

République algérienne démocratique et populaire
Service ORL de Batna
PR MECIBAH



DIAGNOSTIC DES ADENOPATHIES CERVICALES CHRONIQUES

DR BOUDER



- **Plan de la question:**
- I-Définition-Généralités
- II-Rappel anatomique
- III-Diagnostic positif
- IV-Diagnostic différentiel
- V-Diagnostic étiologique
 - d'origine infectieuse
 - d'origine inflammatoire ,maladie de système
 - d'origine tumorale
- VI - Conclusion



I. Définition/ Généralités:

- **Les adénopathies cervicales sont un motif fréquent de consultation en ORL, leur diagnostique est le plus souvent aisé en revanche il est plus difficile de préciser la nature surtout histologique.**
- **Il faut toujours penser à la possibilité d'adénopathie métastasique des carcinomes des VADS ou hémopathie.**
- **On dit adénopathie cervicale chronique toute adénopathie apparue depuis au moins 3 semaines sans signe aigue ou subaigue local ou régional.**



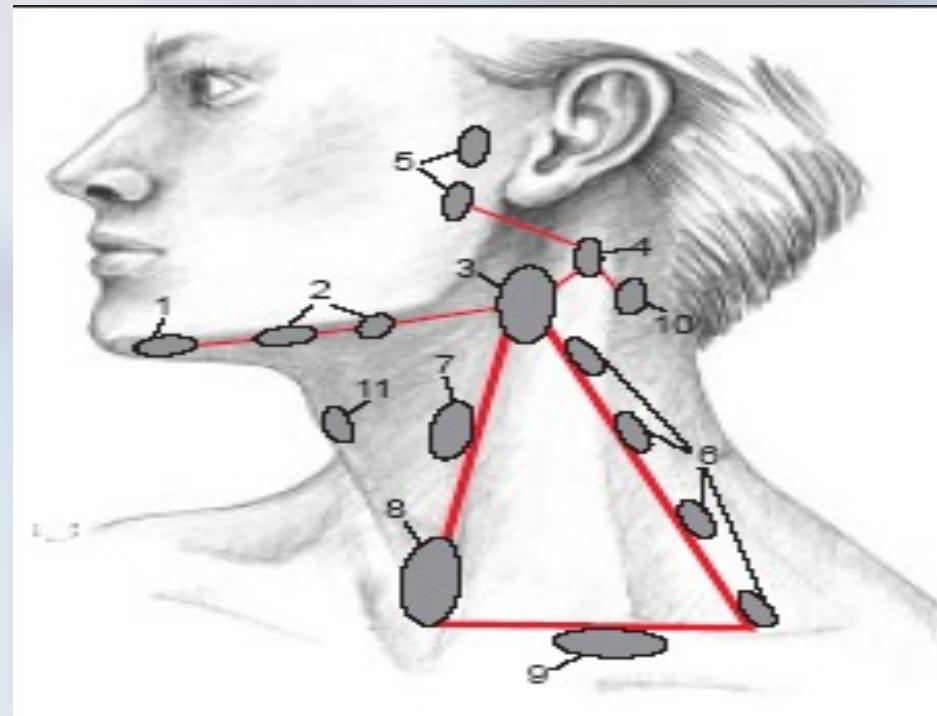
II. Rappel anatomique:

- **CERCLE DE POIRIER ET CUNEO:**

- 1-gg sous mentaux
- 2-gg sous mandibulaire
- 3-gg sous digastrique
- 4-gg mastoïdiens
- 5-gg parotidiens

- **TRIANGLE DE ROUVIERE:**

- Chaine anterieure:
jugulocarotidienne
- Chaine posterieure: spinale
- Chaine inferieure: chaine sus
claviculaire





Groupes ganglionnaires cervicaux:

- **Groupe Sous-mentomandibulaire:**
Lèvres, cavité buccale, pyramide nasale.
- **Groupe Sous-digastrique et spinal haut**
Larynx, trois étages pharyngés, thyroïde, cavité buccale, parotide, oreille.
- **Groupe Jugulaire inférieur**
Larynx, oro- et hypopharynx, thyroïde, organes thoraciques, abdominopelviens
- **Groupe Spinal et sus-claviculaire Rhino- et oropharynx, parotide, oreille**
- **Groupe Préviscéral**
Larynx, thyroïde



III. Diagnostic positif:

- **1-interrogatoire:**
 - date de début
 - installation progressive ou brutale, évolution.**
 - âge
 - **ATCD médicaux: radiothérapie, tuberculose, vaccination, transfusion, médication.**
 - **ATCD chirurgicaux : chirurgie de la face ou du cou.**
 - **mode de vie du patient : profession ,contact avec des animaux domestiques, notion de contagion tuberculeux, habitude sexuelle, alcoolo-tabagique.**
 - **contact avec les enfants**
- Signe accompagnateurs: fièvre, amaigrissement, AEG (infection systémique: tbc HIV..ou lymphome) dysphagie, dysphonie (kc orl)**



2-EXAMEN CLINIQUE:

- **A- examen local:**
 - **siège de l'adénopathie**
 - **Nombre ,l'uni- ou la bilatéralité des adénopathies**
 - **Taille**
 - **Sa sensibilité**
 - **Consistance**
 - **Limite nette ou imprécise**
 - **Caractère inflammatoire ou pas**
 - **Mobilité par rapport au plans profonds et à la peau .**
 - **Examen des autres aires ganglionnaires cervicales**



- **B-Examen locorégional:**
- **La peau de la face et le cuir chevelu a la recherche d'une lésion, piqûre d'insecte**
- **Examen ORL complet sous bon éclairage ou au besoin un nasofibroscope pour examiner la cavité buccale , les trois étages de pharynx ,le larynx , les fosses nasales, les oreilles .**
- **Le toucher bucco pharyngée est un temps très important de l'examen pour ne pas laisser passer une lésion maligne de la région amygdalienne ou de la base de la langue**
- **On cherche une tuméfaction de la glande parotide ou la thyroïde**
-
- **C-Examen somatique complet:**
- **aires ganglionnaires**
- **splénomégalie , hépatomégalie**
- **Examen des téguments:- rash cutané :rubéole.
- rosacée: syphilis secondaire .**



- **3-EXAMENS PARACLINIQUES:**
- **FNS :** hyperleucocytose.
mononucléose.
hyper éosinophilie.
- **VS.**
- **IDR a la tuberculine.**
- **Radio de thorax.**

D'autre examen sont demandes en fonctions de l'orientation Diagnostique:

- **1. échographie cervicale:**
 - permet de différencier une tumeur d'une adénopathie cervicale.
 - apprécie l'aspect liquidien ou solide.
 - le caractère hétérogène ou homogène de l'adénopathie .



- **2. TDM:**
 - Situer la tuméfaction par rapport à l'axe vasculaire
 - Précise le caractère hypo dense en faveur d'un kyste ou d'une nécrose intra tumorale ou d'origine infectieuse .
- **3. PET-scan:**

Technique scintigraphique ,par sa sensibilité elle permet de dépister des adénopathies cervicales métastasiques infra cliniques lors du bilan initial de cancers des VADS mais de trouver des foyers primitif au niveau de l'oro –ou hypopharynx.
- **4. Panendoscopie :**

comprend une pharingolaryngoscopie,une trachéobronchoscopie, une oesophagoscopie et un examen du rhinopharynx. Elle permet de biopsier toute lésion suspecte .



5. Examen cytologique ganglionnaire:

- C'est un examen d'orientation diagnostique très performant.
-Qui permet de faire des recherche bactériologique,
parasitologique ou mycologique sur le produit de ponction**

- 6. Cervicotomie exploratrice avec analyse histologique
extemporanée du ganglion.**



IV. Diagnostic différentiel:

- **A-Masse sous digastrique**
 - grande corne de l'os hyoïde
 - apophyse transverse de l'atlas
 - un volumineux bulbe carotidien athéromateux
- **B-tuméfaction sous mandibulaire:**
 - tumeur de la glande sous mandibulaire (adénome pleiomorphe)
- **C- masse sus-claviculaire:**
 - Diverticule pharyngo-œsophagien réductible
 - Neurinome du plexus brachial
 - Cancer de l'apex pulmonaire
- **E-masse pré laryngée:**
 - Kyste de tractus thyreoglosse
 - Nodule de l'isthme thyroïdien
 - Laryngocèle externe extériorisée



f- masse du territoire jugulocarotidien:

Dans le territoire jugulo carotidien supérieur :

- tumeur de la parotide**
- kyste amygdaloïde**

Dans le territoire moyen

- un anévrysme de la région carotidienne**
- myosite postradique du SCM**

A la base :

Il faut éliminer une tumeur thyroïdienne



V. Diagnostic étiologique:

- **1- Adénopathies infectieuses**

- **A-Tuberculose:**
- Due a **Mycobacterium hominis** rarement **bovis**, touche le sujet dénutri ,immunodéprimé ,défavorisé.
- **Clinique:** -**AEG** ,**sueurs nocturnes** ,**anorexie**.
- -adénopathie d'apparition insidieuse, ferme ,indolore,évoluant vers l'induration et l'adhérence au tissus profonds. Dans 20%des cas elle évolue vers **la fistulisation**.
- **IDR a la tuberculine et un téléthorax sont indispensable au diagnostic**
- **Ponction aspiration permet l'étude cytologique**
- **Culture sur milieu de lowenstein –Jensen.**
- **TRT:** -médical : anti tuberculeux pendant 9 mois.



■ B-Infection à mycobacterium atypique:

- Germes:mycobacterium scrofulaceum et mycobacterium kansasii
- Terrain : apanage de l'enfant
- Les adénopathie sont volontiers unilatérales.
- Evolution torpide sur 9 à 15 mois .
- Dans 70 à 80 % des cas apparaissent des **fistulisations**.
- Diagnostic : -ponction a l'aiguille.
 - recherche du germe dans le pus.
- Traitement : -ATB inefficace.
 - chirurgical: dans les formes localisées



- **C-Mononucléose infectieuse:**
 - affection due au virus EBV
 - Touche surtout l'adolescent et l'adulte jeune
 - Poly adénopathies **diffuses** à prédominance cervicale :ADP de volume variable déformant la région cervicale uni-ou bilatérale ferme et sensible.
 - - splénomégalie-angine –rash cutané
 - -FNS: syndrome mononucléosique
 - Dgc de certitude : sérologie

D-Syphilis:

- **Primaire:** - adénopathie cervicale unique dure sans périadenite
 - recherche de triponème a partir du chancre ou ponction gg
- **Secondaire:** -éruption cutanée
 - adénopathies fermes indolores ,occipitales
- **Diagnostic :** sérologique TPHA-VDRL
- **TRT:** repose sur les pénicillines



E-Tularémie

- Due à *Francisella tularensis*, le réservoir est animal (lapin ,lièvre)
- Contamination peut être direct ou indirecte
- Clinique: adénopathie volumineuse, douloureuse inflammatoire
 - sous-digastrique ou sous mandibulaire en cas de contamination oropharyngée
 - pretragienne ou intra parotidienne en cas de contamination oculaire.
- Diagnostic: isolement du germe à partir de ponction.
- Trt : cycline, aminoside

F-Maladie de griffe de chat

- Agent : *rochalimaea henselae*
- Clinique : - adénopathie ferme douloureuse mobile de taille variable.
 - fièvre, asthénie, exanthème maculopapuleux et splénomégalie.
- Diagnostic : la mise en évidence de cellule **pleiomorphe** à partir d'une cytoponction
- Traitement: cycline, aminoside



■ **G- brucellose**

■ **La contamination se fait par ingestion de produit laitiers frais**

■ **Clinique :**

■ **fievre ondulante suduroalgique**

■ **Splénomégalie**

■ **Adénopathies basi cervicales ,fermes et douloureuses**

■ **DGC: sérodiagnostic de Wright.**

■ **TRT: cycline.**

■ **H-Toxoplasmose:**

■ **Agent :Toxoplasma gondii**

■ **Clinique :**

■ **- Adénopathies cervicales de volume modéré, fermes et peu douloureuses**

■ **-asthénie et fièvre**

■ **FNS: syndrome mononucleosique**

■ **Diagnostique est sérologique**

■ **Guérit spontanément**



- **I-Leishmaniose:**
- **C'est parasitose ,la transmision se fait du chien à l'homme**
- **Clinique :**
 - **fièvre au long cours, AEG ,splénomégalie.**
 - **adénopathies généralisées fermes indolores, mobiles**
 - **les adénopathies cervicales ne sont jamais isolées**
- **Trt :glucantime.**
- **J.VIH:**
- **L'Adénopathie au cours du VIH:**
- **Peut présente une lymphoadenopathie persistante généralisée.**
- **Les adénopathies sont petites, indolores, mobiles ,bilatérales et symétrique**
- **Les territoires les plus touches: occipital et spinal**



2-Adénopathie inflammatoire chronique

- **1. sarcoïdose**
- **Elle atteint préférentiellement les adultes jeunes entre 20 et 40 ans,**
- **Les localisations **médiastinopulmonaires** sont présentes dans plus de 80 %**
- **Les ganglions cervicaux constituent un mode de révélation fréquent de la maladie;**
- **il sont fermes, indolores, mobiles, sans caractère inflammatoire et leur taille n'excède généralement pas 2 cm.**
- **Ils évoluent le plus souvent vers la régression spontanée sans jamais se ramollir ou se fistuliser.**
- **Radio pulmonaire est systématique :élargissement du médiastin et des hiles pulmonaires**
- **Histologie :éléments epitheloides et gigantocellulaires sans nécrose caséeuse centrale.**



- **2. Maladie de letterer-siwe:**

- **C'est une histiocytoseX ,qui touche surtout le nourrisson et le jeune enfant**
- **Clinique :-atteinte ganglionnaire diffuse**
 - ganglions petits mous indolores et peu mobiles
 - la localisation cervicale est fréquente
 - fièvre ,cachexie
 - parfois lésion macculocrouteuse sur le tronc et le cuir chevelu , hépatomégalie

- **3. Maladie de Rosai Dorfman**

- **Hyperplasie pseudo tumorale associe a une histiocytose sinusale.**
- **Touche le jeune enfant**
- **Adénopathie cervicale bilatérale, ferme ,indolore de grande taille.**
- **Fréquente localisation axillaire et inguinale des ADP.**
- **De diagnostic histologie**
- **Evolution favorable sans traitement.**



■ **4. Adénopathie d'origine médicamenteuse :**

- Les manifestations ganglionnaires provoquées par des médicaments se
- De nombreuses substances ont été incriminées : hydantoïnes, carbamazépine, rifampicine, pénicillines, captopril et méthyldopa
- L'atteinte ganglionnaire débute généralement par la région cervicale,
- puis diffuse à tous les territoires ganglionnaires de l'organisme
 - Ils s'agit d'adénopathies fermes, indolores, sans périadénite,
 - accompagnées de signes généraux parfois importants.
 - signes cliniques d'allergie peuvent être présents : *rash cutané, prurit*
 - Le tableau clinique est parfois inquiétant et peut faire penser à tort à une hémopathie maligne (**lymphome**).

• **5.. LED:**

- adénopathie peu volumineuse ,sans signes inflammatoire dominant dans la région cervicale

• **6. PR** dans sa forme systémique s'accompagne d'adénopathie de petite taille non inflammatoire la localisation cervicale est la moins fréquente



3-Adénopathie des hémopathies malignes:

- Les adénopathies satellite d'une hémopathie maligne sont en règle ferme ,élastique ,mobile et indolore.
- Des adénopathies inflammatoires est un signe d'évolutivité.

A-Maladie de Hodgkin:

- uni-ou multi-adénopathies cervicales ou médiastinales
- clinique :hépatomégalie –splénomégalie –prurit
- Dgc : biopsie médullaire



B- Lymphome non hodgkien:

- **Se caractérise par des adénopathies plus volumineuses**
- **Localisation viscérale fréquente**
- **Diagnostic :cytologie et histologie**

C-Leucémies lymphoïde chronique:

- **Survient chez les sujet au delà de 50ans**
- **Adénopathies généralisées insidieuses de volume important et bilatérales**
- **Diagnostic : -FNS :lymphocytose lymphoïde**



D-Adénopathies métastasique:

1. Adénopathie métastasique des VADS:

- Le ganglion **sous digastrique** est le plus fréquemment atteint.
- Il doit être évoqué systématiquement chez un sujet de plus de 50 ans ethylotabagique, surtout si l'adénopathie est dure et de caractère inflammatoire
- Chez le sujet jeune il faut surtout penser au carcinome de **cavum** qui peut apparaître à tout âge
- Dans la majorité des cas l'examen clinique ORL permet de trouver l'origine

Si l'examen clinique est normal : faire une panendoscopie avec biopsie des lésions suspectes



2. Métastase d'une tumeur primitive thoracique ou abdominopelvienne:

- Ces localisations sont responsables d'une adénopathie de **Troisier(sus** claviculaire gauche)
- Devant une telle adénopathie il faut rechercher une tumeur **primitive thoracique ou abdominopelvienne**
- Telethorax : a la recherche de localisation médiastinale
- TDM

3. Métastase d'un carcinome papillaire thyroïdien:

- C'est une tumeur très **lymphophyle**
- En règle c'est des adénopathies siégeant dans le territoire jugulaire postérieur:
- Diagnostic : -échographie cervicale pour explorer les aires cervicales avec la glande a la recherche d'un nodule
 - ponction cytologique de l'ADP peut trouver des cellules papillaires



4-Adénopathie maligne en apparence primitive:

- **Quand le foyer primitif responsable de l'adénopathie n'est pas trouvé, il s'agit d'une adénopathie en apparence primitive.**
- **Faire une amygdalectomie homolatérale , le foyer primitif est retrouvé dans 35%des cas**
- **Intérêt de PET-scan a la recherche pour le dépistage de foyer primitif au niveau des VADS.**
- **Une cervicotomie exploratrice est recommandée avec analyse histologique, si l'histologie confirme une métastase d'un carcinome epidermoide ,on complète avec évidement cervicale ganglionnaire et une radiothérapie**



VI. Conclusion

- L'adénopathie cervicale est un motif fréquent de consultation
- Dominée par la pathologie infectieuse par sa fréquence et sa variété
- Hantise d'une adénopathie métastatique des VADS ou d'un lymphome
- D'où l'intérêt d'un examen ORL minutieux