

# Adénopathies infectieuses

## 1. Savoir reconnaître des tuméfactions de nature autre que ganglionnaire

Selon la localisation :

- cervicale latérale : tumeur ou inflammation parotidienne ou sous-maxillaire, anévrisme, abcès du sterno-cléido-mastoïdien ;
- cervicale antérieure : kyste du tractus thyroïdienne, tumeur de la thyroïde ;
- axillaire : hidrosadénite (maladie de Verneuil) ;
- inguinale : hernie étranglée, maladie de Verneuil, phlébite de la crosse de la saphène, abcès ;
- toutes localisations : kyste, lipome.

## 2. Reconnaître le caractère infectieux ou tumoral d'une adénopathie (tableau 1)

Tableau 1. Éléments cliniques orientant vers une cause infectieuse ou tumorale		
	Adénopathie infectieuse	Adénopathie tumorale*
Adénopathie		
- consistance	Rénitente	Dure ± fixée
- sensibilité	+	±
- signes inflammatoires	+	±
- abcédation, fistulisation	Possible	-
- signes de compression	-	Possible
Signes régionaux	Lymphangite, lésion d'inoculation	Rechercher une tumeur primitive
Évolution	Aiguë, subaiguë	Subaiguë, chronique

\* Métastase, lymphomes

## 3. Réunir les éléments utiles au diagnostic étiologique

**Éléments cliniques** (tableau 1) :

- caractéristiques ganglionnaires : date d'apparition, taille, aspect, nombre, atteinte d'une ou plusieurs aires ganglionnaires ;
- porte d'entrée loco-régionale : plaie, piqûre, morsure, relations sexuelles ;
- signes généraux et signes cliniques associés.

**Éléments paracliniques** :

- outre les examens de routine (voir le chapitre « [Fièvre aiguë. Examen clinique en infectiologie tropicale](#) ») ;
- radiographie thoracique, échographie abdominale, tomodensitométrie pour rechercher des adénopathies profondes (tuberculose, histoplasmoses et autres mycoses endémiques, lymphome, sarcoïdose) ;

- ponction ganglionnaire, examen simple, non invasif, très utile au diagnostic d'adénopathie infectieuse : la présence de pus affirme la nature infectieuse de l'adénopathie. Le matériel prélevé permet :
  - l'examen direct du frottis après coloration : Gram, Ziehl, May Grunwald Giemsa ;
  - la mise en culture sur milieux ordinaire, de culture pour mycobactéries (tableau 3) et de Sabouraud ;
- biopsie/exérèse chirurgicale, elle s'impose quand la preuve étiologique manque. L'examen anatomopathologique a surtout pour but de différencier une cause tumorale d'une cause infectieuse (bartonellose, mycobactériose, toxoplasmose...).

## 4. Adénopathies localisées

Le diagnostic est simple quand l'adénopathie est satellite d'une infection cutanée ou muqueuse :

- amygdalites ;
- érysipèle : streptocoque  $\beta$ -hémolytique ; érysipéloïde ou rouget du porc : *Erysipelothrix rhusiopathiae* ; pyodermite ; pasteurellose : *P. multocida* ;
- charbon : *B. anthracis* ;
- zona, primo-infection herpétique.

Une forme clinique particulière est l'adénophlegmon sous-angulomaxillaire qui peut être dû à :

- un germe pyogène (*S. aureus*, *S. pyogenes*) ;
- ou correspondre à une actinomycose cervico-faciale, infection d'origine bucco-dentaire due le plus souvent à *Actinomyces israeli*, bacille à Gram positif anaérobie sensible à la pénicilline G (10 à 20 millions d'U/jour par voie veineuse pendant 4 à 6 semaines puis amoxicilline per os 2 à 4 g/j pendant 3 mois). Un drainage chirurgical est souvent nécessaire.

En l'absence d'infection cutanée ou muqueuse cliniquement évidente, il faut rechercher une lésion d'inoculation parfois patente (ex : charbon pesteux) ou méconnue sous la forme d'un petit nodule indolore (bartonellose) ou cachée (chancre génital surtout chez la femme) (tableaux 2 et 3).

Les adénopathies volumineuses (photo 1), qui peuvent se fistuliser (écrouelles : photo 2), en particulier au niveau du cou, font évoquer la tuberculose (voir le chapitre « [Tuberculose](#) ») ou l'histoplasmose (voir le chapitre « [Mycoses profondes tropicales](#) »).

Les adénopathies inflammatoires (bubon), dans un contexte fébrile et toxique, font suspecter la peste (voir le chapitre « [Peste](#) »).

**Photo 1. Volumineuse adénopathie cervicale de tuberculose**

(E. Pichard, SMIT, CHU d'Angers)



**Photo 2. Ecrouelle cervicale**

(S. Jauréguiberry, SMIT, CHU Pitié-Salpêtrière. Paris)



**Tableau 2. Adénopathie(s) localisée(s) avec lésion d'inoculation**

Étiologie	Confirmation diagnostique	Traitement
Bartonellose*	Examen direct du pus (coloration de Whartin-Starry), PCR <i>Bartonella henselae</i> , sérologie <i>B. henselae</i> , biopsie (voir le chapitre « <a href="#">Bartonelloses</a> »)	Ponction du pus Azithromycine
Rickettsioses à tiques	Biopsie escarre, PCR, culture, sérologie	Doxycycline
Tularémie	Sérologie <i>Francisella tularensis</i>	Doxycycline ± aminoside
Peste	Examen direct du pus, culture, test de diagnostic rapide (voir le chapitre « <a href="#">Peste</a> »)	Aminoside ou doxycycline
Syphilis	VDRL, test tréponémique (TPHA, CLIA) ; examen direct au microscope à fond noir	Pénicilline, doxycycline
Chancre mou	Culture du pus bubonique ( <i>Haemophilus ducreyi</i> )	Ceftriaxone, Azithromycine
LGV**	Sérologie <i>Chlamydia trachomatis</i> (voir le chapitre « <a href="#">Ulcérations génitales</a> »)	Doxycycline
Trypanosomose africaine Trypanosomose américaine	Mise en évidence du trypanosome, sérologie (voir le chapitre « <a href="#">Trypanosomose américaine</a> »)	Trypanocides
Leishmanioses cutanées	Mise en évidence des leishmanies, PCR, culture	Stibiogluconate, pentamidine
Sporotrichose	Biopsie cutanée, ponction de nodules, examen direct, culture du pus sur milieu de Sabouraud	Iodure de potassium, Itraconazole, Amphotéricine B
BCGite	Post-vaccin BCG	Abstention

\* Lymphoréticulose bénigne d'inoculation ou maladie des griffes du chat

\*\* Lymphogranulomatose vénérienne

**Tableau 3. Adénopathie(s) localisée(s) sans lésion d'inoculation**

Étiologie	Confirmation diagnostique	Traitement
Mycobactérioses - <i>M. tuberculosis</i> - <i>M. avium</i> , <i>M. scrofulaceum</i>	examen direct (BAAR), PCR sur pus ou biopsie, culture sur milieu liquide ou solide (type Löwenstein)	Antituberculeux ; si suspicion de mycobactérie non tuberculeuse, attendre résultats de l'antibiogramme
<i>Histoplasma</i> var. <i>duboisii</i>	Examen direct, sérologie	Itraconazole
Toxoplasmose	Sérologie	Aucun si immunocompétent
Lymphomes, maladie de Castleman (HHV-8) ; métastase	Anatomopathologie	

## 5. Polyadénopathies superficielles

L'origine est le plus souvent virale, entre autres VIH, parfois parasitaire ou bactérienne (tableau 4).

Le diagnostic repose sur les sérologies, plus rarement sur la mise en évidence des bactéries ou des parasites (trypanosomes, leishmanies, microfilaires).

Ailleurs, il peut s'agir d'une maladie hématologique : lymphome, LLC,... d'une maladie générale : sarcoïdose, lupus, maladie de Kawasaki, maladie de Whipple,... ou d'une allergie médicamenteuse.

**Tableau 4. Principales causes infectieuses de polyadénopathies superficielles**

Virales ++	Parasitaires	Bactériennes
VIH Mononucléose infectieuse Cytomégalovirose Rubéole - Rougeole Adénoviroses	Toxoplasmose Trypanosomoses africaine et américaine Leishmaniose viscérale Filarioses lymphatiques	Syphilis secondaire Brucellose Mycobactérioses (rechercher une immunodépression)