

**CENTRE HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE SETIF  
UNIVERSITE FERHAT ABBES SETIF  
FACULTE DE MEDECINE  
6ème ANNEE MEDECINE  
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE**

# **Diagnostic des adénopathies cervicales**

**2020-2021**

**Dr DERADJ SALAH EDDINE**

# • Plan

- 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- DEFINITION -GENERALITE

- L'apparition d'**adénopathies cervicales** est un motif de consultation **fréquent** en ORL, leur diagnostic est le plus souvent **aisé** en revanche il est plus difficile de préciser la nature surtout histologique.
- Il faut toujours penser a la possibilité d'adénopathie métastatique des carcinomes des VADS ou hémopathie.
- on dit adénopathie cervicale **chronique** toute adénopathie apparue depuis **au moins 3 semaines sans signe aigue ou subaigüe local ou régional.**

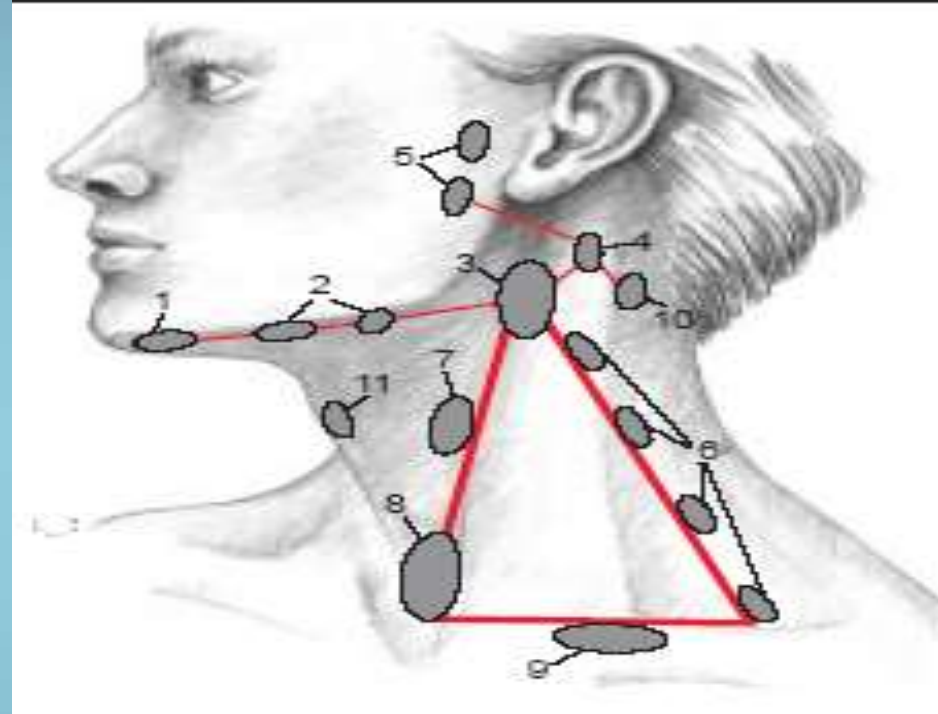
## II- RAPPEL ANATOMIQUE

## **CERCLE DE POIRIER ET CUNEO:**

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

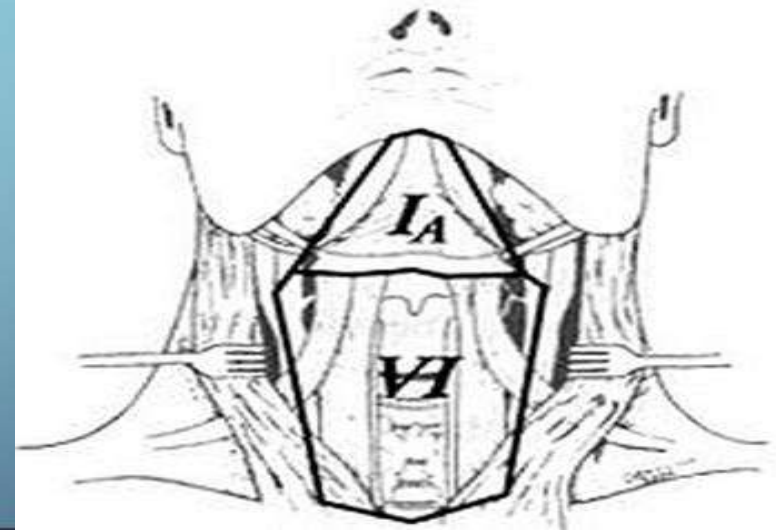
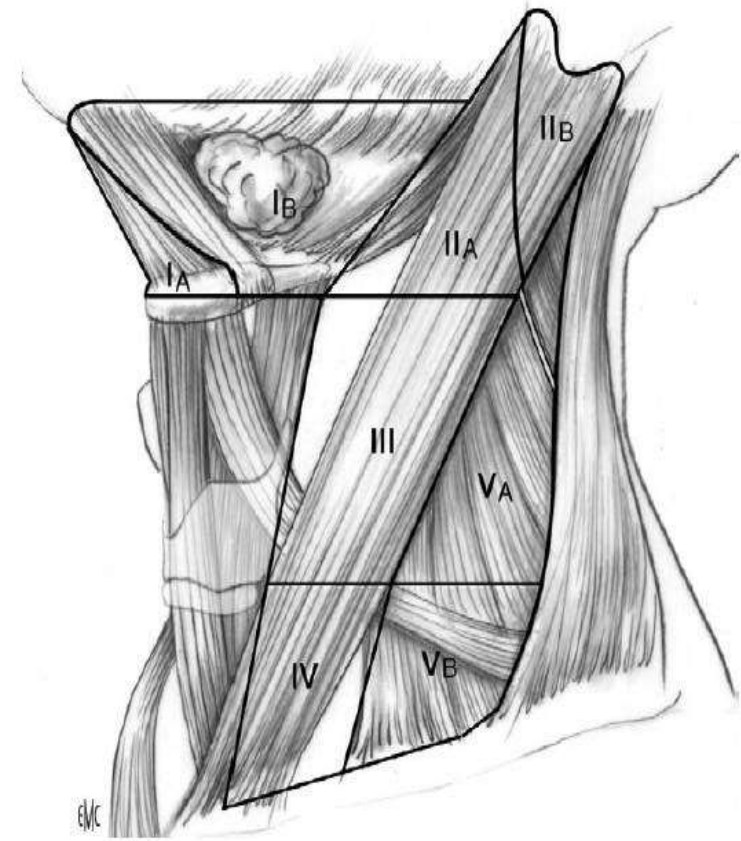
## **TRIANGLE DE ROUVIERE:**

- 1-Chaine antérieure: jugulo-carotidienne
- 2-Chaine postérieure: spinale
- 3-Chaine inferieure: chaine sus clavulaire

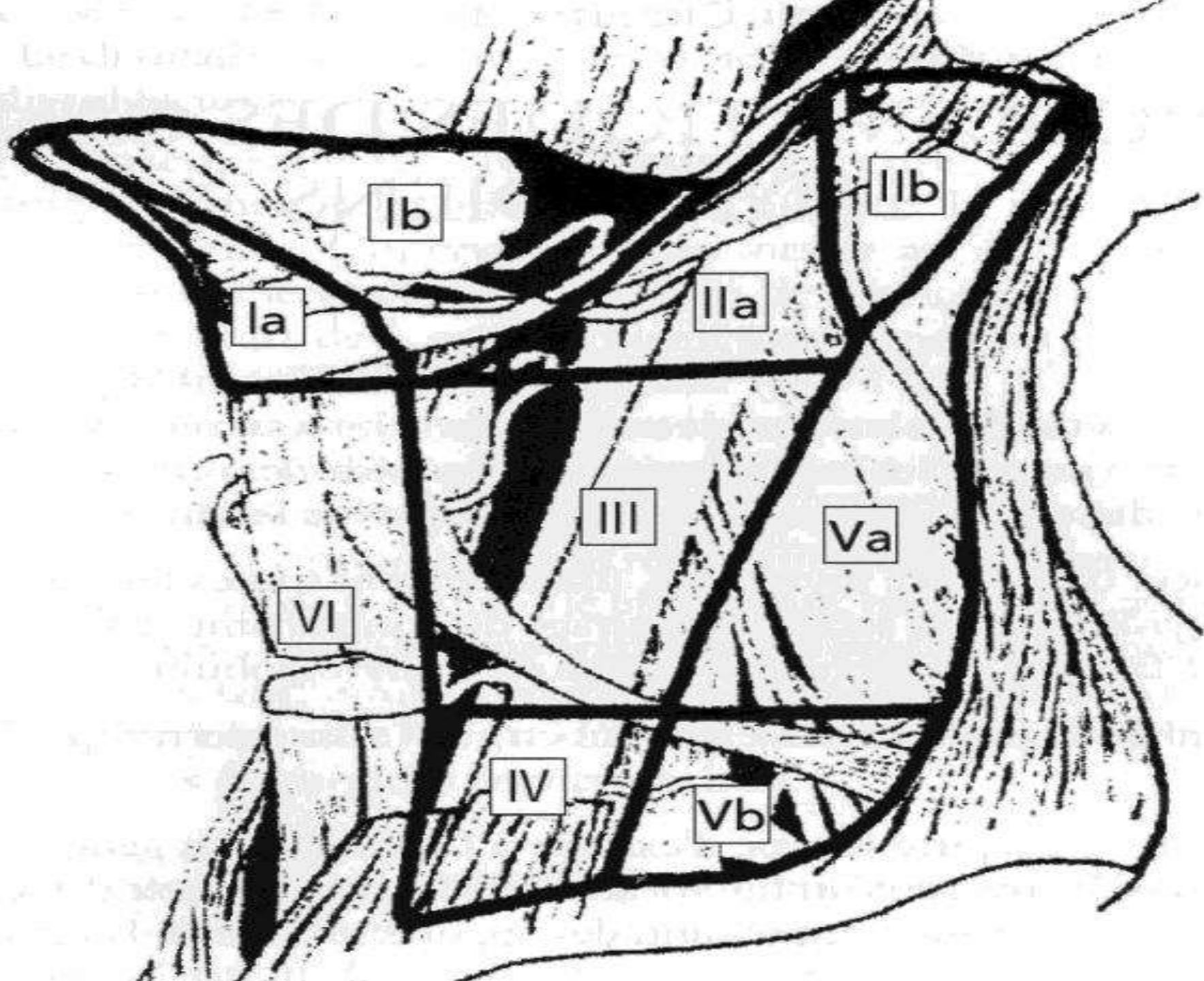


## Classification de l'OMS:

- I : groupe sous mental et sous mandibulaire
- II : groupe jugulaire supérieur et spinal supérieur
- III : groupe jugulaire moyen
- IV : groupe jugulaire inférieur
- V : groupe du triangle postérieur
- VI : groupe antérieur pré laryngé



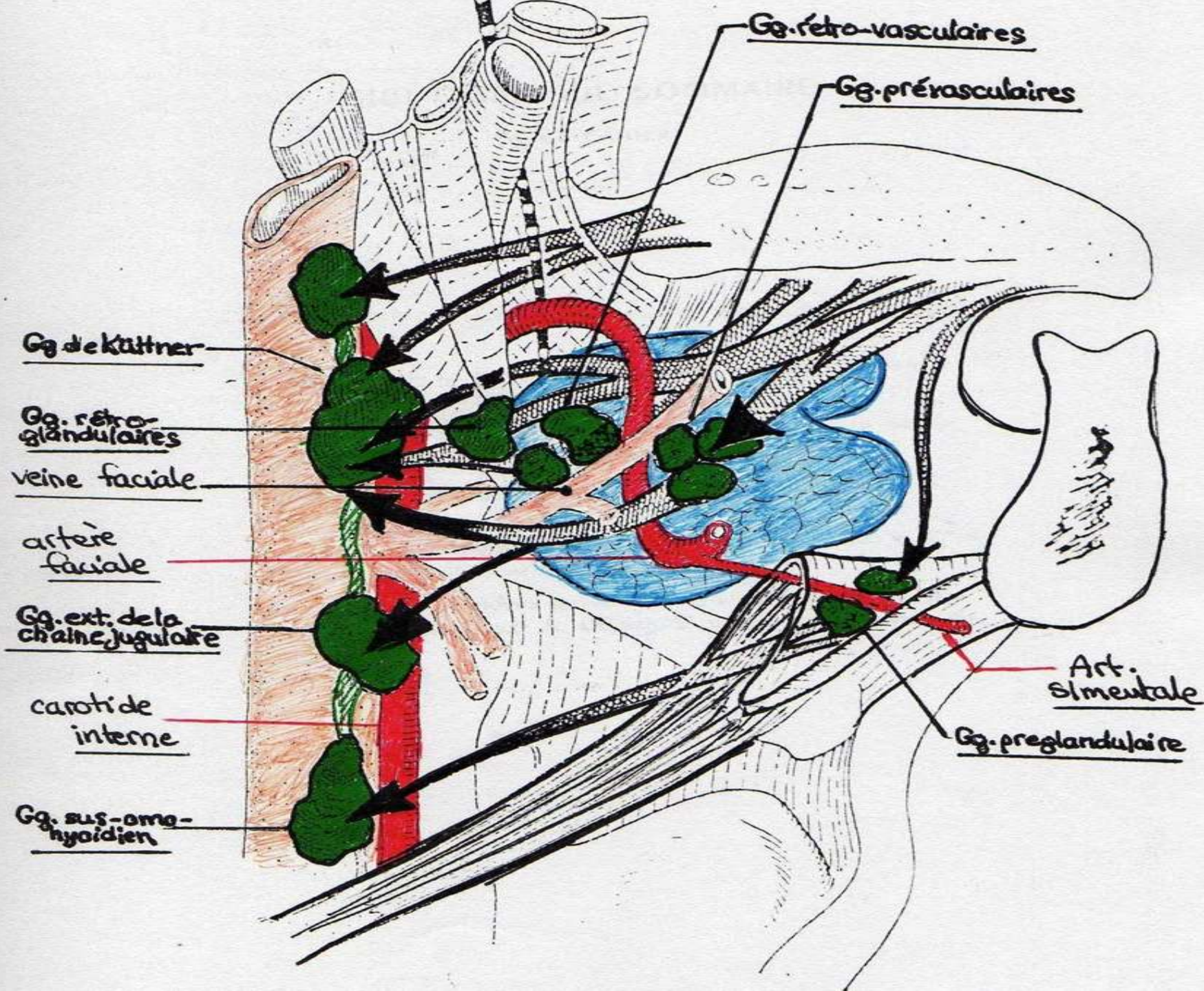




**Tableau I. – Groupes ganglionnaires cervicaux et leurs territoires de drainage.**

Groupes	Territoires	Sites de drainage
Groupe I	Sous-mentomandibulaire	Lèvres, cavité buccale, pyramide nasale
Groupe II	Sous-digastrique et spinal haut	Larynx, trois étages pharyngés, thyroïde, cavité buccale, parotide, oreille
Groupe III	Sus-omohyoïdien	Larynx, trois étages pharyngés, thyroïde, cavité buccale
Groupe IV	Jugulaire inférieur	Larynx, oro- et hypopharynx, thyroïde, organes thoraciques, abdominopelviens
Groupe V	Spinal et sus-claviculaire	Rhino- et oropharynx, parotide, oreille
Groupe VI	Préviscéral	Larynx, thyroïde





# III-DIAGNOSTIC POSITIF

## 1-interrogatoire:

- Date de début.
- Installation progressive ou brutale, évolution.
- Age.
- ATCD médicaux: radiothérapie, tuberculose , transfusion, médication.
- ATCD chirurgicaux : chirurgie de la face ou du cou.
- Mode de vie du patient : profession ,contact avec des animaux domestiques, notion de contagé tuberculeux, habitude sexuelle, alcool-tabagique.
- Contact avec les enfants.
- Signe accompagnateurs: fièvre, amaigrissement, anorexie, asthénie, AEG, dysphagie, dysphonie.

## 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 a la peau .
- Examen des autres aires ganglionnaires cervicales



## **B-examen loco régional:**

- La peau de la face et le cuir chevelu a la recherche d'une lésion, piqure d'insecte.
- Examen ORL complet sous un bon éclairage ou au besoin une nasofibroscopie 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:**

- Autres aires ganglionnaires .
- Splénomégalie , hépatomégalie.

### 3-Examen para clinique:

- FNS : hyperleucocytose, mononucléose.
- VS
- IDR a la tuberculine.
- Radio de thorax.
- D'autre examen sont demandes en fonctions de l'orientation diagnostique:

#### ☐ Echographie cervicale:

- Permet de différencier une tumeur d'une adénopathie.
- Apprécie l'aspect liquidien ou solide.
- Le caractère hétérogène ou homogène.

## ❑ TDM

- Situer la tuméfaction par rapport aux différentes structures anatomiques du cou.
- Précise la densité des adénopathies avec une orientation étiologique.

## ❑ Ponction cytologique ganglionnaire:

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

## ❑ Panendoscopie :

- Comprend une pharyngo-laryngoscopie, une trachéo-bronchoscopie, une oesophagoscopie et un examen du rhinopharynx. Elle permet de faire des biopsies pour toute lésion suspecte .



## ❑ PET-scan:

- Technique scintigraphique,
- Par sa sensibilité, elle permet de dépister des adénopathies cervicales métastatiques infra cliniques lors du bilan initial de cancers des VADS mais de trouver des foyers primitif.

## ❑ Cervicotomie exploratrice avec analyse histologique extemporanée du ganglion:

- Permet en cas d'adénopathie bénigne de limité l'intervention.
- En cas d'adénopathie maligne la cervicotomie est complété d'un évidement ganglionnaire cervical

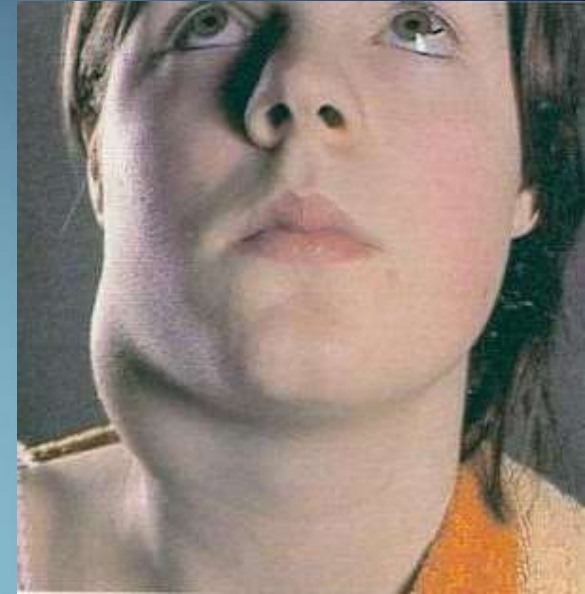
## IV-DIAGNOSTIC DEFFERENTIEL:

- 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 plésiomorphe ou cylindrome) (L'intérêt du palper bi digital et de l'échographie)



- C- masse sus claviculaire :
- Diverticule pharyngo-œsophagien réductible
- Neurinome du plexus brachial
- Cancer de l'apex pulmonaire : intérêt d'un R(x) de thorax et une TDM.
- D- masse pré laryngée:
- Kyste de tractus thyro-glosse
- Nodule de l'isthme thyroïdien
- Laryngocele externe extériorisée

- **E-Masse du territoire jugulo-carotidien:**
- Dans le territoire jugulo carotidien supérieur :
- -tumeur de la parotide
- kyste amygdaloïde
- chémodectome;
- Dans le territoire moyen
- -un anévrysme de la région carotidienne
- - myosite post radique
- A la base :
- Il faut éliminer une tumeur thyroïdienne



## V-DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:

- 1- Adénopathies infectieuses
- A-Tuberculose:
- Due a *Mycobacterium hominis* rarement *bovis*, touche le sujet denutrie, immunodeprimé ,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 telethorax sont indispensable.
- Cytoponction.
- Culture sur mileu de lowenstein –Jensen.
- Diagnostique de certitude: étude anapath sur pièce opératoire (lymphadenectomie): follicule épithélio giganto cellulaire avec nécrose caséuse.
- TRT: -médical : anti tuberculeux pendant 6 mois.
- -chirurgical: si échec du TRT médical.

- B-Infection a mycobacterium atypique:
- Germes: mycobacterium atypique.
- Terrain : apanage de l'enfant
- Les adénopathie sont volontiers unilatérales.
- Evolution sur 9 à 15 mois .
- Dans 70 à 80 % des cas apparaissent des fistulisations.
- Traitement : -ATB souvent inefficace.
- - chirurgical si échec du TRT médical.



- C-Mononucléose infectieuse:
- Affection due à EBV.
- Touche surtout l'adolescent et l'adulte jeune
- Poly adénopathie diffuse a prédominance cervicale :ADP de volume variable déformant la région cervicale uni-ou bilatérale ferme et sensible.
- Splénomégalie-angine –rash cutané.
- FNS: syndrome mononucleosique
- Dgc de certitude : sérologie Paul -Bunnell Davidson.

## D-Syphilis:

- Primaire: adénopathie cervicale unique dure sans péri adénite, recherche de tréponème a partir du chancre ou par cytoponction.
  - Secondaire: éruption cutanée et adénopathie ferme indolore.
- Diagnostic : sérologique TPHA-VDRL
- TRT: repose sur les pénicillines

- **E-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
- **F- La brucellose:**
- La contamination se fait pas ingestion de produit laitiers frais.
- Clinique : fièvre ondulante suduroalgique, splénomégalie, adénopathies basi- cervicales ,fermes et douloureuses
- DGC: sérodiagnostic de Wright.
- TRT: cycline.

- **G-Toxoplasmose:**
- Agent :Toxoplasma gondii
- Clinique : adénopathies cervicales de volume modéré, fermes et peu douloureuses, asthénie et fièvre
- FNS: syndrome mononucleosique
- Diagnostique est sérologique
- **H-Leishmaniose:**
- C'est une parasitose ,la transmission se fait du chien à l'homme
- Clinique : fièvre au long cours, AEG ,splénomégalie, adénopathies généralisées fermes indolores et mobiles (les adénopathies cervicales ne sont jamais isolées)
- TRT :glucantime.
- **I-Adénopathie au cours du VIH:**
- Les adénopathies sont petites, indolores, mobiles ,bilatérales .
- Les territoires les plus touchés: occipital et spinal

## 2-Adénopathie inflammatoire chronique

- A- Sarcoïdose
- Elle atteint préférentiellement les adultes jeunes (20-40 ans)
- Les localisations médiastino-pulmonaires sont présentes dans plus de 80 % des cas.
- 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 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 : follicule épithelio-giganto-cellulaires sans nécrose caséuse centrale.

- **B- Adénopathie d'origine médicamenteuse :**
- De nombreuses substances ont été incriminées: carbamazépine, rifampicine, pénicillines, captopril et méthyldopa...
- L'atteinte ganglionnaire débute généralement par la région cervicale puis diffuse à tous les territoires ganglionnaires. Ils s'agit d'adénopathies fermes, indolores, sans péri adénite, accompagnées de signes généraux parfois importants.
- Des 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).
- **C- LED:**
- Adénopathies peu volumineuses ,sans signes inflammatoire dominants dans la région cervicale.
- **D- PR:**
- dans sa forme systémique s'accompagne d'adénopathie de petite taille non inflammatoire.

### 3-Adénopathie des hémopathies malignes

- Les adénopathies cervicales lors d'une hémopathie maligne sont en règle ferme ,élastique ,mobile et indolore.

#### A-Maladie de Hodgkin:

- uni-ou multi-adénopathie cervicale ou médiastinale
- clinique :hépatomégalie –splénomégalie –prurit
- Dgc histologique.

#### • B- Lymphome non hodgkien:

- Se caractérise par des adénopathie plus volumineuses.
- Localisation viscérale fréquente.
- Diagnostic :histologique.



## C-Leucémies lymphoïde chronique:

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

- **D-Adénopathies métastasique:**
- **A- 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 éthylo tabagique, surtout si l'adénopathie est dure et fixe.
- Chez le sujet jeune il faut surtout penser au Kc du cavum.
- 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.

- **B- 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.
  - TDM thoraco-abdominale
- **C- Métastase d'un carcinome papillaire thyroïdien:**
  - C'est une tumeur très lymphophile.
  - Diagnostic: échographie cervicale (caractéristiques échographiques), cytoponction d'éventuelles ADPs.

- **D-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 d'un foyer primitif au niveau des VADS.
- Une cervicotomie exploratrice est recommandée avec analyse histologique, si l'histologie confirme une métastase d'un carcinome épidermoïde ,on complète avec évidemment cervicale ganglionnaire et une radiothérapie

# Conclusion :

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