicale aiguë bilatérale

- Secondaire à une infection virale ou des voies respiratoires supérieures
- -Tableau clinique suggestif:
 - Hépatomégalie plus ou moins splénomégalie : EBV/CMV
 - Infection des voies respiratoires supérieures : adénovirus, virus influenzae, Coxsackie
 - Aphtes + angine : herpès ou entéro virus
 - Angine plus pharyngites plus adénopathie cervicale bilatérale souvent mandibulaire : évocateur de SBH du groupe A
 - Conjonctivites, rhino-pharyngite, adénopathie : HI

Cas clinique

- Mme C., âgée de 63 ans consulte pour une ADP axillaire G isolée, connue depuis un mois environ, auto-découverte. Pas d'ATCD particuliers, pas de contact avec animaux.
- Examen clinique normal (pas d'excoriations).
- Examen mammaire normal (pas d'autres ADP).
- Mammographie et echo mammaire normales.
- Echographie axillaire : lésion hypoéchogène irrégulière de 10mm de grand axe.
- CAT?

Adenopathies multiples

- Infectieuses
- Inflammatoires
- Iatrogènes
- Hémopathies
- Dermatoses

Adenopathies infectieuses

- Toxoplasmose
- Leishmaniose
- EBV, CMV et VIH
- Rubéole
- Syphilis
- BK
- Brucellose

Adenopathies inflammatoires

- BBS
- LED
- Gougerot
- PR

Hémopathies malignes

- Leucémie aigue
- LMNH
- Hodgkin
- LLC
- Waldenström

iatrogènes

- Vaccinations, bCGite
- Médicaments : hydantoïne, quinidine, bêtalactamines, suflamides, AINS, allopurinol, carbamazépine, primidon



dermatoses

- Psoriasis
- Eczema
- Gale
- Pédiculose
- Lymphome T cutané

NFS

- Hyperleucocytose (strepto-staphylo)
- Hyper lymphocytose (LLC, LMNH)
- Syndrome mononucléosique (VIH, MNI, CMV)
- Blastes (LA)
- Éosinophilie (Hodgkin, parasitose)
- Lympho-plasmocytose (Waldenstrom)
- Plasmocytose modérée (rubéole)
- Cellules lymphomateuses (lymphome)
- Leucopénie (brucellose-griffes du chat-pasteurellose-tularémie)
- Pancytopénie : leishmaniose, LA

CAS CLINIQUE :

Une patiente de 70 ans présente une dermo-hypodermie du MIG apparue 24heures plus tôt avec une fièvre élevée à 39°.

L'inflammation s'étend du pied jusqu'au tiers supérieur de la jambe, malgré une automédication par paracétamol et aspirine 3g/jour depuis 48heures

DE SES ANTÉCÉDENTS on retient essentiellement : un diabète de type 2 traité par sulfamides et biguanides, une obésité morbide, un tabagisme, des crises de goutte, une cardiopathie hypertensive et ischémique ainsi qu'une PTH D il y a 6 ans pour une coxarthrose.

À L'EXAMEN CLINIQUE: lymphangite inflammatoire avec une adénopathie mesurant environ 3cm au niveau inguinal, et plusieurs adénopathies de 2cm, fermes, mobiles, au niveau cervical et axillaire.

Questions :

Vous suspectez...faut-il hospitaliser la patiente et pourquoi?

Quel bilan pratiquez vous ?

Quel traitement est indiqué ?

EVOLUTION : Après trois jours on note une nette amélioration de l'état cutané mais la patiente présente une impotence fonctionnelle à la marche avec l'apparition d'une gonarthrite droite.

Quel nouveau bilan vous paraît nécessaire ?

Et quel traitement proposez-vous ?

EVOLUTION ce traitement a été efficace avec la régression de la lymphangite, de la gonarthrite droite et amélioration du syndrome inflammatoire et fébrile. L'adénopathie inguinale droite a disparu mais les autres adénopathies persistent.

Que feriez vous ?

- **Tableau 3.** Typage des LLC-B : le système de score de Matutes [8]

Score	
1	S-Ig d'intensité faible
1	CD5 positif
1	CD23 positif
1	CD22/ CD79b négatif ou faible
1	FMC7 négatif

Le marquage indiqué donne 1 point. La somme des points obtenus donne le score qui est de 4 ou 5 dans les LLC-B.

LES ADP PROFONDES

- Plus difficiles à mettre en évidence
 - De découverte fortuite ou dans le cadre du bilan d'ADP superficielles
-

Elles sont :

- médiastinales
- rétropéritonéales

Cas clinique

- M. K., 45 ans, se plaint d'asthénie avec AEG, douleurs thoraciques antérieures et hypersudation évoluant depuis qq semaines.
- **Examen clinique** : une ADP axillaire G et qq ADP inguinales bilatérales indolore de +/- 1cm.
- **Rx du thorax** : ADP médio-thoraciques
- **Scanner Thoracique** : ADP médiastinales, prétrachéales et sus-hilaires G (4cm). Pas d'atteinte parenchymateuse
- **Bilan bio** : VS 24/50, NFS SP, Sérologie (-), bilan hépatique SP, enzyme de conversion SP, EPP SP.
- **Biopsie gg axillaire** : hyperplasie sinusale modérée non spécifique.
- **CAT?**

Les ADP profondes médiastinales

- Souvent asymptomatiques
- Entraînent tardivement une compression (toux, dysphonie, dyspnée, douleur thoracique, dysphagie...)

Radio du thorax

- Elargissement du médiastin sup par une opacité en cheminée
- Opacités hilaires à contours polycycliques
- ADP sous carénares
- *Caractère symétrique ou non et/ou anomalies parenchymateuses.*



Les ADP profondes abdominales retro-péritonéales

Souvent asymptomatiques elles entraînent tardivement des signes de compression digestive (troubles du transit) ou veineuses (OMI)

conclusion

- -Site de drainage
- -Unique ou multiple, superficielle ou profonde
- -Évolution aiguë ou chronique
- -Biopsie ganglionnaire doit être envisagée après 4 semaines d'évolution
- -Pas de prescription de corticoïdes sans diagnostic étiologique